



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTÉ DE LA POPULATION



ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU BURKINA FASO

— RAPPORT 2019 —



OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTE DE LA POPULATION



Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso

Avril 2020



MALI



CÔTE D'IVOIRE

Produit réalisé par  Organisation mondiale de la Santé



Les appellations employées dans le présent produit d'information sanitaire et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites

Avec la collaboration de nos partenaires



Liste des auteurs

Equipe de coordination de l'Institut National de Santé Publique (INSP)

Prénom et Nom	Structure
Emmanuelle M. J. S. Semporé/ Ouédraogo	Observatoire national de la santé de la population
Hermann Badolo	Observatoire national de la santé de la population
Hervé Hien	Direction générale, Institut national de santé publique
Richard Bakyono	Observatoire national de la santé de la population

Equipe de rédaction :

Prénom et Nom	Structure
Alassane Zeba	Direction générale de l'offre de soins/Ministère de la santé
Ali Ouattara	Programme d'appui à la politique sectorielle de santé 2/Délégation de l'Union européenne
André Konditamé	Direction de la santé de la famille/Ministère de la santé
Bali Ouattara	Banque mondiale
Beyoé Nagalo	Direction des ressources humaines/Ministère de la santé
Boukary Ouédraogo	Direction des systèmes d'information sanitaire/Ministère de la santé
Bruno Lankoandé	Institut supérieur des sciences de la population/Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation
Cheick Ouédraogo	Programme d'appui à la politique sectorielle de santé 2/Délégation de l'union européenne
Daouda Koussoubé	Centre des opérations de réponses aux urgences sanitaires/Ministère de la santé
Dissinviel Stéphane Kpoda	Laboratoire national de santé publique/Ministère de la santé
Edson Zongo	Direction de la protection de la santé de la population/Ministère de la santé
Emmanuelle M. J. S. Semporé/ Ouedraogo	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé
Fatogoma Serge Wilfried Sanou	Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère des transports, de la mobilité urbaine et de la sécurité routière
Foldioa Eric Yonli	Secrétariat permanent du conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation/Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille
Fulbert T. Ilboudo	Direction des statistiques sectorielles/Ministère de la santé
Geneviève Sandrine Bassolé épouse Toé	Direction générale de l'accès aux produits de santé/ Ministère de la santé
Gérard Wendyam Nonkani	Secrétariat technique chargé de la couverture sanitaire universelle/Ministère de la santé
Gisèle Hortense Bonkougou	Conseil ministériel de lutte contre le Sida/Ministère de la santé
Guillaume Compaoré	Centre de recherche en santé de Nouna/Ministère de la santé
Halimata K. Ada	Direction des politiques de population/Ministère de l'économie, des finances et du développement
Herman Bazié	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé
Hermann Badolo	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé
Joseph W. Kyelem	Programme national de lutte contre le paludisme/Ministère de la santé
Léonard Kiema	Action contre la faim
Ludovic Déo Gracias Tapsoba	Centre MURAZ/Ministère de la santé
Maimouna Sow	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé
Marie Emmanuelle Zouré	Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles/Ministère de la santé
Mathurin Dodo	JHPIEGO
Mimbouré Yara	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé

Prénom et Nom	Structure
Nana Thiombiano/Coulibaly	Direction de la nutrition/Ministère de la santé
Nebwoumya Justin Sawadogo	Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de l'environnement, de l'économie verte et du changement climatique
Pascal Zabré	Centre de recherche en santé de Nouna/Ministère de la santé
Pierre T. Ilboudo	UNICEF
Richard Bakyono	Observatoire national de la santé de la population/Ministère de la santé
Roger P. Zombré	Secrétariat permanent/Conseil national de lutte contre le Sida et les IST/Présidence du Faso
Rose Koirine Tinguéri	OMS
Daniel O. Kasendue	OMS
Saïdou Gnanou	Programme national de lutte contre la tuberculose/Ministère de la santé
Salifou Konfé	UNFPA
Siaka Debé	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme/Ministère de la santé
Soumaïla Coulibaly	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme/Ministère de la santé

Equipe de personnes ressources

Prénom et Nom	Structure
Clotaire Hien	OMS
Daniel O. Kasendue	OMS
Dina Vladimirovna Gbenou	OMS
Fanta Sedego	Délégation de l'Union européenne
Fatimata Zampaligré	OMS
Fousseni Dao	OMS
Laurent Moyenga	OMS
Ma Ouattara	OMS
Marie-Chantal Kambiré	OMS
Pekele Minzah	OMS
Salimata Drabo	OMS
Sandrine Gampini	OMS
Violaine Coulaud Savel	Délégation de l'Union européenne

Mot de Madame le Ministre de la Santé



Le rapport sur l'état de santé de la population est un nouveau référentiel de la santé de la population burkinabè, qui vient compléter d'autres publications statistiques du ministère de la santé. Il fait une analyse de la santé des personnes et des communautés en se référant aux données collectées au niveau du système statistique national en général et spécifiquement du système d'information sanitaire. Ce document met à la disposition des décideurs, de la société civile et des communautés, des informations pouvant les orienter dans la planification des stratégies.

Je félicite les représentants des directions générales, régionales et techniques du ministère de la santé, des ministères et institutions partenaires, qui ont su allier contraintes et efforts pour l'élaboration de ce rapport.

Je félicite en particulier l'institut national de santé publique qui a coordonné les travaux de mise en commun des différentes expertises dans une dynamique multisectorielle. Vous avez su harmoniser les résultats des travaux de recherches, d'enquêtes, des systèmes de surveillance démographique et de santé et d'analyses des données du système d'information sanitaire pour répondre à une des fonctions essentielles de la pratique de la santé publique : suivi, évaluation et analyse de la situation sanitaire pour identifier les problèmes de santé de la population.

J'adresse mes remerciements aux différents partenaires au développement pour leurs multiples appuis techniques et financiers. Mes distingués remerciements au Bureau pays de l'Organisation mondiale de la santé pour son soutien inestimable dans la réalisation de cette œuvre.

Espérant que ce rapport, qui sera édité de façon annuelle, répondra à vos attentes, je vous exhorte à le lire et à en faire une bonne exploitation.

Professeur Léonie Claudine Sorgho/Lougé

Officier de l'ordre de l'Étalon

Avant-Propos

L'Institut national de santé publique (INSP) a été créé par Décret 2018-0621/PRES/PM/MINEFID/MS/MESRSI du 19 juillet 2018. Il assure la veille et la vigilance sanitaire en fournissant au Ministère de la santé (MS), des données probantes tirées principalement de la recherche et de la surveillance pour aider à la prévention et au contrôle des maladies, à la protection et à la promotion de la santé ainsi que pour le pilotage, la gestion et l'évaluation du système de santé.

Cette mission de veille et de vigilance sanitaire exige que l'on dispose d'une direction technique capable de collecter/rassembler, analyser et actualiser les différentes données sanitaires et de population qui aille au-delà d'entrepôts de données en l'occurrence l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP). L'ONSP a une mission qui consiste à l'analyse, la synthèse, l'interprétation et la projection de différentes données (médicales, sanitaires, économiques, démographiques, sociales, environnementales, etc.) de diverses sources afin d'aider à la prise de décisions publiques en matière de santé fondées sur des données probantes.

Une des attributions de l'ONSP est l'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de santé de la population du Burkina Faso. Un tel rapport permet entre autres, de mieux orienter la prise de décisions basée sur des évidences scientifiques et de dresser un portrait plus global de l'état de santé de la population. Il offre aux différents acteurs du secteur de la santé et à leurs partenaires une information à la fois riche et synthétique sur la santé de la population du pays.

Outil indispensable de planification, ce premier rapport fait la photographie de l'état de santé de la population en 2019 avec un zoom sur le niveau de réalisation des indicateurs de l'axe 2 du Plan national de développement économique et social (PNDES) et des Objectifs de développement durable (ODD).

Les données statistiques utilisées pour l'élaboration du présent rapport proviennent du système statistique national (SSN) composé de toutes les structures publiques et privées en charge de la production statistique et des observatoires de population et de santé du pays.

Son élaboration a connu un processus participatif avec l'implication des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

Le rapport 2019 comprend onze (11) chapitres :

1. Présentation du Burkina Faso
2. Présentation du système de santé
3. Déterminants de la santé de la population
4. Inégalités sociales et territoriales de la santé
5. Principales causes de morbidité et de décès
6. Santé populationnelle et pathologies spécifiques
7. Menaces et risques à la santé et urgences sanitaires
8. Tendances des indicateurs des engagements
9. Performances et disparités régionales
10. Besoins en santé, accès et utilisation des services de santé
11. Grands chantiers du secteur de la santé en 2019

Sigles et Acronymes

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	EMDS	Enquête modulaire démographie et santé
ANRP	Agence nationale de régulation pharmaceutique	ENDOS	Entrepôt de données
ASBC	Agent de santé à base communautaire	ENIAB	Enquête nationale d'iode et l'anémie au Burkina
CAMEG	Central d'achat des médicaments essentiels génériques	ENSP	Ecole nationale de santé publique
CDMT	Cadre de dépenses à moyen termes	EPA	Enquête permanente agricole
CHN	Centre hospitalier national	FM	Fond mondial
CHR	Centre hospitalier régional	FPH	Fonction publique hospitalière
CHU	Centre hospitalier universitaire	GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
CIM	Classification internationale des maladies	HD	Hôpital de district
CISSE	Centre d'information de statistiques et de surveillance épidémiologique	Hep	Vaccin contre l'hépatite B
CM	Centre médical	Hibs3	Vaccin contre l'hæmophilus influenzae de type B
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale	HMN	Health meteorology networking
CNAMU	Caisse nationale d'assurance maladie universelle	HTA	Hypertension artérielle
CNS	Comité national de suivi du PNDS	IBC	Intervention à base communautaire
COGES	Comité de gestion	IDH	Indice de développement humain
CONASUR	Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation	INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
CORUS	Centre des opérations des réponses aux urgences sanitaires	INSP	Institut national de santé publique
CPN	Consultation prénatale	IRSS	Institut de recherche en sciences de la santé
CPS	Chimio prophylaxie saisonnière	ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
CRSN	Centre de recherche en santé de Nouna	ISF	Indice synthétique de fécondité
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine	IST	Infection sexuellement transmissible
CSD	Cadre sectoriel de dialogue	MDS	Module démographie et santé
CSE	Centre de surveillance épidémiologique	MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale	MMC	Mix migration center
CSU	Couverture sanitaire universelle	MNT	Maladies non transmissibles
CTRS	Comité technique régional de santé	MS	Ministère de la santé
CVD	Conseil villageois de développement	MTN	Maladies tropicales négligées
DCS	Dépenses courantes de santé	ODD	Objectifs de développement durable
DFP	Direction de formulation des politiques	OMS	Organisation mondiale de la santé
DGAP	Direction générale de l'accès aux produits de santé	ONASER	Office national de la sécurité routière
DGEP	Direction générale de l'économie et de la planification	ONG	Organisation non gouvernementale
DGESS	Direction générale des études statistiques sectorielles	ONSP	Observatoire national de la santé de la population
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	OPO	Observatoire de la population de Ouagadougou
DGSP	Direction générale de la santé publique	OST	Office de santé des travailleurs
DMEG	Dépôt des médicaments essentiels génériques	PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
DRD	Dépôt répartiteur du district	PCA	Paquet complémentaire d'activités
DRH	Direction des ressources humaines	PDI	Personnes déplacées internes
DRS	Direction régionale de la santé	PEV	Programme élargi de vaccination
DSEC	Direction de suivi-évaluation et de la capitalisation	PIB	Produit intérieur brut
DSS	Direction des statistiques sectorielles	PM10	Particular Mate
DTC	Vaccin contre la diphtérie, tétanos, coqueluche	PMA	Paquet minimum d'activités
EDS	Enquête démographique et de santé	PN-AEPA	Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement
EHA	Eau, hygiène assainissement	PNDES	Programme national de développement économique et social
EMC	Enquête multicentrique continue	PNDS	Programme national de développement sanitaire

PSL	Produit sanguin labile
PSN	Politique sanitaire nationale
PvVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAM	Résistance antimicrobienne
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
RMAT	Rayon moyen d'action théorique
RR	Vaccin anti rougeole anti rubéole
SARA	Services availability and readiness assessment
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux, néonataux d'urgences
SSDS	Système de surveillance démographique et de santé
SSN	Système statistique national
SSP	Soins de santé primaires
STEPS	Système pour la surveillance des facteurs de risque des MNT
TAC	Titre alcalinique complet
TBN	Taux brut de natalité
TPI	Traitement préventif intermittent
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VAT	Vaccin anti tétanique
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Sommaire

03	Liste des auteurs	37	Chapitre 5 : Principales causes de morbidité et de décès
05	Mot de madame le ministre de la santé	5.1.	Principales pathologies entraînant un recours aux soins de santé modernes
06	Avant-propos	5.2.	Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier
07	Sigles et acronymes	5.3.	Principales causes de décès
09	Sommaire	41	Chapitre 6 : Santé populationnelle et pathologies spécifiques
10	Liste des tableaux	6.1.	Santé populationnelle
11	Liste des graphiques et figures	6.2.	Pathologies spécifiques
13	Liste des cartes	53	Chapitre 7 : Menaces et risques à la sante et urgences sanitaires
14	Liste des annexes	7.1.	Menaces et risques sanitaires
15	Synthèse	7.2.	Urgences sanitaires et sinistres
17	Chapitre 1 : Présentation du Burkina Faso	57	Chapitre 8 : Tendances des indicateurs des engagements
1.1.	Données géographiques	8.1.	Présentation des engagements
1.2.	Situation administrative et politique	8.2.	Tendance des indicateurs des engagements nationaux et internationaux
1.3.	Contexte sécuritaire	63	Chapitre 9 : Performances et disparités régionales
1.4.	Contexte socio-économique	9.1.	Indicateurs de moyens
1.5.	Contexte démographique	9.2.	Indicateurs de produits
21	Chapitre 2 : Présentation du système de sante	9.3.	Indicateurs d'effets
2.1.	Historique du système de santé	9.4.	Indicateurs d'impact
2.2.	Organisation actuelle du système de santé	67	Chapitre 10 : Besoins en sante, accès et utilisation des services de santé
2.3.	Gouvernance et leadership	10.1.	Besoins en santé
2.4.	Système d'information sanitaire	10.2.	Accès aux services de santé
2.5.	Ressources humaines	10.3.	Utilisation des services de santé
2.6.	Produits de santé et médicaments	73	Chapitre 11 : Grands chantiers du secteur de la santé en 2019 et perspectives
2.7.	Financement	11.1.	Grands chantiers du secteur de la santé en 2019
25	Chapitre 3 : Déterminants de la sante de la population	11.2.	Défis et perspectives dans le secteur de la santé
3.1.	Les déterminants individuels	76	Références bibliographiques
3.2.	Les déterminants socio-économiques	80	Annexes
3.3.	Les déterminants liés au système de santé		
3.4.	Les déterminants environnementaux		
31	Chapitre 4 : Inégalités sociales et territoriales de la santé		
4.1.	Indicateurs d'inégalités sociales et régionales		
4.2.	Indicateurs d'accès aux soins		

Liste des tableaux

Tableau 1. 1 : Indicateurs démographiques, 1985, 1996, 2006, 2019, 2050	18
Tableau 4. 1 : Répartition de la population en catégories professionnelles et en fonction du sexe et du lieu de résidence (en %)	31
Tableau 4. 2 : Indice de fécondité selon le lieu de résidence	32
Tableau 5. 1 : Principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires dans la population générale en 2018	37
Tableau 5. 2 : Principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de 5 ans en 2018	37
Tableau 6. 1 : Répartition des cas des décès et de la létalité de la méningite au Burkina Faso de 2009 à 2018	48
Tableau 6. 2 : Cas de dengue notifiés dans les formations sanitaires de 2015 à 2018	48
Tableau 6. 3 : Les pathologies de l'appareil respiratoire les plus fréquemment rencontrées	49
Tableau 6. 4 : Récapitulatif de quelques indicateurs de santé buccodentaire en 2013	50
Tableau 7. 1 : Populations affectées par urgence sanitaire selon l'année de survenue au Burkina Faso	56
Tableau 8. 1 : Tendances de la densité en professionnel de santé dans les structures publiques de soins de 2010-2018	58
Tableau 8. 2 : Données financières du ministère de la santé et autres partenaires	59
Tableau 8. 3 : Tendances des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité, 2010 et 2018	60
Tableau 9. 1 : Taux de couverture vaccinale du DTC-HepB-Hib3, RR2 et VAT2 ET+ selon la région en 2018	64
Tableau 9. 2 : Principaux indicateurs de morbidité et de mortalité	64
Tableau 9. 3 : Principaux indicateurs de mortalité selon la région	64
Tableau 9. 4 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans selon la région en 2018	65
Tableau 10. 1 : Satisfaction des demandes en produits sanguins labiles dans les zones CNTS	68
Tableau 10. 2 : répartition des nouvelles utilisatrices de PF par méthode contraceptive par structure en 2018	70

Liste de graphiques et figures

Graphique 1. 1 : Pyramide des âges de la population burkinabé en 2019 et 2050	18
Figure 2. 1 : Schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso	22
Figure 3.1 : Modèle des déterminants de la santé	25
Graphique 3. 1 : Évolution du nombre d'accidents de 2007 à 2018	26
Graphique 3. 2 : Évolution des décès (p.100 000) par site de 2007 à 2018	26
Graphique 3. 3 : Répartition du nombre de grossesses en milieu scolaire par région et par année scolaire	26
Graphique 3. 4 : Proportion des jeunes et adolescents ayant eu des rapports sexuels protégés au cours des derniers rapports selon le sexe	27
Graphique 3. 5 : Évolution du niveau du PIB au Burkina Faso entre 2009 et 2018	28
Graphique 4. 1 : Taux de fécondité selon l'âge	32
Graphique 4. 2 : Taux global de fécondité générale des femmes de 15-49 ans selon la région (p. 1 000)	32
Graphique 4. 3 : Fécondité des adolescentes de 15-19 ans selon la région (p. 1 000 adolescentes)	32
Graphique 4. 4 : Niveau d'instruction des femmes et des hommes de 15 à 49 ans	33
Graphique 4. 5 : Niveau d'instruction et fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans	33
Graphique 4. 6 : Taux de chômage selon la région	33
Graphique 4. 7 : Incidence de la pauvreté monétaire selon la région	34
Graphique 4. 8 : Disponibilité d'un assainissement amélioré	34
Graphique 4. 9 : Taux d'accès à l'eau potable en milieu rural selon la région	35
Graphique 4. 10 : Accessibilité à l'eau potable des ménages selon la région	35
Graphique 4. 11 : Rayon moyen d'action théorique selon les régions	35
Graphique 5. 1 : Proportion des 10 premières causes d'hospitalisation dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans en 2018	38
Graphique 5. 2 : Évolution comparée des groupes de causes de décès selon le milieu de résidence entre 2010 et 2014	38
Graphique 5. 3 : Dix premières causes de décès dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans en 2018	38
Graphique 5. 4 : Évolution des proportions des pathologies ayant figure parmi les cinq premières causes de décès dans l'observatoire de population de Ouagadougou de 2014 à 2018	39
Graphique 6. 1 : Répartition du taux d'utilisation de la CPN4 selon la région en 2018	41
Graphique 6. 2 : Répartition de l'accouchement assisté par du personnel qualifié selon la région en 2018	41
Graphique 6. 3 : Répartition de consultation postnatale pour la mère et le nouveau-né, dans les 2 jours suivant la naissance pour la naissance la plus récente selon la région en 2014	42
Graphique 6. 4 : Effectifs des femmes ayant bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les formations sanitaires de 2016 à 2018	42
Graphique 6. 5 : Disponibilité des éléments traceurs pour le dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les établissements de santé offrant ce service	42
Graphique 6. 6 : Répartition des cas de fistules vesico-vaginales par région en 2018.	42
Graphique 6. 7 : Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence	43
Graphique 6. 8 : Prévalence de l'anémie chez les enfants selon la région en 2014	43
Graphique 6. 9 : Répartition des enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale selon la région en 2015	43
Graphique 6. 10 : Répartition des jeunes adolescents ayant une activité sexuelle précoce selon le sexe et la tranche d'âge en 2010 (%)	44
Graphique 6. 11 : Grossesse et fécondité chez les adolescentes selon le milieu de résidence en 2010	44
Graphique 6. 12 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon l'âge et le milieu de résidence en 2010	44
Graphique 6. 13 : Nombre d'avortements clandestins selon la région en 2018	44
Graphique 6. 14 : Répartition des femmes ayant avorté par tranche d'âge en 2012	45
Graphique 6. 15 : Répartition de la morbidité des personnes âgées par rapport à la population générale en 2013	45
Graphique 6. 16 : Répartition des femmes enceintes selon le nombre de dose du traitement préventif intermittent en 2017-2018	45
Graphique 6. 17 : Pourcentage de la population des ménages ayant une MILDA et ayant dormi sous la moustiquaire selon le milieu de résidence en 2017-2018	45

Graphique 6. 18 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans selon la région en 2017-2018	46
Graphique 6. 19 : Tendance de la mortalité due à la tuberculose de 2000 -2018	46
Graphique 6. 20 : Évolution de la couverture de la mise sous traitement des patients tuberculeux multi résistants de 2013-2018	46
Graphique 6. 21 : Évolution comparative du taux de succès de traitement chez les patients TB (nouveaux et rechutes), TB déjà traités de 2015 à 2018	47
Graphique 6. 22 : Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2018	47
Graphique 6. 23 : Répartition des types de tumeurs en consultation externe, en hospitalisation et décès par région sanitaire du Burkina Faso en 2018	49
Graphique 6. 24 : Répartition des cas d'insuffisance rénale par région en 2018	49
Graphique 6. 25 : Prévalence de l'onchocercose dans les régions des cascades et du Sud-Ouest.	50
Graphique 6. 26 : Pourcentage d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 5 mois selon la région en 2018	51
Graphique 6. 27 : Tendance des principales indicateurs d'ANJE de 2012 - 2018	51
Graphique 6. 28 : Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés selon la région en 2015	52
Graphique 6. 29 : Répartition des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance selon la région en 2018	52
Graphique 7. 1 : Variation du taux d'accès à l'eau potable en milieu rural et urbain par région au Burkina Faso en 2016	53
Graphique 7. 2 : Répartition des pratiques du lavage des mains en milieu rural par région au Burkina Faso en 2016	53
Graphique 7. 3 : Variation du taux d'assainissement familial en milieu rural et urbain par région au Burkina Faso en 2016	53
Graphique 7. 4 : Moyenne horaire de la concentration des particules fines dans l'air à Ouagadougou courant 2018 à 2019	54
Graphique 7. 5 : Moyenne horaire de la concentration des particules fines dans l'air à Bobo en 2018	54
Graphique 7. 6 : Répartition des producteurs selon la gestion des restes de pesticides après traitement dans les régions de la Boucle du Mouhoun, des cascades et des Hauts Bassins au Burkina Faso en 2016	55
Graphique 7. 7 : Niveau de résistance des espèces bactériennes aux principaux antibiotiques dans les laboratoires sentinelles au Burkina Faso en 2018	55
Graphique 8. 1 : Évolution des dépenses de santé de 2010 à 2017	58
Graphique 8. 2 : Évolution du budget de l'état alloué à la santé (en %) de 2008 à 2017	59
Graphique 8. 3 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives au Burkina Faso de 2010 à 2018	60
Graphique 8. 4 : Évolution de la couverture vaccinale de 2010 à 2018	60
Graphique 8. 5 : Tendances du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et du ratio de mortalité maternelle	61
Graphique 8. 6 : Tendance de l'indice synthétique de fécondité et du taux de mortalité générale	61
Graphique 8. 7 : Prévalences de la malnutrition chez les enfants de 0-59 mois au niveau national de 2009 à 2017 selon les références OMS 2006	61
Graphique 9. 1 : Densité des principaux professionnels de santé des structures publiques et privées pour 10 000 habitants selon la région en 2018	63
Graphique 9. 2 : Répartition des dépenses de santé en millions de FCFA selon les régions en 2017	63
Graphique 9. 3 : Indice synthétique de fécondité par région en 2014	65
Figure 10. 1 : Indicateurs de la Commission du Lancet sur la chirurgie dans le monde	67
Graphique 10. 1 : Score moyen de disponibilité des médicaments essentiels	68
Graphique 10. 2 : Pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2018	69
Graphique 10. 3 : Évolution des dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé entre 2013 et 2017	69
Graphique 10. 4 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages entre 2009 et 2017	69
Graphique 10. 5 : Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an de 2015 à 2018	70
Graphique 10. 6 : Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans	70
Graphique 10. 7 : Utilisation des services de santé de 2015 à 2018	71

Liste des cartes

Carte 1. 1 : Carte administrative du Burkina Faso	17
Carte 4. 1 : Taux d'accès à l'eau potable en milieu urbain	35
Carte 4. 2 : Fonctionnalité des formations sanitaires des zones de sécurité précaire au 30 décembre 2019	36
Carte 6. 1 : Répartition du taux de notification de la tuberculose en 2018	46
Carte 6. 2 : Répartition de la prévalence de l'hépatite B par région	48
Carte 6. 3 : Répartition de la prévalence de l'hépatite C par région	48
Carte 6. 4 : Statut de la transmission de la filariose lymphatique par district en 2018	50
Carte 6. 5 : Évolution de l'endémicité de la schistosomiase de 2004 et 2019	51
Carte 6. 6 : Évolution de l'endémicité des vers intestinaux entre 2004 et 2019	51
Carte 7. 1 : Situation des populations non couvertes par les services de santé de base par région au 30 décembre 2019	54
Carte 9. 1 : Nombre d'utilisatrices et taux d'utilisation des méthodes contraceptives selon la région en 2018	63

Liste des Annexes

Annexe 1 : Organigramme du ministère de la santé	80
Annexe 2 : Tableau de suivi des indicateurs de performance	81
Annexe 3 : Quelques reformes du secteur avec les lois et décrets y relatifs	84

Synthèse

Une amélioration continue de l'état de santé de la population mais à un rythme moins soutenu

L'état de santé de la population du Burkina Faso est marqué par une espérance de vie en amélioration continue, une mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle en baisse mais toujours élevée, une baisse modérée de la fécondité, une persistance du fardeau lié au paludisme, une émergence accrue des maladies non transmissibles, une augmentation des cas d'intoxication aux pesticides. Les populations urbaines sont davantage exposées à une pollution atmosphérique, aux accidents de la circulation et à un risque de dégradation des conditions sanitaires en raison d'une croissance rapide et incontrôlée de la population urbaine. La majorité de la population est jeune et cette jeunesse est exposée aux comportements sexuels à risque et à la consommation de stupéfiants et d'alcool. Cette situation est mise à rude épreuve par une dégradation continue du contexte sécuritaire.

Une espérance de vie à la naissance en amélioration continue

L'espérance de vie à la naissance est passée de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006. Elle est estimée à 61,6 ans en 2019, au-dessus du niveau moyen de l'Afrique de l'Ouest (57,8 ans) mais en deçà du niveau moyen mondial (72,6 ans).

Baisse modérée de la fécondité mais toujours élevée et précoce

L'indice synthétique de fécondité de toutes les régions en 2014 reste supérieur à la cible 2020 du PNDS (4,7 enfants par femme) excepté le Centre (3,5), le Centre-Ouest (4,5) et le Sud-Ouest (4,7). Par rapport à la même référence, le taux de fécondité est près de quatre fois plus élevé chez les adolescentes (15-19 ans) qui n'ont aucun niveau d'instruction. Les régions du Sahel, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun présentent les taux de fécondité les plus élevés chez les adolescentes (15-19 ans).

Utilisation de méthodes contraceptives modernes en hausse continue, mais demeurant faible.

La prévalence contraceptive était de 32,5% en 2018 et le pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale était de 23,3%. Les besoins des femmes en âge de procréer en matière de santé sexuelle et reproductive et droits connexes, surtout chez les adolescentes et les jeunes filles, restent encore très insuffisamment couverts. Les filles de 15-19 ans étaient plus à risque d'avoir des rapports sexuels non protégés (42,7%).

Mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle en constante baisse mais toujours élevées

Le niveau de la mortalité infanto-juvénile est passé de 184 pour 1000 naissances vivantes en 2003 ; 129 pour 1000 naissances vivantes en 2010 et 81,6 pour 1000 naissances vivantes en 2015, soit une baisse de 55,6% entre 2003 et 2015. La mortalité néonatale baisse peu rapidement comparativement à la mortalité post-néonatale.

La mortalité maternelle a régressé de 341 en 2010 à 330 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 mais reste toujours élevée. Le taux de mortalité maternelle de toutes les régions reste supérieur à la cible PNDS 2020 (176,7 p.100 000 naissances vivantes) sauf celui de la région du Centre. Les efforts consentis doivent être renforcés.

Une persistance des maladies endémo épidémiques avec un fardeau lié au paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

La prévalence parasitémiq ue du paludisme chez les enfants de 6-59 mois était de 17 % en 2017-2018, avec un grand écart entre le milieu rural (19,1%) et urbain (5,4%). 55% des ménages disposaient de MILDA mais seulement 44% en utilisaient.

Maladies non transmissibles émergentes

En 2018, dans les hôpitaux, les tumeurs malignes du foie, du sein et du col de l'utérus étaient les premières causes de consultations et d'hospitalisations pour cause de tumeur. Les tumeurs malignes du foie et du sein étaient les premières causes de décès. Le dépistage du cancer du col de l'utérus a fortement augmenté. Cependant seulement 6% des formations sanitaires offrant les services de dépistage de cancer de col, disposaient de tous les éléments traceurs. L'effort fait dans la lutte contre les cancers gynécologiques nécessite un renforcement.

En milieu urbain, les maladies non transmissibles sont en nette augmentation.

En 2013, les personnes âgées étaient la population la plus touchée par l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie. Dans un principe de proactivité, cette cible nécessite davantage de stratégies à même de faire face à une transition démographique et épidémiologique.

Risque de dégradation des conditions sanitaires dans les villes en raison de la croissance rapide et incontrôlée de la population urbaine

Ouagadougou et Bobo-Dioulasso constituent les deux principales villes du pays (50% de la population urbaine). On estime par exemple que la seule ville de Ouagadougou attire par an 10 000 à 12 000 personnes.

Certains migrants voient leurs conditions de vie se dégrader. L'interaction entre urbanisation, opportunités d'emploi, cohésion sociale, santé sexuelle et reproductive et migrations reste un défi des politiques urbaines.

Nombre d'accidents de la circulation en nette augmentation

Le nombre d'accidents de la circulation a presque doublé en moins de cinq (05) ans avec de nombreux cas de décès. L'accroissement du nombre d'accidents s'expliquerait essentiellement par le non-respect du code de la route (l'excès de vitesse, l'usage du téléphone au volant et la conduite en état d'ébriété, etc.).

Une augmentation de la consommation des substances addictives surtout chez les jeunes

La consommation de substances addictives (alcool, tabac, autres stupéfiants) constitue une sérieuse menace pour la santé des populations dans notre pays. Le phénomène prend de l'ampleur en milieu scolaire et universitaire.

L'alcool est devenu la substance la plus consommée par les élèves (34,14%), suivi du tabac (10,16%), les somnifères et tranquillisants (5,12%), le cannabis (1,73%) et les autres substances (7,1%).

Niveau de pollution de l'air dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso supérieur à la norme

Les pollutions et nuisances constituent des réalités au Burkina Faso. En 2019, les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600µg/m³ contre une norme OMS de 70µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires.

Augmentation de l'utilisation des pesticides prohibés avec des cas d'intoxication des populations

Au niveau de la production agricole, on note une utilisation de plus en plus croissante des pesticides. Les quantités de pesticides utilisées sont passées de 1,47 millions de litres en 2009 à 8,09 millions de litres en 2017. En 2018, 700 litres de pesticides prohibés ont été saisis.

Concernant la gestion des restes de pesticides après traitement, en 2016, 40,47% des producteurs les conservaient à domicile ou au champ pour une prochaine utilisation, et 1,38% les déversaient dans la nature.

On enregistre une augmentation des cas d'intoxication aux pesticides au Burkina Faso.

Le problème de l'usage des pesticides tend à devenir une priorité de santé qui devrait s'inscrire dans l'approche « One Health ».

Prévalence des maladies tropicales négligées en baisse mais nécessitant une surveillance continue

La surveillance au niveau des sites sentinelles des régions du Centre-est, de l'Est, du Centre et du Sud-ouest révèle une persistance de la transmission de la filariose lymphatique. En 2019, douze (12) provinces avaient toujours une endémicité de la schistosomiase modérée (10-50%).

Faible documentation des causes de décès

L'enregistrement des causes de décès se fait essentiellement au niveau des structures de soins pendant que 80% des décès surviennent en communauté.

Spécificité épidémiologique de l'infection au VIH

On note une prévalence du VIH en dessous de 1% au sein de la population générale. Cependant, des prévalences plus élevées sont observées parmi les adolescents et jeunes et des populations clés (>1%).

Vulnérabilité accrue à la maladie chez les enfants de moins de 5 ans du fait de la malnutrition

La malnutrition constitue un problème de santé publique car elle est la cause sous-jacente de 35% des décès chez les enfants de moins de 5 ans. Cette situation pourrait s'aggraver en raison du contexte sécuritaire.

Risque de détérioration de la santé des populations et surtout des déplacés internes et réfugiés en raison du contexte sécuritaire

On assiste ces dernières années à d'importants déplacements de populations au niveau interne et la fermeture de formations sanitaires en raison de la situation sécuritaire actuelle du pays. On dénombre au 9 décembre 2019 ; 560 033 personnes déplacées internes. Ces populations sont en situation de vulnérabilité, de menaces et de risques sanitaires. Aussi, un grand nombre de ménages déplacés ne cultiveront pas pendant la campagne 2019/2020, principalement en raison de l'impossibilité d'accéder à leurs champs et du manque d'intrants agricoles avec comme conséquence un impact négatif sur la sécurité alimentaire du pays.

Chapitre 1

Présentation du Burkina Faso

A retenir :

- Population jeune, et en forte croissance avec un taux de dépendance par âge toujours élevé ;
- Espérance de vie à la naissance en hausse continue ;
- Baisse modérée de la fécondité mais toujours élevée et précoce ;
- Mortalité néonatale, infantile-juvénile et maternelle en constante baisse mais toujours élevée ;
- Risque de dégradation des conditions sanitaires dans les villes en raison de la croissance rapide et incontrôlée de la population urbaine ;
- Risque de détérioration de la santé des populations surtout des déplacées internes en raison du contexte sécuritaire actuel.

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, d'une superficie d'environ 272 969¹ km². Il est limité au Nord-ouest par le Mali, au Nord-est par le Niger, au Sud-est par le Bénin et au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. Le pays a un climat tropical de type soudanien avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 300 mm au Nord à plus de 1 200 mm au Sud-ouest.

1.2. Situation administrative et politique

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est divisé en treize (13) régions et quarante-cinq (45) provinces subdivisées en 351 départements et 8 228 villages. On dénombre 49 communes urbaines dont Ouagadougou la capitale politique et Bobo-Dioulasso la capitale économique. Depuis 2004, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation dans le but de renforcer les capacités d'action des collectivités territoriales par la création des collectivités locales que sont les régions (13) et les communes (351) dont quarante-neuf (49) communes urbaines et 302 communes rurales².

La Constitution du 11 juin 1991 qui consacre la quatrième République avec un régime constitutionnel, comprend trois pouvoirs distincts que sont : l'exécutif, le législatif et le judiciaire. Elle a renforcé la mise en place d'institutions démocratiques et l'adoption de mesures et de politiques sectorielles telles que la consolidation de l'activité des partis politiques, la liberté d'association, d'expression et d'opinion, la paix et la stabilité sociales et politiques, la dynamisation du travail parlementaire, la promotion de la presse, du genre, du dialogue social, de la décentralisation et de la réforme du système judiciaire³.

Malgré l'adoption et la mise en œuvre des mesures politiques visant à consolider la démocratie et à renforcer la construction de l'Etat de droit, le Burkina Faso a connu en 2011 une série de crises sociopolitiques qui se sont manifestées par des contestations dans les milieux scolaire et étudiantin, syndical, militaire et paramilitaire, etc.

Ces mouvements ont conduit à l'insurrection populaire d'octobre 2014, la transition politique en 2015⁴, le retour à la stabilité politique en 2016 à travers l'élection d'un président démocratiquement élu et l'adoption d'un nouveau référentiel de développement dénommé Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020.



Source : Institut Géographique du Burkina Faso

Carte 1. 1 : Carte administrative du Burkina Faso.

1.3. Contexte sécuritaire

Le contexte actuel du Burkina Faso, marqué par les attaques perpétrées par des individus armés non identifiés, particulièrement récurrentes dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel, affecte le fonctionnement du système de santé. A la date du 9 décembre 2019, le nombre de personnes déplacées internes (PDI) était estimé à 560 033⁵.

La récurrence des attaques notamment dans les régions du Centre Nord (Bam, Namentenga, Sanmatenga), du Nord, de l'Est et du Sahel (Soum) a entraîné de nombreux cas de décès, de blessés et de déplacement massif de populations. Cette situation a engendré une perturbation de l'offre de soins à de nombreuses populations malgré les opérations sécuritaires en cours dans les 4 régions susmentionnées et les régions voisines comme celle des Cascades.

L'inaccessibilité de nombreuses zones entrave les stratégies avancées, les gardes et les évacuations, limite les déplacements des patients et provoque des ruptures fréquentes de produits de santé^{6,7}.

Pour assurer la continuité des soins, le Gouvernement du Burkina Faso à travers le Ministère de la santé, s'est engagé dans une démarche de réorganisation et de résilience du système de santé d'accompagnement des structures de santé en général et plus spécifiquement de celles dans les régions concernées à travers

4 Aboubacar Sawadogo. Les stratégies de sortie de crises politiques au Burkina Faso. Science politique. Université Paris-Saclay, 2018. Français. ffNNT : 2018SACL059ff. fftel-02064752f. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02064752>

5 Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR). Données statistiques à la date du 9 décembre 2019 sur la situation des personnes déplacées internes.

6 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019

7 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Plan d'urgence 2019 pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. Septembre 2019

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

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

3 Constitution du Burkina Faso du 11 juin 1991

la stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso^{8,9}.

1.4. Contexte socio-économique

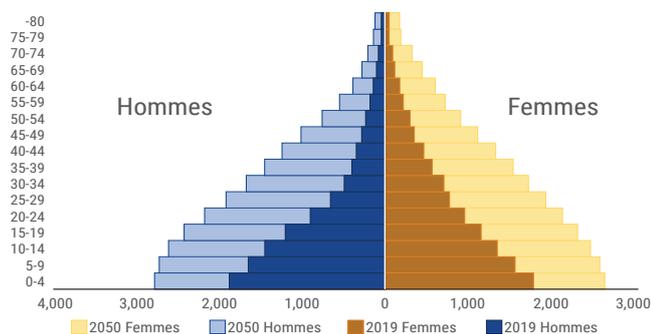
Le taux de croissance du Produit intérieur brut (PIB), tiré essentiellement par les secteurs primaires (+8,4%), était estimé à 6,3% et 6,6% respectivement en 2017 et 2018¹⁰. Cette croissance provient principalement de la production céréalière (+27,5 %), alors que la production de coton s'est significativement 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.

Pour ce qui est de l'inflation, l'indicateur de convergence est de 1,3%, nettement en dessous des 3% fixés par la norme communautaire¹¹. La pauvreté est fondamentalement rurale, avec une incidence de 47,5% contre 13,6% en milieu urbain¹². Le niveau de l'Indice de développement humain (IDH) du Burkina Faso était de 0,423 en 2018¹³, le classant dans la catégorie des pays à faible niveau de développement. L'activité économique en 2019 s'est déroulée dans un contexte sociopolitique relativement difficile marqué par la persistance des attaques terroristes (surtout dans les régions du Sahel, du Centre-nord, de l'Est de la Boucle du Mouhoun, du Centre-est et du Nord) et la poursuite des revendications sociales dans le secteur public. Cette situation affecte le fonctionnement normal des formations sanitaires.

1.5. Contexte démographique

1.5.1. Etat et structure 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. La grande majorité de la population (69,3 %) réside en milieu rural. Cette population se caractérise par sa jeunesse. En effet, les populations de moins de 5 ans et de moins de 15 ans représentent respectivement 17,6 % et 46,6 % de la population totale en 2019. Cette composition par âge s'observe aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les personnes âgées de plus de 65 ans ne représentent que 2,8% de la population totale du pays¹⁴.



Source : Recensement général de la population et de l'habitation 2006 (Projections, scénario moyen)

Graphique 1. 1 : Pyramide des âges de la population Burkinabè en 2019 et 2050

8 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019

9 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Plan d'urgence 2019 pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. Septembre 2019

10 Groupe de la Banque africaine de développement. Perspectives économiques en Afrique 2018 : Burkina Faso

11 Groupe de la Banque africaine de développement. Perspectives économiques en Afrique 2018 : Burkina Faso

12 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Profil de pauvreté et d'inégalités. Rapport, 2015.

13 Programme des Nations Unies pour le Développement. Indices et indicateurs de développement humain, 2018

14 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Projections 2007-2020

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans), particulièrement concernées par les programmes de santé de la reproduction représentent 44,0% de la population féminine et 22,7% de la population totale en 2019. Par ailleurs, la jeunesse de la population nécessite des investissements massifs en matière d'offre et de dépenses de santé pour prendre en charge certaines maladies infectieuses et parasitaires.

Le taux d'accroissement moyen annuel sur la période 1996-2006 est estimé à 3,1 % avec une densité de la population estimée à 73,8 habitants au km² en 2019.

1.5.2. Natalité/Fécondité

Malgré une tendance à la baisse au cours des périodes récentes, le Burkina Faso reste caractérisé par des niveaux élevés de fécondité à l'image d'autres pays de l'Afrique subsaharienne. En 2015, le Taux brut de natalité (TBN) s'estimait à 33,4‰¹⁵. Ce taux était de 41,2‰ en 2010¹⁶. Comme attendu, il est plus élevé en milieu rural (34,2‰) qu'en milieu urbain (29,1‰)¹⁷.

Tableau 1. 1 : Indicateurs démographiques, 1985, 1996, 2006, 2019, 2050

Indicateurs		1985	1996	2006	2019	2050
Taux vitaux	Taux brut de natalité (‰)	49,6	48,2	45,8	37,5	25,0
	Taux brut de mortalité (‰)	17,5	14,8	11,8	7,9	5,5
	Taux de croissance	2,7	2,4	3,1	2,8	1,9
Fécondité	Indice synthétique de fécondité	7,2	6,8	6,2	5,1	3,0
Mortalité	Espérance de vie à la naissance	48,5	53,8	56,7	61,6	70,0
Population	Population totale en millions	8,0	10,3	14,0	20,8 ¹⁸	45,8
	% population <15 ans	48,2	46,6	46,6	44,4	35,0
	% population 15-64	48,1	49,9	50,0	53,2	61,0
	% population 65+	3,7	3,5	3,4	2,4	4,0
	Rapport de dépendance	109,6	108,3	100,0	97,4	63,0
	Age moyen		21,7	21,8	-	23,0
	Densité	29,4	38,1	51,4	73,8	167,0
Urbanisation	Pourcentage urbain	12,7	15,5	22,7	30,6	57,7

Sources : INSD. Recensement général de la population et de l'habitation : 1985, 1996, 2006, 2050 (scénario moyen), UN. WPP : 2019

En ce qui concerne l'Indice synthétique de fécondité (ISF), il était estimé à 5,4 enfants par femme en 2015. Il existe une disparité selon le lieu de résidence. Par exemple, le milieu urbain enregistre des niveaux de fécondité plus faibles mesurés par l'ISF, soit 5,8 en milieu rural et 3,7 en milieu urbain¹⁹.

Les niveaux élevés de fécondité vont de pair avec une procréation qui commence tôt chez les femmes au Burkina Faso et s'étale sur l'ensemble de la vie génésique. Entre 15 et 19 ans, le taux de fécondité se situe à 117‰ contribuant au niveau de la fécondité à hauteur de 11% (12% en milieu rural et 9 % en milieu urbain). Il augmente progressivement pour atteindre un pic autour de 25-29 ans avec un taux de fécondité estimé à 244‰²⁰.

15 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

16 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé de 2010.

17 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

18 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Projections 2007-2020

19 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

20 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

1.5.3. Mortalité

A l'instar des autres pays de l'Afrique Sub-saharienne, le Burkina Faso connaît une tendance à la baisse de son niveau de mortalité (tableau 1.1). En l'absence de chocs particuliers, le niveau de la mortalité devrait poursuivre sa tendance à la baisse au cours des prochaines années particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans.

Malgré cette tendance à la baisse, le niveau de mortalité reste toujours élevé. En effet, l'espérance de vie est estimée à 61,6 ans en 2019 alors qu'elle est évaluée à 72,6 ans au niveau mondial. Cependant, le pays est bien classé en termes d'espérance de vie si on se réfère à la moyenne de l'Afrique de l'ouest qui s'estime à 57,8 ans²¹. Pour ce qui est des schémas par âge de mortalité, c'est le niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui influe beaucoup sur l'espérance de vie à la naissance. Ce niveau s'estimait à 184 pour 1000 en 2003²²; 129 pour 1000 en 2010²³ et 81,6 pour 1000 en 2015²⁴ soit une baisse de 55,6% entre 2003 et 2015. Les différentes composantes de la mortalité des enfants n'évoluent pas au même rythme. La mortalité néonatale baisse peu rapidement comparativement à la mortalité post-néonatale²⁵. Ceci est le reflet partiel d'une mortalité maternelle encore élevée et estimée à 341 décès pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2000-2010²⁶. Des efforts massifs doivent être consentis dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour que le Burkina Faso puisse atteindre la cible 2030 des Objectifs de développement durable (ODD) en rapport avec la mortalité infantile et maternelle (respectivement 12 décès pour 1000 naissances vivantes et 70 décès pour 100 000 naissances vivantes).

La moyenne nationale des indicateurs de mortalité cache des inégalités face à la mort au sein des populations. Les enfants du milieu urbain continuent d'avoir un avantage sanitaire par rapport à ceux du milieu rural. Sur la période 2005-2010, le quotient de mortalité infanto-juvénile s'estimait respectivement à 156 pour 1000 et 104 pour 1000 en milieu rural et en milieu urbain²⁷. Cette inégalité entre milieux urbain et rural est beaucoup plus visible entre 1 et 5 ans, c'est-à-dire en termes de mortalité juvénile. Même si l'on se focalise uniquement sur le milieu urbain, les travaux sur la ville de Ouagadougou ont montré que le risque de décès avant 5 ans est significativement plus bas dans les zones loties comparativement aux zones non-loties où 30% de la population réside (Lankoandé et al., 2016). Au-delà du gradient urbain-rural, les inégalités spatiales de mortalité demeurent au niveau des régions. La mortalité infanto-juvénile est plus élevée dans les régions du Sahel et du Sud-ouest comparativement aux autres régions du pays. Par ailleurs, les enfants dont les mères ont un niveau d'éducation élevée et issus de familles aisées continuent de bénéficier d'un avantage sanitaire en termes de mortalité. La transition de la mortalité pourrait être accélérée par le biais de la mise en œuvre de politiques de réduction des inégalités qui visent les populations vulnérables.

1.5.4. Urbanisation et migration

En 2019, on estime que 30,9% de la population Burkinabè vit dans des villes, ce qui représente 6,2 millions de citoyens. Cette population urbaine est en majorité jeune, les personnes de moins de 20 ans représentant 50,4 % des citoyens (57% de la population au niveau national). Les effectifs en âge de travailler (15 à 64 ans) représentent 59,5% de la population urbaine.



Photo 1. 1. Camp d'accueil des déplacés internes de Yirgou

Ouagadougou et Bobo-Dioulasso constituent les deux principales villes du pays (50% de la population urbaine). Elles constituent les principaux pôles d'attraction des candidats à l'exode rural. On estime par exemple que la seule ville de Ouagadougou attire par an 10 000 à 12 000 personnes²⁸. En plus de l'exode rural, on assiste ces dernières années à d'importants déplacements de population au niveau interne en raison du boom minier et de la situation sécuritaire actuelle du pays et des certains pays voisins. En effet, en octobre 2019, on dénombrait 560 033 PDI au 9 décembre 2019²⁹ et 26 155 réfugiés sur le territoire burkinabè³⁰.

Pour ce qui est des migrations internationales, le Burkina Faso est un pays de départ net ; il enregistre plus de sorties que d'entrées, donnant un solde migratoire annuel constamment négatif avec l'étranger. Les données du RGPH-2006 indiquent que la Côte d'Ivoire reste de loin la principale destination des émigrants avec une part relative de 77,4%, suivie du Ghana et du Mali. Au fil des temps, les frontières de l'émigration se sont progressivement élargies vers le Gabon, le Soudan, la Libye, le Cameroun et la Guinée Equatoriale en Afrique, l'Italie en Europe et les USA en Amérique du Nord. L'évolution de ce solde est le suivant : 34 000 personnes en 1974-75, -11 359 personnes en 1985 80 243 en 1996, 6 687 en 2006. Ces données montrent une tendance à la baisse de l'émigration. Cela s'explique en grande partie par l'influence de la conjoncture sociopolitique en Côte d'Ivoire, qui a été marquée depuis les années 2000 par les événements de Tabou et la crise militaro-politique, crise ayant provoqué de nombreuses vagues de retours forcés ou volontaires.

On peut noter également que la propension des femmes à partir en migration externe s'est accrue avec le temps. Ces migrants sont très jeunes (15-29 ans) et sont essentiellement des célibataires. La grande majorité des émigrés est constituée de jeunes âgés de 15 à 34 ans (72,8% des émigrés)³¹. Cela met en évidence les saignées de forces vives que subit le pays du fait de l'émigration.

Vivant une situation précaire dans leur localité d'origine habituelle, ces migrants voient leurs conditions sanitaires notamment sexuelles et reproductives se dégradées lorsqu'ils sont en situation de migration. Ces migrants sont de véritables laissés pour compte tant d'un point de vue socioéconomique que sanitaire faisant d'eux des groupes très vulnérables. En effet, leurs ambitions d'aller vers les horizons qui pourraient leur offrir des opportunités de plein épanouissement socioéconomiques peuvent se rompre du fait d'une dégradation subite de leur santé y compris celle sexuelle et reproductive.

21 United Nations. The World Population Prospects: the 2017 Revision. Department of Economics and Social Affairs, Population Division.

22 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et santé de 2003

23 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et santé de 2010

24 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

25 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, module démographique et de santé de 2015

26 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et santé de 2010

27 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et santé de 2010

28 Mix migration centre (2016), <http://www.mixedmigration.org/>

29 Conseil national de secours d'urgence (CONASUR). Rapport au 9 décembre 2019 sur la situation des personnes déplacées internes.

30 <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/burkina-faso>

31 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Analyse des résultats définitifs, Theme 8: Migrations. Recensement General de la Population et de l'habitation 2006.

Dans ce contexte, l'interaction entre urbanisation, opportunités d'emploi, cohésion sociale, santé sexuelle et reproductive et migrations reste un défi des politiques urbaines.

1.5.5. Opportunités et défis

La deuxième phase de la transition démographique du Burkina Faso devrait se poursuivre au cours des prochaines décennies avec une baisse continue des niveaux de mortalité et de fécondité. La croissance de la population sera toujours élevée mais se fera à un rythme plus lent en raison de la baisse de la fécondité. La population avoisinerait 46 millions d'habitants en 2050 avec un indice synthétique de fécondité estimé à 3 enfants per femme (tableau 1.1). La baisse significative de la fécondité entraînerait une modification de la structure par âge de la population avec le rétrécissement de la base de la pyramide et l'augmentation de la taille de la population active. Le taux de dépendance estimé à 104 en 2007 baissera progressivement pour atteindre 50 en 2050 ouvrant ainsi une fenêtre d'opportunité en termes de développement socio-économique si des politiques publiques adéquates sont mises en place.

Par ailleurs, le taux d'urbanisation passera la barre de 50% à l'horizon 2050 et s'observera essentiellement dans les deux principales villes du pays Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. La cohésion sociale dans les villes du Burkina figure parmi les défis futurs à relever, étant donné que cette croissance n'est pas toujours liée dans les villes à une croissance économique créatrice d'emplois. Des milliers de personnes se retrouvent ainsi obligées de survivre dans des conditions déplorables, ce qui induit de nouvelles démarches migratoires vers d'autres horizons jugés plus propices, qu'ils soient nationaux, régionaux ou internationaux.

Il est important de mentionner que toutes ces projections ne tiennent pas compte de la dégradation du contexte sécuritaire du pays. Les attaques terroristes récurrentes de ces dernières années pourraient ralentir la baisse de la mortalité des enfants et mettre en mal les politiques d'accès à la planification familiale. Les déplacements forcés des populations vers certaines localités posent également d'énormes défis en matière d'accès aux services sociaux de base et en termes d'occupation du sol pour les besoins de l'agriculture de subsistance. L'évolution de la population Burkinabè et sa répartition spatiale dans les prochaines années sera probablement influencée par le contexte sécuritaire et des réflexions dans ce sens méritent une attention particulière.

Chapitre 2

Présentation du Système de Santé

A retenir :

- Le système de santé du Burkina Faso est de type pyramidal basé sur le district sanitaire;
- Le secteur privé sanitaire est peu développé ;
- Malgré les progrès enregistrés en matière de participation communautaire, celle-ci demeure encore insuffisante ;
- Le système national d'information sanitaire a besoin d'être renforcé en matières de gestion, de disponibilité, de qualité, d'analyse des données et de diffusion de l'information sanitaire.

2.1. Historique du système de santé

Le système de santé du Burkina Faso a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques :

- **Programmes verticaux** : Depuis 1970, la lutte contre les endémo-épidémies était orientée vers une organisation axée sur la protection de la santé des populations en zones rurales à travers les plans quinquennaux de développement. Cette option se justifiait largement par le profil épidémiologique caractérisé par la prédominance de ces endémo-épidémies (lèpre, rougeole, méningite, trypanosomiase, ...). Les stratégies adoptées privilégiaient la mise en place de centres fixes de soins et le développement d'équipes mobiles.
- **Soins de santé primaires** : Le Burkina Faso à l'instar d'autres pays du monde, a souscrit à la mise en place des Soins de santé primaires (SSP) en 1978 à Alma Ata afin de remédier à la mortalité liée aux maladies endémo-épidémiques d'une part et satisfaire les besoins de nos populations d'autre part. Cette dynamique a amené le pays à se doter d'une Programmation sanitaire nationale (PSN) couvrant la période 1980-1990 dont la mise en œuvre a permis le développement progressif d'une organisation pyramidale.

Depuis 1990, la situation épidémiologique est caractérisée par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité toujours élevées. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la santé (MS), avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, s'est engagé dans une réforme de son système de santé basée sur la décentralisation avec la mise en place de districts sanitaires. L'Initiative de Bamako a été retenue comme stratégie de base pour la revitalisation des formations sanitaires périphériques. Au cours des années 2000, le MS s'est doté d'une politique sanitaire nationale qui a été révisée en 2011 pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national.

Plusieurs réformes (confère annexe 3 pour les lois/décrets y relatifs) ont été conduites au cours de la période 2011 à nos jours; il s'agit notamment de (i) la décentralisation ou communalisation intégrale avec transfert de compétences et des ressources, (ii) le renforcement de la santé communautaire, (iii) le démarrage de la transformation des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des chefs-lieux de communes rurales en Centres médicaux (CM) et la création de nouveaux districts, (iv) la réforme hospitalière, (v) la réforme pharmaceutique, (vi) la mise en œuvre de la politique de

contractualisation et le financement basé sur les résultats, (vii) la régulation du secteur de la santé, (viii) la stratégie nationale et les textes règlementant l'exercice de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée nationale, (ix) la subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence, (x) la mise en œuvre de la gratuité au profit des enfants et des femmes, (xi) l'adoption de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU).

- **Budget programme** : En outre, à la faveur de l'adoption du budget programme comme mode gestion du pays, le Ministère de la santé s'est doté de quatre programmes que sont :
 - ✓ le programme « Accès aux services de santé » avec le directeur général de l'offre de soins (DGOS) comme responsable du programme,
 - ✓ le programme « Prestation des services de santé » avec le directeur général de la santé publique (DGSP) comme responsable du programme ;
 - ✓ le programme « Pilotage et soutien des services du Ministère de la Santé » avec le directeur général des études et des statistiques sectorielles (DGESS) comme responsable du programme ;
 - ✓ le programme « Accès aux produits de santé » avec le directeur général de l'accès aux produits de santé (DGAP) comme responsable du programme.

Chaque responsable de programme élabore une stratégie à travers laquelle le programme sera mis en œuvre.

2.2. Organisation actuelle du système de santé

L'organisation actuelle du système de santé au Burkina Faso est basée sur le district sanitaire. Elle comporte une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins.

2.2.1. Organisation administrative

L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux :

- ✓ le niveau central est représenté par le cabinet du Ministre, le secrétariat général, les directions générales, les directions transversales, les directions rattachées et les directions techniques. Ce sont les organes de décisions politiques et les instances d'appui technique et stratégique aux régions ;
- ✓ le niveau intermédiaire correspond aux directions régionales de la santé. Il assure un appui technique aux districts sanitaires et coordonne les activités de santé dans la région ;
- ✓ le niveau périphérique est représenté par la direction provinciale de la santé et le district sanitaire qui sont les entités opérationnelles d'administration des services de santé.

2.2.2. Organisation de l'offre de soins

L'organisation de l'offre de soins concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence.

L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). En général, chaque CSPS offre le Paquet minimum d'activités (PMA) standard dès que les normes minimales en personnel et en équipement sont atteintes.

Le PMA comprend des activités promotionnelles, préventives et curatives. Cependant les CSPS du milieu urbain offrent, en fonction des ressources disponibles, des prestations supplémentaires.

Les structures de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- **Premier niveau**

Il correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

Premier échelon : Il est constitué par les CSPS, les CM et les maternités et dispensaires isolés. Par ailleurs, on note également des établissements sanitaires privés de soins que sont les cabinets (médicaux, dentaires, de soins infirmiers), les cliniques d'accouchement, les CSPS privés. Selon l'annuaire statistique 2018, on dénombre 1896 CSPS, 63 CM publics et 409 établissements sanitaires privés de soins non hospitaliers.

Par ailleurs, il convient de noter la mise en place de la santé communautaire avec des Agents de santé à base communautaire (ASBC). Chaque composante du premier échelon offre un paquet minimum d'activités bien défini.

Deuxième échelon : Il est représenté par l'hôpital de district (HD) ou CMA. En 2018, on comptait 45 HD publics, 10 centres médicaux chirurgicaux privés, fonctionnels. Il offre le Paquet complémentaire d'activités (PCA) et sert de référence au premier échelon.

- **Deuxième niveau**

Il est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) au nombre de neuf (09). Ce deuxième niveau sert de référence aux HD.

Un projet de relèvement du plateau technique des structures de santé en cours transformera les CHR en Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) à l'instar de celui de Ouahigouya.

Au niveau du privé, le pays comptait soixante-sept (67) cliniques et huit (08) polycliniques et un (01) hôpital en 2018³².

- **Troisième niveau**

C'est le niveau le plus élevé des soins spécialisés. Il est constitué par les Centres hospitaliers nationaux et universitaires qui sont les centres de référence des CHR et du CHRU. Le Burkina compte actuellement un (01) CHN (Yalgado OUEDRAOGO) et quatre (4) CHU (Pédiatrique Charles de GAULLE, Souro SANOU, Tengandogo et Bogodogo).

En plus de ces 03 niveaux de soins, des centres spécialisés en cours de création (cancérologie, neurochirurgie, médecine physique et de réadaptation, centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés) pourront constituer un quatrième niveau.

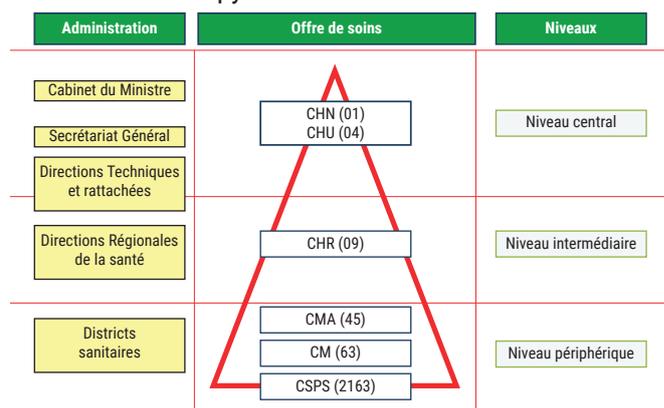
A côté de ces trois niveaux, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et l'office de santé des travailleurs. Au niveau de l'armée, toutes les garnisons disposent d'une infirmerie qui offre des soins à la population. Chaque région

dispose d'un service de santé des travailleurs qui offre des soins promotionnels, préventifs et curatifs.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles et alternatives reconnues depuis 1994 par loi n°23/94/ADP du 19/05/1994 dans le code de santé publique occupent une importante place dans l'offre de soins et de produits de santé. On dénombre environ 30 000 acteurs exerçant de façon autonome sur l'ensemble du territoire. Plus 300 prestataires sont autorisés à exercer officiellement.

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

Schéma de la pyramide sanitaire au Burkina Faso



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

Figure 2. 1 : Schéma de la pyramide sanitaire du Burkina Faso

L'annexe 1 présente l'organigramme du Ministère de la santé du Burkina Faso.

2.3. Gouvernance et leadership

Dans le domaine de la gouvernance, des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel ont été enregistrés. Un leadership efficace couplé à des organes de suivi actifs ainsi que le consensus des différentes parties prenantes autour du Plan national du développement sanitaire (PNDS) ont permis de maintenir la mobilisation des différents acteurs malgré un contexte politico-social mouvementé. Les différents organes de suivi suivants font preuve d'efficacité :

- Le Comité national de suivi du PNDS (CNS/PNDS) servant aussi de Cadre sectoriel et dont le Ministère de la santé assure le leadership ;
- La revue sectorielle de performance de la mise en œuvre du PNDS avec des commissions thématiques ;
- Les Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS) et les Conseils de santé de districts.

La planification triennale, l'élaboration de Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et la planification annuelle sont assurées par trois (03) directions de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) à savoir la Direction de suivi-évaluation et de la capitalisation (DSEC), la Direction des statistiques sectorielles (DSS) et la Direction de formulation des politiques (DFP).

2.3.1. Partenariat pour la santé et mécanismes de coordination

Le Gouvernement du Burkina Faso accorde une attention particulière à la coordination et à l'harmonisation des interventions des Partenaires au développement. Ces derniers ont pris conscience de la nécessité de coordonner leurs interventions et d'harmoniser leurs procédures afin de mieux participer au développement du système sanitaire. Ils

³²Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

sont organisés autour de la Troïka avec une présidence tournante. Des organes de coordination et de pilotage sont mis en place pour assurer le leadership du MS dans la mise en œuvre du PNDS. Ces organes sont structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique, opérationnel) et ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur (Etat, Collectivités territoriales, secteurs public et privé, société civile, système des Nations unies, Coopération bilatérale et multilatérale, Organisation non gouvernementale (ONG)). Ils assurent la concertation, la coordination, le suivi et l'évaluation du PNDS aux différents niveaux du système.

2.3.2. Participation communautaire

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la gestion des formations sanitaires périphériques est confiée aux représentants de la communauté que sont les Comités de gestion (COGES). Ils assurent l'interface entre les services de santé et la communauté de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire, la gestion des dépôts de médicaments essentiels et veillent au recouvrement des coûts, etc.

La participation communautaire se manifeste également par l'engagement et la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles des acteurs communautaires que sont le Conseil villageois de développement (CVD), les collectivités territoriales, les leaders et la population en faveur des Interventions à base communautaire (IBC).

A partir de 2009, la décentralisation a permis le transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes, de l'ensemble des formations sanitaires du premier échelon à l'exception des centres médicaux (y compris le patrimoine). De ce fait, les collectivités territoriales ont la responsabilité de la gestion des services de santé de base. Toutefois, la participation communautaire est insuffisante car les populations ne sont pas toujours impliquées dans le processus de planification des programmes et projets.

Cela se traduit notamment par les dysfonctionnements des COGES, la faible appropriation des IBC par les collectivités territoriales, la faible mobilisation des ressources de la communauté, etc.

2.4. Système d'information sanitaire

Selon le plan stratégique du Système national d'information sanitaire (SNIS) 2011-2020, le Burkina Faso devrait disposer en 2020 d'un système d'information sanitaire intégré, performant à tous les niveaux, produisant l'information sanitaire de qualité en temps réel, accessible et utilisée par tous les acteurs pour une prise de décisions sur des bases factuelles en vue de l'amélioration de la santé des populations.

De nombreuses initiatives ont été ainsi développées au Ministère de la santé par l'Etat et ses partenaires pour l'amélioration de la fonctionnalité du SNIS. On retiendra, entre autres :

- la création des Centres de surveillance épidémiologique (CSE) en 1989, devenus Centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) à partir de 1991 ;
- la création de la filière de formation des attachés de santé en épidémiologie à l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) en 2001 ;
- le renforcement de la disponibilité des statistiques sanitaires par la production des annuaires, des tableaux de bord de la santé, de la carte sanitaire et des comptes nationaux ;
- les divers appuis au renforcement du SNIS à travers les actions de renforcement du système de santé par des partenaires au développement ;

- la gestion en ligne des données sanitaires (entrepôt de données sanitaires (ENDOS)-BF) à partir de 2013.

De nos jours, on note une grande amélioration dans la gestion, la disponibilité et de la qualité des données surtout dans le secteur public de santé. En effet, en 2018 on notait une complétude globale de rapport saisis dans la base ENDOS de 92,9% pour l'ensemble du pays, avec 98,4% pour le secteur public³³.

Les principaux défis de renforcement du SNIS sont le renforcement :

- de la coordination, de la planification et du leadership ;
- des ressources humaines et financières, des équipements et des infrastructures ;
- dans la production, la gestion et la qualité des données sanitaires ;
- dans l'analyse, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire.

2.5. Ressources humaines

Suite à la mise en œuvre du PNDS les effectifs du personnel de santé ont connu une augmentation ces dernières années. En effet, la densité du personnel de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes/maïeuticiens d'Etat et chirurgiens-dentistes) dans les structures publiques de soins est passée de 5,1 à 8,1 personnels de santé pour 10 000 habitants respectivement en 2010 et en 2018³⁴. Ce qui reste en deçà de la cible OMS qui est de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants pour les soins maternels et infantiles les plus indispensables.

En plus des effectifs insuffisants en personnel de santé, deux (02) autres défis majeurs demeurent : la répartition déséquilibrée des ressources humaines au détriment des zones reculées et la forte mobilité du personnel de santé³⁵.

Plusieurs initiatives du gouvernement avec la contribution du secteur privé et l'appui des partenaires au développement sont mises en œuvre pour le renforcement des ressources humaines telles que :

- le recrutement régulier de personnel de santé ;
- la formation initiale et continue du personnel de santé (organisation régulière des concours professionnels, projet chargé de la formation des médecins et pharmaciens spécialistes, etc.).

2.6. Produits de santé et médicaments

L'approvisionnement, la distribution, la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé se sont améliorées. L'importation des médicaments est assurée par la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) et les grossistes privés. La distribution est assurée par les dépôts de médicaments essentiels génériques des formations sanitaires publiques, des dépôts privés de médicaments et des officines pharmaceutiques privées.

Le centre national de transfusion sanguine avec ses démembrements dans six (06) régions, les banques de sang de certains CHR, les laboratoires de certains CMA fournissent les produits sanguins labiles.

L'approvisionnement des vaccins inscrits dans le programme élargi de vaccination se fait sur le budget de l'Etat avec l'appui des partenaires au développement. Le stockage des vaccins se fait au niveau national dans les chambres froides et au niveau des formations sanitaires dans les chaînes de froid³⁶.

³³ Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

³⁴ Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2010-2018

³⁵ Ministère de la santé. 2019. Document d'orientation de la gouvernance du système de santé.

³⁶ Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire 2011-2020

Le pilier « Produits de santé et médicaments » souffre de certaines insuffisances comme³⁷ :

- l'inexistence d'industries locales de production de médicaments ;
- la faible mise en œuvre de la pharmacie hospitalière ;
- le faible accès des populations aux médicaments et autres produits de santé ;
- la faible promotion des médicaments de la médecine traditionnelle ;
- l'irrégularité des contrôles et inspections ;
- l'insuffisance dans la couverture des besoins en PSL ;
- etc.

Pour adresser ces difficultés, l'Etat a pris un certain nombre de mesures dont³⁸ :

- la création de l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) ;
- le début de l'opérationnalisation de la pharmacie hospitalière ;
- la mise en place d'un système d'information en gestion logistique intégré ;
- la politique de gratuité des soins ;
- la création de la direction de la médecine traditionnelle et alternative ;
- l'extension des CRTS et la création de dépôts préleveurs ;
- etc.

2.7. Financement

La part du budget de l'Etat consacré à la santé se situait autour de 12% entre 2015 et 2017. Ce qui reste en deçà de l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en 2001 à savoir consacrer au moins 15% des budgets nationaux à la santé.

Les ménages demeurent la première source de financement des dépenses de santé. La poursuite des mécanismes de subvention et de gratuité, la mise en place de l'assurance maladie universelle, le développement des mutuelles de santé et les systèmes de partages de coûts pourraient contribuer à réduire le poids des dépenses faites par les ménages aux dépenses de santé.

La part des partenaires au développement pour le financement de la santé s'élevait autour de 20% en 2017. Leur financement s'effectue à travers les appuis budgétaires non ciblés et les fonds ciblés ou les appuis projets ou programmes³⁹.

Les défis majeurs sont essentiellement, la mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, l'efficacité des dépenses en santé et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle⁴⁰. En plus de ces défis, s'ajoute la réorientation budgétaire consécutive à la crise sécuritaire.

³⁷ Ministère de la santé. 2019. Document d'orientation de la gouvernance du système de santé.
³⁸ Ministère de la santé. 2019. Document d'orientation de la gouvernance du système de santé

³⁹ Ministère de la santé. Rapports des Comptes de la santé 2017
⁴⁰ Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire 2011-2020

Chapitre 3

Déterminants de la santé de la population

A retenir :

- Le nombre d'accidents de la circulation a presque doublé en moins de cinq (05) ans et Ouagadougou et Bobo-Dioulasso enregistrent le plus grand nombre ;
- Environ 38,4% de la population urbaine ne pratique pas d'activité physique et la majorité a des habitudes alimentaires inadéquates ;
- La consommation de substances addictives est en forte croissance surtout chez les jeunes et adolescents ;
- Les violences basées sur le genre sont en forte croissance ;
- Les facteurs génétiques sont peu documentés ;
- L'automédication prend de l'ampleur.

Ce chapitre traite des conditions qui prédéterminent et/ou influencent l'état de santé de la population burkinabè, isolement ou en interaction. Il s'agit des facteurs liés aux individus, au contexte socio-économique, à l'environnement et au système de santé.

L'analyse s'appuie sur le schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) qui est en cohérence avec les composantes des soins de santé primaires, fondements du PNDS au Burkina Faso⁴¹.

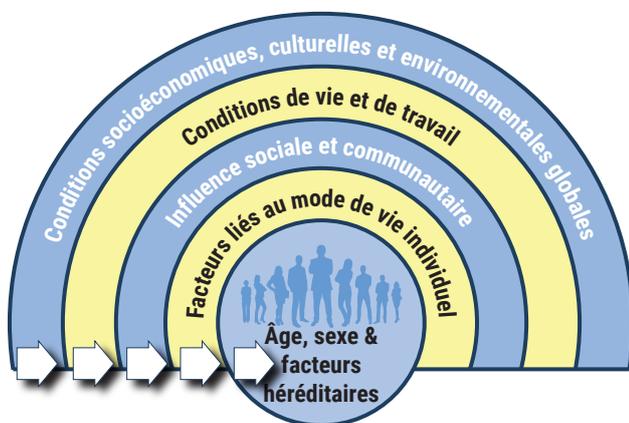


Figure 3. 1 : Modèle des déterminants de la santé – Dahlgren et Whitehead, 1991

3.1. Les déterminants individuels

Ils sont relatifs aux facteurs génétiques, au sexe, à l'âge, aux comportements et modes de vie des individus pris isolément.

3.1.1. L'hérédité

Le facteur héréditaire constitue un élément déterminant pour la santé du futur enfant. En effet, bien que les maladies génétiques soient encore sous notifiées au Burkina Faso, on enregistre de nombreux cas de drépanocytose. On estime que sur 100 000 nouveaux nés, 1 750 sont drépanocytaires et 7 150 sont des porteurs du trait drépanocytair (AS). L'exploration de l'influence de ces facteurs sur la santé reste

41 Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? The Lancet, 1991, n° 338: p. 1059-1063

insuffisante, ce qui limite la prise en charge efficace des maladies liées aux caractéristiques biologiques de l'individu⁴².

On signale également des cas d'albinisme, une anomalie génétique mal perçue. Les albinos sont victimes de préjugés et stigmatisations qui peuvent être sources de traumatismes psychologiques. Le recensement général des enfants handicapés en 2013 a dénombré 1680 enfants albinos⁴³.

3.1.2. Le sexe

Le sexe peut constituer un facteur de risque de maladie. A titre d'exemple, l'hémophilie touche essentiellement les garçons dès la naissance. Au Burkina Faso, les statistiques sont parcellaires et peu représentatives. Ils seraient environ 2000 burkinabés atteints d'hémophilie⁴⁴.

Par ailleurs, une femme à sa naissance a plus de chance de vivre longtemps, soit 57,5 ans qu'un homme qui n'espère que 55,8 ans selon les données du RGP-2006.

3.1.3. L'âge

Il existe une corrélation entre l'âge des individus et la survenue de maladies. La vulnérabilité aux maladies est plus élevée chez les enfants à cause de leur système immunitaire plus fragile. L'âge représente le principal facteur de risque de maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson ainsi que les affections cardiovasculaires. Au sein de la population de la tranche d'âge de 25 à 64 ans la prévalence globale de l'HTA était de 17,6 % [15,7- 19,4].

La prévalence augmente avec l'âge de façon globale dans les 2 sexes⁴⁵.

3.1.4. Les comportements et styles de vie personnels

Du fait des comportements inappropriés, les populations sont exposées à des problèmes de santé. Il s'agit notamment du non-respect des consignes de sécurité routière, de la consommation abusive des substances addictives, de la sexualité à risque, de l'inactivité physique et des habitudes alimentaires non adéquates.

Non-respect des consignes de sécurité routière

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. Pour la même année (2017), les deux grands centres urbains totalisaient 74% des cas constatés.

Le nombre de décès constatés sur le lieu de l'accident a varié en dents de scie durant la même période avec des extrêmes de 3,3 et 6,8 décès pour 100 000 habitants⁴⁶. Ces tendances sont illustrées dans le graphique ci-dessous.

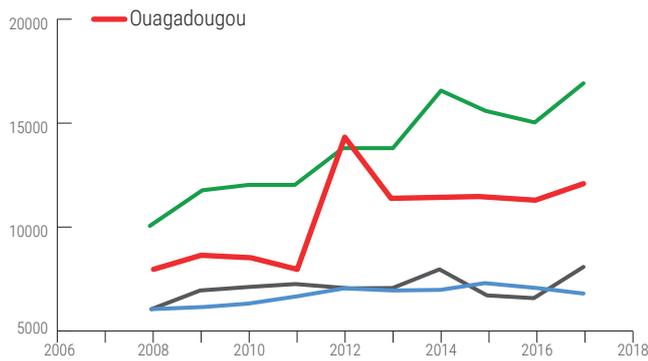
42 Ministère de la santé. Guide national de prise en charge de la drépanocytose, 2015

43 Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Recensement général des enfants handicapés de 0 à 18 ans au Burkina Faso. Rapport 2014

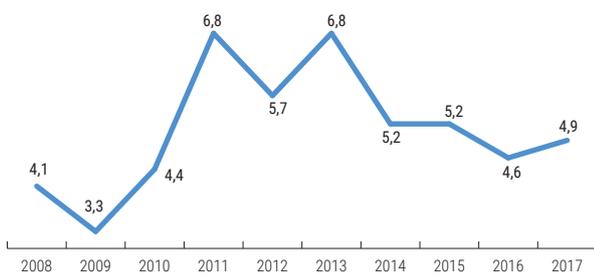
44 <https://santeactu.bf/hemophilie-au-burkina-le-traitement-desormais-gratuit/>

45 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

46 Ministère des transports de la mobilité urbaine et de la sécurité routière, Annuaire statistique, 2017



Graphique 3. 1 : évolution du nombre d'accidents de 2007 à 2018



Graphique 3. 2 : évolution des décès (P.100 000) par site de 2007 à 2018

L'accroissement du nombre d'accidents s'expliquerait essentiellement par l'excès de vitesse, le non-respect du code de la route, l'usage du téléphone au volant et la conduite en état d'ébriété.

Non-respect des consignes de sécurité et santé au travail

La violation des règles de sécurité et de santé au travail de la part des employeurs et des employés, la nature informelle de certains travaux et le faible niveau d'information de certains travailleurs constituent autant de facteurs de risque de santé pour les individus. En 2018, les statistiques de l'Office de santé des travailleurs (OST) indiquent 931 cas d'accidents de travail notifiés dans les directions régionales (dont 570 cas sans arrêt de travail, 360 cas avec arrêt de travail et un cas de décès)⁴⁷.

Consommation abusive de substances addictives

La consommation de substances addictives (alcool, tabac, autres stupéfiants) constitue une sérieuse menace pour la santé des populations dans notre pays. Les résultats de l'enquête STEPS réalisée en 2013 indiquent que la prévalence de consommation habituelle était de 27,4% pour l'alcool et 19,8% pour le tabac⁴⁸.

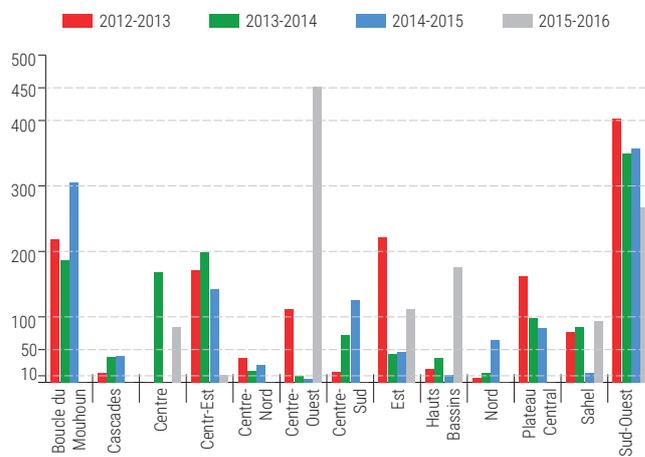
Le phénomène prend de plus en plus de l'ampleur en milieu scolaire et universitaire. Une étude sur la consommation des psychotropes en milieu scolaire (Nikiéma et al., 2011) ayant enrôlé un total de 3 301 élèves dont l'âge moyen était de 15 ± 3 ans où les filles représentaient 55,5 % a révélé que de manière générale, l'alcool est la substance la plus expérimentée par les élèves (34,14%), suivi du tabac (10,16%), les somnifères et tranquillisants (5,12%), les autres substances (7,1%) et le cannabis (1,73%).

La consommation de drogue est un autre fléau des cités minières au Burkina Faso. Très utilisé, le tramadol, un puissant antalgique permettrait de « dynamiser et augmenter l'endurance » des jeunes creuseurs⁴⁹. Dans la ville de Ouagadougou, le tramadol est utilisé à forte dose par les jeunes pour ses propriétés antifatigues, pour sa capacité à occulter les douleurs morales causées par la situation locale (chômage, déception de toutes sortes, pauvreté...). Son usage irrationnel a des effets néfastes sur la santé des utilisateurs tels que les troubles neuropsychiques, les dépressions respiratoires, les attaques cardiaques, la mort... avec une dépendance psychologique et physique où les utilisateurs éprouvent des symptômes désagréables quand ils essaient d'arrêter de l'utiliser⁵⁰. Toutefois, la consommation de tramadol reste peu documentée au Burkina Faso et nécessite des investigations pour l'adresser.

Sexualité à risque

Certains comportements sexuels constituent des facteurs de risque dans la survenue des maladies sexuellement transmissibles (VIH, IST, HPV). Selon l'EDS 2010, 16,2% des hommes de 15-49 ans ont eu au moins deux partenaires sexuelles au cours de douze (12) derniers mois contre 0,6% des femmes du même groupe d'âge. Parmi les hommes ayant eu des partenaires sexuelles multiples, seulement 27% ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec la dernière partenaire⁵¹.

Le milieu scolaire n'est pas épargné par le phénomène. Les données disponibles sur les grossesses en milieu scolaire montrent une situation préoccupante au regard des cas observés chaque année. En effet, selon les résultats d'une étude réalisée par la Direction générale de l'économie et de la planification (DGEF) en 2016 entre 2012 et 2016, on a dénombré en moyenne 1 300 cas de grossesses par année scolaire, avec de fortes disparités régionales comme l'indique le graphique 3.2⁵².



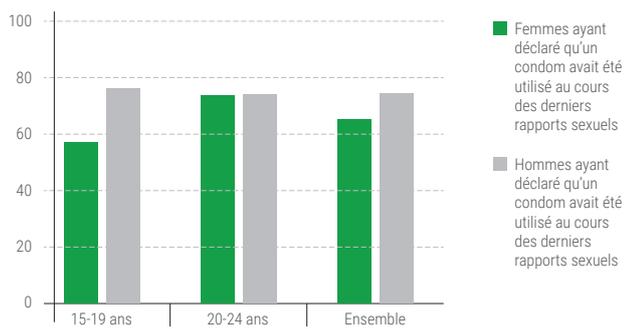
Source : Rapport d'une étude sur les grossesses en milieu scolaire de la DGEF du MINEFID

Graphique 3. 3 : répartition du nombre de grossesses en milieu scolaire par région et par année scolaire

En 2010, la proportion des rapports à risque mais protégés était de 65,3% chez les filles et 74,7% chez les garçons⁵³. Les filles (42,7%) de 15-19 ans étaient plus à risque d'avoir des rapports sexuels non protégés.

49 La drogue est évoquée dans le documentaire Poussière d'or – les dessous de la mondialisation (Julia Montfort, 2016, diffusé sur Public Sénat)
 50 <https://lefaso.net/spip.php?article71580>
 51 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête de démographie et de santé de 2010
 52 Ministère de l'économie des finances et du développement, Direction générale de l'économie et de la planification. Rapport 2016
 53 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête de démographie et de santé de 2010

47 Ministère de la santé, Annuaire statistique 2018
 48 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014



Source : A partir l'EDS 2010

Graphique 3. 4 : Proportion des jeunes et adolescents ayant eu des rapports sexuels protégés au cours des derniers rapports selon le sexe

Violences Basées sur le Genre (VBG)

Selon les statistiques du Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille, les cas de VBG (mariages forcés, mariages précoces, les violences conjugales, les mutilations génitales féminines,...) ont connu des hausses entre 2017 et 2018 (respectivement 710 et 939 ; 267 et 381 ; 1327 et 1861 ; 81 et 178)⁵⁴. Ces pratiques traditionnelles courantes néfastes ont une répercussion sur la santé des populations notamment sur celle des femmes et des enfants.

Inactivité physique

Au Burkina Faso, la proportion de personnes n'ayant aucune activité physique était de 38,4% en milieu urbain et de 25,7% en milieu rural. Cette inactivité physique est un facteur déterminant dans la survenue des maladies non transmissibles comme l'hypertension artérielle (HTA), le diabète et l'obésité. La prévalence du surpoids était de 13,4% dont 4,5% d'obésité chez les personnes de la tranche d'âge de 25-64ans. Ces pourcentages sont respectivement de 30,6% et 16,1% à Ouagadougou et 22,7% et 8,5% à Bobo Dioulasso⁵⁵.

Pratiques et habitudes alimentaires non adéquates

Au Burkina Faso, les pratiques inadéquates d'alimentation impactent négativement la santé des individus, notamment du nourrisson et du jeune enfant. En effet, selon l'enquête nutritionnelle nationale 2018, 55,8% des enfants ont été exclusivement allaités, 59,5% des enfants ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance, 18,0% des enfants de 6 – 23 mois ont une alimentation minimum acceptable⁵⁶.

Alors que The Lancet rapporte que les pratiques optimales de l'allaitement exclusif et de l'alimentation de complément réduit les décès infantiles de 19%⁵⁷.

Ensuite, la consommation de fruits et légumes n'est pas une habitude alimentaire partagée. Selon le rapport de l'enquête STEPS 2013, 56% ne consomment ni de fruits ni de légumes.

Enfin, selon la même enquête, la consommation des aliments riches en sucre, sel et graisse est inadéquate. Cette situation se traduit par une prévalence élevée du surpoids (13,4%), de l'obésité (4,5%) et de l'hypercholestérolémie (3,5%) Cependant, il est à noter que les données populationnelles sur les comportements alimentaires ne sont pas disponibles⁵⁸.

54 Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, et de la Famille. Annuaire statistique 2018
55 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

56 Ministère de la santé. Enquête nutritionnelle nationale 2018

57 THE LANCET. Vol 362, July 5, 2003. www.thelancet.com

58 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

Automédication

L'automédication est un comportement qui retarde la prise en charge adéquate pouvant entraîner de nombreuses complications à court et à long terme. La pauvreté, l'analphabétisme, le manque d'accessibilité aux soins de santé, les croyances socioculturelles, l'accessibilité à des médicaments sans ordonnance médicale en pharmacie, les médias et les publicités sont autant de facteurs favorisant cette pratique. Les données statistiques sont peu disponibles pour alimenter ce volet.

3.2. Les déterminants socio-économiques

3.2.1. Les déterminants culturels

Les pesanteurs socioculturelles influencent toujours l'état de santé de la population burkinabè. En effet, les filles et les femmes sont victimes de pratiques culturelles telles que l'excision (13,3%) et le mariage précoce qui impactent négativement leur santé sexuelle et reproductive⁵⁹.

Les statistiques sur la pratique de l'excision restent relativement stationnaires chez les petites filles âgées de moins de cinq ans. Elles sont de 4,7% en 2010 contre 4,5% en 2015⁶⁰.

Selon l'EDS IV, l'âge médian d'entrée en union chez les femmes est de 17.8 ans et 25.5 ans chez les hommes. Le mariage d'enfants touche de manière disproportionnée les filles par rapport aux garçons avec 28.5% des filles de 15-19 ans en union contre 1.1% des garçons de la même tranche d'âge⁶¹.

Par ailleurs, certaines pratiques culturelles retardent le début des consultations prénatales, favorisent la malnutrition et limitent l'utilisation des méthodes contraceptives.

3.2.2. La sécurité alimentaire

La disponibilité et l'accessibilité aux ressources alimentaires conditionnent fortement l'état de santé de la population. Selon les données de l'enquête permanente agricole (EPA), 42,5% des ménages agricoles ne seront pas à mesure de couvrir leurs besoins céréaliers avec leur seule production de la campagne 2018-2019. Or, 75% de l'alimentation des ménages reposent sur les céréales. Cette situation les expose à la sous-alimentation et à la malnutrition qui seraient à l'origine de diverses pathologies⁶².

Selon l'analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition réalisée en 2014 au Burkina Faso, presque un ménage sur cinq était en insécurité alimentaire modérée (18%), 1% en insécurité alimentaire sévère et 43% en situation de sécurité alimentaire limite⁶³.

La préparation de la campagne agropastorale de 2019 a de même été perturbée et un grand nombre de ménages déplacés ne cultiveront pas pendant la campagne 2019/20, principalement en raison de l'impossibilité d'accéder à leurs champs et du manque d'intrants agricoles⁶⁴. Cette situation pourrait détériorer davantage la sécurité alimentaire du pays.

59 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête de démographie et de santé de 2010
60 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

61 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête de démographie et de santé de 2010

62 Ministère de l'Agriculture. Enquête permanente agricole. Rapport 2019

63 Programme alimentaire mondial. Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Rapport 2014

64 FAO. Burkina Faso-La FAO et les appels humanitaires de 2019. <http://www.fao.org/3/ca5614fr/ca5614fr.pdf>

3.2.3. L'éducation

L'éducation est identifiée comme un élément clé d'accès et d'amélioration de la santé. A contrario, son déficit peut entraver les efforts entrepris pour assurer le bien-être de la population. Mais, bien que le taux brut de scolarisation au primaire soit appréciable (88,8%), le constat est que les taux d'achèvement restent relativement faibles. Ils sont respectivement de 61,7% au primaire, 39% au post-primaire et 15,4% au secondaire. En d'autres termes, plus de la moitié des enfants scolarisés sont exclus du système scolaire avant l'âge de 19 ans révolus. Le taux d'alphabétisation des populations de 18 ans et plus est de 29,5% ; ce qui indique que plus de 2/3 de la population générale ne sait ni lire ni écrire aussi bien en français que dans les langues nationales⁶⁵.

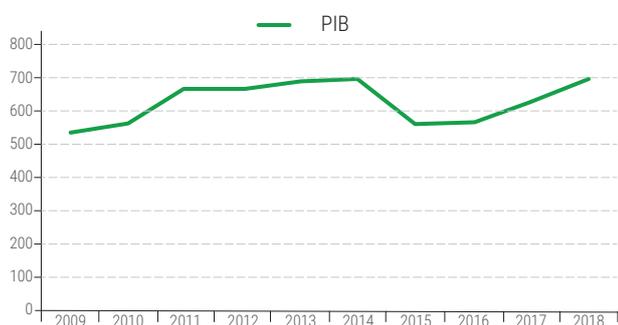
3.2.4. L'habitat et l'assainissement du cadre de vie

En 2014, un peu plus de sept (7) ménages sur dix (10) habitaient dans les zones non loties, dont 39,5% en milieu urbain et 92% en milieu rural. Ces ménages connaissaient un faible taux d'accès à l'assainissement, une précarité des logements et un faible accès à l'eau potable et à l'énergie⁶⁶. Selon les données du rapport du Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement (PN-AEPA) 2016, le taux d'accès à l'assainissement familial est de 13,7%. Plus de 20% des latrines sont mal entretenues dans les familles en milieu rural. La proportion de villages et quartiers certifiés « Fin de défécation à l'air libre (FDAL) est de 1,9%. La gestion des eaux pluviales est lourdement compromise par l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs et l'incivisme des riverains qui font des caniveaux collecteurs, des dépotoirs d'ordures⁶⁷.

Toutes ces insuffisances prédisposent à des maladies infectieuses.

3.2.5. Le niveau de revenu

En plus de la pauvreté humaine qui se réfère aux indicateurs d'éducation, de conditions et de cadre de vie, le niveau de revenu influence également l'accès aux soins de qualité. Selon le rapport sur le profil de pauvreté et d'inégalités, l'analyse des indicateurs de pauvreté monétaire indique qu'en 2014, 40,1% de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté, estimé à 153 530 FCFA. Le recul de la pauvreté est resté globalement faible comme l'atteste l'évolution du PIB par tête d'habitant (IAP, DGEP 2019)⁶⁸.



Source : A partir du rapport sur le Profil de pauvreté et d'inégalités, 2015

Graphique 3. 5: Evolution du niveau du PIB au Burkina Faso entre 2009 et 2018

65 Ministère de l'éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales, Annuaire statistique 2017

66 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête multisectorielle continue de 2014

67 Ministère de l'eau. Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Rapport 2016

68 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Profil de pauvreté et d'inégalités, 2015.

3.3. Les déterminants liés au système de santé

3.3.1. Les ressources humaines et infrastructurelles

La densité du personnel de santé s'établit en dessous de la norme OMS qui est de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants. En effet, en 2018, le pays disposait de 8,1 personnels de santé dans les structures publiques de soins pour 10 000 habitants⁶⁹.

Toutefois, ces ratios cachent des disparités géographiques préjudiciables aux zones rurales.

Sur le plan infrastructurel, le Rayon moyen d'action théorique (RMAT) des structures sanitaires publiques est passé de 6,5 km en 2017 à 6,4 km en 2018 pour une cible fixée à 5km. Cependant on note un indice de disponibilité de l'infrastructure de 64,05%, avec une disparité allant de 83,11% dans la région du plateau centrale à 47,43% dans la région de l'Est⁷⁰.

L'insuffisance de ressources humaines et infrastructurelles en quantité et en qualité a un impact sur l'état de santé de la population.

3.3.2. Prestations des services de santé

En matière de disponibilité des médicaments, la couverture en médicaments traceurs n'est pas toujours assurée. En effet, le pourcentage de dépôts MEG (DMEG) n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs, a régressé de 14,2% en 2017 à 13% en 2018. Aussi 19,30% de laboratoires enregistraient des ruptures des examens traceurs en 2017.

Ensuite, le taux moyen de satisfaction pour l'ensemble des demandes de produits sanguins labiles (PSL) était de 77,7% dans les Centres régionaux de transfusion sanguine (CRTS) en 2018.

Le taux de couverture vaccinale n'est pas total car, si pour le DTC-Hep-Hib3 le taux est à 100% en 2018, celui du RR2 reste à 87,9%⁷¹.

La couverture globale de la chimioprophylaxie saisonnière du paludisme (CPS) chez les enfants de 3-59 mois était de 106,6%; 106,3%; 107% et 105,6% respectivement le 1er, 2e, 3e, 4e et 5e passage⁷².

La couverture en traitement préventif intermittent (TPI) était de 71,5% et 52,7% respectivement pour la 2e et la 3e prise⁷³.

En 2018, l'ensemble des districts sanitaires était couvert par le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec un taux de dépistage de 92,2% au niveau national⁷⁴.

Dans le domaine de la planification familiale, la prévalence contraceptive était de 32,5% en 2018. Le pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale étaient de 23,3% pour la même année⁷⁵.

Toutefois, on note une insuffisance de la maîtrise des données populationnelles et l'insuffisance de rapportage.

69 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

70 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

71 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

72 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

73 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

74 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

75 Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2018

3.3.3. Gestion de déchets biomédicaux

On note une insuffisance dans la collecte des données et la gestion des déchets biomédicaux notamment en ce qui concerne le tri, la collecte, le stockage, le transport, l'élimination ainsi que le suivi et l'évaluation de ces étapes. A titre d'exemple, le taux global d'équipement en incinérateur fonctionnel était de 45% dans les structures sanitaires enquêtées en 2018. Parmi les incinérateurs existants 68% étaient artisanaux. Par ailleurs 29% des formations sanitaires pratiquaient le brûlage à l'air libre⁷⁶.

Cette situation constitue une menace pour la sécurité des patients, des prestataires, des riverains et expose à des risques environnementaux.

3.4. Les déterminants environnementaux

3.4.1. Les pollutions et nuisances

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la pollution de l'air est l'une des causes principales des maladies non transmissibles telles que les maladies respiratoires aiguës et chroniques ainsi que les maladies cardio-vasculaires⁷⁷.

Or, selon les données du rapport sur l'état de la qualité de l'environnement, les pollutions et nuisances constituent des réalités au Burkina Faso. Une étude sur la qualité de l'air dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso révèle que les valeurs des particules en suspension dans l'air ou « particulate matter » dont le diamètre est inférieur à 10 microns (PM10) dans les deux villes sont largement supérieures aux normes établies par le décret 2001-185/PRES/PM/MEE. Les poussières émises restent la pollution principale

⁷⁶ Ministère de la santé. Etude de faisabilité sur la mise en place d'un système national mutualisé de gestion des déchets biomédicaux au Burkina Faso. Rapport provisoire, Juin 2018

⁷⁷ Ministère de la santé. Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Rapport 2017

de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600µg/m³ contre une norme OMS de 70µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires⁷⁸.

La pollution atmosphérique est corrélée par diverses agressions dues à l'utilisation des pesticides et des produits d'exploitation minière artisanale (cyanure) et industrielle.

Enfin, les phénomènes extrêmes liés aux changements climatiques (sècheresse, vents violents, fortes chaleurs) rendent le secteur de la santé encore plus vulnérable avec son cortège d'effets néfastes.

3.4.2. Autres facteurs

Les relations entre le secteur de la santé et d'autres secteurs apparaissent aussi à travers les maladies provenant des animaux ou de l'environnement. Les chiffres suivants démontrent l'urgence de la question : 75% des nouvelles maladies infectieuses humaines, y compris l'Ebola, le VIH et la grippe, ont une origine animale ; 60% des maladies infectieuses humaines existantes sont zoonotiques ; 80% des agents potentiellement utilisables dans le bioterrorisme sont des agents pathogènes zoonotiques⁷⁹. L'approche «one health» est un défi majeur pour notre système de santé.

Le système de santé subit les mêmes chocs que les autres secteurs de développement inhérent à la survenue d'attaques terroristes depuis 2015 au Burkina Faso. Cette situation, au-delà de l'exigence d'adaptation de stratégie d'offre de soins, impacte l'existence des communautés en termes de mobilité de la population et de précarité de vie (soins de santé et accès aux autres services sociaux de base).

⁷⁸ Ministère de l'environnement, de l'économie verte et du changement climatique. Rapport sur l'état de la qualité de l'environnement de 2019

⁷⁹ <http://afriqueoneaspire.org/fr/activities/programme-de-sante-pays-de-lafrique-de-louest-annes-a-venir/>

Photo 3. 1. Séance de désinfection pendant l'épidémie de dengue



Chapitre 4

Inégalités sociale et territoriales de la santé

- Plus de 2/3 des femmes âgées de 15 à 49 ans n'avaient aucun niveau d'instruction et seulement moins d'un sixième (1/6) avait atteint le niveau secondaire et plus ;
- Le taux de fécondité était près de quatre fois plus élevé chez les adolescentes (15-19 ans) qui n'avaient pas de niveau d'instruction ;
- Les régions du Sahel, de l'Est et de la Boucle de Mouhoun présentaient les taux de fécondité les plus élevés chez les adolescentes (15-19 ans) ;
- Plus d'un quart de la population des régions de la Boucle de Mouhoun, du Centre Ouest, de l'Est, des Hauts Bassins, du Nord, du Sahel et du Sud-Ouest n'avaient pas accès à l'eau potable ;
- Les régions des Cascades, de l'Est et du Sahel avaient le rayon moyen d'action le plus élevé ;
- La situation sécuritaire contribue fortement à accentuer toutes ces inégalités.

Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de maladies et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.

A l'origine de toutes les inégalités sociales de santé, les déterminants sociaux de santé sont décrits comme des facteurs dont le contrôle permet de rétablir l'équilibre à tous les niveaux. Il paraît donc très important de décrire les inégalités sociales de santé et d'en observer les évolutions à l'aide d'indicateurs. Définir des indicateurs de mesure de celles-ci suppose, d'une part, d'identifier les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix.

Ce chapitre du rapport sur l'état de santé de la population présente donc un certain nombre d'indicateurs à deux (02) niveaux à savoir les indicateurs d'inégalités sociales et les indicateurs d'accès aux soins.

4.1. Indicateurs d'inégalités sociales et régionales

La position socio-économique des individus est considérée comme un déterminant structurel de santé et est utilisée comme mesure des inégalités de santé.

4.1.1. Catégorie professionnelle

Au Burkina Faso, la catégorie professionnelle majoritaire est composée des agriculteurs, éleveurs et pêcheurs (78,5%)⁸⁰ selon. La catégorisation va du groupe des sans profession ou non précisée au groupe de l'exécutif et cadres supérieur. Le tableau suivant présente les différents groupes au nombre de onze (11).

Tableau 4. 1 : Répartition de la population en catégories professionnelles et en fonction du sexe et du lieu de résidence (en %)

Grands groupes d'occupation	Urbain	Rural	Hommes	Femmes	Ensemble
Exécutif et cadres supérieurs	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0
Intellectuels, scientifiques	2,5	0,1	0,9	0,2	0,6
Professions intermédiaires	5,1	0,6	2,0	0,9	1,5
Cadres subalternes de l'administration	4,0	0,1	1,1	0,6	0,9
Personnel de services et vendeur	34,1	3,6	9,0	10,3	9,6
Agriculteurs, élevage, pêcheurs	24,0	91,8	75,9	81,6	78,5
Artisans, ouvriers	18,1	2,8	7,2	4,0	5,8
Conducteurs d'installation, ma-chines	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Ouvriers et employés non qualifiés	4,9	0,2	1,2	1,0	1,1
Autres matières et professions	4,8	0,3	1,7	0,5	1,2
Sans profession, non précisée	2,3	0,5	0,9	0,8	0,9
Total	100	100	100	100	100

Source : Rapport Recensement général de la population et de l'habitation 2006

La catégorie professionnelle majoritaire « agriculteurs, éleveurs et pêcheurs » est plus représentée chez les femmes (81,6%) que chez les hommes (75,9%). Elle est plus présente en milieu rural (91,8%) qu'en milieu urbain (24%). En revanche les catégories professionnelles les moins représentées (cadres moyens, professions intermédiaires, intellectuels et scientifiques, cadres supérieurs etc.) sont rencontrées beaucoup plus en milieu urbain et chez les hommes⁸¹.

4.1.2. Taux de fécondité

La fécondité est considérée comme un indicateur d'impact pour lequel de nombreuses politiques sont mise en œuvre dans les pays en développement et spécifique en Afrique Sub-saharienne où la fécondité est considérée élevée. Un des objectifs du PNDES est l'accélération de la transition démographique par une capture du dividende démographique. Au-delà du niveau jugé élevé il existe des inégalités sociale et régionale. Les paragraphes et les figures suivantes illustrent les types de disparité de la fécondité du pays. Il s'agit dans ce sous chapitre d'indicateurs pour la période de trois années précédentes de l'année de collecte 2015.

Indice synthétique de fécondité selon la résidence

L'indice synthétique de fécondité (ISF) de 5,4 présente selon l'EMC 2015⁸² une grande disparité selon le lieu de résidence.

⁸⁰Institut national de la statistique et de la démographie. Recensement général de la population et de l'habitation 2006

⁸¹Institut National de la Statistique et de la Démographie. Analyse des résultats définitifs, Thème 5: Caractéristiques économiques de la population. Recensement General de la Population et de l'habitation 2006

⁸²Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête multisectorielle continue de 2014

Tableau 4. 2 : Indice de fécondité selon le lieu de résidence

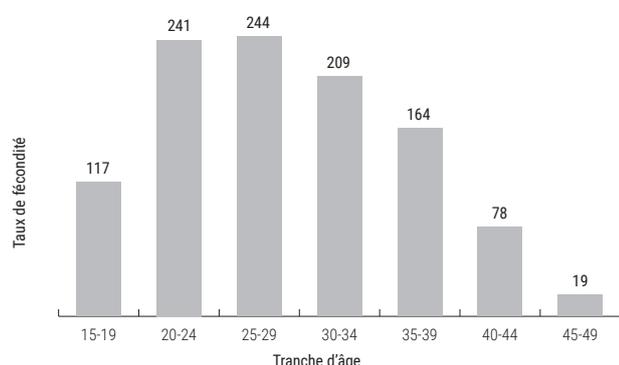
Indicateurs	urbain	rural	Ensemble
Indice synthétique de fécondité	3,7	5,8	5,4
Taux de fécondité Générale	119,8	189,3	173,9
Taux brut de Natalité	29,1	34,2	33,4

Source : Enquête modulaire, démographie et santé 2015

Il est plus élevé en milieu rural avec un ISF de 5,8 contre 3,7 en milieu urbain. Il en est de même pour le taux de fécondité général qui est de 189,3 pour 1000 femmes en milieu rural contre 119,8 en milieu urbain.

Taux de fécondité selon l'âge

La figure sous dessous montre des taux de fécondité élevés pour les tranches d'âge de 15-19 ans et 20 -24 ans⁸³.



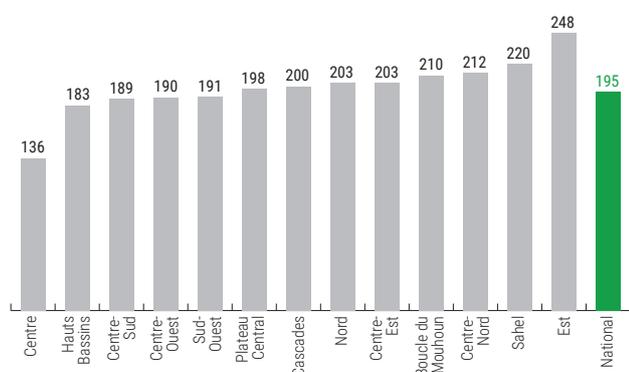
Source : A partir des données de l'enquête modulaire, démographie et santé 2015

Graphique 4. 1 : Taux de fécondité selon l'âge

La tranche d'âge qui présente une fécondité très élevée est celle de 25-29 ans qui a un taux de 244. Cependant il faut noter la spécificité du niveau de fécondité chez les tranches d'âge de 15 - 19 ans qui est de 117 pour 1000 femmes.

Inégalité régionale du taux global de fécondité générale chez les femmes de 15-49 ans

En 2006, les régions de l'Est, du Sahel, du Centre-nord, de la Boucle du Mouhoun, Centre-Est, le Nord, des Cascades et du Plateau Central présentaient des taux de fécondité supérieurs à la moyenne nationale (195 naissances vivantes pour 1 000 femmes de 15-49 ans) comme l'indique le graphique ci-dessous.



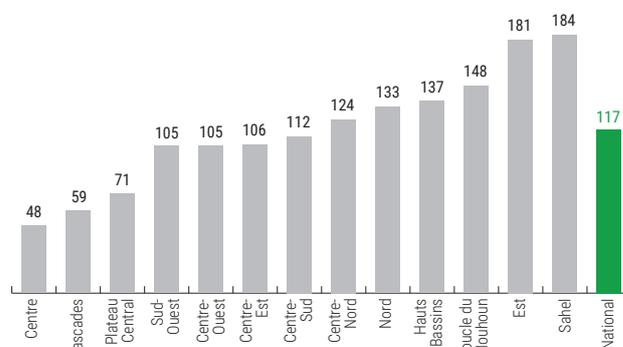
Source : A partir des données du recensement général de la population et de l'habitat 2006

Graphique 4. 2 : Taux global de fécondité générale des femmes de 15-49 ans selon la région (p. 1 000)

83 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

Inégalité régionale de la fécondité des adolescentes

La fécondité chez les adolescentes observe une disparité selon les régions. Six régions présentaient une fécondité supérieure à la moyenne nationale qui était de 117 naissances vivantes pour 1 000 adolescentes de 15-19 ans⁸⁴. Il s'agit de la région du Sahel, du Nord, des hauts Bassins, de l'Est, du centre Nord et de la Boucle de Mouhoun. Le graphique suivant illustre cette disparité.



Source : Enquête modulaire, démographie et santé 2015

Graphique 4. 3 : Fécondité des adolescentes de 15-19 ans selon la région (p. 1 000 adolescentes)

Les régions du Sahel, de l'Est et de la Boucle de Mouhoun présentaient une fécondité plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et chez les adolescentes (15-19 ans) que les autres régions. Ces régions présentent également selon l'annuaire statistique du ministère de la femme, de la solidarité nationale et de de la famille les effectifs les plus élevés pour les cas de mariage précoce soit respectivement 48, 86 et 35 cas enregistrées au cours de l'année 2017⁸⁵. Des études ont établi des associations entre la fécondité et le contexte local et culturel.

4.1.3. Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est un déterminant d'une qualité de vie et de santé. Des études ont prouvé que la fécondité est associée aux différents niveaux d'instruction (Foote et al., 1996).

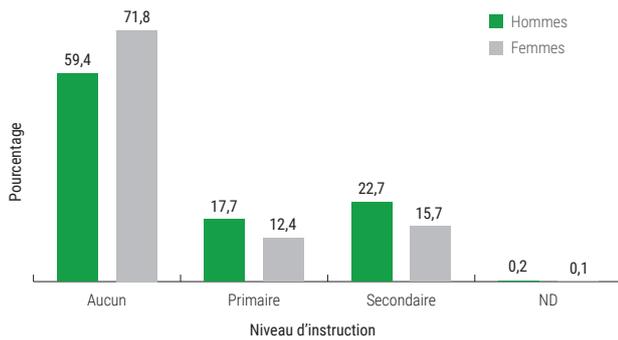
Les tableaux suivants présentent l'état sur le niveau d'instruction de la population âgée de 15 à 49 ans et celle celui des adolescents et des jeunes.

Niveau d'instruction des femmes et des hommes de 15 à 49 ans

Comme l'indique le graphique ci-dessous, un peu plus de 70% des femmes n'avaient « aucun niveau d'instruction » contre un peu moins de 60% d'hommes pour la même catégorie d'instruction. Seulement 15,7% des femmes avait un niveau secondaire et plus contre 22,7% chez les hommes.

84 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

85 Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de de la famille. Annuaire statistique 2017



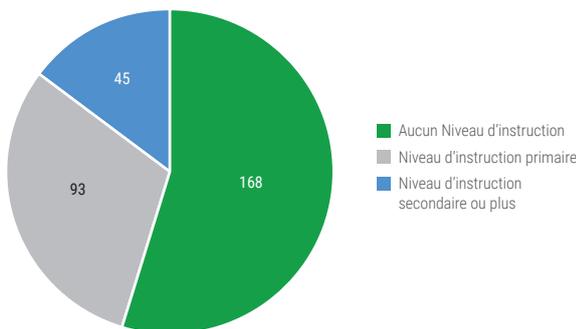
Source : A partir de l'enquête multisectorielle continue de 2014

Graphique 4. 4 : niveau d' instruction des femmes et des hommes de 15 à 49 ans

Fécondité et niveau d'instruction des adolescentes de 15 - 19 ans

Des études ont mis en évidence l'association entre le niveau d'instruction et la fécondité chez les jeunes. La fécondité diminuait au fur et à mesure qu'augmentait le niveau d'instruction dans les pays d'Afrique Subsaharienne selon une étude faite Botswana, Ghana, Sénégal, Soudan, Togo, Ouganda et Zimbabwe (Foote et al., 1996).

La fécondité au Burkina est près de quatre fois (3,73) plus élevée chez les adolescentes qui n'ont aucun niveau d'instruction que chez celles qui ont un niveau supérieur secondaire et plus.



Source : A partir de l'enquête multisectorielle continue de 2014

Graphique 4. 5 : Niveau d'instruction et fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans

La question de la fécondité chez les adolescents est un problème majeur au Burkina Faso et plusieurs stratégies sont mises en place dans un cadre multisectoriel.

A ce titre, dans la politique sectorielle-santé plusieurs actions sont envisagées⁸⁶ :

- L'appui à la formalisation d'entreprises des femmes exerçant dans l'informel ;
- Le renforcement de la formation technique et professionnelle de la femme et de la jeune fille ;
- La promotion de la création d'entreprises par les femmes et les jeunes filles ;
- L'amélioration de l'accès des femmes et des jeunes filles à la terre et aux technologies de production, de transformation et de conservation ;
- La facilitation de l'accès des femmes et des jeunes filles au financement ;

86 Burkina Faso. Politique sectorielle-santé 2017-2026

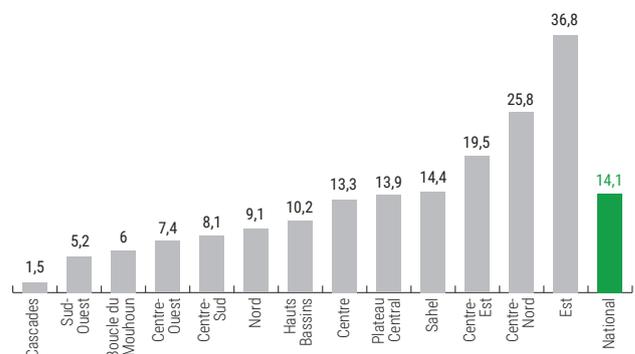
- Le renforcement des capacités techniques des femmes et des jeunes filles entrepreneurs.

Des efforts ont été fournis pour la scolarisation des filles cependant les stratégies pourraient mettre davantage l'accent sur un appui des adolescentes et jeunes scolarisées. Les activités de promotion de bourses pour les filles au secondaire pourraient susciter un intérêt des familles à laisser les filles poursuivre les études au secondaire et plus. L'instruction peut permettre de franchir les obstacles de la contraception et faciliter la communication des connaissances sur les méthodes contraceptives. Il y a effectivement une relation directe entre instruction et pratique contraceptive (Basu, 1992). Néanmoins certaines études conduites dans des contextes précis n'ont montré aucun lien entre l'instruction et fécondité mais liant la fécondité plus aux facteurs contextuels, culturels. L'observation des indicateurs de fécondité du pays indique que la fécondité des adolescentes concerne plus la région de la Boucle du Mouhoun, de l'Est et du Sahel. Ces trois régions enregistrent également les plus grands effectifs de mariage précoce⁸⁷. Le contexte culturel conditionne aussi le niveau la relation entre instruction des femmes et de leurs motivations à faire des enfants (De Graziella et al., 2002).

4.1.4. Taux de chômage

Le taux de chômage au Burkina Faso du point de vue économique était globalement de 14,1% au premier trimestre de l'année 2014. Il était plus élevé en milieu rural (14,5%) qu'en milieu urbain (13%).

Il existe une disparité du taux de chômage selon les régions, le plus fort taux de chômage est observé dans la région de l'Est (36,8%)⁸⁸.



Source : A partir de l'enquête multisectorielle continue 2014

Graphique 4. 6 : Taux de chômage selon la région

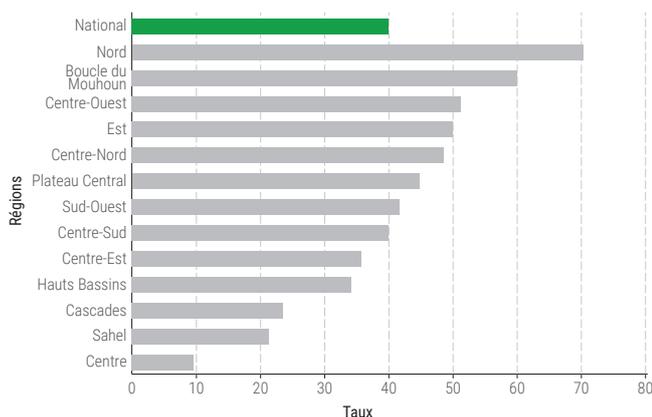
Les régions de l'Est, du Centre Est, du Centre nord et du Sahel enregistrent un taux au-dessus du taux national.

Le chômage frappe généralement les jeunes de façon disproportionnée. Il existe une forte inégalité selon le sexe en général. L'analyse du taux de chômage des jeunes selon le sexe montre qu'il est 3 fois plus élevé chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons (15-24 ans).

87 Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille. Annuaire statistique 2017
88 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête multisectorielle continue de 2014

4.1.5. La pauvreté monétaire

En 2014, la proportion de la population pauvre était de 40,1% avec des disparités selon le milieu de résidence et la région. Elle était de 13,7% en milieu urbain et de 47,5% en milieu rural. Les régions étaient classées selon l'EMC 2014 en trois catégories que sont : les régions où l'incidence de la pauvreté est en dessous du seul national, celles dont l'incidence est voisine du seuil national et celles dont l'incidence est au-dessus du seuil national. La figure ci-dessous présente la répartition des régions du pays.



Source : A partir de l'enquête multisectorielle continue de 2014

Graphique 4. 7 : Incidence de la pauvreté monétaire selon la région

- les régions où l'incidence de la pauvreté est en dessous du taux national sont : le Centre (9,3%), le Sahel (21,0%), les Cascades (22,7%), les Hauts-Bassins (34,4%) et le Centre-Est (36,1%) ;
- les régions pour lesquelles l'incidence de pauvreté est voisine du taux national : Centre-Sud (40,5%) et Sud-Ouest (41,7%) ;
- les régions pour lesquelles l'incidence de pauvreté est au-dessus du taux national : le Plateau-Central (45,4%) ; le Centre-Nord (47,0%) ; l'Est (46,6%) ; le Centre-Ouest (51,7%) ; la Boucle du Mouhoun (59,7%) et le Nord (70,4%).

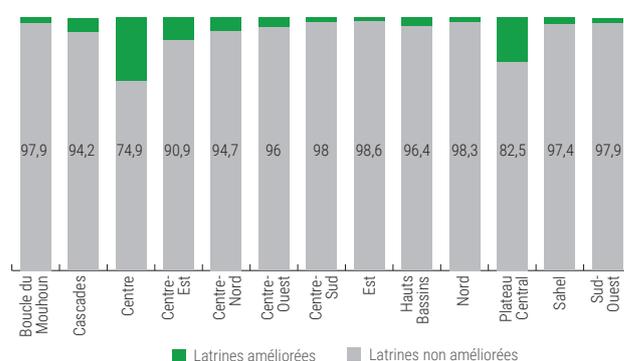
La pauvreté est un déterminant de l'accessibilité financière en santé pouvant mettre une grande partie de la population dans une situation de vulnérabilité. Une famille pauvre probablement connaîtra une paupérisation pour couvrir les besoins de soins médicaux d'un membre malade. Au Burkina Faso, une politique de gratuité de soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est mise en place depuis 2013. A cette mesure s'ajoutent la gratuité des ARV, des antituberculeux, des antilépreux, de la planification familiale... permettant aux populations démunies de bénéficier de soins. Dans la politique de protection sociale, un fond⁸⁹ est disponible pour la prise en charge des malades indigents dans les hôpitaux du pays.

4.1.6. Accès des ménages à l'assainissement amélioré

Un des objectifs de l'OMS est de réduire autant que possible la charge des maladies liées à l'eau et à l'assainissement.

Selon le rapport commun de l'OMS et de l'UNICEF de 2017, 60% de la population mondiale ne disposait pas de services d'assainissement gérés en toute sécurité⁹⁰.

Au Burkina Faso, en 2017, les indicateurs relatifs à l'assainissement demeurent encore trop faibles : 44% de la population utilisait des latrines améliorées au niveau national, ce taux était de 30% et 80% respectivement en milieu rural et urbain⁹¹. En 25 ans (1990-2015), l'accès à l'assainissement amélioré est passé de 2 à 7%, soit une augmentation de 5 points dans les zones rurales et en 5 ans (2010-2015) de 44 à 50% dans les zones urbaines, soit une augmentation de 6 points⁹².



Source : A partir de OMS/UNICEF, 2017

Graphique 4. 8 : Disponibilité d'un assainissement amélioré

Selon l'EMC 2015, le taux d'accès à l'assainissement est de 8,1% et ce taux diffère selon les régions administratives du pays. C'est dans la région du Centre qu'on enregistre la plus forte proportion des ménages ayant accès à l'assainissement (25,1%) et la plus faible proportion dans la région de l'Est (1,4%)⁹³.

La faible accessibilité à un assainissement amélioré et en eau potable, contribue largement à la charge de la morbidité. La diarrhée figurait au deuxième rang devant les maladies cardiaques et l'infection au VIH⁹⁴.

4.1.7. Accès des ménages à l'eau potable

En 2017, comme l'indique le graphique ci-dessous, le taux d'accès des ménages à l'eau potable au niveau national était de 66% et 92% respectivement en milieu rural et urbain (Cible ODD : 100%). Ce taux était supérieur en milieu urbain qu'en milieu rural pour chaque région excepté la région du Centre-Est. En milieu rural, les régions des Hauts-Bassins (50%), de l'Est (53%), des Cascades (57%) et du Sahel (57%) avaient des taux inférieurs à la moyenne nationale. En milieu urbain, les régions des Cascades (94%) et du Centre (100%) avaient des taux supérieurs à la moyenne nationale⁹⁵.

90 OMS/UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et évaluation des ODD. Rapport, 2017

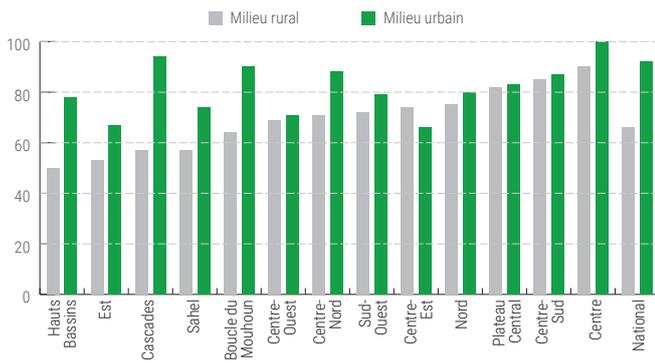
91 OMS/UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et évaluation des ODD. Rapport, 2017

92 OMS/UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et évaluation des ODD. Rapport, 2015

93 Ministère de la santé. Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Rapport 2017

94 Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS : Évaluation annuelle mondiale de l'ONU-eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) 2010 : cibler les ressources pour de meilleurs résultats.

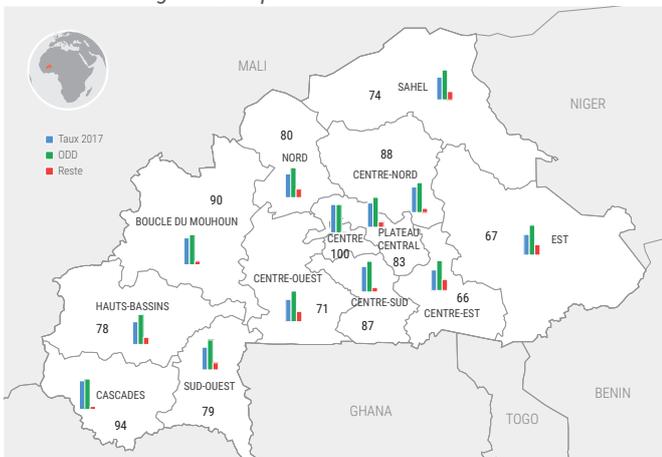
95 Ministère de l'eau et de l'assainissement. Inventaire national des ouvrages 2017



Source : A partir des résultats de l'inventaire national des ouvrages 2017

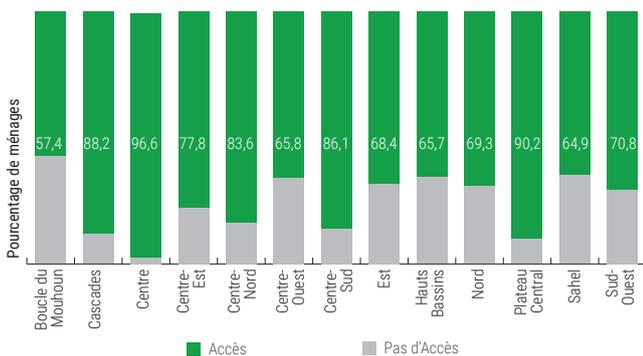
Graphique 4. 9 : Taux d'accès à l'eau potable en milieu rural selon la région

Accès des ménages à l'eau potable en milieu urbain



Carte 4. 1 : Taux d'accès à l'eau potable en milieu urbain

L'accès à l'eau potable est meilleur en milieu urbain que rural. L'accessibilité à l'eau potable connaît une disparité territoriale qui est reflétée par la figure suivante :



Graphique 4. 10 : Accessibilité à l'eau potable des ménage selon la région

La région de la Boucle du Mouhoun présente le plus faible taux d'accessibilité en eau potable suivie de la région du Sahel et du Centre ouest. Plus d'un quart de la population des régions de : Boucle de Mouhoun, Centre Ouest, Est, Hauts Bassins, Nord, le Sahel et Sud-Ouest n'ont pas accès à l'eau potable. La disponibilité en eau potable améliore la qualité de l'hygiène individuelle et communautaire. Selon l'annuaire statistique du ministère de la santé 2018 la région de la Boucle de Mouhoun, du Sahel, font partie des régions qui présentent un nombre élevé de cas de diarrhée non sanguinolente⁹⁶.

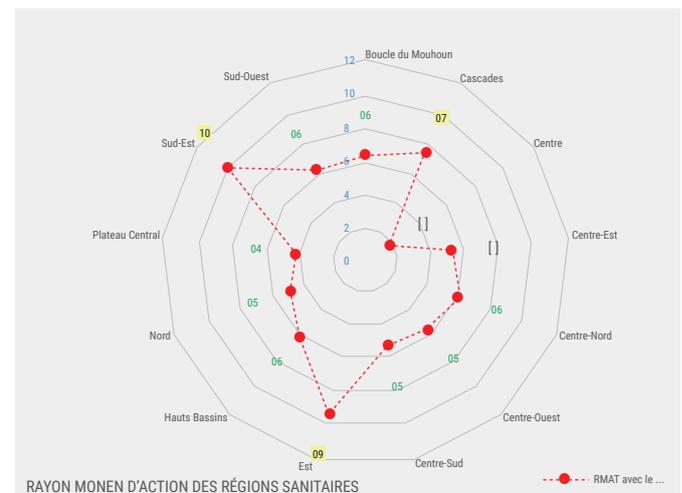
96 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

Certaines régions paraissent plus marquées par les inégalités sociales. La région de l'Est est une zone où un peu moins de la moitié de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Les régions du Sahel, de la Boucle de Mouhoun, et l'Est présentent les taux les plus élevés de fécondité chez les adolescentes. La région de la Boucle de Mouhoun a le niveau le plus faible en assainissement et la région de l'Est a le taux de chômage le plus élevé. Au Burkina Faso comme dans les pays en développement l'état de santé des populations est en étroite lien avec l'accessibilité en eau, assainissement et l'hygiène. La question de l'assainissement amélioré et d'eau potable n'est pas uniquement un problème d'environnement mais aussi de santé publique nécessitant une collaboration interministérielle étroite.

4.2. Indicateurs d'accès aux soins

Le Rayon moyen d'action des formations sanitaires est un indicateur de l'accessibilité géographique des populations ; Il est la distance moyenne théorique en Km à parcourir pour rejoindre une formation sanitaire. En 2018⁹⁷ la moyenne nationale était de 6,4 sans les structures Privées et 5,9 avec les structures privées.

Il a été considéré dans ce chapitre le RMA qui prend en compte les structures publiques et les structures privées. Nous sommes partis du principe que les structures privées s'alignent aux normes et politiques du ministère de la santé et elles contribuent la prise en charge des malades au sein des communautés. Cet indicateur présente un grand écart du niveau national suivant les régions.



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

Graphique 4. 11 : Rayon moyen d'action théorique selon les régions

Les régions du Sahel, de l'Est et des Cascades présentent les rayons d'action les plus éloignés pour l'accessibilité des structures de soins. Il faut au moins Sept kilomètres à parcourir pour rejoindre la structure de santé la plus proche.

On observe de nos jours une détérioration de cet indicateur dû au contexte sécuritaire. En effet, six (6) régions (Sahel, Centre-Nord, Nord, Boucle du Mouhoun, Centre-Est et Est) ont enregistré une insuffisance de fonctionnalité avec l'abandon des formations sanitaires par le personnel de santé suite aux nombreuses attaques terroristes survenues dans ces localités.

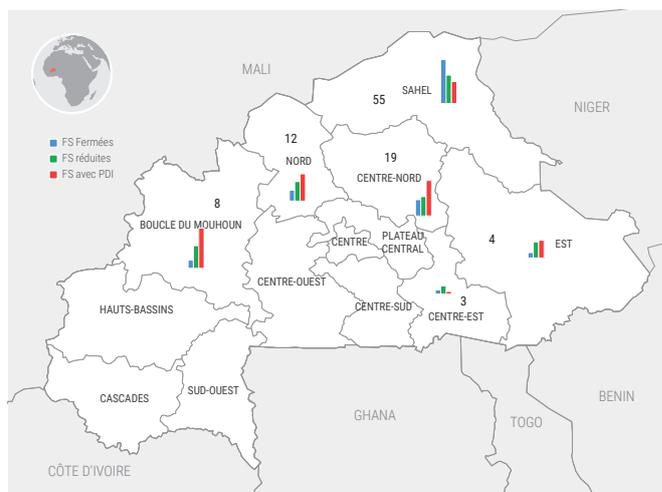
97 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

Le pays est pris en proie par des attaques terroristes qui font de nombreuses victimes, des déplacés et entraîne la fermeture des structures de l'administration dont les structures de soins de la région du Sahel, du Nord, de l'Est, de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord et du Centre-Est.

Le nombre de formations sanitaires en arrêt était de 98 et 133 en fonctionnalité réduite à la date du 30 décembre 2019. Le nombre de personnes exposées à un manque de soins était de 1 205 718 habitants relevant des zones où les formations sanitaires sont en arrêt de travail⁹⁸. En vue d'assurer la continuité des soins aux populations déplacées, les actions suivantes ont été développées :

- la mise en place de structures de soins dans les camps de déplacés ;
- la dotation des régions du Sahel et du Centre-Nord en médicaments, kits médicaux d'urgence, matériel médicotechnique et tentes médicales ;
- l'appui technique, financier, en ressource humaines dans les régions du Sahel et du Centre Nord par les partenaires au développement ;
- la prise en charge médicale gratuite des personnes déplacées internes selon la disponibilité des produits de santé y compris la prise en charge médico-psychologique
- la délégation des tâches dans certaines prestations surtout en communauté (accouchement, vaccination, planification familiale, ...).
- la mise en œuvre d'une campagne de vaccination contre la méningite en faveurs des PDI et des populations hôtes des districts sanitaires Dori, Gorom-Gorom et Djibo.
- la formation des accoucheuses villageoises ;
- etc.

La carte ci-dessous donne la fonctionnalité des formations sanitaires par région au 30 décembre 2019.



Carte 4. 2 : Fonctionnalité des formations sanitaires des zones de sécurité précaire au 30 décembre 2019

⁹⁸ Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019

Chapitre 5

Principales causes de morbidité et de décès

A retenir :

- Le paludisme demeure la première cause de morbi-mortalité au Burkina Faso en 2018 surtout chez les enfants de moins de 5 ans ;
- La malnutrition est une des causes sous-jacentes des décès des enfants ;
- La prévalence des maladies non transmissibles est en augmentation progressive en milieu urbain ;
- Les enfants de moins de 5 ans paient le plus lourd fardeau ;
- Les causes de décès sont peu documentées.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par une morbidité élevée due aux pathologies endémo-épidémiques d'une part et d'autre part à une augmentation progressive des maladies non transmissibles.

Il est opportun de faire l'état des principales causes de morbidité et de mortalité des dernières années dans le pays.

5.1. Principales pathologies entraînant un recours aux soins de santé modernes

5.1.1. Principales pathologies entraînant un recours aux soins de santé modernes dans la population générale

Dans les formations sanitaires de base, 26 353 768 consultations ont été enregistrées en 2018. Parmi ces motifs de recours aux soins modernes, 41,3% sont liés au paludisme, suivi des infections respiratoires aiguës (26,6%) et des diarrhées non sanguinolentes (6,0%). Dans les centres médicaux et hôpitaux, le paludisme demeure également le premier motif de consultation avec une proportion de 25,9% suivi de la pneumonie (5,2%) et des bronchites (4,8%).

Tableau 5.1 : Principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires dans la population générale en 2018

Formations sanitaires de base		
Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	10 897 201	41,3
Infections respi-ratoires aiguës	7 018 769	26,6
Diarrhées non sanguinolentes	1 588 640	6,0
Parasitoses intes-tinales	608 406	2,3
Affection de la peau	555 529	2,1
Plaies	531 959	2,0
Dysenterie	484 409	1,8
Ulcère d'estomac	318 216	1,2
Conjonctivites	305 397	1,2
Infections sexuel-lement transmis-sible	258 847	1,0

CMA et centres hospitaliers		
Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	1 073 822	25,9
Pneumonie	215 599	5,2
Bronchites	197 456	4,8
Parasitoses intes-tinales	91 747	2,2
Pneumopathie	91 617	2,2
Plaies	78 062	1,9
Conjonctivites	75 145	1,8
Fièvres typhoïdes & paratyphoïdes	70 002	1,7
Carie dentaire et complication	59 044	1,4
Hypertension ar-térielle (HTA)	56 609	1,4

Source: Ministère de la santé. Tableau de bord, 2018

5.1.2. Principales pathologies entraînant un recours aux soins de santé modernes chez les enfants de moins de 5 ans

En 2018, chez les enfants de moins de cinq (5) ans, le paludisme et les infections respiratoires aiguës constituent les deux principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires de base avec respectivement des proportions de 41,5% et 33,7%. Dans les centres médicaux et hôpitaux, le paludisme (36,1%) occupe le premier rang suivi de la pneumonie (10,7%) et des bronchites (8,9%).

Tableau 5.2 : Principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de 5 ans en 2018

Formations sanitaires de base		
Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	5 400 070	41,5
Infections respira-toires aiguës	4 383 599	33,7
Diarrhées non san-guinolentes	833 898	6,4
Affection de la peau	310 228	2,4
Dysenterie	251 203	1,9
Parasitoses intesti-nales	216 927	1,7
Conjonctivites	189 535	1,5
Plaies	118 197	0,9
Eczéma	117 360	0,9
Malnutrition aigüe modérée	73 591	0,6

CMA et centres hospitaliers		
Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	472 267	36,1
Pneumonie	139 923	10,7
Bronchites	116 346	8,9
Pneumopathie	38 797	2,9
Parasitoses intesti-nales	31 712	2,4
Conjonctivites	28636	2,2
Dysenterie amibienne	22652	1,7
Entérites et colites non infectieux	21584	1,7
Otites moyenne aigue	19661	1,5
Mycoses buccales	18849	1,4

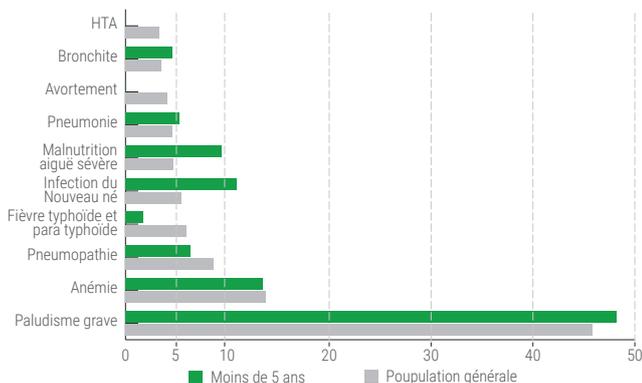
Source: Ministère de la santé. Tableau de bord, 2018

5.2. Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier

Selon l'INSD, en 2014, la proportion des individus qui ont eu des problèmes de santé était de 12,8% et 20,7% respectivement dans les 15 derniers et 30 derniers jours de référence. Cette prévalence était plus élevée en milieu urbain comparativement au milieu rural (13,2% et 21,6% versus 12,7% et 20,4%)⁹⁹.

Plusieurs de ces pathologies sont à l'origine d'un séjour hospitalier. Ces pathologies sont classées suivant la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) en plusieurs groupes nosologiques. Les pathologies infectieuses constituent les groupes nosologiques les plus fréquemment rencontrés chez les malades hospitalisés selon les différents annuaires statistiques.

Le graphique ci-dessous illustre les dix premières causes d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux publics et privés au Burkina Faso pour l'année 2018.



Source : A partir des données de l'annuaire statistique 2018

Graphique 5.1 : Proportion des 10 premières causes d'hospitalisation dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans en 2018

Dans la population générale, les trois (03) premières causes d'hospitalisations en 2018 étaient le paludisme (45,8%), l'anémie (13,8%) et la pneumonie (8,6%).

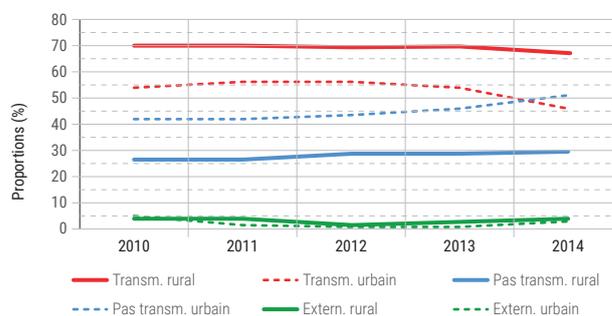
Chez les enfants de moins de cinq (05) ans, le paludisme (48,2%), l'anémie (13,5%) et les infections néonatales (10,9%) constituaient les trois (03) premières causes d'hospitalisation. Sur l'ensemble des cas de paludisme grave notifiés, les enfants de moins de 5 ans (17,8% de la population générale) à eux seuls représentaient 52 % des cas.

⁹⁹ Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête multisectorielle continue de 2014

5.3. Principales causes de décès

Les causes de décès peuvent être regroupées en trois grands groupes que sont les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les causes externes. Les maladies transmissibles occupent les plus grandes proportions variantes entre 50% et 70% entre 2010 et 2014 comme on peut le constater sur le graphique ci-dessous. En milieu urbain, pendant que le poids des maladies transmissibles est en déclin celui des maladies non transmissibles affichent une augmentation.

Cet état de fait pourrait être liée à la transition alimentaire caractérisée par l'abandon des mets traditionnels plus nutritifs et diversifiés pour des mets dits modernes plus gras, plus salés, plus sucrés, peu diversifiés chez les enfants et les adolescents. On assiste ainsi à une augmentation de la consommation de calories d'origine animale et une baisse de la consommation des calories d'origine végétale avec des risques accrus de MNT (diabète type 2, MCV, etc.).

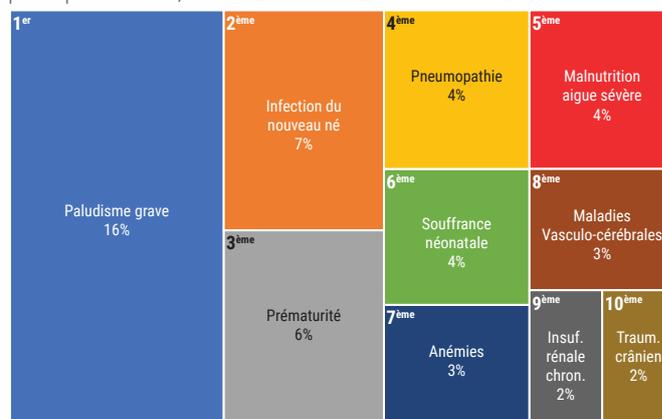


Source : Rapport SSDS 2014-2015 du CRSN

Graphique 5.2 : Evolution comparée des groupes de causes de décès selon le milieu de résidence entre 2010 et 2014

En considérant individuellement les causes de décès, le paludisme grave occupe de loin le premier rang avec une proportion de 16% dans la population générale. Il est suivi par les infections du nouveau-né (7%) et la prématurité (6%). Tout comme dans la population générale, le paludisme grave (28%), les infections du nouveau-né (15%) et la prématurité (13%) demeurent les trois (03) premières causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Le fardeau de ces pathologies chez les enfants de moins de cinq (05) ans est plus important que dans la population générale.

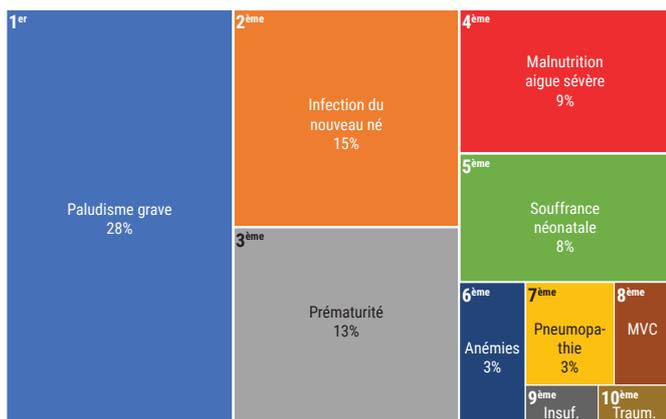
Un regard rétrospectif sur l'évolution de la première cause de décès indique que le poids du paludisme grave est en baisse. En effet ce poids passe de 23,90% en 2010 et en 2015 à 16% en 2018¹⁰⁰.



Population générale

Source : A partir de l'annuaire statistique 2018 du Ministère de la santé

¹⁰⁰ Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018



Enfants de moins de 5 ans

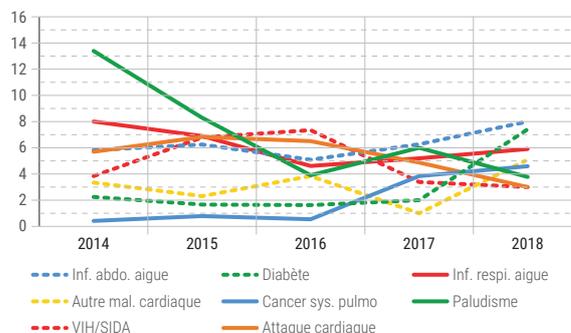
Source : A partir de l'annuaire statistique 2018 du Ministère de la santé

Graphique 5. 3 : Dix premières causes de décès dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans en 2018

En se référant aux travaux effectués dans les observatoires de populations et santé du Burkina Faso sur les cinq (05) dernières années, huit (08) pathologies se sont relayées les rangs 1 à 5. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de ces maladies. Le tableau épidémiologique sur la période 2014-2018 est caractérisé par la prédominance du paludisme en 2014 et en 2015 avec 13,4% et 8,4%

dans l'ensemble de la population de l'Observatoire de la population de Ouagadougou (OPO). Mais en 2016, le VIH/Sida constitue la première cause de décès avec un poids de 7.3%. Entre 2017 et 2018, les infections abdominales aigues suivies du diabète sont les pathologies qui ont le plus causé de décès au sein de la population de l'OPO.

On note que le paludisme affiche une baisse tendancielle, jusqu'en fin de période.



Source : A partir des données de l'OPO 2014-2018

Graphique 5. 4 : Evolution des proportions des pathologies ayant figuré parmi les cinq premières causes de décès dans l'Observatoire de Population de Ouagadougou de 2014 à 2018

Chapitre 6

Santé populationnelle et pathologies spécifiques

A retenir :

- Le ratio de mortalité maternelle reste toujours élevé ;
- Les maladies endémo épidémiques persistent avec un lourd fardeau lié au paludisme surtout chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Les maladies non transmissibles (pathologies cardiovasculaires, diabète, cancers, troubles mentaux) sont émergentes notamment chez les personnes âgées ;
- L'utilisation des pesticides est en nette augmentation avec une prédominance des pesticides prohibés ;
- La prévalence des maladies tropicales négligées est en baisse mais nécessite une surveillance continue.

Ce chapitre traite de la santé des populations vulnérables notamment la santé de la mère, de l'enfant, des adolescentes et celle des personnes âgées. En plus, les pathologies d'intérêt comme les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, les maladies tropicales négligées et la nutrition y sont abordées.

6.1. Santé populationnelle

6.1.1. Santé de la mère

La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse à l'accouchement jusqu'au post-partum¹⁰¹.

Dans le cadre de la politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans, les femmes bénéficient gratuitement des médicaments essentiels génériques et des prestations suivantes¹⁰² :

- Pendant la grossesse, les femmes bénéficient de la prise en charge des soins préventifs et curatifs pour toutes les pathologies liées à la grossesse. Pour le suivi de la grossesse, chaque femme enceinte bénéficie des examens complémentaires (groupe sanguin/facteur Rhésus, sérologie de la syphilis, numération formule sanguine, dépistage de l'hépatite virale B et C et du VIH, électrophorèse de l'hémoglobine, recherche d'albumine et de sucre dans les urines, échographie obstétricale) ;
- Concernant les soins gratuits pendant l'accouchement et les interventions obstétricales, les prestations comprennent les accouchements eutociques et dystociques par voie basse, les césariennes, la laparotomie pour grossesse extra-utérine, pour hystérectomie d'hémostase ou pour rupture utérine, soins obstétricaux d'urgence, soins curatifs du post-partum, cure des fistules obstétricales.

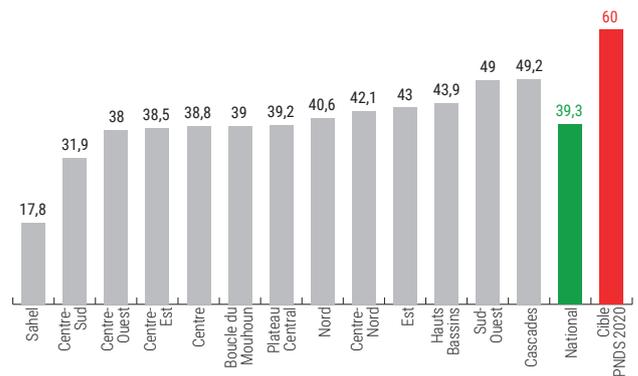
A cela s'ajoutent le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (IVA/IVL) et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus (cryothérapie, résection à l'anse diathermique).

¹⁰¹ Organisation mondiale de la santé.

¹⁰² Arrêté conjoint n°2018-1211/MS/MINEFID portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans vivant au Burkina Faso.

Consultation prénatale

En 2018, au niveau national, le taux d'utilisation de la CPN4 était de 39,3%. Seul, les régions du Sud-Ouest (49%) et des Cascades (49,2%)¹⁰³ étaient proches de la cible PNDS 2020 (60%), ainsi présenté dans le graphique ci dessous.

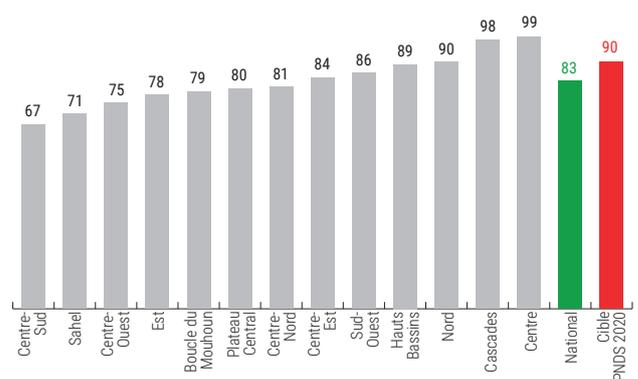


Source : A partir l'annuaire statistique 2018

Graphique 6. 1 : Répartition du taux d'utilisation de la CPN4 selon la région en 2018

Accouchement assisté par du personnel de santé qualifié

Selon les données de l'annuaire statistique 2018, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié au niveau national était de 83,1%. Les régions des Cascades (98,4%) et du Centre (99%)¹⁰⁴ ont atteint la cible PNDS 2020 (90%).



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

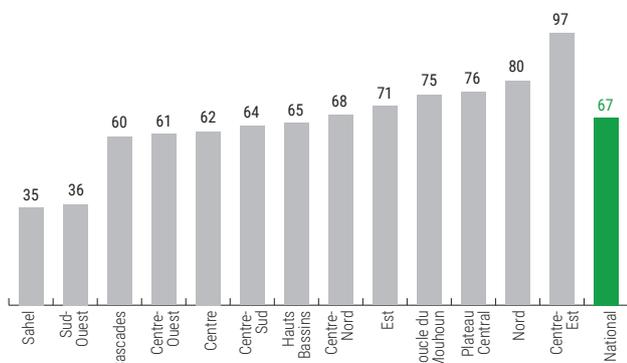
Graphique 6. 2 : Répartition de l'accouchement assisté par du personnel qualifié selon la région en 2018

¹⁰³ Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

¹⁰⁴ Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

Consultation postnatale

Selon l'enquête EMDS 2015, la proportion de consultation postnatale pour la mère et le nouveau-né, dans les 2 jours suivant la naissance pour la naissance la plus récente était de 66,7% au niveau national. La région du Sahel (35,4%) avait enregistré la plus faible proportion et celle du Centre-Est (96,8%) avait enregistré la plus grande proportion¹⁰⁵.

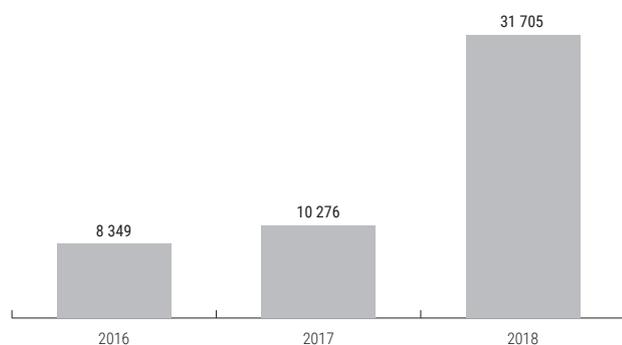


Source : A partir de l'enquête multicentrique continue 2015

Graphique 6. 3 : Répartition de consultation postnatale pour la mère et le nouveau-né, dans les 2 jours suivant la naissance pour la naissance la plus récente selon la région en 2014

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Au cours des trois (03) dernières années, dans les formations sanitaires, la tendance des femmes bénéficiant du dépistage du cancer du col de l'utérus était en nette augmentation¹⁰⁶.

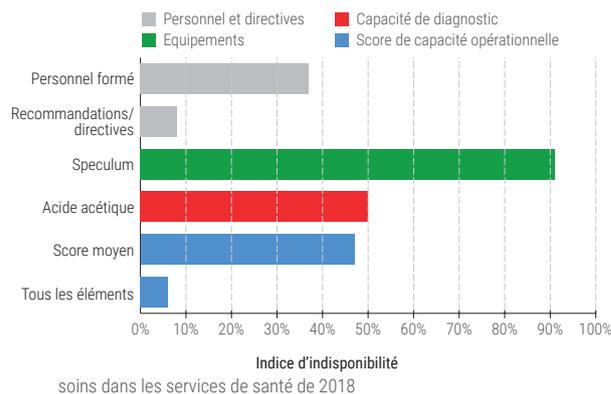


Source : A partir de l'annuaire statistique 2016 à 2018

Graphique 6. 4 : Effectifs des femmes ayant bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les formations sanitaires de 2016 à 2018

En 2018, selon l'enquête SARA, la capacité opérationnelle des services de santé à dépister le cancer du col de l'utérus a été mise en évidence à travers la présence des directives, la formation du personnel, la disponibilité de l'équipement (spéculum) et du réactif (acide acétique).

L'évaluation de la disponibilité des produits a permis de constater que seulement 6% des formations sanitaires offraient les services de dépistage de cancer de col, disaient de tous les éléments traceurs¹⁰⁷.

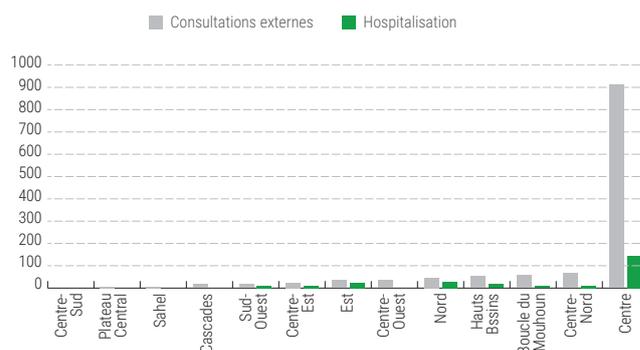


Graphique 6. 5 : Disponibilité des éléments traceurs pour le dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les établissements de santé offrant ce service

Incontinence urinaire et fistules obstétricales

En 2018, au Burkina Faso les établissements de santé ont noté 1 286 cas de fistules vésico-vaginale en consultation externe et 259 cas en hospitalisation¹⁰⁸.

Source : A partir de l'annuaire statistique 2018



Graphique 6. 6 : Répartition des cas de fistules vésico-vaginales par région en 2018.

Causes de morbidité et de mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle était de 330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015¹⁰⁹.

Les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelle au niveau des formations sanitaires sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%) et les éclampsies (4%). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80 % des décès maternels pourtant évitables mais qui surviennent dans 50% des cas dans les 24 heures suivant l'accouchement.

Parmi les causes indirectes qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies. Par ailleurs, la malnutrition (carences en micronutriments) est aussi une cause de mortalité et de morbidité maternelle. Le gain de poids excessif pendant la grossesse est associé à des issues défavorables de la grossesse (Kominiaiek and Peaceman, 2017).

Source : Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2015

106 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2016 à 2018

107 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

La mortalité et morbidité maternelle sont liées aux carences en

108 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

109 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

micronutriments (Black et al., 2013). En outre il y a les trois retards que sont le retard dans la prise de décision pour le recours à un centre de santé, le retard pour arriver dans un centre de santé et le retard pour recevoir des soins (Bell et al., 2008; Kouanda et al., 2016).

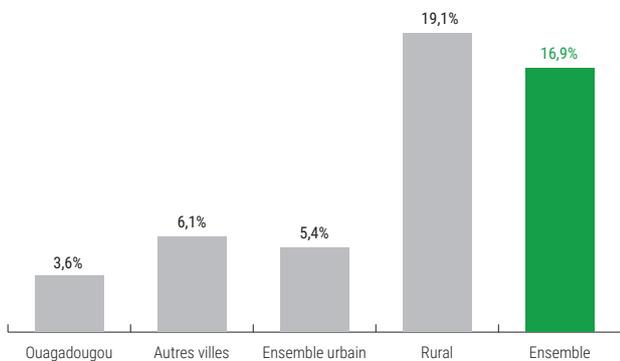
6.1.2. Santé de l'enfant

Dans le cadre de la politique de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans, ces derniers bénéficient gratuitement des médicaments essentiels génériques et des prestations suivantes¹¹⁰ :

- soins d'urgence aux nouveau-nés ;
- toutes les pathologies visées par la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
- ensemble des actes des professionnels de santé (consultations, interventions, etc.) ;
- examens complémentaires de laboratoire (hématologie, biochimie, parasitologie, bactériologie, immunologie, etc.) et d'imagerie médicale (échographie, radiographie standard, scanner, etc.) ;
- mises en observation et hospitalisations.

Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois

La prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de moins de 5 ans était plus élevée en milieu rural (19,1%) par rapport au milieu urbain (5,4%)¹¹¹. Toutefois, ces données ont été collectées de novembre 2017 à mars 2018. Cette période se situe en dehors de la période de haute transmission du paludisme (juillet à octobre), ce qui expliquerait le faible niveau de parasitémie obtenu.



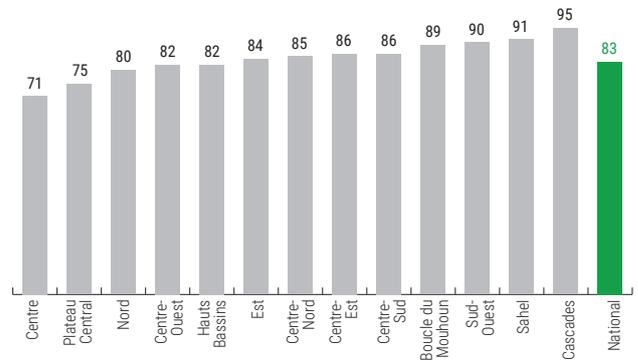
Légende : Autres villes : Toutes les autres villes sauf Ouagadougou, Ensemble urbain : Toutes les villes y compris Ouagadougou, Ensemble : rural + urbain

Source : A partir de l'enquête sur les indicateurs du paludisme de 2017-2018

Graphique 6.7 : Prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de moins de 5 ans selon le milieu de résidence

Anémie chez les enfants

En 2014, au Burkina Faso, la prévalence de l'anémie chez les enfants était de 83%. Cette prévalence avait comme valeurs extrêmes 70,6% et 94,6% respectivement dans les régions du Centre et des Cascades¹¹².

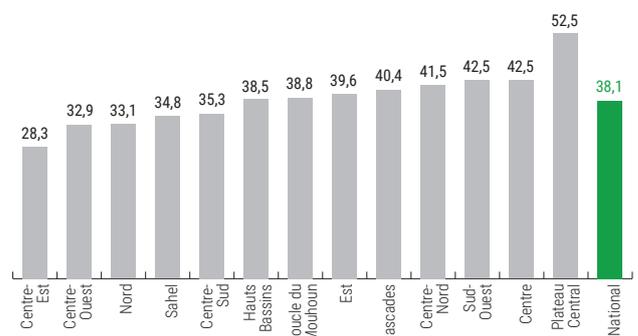


Source : A partir de l'enquête nationale sur l'iode et anémie au Burkina Faso 2014

Graphique 6.8 : Prévalence de l'anémie chez les enfants selon la région en 2014

Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale

En 2015, le pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO) était de 38,1%. Il était plus faible dans la région du Centre-Est (28,3%)¹¹³, comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Source : A partir de l'enquête multicentrique continue 2015

Graphique 6.9 : Répartition des enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale selon la région en 2015

6.1.3. Santé des adolescents et des jeunes

L'approche conduite par le Ministère de la santé met l'accent sur l'intégration des soins au niveau des unités de prestation que sont les structures sanitaires. A l'évidence le PMA et le PCA développés dans le système de santé couvre très partiellement les besoins de promotion de la santé des jeunes et des adolescents. Par ailleurs, certains secteurs formels comme la santé scolaire et universitaire, connaissent un faible développement sous le leadership du Ministère de la santé¹¹⁴.

Il existe au total 36 centres jeunes dont 24 conformes au plan type de construction et 18 fonctionnels¹¹⁵. Cette offre reste très limitée.

¹¹² Institut supérieur des sciences de la population. Enquête nationale sur l'iode et anémie au Burkina Faso 2014

¹¹³ Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

¹¹⁴ Ministère de la santé. Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néo-natale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée 2017-2020

¹¹⁵ Bureau Service adolescents jeunes/Direction de la santé de la famille. Rapports de suivi des activités, situation 2017

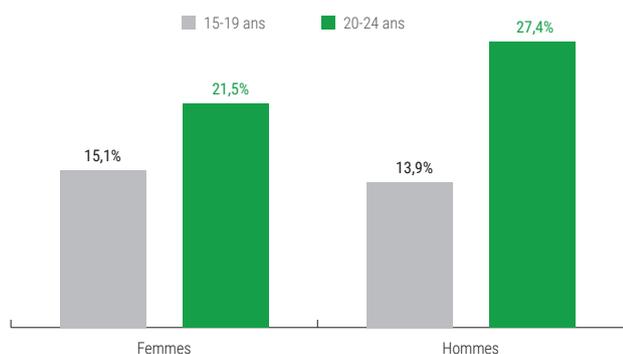
¹¹⁰ Arrêté conjoint n°2018-1211/MS/MINEFID portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans vivant au Burkina Faso.

¹¹¹ Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête sur les indicateurs du paludisme de 2017-2018

D'une manière générale, la situation de la santé des adolescents et des jeunes est particulièrement mal desservie. La santé sexuelle et reproductive des adolescents/jeunes présente les caractéristiques suivantes :

Une activité sexuelle précoce

En 2010, plus de 20% des filles et garçons de la tranche d'âge de 20 à 24 ans avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans¹¹⁶, comme présenté dans le graphique suivant.

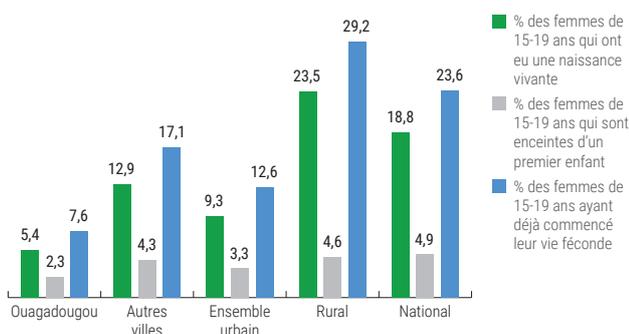


Source : A partir de l'EDS 2010

Graphique 6. 10 : Répartition des jeunes adolescents ayant une activité sexuelle précoce selon le sexe et la tranche d'âge en 2010 (%)

Grossesse et fécondité

Parmi la population des adolescentes, 23,2% ont déjà commencé la vie féconde avec 17,8% d'entre elles qui ont déjà eu une naissance vivante et 4,9% enceintes pour la première fois. L'entrée dans la vie féconde des adolescentes du milieu rural (29,2%) était plus précoce que celles des zones urbaines (12,6%)¹¹⁷, comme présenté dans le graphique suivant.



Source : A partir de l'EDS 2010

Graphique 6. 11 : Grossesse et fécondité chez les adolescentes selon le milieu de résidence en 2010

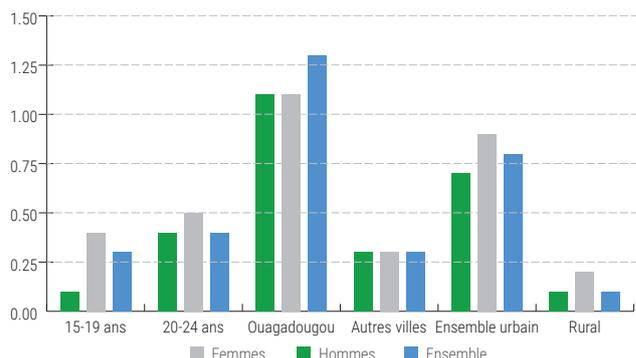
IST et VIH-SIDA

La proportion des adolescents ayant déclaré avoir fait une IST au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête était de 0,3% et 1,9 % en 1999, 1,6% et 1,3 % en 2003 et 2,9% et 1,5 % en 2010 respectivement pour les filles et les garçons. La tendance est variable chez les adolescents, mais par contre elle est croissante chez les adolescentes¹¹⁸.

En 2010, la prévalence du VIH/SIDA est de 0,1% pour les filles et 0,4% pour les garçons de 15-19 ans. Chez les 20-24 ans, elle était de 0,4 % pour les filles et de 0,5 % pour les garçons¹¹⁹.

En effet, en 2014, la tendance globale de l'infection au VIH est à la baisse chez les populations adultes, alors qu'elle est en hausse chez les adolescents(e)s : 0,9% chez les adultes de 19-49 ans et 1,33% chez les adolescents de 15-19 ans¹²⁰.

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%)¹²¹, comme présenté dans le graphique suivant.

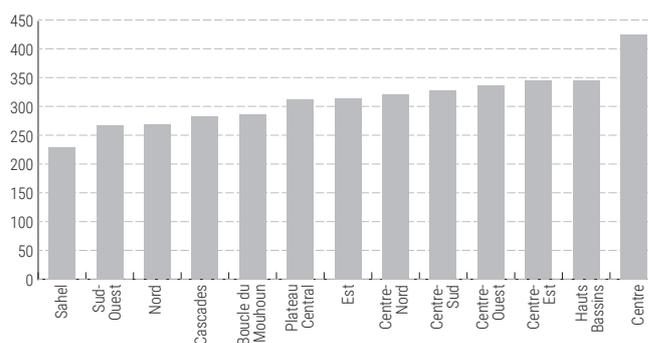


Source : A partir de l'EDS 2010

Graphique 6. 12 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon l'âge et le milieu de résidence en 2010

Grossesses non désirées et avortements clandestins

En 2018, selon l'annuaire statistique, les formations sanitaires ont enregistré 1867 avortements clandestins. Les cas étaient plus rapportés par les régions du Centre (435), des Hauts-Bassins (322) et de du Centre-Est (201)¹²².



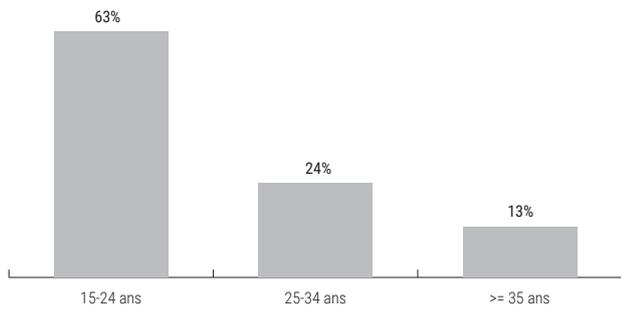
Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

Graphique 6. 13 : Nombre d'avortements clandestins selon la région en 2018

Selon Bankole et al., en 2012, le nombre d'avortements clandestins était estimé à 105 000. Les femmes qui ont avorté dans les deux années précédentes étaient plus nombreuses dans la tranche d'âge de 15-24 ans (Bankole et al., 2013).

116 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé de 2010
 117 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé de 2010.
 118 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé de 2010.

119 Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
 120 Rapport ONUSIDA, 2014
 121 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête démographique et de santé de 2010.
 122 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018



Source : A partir de Bankole et al., 2013

Graphique 6. 14 : Répartition des femmes ayant avorté par tranche d'âge en 2012

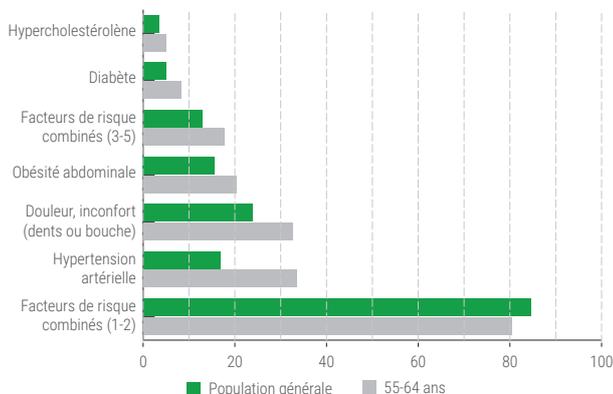
6.1.4. Santé des personnes âgées

Il n'existe pas de paquet d'activités standard adapté aux personnes âgées tenant compte de leur profil sanitaire. Les services sont offerts par du personnel insuffisamment formé dans la prise en charge des personnes âgées. Il n'existe pas de services de gériatrie dans les hôpitaux ni dans le secteur privé. La prise en charge dont bénéficient les personnes âgées reste très partielle et inadaptée aux besoins.

Le Burkina Faso a marqué son intérêt pour la santé des personnes âgées à travers, entre autres, la politique nationale de protection sociale et ses textes d'application. La réduction des tarifs de soins de même que la suppression de certaines taxes au profit des personnes âgées constituent des avancées notables. On note cependant que de nombreuses mesures prises en faveur des personnes âgées ne sont pas bien connues des concernés. Par ailleurs il y a un déficit de coordination des interventions entre les nombreux acteurs qui agissent en faveur des personnes âgées¹²³.

Des initiatives sont prises par certaines ONG afin d'offrir un paquet diversifié d'activités aux personnes âgées.

En 2013, dans la population générale, les personnes âgées, étaient la population la plus touchée par l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, 3 à 5 facteurs de risque combinés et la douleur ou inconfort des dents ou de la bouche¹²⁴, comme l'indique le graphique suivant.



Source : A partir de l'enquête STEPS 2013

Graphique 6. 15 : Répartition de la morbidité des personnes âgées par rapport à la population générale en 2013

123 Ministère de la santé. Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néo-natale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée 2017-2020

124 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

6.2. Pathologies spécifiques

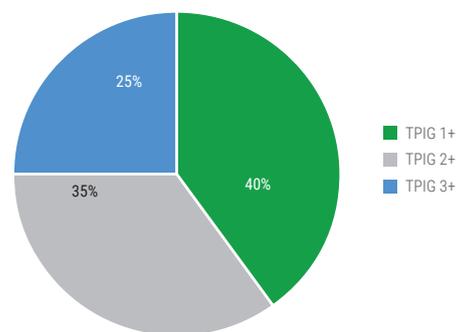
6.2.1. Maladies infectieuses

Paludisme

Le paludisme sévit sur un mode endémo-épidémique et est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes paient le plus lourd tribut.

- Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pour les femmes enceintes.

En 2017-2018, un quart de femmes enceintes ont bénéficié de 3 dose de TPI au cours de leur grossesse¹²⁵, comme présenté dans le graphique suivant.

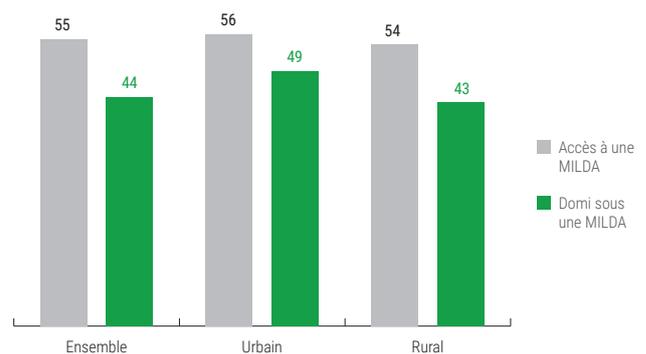


Source : A partir de l'enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2017-2018

Graphique 6. 16 : Répartition des femmes enceintes selon le nombre de dose du traitement préventif intermittent en 2017-2018

- Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Au Burkina Faso, en 2017-2018, 55% de la population des ménages avaient accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide et 44% dormaient sous moustiquaires imprégnées d'insecticide¹²⁶, comme présenté dans le graphique ci-dessous.



Source : Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2017-2018

Graphique 6. 17 : Pourcentage de la population des ménage ayant une MILDA et ayant dormi sous la moustiquaire selon le milieu de résidence en 2017-2018

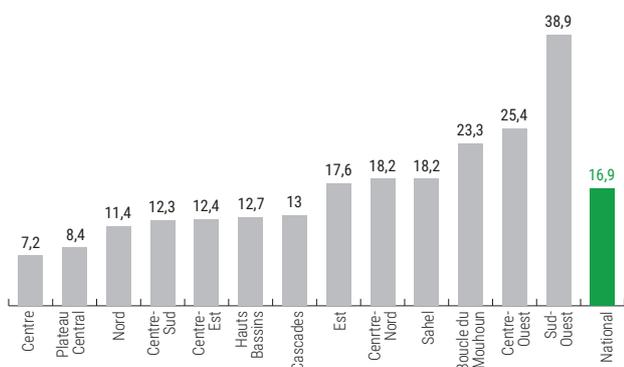
125 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burkina Faso 2017-2018

126 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme au Burkina Faso 2017-2018

- Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

La prévalence nationale du paludisme chez les enfants de 6-59 mois au Burkina Faso, basée sur la microscopie était de 17 % en 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%)¹²⁷.



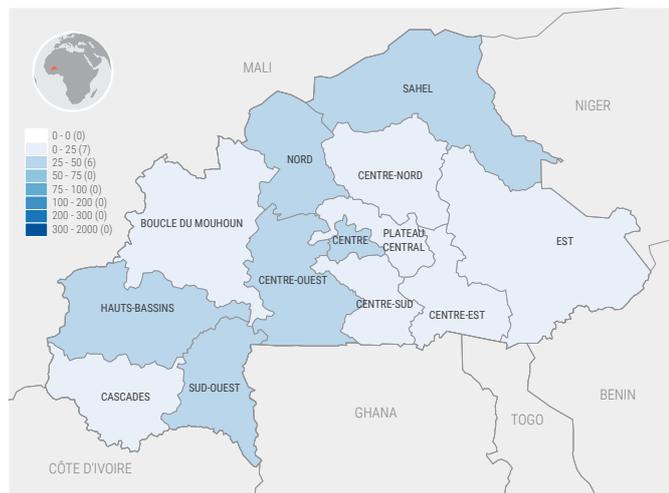
Source : A partir de l'enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2017-2018

Graphique 6. 18 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans selon la région en 2017-2018

Tuberculose

- Taux de notification de la tuberculose

En 2018, le taux de notification de la tuberculose était 29,6 pour 100 000 habitants. Les régions du Centre, du Sud-Ouest, du Sahel, des Hauts-Bassins, du Centre-Ouest et du Nord avaient des taux de notification supérieur à la moyenne nationale¹²⁸. La carte suivante présente le taux de notification de la tuberculose par région.

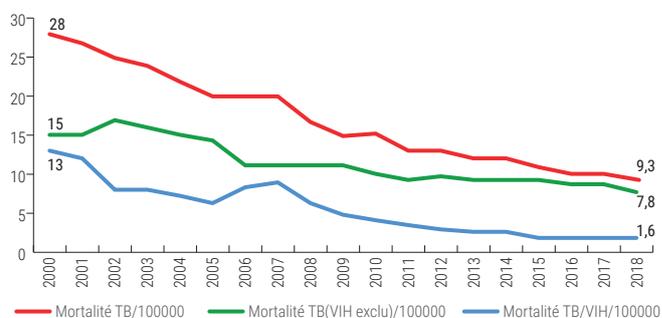


Source : Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

Carte 6. 1 : Répartition du taux de notification de la tuberculose en 2018

- Taux de mortalité due à la tuberculose

Le taux de mortalité due à la tuberculose est en baisse de 2000 à 2018. Il est passé de 28 à 9,3 pour 100 000 habitants. En 2018, le taux de mortalité due à la tuberculose le VIH exclu et celui due à la coinfection tuberculose/VIH étaient respectivement de 7,8 et 1,6 pour 100 000 habitants¹²⁹, comme présenté dans le graphique ci-dessous.

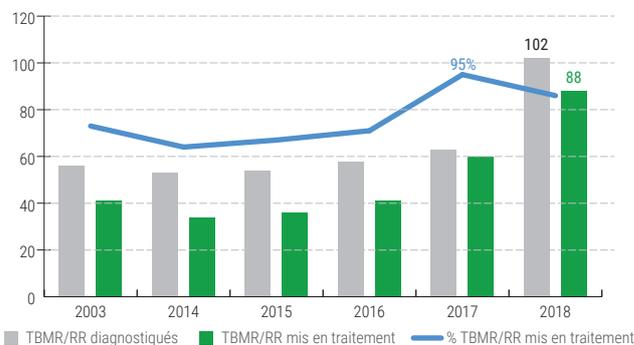


Source : Revue épidémiologique de la tuberculose 2000-2018

Graphique 6. 19 : Tendence de la mortalité due à la tuberculose de 2000 -2018

- Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante

De 2013 à 2018, l'évolution de la couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multi résistante a connu un pic en 2017 (95%)¹³⁰, comme l'indique le graphique suivant.



Source : Revue épidémiologique de la tuberculose 2013-2018

Graphique 6. 20 : Evolution de la couverture de la mise sous traitement des patients tuberculeux multi résistants de 2013-2018

127 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2017-2018

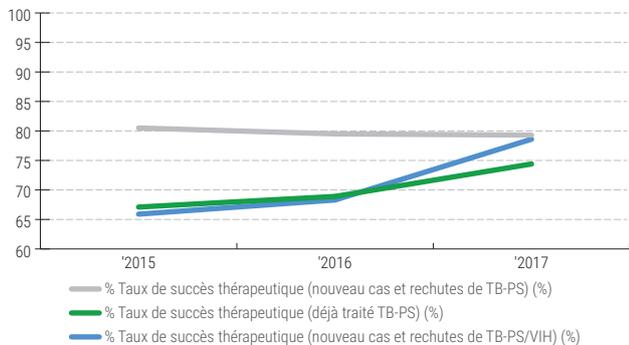
128 Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

129 Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

130 Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

- Traitement des malades de la tuberculose

Le succès du traitement des nouveaux cas et rechutes des cohortes de 2015 à 2017 a peu varié avec une légère baisse au fil des ans. En 2017, le taux de succès du traitement était de 79,3% largement en dessous de la norme OMS (au moins 90%)¹³¹.



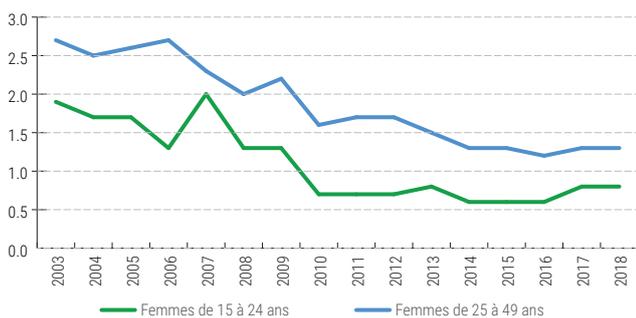
Graphique 6. 21 : Évolution comparative du taux de succès de traitement chez les patients TB (nouveaux et rechutes), TB déjà traités de 2015 à 2018

VIH/SIDA/IST

- Situation épidémiologique du VIH/SIDA

Selon l'ONUSIDA, la prévalence du VIH au Burkina Faso s'est stabilisée à 0,8% de 2015 à fin 2017. En 2018, elle était de 0,7% [0,6-0,9]. La population de PVVIH est actuellement estimée à 96 000 [78 000-120 000] personnes dont 9 100 enfants de moins de 15 ans [6 300-12 000] en fin 2018. Les orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida sont estimés à 110 000 [81 000-140 000].

L'évolution de la prévalence du VIH en population générale au Burkina Faso au cours des dix dernières années présente une tendance à la baisse et à la stabilisation. Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie mixte avec une prévalence en population générale qui s'établit à moins de 1% et des poches de concentration dans certains groupes spécifiques.



Source : SP/CNLS-IST, 2018

Graphique 6. 22 : Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles de 2003 à 2018

Le nombre de nouvelles infections a connu une augmentation entre 2016 et 2018 passant de 2 125 à 4 578. L'étude sur les modes de transmission du VIH montre que la majorité des nouvelles infections surviennent dans les couples hétérosexuels en union stable (39,56%).

Les données programmatiques relatives aux décès liés au VIH montrent une baisse entre 2016 et 2018 passant de 636 à 347 en population générale, ce qui dénote d'une amélioration dans la survie de PVVIH due à une prise en charge intégrée améliorée.

Malgré une prévalence en population générale en dessous de 1%, l'épidémie à VIH au Burkina Faso se caractérise par une concentration dans des groupes de populations clés qui présentent des prévalences plus élevées que celle enregistrée en population générale. En effet, en 2017, la prévalence du VIH dans ces populations clés était de (étude bio-comportementale 2017):

- 5,4% chez les professionnelles de sexe (PS) ;
- 1,14% chez les clients des PS ;
- 1,9% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ;
- 2,15% chez détenus (prisonniers) ;
- 4,6% chez les personnes handicapées (PH) ;
- 1,0% chez les usagers de drogues (UD) ;
- 1,93% chez les personnels de soins.

En 2018, le Burkina Faso a atteint pour les « 90-90-90 » les résultats suivants¹³² :

- premier « 90 » : 77 113 personnes vivant avec le VIH étaient inscrites dans les files actives ;
- deuxième « 90 » : 86,86% des personnes infectées par le VIH dépistées recevaient un traitement antirétroviral soit un gap 13,14% ;
- troisième « 90 » : 18,36% des personnes recevant un traitement antirétroviral avaient une charge virale indétectable soit un gap 81,64%.

Le profil épidémiologique du VIH au Burkina Faso, avec en trame de fond l'objectif « 90-90-90 » à l'horizon 2020 montre des progrès remarquables mais les défis majeurs restent la réalisation de la charge virale, la décentralisation du traitement avec une participation accrue des acteurs communautaires dans tout le circuit de traitement et le soutien nutritionnel. L'adoption de la nouvelle stratégie telle que le « test and treat » serait une opportunité pour améliorer la couverture de PVVIH en ARV.

La problématique du VIH est également liée à des co-infections avec d'autres maladies en particulier la tuberculose et les IST.

- Infections sexuellement transmissibles

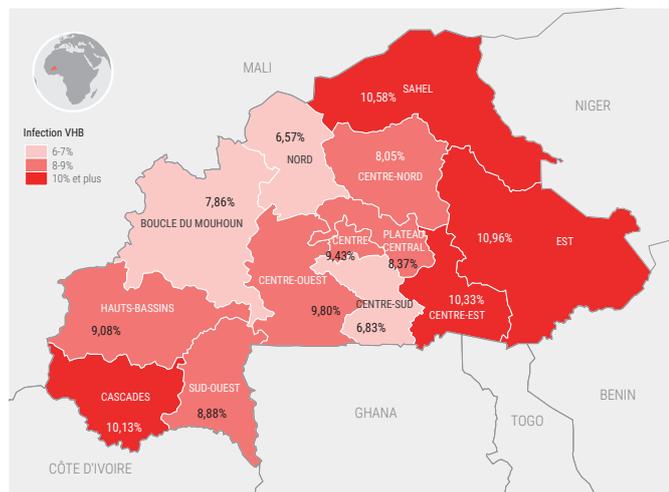
L'incidence cumulée des IST était de 15,9% en 2018. 322 788 cas d'IST ont été notifiés en 2018 et pris en charge dans les formations sanitaires¹³³. On constate une augmentation constante des notifications au cours des cinq dernières années. Cela pourrait être justifié par les rapports sexuels non protégés. Ces données appellent à plus d'actions de prévention des IST au sein des populations.

131 Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

132 Présidence du Faso. Secrétariat permanent de lutte contre le VIH/SIDA-IST. Rapport 2018
133 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

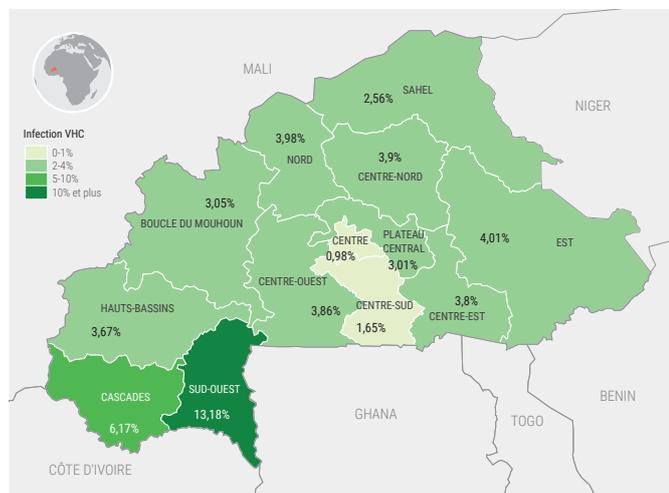
Les hépatites virales

Le Burkina Faso fait partie des pays à haute prévalence pour l'hépatite B avec une prévalence globale de 9,1%. Il existe une grande disparité selon les régions. Ainsi les régions avec les plus fortes prévalences sont celles de l'Est (10,96%), du Sahel (10,58%), du Centre-est (10,31%) et des Cascades (10,13%) (Meda, 2018), comme présenté dans la carte ci-dessous.



Carte 6. 2 : Répartition de la prévalence de l'hépatite B par région

Pour l'hépatite C, la prévalence globale est de 3,6% avec des prévalences particulièrement élevées dans les régions du Sud-Ouest (13,18%) et des cascades (6,17%) (Meda, 2018), comme présenté dans la carte ci-après.



Carte 6. 3 : Répartition de la prévalence de l'hépatite C par région

Autres maladies sous surveillance (Méningite, Dengue)

- Méningite

Le Burkina Faso, après l'introduction de la vaccination nationale contre la méningite avec le vaccin conjugué MenAfriVac en 2010, a enregistré en 2018, 2514 cas suspects de méningite dont 171 décès soit une létalité de 6,80%, contre 2707 cas dont 208 décès soit une létalité de 7,7% en 2017¹³⁴.

Au regard du profil épidémiologique actuel des germes rencontrés, le pneumocoque a été le plus impliqué, en dehors des épidémies. Le tableau ci-dessous présente la répartition des cas, décès et létalité de la méningite au Burkina Faso de 2009 à 2018.

134 Ministère de la santé. Plan de préparation et de riposte à une éventuelle épidémie de méningite au Burkina Faso. Saison épidémiologique 2019-2020

Tableau 6. 1 : Répartition des cas des décès et de la létalité de la méningite au Burkina Faso de 2009 à 2018

Années	Cas	Décès	Létalité (%)
2009	4 878	693	14,20
2010	6 837	989	14,47
2011	3 878	588	15,16
2012	7 022	739	10,52
2013	2 919	339	11,60
2014	3 633	397	10,93
2015	3 084	310	10,05
2016	2 771	302	10,9
2017	2 707	208	7,7
2018	2 422	168	6,9

Source : Rapport de situation épidémiologique hebdomadaire de la DPSP/SSE 2019

- Dengue

On note depuis 2015 l'apparition de la dengue dans les statistiques de routine. Il y a une nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique et les aspects d'assainissements (lutte contre les gîtes larvaires).

Tableau 6. 2 : Cas de Dengue notifiés dans les formations sanitaires de 2015 à 2018

Indicateur	2015	2016	2017	2018
Nombre de cas	123	710	15074	4356
Nombre de décès	1	0	36	26

Source : Annuaire statistiques, Ministère de la santé 2015 à 2018

6.2.2. Maladies non transmissibles

Les maladies cardiovasculaires et respiratoires

- Maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires désignent différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infra clinique et responsable de mort prématurée. Il peut d'agir de : maladies coronariennes ou d'accidents vasculaires cérébraux. La prévalence était estimée à 8% en 2008¹³⁵.

Le taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires était de 8,38% en 2015¹³⁶.

Selon l'enquête STEPS, 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%)¹³⁷.

Dans les formations sanitaires, 92 058 motifs de consultations ont concerné les maladies cardiovasculaires. L'HTA était le motif de consultation le plus fréquent avec 56 609 cas. Les hospitalisations ont concerné 23 088 cas avec 1 935 décès.

135 Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire 2011-2020

136 Ministère de la santé. Direction générale des études et des statistiques sectorielles 2015

137 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

- Maladies respiratoires

En 2018, les infections respiratoires représentaient 7 018 769 des motifs de consultation. Les enfants de moins de 5 ans représentaient 62,45% de l'effectif total des cas de consultation pour infections respiratoires aiguës.

Tableau 6. 3 : Les pathologies de l'appareil respiratoire les plus fréquemment rencontrées

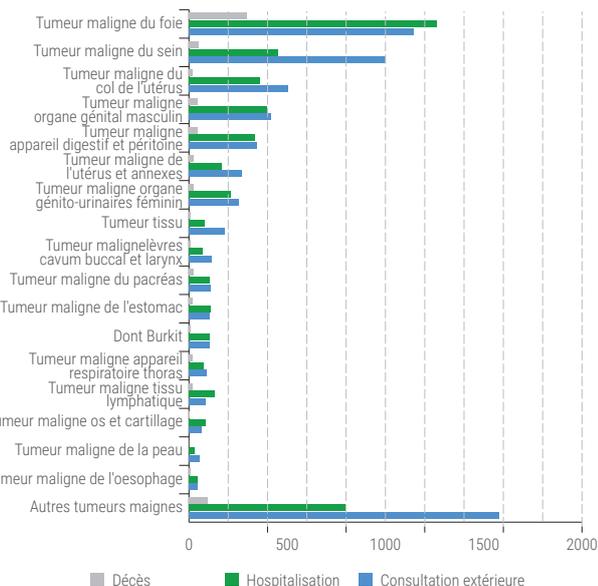
Pathologie de l'appareil respiratoire	< 1 ans	1-4 ans	5-14 ans	Adulte	Total
Bronchite	40 632	75 714	27 661	53 449	197 456
Pneumonie	48 611	91 312	25 447	50 229	215 599
Pneumopathie	13 082	25 715	11 202	41 618	91 617

Source : Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

L'enquête SARA de 2018 a trouvé que 93% des formations sanitaires font le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques¹³⁸.

Cancers

Au Burkina Faso, en 2018, dans les hôpitaux, les tumeurs malignes du foie, du sein et du col de l'utérus étaient les premières causes de consultations et d'hospitalisations pour cause de tumeur. Les tumeurs malignes du foie et du sein étaient les premières causes de décès¹³⁹.



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

Graphique 6. 23 : Répartition des types de tumeurs en consultation externe, en hospitalisation et décès par région sanitaire du Burkina Faso en 2018

Diabète

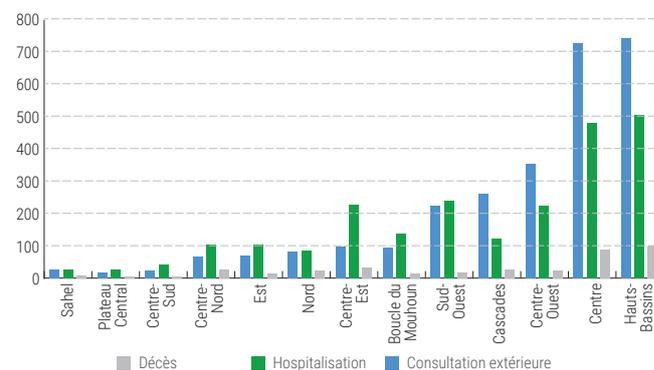
Les résultats de l'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée en 2013 montrent qu'au Burkina Faso, la prévalence du diabète est de 4,9% au sein de la population de 25 à 64 ans avec une prévalence de 5,2% chez les hommes et 4,7% chez les femmes. La prévalence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

Les régions avec les prévalences les plus élevées du diabète étaient : Nord (10,2%), Sud-Ouest (7,3%). Les prévalences les plus basses étaient observées dans les régions des Cascades (1,6%) et de l'Est (2,4%)¹⁴⁰.

En 2018, 13 780 cas de diabète ont été répertoriés dans les formations sanitaires dont 226 enfants de moins de 15 ans, 6064 hommes et 7654 femmes¹⁴¹.

Insuffisance rénale

En consultations externes et en hospitalisations, respectivement 2 800 et 2 353 cas d'insuffisance rénale ont été enregistrés selon l'annuaire statistique 2018. La plus part des cas ont été notés dans les régions sanitaires des Hauts-Bassins, du Centre et du Centre Ouest. Par ailleurs, 403 décès ont été enregistrés dans les hôpitaux¹⁴².



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

Graphique 6. 24 : Répartition des cas d'insuffisance rénale par région en 2018

Santé mentale

Une enquête en population générale a révélé que la prévalence des troubles mentaux était de 41,43%, plus élevée chez les femmes (46,44%) que chez les hommes (33,01%). L'épisode dépressif était le trouble le plus fréquent (Ouédraogo et al., 2019).

Selon l'annuaire 2018 du MS, 16 175 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 enregistrés¹⁴³.

Santé oculaire

Selon l'annuaire statistique 2018, les centres médicaux et les hôpitaux ont enregistré 191 978 consultations pour une maladie de l'œil ou de ses annexes. Les conjonctives (75 145 cas) constituaient les plus fréquentes suivies de la cataracte (23 968 cas) et des vices de réfraction (16 376 cas)¹⁴⁴.

138 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

139 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

140 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

141 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

142 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

143 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

144 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

Drépanocytose

En 2018, 7 760 cas de drépanocytose ont été enregistrés dans les formations sanitaires, dont 1 153 enfants de moins de 5 ans, 1 550 hommes et 2 724 femmes. Les régions du Centre (3 434), les Hauts Bassins (851) et l'Est (683) avaient enregistré le plus grand nombre de cas. Par ailleurs, 2 833 cas ont été hospitalisés avec 95 décès enregistrés¹⁴⁵.

Affections bucco-dentaires et noma

Selon l'enquête STEPS 2013, 23,8% de la population des 25-64 ans a déjà ressenti un inconfort ou une douleur de la bouche ou des dents, 83,5% n'avaient jamais eu recours à des soins bucco-dentaires, 31,8% ont déclaré se nettoyer les dents au moins 2 fois/jours, 39,4% utilisaient une pâte dentifrice fluorée et 0,9% portaient une prothèse amovible¹⁴⁶.

En 2018, 126 390 cas de maladies bucco dentaires et 261 cas de noma ont été enregistrés dans les formations sanitaires. Les affections bucco-dentaires les plus fréquentes étaient les caries dentaires et leurs complications les mycoses buccales et les parodontopathies¹⁴⁷.

Tableau 6. 4 : Récapitulatif de quelques indicateurs de santé bucco-dentaire en 2013

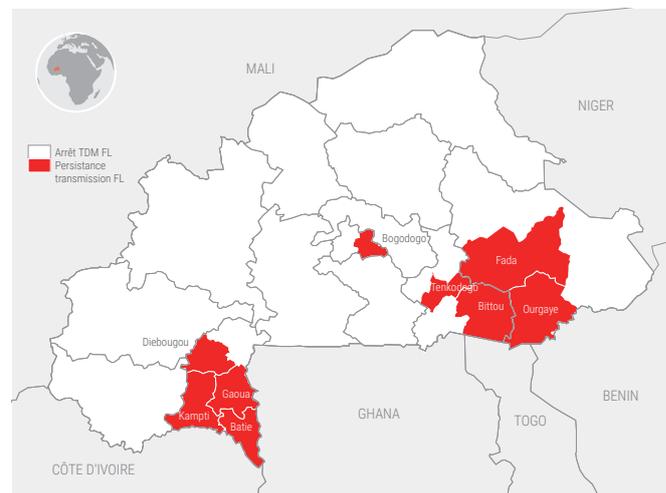
Indicateurs	hommes	Femmes	Ensemble
Ayant ressenti un inconfort ou une douleur de la bouche ou des dents	19,5%	27,6%	23,8%
N'ayant jamais eu recours à des soins bucco-dentaires	84,5%	82,6%	83,5%
Nettoyage des dents au moins 2 fois/jour	29,6%	33,1%	31,8%
Utilisation de pâte dentifrice fluorée	72%	62,7%	67%
Utilisation de pâte dentifrice fluorée	41,7%	37%	39,4%
Port de prothèses amovibles	1,0%	0,8%	0,9%

Source : Enquête STEPS 2013

6.2.3. Maladies tropicales négligées

Filariose lymphatique

De l'analyse de la carte ci-dessous, il ressort que les régions du Centre-est (Tenkodogo, Ouargaye et Bittou), de l'Est (Fada), du Centre (Arrondissement de Bogodogo) et du Sud-ouest (Diébougou, Gaoua, Kampti et Batié) connaissent une persistance de la transmission de la filariose lymphatique¹⁴⁸.



Source : A partir des données de surveillance de la filariose lymphatique 2018

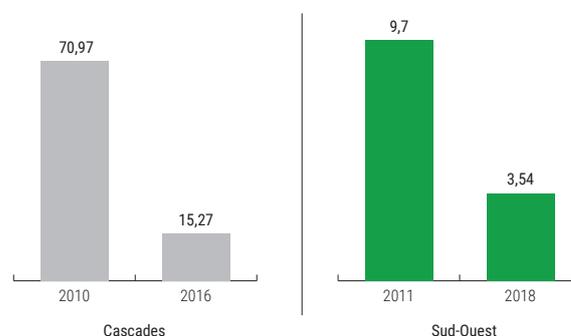
Carte 6. 4 : Statut de la transmission de la filariose lymphatique par district en 2018

Dans ces régions, des actions de prise en charge ont été menées et se résument comme suit :

- 14 000 cas de lymphoedèmes recensés depuis 2006 ;
- 11 000 patients formés à la pratique du washing et dotés en kits ;
- 20 000 cas d'hydrocèles recensés depuis 2006 ;
- Plus de 8 000 hydrocèles opérées dans le cadre du programme.

Onchocercose

L'onchocercose a été détectée dans les régions des cascades et du Sud-Ouest¹⁴⁹ et les données se présentent comme suit dans le graphique ci-dessous.



Source : A partir des données de surveillance de l'onchocercose dans les régions des Cascades et Sud-Ouest

Graphique 6. 25 : Prévalence de l'onchocercose dans les régions des Cascades et du Sud-Ouest.

145 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

146 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

147 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

148 Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2018

149 Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2018

Trachome

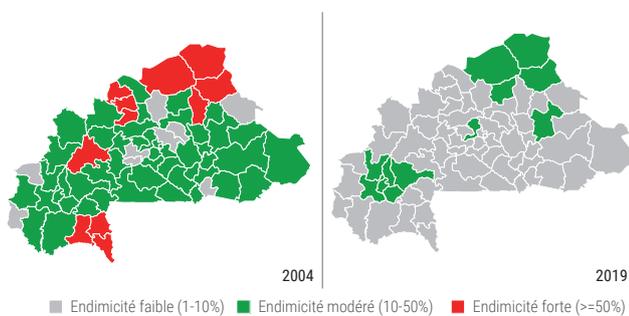
Depuis 2017, le Burkina Faso a arrêté la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse contre le trachome dans tous les 30 districts initialement endémiques et ceci, grâce aux résultats concluants des enquêtes d'impact.

La prise en charge des complications du trachome se présentent comme suit : 33 000 cas de trichiasis trachomateux recensés à la cartographie de base en 2005. Environ 25 000 cas de trichiasis trachomateux étaient pris en charge à ce jour¹⁵⁰.

Schistosomiase

De 2004 à 2019, il y a une réduction de l'endémicité de la schistosomiase. En effet, en 2019, 12 districts sanitaires avaient une d'endémicité modérée de la schistosomiase (10-50%) et aucun district n'avait une endémicité forte ($\geq 50\%$)¹⁵¹, comme présenté dans la carte suivante.

Évolution de l'endémicité de la SCH entre 2004 et 2019



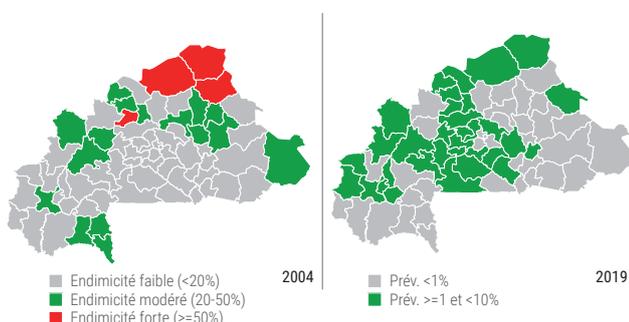
Source : A partir des données de surveillance de la schistosomiase 2004 et 2019

Carte 6. 5 : Evolution de l'endémicité de la schistosomiase de 2004 et 2019

Vers intestinaux

Au Burkina Faso, de 2004 à 2019, il y a eu une régression de l'endémicité de la STH dans les districts sanitaires. Une endémicité forte ($\geq 50\%$) était enregistrée dans 4 districts en 2004 et en 2019, aucun district n'était classé zone d'endémicité forte¹⁵², comme représenté dans la carte suivante.

Évolution de l'endémicité de la STH entre 2004 et 2019



Source : A partir des données de surveillance des vers intestinaux 2004 et 2019

Carte 6. 6 : Evolution de l'endémicité des vers intestinaux entre 2004 et 2019

150 Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2019

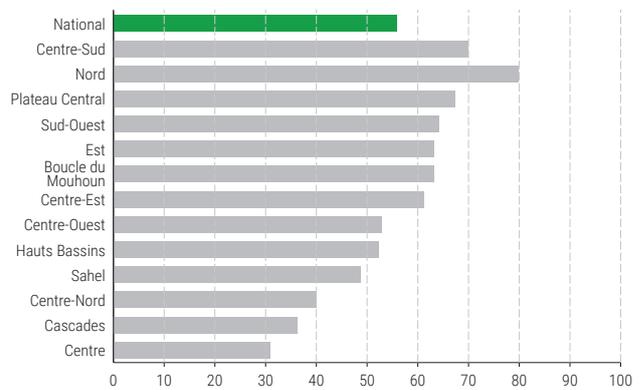
151 Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2019

152 Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2019

6.2.4. Nutrition

Allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois

En 2018, au Burkina Faso, le pourcentage d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 5 mois était de 55,8%. Les plus faibles pourcentages étaient enregistrés dans les régions du Centre (30,9%), des Cascades (36,3%), du Centre-Nord (40%), et du Sahel (48,7%)¹⁵³, selon le graphique ci-après.



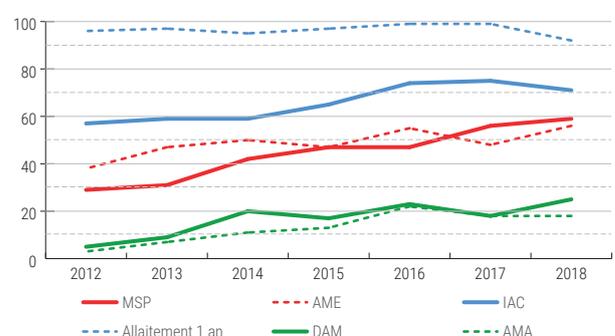
Source : A partir de l'enquête nutritionnelle 2018

Graphique 6. 26 : Pourcentage d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 5 mois selon la région en 2018

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Burkina Faso du fait qu'elle est la cause sous-jacente de 35 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans. Les causes directes sont les pratiques insuffisantes de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). En effet, selon l'enquête nationale nutrition (ENN) 2018, la mise au sein précoce (MSP) est de 59,8% ; le don de colostrum est de 92,6% ; la pratique de l'allaitement exclusif (AE) de 55,8% et la poursuite l'allaitement jusqu'à 12-15mois de 92,4%. C'est dire que tous les enfants qui naissent dans les formations sanitaires ne bénéficient pas du colostrum, le premier vaccin; ne bénéficient pas de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et ne bénéficient plus de lait maternel entre 12-15 mois. Or selon les recommandations internationales, jusqu'à 2 ans au moins, les jeunes doivent être allaités. L'introduction d'aliment de complément à partir de 6 mois est de 70,8%, la diversité alimentaire minimum de 24,6% et l'alimentation minimum acceptable (AMA) de 18%. Le graphique ci-dessous décrit les tendances de l'ANJE depuis 2012.

Tendance des principales pratiques d'ANJE, SMART 2012 - 2018



Source : A partir de l'enquête nutritionnelle nationale 2018

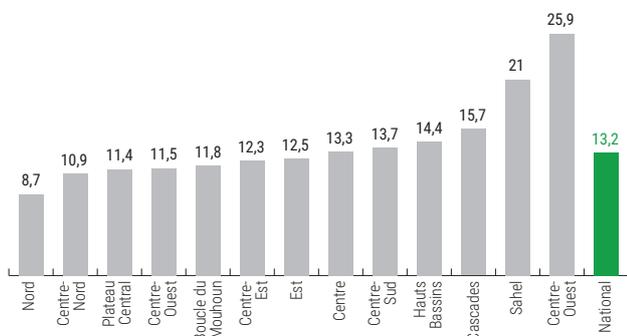
Légende : MSP = mise au sein précoce ; AME = Allaitement maternel exclusif ; IAC = Introduction d'alimentation de complément ; DAM = diversité alimentaire minimum ; AMA = Alimentation minimum acceptable

Graphique 6. 27 : Tendance des principales indicateurs d'ANJE de 2012 - 2018

153 Ministère de la santé. Enquête nationale nutritionnelle 2018

Faible poids à la naissance chez les nouveau-nés

Dans le graphique ci-dessous, en 2015, au niveau national, l'incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés était de 13,2%. Les régions du Sud-Ouest (25,9%) et du Sahel (21%) ont enregistré les incidences les plus élevées¹⁵⁴.

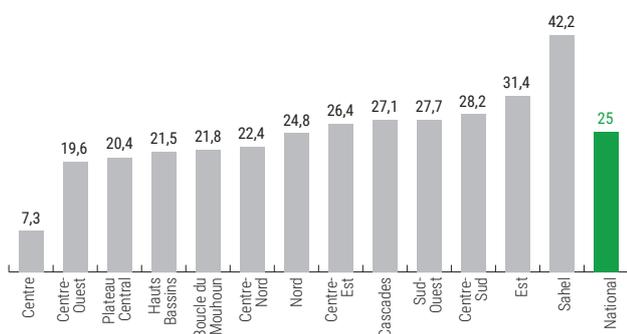


Source : A partir de l'EMDS 2015

Graphique 6. 28 : Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés selon la région en 2015

Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance

En 2018, la région du Sahel (42,2%) a enregistré plus d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance¹⁵⁵, comme indiqué dans le graphique ci-dessous.



Source : A partir de l'enquête nutritionnelle nationale 2018

Graphique 6. 29 : Répartition des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance selon la région en 2018

Principales carences en micronutriments

Dans la littérature, les données sur les carences en micronutriments sont limitées et partielles. En effet, selon l'enquête nationale d'iode et l'anémie au Burkina Faso (ENIAB) en 2014, l'anémie ferriprive touche 83,4% des enfants de moins de 5 ans, 61,7% des FAP, 72,5% des femmes enceintes et 68,8% des enfants en âge scolaire). Or seules 66,7% des femmes enceintes ont pris du fer et acide folique pendant 90 jours au moins pendant leur grossesse. Pour ce qui est de l'iode, seulement 23% des ménages disposent de sel de cuisine adéquatement iodé. Notons qu'il y a des disparités selon le lieu de résidence (plus élevé en milieu rural) et selon les régions.

Sur-nutrition

Le Burkina Faso connaît actuellement une transition alimentaire et nutritionnelle dans un contexte d'urbanisation rapide, caractérisée par l'évolution des habitudes de consommation alimentaire et par une activité physique réduite. Si la prévalence du surpoids et de l'obésité des adultes a rapidement augmenté dans toutes les régions, il existe des différences significatives entre zones rurales et urbaines.

En effet, selon l'enquête STEPS, en 2013, au sein de la population de 25 à 64 ans, la prévalence du surpoids était de 13,4% et variait selon le lieu de résidence (23,9% en milieu urbain et 11,3% en milieu rural). Dans les régions du Centre et les Hauts-Bassins le surpoids était respectivement 30,6% et 22,7%. Pour l'obésité, la prévalence était de 4,5% et variait selon le genre (2,9% chez les hommes et 6,0% chez les femmes) et le lieu de résidence (11,3% en milieu urbain et 1,9% en milieu rural). Dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins elle était respectivement de 16,1% et 8,5%. La prévalence de l'hypercholestérolémie était de 3,5%, et variait selon le genre, chez les femmes (4,5%) et chez les hommes (2,4%)¹⁵⁶. Chez les enfants de 0 – 5 ans, l'enquête SMART de 2018 a montré que la prévalence de la surcharge pondérale était de 1,0% au niveau national. Les prévalences les plus élevées étaient observées dans la région des Cascades (2,0%) et les plus faibles dans les régions de l'Est et des Hauts-Bassins avec 0,4%. Selon le milieu, la prévalence de l'obésité se situait à 11,3% en milieu urbain contre 1,9% en milieu rural¹⁵⁷.

Sécurité sanitaire des aliments

Selon la FAO, la sécurité sanitaire des aliments est l'absence - ou alors à un niveau acceptable et sûr - de risques alimentaires pouvant nuire à la santé des consommateurs. De la production depuis la ferme, à la préparation des produits finis pour la consommation, les aliments peuvent être exposés à divers risques à savoir les risques de nature microbiologique, chimique ou physique.

Au niveau de la production agricole, on note une utilisation de plus en plus croissante des pesticides. Les quantités de pesticides utilisées sont passées de 1,47 millions de litres en 2009 à 8,09 millions de litres en 2017 selon les données de l'Enquête Permanente Agricole¹⁵⁸.

Les rapports bilans d'activités du Ministère en charge de l'agriculture indiquent la saisie de 700 litres de pesticides prohibés en 2018.

154 Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête modulaire, démographie et santé de 2015

155 Ministère de la santé. Enquête nutritionnelle nationale 2018

156 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014

157 Ministère de la santé. Enquête nutritionnelle nationale 2018

158 Ministère de l'agriculture. Enquête permanente agricole 2017

Chapitre 7

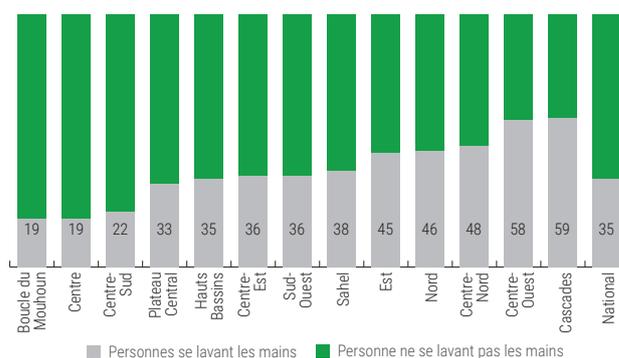
Ménaces et Risques à la santé et urgences sanitaires

A retenir

- L'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement des ménages s'améliore au fil du temps, mais demeure faible surtout en milieu rural ;
- Le niveau de pollution de l'air dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso est supérieur à la norme ;
- La mauvaise conservation des pesticides par les producteurs ;
- Les cas d'intoxication des populations aux pesticides se multiplient ;
- Un nombre important de formations sanitaires est fermé du fait de l'insécurité privant plusieurs populations particulièrement les PDI de services de santé ;
- Le niveau de résistance aux antimicrobiens est de plus en plus élevé.

• Hygiène

En 2016, au niveau national, en moyenne 65% de la population ne se laverait pas les mains avec du savon ou de la cendre aux moments critiques¹⁶⁰, comme décrit dans le graphique ci-dessous. Cela pourrait augmenter le risque de survenue des maladies diarrhéiques telles que le choléra.



Source : PN-AEPA 2016

Graphique 7.2 : Répartition des pratiques du lavage des mains en milieu rural par région au Burkina Faso en 2016

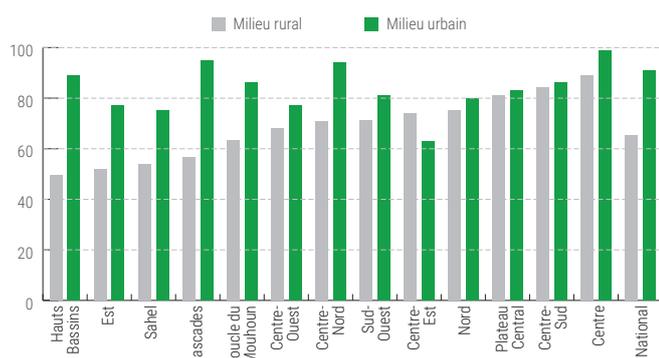
7.1. Menaces et risques sanitaires

7.1.1. Eau, hygiène et assainissement

Eau, hygiène et assainissement en situation normale

• Eau

En 2016, la moyenne d'accès à l'eau potable en milieu rural était de 65,3% et de 91% en milieu urbain¹⁵⁹. Ce résultat dénote que plus de 34% de la population vivant en milieu rural et environ 9% de la population vivant en milieu urbain était à risque de maladies du péril fécal.



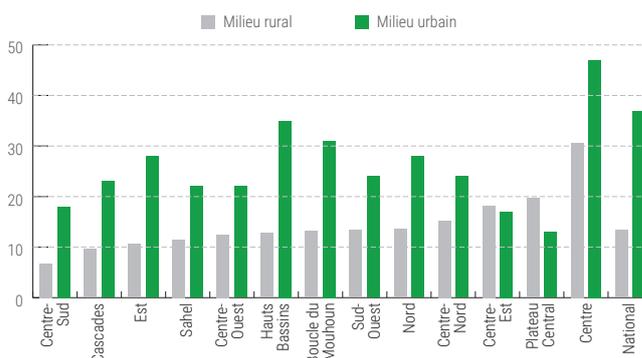
Source : PN-AEPA 2016

Graphique 7.1 : Variation du taux d'accès à l'eau potable en milieu rural et urbain par région au Burkina Faso en 2016

• Assainissement

En 2016, le taux d'assainissement familial en milieu rural au niveau national était de 13,4% et de 36,8% en milieu urbain selon le rapport 2016 du PN-AEPA, comme indiqué dans le graphique ci-dessous.

Ce constat serait favorable à une forte morbidité liée aux maladies vectorielles telles que le paludisme et la dengue.



Source : PN-AEPA 2016

Graphique 7.3 : Variation du taux d'assainissement familial en milieu rural et urbain par région au Burkina Faso en 2016

159 Ministère de l'Eau et de l'assainissement. Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Rapport 2016

160 Ministère de l'Eau et de l'assainissement. Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Rapport 2016

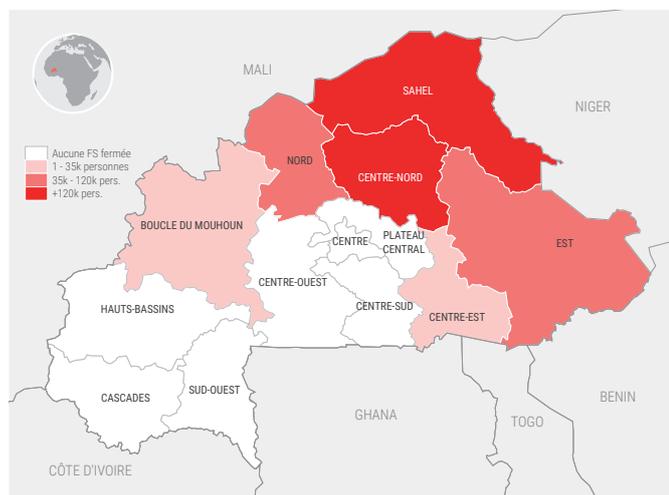
Aperçu de la situation eau, hygiène et assainissement chez les populations déplacées internes

Selon le rapport WASH cluster d'avril 2019, seulement un tiers des personnes déplacées internes (PDI), ayant un besoin urgent en service eau hygiène assainissement (EHA) ont reçu une assistance répondant aux normes sphères, comme l'indique la carte ci-dessous. Ce qui dénote que plus de deux tiers des PDI constituent une porte d'entrée de maladies liées à l'absence des services EHA. Cette situation exposerait les PDI aux maladies diarrhéiques, vectorielles, etc.

7.1.2. Accès aux services de santé

La carte ci-dessous présente la situation des populations non couvertes par les services de santé de base par région sanitaire au 30 décembre 2019¹⁶¹.

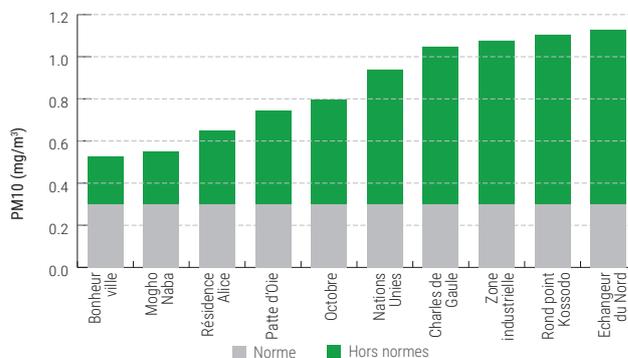
Les populations des régions à sécurité précaire notamment les régions du Sahel, du Centre-Nord, du Nord, de l'Est, de la Boucle du Mouhoun et du Centre-Est courent le risque de voir leur situation se dégrader du fait de la fermeture ou du fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires.



Carte 7.1 : Situation des populations non couvertes par les services de santé de base par région au 30 décembre 2019

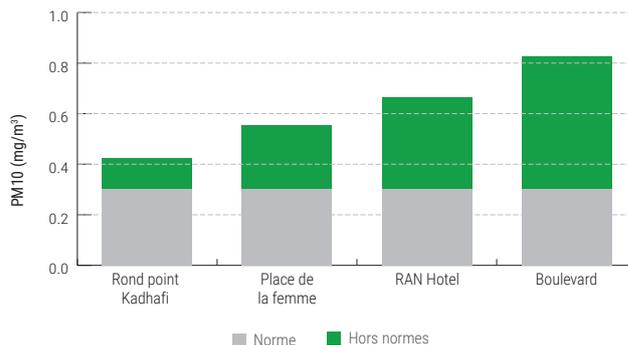
7.1.3. Pollution atmosphérique

Selon une campagne de mesure de la qualité de l'air dans les villes de Ouagadougou et de Bobo courant 2018-2019, la concentration des particules fines dans l'air est au-delà de la norme dans les deux villes. Ces écarts illustrés dans les graphiques ci-dessous traduisent la pollution de l'air qui pourrait exposer les populations aux maladies des voies aériennes, les allergies, etc¹⁶².



Source : Laboratoire d'analyse de la qualité de l'environnement, 2019

Graphique 7.4 : Moyenne horaire de la concentration des particules fines dans l'air à Ouagadougou courant 2018-2019



Source : Laboratoire d'analyse de la qualité de l'environnement, 2019

Graphique 7.5 : Moyenne horaire de la concentration des particules fines dans l'air à Bobo en 2018

7.1.4. Intoxication aux pesticides

En 2019, des cas d'intoxication, probablement aux pesticides ont été notifiés dans les communes de Didyr (province du Sanguié) et de Pouytenga (province de Kouritenga). Dans chaque localité, 14 personnes ont été intoxiquées avec 13 décès à Didyr, et 5 décès à Pouytenga.

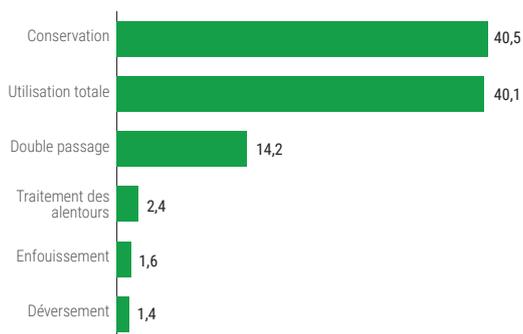
Selon une étude conduite par l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) en 2016¹⁶³, dans les régions de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et de des Hauts Bassins, sur 509 producteurs enquêtés, 107 (21,02%) cas d'intoxications ont été rapportées et 203 (40%) cas d'intoxications ont été notifiés dans les centres de santé. A propos de la gestion des restes de pesticides après traitement, 40,47% des producteurs conservaient les restes de pesticides pour une prochaine utilisation et le lieu de conservation était le domicile ou le champ. Aussi, 1,38% des enquêtés déversaient les restes dans la nature, comme rapporté dans le graphique suivant.

161 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019

162 Ministère de l'environnement, de l'économie verte et du changement climatique. Rapport sur l'état de la qualité de l'environnement de 2019.

163 Institut de recherche en sciences de la santé. Rapport d'étude, 2016

Cette situation constituerait des risques de contamination pour l'environnement et d'intoxication pour la population.



Source : IRSS 2016

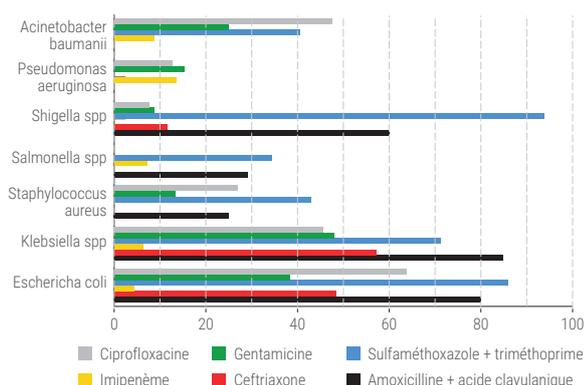
Graphique 7. 6 : Répartition des producteurs selon la gestion des restes de pesticides après traitement dans les régions de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et des Hauts Bassins au Burkina Faso en 2016

7.1.5. Résistance antimicrobienne

Niveau de résistance des espèces bactériennes aux principaux antibiotiques.

Le niveau de résistance des espèces bactériennes aux principaux antibiotiques dans les laboratoires sentinelles en 2018 au Burkina Faso est présenté dans le graphique ci-dessous. Des antibiotiques, jadis utilisés en dernier recours pour le traitement des infections les plus sévères, connaissent actuellement un niveau de résistance de plus en plus élevé¹⁶⁴.

Cette diminution de l'efficacité des antibiotiques contre les espèces bactériennes entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité de la population et la hausse des coûts de soins de santé associés aux infections dues aux pathogènes résistants aux antibiotiques. Cette résistance aux antimicrobiens (RAM) constitue une véritable menace de santé publique.



Source : Ministère de la santé. Rapport d'enquête de la consommation nationale des antibiotiques de 2014-2016

Graphique 7. 7 : Niveau de résistance des espèces bactériennes aux principaux antibiotiques dans les laboratoires sentinelles au Burkina Faso en 2018

164 Ministère de la santé. Rapport synthèse de la surveillance aux antimicrobiens au laboratoire, DGAP, DLBM 2018

7.1.6. Transition alimentaire et nutritionnelle

Le Burkina Faso à l'instar des autres pays à faible revenu se trouve dans une période de transition alimentaire et nutritionnelle, caractérisée par l'abandon des mets traditionnels plus nutritifs, moins gras, moins salés et moins sucrés pour des mets dits modernes plus gras, plus salés, plus sucrés, peu diversifiés. Ainsi elle entraîne une augmentation de la consommation de calories d'origine animale et une baisse de la consommation des calories d'origine végétale.

Elle se traduit aussi par le passage d'une activité physique importante à un mode de vie plus en plus sédentaire, une augmentation de la consommation de tabac et de boissons alcoolisées, le tout aggravé par le stress de la vie urbaine et la consommation de stupéfiants (drogues). Il s'en suit des risques accrus de MNT (surpoids, obésité, diabète type 2, MCV, etc.).

Cette transition est plus répandue en milieu urbain et touche la population active (adolescents et adultes), ce qui pose un sérieux problème de développement.

7.2. Urgences sanitaires et sinistres

Crise de Yirgou

Une attaque terroriste est survenue le 1er janvier 2019 dans le village de Yirgou, commune de Barsalgho avec la mort du chef du village et 5 autres personnes. S'en est suivi d'autres conflits entre les communautés. Cette situation a entraîné la mort de 49 personnes (bilan officiel), occasionné de nombreux blessés et des pertes de cheptel ainsi que des dégâts matériels et des déplacements massifs sur les sites de Barsalgho (1000) et de Foubé (10 007) en février 2019¹⁶⁵.

Des actions multisectorielles ont été menées pour la prise en charge des populations sinistrées dans les camps, à savoir :

- Prise en charge des patients (blessés et pathologies courantes), prise en charge psychologique ;
- Campagne de dépistage de la malnutrition couplée à une campagne de vaccination Rougeole/Rubéole (enfants de 6 mois à 14 ans) ;
- Campagne de Supplémentation en vitamine A et appui en nutriments pour la prise en charge de malnutris, assistance alimentaire ;
- Implantation d'infrastructure wash (latrine, dispositif de lavage des mains, forage, citernes d'eau) ;
- Renforcement de la surveillance épidémiologique¹⁶⁶.

Attaque du convoi de la société minière SEMAFO de Boungou

Le 06 novembre 2019 dans la région de l'Est, un convoi de la société minière SEMAFO de Boungou (province du Gourma) a été victime d'une attaque terroriste occasionnant 38 morts et 68 blessés¹⁶⁷.

Des équipes médico-psychologiques ont été mises en place pour la prise en charge des victimes.

165 Données statistiques du SP/CONASUR

166 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 6 novembre 2019

167 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 6 novembre 2019

Conflits inter communautaire de Zoaga, province du Boulgou

Deux incidents de conflits inter communautaires sont survenus le 25 janvier et le 31 mars 2019 à Zoaga, province de Boulgou dans la région du Centre Est. Ils ont occasionné 13 pertes en vie humaine et 13 blessés. Les blessés ont été pris en charge dans les centres de santé. Les victimes ont reçu une assistance en vivre et en matériel de survie¹⁶⁸.

Le Burkina Faso est confronté à des évènements occasionnant des sinistres et urgences sanitaires, ainsi présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7. 1 : Populations affectées par urgence sanitaire selon l'année de survenue au Burkina Faso

Urgence sanitaire / sinistre	Dernière année	Cas/populations affectées	Sources
Méningite	2019	152	Rapport de situation CORUS, 16 avril 2019
Dengue	2018	4 356	Annuaire statistique, MS, 2018
Rougeole	2018	4 488	Annuaire statistique, MS, 2018
Choléra	2012	143	Annuaire statistique, MS, 2018
Grippe H5N1	2015	38 foyers dans 13 provinces	Ministère des ressources animales, Influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) Burkina Faso 2017
Inondation	2019	42 140	Rapport d'activités 2018 SP/ CONASUR
Crise alimentaire	2019	Sous pression : 3 609 153 En crise : 1 190 713 Urgence : 28 366	Cadre Harmonisé Burkina Faso, novembre 2019
Vents violents	2018	4 682	Rapport d'activités 2018 SP/ CONASUR
Attaques terroristes	Octobre 2019	486 360	Données statistiques 10/2019 SP/ CONASUR

Epidémie de méningite dans la région de l'Est

Au cours des semaines 9 et 11 de l'année 2019, le district sanitaire de Diapaga a franchi son seuil épidémique de la méningite. Sur 152 cas notifiés, 10 décès ont été enregistrés.

Des activités de riposte ont été réalisées avec la collaboration des différentes parties prenantes. Une campagne de riposte vaccinale a touché 272 811 personnes de 1 à 29 ans soit une couverture de 111,21%¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Conseil national de secours d'urgence. Rapport de mission de Zoaga. avril 2019

¹⁶⁹ Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation au 16 avril 2019

Chapitre 8

Tendances des indicateurs des engagements

A retenir :

- Les cibles 2020 des principaux indicateurs des engagements nationaux et internationaux ne seront pas atteints en dépit des efforts consentis par l'Etat et ses partenaires en faveur de la santé des populations ;
- Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement, continue d'enregistrer de forts ratios de mortalité maternelle;
- Les taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile sont en baisse mais restent toujours élevés ;
- Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est en hausse continue, mais demeure faible.
- L'indice synthétique de fécondité reste encore élevé.

- le renforcement des capacités pour la réduction des risques et la préparation à la réponse aux urgences ;
- la stratégie de mobilité urbaine ;
- etc.

Les mécanismes existants pour la mise en œuvre et le suivi de ces engagements sont :

- au niveau national : le cadre sectoriel de dialogue (CSD), le secrétariat permanent de PNDES, le secrétariat technique de la couverture sanitaire universel. Les principaux outils de suivi sont les rapports CSD, le profil ODD, le « présimètre » (<https://www.presimetre.bf/fr/thematique/sante>), secrétariat technique de la nutrition et secrétariat technique de l'accélération de transition démographique ;
- au niveau régional : comité régional de suivi PNDS (CRS/PNDS), comité technique régional de santé (CTRS), conseil de direction (CoDi), conseil régional de concertation en nutrition (CRCN) ;
- au niveau district sanitaire : Conseil de santé de district (CSD), rencontre ECD-ICP-COGES.

8.1. Présentation des engagements

8.1.1. Engagements nationaux

Les engagements au niveau national dans le secteur de la santé sont traduits dans le PNDES et le PNDS qui cadrent également avec les engagements internationaux. Les stratégies d'opérationnalisation de l'ensemble de ces engagements apparaissent dans :

l'amélioration de la couverture des prestations : ressources humaines, disponibilité des médicaments, infrastructures ;

- l'accès financier aux prestations : l'assurance maladie universelle et la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la gratuité de la planification familiale, la gratuité du traitement antirétroviral, antituberculeux, lèpre, la gratuité des vaccins inscrits dans le programme élargie de vaccination, etc. ;
- la réduction de la charge de morbidité : lutte contre le tabac, les MNT, les accidents de la voie publique, la pollution de l'environnement,...
- la dotation en équipement et produits de santé ;
- la transformation de CHR en CHRU et des CSPS des chefs-lieux des communes en CM ;
- la fonction publique hospitalière ;
- la mise en place de la pharmacie hospitalière ;
- la mise place des centres spécialisés (dialyse, neurochirurgie, radiothérapie, oncologie, chirurgie cardiaque et hépatique, gériatrie) ;
- l'ouverture de nouveaux sites de formations médicales et para médicale ;
- la formation en gestion des districts et en chirurgie essentielle ;
- l'implication des communautés à travers le recrutement d'au moins deux ASBC par village reconnu ;
- l'encadrement de la médecine traditionnelle ;
- la sécurité alimentaire et nutritionnelle en lien avec la santé des populations ;

8.1.2. Engagements internationaux

Les engagements internationaux découlent essentiellement des objectifs de développement durable (ODD) qui abordent plusieurs secteurs dont la santé à travers l'ODD 2 et 3. Ces ODD visent à :

- Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, amélioration de nutrition et promouvoir l'agriculture durable (objectif 2)
- Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (objectif 3). Les cibles de l'ODD 3 orientent les pays à aller vers la couverture sanitaire universelle avec la réduction des inégalités selon les groupes spécifiques (âge, sexe, milieux).
- En outre le pays s'est engagé à respecter :
- la déclaration d'Alma-Ata (1978) consacrée aux soins de santé primaires ;
- l'initiative de Bamako (1987) sur accès universel aux soins de santé primaires ;
- la déclaration d'Abuja (2000) sur la mobilisation des ressources financières ;
- la déclaration de Maputo (2003) sur la santé maternelle et infantile ;
- les déclarations des chefs d'Etats de l'Organisation de l'Union Africaine sur la santé, base de développement (1987) et le VIH/ SIDA (1992 et 1994) ;
- la déclaration de Ouagadougou (2008) sur les soins de santé primaire et système de santé en Afrique ;
- la déclaration de Libreville (2008) sur l'environnement et la santé ;
- l'engagement sur les maladies non transmissibles des Nations Unies ;
- l'initiative africaine à zéro paludisme je m'engage ;

- la politique agricole d'Etats de l'Afrique de l'Ouest ;
- la convention relative à la conservation de la vie sauvage et du milieu naturel ;
- la convention sur la protection de la couche d'ozone ;
- la convention cadre sur le changement climatique ;
- la déclaration d'Astana (2018) sur les soins de santé primaires ;
- etc.

8.2. Tendances des indicateurs des engagements nationaux et internationaux

Pour le suivi de la mise en œuvre des engagements, le pays a retenu sur la base des indicateurs de moyen (la mobilisation et l'utilisation des ressources humaine et financière), des indicateurs de produits (taux d'utilisation des méthodes contraceptives, taux de couverture vaccinale), des indicateurs d'effets (incidences et létalité du paludisme, prévalence du VIH, mortalité intra hospitalière) et des indicateurs d'impact (mortalité maternelle et néo-natale, prévalence de la malnutrition) pour aller vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

8.2.1. Indicateurs de moyen

Ressources humaines

Il existe une disparité régionale de la densité en personnels de santé quel que soit l'année de la période 2010 à 2018 comme l'indique le tableau ci-dessous. Les régions du Centre, des Hauts-Bassins et du Sud-Ouest avaient globalement des densités en personnels de santé supérieures à la moyenne nationale quel que soit l'année contrairement aux régions du Sahel, du Nord et du Centre-Nord dont les densités étaient plus faibles par rapport au niveau national. Entre 2010 et 2018, des progrès importants ont été enregistrés en matière de personnels de santé dans les régions du Centre (9 à 13,1) et du Sud-Ouest (6,6 à 10,2) contrairement aux régions du Sahel (3,8 à 6,6), du Nord (4,3 à 6) et du Centre-Nord (4 à 5,9)¹⁷⁰. Dans tous les cas, ces densités restent très en deçà de la cible OMS (23 personnels de santé pour 10 000 habitants).

Tableau 8. 1 : Tendances de la densité en professionnel de santé dans les structures publiques de soins de 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Boucle du Mouhoun	5,2	5,9	5,4	5,5	6	6	6,2	5,9	6,5
Cascades	5,3	4,6	6,1	6,9	5,8	7,8	8,3	8,6	8,8
Centre	9	9,1	9,7	9,5	10,4	11	9	12	13,4
Centre-Est	4,2	4,7	4,5	4,6	5	5,7	4,8	5,6	6
Centre-Nord	4	4,5	4,1	4,4	4	4,6	3,3	5,7	5,9
Centre-Ouest	4,9	5,7	5,6	5,1	4,9	5,8	5,9	6,5	6,6
Centre-Sud	5,1	6,4	5,7	6,3	6,2	6,4	6,1	5,9	7,2
Est	4,2	4,5	4,1	3,8	4,2	4,5	4,8	5,6	6,3
Hauts-Bassins	7,3	7,1	7,5	7,4	7,4	8,2	5,3	8,4	8,4
Nord	4,3	5,2	4,9	5,1	4,4	5,7	1,6	5,7	6
Plateau-Central	4,8	5,7	5,1	5,5	5,8	5,4	6	5,9	6,4
Sahel	3,8	3,9	3,5	4	3,7	4,4	4,1	5,3	6,6
Sud-Ouest	6,6	6,3	6,3	6,6	7,1	8,3	6,7	10,5	10,2
National	5,1	5,9	5,8	5,9	6	6,7	6,8	7,3	8,1

Source : A partir des annuaires statistiques 2010-2018.

¹⁷⁰ Ministère de la santé. Annuaires statistiques de 2010-2018
¹⁷¹ Ministère de la santé. Annuaires statistiques de 2010 à 2017

Ressources financières

- Dépenses courantes de santé

Selon les comptes de santé, les dépenses courantes de santé (DCS) sont constituées des unités institutionnelles que sont l'administration publique, les entreprises, les ménages, les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) et le reste du monde.

Sur la période de 2010 à 2017, la DCS a progressé en dents de scie passant de 285 229 905 957 milliards de FCFA à 480 586 641 433 milliards de FCFA avec un taux de croissance annuel moyen (TCAM)¹⁷¹ de 17,77%. En effet, la dépense de santé a augmenté chaque année de 17,77% entre 2010 et 2017. Toutes fois, les périodes 2012 à 2013 et 2015 à 2016 ont connu de forte croissance. Celle de 2015 à 2016 pourrait être les effets des politiques publiques mises en œuvre par le gouvernement notamment les mesures de gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.



Source : Ministère de la santé. Comptes nationaux de santé de 2010 à 2017.

Graphique 8. 1 : Evolution des dépenses de santé de 2010 à 2017

Les dépenses du ministère de la santé et de ses partenaires au cours des huit dernières années sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8. 2 : Données financières du ministère de la santé et autres partenaires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses par source								
Dépenses budget de l'Etat	64 678 612 836	76 863 962 041	69 313 686 455	106 862 214 183	111 825 929 930	100 993 993 586	180 367 807 073	214 551 783 063
Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé	8,9	9,1	12,5	12,5	12,70	12,60	12,35	11,89
Dépenses réalisées par les Entreprises	5 965 524 771	10 664 183 428	12 169 796 525	16 195 363 184	21 028 720 684	22 162 904 975	21 822 529 137	24 731 741 779
Dépenses réalisées par le Ménages	105 433 000 186	87 039 970 025	95 599 243 720	124 314 374 014	119 003 491 099	129 911 517 516	142 511 994 133	157 576 160 886
Dépenses réalisées par les ONGs/Association	26 447 011 824	4 280 610 667	6 708 979 497	13 022 343 161	11 128 036 225	4 341 261 065	1 048 042 064	1 585 139 946
Dépenses réalisées par les bailleurs de fonds extérieurs	82 705 756 340	85 785 719 772	97 954 046 124	105 700 219 503	81 079 481 939	101 584 365 508	106 953 723 516	82 141 815 759
Dépenses par Ministère								
Dépenses réalisées par le Ministère de la santé	116 345 580 438	141 387 796 370	141 655 422 203	195 636 389 091	163 633 225 047	167 357 589 135	250 460 495 194	264 414 714 064
Dépenses réalisées par le Ministère de la défense	160 284 516	124 170 300	126 409 450	138 750 000	109 462 500	144 950 000	135 590 000	136 882 000
Dépenses réalisées par la Présidence du Faso (SP- CNLS)	18 098 836 951	17 219 510 882	22 685 685 403	19 354 925 932	27 082 464 791	21 523 378 549	12 906 594 582	17 572 911 739
Dépenses réalisées par le Ministère de l'enseignement secondaire et supérieur	145 018 759	500 000		168 850 000	150 550 000	220 050 000	214 099 305	13 587 500
Dépenses réalisées par le Ministère de l'agriculture	18 740 756	15 125 000	20 247 930	7 500 000	7 500 000	8 437 500	8 184 500	2 187 000
Dépenses réalisées par les Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	76 029 727	368 283 468	393 476 991	409 702 759	2 034 808 787	234 109 296	12 069 975 134	3 080 797 240

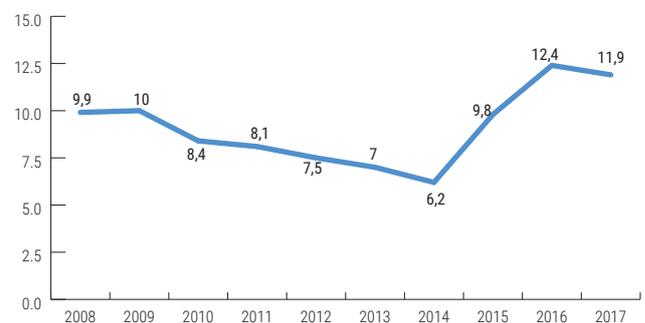
Source : Ministère de la santé. Comptes nationaux de la santé de 2010 à 2017

L'utilisation de ces ressources a contribué à améliorer l'évolution et la qualité des indicateurs selon l'analyse ci-dessous.

- Part du budget de l'Etat allouée à la santé

Comme l'indique le graphique ci-dessous, de 2008 à 2017, le pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé est resté en deçà de l'objectif de 15% d'Abuja.

De 2008 à 2014, cet indicateur a connu une tendance à la baisse contrairement à la période de 2014 à 2016 pendant laquelle la tendance était à la hausse. Le plus faible niveau de financement a été enregistré en 2014 (6,2%) tandis que le plus fort niveau a été enregistré en 2016 (12,4%)¹⁷².



Source : A partir des comptes de la santé 2008 à 2017

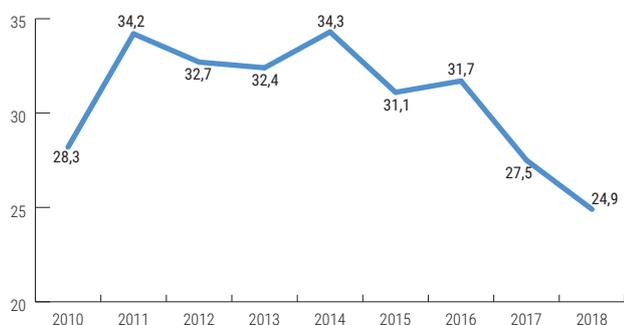
Graphique 8. 2 : Evolution du budget de l'Etat alloué à la santé (en %) de 2008 à 2017

172 Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2008 à 2017

8.2.2. Indicateurs de produits

Taux d'utilisation des méthodes contraceptives

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives a évolué en dents de scie passant de 28,3 % en 2010 à 34,3% en 2014 et à 24,9% en 2018. La tendance des taux est globalement en baisse avec une chute considérable au cours des trois dernières années.



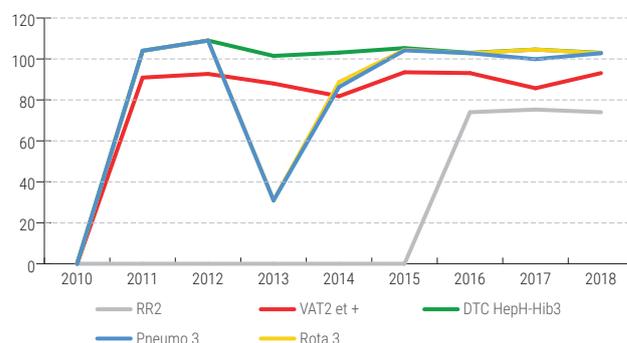
Source : Ministère de la santé. Annaires statistiques 2010 à 2018

Graphique 8. 3 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives au Burkina Faso de 2010 à 2018

Taux de couverture vaccinale

Dans le domaine de la vaccination les indicateurs ont évolué comme suit dans le graphique ci-dessous.

De 2010 à 2015, les taux de couverture vaccinale étaient en hausse et étaient stationnaires sur la période 2016-2018. Sur cette dernière période, le Rota 3, Pneumo 3 et le DTC-HepH-Hib3 avaient une bonne couverture, par contre le RR2 et VAT2 et + étaient en deçà de la cible.



Source : Ministère de la santé. Annuaire statistique 2010 à 2018

Graphique 8. 4 : Evolution de la couverture vaccinale de 2010 à 2018

8.2.3. Indicateurs d'effets

Principaux indicateurs de morbidité et de mortalité

Les causes directes de maladie au Burkina Faso sont diverses et sont associées à deux (02) principales maladies. Le paludisme et le VIH/Sida demeurent les causes majeures de morbidité et de mortalité. Il convient, toutefois, de noter que le taux de morbidité (VIH) affiche une tendance à la baisse très prononcée entre 2010 et 2018¹⁷³.

Tableau 8. 3 : Tendances des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité, 2010 et 2018

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Incidence des cas cliniques de paludisme déclarés par les formations sanitaires (pour 1000 habitants)	-	-	-	627	463	449	504	604	591
Létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (%)	2,8	3,1	2,7	2,4	2,0	2,0	1,5	1,4	1,5
Létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)	0,3	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,04	0,02
Taux de prévalence du VIH (%)	1,26	1,49	1,45	1,35	1,14	1,06	1,18	1,20	0,8
Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD) pour 1000	-	-	59,6	68,4	56,9	63,1	56,4	49,2	57,7

Source : Ministère de la santé. Annuaire statistique 2010 à 2018

8.2.4. Indicateurs d'impact

Mortalité générale

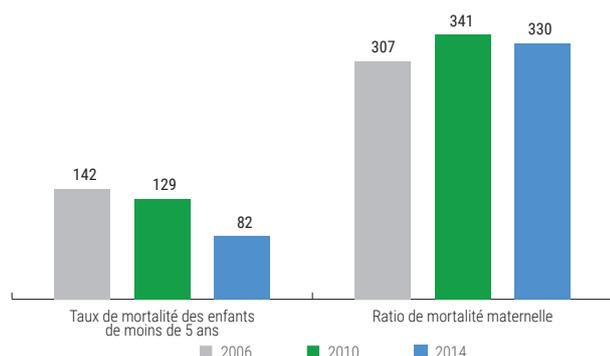
Le taux de mortalité générale est de 11,8‰¹⁷⁴. Le taux de mortalité infantile est passé de 81‰ en 2003 à 65‰ en 2010¹⁷⁵. Les valeurs cibles des deux indicateurs sont respectivement 8‰ et 34,43‰ d'ici 2020.

Mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile

Le niveau de la mortalité infanto-juvénile est passé de 184 pour 1000 naissances vivantes en 2003¹⁷⁶ ; 129 pour 1000 naissances vivantes en 2010 et 81,6 pour 1000 naissances vivantes en 2015, soit une baisse de 55,6% entre 2003 et 2015 (cible PNDS en 2020 : 54,7‰ mortalité infanto juvénile). La mortalité néonatale baisse peu rapidement comparativement à la mortalité post-néonatale. La mortalité maternelle a régressé de 341 en 2010 à 330 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 mais reste toujours élevée. Le taux de mortalité maternelle de toutes les régions reste supérieur à la cible (Cible PNDS en 2020 : 176,7 décès pour 100 000 naissances vivantes).

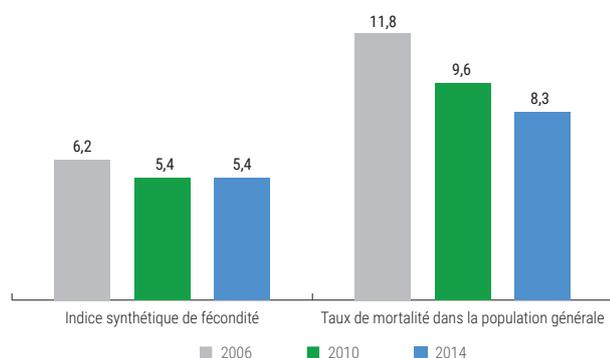
Indice synthétique de fécondité

L'ISF était respectivement de 6 et 5,4 enfants par femme en 2006 et 2010 (cible PNDS en 2020 : 4,7 enfants par femme).



Source : A partir des données du RGPH 2006, de l'EDS, 2010, de l'EMC 2014

Graphique 8. 5 : Tendances du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et du ratio de mortalité maternelle



Source : A partir des données du RGPH 2006, de l'EDS, 2010, de l'EMC 2014

Graphique 8. 6 : Tendance de l'indice synthétique de fécondité et du taux de mortalité générale

Prévalence de la malnutrition

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les prévalences de la malnutrition aigüe globale, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-59 mois au niveau national ont enregistré des tendances à la baisse entre 2009 et 2017. Entre 2017 et 2018, ces prévalences ont connu une légère hausse à l'exception de celle de la MAG qui est restée stationnaire¹⁷⁷.



Source : Enquêtes nutritionnelles nationales 2010 à 2018

Graphique 8. 7 : Prévalences de la malnutrition chez les enfants de 0-59 mois au niveau national de 2009 à 2017 selon les références OMS 2006

Principaux indicateurs d'impact

Le taux de mortalité générale était de 11,8‰ en 2006 (cible PNDS 2020 : 8‰)¹⁷⁸. Le taux de mortalité infantile est passé de 81‰ en 2003 à 65‰ en 2010 (cible PNDS 2020 : 34,43‰)¹⁷⁹. Le ratio de la mortalité maternelle est passé de 307,30 à 330 décès p.100 000 naissances vivantes entre 2006 et 2010 (Cible PNDS en 2020 : 176,7 p.100 000 naissances vivantes). Sur la même, l'ISF était respectivement de 6 et 5,4 enfants par femme (cible PNDS en 2020 : 4,7 enfants par femme).

L'annexe 2 présente les indicateurs de performance et leurs cibles et les réalisations pour 2020.

174 Institut national de la statistique et de la démographie. Recensement général de la population et de l'habitation 2006

175 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé de 2010

176 Institut national de la statistique et de la démographie. Analyse des résultats de l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages. Rapport final, 2003

177 Ministère de la santé. Enquêtes nutritionnelles nationales 2010-2018

178 Institut national de la statistique et de la démographie. Recensement général de la population et de l'habitation 2006

179 Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé de 2003 et 2010

Chapitre 9

Performances et disparités régionales

A retenir :

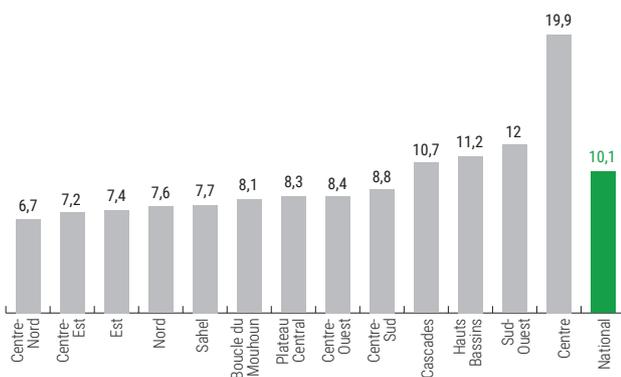
- Les régions du Sahel, du Centre, du Nord et de la Boucle du Mouhoun ont enregistré la plus forte incidence du paludisme en 2018 ;
- L'indice synthétique de fécondité de toutes les régions reste supérieur à la cible PNDS 2020 (4,7 enfants par femme) sauf celui des régions du Centre, du Centre-Ouest et du Sud-Ouest ;
- Le taux de mortalité générale et maternelle de toutes les régions reste supérieur à la cible PNDS 2020 (8 et 176,7 p. 100 000 naissances vivantes) sauf celui de la région du Centre ;
- Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est en hausse continue dans les régions, mais reste en dessous de la cible PNDS 2020 (45%).

Le présent chapitre, s'inspirant du précédent, analysera les indicateurs de performance du PNDS selon les régions afin de dégager les inégalités territoriales.

9.1. Indicateurs de moyens

9.1.1. Ressources humaines

Le graphique ci-dessous montre une disparité régionale de la densité de personnels de santé des structures publiques et privées. Indépendamment du profil, le personnel de santé est relativement plus concentré dans les régions du Centre, du Sud-Ouest et des Hauts Bassins¹⁸⁰.



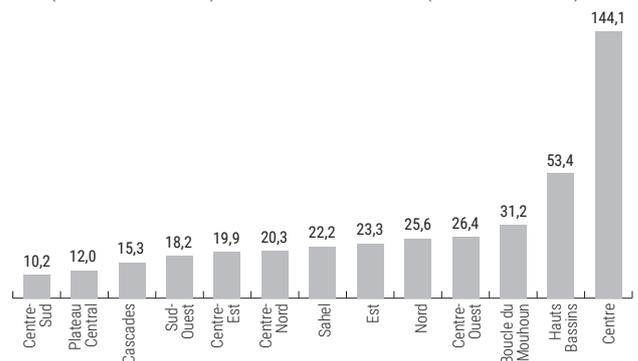
Source : A partir des données de l'enquête SARA 2018

Graphique 9. 1 : Densité des principaux professionnels de santé des structures publiques et privées pour 10 000 habitants selon la région en 2018

¹⁸⁰ Ministère de la santé. Rapport de l'enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

9.1.2. Ressources financières

Les résultats des comptes de la santé de 2017 montrent une forte inégale répartition des dépenses de santé au niveau des régions. En effet, sur un total de 326 324 millions de dépenses de santé du pays en 2017, près de la moitié de ces dépenses a été orientée vers région du Centre (114 059 millions) et des Hauts Bassins (44 814 millions)¹⁸¹.



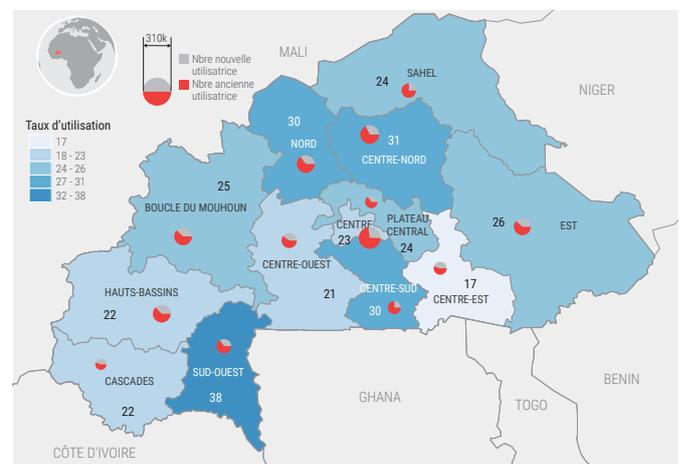
Source : A partir des comptes nationaux de santé 2017

Graphique 9. 2 : Répartition des dépenses de santé en millions de FCFA selon les régions en 2017

9.2. Indicateurs de produits

9.2.1. Utilisation des méthodes contraceptives

Comme l'indique la carte ci-dessous, l'effectif des utilisatrices (nouvelles et anciennes) de méthodes contraceptives était plus élevé dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins, mais ces dernières comptaient parmi les régions qui avaient les plus faibles taux d'utilisation de méthodes contraceptives. Par contre les régions du Centre-sud et du Sud-Ouest qui comptaient moins d'utilisatrices présentaient les taux les plus élevés. Toutefois, toutes les régions sont en deçà de la cible 2020 du PNDS (45%).



Source : A partir de l'annuaire statistique 2018.

Carte 9. 1 : Nombre d'utilisatrices et taux d'utilisation des méthodes contraceptives selon la région en 2018

¹⁸¹ Ministère de la santé. Rapport des comptes de la santé 2017

9.2.2. Taux de Couverture vaccinale

Les taux de couverture vaccinale de DTC-HepB-Hib3, RR2 et VAT2 ET + variaient selon les régions en 2018. La région du Centre-sud avait enregistré le plus faible taux de couverture soit 75,9% pour RR2 et de 89,2% pour DTC-HepB-Hib3. Pour le VAT2 ET + (73%), le plus faible taux de couverture a été enregistré dans la Boucle du Mouhoun. Les couvertures des trois vaccins étaient de 100% dans la région des cascades.

Malgré les bonnes couvertures, plusieurs enfants restent non immunisés et les maladies évitables par les vaccinations persistent avec des foyers de flambées épidémiques. Cette situation s'expliquerait par les difficultés de mise en œuvre des stratégies avancées (manque de carburant et de logistique roulante, etc.) et l'accès difficile de certaines communautés.

Tableau 9. 1 : Taux de couverture vaccinale du DTC-HepB-Hib3, RR2 et VAT2 ET+ selon la région en 2018

Régions / districts	DTC-HepB-Hib3	RR2	VAT2 ET+
Boucle du Mouhoun	96,6	87,8	73
Cascades	119,2	101,7	106,9
Centre	115	78,6	108,2
Centre Est	96	78,4	75,8
Centre Nord	106,1	97,2	91,4
Centre Ouest	102,1	97,8	96,5
Centre-sud	89,2	75,9	78,8
Est	111,9	90,7	100,8
Hauts Bassins	113,9	89,4	98,9
Nord	105	88,8	110,2
Plateau Central	99,5	85,4	93,6
Sahel	97,3	84,6	104,7
Sud-Ouest	105,1	85,8	105,4
Burkina Faso	104,8	87,9	95,3

Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

9.3. Indicateurs d'effets

9.3.1. Principaux indicateurs de morbidité et de mortalité

En 2018, la létalité du paludisme chez les moins de 5 ans était quasiment égale dans les treize (13) régions. Par rapport à la cible PNDS (<1 en 2020), ces taux étaient toujours élevés dans 12 régions. En effet, seule la région du Centre-Ouest avait une létalité inférieure à la cible (0,8). La plus forte létalité a été enregistrée dans la région du Sahel (2,4%).

Tableau 9. 2 : Principaux indicateurs de morbidité et de mortalité

Régions	Létalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (%)	Létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)	Ratio de mortalité de mortalité intra hospitalière (CHU/ CHR, HD) (%)
Boucle du Mouhoun	1,5	0,04	22,2
Cascades	1,3	0,00	16,5
Centre	1,0	0,00	27,5
Centre-Est	1,5	0,00	19,0
Centre-Nord	1,9	0,00	32,0
Centre-Ouest	0,8	0,05	19,6
Centre-Sud	1,1	0,00	16,5
Est	1,7	0,00	15,1
Hauts-Bassins	1,7	0,10	30,3
Nord	1,9	0,00	26,9
Plateau Central	1,0	0,00	10,7
Sahel	2,4	0,05	18,4
Sud-Ouest	1,0	0,03	20,2
National	1,5	0,02	22,0

Source : A partir de l'annuaire statistique 2018

9.4. Indicateurs d'impact

9.4.1. Principaux indicateurs de mortalité

Tableau 9. 3 : Principaux indicateurs de mortalité selon la région

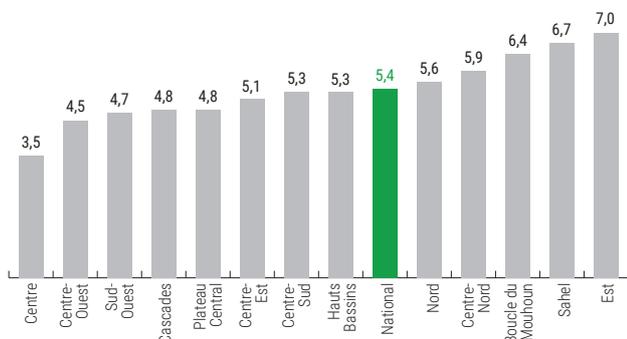
Régions	Infanto-juvénile (P.1000)*	Néonatal (P.1000)*	Maternel (P.100 000)**	Générale (P.1000)**
Centre	93,0	27,0	141,7	5,6
Centre-Ouest	142,0	23,0	379,5	14,3
Sud-Ouest	195,0	34,0	285,4	12,4
Cascades	170,0	44,0	377,3	12,2
Plateau-Central	138,0	35,0	249,4	13,2
Centre-Est	80,0	21,0	322	15,3
Centre-Sud	127,0	34,0	269	11,7
Hauts-Bassins	141,0	29,0	286,9	10,3
Nord	153,0	28,0	263	14
Centre-Nord	116,0	23,0	247,9	13,4
Boucle du Mouhoun	135,0	33,0	341,6	12,7
Sahel	235,0	42,0	596,5	11,9
Est	186,0	52,0	391,8	11,8
National	129,0	28,0	307,3	11,8
Cible PNDS	54,7	-	176,7	8

* Mortalité infanto-juvénile et néonatale : données de l'EDS 2010

**Mortalité générale et maternelle : données du RGPH-2006

9.4.2. Indice Synthétique de Fécondité

Le nombre moyen d'enfant par femme est de 6, la région du Centre a le plus faible ISF (<4) par contre la région de la Boucle du Mouhoun, de l'Est et du Sahel a chacune un ISF de plus de 6.



Source : A partir de l'Enquête modulaire, module démographique et de santé de 2015

Graphique 9. 3 : Indice Synthétique de Fécondité par Région en 2014

9.4.3. Prévalence de la malnutrition

La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans au niveau national était de 17,8%. Des écarts existaient entre les régions avec la plus faible prévalence dans la région du Centre (9,3%) et la plus élevée dans la région du Sahel (31,3%).

Tableau 9. 4 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans selon la région en 2018

Régions	Effectif	Z-score <-3	Z-score <-2
Boucle du Mouhoun	3365	3,6 (3,0-4,3)	16,3 (15,0-17,7)
Cascades	1018	2,1 (1,3-3,4)	12,2 (10,0-14,7)
Centre	323	1,5 (0,6-4,1)	9,3 (6,6-12,9)
Centre-Est	1528	3,4 (2,4-4,6)	17,3 (15,3-19,4)
Centre-Nord	1873	4,5 (3,5-5,8)	18,7 (16,8-20,9)
Centre-Ouest	2118	3,4 (2,6-4,3)	16,2 (14,6-18,1)
Centre-Sud	1310	2,2 (1,5-3,1)	12,3 (10,6-14,2)
Est	3034	4,6 (3,8-5,6)	21,4 (19,6-23,2)
Hauts-Bassins	1256	2,6 (1,8-3,8)	12,2 (10,2-14,4)
Nord	2458	4,4 (3,2-5,9)	21,0 (19,0-23,2)
Plateau-Central	1677	3,9 (2,9-5,2)	16,8 (15,0-18,8)
Sahel	2236	9,3 (8,0-10,8)	31,3 (29,2-33,4)
Sud-Ouest	1715	4,5 (3,5-5,8)	17,8 (15,9-20,0)
Ensemble	23915	4,1 (3,7-4,4)	17,8 (17,2-18,4)

Source : Ministère de la santé. Enquête nutritionnelle nationale. Rapport 2018

Chapitre 10

Besoins en santé, accès et utilisation des services de santé

A retenir :

- Les besoins des femmes en âge de procréer en matière de santé sexuelle et reproductive et droits connexes, surtout chez les adolescentes et les jeunes filles, restent encore très insuffisamment couverts ;
- Une proportion importante de la population burkinabè est encore obligée de parcourir plus de 5 km pour accéder à une formation sanitaire ;
- La plupart des ménages burkinabè ploie encore sous le fardeau des paiements directs avec comme principaux inconvénients leur renoncement aux soins ou leur appauvrissement en dépit des mesures gouvernementales de subvention ou de gratuité des soins de santé ;
- Le système de santé n'assure pas encore une prise en charge acceptable de la santé mentale ;
- La mise en œuvre effective de la stratégie nationale de financement de la santé est une condition sine qua non pour le financement durable dans l'optique de la Couverture Sanitaire Universelle.

L'analyse des besoins est basée sur le contexte démographique, les déterminants de l'état de santé de la population par groupe spécifique, la morbidité, les menaces et risques sanitaires et le contexte de pauvreté et inégalités sociales. Le but de ce chapitre est de donner des bases factuelles pour la détermination de priorités d'interventions et la réalisation d'une meilleure planification des interventions en santé pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

10.1. Besoins en santé

Les « besoins » sont définis comme l'écart entre l'état de bien-être actuel et désiré. Les besoins peuvent être objectifs (mesurés) ou subjectifs (perçus). Ils peuvent ainsi être physiques ou psychologiques. L'évaluation des besoins sanitaires au niveau local est un processus permettant de : définir la situation de santé de la population locale ; déterminer les principaux facteurs de risque et causes de maladies ; déterminer les actions nécessaires pour y faire face¹⁸².

10.1.1. Besoins non satisfaits

Besoins non satisfaits en santé sexuelle et reproductive

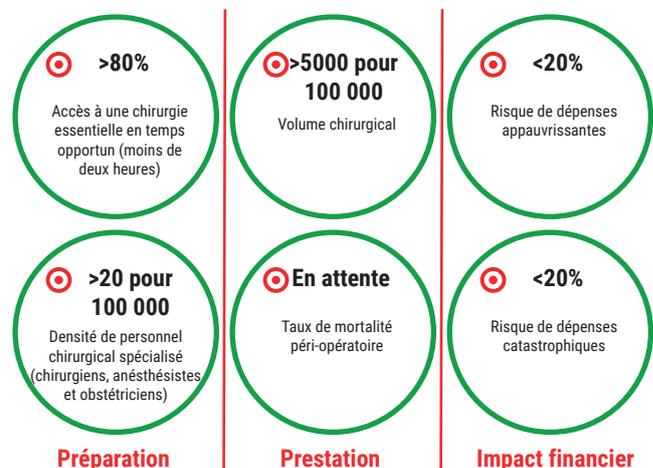
Il y a des besoins non couverts en planification familiale au Burkina Faso : 25% des femmes en union dans les zones rurales^{183,184}. Selon l'enquête performance monitoring for action (PMA) 2020 réalisée en 2018 au Burkina Faso, le taux de prévalence contraceptive moderne était de 30,7% chez les femmes en union avec des besoins non satisfaits de l'ordre de 23,3%.

Cette situation est en partie expliquée par le fait que 15% des formations sanitaires n'offrent pas de services de planification familiale et seulement 17% disposent des sept (7) éléments traceurs¹⁸⁵.

Besoins non satisfaits en chirurgie

Selon les experts le volume attendu d'actes chirurgicaux est de 5000 actes pour 100 000 habitants. Les indicateurs pour le suivi des performances chirurgicales des pays sont indiqués ci-dessous¹⁸⁶.

Indicateurs de la Commission du Lancet sur la chirurgie dans le monde SOLIARITÉ DU SYSTÈME CHIRURGICAL



Source : Commission du Lancet, 2015

Figure 10. 1 : Indicateurs de la Commission du Lancet sur la chirurgie dans le monde

En 2018, 86 900 actes de chirurgie ont été réalisés dans les établissements de santé publics et privés de soins¹⁸⁷. Le gap en actes chirurgicaux était de près de 935 000 interventions chirurgicales au Burkina Faso, soit 91% de besoins chirurgicaux non couverts. Les déficits étaient particulièrement des soins liés à la traumatologie, la neuro chirurgie et l'orthopédie. Ces taux ne sont pas compatibles avec les objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU). Les principaux défis tiennent au déficit en ressources humaines, l'organisation des soins, la mise en œuvre des stratégies de prévention des infections et l'approvisionnement en intrants. Une stratégie de renforcement de l'offre de chirurgie est en cours d'élaboration courant 2019¹⁸⁸.

Besoins non satisfaits en matière de prise en charge des personnes âgées

Le plan stratégique de santé des personnes âgées 2016-2020 connaît des difficultés d'opérationnalisation. En effet, les compétences pour la prise en charge des personnes âgées et les infrastructures sont encore inadéquates.

182 OMS. Evaluation des besoins sanitaires au niveau local : Guide destiné aux infirmières de famille en Europe 2001

183 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

184 Institut supérieur des sciences de la population. Enquête PMA 2020. Rapport 2018

185 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

186 La Commission du Lancet sur la chirurgie mondiale. Six indicateurs clés de la solidarité du système chirurgical, 2015

187 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

188 Ministère de la Santé. Evaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso, rapport 2019

Par ailleurs, on note une inexistence d'unité de gériatrie dans les hôpitaux publics et privés. Toutefois, une expérience pilote de centre de gériatrie sera opérationnelle en 2020.

Besoins non satisfaits en raison du contexte sécuritaire

La crise sécuritaire a entraîné la réduction du volume des activités dans certaines formations sanitaires. Au 30 décembre 2019, 98 formations sanitaires étaient à l'arrêt, et 133 en fonctionnalité réduite. Les régions les plus touchées étaient le Sahel, le Nord, l'Est, la Boucle du Mouhoun, le Centre Nord et le Centre Est¹⁸⁹. De plus, près de 560 033 PDI¹⁹⁰ ont un besoin de prise en charge globale. Dans la perspective d'atténuer les risques. Une stratégie de renforcement de la résilience des structures de santé dans le contexte de sécurité précaire est élaborée¹⁹¹.

Besoins non satisfaits en matière de prise en charge des maladies chroniques, des soins de longue durée, de la survie et des soins palliatifs

Les besoins en matière de prise en charge des MNT sont en nette augmentation dans les structures de santé du pays du fait :

- d'un mode de vie des populations en pleine transition vers le mode de vie occidental : urbanisation, alimentation chargée en sucre, gras, sel, influence de la publicité et les média sur la consommation, alcool, tabac, ...
- de la méconnaissance des risques par les populations ;
- l'inactivité physique des populations ;
- etc.

Toutefois, les structures de santé ne sont pas suffisamment préparées et donc elles ne sont pas adaptées à la prise en charge efficace des MNT. Cette situation s'expliquerait par la plus grande priorisation par l'Etat et ses partenaires au développement des maladies transmissibles et la santé maternelle et infantile au détriment des MNT¹⁹².

Besoins non satisfaits en matière de prise en charge des maladies transmissibles

- VIH

En 2018, à propos du deuxième 90 ; 13,14% des personnes infectées et dépistées n'étaient pas encore sous traitement antirétroviral. Concernant le troisième 90 ; 81,64% des personnes sous traitement antirétroviral n'avaient pas une charge virale indétectable¹⁹³.

- Paludisme

En 2017-2018 ; 45% des ménages ne disposaient pas de MILDA. Au cours de la grossesse ; 75% des femmes ne bénéficiaient pas des trois (03) doses requises de traitement préventif intermittent¹⁹⁴.

- Tuberculose

En 2018, environ 18 malades tuberculeux pour 100 000 habitants n'étaient pas dépistés. Concernant les patients tuberculeux multi résistants, 14% ne bénéficiaient pas de traitement¹⁹⁵.

189 Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019.

190 Conseil national de secours d'urgence. Rapport au 9 décembre 2019 sur la situation des personnes déplacées internes.

191 Ministère de la Santé. Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso. Août 2019

192 Ministère de la santé. Plan stratégique intégré Maladies non transmissibles au Burkina Faso 2016-2020

193 Présidence du Faso. Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le VIH/SIDA-IST. Rapport 2018

194 Ministère de la santé. Résultats de l'enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso 2017-2018

195 Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018

Besoins de prise en charge de la malnutrition

Au Burkina Faso, la malnutrition par déficience constitue un problème de santé publique majeure et contribue à 35% des décès infantiles. En 2018, 12% des formations sanitaires ne disposaient pas de services de diagnostic et de prise en charge de la malnutrition¹⁹⁶. Pour la prévention, des outils de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) sont nécessaires tels que les boîtes à images (BAI), les dépliants, les messages vidéo ou audio, etc.

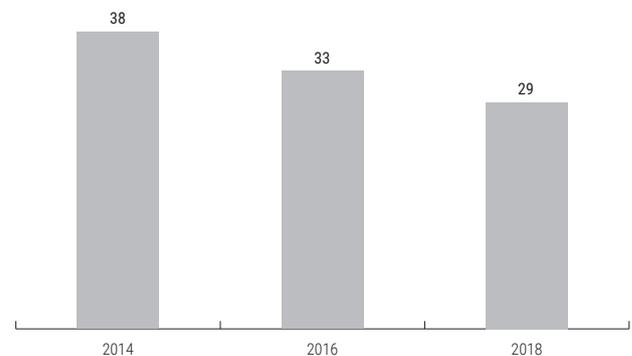
Besoins en santé mentale

L'offre de service d'accompagnement psycho-social et mental s'est améliorée de 2016 à 2018 en passant de 9% à 11%¹⁹⁷ mais demeure insuffisante eu égard de la demande de plus en plus croissante.

10.1.2. Besoins diagnostiqués par les professionnels de santé

Besoins en Médicaments essentiels

Comme l'indique le graphique ci-dessous, le score moyen de disponibilité des médicaments essentiels était inférieur à 50% avec une tendance décroissante entre 2014 et 2018. Entre ces 2 années, cet indicateur a perdu 11 points.



Source : A partir de l'enquête SARA 2018

Graphique 10. 1 : Score moyen de disponibilité des médicaments essentiels

Besoins en produits sanguins labiles

En 2018, malgré les efforts, seuls 77,7% des demandes en produits sanguins labiles (PSL) étaient couverts, pour des diverses raisons liées à la fidélisation des donneurs et la réduction des ressources financières et une faible couverture des CRTS au niveau national¹⁹⁸.

Tableau 10. 1 : Satisfaction des demandes en produits sanguins labiles dans les zones CNTS

Structures	PSL demandés	PSL distribués	Taux de satisfaction (%)
CRTS/Ouagadougou	35 996	25 631	71,2
CRTS/Bobo Dioulasso	19 506	16 139	82,7
CRTS/Fada	12 846	12 031	93,7
CRTS/Koudougou	17 872	12 896	72,2
DPD/PS Ouahigouya	3 181	2 630	82,7
DPD/PS Kaya	1 102	1 007	91,4
Total	90 503	70 334	77,7

Source : Annuaire statistique 2018

196 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

197 Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018

198 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

Besoins de renforcement des capacités en surveillance épidémiologique

Malgré la mise en place de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR), il y a un besoin de renforcer les capacités de surveillance épidémiologique de certaines maladies émergentes et réémergences. Par exemple, pour la dengue, il y a un besoin de connaître la composition exacte du système vectoriel du moustique *Aedes aegypti* qui est responsable de la transmission du flavivirus de la dengue, sa bio écologie, son comportement de repos et de pique. Les facteurs écologiques, biologiques et sociaux qui influencent la prolifération de ces vecteurs sont également mal connus. Des études épidémiologiques complémentaires sont donc nécessaires pour adapter les mesures de lutte.

10.2. Accès aux services de santé

Par définition, l'accessibilité aux structures de soins est la facilité plus ou moins grande avec laquelle les personnes, les familles, les collectivités et les populations peuvent s'adresser aux services de santé dont elles ont besoin.

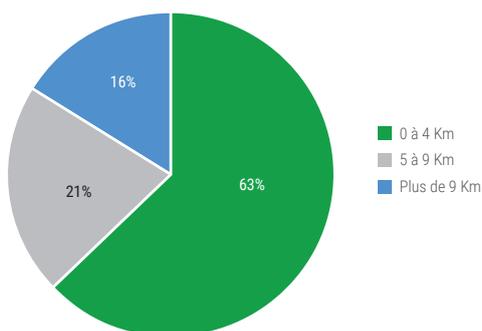
L'état de santé de la population est tributaire de son accès (géographique et financier) aux structures de soins.

10.2.1. Accessibilité géographique des populations aux structures de soins

La Couverture sanitaire est insuffisante avec de larges disparités régionales. Plus d'un tiers de la population parcourt au moins 5 km pour atteindre une formation sanitaire¹⁹⁹.

La distance à parcourir pour accéder à la formation sanitaire la plus proche est un déterminant majeur de l'utilisation des services de santé par les populations.

Le graphique ci-dessous indique le pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2018.



Source : Annuaire statistique Ministère de la santé, 2018

Graphique 10. 2 : Pourcentage de la population selon la distance à la formation sanitaire de référence en 2018

Selon l'enquête SARA (2018) l'indice de disponibilité des infrastructures sanitaires était de 64% au niveau national. Les régions de l'Est, du Sahel et du centre Nord ont enregistré les indices les plus faibles.

199 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

10.2.2. Accessibilité financière des populations aux structures de soins

Dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses courantes de santé

La contribution des ménages (paiements directs, contribution aux mécanismes de partage du risque maladie) aux dépenses courantes de santé est très importante au Burkina Faso et elle fait même office de première source de financement de la santé. En effet, comme l'indique le graphique ci-dessous, la part contributive des ménages aux dépenses courantes de santé est restée supérieure à 30% entre 2013 et 2017. Elle a connu une tendance ascendante entre 2013 et 2015 pour chuter entre 2015 et 2016 (36,2% et 31,4 % respectivement)²⁰⁰.

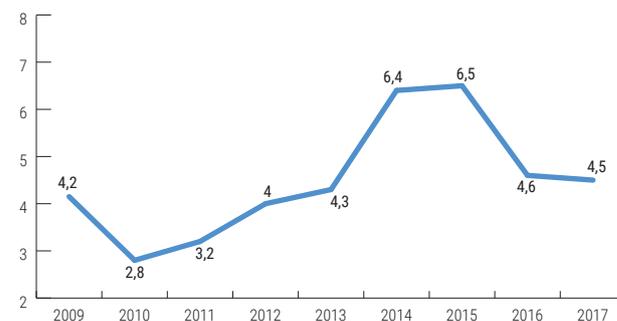


Source : A partir des comptes de la santé 2013 à 2017

Graphique 10. 3 : Evolution des dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé entre 2013 et 2017

Dépenses de l'assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages

Le graphique ci-dessous indique l'évolution des dépenses de l'assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages entre 2009 et 2017.



Source : A partir des comptes de la santé 2009 à 2017

Graphique 10. 4 : Evolution des dépenses de l'assurance maladie en % des dépenses de santé des ménages entre 2009 et 2017

La part contributive de l'assurance maladie aux dépenses de santé des ménages est restée très faible entre 2009 et 2017 avec un maximum de 6,5% atteint en 2015. Cette situation s'explique par la faible couverture de la population burkinabè par l'assurance maladie. Toutefois, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses de santé des ménages a connu une tendance ascendante entre 2010 et 2015 passants de 2,75 % à 6,5% respectivement. Par contre, entre 2015 et 2017, c'est une tendance baissière qui a été observée avec un minimum de 4,8% en 2017²⁰¹.

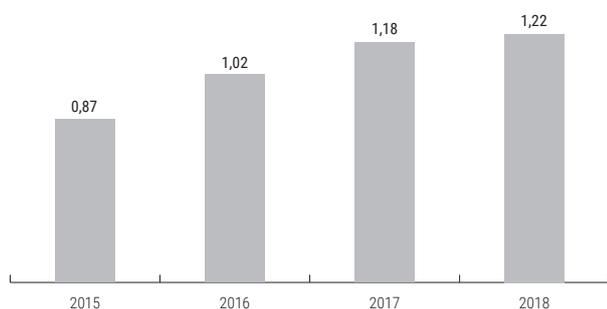
200 Ministère de la santé. Compte de la santé 2013 à 2017
201 Ministère de la santé. Comptes de la santé 2013 à 2017

La contribution des ménages aux dépenses totales de santé se fait donc essentiellement à travers les paiements directs. L'accentuation et la poursuite des mécanismes de subvention et de gratuité dans le secteur de la santé et la mise en œuvre progressive du régime d'assurance maladie au Burkina Faso pourraient soulager davantage les ménages du fardeau des paiements directs.

10.3. Utilisation des services de santé

10.3.1. Nouveaux contacts par habitant et par an

La tendance du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an était ascendante entre 2015 (0,87 nouveaux contacts par habitant et par an)²⁰² et 2018 (1,22 nouveaux contacts par habitant et par an) comme l'indique le graphique ci-dessous.

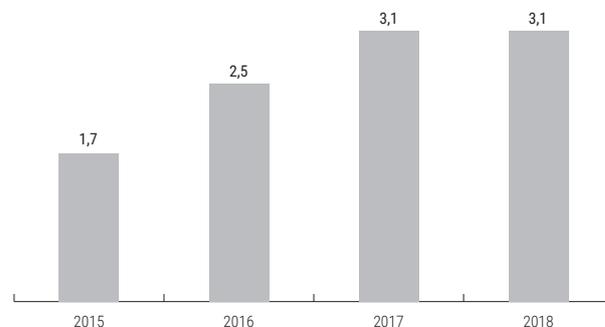


Source : A partir des annuaires statistiques 2015 à 2018

Graphique 10. 5 : Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an de 2015 à 2018

10.3.2. Nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans

La tendance du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans était ascendante entre 2015 (1,7 nouveaux contacts par habitant et par an)²⁰³ et 2017 (3,1 nouveaux contacts par habitant et par an)²⁰³ mais elle est restée stationnaire entre 2017 et 2018 comme l'indique le graphique ci-dessous.



Source : A partir des annuaires statistiques 2015 à 2018

Graphique 10. 6 : Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans

10.3.3. Nouvelles utilisatrices de planification familiale

Le tableau ci-dessous indique la répartition des nouvelles utilisatrices de planification familiale par méthode contraceptive et par structure en 2018. Les structures publiques sont plus fréquentées par les femmes contrairement aux structures privées. Les implants (Jadelle) et les injectables (Sayanapress et Depo provéra) étaient les méthodes les plus utilisées par les femmes en 2018²⁰⁴.

Tableau 10. 2 : Répartition des nouvelles utilisatrices de PF par méthode contraceptive par structure en 2018

Régions	COC		COP		Depoprovéra		Savanapress		Jadelle		Implanon		DIU	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Boucle du Mouhoun	2463	14	345	0	12717	65	9248	4	15117	45	645	6	1365	8
Cascades	1091	3	175	1	7080	48	1035	1	8255	66	628	3	1405	2
Centre	4153	1752	1551	641	9061	3678	4364	466	10844	1243	1361	369	2416	427
Centre Est	1603	126	247	69	10808	224	1194	89	12215	67	251	46	1139	50
Centre Nord	2002	95	371	13	15275	110	3309	1	14621	84	312	1	1024	34
Centre Ouest	1732	229	626	12	8326	193	5475	91	11530	235	2483	97	615	40
Centre Sud	920	3	137		6607	24	1606		5138	8	722	58	316	12
Est	2632	90	412	19	12684	420	3727	132	13397	415	788	30	540	12
Hauts Bassins	2546	460	985	91	7501	449	8600	261	17243	300	1591	198	1910	179
Nord	2588	21	439		16419	51	2977	5	13204	68	109	1	439	10
Plateau Central	1406	22	238	2	8335	152	1692	5	7821	38	274		509	
Sahel	1243		1998		5740		2574		5393		375		234	
Sud-Ouest	1560	12	281		6757	33	1633		10095	23	298	31	907	18
Burkina Faso	25 939	2 827	7 805	848	127 310	5 447	47 434	1 055	144 873	2 592	9 837	840	12 819	792

* : Contraceptifs oraux combinés, ** : Contraceptifs oraux progestatifs, *** : Dispositif intra-utérin

Source : Annuaire statistique 2018

202 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2015-2018

203 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2015-2018

204 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2018

10.3.4. Utilisateurs et principales causes d'utilisation des services de santé suivant l'âge et le sexe

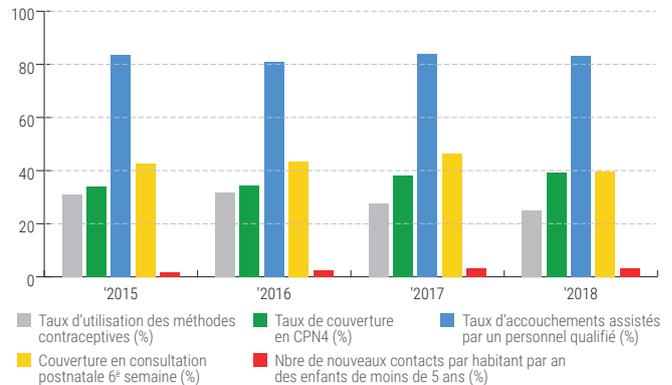
Le paludisme, les IRA et les diarrhées sont au premier plan des consultations au niveau des formations sanitaires de base.

Le paludisme (25%) reste de loin le principal motif d'utilisation, suivi les pathologies des voies aériennes, pneumonie (5,2%) et bronchites (4,8%), au niveau des centres médicaux et des hôpitaux²⁰⁵.

En plus de ces 10 principales maladies, on note l'apparition de la Dengue. Il y a une nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique et les aspects d'assainissements (lutte contre les gîtes larvaires).

La priorité de la politique sanitaire est orientée vers la cible du couple mère-enfant. Pour la santé maternelle, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 24,9% en 2018 avec un taux de prévalence contraceptive moderne de 30,7% (cible = 32% en 2020) et de 83,1% d'accouchements assistés par un personnel qualifié (Cible = 90%). Parmi les femmes qui ont consulté les services de CPN pendant la grossesse, seulement 39,3% ont complété les quatre visites standards de CPN en 2018²⁰⁶ (Cible PNDS 2020 = 60%).

Les adolescents et jeunes au Burkina Faso (tranche d'âge des 10 à 24 ans) représentent 43,6% de la population totale²⁰⁷. Il y a la nécessité de prendre en compte leurs besoins afin de leur offrir des soins adaptés. Il existe une faible utilisation des méthodes contraceptives et des services de santé par les jeunes.



Source : A partir des données de l'annuaire statistique 2018

Graphique 10. 7 : Utilisation des services de santé de 2015 à 2018

Pour la santé infantile, le nombre de contact par habitant et par an, pour les enfants de moins de 1 an est de 4,21 et de 3,09 pour les enfants de moins de 5 ans (Cible >2). Les régions du Sahel, du Centre-sud et de la Boucle du Mouhoun sont encore les plus défavorisées.

205 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2015-2018
206 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2015-2018

207 Ministère de la santé. Annuaire statistique 2015-2018

Photo 10. 1. Mères allaitantes



Chapitre 11

Grands chantiers du secteur de la santé en 2019 et perspectives

11.1. Grands chantiers du secteur de la santé en 2019

Le ministère de la santé a connu plusieurs réformes dans le but de propulser le pays vers une atteinte de l'objectif 3 pour le développement durable. Ces réformes concernent l'offre de soins, les grandes interventions de santé publique et la gouvernance.

11.1.1. Initiatives d'amélioration de l'accès financier

Gratuité de la planification familiale

Depuis 2017 le Burkina Faso s'est lancé dans un processus de gratuité de la planification familiale dans le but d'améliorer les conditions de vie des familles grâce à l'espacement des naissances et un meilleur accès des femmes et jeunes filles à la contraception.

Assurance maladie universelle

Les défis majeurs du financement du système de santé du Burkina Faso restent marqués par l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé, l'efficacité de la dépense et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle. En effet, le système de santé reste caractérisé par l'insuffisance de la mobilisation des ressources financières et de leur gestion. En vu de relever ces défis, des efforts doivent être faits dans l'accroissement de la mobilisation des ressources mais aussi dans l'amélioration des mécanismes de gestion de celles-ci.

Au Burkina Faso, le taux de couverture du risque maladie est faible. En effet, le système de prévoyance sociale en vigueur dans notre pays ne prend pas en charge le risque maladie. Par conséquent, les ménages sont obligés de payer directement leur frais de santé²⁰⁸.

Fort de ce constat, le pays a adopté une loi portant régime d'assurance maladie universelle (RAMU) obligatoire²⁰⁹. Cette loi stipule en son article 2 que le régime d'assurance maladie universelle bénéficie aux populations sans distinction de race, de nationalité, de sexe, d'origine et d'antécédent pathologique.

L'opérationnalisation du RAMU s'est matérialisée par la création de la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) qui est destinée exclusivement aux populations civiles.

En 2019, les actions pour l'opérationnalisation se sont poursuivies. La CNAMU a procédé en octobre 2019 à Ouagadougou, à la signature de trois conventions de délégation de gestion avec trois ONG partenaires. Il s'agit de ASMADE, de RAMS et d'APIL. Elles seront chargées de prendre en charge 70 000 indigents dans quatre régions du Burkina Faso. A terme de leur intervention, 25% de la population devrait être couverte. Un décret portant détermination de critères d'identification de la personne indigente a également été adopté en octobre 2019. L'adoption de ce décret permet de disposer d'une base réglementaire unique d'identification de la personne indigente pour la mise en œuvre cohérente de programmes structurants en sa faveur. Les régions de la Boucle du Mouhoun et des Hauts-Bassins, deux des régions devant abriter la mise en œuvre du mécanisme d'assurance maladie ont reçu une tournée de sensibilisation des leaders d'opinion sur la mise en œuvre du RAMU, en fin novembre 2019.

11.1.2. Réformes institutionnelles et structurelles

Dans la planification du secteur de la santé six (6) réformes sont engagés depuis 2016. Ce sont : (i) l'adoption de la Fonction publique hospitalière, (ii) la création d'une agence de régulation pharmaceutique, (iii) le renforcement du système national de pharmacovigilance des produits de santé, (iv) la couverture sanitaire universelle, (v) la capture du dividende démographique, (vi) la création d'un INSP.

L'opérationnalisation de l'INSP s'est traduite entre autres par le lancement des activités du CORUS et de l'ONSP.

Observatoire National de la Santé de la Population

La cérémonie de lancement officiel des activités de l'ONSP s'est effectuée le vendredi 27 septembre 2019 avec l'appui de l'OMS. Elle a été présidée par le Secrétaire général du ministère de la santé représentant Madame le ministre de la santé et a connu la participation des directeurs centraux, des directeurs régionaux de santé, des partenaires au développement et de l'INSP.

La mission globale de l'ONSP consiste à assurer la gestion des données sur les problèmes de santé prioritaires des populations et des formations, à assurer la disponibilité et la fiabilité de l'information sanitaire et à contribuer à la surveillance épidémiologique par la réalisation d'études et de grandes enquêtes en santé. L'observatoire agit spécifiquement à développer une expertise thématique analytique et méthodologique, à utiliser cette expertise scientifique rapide pour formuler des recommandations à l'attention des autorités du secteur de la santé et à évaluer les projets et programmes.

Centre des opérations et de réponse aux urgences sanitaires

L'opérationnalisation du CORUS s'est traduite par son activation pour plusieurs urgences sanitaires au cours de l'année 2019.

La première activation du CORUS sous le leader du CONASUR portait sur la crise de Yirgou. D'autres activations ont suivi : la gestion de l'épidémie de méningite dans la région de l'Est, la gestion des cas d'intoxication alimentaire aux pesticides dans la région du Centre-Ouest (Didyr) et Centre-Est (Pouytenga), l'attaque du convoi de la société minière de SEMAFO.

Cette action a permis la mise en place d'équipe de santé pour la prise en charge des victimes et l'inhumation dans de conditions requises. Le CORUS contribue également à assurer la continuité des soins auprès des personnes déplacées internes. La particularité de cette direction technique est la gestion des urgences sanitaires dans une dimension multisectorielle impliquant le ministère de la sécurité, le ministère de la femme de la solidarité Nationale et de la famille, le ministère de la santé et bien d'autres selon le contexte.

²⁰⁸ Ministère de la santé. Comptes nationaux de la santé de 2015. Rapport, 2017

²⁰⁹ Loi n° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso

11.1.3. Infrastructures

La construction des centres de santé et le relèvement des plateaux techniques s'inscrivent dans le PNDS et dans le Plan national de développement économique et social (PNDES) dans son axe II, développement du capital humain.

Inauguration du CHR de Ziniaré

Le CHR de Ziniaré a été inauguré le 5 décembre 2019 par le président du Faso. Il a une capacité d'accueil de 300 lits d'hospitalisation avec 7 salles d'interventions chirurgicales, un plateau technique répondant aux normes du système sanitaire. Il participe à l'amélioration de la qualité de l'offre des services de soins dans la région du Plateau Central. Il a été réalisé dans le cadre du Projet d'appui au développement sanitaire du Centre-Est et Nord (PADS-CEN). Les travaux de construction et d'équipements ont coûté près de 15 milliards de francs CFA sur le cofinancement de la Banque arabe pour le développement économique en Afrique (BADEA) et des Fonds de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole (OPEP) pour le développement international²¹⁰.

Inauguration du CRTS de Kaya et de Tenkodogo

Le 13 septembre 2019, Madame le ministre de la santé a procédé à l'inauguration du centre régional de transfusion sanguine de Kaya²¹¹.

Le 7 décembre 2019, Madame le ministre de la santé a procédé à l'inauguration du centre régional de transfusion sanguine de Tenkodogo, à l'occasion de la commémoration du 11 décembre²¹².

11.1.4. Ressources humaines

Les normes en personnels soignants des structures publiques de soins de santé primaires 2020-2024 ont été adoptées en décembre 2019.

Elles visent à prendre en compte la dimension prévisionnelle des effectifs et la mise en place de bases pertinentes et consensuelles des besoins en ressources humaines en santé. C'est un référentiel pour une répartition équitable du personnel de santé du premier niveau de soins²¹³.

11.2. Défis et perspectives dans le secteur de la santé

11.2.1. Développement du leadership du secteur de la santé

Le cadre organisationnel de développement du leadership dans le secteur de la santé nécessite un appui important et reste un préalable à la mise en œuvre des priorités en matière de santé de la population. Le décret n°2018-0272/PRES/PM/SGG-CM du 12 avril 2018 portant attributions des membres du Gouvernement consacre le leadership du Ministère de la santé sur le secteur santé.

Un certain nombre de documents stratégiques pour le renforcement de ce leadership doivent être révisés :

- Le code de santé publique;
- La loi sur la protection et promotion des personnes âgées ;
- La loi sur l'élimination des mutilations génitales féminines ;
- La loi sur l'Assurance Maladie Universelle "AMU", et le décret instituant la mesure de gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes ;
- La loi relative à la prévention et de gestion des risques, des crises humanitaires et des catastrophes.

²¹⁰ <https://www.burkina24.com/2019/12/05/burkina-le-chr-de-ziniare-inaugure/>

²¹¹ <https://lefaso.net/spip.php?article91864>

²¹² https://web.facebook.com/ouagaflashinfo/posts/2501661936774188/?_rdc=1&_rdr

²¹³ Ministère de la santé. Normes en personnels soignants des structures publiques de soins de santé primaires 2020-2024

11.2.2. Reformes à soutenir

Plusieurs réformes ont été opérées dans le secteur de la santé et certains documents de ces réformes restent à finaliser et ou à opérationnaliser :

- L'adoption d'un contenu clair des prestations, des rôles et du profil des ASBC pour permettre aux acteurs communautaires de prendre leur place dans le système de santé et l'élaboration d'un plan stratégique plus dynamique de la santé communautaire ;
- La transformation des CM en CMA et des CSPS des chefs-lieux de communes rurales en CM ;
- La fonction publique hospitalière avec des projets de développement de la qualité des soins et l'opérationnalisation de l'AGSP ;
- Le renforcement de la réforme pour permettre une augmentation de l'index de satisfaction global des commandes MEG et une réduction de la vente illicite des médicaments ;
- L'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle en collaboration avec le ministère de l'emploi et de la fonction publique ;
- L'achat stratégique des soins et services de santé pourrait être une alternative de financement basé sur les résultats, pour la certification des services de santé et pour assurer une meilleure qualité des soins dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie et de la contractualisation entre le secteur de la santé et le CNAMU ;
- Le développement des mutuelles de santé en les regroupant et en augmentant leur envergure au niveau du territoire national ;
- La mise en place d'un dispositif de matériels médico techniques traceurs par niveau de soins ;
- Le renforcement de la gestion des médicaments.

11.2.3. Offre de soins à renforcer

La politique des SSP devrait être renforcée au bénéfice des différentes couches de la population. Ce renforcement devra passer par : (i) l'augmentation de l'offre de soins, (ii) le relèvement des plateaux techniques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) le renforcement des ressources humaines en santé, (iv) le renforcement du système d'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique.

Les actions proposées doivent permettre de couvrir tous les cycles de vie (grossesse, naissance, enfance, adolescence, adulte, personnes âgées) des populations en intrants adaptés tels que les ressources humaines, les infrastructures sanitaires, la logistique, les médicaments et consommables.

11.2.4. Renforcement des infrastructures d'offre de soins

Un gap d'environ 1997 établissements de santé, toute catégorie confondue, reste à combler conformément aux normes OMS. La densité d'établissements de soins est 1,39 pour 10 000 habitants (SARA 2018). Il est nécessaire alors d'intervenir aux différents niveaux suivants :

- Mise à jour des normes de construction et d'équipement des structures de santé et des entrepôts de médicaments ;
- Transformation des CSPS urbains en CM ;
- Transformation des CM en CMA ;
- Construction et équipement des nouveaux CMA dans les districts non pourvus de CMA ;

- Construction et équipement des nouveaux DRD ;
- Construction et équipement des nouveaux CHR ;
- Construction et équipement des nouveaux CNTS au niveau régional
- Augmentation des plateaux techniques et des capacités de diagnostic (IRM, Scanner, radiothérapie des cancers, unité de réanimation.....) ;
- Construction de nouvelles centrales d'achat des médicaments au niveau régional ;
- Construction de services de traumatologie et de réanimation ;
- Augmentation de la couverture en lit ;
- Amélioration du confort du personnel de service (réhabilitations et construction de logements du personnel dans les CSPS).

11.2.5. Renforcement des ressources humaines en santé

Sur un besoin de 44 761 médecins, infirmiers et sages-femmes pour couvrir la norme de 23 pour 10 000 habitants, le pays accusait un gap de 30 499. L'analyse de l'évolution des gaps montre une stagnation bien que l'évolution du niveau de couverture en RHS de santé de la reproduction soit en croissance d'une année à l'autre. Les principales actions à mener au niveau GRH sont les suivantes :

- Utiliser efficacement le SIGASPE pour la planification et la répartition équitable des RH ;
- Utiliser la densité de l'offre de main-d'œuvre proposée (le WISN Workload Indicators of Staffing Needs) pour la définition de nouvelles normes en ressources humaines ;
- Mise en œuvre des nouvelles normes sur les ressources humaines ;
- Disposer d'une politique de formation du personnel selon les besoins par catégorie ;
- Renforcer le développement de la santé communautaire avec un paquet d'intervention à développer et à réaliser au niveau communautaire, familial et par les ASBC ;
- Développer le plan stratégique d'assurance qualité et le mettre en œuvre.

11.2.6. Sur le plan du système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique

Le système d'information sanitaire permet de produire, dans des délais sensiblement réduits, le suivi régulier de l'évolution des indicateurs du PNDS, les annuaires statistiques nationaux, régionaux et des hôpitaux, les tableaux de bord de la santé, les bulletins trimestriels d'information et d'épidémiologie, les comptes nationaux. En plus, la gestion de la gratuité des soins a fait l'objet de création d'une plateforme permettant ainsi une bonne administration des données de la gratuité. Les actions suivantes sont à développer :

- augmenter les capacités de transmission électronique des données à tous les niveaux ;
- renforcer la capacité des agents à réaliser des analyses et à l'utilisation des données sanitaires pour la planification à tous les niveaux ;
- renforcer la mise en place de la réponse aux urgences sanitaires pour assurer la mission principale de veille, d'investigation et l'intervention face aux urgences sanitaires, l'anticipation sur les phénomènes anormaux ;
- Evaluation du plan stratégique SNIS ;
- Evaluation du SNIS ;
- Révision des outils SNIS.

Références bibliographiques

- Aboubacar Sawadogo. Les stratégies de sortie de crises politiques au Burkina Faso. Science politique. Université Paris-Saclay, 2018. Français. ffNNT : 2018SACL059ff. fftel-02064752f. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02064752>
- Anathnath Basu (1992) 'Education in modern india : a brief review', cosmo publications, p. 184.
- Arrêté conjoint n°2018-1211/MS/MINEFID portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans vivant au Burkina Faso.
- Bankole, A. et al. (2013) 'Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences.', Issues in brief (Alan Guttmacher Institute 2013), p. 44. Available at: <https://www.guttmacher.org/pubs/grossesse-non-desiree-Burkina.pdf>.
- Bell, J. S. et al. (2008) 'The epidemiology of pregnancy outcomes in rural Burkina Faso', Tropical Medicine & International Health. John Wiley & Sons, Ltd, 13(SUPPL. 1), pp. 31–43. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02085.x.
- Black, R. E. et al. (2013) 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', The Lancet. Lancet Publishing Group, pp. 427–451. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
- Burkina Faso. Politique nationale de protection sociale 2013-2022
- Burkina Faso. Politique sectorielle-santé 2017-2026
- Caselli, De Graziella, Jacques Vallin, G. J. W. (2002) Démographie: analyse et synthèse. Les déterminants de la fécondité. Volume II. Edited by I. national d'études Démographiques.
- Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS : Évaluation annuelle mondiale de l'ONU-eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) 2010 : cibler les ressources pour de meilleurs résultats
- Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR). Données statistiques à la date du 9 décembre 2019 sur la situation des personnes déplacées internes
- Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR). Rapport de mission de Zoaga. avril 2019
- Constitution du Burkina Faso du 11 juin 1991
- Direction des ressources humaines (2014 à 2017) et DRS/CH pour 2018
- FAO. Burkina Faso-La FAO et les appels humanitaires de 2019. <http://www.fao.org/3/ca5614fr/ca5614fr.pdf>
- Foote, K. A. et al. (1996) Changements démographiques en Afrique subsaharienne. Presses universitaires de France.
- Groupe de la Banque africaine de développement. Perspectives économiques en Afrique 2018 : Burkina Faso
- Institut de recherche en sciences de la santé. Rapport d'étude, 2016
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2000a). Analyse des résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996 Volume 2: Les phénomènes démographiques.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2000b). Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998–1999. Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso), Macro International Inc.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2004). Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 2003. Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso), ORC Macro.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2009a). Recensement General de la Population et de l'Habitation de 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, Thème 1: Etat et structure de la population.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2009b). Recensement General de la Population et de l'habitation De 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, Thème 7: Mortalité.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2009c). Recensement General de la Population et de l'habitation De 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, Thème 9: Croissance urbaine.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2009d). Recensement General de la Population et de l'habitation De 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, Thème 16: Projections démographiques 2007-2050.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2015) Enquête multisectorielle continue, module démographique et de santé, rapport provisoire
- Institut National de la Statistique et de la Démographie Enquête sur les Indicateurs du Paludisme 2017-2018

- Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. Recensement General de la Population et de l'habitation 2006. Analyse des résultats définitifs, Thème 8: Migrations.
- Institut national de la statistique et de la démographie. Analyse des résultats de l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages. Rapport final, 2003
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête multisectorielle continue. Profil de pauvreté et d'inégalités, 2015
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. Enquête multisectorielle continue de 2014
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. Projections 2007-2020
- Institut National de la Statistique et de la Démographie. Recensement General de la Population et de l'habitation De 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, Thème 5: Caractéristiques économiques de la population.
- Institut supérieur des sciences de la population. Enquête nationale sur l'iode et anémie au Burkina Faso 2014
- Institut supérieur des sciences de la population. Enquête PMA 2020. Rapport 2018
- Kominiarek, M. A. and Peaceman, A. M. (2017) 'Gestational weight gain', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mosby Inc., pp. 642–651. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.040.
- Kouanda, S. et al. (2016) 'Emergency obstetric and neonatal care needs assessment: Results of the 2010 and 2014 surveys in Burkina Faso', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Elsevier Ireland Ltd, 135, pp. S11–S15. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.08.008.
- La Commission du Lancet sur la chirurgie mondiale. Six indicateurs clés de la solidité du système chirurgical, 2015
- La drogue est évoquée dans le documentaire Poussière d'or – les dessous de la mondialisation (Julia Montfort, 2016, diffusé sur Public Sénat)
- Lankoande, B. et al. (2016) 'Surmortalité des enfants dans les quartiers informels de Ouagadougou: Effet de composition ou effet de contexte?', *Etude de la Population Africaine*. Union for African Population Studies, 30(1), pp. 2192–2202. doi: 10.11564/30-1-800.
- Loi n° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso
- Meda, N. (2018) 'Hepatitis seroprevalence in Burkina Faso Methods Survey', *Bull World Health Organ*, 96, pp. 750–759. doi: 10.2471/BLT.18.208603.
- Ministère de la Femme, de la Solidarité nationale, et de la Famille. Annuaire statistique 2018
- Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Recensement général des enfants handicapés de 0 à 18 ans au Burkina Faso. Rapport 2014
- Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la cohésion sociale. Annuaire statistique de la décentralisation 2016. Rapport, 2018
- Ministère de l'agriculture. Enquête permanente agricole 2017
- Ministère de l'agriculture. Enquête permanente agricole. Rapport 2019
- Ministère de l'eau et de l'assainissement. Inventaire national des ouvrages 2017
- Ministère de l'Eau et de l'assainissement. Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement. Rapport 2016
- Ministère de l'eau. Programme national d'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Rapport 2016
- Ministère de l'économie, des finances et du développement. Direction générale de l'économie et de la planification. Rapport 2016
- Ministère de l'éducation nationale, de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales, Annuaire statistique 2017
- Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille. Annuaire statistique 2017
- Ministère de l'environnement, de l'économie verte et du changement climatique. Rapport sur l'état de la qualité de l'environnement de 2019
- Ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille. Annuaire statistique 2017.
- Ministère de la santé. 2019. Document d'orientation de la gouvernance du système de santé.
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2009
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2010
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2011
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2012
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2013
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2014
- Ministère de la santé. Annuaire statistiques 2015

- Ministère de la santé. Annales statistiques 2016
- Ministère de la santé. Annales statistiques 2017
- Ministère de la santé. Annales statistiques 2018
- Ministère de la santé. Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Plan d'urgence 2019 pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire. Septembre 2019
- Ministère de la santé. Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation du 16 avril 2019
- Ministère de la santé. Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation du 4 février 2019
- Ministère de la santé. Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation du 6 novembre 2019
- Ministère de la santé. Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires. Rapport de situation sur la fonctionnalité des structures de soins dans les zones d'insécurité au Burkina Faso au 30 décembre 2019
- Ministère de la santé. DGAP, DLBM. Rapport synthèse de la surveillance aux antimicrobiens au laboratoire 2018
- Ministère de la santé. Enquête nationale sur la disponibilité, la capacité opérationnelle et la qualité des soins dans les services de santé de 2018
- Ministère de la santé. Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso de 2013. Rapport, Juin 2014
- Ministère de la santé. Enquête nutritionnelle nationale 2018
- Ministère de la santé. Etude de faisabilité sur la mise en place d'un système national mutualisé de gestion des déchets biomédicaux au Burkina Faso. Rapport provisoire, Juin 2018
- Ministère de la Santé. Evaluation de l'offre des soins dans les services de chirurgie et d'anesthésie réanimation des formations sanitaires publiques du Burkina Faso, rapport 2019
- Ministère de la santé. Guide national de prise en charge de la drépanocytose, 2015
- Ministère de la santé. Implémentation du WISN au Burkina Faso, document de normes en personnels soignants des structures publiques de soins de santé primaires
- Ministère de la santé. Normes en personnels soignants des structures publiques de soins de santé primaires 2020-2024
- Ministère de la santé. Plan de préparation et de riposte à une éventuelle épidémie de méningite au Burkina Faso. Saison épidémique 2019-2020
- Ministère de la santé. Plan national de développement sanitaire 2011-2020
- Ministère de la santé. Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néo-natale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée 2017-2020
- Ministère de la santé. Plan stratégique intégré Maladies non transmissibles au Burkina Faso 2016-2020
- Ministère de la santé. Profil sanitaire complet du Burkina Faso. Rapport 2017
- Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2018
- Ministère de la santé. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Rapport de surveillance 2019
- Ministère de la santé. Rapport des comptes nationaux de la santé de 2015
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2007-2008
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2009
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2010
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2011-2012
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2013
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2014
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2016
- Ministère de la santé. Rapports des comptes de la santé de 2017
- Ministère de la santé. Revue épidémiologique de la tuberculose 2018
- Ministère de la Santé. Stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire au Burkina Faso. Août 2019
- Ministère de la santé. Bureau Service adolescents jeunes/Direction de la santé de la famille. Rapports de suivi des activités, situation 2017
- Ministère des transports de la mobilité urbaine et de la sécurité routière. Annuaire statistique, 2017
- Mix migration centre (2016), <http://www.mixedmigration.org/>

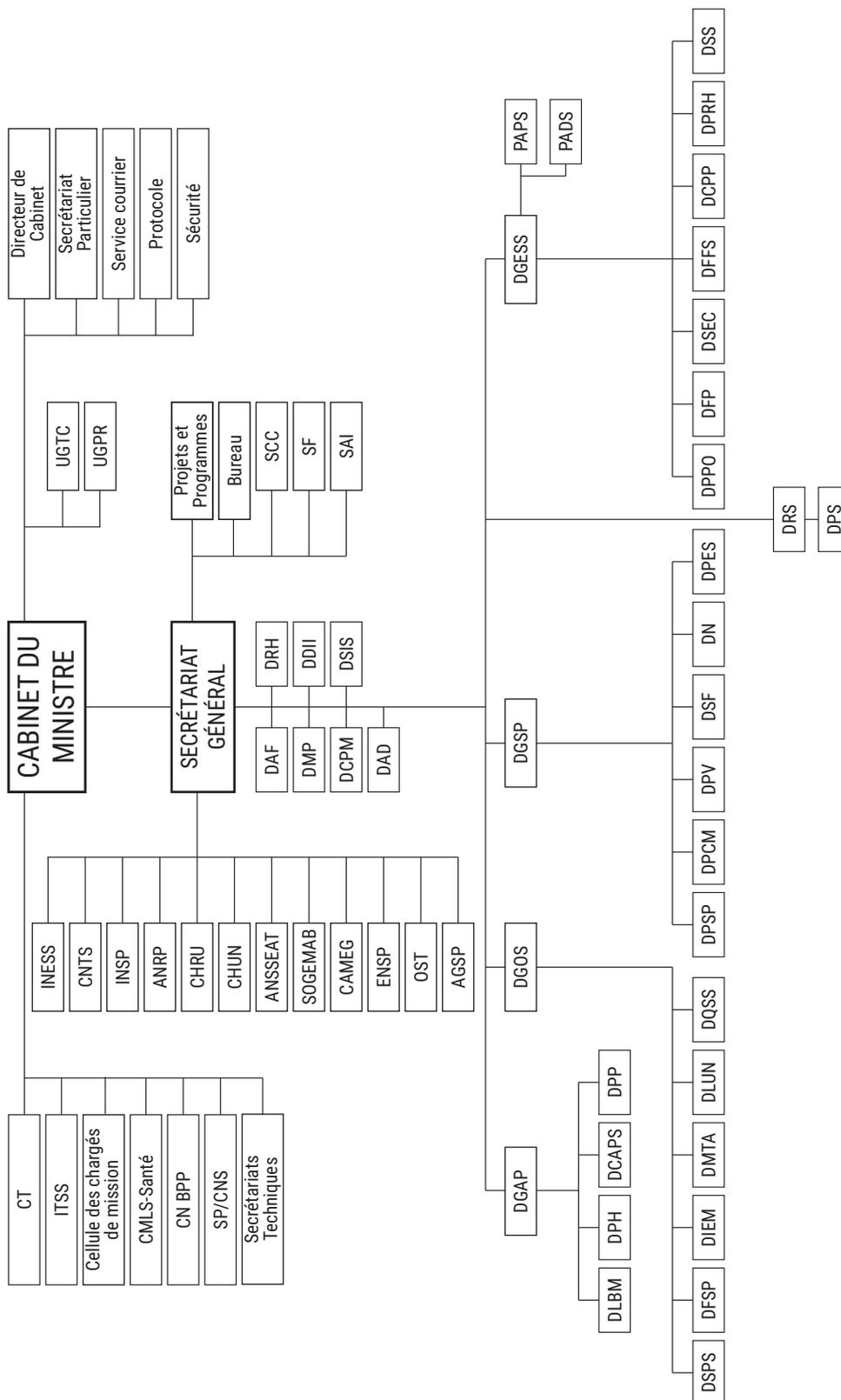
- Nikiéma, L. et al. (2011) 'Consommation des psychotropes en milieu scolaire, au Burkina Faso : Prévalences et facteurs de risque Psycho active drugs use among secondary schools in Ouagadougou : Prevalence and risk factors Cadre de l ' étude', Science et technique, Sciences de la santé, 34(January), pp. 65–82.
- OMS. Evaluation des besoins sanitaires au niveau local : Guide destiné aux infirmières de famille en Europe 2001
- OMS/UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et évaluation des ODD. Rapport, 2015
- OMS/UNICEF. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et évaluation des ODD. Rapport, 2017
- ONUSIDA. Rapport 2014
- Ouédraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanéma D, Sawadogo B. 2019. Prevalence of mental disorders in the general population of Burkina Faso. *Encephale* 45: 367–70.
- Plan d'urgence 2019 pour la continuité des soins dans les zones à sécurité précaire
- Présidence du Faso. Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le VIH/SIDA-IST. Rapport 2018
- Programme alimentaire mondial. Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Rapport 2014
- Programme des Nations Unies pour le Développement (2018). Indices et indicateurs de développement humain, 2018
- Programme des Nations Unies pour le Développement. Indices et indicateurs de développement humain, 2018
- THE LANCET. Vol 362, July 5, 2003. www.thelancet.com
- United Nations. (2017). The World Population Prospects: the 2017 Revision . Department of Economics and Social Affairs, Population Division.
- Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? *The lancet*, 1991, n° 338: p. 1059–1063

WEBOGRAPHIE

- <http://afriqueoneaspire.org/fr/activities/programme-de-sante-pays-de-lafrique-de-louest-annees-a-venir/>
- <https://lefaso.net/spip.php?article71580>
- <https://lefaso.net/spip.php?article91864>
- <https://santeactu.bf/hemophilie-au-burkina-le-traitement-desormais-gratuit/>
- https://web.facebook.com/1444809365833949/posts/couverture-sanitaire-universelle-validation-des-normes-en-ressources-humaines-po/2409712916010251/?_rdc=1&_rdr
- https://web.facebook.com/ouagaflashinfo/posts/2501661936774188/?_rdc=1&_rdr
- <https://www.burkina24.com/2019/12/05/burkina-le-chr-de-ziniare-inaugure/>
- <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/burkina-faso>
- <https://www.presimetre.bf/fr/thematique/santé>
- https://www.who.int/water_sanitation_health/about/fr/

Annexes

Annexe 1 : ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Annexe 2 : TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

Indicateurs de performance		Base de données		2016	2017	2018	2019	2020
		Valeur	Année	2016	2017	2018	2019	2020
IMPACT								
L'état de santé des populations est amélioré								
Ratio de Mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)	2015	330	NA	NA	NA	NA	NA	TBD
Taux de Mortalité néonatale (‰)	2015	23,2	NA	NA	NA	NA	NA	TBD
Taux de Mortalité infantile (‰)	2015	42,7	NA	NA	NA	NA	NA	< 30%
Taux de Mortalité juvénile (‰)	2015	40,7	NA	NA	NA	NA	NA	TBD
Taux de Mortalité infanto juvénile (‰)	2015	81,6	NA	NA	69	NA	NA	54,7
Indice Synthétique de Fécondité	2015	5,4	NA	NA	5	NA	NA	4,7
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (%)	2015	23	NA	19,77	NA	NA	NA	17,37
Taux de mortalité (‰)	2006	11,8	NA	NA	10	NA	NA	8
EFFETS								
L'offre de services de santé de qualité est améliorée								
Incidence des cas cliniques de paludisme déclarés par les formations sanitaires (pour 1000 habitants)	2015	449	414	378	342	306	270	
Prévalence du paludisme chez les 6 à 59 mois(%)	2014	46	NA	38	NA	NA	27	
Taux de prévalence VIH/sida dans la population générale (%)	2015	0,9	<1	<1	<1	<1	<1	
Couple année protection (%)	2015	22,3	TBM	TBM	TBM	TBM	TBM	
L'accès des populations et en particulier les groupes spécifiques, aux services de santé est amélioré								
Taux d'utilisation de la CPN 4 (%)	2015	34,14	45	50	55	55	60	
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an des enfants de moins de 5 ans	2015	1,74	>2	>2	>2	>2	>2	
Le pilotage et le soutien au système sont renforcés								
Proportion des structures sanitaires auditées avec quitus	2017	TBD	NA	NA	TBM	TBM	TBM	
PRODUITS								
Les prestations des services de santé et de nutrition de qualité pour réduire les mortalités et les morbidités dues aux maladies transmissibles et non transmissibles sont accrues pour la population en général et les groupes spécifiques en particulier								
Taux de Couverture vaccinale complète chez les enfants de 12-23 mois (%)	2017	TBD	NA	NA	90	90	92	
Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD) 5u°	2015	6,31	<5	<5	<5	<5	<5	
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	2015	83,36	85	87	90	90	90%	
Taux de césarienne parmi les naissances attendues	2015	2,4	5	6	7	8	10	
Taux de couverture au VAR (%)	2015	103,48	100	100	100	100	100	
Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (%)	2015	1,4	1	<1	<1	<1	<1	
Taux de létalité du paludisme chez les femmes enceintes (%)	2015	0,16	0,1	0,5	0	0	0	

Indicateurs de performance		Base de données		2016	2017	2018	2019	2020
		Valeur	Année	2016	2017	2018	2019	2020
Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié du TPI2	2015	66,67	75	80	85	90	95	
Taux de Couverture VAT2 chez les femmes en-ceintes (%)	2015	93,51	95	97	97	100		
Pourcentage d'enfants nés de mères infectées par le VIH ayant reçu les ARV complets pour la prévention dans les formations sanitaires	2015	100	100	100	100	100		
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement complet PTME	2015	82,90	85	90	90	95	95	
Taux de détection de la tuberculose de la TPM+ (%)	2007	22	NA	52	53	54	55	
Prévalence de l'HTA (%)	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	
Les infrastructures sanitaires et les équipements sont disponibles dans au moins 85% des formations sanitaires ainsi que les produits de santé de qualité (médicaments, vaccins, produits médicaux et technologies) dans 95% des formations sanitaires à tous les niveaux selon les normes et les besoins								
Pourcentage des formations sanitaires (CSPS) fonctionnelles selon les normes en Infrastruc-tures	2017	TBD	NA	NA	92	95	100	
Pourcentage de CMA disposant d'un bloc opératoire fonctionnel	2015	67	90	90	100	100	100	
Rayon moyen d'action théorique (Km)	2015	6,81	6	5	5	5	5	
Pourcentage de DRD n'ayant pas de rupture en médicaments (traceurs)	2015	76,97	95	95	95	95	100	
Taux d'occupation des lits dans les hôpitaux (CHU/ CHR, HD) publics (%)	2015	46,30	55	60	70	80	80	
Le leadership, la gouvernance et la redevabilité sont renforcés								
Cadre fonctionnel de prise en compte des plaintes et suggestions des usagers des services de santé	2016	0	NA	1	1	1	1	
Proportion de COGES ayant au moins une femme dans le bureau (%)	2017	TBD	NA	NA	100	100	100	
Proportion de COGES fonctionnels (%)	2017	TBD	NA	NA	100	100	100	
Les ressources humaines sont disponibles selon les normes et dans le respect de l'équité								
Pourcentage de formations sanitaires (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel ²¹⁴	2015	94,29	95	96	97	98	100	
Ratio médecins/population	2015	15 518	15 000	15 000	13 000	11 000	10 000	
Ratio IDE/population	2015	4 243	4100	4000	3800	3500	3000	
Ratio SFE/population	2015	7 743	7 300	6 800	6 350	5 900	5 500	
L'information de qualité (SNIS + Recherche pour la santé) est disponible pour la prise de décision								
Taux de complétude des rapports mensuels d'activités des formations sanitaires privés de soins (%)	2015	83,9	100	100	100	100	100	
Proportion de protocoles d'études et de recherches validés par un comité d'éthique ayant fait l'objet d'un rapport (%)	2017	TBD	NA	NA	100	100	100	
Proportion des résultats de recherches utilisés par les politiques et programmes (%)	2017	TBD	NA	NA	60	70	100	

214 Sur la base de trois agents par CSPS

Tableau 7 : Tableau de suivi des indicateurs de performance (NA : Non applicable ; TBD : A compléter ultérieurement)

Indicateurs de performance	Base de données		2016	2017	2018	2019	2020
	Valeur	Année	2016	2017	2018	2019	2020
Les financements de la santé sont augmentés							
Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé	2015	12,5	12,7	>=15	>=15	>=15	>=15
Proportion des ressources financières allouées aux IGR (%)	2015	59,4	60	>=60	>=60	>=60	>=60
Taux d'absorption des ressources financières allouées (%)	2015	86,5	>=85	>=85	>=85	>=85	>=85
Taux d'autofinancement des EPS (%)	2015	23,7	>=20	>=20	>=20	>=20	>=20

Annexe 3 : QUELQUES REFORMES DU SECTEUR AVEC LES LOIS ET DÉCRETS Y RELATIFS

N°	Réforme	Loi/décret
1	la décentralisation ou communalisation intégrale avec transfert des compétences et des ressources,	Loi n° 055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso Décret N° 2014- 934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014 portant modalités de transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé et de l'hygiène.
2	le renforcement de la santé communautaire,	Décret N° 2014- 934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014 portant modalités de transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé et de l'hygiène.
3	La réforme hospitalière	Adoption de la loi 034/98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière Loi N°057-2017/AN du 19 décembre 2017 portant statut de la fonction publique hospitalière Décret n°2018-0815/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS/MS du 20 septembre 2018, portant classement indiciaire des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière (FPH)
4	la subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence,	Décret N°2006-185/PRES/PM/MS/MFB/MATD du 02 mai 2006 portant institution d'une subvention sur les coûts des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les formations sanitaires publiques
5	la mise en œuvre de la gratuité au profit des enfants et des femmes,	Décret 2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso. JO N° 22 du 02 JUIN 2016
6	l'adoption de la loi sur le régime d'assurance maladie universelle (RAMU).	LOI N° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

