



RAPPORT SUR L'ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

EDITION 2023

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

EDITION 2023

Equipe de coordination	
Nom & prénom	Structure/ Institution
Seydou BARRO	Direction générale de l'Institut national de santé publique
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population
Equipe de rédaction	
Nom & prénom	Structure/ Institution
Abdoulaye NITIEMA	Observatoire national de la santé de la population
Adama DIALLO	Programme national de lutte contre la tuberculose
Ambroise OUEDRAOGO	Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population
Coumbo DAO/ DIALLO	Direction de la santé de la famille
D. Christian Gael SOMDA	Ministère de l'environnement, de l'eau et de l'assainissement
Douba NABIE	Institut supérieur des sciences de la population
Emmanuel SEINI	Observatoire national de la santé de la population
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population
Inoussa BANDE	Programme sectorielle de santé de lutte contre le sida, les IST et les hépatites virales
Jean Louis KOULIDIATI	Observatoire national de la santé de la population
Larba LANKOANDE	Observatoire national de la santé de la population
Ludovic Deo Gracias TAPSOBA	Observatoire national de la santé de la population
Mimbouré YARA	Observatoire national de la santé de la population
Moctar Sankara	Direction des statistiques sectorielles et des évaluations
Nabé Arouna IVO	Caisse nationale d'assurance maladie universelle
Noufou SAVADOGO	Institut national de la statistique et de la démographie
Nouratoulaye Napon/ Dabré	Direction de la nutrition
Olivia Marie Angèle Awa OUEDRAOGO	Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles
Oussény BARRY	Direction de la protection de la santé de la population
P. Marcelline 1ère jumelle TAPSOBA	Direction des politiques de la population
Pagnandé Didier TIENDREBEOGO	Observatoire national de la santé de la population
Samiratou OUEDRAOGO	Observatoire national de la santé de la population
Satouro Arsène SOME	Centre MURAZ
Sékou SAWADOGO	Office de santé des travailleurs
Partenaires	
Nom & prénom	Structure/ Institution
Marie-Michèle DAHANY	UNICEF
Ousmane OUEDRAOGO	UNICEF
Moriba KONE	UNICEF
Rose TINGUERI/DIASSO	Organisation mondiale de la santé
Salifou KONFE	Fonds des nations unies pour la population
Romial SAWADOGO	CDC
Soumeya OUANGRAOUA	JHPIEGO

Le rapport sur l'état de santé de la population vient enrichir le paysage informationnel du secteur de la santé en complément d'autres publications statistiques du système statistique national en général et de celui du Ministère de la Santé en particulier. En effet, il offre une vue d'ensemble actualisée de l'état de santé des individus et des communautés.

Pour cette édition 2023, une attention particulière a été portée sur les maladies transmissibles et non transmissibles, les facteurs de risques, les habitudes de vie et la prévention, la santé sexuelle et reproductive ainsi que la dynamique de la couverture sanitaire universelle. Ces thématiques, au cœur de nos préoccupations et qui reflètent nos priorités actuelles en matière de santé publique, sont mises en exergue à travers certains indicateurs cibles devant permettre d'évaluer l'efficacité de nos politiques et stratégies.

Ce rapport, autant qu'il met à la disposition des décideurs, de la société civile, des communautés et des partenaires au développement, de précieuses informations sur l'état de santé de la population, constitue également un outil pouvant aider à orienter les décisions et à améliorer la planification stratégique dans le domaine de la santé.

Je tiens à traduire ma profonde reconnaissance à l'ensemble des acteurs qui ont contribué à son élaboration. Je remercie particulièrement les représentants des directions générales, centrales et régionales du Ministère de la santé, ainsi que ceux des autres ministères et institutions partenaires pour leurs efforts remarquables déployés malgré les contraintes.

Je félicite particulièrement l'Institut national de santé publique qui a coordonné avec succès les travaux des experts pluridisciplinaires et multisectoriels. Leur travail a permis une synthèse des résultats d'enquêtes, des données du système de surveillance démographique et de santé ainsi que celles du système national d'information sanitaire.

J'exprime ma profonde gratitude aux partenaires au développement pour leurs multiples et multiformes soutiens techniques et financiers. Je m'en voudrais de ne pas citer particulièrement l'UNICEF dont l'appui a été combien décisif et précieux pour la production de ce rapport.

Je formule le vœu que le présent document fasse l'objet d'une judicieuse exploitation par l'ensemble des acteurs de notre système de santé et par tous ceux qui font de la question de la santé des populations leur cheval de bataille.

Fructueuse lecture à tous et à chacun !



Docteur Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon

AVANT-PROPOS

Le présent rapport sur l'état de santé de la population, édition de 2023, élaboré par l'Institut national de santé publique (INSP) à travers l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP), s'inscrit dans la continuité du portage des missions de l'institut. En effet, pour la quatrième année consécutive, ce produit d'information en santé fait la synthèse de données provenant de sources diversifiées, sur lequel les acteurs de la santé et les décideurs peuvent s'appuyer pour les prises de décisions en matière de santé en se fondant sur des données probantes.

N'est-ce pas là l'une des principales missions de l'INSP à savoir assurer la veille sanitaire par la mise à disposition du Ministère de la santé (MS) des données fiables et pertinentes.

La présente édition adresse des thématiques majeures telles que les maladies transmissibles et non transmissibles ; les facteurs de risques, les habitudes de vie et la prévention sans occulter la santé sexuelle et reproductive ainsi que la dynamique de la couverture sanitaire universelle.

Les indicateurs de santé, bien que laissant percevoir des avancées notables se heurtent à un contexte sécuritaire actuel qui constitue un fort défi, notamment en matière d'accès aux soins des populations. Ce défi appelle à un engagement accru de tous les acteurs de la santé sans distinction aucune (autorités, communautés, secteur privé, société civile, partenaires techniques et financiers, etc.).

L'élaboration du rapport sur l'état de santé de la population n'aurait été possible sans la contribution inestimable des divers acteurs de différents départements ministériels et des partenaires techniques au développement qui ont accepté renouveler leur intérêt et leur accompagnement pour cette parution. Je leur exprime ici ma profonde reconnaissance et mon indicible gratitude.

De la première édition à cette quatrième, un souci constant a animé les équipes d'élaboration de ce produit d'information en santé : présenter une photographie de l'état de santé de la population du Burkina Faso sur une année donnée. Cette exigence suppose donc un enrichissement constant des processus et démarches d'élaboration en tenant compte des retours des utilisateurs ou des lecteurs.

Aussi, les précieuses observations qui viendraient à être formulées pour un cycle d'amélioration continu de ce rapport restent-elles les bienvenues. Bien plus, elles ne manqueront point d'intérêt pour les éditions à venir.

Le Directeur général de l'INSP

Docteur Seydou BARRO

Chevalier de l'Ordre de l'Étalon



TABLE DES MATIÈRES

EQUIPE DE RÉDACTION	2
MOT DU MINISTRE DE LA SANTÉ	3
AVANT-PROPOS	4
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES GRAPHIQUES	11
LISTE DES CARTES ET SCHEMAS	25
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	27
SYNTHÈSE	30
INTRODUCTION	38
MÉTHODOLOGIE	39
1 CHAPITRE 1 : MALADIES TRANSMISSIBLES	42
1.1 PALUDISME	42
1.1.1 Prévention du paludisme	42
1.1.2 Charge du paludisme	60
1.1.3 Epidémiologie du paludisme	60
1.1.4 Mortalité liée au paludisme	70
1.2 Dengue	73
1.2.1 Prévention de la dengue	74
1.2.2 Sites sentinelles de surveillance de la dengue	75
1.2.3 Charge de la dengue	75
1.2.4 Epidémiologie de la dengue	75
1.2.5 Mortalité liée à la dengue	78
1.3 Tuberculose	80
1.3.1 Prévention	81
1.3.2 Charge de la tuberculose	83
1.3.3 Epidémiologie de la tuberculose	84
1.3.4 Traitement de la TB pharmacosensible	90
1.3.5 Traitement de la TB résistante	91
1.3.6 Mortalité liée à la TB	92
1.4 VIH-Sida	92

1.4.1	<i>Elimination de la transmission mère-enfant</i>	92
1.4.2	<i>Charge du VIH-Sida</i>	93
1.4.3	<i>Epidémiologie du VIH et des IST</i>	94
1.4.4	<i>Infections sexuellement transmissibles</i>	102
1.5	<i>Hépatites virales</i>	105
1.5.1	<i>Prévention</i>	106
1.5.2	<i>Charge des hépatites</i>	107
1.5.3	<i>Epidémiologie des hépatites</i>	108
1.5.4	<i>Mortalité</i>	109
1.6	<i>Maladies émergentes</i>	111
2	CHAPITRE 2 : MALADIES NON TRANSMISSIBLES	113
2.1	<i>État des lieux des politiques et initiatives en matière de lutte contre les MNT</i>	114
2.2	<i>Maladies cardio-vasculaires</i>	116
2.2.1	<i>Evolution des cas de maladies cardio-vasculaires de 2014 à 2023</i>	116
2.2.2	<i>Maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023</i>	117
2.2.3	<i>Maladies cardio-vasculaires par région en 2023</i>	117
2.2.4	<i>Prévalence de l'hypertension artérielle</i>	119
2.2.5	<i>Evolution des décès dus aux maladies cardio-vasculaires</i>	119
2.2.6	<i>Décès dus aux maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023</i>	120
2.2.7	<i>Décès dus aux maladies cardiovasculaires par région en 2023</i>	121
2.3	<i>Maladies respiratoires</i>	121
2.3.1	<i>Evolution des cas d'asthme de 2014 à 2023</i>	121
2.3.2	<i>Répartition des cas d'asthme par groupe d'âge en 2023</i>	122
2.3.3	<i>Situation des cas d'asthme par région en 2023</i>	122
2.3.4	<i>Evolution des décès liés à l'asthme</i>	123
2.3.5	<i>Décès liés à l'asthme par groupe d'âge en 2023</i>	124
2.3.6	<i>Décès liés à l'asthme par région en 2023</i>	124
2.4	<i>Diabète</i>	125
2.4.1	<i>Evolution des cas de diabète de 2014 à 2023</i>	125
2.4.2	<i>Cas de diabète par groupe d'âge en 2023</i>	125
2.4.3	<i>Cas de diabète par région en 2023</i>	126
2.4.4	<i>Prévalence du diabète</i>	127

2.4.5	<i>Evolution des décès dus au diabète</i>	127
2.4.6	<i>Décès dus au diabète par groupe d'âge en 2023</i>	128
2.4.7	<i>Décès dus au diabète par région en 2023</i>	129
2.5	<i>Insuffisance rénale</i>	129
2.5.1	<i>Cartographie des unités d'hémodialyse</i>	129
2.5.2	<i>Evolution des cas d'insuffisance rénale chronique de 2014 à 2023</i>	131
2.5.3	<i>Cas d'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023</i>	131
2.5.4	<i>Cas d'insuffisance rénale chronique par région en 2023</i>	132
2.5.5	<i>Evolution des décès liés à l'insuffisance rénale chronique</i>	132
2.5.6	<i>Décès dus à l'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023</i>	133
2.5.7	<i>Décès dus à l'insuffisance rénale par région en 2023</i>	134
2.6	<i>Maladies mentales</i>	134
2.6.1	<i>Évolution des cas de maladies mentales de 2014 à 2023</i>	134
2.6.2	<i>Evolution des principales maladies mentales de 2014 à 2023</i>	135
2.6.3	<i>Maladies mentales par groupe d'âge en 2023</i>	136
2.6.4	<i>Maladies mentales par région en 2023</i>	137
2.6.5	<i>Evolution des décès liés aux maladies mentales</i>	138
2.6.6	<i>Décès liés aux maladies mentales par groupe d'âge en 2023</i>	138
2.6.7	<i>Décès liés aux maladies mentales par région en 2023</i>	139
2.7	<i>Accidents de la voie publique et du travail</i>	139
2.7.1	<i>Accidents de la voie publique</i>	139
2.7.2	<i>Accidents du travail</i>	143
2.8	<i>Défis et perspectives pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles</i>	146
3	CHAPITRE 3 : FACTEURS DE RISQUES, HABITUDES DE VIE ET PRÉVENTION	148
3.1	<i>Consommation d'alcool</i>	149
3.1.1	<i>Prévalence de la consommation d'alcool</i>	149
3.1.2	<i>Fréquence de consommation d'alcool</i>	152
3.2	<i>Consommation du tabac</i>	153
3.2.1	<i>Prévalence de la consommation du tabac</i>	154
3.2.2	<i>Fréquence de la consommation du tabac</i>	156
3.2.3	<i>Consommation des types de tabac</i>	158
3.2.4	<i>Exposition à la fumée du tabac</i>	159

3.3	Consommation de drogues illicites.....	162
3.3.1	<i>Types de drogues rencontrés au Burkina Faso</i>	162
3.3.2	<i>Ampleur et tendance des troubles mentaux liés à la consommation de la drogue</i>	164
3.4	Nutrition.....	166
3.4.1	<i>Consommation de fruits et légumes</i>	166
3.4.2	<i>Malnutrition</i>	168
3.5	Sédentarité et activité physique	179
3.5.1	<i>Evolution de la prévalence de la sédentarité de 2013-2021</i>	179
3.5.2	<i>Evolution du niveau de l'activité physique entre 2013 et 2021</i>	179
3.6	Vaccination	180
3.6.1	<i>Couverture vaccinale chez les femmes enceintes</i>	180
3.6.2	<i>Couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans</i>	183
3.6.3	<i>Vaccination hors PEV</i>	187
4	CHAPITRE 4 : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	189
4.1	Méthodes contraceptives modernes	190
4.1.1	<i>Evolution de la disponibilité des méthodes contraceptives de 2014 à 2023</i>	190
4.1.2	<i>Evolution de la prévalence des méthodes contraceptives modernes de 2016 à 2021</i>	191
4.1.3	<i>Prévalence contraceptive moderne selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021</i>	191
4.1.4	<i>Situation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes selon les régions en 2021</i>	192
4.1.5	<i>Prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes en 2021</i>	193
4.1.6	<i>Besoins non satisfaits en contraception des femmes en union</i>	193
4.2	Consultation prénatale.....	195
4.2.1	<i>Couverture en CPN1</i>	196
4.2.2	<i>Couverture en CPN4</i>	197
4.3	Issues de grossesses.....	199
4.3.1	<i>Issues de grossesses selon l'âge</i>	199
4.3.2	<i>Issues de grossesses selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021</i>	200
4.3.3	<i>Naissances vivantes par région en 2021</i>	201
4.3.4	<i>Fausses couches par région en 2021</i>	202

4.3.5	<i>Mort-nés par région en 2021</i>	202
4.3.6	<i>Interruptions volontaires de grossesse par région en 2021</i>	203
4.4	<i>Césarienne</i>	204
4.4.1	<i>Prévalence de la césarienne</i>	204
4.4.2	<i>Létalité liée à la césarienne</i>	205
4.5	<i>Prématurité et faible poids de naissance</i>	207
4.5.1	<i>Prématurité</i>	207
4.5.2	<i>Faible poids de naissance</i>	209
4.6	<i>Allaitement maternel</i>	211
4.6.1	<i>Initiation précoce à l'allaitement</i>	212
4.6.2	<i>Allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois</i>	213
4.6.3	<i>Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an</i>	215
4.7	<i>Fécondité</i>	216
4.7.1	<i>Fécondité chez les femmes en âge de procréer</i>	216
4.7.2	<i>Fécondité chez les adolescents</i>	218
4.8	<i>Mortalité périnatale, néonatale et infantile</i>	221
4.8.1	<i>Mortalité périnatale</i>	222
4.8.2	<i>Mortalité néonatale</i>	224
4.8.3	<i>Mortalité infantile</i>	226
4.9	<i>Mortalité maternelle</i>	228
4.9.1	<i>Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse</i>	228
4.9.2	<i>Principales causes de décès maternels</i>	228
4.9.3	<i>Décès maternels dans les formations sanitaires par région</i>	229
4.9.4	<i>Evolution des audits de décès maternels de 2014 à 2023</i>	230
4.9.5	<i>Audits de décès maternels par région en 2023</i>	230
5	CHAPITRE 5. : DYNAMIQUE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO	233
5.1	<i>Contexte de la CSU</i>	234
5.1.1	<i>Au plan international</i>	234
5.1.2	<i>Au plan régional et sous régional</i>	235
5.1.3	<i>Au plan national</i>	236
5.2	<i>Cadre juridique, institutionnel et organisationnel</i>	237
5.2.1	<i>Au plan juridique</i>	238

5.2.2	<i>Au plan stratégique et programmatique</i>	239
5.2.3	<i>Au plan institutionnel et organisationnel</i>	241
5.3	Progrès vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso	243
5.3.1	<i>Couverture des services de santé essentiels</i>	245
5.3.2	<i>Protection financière</i>	247
5.4	Financement de la santé vers la CSU.....	252
5.4.1	<i>Mobilisation / Collecte des ressources financières</i>	252
5.4.2	<i>Mutualisation des ressources financières</i>	256
5.4.3	<i>Achat des soins et services</i>	259
5.5	Défis et perspectives	262
CONCLUSION		265
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		267
ANNEXES		268
Annexes 2.1		268

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2. 1 : Répartition des cas de maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023.....	98
Tableau 2. 2 : Répartition des cas de maladies cardio-vasculaires par région en 2023.....	99
Tableau 5. 1 : Mécanismes de protection sur le plan de la santé au Burkina Faso.....	233

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. 1 : Tendence de la proportion de ménages ayant au moins une MII de 2014 à 2021.....	29
Graphique 1. 2 : Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes par quintile de bien-être économique et milieu de résidence en 2021	30
Graphique 1. 3 : Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes par région en 2021	31
Graphique 1. 4 : Evolution des taux d'accès et d'utilisation des MII de 2003 à 2021.....	32
Graphique 1. 5 : Accès et utilisation des MII par milieu de résidence et par quintile de bien-être en 2021	33
Graphique 1. 6 : Accès et utilisation des MII par région en 2021.....	34
Graphique 1. 7 : Evolution de la proportion de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra-domiciliaire de 2019 à 2021	34
Graphique 1. 8 : Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant été protégés par la PID de 2019 à 2021.....	35
Graphique 1. 9 : Evolution du taux de couverture en TPI3 chez les femmes enceintes de 2014 à 2023	36
Graphique 1. 10 : Taux de couverture en TPI3 chez les femmes enceintes par région en 2023.....	37
Graphique 1. 11 : Evolution de la couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier de 2021 à 2023.....	38
Graphique 1. 12 : Couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier par région en 2023.....	39
Graphique 1. 13 : Evolution du nombre de séances d'IEC sur le paludisme de 2017 à 2023	40
Graphique 1. 14 : Nombre de séances d'IEC sur le paludisme sur le paludisme par région en 2023.....	40
Graphique 1. 15 : Evolution du nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par les ASBC et les OBC de 2017 à 2023	41
Graphique 1. 16 : Nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par région en 2023	42
Graphique 1. 17 : Evolution de la résistance aux insecticides par sites sentinelles de 2017 à 2020.	44
Graphique 1. 18 : Evolution de l'incidence du paludisme de 2014 à 2023	45
Graphique 1. 19 : Répartition de l'incidence du paludisme par région en 2023	46

Graphique 1. 20 : Evolution du taux de confirmation du paludisme par le test de diagnostic rapide ou microscopie de 2014 à 2023	47
Graphique 1. 21 : Taux de confirmation du paludisme par le test de diagnostic rapide ou microscopie par région en 2023	48
Graphique 1. 22 : Evolution du taux de positivité de 2014 à 2023.....	49
Graphique 1. 23 : Taux de positivité par région en 2023.....	49
Graphique 1. 24 : Evolution de la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le TDR et l'examen microscopique en 2010, 2014 et 2021	50
Graphique 1. 25 : Parasitémie palustre à microscopie positive par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021	51
Graphique 1. 26 : Parasitémie palustre par région en 2021	52
Graphique 1. 27 : Parasitémie palustre à TDR positif par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021	53
Graphique 1. 28 : Répartition de la parasitémie palustre à TDR positif par région en 2021	53
Graphique 1. 29 : Evolution de la proportion des cas de paludisme simple traités aux ACT de 2014 à 2023	54
Graphique 1. 30 : Evolution du taux de mortalité palustre de 2014 à 2023.....	55
Graphique 1. 31 : Répartition du taux de mortalité palustre par région en 2023.....	56
Graphique 1. 32 : Evolution de la létalité du paludisme de 2014 à 2023.....	57
Graphique 1. 33 : Létalité du paludisme par région en 2023	57
Graphique 1. 34 : Evolution du nombre de cas probables de dengue de 2017 à 2023	60
Graphique 1. 35 : Incidence cumulée de la dengue par région en 2023.....	61
Graphique 1. 36 : Répartition des cas de dengue hospitalisés par région en 2023	61
Graphique 1. 37 : Evolution du nombre de décès liés à la dengue de 2017 à 2023	62
Graphique 1. 38 : Répartition du nombre de décès dus à la dengue par région en 2023.....	62
Graphique 1. 39 : Evolution de la létalité de la dengue de 2017 à 2023	63
Graphique 1. 40 : Létalité de la dengue par région en 2023.....	64
Graphique 1. 41 : Evolution du taux de couverture vaccinale par le BCG de 2014 à 2023	65
Graphique 1. 42 : Evolution de la proportion d'enfants contacts de moins de 5 ans sous TPT de 2019 à 2023.....	67
Graphique 1. 43 : Evolution de l'incidence estimée de la tuberculose entre 2014 et 2022	68
Graphique 1. 44 : Evolution des cas notifiés de tuberculose toute forme de 2014 à 2023	69
Graphique 1. 45 : Evolution des taux de notification de la TB (nouveaux et rechutes, toutes formes) pour 100 000 habitants de 2014 à 2023	70
Graphique 1. 46 : Taux de notification de TB (nouveaux et rechutes, toutes formes) pour 100 000 habitants en 2023 par région	71
Graphique 1. 47 : Répartition des cas de TB pharmacosensible (nouveaux et rechutes, toutes formes) par groupe d'âge en 2023	72
Graphique 1. 48 : Notification et initiation du traitement de 2ème ligne chez les patient TB résistante de 2020 à 2023	73

Graphique 1. 49 : Evolution du taux de dépistage et de la prévalence du VIH chez les patients TB de 2014 à 2023	74
Graphique 1. 50 : Evolution des résultats de traitement de la TB pharmacosensible de 2018 à 2023	74
Graphique 1. 51 : Résultats de traitement de la TB pharmacosensible par région en 2023	75
Graphique 1. 52 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'eTME de 2014 à 2023	77
Graphique 1. 53 : Evolution du taux de dépistage et de diagnostic du VIH chez les femmes enceintes entre 2014 et 2023	78
Graphique 1. 54 : Taux de dépistage et de diagnostic du VIH chez les femmes enceintes par région en 2023	79
Graphique 1. 55 : Evolution du nombre de personnes sous traitement ARV de 2014 à 2023	80
Graphique 1. 56 : Evolution du pourcentage de PvVIH coinfectées par la tuberculose sous traitement anti-TB de 2014 à 2022.....	80
Graphique 1. 57 : Evolution de la prévalence du VIH de 2014 à 2023.....	81
Graphique 1. 58 : Evolution du nombre estimé de nouvelles infections à VIH de 2014 à 2023	82
Graphique 1. 59 : Séroprévalence du VIH par région en 2022.....	82
Graphique 1. 60 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH de 2014 à 2022	83
Graphique 1. 61 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et à tout âge en 2023	84
Graphique 1. 62 : Situation de la cascade des 95-95-95 du VIH en 2023.....	85
Graphique 1. 63 : Evolution de la létalité du SIDA de 2014 à 2023	85
Graphique 1. 64 : Evolution du nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC réalisées par les ASBC.....	86
Graphique 1. 65 : Evolution de l'incidence des infections sexuellement transmissibles de 2014 à 2023	87
Graphique 1. 66 : Notifications syndromiques et incidence des infections sexuellement transmissibles par région en 2023	88
Graphique 1. 67 : Evolution du nombre de cas d'IST de 2014 à 2023	88
Graphique 1. 68 : Prévalence des hépatites virales B et C par région en 2010	93
Graphique 1. 69 : Evolution du nombre de cas d'hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023	94
Graphique 1. 70 : Evolution du nombre de cas de décès dus aux hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023	95
Graphique 1. 71 : Létalité de l'hépatite B et C dans les centres médicaux et les hôpitaux par région en 2023	96
Graphique 2. 1 : Evolution des cas de maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023.....	104
Graphique 2. 2 : Répartition de la prévalence de l'hypertension artérielle selon le sexe en 2013 et 2021	107
Graphique 2. 3 : Evolution des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	108
Graphique 2. 4 : Répartition des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023.....	108

Graphique 2. 5 : Répartition des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023	109
Graphique 2. 6 : Evolution des cas d'asthme notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	110
Graphique 2. 7 : Répartition des cas d'asthme par groupe d'âge en 2023	110
Graphique 2. 8 : Répartition des cas d'asthme par région en 2023	111
Graphique 2. 9 : Evolution des décès à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	111
Graphique 2. 10 : Répartition des décès liés à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	112
Graphique 2. 11 : Répartition des décès liés à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023	113
Graphique 2. 12 : Evolution du nombre de cas de diabète enregistré dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	114
Graphique 2. 13 : Répartition de la proportion des cas de diabète dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	114
Graphique 2. 14 : Répartition des cas de diabète dans les formations sanitaires par région en 2023	115
Graphique 2. 15 : Répartition de la prévalence de l'hypertension artérielle selon le sexe en 2013 et 2021	116
Graphique 2. 16 : Evolution des décès dus au diabète notifié dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	116
Graphique 2. 17 : Répartition des décès dus au diabète notifié dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	117
Graphique 2. 18 : Répartition des décès dus au diabète notifié dans les formations sanitaires par région en 2023	118
Graphique 2. 19 : Evolution des cas d'insuffisance rénale chronique de 2014 à 2023	120
Graphique 2. 20 : Répartition des cas d'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023	121
Graphique 2. 21 : Répartition des cas d'insuffisance rénale chronique par région en 2023	121
Graphique 2. 22 : Evolution des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	122
Graphique 2. 23 : Répartition des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	122
Graphique 2. 24 : Répartition des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023	123
Graphique 2. 25 : Evolution des cas de maladies en santé mentale de 2014 à 2023	124
Graphique 2. 26 : Evolution des principales maladies en santé mentale de 2014 à 2023	125
Graphique 2. 27 : Répartition des maladies en santé mentale selon le groupe d'âge en 2023	126
Graphique 2. 28 : Répartition des maladies en santé mentale par région en 2023	126
Graphique 2. 29 : Evolution des décès liés aux maladies de santé mentale notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	127
Graphique 2. 30 : Répartition des décès liés aux maladies de santé mentale notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	128

Graphique 2. 31 : Répartition des décès liés aux maladies de santé mentale notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023	128
Graphique 2. 32 : Evolution des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les formations sanitaires de 2014 à 2023	129
Graphique 2. 33 : Répartition des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les FS par groupe d'âge en 2023.....	130
Graphique 2. 34 : Répartition des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les formations sanitaires par région en 2023	131
Graphique 2. 35 : Evolution du nombre de décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires de 2016 à 2023	132
Graphique 2. 36 : Répartition des décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023.....	132
Graphique 2. 37 : Répartition de la proportion de décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires par région en 2023	133
Graphique 2. 38 : Evolution des accidents du travail du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023	134
Graphique 2. 39 : Evolution des indices de fréquence et de gravité des accidents du travail du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023.....	135
Graphique 2. 40 : Evolution de la proportion des accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023.....	135
Graphique 3. 1 : Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool entre 2013 et 2021	143
Graphique 3. 2 : Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool selon le sexe entre 2013 et 2021	144
Graphique 3. 3 : Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	145
Graphique 3. 4 : Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon la région en 2021.....	146
Graphique 3. 5: Proportion des consommateurs quotidiens d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	147
Graphique 3. 6: Variation de la proportion des consommateurs quotidiens d'alcool par région et par sexe en 2021	148
Graphique 3. 7: Evolution de la prévalence de la consommation du tabac entre 2010 et 2021	149
Graphique 3. 8: Proportion des consommateurs du tabac selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique et par sexe en 2021	150
Graphique 3. 9: Prévalence de la consommation du tabac par région et par sexe en 2021	150
Graphique 3. 10: Proportion des consommateurs quotidiens du tabac chez les hommes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	151
Graphique 3. 11: Proportion des consommateurs quotidiens du tabac chez les hommes par région en 2021	152
Graphique 3. 12: Répartition des consommateurs par type de tabac en 2021	152
Graphique 3. 13: Types de tabac consommé par sexe selon la région en 2021.....	153

Graphique 3. 14: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac à la maison	154
Graphique 3. 15: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac à la maison par milieu de résidence et par sexe en 2021	154
Graphique 3. 16: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac au lieu de travail entre 2013 et 2021	155
Graphique 3. 17: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac au lieu de travail selon le sexe en 2021	155
Graphique 3. 18: Evolution de la quantité totale de drogues (kg) saisies au Burkina Faso.....	157
Graphique 3. 19: Evolution de la quantité de cannabis, de cocaïne, d'héroïne et de médicaments pharmaceutiques prohibés saisie de 2014 à 2022.....	158
Graphique 3. 20: Evolution des consultations externes et des hospitalisations liées à la consommation de la drogue de 2014 à 2022.....	159
Graphique 3. 21: Principale drogue consommée chez les personnes en traitement de la dépendance aux drogues au Burkina Faso (2016 - 2019)	160
Graphique 3. 22: Evolution de la consommation de fruits et légumes selon le milieu de résidence entre 2013 et 2021.....	161
Graphique 3. 23: Proportion de la consommation journalière de portions de fruits et/ou de légumes selon le sexe en 2021	162
Graphique 3. 24: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le milieu de résidence en 2021	163
Graphique 3. 25: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le niveau d'instruction en 2021	163
Graphique 3. 26: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le quintile de bien-être économique en 2021	164
Graphique 3. 27: Evolution de la prévalence de l'anémie de 2010 à 2021	166
Graphique 3. 28: Prévalence de l'anémie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	167
Graphique 3. 29: Prévalence de la malnutrition aiguë et risque de retard de croissance chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans selon le lieu de résidence.....	168
Graphique 3. 30: Prévalence de l'anémie chez la femme enceinte de 15 à 49 ans selon le lieu de résidence et le niveau de vie du ménage en 2020	168
Graphique 3. 31: Evolution de la prévalence de la malnutrition aiguë chez l'enfant de moins 5 ans entre 2014 et 2021	169
Graphique 3. 32: Evolution de la prévalence de la malnutrition chronique entre 2014 et 2021	170
Graphique 3. 33: Evolution de la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 2010 à 2021	171
Graphique 3. 34: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois selon le niveau d'instruction de la mère, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence, en 2021	171
Graphique 3. 35: Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent entre 2013 et 2021	173
Graphique 3. 36: Evolution de la prévalence de la sédentarité selon le milieu de résidence de 2013 à 2021	173
Graphique 3. 37: Evolution du niveau d'activité physique entre 2013 et 2021 selon le milieu de résidences.....	174

Graphique 3. 38: Evolution de la couverture du vaccin antitétanique chez la femme enceinte entre 2010 et 2021.....	175
Graphique 3. 39: Prévalence de la couverture du vaccin antitétanique chez la femme enceinte selon le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique et le milieu de résidence en 2021.....	176
Graphique 3. 40: Prévalence de la couverture du vaccin antitétanique chez la femme enceinte par région en 2021	177
Graphique 3. 41: Evolution de la proportion des enfants complètement vaccinés entre 2010 et 2021.....	177
Graphique 3. 42: Proportion des enfants complètement vaccinés selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	178
Graphique 3. 43: Proportion des enfants complètement vaccinés par région en 2021	179
Graphique 3. 44: Evolution de la proportion des enfants ayant reçu aucun vaccin entre 2010 et 2021.....	180
Graphique 3. 45: Proportion des enfants ayant reçu aucun vaccin selon le sexe, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	180
Graphique 4. 1 : Evolution de la disponibilité des méthodes contraceptives de 2014 à 2023.	188
Graphique 4. 2 : Evolution de la prévalence de méthodes contraceptives de 2016 à 2021	188
Graphique 4. 3: Prévalence contraceptive moderne selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	189
Graphique 4. 4: Utilisation des méthodes contraceptives modernes selon la région en 2021	190
Graphique 4. 5: Prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes en 2021	190
Graphique 4. 6: Pourcentage des besoins non satisfaits selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	192
Graphique 4. 7: Pourcentage des besoins non satisfaits en 2021 selon les régions	192
Graphique 4. 8: Evolution du taux de couverture en CPN1 et du pourcentage des femmes enceintes vues en CPN 1er trimestre de 2014 à 2023	194
Graphique 4. 9: Répartition du taux de couverture en CPN1 par région en 2023.....	194
Graphique 4. 10 : Evolution du taux de couverture en CPN4 de 2014 à 2023.....	195
Graphique 4. 11 : Répartition du taux de couverture en CPN4 par région en 2023	196
Graphique 4. 12 : <i>Répartition de la prévalence de la CPN4 selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021</i>	196
Graphique 4. 13: Issue de la grossesse par tranche d'âge en 2021	197
Graphique 4. 14: Répartition des grossesses selon leur issue selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021.	198
Graphique 4. 15: Proportion des grossesses ayant abouti aux naissances vivantes en 2021 par région	199
Graphique 4. 16: Proportion des grossesses s'étant terminées par une fausse couche par région en 2021	199
Graphique 4. 17: Proportion des grossesses ayant abouti à des mort-nés par région en 2021	200

Graphique 4. 18: Proportion des grossesses volontairement interrompues par région en 2021	200
Graphique 4. 19: Evolution du taux d'accouchement par césarienne de 2014 à 2023	202
Graphique 4. 20: Répartition du taux de césariennes par région au Burkina Faso en 2023.....	202
Graphique 4. 21: Évolution de la létalité liée à la césarienne entre 2014 et 2023.....	203
Graphique 4. 22: Répartition de la létalité liée aux césariennes par région en 2023	203
Graphique 4. 23: Consultations externes, hospitalisation et décès dans les centres médicaux et hôpitaux pour prématurité de 2014 à 2023.....	205
Graphique 4. 24: Consultations externes et hospitalisations pour prématurité dans les centres médicaux et hôpitaux selon la région en 2023	205
Graphique 4. 25: Evolution des proportions des faibles poids à la naissance parmi les naissances vivantes	206
Graphique 4. 26: Répartition des faibles poids de naissance selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	207
Graphique 4. 27 : Proportion des faibles poids à la naissance parmi les naissances vivantes par région en 2021	208
Graphique 4. 28: Évolution des proportions de l'initiation précoce à l'allaitement de 2014 à 2021	209
Graphique 4. 29 : Proportions de l'initiation précoce a l'allaitement par région en 2023.....	210
Graphique 4. 30: Evolution du taux d'enfants exclusivement allaité au cours des 6 premiers mois	211
Graphique 4. 31: Taux d'enfants exclusivement allaités au cours des 6 premiers mois par région en 2023.....	212
Graphique 4. 32 : Répartition de la proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois encore allaités selon la région en 2023.....	212
Graphique 4. 33: Evolution du taux global de fécondité générale de 1993 à 2021	213
Graphique 4. 34: Evolution du l'indice synthétique de fécondité de 1993 à 2021	214
Graphique 4. 35: Indice synthétique de fécondité par région en 2021	214
Graphique 4. 36: Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà débuté leur vie féconde selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	216
Graphique 4. 37: Pourcentage des adolescentes qui ont déjà débuté leur vie féconde selon les régions en 2021	217
Graphique 4. 38: Taux de fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence en 2010 et 2021	218
Graphique 4. 39: Contribution des adolescentes à l'ISF selon le milieu de résidence en 2010 et 2021	218
Graphique 4. 40 : Evolution du taux de mortalité périnatale de 2003 à 2021	219
Graphique 4. 41 : Répartition du taux de mortalité périnatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	220
Graphique 4. 42: Répartition du taux de mortalité périnatale par région en 2021	220
Graphique 4. 43: Evolution du taux de mortalité néonatale de 1993 à 2021	221
Graphique 4. 44: Répartition du taux de mortalité néonatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	222
Graphique 4. 45: Répartition du taux de mortalité néonatale par région en 2021	222
Graphique 4. 46: Evolution du taux de mortalité infantile de 1993 à 2021	223

Graphique 4. 47: Répartition du taux de mortalité infantile selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021	224
Graphique 4. 48: Répartition du taux de mortalité infantile par région en 2021	224
Graphique 4. 49: Evolution du taux de mortalité maternelle de 2003 à 2021.....	225
Graphique 4. 50: Répartition des décès maternels dans les formations sanitaires par causes en 2023	226
Graphique 4. 51: Répartition du taux de décès maternels par région en 2023	227
Graphique 4. 52: Evolution du taux des décès maternels audités dans les formations sanitaires de 2014 à 2023.	227
Graphique 4. 53: Répartition des proportions de décès maternels audités par région en 2023.	228
Graphique 5. 1 : Evolution de l'indice et des sous-indices de couverture des services de santé essentiels de 2000 à 2021	244
Graphique 5. 2 : Evolution de l'incidence des dépenses catastrophiques entre 2009 et 2018.....	245
Graphique 5. 3 : Evolution de la part du budget de l'Etat allouée au MS et au secteur de la santé sur la période 2014-2022.	250
Graphique 5. 4 : Evolution de la part des paiements directs des ménages dans les dépenses courantes de santé	251
Graphique 5. 5 : Evolution de la part des dépenses de santé du reste du monde dans les dépenses courantes de santé de 2013 à 2022	253

LISTE DES CARTES ET SCHÉMAS

Carte 3. 1 : Prévalence de l'obésité du surpoids et de l'insuffisance pondérales chez les femmes âgées de 20-49 ans selon la région en 2021	168
Carte 3. 2: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois par région en 2021	175
Schéma 2. 1 : Cartographie des unités d'hémodialyse du Burkina Faso	127
Carte 3. 3 : Proportion d'enfants de 12–23 mois n'ayant pas reçu de vaccin en 2021	184
Schéma 5. 1 : Dimensions de progrès vers la CSU,	242
Schéma 5. 2: Calcul de l'indice et des sous-indices de couverture des services de santé essentiels	244

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Ac anti-VHC : Anticorps contre le virus de l'hépatite C

ACT : Combinaison thérapeutique d'artémisinine

AgHBs : Antigène de surface de l'hépatite B

ARV : Antirétroviral

ASBC : Agent de santé à base communautaire

AVC : Accident vasculaire cérébral

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BNSP : Brigade nationale des sapeurs-pompiers

CAMA : Caisse d'assurance maladie des armées

CARFO : Caisse autonome de retraite des fonctionnaires

CCC : Communication pour le changement de comportement

CCSC : Communication pour le changement social et comportemental

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHU YO : Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CMU : Centre médical urbain

CNAMU : Caisse nationale d'assurance maladie universelle

CNPS : Conseil national de la protection sociale

CNSS : Caisse nationale de sécurité sociale

CORUS : Centre des opérations de réponses aux urgences sanitaires

CPN : Consultation prénatale

CPS : Chimio-prévention du paludisme saisonnier

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CSU : Couverture sanitaire universelle

DCS : Dépenses courantes de santé

DGSHP : Direction générale de la santé et de l'hygiène publique

DIU : Dispositifs intra-utérins

DPCM : Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles

DRS : Direction régionale de la santé

EDS : Enquête démographique et de santé

EMDS : Enquête multisectorielle sur la démographie et la santé

EndosBF : Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso

ENU MS-BF : Enquête nutritionnelle nationale du ministère de la santé du Burkina Faso

eTME : Elimination de la transmission mère-enfant

HTA : Hypertension artérielle

IEC : Information éducation communication

INSDD : Institut national de la statistique et de la démographie

INSP : Institut national de la santé publique

ISF : Indice synthétique de fécondité

ISSP : Institut supérieur des sciences de la population

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LNR FHV : Laboratoire national de référence fièvres hémorragiques virales

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MCP : Maladie à caractère professionnel

MCV : Maladies cardio-vasculaires

MII : Moustiquaires imprégnées d'insecticide

MILDA : Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action

MJF : Méthode des jours fixes

MNT : Maladies non transmissibles

MP : Maladie professionnelle

MSHP : Ministère de la santé et de l'hygiène publique

OBC : Organisation à base communautaire

ODD : Objectifs de développement durable

OIT : Organisation internationale du travail

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONASER : Office national de la sécurité routière

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le VIH/Sida

OST : Office de santé des travailleurs

PADS : Programme d'appui au développement sanitaire

PA-SD : Plan d'actions pour la stabilisation et le développement

PCA : Paquet complémentaire d'activités

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PCR : Réaction en chaîne par polymérase

PEC : Prise en charge

PF : Planification familiale

PID : Pulvérisation intra-domiciliaire

PMA : Paquet minimum d'activités

PMA 2020 : Performance monitoring and accountability 2020

PNB : Produit national brut

PNDES : Plan national de développement économique et social

PPP : Partenariat public-privé

PSSLS-IST : Programme sectoriel santé de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RAMU : Régime d'assurance maladie universelle

REATB : Recherche active de tuberculose

RP : Risque professionnel

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

SP/CNLD : Secrétariat permanent du comité national de lutte contre les drogues

SRMNI : Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

SSP : Soins de santé primaires

SST : Service de santé au travail

ST/RFS : Secrétariat technique en charge des réformes pour le financement de la santé

TARV : Traitement antirétroviral

TB/VIH : Coinfections TB/VIH

TB-MR/RR : Tuberculose multi-résistante et résistante aux rifampicines

TB-PréUR/UR : Tuberculose pré ultra résistante et ultra résistante

TDR : Test de diagnostic rapide

TPI : Traitement préventif intermittent

TPT : Traitement préventif de la tuberculose

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VAT : Vaccin Antitétanique

VHA : Virus de l'hépatite A

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH-Sida : Virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise

VLT : Visite des lieux de travail

VME : Visite médicale d'embauche

VMFC : Visite médicale de fin de contrat

VMP : Visite médicale périodique

VMR : Visite médicale de reprise

VMS : Visite médicale spéciale

WHOPEN : World health organization package of essential noncommunicable

1. Renforcer les mesures de prévention et améliorer l'accès aux soins pour les populations, en particulier les plus vulnérables, tout en maintenant des efforts constants pour contrôler et éradiquer les maladies transmissibles

Evolution mitigée de la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide et des taux de couverture en TPI3 chez la femme enceinte, de la couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier

Plus de 41% des ménages avaient au moins une MII pour deux personnes en 2021 contre 33% en 2018. Toutefois, seulement 29,6% des ménages de bien-être économique le plus bas, 37,9% des ménages ruraux et moins de 30% des ménages des régions du Sahel, de l'Est et du Nord possédaient une MII pour deux personnes.

La couverture en TPI3 chez les femmes enceintes était plus faible dans les régions du Sahel (36,8%) et de l'Est (49,9%) en 2023. Quant à la couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier, elle était plus faible dans les régions de l'Est (79,1%) et du Sahel (87,5%).

Le paludisme représentait toujours le principal motif de consultation (35,1%), d'hospitalisation (22,9%) et de décès (9,1%) dans les formations sanitaires en 2023.

Le nombre de cas probables de dengue est en augmentation depuis 2017

En 2023, les régions du Centre et des Hauts-Bassins ont enregistré respectivement 3 659 et 2 597 cas hospitali-

sés. Une augmentation exponentielle du nombre de décès liés à la dengue a été notifiée dans les formations sanitaires des mêmes régions entre 2022 et 2023.

L'incidence estimée de la tuberculose est en baisse mais il est indispensable d'intensifier le dépistage dans les groupes spécifiques à haut risque pour la TB

L'incidence estimée de la tuberculose était de 44 cas pour 100 000 habitants en 2022. Mais entre 2014 et 2023, le nombre de cas notifiés de tuberculose toute forme a connu une hausse de 63,8%. La létalité de la TB en 2022 était estimée à 14%.

La létalité du VIH connaît une décroissance ces dix dernières années, avec une augmentation des IST et des hépatites virales

En 2023, le taux de dépistage chez les femmes enceintes était de 91,7% et la létalité du SIDA de 0,40%.

L'incidence des IST était en hausse entre 2014 et 2023 respectivement de 9,6% à 24,43%.

La prévalence de l'hépatite virale B était de 9,1% et celle de l'hépatite virale C était de 3,6% en population générale en 2016. Les décès dus au virus de l'hépatite B étaient plus élevés 108 décès en 2023.

2. Nécessité d'une stratégie nationale renforcée et bien coordonnée, d'une approche holistique pour réduire le fardeau et l'impact des MNT et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes

Les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle, les cardiopathies ischémiques, les cardiopathies congénitales et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont presque doublé dans les formations sanitaires

En 2023, les régions du Centre et des Hauts-Bassins à elles seules comptaient respectivement 83 536 et 52 360 cas de toutes les maladies cardio-vasculaires notifiées dans le pays, soit 43,6%. Les décès étaient essentiellement enregistrés chez les 15 ans et plus (2 802 cas).

Le nombre de cas d'asthme a une tendance à la hausse, passant de 28 668 cas en 2014 à 58 130 cas en 2023, principalement chez les 15 ans et plus (42 107 cas). Les régions des Hauts-Bassins et du Nord enregistraient le plus de décès liés à l'asthme avec respectivement 12 et 10 décès.

Une hausse continue des cas et des décès dus au diabète

Le nombre de cas de diabète dans les formations sanitaires a presque quadruplé de 2014 à 2023, passant de 6 957 à 26 340 cas. Il en est de même pour les décès liés au diabète sur la même période qui sont passés de 110 à 470 décès dans les formations sanitaires.

Une augmentation du nombre de cas et de décès dus à l'insuffisance rénale chronique

De 2014 à 2023, le nombre de cas d'insuffisance rénale chronique est passé de 971 cas à 5 840 cas. Les décès liés à cette pathologie ont plus que triplé entre 2014 et 2023, passant de 209 à 727 décès dans les formations sanitaires.

Une hausse des cas de maladies mentales

Les cas de maladies mentales enregistrés dans les formations sanitaires étaient en hausse, passant de 19 231 cas en 2014 à 34 433 cas en 2023. Depuis 2020, les troubles mentaux liés à la consommation de substances psycho actives occupent la quatrième place. En 2023, les régions des Hauts-Bassins, du Nord et du Centre-Nord enregistraient le plus de décès liés aux maladies mentales respectivement 38 ; 25 et 24 décès.

Les traumatismes par accident de la voie publique ont connu une hausse entre 2014 et 2021

Les régions du Centre (40 983), des Hauts-Bassins (16 751) et du Centre-Est (13 364) ont enregistré le plus grand nombre de cas de traumatisme par accident de la voie publique. Le nombre de décès dus aux accidents de la voie publique enregistrés dans les formations sanitaires a doublé passant de 91 décès en 2016 à 197 décès en 2023, principalement dans la région du Centre (83 cas), suivi de celle du Centre-Est (26) et du Sud-Ouest (20).

Une augmentation des cas d'accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST

La proportion des cas d'accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST était en hausse, passant de 33,4% en 2020 à 45,1% en 2023.

3. Des défis individuels et collectifs à relever dans la lutte pour la réduction de certains facteurs de risque

Malgré les campagnes de sensibilisation mises en place, les taux de consommation d'alcool restent préoccupants

La prévalence de la consommation d'alcool a connu une hausse chez les hommes passant de 31% en 2013 à 36,3% en 2021, tandis que chez les femmes, elle a connu une baisse passant de 24,2% à 22,7% au cours de la même période. Elle est plus élevée chez les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (31,3%) et chez les hommes vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique quatrième (30,3 %). La proportion des consommateurs d'alcool était plus élevée en milieu urbain chez les hommes (28,7 %) et chez les femmes en milieu rural (16,7 %).

Bien que le tabac représente un facteur de risque majeur pour les cancers du poumon, les maladies cardiovasculaires et respiratoires et en dépit d'efforts de sensibilisation, les taux de consommation demeurent préoccupants

La prévalence de la consommation du tabac était plus élevée dans la région du Centre-Nord quel que soit le sexe, respectivement de 7,9% chez les femmes et de 20,9% chez les hommes. Les cigarettes industrielles étaient les plus consommées (93,2%), suivies des cigarettes roulées à la main (4,8%). L'exposition à la fumée du tabac à la maison était plus élevée en milieu rural (29,3%) qu'en milieu urbain (26,1%). Les hommes (32,3%) étaient plus exposés à la fumée du tabac à la maison que les femmes (24,4%).

Entre 2013 et 2021, l'exposition à la fumée du tabac au lieu de travail a connu une augmentation, passant de 22,6% à 28,6%.

De nombreux problèmes nutritionnels et la sédentarité/inactivité sont vecteurs de maladies

La prévalence de la sédentarité/inactivité était plus élevée en milieu urbain (25,7%) qu'en milieu rural (6,4%). De plus, les hommes qui consommaient au moins 5 portions de fruits et/ou légumes représentaient 13,9% de l'ensemble des hommes, alors qu'elle était de 11,5% chez les femmes.

Le surpoids et l'obésité étaient plus élevés en milieu urbain, avec des prévalences respectives de 26,1% et 15,6%, contre 14,41% et 3,1% en milieu rural. L'obésité était plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire (12,0%) et chez celles ayant le niveau secondaire ou plus (11,9%). La prévalence du surpoids et celle de l'obésité étaient plus élevées dans la région du Centre, avec respectivement 27,5% et 15,1%. La région de l'Est enregistrait la prévalence la plus élevée d'insuffisance pondérale (maigreur) avec 44,3% en 2021.

La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les femmes enceintes de 15-49 ans était de 5,7% et le pourcentage de celles qui présentaient un risque de retard de croissance pour leurs bébés était de 0,6%.

Une baisse de la couverture vaccinale chez les femmes enceintes et une proportion inquiétante d'enfants ayant reçu aucun vaccin

La couverture du vaccin antitétanique chez la femme enceinte a connu une baisse entre 2010 et 2021, passant de 85,5% à 68%.

Entre 2010 et 2021, la proportion des enfants complètement vaccinés a diminué, passant de 81,3 % à 76,1 %. En 2021, la proportion des enfants complètement

vaccinés était de 52,9 % dans la région du Sahel. Globalement 1,7 % d'enfants n'avaient pas reçu de vaccin, majoritairement les enfants des ménages du second quintile (2,5%). La proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois, ayant reçu aucun vaccin était plus élevée dans la région du Sahel (3,9 %) et du Centre-Nord (3,4%).

4. Une progression possible vers l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des populations si certains défis sont pris en compte

La disponibilité des méthodes contraceptives modernes dans les formations sanitaires connaît une baisse et leur utilisation révèle des disparités régionales

La disponibilité des méthodes contraceptives dans les formations sanitaires a connu une baisse, passant de 96,8% en 2014 à 94,8% en 2023.

En 2021, a enregistré le taux d'utilisation des méthodes contraceptives était plus élevé dans la région des Hauts-Bassins (39,5%) et plus faible dans la région de l'Est (23,6%).

Une proportion des fausses couches plus élevée chez les femmes de niveau d'instruction élevé et celles vivant dans les ménages aisés

La proportion des fausses couches était plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (8,3%) et chez celles vivant dans les ménages ayant le quintile le plus élevé (8,8%).

Une tendance à la hausse de la létalité liée à la césarienne

La létalité liée à la césarienne entre 2014

et 2023 est passée de 0,15% à 0,28% avec un pic en 2020 (0,32%). En 2023, les régions du Nord (1,53%), du Sahel (0,58%) et du Centre (0,33%) avaient des taux de létalité supérieurs au niveau national (0,28%).

Un besoin de renforcer les capacités des professionnels de santé pour la prise en charge efficace des nouveau-nés prématurés et des nouveau-nés de faible poids de naissance

Les consultations externes et les hospitalisations pour cause de prématurité ont une tendance globalement croissante, passant respectivement de 3 063 en 2014 à 9 770 en 2023 et de 2 785 en 2014 à 9 293 en 2023 dans les centres médicaux et hôpitaux. Les plus fortes proportions du faible poids à la naissance ont été enregistrées dans les régions du Sahel (31,5%), des Cascades (28%), du Centre Ouest (14,3%) et de l'Est (13,5%) en 2021.

La fécondité est à la baisse

Le taux global de fécondité générale était de 149 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15-49 ans en 2021.

L'indice synthétique de fécondité connaît une tendance à la baisse, passant de 6,9 enfants par femme en 1993 à 4,4 enfants en 2021.

La mortalité périnatale, néonatale et la mortalité infantile demeurent une préoccupation majeure

En 2021, les taux de mortalité périnatale les plus élevés étaient enregistrés dans les régions du Sud-Ouest (44 ‰) et des Cascades (43 ‰).

Le risque de décès néonatal était le plus élevé en milieu rural (18 ‰), quand la mère

avait le niveau d'instruction primaire (26 ‰) et quand l'enfant était né dans un ménage avec un niveau de bien-être économique moyen (23‰). Quant au taux de mortalité infantile, il était plus élevé dans les régions du Sud-ouest (71‰), des Cascades (60‰) et du Sahel (58‰).

Les hémorragies, les infections et les éclampsies comme causes principales des décès maternels dans les formations sanitaires

Les trois (03) principales causes de décès maternels dans les formations sanitaires étaient les hémorragies (26%), les infections (14,3%) et les éclampsies (12,8%) en 2023. Dans les formations sanitaires, 59,6% de ces décès ont été audités. La région du Centre (28,4%) et du Centre-Nord (42,9%), avaient un faible taux de réalisation des audits de décès maternels.

5. Nécessité pour le système d'information sanitaire d'être orienté vers une collecte dynamique de données de qualité pour un suivi des progrès vers la CSU

Le cadre juridique, institutionnel et organisationnel de la couverture sanitaire universelle (CSU) au Burkina Faso est bien structuré et repose sur plusieurs piliers clés.

Sur le plan juridique, des lois et décrets garantissent le droit à la santé pour tous, notamment à travers la Constitution et des textes spécifiques sur la sécurité sociale et l'assurance maladie universelle (RAMU). Sur le plan stratégique, des politiques nationales ambitieuses, comme le PNDES et le Plan d'actions pour la stabilisation et le développement (PA-SD), visent à étendre

la couverture à 15 % de la population par le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) d'ici à 2025. Enfin, au niveau institutionnel, des organismes spécialisés (CNAMU, CAMA) assurent la gestion de l'assurance maladie pour les civils et les forces armées, tandis que des mutuelles et assurances privées couvrent les secteurs informels et professionnels. Ce cadre global, bien coordonné par le Conseil National de la Protection Sociale, témoigne d'une volonté forte de garantir un accès équitable et abordable aux soins pour tous les Burkinabè.

Il demeure un certain nombre de défis dans la dynamique de la mise en place de la couverture sanitaire universelle

Plus d'efforts devrait être fournis pour l'opérationnalisation du RAMU, le renforcement des capacités de l'offre de soins, le suivi régulier de la progression vers la CSU et la mobilisation adéquate des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé.

En outre, l'adoption du décret essentiel à l'opérationnalisation du RAMU conjugué au développement du Système Intégré de Gestion du RAMU, ouvre la voie pour démarrer les activités liées à l'immatriculation des assujettis.

L'effectivité de la CSU au Burkina Faso permettra aux populations en général et celles vulnérables en particulier d'avoir un accès facile aux soins de santé.

INTRODUCTION

Le Burkina Faso fait face à de nombreux défis en matière de santé publique, constituant un enjeu majeur pour le développement durable du pays. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés en matière d'offre de service de santé, le système sanitaire doit sans cesse ajuster ses stratégies pour répondre aux besoins croissants de la population. Ce système reste confronté à des contraintes considérables, notamment en termes de ressources humaines, financières, matérielles et infrastructurelles limitées. Par ailleurs, la crise sécuritaire que traverse le pays, caractérisée par des déplacements de populations et la fermeture ou le fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires, impactent l'état de santé de la population.

L'édition 2023 du rapport sur l'état de santé de la population s'appuie sur les données les plus récentes pour analyser les principaux indicateurs de santé, tout en évaluant les progrès accomplis et les défis persistants. Il propose aux décideurs, professionnels de santé et aux partenaires techniques et financiers des informations essentielles pour orienter les stratégies et les prises de décisions.

Ce document couvre les domaines clés de la santé publique, notamment :

- les maladies transmissibles ;
- les maladies non transmissibles ;
- les facteurs de risque, habitudes de vie et prévention ;
- la santé sexuelle et reproductive ;
- la dynamique de la couverture sanitaire universelle.

✓ Méthode de travail

Le processus d'élaboration du rapport 2023 sur l'état de santé de la population a été participatif. Ainsi, ce rapport a été produit par l'Institut national de santé publique en collaboration avec les acteurs issus des directions centrales et des agences du Ministère de la santé, de l'Institut national de la statistique et de la démographie, de l'Institut supérieur des sciences de la population, des autres secteurs ministériels, notamment le ministère en charge de la protection sociale, de l'environnement, de l'économie et des finances et des partenaires au développement.

Ce document a été élaboré en quatre étapes :

- la mise en place d'un groupe thématique de travail et les travaux de groupe ;
- la validation technique du draft0 ;
- la prise en compte des amendements issus de la validation technique ;
- la validation nationale.

Une revue documentaire a porté sur les publications scientifiques, les documents et les rapports de recherche non publiés, les politiques de santé, les rapports d'enquêtes et les documents normatifs en lien avec les thématiques abordées.

✓ Sources de données

Pour l'élaboration du rapport 2023 sur l'état de santé de la population, les données utilisées sont issues principalement des sources suivantes :

- les documents de politiques et normes sanitaires : Plan national de développement sanitaire (PNDS), Plans stratégiques des programmes de santé, Plans annuels, politique nationale de gratuité des soins, rapports d'activités, textes législatifs et réglementaires, etc. ;
- les bulletins et rapports des programmes, des instituts et des projets ;
- les données du Système national d'information sanitaire (SNIS) : annuaires statistiques, rapports de situation (SitRep), etc. ;

- les comptes de santé ;
- les données des institutions de recherche en lien avec la santé ;
- les données des enquêtes ménages :
 - enquêtes démographiques et de santé (EDS) ;
 - enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP) ;
 - enquêtes STEPS ;
 - enquêtes nutritionnelles nationales ;
 - etc.

✓ Collecte de données

Les données ont été collectées sur la base d'une grille de collecte de données préalablement validée. La procédure de collecte de données a suivi les étapes suivantes : (i) adoption d'un plan de rédaction ; (ii) identification des indicateurs ; (iii) renseignement de chaque indicateur. Pour chaque indicateur retenu, la valeur, le niveau de désagrégation, l'année et la source ont été renseignés.

✓ Analyse des données

Les analyses ont été essentiellement descriptives. Pour chaque indicateur identifié, selon la disponibilité des données, une analyse de tendance pour le niveau national et une analyse par région pour l'année 2023 ont été faites. Pour les analyses de tendances, la période de 2014 à 2023 a été considérée. Les valeurs de certains indicateurs ont été désagrégées par région, par groupe d'âge, par sexe, par milieu de résidence et par quintile de bien-être économique et présentées sous forme de tableaux, de graphiques et de cartes.

✓ Limites

Certains indicateurs pertinents initialement identifiés n'ont pas été pris en compte dans le rapport par manque de données. Pour les données issues de l'annuaire statistique du Ministère de la santé, les données manquantes pour l'année 2019 ont été une limite dans la production des courbes de tendance de certains indicateurs.

CHAPITRE 1 : MALADIES TRANSMISSIBLES

Au Burkina Faso, les maladies transmissibles constituent une priorité majeure de santé du fait de leurs fortes prévalences. Le pays a entrepris de nombreuses interventions dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé, de la protection de la santé et du traitement pour la lutte contre ces maladies. Cependant, malgré ces efforts, le pays continue de faire face à d'importants défis tels que l'insuffisance d'hygiène et d'assainissement, le recours tardif aux soins médicaux, l'insuffisance de sensibilisation, la persistance des comportements à risque, l'insuffisance de ressources financières, ainsi que l'insuffisance de l'offre de services de santé dans le secteur de la santé.

Ce chapitre sur les maladies transmissibles traite des principales maladies telles que le paludisme, la dengue, la tuberculose, le VIH-Sida, les infections sexuellement transmissibles (IST), les hépatites virales et les maladies émergentes et ré-émergentes.

1.1 Paludisme

Le paludisme est dû à des parasites du genre *Plasmodium* transmis à l'homme par des piqûres de moustiques Anophèles femelles infectés, appelés « vecteurs du paludisme ». Il existe cinq types d'espèces de parasite responsables du paludisme chez l'homme, dont deux (*Plasmodium falciparum* et *Plasmodium vivax*) sont les plus dangereux. Au Burkina Faso, le *Plasmodium falciparum* est le plus répandu. La lutte contre le paludisme est une priorité coordonnée par le Secrétariat permanent pour l'élimination du paludisme (SP/Palu).

1.1.1 Prévention du paludisme

Plusieurs moyens de prévention sont développés dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Il s'agit de la lutte antivectorielle, le traitement préventif intermittent (TPI), la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3-59 mois, la communication pour le changement social et comportemental (CCSC), la vaccination et la surveillance de la résistance aux insecticides et aux antipaludiques.

1.1.1.1 Lutte antivectorielle

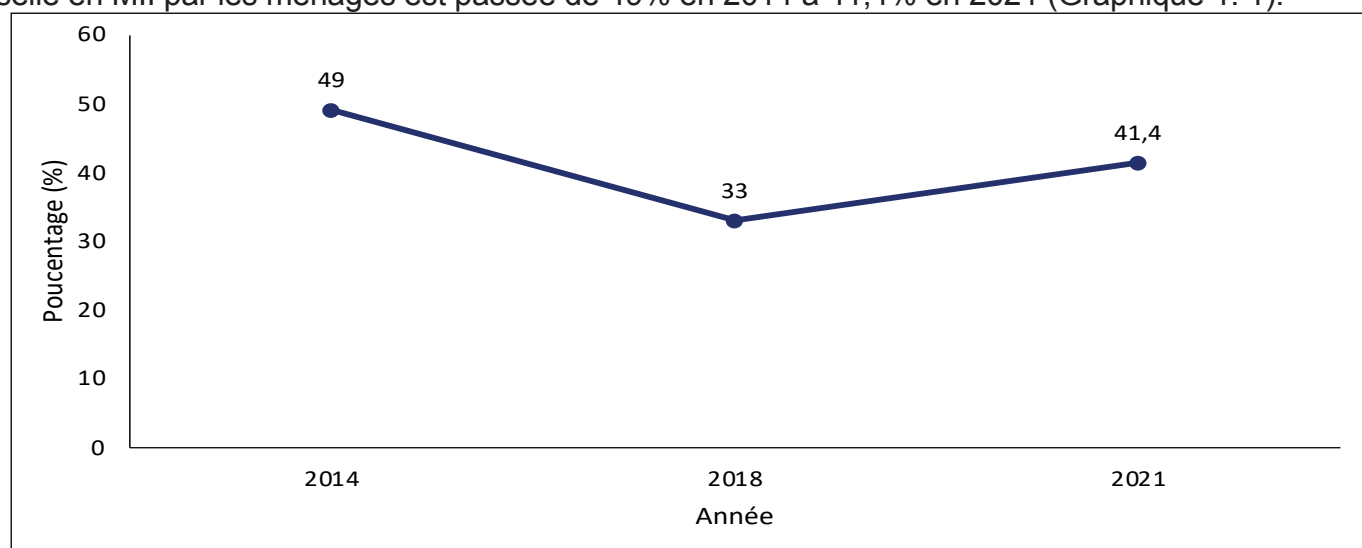
1.1.1.1.1 Distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide

La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) se fait sous forme de campagne tous les trois ans et en routine au profit des femmes enceintes, dès le premier contact de soins prénatals (CPN1) ainsi qu'aux enfants de moins d'un an dès la naissance.

Concernant les campagnes, une distribution de masse a été mise en œuvre en phase pilote dans le district sanitaire de Diébougou en 2009. La première campagne universelle de distribution de masse a eu lieu en 2010. Depuis lors, le Burkina Faso a mis en œuvre 5 campagnes de distribution universelle de masse dont la dernière a eu lieu en 2022. L'objectif est d'accroître à au moins 80% le taux d'utilisation des MII par la population du Burkina Faso. Ce qui passe par un accès à 100% en raison d'une MII pour deux personnes. Les MII constituent une barrière physique et chimique des moustiques adultes à l'homme.

► Evolution de la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide

La proportion de ménages ayant au moins une MII pour deux personnes ou une couverture universelle en MII par les ménages est passée de 49% en 2014 à 41,4% en 2021 (Graphique 1. 1).



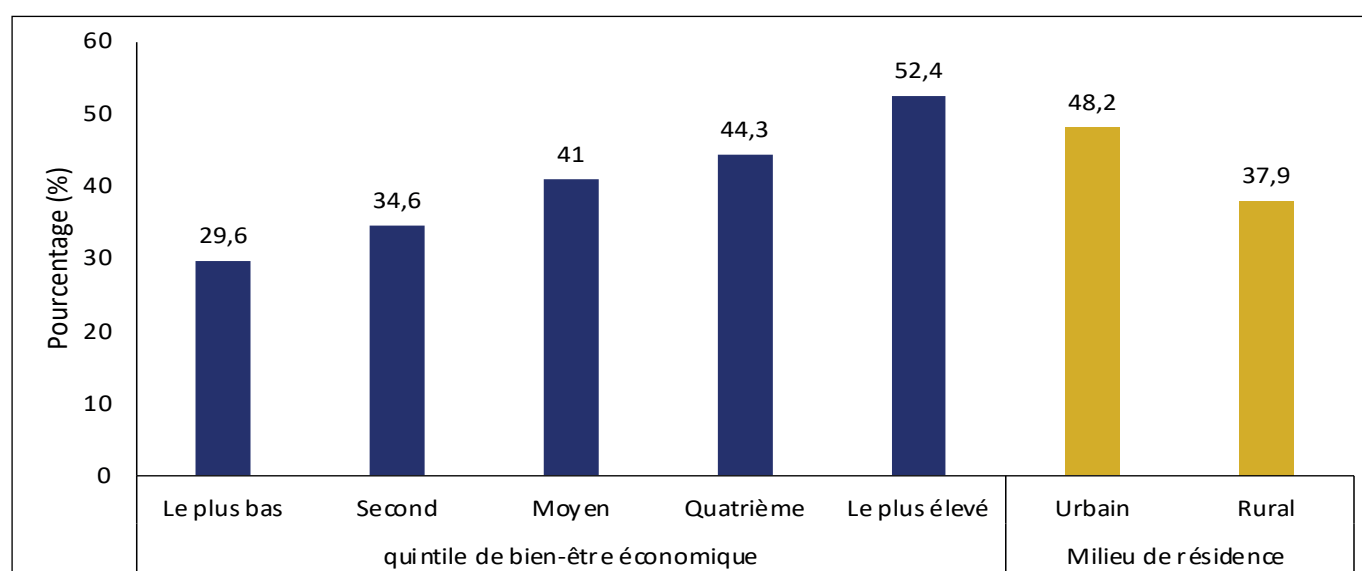
Source : INSD, EIP 2014 et 2018, EDS 2021

Graphique 1. 1 : Tendence de la proportion de ménages ayant au moins une MII de 2014 à 2021

► Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par milieu de résidence et quintile de bien-être économique en 2021

Le pourcentage de ménages possédant une MII pour deux personnes était plus élevé dans les ménages plus riches (52,4 %) et plus faible dans les ménages de bien-être économique le plus bas (29,6%).

En ce qui concerne le milieu de résidence, les ménages du milieu urbain avaient un taux de possession des MII plus élevé (48,2%) que le milieu rural (37,9%) en 2021 (Graphique 1. 2)

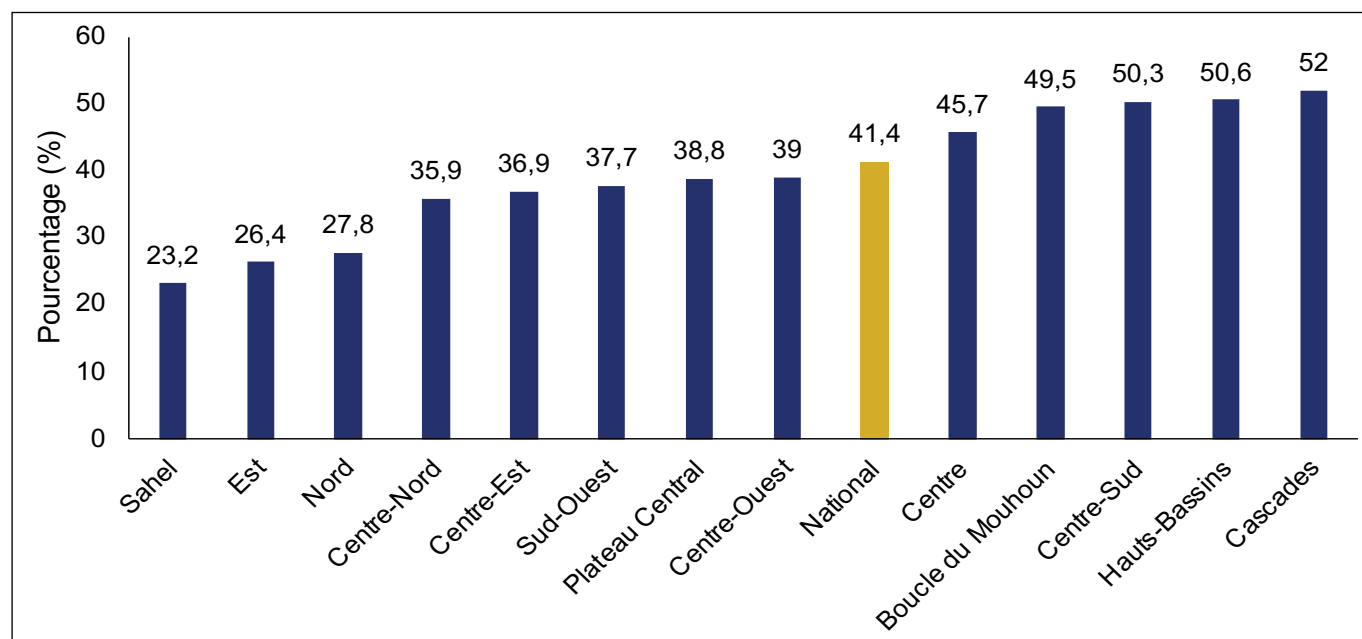


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 2 : Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes par quintile de bien-être économique et milieu de résidence en 2021

► Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par région en 2021

Le pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes était plus élevé dans les régions des Cascades (52%), des Hauts-Bassins (50,6%) et du Centre-Sud (50,3%) en 2021 (Graphique 1. 3).

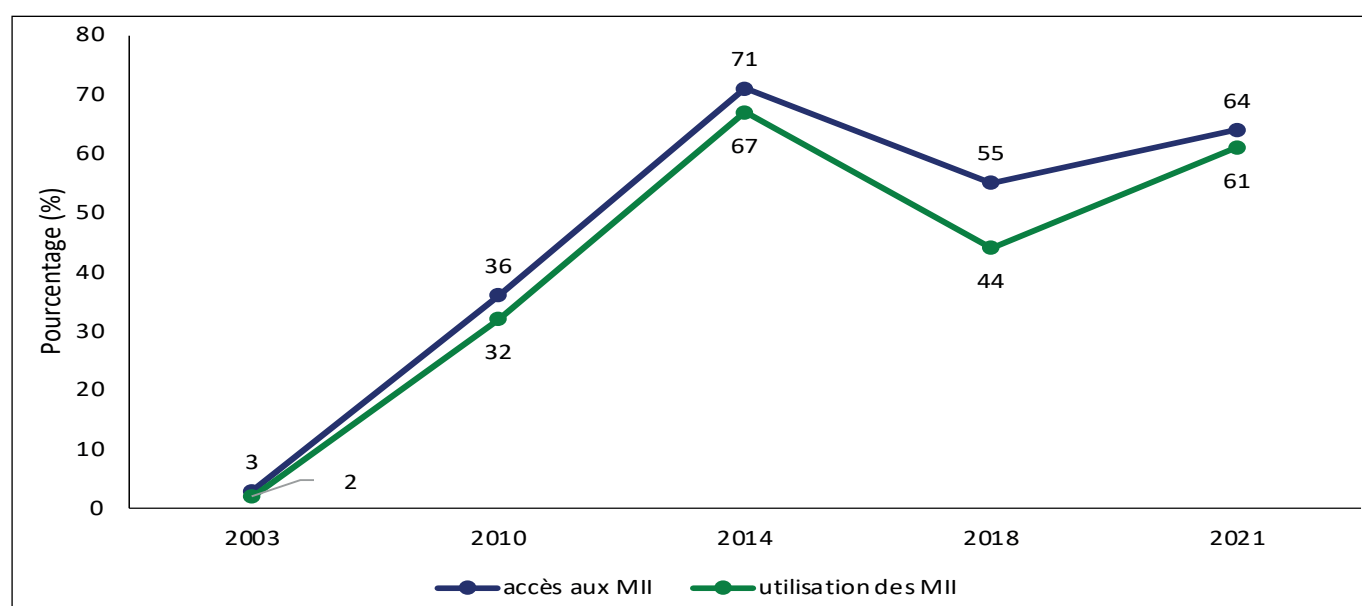


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 3 : Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire pour deux personnes par région en 2021

► Evolution de l'accès et de l'utilisation des moustiquaires

Entre 2003 et 2021, la proportion de la population ayant accès à une MII était en hausse, passant de 3 % à 64 %. Dans la même période, la proportion de la population ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview a également augmenté, passant respectivement de 2 % à 61 % (Graphique 1. 4).



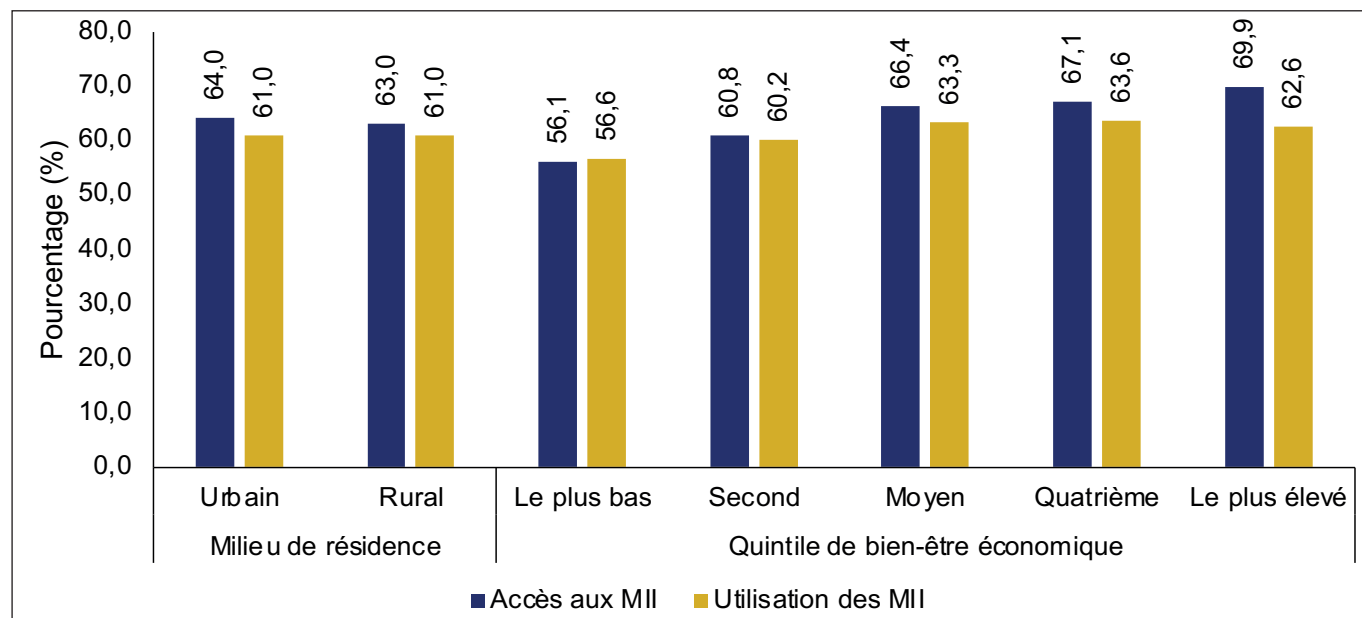
Source : INSD, EIP 2014 et 2018, EDS 2003, 2010 et 2021

Graphique 1. 4 : Evolution des taux d'accès et d'utilisation des MII de 2003 à 2021

Accès et utilisation des MII par milieu de résidence et par quintile de bien-être économique en 2021

L'accès à une MII dans les ménages était légèrement plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (63 % et 64 %). Pour le quintile de bien-être économique, les ménages de niveau économique le plus bas avaient moins accès aux MII (56,1%) que ceux de niveau économique le plus élevé (69,9%).

L'utilisation des MII la nuit avant l'interview par les membres des ménages était quasi similaire entre les milieux de résidence. Les ménages de niveau de bien-être économique le plus bas utilisaient moins les MII (56,6%) en 2021. (Graphique 1. 5).

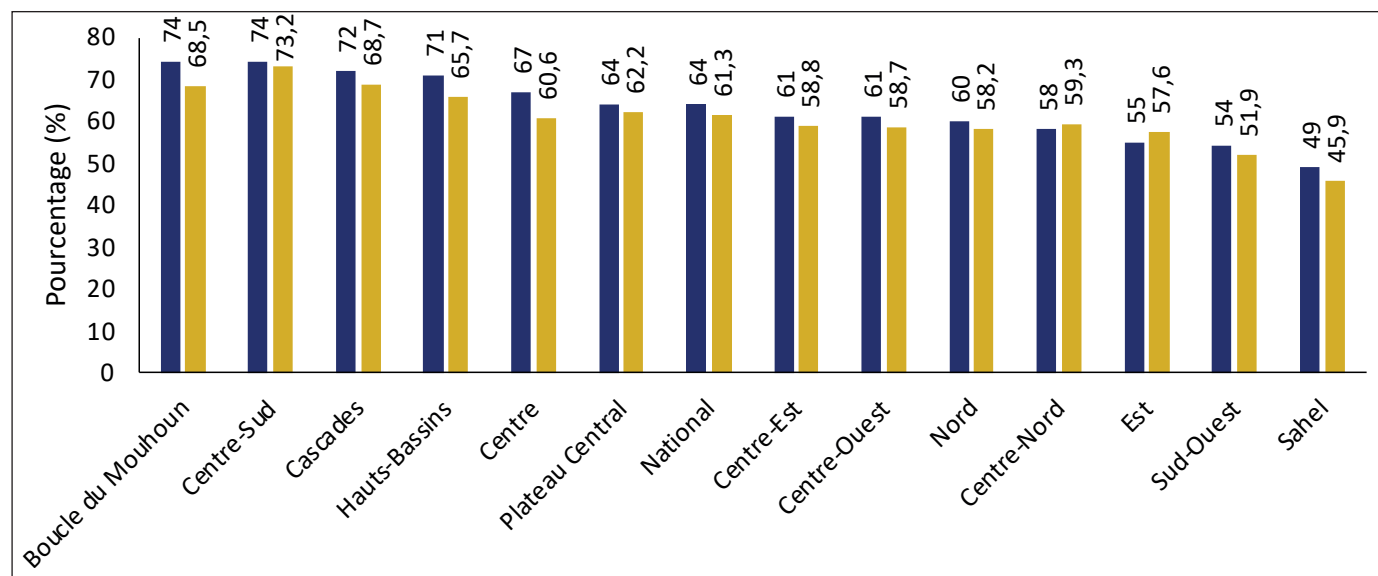


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 5 : Accès et utilisation des MII par milieu de résidence et par quintile de bien-être en 2021

► Accès et utilisation des MII par région en 2021

L'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide était plus faible dans les régions du Sahel (49 %), du Sud-Ouest (54 %) et de l'Est (55 %). L'utilisation était aussi faible dans ces régions avec respectivement 46%, 52% et 58% en 2021 (Graphique 1. 6).

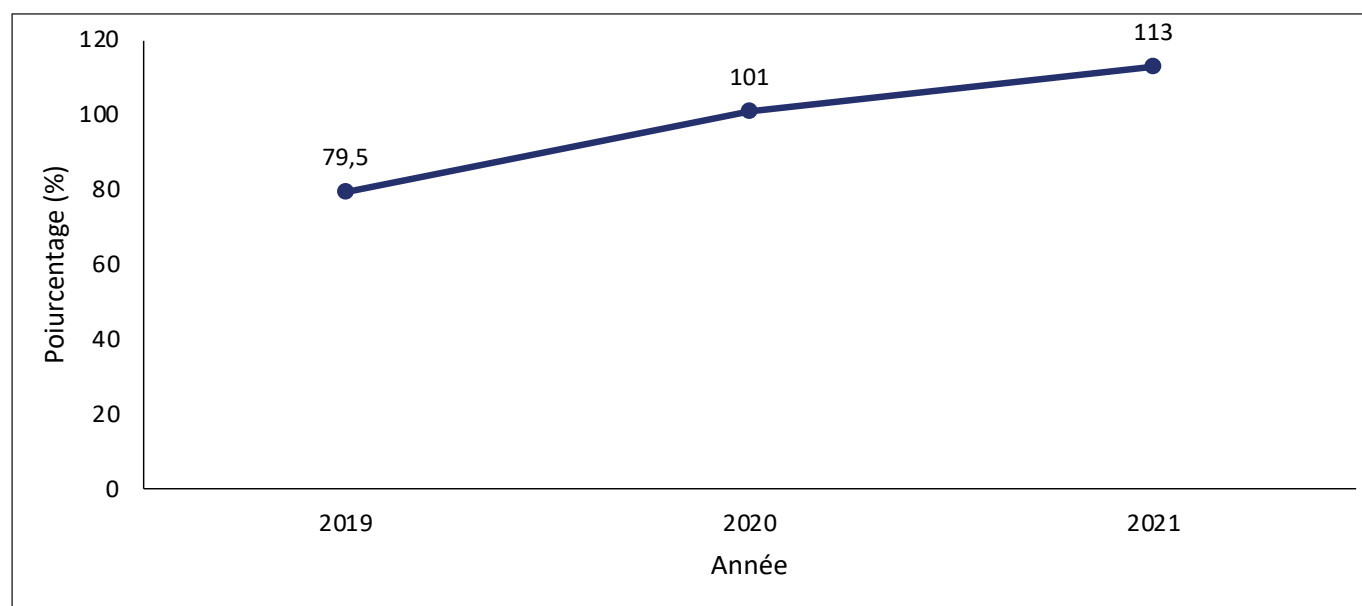


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 6 : Accès et utilisation des MII par région en 2021

► Pulvérisation intra-domiciliaire

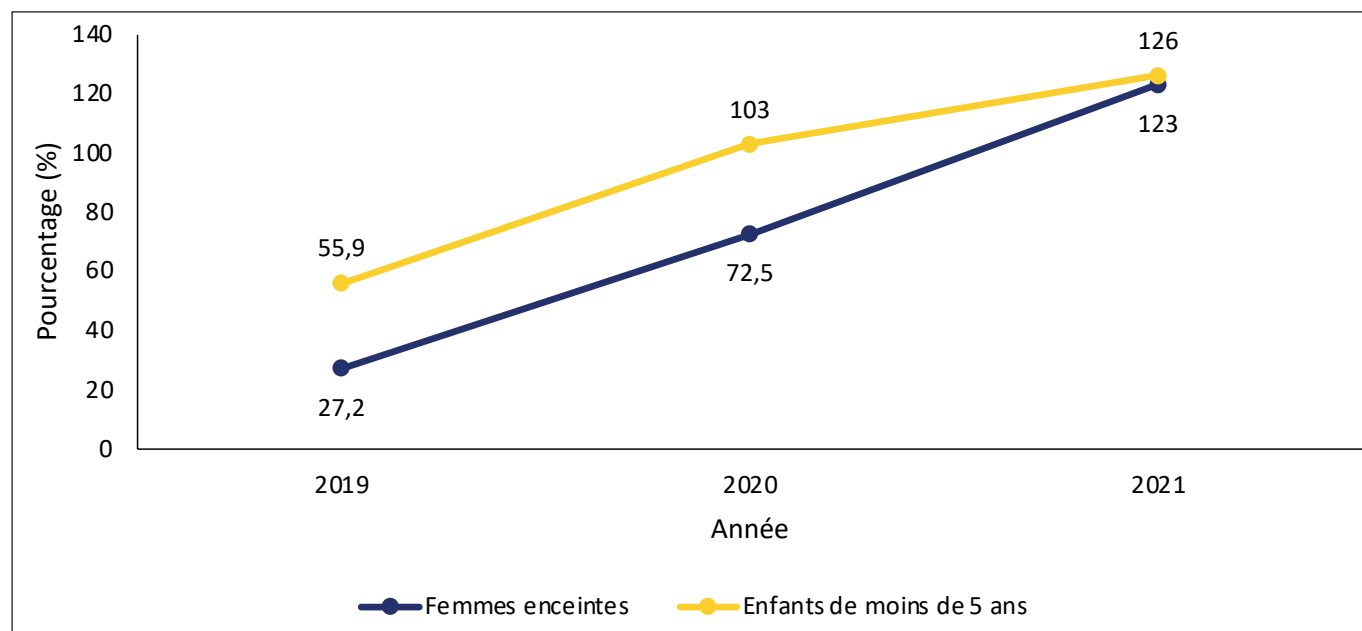
La proportion de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) dans les zones de couverture (Kampti, Kongoussi et Solenzo) était en hausse entre 2019 et 2021, passant de 79,5% à 113% (Graphique 1. 7).



Source : MSHP, Rapport SP/Palu 2019, 2020 et 2021

Graphique 1. 7 : Evolution de la proportion de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra-domiciliaire de 2019 à 2021

Les proportions de femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ayant été protégés par la PID étaient croissantes de 2019 à 2021. Elles étaient respectivement de 123% et 126% (Graphique 1. 8).



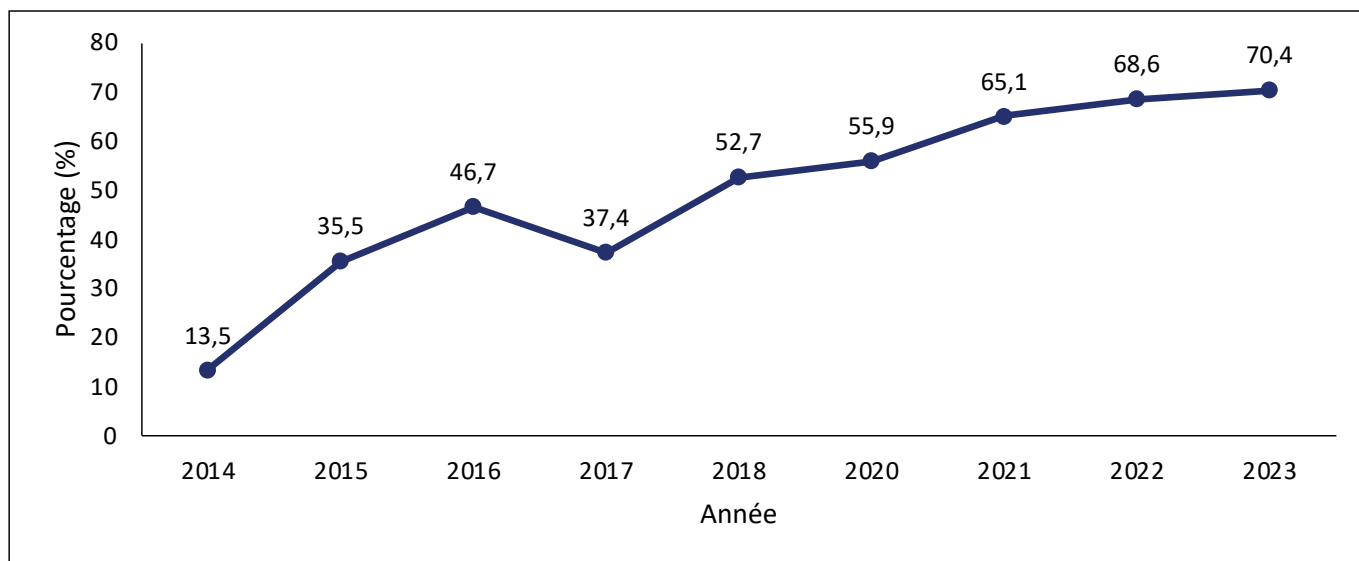
Source : MSHP, Rapport SP/Palu 2019, 2020 et 2021

Graphique 1. 8 : Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ayant été protégés par la PID de 2019 à 2021

1.1.1.2 Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse

1.1.1.2.1 Evolution du Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse de 2014 à 2023

De 2014 à 2023, l'administration de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) chez les femmes enceintes était en hausse passant de 13,5% à 70,4% (Graphique 1. 9).

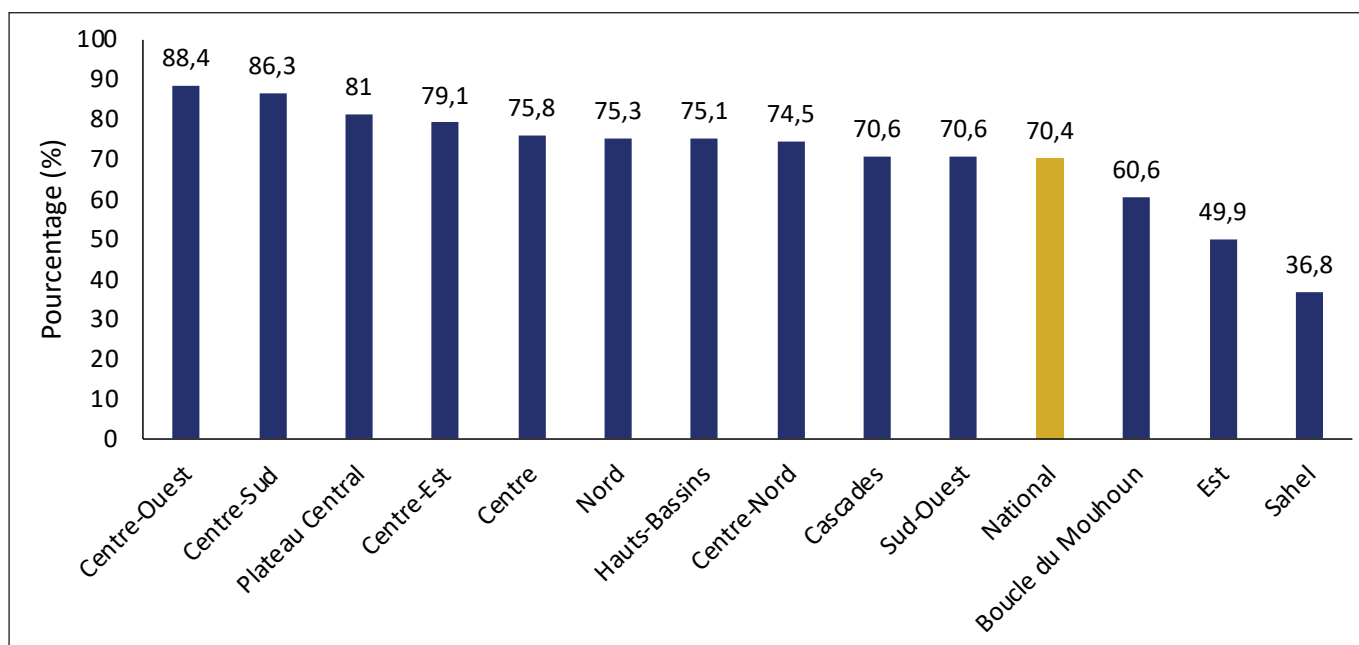


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014-2023

Graphique 1. 9 : Evolution du taux de couverture en TPI3 chez les femmes enceintes de 2014 à 2023

1.1.1.2.2 Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse par région en 2023

La couverture en 3ème dose du TPI (TPI3) chez les femmes enceintes était plus faible dans les régions du Sahel (36,8%), de l'Est (49,9%) et de la Boucle du Mouhoun (60,6%) en 2023 (Graphique 1. 10).



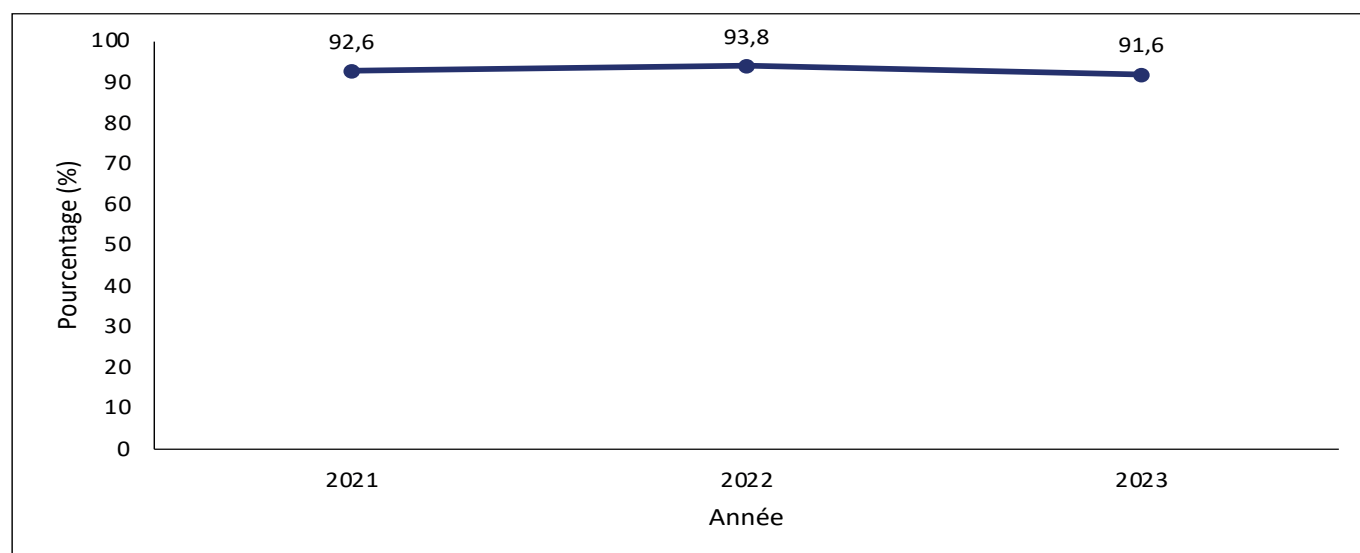
Source : MSHP, Annuaire statistique en 2023

Graphique 1. 10 : Taux de couverture en TPI3 chez les femmes enceintes par région en 2023

1.1.1.3 Chimio prévention du paludisme saisonnier

1.1.1.3.1 Evolution de la couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier de 2021 à 2023

La stratégie de la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) est une recommandation de l'OMS qui concerne les enfants de 3 à 59 mois. Elle a débuté au Burkina Faso en 2014 dans sept (07) districts sanitaires pilotes¹ et est passée à l'échelle nationale depuis 2019. Depuis 2021, le pays a commencé à collecter l'indicateur portant "proportion des enfants ayant bénéficié d'au moins 4 passages". Cet indicateur était quasi stationnaire depuis 2021. Il était de 91,63 % en 2023 (Graphique 1. 11).

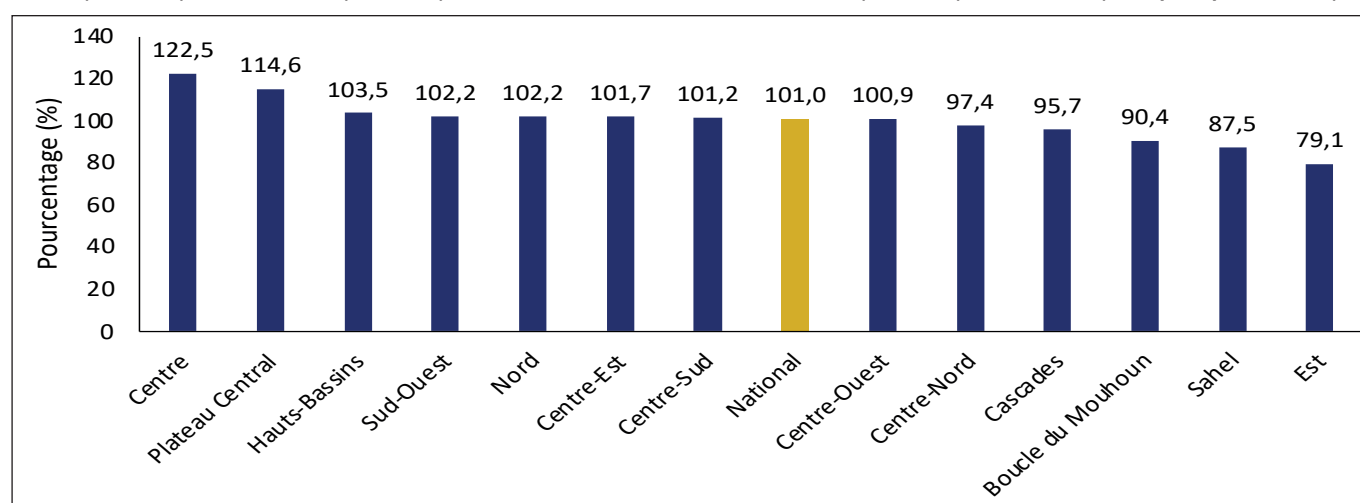


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2021-2023

Graphique 1. 11 : Evolution de la couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier de 2021 à 2023

1.1.1.3.2 Couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier par région en 2023

La couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier était plus faible dans les régions de l'Est (79,1%), du Sahel (87,5%) et de la Boucle du Mouhoun (90,4%) en 2023 (Graphique 1. 12).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 12 : Couverture de la chimio prévention du paludisme saisonnier par région en 2023

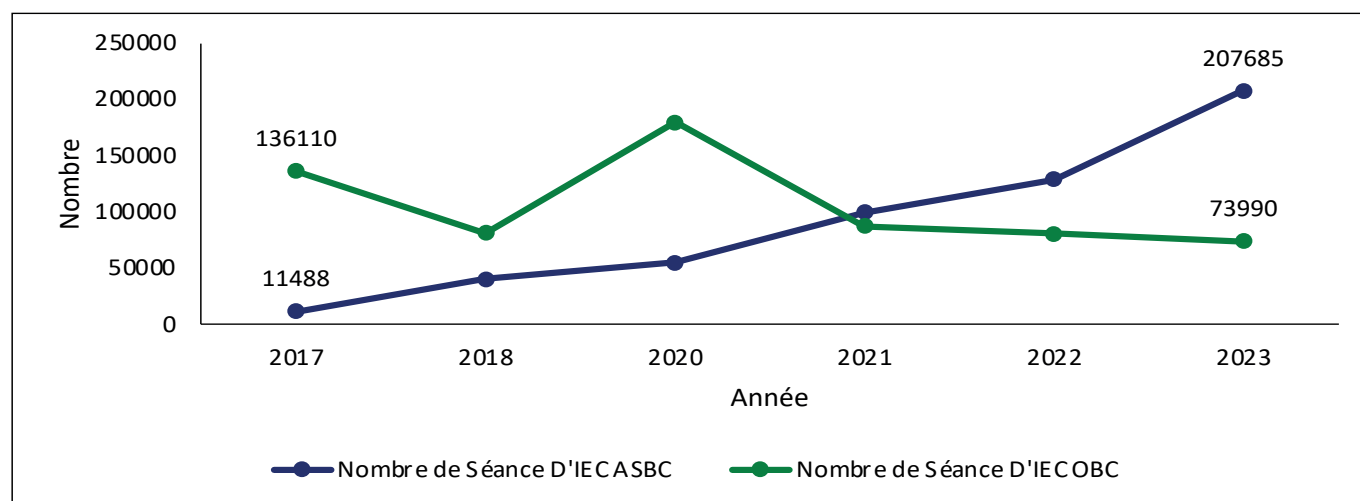
¹ District sanitaire de Boussé, de Garango, de Kaya, de Bogandé, de Tougan, de Séguénéga et de Sebba

1.1.1.4 Communication pour le changement social et comportemental

1.1.1.4.1 Nombre de séances d'IEC / CCC réalisé

► Evolution du nombre de séances d'IEC / CCC sur le paludisme de 2017 à 2023

Le nombre de séances d'information éducation communication et communication pour le changement de comportement (IEC / CCC) sur le paludisme réalisé par les agents de santé à base communautaire (ASBC) était en hausse entre 2017 et 2023 passant respectivement de 11 488 à 207 685. Celui des OBC était en baisse sur la même période passant de 136 110 à 73 990 (Graphique 1. 13).

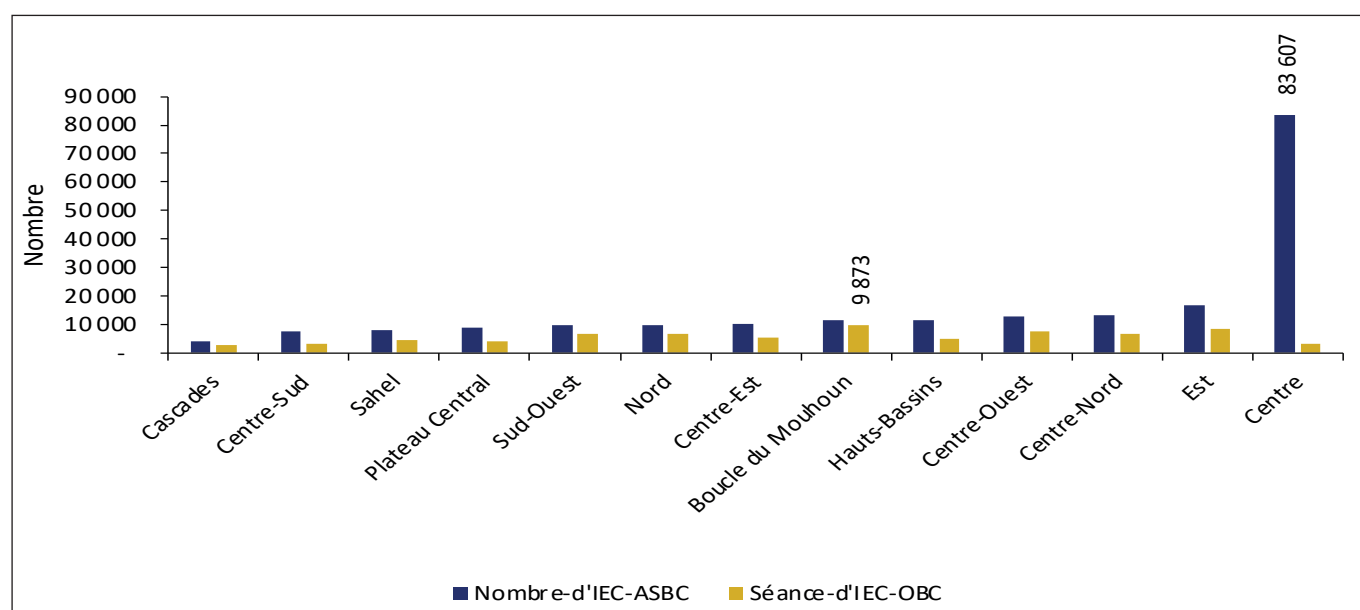


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2017-2023

Graphique 1. 13 : Evolution du nombre de séances d'IEC sur le paludisme de 2017 à 2023

► Nombre de séances d'IEC sur le paludisme par région en 2023

Le nombre de séances d'IEC sur le paludisme réalisé par les ASBC était plus élevé dans la région du Centre (83 607). Celui des OBC était plus élevé dans la région de la Boucle du Mouhoun (9 873) en 2023 (Graphique 1. 14).



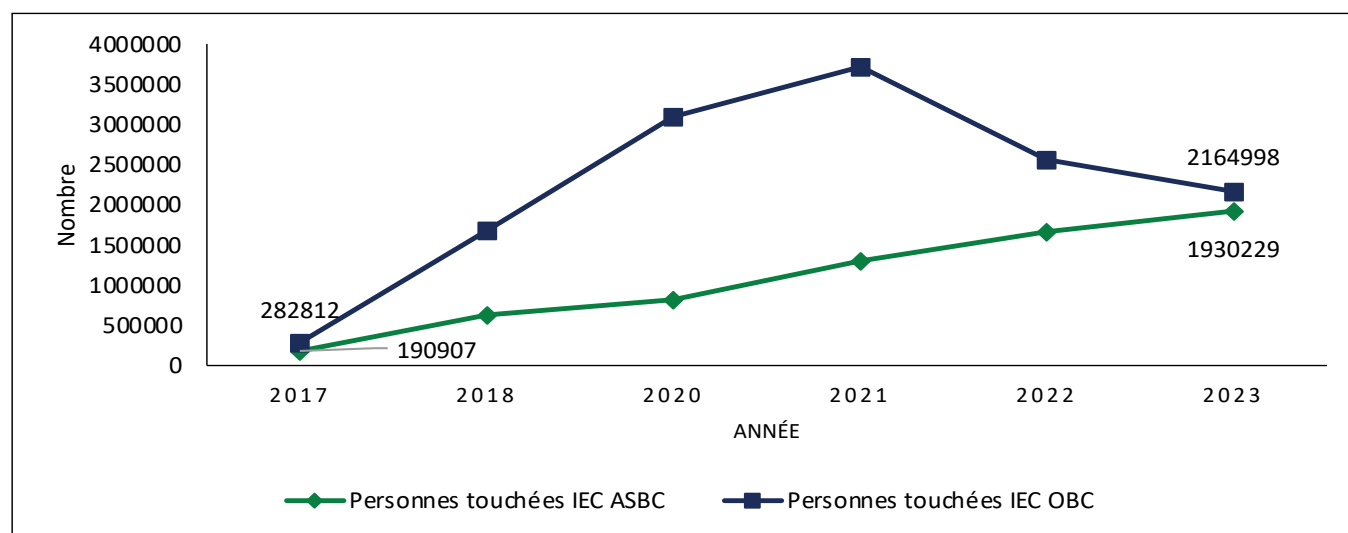
Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 14 : Nombre de séances d'IEC sur le paludisme par région en 2023

1.1.1.4.2 Nombre de personnes touchées par les séances d'IEC CCC

► Evolution du nombre de personnes touchées lors des séances d'information-éducation-communication sur le paludisme de 2017 à 2023

Le nombre de personnes touchées lors des séances d'information-éducation-communication (IEC) sur le paludisme par les ASBC était globalement en hausse entre 2017 et 2023 passant de 190 907 en 2017 à 2 164 998 en 2023. Celui des Organisation à base communautaire (OBC) était aussi en hausse passant de 190 907 à 1 930 229 (Graphique 1. 15).

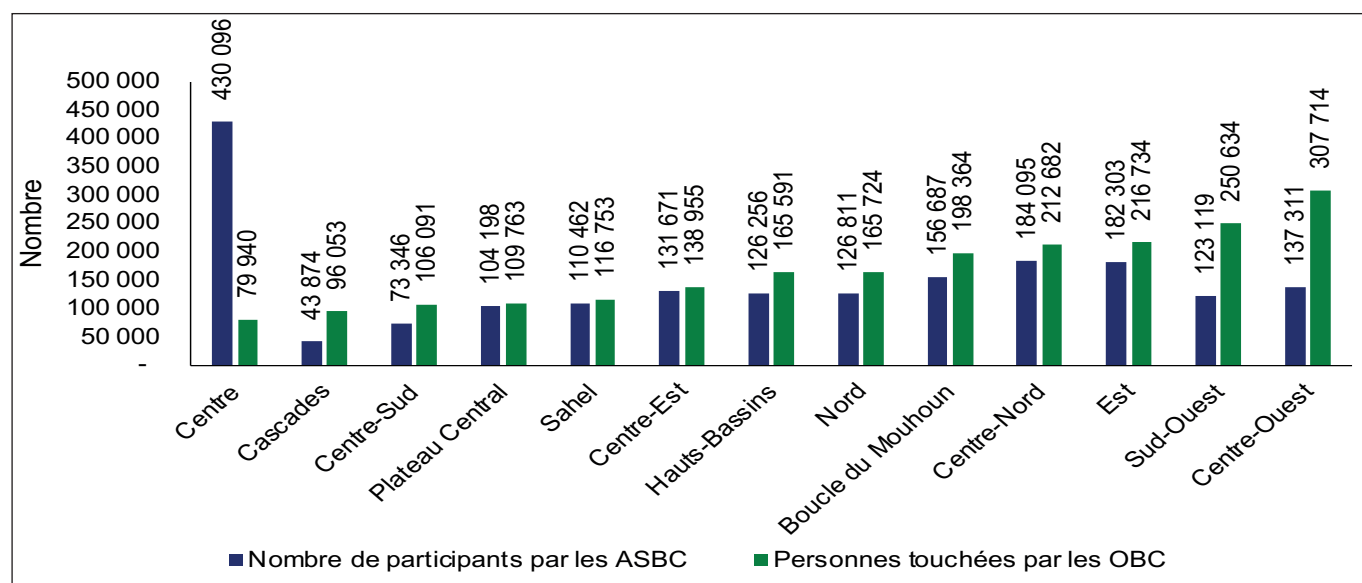


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2017-2023

Graphique 1. 15 : Evolution du nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par les ASBC et les OBC de 2017 à 2023

► Nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par région en 2023

Le nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par les ASBC était plus élevé dans la région du Centre (430 096). Celui des OBC était plus élevé dans la région du Centre-Ouest (307 714) en 2023 (Graphique 1. 16).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

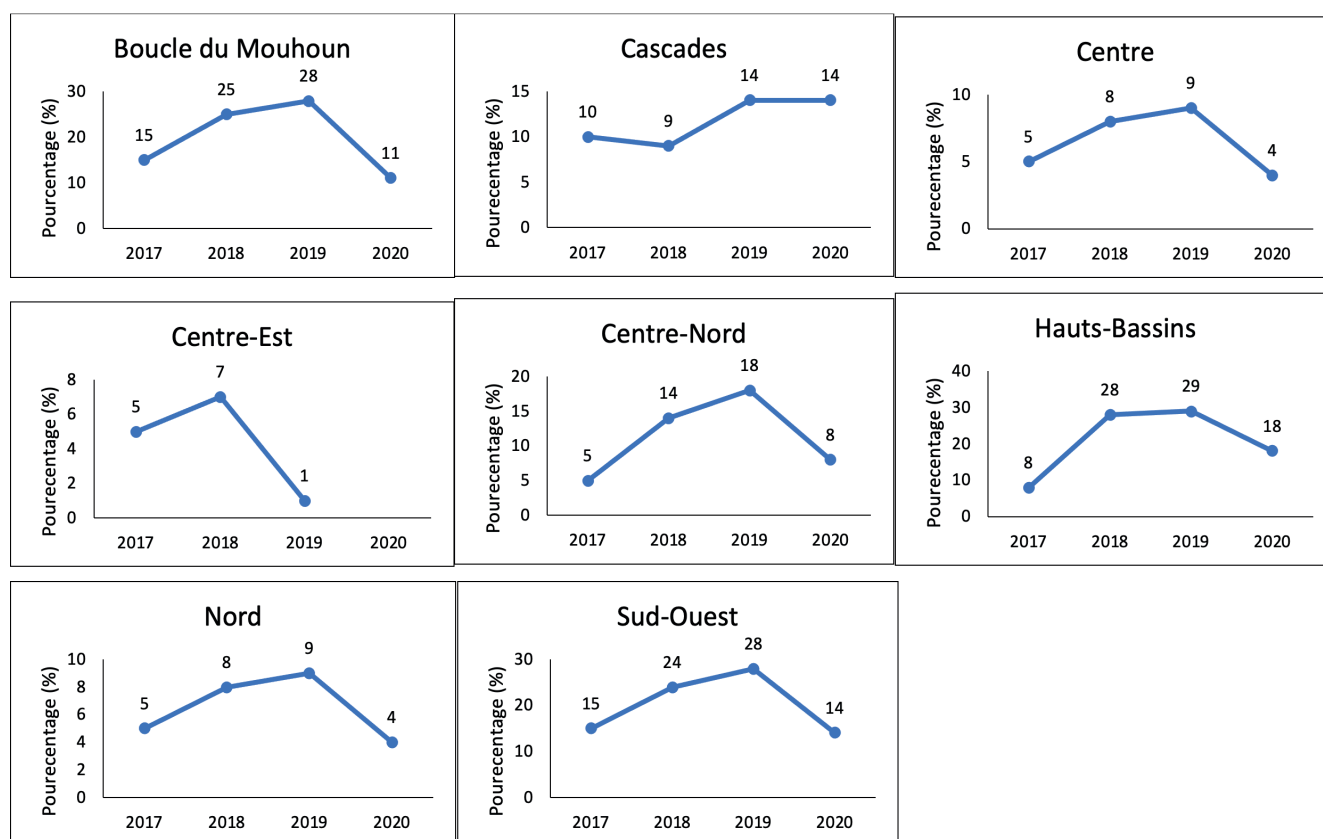
Graphique 1. 16 : Nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC sur le paludisme par région en 2023

1.1.1.5 Vaccination

En octobre 2021, l'OMS a recommandé l'utilisation renforcée du RTS,S chez les enfants vivant dans les régions où la transmission était modérée à forte. Il a préqualifié le vaccin antipaludique RTS,S en juillet 2022 et le vaccin antipaludique R21 en décembre 2023. Dès l'annonce de la recommandation, le Burkina Faso en partenariat avec l'OMS a conduit une étude sur la stratification épidémiologique pour identifier les districts qui ont le plus besoin du vaccin. Ceci pour réduire l'incidence du paludisme en tenant compte du nombre maximum de doses potentiellement disponibles par pays selon le principe de solidarité du cadre de l'OMS, qui est de 1 million de doses du vaccin par an, soit d'environ 250 mille enfants cibles par an. Afin de prioriser les districts ayant le plus besoin du vaccin, les districts ont été distingués en 3 zones catégorielles. Les districts des zones de catégorie 1 ont été classés de la plus forte à la plus faible incidence jusqu'à atteindre un maximum de 250 000 enfants. Cette approche a conduit à la sélection de 27 districts dans 7 régions, couvrant une population d'environ 240 000 enfants cibles par an.

1.1.1.6 Niveaux de résistance des moustiques aux insecticides

Dans tous les sites sentinelles, on constate une hausse de la résistance aux insecticides entre 2017 et 2019 sauf le site du Centre-Est (Graphique 1. 17).



Source : MSHP, SP/Palu, ReDop-BF

Graphique 1. 17 : Evolution de la résistance aux insecticides par sites sentinelles de 2017 à 2020.

1.1.2 Charge du paludisme

Le paludisme représentait le principal motif de consultation (35,1%), d'hospitalisation (22,9%) et de décès (9,1%) dans les formations sanitaires² en 2023. La prévalence parasitaire chez les enfants de moins de 5 ans était de 14,2%³ en 2021. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les cibles les plus vulnérables.

Du point de vue socio-économique, le paludisme constitue un frein réel au développement humain durable du fait de son impact sur l'espérance de vie, l'éducation des enfants, la productivité, l'épargne familiale et nationale.

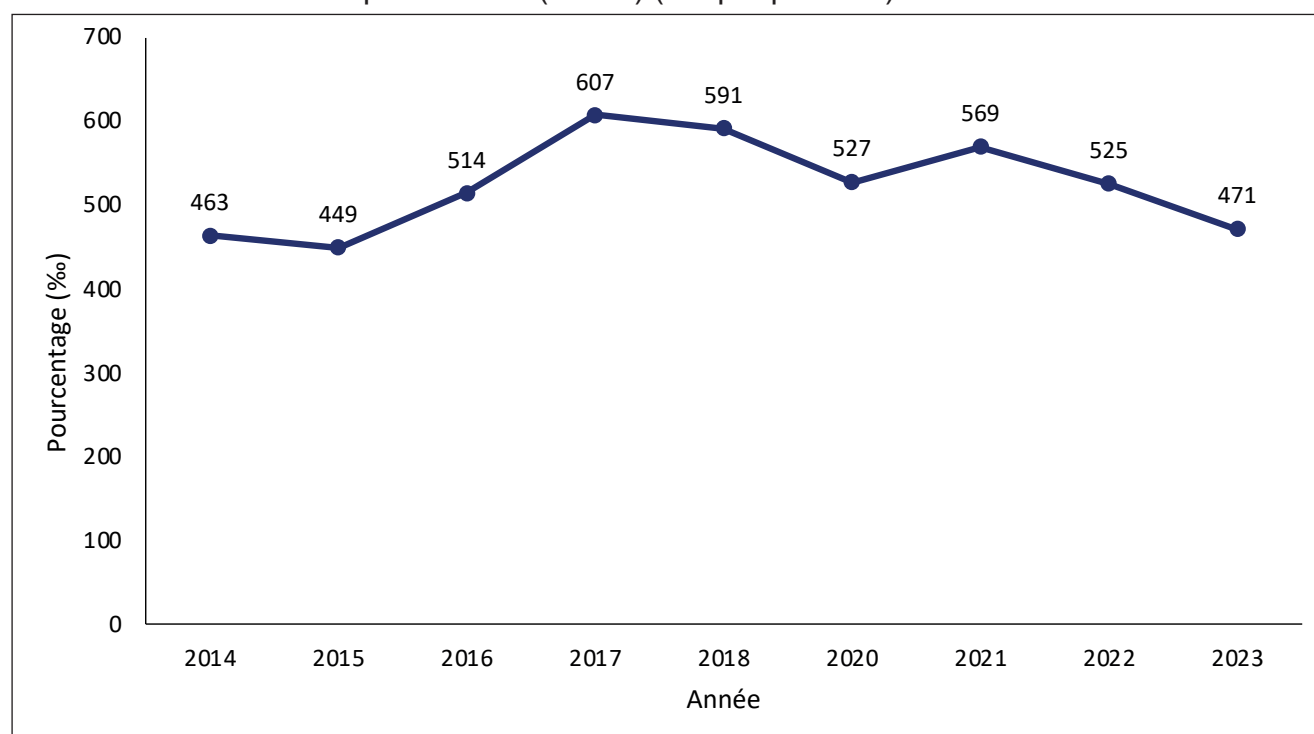
Les dépenses réalisées pour la lutte contre le paludisme sont passées de 44 069 007 200 FCFA en 2014 à 164 315 870 000 FCFA en 2022. La part contributive des ménages représentait 50% en 2014 (22 035 841 640 FCFA) et 34% en 2022 (55 177 260 000 FCFA)⁴.

1.1.3 Epidémiologie du paludisme

1.1.3.1 Incidence du paludisme

1.1.3.1.1 Evolution de l'Incidence du paludisme de 2014 à 2023

L'incidence du paludisme était légèrement en hausse entre 2014 et 2023 passant de 463‰ à 471‰ habitants avec un pic en 2017 (607‰) (Graphique 1.18).



Source : MSHP, *Annuaire Statistiques 2014 à 2023*

Graphique 1. 18 : Evolution de l'incidence du paludisme de 2014 à 2023

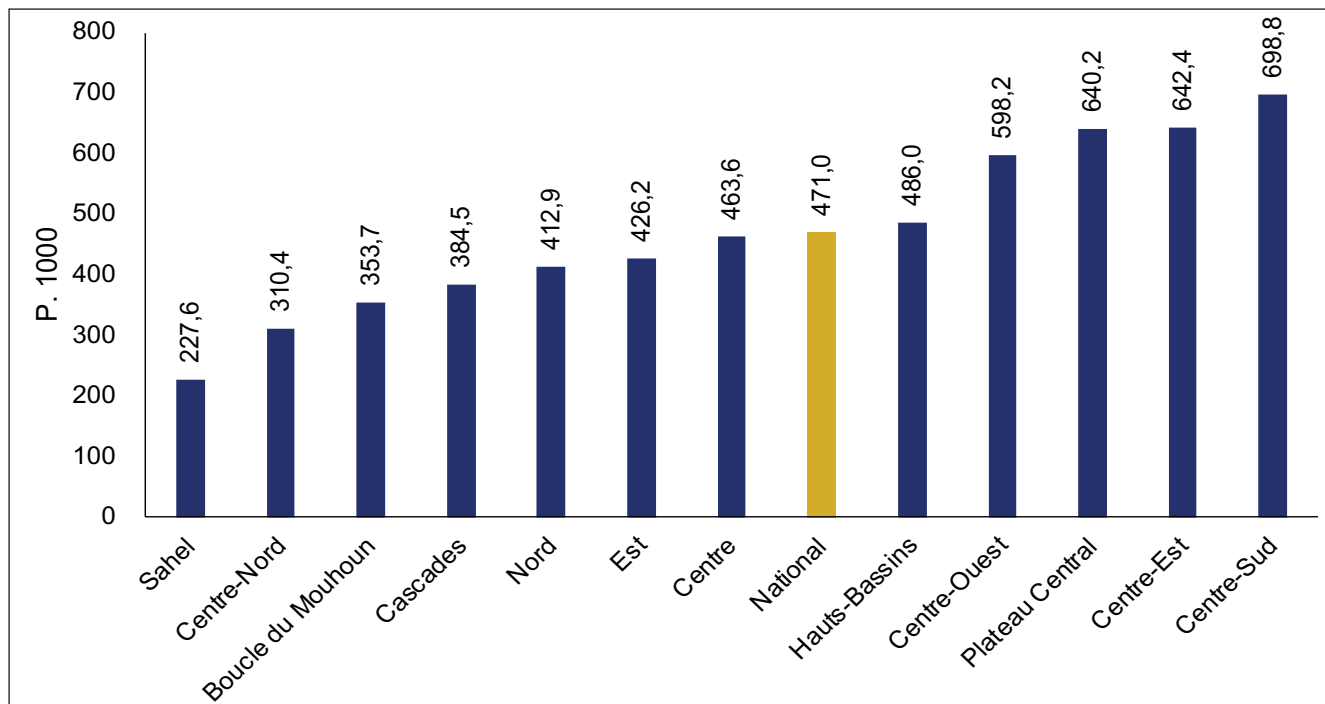
1.1.3.1.2 Incidence du paludisme par région en 2023

Les incidences les plus élevées ont été enregistrées dans les régions du Sud-Ouest (711,8‰), du Centre-Sud (698,8‰), du Centre-Est (642,4‰) et du Plateau Central (640,2‰) (Graphique 1. 19).

² MSHP, *Annuaire statistique 2023*

³ INSD, *rapport EDS 2021*

⁴ MSHP, *compte de santé 2022*



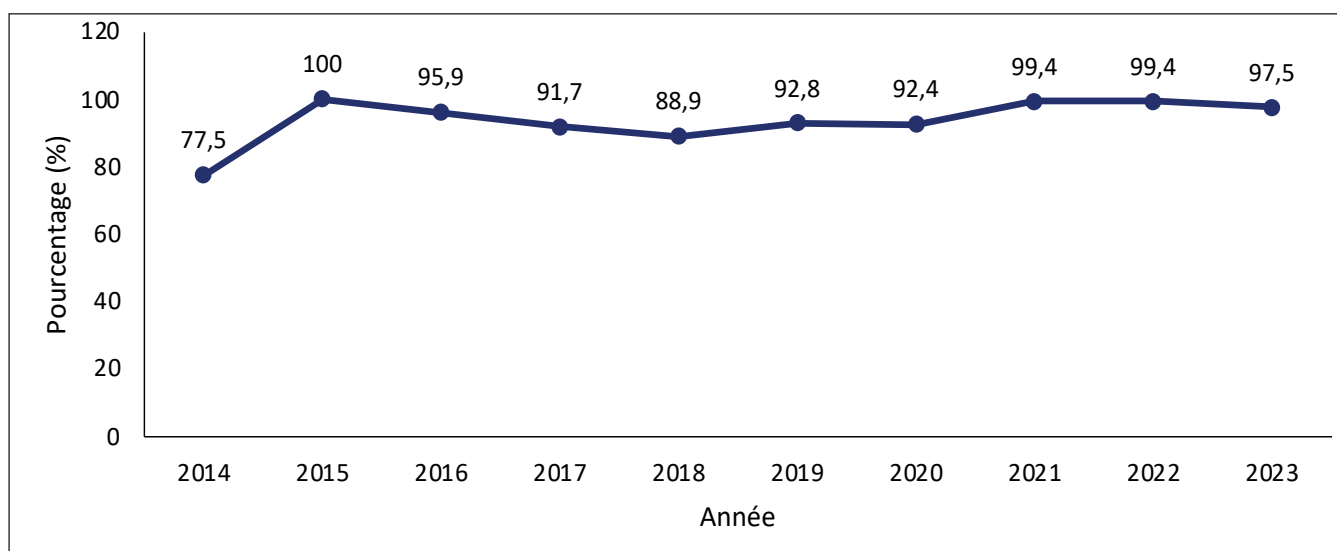
Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 19 : Répartition de l'incidence du paludisme par région en 2023

1.1.3.2 Diagnostic et traitement du Paludisme

1.1.3.2.1 Evolution du taux de confirmation par les tests de diagnostic rapide ou la microscopie des cas suspects de paludisme

Le taux de confirmation du paludisme par le test de diagnostic rapide ou la microscopie était en hausse entre 2014 et 2023 passant de 77,5% à 97,5% (Graphique 1. 20).

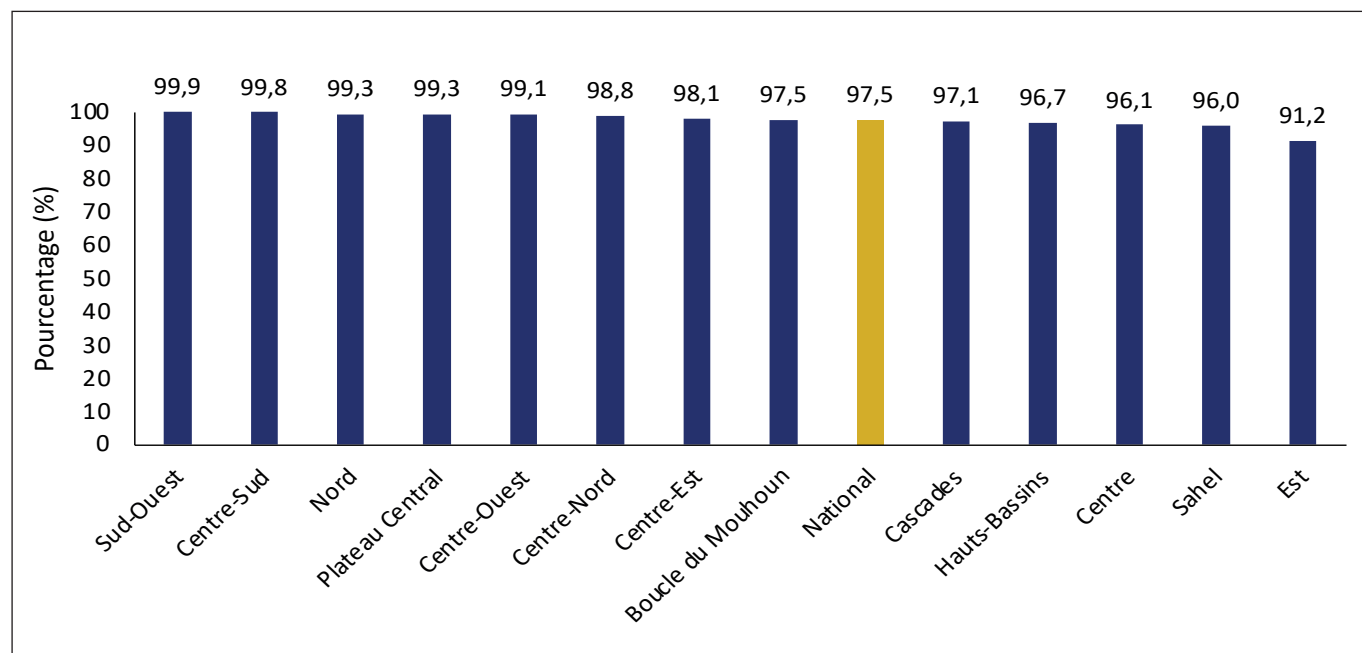


Source : MSHP, Annales Statistiques 2014 à 2023

Graphique 1. 20 : Evolution du taux de confirmation du paludisme par le test de diagnostic rapide ou microscopie de 2014 à 2023

1.1.3.2.2 Test de diagnostic rapide ou microscopie des cas suspects de paludisme par région en 2023

Le taux de confirmation par les tests de diagnostic rapide (TDR) ou par la microscopie le plus élevé était observé dans la région du Sud-Ouest (99,9%) et le taux le plus faible dans la région de l'Est (91,2%) (Graphique 1. 21).

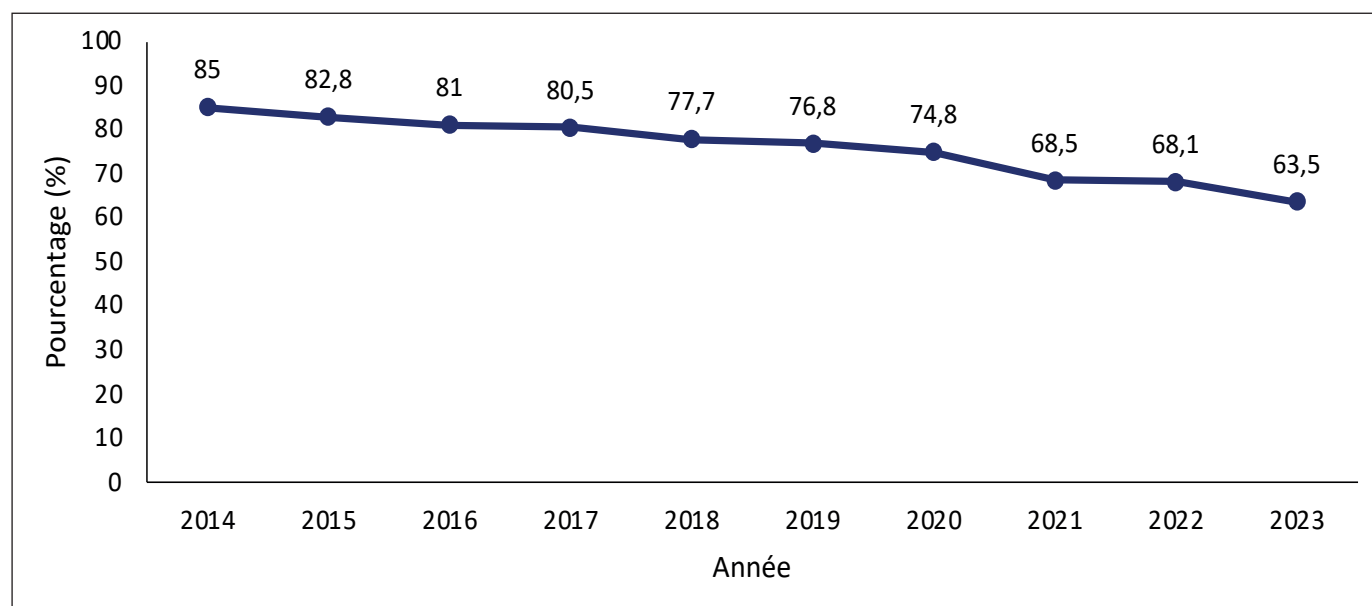


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 21 : Taux de confirmation du paludisme par le test de diagnostic rapide ou microscopie par région en 2023

1.1.3.2.3 Evolution du taux de positivité des tests diagnostics

Le taux de positivité du paludisme était en baisse entre 2014 et 2023 passant de 85% à 63,5% dans les formations sanitaires (Graphique 1. 22).

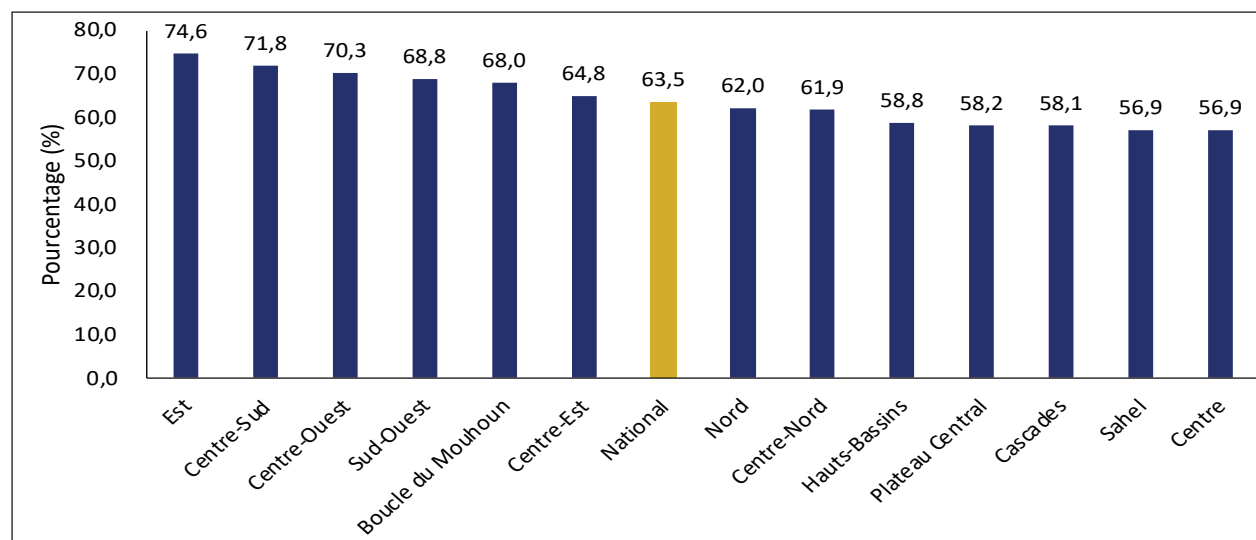


Source : MSHP, Annuaire Statistiques 2014 à 2023

Graphique 1. 22 : Evolution du taux de positivité de 2014 à 2023

1.1.3.2.4 Positivité des tests de diagnostic par région

Le taux de positivité des tests de diagnostic le plus élevé était observé dans la région de l'Est (74,6%) et le taux le plus faible dans la région du Centre (56,9%) (Graphique 1. 23).



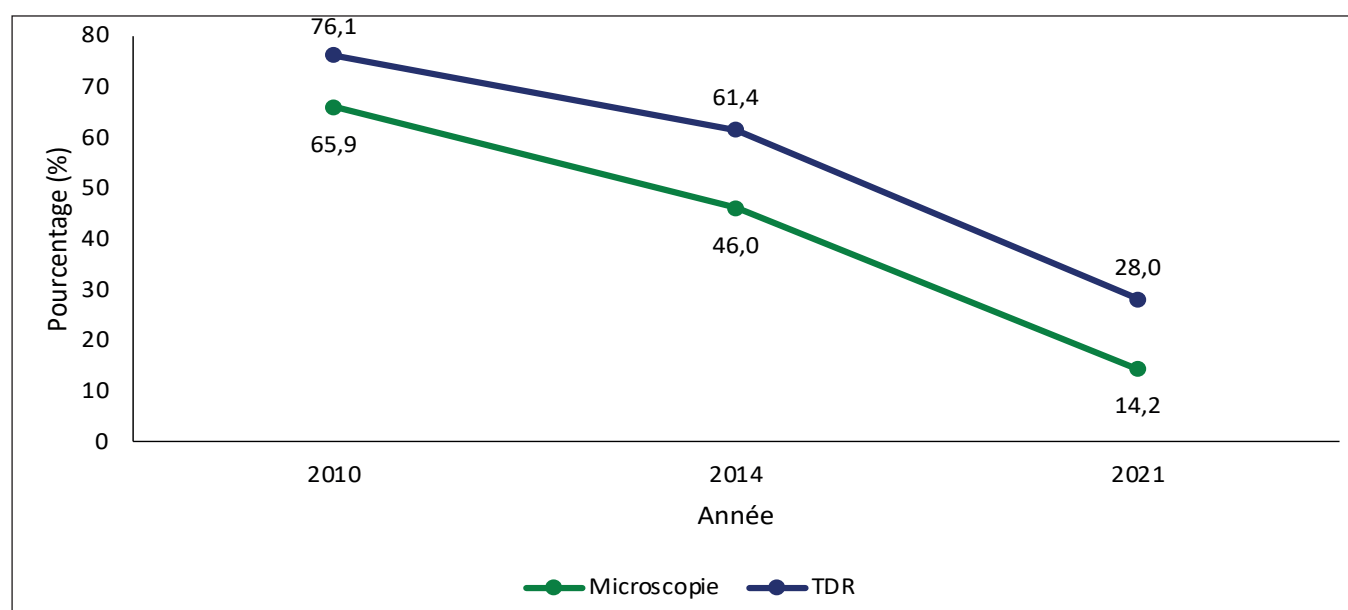
Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 23 : Taux de positivité par région en 2023

1.1.3.2.5 Prévalence parasitaire

► Evolution de la prévalence parasitaire

La tendance de la prévalence parasitaire du paludisme était en baisse entre 2010 et 2021 quel que soit le test, passant respectivement de 65,9% à 14,2% pour la microscopie et de 76,1% à 28% pour le TDR chez les enfants de 6-59 mois (Graphique 1. 24).

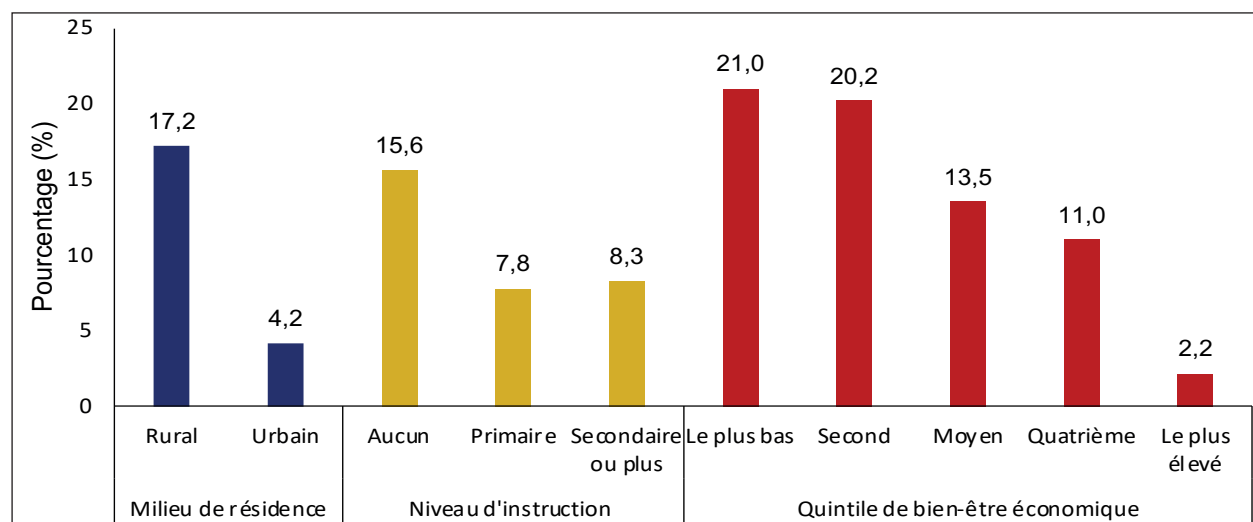


Source : INSD, EDS 2010 et 2021. EIP 2014

Graphique 1. 24 : Evolution de la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le TDR et l'examen microscopique en 2010, 2014 et 2021

Prévalence parasitaire à microscopie positive par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021

Selon le milieu de résidence, la prévalence parasitaire selon la goutte épaisse était plus élevée en milieu rural, atteignant 17,2%, contre 4,2% en milieu urbain. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, la prévalence parasitaire était plus élevée chez les enfants dont les mères n'avaient aucun niveau d'instruction, avec un taux de 15,6%. De plus, la prévalence parasitaire était plus élevée chez les enfants appartenant aux ménages ayant le quintile de bien-être économique le plus bas (21%) (Graphique 1. 25).

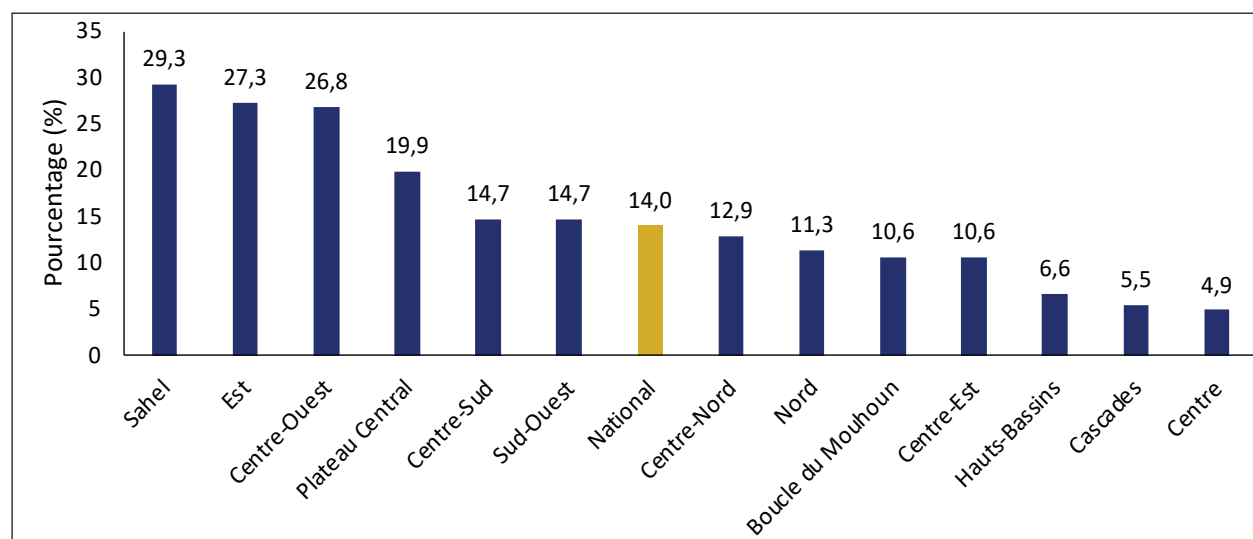


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 25 : Prévalence parasitaire à microscopie positive par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021

► Prévalence parasitaire à microscopie positive par région en 2021

La prévalence parasitaire était plus élevée dans les régions du Sahel (29,3%), de l'Est (27,3%) et du Centre-Ouest (26,8%) en 2021 (Graphique 1. 26).

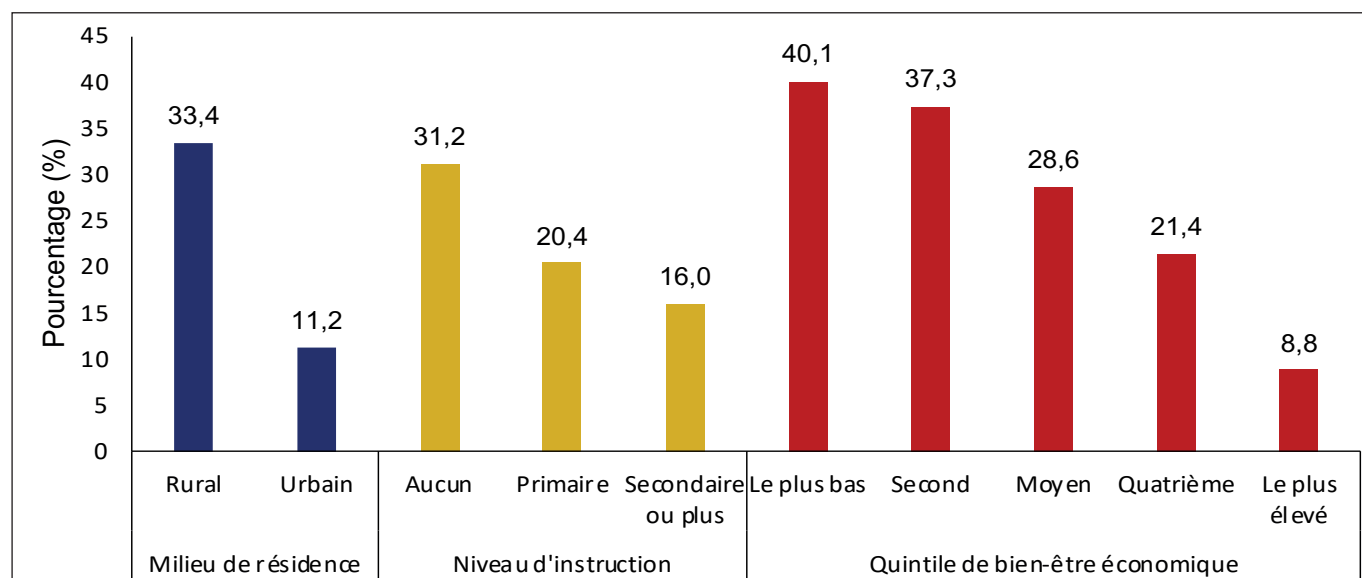


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 26 : Prévalence parasitaire par région en 2021

► Prévalence parasitaire à TDR positif par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021

En fonction du milieu de résidence, la prévalence parasitaire selon les TDR était plus élevée en milieu rural, atteignant 33,4%, contre 11,2% en milieu urbain. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, la prévalence parasitaire était plus élevée chez les enfants dont les mères n'avaient aucun niveau d'instruction, avec un taux de 31,2%. De plus, la prévalence parasitaire était plus élevée chez les enfants des ménages au quintile de bien-être économique le plus bas (40,1%) (Graphique 1. 27).

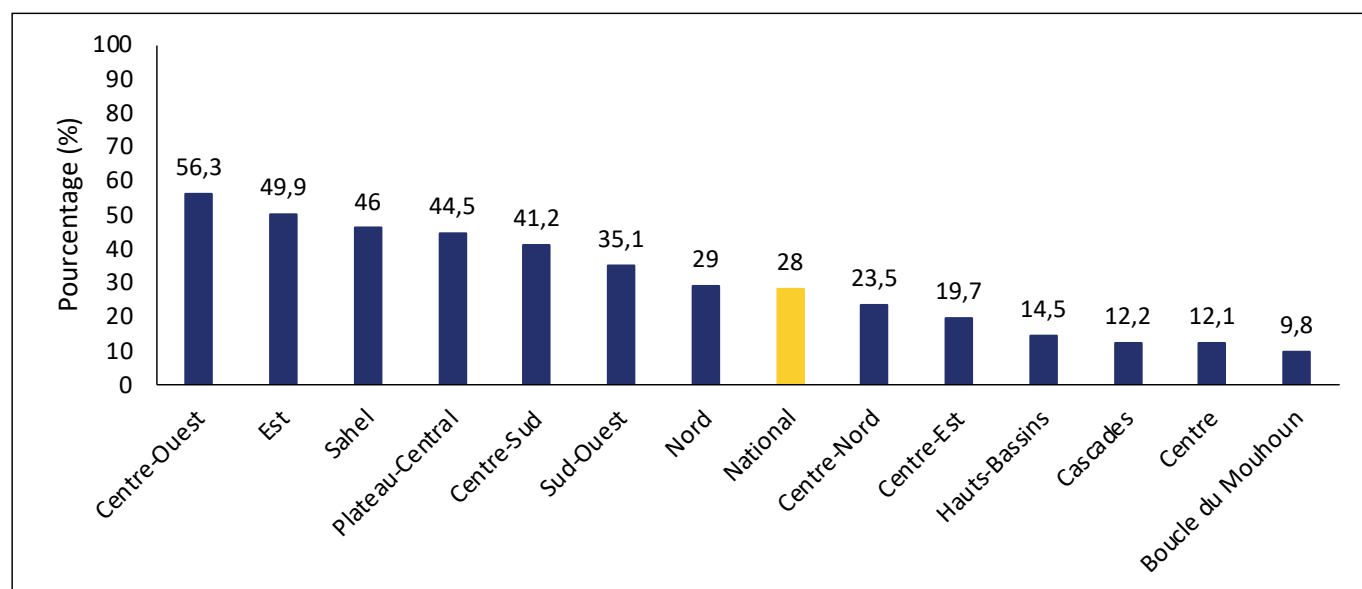


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 27 : Prévalence parasitaire à TDR positif par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique en 2021

► Prévalence parasitaire à TDR positif par région en 2021

La prévalence parasitaire des TDR positifs était plus élevée dans les régions du Centre-Ouest (56,3%), de l'Est (49,9%) et du Sahel (46%) en 2021 (Graphique 1. 28).



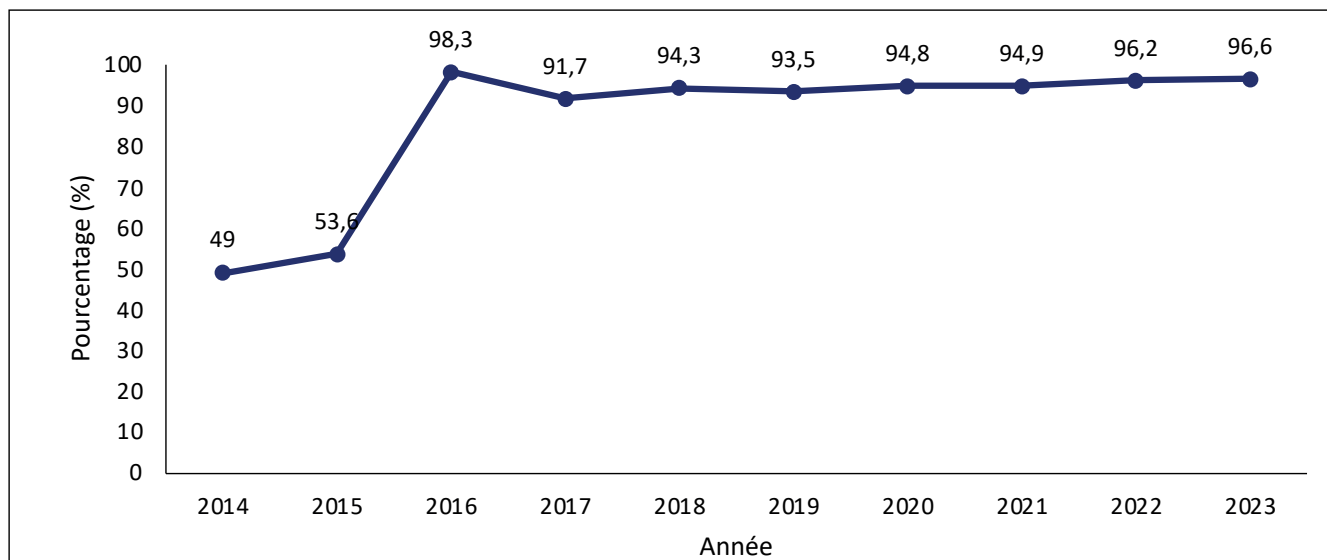
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 1. 28 : Répartition de la prévalence parasitaire à TDR positif par région en 2021

1.1.3.2.6 Accès au Traitement

► Cas de paludisme simple ayant reçu un traitement à base de combinaison thérapeutique d'artémisinine

Le pourcentage des cas de paludisme simple traités à base de combinaison thérapeutique d'artémisinine (ACT) était en hausse passant de 49% en 2014 à 96,6% en 2023 (Graphique 1. 29).



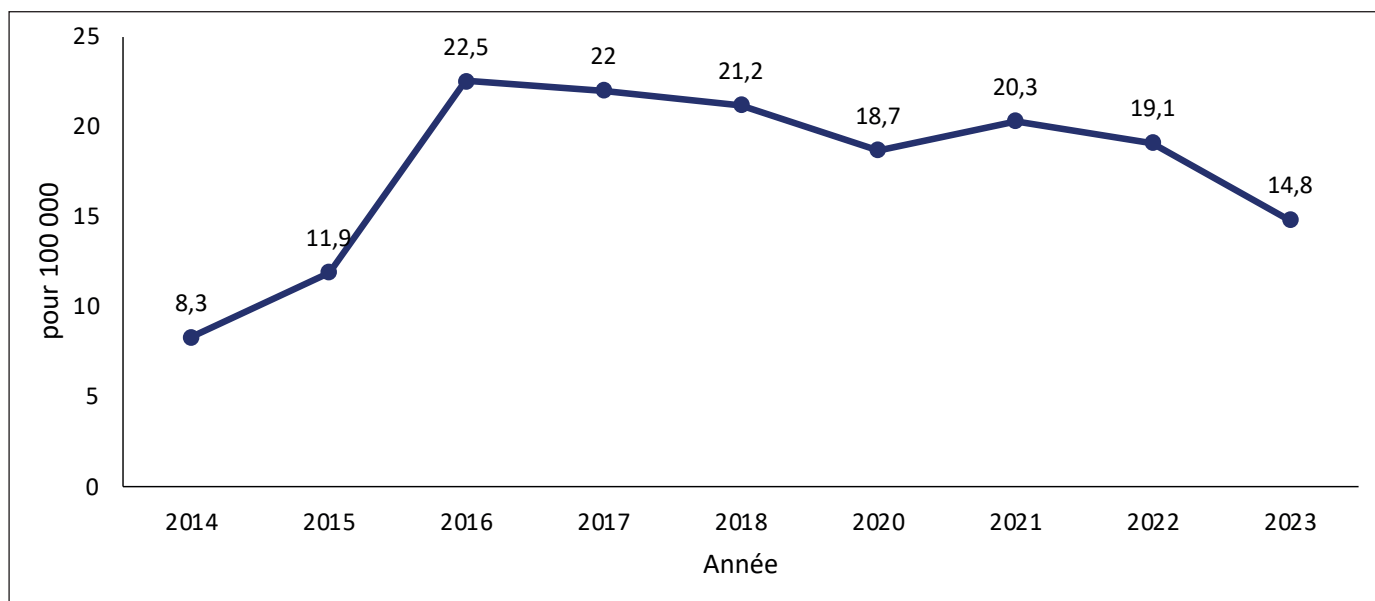
Source : MSHP, *Annuaire Statistiques 2014 à 2023*

Graphique 1. 29 : Evolution de la proportion des cas de paludisme simple traités aux ACT de 2014 à 2023

1.1.4 Mortalité liée au paludisme

1.1.4.1 Evolution de la mortalité palustre

Le taux de mortalité palustre avait une tendance à la hausse passant de 8,3 en 2014 à 14,8 décès pour 100 000 habitants en 2023 (Graphique 1. 30).

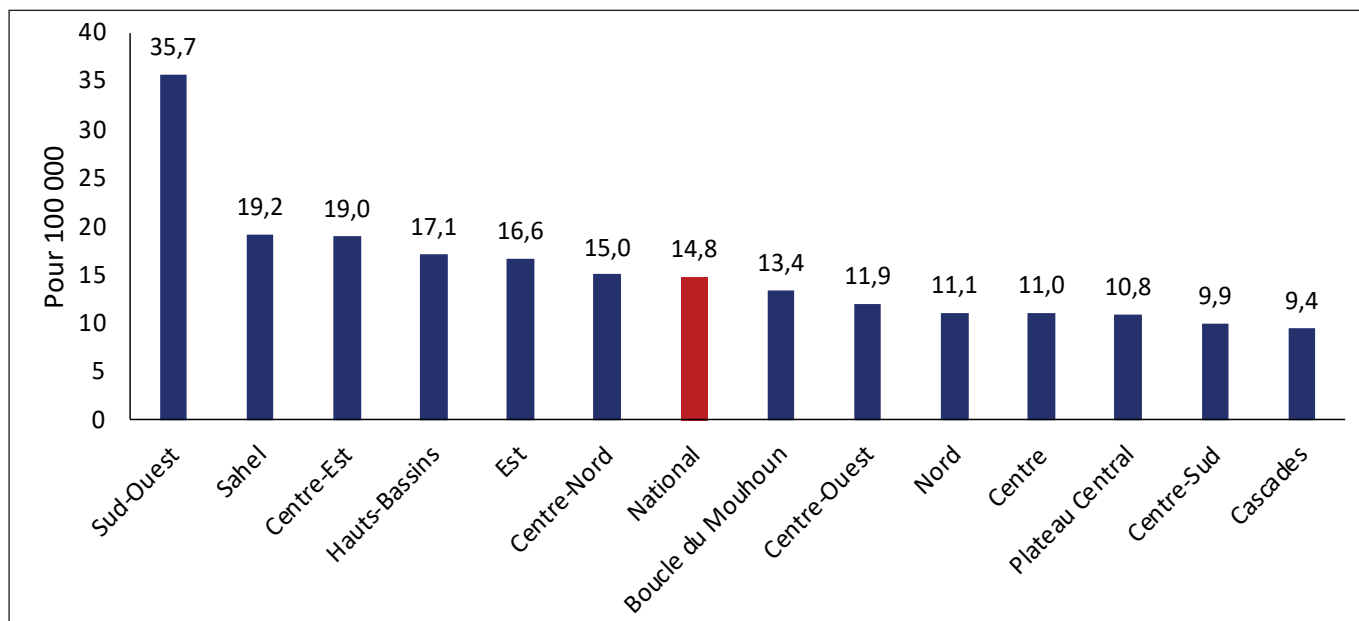


Source : MSHP, *Annuaire Statistiques 2014 à 2023*

Graphique 1. 30 : Evolution du taux de mortalité palustre de 2014 à 2023

1.1.4.2 Mortalité palustre par région en 2023

Les taux de mortalité palustre étaient plus élevés dans les régions du Sud-Ouest (35,7 pour 100 000), du Sahel (19,2 pour 100 000), du Centre-Est (19,0 pour 100 000) et des Hauts-Bassins (17,1 pour 100 000) par rapport au taux national qui était de 14,8 pour 100 000 (Graphique 1. 31).

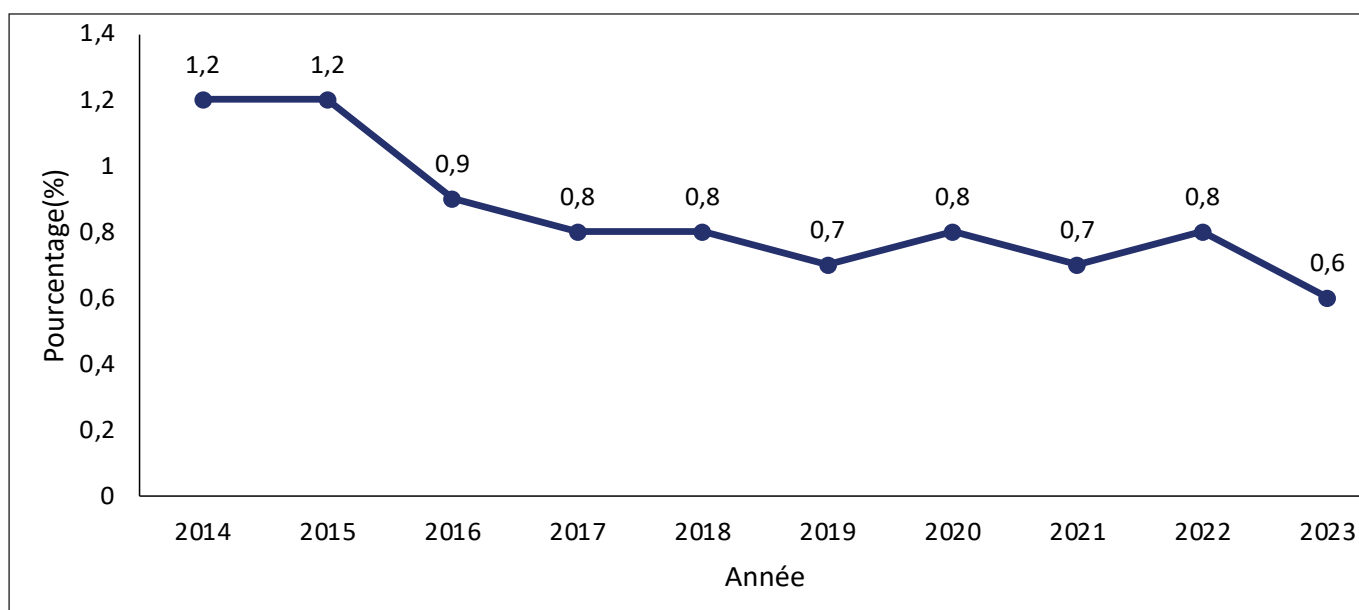


Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 31 : Répartition du taux de mortalité palustre par région en 2023

1.1.4.3 Evolution de la létalité du paludisme

Le taux de létalité du paludisme dans les formations sanitaires était à la baisse passant de 1,2% en 2014 à 0,6% en 2023 (Graphique 1. 32).

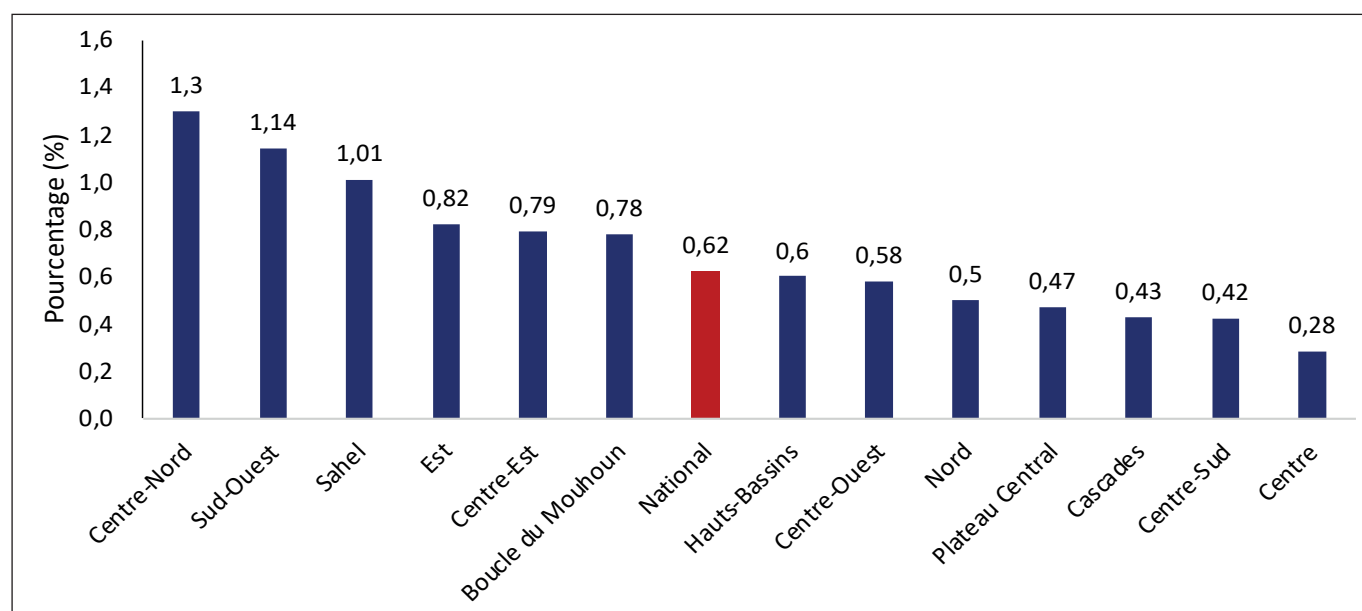


Source : MSHP, Annuaire Statistiques 2014 à 2023

Graphique 1. 32 : Evolution de la létalité du paludisme de 2014 à 2023

1.1.4.4 Létalité du paludisme dans les formations sanitaires par région en 2023

Les taux de létalité les plus élevés étaient dans les régions du Centre Nord (1,3%), du Sud-Ouest (1,14%), et du Sahel (1,01%) en 2023 dans les formations sanitaires (Graphique 1. 33).



Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 33 : Létalité du paludisme par région en 2023

1.2 Dengue

La dengue est une fièvre d'origine virale provoquée par un arbovirus transmis à l'être humain par la piqûre de moustiques du genre *Aedes aegypti* et *Aedes albopiticus* infectés⁵. Au Burkina Faso, les premiers cas de dengue ont été signalés en 1925 chez des colons ayant séjourné dans le pays. Ensuite, d'autres cas ont été rapportés en 1980, 2000, 2013⁶, 2016 et 2017. Les cas de l'année 2017 ont été particulièrement importants avec une incidence cumulée de 72,23 pour 100 000 habitants⁷. Suite à cette flambée, le ministère en charge de la santé a mis en œuvre la surveillance sentinelle de la dengue dans sept (7) sites (le CSPS de Marcoussi dans le district de Sig Nonghin, le CHU YO, le CHR de Dori, le CMA de Nongr-Massom, le CMA de Dô, le CMA de Pouytenga et le CMU de Koudougou) et le Laboratoire national de référence Fièvre hémorragique virale (LNR FHV) du Centre MURAZ était chargé de recevoir les échantillons des sites pour des tests de confirmation.

En 2023, un nombre anormalement élevé de cas de dengue (343) avaient été signalés à la 32^e semaine épidémiologique. Ce qui a nécessité l'activation du Centre des opérations de réponses aux urgences sanitaires (CORUS) respectivement le 23 août 2023 pour la région des Hauts bas-sins et le 22 septembre 2023 pour la région du Centre afin d'assurer une coordination optimale des activités et garantir une réponse adaptée aux besoins.

Les activités de surveillance et de lutte contre la dengue sont coordonnées par la direction de la protection de la santé de la population à travers le programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées.

⁵ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

⁶ Gonzalez JP ; Du Saussay C, Gautun JC, McCormick JB, Mouchet J. La dengue au Burkina Faso (ex Haute Volta) : épidémies saisonnières en milieu urbain à Ouagadougou.

Bull Soc Path Exot. 1985, 78(1) : 7-14.

⁷ TLOH

1.2.1 Prévention de la dengue

1.2.1.1 Pulvérisation intra-domiciliaire et spatiale en 2023

Au total, 7 677 domiciles des malades et domiciles voisins ont bénéficié de la pulvérisation intra-domiciliaire à l'aide de Actellic, Fludora fusion et Kalttox palga dont 5 942 à Ouagadougou et 1 735 à Bobo Dioulasso.

En ce qui concerne les espaces publics, 2 964 ont bénéficié de la pulvérisation spatiale à l'aide de Fludora Co-Max dont 2 791 à Ouagadougou et 173 à Bobo-Dioulasso⁸.

Par ailleurs, 96 caniveaux ou canaux ont bénéficié de la pulvérisation spatiale dont 31 à Ouagadougou et 65 dans la ville de Bobo Dioulasso par des drones à l'aide du vectobac.

1.2.1.2 Destruction des gîtes larvaires

En 2023, des gîtes larvaires au nombre de 1 668 928 ont été détruits dans 1 166 556 concessions dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso⁹.

1.2.2 Sites sentinelles de surveillance de la dengue

La flambée des cas de dengue en 2017 a nécessité de mener une surveillance génomique et sentinelle de la dengue. Ainsi, sept (7) sites que sont le CSPA de Marcoussi dans le district de Sig Nonghin, le CMU de Koudougou, le CMA de Nongr-Massom, le CMA de Dô, le CMA de Pouytenga, le CHR de Dori et le CHU Yalgado OUEDRAOGO ont été identifiés.

Sur ces différents sites, tous les cas suspects doivent être prélevés et les échantillons transmis au Laboratoire national de référence Fièvre hémorragique virale (LNR FHV) situé au Centre MURAZ à Bobo-Dioulasso.

En outre, une surveillance de routine a été mise en œuvre dans le cadre du système d'alerte précoce.

1.2.3 Charge de la dengue

La dengue est une maladie à potentiel épidémique et fait partie de la liste révisée des maladies prioritaires, des affections et des événements d'importance en santé publique au Burkina Faso. En 2023, dans les formations sanitaires, 160 751 cas probables de dengue dont 724 décès ont été notifiés, soit une létalité de 0,5%.

1.2.4 Épidémiologie de la dengue

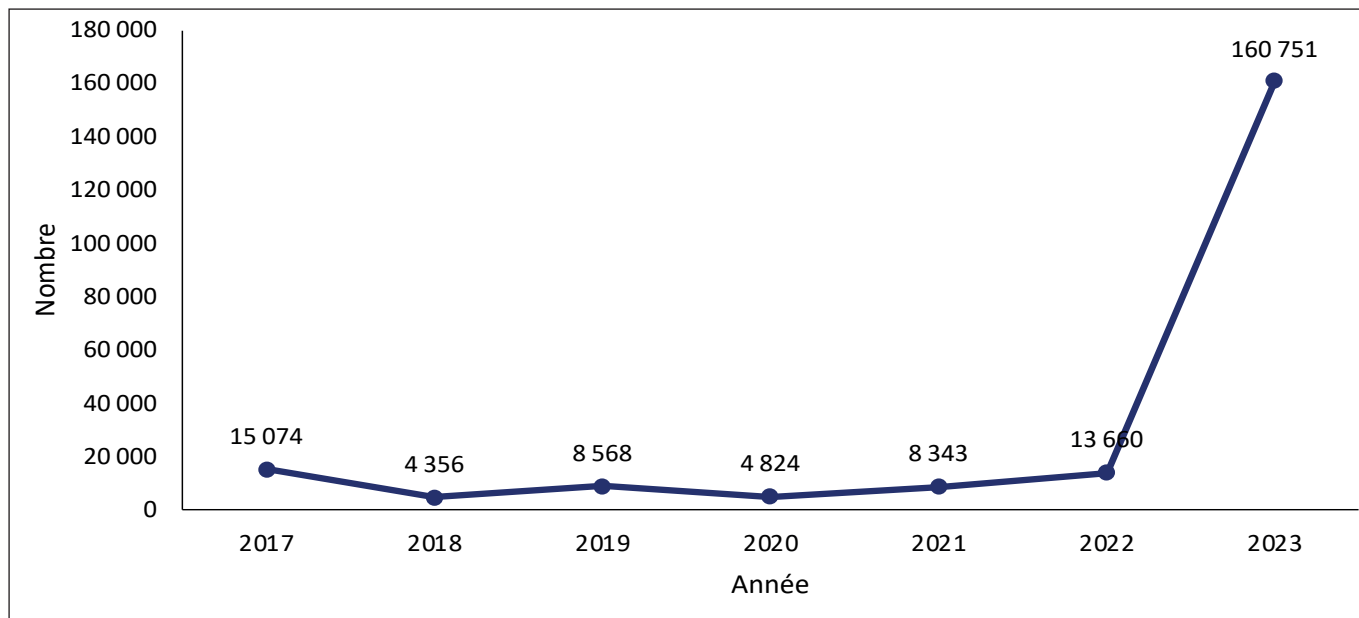
1.2.4.1 Incidence de la dengue

1.2.4.1.1 Cas probables de la dengue

Le nombre de cas probables (test de diagnostic rapide positif) de la dengue a connu une augmentation de 2017 à 2023, passant de 15 074 à 160 751 cas (Graphique 1. 34).

⁸ Rapport SP/Palu

⁹ MSHP, SP/Palu, rapport 2023

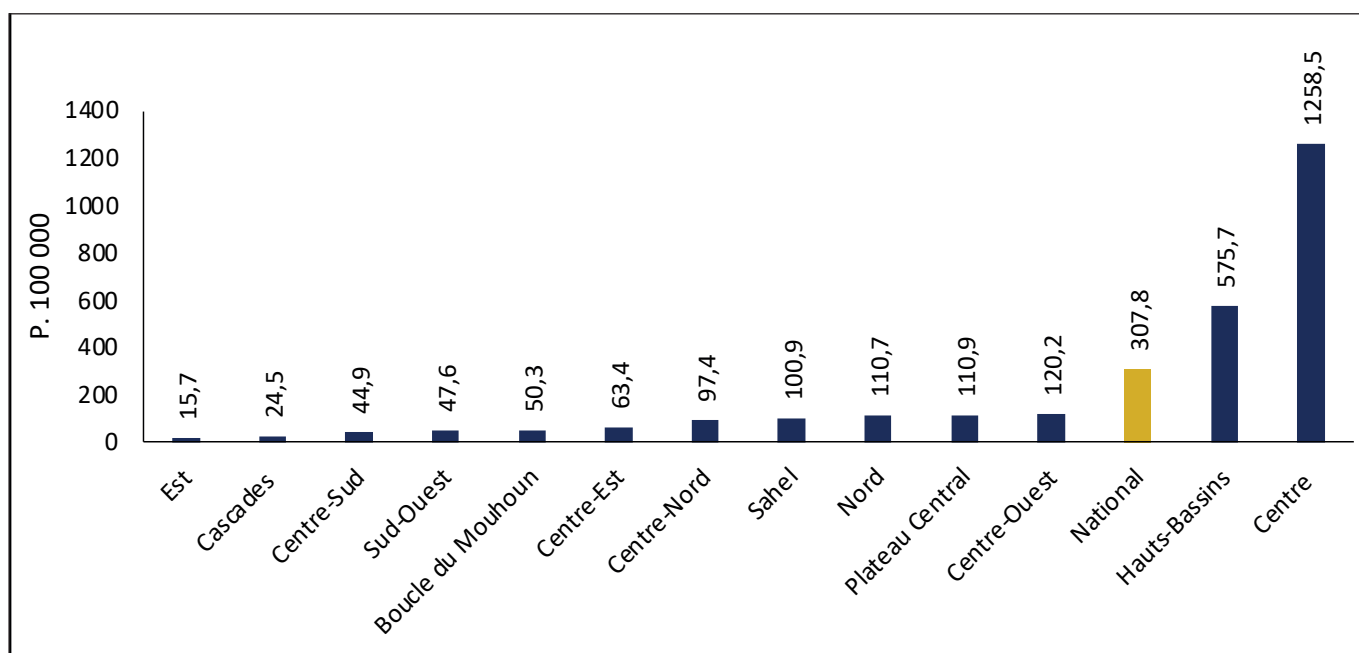


Source : MSHP, *Annuaire Statistiques 2017 à 2023*

Graphique 1. 34 : Evolution du nombre de cas probables de dengue de 2017 à 2023

1.2.4.1.2 Incidence de la dengue par région

L'incidence de la dengue a connu des disparités selon les régions en 2023. Les régions du Centre et des Hauts-Bassins ont enregistré les incidences les plus élevées avec respectivement 1 258,5 et 575,7 cas probables pour 100 000 habitants (Graphique 1. 35).

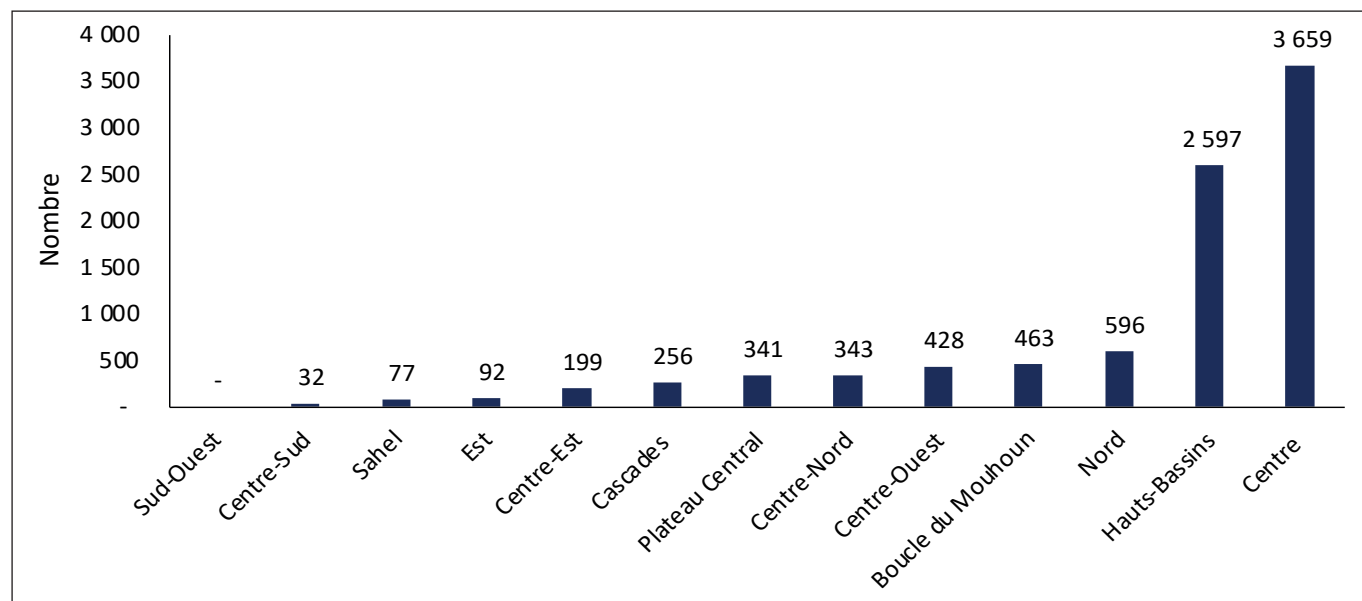


Source : MSHP, *Annuaire statistique 2023*

Graphique 1. 35 : Incidence cumulée de la dengue par région en 2023

1.2.4.1.3 Cas hospitalisés par région en 2023

Les régions du Centre (3 659 cas) et des Hauts Bassins (2 597 cas) ont enregistré plus de cas en hospitalisation comparées aux autres régions en 2023 (Graphique 1. 36).



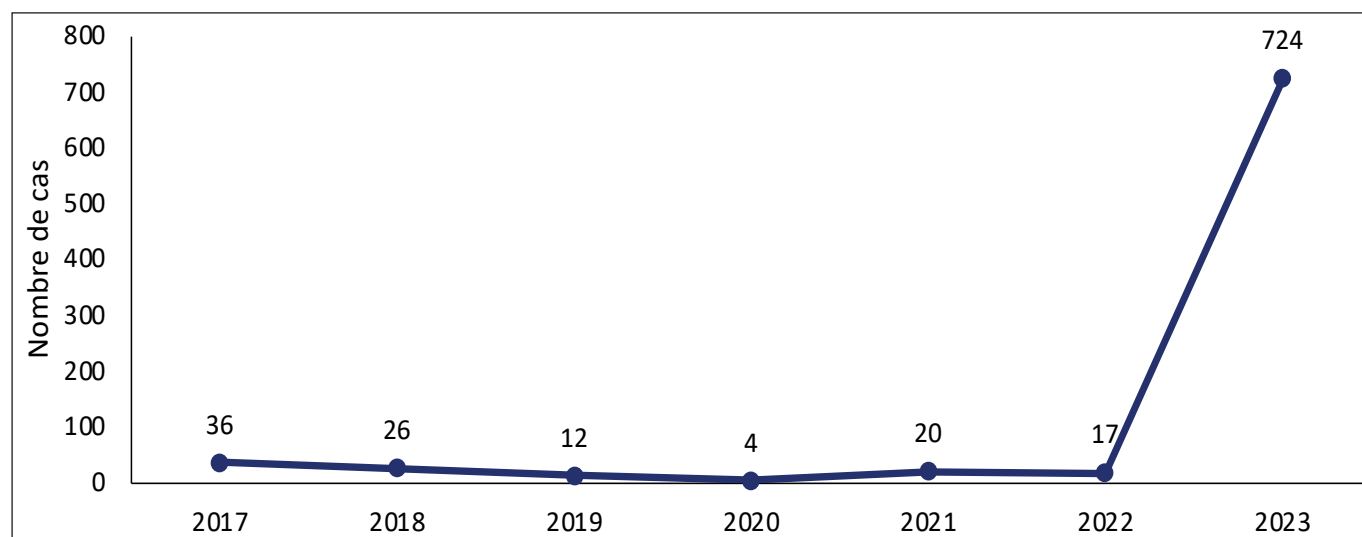
Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 36 : Répartition des cas de dengue hospitalisés par région en 2023

1.2.5 Mortalité liée à la dengue

1.2.5.1 Evolution du nombre de décès dus à la dengue de 2017 à 2023

On constate une augmentation exponentielle du nombre de décès liés à la dengue rapportée par les formations sanitaires de 2022 à 2023 (Graphique 1. 37).

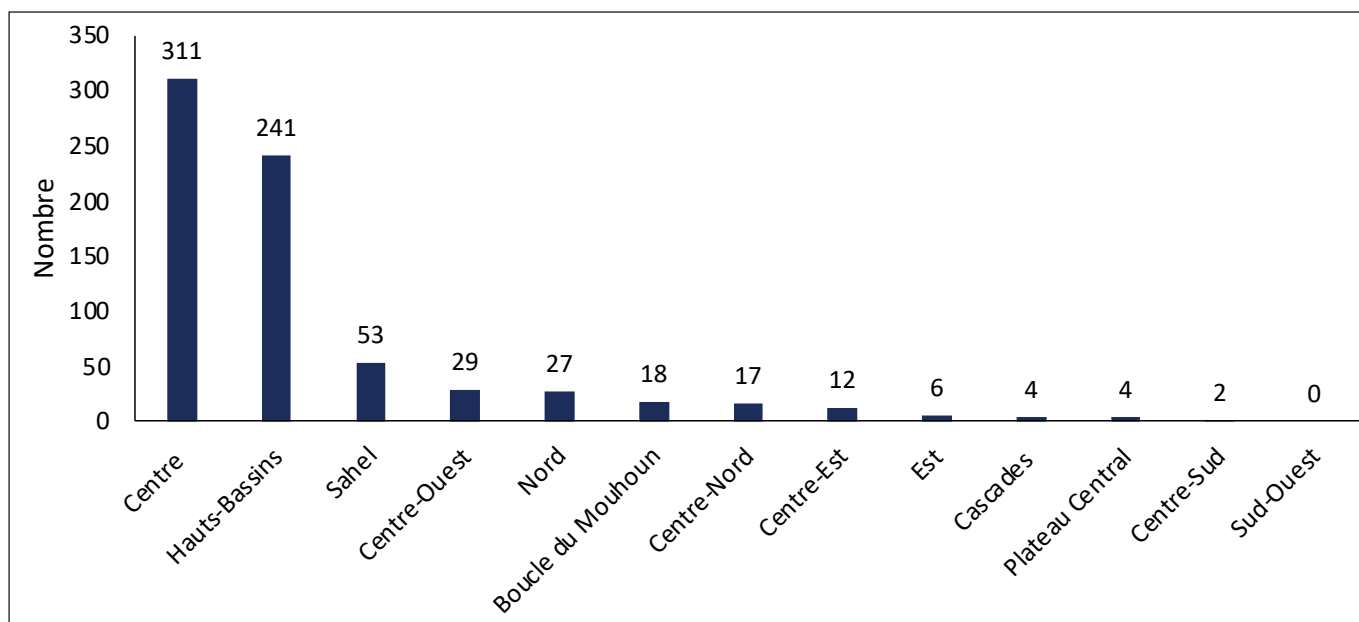


Source : MSHP, Annales Statistiques 2017 à 2023

Graphique 1. 37 : Evolution du nombre de décès liés à la dengue de 2017 à 2023

1.2.5.2 Décès dus à la dengue par région en 2023

La majorité des décès en 2023 était enregistrée dans les régions du Centre (311), des Hauts Bassins (241) et du Sahel (53) (Graphique 1. 38).

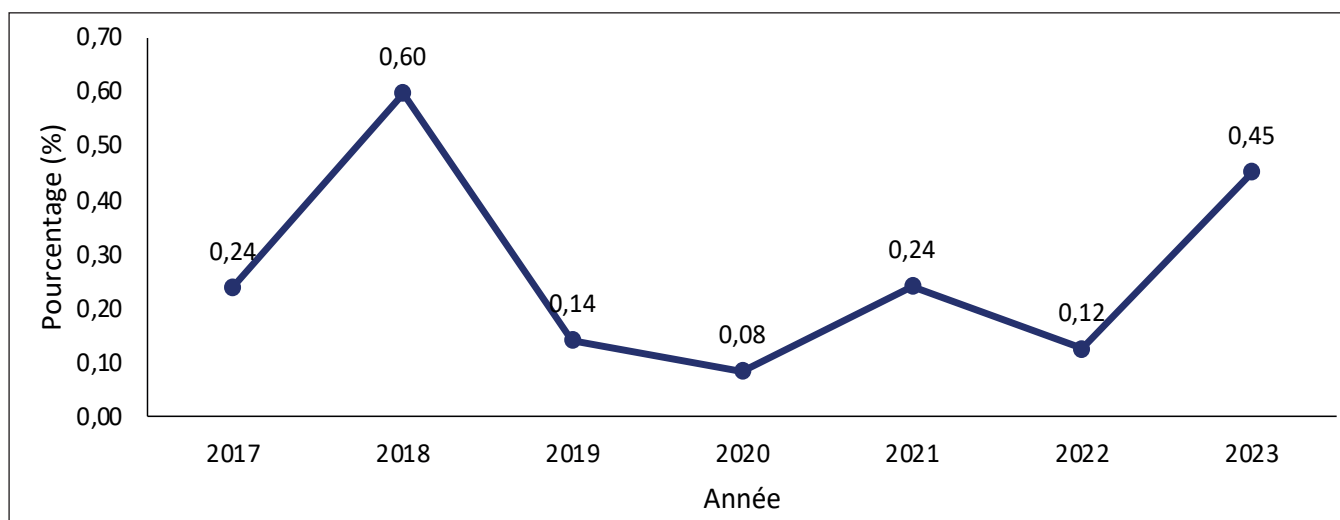


Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 38 : Répartition du nombre de décès dus à la dengue par région en 2023

1.2.5.2.1 Evolution de la létalité de la dengue

Le taux de létalité de la dengue était en hausse entre 2017 et 2023. Il est passé de 0,24 à 0,45%. Un pic de 0,6% a été noté en 2018 mais toutefois, une baisse a été observée en 2022 (Graphique 1. 39).

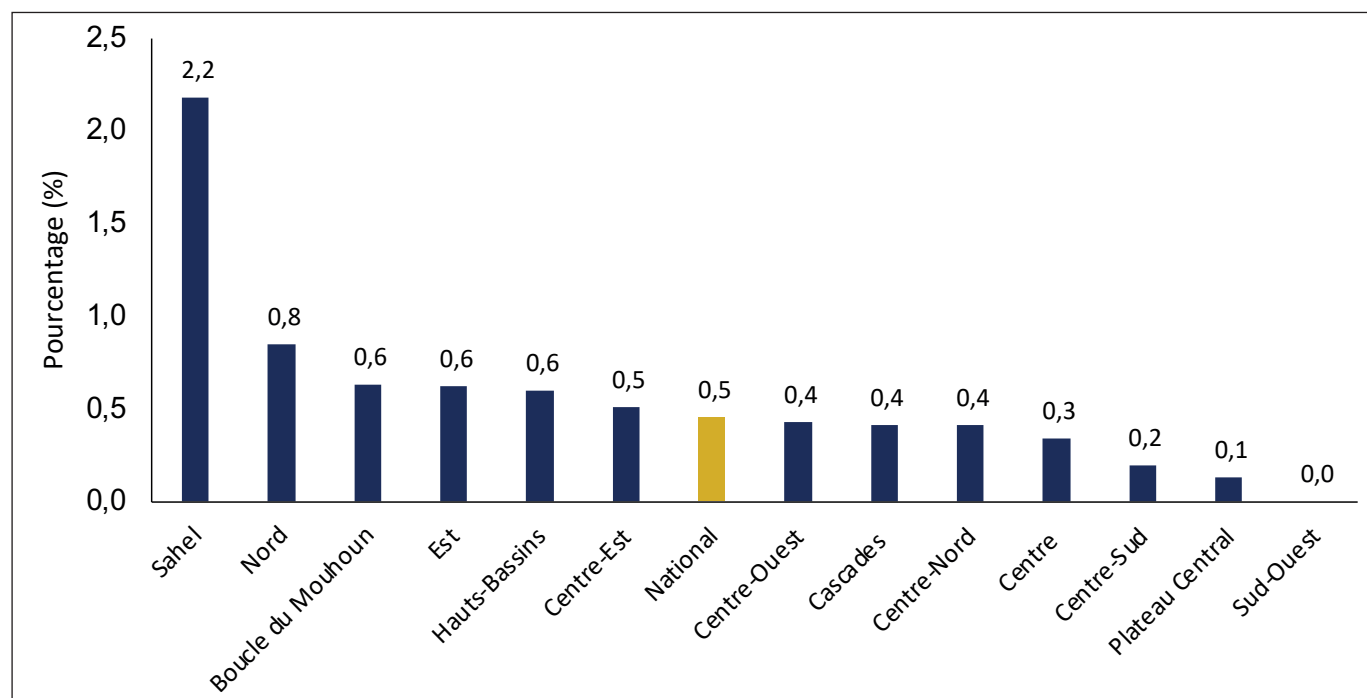


Source : MSHP, Annuaire Statistiques 2017 à 2023

Graphique 1. 39 : Evolution de la létalité de la dengue de 2017 à 2023

1.2.5.2.2 Létalité de la dengue par région

Les régions ayant les taux de létalité les plus élevés étaient le Sahel et le Nord avec respectivement 2,2% et 0,8% (Graphique 1. 40).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 40 : Létalité de la dengue par région en 2023

1.3 Tuberculose

La tuberculose (TB) constitue un problème majeur de santé publique. Depuis 1995, le Programme national de lutte contre la tuberculose coordonne les différentes stratégies de lutte contre la tuberculose. En 2015, la stratégie « Halte à la TB » était à sa dernière année de mise en œuvre¹⁰. Depuis 2016, le Burkina Faso a adhéré à la stratégie « END TB » qui vise à éliminer la tuberculose d'ici 2035.

1.3.1 Prévention

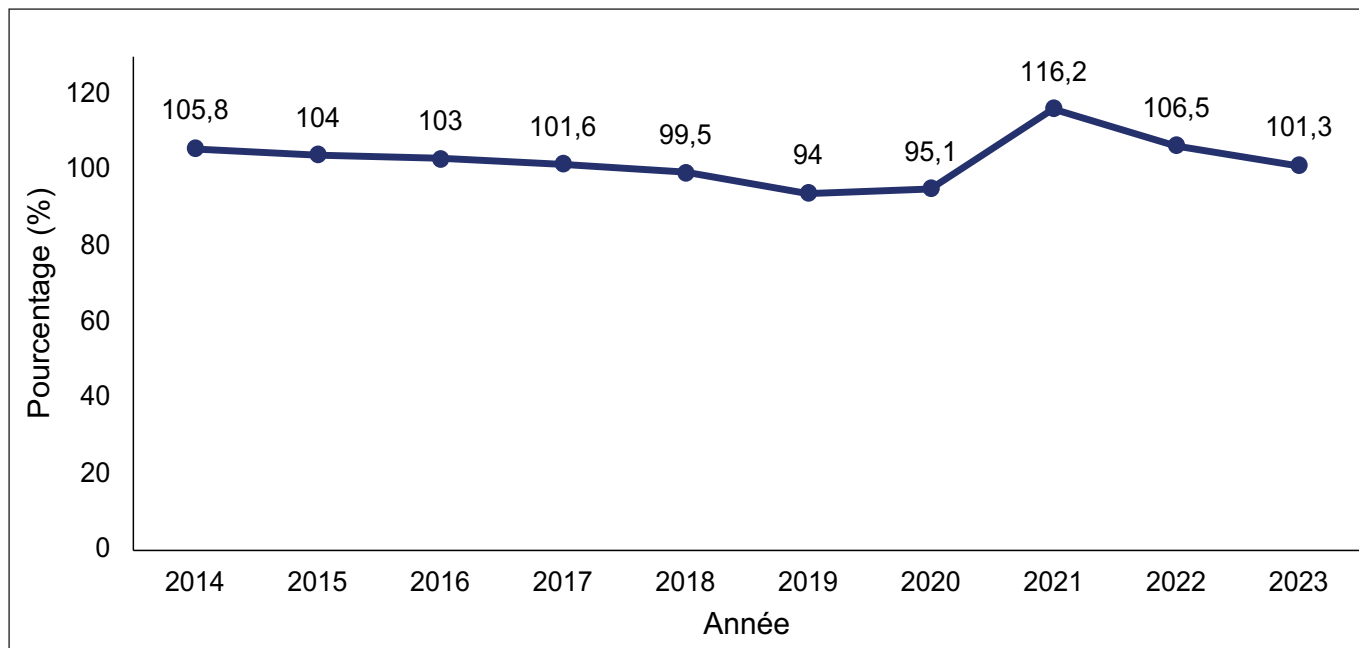
En matière de prévention, les moyens sont divers. Les principales stratégies sont : la vaccination par le bacille de Calmette et Guérin (BCG), la recherche active de tuberculose, le guichet unique TB/VIH et le traitement préventif de la tuberculose.

1.3.1.1 Vaccination par le BCG

La vaccination par le BCG qui permet de prévenir les formes sévères telles que la miliaire et la tuberculose méningée. Le BCG fait partie du programme élargi de vaccination.

Au cours de la période 2014-2023, le taux de couverture en BCG dans les formations sanitaires était supérieur à 100%, excepté en 2018, 2019 et 2020 (Graphique 1. 41).

¹⁰ Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose



Source : MSHP, *Annuaire statistique* 2014 à 2023

Graphique 1. 41 : Evolution du taux de couverture vaccinale par le BCG de 2014 à 2023

1.3.1.2 Recherche active de tuberculose

La recherche active de tuberculose (REATB) consiste en un *screening* systématique de la TB chez les sujets contacts d'un cas index de tuberculose, les patients utilisant les centres de santé (consultation externe et hospitalisation), les personnes vivant avec le VIH. Le *screening* se fait avec l'appui des agents communautaires recrutés à cet effet. Ces agents procèdent également à l'enquête autour de l'entourage des patients TB diagnostiqués. Ainsi, les contacts de TB chez qui une tuberculose est écartée sont systématiquement mis sous traitement préventif. En 2023, la recherche active a permis de diagnostiquer et mettre sous traitement 155 cas de TB¹¹.

1.3.1.3 Guichet unique TB/VIH

Le Guichet unique TB/VIH permet la prise en charge des coinfectés TB/VIH par la même équipe de soignants dans le même local pour le traitement antiretroviral (TARV) et le traitement de la TB. Cela contribue également au contrôle de l'infection et à la réduction de la contamination des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les PVVIH indemnes de TB sont également mises sous traitement préventif de la tuberculose. La mise en œuvre du guichet unique a débuté en pilote en 2023 dans les régions du Centre, du Centre-Ouest et des Hauts-Bassins¹².

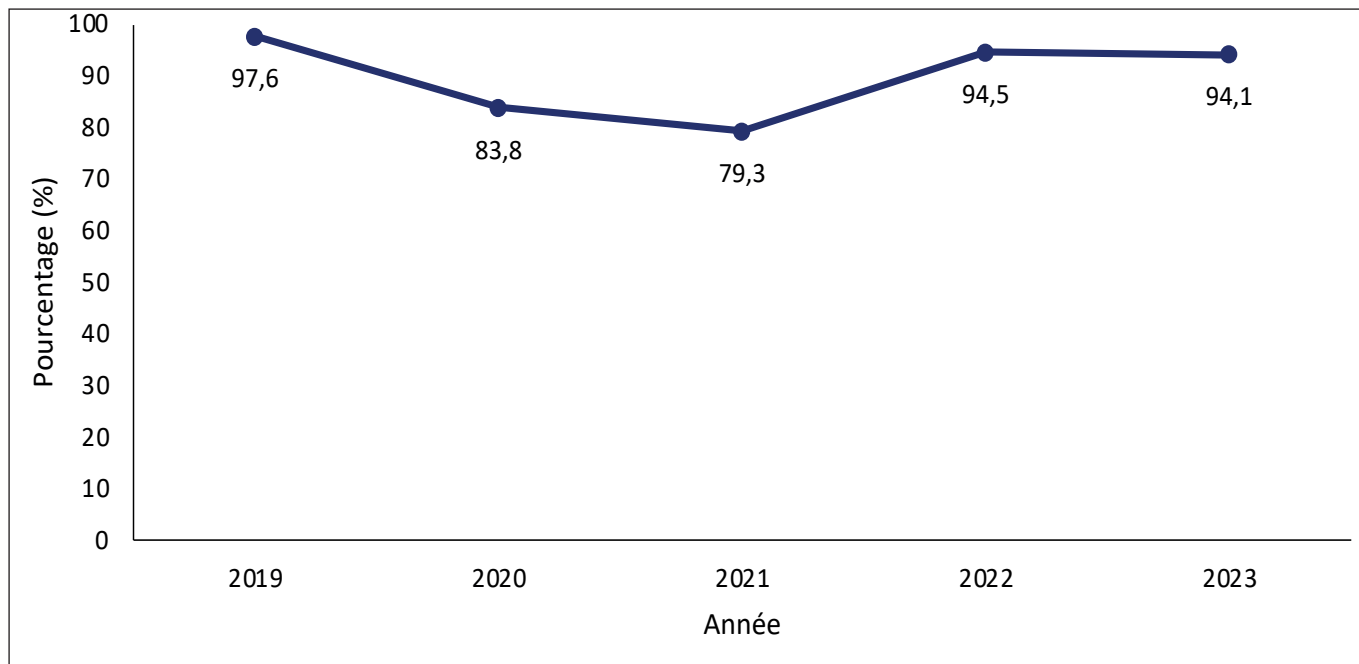
1.3.1.4 Traitement préventif de la tuberculose

Le Traitement préventif de la tuberculose (TPT) couvre : (i) les enfants de moins de 5 ans contacts de cas de tuberculose confirmés bactériologiquement chez qui une TB a été écartée et (ii) les PVVIH.

Les résultats obtenus montrent que sur la période 2019-2023, la proportion d'enfants contacts mis sous traitement préventif était globalement en baisse passant de 97,6% à 94,1% avec une chute en 2021 (79,3%) (Graphique 1. 42).

¹¹ Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

¹² Plan opérationnel de mise en œuvre du guichet unique de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH au Burkina Faso



Source : MSHP, Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

Graphique 1. 42 : Evolution de la proportion d'enfants contacts de moins de 5 ans sous TPT de 2019 à 2023

1.3.2 Charge de la tuberculose

La prévalence de la tuberculose multi-résistante/ résistant à la rifampicine (TB-MR/RR) en 2022 était estimée à 1,2% chez les nouveaux cas et 4,1% chez les cas déjà traités. L'incidence de la tuberculose était estimée à 9 900 cas soit un taux d'incidence de 44 cas pour 100 000 habitants. La mortalité était estimée à 1 200 décès liés à la TB soit un taux de mortalité de 5,4 cas pour 100 000 habitants¹³.

Les ménages de patients TB qui subissaient des coûts catastrophiques liés à la tuberculose représentaient 54% en 2020¹⁴.

Le volume des dépenses en faveur de la lutte contre la tuberculose est passé de 796 587 212 FCFA en 2014 à 2 381 300 000 FCFA en 2022, soit un taux d'accroissement d'environ 199%¹⁵.

1.3.3 Epidémiologie de la tuberculose

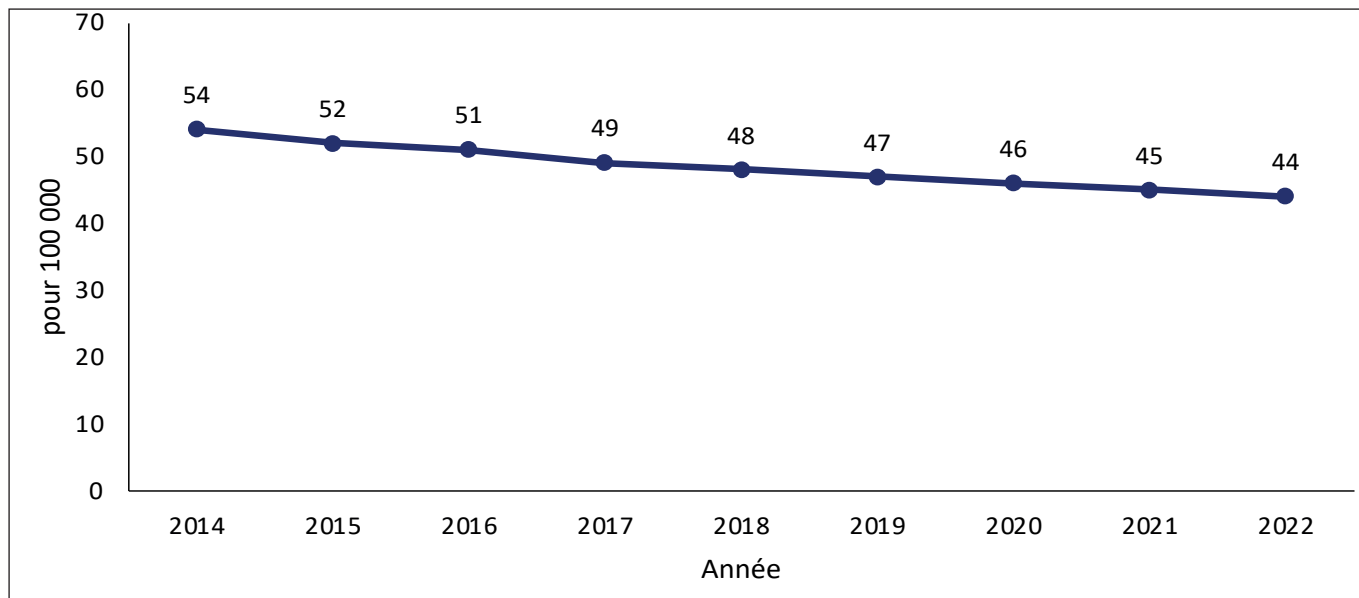
1.3.3.1 Incidence de la Tuberculose

L'incidence estimée de la tuberculose était en baisse entre 2014 et 2022 passant de 54 à 44 cas pour 100 000 habitants (Graphique 1. 43).

¹³ Global tuberculosis report 2023

¹⁴ Diallo A, Combarry A, Bakyono R, Guene H, Ouedraogo S, Garcia Baena I, et al. A 2020 baseline assessment for the monitoring of the End TB indicator of catastrophic costs in Burkina Faso. *int j tuberc lung dis* 26(10):970-7. <https://www.ingentaconnect.com/content/10.5588/ijtld.22.0014>

¹⁵ MSHP ; Rapport des comptes de santé 2014-2022



Source : OMS¹⁶

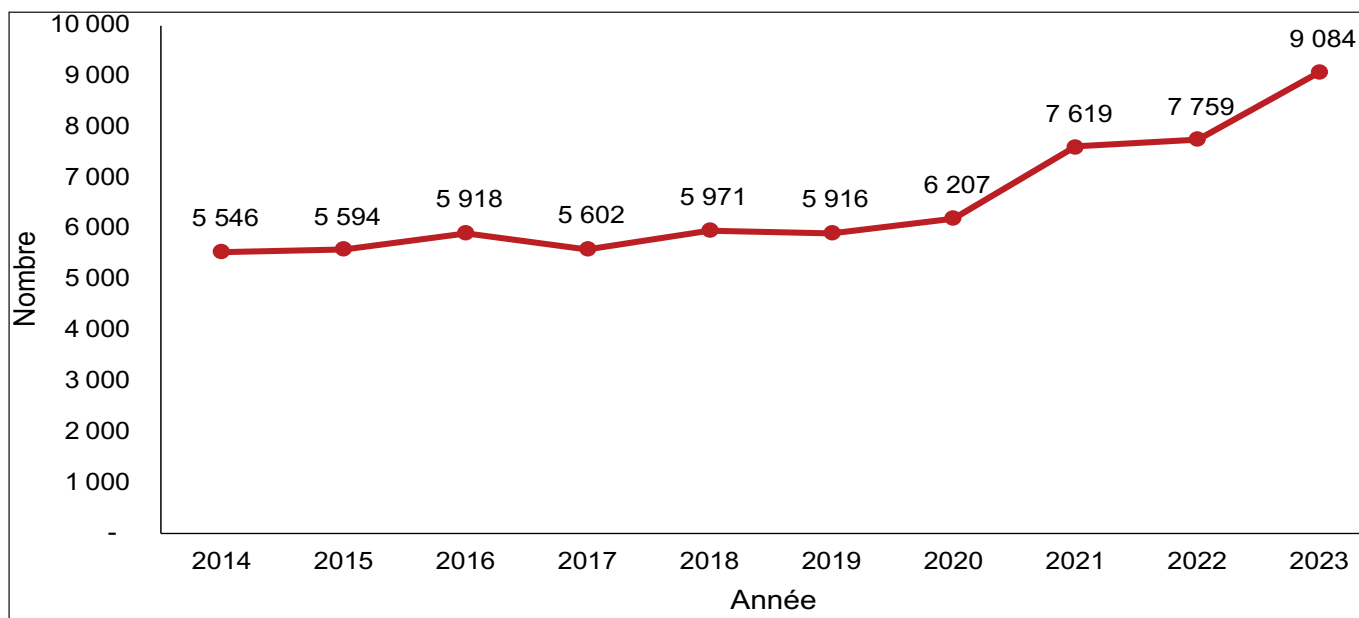
Graphique 1. 43 : Evolution de l'incidence estimée de la tuberculose entre 2014 et 2022

1.3.3.2 Diagnostic et notification de la TB

Le test Xpert constitue le test de premier choix pour le diagnostic de la TB au Burkina Faso. En 2023, le réseau de GeneXpert était constitué de 49 machines installées sur 45 sites à travers le pays. Le test Xpert permet de faire le diagnostic de la TB et de la résistance à la rifampicine. La microscopie et la radiographie pulmonaire constituent les autres moyens importants de diagnostic de la TB¹⁷.

1.3.3.3 Evolution des cas notifiés de tuberculose toute forme

Le nombre de cas notifiés de tuberculose toute forme était de 5 546 en 2014 contre 9 084 en 2023, soit une hausse de 63,8% (Graphique 1. 44).



Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

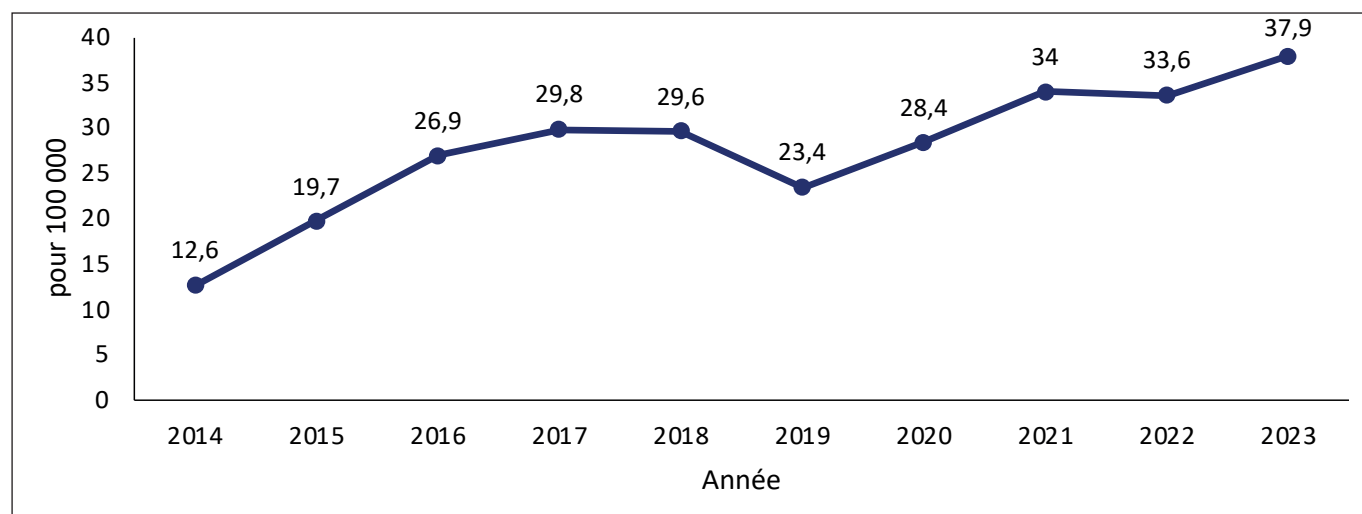
Graphique 1. 44 : Evolution des cas notifiés de tuberculose toute forme de 2014 à 2023

¹⁶ https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&iso2=%22BF%22&lan=%22EN%22

¹⁷ Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

1.3.3.4 Evolution de la notification des cas de tuberculose de 2014 à 2023

Depuis 2014, le taux de notification a connu une évolution croissante passant de 12,6 à 37,9 cas pour 100 000 habitants en 2023 (Graphique 1. 45).

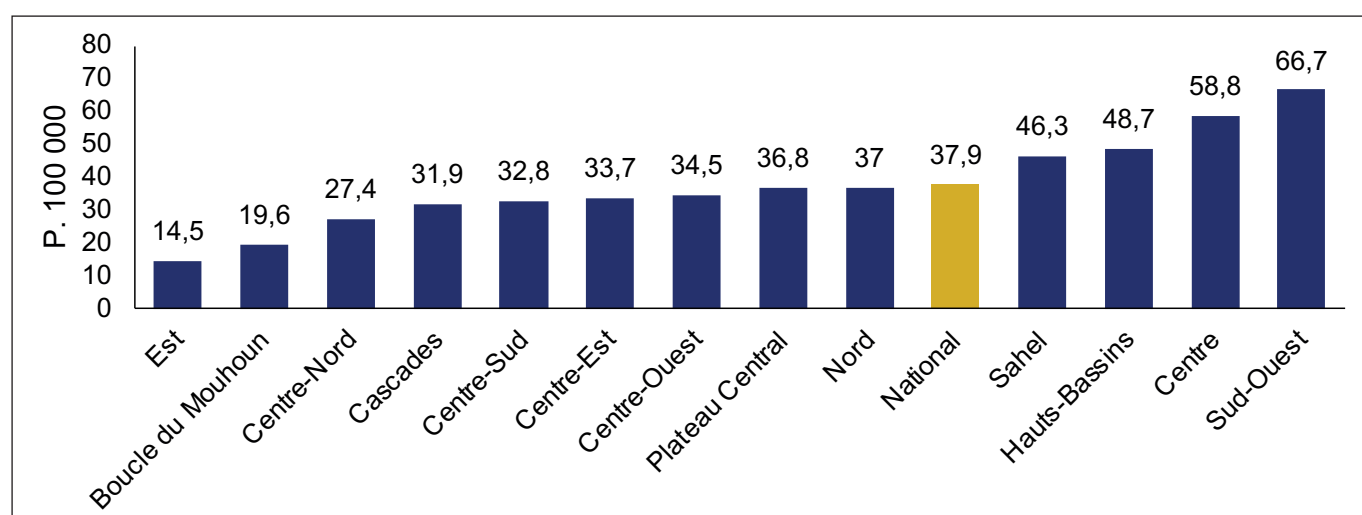


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014-2023

Graphique 1. 45 : Evolution des taux de notification de la TB (nouveaux et rechutes, toutes formes) pour 100 000 habitants de 2014 à 2023

1.3.3.5 Notification des cas de TB pharmacosensible par région en 2023

En 2023, les régions du Centre (58,8 pour 100 000), des Hauts-Bassins (48,7 pour 100 000) et du Sahel (46,3 pour 100 000) avaient les plus forts taux de notification de TB (nouveaux et rechutes, toutes formes). La région de l'Est (14,5 pour 100 000) avait le plus faible taux (Graphique 1. 46).

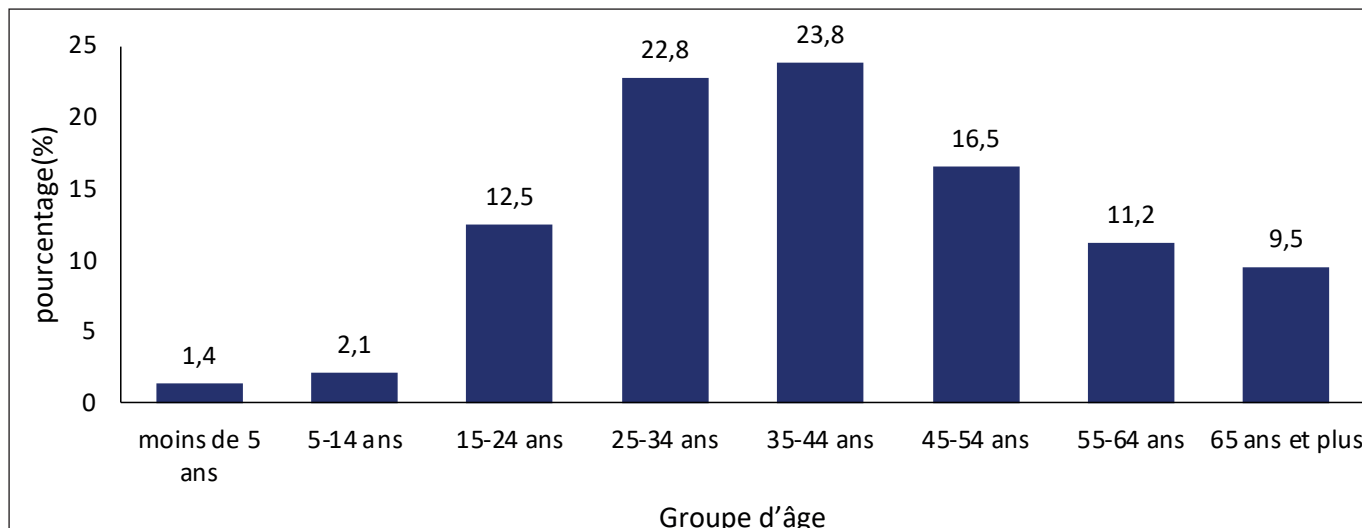


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 46 : Taux de notification de TB (nouveaux et rechutes, toutes formes) pour 100 000 habitants en 2023 par région

1.3.3.6 Notification des cas de TB pharmacosensible par groupe d'âge en 2023

En 2023, les 0-14 ans représentaient 3,5% des nouveaux cas et rechutes notifiés. Ce qui était en deçà de l'intervalle 5-15% selon l'OMS (Graphique 1. 47).



Source : MSHP, Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

Graphique 1. 47 : Répartition des cas de TB pharmacosensible (nouveaux et rechutes, toutes formes) par groupe d'âge en 2023

1.3.3.7 Tuberculose en milieu carcéral

La population carcérale constitue un groupe spécifique à haut risque pour la TB. Des interventions visant à intensifier le dépistage en milieu carcéral ont été mises en œuvre. Le paquet d'activités était composé du *screening* à l'entrée des prisons, la recherche de la TB chez les tousseurs à l'intérieur des prisons et les campagnes de dépistage de la TB à l'aide de la radiographie numérique.

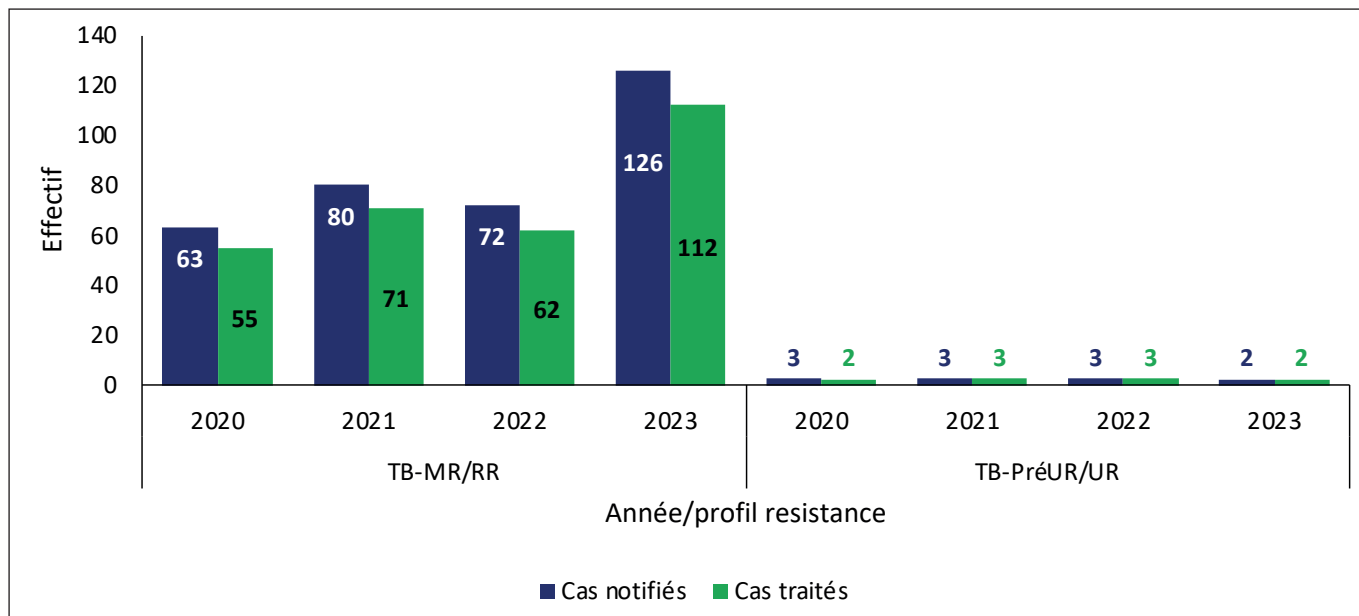
Ainsi, le nombre de cas de TB notifiés par les prisons était en hausse passant de 52 cas en 2022 à 72 cas en 2023¹⁸.

1.3.3.8 Diagnostic et notification de cas de tuberculose résistante

Le nombre de cas de TB-MR/RR notifiés a connu une hausse notable en 2023. Il est passé de 72 cas en 2022 à 126 cas en 2023 (Graphique 21).

Certains TB-MR/RR n'ont cependant pas été mis sous traitement pour plusieurs raisons (perdus de vue, décès avant mise sous traitement...). Deux cas de Tuberculose pré Ultra résistante et Ultra résistante (TB-PréUR/UR) ont été diagnostiqués et mis sous traitement en 2023 (Graphique 1. 48).

¹⁸ Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

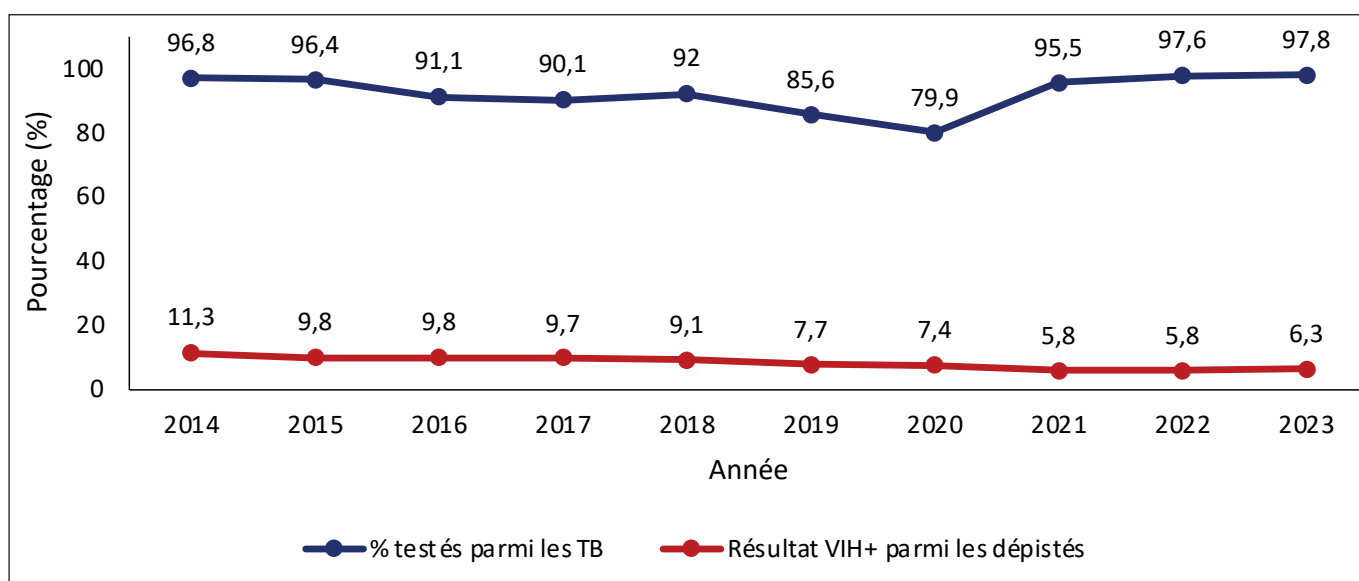


Source : MSHP, Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023

Graphique 1. 48 : Notification et initiation du traitement de 2ème ligne chez les patients TB résistante de 2020 à 2023

1.3.3.9 Evolution de la co-infection TB/VIH de 2014 à 2023

Le taux de dépistage du VIH chez les patients TB était légèrement en hausse passant de 96,8% en 2014 à 97,8% en 2023. Concernant la prévalence du VIH chez ces patients TB, elle était en baisse sur la même période passant de 11,3% à 6,3% (Graphique 1. 49).



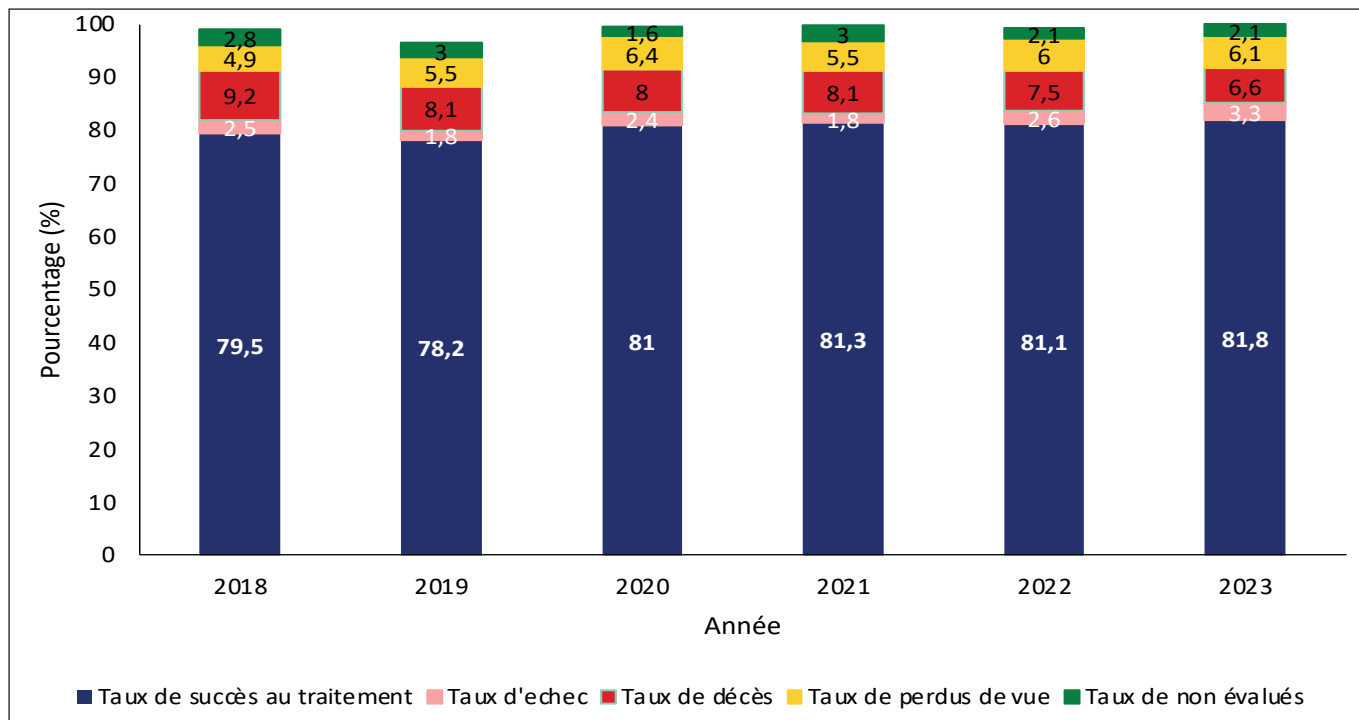
Source : MSHP, Annuaire Statistiques 2014 à 2023

Graphique 1. 49 : Evolution du taux de dépistage et de la prévalence du VIH chez les patients TB de 2014 à 2023

1.3.4 Traitement de la TB pharmacosensible

1.3.4.1 Evolution des résultats du traitement de la TB pharmacosensible de 2017 à 2022

Le taux de succès au traitement était globalement en hausse entre 2017 (79,5%) et 2022 (81,8%) mais reste encore en dessous de la norme de 90%. Le taux de décès était en baisse passant de 9,2% à 6,6% sur la même période (Graphique 1. 50).

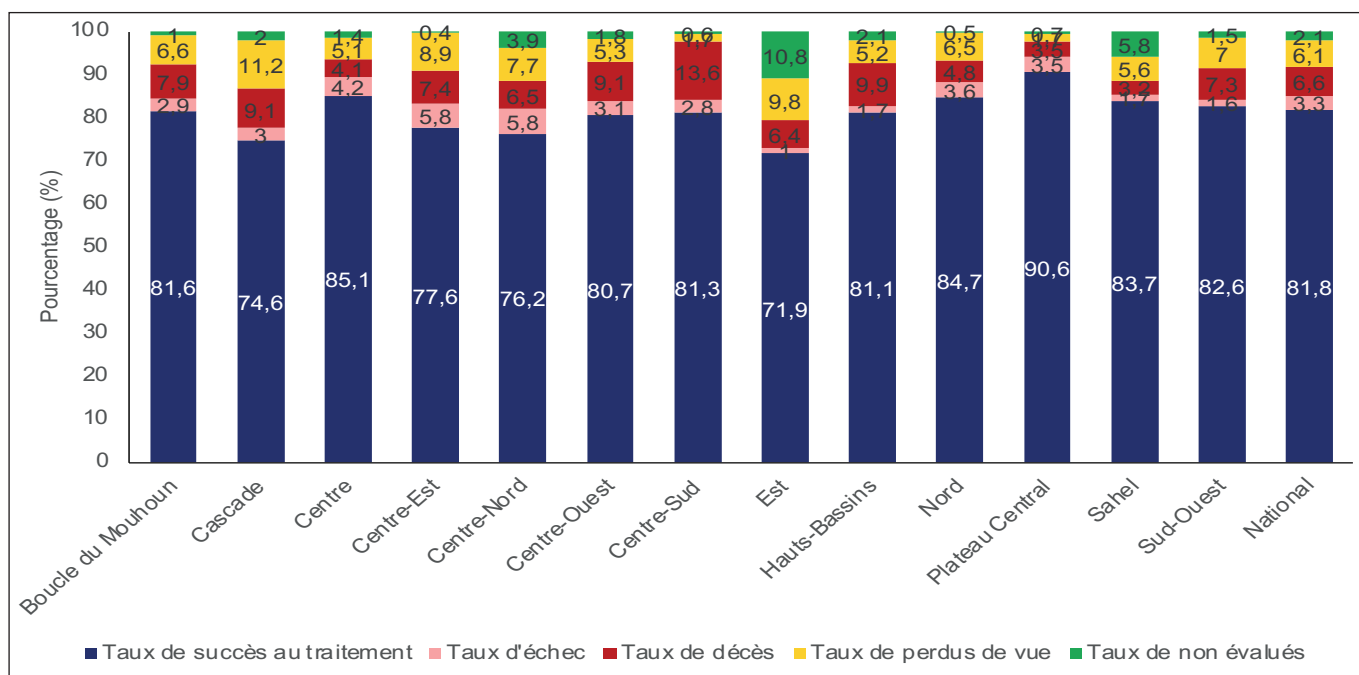


Source : MSHP, Annuaire Statistiques en 2018 à 2023

Graphique 1. 50 : Evolution des résultats de traitement de la TB pharmacosensible de 2018 à 2023

1.3.4.2 Résultats du traitement de la TB pharmacosensible par région de la cohorte 2022

La répartition du taux de succès par région de la cohorte de 2022 montre qu'il existe une disparité entre les régions. En effet, le plus fort taux de succès a été enregistré dans la région du Plateau Central (90,6%) qui a atteint la norme d'au moins 90%. Les plus faibles taux ont été enregistrés dans les régions de l'Est (71,9%), des Cascades (74,6%), du Centre-Nord (76,2%) et du Centre-Est (77,6%) en 2023 (Graphique 1. 51).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 1. 51 : Résultats de traitement de la TB pharmacosensible par région de la cohorte 2022

1.3.5 Traitement de la TB résistante

Les résultats de traitement des cas de TB-RR/MR sont caractérisés par des taux très élevés de décès et de perdus de vue. Il s'agit de décès survenus pendant le traitement, mais également avant la mise sous traitement. Les taux de succès de traitement sont faibles (moins de 60% pour la moyenne des 4 dernières cohortes dont les résultats de traitement sont disponibles, comparativement à l'objectif d'au moins 85%)¹⁹.

1.3.6 Mortalité liée à la TB

En 2022, elle était estimée à 1 200 décès liés à la TB chez les cas VIH négatifs soit un taux de mortalité de 5,4 décès pour 100 000 habitants en baisse constante depuis 2019 (9,7 décès pour 100 000). Chez les cas VIH positifs la mortalité était estimée à 140 décès liés à la TB.

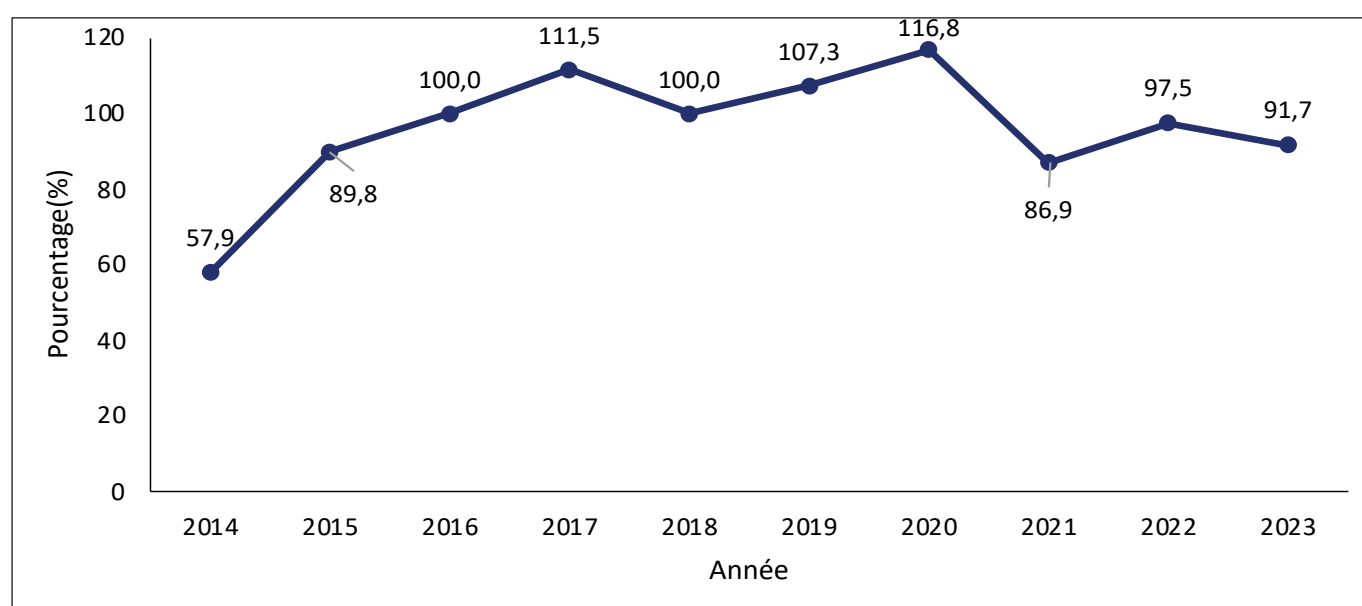
La létalité de la TB (mortalité estimée/incidence estimée) était estimée à 14%.

1.4 VIH-Sida

La lutte contre le VIH-Sida a enregistré des résultats satisfaisants ces dernières années. En effet, la prévalence de l'infection est passée de 0,92 % en 2014 à 0,6 % en fin 2023²⁰, soit une baisse de 0,32. Le Programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (PSSLS-IST) a eu à mener des actions de prévention, de prise en charge médicale et d'approvisionnement en intrants.

1.4.1 Elimination de la transmission mère-enfant

Le pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) avait une tendance à la hausse passant de 57,91% en 2014 à 91,7% en 2023 (Graphique 1. 52).



Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014 à 2023*

Graphique 1. 52 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'eTME de 2014 à 2023

¹⁹ Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose, 2023
²⁰ Rapports annuels ONUSIDA

1.4.2 Charge du VIH-Sida

Le Burkina Faso est placé parmi les pays à épidémie mixte. En effet, la prévalence dans la population générale s'établit à moins de 1% avec des poches de concentration (prévalence élevée) au sein de certains groupes spécifiques (prisonniers, travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

La prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte était estimée à 0,6% et le nombre de personnes vivant avec le VIH à 97 000 en 2023.

Les nouvelles infections selon les données de l'ONUSIDA sont estimées à 100 en 2021 contre 200 en 2022.

La létalité du VIH montre une décroissance pendant les dix dernières années.

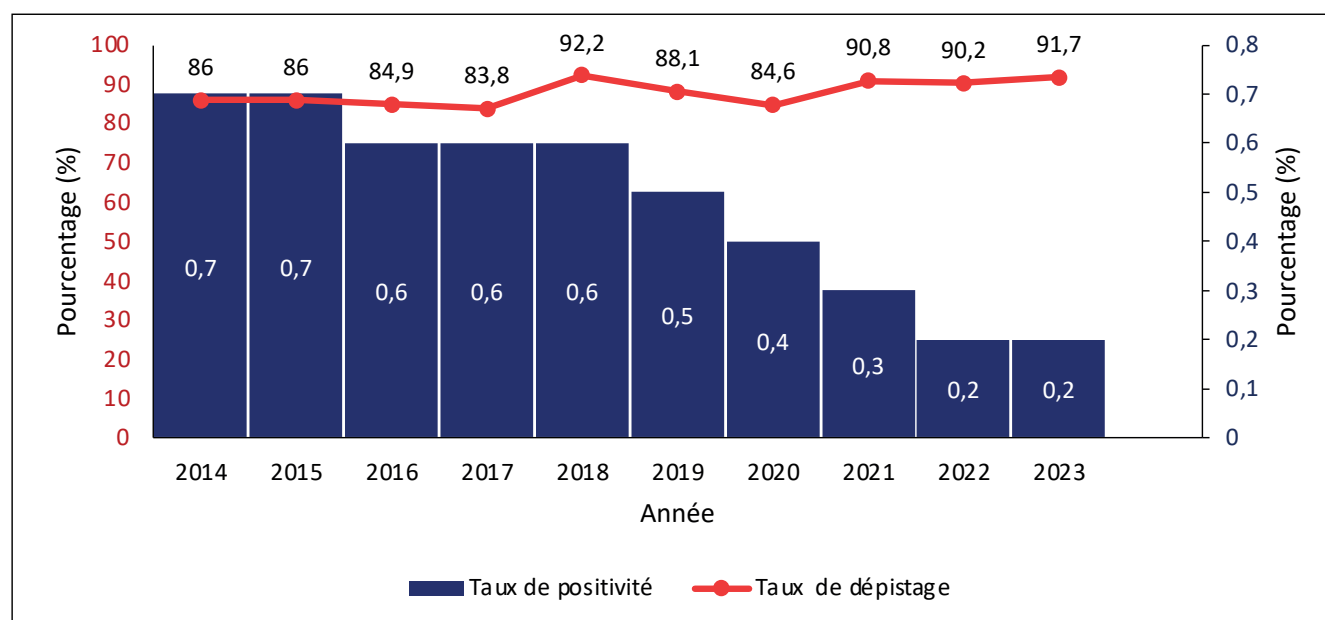
Les dépenses réalisées pour la lutte contre le VIH sont passées de 24 772 906 694 FCFA en 2014 à 22 197 860 000 FCFA en 2022. La part contributive des ménages représentait 6,7% en 2014 (1 671 429 567 FCFA) et 2,49% en 2022 (551 740 000 FCFA).

1.4.3 Epidémiologie du VIH et des IST

1.4.3.1 Dépistage, diagnostic et traitement

1.4.3.1.1 Evolution du dépistage et du diagnostic du VIH chez les femmes enceintes

Le taux de dépistage chez les femmes enceintes était croissant entre 2014 et 2023 passant de 86 à 91,7%. Pour ce qui est du taux de positivité, il était en baisse passant de 0,7 à 0,2% (Graphique 1. 53).



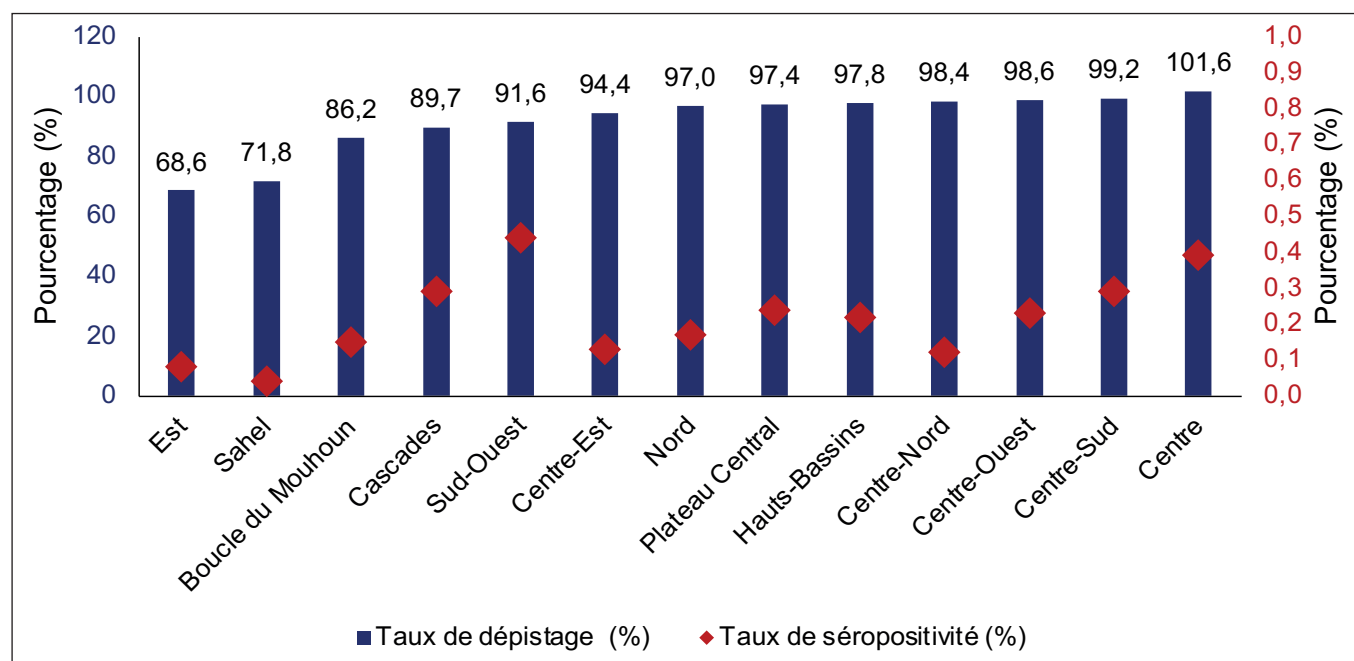
Source : MSHP, *Annuaire Statistique 20214 à 2023*

Graphique 1. 53 : Evolution du taux de dépistage et de diagnostic du VIH chez les femmes enceintes entre 2014 et 2023

1.4.3.1.2 Dépistage et diagnostic du VIH chez les femmes enceintes par région en 2023

Le taux de dépistage chez les femmes enceintes était plus faible dans les régions de l'Est (68,63%), du Sahel (71,77%) et de la Boucle du Mouhoun (86,24%) et plus élevé dans celles du Centre (101,56%), Centre-Sud (99,16%) et Centre-Ouest (98,63%).

Quant aux taux de positivité, ils étaient plus élevés dans les régions du Sud-Ouest (0,44%) et du Centre (0,39%) en 2023 (Graphique 1. 54).

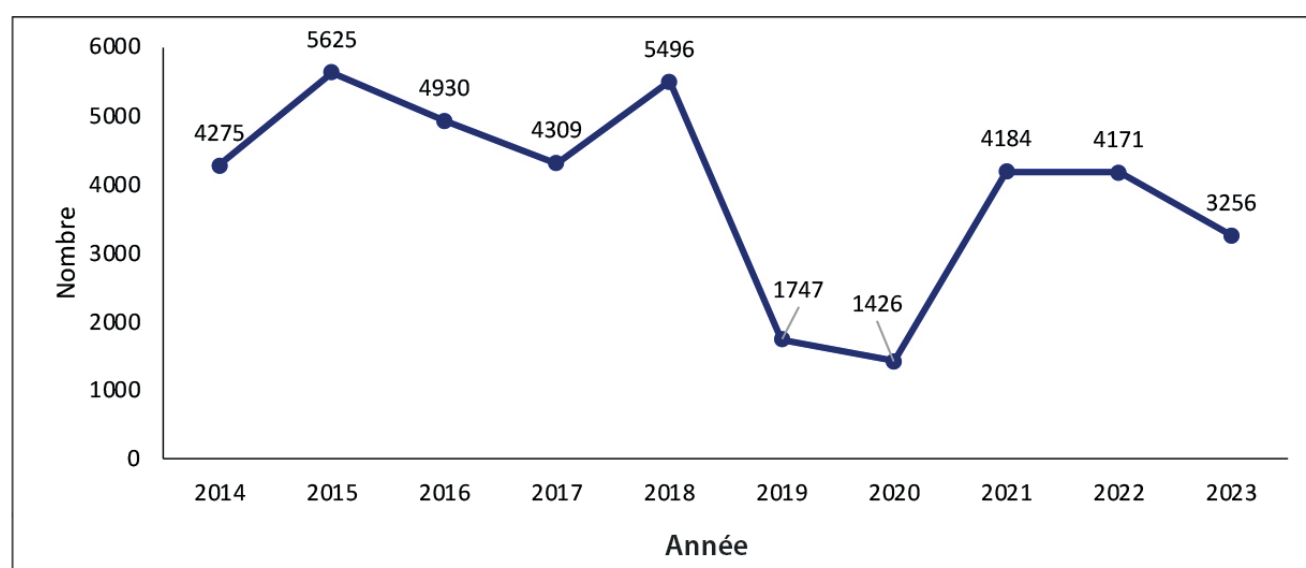


Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 54 : Taux de dépistage et de diagnostic du VIH chez les femmes enceintes par région en 2023

1.4.3.1.3 Evolution du nombre de personnes sous traitement ARV

Le nombre de personnes mis sous traitement ARV était globalement en baisse entre 2014 et 2023 passant de 4 275 à 3 256 (Graphique 1. 55).

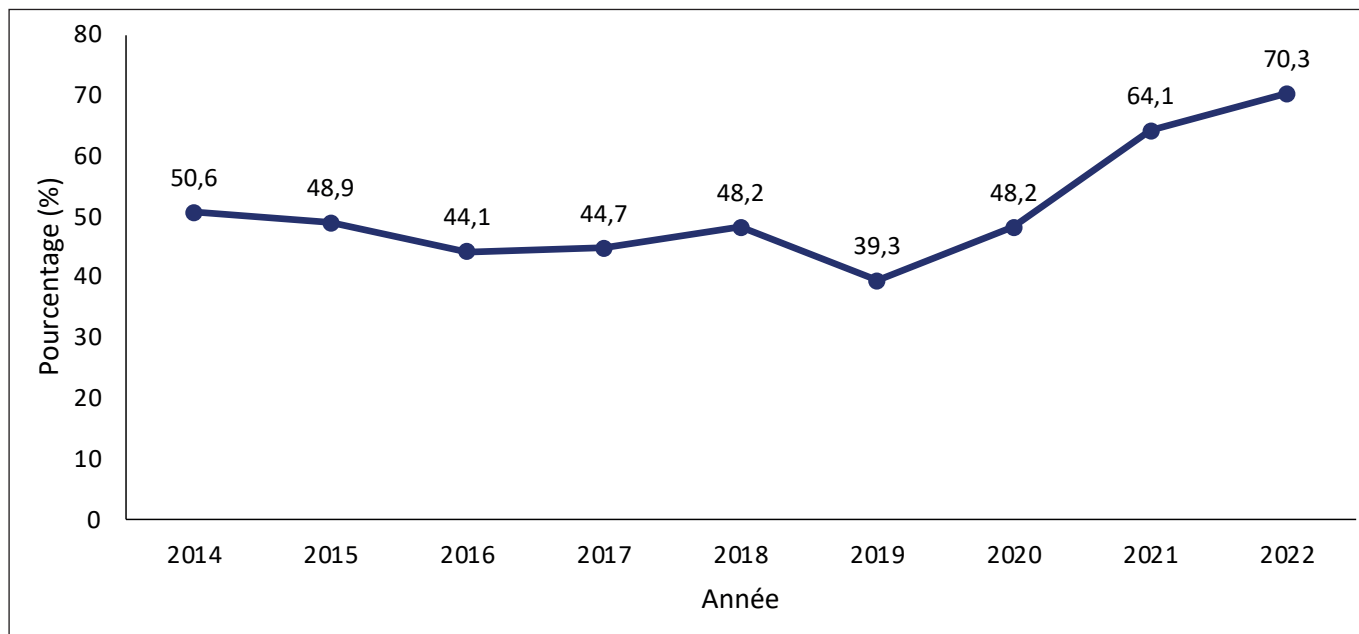


Sources : Rapports d'activités du PSSLS-IST 2014-2023

Graphique 1. 55 : Evolution du nombre de personnes sous traitement ARV de 2014 à 2023

1.4.3.1.4 Co-infections (VIH/TB)

La proportion de PVVIH coinfectées par la tuberculose sous traitement anti-TB avait une tendance à la hausse entre 2014 et 2022, passant de 50,6% à 70,3% (Graphique 1. 56).

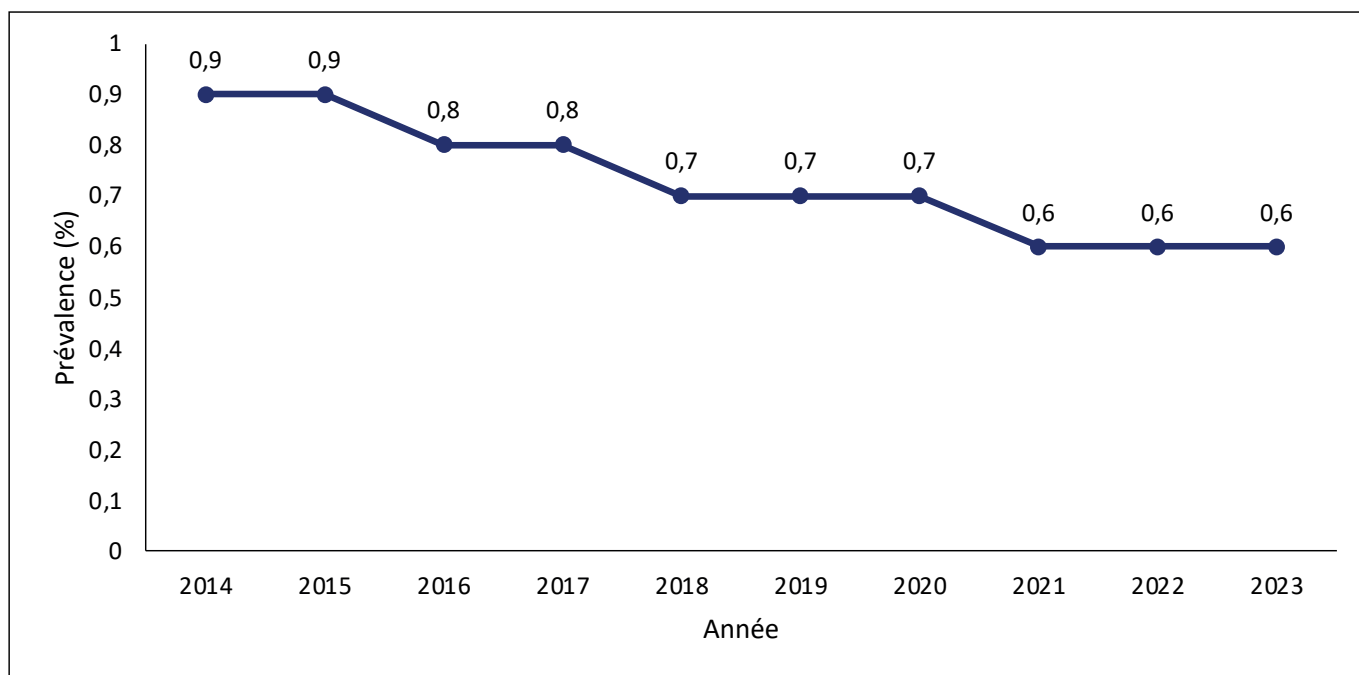


Source : Rapports annuels ONUSIDA

Graphique 1. 56 : Evolution du pourcentage de PvVIH coinfectées par la tuberculose sous traitement anti-TB de 2014 à 2022

1.4.3.2 Prévalence du VIH

Selon le rapport de l'ONUSIDA, la prévalence du VIH au Burkina Faso était en baisse passant de 0,9% en 2014 à 0,6% en 2023 (Graphique 1. 57).

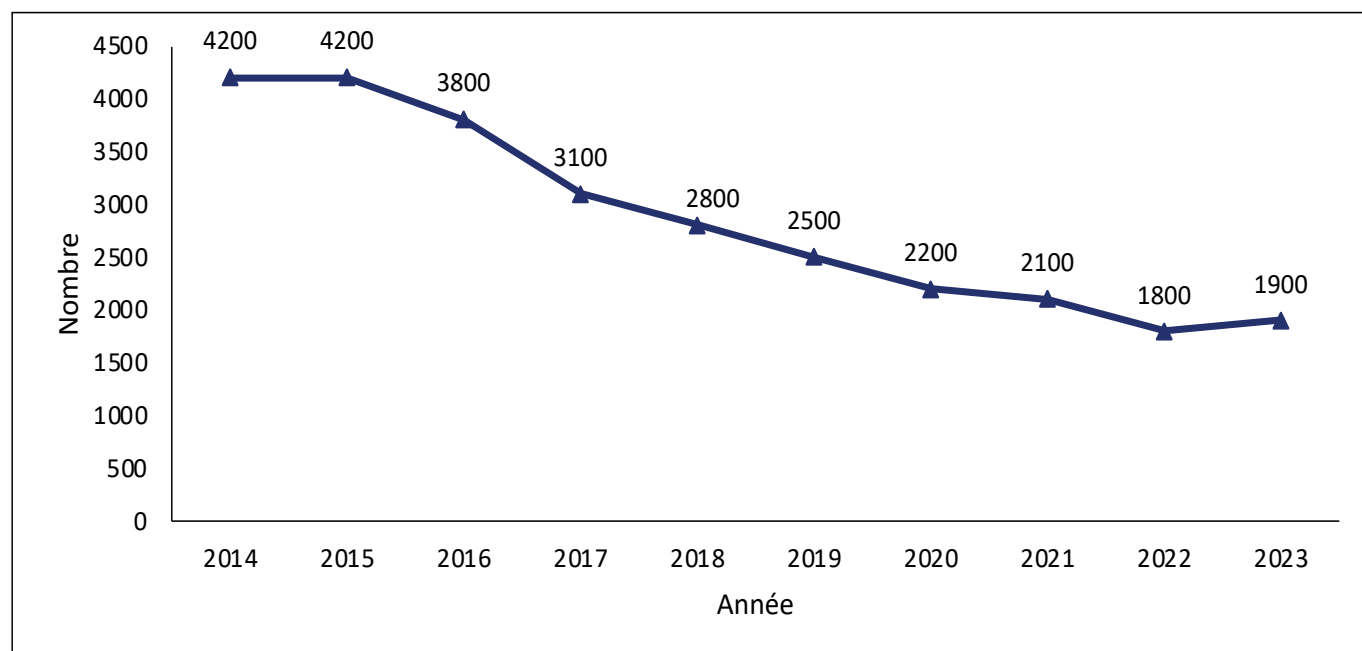


Source : Rapports annuels ONUSIDA

Graphique 1. 57 : Evolution de la prévalence du VIH de 2014 à 2023

1.4.3.2.1 Evolution du nombre de nouvelles infections à VIH

Selon le rapport de l'ONUSIDA, le nombre de nouvelles infections à VIH était globalement en baisse de 2014 à 2023²¹ passant de 4200 à 1900 cas (Graphique 1. 58).

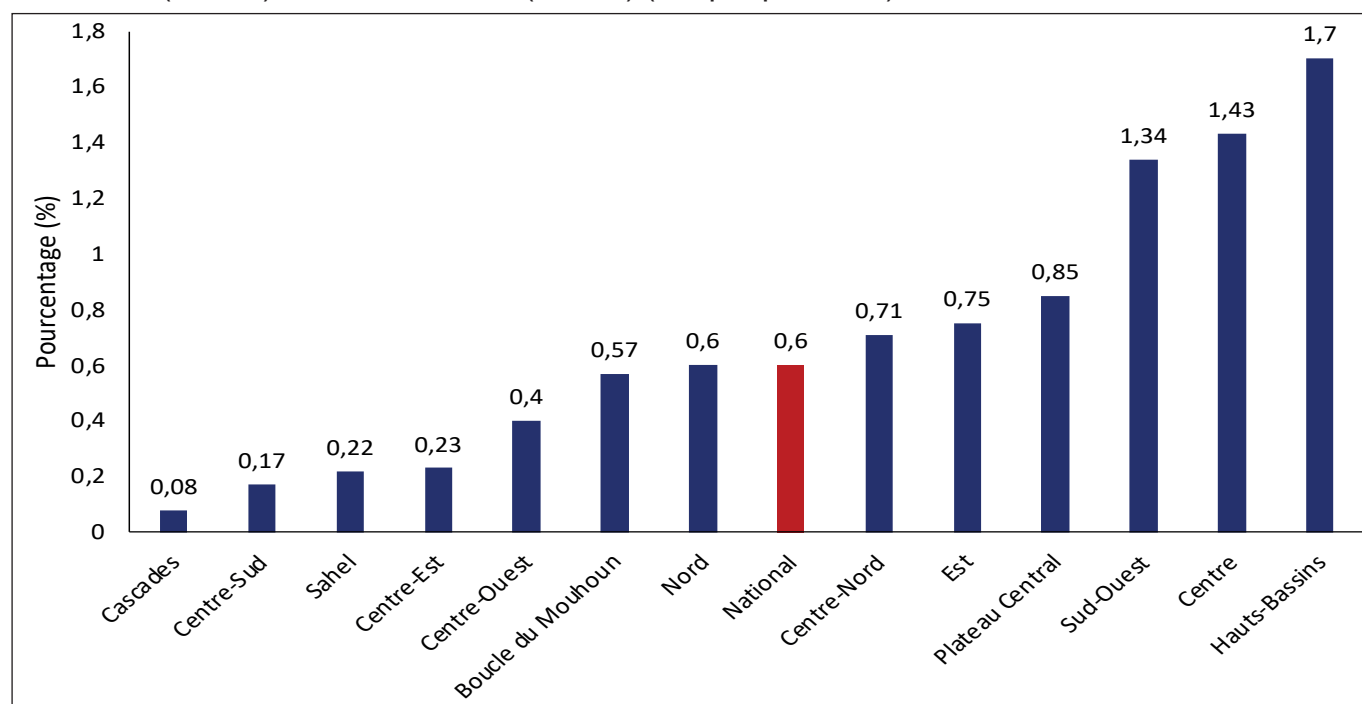


Source : Rapports annuels ONUSIDA

Graphique 1. 58 : Evolution du nombre estimé de nouvelles infections à VIH de 2014 à 2023

1.4.3.2.2 Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes

En 2022, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15-49 ans était de 0,6%. Les prévalences les plus élevées étaient enregistrées dans les régions des Hauts-Bassins (1,7%), du Centre (1,43%) et du Sud-Ouest (1,34%) (Graphique 1. 59).



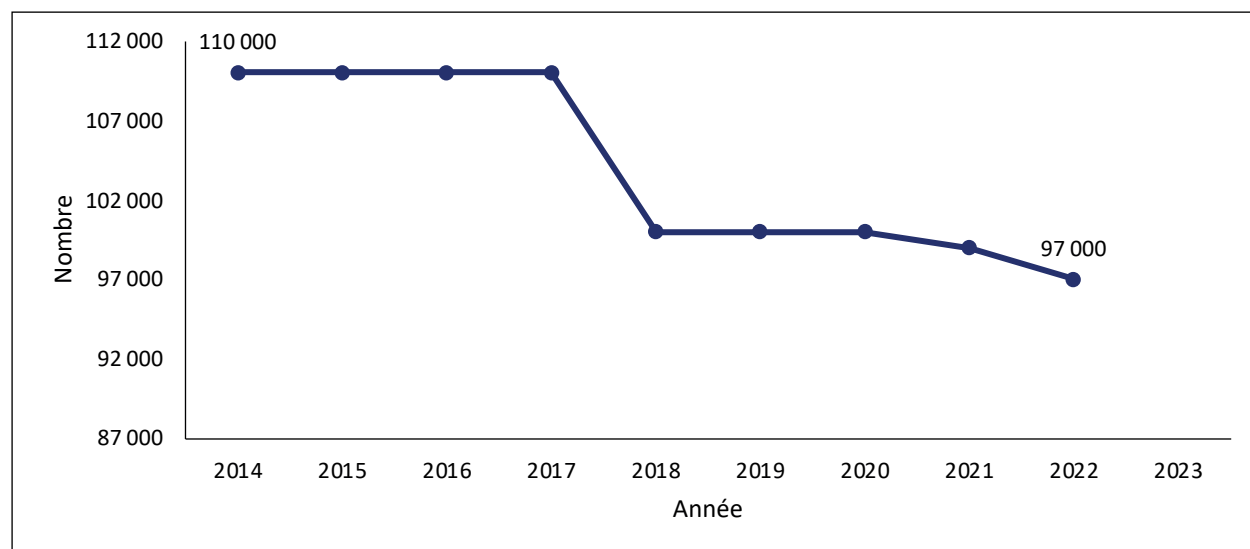
Source : MSHP, Rapport de la sérosurveillance du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en 2022

Graphique 1. 59 : Séroprévalence du VIH par région en 2022

21 <https://aidsinfo.unaids.org/>

1.4.3.2.3 Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH

Selon les estimations de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH était en baisse entre 2014 et 2022 passant de 110 000 à 97 000 personnes (Graphique 1. 60).

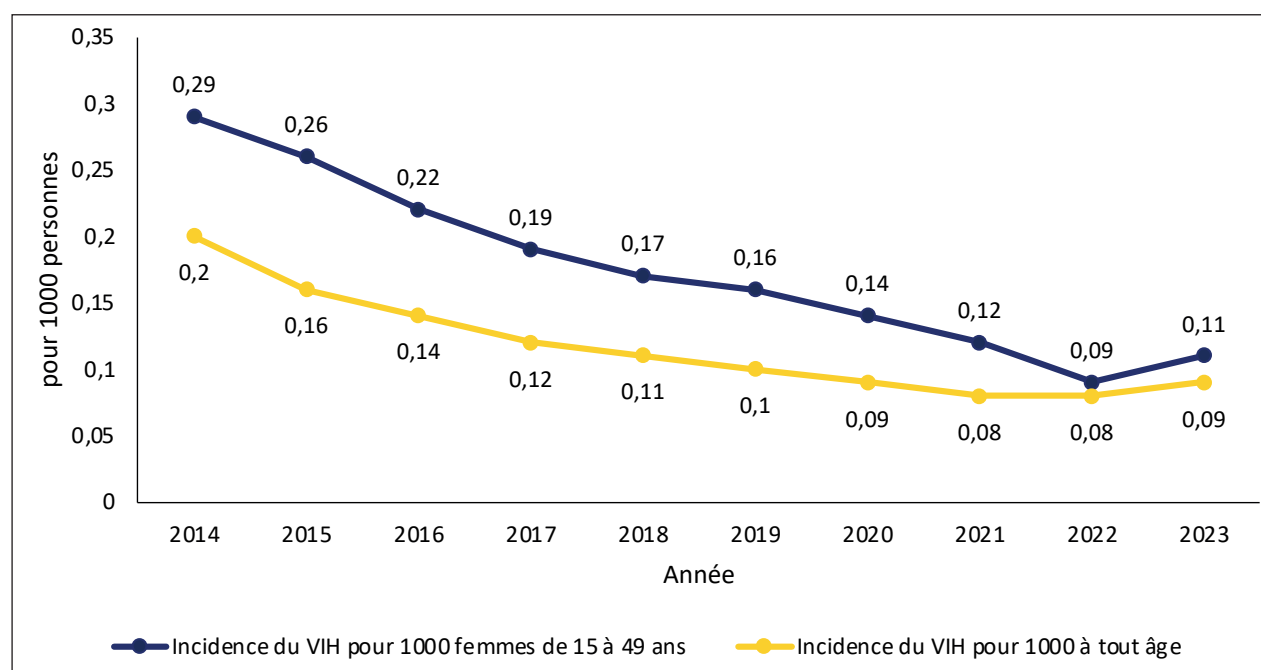


Source : Rapports annuels ONUSIDA

Graphique 1. 60 : Evolution du nombre de personnes vivant avec le VIH de 2014 à 2022

1.4.3.3 Incidence du VIH

L'incidence du VIH était en baisse depuis 2014. En 2023, elle a été estimée à 0,11 et 0,09 respectivement pour 1 000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et pour 1 000 personnes non infectées de tout âge (Graphique 1. 61).



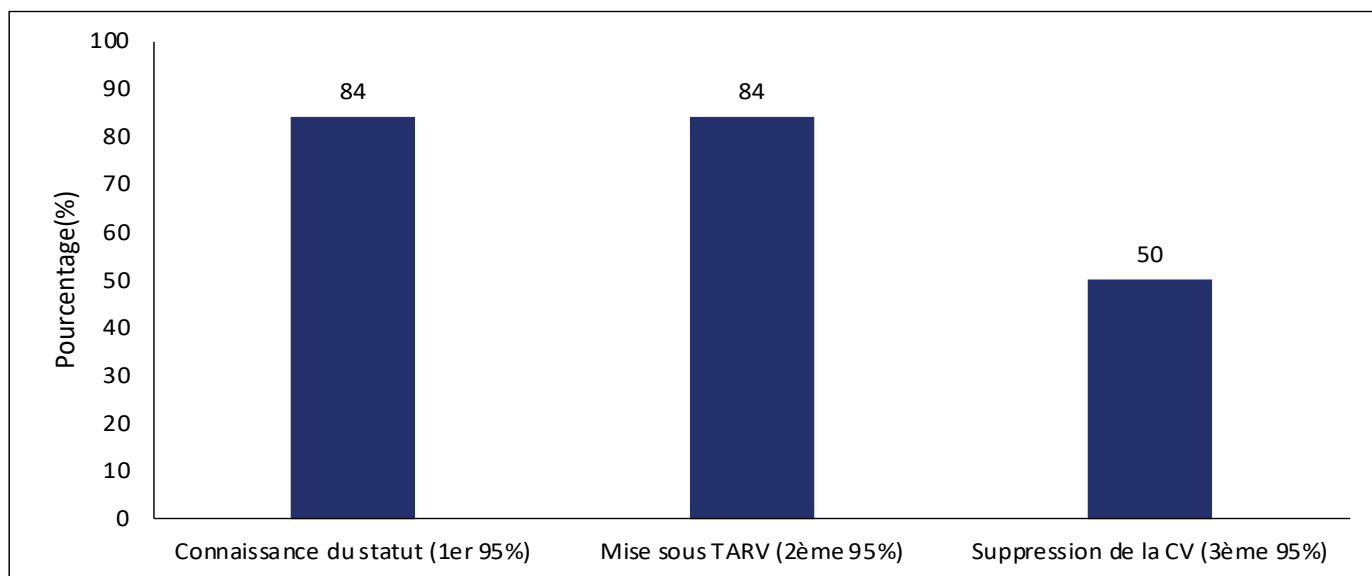
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 1. 61 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15 à 49 ans et à tout âge en 2023

1.4.3.4 Cascade 95-95-95 du VIH

La cascade des 95-95-95 se définit pour le premier, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique ; pour le deuxième, 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement antirétroviral (TARV) et pour le troisième, 95% des personnes sous TARV ont une charge virale (CV) supprimée.

Au Burkina Faso, 84% des personnes connaissaient leur statut sérologique. Parmi eux, 84% étaient mis sous traitement ARV. Parmi les PvVIH sous traitement, 50% avaient leur charge virale supprimée en 2023 (Graphique 1. 62).

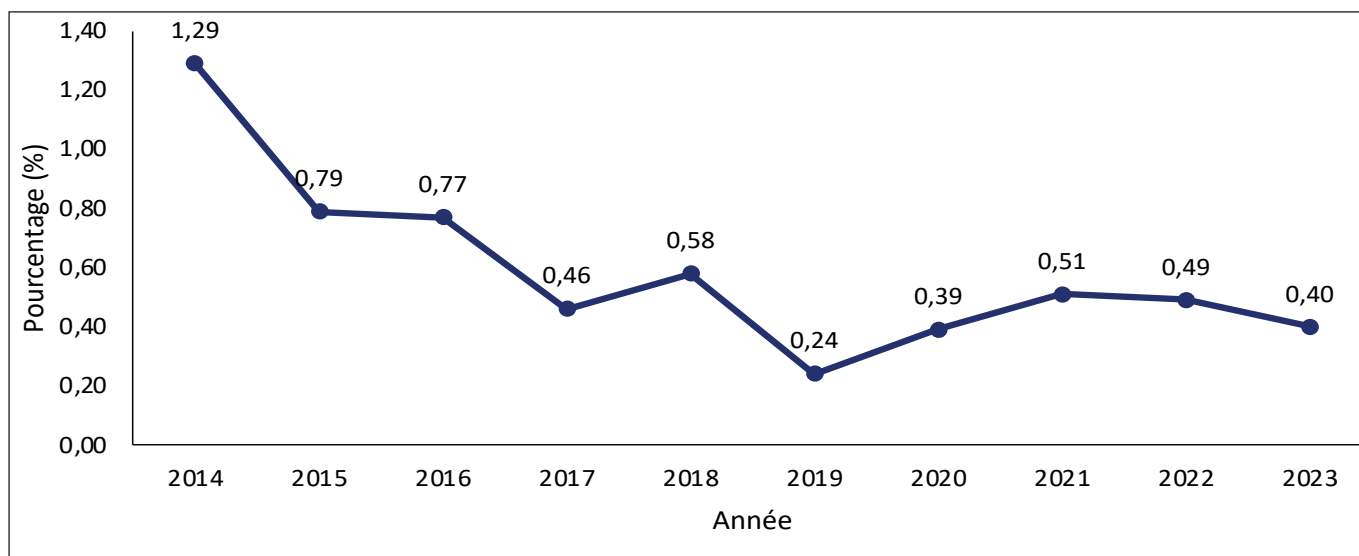


Source : MSHP, Rapports d'activités du PSSLS-IST 2023

Graphique 1. 62 : Situation de la cascade des 95-95-95 du VIH en 2023

1.4.3.5 Létalité du Sida

Une tendance à la baisse de la létalité du Sida a été observée entre 2014 et 2023, passant de 1,29% à 0,4% (Graphique 1. 63).



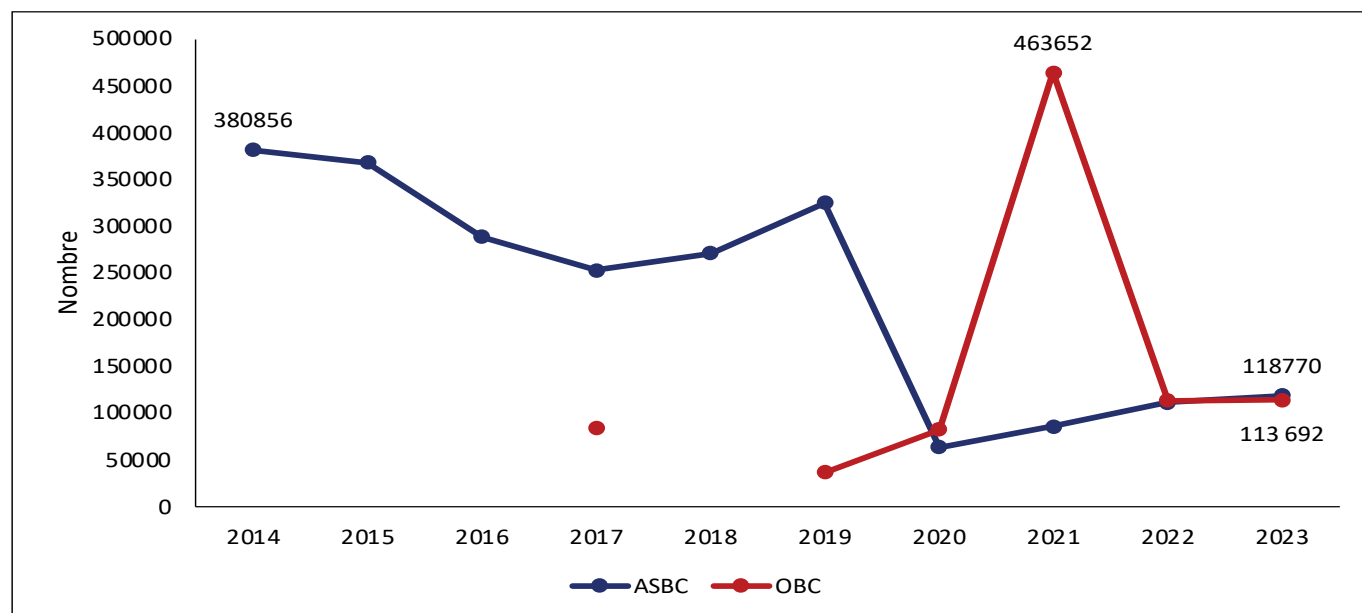
Source : MSHP, Rapport d'activités du PSSLS-IST-HV 2014-2023

Graphique 1. 63 : Evolution de la létalité du SIDA de 2014 à 2023

1.4.4 Infections sexuellement transmissibles

1.4.4.1 Prévention et Sensibilisation

Le nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC CCC réalisées par les ASBC sur les IST et le VIH/SIDA est globalement en baisse entre 2014 et 2023, passant de 380 856 à 118 770 personnes (Graphique 1. 64).



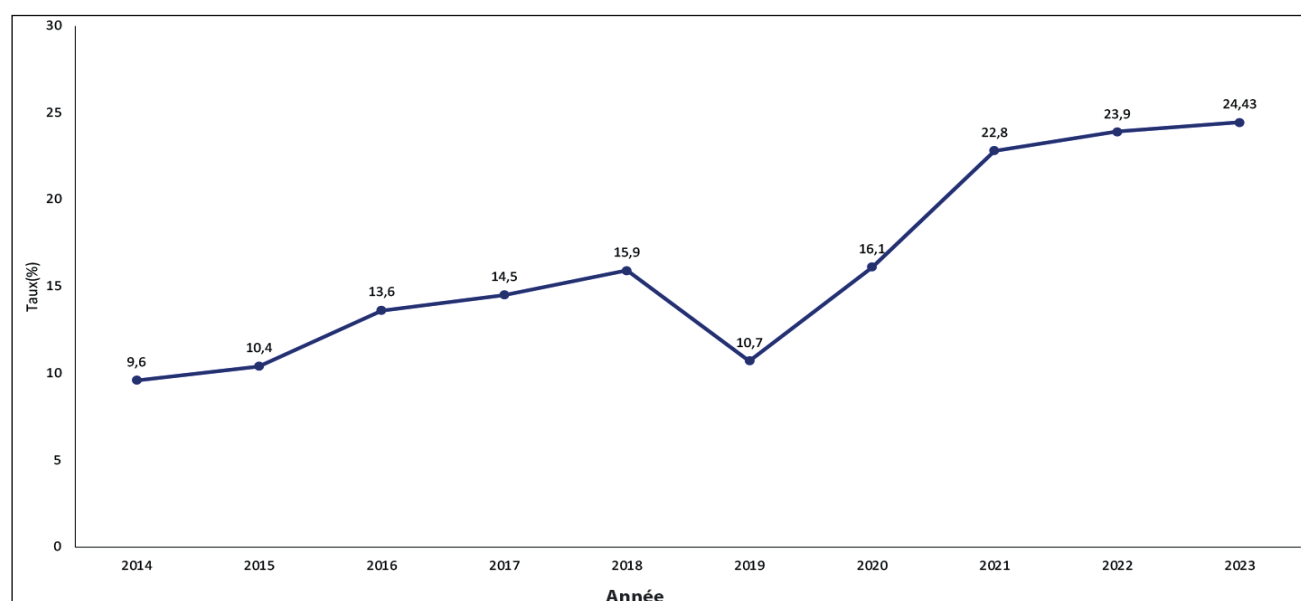
Source : MSHP, *Annuaire Statistique 20214 à 2023*

Graphique 1. 64 : Evolution du nombre de personnes touchées lors des séances d'IEC réalisées par les ASBC

1.4.4.2 Incidence des infections sexuellement transmissibles

1.4.4.2.1 Evolution de l'incidence des infections sexuellement transmissibles

L'incidence des IST était en hausse entre 2014 et 2023 respectivement de 9,6% à 24,43% (Graphique 1. 65).

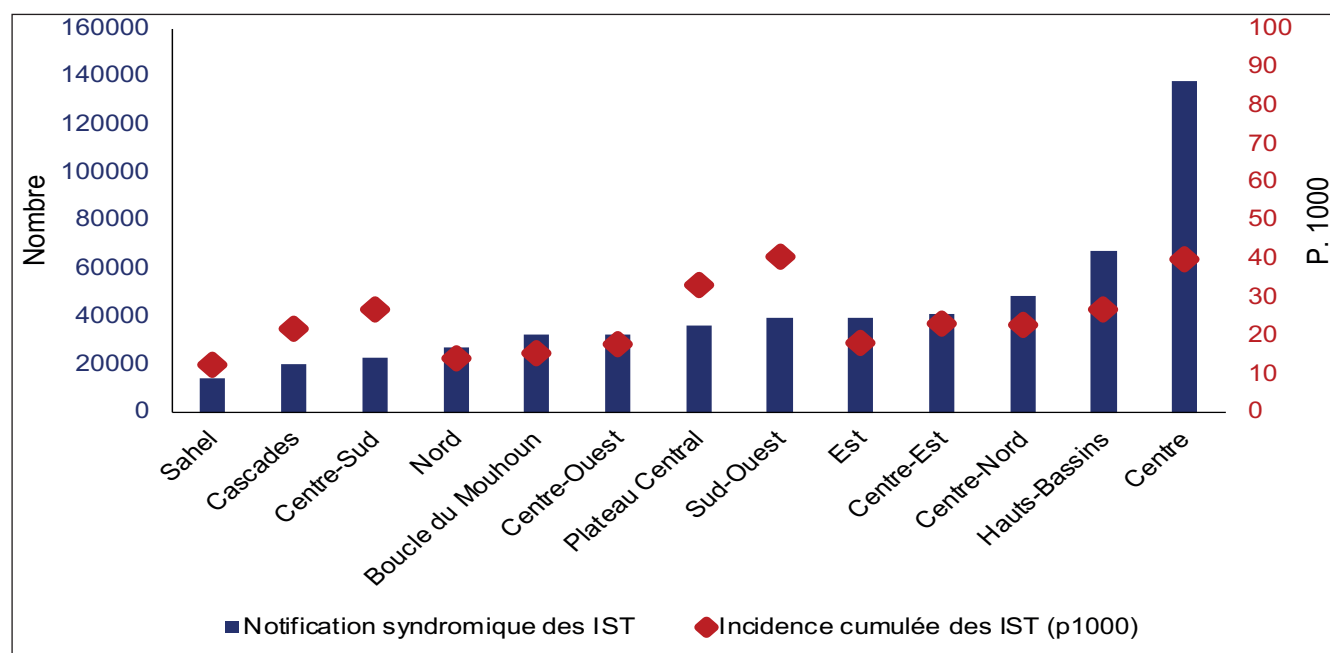


Source : MSHP, *Annuaire Statistique 20214 à 2023*

Graphique 1. 65 : Evolution de l'incidence des infections sexuellement transmissibles de 2014 à 2023

1.4.4.2.2 Incidence des infections sexuellement transmissibles par région en 2023

L'incidence des infections sexuellement transmissibles était plus élevée dans les régions du Sud-Ouest et du Centre avec respectivement 40,67% et 39,88% en 2023. (Graphique 1. 66).

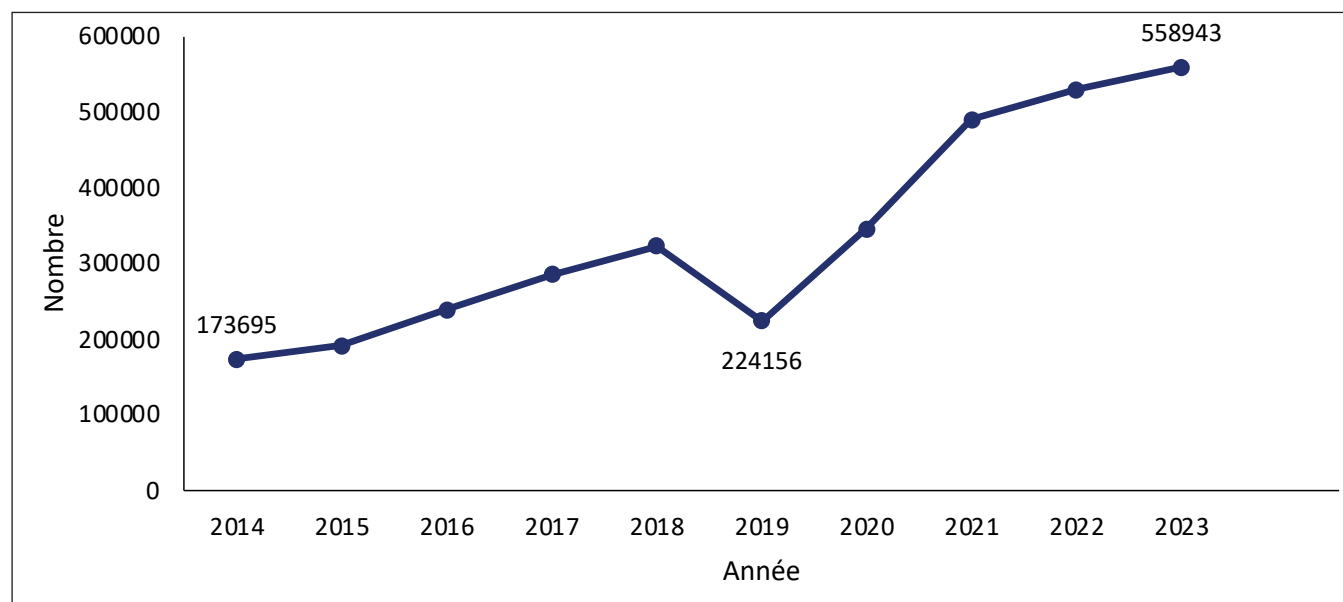


Source : MSHP, Annuaire Statistique 2023

Graphique 1. 66 : Notifications syndromiques et incidence des infections sexuellement transmissibles par région en 2023

1.4.4.2.3 Diagnostic des IST

Une tendance à la hausse du nombre de cas d'IST a été observée entre 2014 et 2023 allant de 173 695 à 558 943 cas (Graphique 1. 67).



Source : MSHP, Annales Statistiques 20214 à 2023

Graphique 1. 67 : Evolution du nombre de cas d'IST de 2014 à 2023

1.5 Hépatites virales

Les hépatites virales constituent un problème de santé publique mondial et il s'avère nécessaire pour les gouvernements et les populations d'instaurer des mesures de prévention, de diagnostic et de traitement. En outre, l'OMS avait demandé de définir les meilleures méthodes et façons de faire pour dispenser toute la chaîne des services de lutte contre les hépatites virales à des populations différentes dans des lieux différents, de manière à assurer l'équité, l'impact maximal et la qualité²².

Les données disponibles montrent que le Burkina Faso est touché par les hépatites virales tout comme les autres pays en développement et ce, de manière préoccupante. Les principales complications à savoir, le cancer primitif du foie et la cirrhose hépatique sont d'autant plus redoutables que leur découverte est tardive et les moyens de diagnostic et de traitement très limités avec un coût financier élevé. Il en découle une forte létalité et des conséquences socio-économiques importantes.

1.5.1 Prévention

1.5.1.1 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

1.5.1.1.1 Dépistage des hépatites virales chez la femme enceinte

Le dépistage pendant la grossesse est l'un des moyens les plus efficaces de l'élimination de la transmission verticale de l'hépatite B. Avec le VIH, les tests antigène de l'hépatite B (AgHBs) et anticorps de l'hépatite C (Ac anti-VHC) doivent être faits au premier trimestre chez la femme enceinte. Il est recommandé de vérifier l'immunité acquise contre le VHB avant la conception et vacciner les femmes ayant un projet de grossesse si elles ne sont pas immunisées. Chez la femme enceinte négative pour l'antigène de l'hépatite B et l'anticorps de l'hépatite C et non immunisée, une vaccination contre le VHB est recommandée.

1.5.1.1.2 Prophylaxie et traitement dans le cadre de la eTME²³

► Prophylaxie contre les hépatites virales

❖ Hépatite virale B

Dès 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé la vaccination anti-VHB chez tous les nouveau-nés à l'aide d'un vaccin monovalent administré dans les 24 premières heures de vie et complété, des injections ultérieures dans les 6 à 12 mois suivants²⁴. Chez les enfants exposés, l'OMS recommande en outre l'administration dès la naissance d'immunoglobuline VHB (Ig anti-HBs). Cette stratégie est hautement efficace en particulier dans les régions à haute prévalence (définies par l'OMS par une prévalence de l'AgHBs positif > 8%).

²² Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021

²³ Triple élimination de l'hépatite, du VIH et de la syphilis

²⁴ OMS Weekly epidemiological record. Hepatitis B vaccines. No. 40, 2009, 84, 405-420. <http://www.who.int/wer>

Au Burkina Faso, le vaccin contre le VHB est administré 8 semaines après la naissance et est intégré dans le programme élargi de vaccination (PEV).

❖ Hépatite virale A

Pour la prévention de l'hépatite A, il est recommandé le lavage approfondi des mains et l'amélioration de l'hygiène de l'eau et des aliments.

Aussi, un vaccin contre le VHA est disponible. Il est administré en intramusculaire de préférence dans le muscle deltoïde chez l'adulte et dans la partie antéro-latérale de la cuisse chez l'enfant de moins de 2 ans.

❖ Hépatite virale E

Il n'y a pas d'immunoglobulines anti-E, disponibles pour la prophylaxie avant ou après l'exposition. Les mesures d'hygiène universelle décrites pour l'hépatite virale A s'appliquent pour l'hépatite virale E.

La région du Centre-Nord a connu une épidémie en 2020.

❖ Prophylaxie par thérapie antivirale de la transmission mère-enfant

Au Burkina Faso, par consensus des sociétés savantes, le traitement par Ténofovir est administré aux femmes enceintes infectées par le virus de l'hépatite B²⁵. En cas de co-infection VHB/VIH, les patientes bénéficient d'une trithérapie.

1.5.2 Charge des hépatites

Le Burkina Faso est situé dans la zone de haute endémicité des infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). En effet, la prévalence pour l'hépatite virale B est de 9,1% et celle de l'hépatite virale C est de 3,6% en population générale. Environ 2 millions sont porteurs chroniques du VHB et 720 000 du VHC. Ces infections sont responsables de morbidités, notamment la cirrhose et le cancer du foie et d'une mortalité importante (900 décès par an)²⁶.

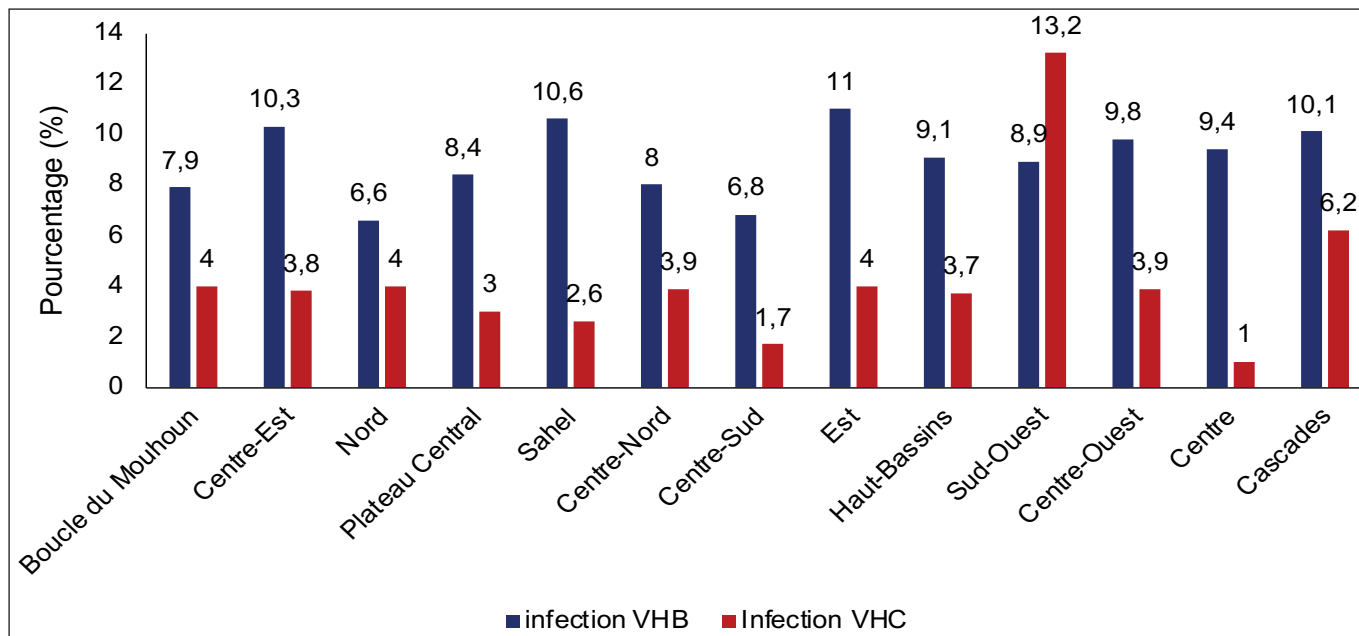
1.5.3 Épidémiologie des hépatites

Une étude réalisée au Burkina Faso en 2016 a montré que les régions du Sud-Ouest (13,2%) et des Cascades (6,2%) avaient les prévalences de VHC les plus élevées en 2010. Quant au VHB, les régions de l'Est (11%) et du Sahel (10,6%) avaient les taux les plus élevés²⁷ (Graphique 1. 68).

25 Sangaré L, Sombié R, Combasséré AW, Kouanda A, Kania D, Zerbo O, Lankoandé J. Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH, Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot*, 2009, 102, 4, DOI : 10.3185/pathexo3393

26 Normes et protocoles de prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso 2019

27 Méda N, Tuallion E, Kania D et al. Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso: a crosssectional study. *Bull World Health Organ* 2018; 96:750–759.doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.208603>



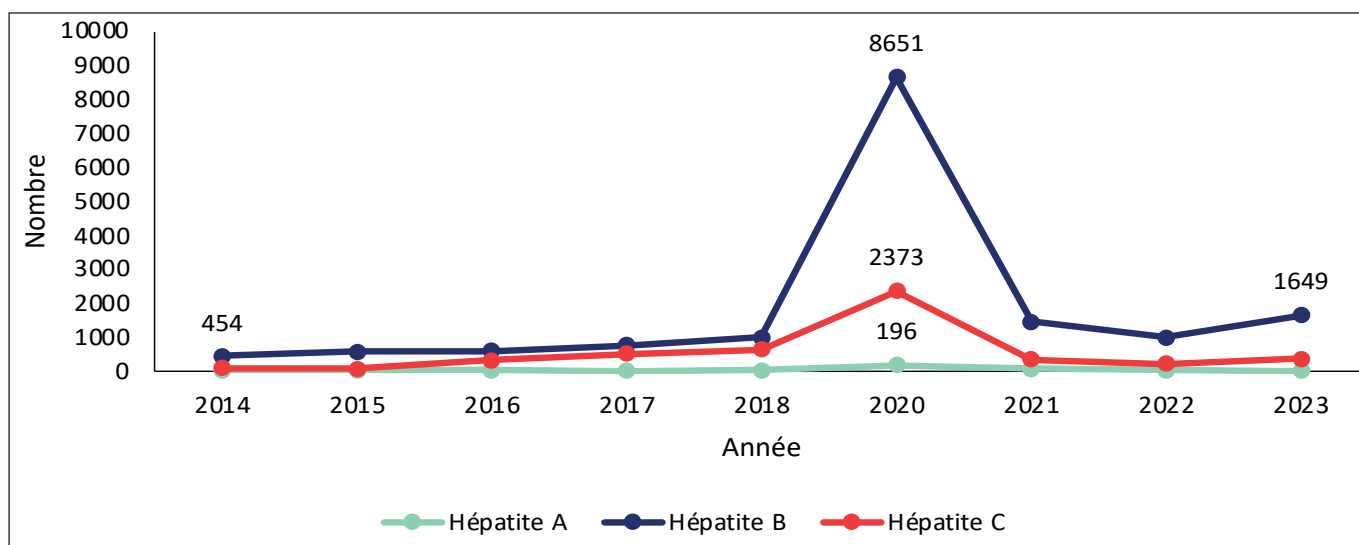
Source : MSHP, Normes et protocoles de prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso

Graphique 1. 68 : Prévalence des hépatites virales B et C par région en 2010

1.5.3.1 Diagnostic et Dépistage

1.5.3.1.1 Evolution des cas d'hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023

Les cas d'hépatites B et C étaient les plus enregistrés entre 2014 et 2023, avec des pics en 2020, 8 651 cas d'hépatite B et 2 373 cas d'hépatite C (Graphique 1. 69).



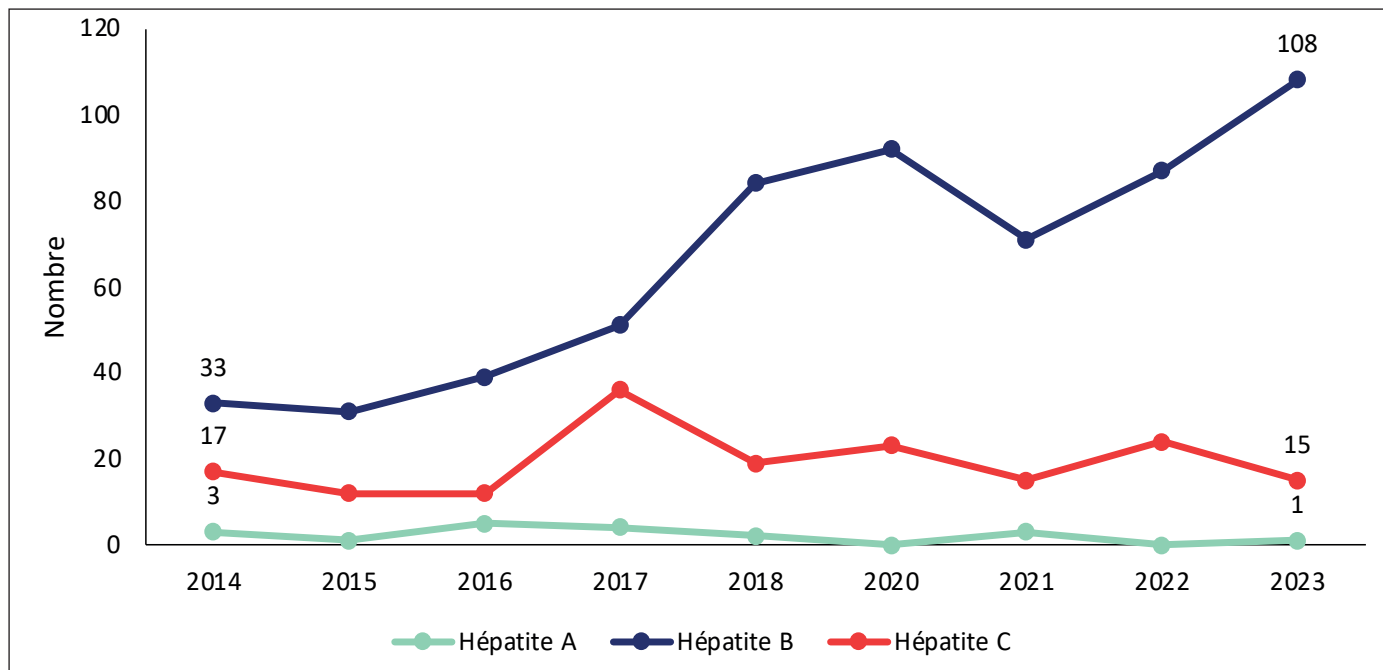
Source : MSHP, Annuaire Statistique 20214 à 2023

Graphique 1. 69 : Evolution du nombre de cas d'hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023

1.5.4 Mortalité

1.5.4.1 Evolution des cas de décès dus aux hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023

Les cas de décès dus aux hépatites B et C étaient les plus élevés entre 2014 et 2023. En 2023, ils étaient respectivement de 108 et 15 cas (Graphique 1. 70).



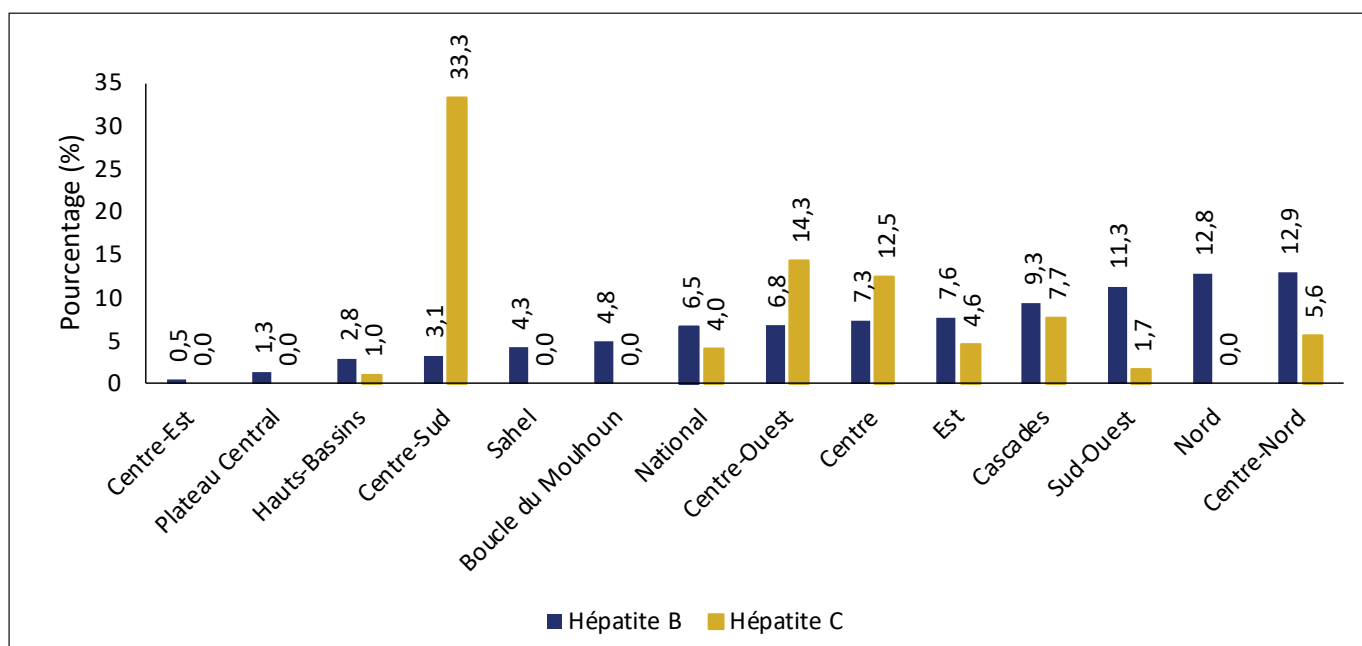
Source : MSHP, *Annuaire Statistiques 2014 à 2023*

Graphique 1. 70 : Evolution du nombre de cas de décès dus aux hépatites dans les centres médicaux et les hôpitaux de 2014 à 2023

1.1.1.1 Létalité de l'hépatite B et C

La létalité de l'hépatite B était plus élevée dans les régions du Centre-Nord, du Nord et du Sud-Ouest avec respectivement 12,9%, 12,8% et 11,3%.

La létalité de l'hépatite C était plus élevée dans les régions du Centre Sud, du Centre Ouest et du Centre avec respectivement 33,33%, 14,29% et 12,5%. Elle était nulle dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-est, du Nord, du Plateau-Central et du Sahel (Graphique 1. 71).



Source : MSHP, *Annuaire Statistique 2023*

Graphique 1. 71 : Létalité de l'hépatite B et C dans les centres médicaux et les hôpitaux par région en 2023

1.6 Maladies émergentes

Ces dernières années, le Burkina Faso a enregistré des cas de maladies émergentes notamment le Chikungunya. A la date du 31 décembre 2023, le pays totalisait 311 cas confirmés de chikungunya répartis comme suit : 274 cas (88,10%) à Pouytenga, 23 cas à Ouagadougou, 8 cas à Zorgho, 4 cas à Koudougou et 2 cas à Bobo-Dioulasso.

Le chapitre sur les maladies transmissibles a mis en évidence l'ampleur des défis sanitaires que ces pathologies continuent de poser au Burkina Faso. Malgré les progrès réalisés dans la lutte contre des maladies comme le paludisme, la tuberculose, le VIH-Sida et les hépatites, ces affections demeurent une priorité en raison de leur prévalence élevée et de leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité de la population. Les efforts de prévention, de diagnostic et de traitement, ont permis des avancées notables, notamment grâce à la mise en place de stratégies ciblées telles que la distribution de moustiquaires, la vaccination, la surveillance épidémiologique, la surveillance des résistances aux insecticides et les traitements antirétroviraux. Ainsi, il apparaît indispensable de renforcer les mesures de prévention et d'améliorer l'accès aux soins pour toutes les populations, en particulier les plus vulnérables, tout en maintenant des efforts constants pour contrôler et éradiquer ces maladies. La mobilisation continue des acteurs nationaux et internationaux sera cruciale pour surmonter ces défis et réduire le fardeau des maladies transmissibles au Burkina Faso.

CHAPITRE 2 : MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles (MNT) sont définies comme des maladies ou affections qui ne se transmettent pas d'une personne à l'autre par contact direct et pour lesquelles il n'existe généralement pas un agent causal. Elles sont de longue durée, évoluent en général lentement et sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux.

Les maladies non transmissibles (MNT) demeurent un véritable problème de santé dans le monde où elles sont à l'origine de 41 millions de décès chaque année, soit 74 % de l'ensemble des décès. Sur l'ensemble des décès imputables aux MNT, 77 % se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire selon l'Organisation mondiale de la Santé en 2023²⁸.

La situation des MNT au Burkina Faso reflète l'ampleur croissante de ces maladies d'où l'intérêt de mettre en place une riposte coordonnée par la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention, de gestion des cas sous le lead de la Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM).

La prévalence croissante des MNT au Burkina Faso est attribuée d'une part à la transition épidémiologique avec l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé, des changements des modes de vie (consommation nocive d'alcool, du tabac, sédentarité, etc.) et de l'urbanisation rapide. Elle s'accompagne d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.

On distingue quatre (04) principaux groupes de MNT :

- les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux);
- les cancers;
- les maladies respiratoires chroniques (broncho-pneumopathie chronique obstructive et l'asthme);
- le diabète.

Les autres MNT sont les suivantes : les affections rénales, les maladies cécitantes et la surdité, les troubles mentaux, les maladies génétiques (drépanocytose, hémophilie, albinisme), les conséquences des traumatismes (accidents de la voie publique, accidents domestiques), les affections buccodentaires, les maladies de l'appareil locomoteur (arthrose, arthrite, rhumatisme) et les maladies auto-immunes.

Ce chapitre présente un aperçu global sur l'état des politiques, la situation épidémiologique, les défis et les perspectives liés à la lutte contre les MNT. Il aborde les MNT suivantes :

²⁸ OMS, Maladies non transmissibles, 2023 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- les maladies cardiovasculaires ;
- les maladies respiratoires ;
- le diabète ;
- l'insuffisance rénale chronique ;
- les maladies mentales ;
- les accidents de la voie publique et du travail.

2.1 État des lieux des politiques et initiatives en matière de lutte contre les MNT

De 2013 à 2018, l'ancrage institutionnel de la lutte contre les maladies non transmissibles a évolué d'un service à une direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) par décret²⁹ du fait de l'augmentation du fardeau des MNT et du fort engagement politique.

La DPCM fait partie des sept (07) directions de services de la Direction générale de la Santé et de l'Hygiène publique (DGSHP). Elle est chargée de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des directives et politiques de lutte contre les MNT selon l'arrêté portant organigramme de la DGSHP³⁰. La politique de lutte contre les MNT se traduit par la mise en place d'un plan stratégique intégré de lutte contre les Maladies non transmissibles 2024-2028.

Pour ce qui est de la lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle, le pays met en œuvre depuis 2020 le WHOPEN (*World Health Organization Package of Essential Noncommunicable*), qui est l'intégration de la prise en charge des principales MNT dans les formations sanitaires périphériques. Les infirmiers des formations sanitaires sont capacités à prendre en charge des cas simples de diabète et d'hypertension artérielle (HTA) et de référer les cas compliqués par la mise en place d'équipements simples (glucomètres et tensiomètres), les algorithmes simplifiés de prise en charge et la formation.

La prise en charge d'insuffisance rénale chronique se fait dans les six unités d'hémodialyse dans les villes de Ouagadougou, de Bobo Dioulasso, de Ouahigouya et de Tenkodogo. On note également des subventions de la prise en charge de l'hémodialyse. L'opérationnalisation de la transplantation rénale est en cours dans le pays.

Les accidents de la voie publique constituent une préoccupation majeure du fait des blessés qui occasionnent des invalidités à la suite des traumatismes et de nombreux décès. La stratégie de lutte contre les accidents est multisectorielle en collaboration avec le ministère en charge du transport (ONASER), de la sécurité (BNSP, Police, gendarmerie) et de la santé. En outre, une commission technique de retrait des permis de conduire multisectorielle est mise en place.

Pour gérer efficacement ces maladies, une approche intégrée comprenant la prévention, le dépistage précoce et l'amélioration de l'accès aux soins est essentielle.

²⁹ Décret n° 2018_0093/PRES/PM/MS portant organisation du Ministère de la santé du 15 février 2018

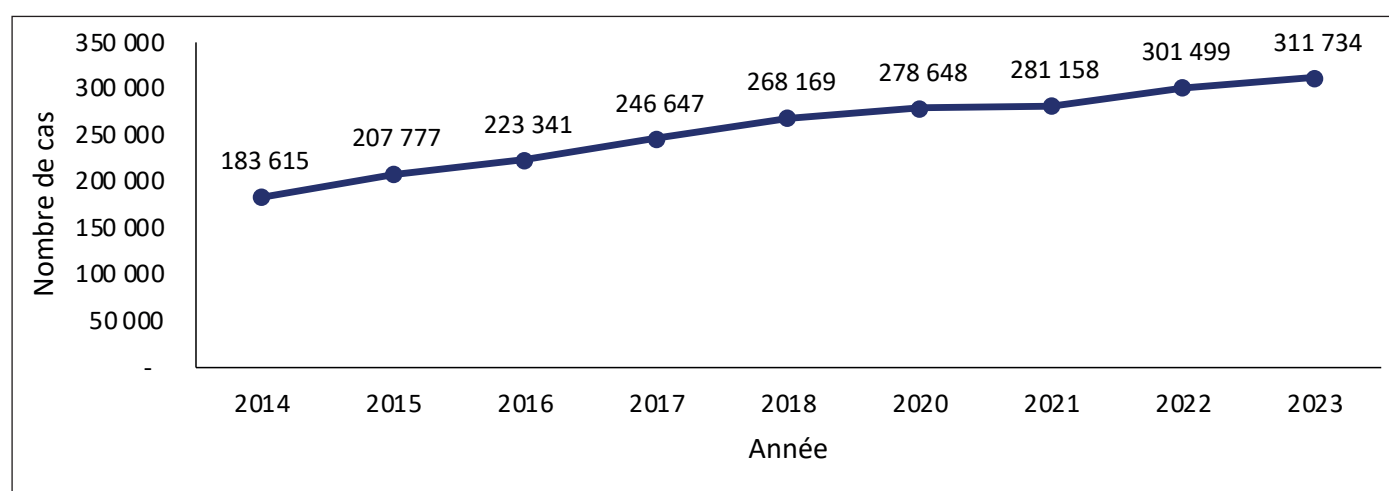
³⁰ Arrêté N°2018-933/MS/CAB portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction générale de la santé publique du 2 octobre 2018

2.2 Maladies cardio-vasculaires

Selon l’OMS, en 2023, les maladies cardio-vasculaires (MCV) étaient à l’origine de la plupart des décès dus aux MNT, soit 17,9 millions de personnes par an³¹. Au Burkina Faso, les MCV posent d’importants défis pour la santé publique. Leur prévalence croissante est attribuée en partie aux changements des modes de vie et à l’urbanisation rapide.

2.2.1 Evolution des cas de maladies cardio-vasculaires de 2014 à 2023

Au Burkina Faso, les maladies cardio-vasculaires comme l’hypertension artérielle, les cardiopathies ischémiques, les cardiopathies congénitales et les accidents vasculaires cérébraux sont en augmentation. De 2014 à 2023, les statistiques liées à ces cas ont presque doublé dans les formations sanitaires, passant de 183 615 à 311 734 cas (Graphique 2. 1).



Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014 à 2023*

Graphique 2. 1 : Evolution des cas de maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.2.2 Maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023

En 2023, chez les moins de 5 ans, les cardiopathies congénitales (1 098 cas) ont occupé le premier rang, suivi de l'HTA (138 cas) et des insuffisances cardiaques (90 cas). Pour le groupe d'âge de 5 à 14 ans, l'HTA (631 cas), les insuffisances cardiaques (199 cas) et les cardiopathies congénitales (182 cas) ont occupé respectivement le premier, le second et le troisième rang. Chez les 15 ans et plus, l'HTA (262 697 cas), les maladies vasculaires cérébrales (9 527 cas) et les insuffisances cardiaques (5 745 cas) ont occupé les trois premiers rangs (Tableau 2. 1).

³¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Tableau 2. 1 : Répartition des maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023

Affections	< 5 ans	5-14 ans	15 ans et plus	Total
Hypertension artérielle (HTA)	138	631	262 697	263 466
Maladies vasculaires cérébrales	12	42	9 527	9 581
Insuffisances cardiaques	90	199	5 745	6 034
Myocardiopathie	20	62	3 594	3 676
Thrombophlébites	12	17	1 663	1 692
Cardiopathies congénitales	1 098	182	290	1 570
Infarctus aigu du myocarde	0	4	457	461
Péricardite aiguë	7	28	263	298
Autres maladies cardio-vasculaires	1 016	1 265	22 675	24 956
Total	2 393	2 430	306 911	311 734

Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

2.2.3 Maladies cardio-vasculaires par région en 2023

En 2023, sur 311 734 cas de maladies cardio-vasculaires enregistrés, l'hypertension artérielle représentait 263 466 cas, soit 84,5%, suivi des maladies vasculaires cérébrales (3,1%) et de l'insuffisance cardiaque (1,9%). Les régions du Centre et des Hauts-Bassins à elles seules comp-
taient respectivement 83 536 et 52 360 cas, soit 43,6% de toutes les maladies cardio-vasculaires
notifiées dans le pays (Tableau 2. 2).

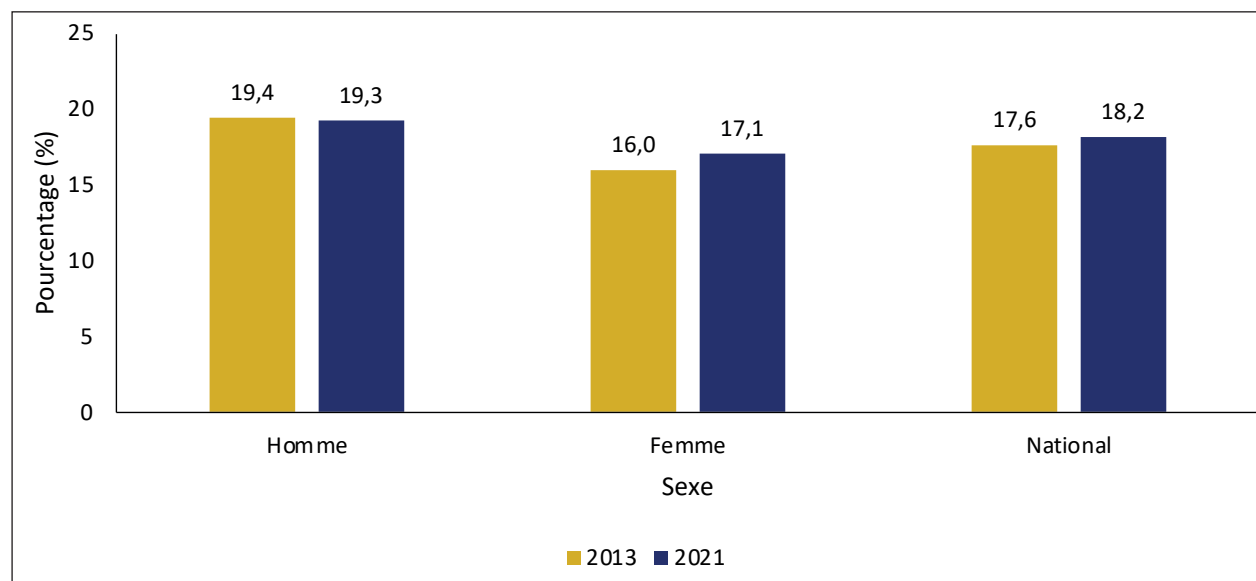
Tableau 2. 2 : Répartition des maladies cardio-vasculaires par région en 2023

Région	Hypertension artérielle	Maladies vasculaires cérébrales	Myocardio-pathie	Insuffisances cardiaques	Péricardite aiguë	Infarctus aigu du myocarde	Thrombo-phlébites	Cardiopathies congénitales	Autres maladies cardio-vasculaires	Total
Boucle du Mouhoun	23 392	413	50	552	2	44	25	32	1 137	25 647
Cascades	14 578	227	30	246	5	13	14	58	1 028	16 199
Centre	63 224	4 047	1 578	1 454	135	279	1 216	698	10 905	83 536
Centre-Est	21 594	551	335	378	22	6	110	75	1 972	25 043
Centre-Nord	10 197	217	68	140	10	0	18	36	825	11 511
Centre-Ouest	20 558	537	299	395	8	3	41	81	2 178	24 100
Centre-Sud	9 875	102	30	113	13	0	20	34	381	10 568
Est	8 294	115	102	201	0	3	40	39	763	9 557
Hauts-Bassins	45 467	1 896	767	1 259	38	67	83	208	2 575	52 360
Nord	17 722	580	79	609	10	6	45	122	1 378	20 551
Plateau Central	10 572	224	88	175	5	2	22	15	619	11 722
Sahel	4 539	94	78	98	8	18	25	70	596	5 526
Sud-Ouest	13 454	578	172	414	42	20	33	102	599	15 414
Total	263 466	9 581	3 676	6 034	298	461	1 692	1 570	24 956	311 734

Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

2.2.4 Prévalence de l'hypertension artérielle

Selon les enquêtes STEPs, la prévalence de l'hypertension artérielle était en hausse entre 2013 et 2021, passant de 17,6% à 18,2%³². La même tendance est observée chez les femmes au cours de la même période. Quelle que soit l'année, la prévalence était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Graphique 2. 2).

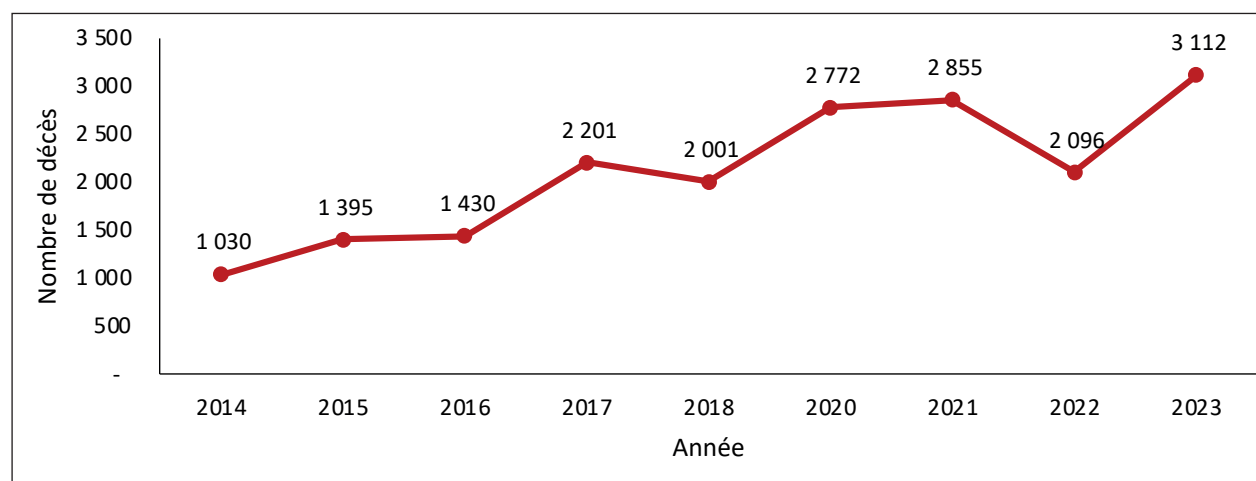


Source : MSHP, Enquêtes STEPs 2013 et 2021

Graphique 2. 2 : Répartition de la prévalence de l'hypertension artérielle selon le sexe en 2013 et 2021

2.2.5 Evolution des décès dus aux maladies cardio-vasculaires

Les décès dus aux maladies cardio-vasculaires ont triplé entre 2014 et 2023, passant de 1 030 à 3 112 décès dans l'ensemble des formations sanitaires (Graphique 2. 3).



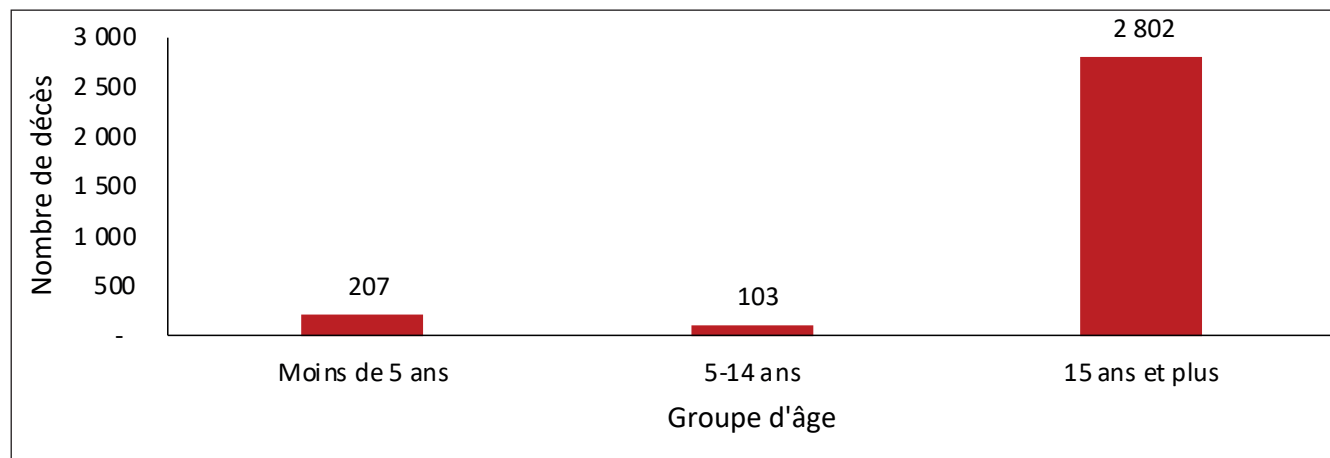
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 3 : Evolution des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

³² Ces chiffres portent sur la tranche d'âge des 25-64 ans en 2013 et des 18-69 ans en 2021

2.2.6 Décès dus aux maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge en 2023

En 2023, les décès dus aux maladies cardio-vasculaires étaient essentiellement enregistrés chez les 15 ans et plus (2 802). Néanmoins, des décès étaient enregistrés chez les moins de 15 ans (Graphique 2. 4).

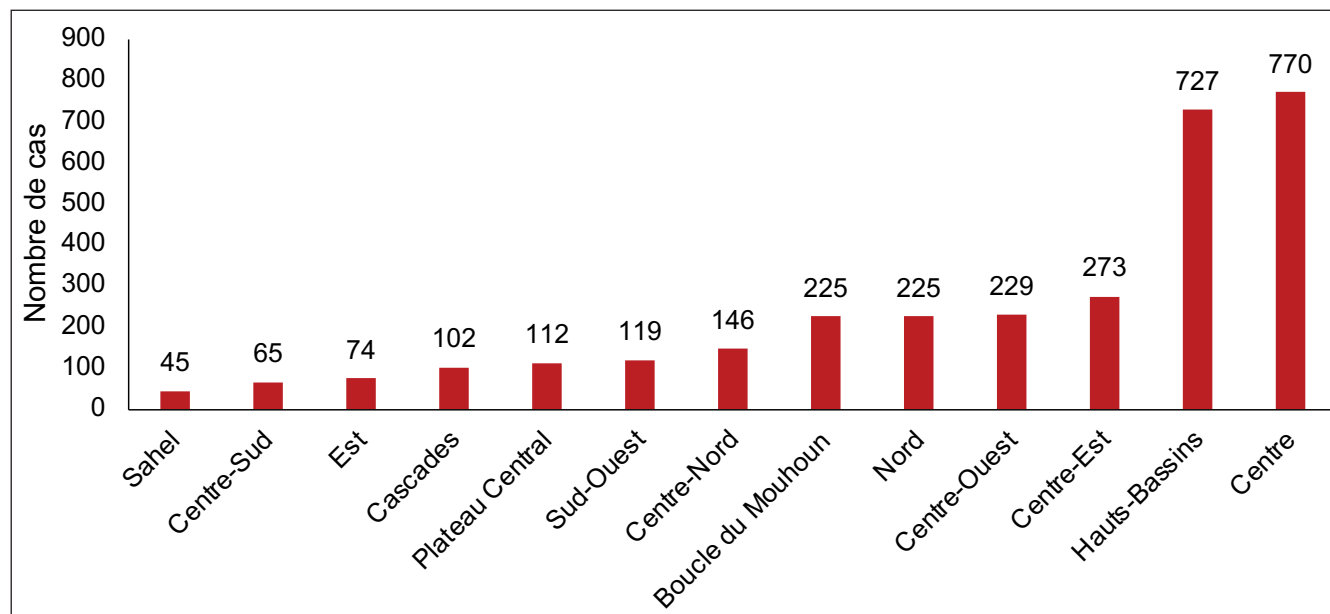


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 4 : Répartition des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.2.7 Décès dus aux maladies cardiovasculaires par région en 2023

En 2023, les régions du Centre et des Hauts-Bassins enregistraient le plus de décès liés aux maladies cardio-vasculaires respectivement 770 et 727 décès (Graphique 2. 5).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

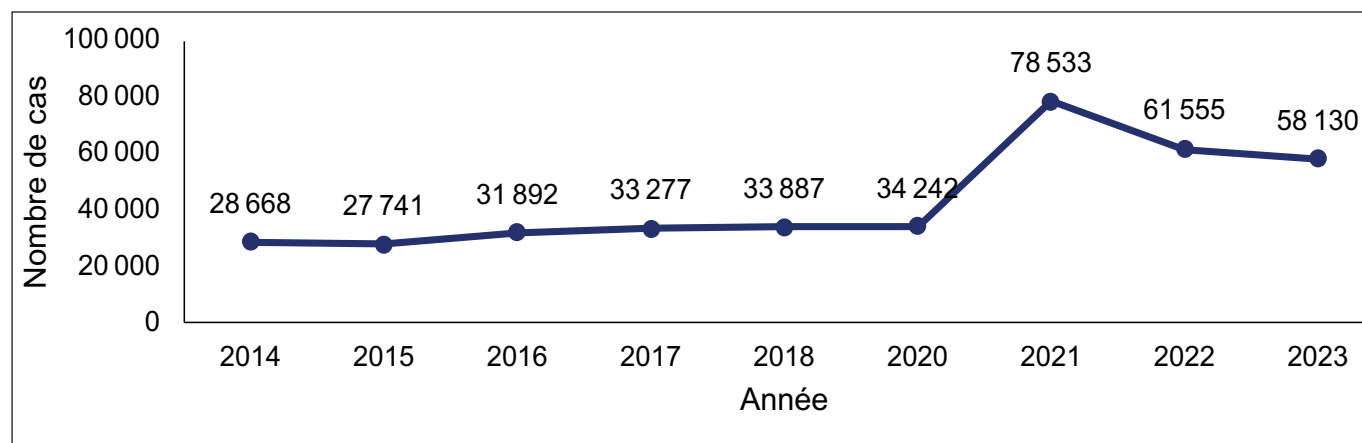
Graphique 2. 5 : Répartition des décès dus aux maladies cardio-vasculaires notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023

2.3 Maladies respiratoires

L'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives sont les maladies respiratoires considérées comme MNT dans le pays. Par ailleurs, les données disponibles ne concernent que l'asthme.

2.3.1 Evolution des cas d'asthme de 2014 à 2023

De 2014 à 2023, le nombre de cas d'asthme a connu une tendance à la hausse, passant de 28 668 à 58 130 cas. Un pic a été observé en 2021 avec 78 533 cas (Graphique 2. 6).

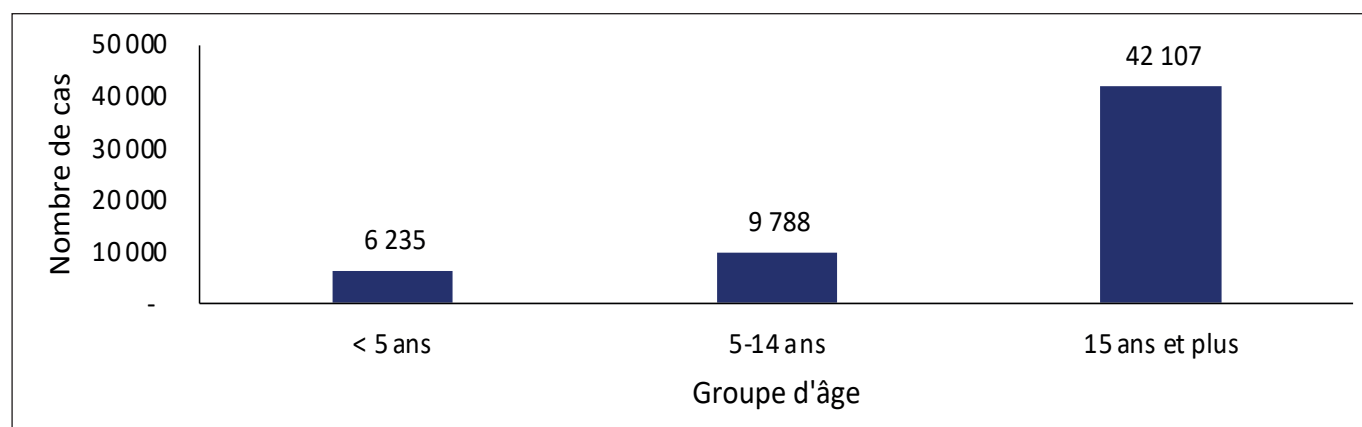


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 6 : Evolution des cas d'asthme notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.3.2 Répartition des cas d'asthme par groupe d'âge en 2023

En 2023, les cas d'asthme étaient de 42 107 chez les 15 ans et plus et de 9 788 chez les 5-14 ans (Graphique 2. 7).

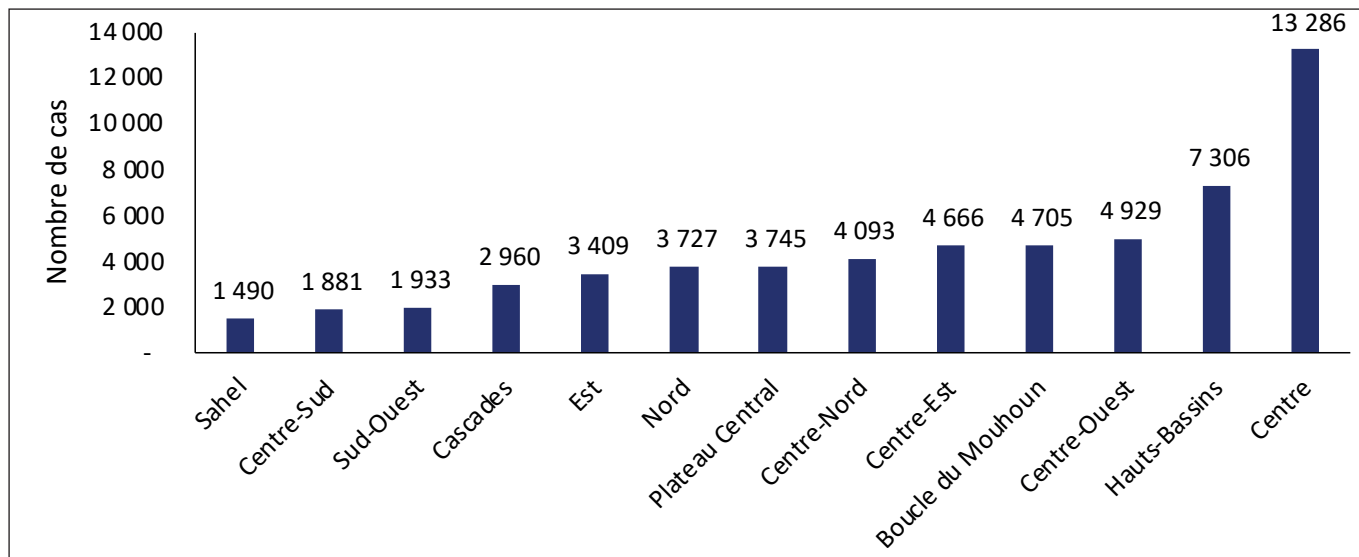


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 7 : Répartition des cas d'asthme par groupe d'âge en 2023

2.3.3 Situation des cas d'asthme par région en 2023

En 2023, la région du Centre enregistrait le plus grand nombre de cas d'asthme (13 286 cas), suivie de celle des Hauts-Bassins (7 306 cas) (Graphique 2. 8).

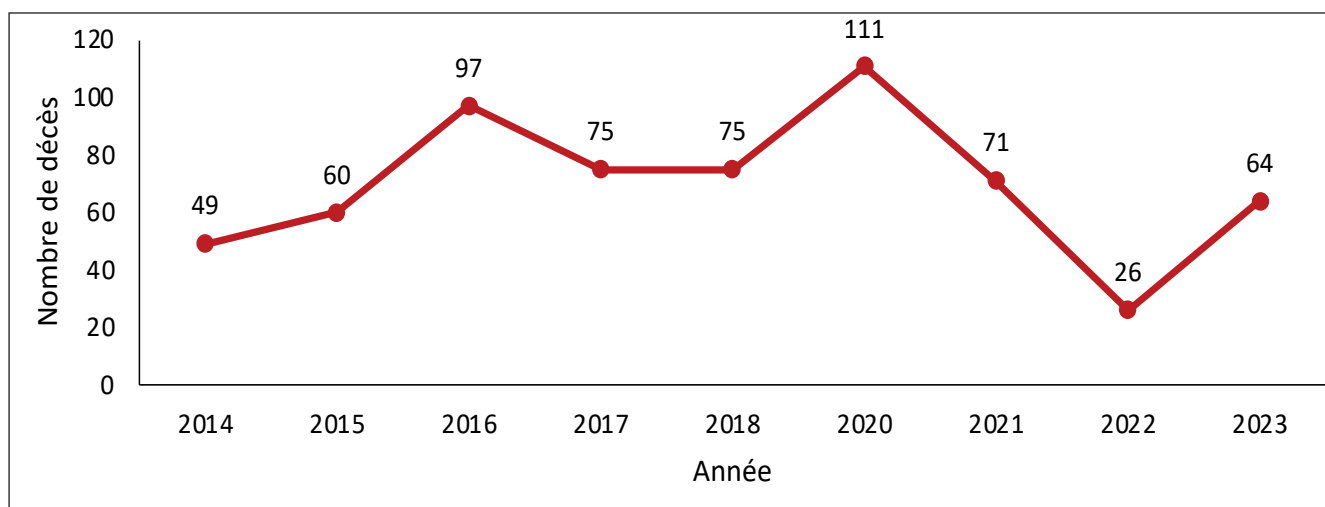


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 8 : Répartition des cas d'asthme par région en 2023

2.3.4 Evolution des décès liés à l'asthme

Les décès liés à l'asthme ont connu une augmentation entre 2014 et 2023, passant de 49 à 64 décès dans les formations sanitaires. Deux pics ont été enregistrés en 2016 (97 décès) et 2020 (111 décès) (Graphique 2. 9).

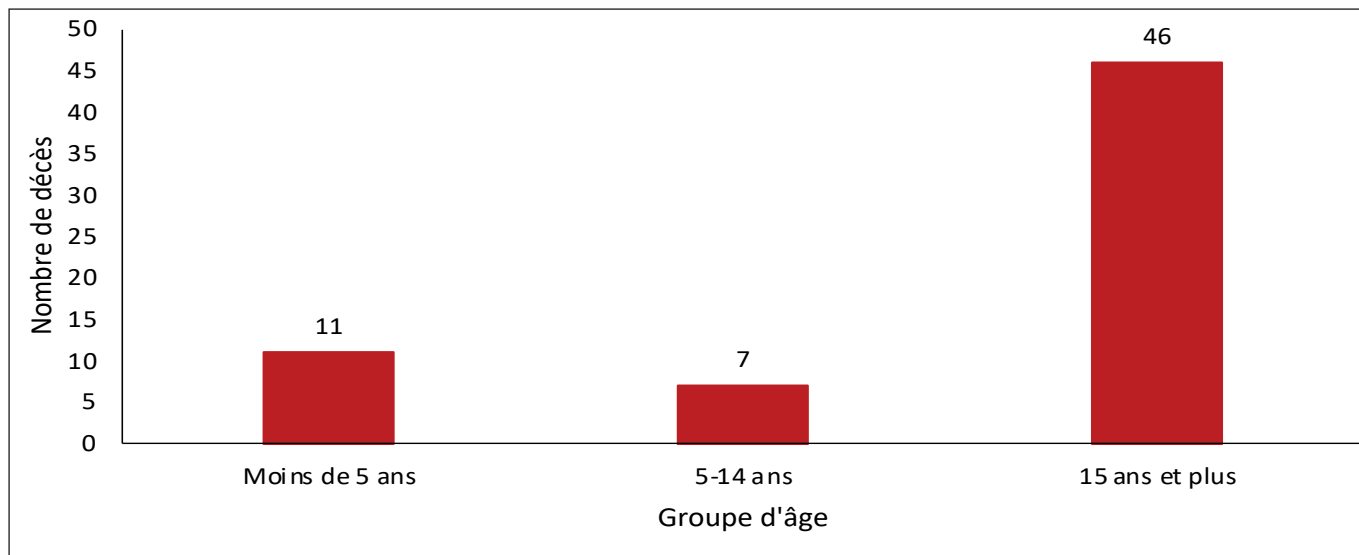


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 9 : Evolution des décès à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.3.5 Décès liés à l'asthme par groupe d'âge en 2023

En 2023, les décès liés à l'asthme étaient essentiellement enregistrés chez les 15 ans et plus (46 décès). Néanmoins, des décès étaient enregistrés chez les moins de 15 ans (Graphique 2. 10).

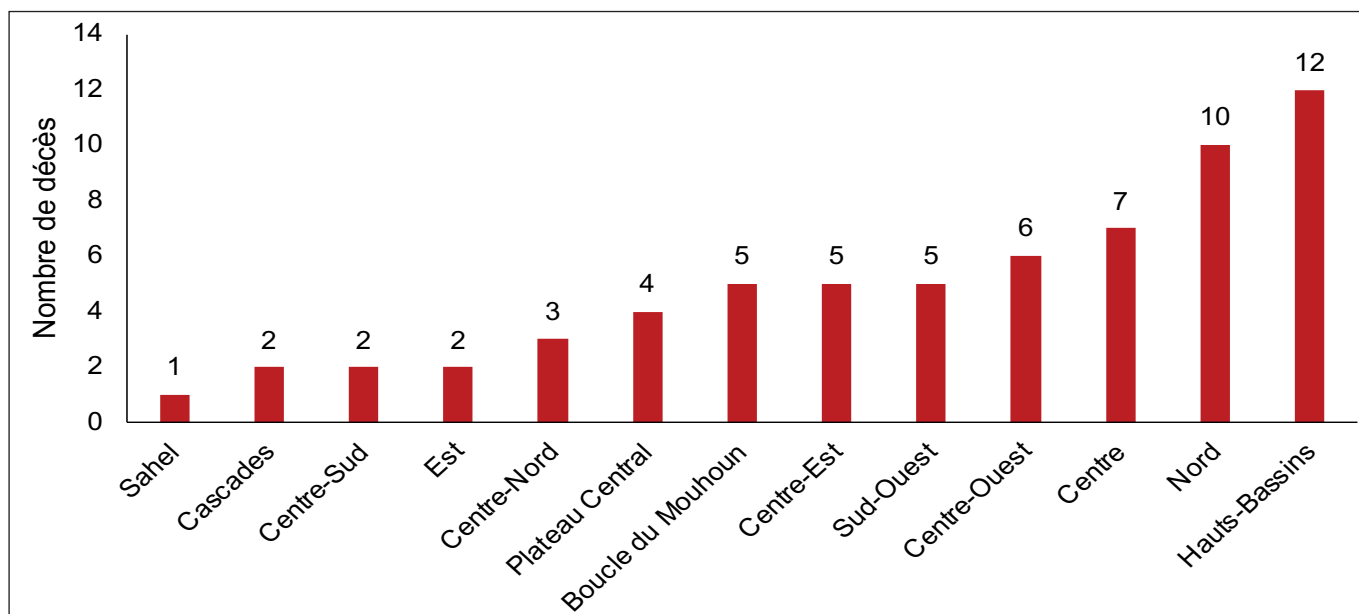


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 10 : Répartition des décès liés à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.3.6 Décès liés à l'asthme par région en 2023

En 2023, les régions des Hauts-Bassins et du Nord enregistraient plus de décès liés à l'asthme respectivement 12 et 10 décès (Graphique 2. 11).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 11 : Répartition des décès liés à l'asthme notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023

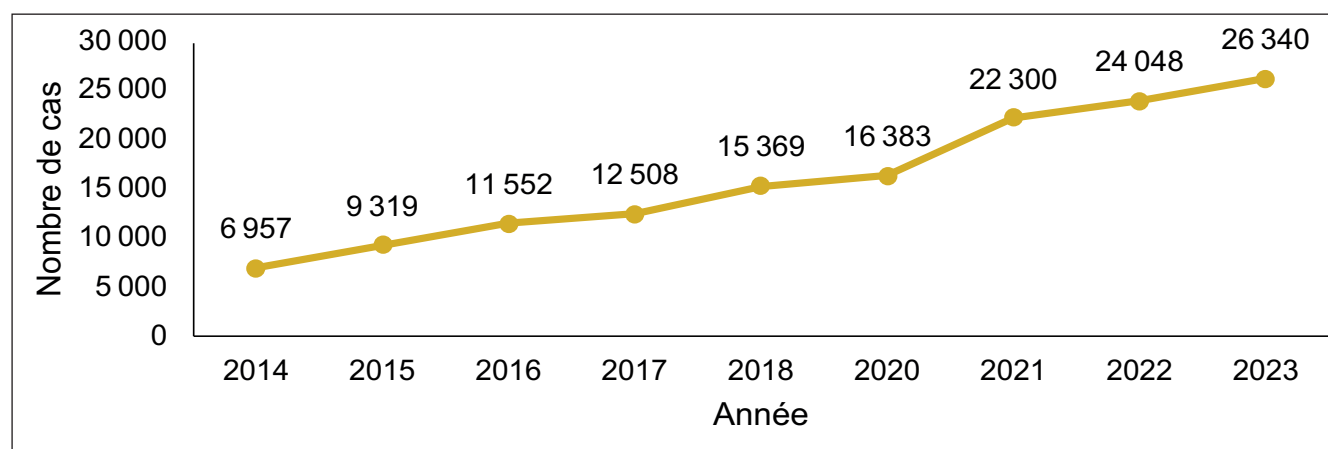
2.4 Diabète

Au Burkina Faso comme partout dans le monde, le diabète est une problématique majeure de santé publique en raison de sa prévalence croissante, de ses complications graves telles que les maladies cardiovasculaires, les insuffisances rénales, les amputations et de son impact économique sur les systèmes de santé et les individus.

Cette situation nécessite des stratégies efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement.

2.4.1 Evolution des cas de diabète de 2014 à 2023

Le nombre de cas de diabète dans les formations sanitaires a presque quadruplé de 2014 à 2023, passant de 6 957 à 26 340 cas (Graphique 2. 12).

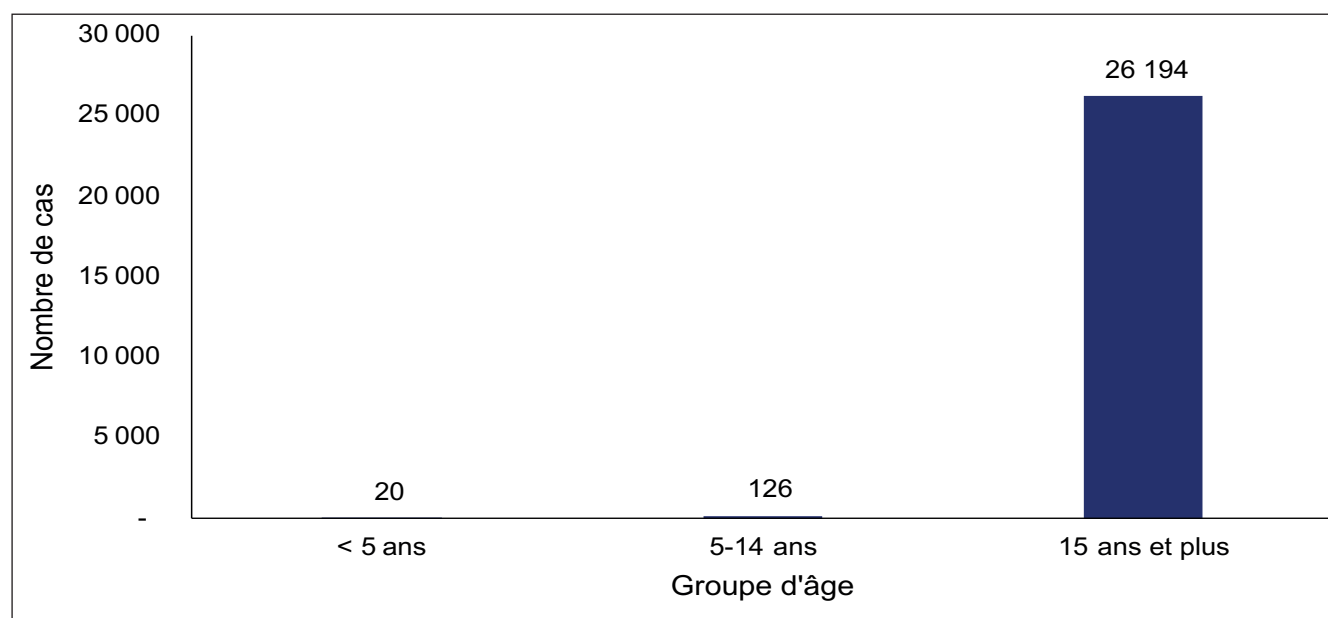


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014 à 2023*

Graphique 2. 12 : Evolution du nombre de cas de diabète enregistré dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.4.2 Cas de diabète par groupe d'âge en 2023

En 2023, le groupe d'âge de 15 ans et plus a enregistré plus de cas de diabète (26 194) dans les formations sanitaires. Néanmoins, des cas de diabète sont enregistrés chez les moins de 15 ans (Graphique 2. 13).

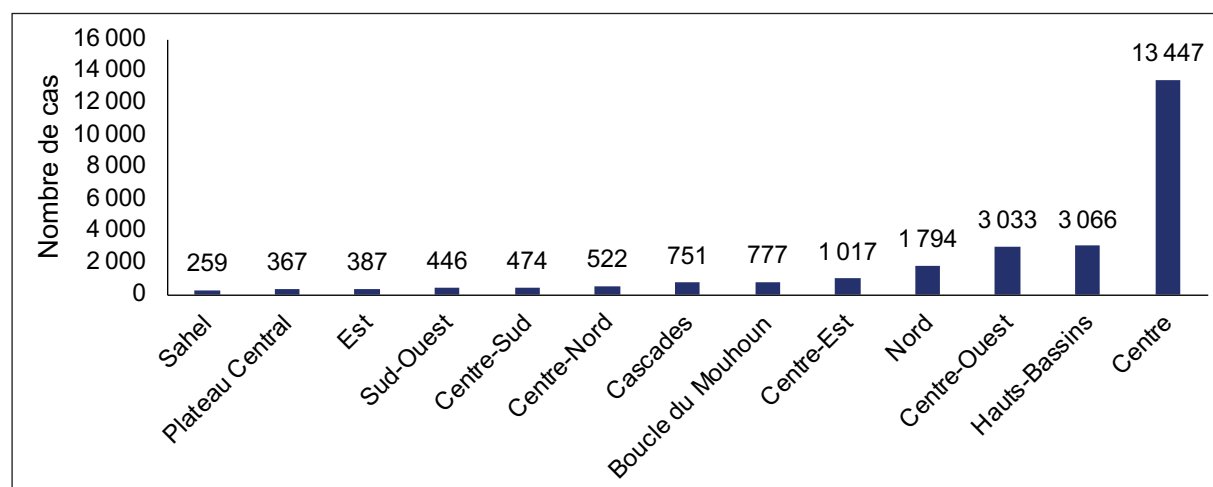


Source : MSHP, *Annuaire statistique 2023*

Graphique 2. 13 : Répartition de la proportion des cas de diabète dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.4.3 Cas de diabète par région en 2023

L'analyse des cas de diabète a montré des variations régionales. La région du Centre (13 447) a enregistré le plus de cas, suivie de loin par les régions des Hauts-Bassins (3 066) et du Centre-Ouest (3 033) en 2023 (Graphique 2. 14).

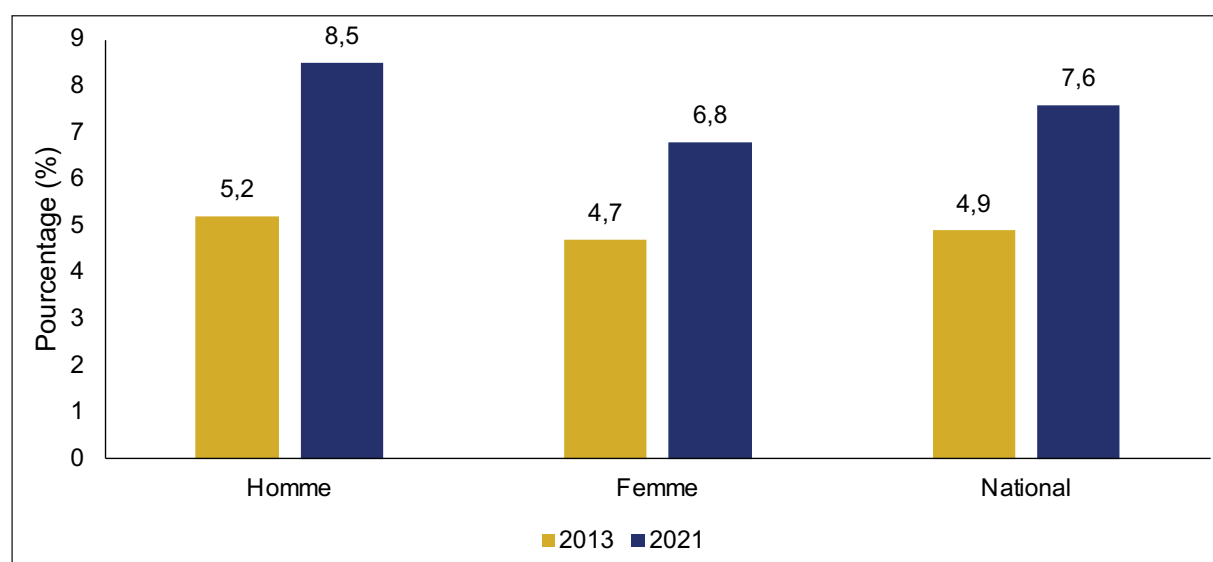


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 14 : Répartition des cas de diabète dans les formations sanitaires par région en 2023

2.4.4 Prévalence du diabète

Selon les enquêtes STEPs, la prévalence du diabète était en hausse entre 2013 et 2021. Elle était respectivement de 4,9% et de 7,6%³³. La même tendance est observée quel que soit le sexe (Graphique 2. 15).



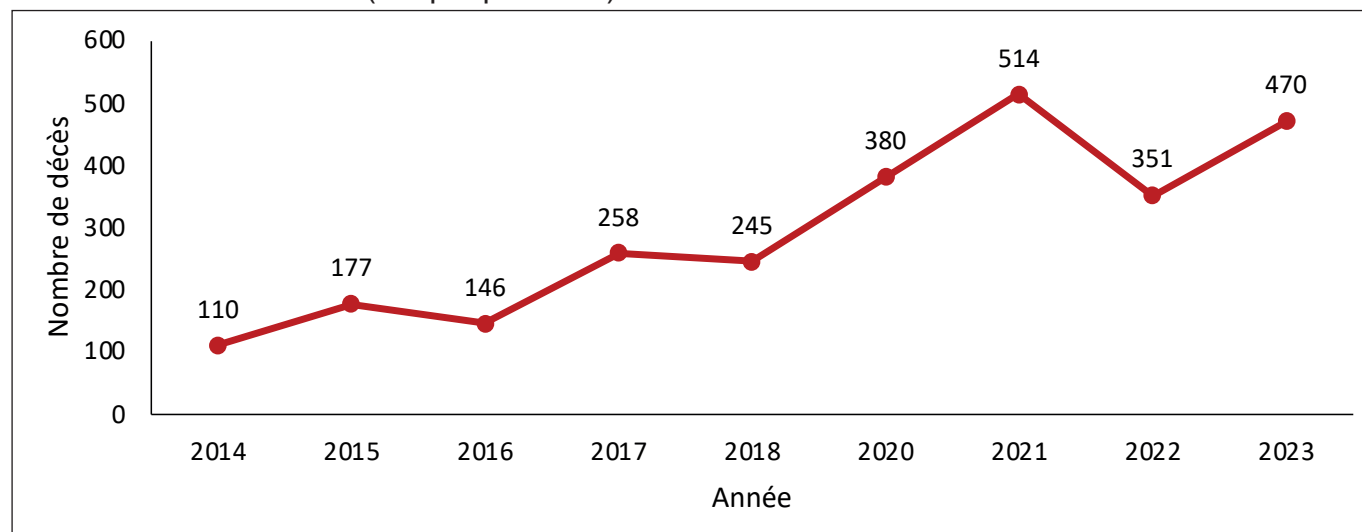
Source : MSHP, Enquêtes STEPs 2013 et 2021

Graphique 2. 15 : Prévalence de l'hypertension artérielle selon le sexe en 2013 et 2021

³³ Ces chiffres portent sur la tranche d'âge des 25-64 ans en 2013 et des 18-69 ans en 2021

2.4.5 Evolution des décès dus au diabète

Les décès liés au diabète ont quadruplé entre 2014 et 2023, passant de 110 à 470 décès dans les formations sanitaires (Graphique 2. 16).

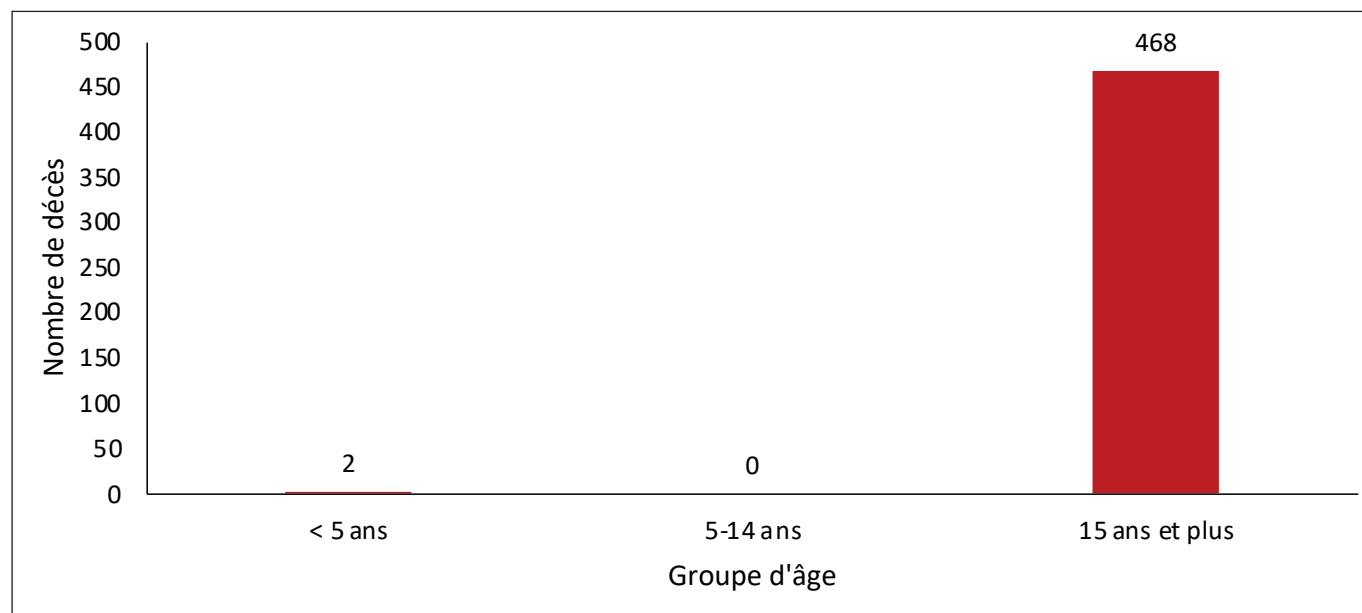


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014 à 2023*

Graphique 2. 16 : Evolution des décès dus au diabète notifié dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.4.6 Décès dus au diabète par groupe d'âge en 2023

En 2023, les décès dus au diabète étaient essentiellement enregistrés chez les 15 ans et plus (468). Néanmoins, des décès étaient enregistrés chez les moins de 5 ans (Graphique 2. 17).

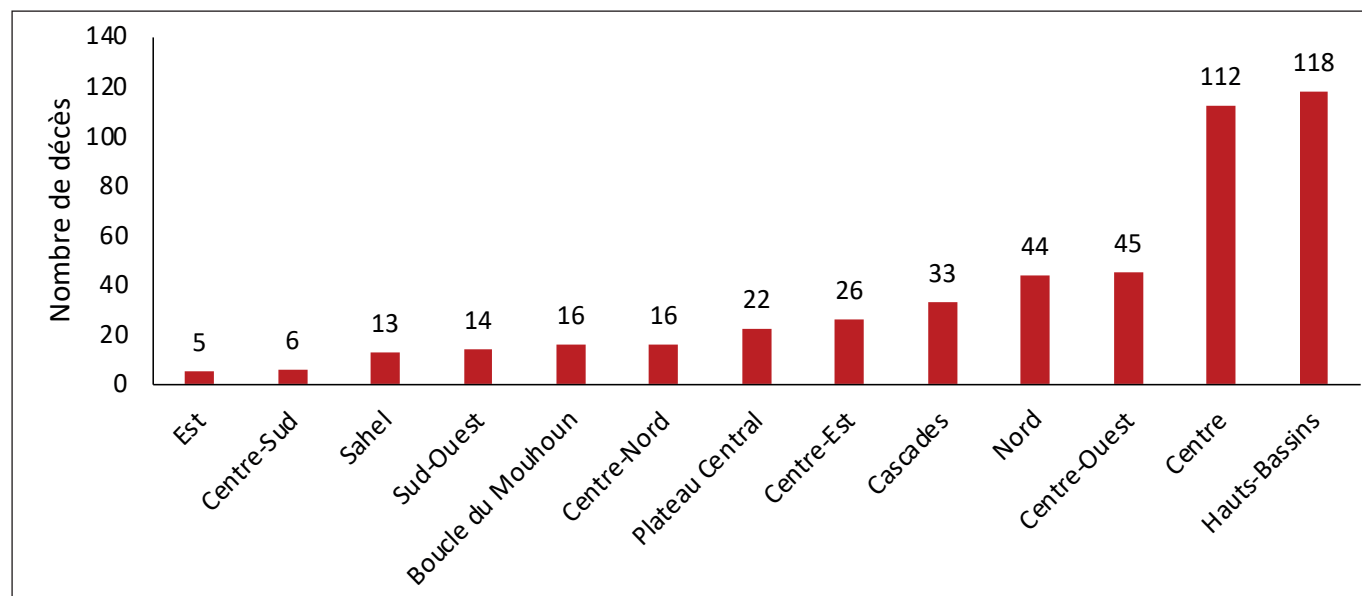


Source : MSHP, *Annuaire statistique 2023*

Graphique 2. 17 : Répartition des décès dus au diabète notifié dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.4.7 Décès dus au diabète par région en 2023

En 2023, les régions des Hauts-Bassins et du Centre enregistraient plus de décès liés au diabète respectivement 118 et 112 décès (Graphique 2. 18).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 18 : Répartition des décès dus diabète notifié dans les formations sanitaires par région en 2023

2.5 Insuffisance rénale

Les maladies rénales peuvent être aiguës ou chroniques. Cette section traite essentiellement de l'insuffisance rénale chronique.

2.5.1 Cartographie des unités d'hémodialyse

En 2023, six (06) centres ou unités d'hémodialyse dans les formations sanitaires publiques sont répartis dans quatre villes du Burkina Faso (Ouagadougou, Bobo Dioulasso, Ouahigouya et Tenkodogo)³⁴(Schéma 2. 1). Toutefois, certaines formations sanitaires privées disposent d'unités d'hémodialyses.

³⁴ Données hospitalières des CHU/CHR collectées en 2024

Cartographie des unités d'hémodialyse du Burkina Faso

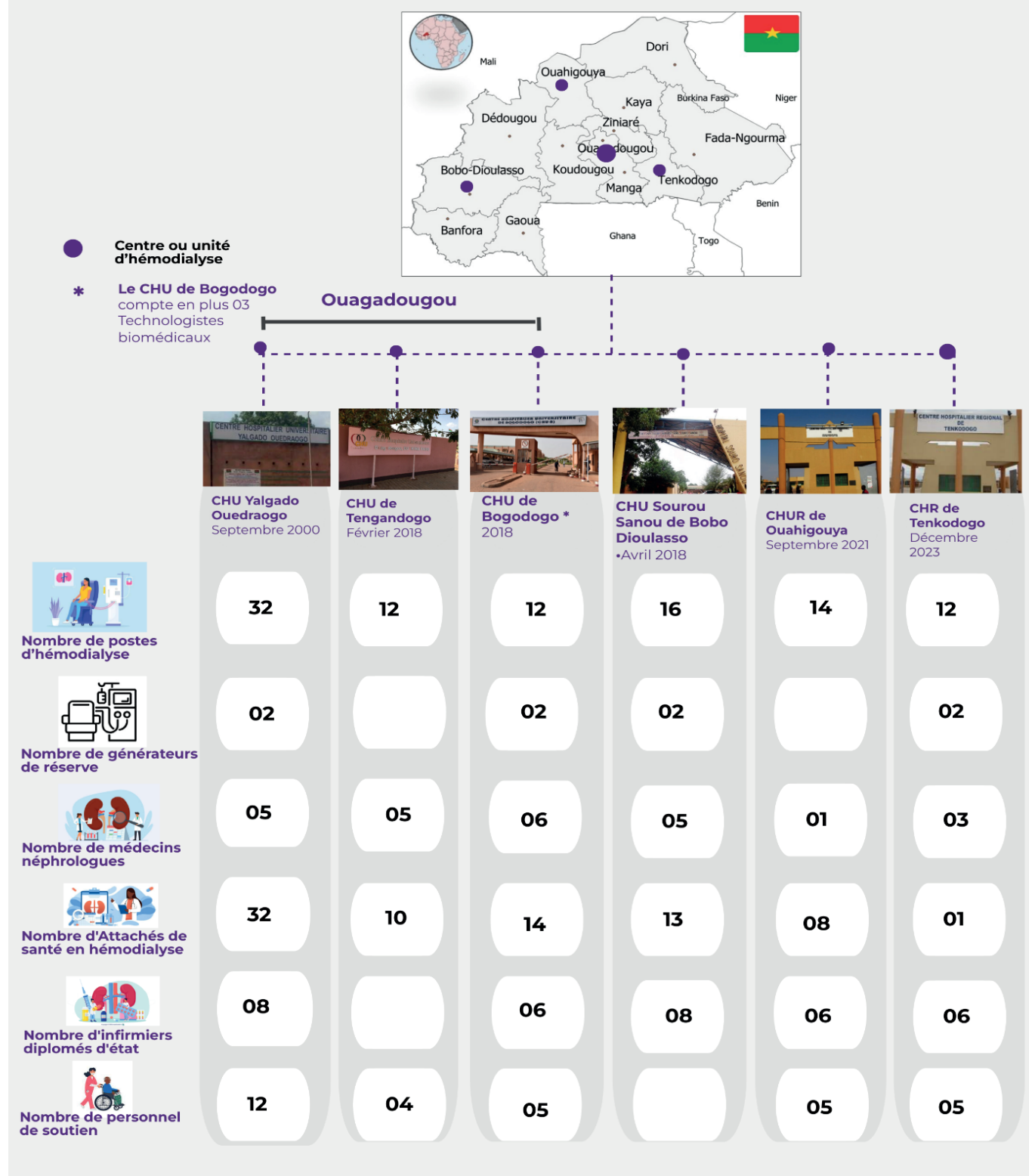
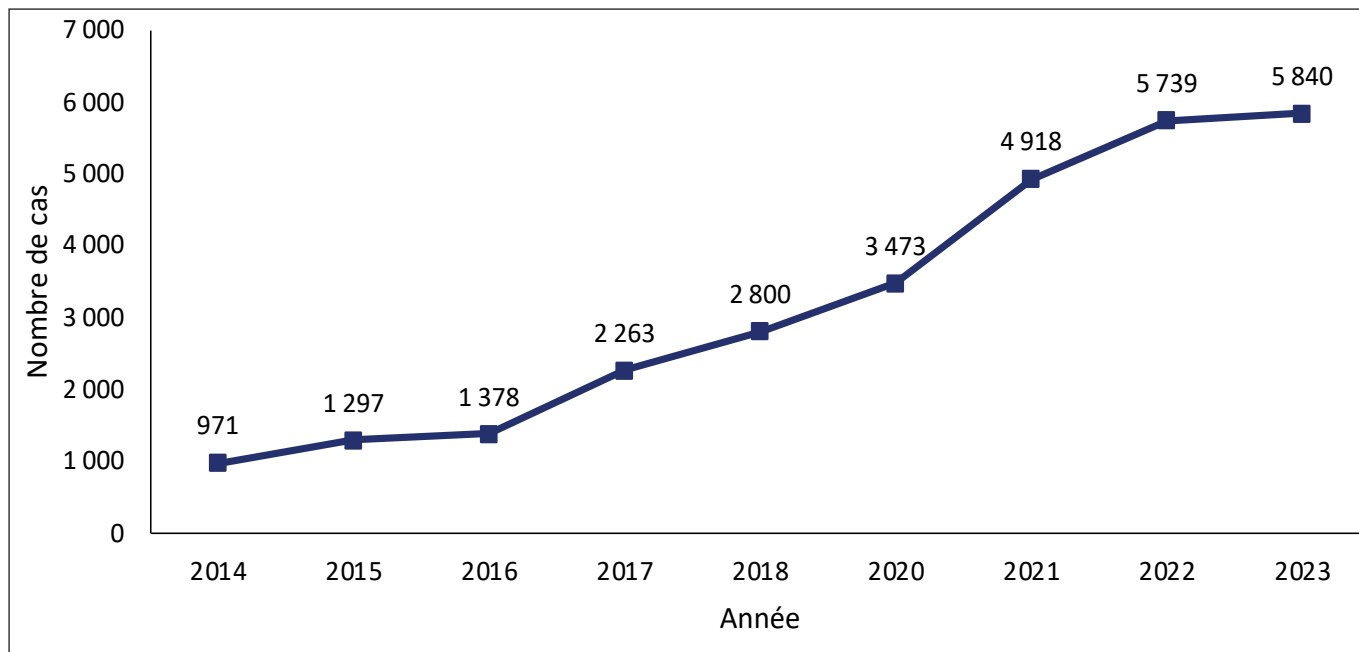


Schéma 2. 1 : Cartographie des unités d'hémodialyse dans les formations sanitaires publiques en 2023

2.5.2 Evolution des cas d'insuffisance rénale chronique de 2014 à 2023

De 2014 à 2023, une augmentation du nombre de cas d'insuffisance rénale chronique a été notée. En effet, les effectifs sont passés de 971 cas en 2014 à 5 840 cas en 2023 (Graphique 2. 19).

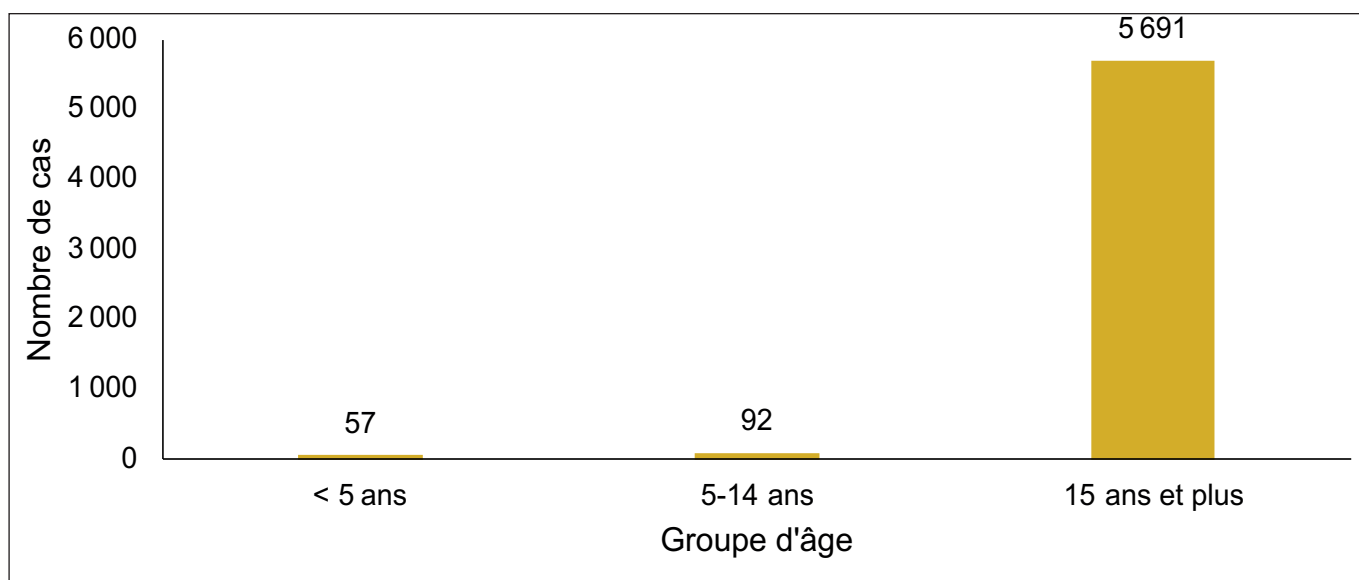


Source : MSHP, *Annuaire statistiques*, 2014 à 2023

Graphique 2. 19 : Evolution des cas d'insuffisance rénale chronique de 2014 à 2023

2.5.3 Cas d'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023

En 2023, le groupe d'âge de 15 ans et plus a enregistré 5 691 cas d'insuffisance rénale chronique (Graphique 2. 20).

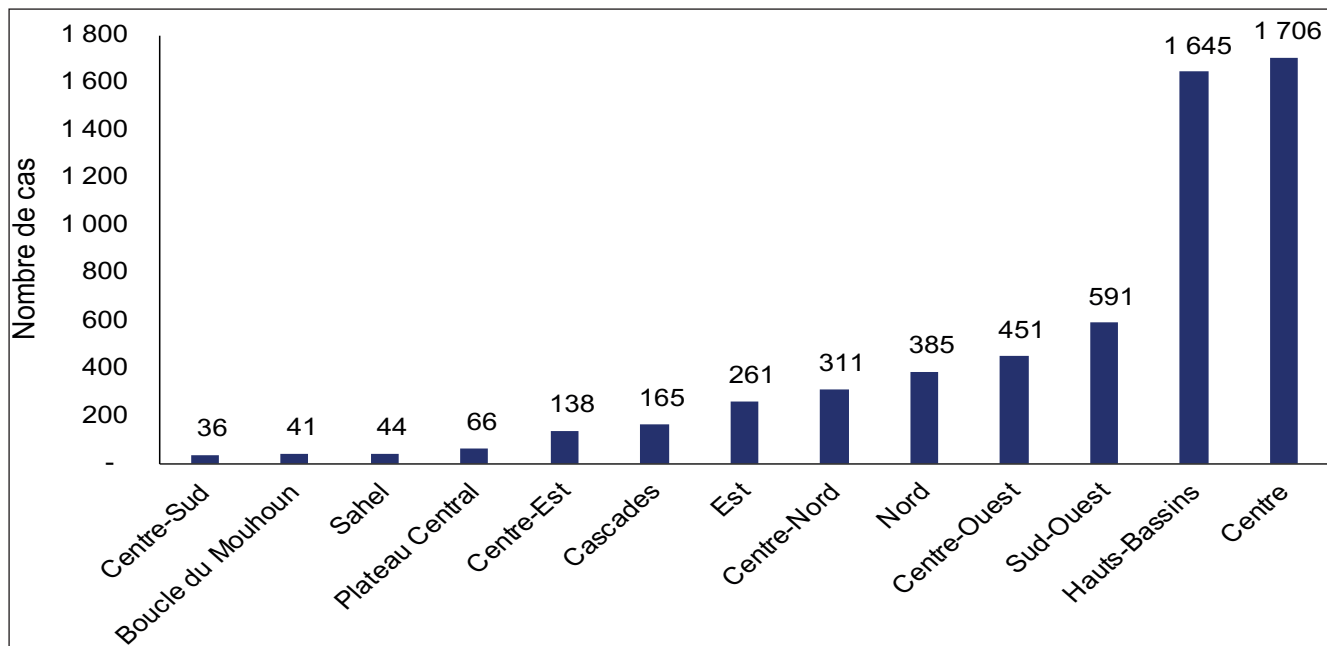


Source : MSHP, *Annuaire statistique* 2023

Graphique 2. 20 : Répartition des cas d'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023

2.5.4 Cas d'insuffisance rénale chronique par région en 2023

En 2023, les régions du Centre (1 706), des Hauts-Bassins (1 645) et du Sud-Ouest (591) étaient les plus pourvoyeuses des cas d'insuffisance rénale chronique (Graphique 2. 21).

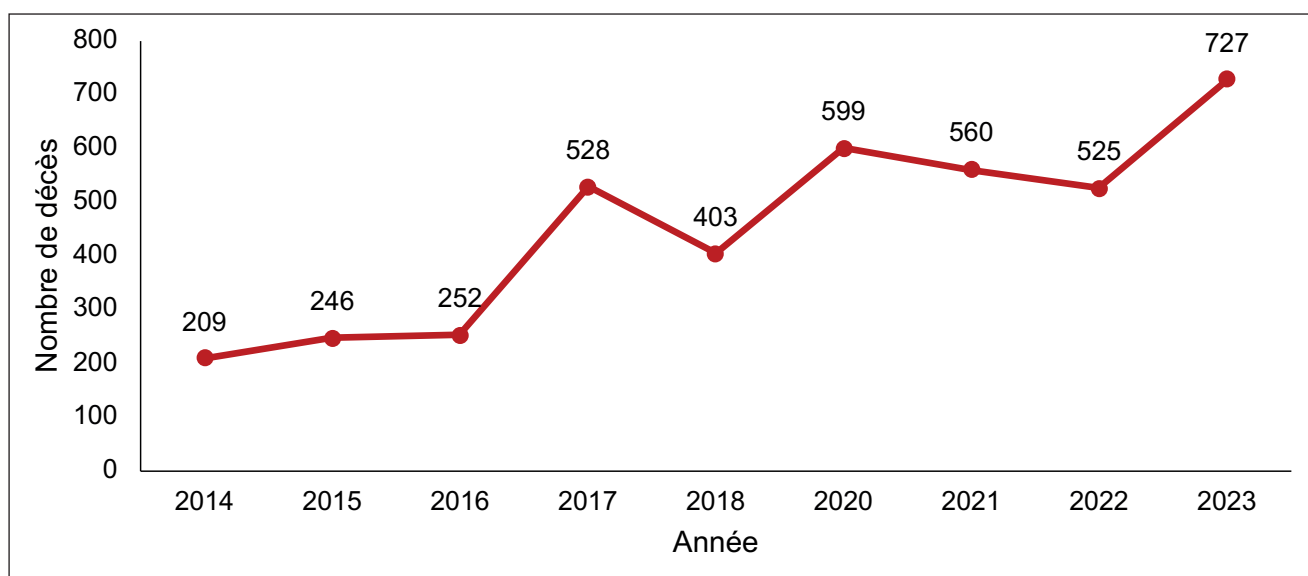


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 21 : Répartition des cas d'insuffisance rénale chronique par région en 2023

2.5.5 Evolution des décès liés à l'insuffisance rénale chronique

Les décès liés à l'insuffisance rénale chronique ont plus que triplé entre 2014 et 2023, passant de 209 à 727 décès dans les formations sanitaires (Graphique 2. 22).

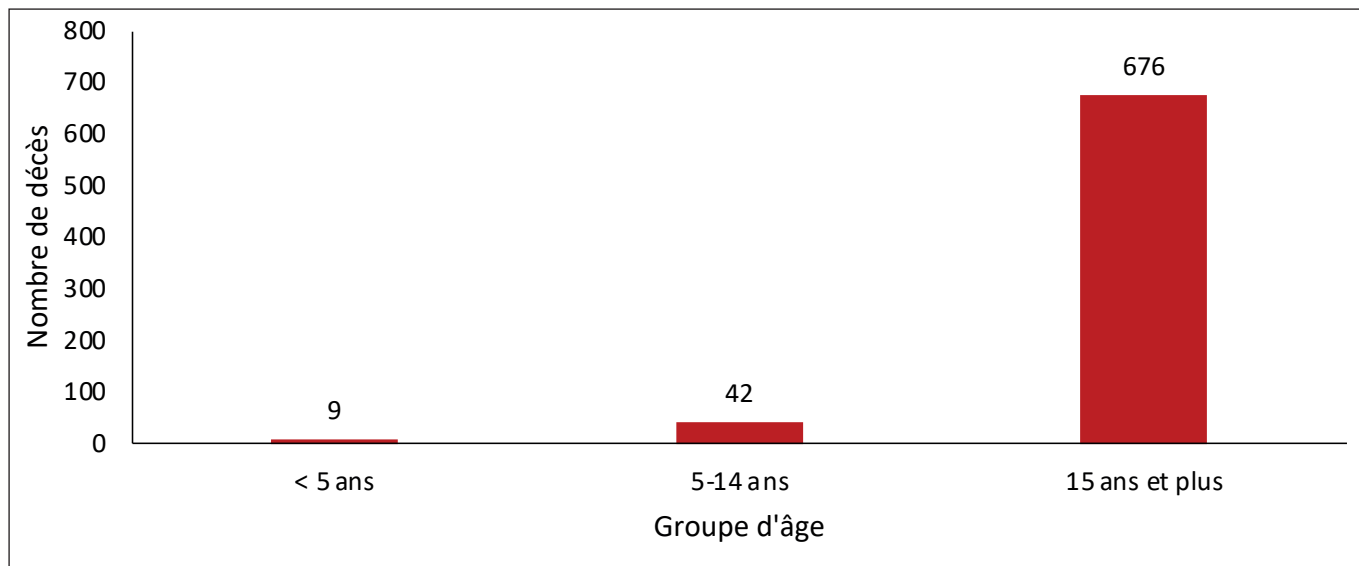


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 22 : Evolution des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.5.6 Décès dus à l'insuffisance rénale chronique par groupe d'âge en 2023

En 2023, les décès liés à l'insuffisance rénale chronique étaient essentiellement enregistrés chez les 15 ans et plus (676). Néanmoins, des décès étaient enregistrés chez les moins de 15 ans (Graphique 2. 23).

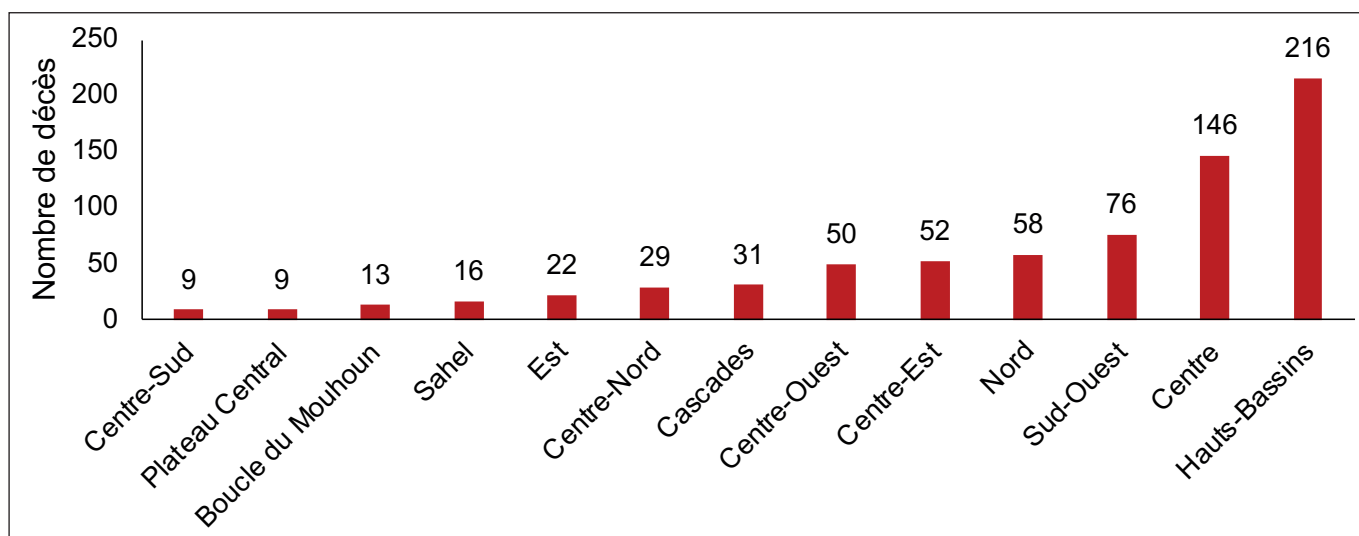


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 23 : Répartition des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.5.7 Décès dus à l'insuffisance rénale par région en 2023

En 2023, les régions des Hauts-Bassins et du Centre enregistraient plus de décès liés à l'insuffisance rénale chronique respectivement 216 et 146 décès (Graphique 2. 24).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

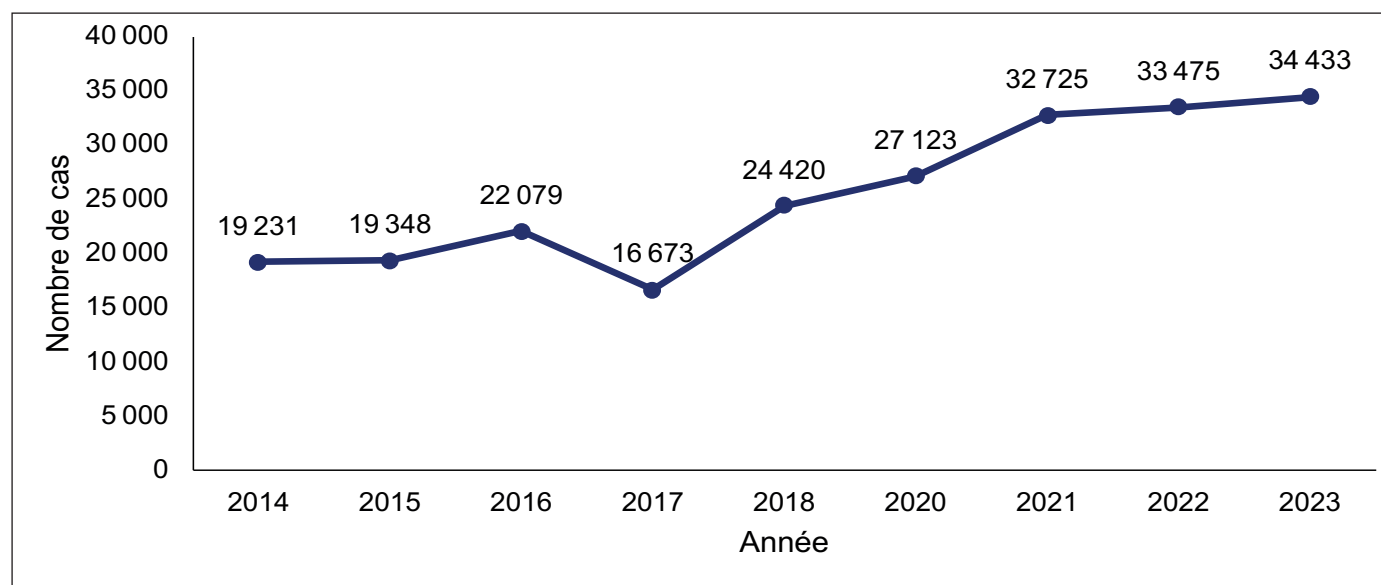
Graphique 2. 24 : Répartition des décès dus à l'insuffisance rénale chronique notifiés dans les formations sanitaires par région en 2023

2.6 Maladies mentales

La santé mentale fait partie intégrante du bien-être général et en est une composante essentielle. Les maladies mentales constituent un problème majeur de santé publique au Burkina Faso.

2.6.1 Évolution des cas de maladies mentales de 2014 à 2023

Les cas de maladies mentales enregistrés dans les formations sanitaires étaient en hausse, passant de 19 231 cas en 2014 à 34 433 cas en 2023 (Graphique 2. 25)

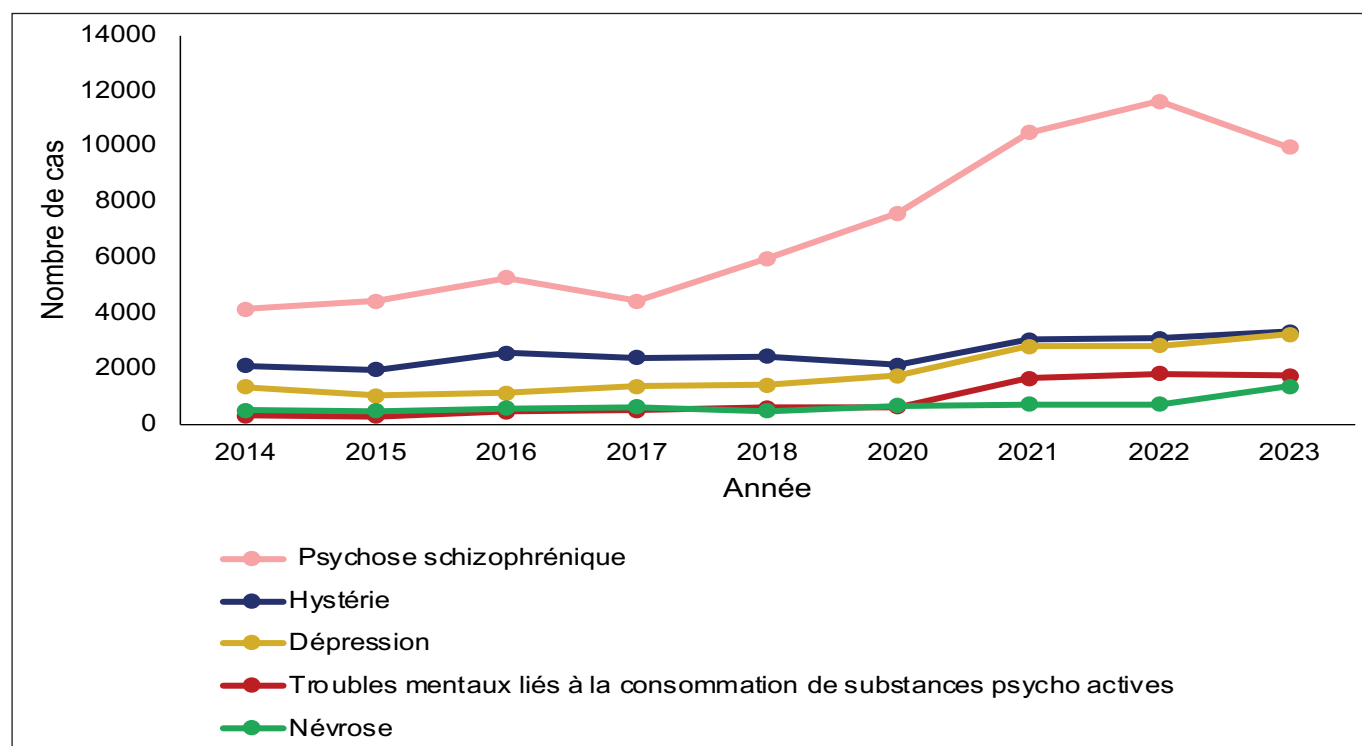


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 25 : Evolution des cas de maladies mentales de 2014 à 2023

2.6.2 Evolution des principales maladies mentales de 2014 à 2023

De 2014 à 2023, dans les formations sanitaires, la psychose schizophrénique a occupé le premier rang, suivie de l'hystérie et de la dépression. Depuis 2020, les troubles mentaux liés à la consommation de substances psycho actives ont occupé la quatrième place (Graphique 2. 26).

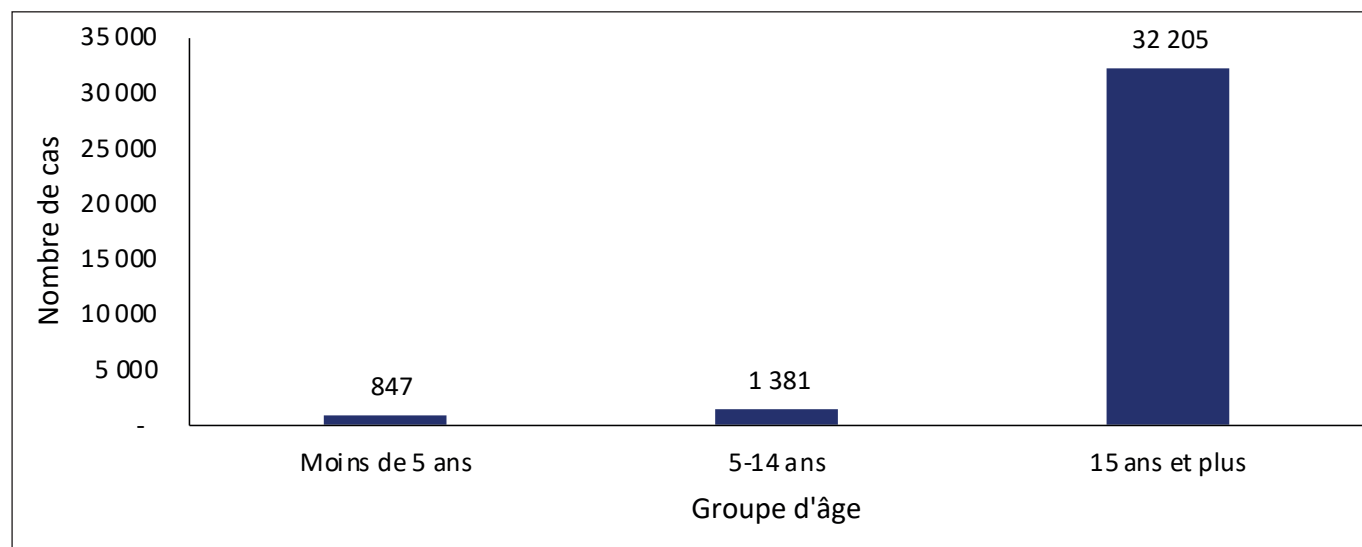


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 26 : Evolution des principales maladies mentales de 2014 à 2023

2.6.3 Maladies mentales par groupe d'âge en 2023

En 2023, dans les formations sanitaires, le plus grand nombre de cas de maladies mentales est enregistré dans le groupe d'âge de 15 ans et plus (32 205). Néanmoins, des cas sont enregistrés chez les moins de 15 ans (Graphique 2. 27).

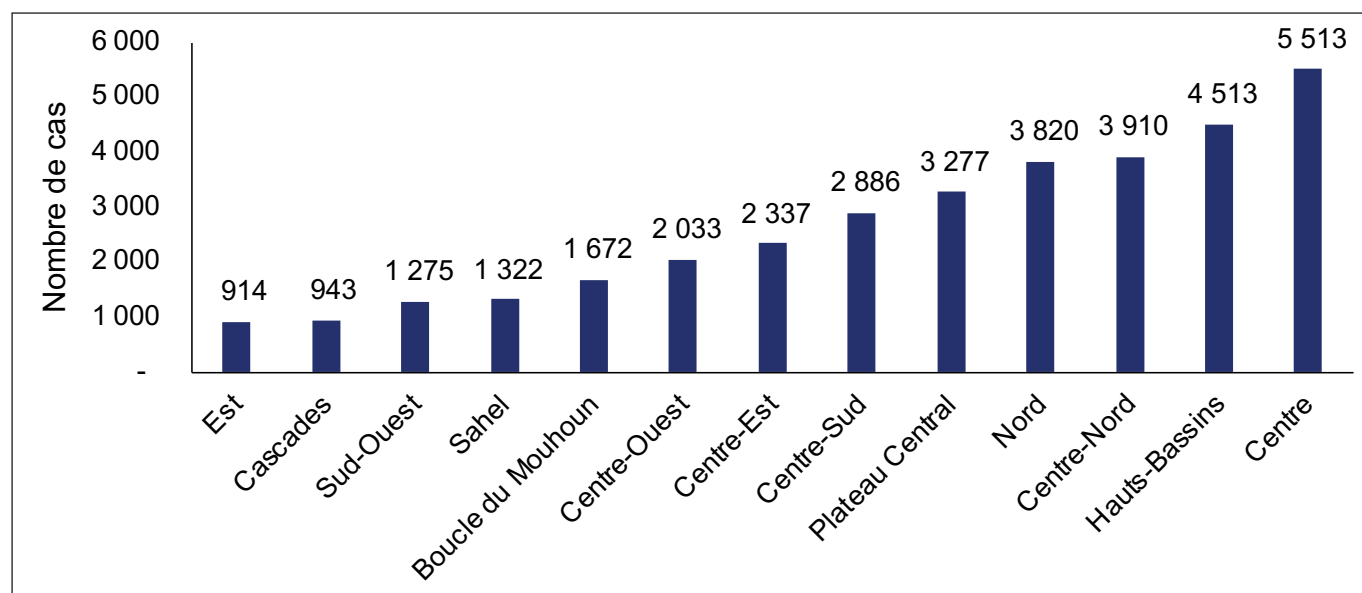


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 27 : Répartition des maladies mentales selon le groupe d'âge en 2023

2.6.4 Maladies mentales par région en 2023

En 2023, les régions du Centre (5 513), des Hauts-Bassins (4 513), du Centre-Nord (3 910) et du Nord (3 820) ont enregistré plus de cas de maladies mentales (Graphique 2. 28).

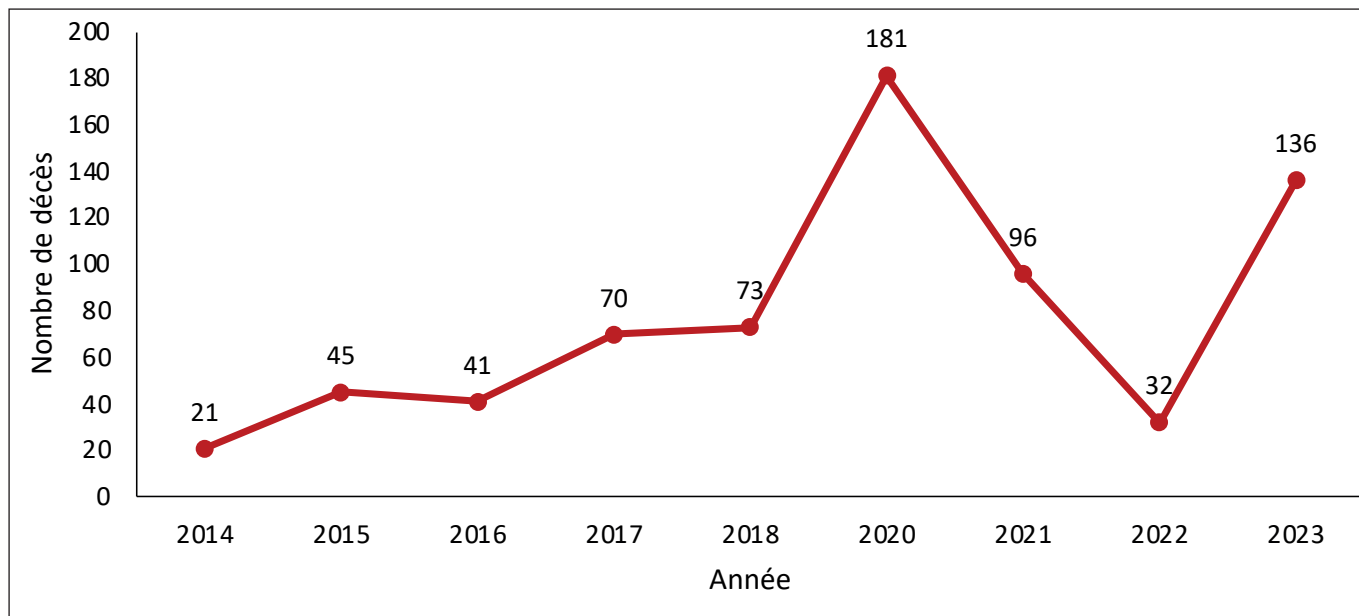


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 28 : Répartition des maladies mentales par région en 2023

2.6.5 Evolution des décès liés aux maladies mentales

Les décès liés aux maladies mentales ont connu une hausse entre 2014 et 2023, passant de 21 à 136 décès dans les formations sanitaires (Graphique 2. 29).

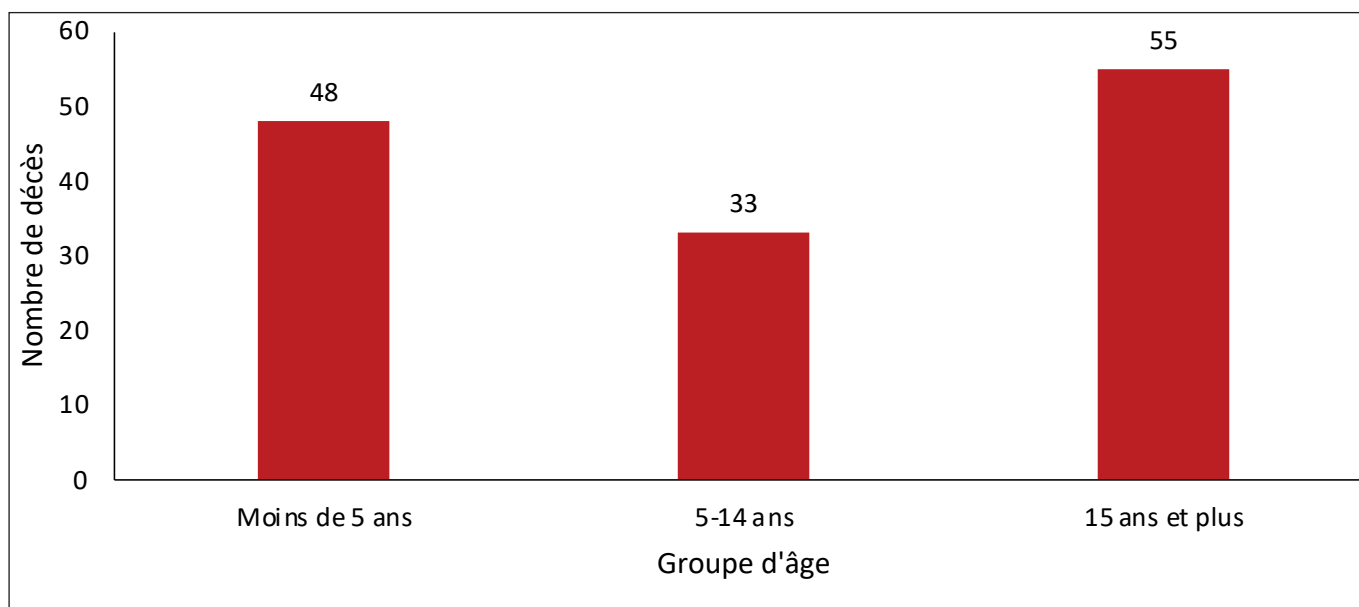


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014 à 2023*

Graphique 2. 29 : Evolution des décès liés aux maladies mentales notifiés dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

2.6.6 Décès liés aux maladies mentales par groupe d'âge en 2023

En 2023, les décès liés aux maladies mentales étaient de 55 décès chez les 15 ans et plus et de 48 décès chez les moins de 5 ans (Graphique 2. 30).

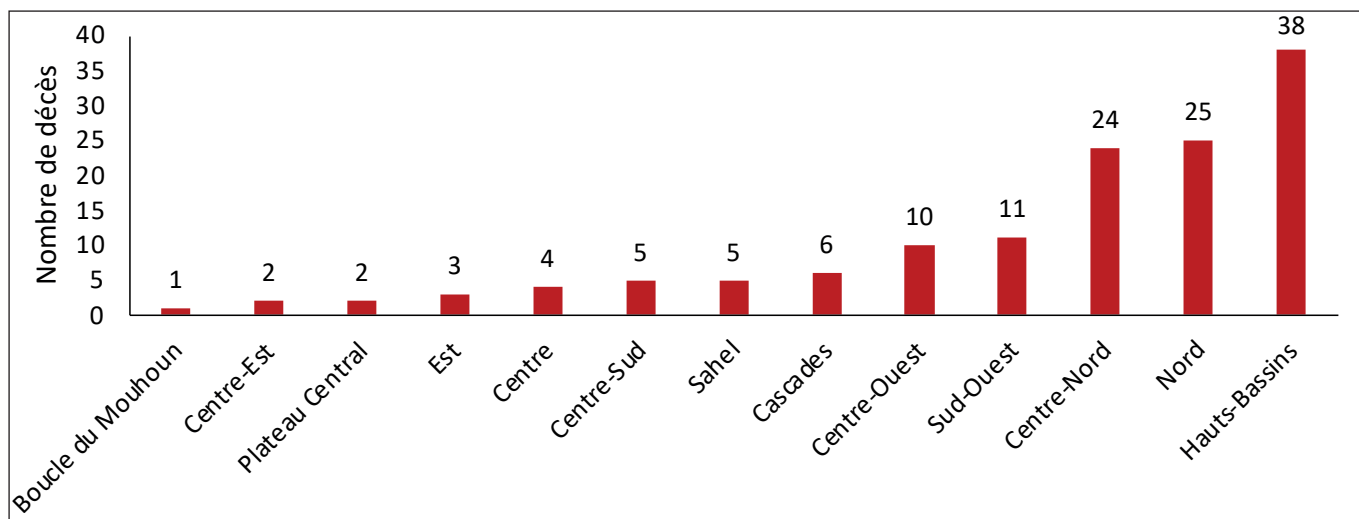


Source : MSHP, *Annuaire statistique 2023*

Graphique 2. 30 : Répartition des décès liés aux maladies de santé mentale notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.6.7 Décès liés aux maladies mentales par région en 2023

En 2023, les régions des Hauts-Bassins, du Nord et du Centre-Nord enregistraient le plus grand nombre de décès liés aux maladies mentales respectivement 38, 25 et 24 décès (Graphique 2. 31).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 31 : Répartition des décès liés aux maladies mentales notifiés dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

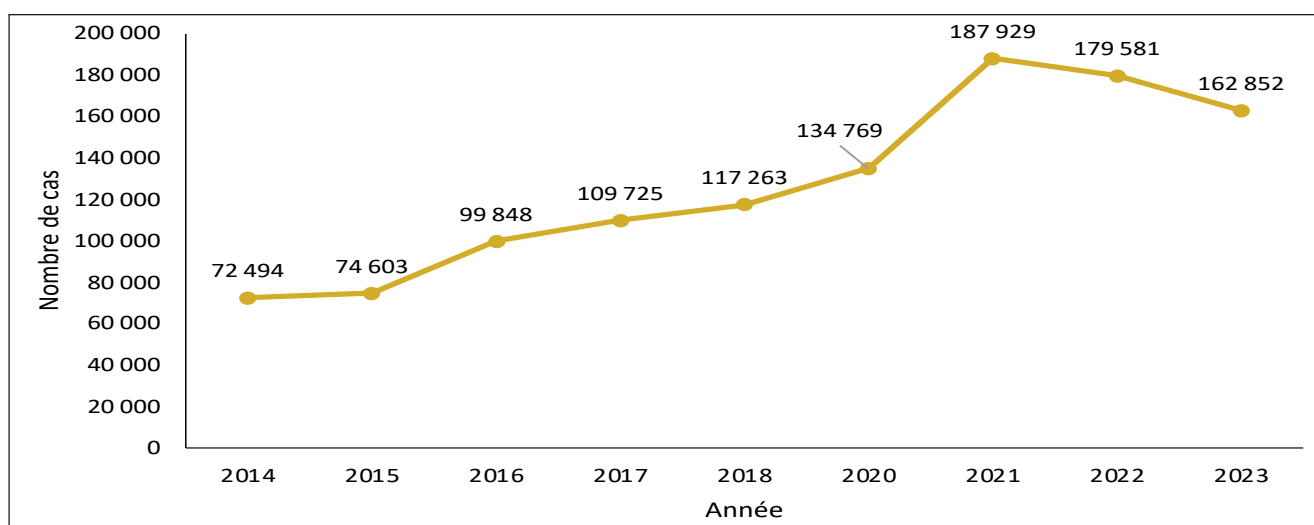
2.7 Accidents de la voie publique et du travail

2.7.1 Accidents de la voie publique

La sécurité routière reste un défi pour la santé publique dans le monde en général et dans les pays en développement en particulier. Chaque année dans le monde, les accidents de la circulation causent presque 1,3 millions de décès évitables et un nombre de traumatismes estimé à 50 millions³⁵, selon l'OMS en 2023.

2.7.1.1 Evolution des cas de traumatisme par accident de la voie publique de 2014 à 2023

Au Burkina Faso, les cas de traumatismes par accident de la voie publique ont connu une hausse entre 2014 et 2021 passant de 72 494 à 187 929 cas. Une baisse a été constatée depuis 2021 (Graphique 2. 32).



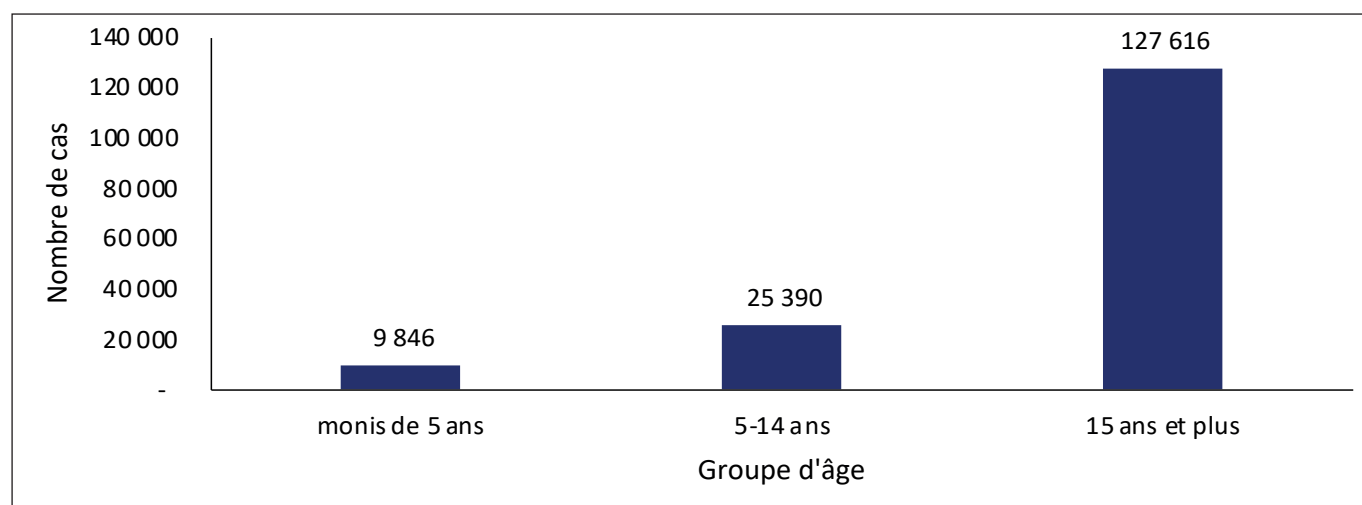
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2014 à 2023

Graphique 2. 32 : Evolution des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les formations sanitaires de 2014 à 2023

³⁵ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety-fr.pdf?sfvrsn=65cf34c8_35&download=true

2.7.1.2 Cas de traumatisme par accident de la voie publique par groupe d'âge en 2023

En 2023, dans les formations sanitaires, les traumatismes par accident de la voie publique ont été plus enregistrés chez les 15 ans et plus (127 616 cas) suivis des 5-14 ans (25 390 cas) (Graphique 2. 33).

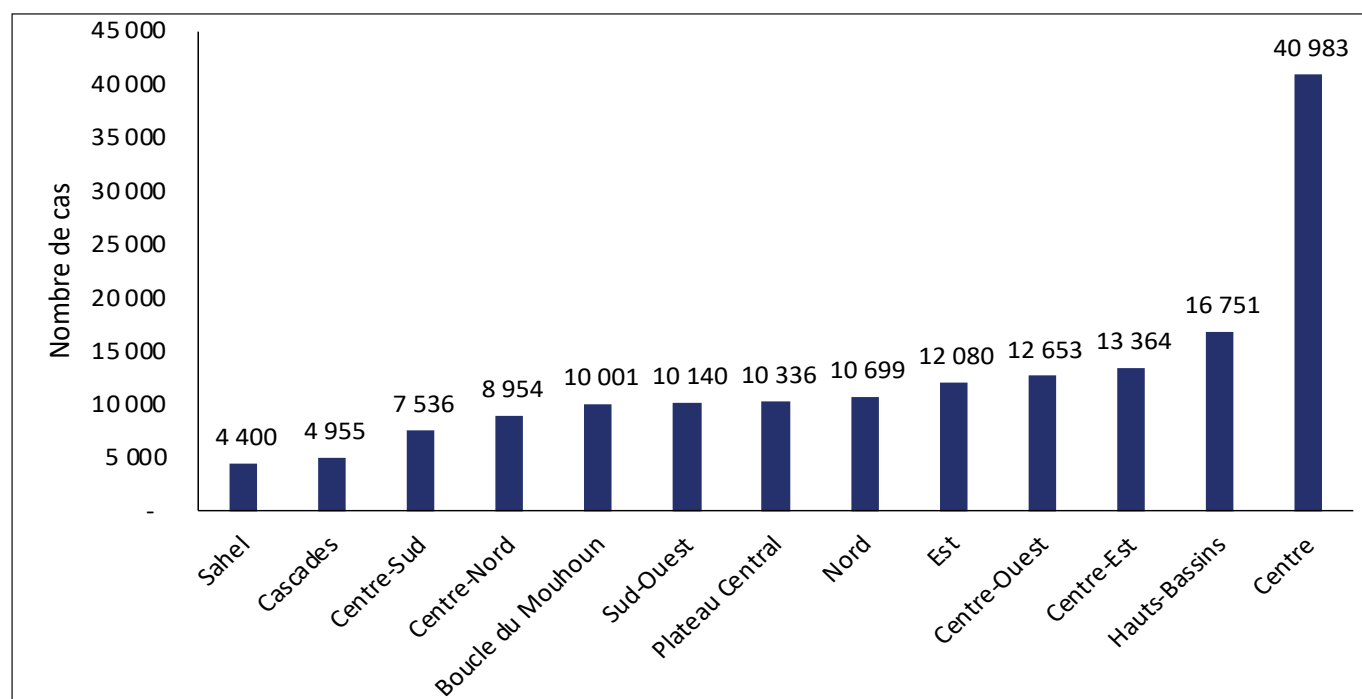


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 33 : Répartition des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les FS par groupe d'âge en 2023

2.7.1.3 Cas de traumatismes par accident de la voie publique par région en 2023

En 2023, les régions du Centre (40 983), des Hauts-Bassins (16 751) et du Centre-Est (13 364) ont enregistré le plus grand nombre de cas de traumatisme par accident de la voie publique (Graphique 2. 34).

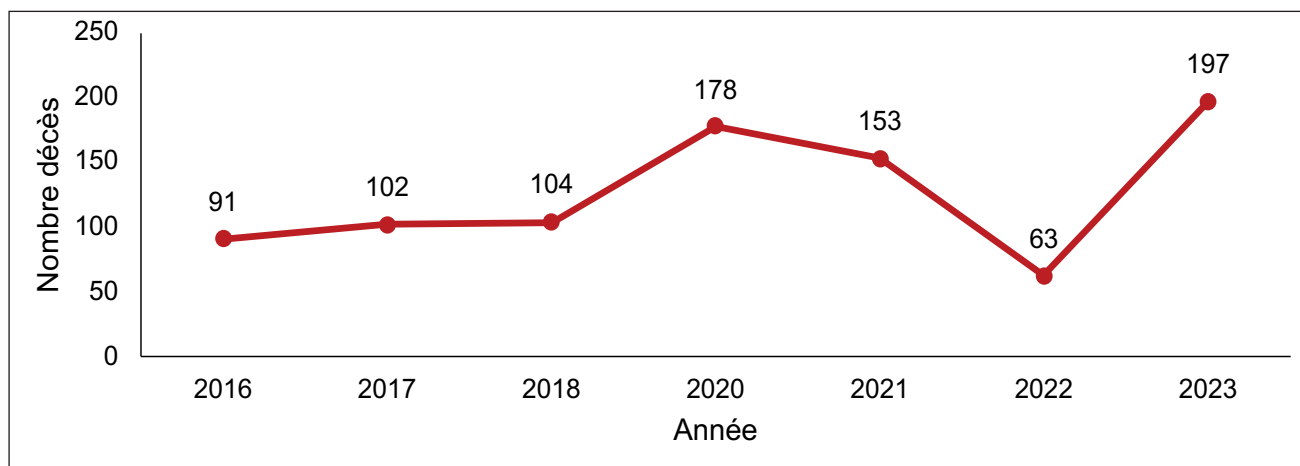


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 34 : Répartition des cas de traumatisme par accident de la voie publique dans les formations sanitaires par région en 2023

2.7.1.4 Evolution des décès dus aux accidents de la voie publique

Le nombre de décès dus aux accidents de la voie publique enregistrés dans les formations sanitaires a doublé passant de 91 en 2016 à 197 décès en 2023 (Graphique 2. 35).

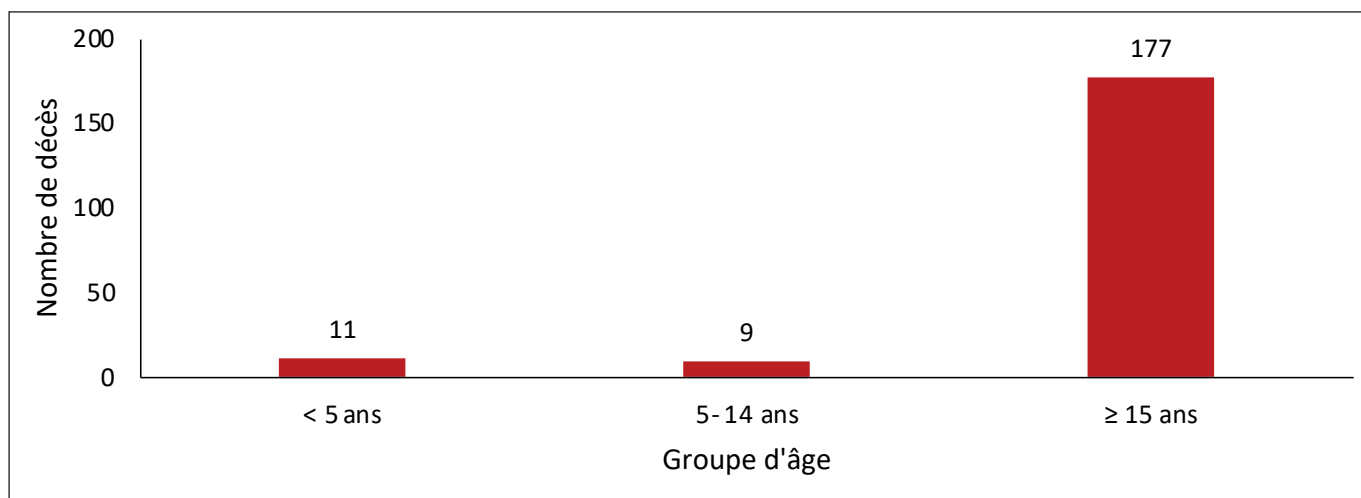


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2016 à 2023

Graphique 2. 35 : Evolution du nombre de décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires de 2016 à 2023

2.7.1.5 Décès dus aux traumatismes par accident de la voie publique par groupe d'âge

Les décès dus aux accidents de la voie publique étaient de 177 décès dans le groupe d'âge de 15 ans et plus et de 11 décès dans le groupe d'âge de moins de 5 ans en 2023 (Graphique 2. 36).

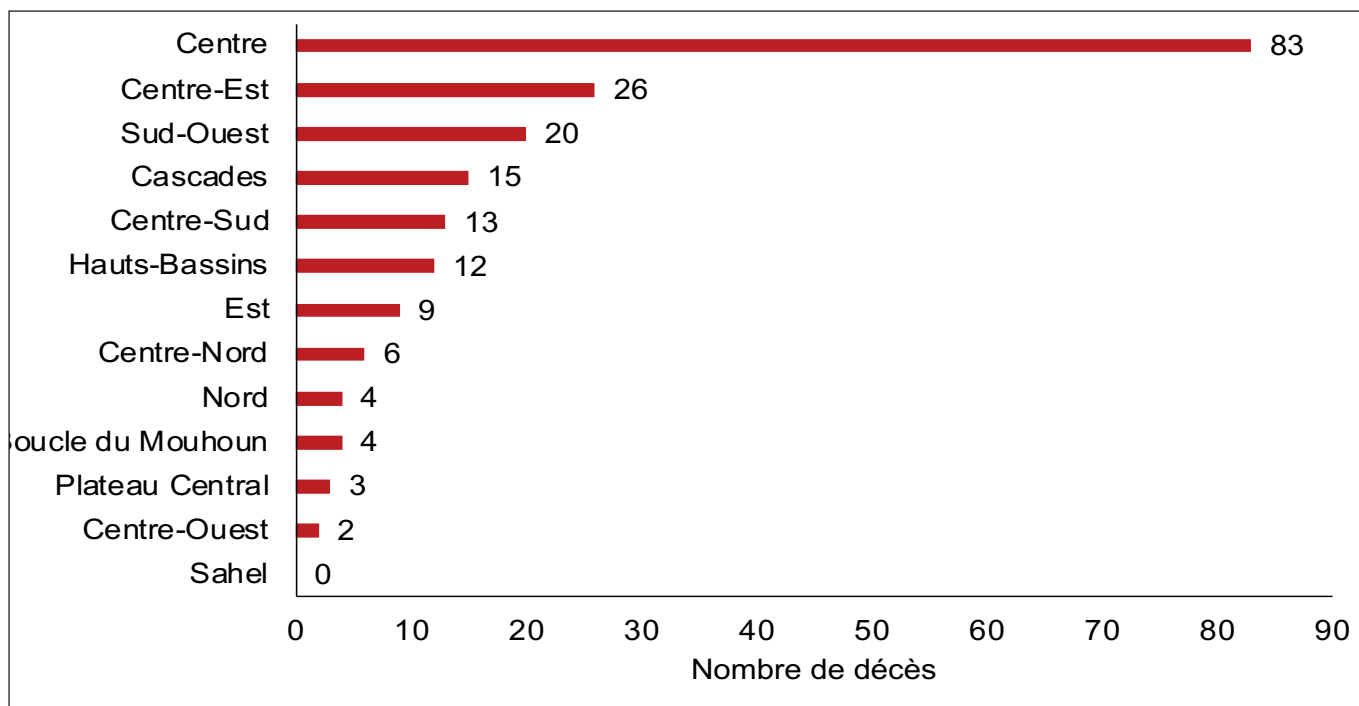


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 36 : Répartition des décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires par groupe d'âge en 2023

2.7.1.6 Décès dus aux accidents de la voie publique par région

En 2023, la région du Centre (83) a enregistré plus de décès, suivi de celle du Centre-Est (26) et du Sud-Ouest (20) (Graphique 2. 37).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 2. 37 : Répartition de la proportion de décès dus aux accidents de la voie publique dans les formations sanitaires par région en 2023

2.7.2 Accidents du travail

L'accident du travail est régi par la loi n°004-2021/AN portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso.

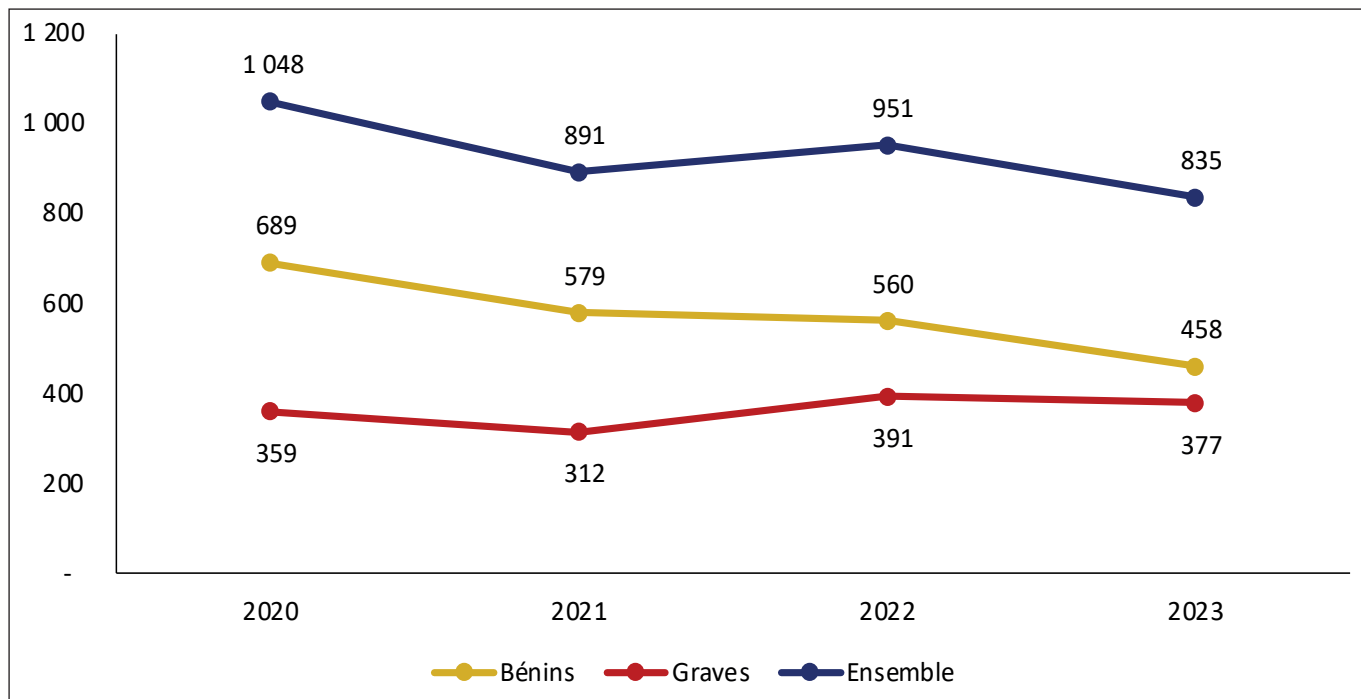
Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs.

Est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet aller et retour et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi :

- entre sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail ;
- entre le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière générale, le lieu où il prend habituellement ses repas ou perçoit sa rémunération ;
- pendant les voyages et missions dûment autorisés par l'employeur.

2.7.2.1 Evolution des accidents du travail

De 2020 à 2023, les accidents du travail du secteur privé affilié à l'office de santé des travailleurs (OST) étaient en baisse, passant de 1 048 à 835 cas. Par contre, les accidents du travail graves étaient en hausse, passant de 359 à 377 cas dans la même période (Graphique 2. 38).

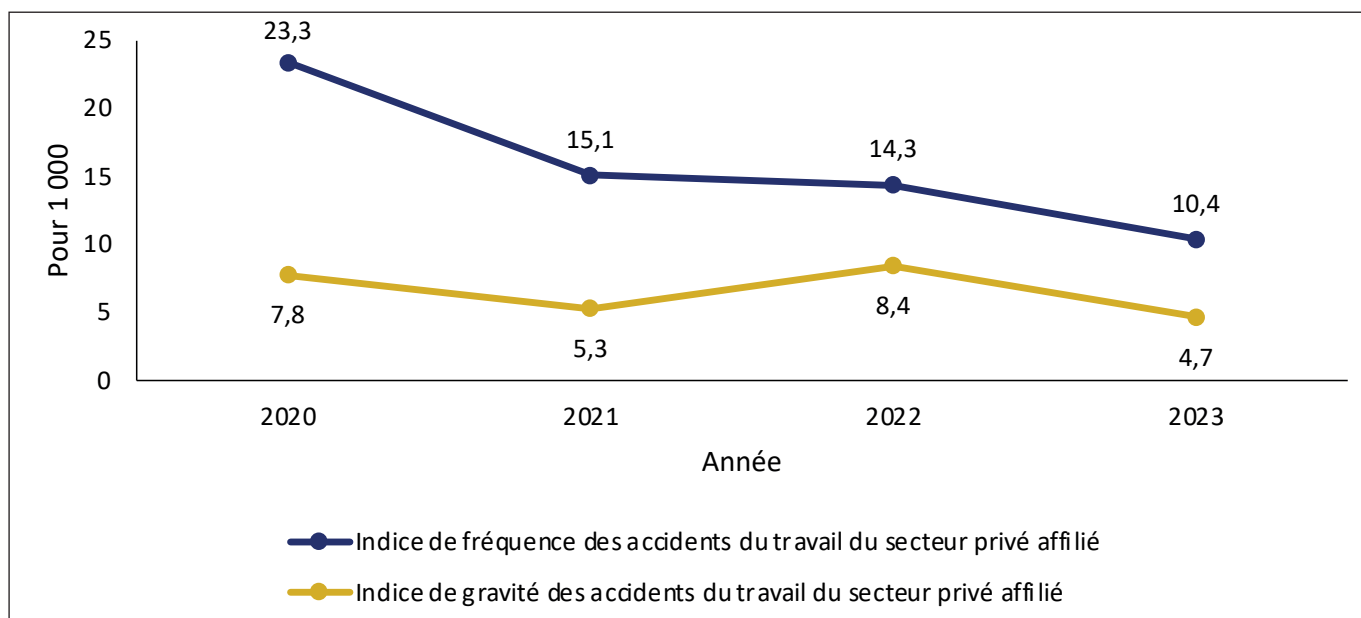


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2020 à 2023*

Graphique 2. 38 : Evolution des accidents du travail du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023

2.7.2.2 Evolution des indices de fréquence et de gravité des accidents du travail du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023

Entre 2020 et 2023, l'indice de fréquence des accidents de travail était en baisse, passant de 23,3‰ à 10,4‰. Quant à l'indice de gravité, la même tendance a été observée au cours de la même période (Graphique 2. 39).

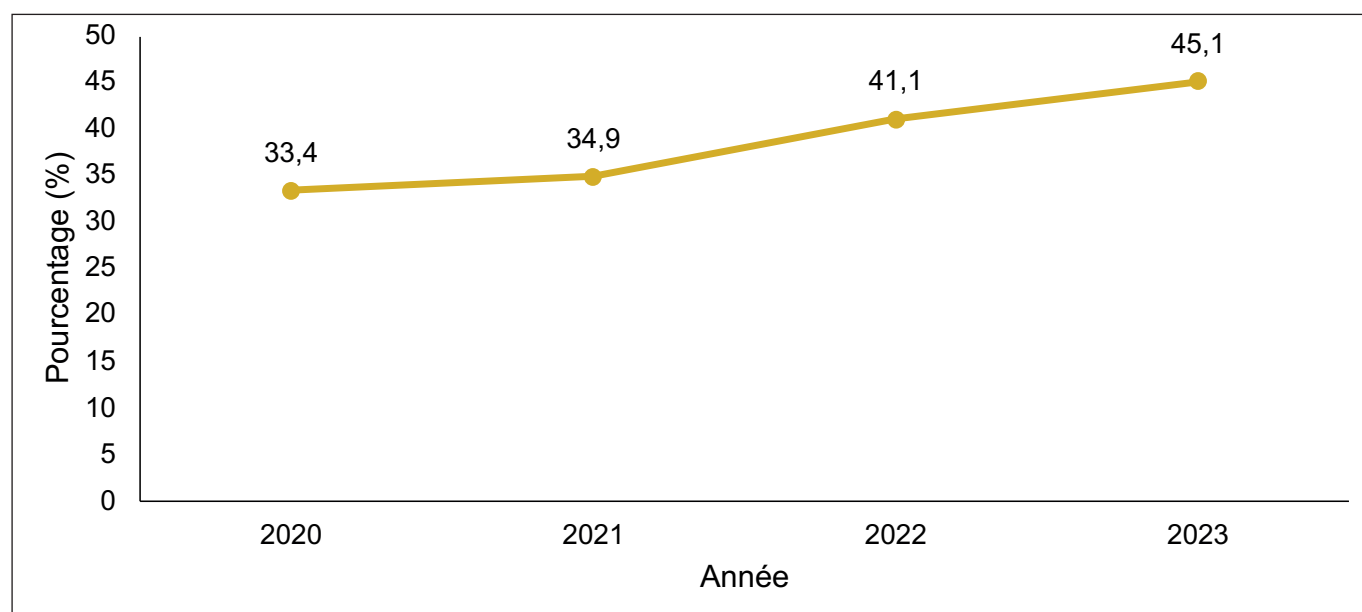


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2020 à 2023*

Graphique 2. 39 : Evolution des indices de fréquence et de gravité des accidents du travail du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023

2.7.2.3 Evolution de la proportion des accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023

La proportion des cas d'accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST était en hausse les quatre dernières années, passant de 33,4% en 2020 à 45,1% en 2023 (Graphique 2. 40).



Source : MSHP, *Annuaire statistique 2020 à 2023*

Graphique 2. 40 : Evolution de la proportion des accidents du travail graves du secteur privé affilié à l'OST de 2020 à 2023

2.8 Défis et perspectives pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Les défis des MNT sont liés d'une part à la transition épidémiologique et d'autre part à la faiblesse des ressources investies dans le système de santé pour gérer les cas. Les principaux défis et perspectives sont les suivants :

- le développement et le renforcement des politiques de santé publique efficaces pour réduire l'impact des MNT à travers l'élaboration/révision des politiques et stratégies de lutte contre les MNT ;
- le renforcement de la coordination des interventions de lutte contre les MNT entre le Ministère en charge de la santé, les autres secteurs ministériels, les organisations de la société civile et les partenaires au développement à travers la création des cadres de concertation adaptés ;
- la capacitation des ressources humaines nécessaires pour améliorer l'offre de soins de qualité particulièrement dans les domaines de la néphrologie, de la santé mentale et du diabète ;
- le renforcement des infrastructures, équipements et de la logistique essentiels pour améliorer l'accès à l'offre de soins de qualité particulièrement dans les domaines de la néphrologie, de la santé mentale et du diabète ;

- le passage à l'échelle de la stratégie WHOPEN dans les formations sanitaires périphériques ;
- l'amélioration de la collecte, l'analyse et de l'utilisation des données aussi bien dans les formations sanitaires publiques que privées, pour une meilleure prise de décision pour adapter et optimiser les stratégies de prévention et de traitement des MNT ;
- la mise en œuvre d'une stratégie de communication efficace afin d'informer les populations sur les facteurs de risque et les mesures de prévention des MNT ;
- la prise en compte des MNT dans le paquet de pathologies de l'assurance maladie universelle ;
- la réduction des coûts de prise en charge des MNT pour faciliter l'accessibilité financière des populations aux soins de santé ;
- le financement de la recherche pour le développement des innovations en matière de prévention et de traitement adaptées aux besoins spécifiques du Burkina Faso.

La lutte contre les MNT au Burkina Faso nécessite une approche holistique et coordonnée pour répondre efficacement aux défis existants. En intégrant des stratégies de sensibilisation et de prévention, en renforçant le dépistage et le diagnostic précoce, en assurant un traitement et un suivi adéquats, et en gérant les complications de manière proactive, il est possible de réduire le fardeau des MNT et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de ces maladies. Une stratégie nationale renforcée et bien coordonnée, s'appuyant sur des politiques de santé robustes, des partenariats efficaces et des financements conséquents, est essentielle pour réduire l'impact des MNT.

CHAPITRE 3 : FACTEURS DE RISQUES, HABITUDES DE VIE ET PRÉVENTION

Selon l'OMS, en 2018, les maladies non transmissibles (MNT) ont été responsables de décès de 41 millions de personnes, ce qui représente 74% de tous les décès dans le monde. Chaque année, 17 millions de personnes âgées de 30 à 69 ans meurent d'une maladie non transmissible. Plus de 86% de ces décès prématurés surviennent dans les pays à revenu faible et moyen. Le tabagisme, l'inactivité physique, l'usage nocif de l'alcool et la mauvaise alimentation augmentent tous le risque de décès d'une MNT³⁶.

En Afrique, les facteurs de risque tels que la consommation de tabac, l'abus d'alcool, la malnutrition et l'exposition aux drogues illicites sont des contributeurs significatifs aux maladies non transmissibles. La prévention et la gestion de ces risques sont essentielles pour réduire l'incidence de ces maladies et améliorer les résultats de santé.

Au Burkina Faso d'ici 2025, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les maladies non transmissibles seront responsables d'environ 33% de décès prématurés³⁷. Les données des annuaires statistiques montrent une augmentation des cas de diabète, d'hypertension artérielle et de cancers. Environ 9 700 vies pourraient être sauvées d'ici 2025 si le pays réactualise sa politique de lutte contre les MNT sur la base de la mise à jour des données factuelles récentes à travers le système de surveillance progressif (STEPSPWise).

Ce chapitre explore les facteurs de risque modifiables ayant un impact significatif sur la morbidité et la mortalité, en mettant l'accent sur cinq domaines clés : (i) consommation d'alcool, (ii) consommation de tabac, (iii) usage de drogues illicites, (iv) nutrition inadéquate, et (v) couverture vaccinale insuffisante.

L'objectif est de mieux cerner ces facteurs de risques pour développer des stratégies de prévention adaptées et efficaces.

3.1 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool constitue un enjeu de santé publique majeur, tant pour les individus que pour la société. En effet, l'usage excessif d'alcool est associé à de nombreux risques sanitaires, contribuant à des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, troubles mentaux et des cancers) et à des traumatismes liés aux accidents de la voie publique. Malgré les campagnes de sensibilisation mises en place, les taux de consommation restent préoccupants.

Cette section présente l'ampleur et la tendance de la consommation d'alcool.

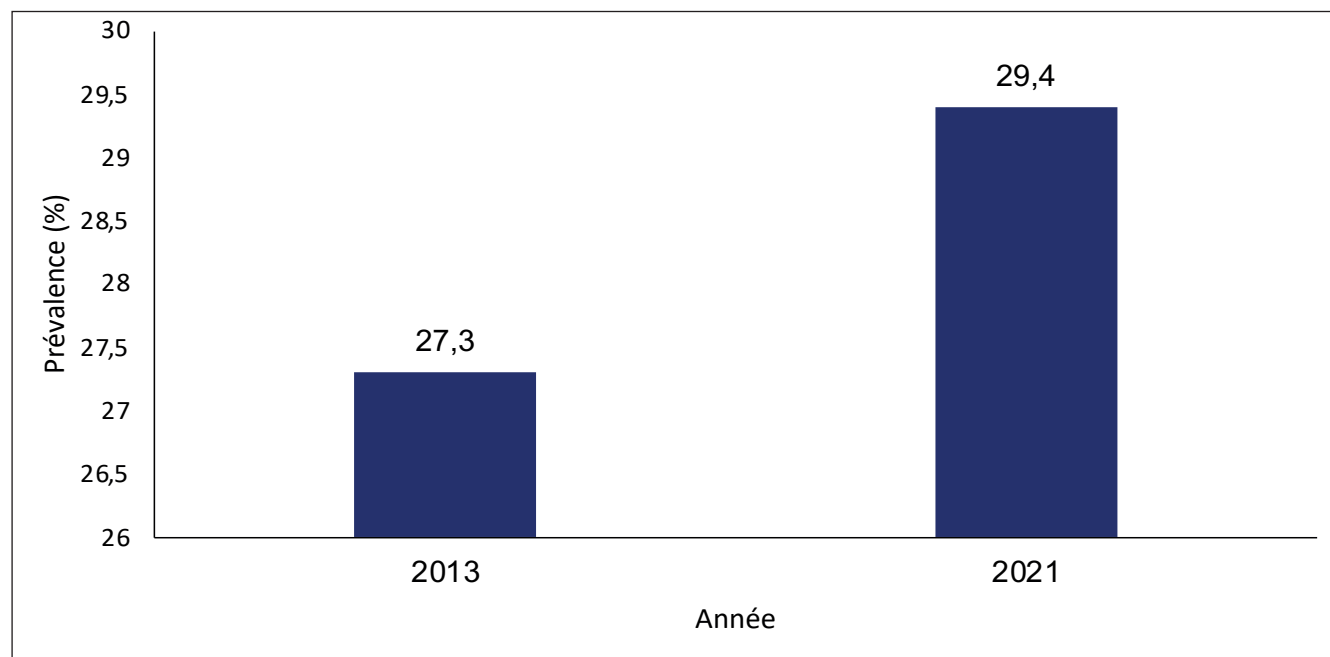
³⁶ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

³⁷ <https://www.afro.who.int/fr/countries/burkina-faso/publication/rapport-annuel-2022-de-loms-au-burkina-faso>

3.1.1 Prévalence de la consommation d'alcool

3.1.1.1 Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool

La prévalence de la consommation d'alcool a augmenté de 2013 à 2021, passant de 27,3 % à 29,4 % (Graphique 3. 1).

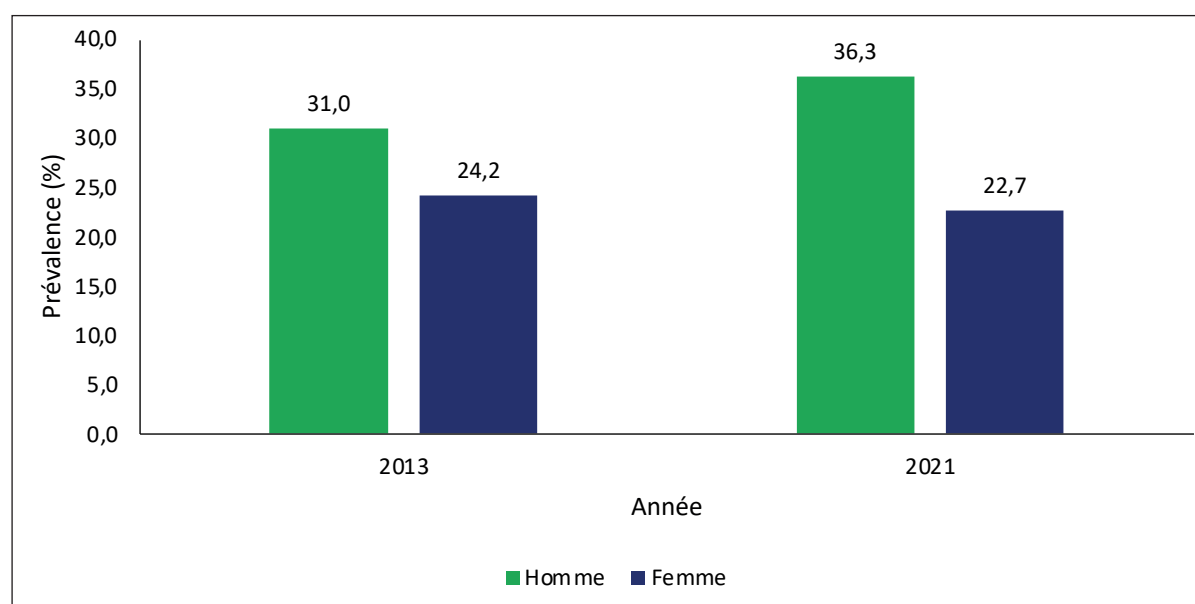


Source : MSHP, Enquêtes STEPs 2013 et 2021

Graphique 3. 1 : Prévalence de la consommation d'alcool en 2013 et 2021

3.1.1.2 Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool selon le sexe

La prévalence de la consommation d'alcool a connu une hausse chez les hommes passant de 31% en 2013 à 36,3% en 2021. En revanche, chez les femmes, elle a connu une baisse passant de 24,2% à 22,7% au cours de la même période (Graphique 3. 2).



Source : MSHP, Enquête STEPs 2013 et 2021

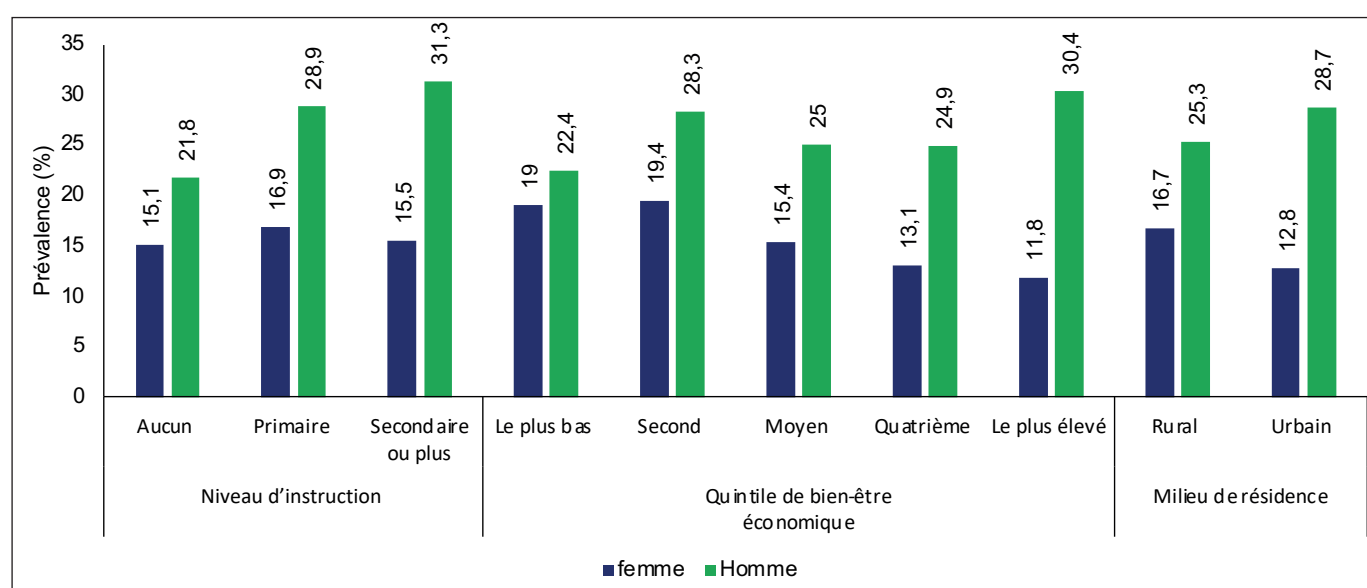
Graphique 3. 2 : Prévalence de la consommation d'alcool selon le sexe entre 2013 et 2021

3.1.1.3 Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

La prévalence de la consommation d'alcool était plus élevée chez les hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (31,3%), tandis que chez les femmes, la proportion la plus élevée s'observait chez celles ayant un niveau primaire (16,9 %).

Les hommes vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique quatrième pré-sentaient la proportion la plus élevée de consommateurs d'alcool, soit 30,3 %. Par contre chez les femmes, la proportion la plus élevée était enregistrée parmi celles vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique deuxième, soit 19,4%.

Concernant le milieu de résidence, la proportion des consommateurs d'alcool était plus élevée en milieu urbain chez les hommes (28,7 %) et chez les femmes en milieu rural (16,7 %) (Graphique 3. 3).

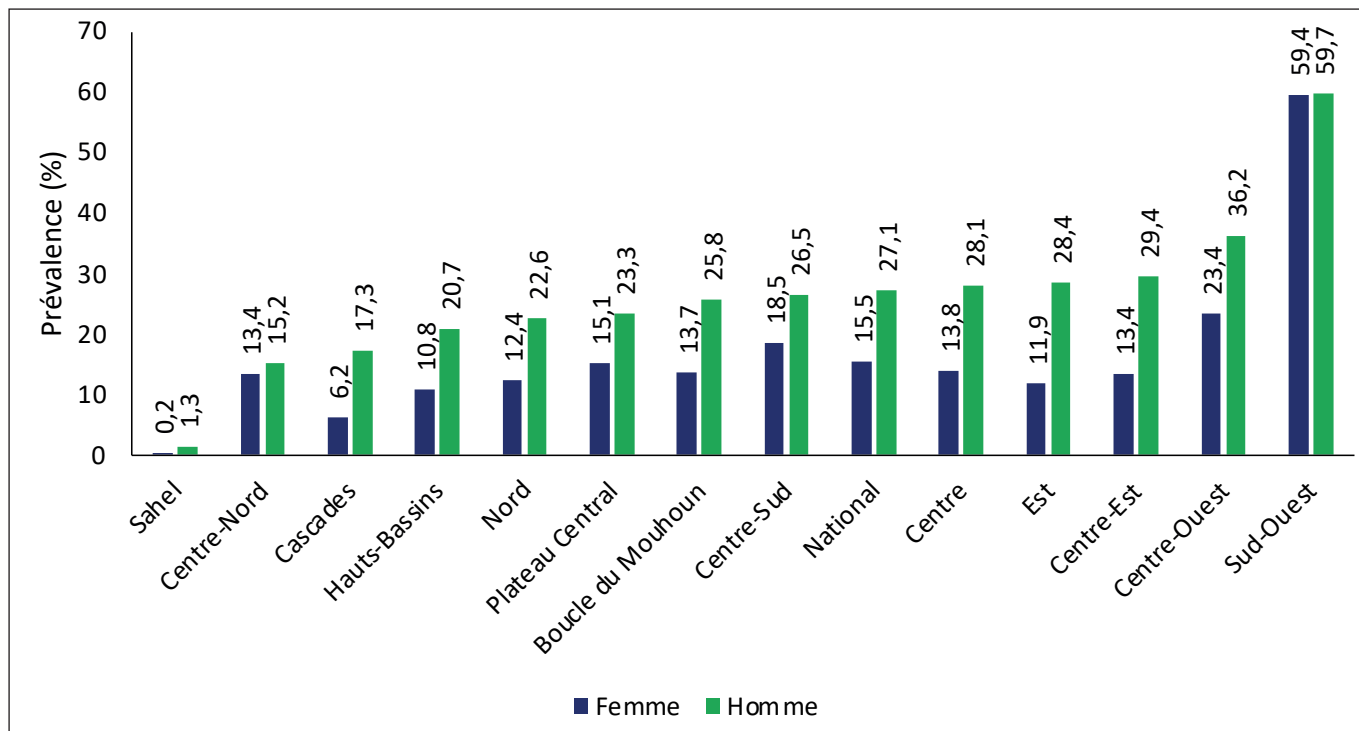


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 3 : Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.1.1.4 Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon la région en 2021

En 2021, la prévalence de la consommation d'alcool par région était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Quel que soit le sexe, la prévalence était plus élevée dans la région du Sud-Ouest, atteignant respectivement 59,4 % chez les femmes et 59,7 % chez les hommes (Graphique 3. 4).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 4 : Prévalence de la consommation d'alcool par sexe selon la région en 2021

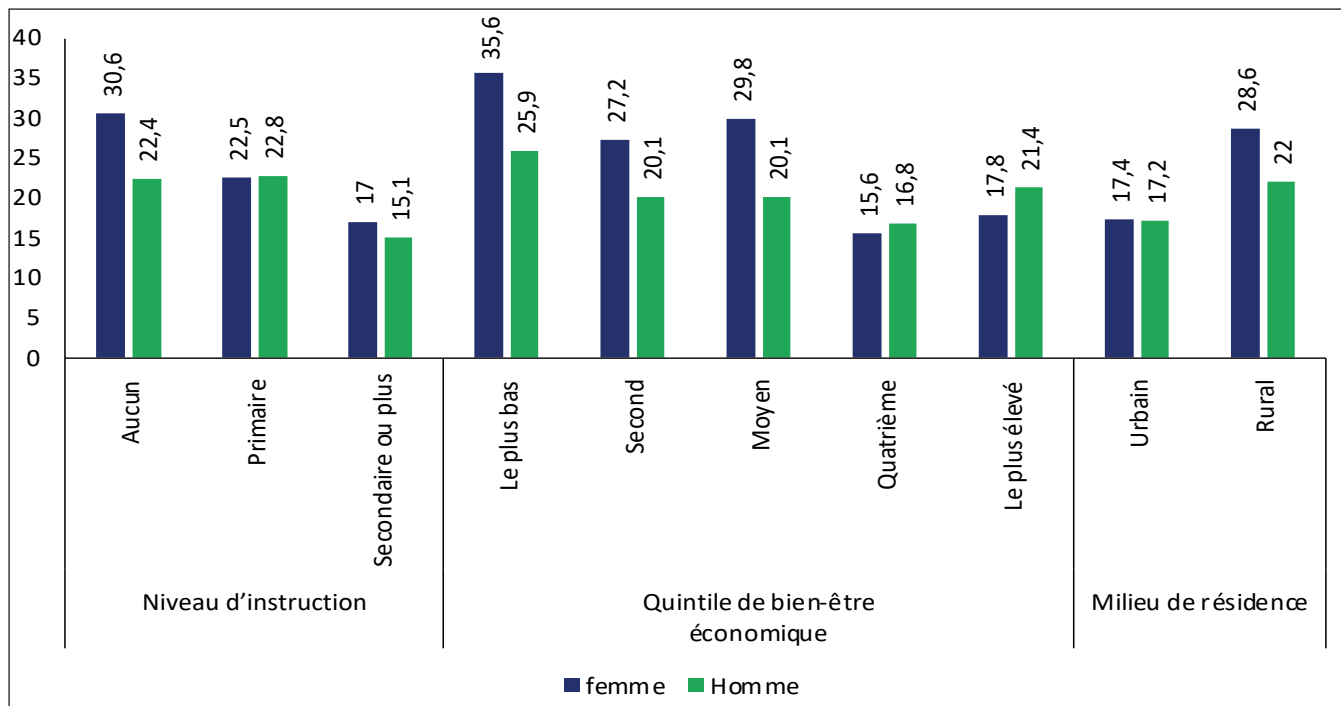
3.1.2 Fréquence de consommation d'alcool

3.1.2.1 Fréquence de la consommation d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

La fréquence de la consommation d'alcool chaque jour ou presque était plus élevée chez les femmes ayant aucun niveau d'instruction (30,6%), tandis que chez les hommes, la proportion la plus élevée s'observait chez ceux ayant un niveau primaire (22,8 %).

Les hommes et les femmes vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique le plus bas présentaient la fréquence de la consommation d'alcool chaque jour ou presque la plus élevée, avec respectivement 30,6% et 22,5%.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les proportions les plus élevées étaient enregistrées en milieu rural, soit 28,6 % pour les hommes et 22 % pour les femmes (Graphique 3. 5).

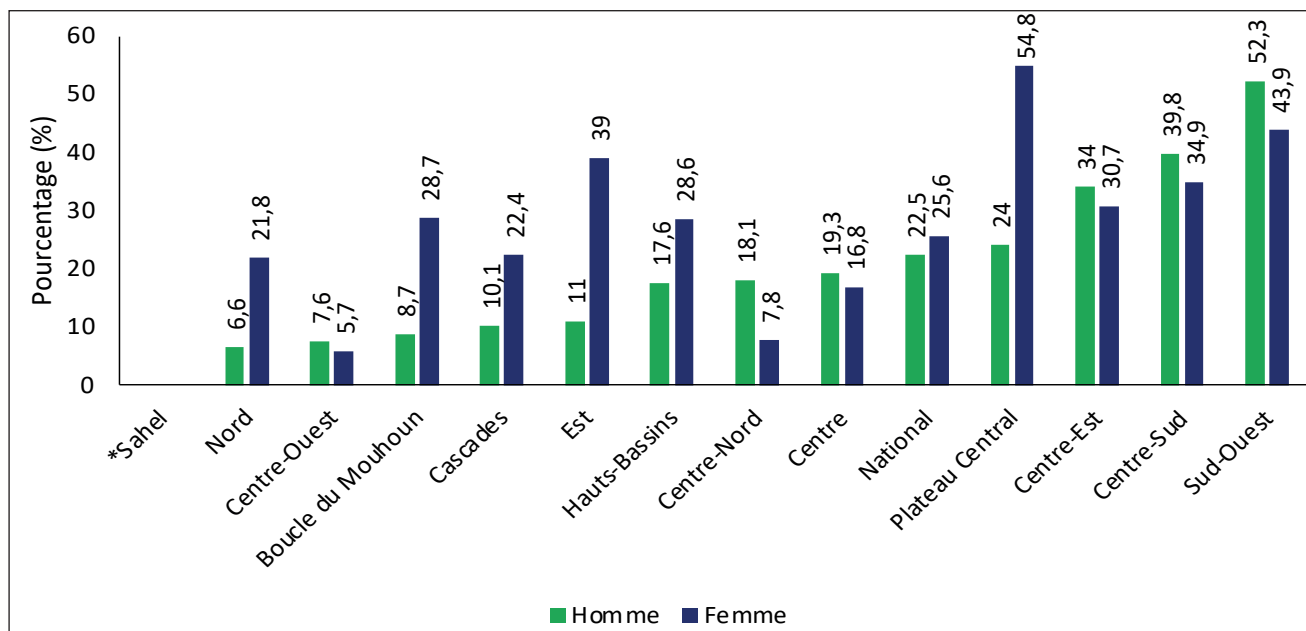


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 5: Proportion des consommateurs quotidiens d'alcool par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.1.2.2 Fréquence de la consommation d'alcool par sexe selon la région en 2021

La consommation quotidienne ou quasi-quotidienne d'alcool était plus élevée chez les hommes dans la région du Sud-Ouest (52,3 %), tandis que chez les femmes elle était plus élevée dans la région du Plateau Central (54,8 %) (Graphique 3. 6).



* Pas de données

Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 6: Variation de la proportion des consommateurs quotidiens d'alcool par région et par sexe en 2021

3.2 Consommation du tabac

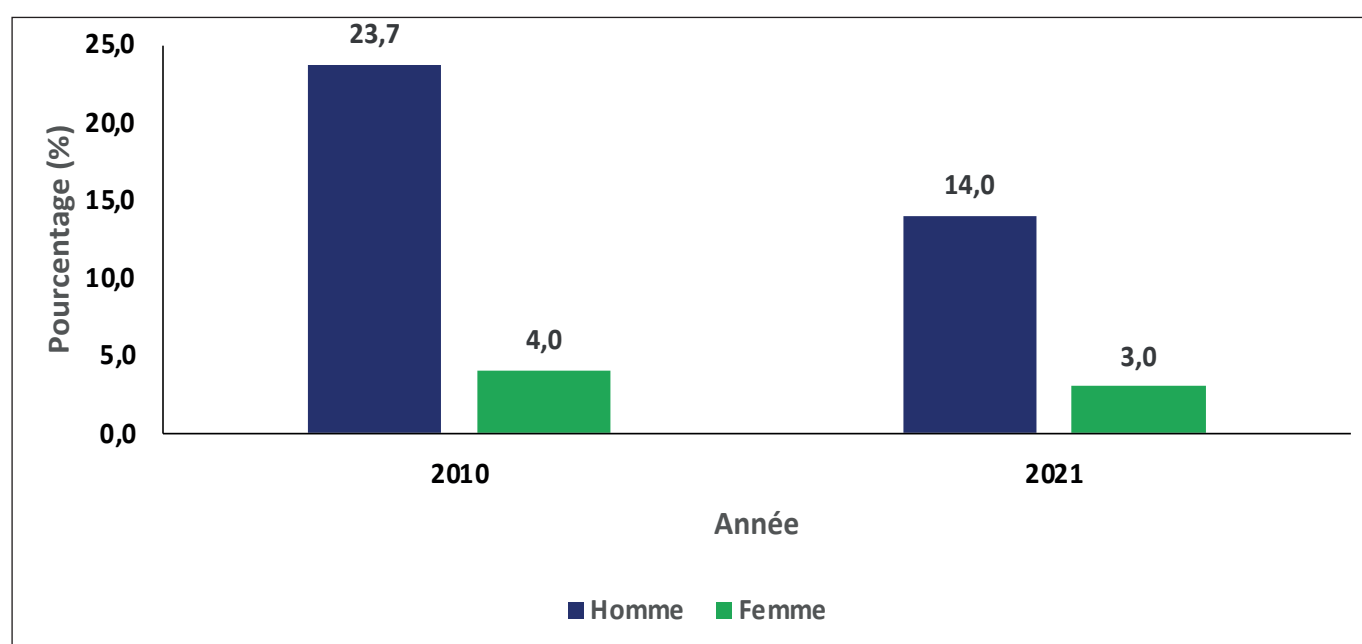
La consommation de tabac représente un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, notamment les cancers du poumon, les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Malgré les efforts de sensibilisation, les taux de consommation demeurent préoccupants.

Cette section présente l'ampleur de la consommation du Tabac.

3.2.1 Prévalence de la consommation du tabac

3.2.1.1 Evolution de la prévalence de la consommation du tabac

La prévalence de la consommation de tabac a diminué, quel que soit le sexe, passant de 23,7 % en 2010 à 14 % en 2021 chez les hommes et de 4 % à 3 % chez les femmes (Graphique 3. 7).



Source : INSD, EDS 2010 et 2021

Graphique 3. 7: Evolution de la prévalence de la consommation du tabac entre 2010 et 2021

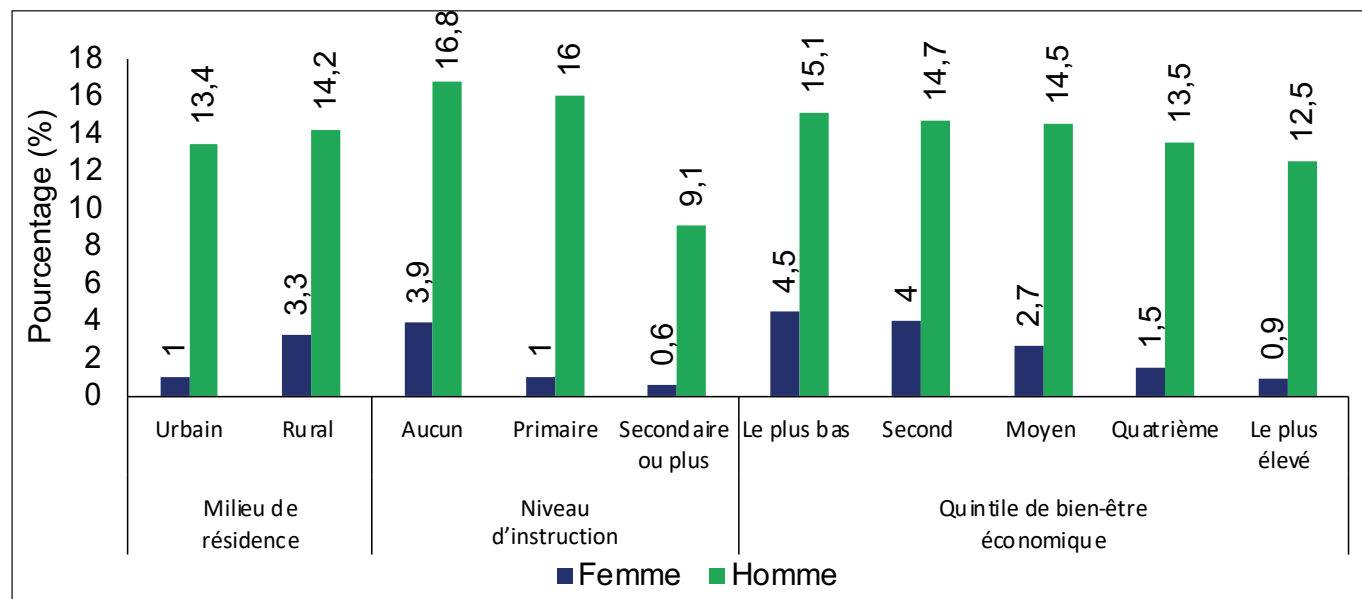
3.2.1.2 Prévalence de la consommation du tabac par sexe selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

La prévalence de la consommation de tabac était plus élevée chez les hommes indépendamment du milieu de résidence, du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique.

La prévalence de la consommation de tabac est quasiment la même chez les hommes indépendamment du milieu de résidence. Par contre, la prévalence de la consommation de tabac chez les femmes était trois fois plus élevée en milieu rural (3,3%) qu'en milieu urbain (1%) du niveau d'instruction et du quintile de bien-être économique.

La prévalence de la consommation de tabac était plus importante chez les hommes (16,8%) ayant aucun niveau d'instruction suivi de ceux ayant un niveau primaire (16%). Cette situation est similaire chez les femmes.

La prévalence de la consommation de tabac était plus importante chez les hommes vivant dans les ménages du quintile du bien-être économique le plus bas (15,1%) suivi de ceux vivant dans les ménages du second quintile du bien-être économique (14,7%). Cette situation est similaire chez les femmes (Graphique 3. 8).

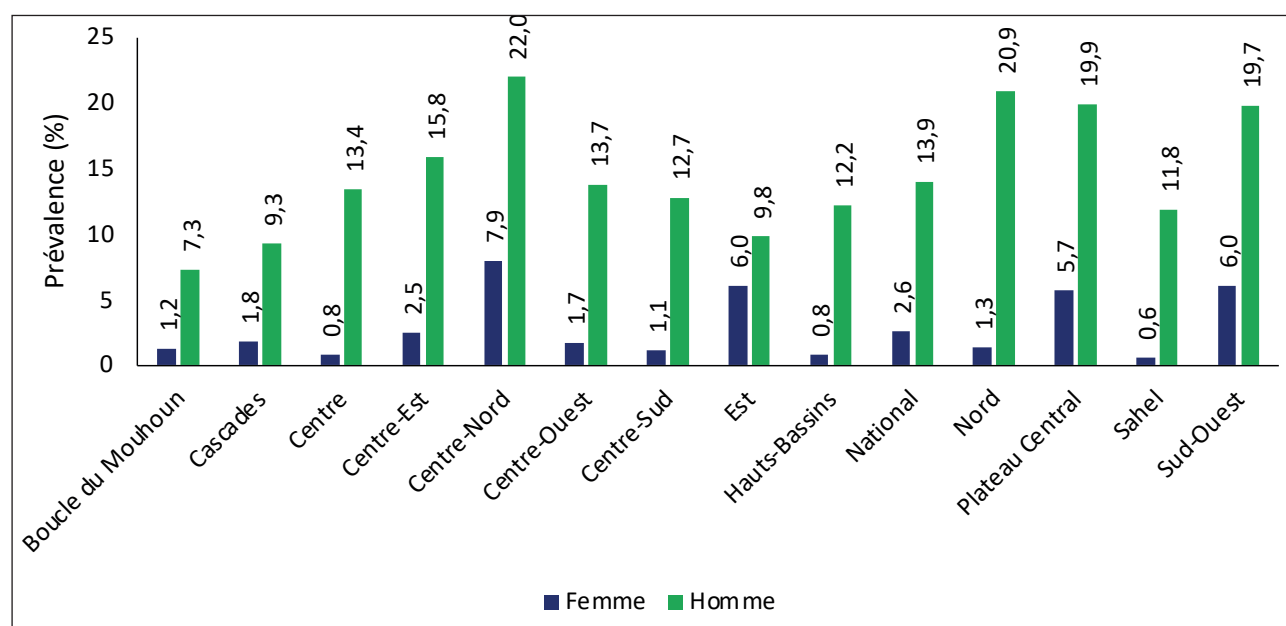


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 8: Proportion des consommateurs du tabac selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique et par sexe en 2021

3.2.1.3 Prévalence de la consommation du tabac par sexe selon la région en 2021

La prévalence de la consommation du tabac était plus élevée dans la région du Centre-Nord quel que soit le sexe respectivement de 7,9% chez les femmes et de 20,9% chez les hommes (Graphique 3. 9).



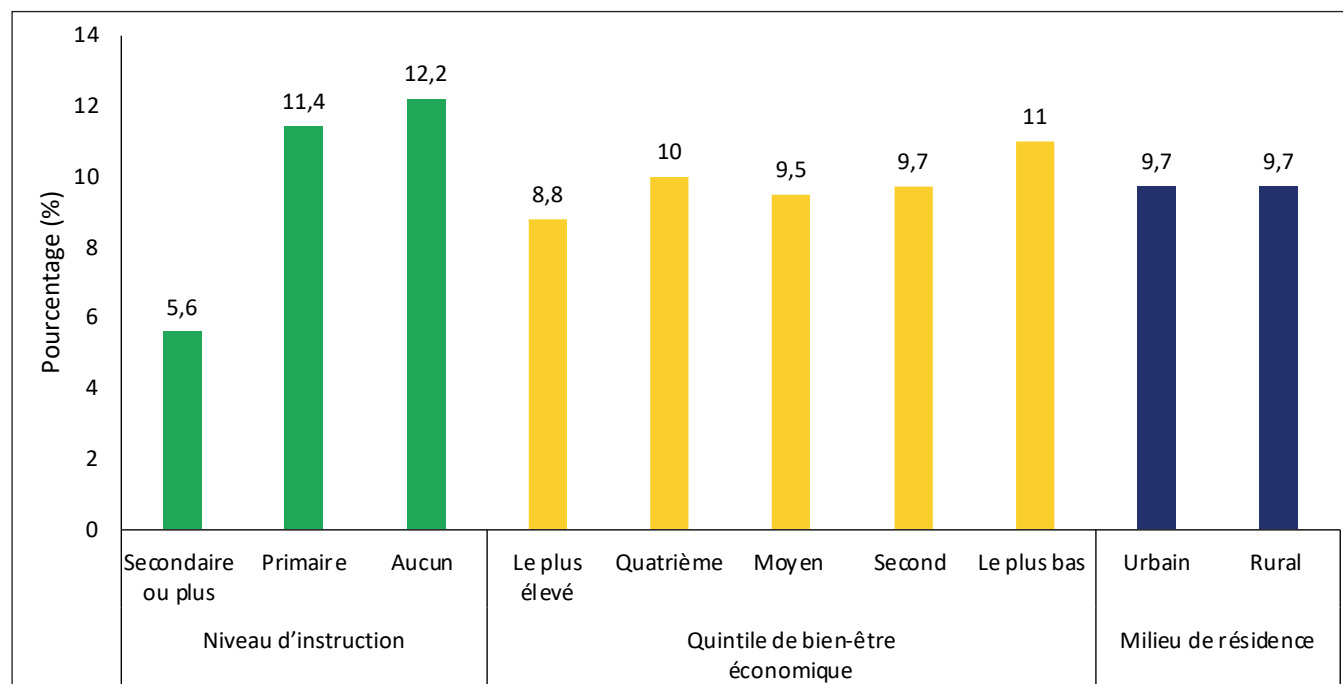
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 9: Prévalence de la consommation du tabac par région et par sexe en 2021

3.2.2 Fréquence de la consommation du tabac

3.2.2.1 Fréquence de la consommation quotidienne du tabac chez les hommes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

La consommation quotidienne du tabac était identique, quel que soit le milieu de résidence (9,7 %). Elle était plus élevée chez les hommes ayant aucun niveau d'instruction (12,2 %) et chez ceux vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique le plus bas (11 %) (Graphique 3. 10).

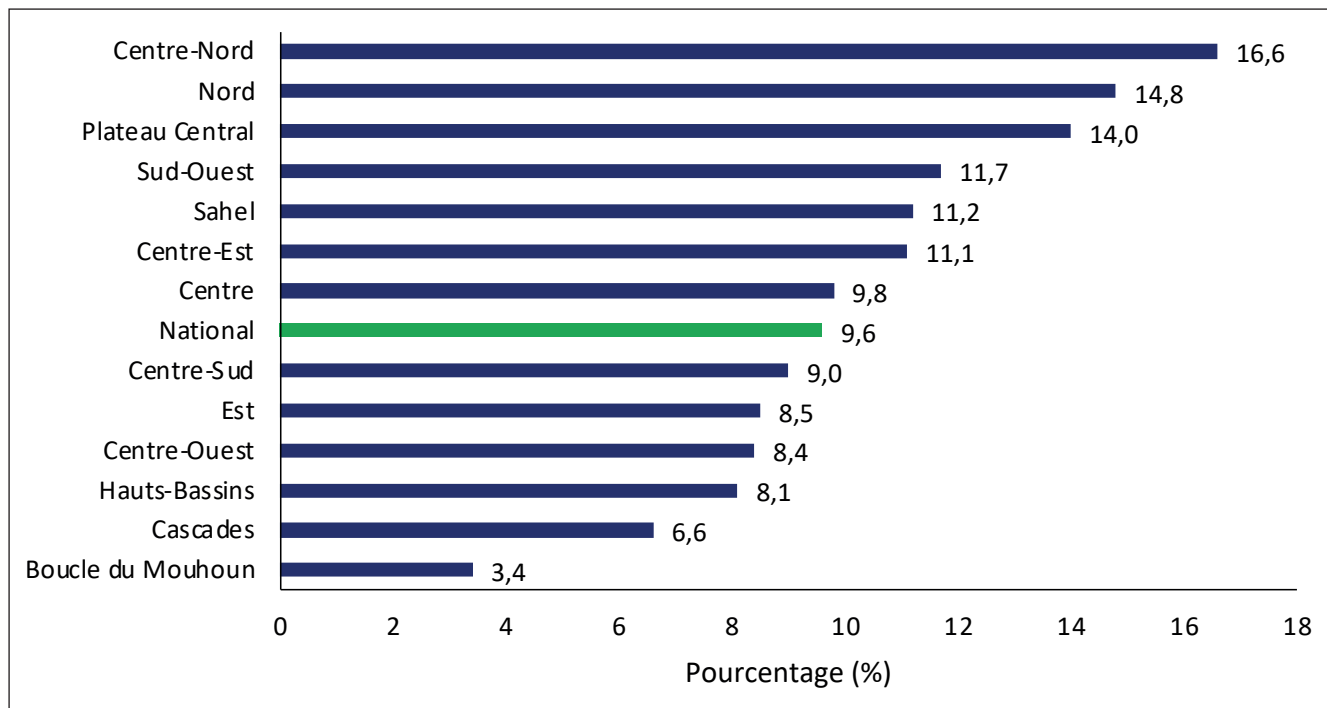


Source : INSD, EDSBFV 2021

Graphique 3. 10: Proportion des consommateurs quotidiens du tabac chez les hommes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.2.2.2 Fréquence de la consommation quotidienne du tabac chez les hommes par région en 2021

En 2021, la consommation quotidienne de tabac chez les hommes était plus élevée dans la région du Centre-Nord (16,6%) (Graphique 3. 11).



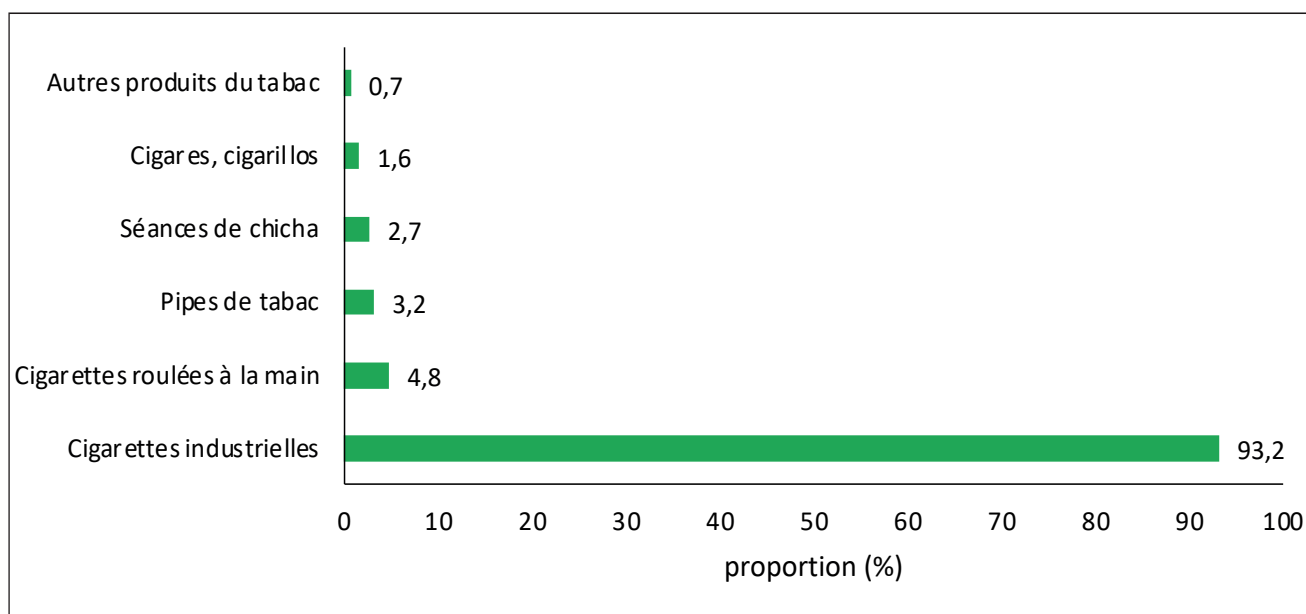
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 11: Proportion des consommateurs quotidiens du tabac chez les hommes par région en 2021

3.2.3 Consommation des types de tabac

3.2.3.1 Types de tabac consommé

Parmi les types de tabac, les cigarettes industrielles étaient les plus consommées (93,2%), suivies des cigarettes roulées à la main (4,8%) (Graphique 3. 12).

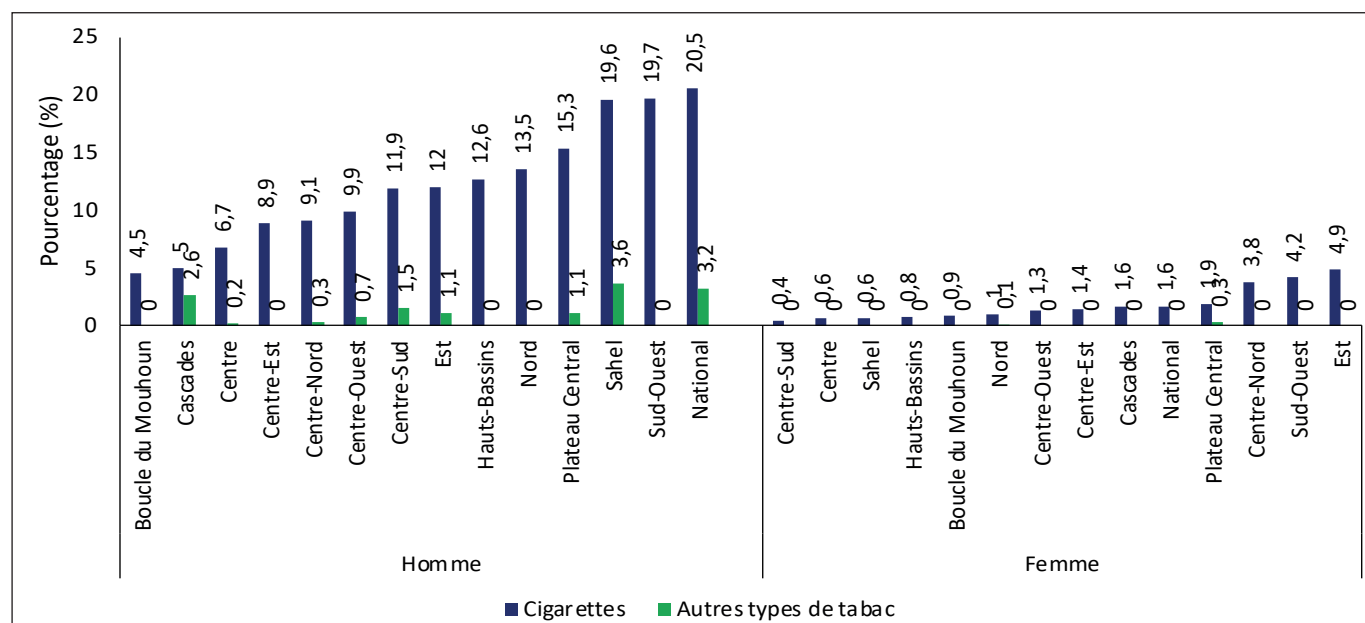


Source : MSHP, Enquête STEPs 2021

Graphique 3. 12: Répartition des consommateurs par type de tabac en 2021

3.2.3.2 Types de tabac consommé par sexe selon la région en 2021

La répartition du type de tabac consommé par région montre que la cigarette était plus consommée par les hommes dans les régions du Sud-Ouest (19,7 %), du Sahel (19,6%) et du Plateau Central (15,3%). Tandis que chez les femmes, elle était plus consommée dans les régions de l'Est (4,9%), du Sud-Ouest (4,2%) et du Centre-Nord (3,8%) (Graphique 3. 13).



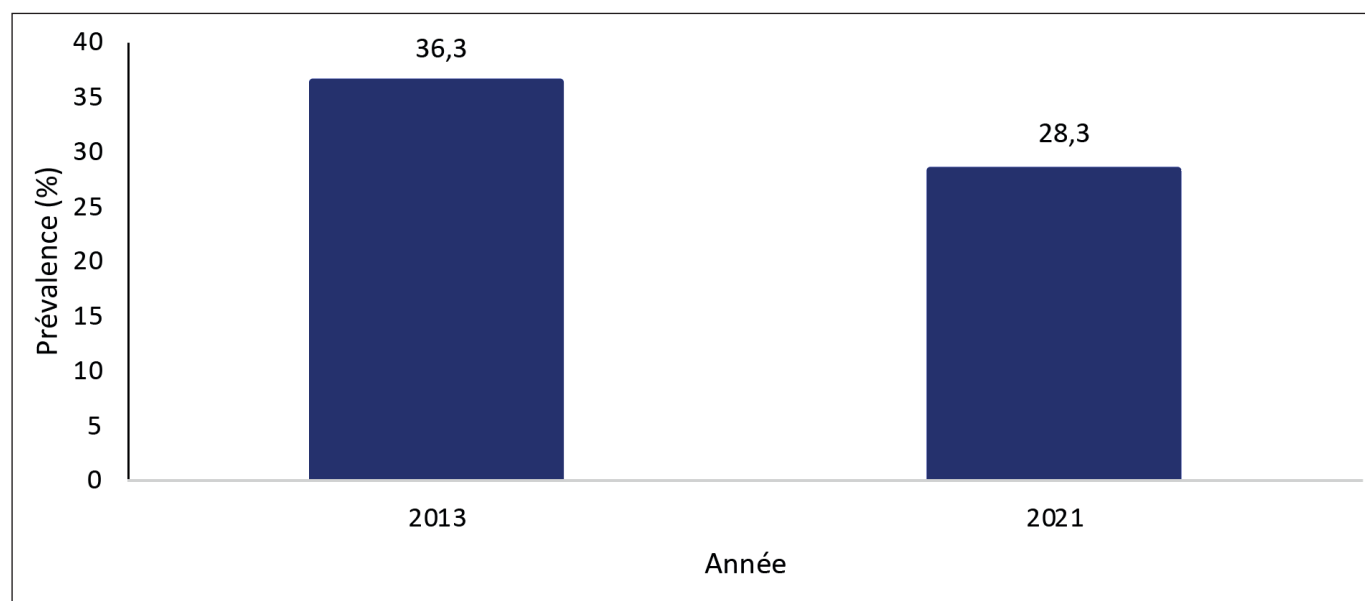
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 13: Types de tabac consommé par sexe selon la région en 2021

3.2.4 Exposition à la fumée du tabac

3.2.4.1 Exposition à la fumée du tabac à la maison entre 2013 et 2021

Entre 2013 et 2021, l'exposition à la fumée du tabac a enregistré une diminution, passant de 36,3 % à 28,3 % (Graphique 3. 14).

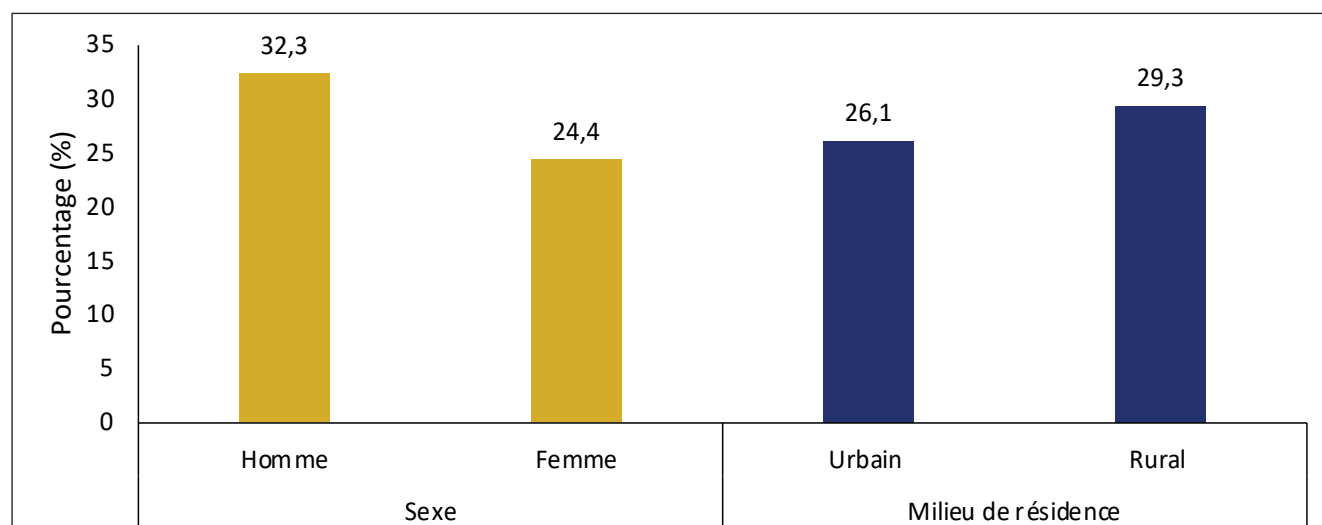


Source : MSHP, Enquête STEPs 2013 et 2021

Graphique 3. 14: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac à la maison

3.2.3.2 Exposition à la fumée du tabac à la maison selon le sexe et le milieu de résidence entre 2013 et 2021

L'analyse par milieu de résidence a révélé que l'exposition à la fumée du tabac à la maison était plus élevée en milieu rural (29,3%) qu'en milieu urbain (26,1%). Les hommes (32,3%) étaient plus exposés à la fumée du tabac à la maison que les femmes (24,4%) (Graphique 3. 15).

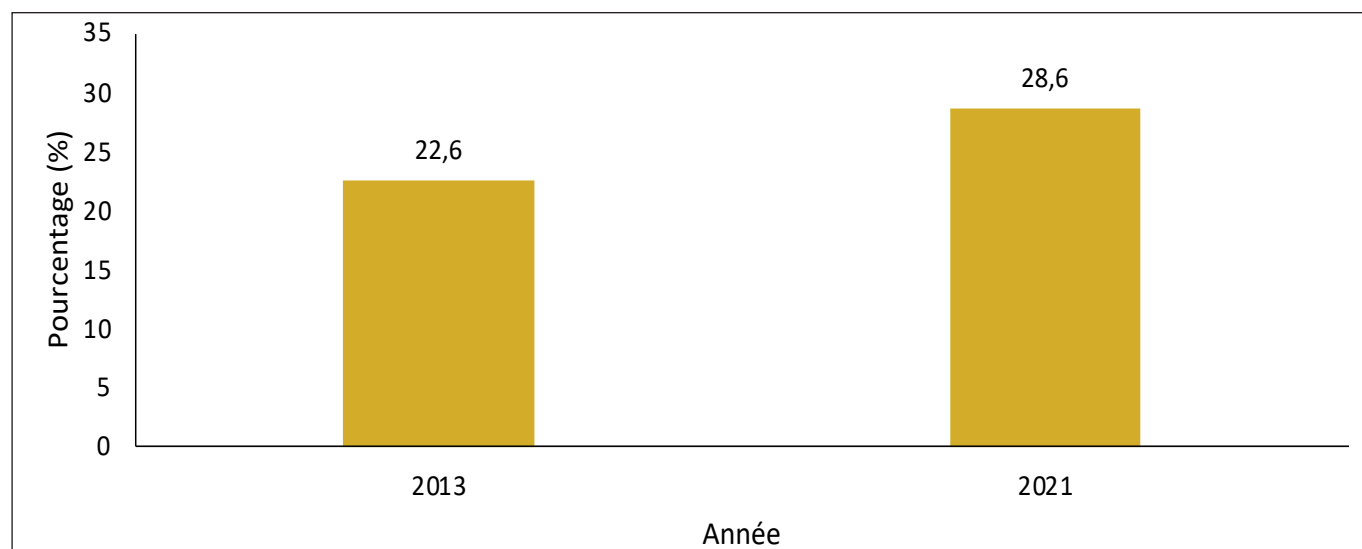


Source : MSHP, Enquête STEPs 2013 et 2021

Graphique 3. 15: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac à la maison par milieu de résidence et par sexe en 2021

3.2.3.3 Exposition à la fumée du tabac au lieu de travail entre 2013 et 2021

Entre 2013 et 2021, l'exposition à la fumée du tabac au lieu de travail a connu une augmentation, passant de 22,6% à 28,6% (Graphique 3. 16).

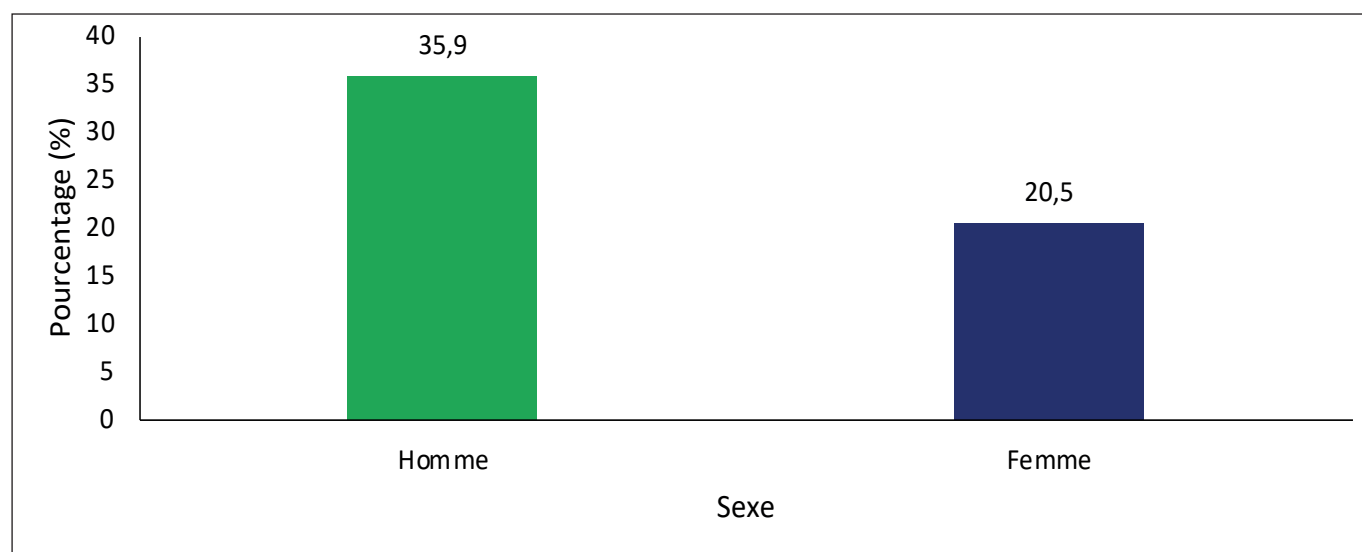


Source : MSHP, Enquête STEPs 2013 et 2021

Graphique 3. 16: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac au lieu de travail entre 2013 et 2021

3.2.3.4 Exposition à la fumée du tabac au lieu de travail selon le sexe en 2021

En milieu de travail, les hommes (35,9%) étaient plus exposés à la fumée du tabac que les femmes (20,5%) (Graphique 3. 17).



Source : MSHP, Enquête STEPs 2021

Graphique 3. 17: Proportion des individus exposés à la fumée de tabac au lieu de travail selon le sexe en 2021

3.3 Consommation de drogues illicites

Plusieurs types de drogues sont rencontrés et consommés par les populations au Burkina Faso.

Cette section présente l'ampleur et la tendance de la consommation de la drogue.

3.3.1 Types de drogues rencontrés au Burkina Faso

Au Burkina Faso, plusieurs études ont permis de mettre en exergue le phénomène de la consommation des drogues^{38,39,40}. Aussi, les saisies des forces de l'ordre ont également permis de constater que plusieurs types de drogues sont consommés dans le pays (la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, la méthamphétamine, le tramadol, le khat, le crack, etc.). En plus de ces drogues, les solvants ou inhalants (dissolution, éther, colle, etc.) et les substances naturelles ou végétales *étaient également* consommés.

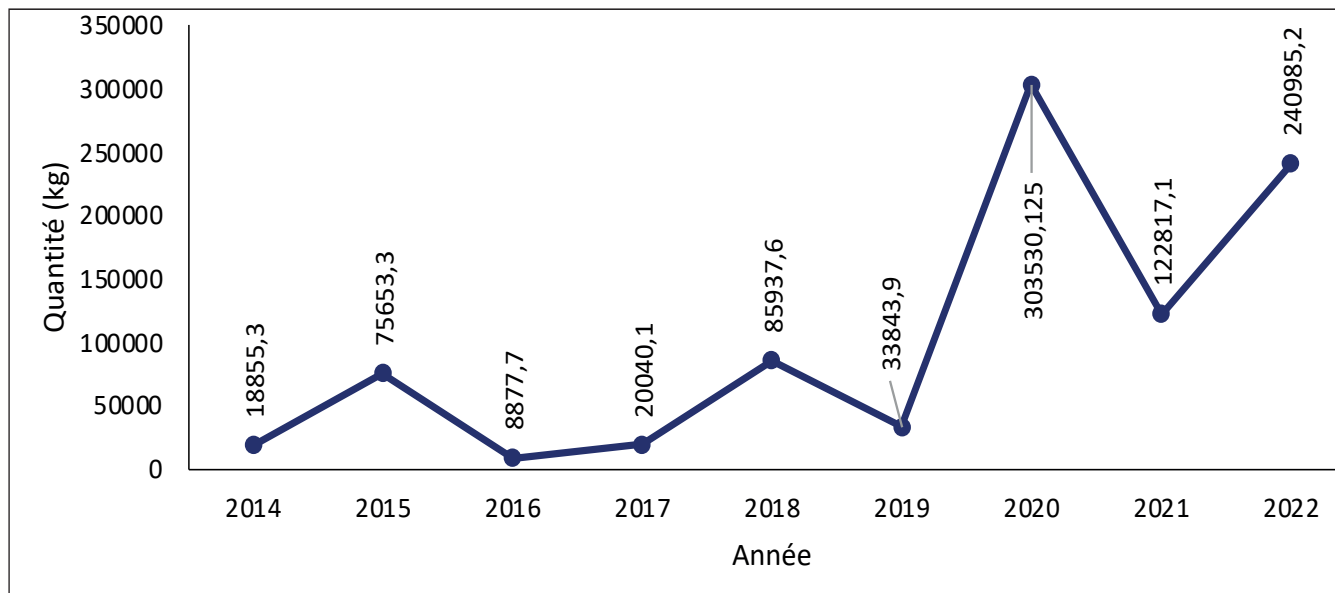
3.3.1.1 Evolution des quantités de drogues saisies entre 2014 et 2022

Plus de 910 540 kg de drogues illicites ont été saisies entre 2014 et 2022. Globalement, la quantité de drogues saisie a connu une forte augmentation sur la période. En effet, elle est passée de 18 855,3 kg en 2014 à 240 985,2 kg en 2022. La plus grande quantité a été saisie en 2020 avec 303 530,1 kg (Graphique 3. 18).

³⁸ DGEP (2023), Rapport national 2023 sur l'état de la population au Burkina Faso, 106p

³⁹ CEDEAO (2019), rapport du réseau Ouest-Africain d'épidémiologie sur la consommation de drogues (WENDU) ; statistiques et tendances en matière de consommation et d'offre de drogues illicites (2018-2019), 126p

⁴⁰ Compaoré C. E. et Guissou P. (2007), Les drogues et leurs effets au Burkina Faso, 9p

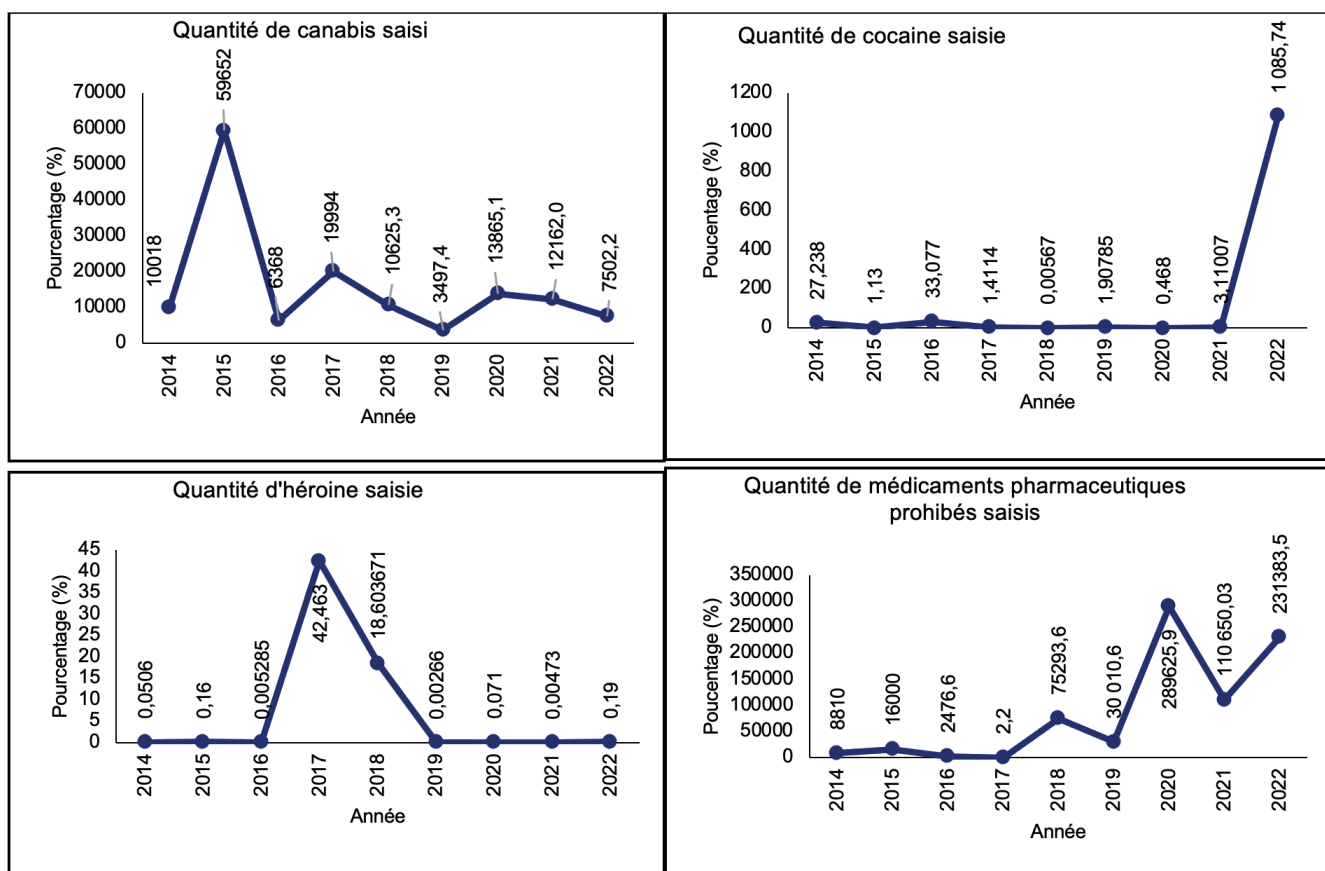


Source : Construit à partir des données du SP/CNLD

Graphique 3. 18: Evolution de la quantité totale de drogues (kg) saisies au Burkina Faso

3.2.3.2 Types de drogues saisis entre 2014 et 2022

La quantité de drogues saisies entre 2014 et 2022 était composée principalement de médicaments pharmaceutiques prohibés (764 252,4 kg), de cannabis (143 684 kg), de cocaïne (1 154,1 kg), de tramadol (878,1 kg) et de khat (334 kg) (Graphique 3. 19).



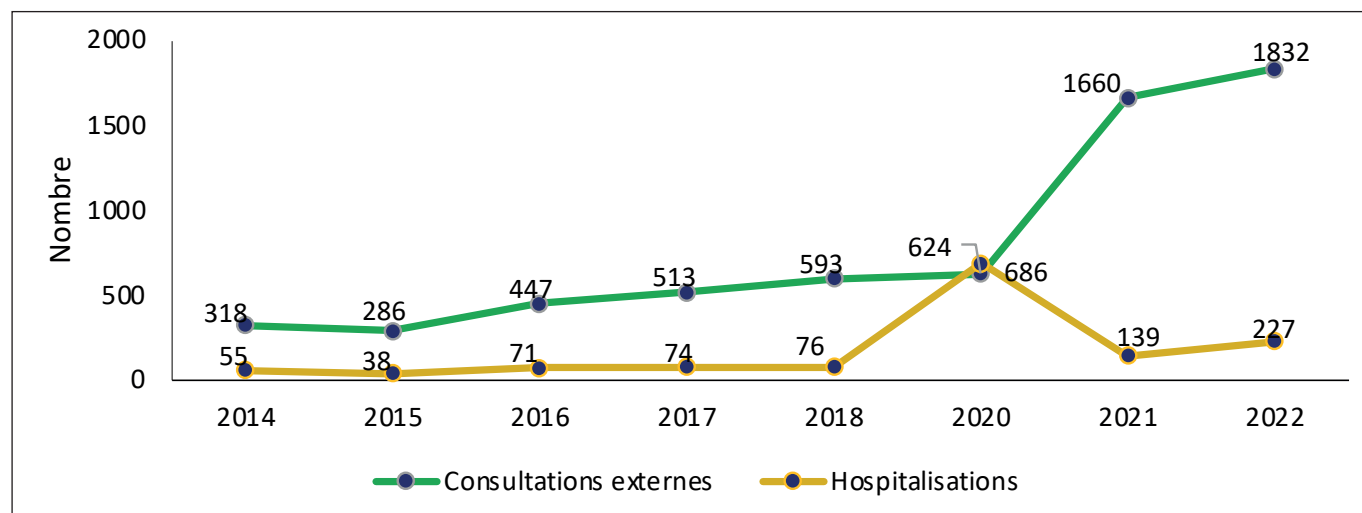
Source : Construit à partir des données du SP/CNLD

Graphique 3. 19: Evolution de la quantité de cannabis, de cocaïne, d'héroïne et de médicaments pharmaceutiques prohibés saisis de 2014 à 2022

3.3.2 Ampleur et tendance des troubles mentaux liés à la consommation de la drogue

3.3.2.1 Evolution du nombre de cas de troubles mentaux liés à la consommation de la drogue

Entre 2014 et 2022, le nombre de consultations externes dues à des troubles mentaux liés à la consommation de drogue a connu une augmentation progressive passant de 318 cas en 2014 à 1 832 cas en 2022. Quant aux hospitalisations, le même constat était observé entre 2014 et 2022 avec un pic de 686 en 2020. Ainsi, sur cette période, le nombre total de cas de consultations externes et d'hospitalisations dues à des troubles mentaux liés à la consommation de drogue s'élève à 6 273 et 1 366 respectivement (Graphique 3. 20).



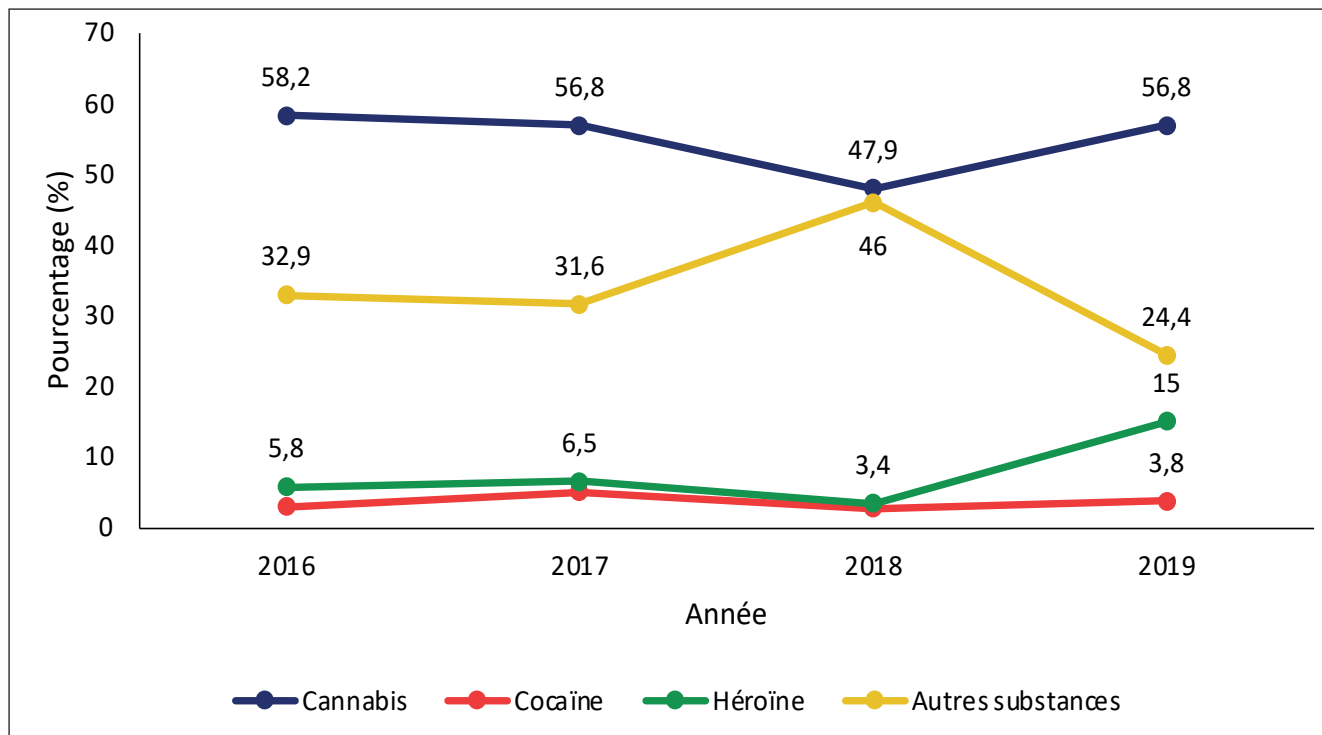
Source : MSHP, annuaires statistiques 2014- 2023

Graphique 3. 20: Evolution des consultations externes et des hospitalisations liées à la consommation de la drogue de 2014 à 2022

3.3.2.2 Principales drogues consommées chez les personnes en traitement de dépendance

En se référant aux données du Réseau Ouest-Africain d'épidémiologie sur la consommation de drogues (WENDU), il ressort que le cannabis était la principale cause des troubles liés à la consommation de drogue au Burkina Faso⁴¹. En effet, le rapport dudit réseau avait montré que sur la période allant de 2016 à 2019, le cannabis était la cause des troubles mentaux de plus de 47% des patients en traitement pour faits de drogues (Graphique 3. 21).

⁴¹ CEDEAO (2019), rapport du réseau Ouest-Africain d'épidémiologie sur la consommation de drogues (WENDU) ; statistiques et tendances en matière de consommation et d'offre de drogues illicites (2018-2019), 126p



Source : CEDEAO (2019)

Graphique 3. 21: Principale drogue consommée chez les personnes en traitement de la dépendance aux drogues au Burkina Faso (2016 - 2019)

3.4 Nutrition

Les problèmes nutritionnels sont complexes par leurs étiologies. Il existe de nombreuses maladies de carence. Une meilleure connaissance de ces problèmes nutritionnels permet de mieux les prévenir et les guérir. La nutrition est analysée essentiellement à partir de la consommation des fruits et légumes, la malnutrition, la sédentarité et l'activité physique. Cette analyse est faite en tenant compte des groupes spécifiques comme les femmes et les enfants.

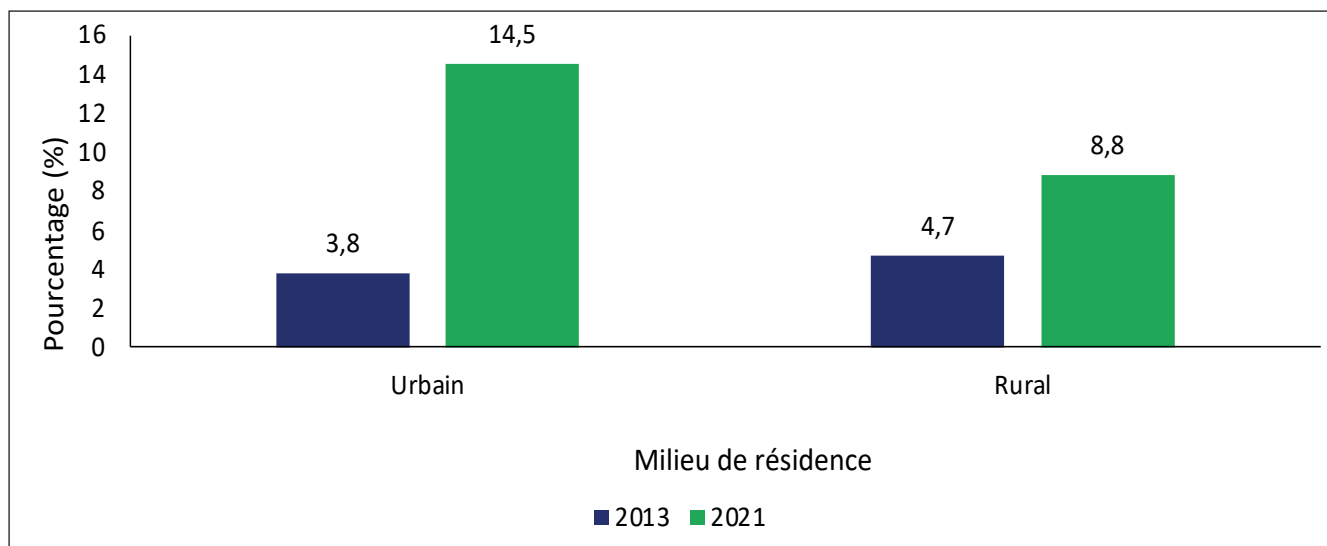
3.4.1 Consommation de fruits et légumes

Les fruits et les légumes sont indispensables au développement et au fonctionnement de l'organisme du fait de leur rôle de catalyseurs. Ils apportent à l'organisme l'essentiel des vitamines et des minéraux qui contribuent à la protection contre la plupart des maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, maladies respiratoires chroniques etc.). En 2017, selon une méta-analyse de Aune et al., la consommation de 200 g de fruits et légumes par jour diminue de 8% le risque de maladie cardiovasculaire et celui de maladie coronarienne, de 16% celui d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de 3% celui du cancer⁴².

3.4.1.1 Tendances nationale de la consommation de fruits et légumes selon le milieu de résidence

La consommation de fruits et légumes était en augmentation entre 2013 et 2021 quel que soit le milieu de résidence (Graphique 3. 22).

⁴² Dagfinn Aune, Edward Giovannucci, Paolo Boffetta et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies, *Int J Epidemiol.* 2017 Jun 1;46(3):1029-1056. doi: 10.1093/ije/dyw319.

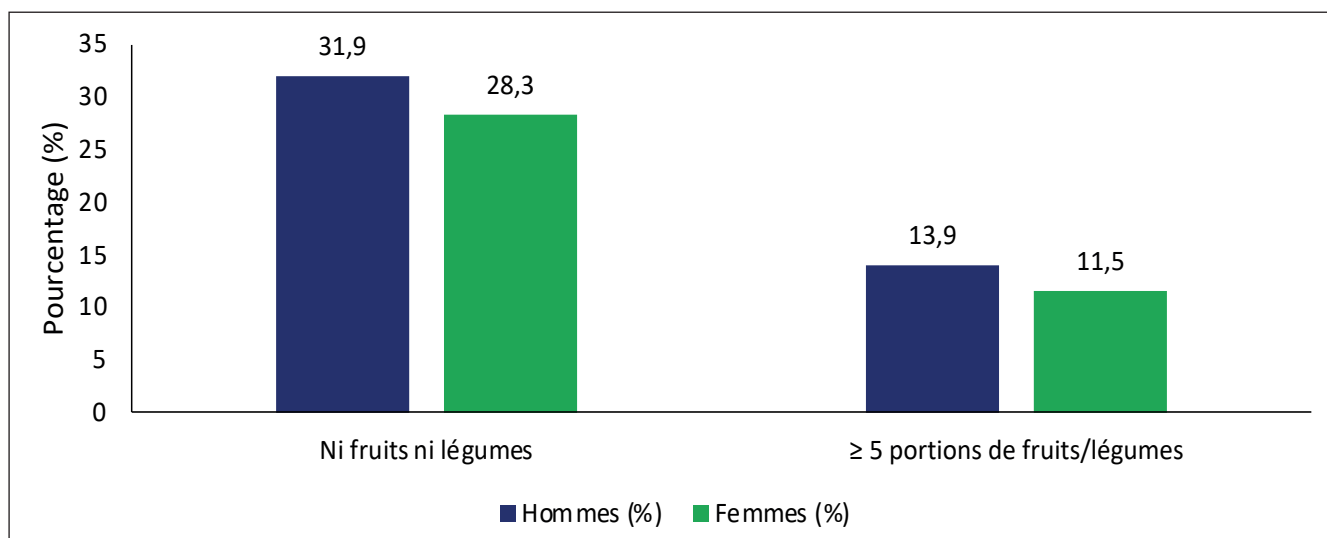


Source : MSHP, Enquête STEPs 2013 et 2021

Graphique 3. 22: Evolution de la consommation de fruits et légumes selon le milieu de résidence entre 2013 et 2021

3.4.1.2 Consommation de fruits et légumes selon le sexe

La proportion des personnes qui ne consommaient ni fruits ni légumes était de 31,9% chez les hommes et 28,3% chez les femmes. Les hommes qui consommaient au moins 5 portions de fruits et/ou légumes représentaient 13,9% de l'ensemble des hommes alors qu'elle était de 11,5% chez les femmes (Graphique 3. 23).



Source : MSHP, Enquête STEPs 2021

Graphique 3. 23: Proportion de la consommation journalière de portions de fruits et/ou de légumes selon le sexe en 2021

3.4.2 Malnutrition

Selon l'OMS, la malnutrition se caractérise par un « état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou de plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques »⁴³.

⁴³ USAID, Glossaire des Terminologies Utilisées dans le Contexte des Interventions Multisectorielles de Nutrition, juin 2022

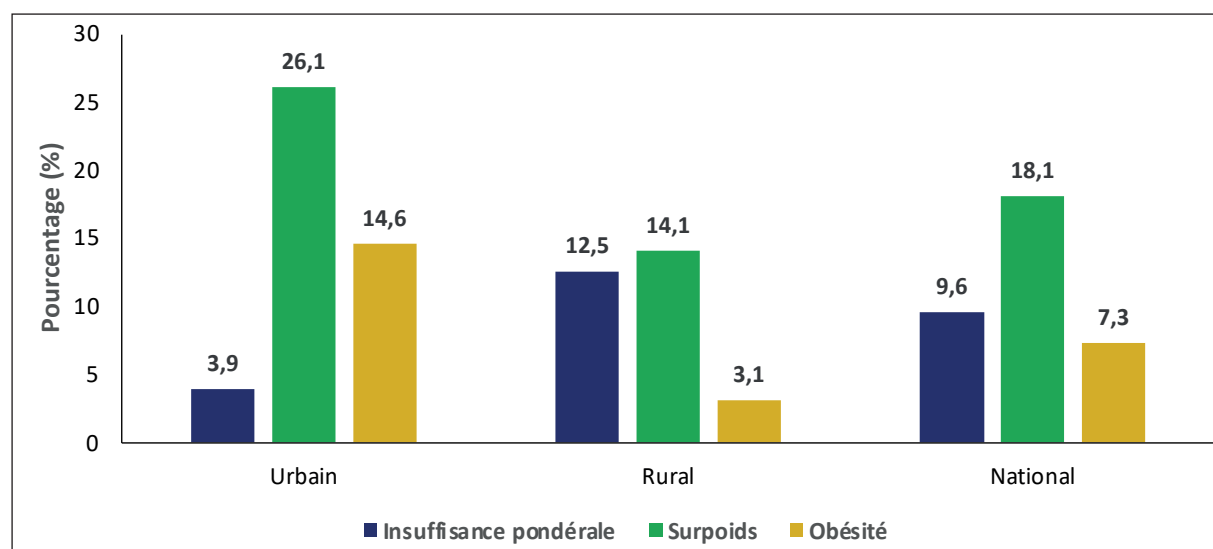
L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. Pendant la grossesse, une alimentation ne comportant pas suffisamment de micronutriments clés (l'iode, le fer, les folates, le calcium, le zinc) peut provoquer une anémie, une prééclampsie, ou une hémorragie et entraîner le décès de la mère. En outre, ces carences sont parfois la cause de mortinaissances, d'une insuffisance pondérale à la naissance, d'une émaciation et de retards de développement pour les enfants^{44,45}.

3.4.2.1 Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans

3.4.2.1.1 Etat nutritionnel selon le milieu de résidence

Au niveau national, les prévalences de l'obésité, du surpoids et de l'insuffisance pondérale étaient respectivement de 18,1%, de 7,3% et de 9,6% en 2021.

L'insuffisance pondérale ou maigreur était plus élevée en milieu rural avec une prévalence de 12,5% contre 3,9% en milieu urbain. Par contre, le surpoids et l'obésité étaient plus élevés en milieu urbain avec des prévalences respectives de 26,1% et 14,6%, contre 14,1% et 3,1% en milieu rural (Graphique 3. 24).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 24: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le milieu de résidence en 2021

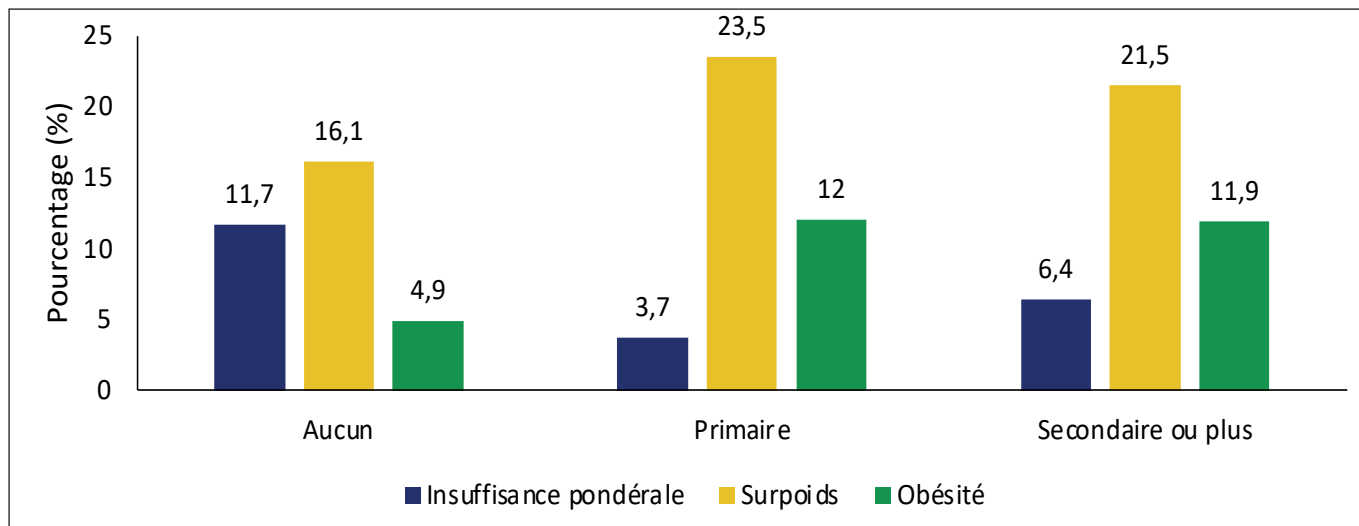
3.4.2.1.2 Etat nutritionnel selon le niveau d'instruction

La proportion des femmes ayant une insuffisance pondérale ou maigreur était plus élevée (11,7%) chez celles ayant aucun niveau d'instruction.

L'obésité était deux fois plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction primaire (12,0%) et chez celles ayant le niveau secondaire ou plus (11,9%), que chez celles sans niveau d'instruction (4,9%) (Graphique 3. 25).

44 <https://www.unicef.org/fr/nutrition/nutrition-maternelle>

45 <https://www.fao.org/4/w0073f/w0073f07.htm#TopOfPage>

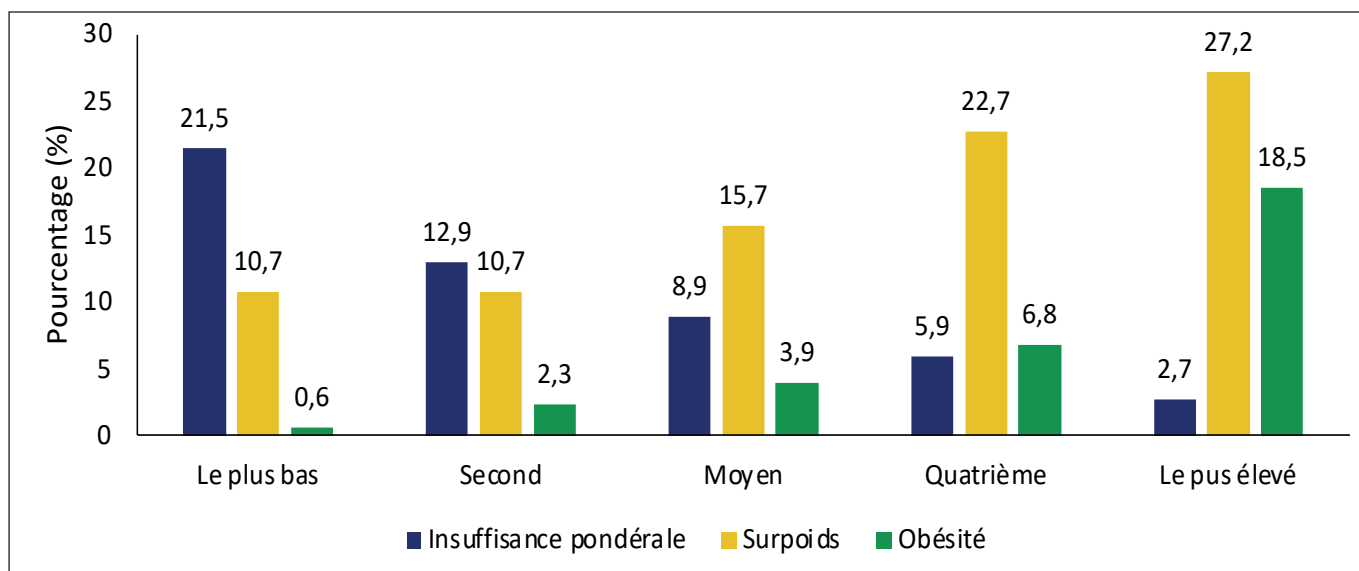


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 25: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le niveau d'instruction en 2021

3.4.2.1.3 Etat nutritionnel selon le quintile de bien-être économique

En 2021, du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé, les pourcentages de femmes maigres diminuaient continuellement passant de 21,5% (le plus bas) à 2,7% (le plus élevé). Par contre la tendance était inversée pour le surpoids et l'obésité. En effet, la proportion des femmes présentant un surpoids de même que celles en situation d'obésité augmentaient au fur et à mesure que le quintile de bien-être s'améliorait, passant de 10,7% (le plus bas) à 27,2% (le plus élevé) pour le surpoids et de 0,6% (le plus bas) à 18,5% (le plus élevé) pour l'obésité (Graphique 3. 26).

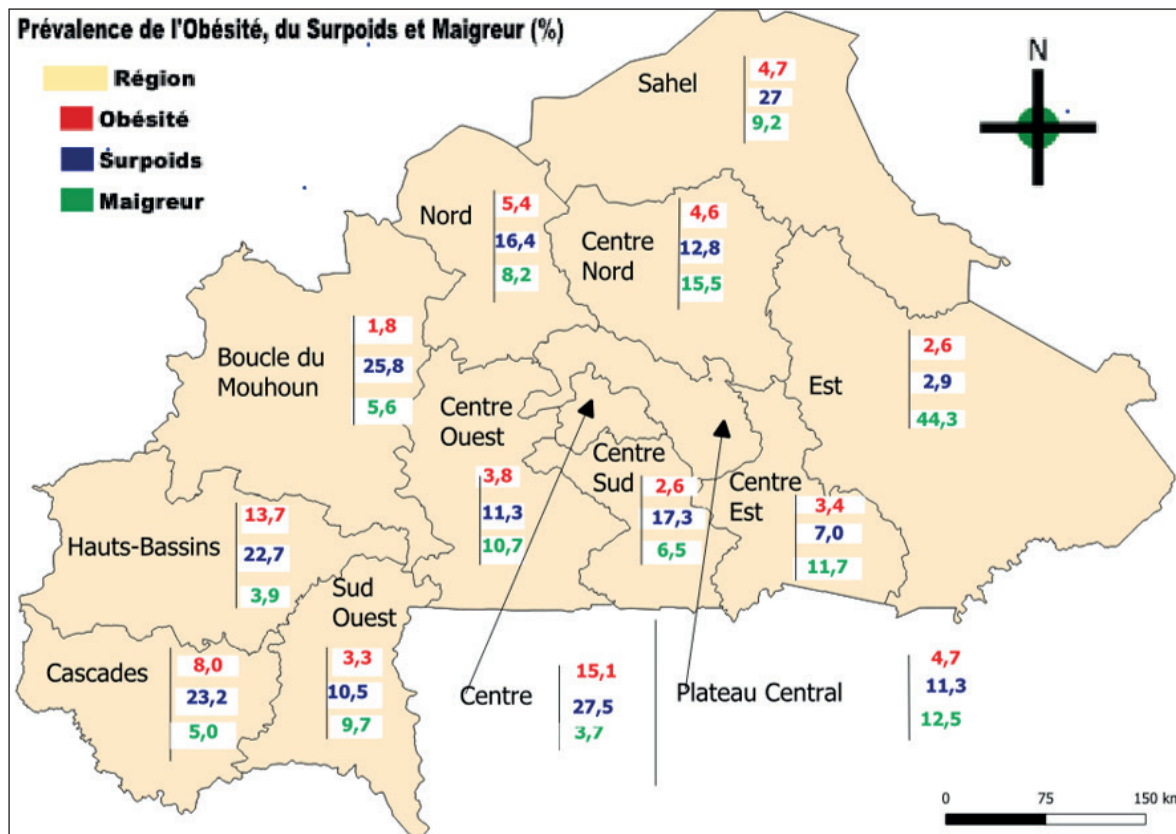


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 26: Etat nutritionnel des femmes âgées de 20-49 ans selon le quintile de bien-être économique en 2021

3.4.2.1.4 Etat nutritionnel des femmes selon la région en 2021

La prévalence du surpoids et celle de l'obésité étaient plus élevées dans la région du Centre, avec respectivement 27,5% et 15,1%. Quant à l'insuffisance pondérale (maigreur), c'est la région de l'Est qui enregistrait la prévalence la plus élevée avec 44,3% en 2021 (Carte 3. 1).



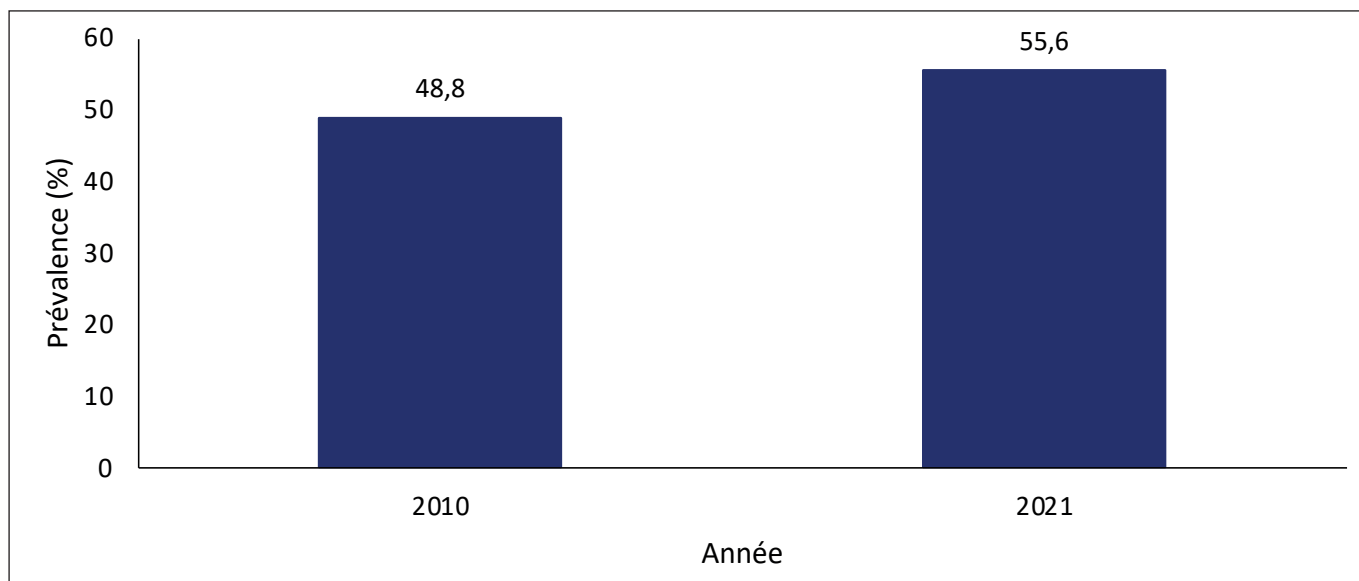
Source : INSD, EDS 2021

Carte 3. 1 : Prévalence de l'obésité du surpoids et de l'insuffisance pondérales chez les femmes âgées de 20-49 ans selon la région en 2021

3.4.2.2 Anémie chez la femme

3.4.2.2.1 Tendances de la prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans

La prévalence de l'anémie était en hausse entre 2010 et 2021, passant de 48,8% à 55,6% (Graphique 3. 27).



Source : INSD, EDSBFIV 2010-2021

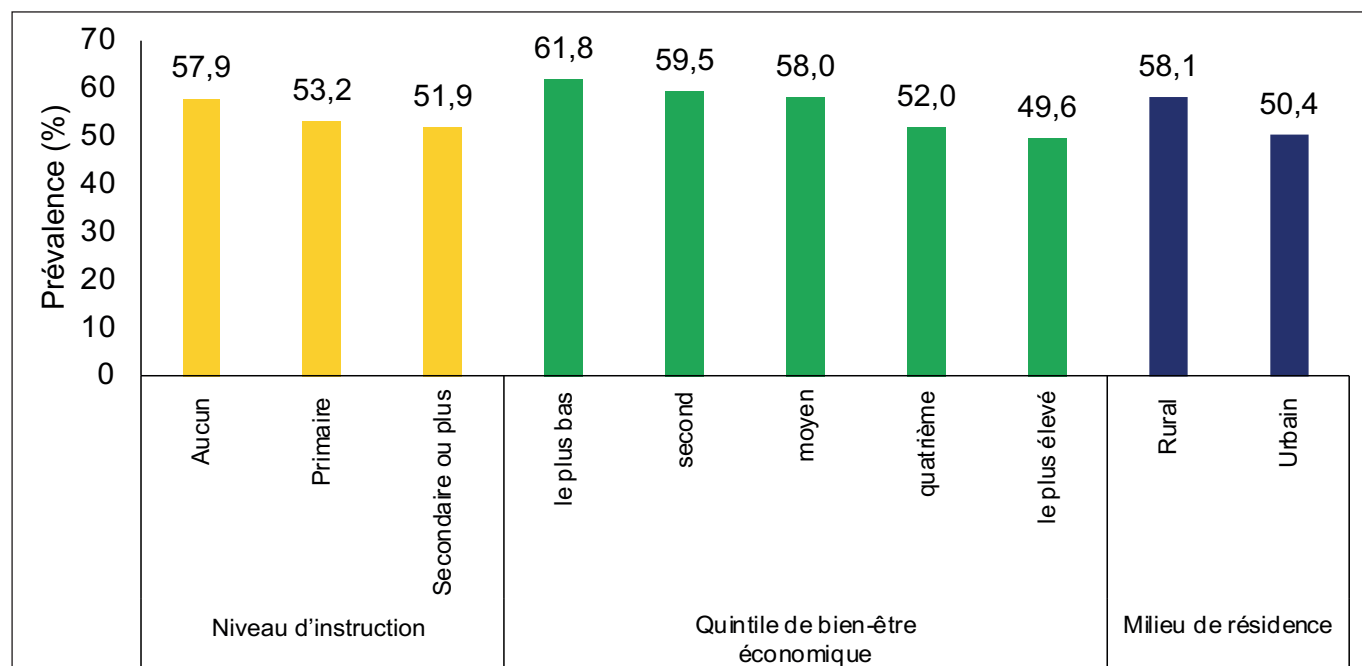
Graphique 3. 27: Evolution de la prévalence de l'anémie de 2010 à 2021

3.4.2.2.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

La prévalence de l'anémie était plus élevée en milieu rural (58,1%) qu'en milieu urbain (50,4%).

En considérant le quintile de bien-être économique, elle était plus élevée chez les femmes vivant dans les ménages du quintile le plus bas (61,8%), suivi de celles vivant dans les ménages du second quintile (59,5%).

Suivant le niveau d'instruction, elle était plus élevée chez les femmes ayant aucun niveau d'instruction (57,9%) et plus faible chez celles ayant le niveau secondaire ou plus (51,9%) (Graphique 3. 28).



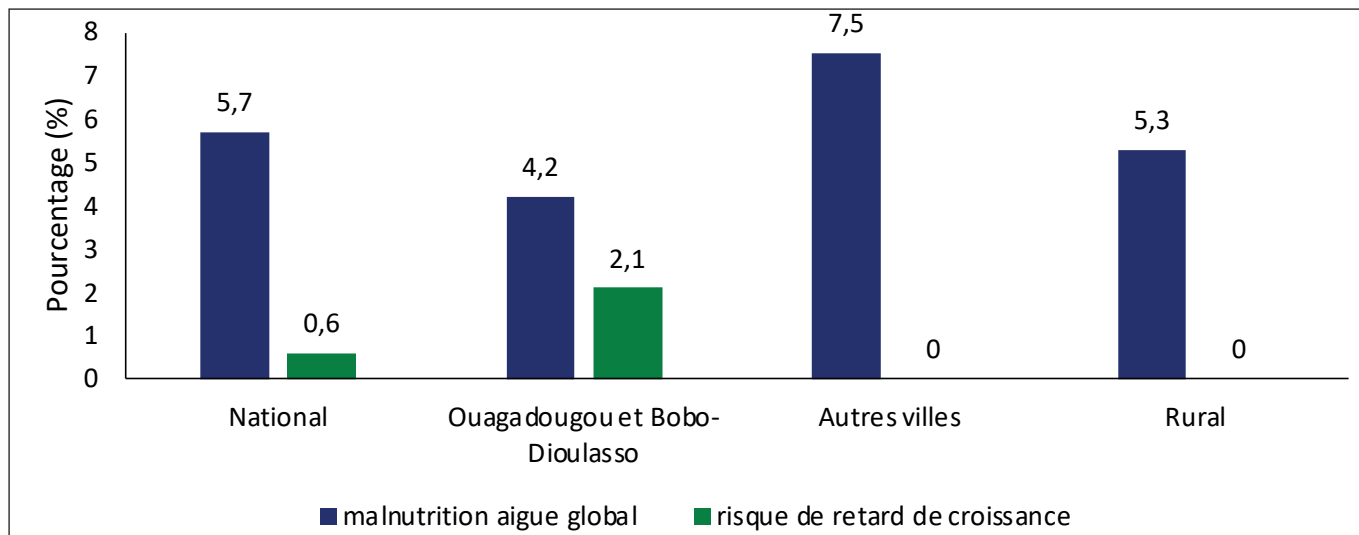
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 28: Prévalence de l'anémie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.4.2.3 Etat nutritionnel de la femme enceinte

3.4.2.3.1 Malnutrition aiguë et risque de retard de croissance chez les femmes enceintes de 15-49 ans

La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les femmes enceintes de 15-49 ans était de 5,7% au niveau national en 2020. Elle était plus élevée (7,5%) dans l'ensemble des villes autres que Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Le pourcentage des femmes enceintes présentant un risque de retard de croissance pour leurs bébés était de 0,6% au plan national, mais était plus élevé (2,1%) dans les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso (Graphique 3. 29).

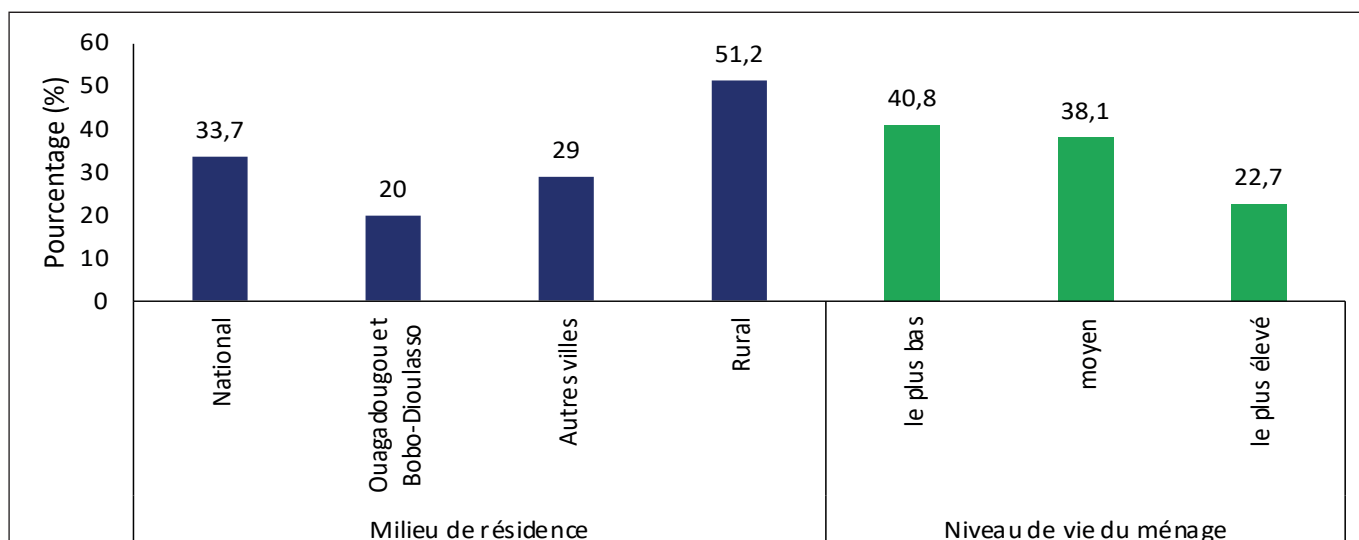


Source : MSHP, Enquête Nationale sur les micronutriments au Burkina Faso 2020

Graphique 3. 29: Prévalence de la malnutrition aiguë et risque de retard de croissance chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans selon le lieu de résidence

3.4.2.3.2 Anémie chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans selon le milieu de résidence et le niveau de vie du ménage

En 2020, chez les femmes enceintes, la prévalence de l'anémie totale était de 33,7% au plan national. Cette prévalence était plus élevée en milieu rural, avec une valeur de 51,2%. Elle était plus élevée chez les femmes enceinte vivant dans les ménages de niveaux de vie le plus bas (40,8%) et plus faible chez les femmes des ménages de niveau de vie le plus élevé (22,7%) (Graphique 3. 30).



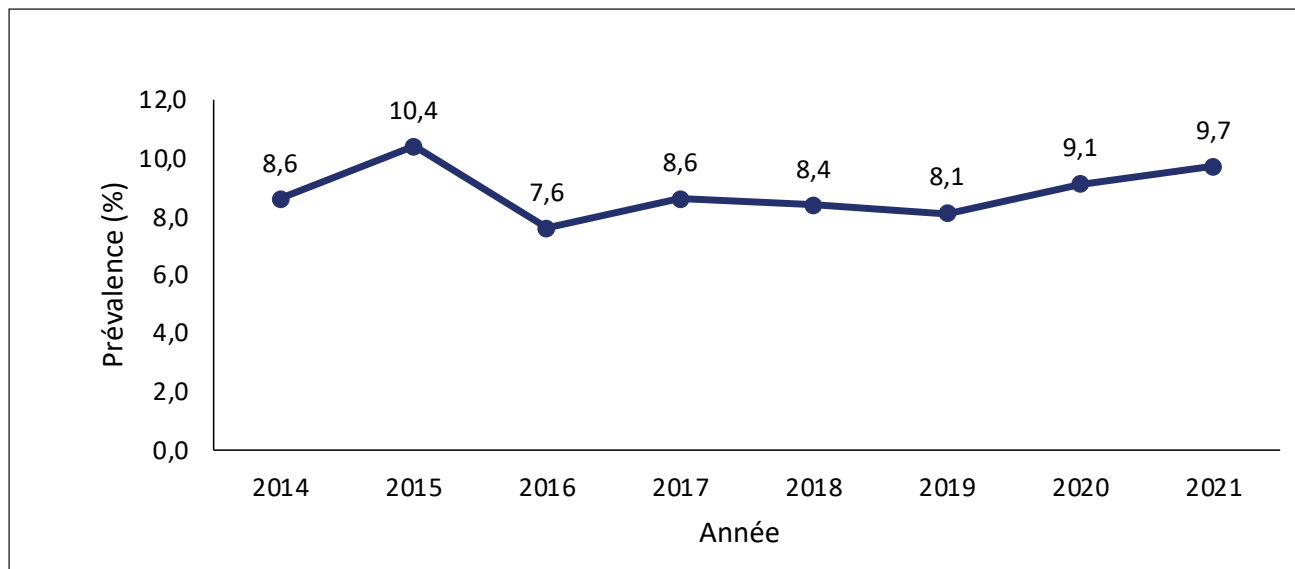
Source : MSHP, Enquête Nationale sur les micronutriments au Burkina Faso 2020

Graphique 3. 30: Prévalence de l'anémie chez la femme enceinte de 15 à 49 ans selon le lieu de résidence et le niveau de vie du ménage en 2020

3.4.2.4 Malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans

3.4.2.4.1 Evolution de la malnutrition aiguë globale de 2014 à 2021

Dans l'ensemble, la prévalence de la malnutrition aiguë globale a évolué en dents de scie entre 2014 et 2021. Les niveaux les plus élevés ont été observés en 2015 (10,4%) et en 2021 (9,7%) alors que le niveau le plus bas étaient enregistrés en 2016 (7,6%). (Graphique 3. 31).

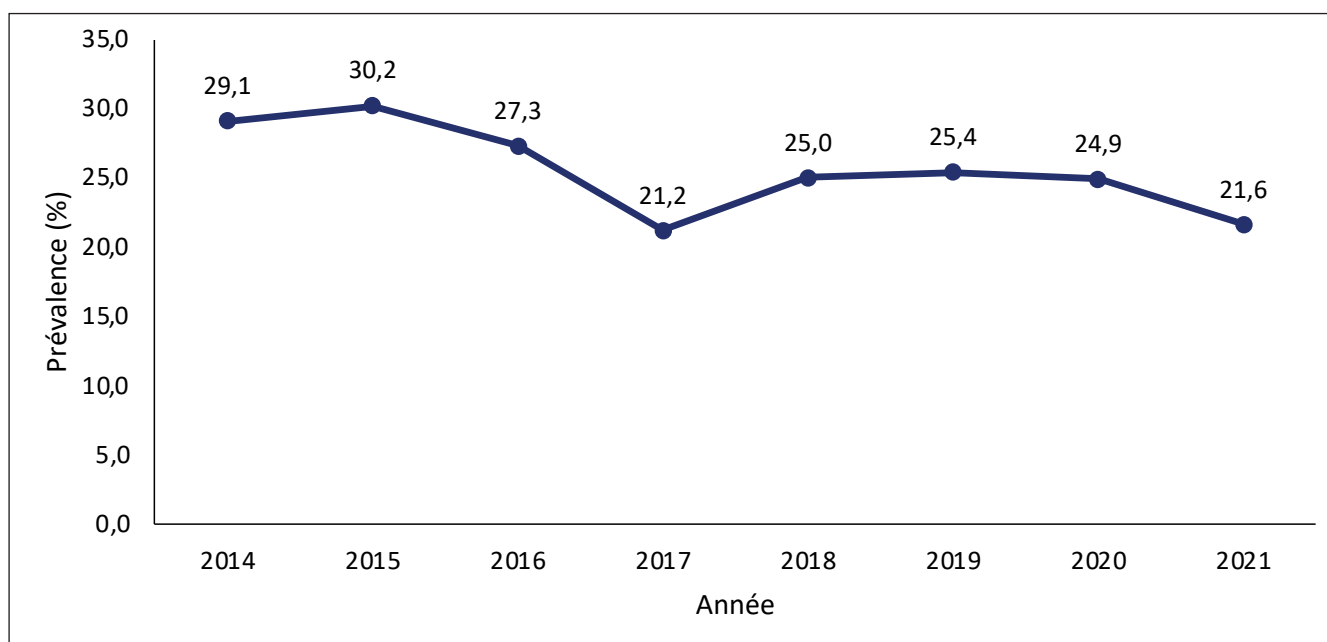


Source : MSHP, Rapport d'enquête nutritionnelle nationale de 2014 à 2021

Graphique 3. 31: Evolution de la prévalence de la malnutrition aiguë chez l'enfant de moins 5 ans entre 2014 et 2021

3.4.2.4.2 Evolution de la malnutrition chronique de 2014 à 2021

La tendance de la malnutrition chronique était globalement en baisse, passant de 29,1% en 2014 à 21,6% en 2021. Le niveau le plus élevé a été enregistré en 2015 (30,2%) et le plus faible en 2017 (21,2%) (Graphique 3. 32).



NB : A partir de 2022, les enquêtes Nutritionnelles nationales n'avaient pas de données nationales du fait de l'inaccessibilité de certaines zones due à l'insécurité.

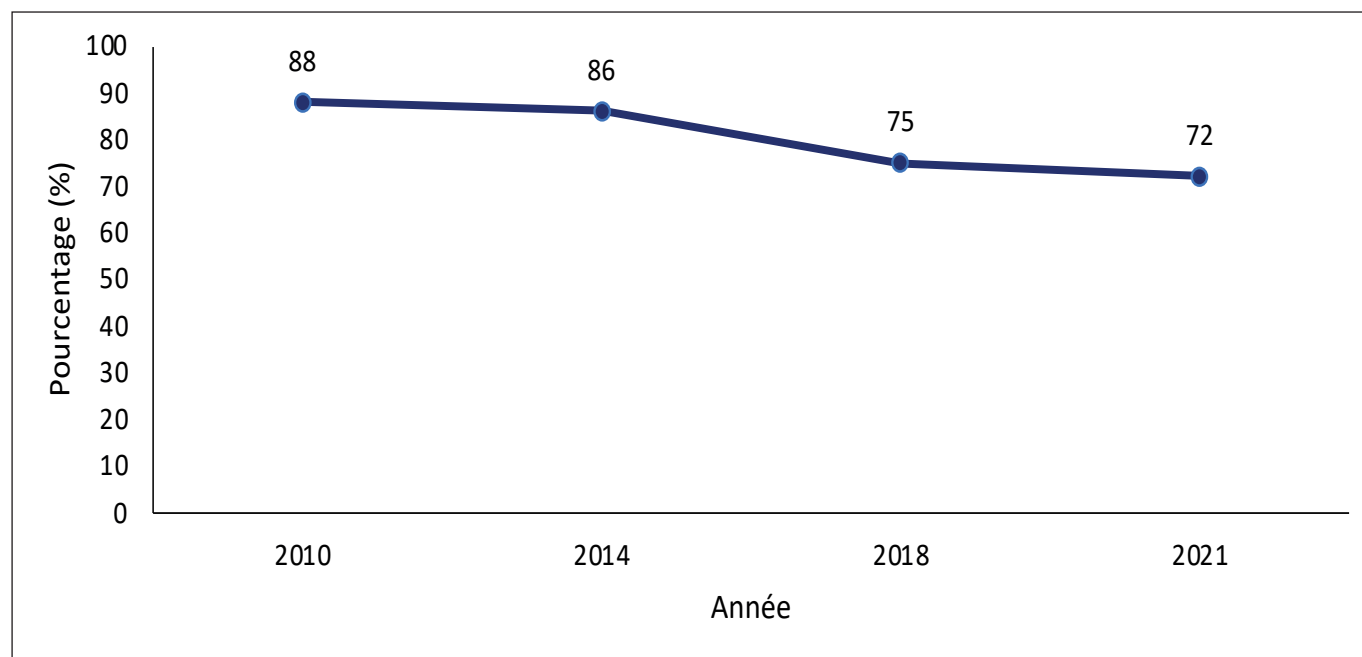
Source : MSHP, Rapport d'enquête nutritionnelle nationale de 2014 à 2021

Graphique 3. 32: Evolution de la prévalence de la malnutrition chronique entre 2014 et 2021

3.4.2.4.3 Anémie chez l'enfant de moins de 5 ans

➤ Evolution de la prévalence de l'anémie

Environ 72% des enfants de 6 à 59 mois souffraient d'anémie en 2021. Cette prévalence était en baisse par rapport à celle de 2010 qui était de 88% (Graphique 3. 33).

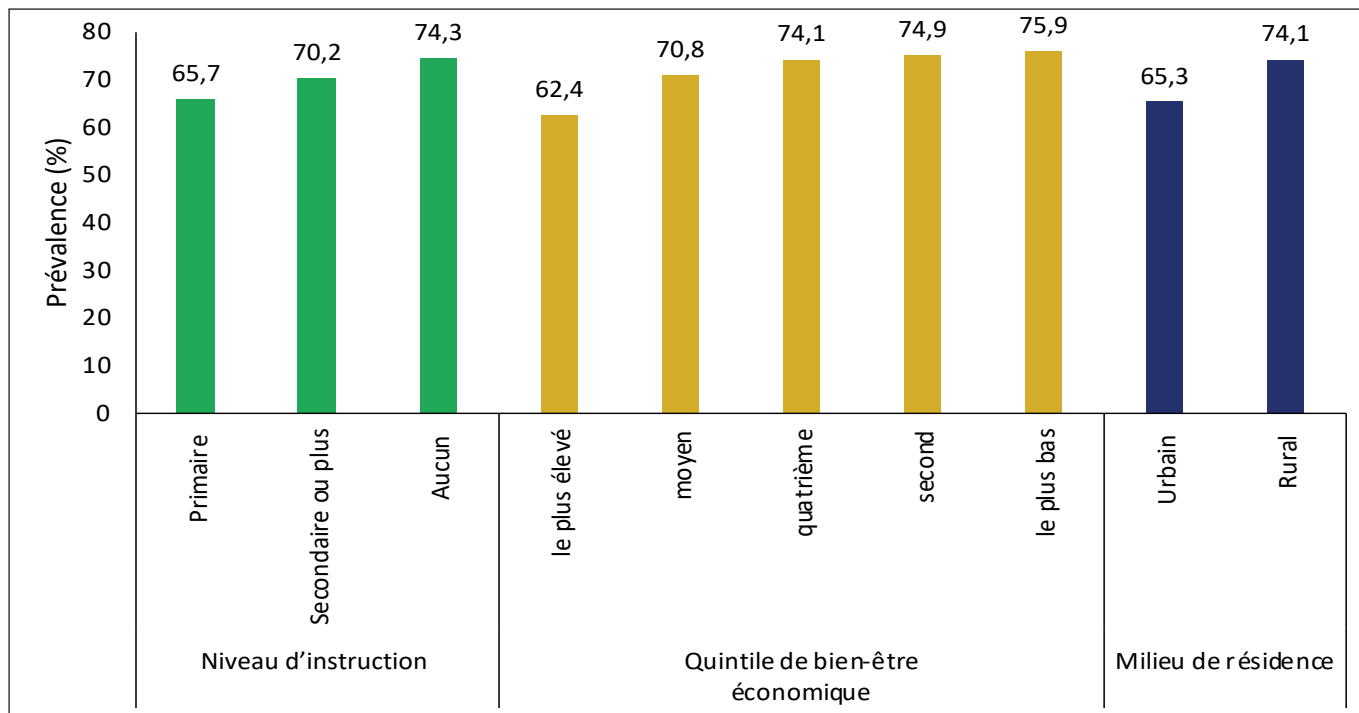


Source : INSD, EDS 2010 et 2021, EIP 2014 et 2018

Graphique 3. 33: Evolution de la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois de 2010 à 2021

➤ Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le milieu de résidence, le quintile de bien-être économique et le niveau d'instruction

L'anémie était plus élevée chez les enfants vivant en milieu rural avec une proportion de 74,1% contre une proportion de 65,3% en milieu urbain. Aussi, plus le niveau de vie du ménage de l'enfant était élevé, plus la prévalence de l'anémie était faible. On note également que la prévalence de l'anémie chez les enfants de cette tranche d'âge diminuait quand le niveau d'instruction de la mère augmentait (Graphique 3. 34).

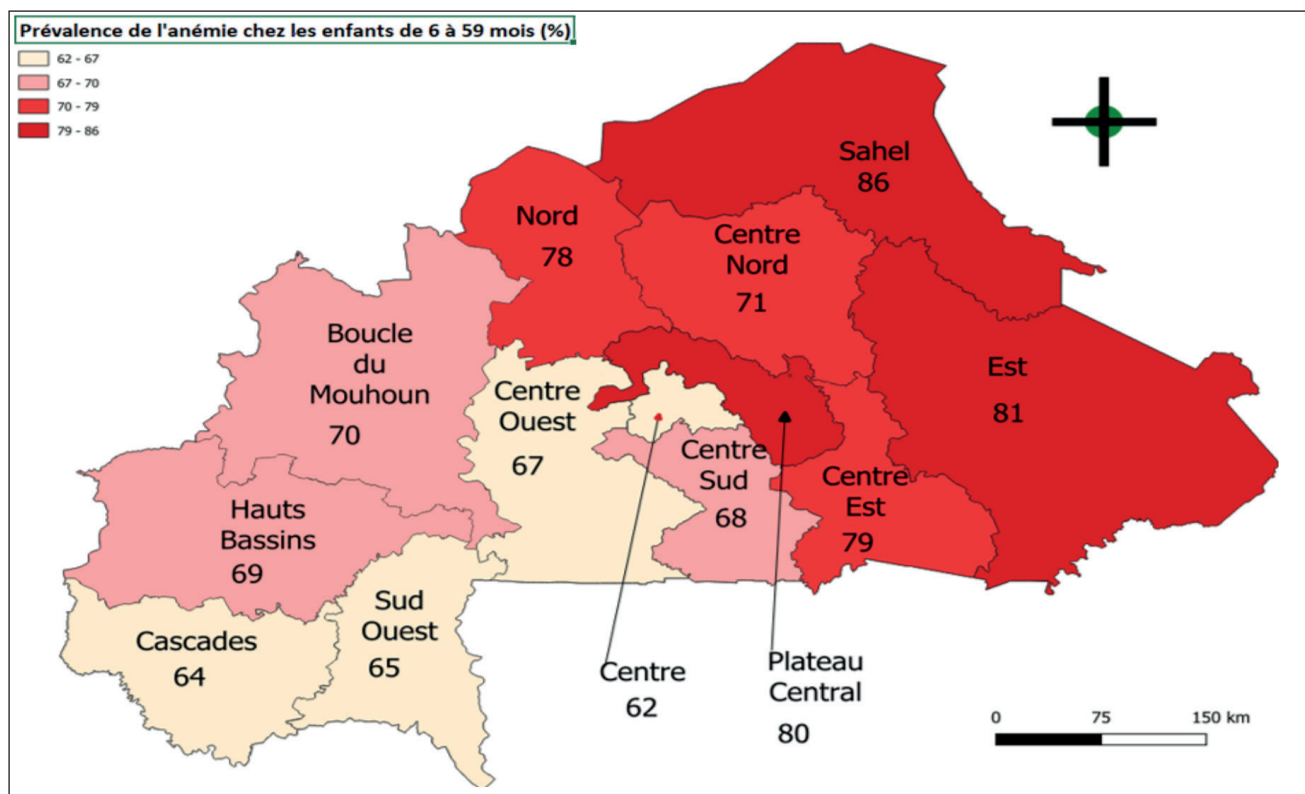


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 34: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois selon le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique et le milieu de résidence, en 2021

➤ Prévalence de l'anémie par région en 2021

La prévalence de l'anémie était plus élevée dans les régions du Sahel (86%), de l'Est (81%) et du Plateau Central (80%) (Carte 3. 2).

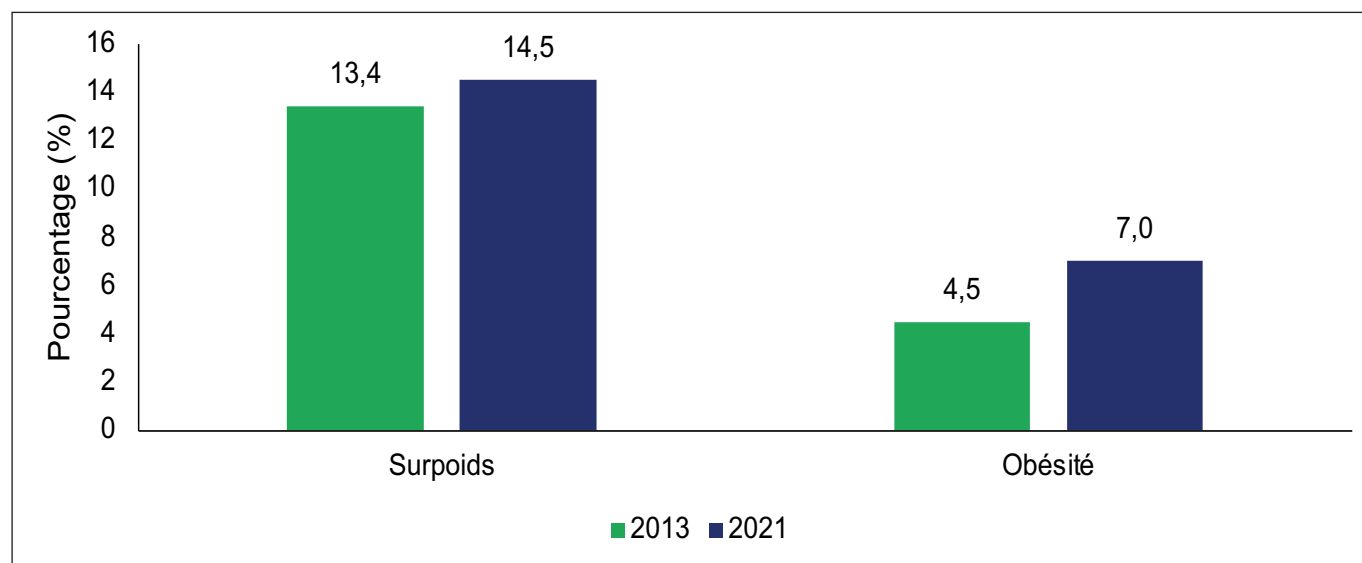


Source : INSD, EDS 2021

Carte 3. 2: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois par région en 2021

3.4.2.5 Prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent

La prévalence du surpoids a augmenté entre 2013 et 2021, passant respectivement de 13,4 % à 14,5 %. La prévalence de l'obésité était également en hausse sur la même période, passant de 4,5 % à 7 % (Graphique 3. 35).



Source : MSHP, Enquête STEPS 2013 et 2021

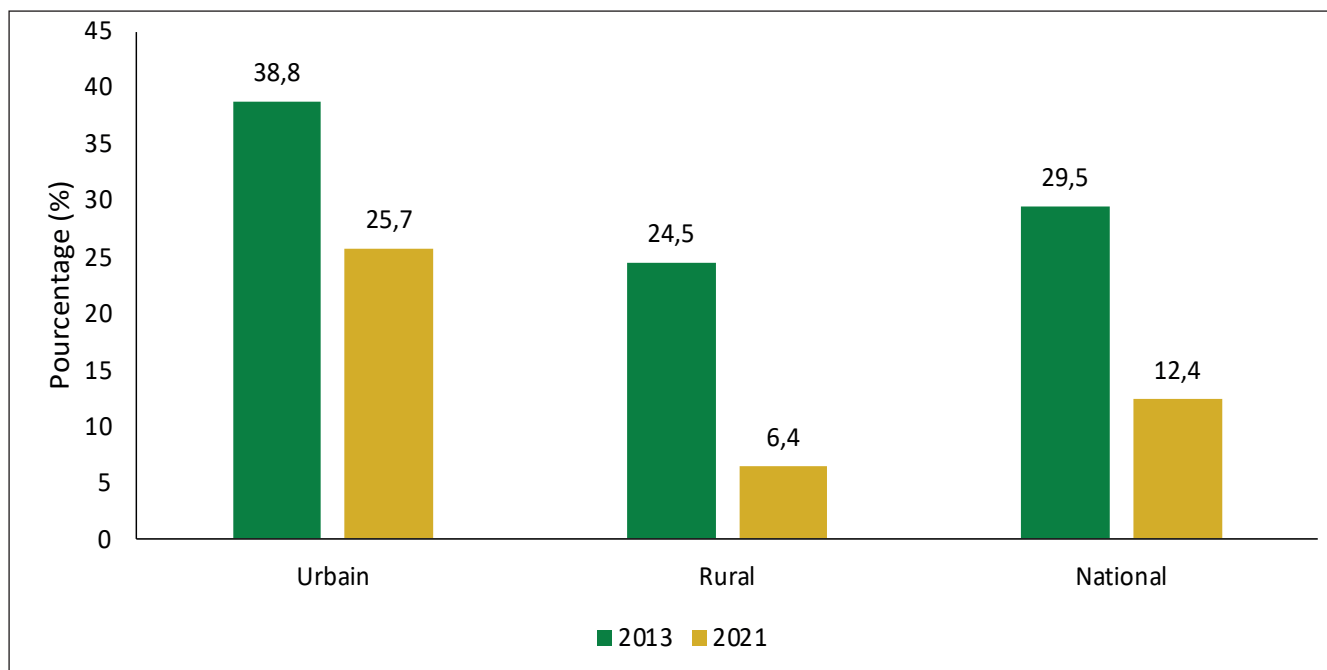
Graphique 3. 35: Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent entre 2013 et 2021

3.5 Sédentarité et activité physique

L'OMS recommande que les adultes pratiquent au moins 150 à 300 minutes d'activité aérobique d'intensité modérée par semaine (ou la durée équivalente d'activité d'intensité soutenue) et que les enfants et les adolescents pratiquent en moyenne 60 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée par jour (OMS, 2021).

3.5.1 Evolution de la prévalence de la sédentarité de 2013-2021

Pour l'ensemble du pays, la prévalence de la sédentarité était en baisse passant de 29,5% en 2013 à 12,4% en 2021. En 2021, cette prévalence de la sédentarité/inactivité était plus élevée en milieu urbain (25,7%) qu'en milieu rural (6,4%). Elle a connu une baisse significative sur la période 2013-2021 quel que soit le milieu de résidence (Graphique 3. 36).



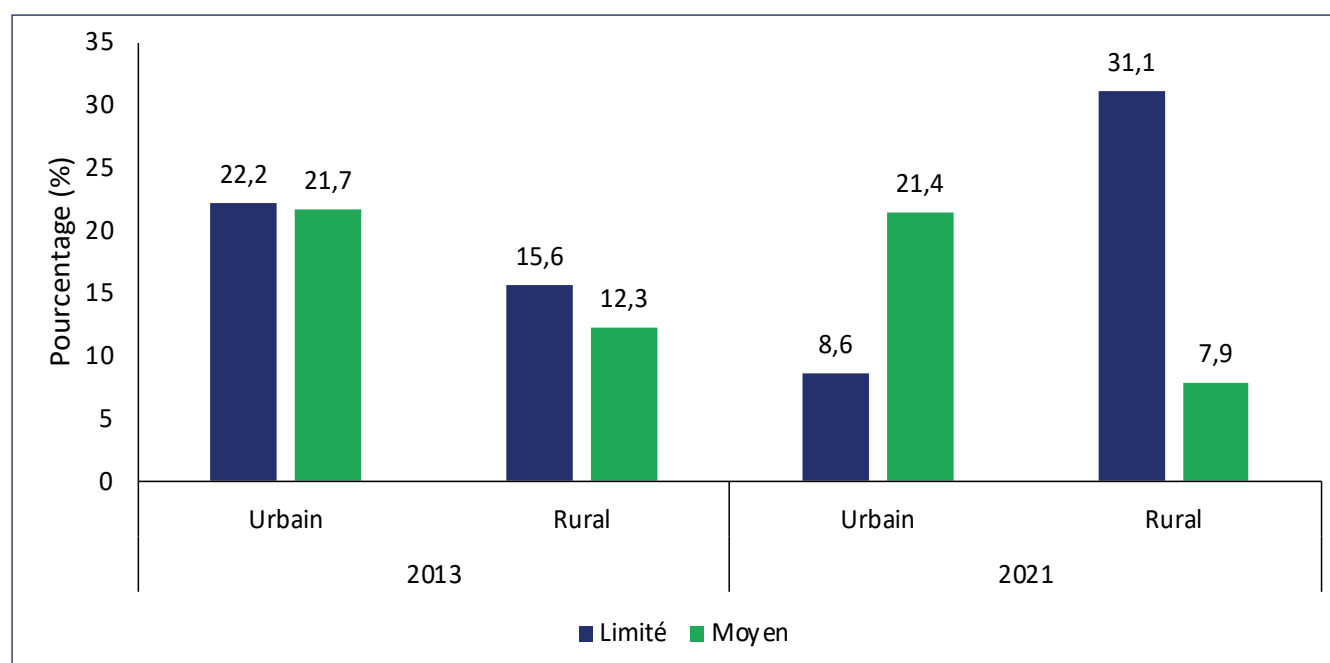
Source : MSHP, Enquête STEPS 2013, 2021

Graphique 3. 36: Evolution de la prévalence de la sédentarité selon le milieu de résidence de 2013 à 2021

3.5.2 Evolution du niveau de l'activité physique entre 2013 et 2021

Le niveau de l'activité physique limité était plus élevé en milieu urbain (22,2%) qu'en milieu rural en 2013. Par contre en 2021, il était plus élevé en milieu rural (31,1%).

Pour ce qui est du niveau de l'activité physique moyen, il était plus élevé en milieu urbain quel que soit l'année (Graphique 3. 37).



Source : MSHP, Enquête STEPs, 2021

Graphique 3. 37: Evolution du niveau d'activité physique entre 2013 et 2021 selon le milieu de résidences

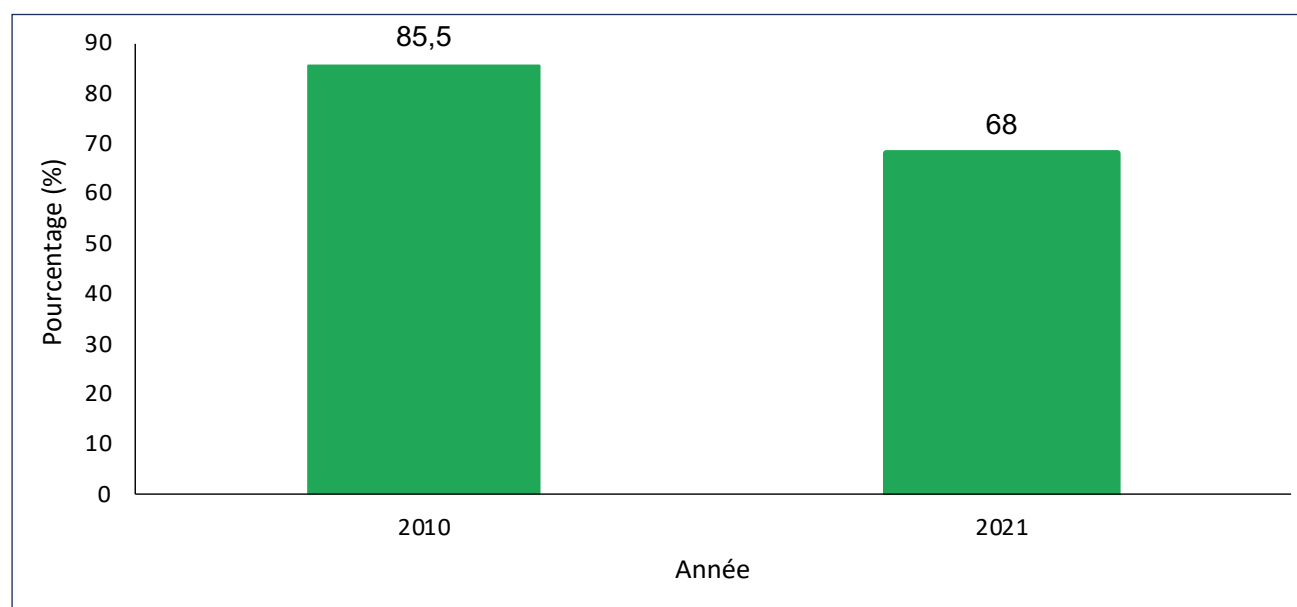
3.6 Vaccination

La vaccination joue un rôle crucial dans la prévention des maladies évitables par la vaccination et le maintien de la santé publique. C'est un outil puissant qui renforce le système immunitaire et protège les individus contre des infections potentiellement graves. Cependant, la faible couverture vaccinale chez les femmes enceintes et la proportion inquiétante d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, peuvent avoir des conséquences graves sur la santé maternelle et infantile, augmentant le risque de complications durant la grossesse et exposant le nouveau-né et les enfants à des infections évitables. Cette section présente la couverture vaccinale chez la femme enceinte et les enfants de 12 à 23 mois.

3.6.1 Couverture vaccinale chez les femmes enceintes

3.6.1.1 Evolution de la couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes

La couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes a connu une baisse entre 2010 et 2021, passant de 85,5% à 68% (Graphique 3. 38).



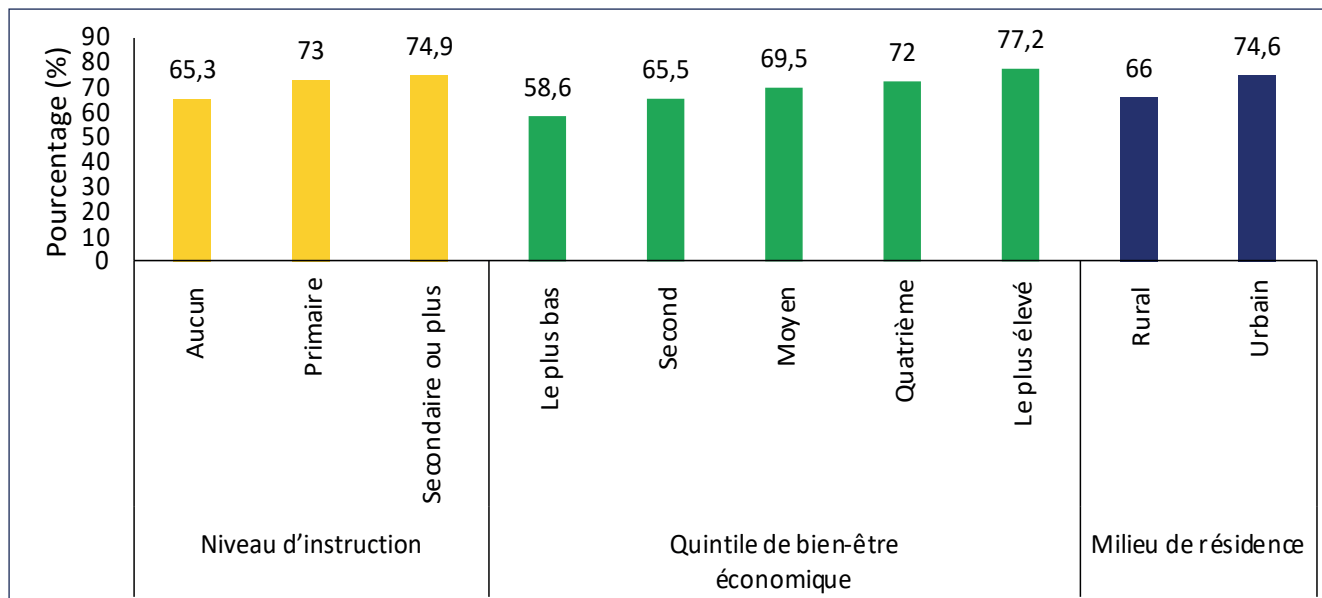
Source : INSD, EDS 2010 et 2021

Graphique 3. 38: Evolution de la couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes entre 2010 et 2021.

3.6.1.2 Couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

En milieu urbain, notamment à Ouagadougou, la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos était plus élevée, atteignant 75,6 %, tandis qu'elle était plus faible en milieu rural avec 66,0 %. En fonction du quintile de bien-être économique, la couverture était d'autant plus importante que le quintile était élevé. Ainsi, elle était de 77,2% chez les femmes des ménages du quintile le plus élevé contre 58,6% chez celles des ménages du quintile le plus bas.

Concernant le niveau d'instruction également, plus le niveau d'instruction des mères était élevé, plus la couverture du vaccin antitétanique était élevée. En effet, elle était de 74,9% (niveau secondaire et plus) contre 65,3% (aucun niveau) (Graphique 3. 39).

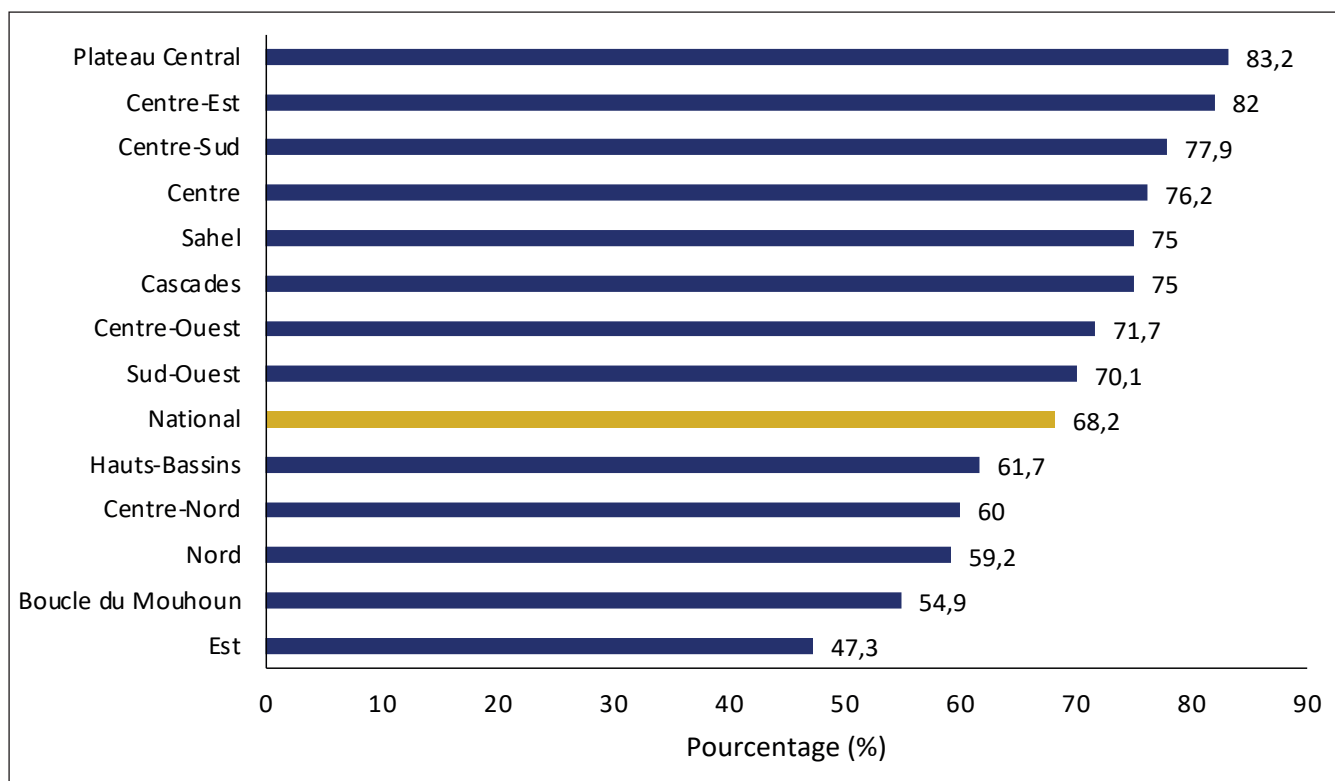


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 39: Prévalence de la couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes selon le niveau d'instruction, le quintile de bien-être économique et le milieu de résidence en 2021

3.6.1.3 Couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes par région en 2021

En 2021, la couverture nationale du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes était de 68,2 %. Les régions du Plateau Central et du Centre-Est affichaient les couvertures les plus élevées, avec respectivement 83,2 % et 82,0 % (Graphique 3. 40).



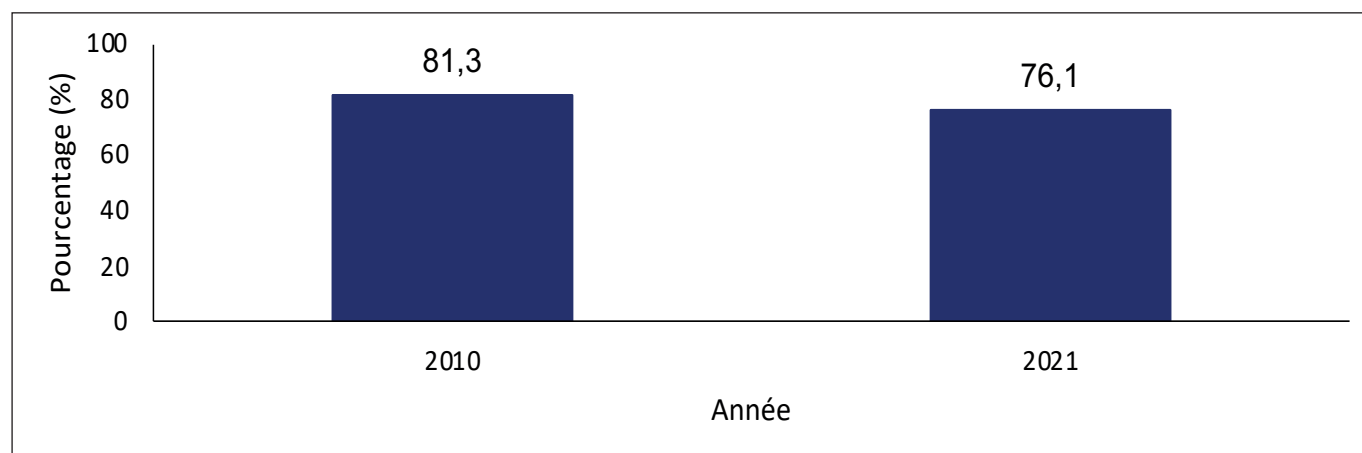
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 40: Prévalence de la couverture du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes par région en 2021

3.6.2 Couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans

3.6.2.1 Evolution de la proportion des enfants complètement vaccinés

Entre 2010 et 2021, la proportion des enfants complètement vaccinés a diminué, passant de 81,3 % à 76,1 % (Graphique 3. 41).



Source: INSD, EDS 2010 et 2021

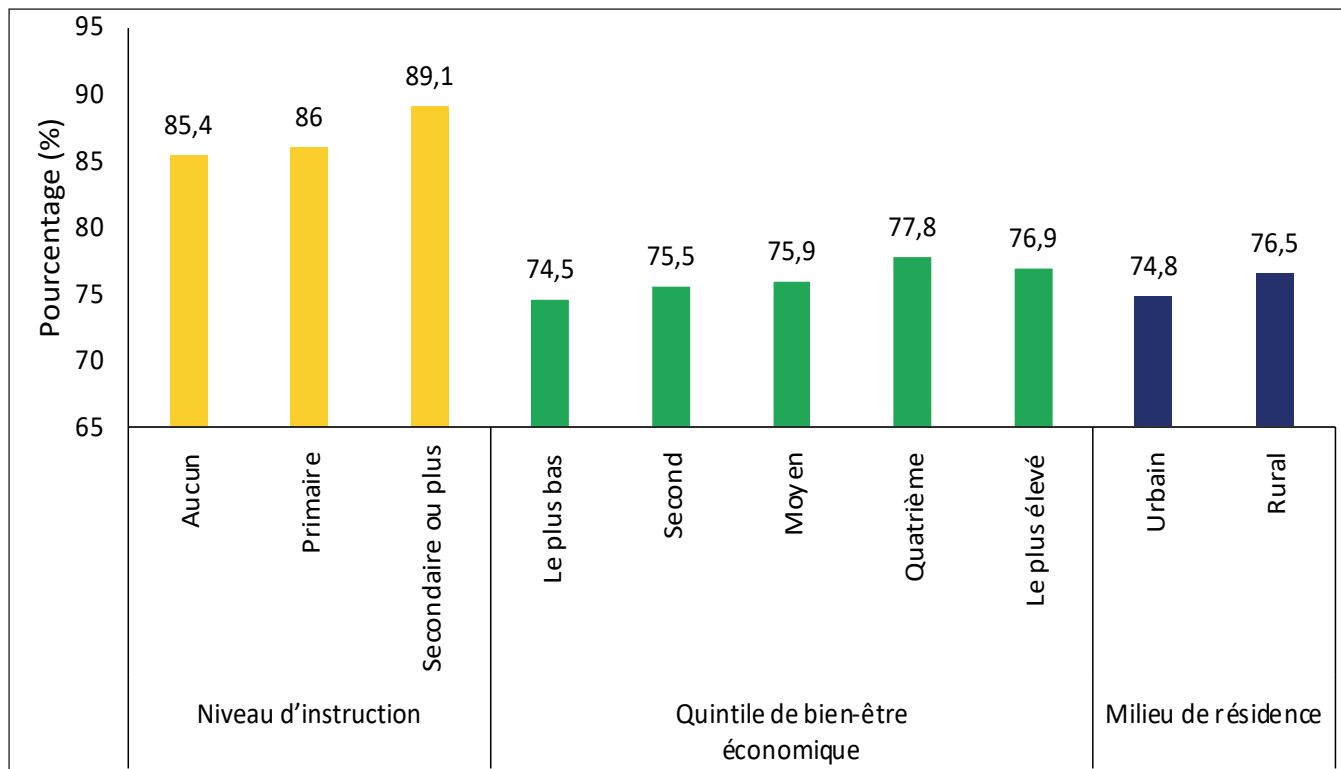
Graphique 3. 41: Evolution de la proportion des enfants complètement vaccinés entre 2010 et 2021

3.6.2.2 Proportion des enfants complètement vaccinés selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

Selon le milieu de résidence, il ressort que c'est en milieu rural que cette proportion était la plus élevée (76,5 %), tandis qu'elle était de 74,8% en milieu urbain.

En fonction du quintile de bien-être économique, les ménages du quatrième quintile présentaient la couverture la plus élevée (77,8 %), contre 74,4 % chez les ménages du quintile le plus bas.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les enfants dont les mères ont un niveau secondaire et plus, bénéficiaient d'une couverture vaccinale plus élevée (89,1 %), comparativement à ceux dont les mères ont un niveau primaire (86%) et aucun niveau (85,4%) (Graphique 3. 42).

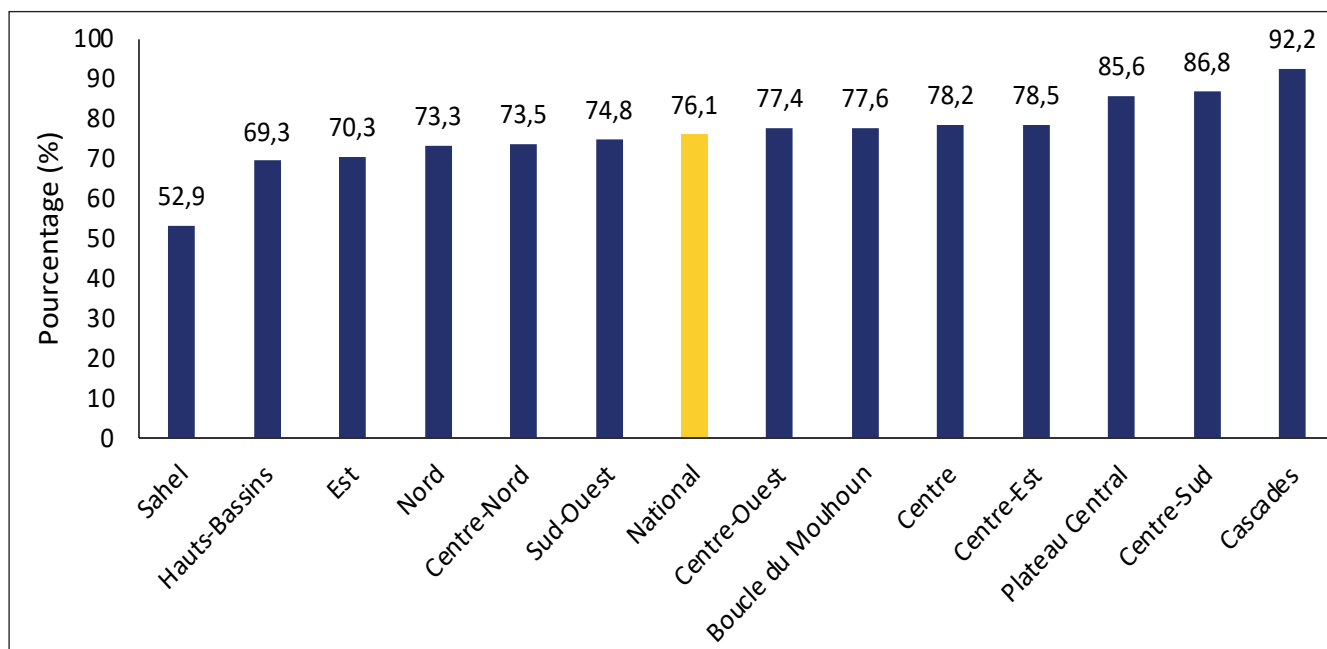


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 42: Proportion des enfants complètement vaccinés selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.6.2.3 Prévalence de la couverture des enfants complètement vaccinés par région en 2021

En 2021, la proportion des enfants complètement vaccinés était de 76,1 %. Elle était particulièrement élevée dans la région des Cascades avec 92,2 % et plus faible dans la région du Sahel avec 52,9 % (Graphique 3. 43).

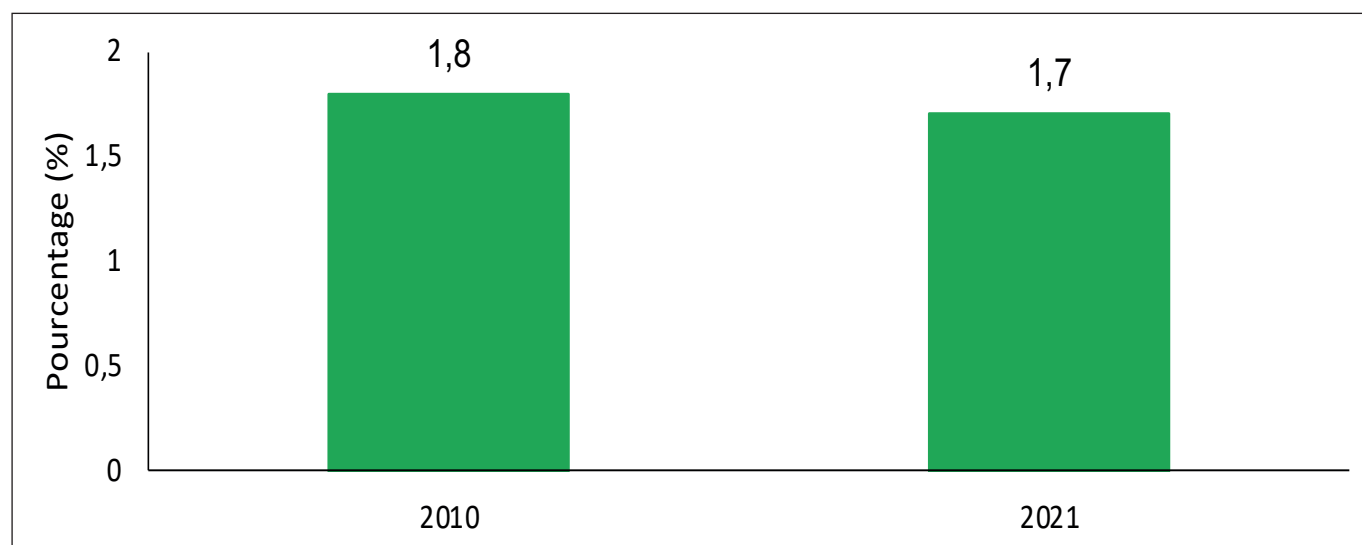


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 43: Proportion des enfants complètement vaccinés par région en 2021

3.6.2.4 Evolution de la proportion des enfants n'ayant reçu aucun vaccin

Entre 2010 et 2021, la proportion des enfants n'ayant pas reçu de vaccin a légèrement diminué, passant respectivement de 1,8 % à 1,7 % (Graphique 3. 44).



Source : INSD, EDS 2010 et 2021

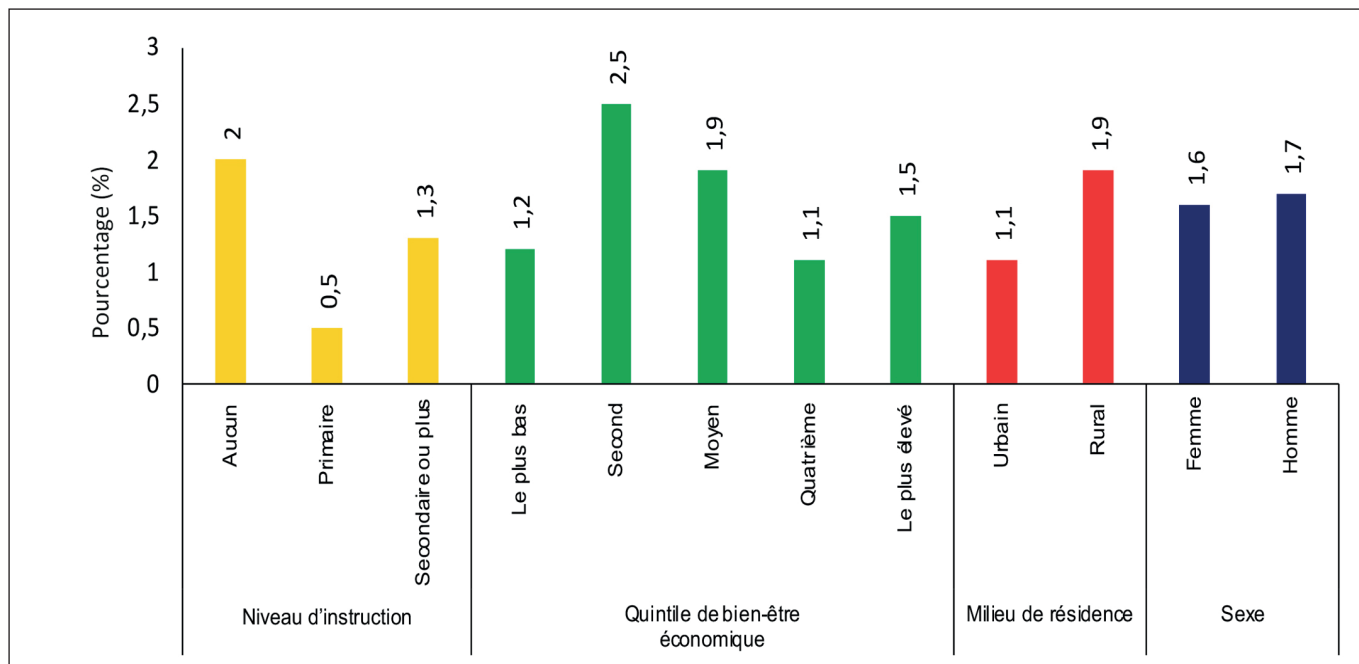
Graphique 3. 44: Evolution de la proportion des enfants ayant reçu aucun vaccin entre 2010 et 2021

3.6.2.5 Proportion des enfants n'ayant reçu aucun vaccin selon le sexe, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

En 2021, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin présentait des différences très faibles entre les garçons (1,7%) et les filles (1,6%). Suivant le niveau d'instruction des mères, elle était plus élevée chez les enfants de mères sans niveau d'instruction (2%) et plus faible chez ceux de mères ayant un niveau primaire (0,5%).

Selon le quintile de bien-être économique, cette proportion était plus élevée chez les enfants des ménages du second quintile (2,5%) et plus faible chez ceux des ménages du quatrième quintile (1,1%).

Suivant le milieu de résidence, cette proportion était plus élevée en milieu rural (1,9%) qu'en milieu urbain (1,1%) (Graphique 3. 45).

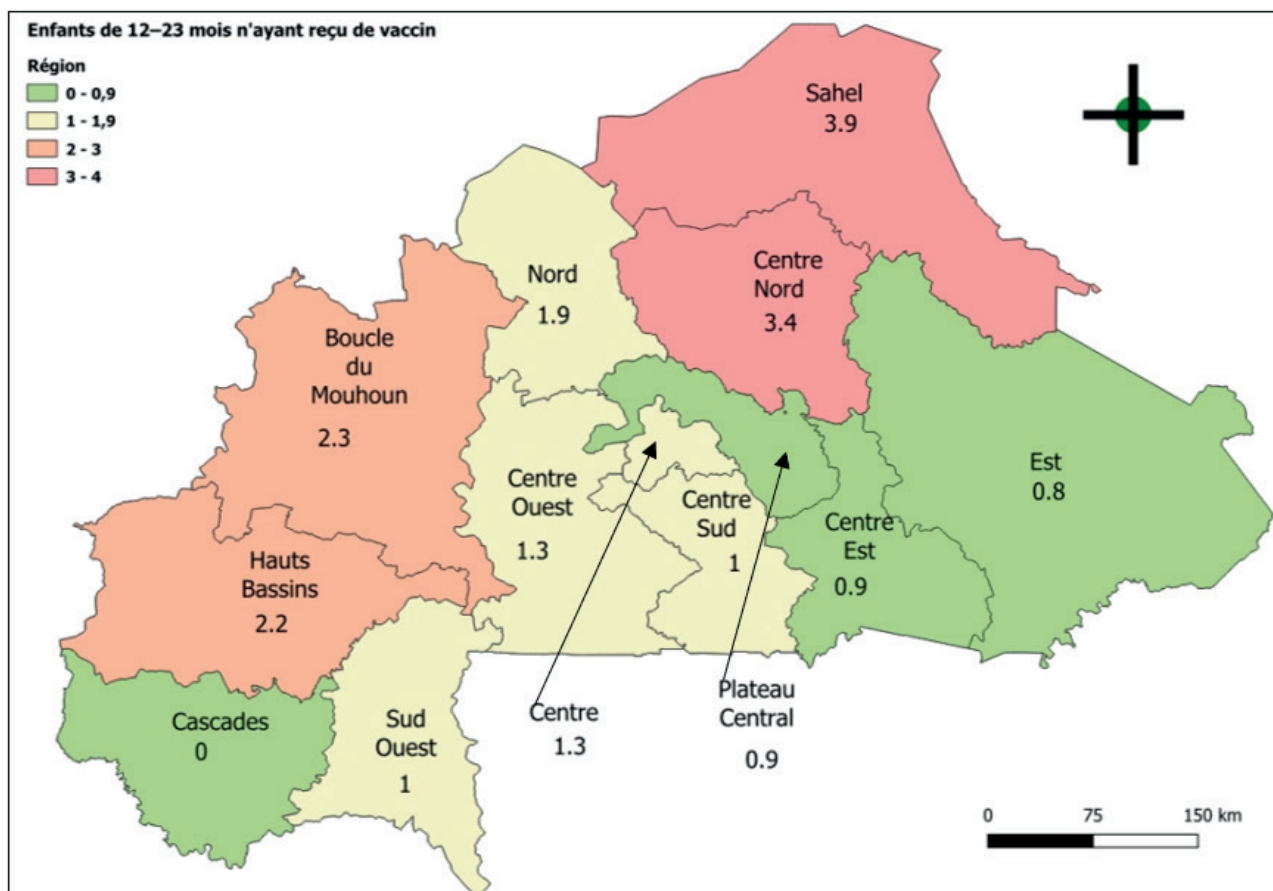


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 3. 45: Proportion des enfants n'ayant reçu aucun vaccin selon le sexe, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

3.6.2.6 Proportion des enfants n'ayant reçu aucun vaccin par région en 2021

La proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois n'ayant reçu aucun vaccin était plus élevée dans la région du Sahel, atteignant 3,9 % suivi du Centre-Nord (3,4%) (Carte 3. 3).



Source : INSD, EDS 2021

Carte 3. 3 : Proportion d'enfants de 12–23 mois n'ayant reçu aucun vaccin en 2021

3.6.3 Vaccination hors PEV

La vaccination hors PEV a pour objectif de (i) rattraper les enfants cibles du PEV qui aurait échappé à la vaccination ; (ii) renforcer l'immunité chez les enfants qui auraient reçu certains vaccins (rappels) ; (iii) couvrir les terrains vulnérables (âge, comorbidités, etc.) ; et (iv) couvrir les populations qui ne sont pas dans la cible PEV. Les populations non couvertes par la vaccination constitueraient un risque de développement des maladies évitables par la vaccination.

Cependant, on note des difficultés dans son organisation et sa mise en œuvre. En effet, il n'existe pas de structure chargée de la coordination de la vaccination hors PEV. Par ailleurs, la rupture fréquente des antigènes hors PEV et leurs coûts élevés, l'inaccessibilité géographique des structures de prestation et l'insuffisance de données d'informations entravent la mise en œuvre du hors PEV.

Cette section a porté sur les facteurs de risque des maladies en mettant l'accent sur la consommation des substances psychoactives (l'alcool, le tabac et les drogues illicites), la malnutrition et la faible couverture vaccinale.

Les analyses ont mis en évidence, entre autres : (i) une consommation de plus en plus forte des substances psychoactives dont l'une des conséquences est l'augmentation des cas de troubles mentaux liés à la consommation de drogue ; (ii) une faible pratique d'activités physiques, une faible consommation de fruits et/ou légumes et des niveaux toujours élevés de la malnutrition et (iii) une couverture vaccinale insatisfaisante.

Ainsi, dans la lutte pour la réduction de ces facteurs de risque, les défis à relever sont notamment :

- l'amélioration de la collecte et de l'exploitation des données sur la consommation des substances psychoactives ;
- le renforcement de la lutte contre le trafic et la consommation des substances psychoactives ;
- le renforcement de la réglementation en matière de production, d'importation et de commercialisation de boissons alcoolisées et énergisantes à travers l'adaptation et/ou l'application des textes réglementaires ;
- le renforcement de la capacité opérationnelle des unités d'addictologie et des unités de sevrage tabagique à travers la construction et l'équipement de nouvelles unités ;
- la promotion de la pratique du sport pour tous à travers l'intensification de la sensibilisation et le développement d'infrastructures adéquates ;
- l'amélioration de la nutrition à travers notamment le renforcement de la sensibilisation pour une alimentation saine, variée et équilibrée ;
- la promotion de la production, l'accessibilité et la consommation des fruits et/ou légumes de qualité ;
- l'amélioration de la couverture vaccinale des populations cibles du PEV et une meilleure organisation de la vaccination hors PEV.

CHAPITRE 4 : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Apparu sous l'impulsion des organismes internationaux (OMS, UNFPA), le terme « santé de la reproduction » a connu une évolution de concept, en passant de « santé maternelle et infantile » (1960) à la « santé de la reproduction » (1965) avec plusieurs composantes parmi lesquelles la santé sexuelle (1975) et celui des droits reproductifs (2004)⁴⁶.

Au Burkina Faso, les défis en matière de santé sexuelle et reproductive sont nombreux. En effet, du fait de la non autonomisation des femmes et du mariage précoce, on observe un taux de plus en plus élevé de grossesses non désirées et/ou précoces, d'avortements clandestins, de décès maternels, d'infections sexuellement transmissibles, de violence basée sur le genre et d'autres complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Ces faits peuvent également trouver leurs explications à travers le manque d'accès à l'information, aux services de santé et à l'éducation sexuelle des jeunes et adolescents.

Pour appréhender cette problématique, ce chapitre présente certains indicateurs en s'appuyant sur les données disponibles dans le système statistique national en ce qui concerne :

- les méthodes contraceptives modernes ;
- la consultation prénatale ;
- les issues de grossesses ;
- la césarienne ;
- la prématurité et faible poids de naissance ;
- l'allaitement maternel ;
- la fécondité ;
- la mortalité périnatale, néonatale et infantile ;
- la mortalité maternelle.

4.1 Méthodes contraceptives modernes

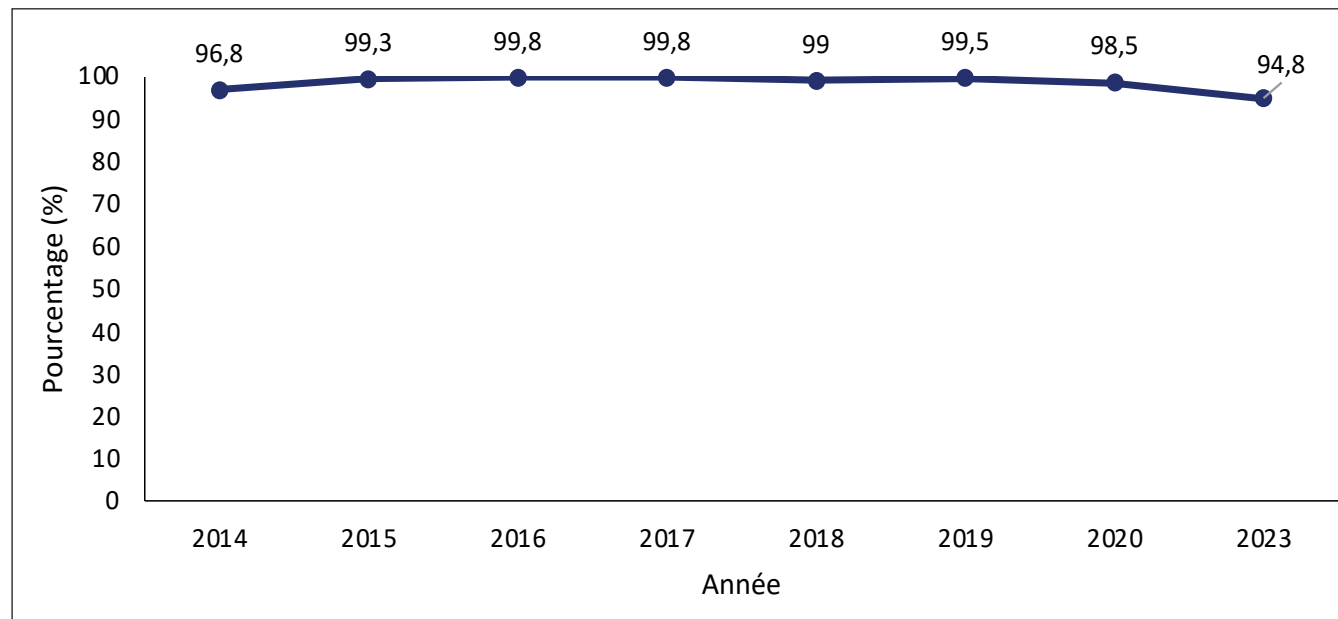
Les méthodes contraceptives modernes comprennent la stérilisation masculine et féminine, les dispositifs intra-utérins (DIU), les contraceptifs injectables, les implants contraceptifs, les pilules contraceptives, les condoms masculins et féminins, la contraception d'urgence, la méthode des jours fixes (MJF) et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

La Planification familiale (PF) permet entre autres le contrôle des naissances dans un couple, la prévention des grossesses précoces et/ou non-désirées, la prévention des risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes, la réduction de mortalité infantile et la réduction des grossesses chez les adolescentes. Essentielles pour la mise en œuvre des programmes de PF, les méthodes contraceptives modernes contribuent donc à la réduction de la mortalité maternelle.

⁴⁶ Bonnet D, Guillaume A. La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels. Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique. Septembre 2004.

4.1.1 Evolution de la disponibilité des méthodes contraceptives de 2014 à 2023

La disponibilité des méthodes contraceptives dans les formations sanitaires du Burkina Faso a connu une courbe ascendante passant de 96,8% en 2014 à 99,8% en 2017, pour s'infléchir entre 2018 (99,5%) et 2023 (94,8%). Il n'y pas eu d'enquêtes en 2021 et 2022 (Graphique 4. 1).

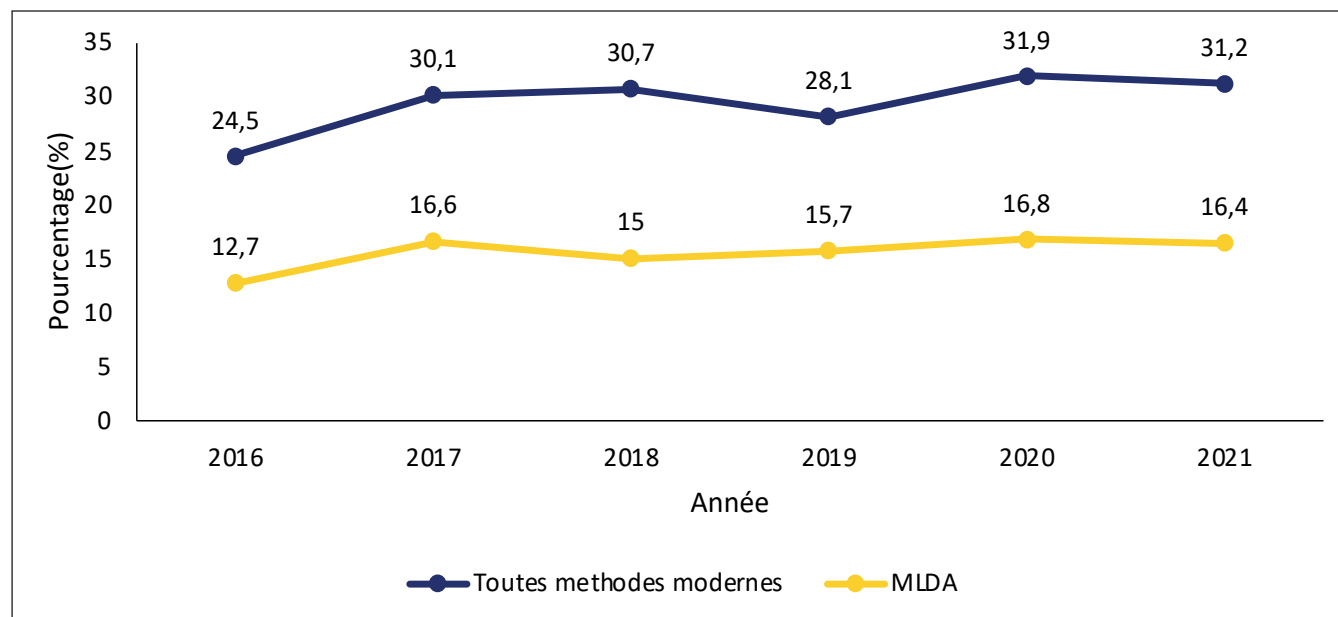


Sources : MSHP, Rapports sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les formations sanitaires au Burkina Faso, 2014 à 2020 et 2023

Graphique 4. 1 : Evolution de la disponibilité des méthodes contraceptives de 2014 à 2023.

4.1.2 Evolution de la prévalence des méthodes contraceptives modernes de 2016 à 2021

La prévalence de l'ensemble des méthodes contraceptives est passée de 24,5% en 2016 à 31,2% en 2021. Concernant les méthodes à longue durée d'action, la prévalence était en hausse passant de 12,7 % en 2016 à 16,4% en 2021 (Graphique 4. 2).

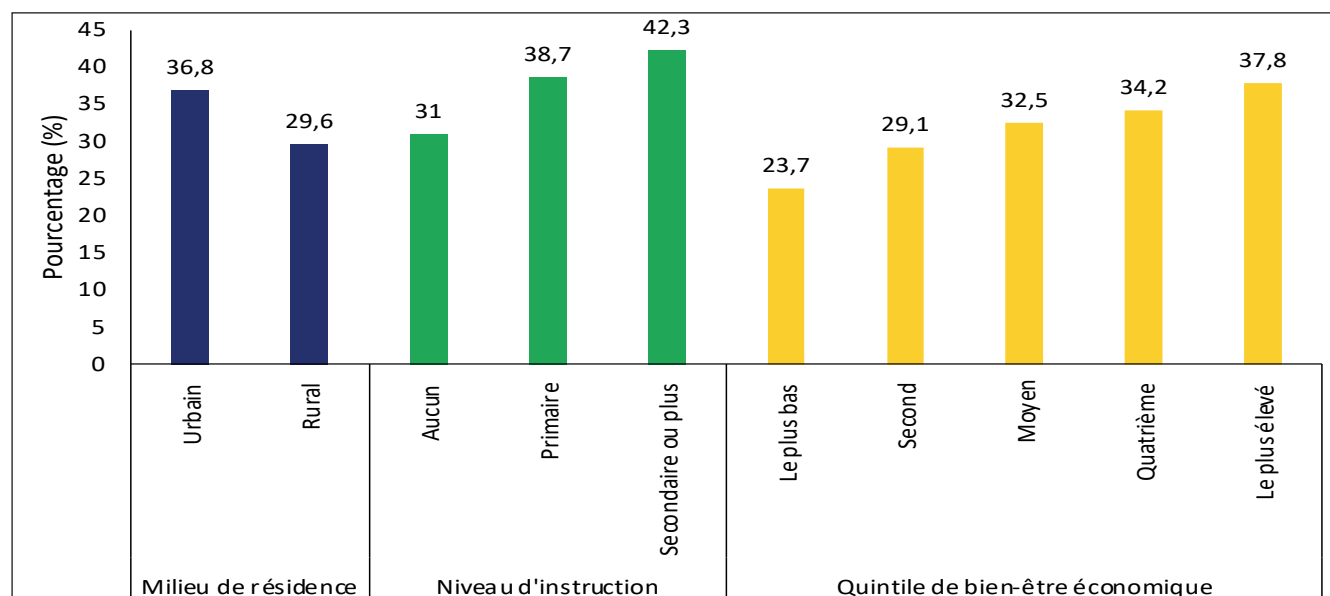


Sources : ISSP, Rapports PMA 2020, 2016 à 2021

Graphique 4. 2 : Evolution de la prévalence de méthodes contraceptives de 2016 à 2021

4.1.3 Prévalence contraceptive moderne selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

En 2021, la prévalence contraceptive moderne était plus élevée chez les femmes résidant en milieu urbain (36,8%), chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (42,3%) et chez celles vivant dans les ménages du quintile de bien-être économique le plus riche (37,8%) (Graphique 4. 3).

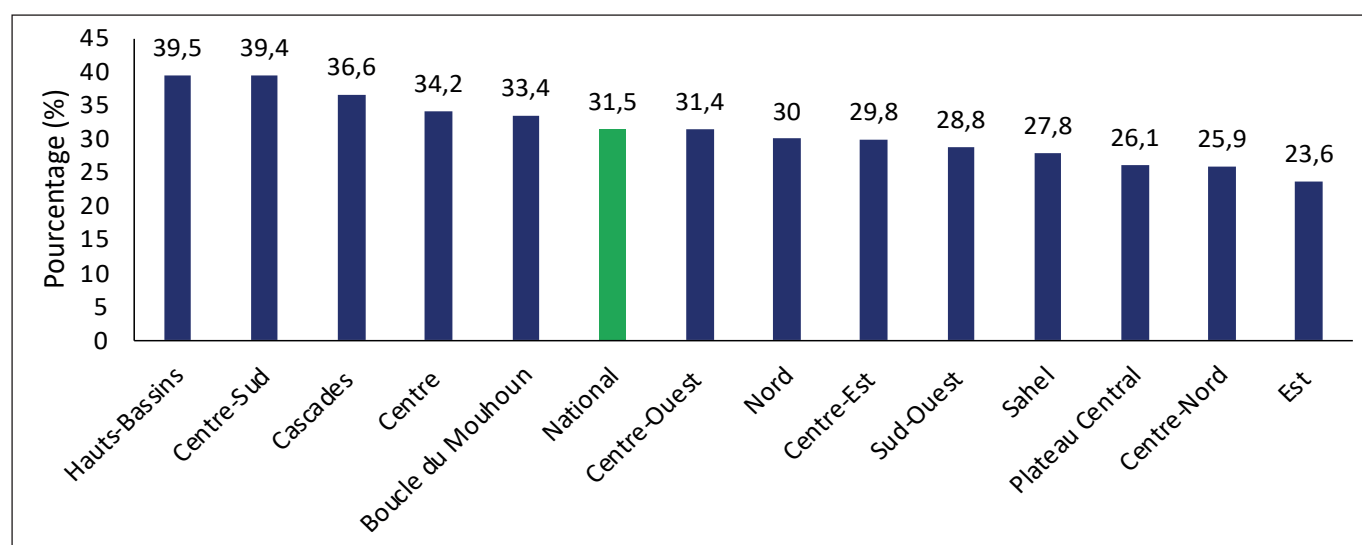


Source: INSD, EDS 2021

Graphique 4. 3: Prévalence contraceptive moderne selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.1.4 Situation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes selon les régions en 2021

En 2021, la région des Hauts-Bassins a enregistré le taux d'utilisation des méthodes contraceptives le plus élevé avec 39,5%. Par contre, la région de l'Est a enregistré le plus faible taux, soit 23,6% (Graphique 4. 4).

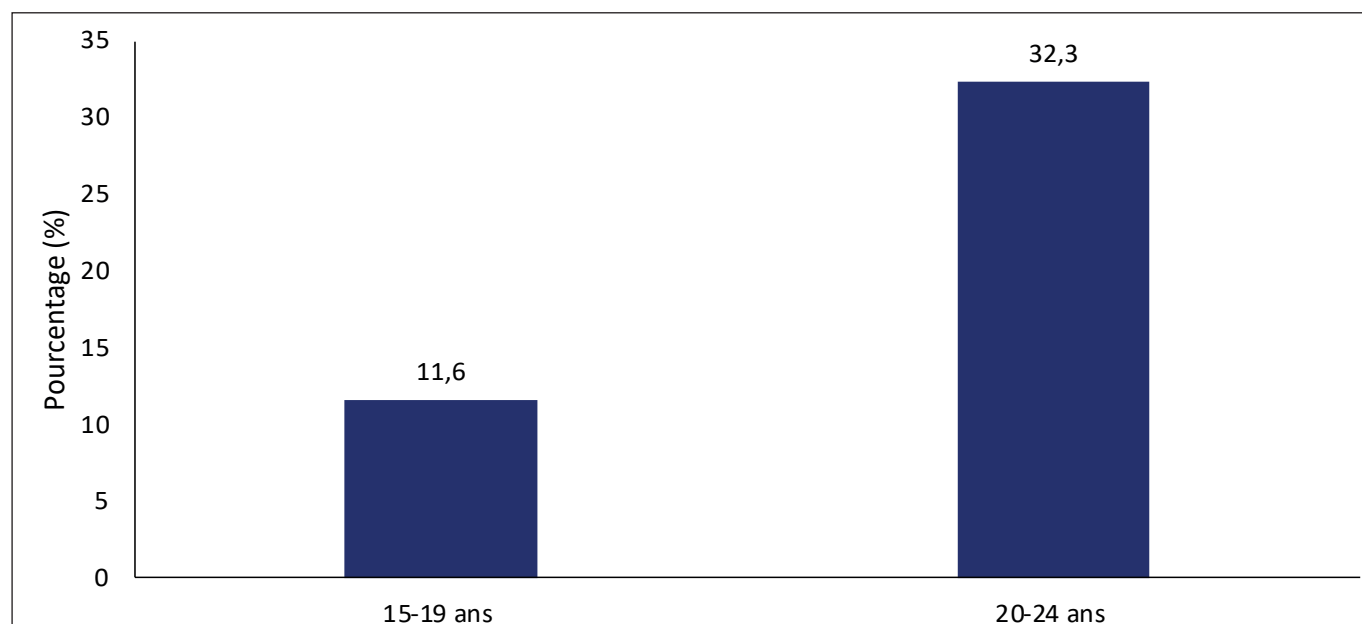


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 4: Utilisation des méthodes contraceptives modernes selon la région en 2021

4.1.5 Prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes en 2021

Les jeunes utilisaient les méthodes contraceptives modernes (32,3%) plus que les adolescents (11,6%) (Graphique 4. 5).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 5: Prévalence contraceptive moderne chez les adolescents et jeunes en 2021

4.1.6 Besoins non satisfaits en contraception des femmes en union

Les besoins non satisfaits sont définis comme étant le pourcentage de femmes fécondes âgées de 15 à 49 ans qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent retarder la prochaine naissance, ou qui voulaient retarder ou ne plus avoir d'enfants au moment de leur dernière grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive⁴⁷. Cet indicateur est utile pour déterminer l'étendue du besoin non satisfait dans une population donnée, afin d'éclairer les politiques de PF et combler les lacunes dans la mise en œuvre des programmes.

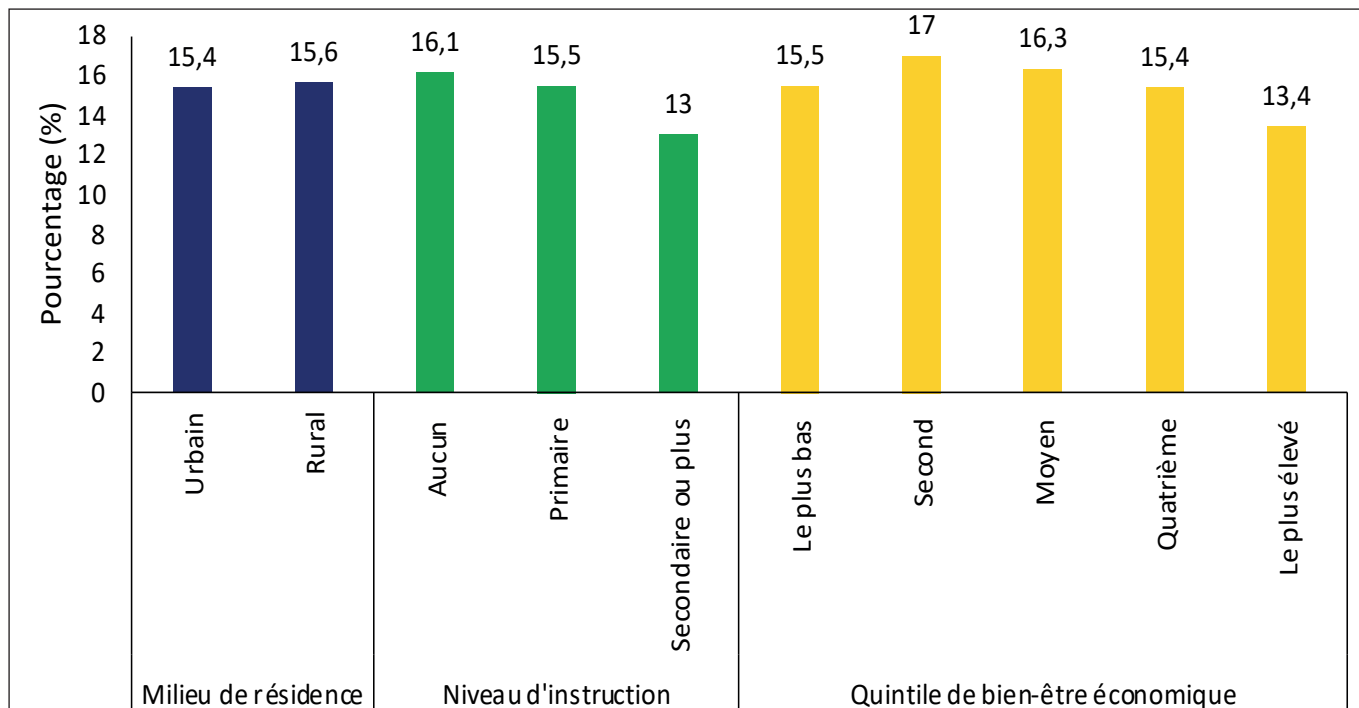
4.1.6.1 Situation des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes en union selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

Suivant le milieu de résidence, les besoins non satisfaits en PF étaient relativement similaires (15,6% en milieu rural et 15,4% en milieu urbain) en 2021.

Ils étaient plus élevés chez les femmes ayant aucun niveau d'instruction (16,1%) et plus faibles chez celles ayant atteint au moins le niveau d'instruction secondaire (13%).

Selon les quintiles de bien-être économique, les besoins non satisfaits étaient plus faibles chez les femmes vivant dans les ménages les plus riches (13,4%) et plus élevés chez celles vivant dans les ménages ayant le quintile de bien être second (17%) (Graphique 4. 6).

⁴⁷ Survey Methodology | PMA Data. (n.d.). Retrieved July 24, 2024, from <https://www.pmadata.org/data/survey-methodology>

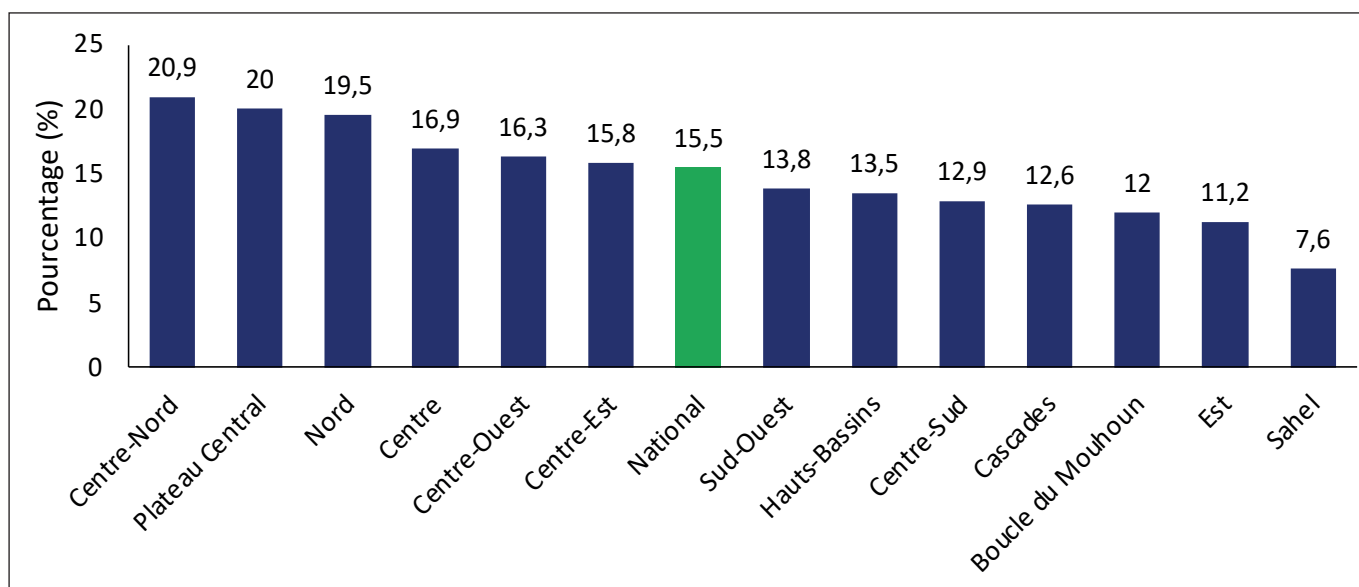


Sources : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 6: Pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.1.6.2 Situation des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes en union selon les régions en 2021

Selon les régions en 2021, il ressort que les besoins non satisfaits en PF étaient plus élevés dans les régions du Centre-Nord (20,9%), du Plateau Central (20%) et du Nord (19,5%). A l'opposé, ils étaient plus faibles dans la région du Sahel (7,6%) (Graphique 4. 7).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 7: Pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale en 2021 selon les régions

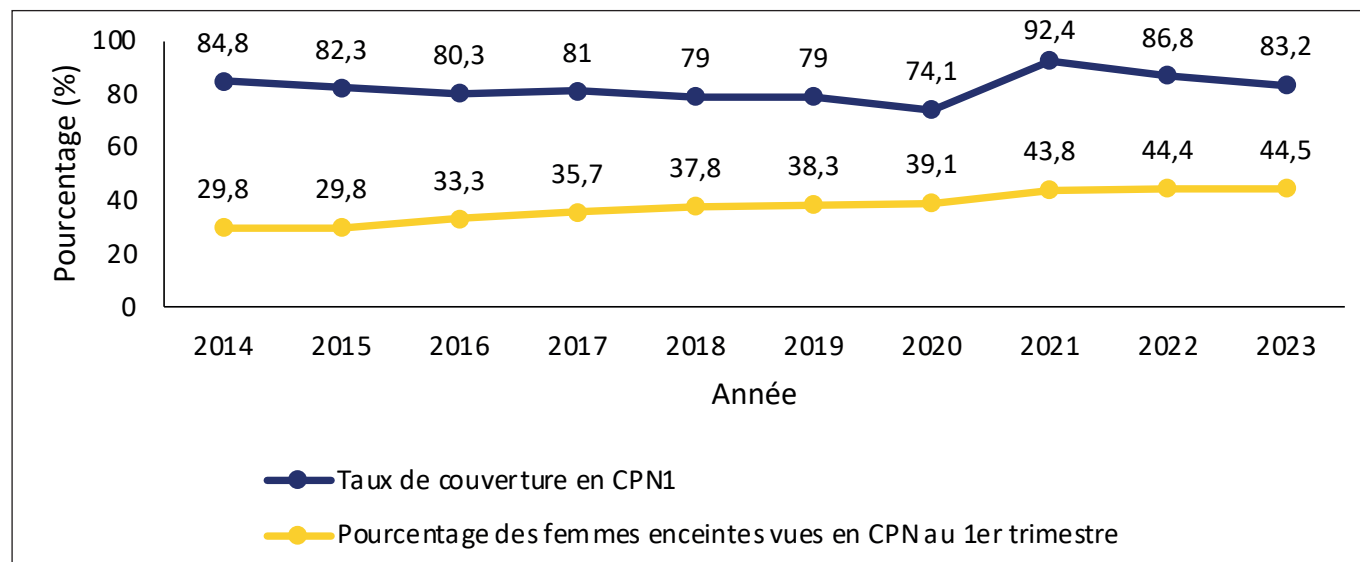
4.2 Consultation prénatale

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et les soins pendant l'accouchement sont importants pour assurer une issue favorable de la grossesse et favoriser la bonne santé de la mère et de son enfant. Les consultations prénatales (CPN) permettent notamment de réaliser les diagnostics anténatals chez la mère et le fœtus, afin de prévenir ou de prendre en charge des maladies pouvant perturber ou interrompre l'évolution de la grossesse. Elles contribuent également à maintenir un bon état nutritionnel de la mère et du fœtus, à travers les conseils hygiéno-diététiques et la surveillance pondérale de la mère. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait que chaque femme enceinte puisse faire au moins quatre visites prénatales et d'effectuer la première dans le premier trimestre de la grossesse, c'est-à-dire entre 8 et 16 semaines d'aménorrhée⁴⁸. En 2016, l'OMS a proposé de nouvelles recommandations parmi lesquelles, une femme devrait avoir au moins huit contacts avec un prestataire formé et le premier devrait avoir lieu avant la douzième semaine⁴⁹. Depuis 2018, le Burkina Faso a adopté la stratégie des 8 contacts pour les CPN avec une phase pilote à Bobo-Dioulasso et à Dédougou.

4.2.1 Couverture en CPN1

4.2.1.1 Evolution de la couverture en CPN1

Au Burkina Faso, dans la dernière décennie, en moyenne 80% des femmes réalisaient au moins une CPN. Cependant, seulement la moitié des premiers contacts avaient eu lieu dans le premier trimestre bien que la tendance soit à la hausse (Graphique 4. 8).



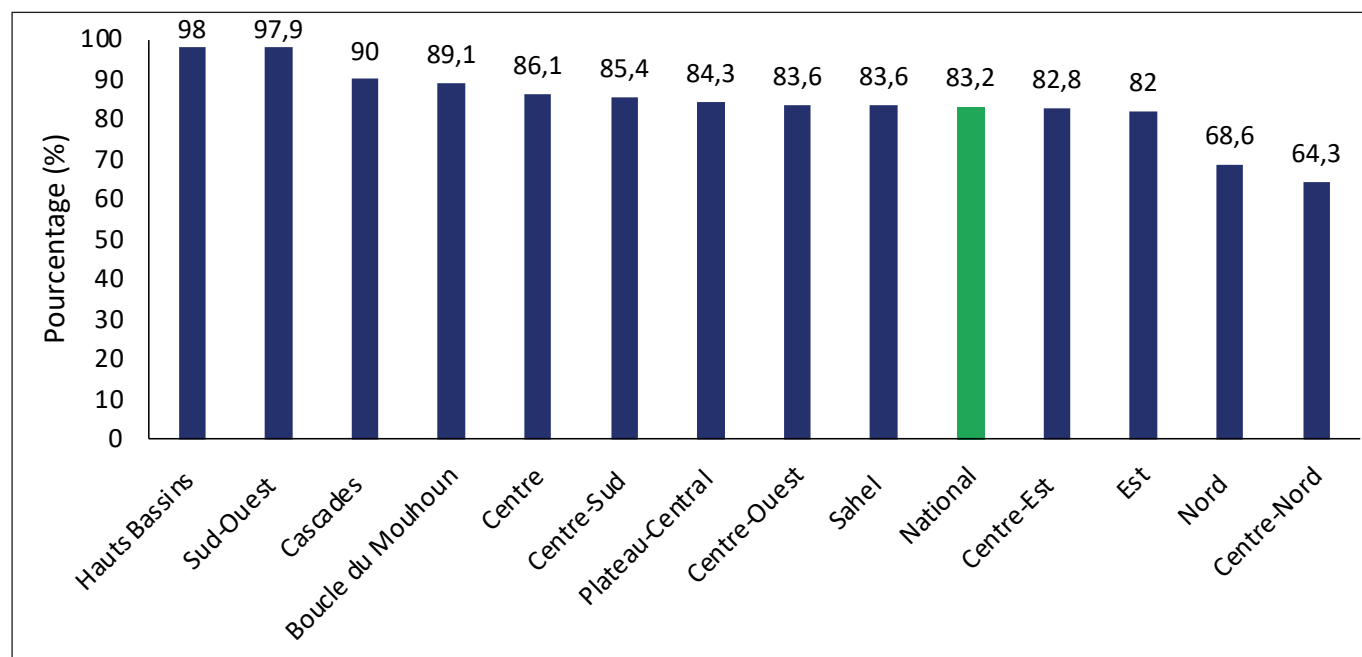
Source : MSHP, *Annuaire statistique 2014-2023*

Graphique 4. 8: Evolution du taux de couverture en CPN1 et du pourcentage des femmes enceintes vues en CPN 1er trimestre de 2014 à 2023

⁴⁸ 2016 World Health Organization Antenatal Care Guidelines
⁴⁹ 2016 World Health Organization Antenatal Care Guidelines

4.2.1.2 Couverture en CPN1 par région en 2023

Sur le plan régional, les régions des Hauts-Bassins (98%) et du Sud-Ouest (97,9%) enregistraient les couvertures en CPN1 les plus élevées. Les couvertures les plus faibles ont été observées dans les régions du Centre Nord (64,3%) et du Nord (68,6%) (Graphique 4. 9).



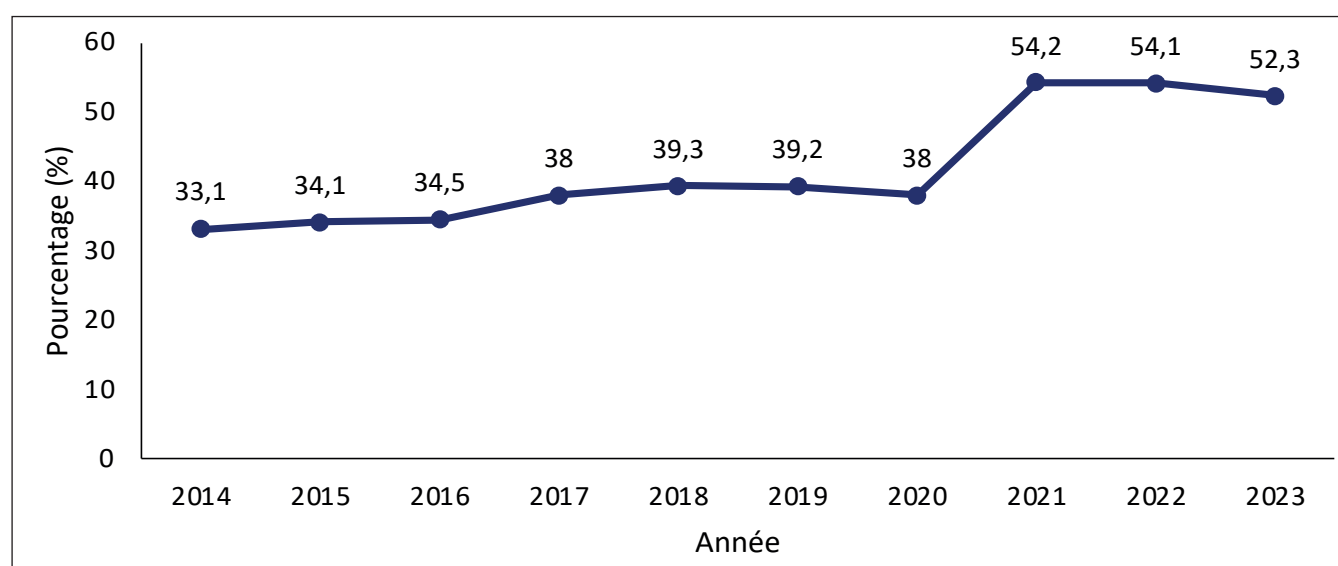
Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 9: Répartition du taux de couverture en CPN1 par région en 2023

4.2.2 Couverture en CPN4

4.2.2.1 Evolution de la couverture en CPN4

De 2014 à 2020, le taux de couverture en CPN4 atteignait à peine 40%, mais a connu une hausse sensible à partir de 2021 dépassant 50% (Graphique 4. 10).

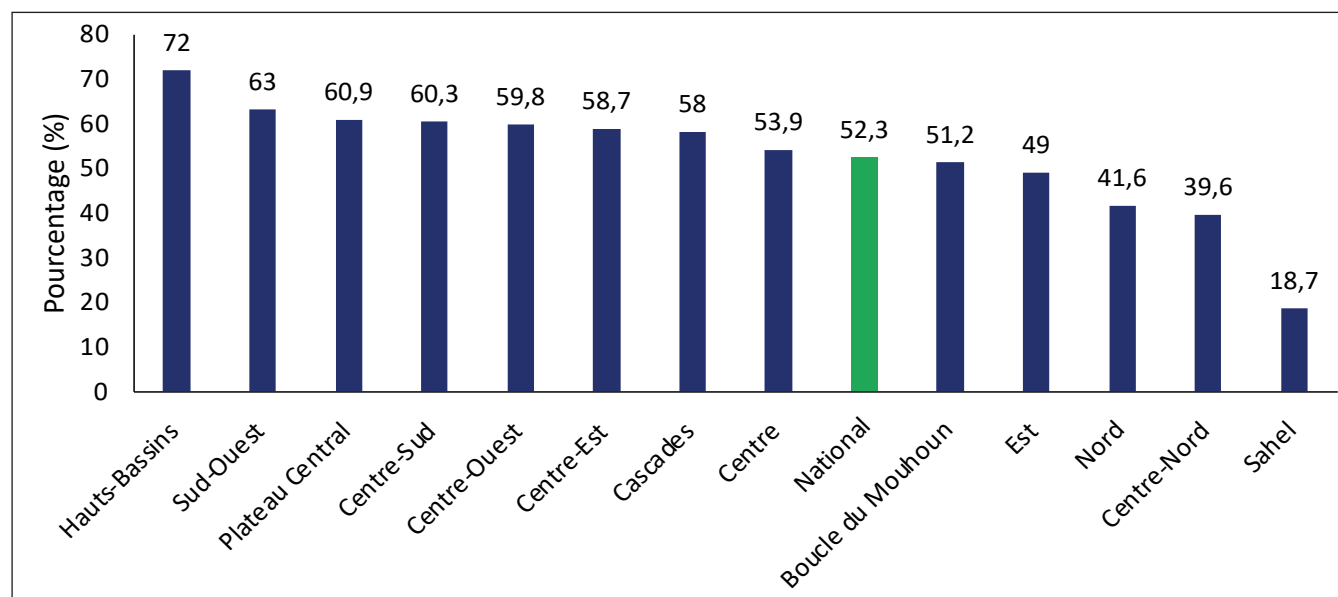


Source: MSHP, Annuaire statistiques 2014-2023

Graphique 4. 10 : Evolution du taux de couverture en CPN4 de 2014 à 2023

4.2.2.2 Couverture de la CPN4 par région en 2023

Sur le plan régional, la région des Hauts-Bassins enregistrait la couverture de CPN4 la plus élevée avec 72% et la plus faible proportion a été observée dans la région du Sahel avec 18,7% (Graphique 4. 11).

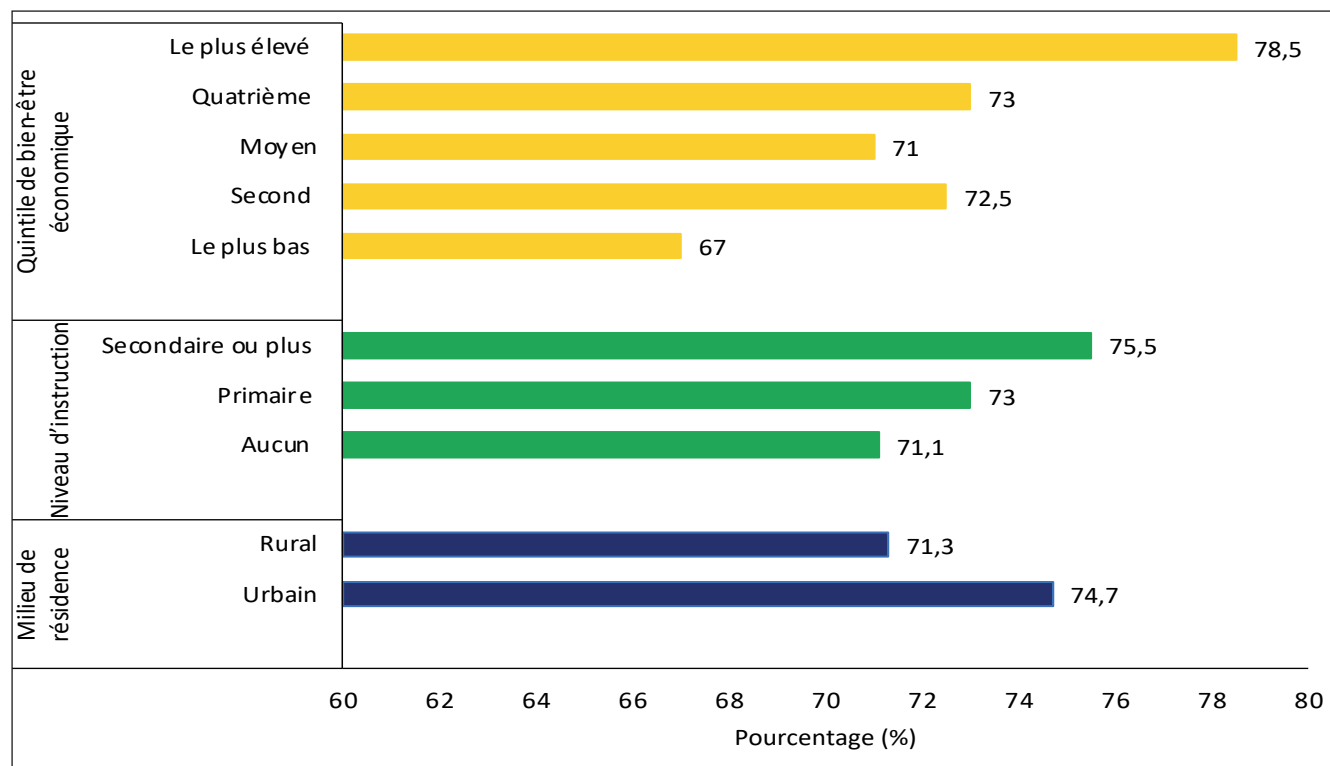


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 11 : Répartition du taux de couverture en CPN4 par région en 2023

4.2.2.3 Couverture de la CPN4 selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

La couverture en CPN4 variait peu selon le milieu de résidence (71,3% en milieu rural et 74,7% en milieu urbain). Ce taux augmentait légèrement en fonction du niveau d'instruction (71,1% pour aucun niveau d'instruction et 75,5% pour le niveau secondaire ou plus). Par contre, il variait sensiblement entre le quintile de bien-être économique le plus bas (67%) et celui le plus élevé (78,5%) (Graphique 4. 12).



Source : INSD, EDS 2021

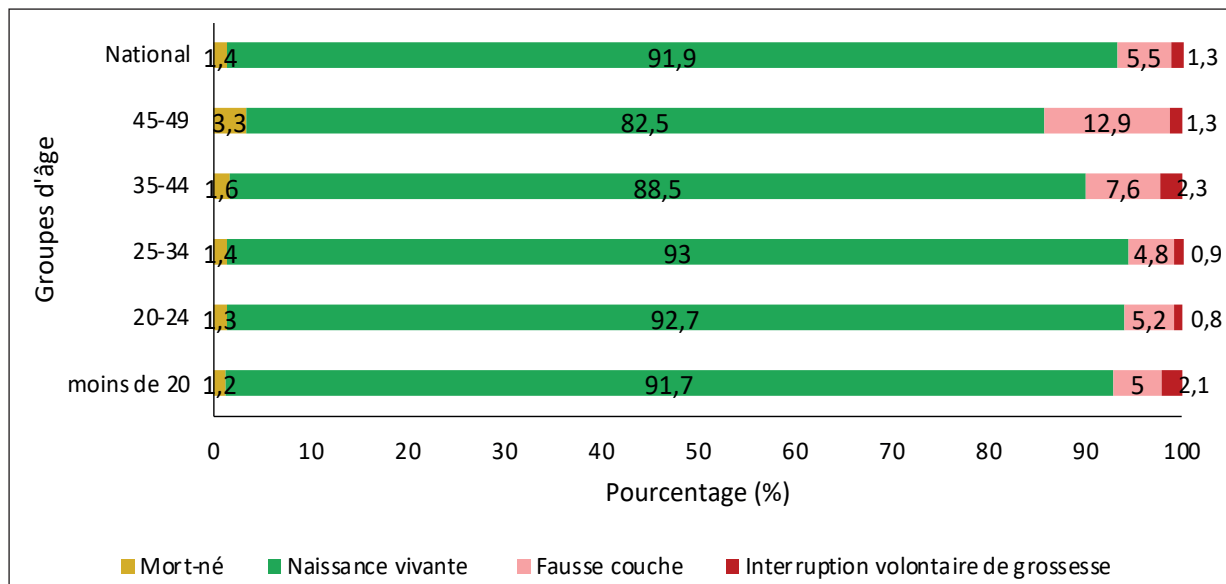
Graphique 4. 12 : Couverture de la CPN4 selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.3 Issues de grossesses

Les différentes issues de grossesses sont les naissances vivantes, les mort-nés, les fausses couches et les interruptions volontaires de grossesses (IVG).

4.3.1 Issues de grossesses selon l'âge

En 2021, les femmes du groupe d'âge 45-49 ans enregistraient les plus fortes proportions de fausses couches (12,9%) et de mort-nés (3,3%). Les interruptions volontaires de grossesse étaient plus enregistrées chez les femmes de 35-44 ans (2,3%) et chez les moins de 20 ans (2,1%) (Graphique 4. 13).



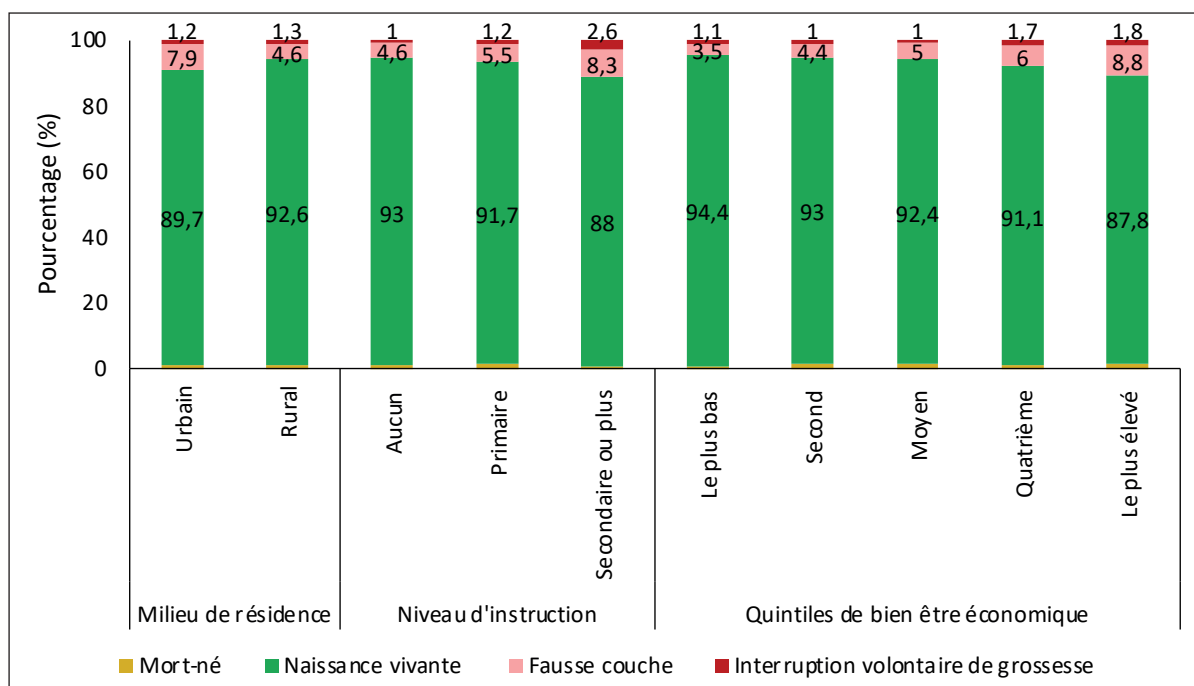
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 13: Issues de la grossesse par tranche d'âge en 2021

4.3.2 Issues de grossesses selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

Selon le milieu de résidence, il ressort que la proportion des fausses couches était plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rural (4,8%).

Les proportions des différentes issues de grossesses variaient selon le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique de la femme. La proportion des fausses couches était plus élevée chez les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (8,3%) et chez celles vivant dans les ménages ayant le quintile le plus élevé (8,8%) (Graphique 4. 14).

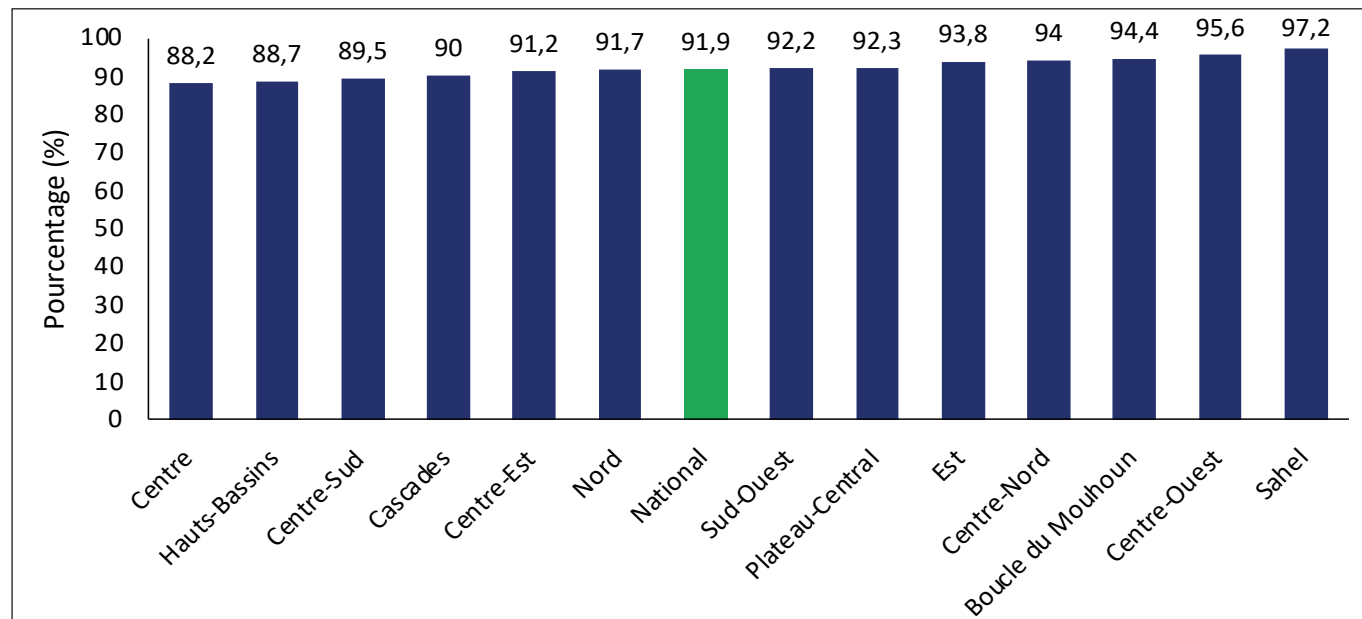


Sources : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 14: Répartition des issues de grossesses selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021.

4.3.3 Naissances vivantes par région en 2021

Le pourcentage de naissances vivantes était plus faible dans les régions du Centre (88,2%) et des Hauts-Bassins (88,7%). A l'opposé, il était plus élevé dans les régions du Sahel (97,2%) et du Centre-Ouest (95,6%) (Graphique 4. 15).

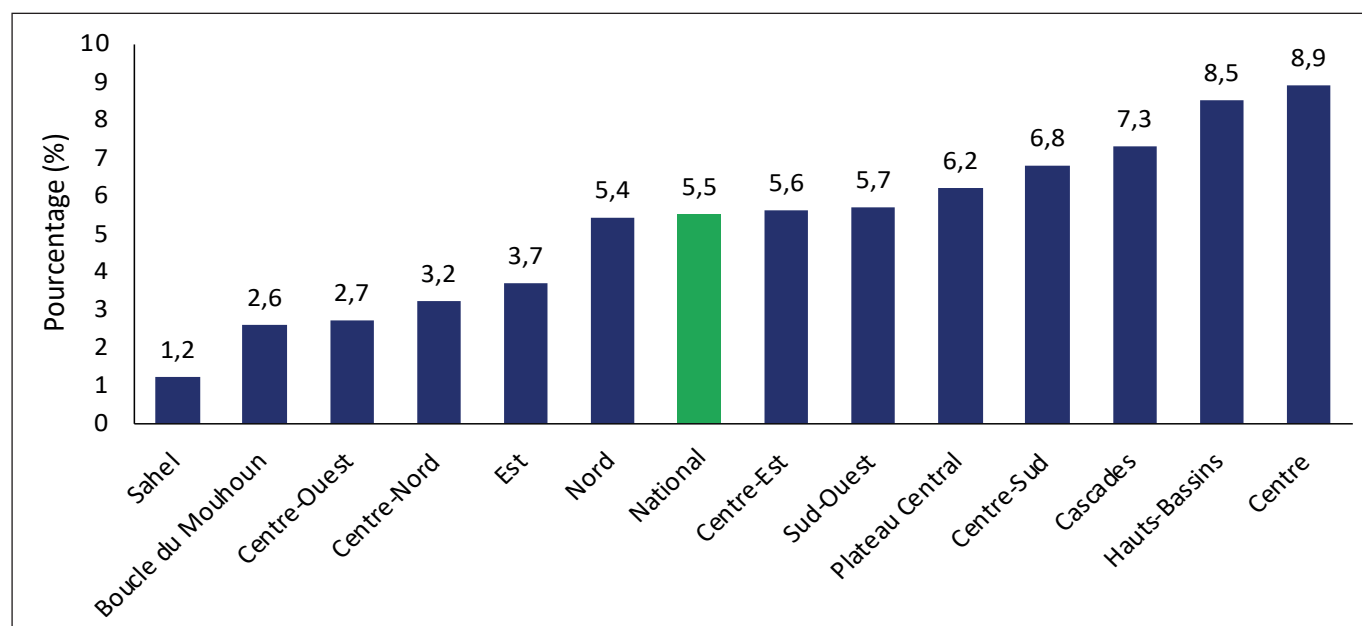


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 15: Proportion des grossesses ayant abouti aux naissances vivantes en 2021 par région

4.3.4 Fausses couches par région en 2021

Le pourcentage de fausses couches était plus élevé dans les régions du Centre (8,9%), des Hauts-Bassins (8,5%) et des Cascades (7,3%). A l'opposé, il était plus faible dans la région du Sahel (1,2%) (Graphique 4. 16).

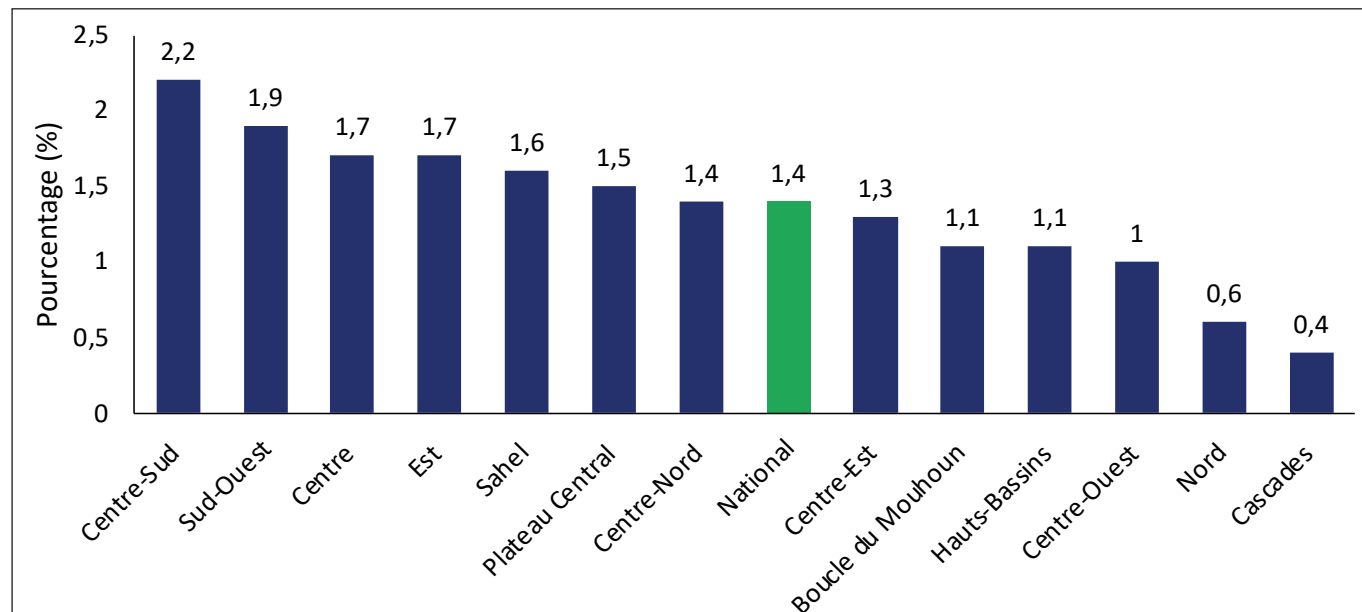


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 16: Proportion des grossesses s'étant terminées par une fausse couche par région en 2021

4.3.5 Mort-nés par région en 2021

Le pourcentage de mort-nés était plus élevé dans les régions du Centre-Sud (2,2%) et du Sud-ouest (1,9%). Cependant, il était plus faible dans les régions des Cascades (0,4%) et du Nord (0,6%) (Graphique 4. 17).

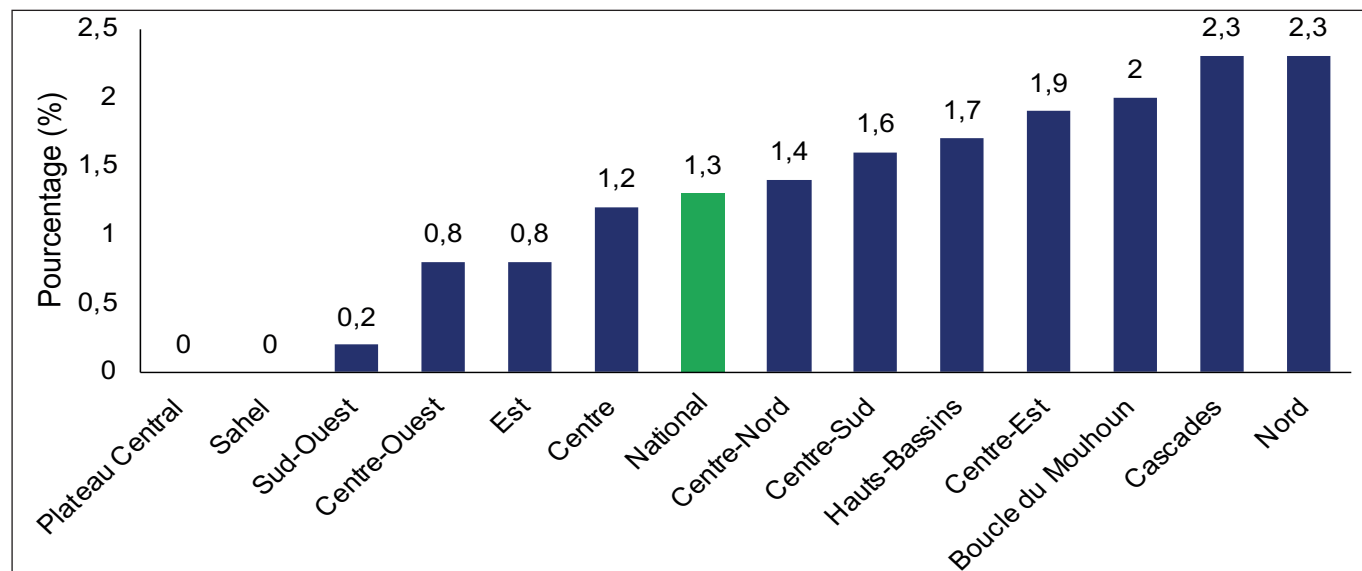


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 17: Proportion des grossesses ayant abouti à des mort-nés par région en 2021

4.3.6 Interruptions volontaires de grossesse par région en 2021

Le pourcentage des IVG était plus élevé dans les régions du Nord (2,3%) et des Cascades (1,9%). Les IVG étaient rares au Sahel et au Plateau Central (Graphique 4. 18).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 18: Proportion des grossesses volontairement interrompues par région en 2021

4.4 Césarienne

La césarienne contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. L'OMS a recommandé qu'un taux idéal de césarienne doit se situer entre 10 et 15%. Un taux inférieur à 10% rend compte d'un déficit de ce type d'intervention pour les accouchements et un taux supérieur à 15% indique un excès dans ses indications.

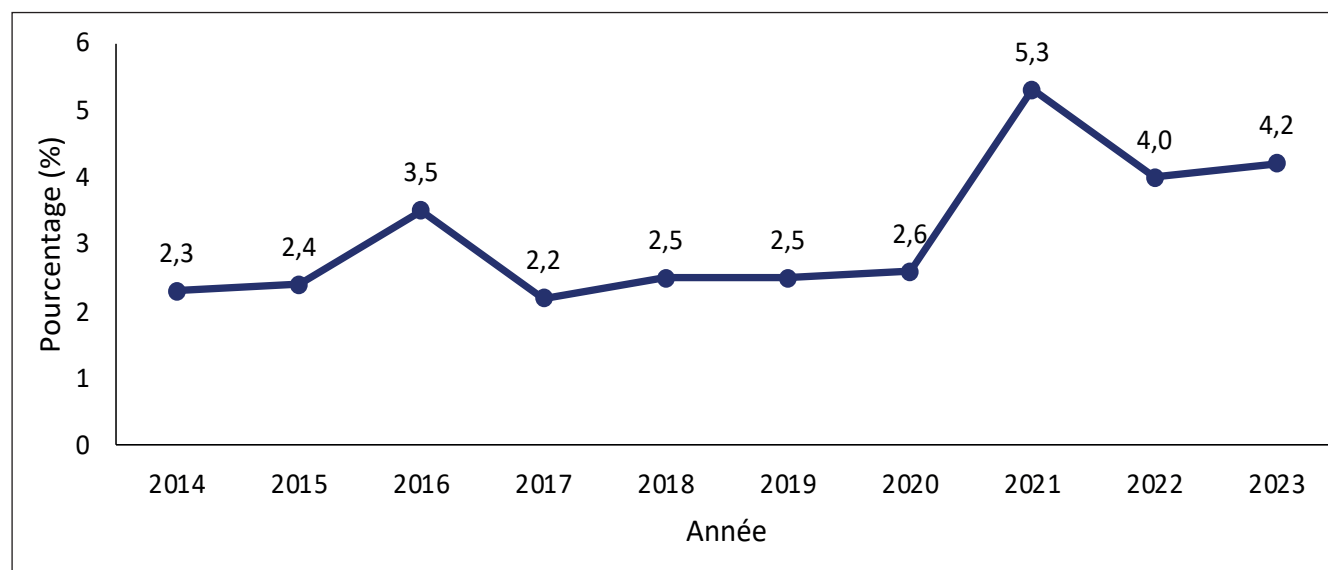
Au Burkina Faso, les hôpitaux de districts, les hôpitaux régionaux et universitaires tant publics que privés l'offrent aux femmes pour lesquelles l'indication est posée.

Pour assurer l'accessibilité financière, le Gouvernement a engagé en 2006 une politique de subvention de l'accouchement⁵⁰ et en 2016 la gratuité des soins aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans⁵¹.

4.4.1 Prévalence de la césarienne

4.4.1.1 Evolution du taux de césarienne

Le taux de césarienne est passé de 2,3% en 2014 à 4,2% en 2023, indiquant un déficit de césarienne au Burkina Faso si l'on considère la norme OMS (10-15%) (Graphique 4. 19).



Source : MSHP, *Annuaire statistiques*, 2014 à 2023

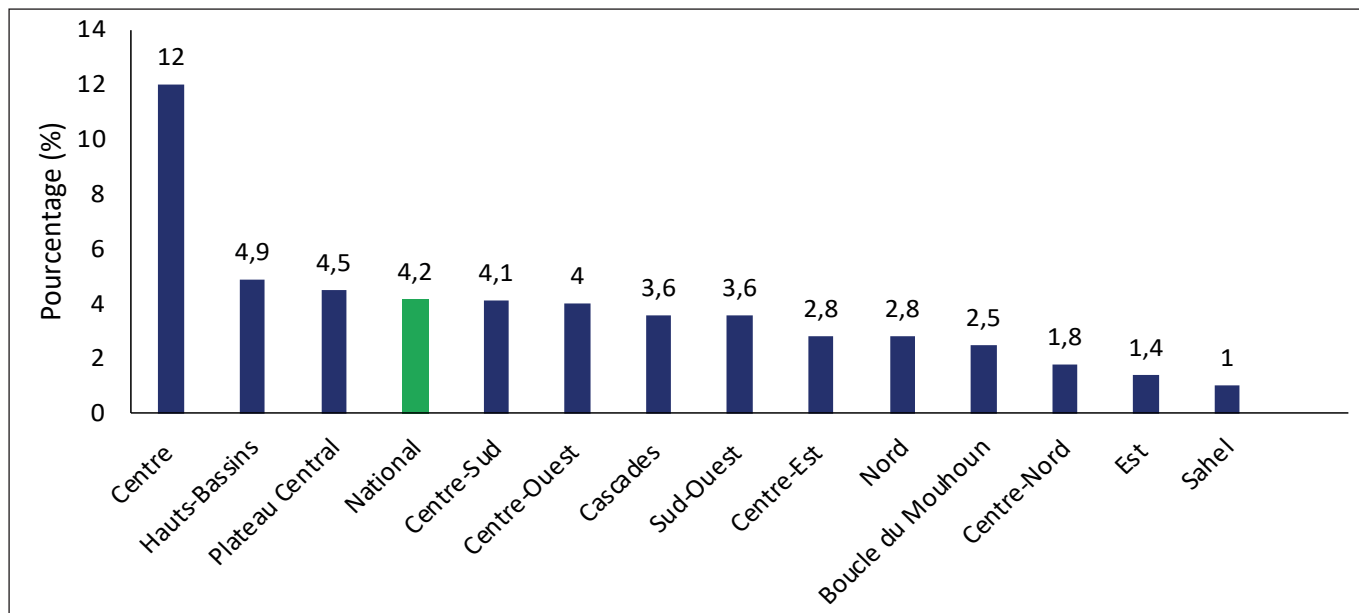
Graphique 4. 19: Evolution du taux d'accouchement par césarienne de 2014 à 2023

4.4.1.2 Répartition du taux de césarienne par région en 2023

En 2023, trois régions avaient un taux de césarienne supérieur à la moyenne nationale qui est de 4,2%. Il s'agit des régions du Centre (12%), des Hauts-Bassins (4,9%) et du Plateau Central (4,5%). Les régions du Centre-Nord, de l'Est et du Sahel avaient des taux inférieurs à 2%. (Graphique 4. 20).

⁵⁰ Décret n°2006-185/PRES/PM/MS/MFB/MATD du 2 mai 2006 portant institution d'une subvention sur les coûts des accouchements et des soins obstétricaux néonataux d'urgence dans les formations sanitaires publiques de l'État

⁵¹ Décret 2016-311/PRES/PM/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso



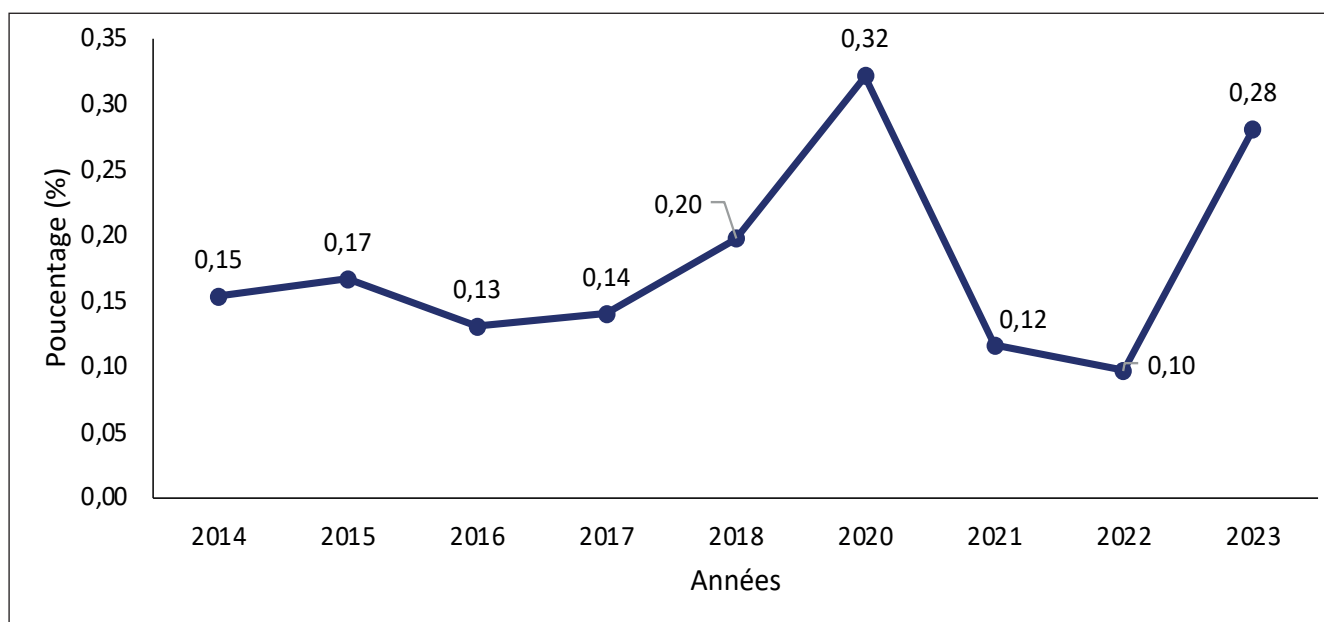
Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 20: Répartition du taux de césariennes par région au Burkina Faso en 2023

4.4.2 Létalité liée à la césarienne

4.4.2.1 Evolution de la létalité liée à la césarienne

La létalité liée à la césarienne présente une tendance à la hausse entre 2014 (0,15%) et 2023 (0,28%) avec un pic en 2020 (0,32%) (Graphique 4. 21).

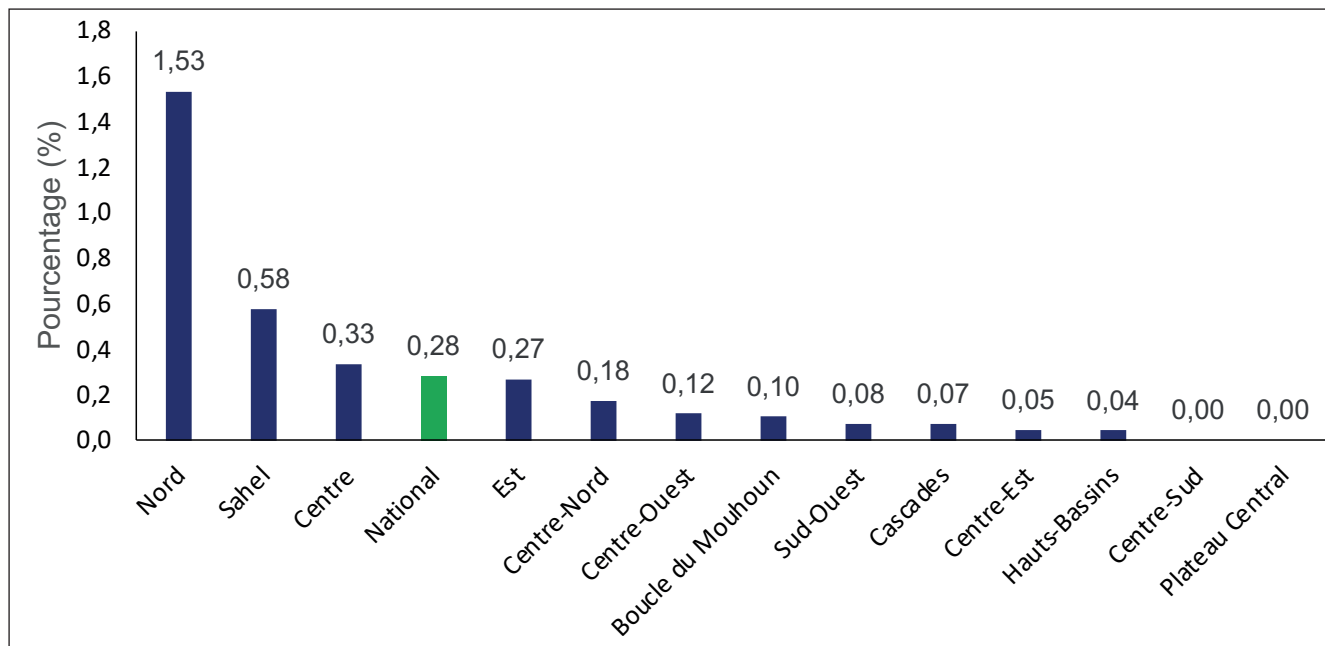


Source : MSHP, Annuaire statistiques de 2014 à 2023

Graphique 4. 21: Évolution de la létalité liée à la césarienne entre 2014 et 2023

4.4.1.2 Létalité liée à la césarienne par région en 2023

En 2023, les régions du Nord (1,53%), du Sahel (0,58%) et du Centre (0,33%) avaient les taux de létalité liés à la césarienne supérieurs au niveau national. Les régions du Centre-Sud et le Plateau Central avaient des taux de létalité nuls (Graphique 4. 22).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 22: Répartition de la létalité liée aux césariennes par région en 2023

4.5 Prématurité et faible poids de naissance

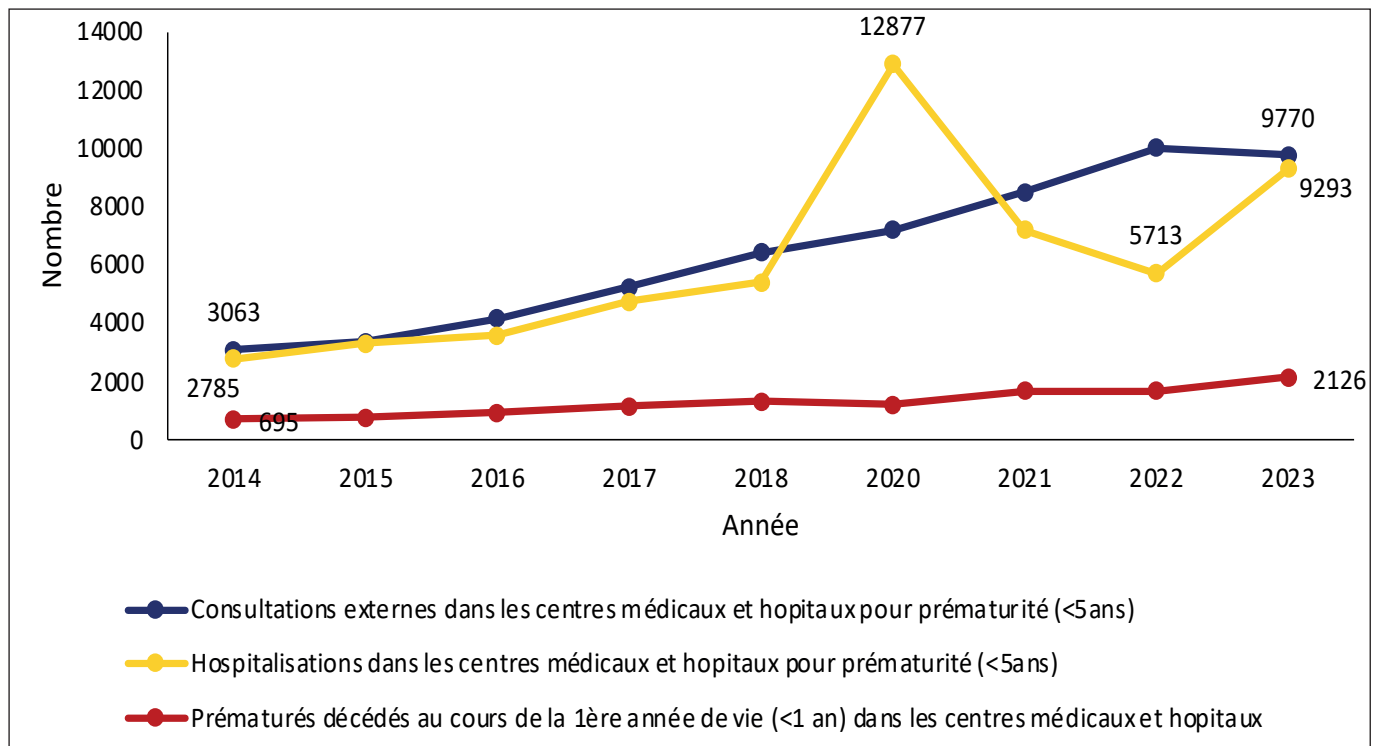
La prématurité et le faible poids de naissance peuvent avoir de graves conséquences sur la santé des nouveau-nés, notamment le risque de problèmes respiratoires, de troubles neurologiques, de troubles de la croissance et du développement, ainsi que de maladies infectieuses. Ces enfants ont également un risque accru de décès pendant les premiers jours, semaines ou mois de leur vie. Ce sont des conditions qui nécessitent des soins spécifiques en néonatalogie.

4.5.1 Prématurité

4.5.1.1 Tendances de la prématurité dans les centres médicaux et hôpitaux de 2014 à 2023

La prématurité figure parmi les 10 principales causes de décès dans les formations sanitaires au Burkina Faso depuis 2014 et connaît une tendance à la hausse passant de 695 décès au cours de la 1^{ère} année de vie en 2014 à 2 126 décès en 2023.

Les consultations externes et les hospitalisations pour cause de prématurité ont une tendance globalement croissante, passant respectivement de 3 063 en 2014 à 9 770 en 2023 et de 2 785 en 2014 à 9 293 en 2023 dans les centres médicaux et hôpitaux (Graphique 4. 23).

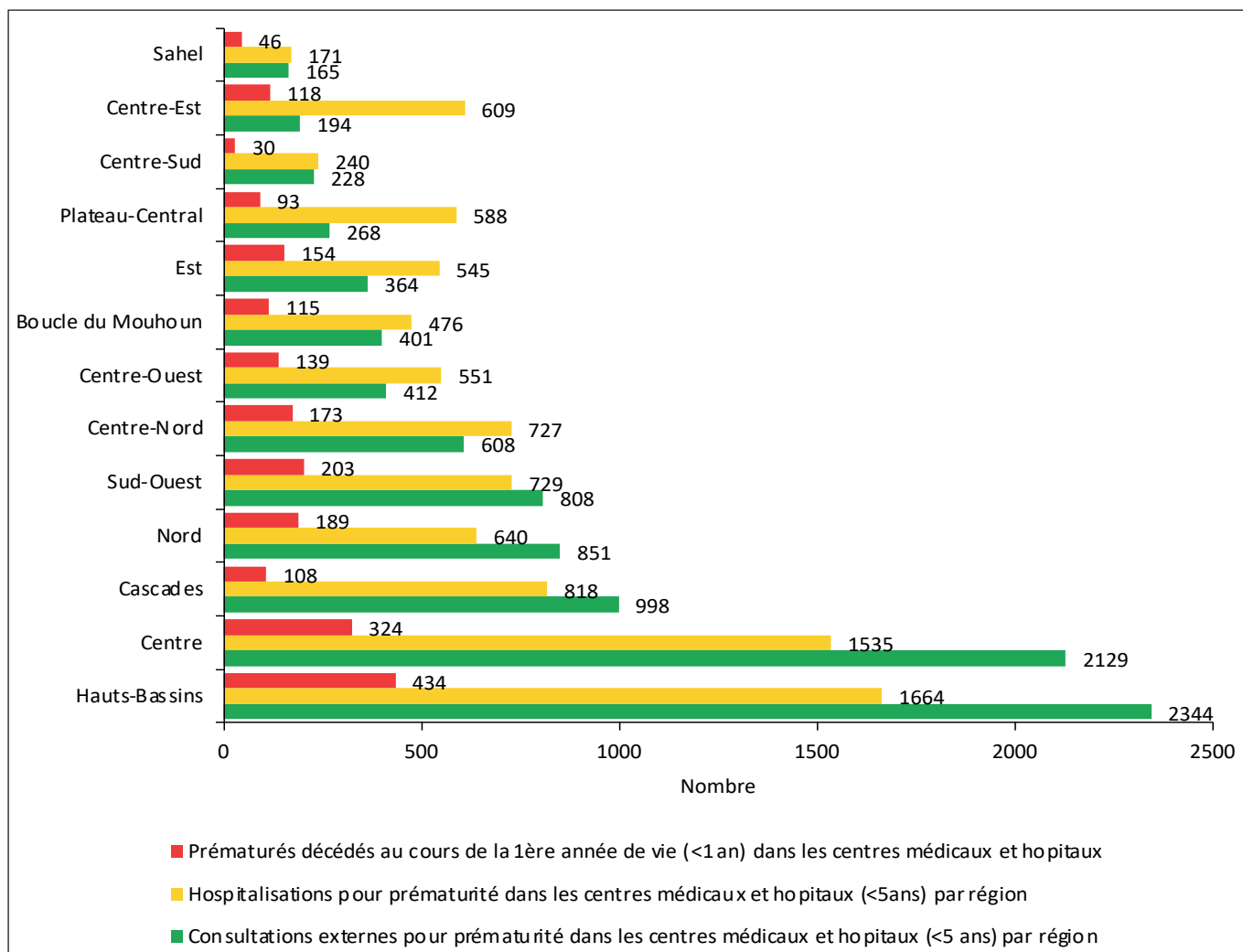


Source : MSHP, *Annuaire statistique 2014-2023*

Graphique 4. 23: Consultations externes, hospitalisation et décès dans les centres médicaux et hôpitaux pour prématurité de 2014 à 2023

4.5.1.2 Consultations externes, hospitalisations et décès pour prématurité par région en 2023

Les consultations externes, les hospitalisations et les décès dans les centres médicaux et hôpitaux pour prématurité étaient plus enregistrés dans les régions des Hauts bassins (2 344, 1 664 et 434 cas) et du Centre (2 129 ,1 535 et 324 cas) en 2023 (Graphique 4. 24).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 24: Consultations externes et hospitalisations pour prématurité dans les centres médicaux et hôpitaux selon la région en 2023

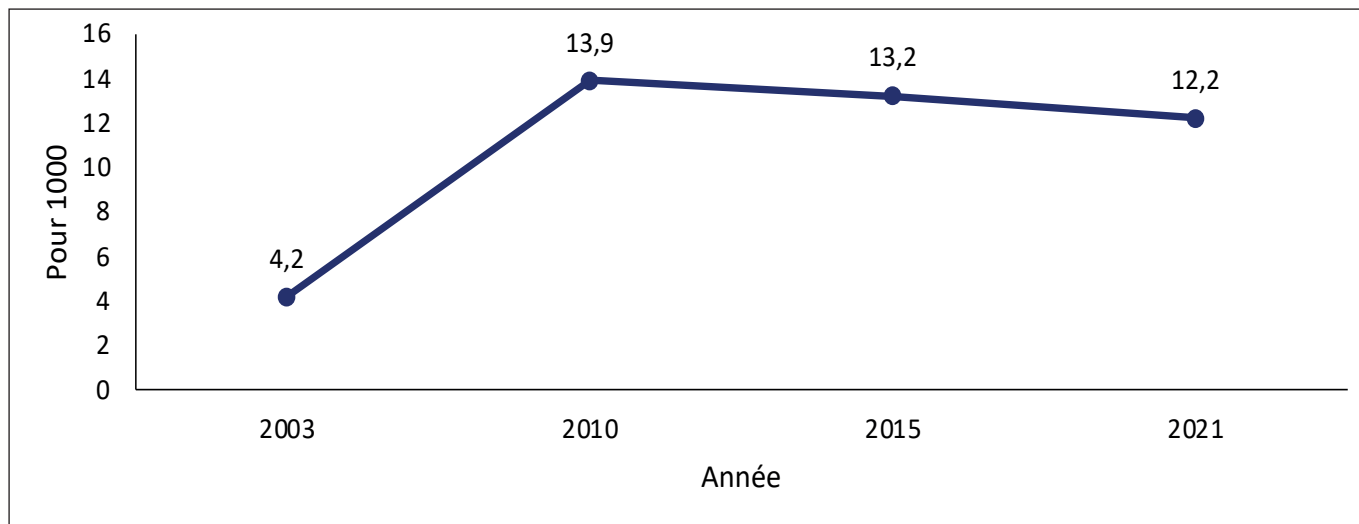
4.5.2 Faible poids de naissance

Le faible poids à la naissance, encore appelé insuffisance pondérale à la naissance, est défini comme un poids à la naissance qui est inférieur à 2500 grammes⁵². C'est un problème de santé publique significatif au niveau mondial en général et en particulier au Burkina Faso. Il est associé à toute une série de conséquences à court et à long terme chez l'enfant.

4.5.2.1 Evolution des proportions des faibles poids à la naissance

Les proportions du faible poids à la naissance (moins de 2 500g) connaissent une légère baisse depuis 2010, passant de 13,9% en 2010 à 12,2% en 2021 (Graphique 4. 25).

52 INSD, EDS 2021

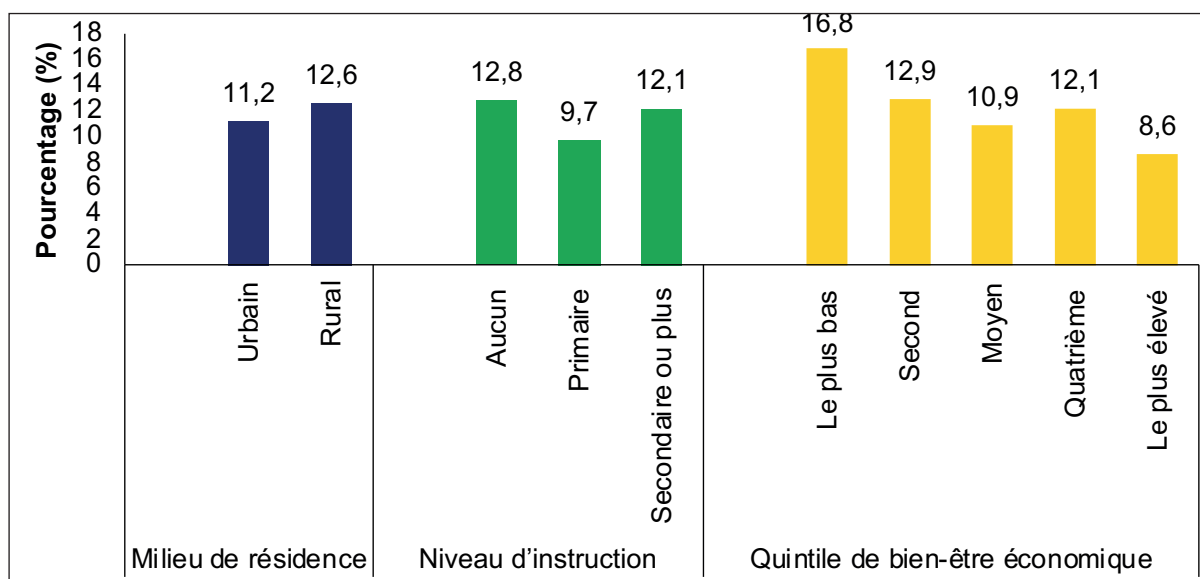


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 25: Evolution des proportions des faibles poids à la naissance parmi les naissances vivantes

4.5.2.2 Faibles poids de naissance selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Les mères avec un quintile de bien-être économique le plus bas (16,8%), sans niveau d'instruction (12,8%) et du milieu rural (12,6%) étaient plus à risque de donner naissance à des enfants de faibles poids (Graphique 4. 26).

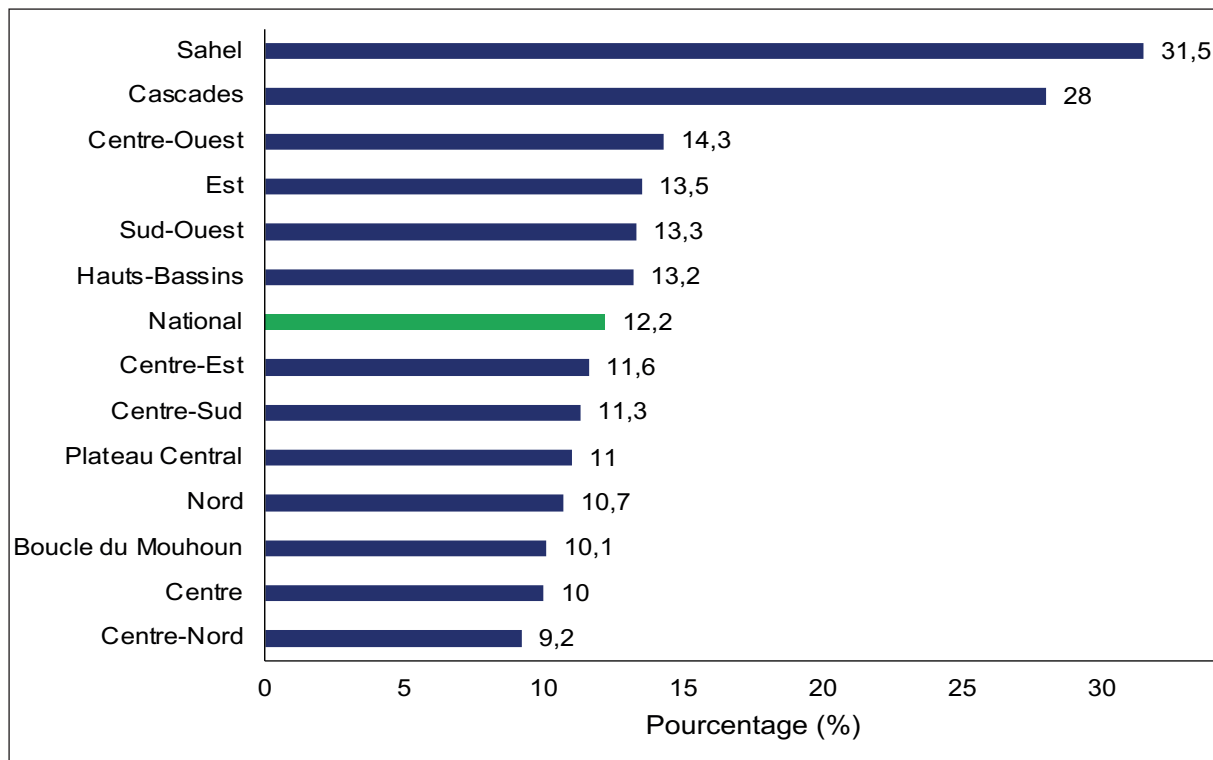


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 26: Répartition des faibles poids de naissance selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.5.2.3 Faibles poids à la naissance par région en 2021

Selon les données de l'EDS 2021, les plus fortes proportions du faible poids à la naissance ont été enregistrées dans les régions du Sahel (31,5%), des Cascades (28%), du Centre Ouest (14,3%) et de l'Est (13,5%). Les faibles proportions étaient enregistrées dans les régions du Centre Nord (9,2%), du Centre (10%), de la Boucle du Mouhoun (10,1%) et du Nord (10,7%) (Graphique 4. 27).



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 27 : Proportion des faibles poids à la naissance parmi les naissances vivantes par région en 2021

4.6 Allaitement maternel

L'allaitement maternel est l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé et d'assurer la survie de l'enfant. Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons. Il est sûr, propre et contient des anticorps qui les protègent de nombreuses maladies infantiles courantes⁵³. Le lait maternel apporte toute l'énergie et les nutriments dont le nourrisson a besoin pendant les six premiers mois de vie et continue de couvrir la moitié ou plus de ses besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie et jusqu'à un tiers de ceux-ci pendant la deuxième année⁵⁴. C'est ainsi que l'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants commencent à être allaités dans l'heure qui suit leur naissance et qu'ils soient nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie⁵⁵. À partir de l'âge de six mois, les enfants doivent commencer à consommer des aliments de compléments sûrs et adéquats, tout en continuant d'être allaités au sein jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus⁵⁶.

4.6.1 Initiation précoce à l'allaitement

4.6.4.1 Evolution de l'initiation précoce à l'allaitement

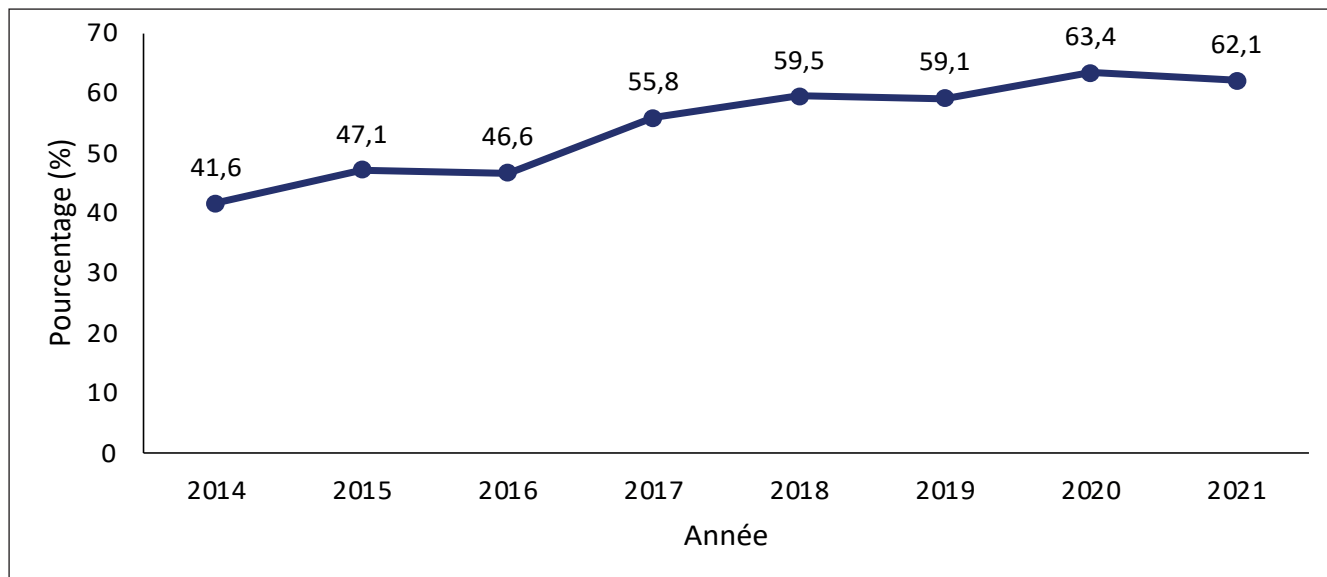
De 2014 à 2021, les proportions d'initiation précoce à l'allaitement ont connu une tendance à la hausse passant de 41,6% en 2014 à 62,1% en 2021. Les enquêtes nutritionnelles nationales réalisées selon la méthodologie SMART en 2022 et 2023 n'ont pas couvert tout le pays du fait de l'insécurité (Graphique 4. 28).

⁵³ https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

⁵⁴ https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

⁵⁵ https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

⁵⁶ https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

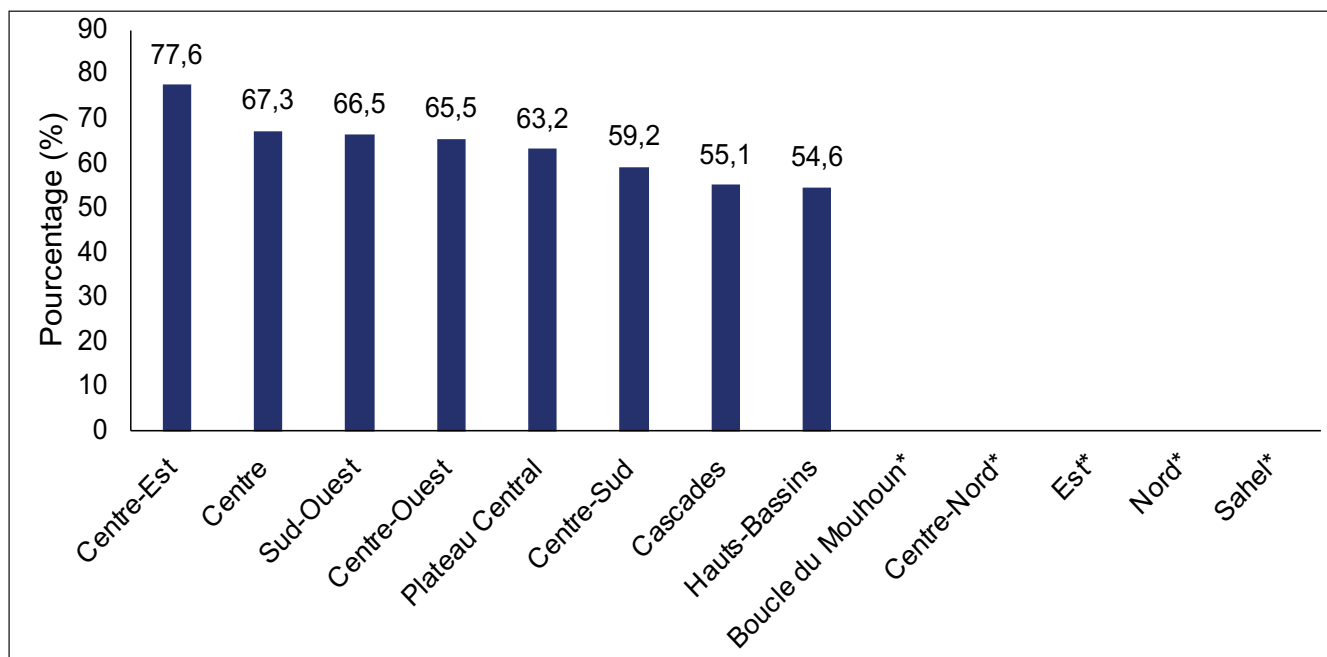


Source : MSHP, Enquêtes nutritionnelles nationales 2014-2021

Graphique 4. 28 : Évolution des proportions de l'initiation précoce à l'allaitement de 2014 à 2021

4.6.4.2 Initiation précoce à l'allaitement par région en 2023

En 2023, les proportions de l'initiation précoce à l'allaitement les plus élevées ont concerné les régions du Centre-Est (77,6%) et du Centre (67,3%). Les plus faibles proportions ont été enregistrées dans les régions des Hauts-Bassins (54,6%) et des Cascades (55,1%) (Graphique 4. 29).



* Régions non couvertes par l'enquête nutritionnelle nationale 2023 à cause du défi sécuritaire

Source : MSHP, Enquête nutritionnelle nationale 2023

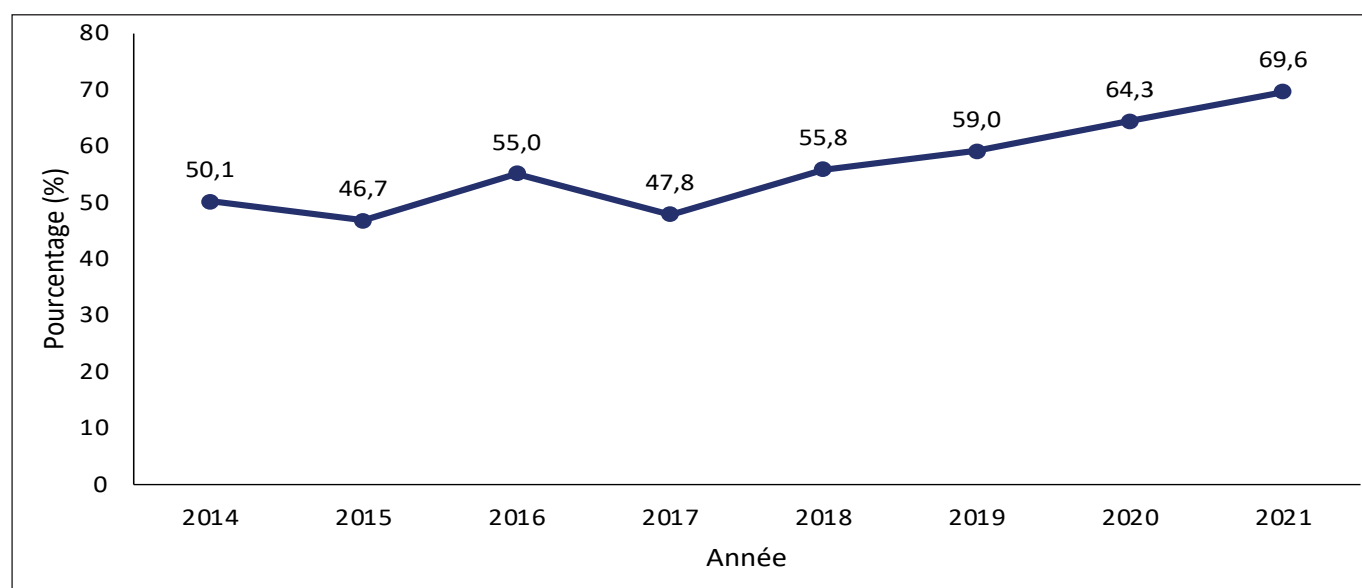
Graphique 4. 29 : Proportions de l'initiation précoce à l'allaitement par région en 2023

4.6.2 Allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois

4.6.2.1 Evolution de la prévalence de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois

Entre 2014 et 2021, la proportion d'enfants allaités exclusivement au cours des 6 premiers mois a progressivement augmenté, passant de 50,1% en 2014 à 69,6% en 2021 (Graphique 4. 30).

Bien que ces taux aient atteint la cible mondiale définie pour l'horizon 2025 (au moins 50%), l'objectif du plan de passage à l'échelle (80%) de la promotion des pratiques optimales d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2013-2025) n'a pas été atteint⁵⁷.

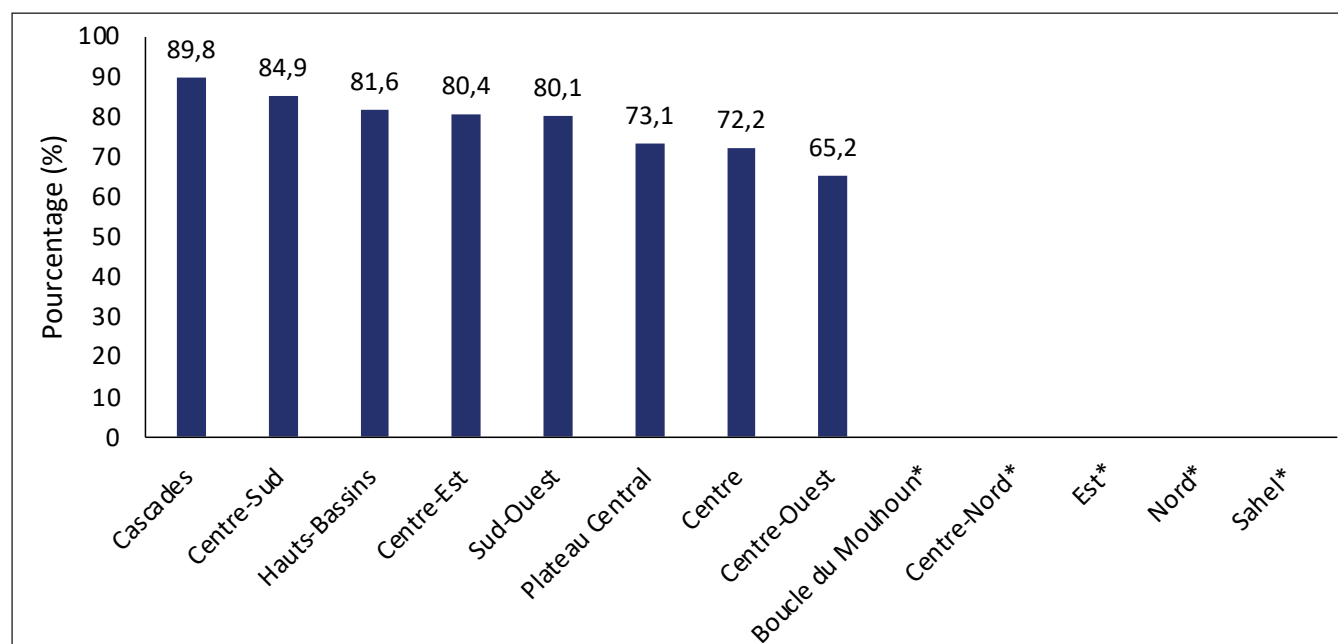


Source : MSHP, Enquêtes nutritionnelles nationales 2014-2021

Graphique 4. 30: Evolution du taux d'enfants exclusivement allaités au cours des 6 premiers mois

4.6.2.2 Prévalence de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois par région en 2023

En 2023, les plus fortes proportions d'enfants allaités exclusivement ont été enregistrées dans les régions des Cascades (89,9%) et du Centre-Sud (84,9%). Les plus faibles proportions de la pratique de l'allaitement exclusif étaient observées dans les régions du Centre (72,2%) et du Centre-Ouest (65,2%) (Graphique 4. 31).



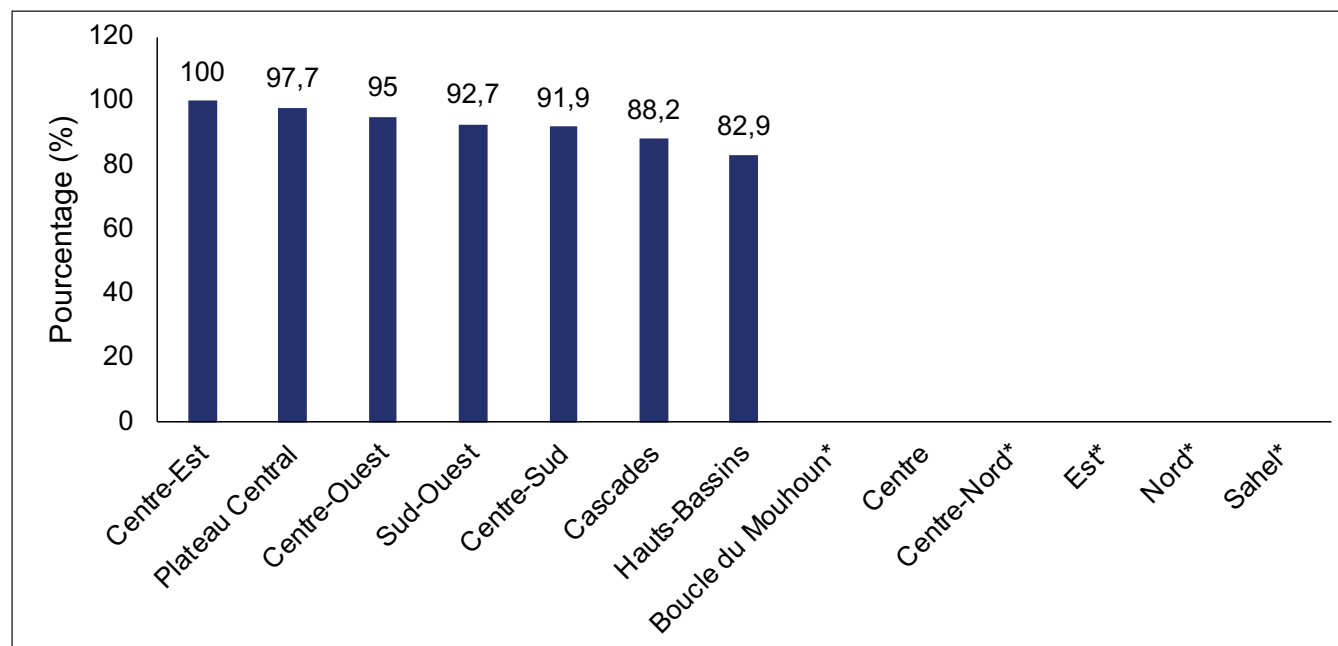
* Régions non couvertes par l'enquête nutritionnelle nationale 2023 à cause du défi sécuritaire

Source : MSHP, Enquête nutritionnelle nationale 2023

Graphique 4. 31: Taux d'enfants exclusivement allaités au cours des 6 premiers mois par région en 2023

4.6.3 Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 1 an

En 2023, les plus fortes proportions d'enfants allaités exclusivement ont été enregistrées dans les régions du Centre-Est (100%) et du Plateau-Central (97,7%). Les plus faibles proportions de la pratique de l'allaitement exclusif étaient observées dans les régions des Cascades (88,2%) et des Hauts-Bassins (82,9%) (Graphique 4. 32).



* Régions non couvertes par l'enquête nutritionnelle nationale 2022 à cause du défi sécuritaire

Source : MSHP, Enquête nutritionnelle nationale 2023

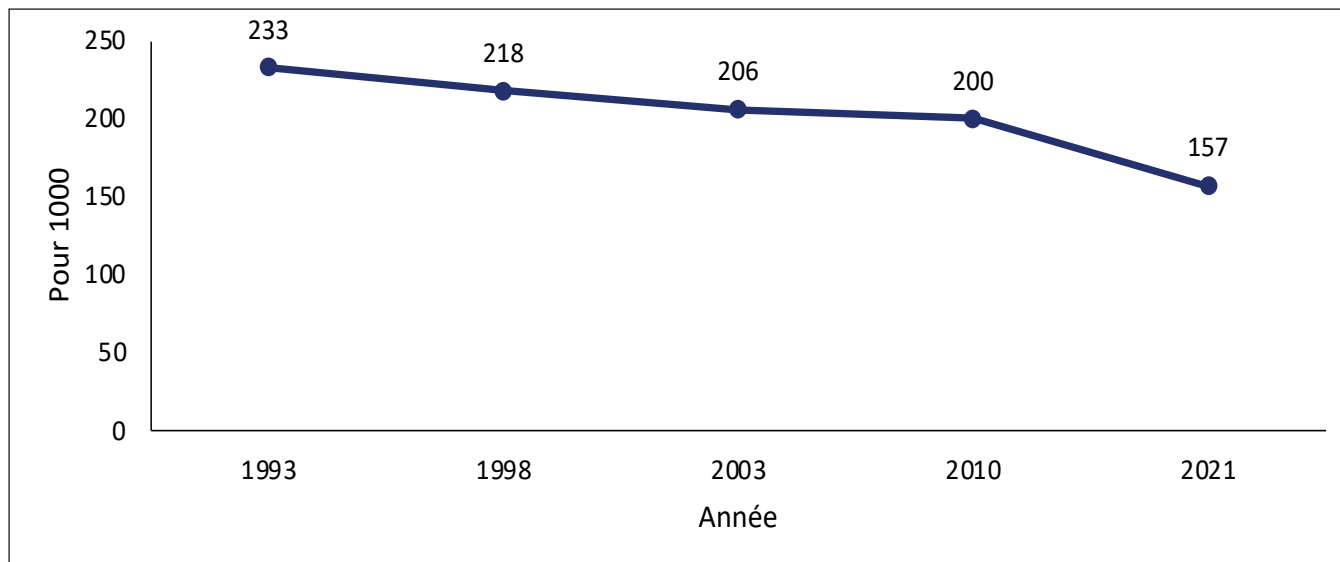
Graphique 4. 32 : Répartition de la proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois encore allaités selon la région en 2023

4.7 Fécondité

4.7.1 Fécondité chez les femmes en âge de procréer

4.7.1.1 Evolution du taux de fécondité chez les femmes en âge de procréer

Le taux global de fécondité générale connaît une tendance à la baisse de 1993 à 2021, passant de 233 à 149 naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15-44 (Graphique 4. 33).

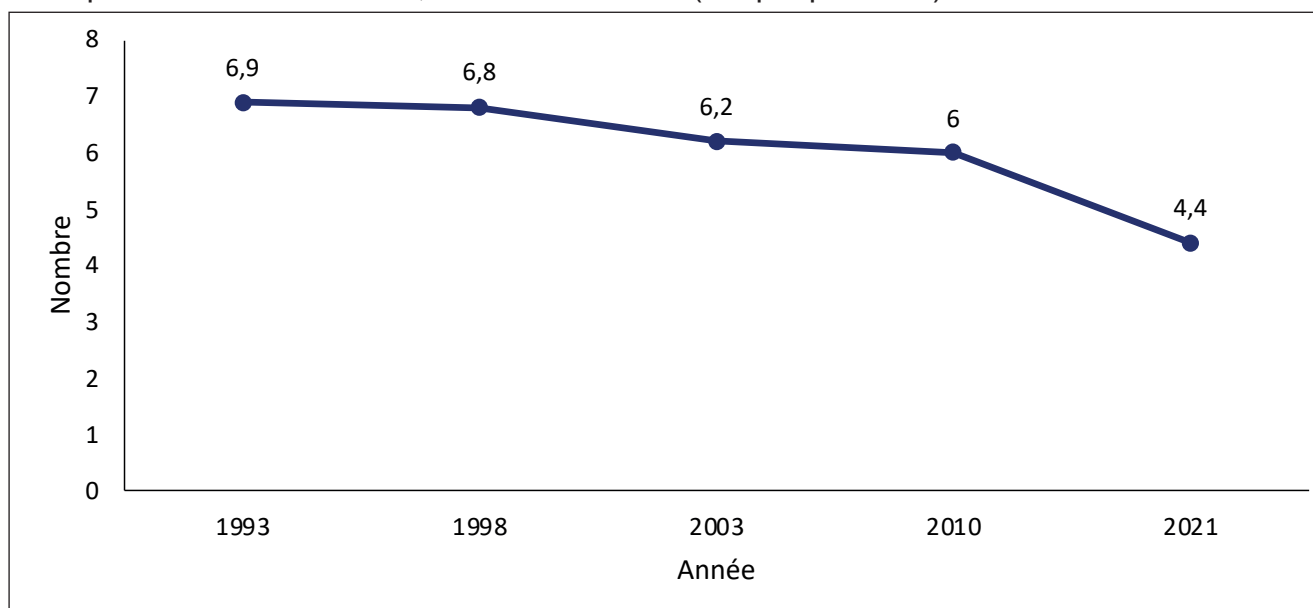


Source : INSD, EDS 1993, 1998, 2003, 2010 et 2021

Graphique 4. 33: Evolution du taux global de fécondité générale de 1993 à 2021

4.7.1.2 Evolution de l'indice synthétique de fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF)⁵⁸ connaît une tendance à la baisse, passant de 6,9 enfants par femme en 1993 à 4,4 enfants en 2021 (Graphique 4. 34).



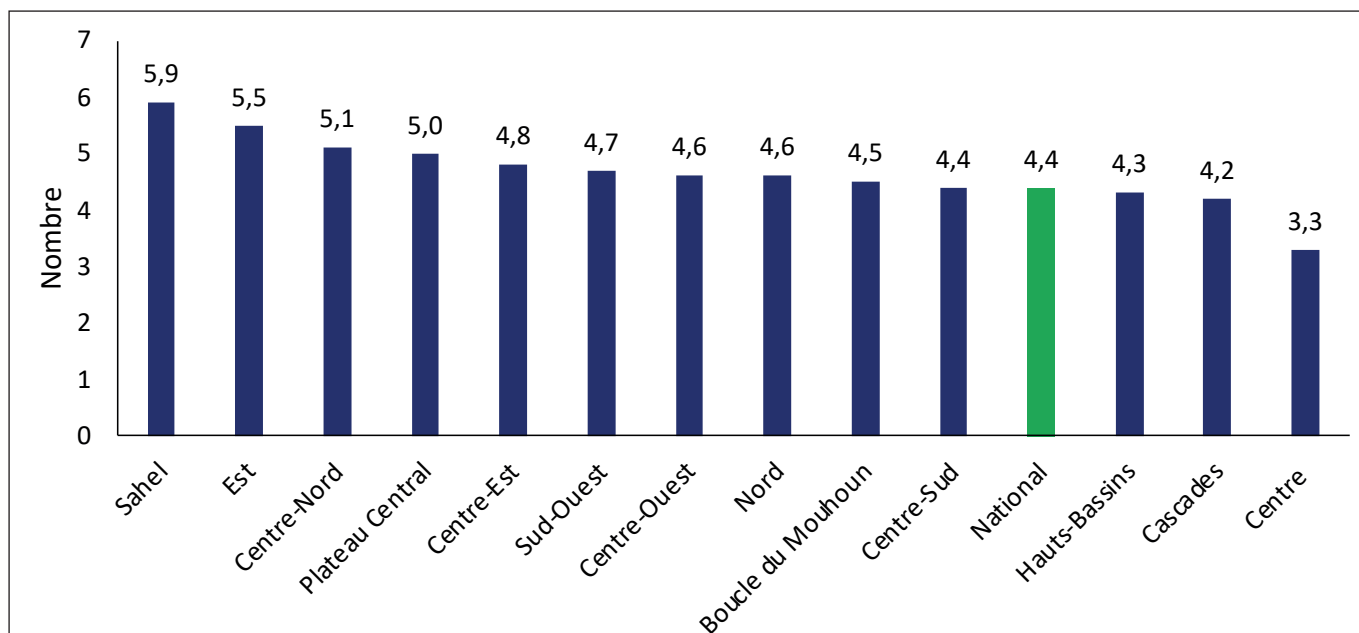
Source : INSD, EDS 1993, 1998, 2003, 2010 et 2021

Graphique 4. 34: Evolution de l'indice synthétique de fécondité de 1993 à 2021

4.7.1.3 Indice synthétique de fécondité par région en 2021

En 2021, les régions du Sahel (5,9), de l'Est (5,5), du Centre-Nord (5,1) et du Plateau Central (5) enregistraient un ISF supérieur ou égal à 5. Par contre, les régions des Hauts-Bassins (4,3), des Cascades (4,2) et du Centre (3,3) avaient un ISF inférieur au niveau national (4,4) (Graphique 4. 35).

⁵⁸ Nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait au cours de sa vie reproductive si elle mettait au monde des enfants aux taux actuels de fécondité. Les taux de fécondité par âge sont calculés sur les 3 années précédant l'enquête, basés sur l'historique des grossesses fourni par les femmes.



Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 35: Indice synthétique de fécondité par région en 2021

4.7.2 Fécondité chez les adolescents

Les adolescents jouent un rôle important dans la dynamique démographique du Burkina Faso. Le niveau de fécondité encore élevé (20 %) en 2021 s'explique en grande partie par une entrée très précoce dans la vie féconde⁵⁹, qui commence généralement dès l'adolescence. La maternité chez les adolescentes particulièrement, est classée comme un problème de santé publique majeur par l'OMS. Selon le rapport d'étude sur la grossesse chez les adolescentes, les grossesses chez les adolescentes ont des répercussions sanitaires, sociales et économiques graves⁶⁰. Elles contribuent au cycle des décès maternels. La maternité à un âge très précoce accroîtrait non seulement le risque de mourir en couches, mais elle met aussi en danger le bien-être des mères qui survivent, et celui de leurs enfants.⁶¹

4.7.2.1 Adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà débuté leur vie féconde par milieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique

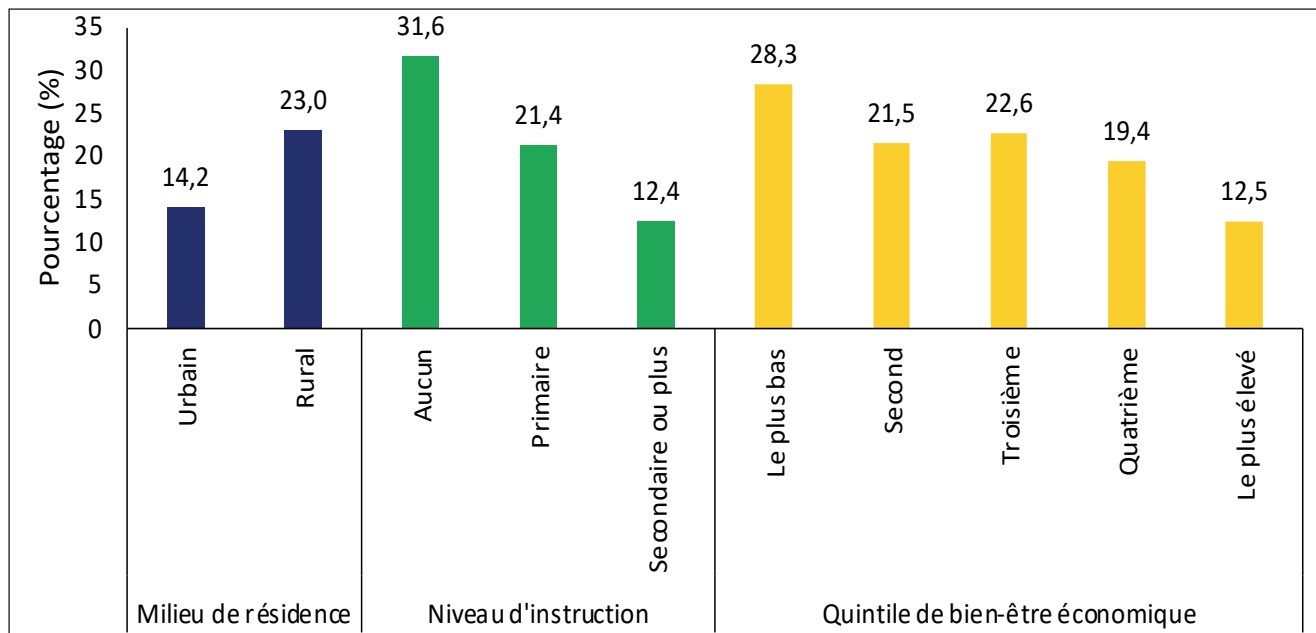
Le pourcentage d'adolescentes qui ont débuté leur vie féconde était de 23% en milieu rural et de 14,2% en milieu urbain en 2021.

Selon le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique, il était plus élevé chez les adolescentes ayant aucun niveau d'instruction (31,6%) et chez les adolescentes vivant dans les ménages avec le quintile de bien-être économique le plus bas (28,3%) (Graphique 4. 36).

⁵⁹ Jeunes filles de 15-19 ans qui ont déjà été enceintes (quel que soit l'issue de la grossesse) ou qui sont actuellement enceintes.

⁶⁰ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=aux%20adolescentes%20mari%C3%A9es,-La%20grossesse%20chez%20les%20adolescentes%20est%20un%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne%20mondial%20dont,donn%C3%A9es%20n%C3%A9cessaires%20pour%20la%20pr%C3%A9venir>

⁶¹ BASSINGA, H., Jacques, BADO., SAVADOGO, Y., OUEDRAOGO, C. S., NABIE, D., & SOURA, A. B. (2023). Fécondité des adolescentes et jeunes femmes de 15-24 ans au Burkina Faso : mécanismes de changement sur la période 2010-2021. *Lettres, Sciences sociales et humaines*, 39(2), 121-145.

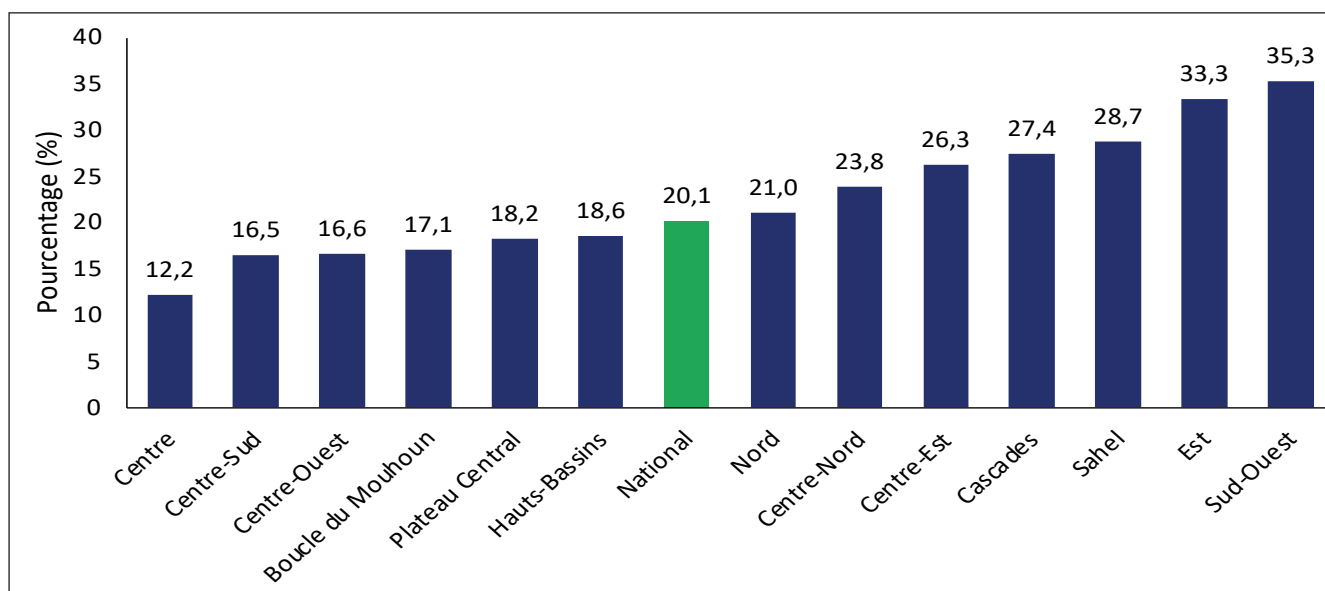


Source : EDS 2010 et 2021

Graphique 4. 36: Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà débuté leur vie féconde selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.7.1.2 Adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà débuté leur vie féconde par région en 2021

Le pourcentage des adolescentes qui ont déjà débuté leur vie féconde est plus élevé dans les régions du Sud-Ouest (35,3%) et de l'Est (33,3%). Il est plus faible dans la région du Centre (12,2%) (Graphique 4. 37).

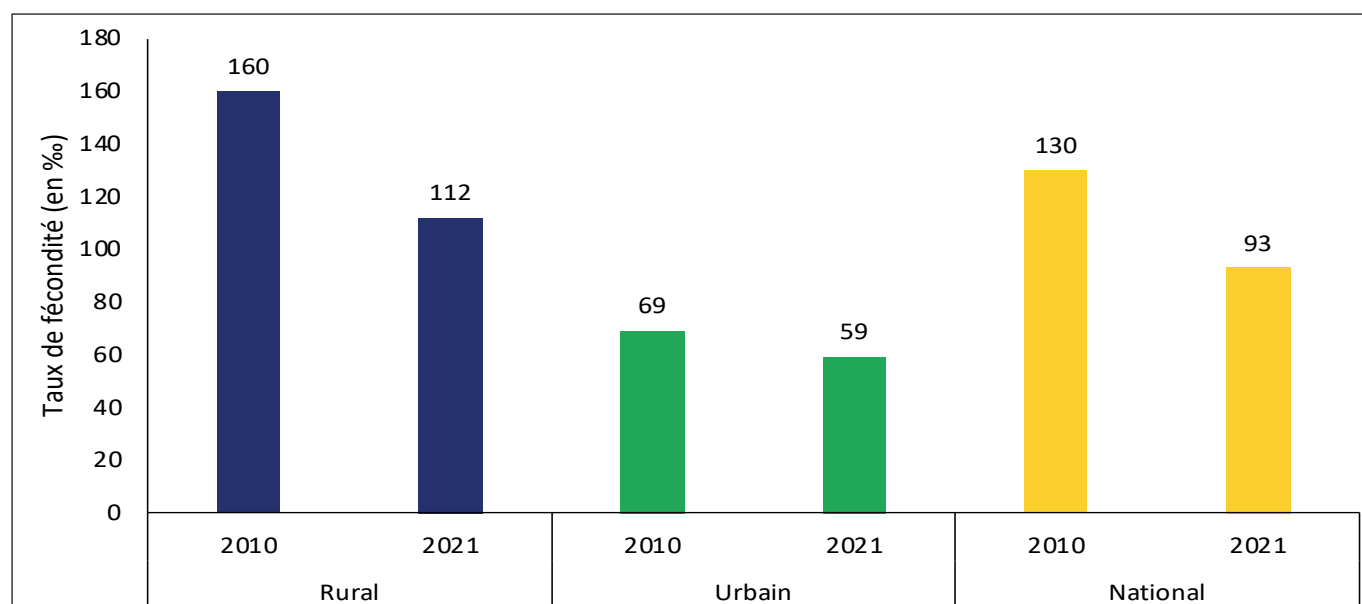


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 37: Pourcentage des adolescentes qui ont déjà débuté leur vie féconde selon les régions en 2021

4.7.1.3 Niveau de fécondité des adolescentes

Le taux de fécondité des adolescentes a connu une baisse passant de 130‰ en 2010 à 93‰ en 2021. Selon le milieu de résidence, la baisse était plus rapide en milieu rural qu'en milieu urbain. En milieu rural, il est passé de 160‰ en 2010 à 112‰ en 2021 alors qu'en milieu urbain, il est passé de 69‰ en 2010 à 59‰ en 2021 (Graphique 4. 38).

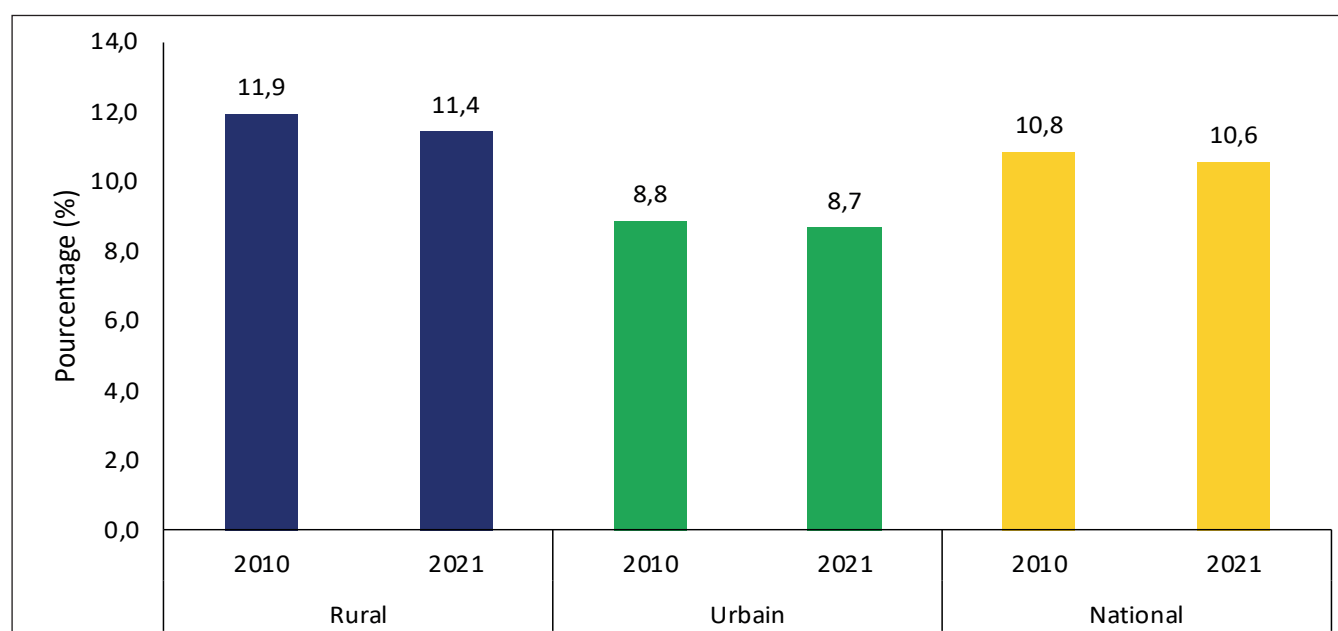


Source : INSD, EDS 2010 et 2021

Graphique 4. 38: Taux de fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence en 2010 et 2021

4.7.1.4 Contribution des adolescentes à l'indice synthétique de fécondité

La contribution des adolescentes à l'indice synthétique de fécondité (ISF) est restée presque stable entre 2010 et 2021 aussi bien au niveau national que selon le milieu de résidence. Elle est passée de 10,8% en 2010 à 10,6% en 2021 au niveau national (Graphique 4. 39).



Source : INSD, EDS 2010 et 2021

Graphique 4. 39: Contribution des adolescentes à l'ISF selon le milieu de résidence en 2010 et 2021

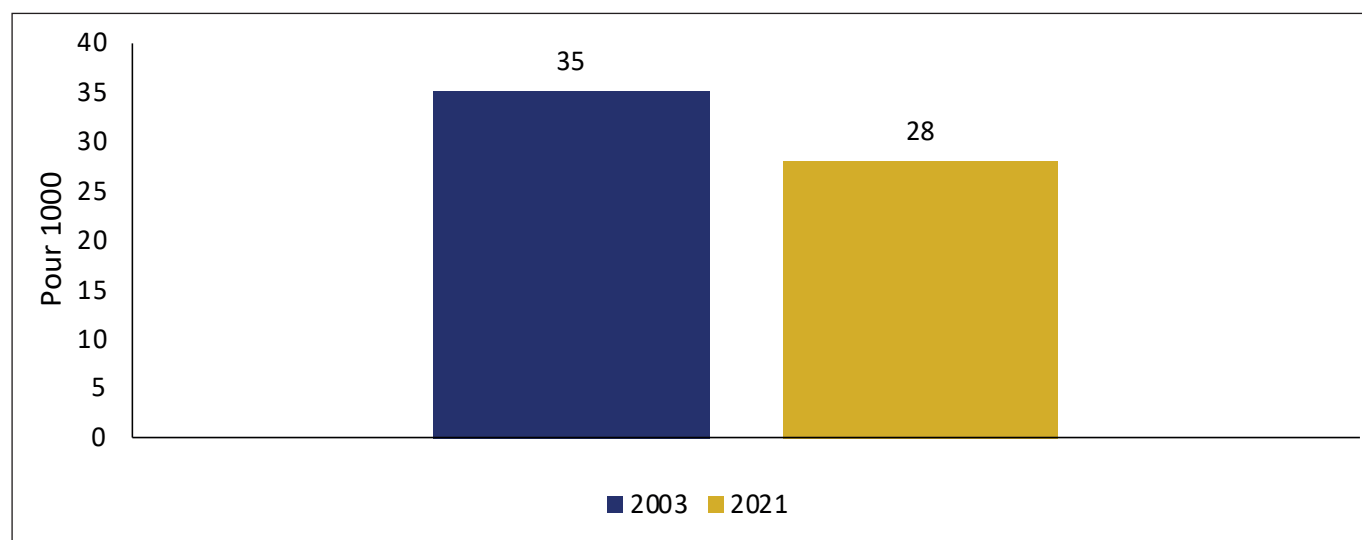
4.8 Mortalité périnatale, néonatale et infantile

Selon les statistiques nationales, le risque de décès avant la première année de vie a beaucoup diminué au Burkina Faso. Malgré ces avancées notables constatées ces dernières années, la mortalité périnatale⁶², néonatale⁶³ et la mortalité infantile⁶⁴ demeurent une préoccupation majeure pour le Burkina Faso.

4.8.1 Mortalité périnatale

4.8.1.1 Evolution du taux de mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est passé de 35 pour 1000 grossesses en 2003 à 28 pour 1000 grossesses en 2021 (Graphique 4. 40).



Source : INSD, EDS 2003 et 2021.

Graphique 4. 40 : Evolution du taux de mortalité périnatale de 2003 à 2021

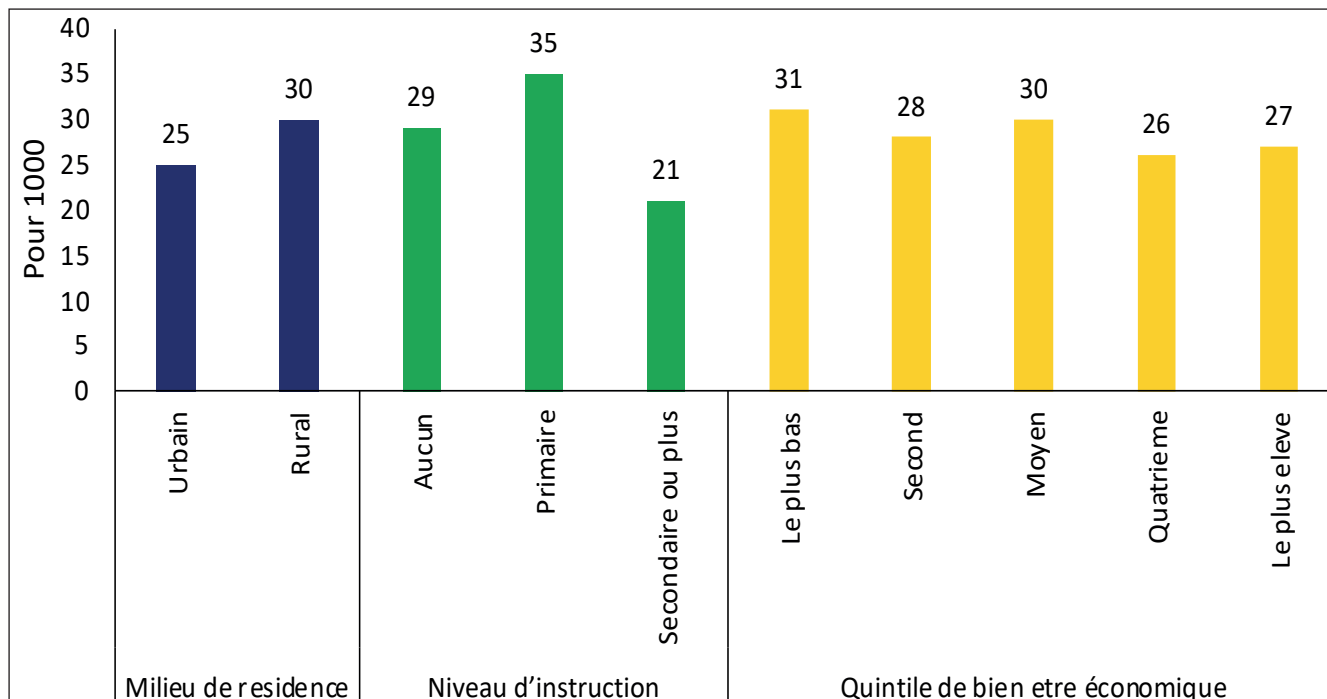
4.8.1.2 Taux de mortalité périnatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique

Selon l'EDS 2021, les risques de mortalité périnatale étaient plus élevés en milieu rural (30 ‰), quand la mère a le niveau d'instruction primaire (35 ‰) ou quand la mère vivait dans un ménage avec le quintile de bien-être économique le plus bas (31‰) (Graphique 4. 41).

⁶² Désigne le décès d'un fœtus de plus de 28 semaines d'aménorrhées ou le décès d'un nourrisson de moins d'un mois. Elle comprend les fausses couches, les mortinaissances et les décès néonataux.

⁶³ Désigne le décès survenu au cours des 28 premiers jours révolus

⁶⁴ Désigne le décès d'enfants nés vivants avant leur premier anniversaire.

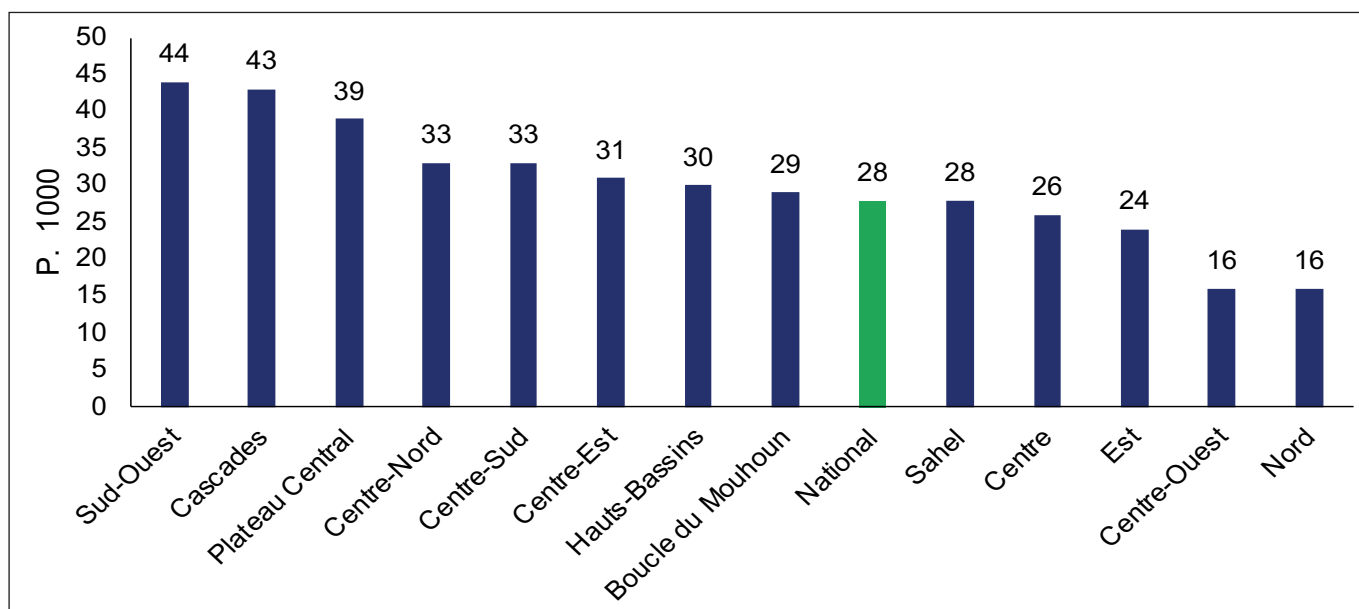


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 41 : Répartition du taux de mortalité périnatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.8.1.3 Taux de mortalité périnatale par région en 2021

Les taux de mortalité périnatale les plus élevés étaient enregistrés dans les régions du Sud-Ouest (44 ‰) et des Cascades (43 ‰). A l'opposé, les taux les plus faibles étaient enregistrés dans les régions du Nord (16 ‰) et du Centre-Ouest (16 ‰) (Graphique 4. 42).



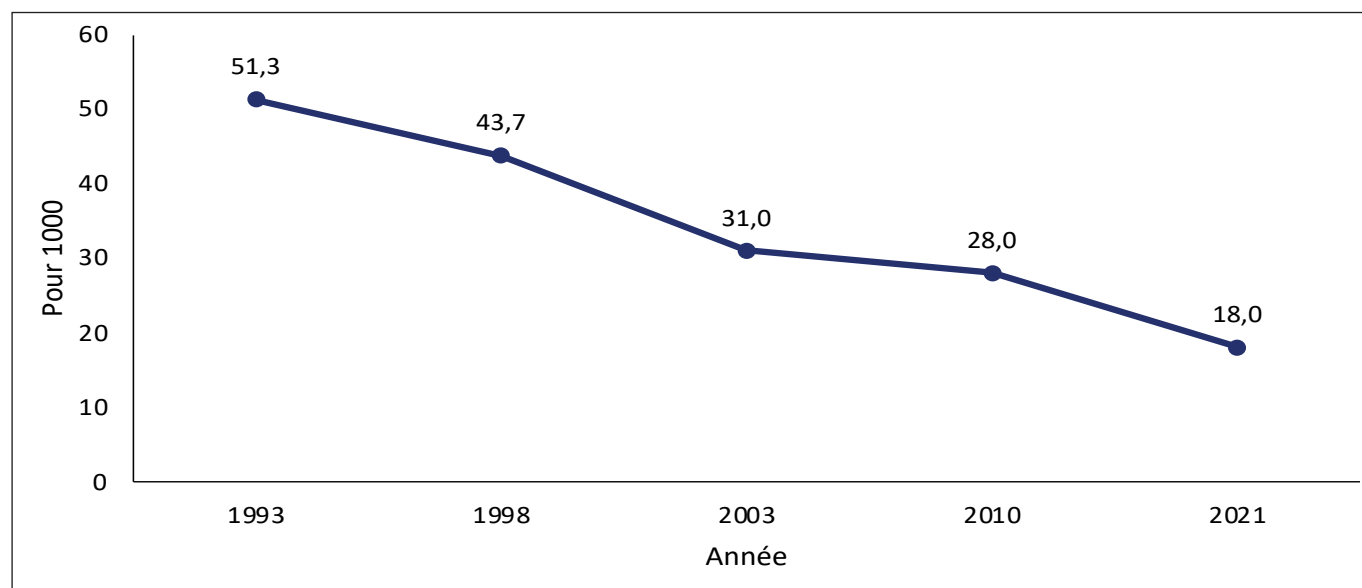
Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 42: Répartition du taux de mortalité périnatale par région en 2021

4.8.2 Mortalité néonatale

4.8.2.1 Evolution du taux de mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale est en baisse continue depuis 1993, passant de 51,3 décès pour 1000 naissances vivantes à 18 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021 (Graphique 4. 43).

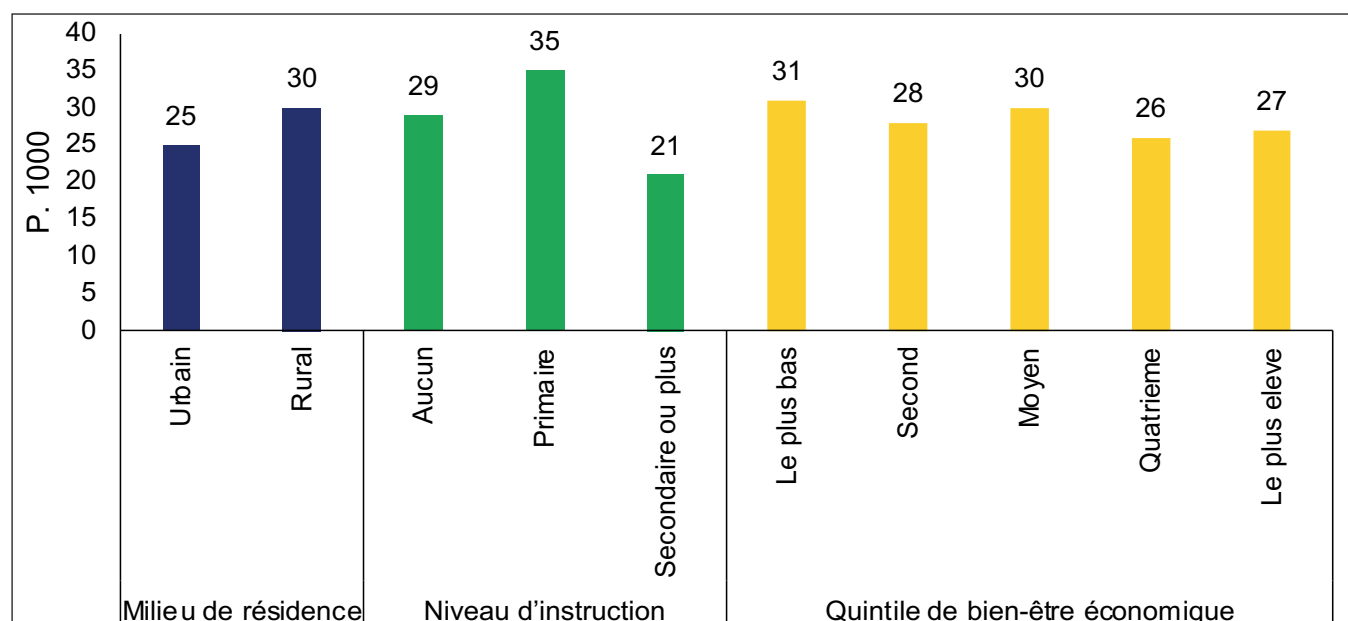


Source : INSD, EDS 1993, 1998, 2003, 2010 et 2021.

Graphique 4. 43: Evolution du taux de mortalité néonatale de 1993 à 2021

4.8.2.2 Taux de mortalité néonatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

En 2021, le risque de décès néonatal était le plus élevé en milieu rural (18 ‰), quand la mère avait le niveau d'instruction primaire (26 ‰) et quand l'enfant était né dans un ménage avec un niveau de bien-être économique moyen (23‰) (Graphique 4. 44).

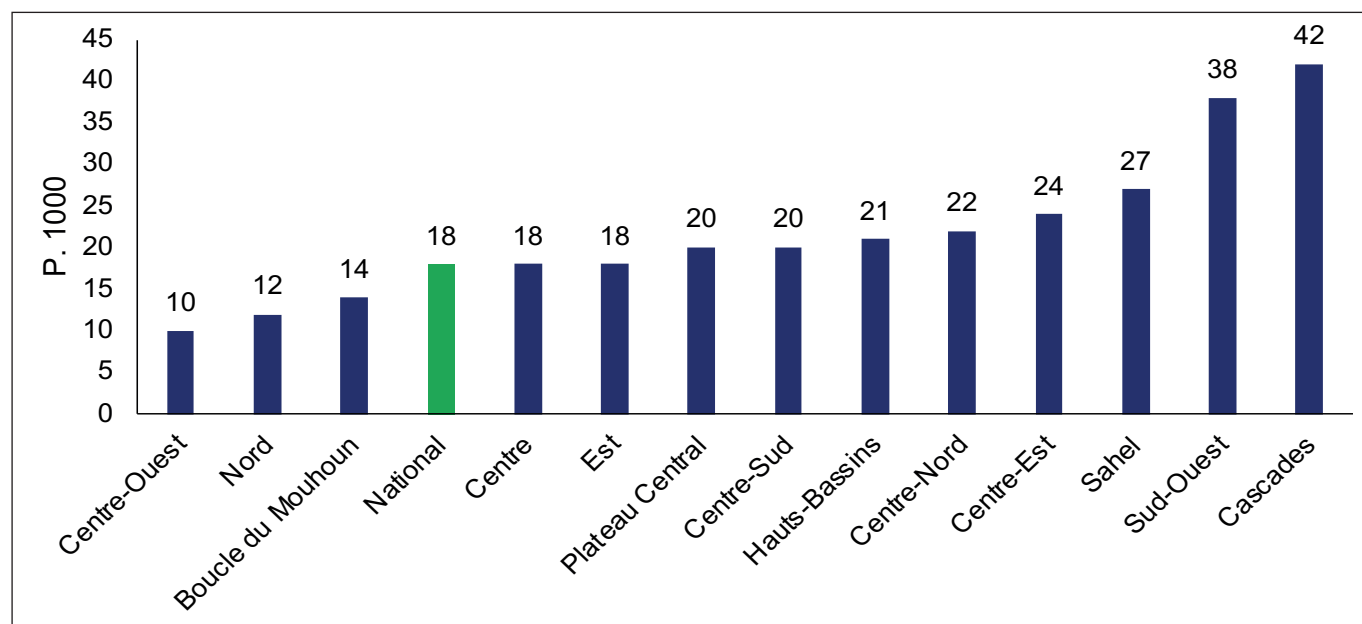


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 44: Répartition du taux de mortalité néonatale selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.8.2.3 Répartition du taux de mortalité néonatale par région en 2021

Le taux de mortalité néonatale était plus élevé dans les régions des Cascades (42‰), du Sud-Ouest (38‰) et du Sahel (27‰), tandis qu'il était plus faible dans celles du Centre-Ouest (10‰), du Nord (12‰) et de la Boucle du Mouhoun (14‰) en 2021 (Graphique 4. 45).



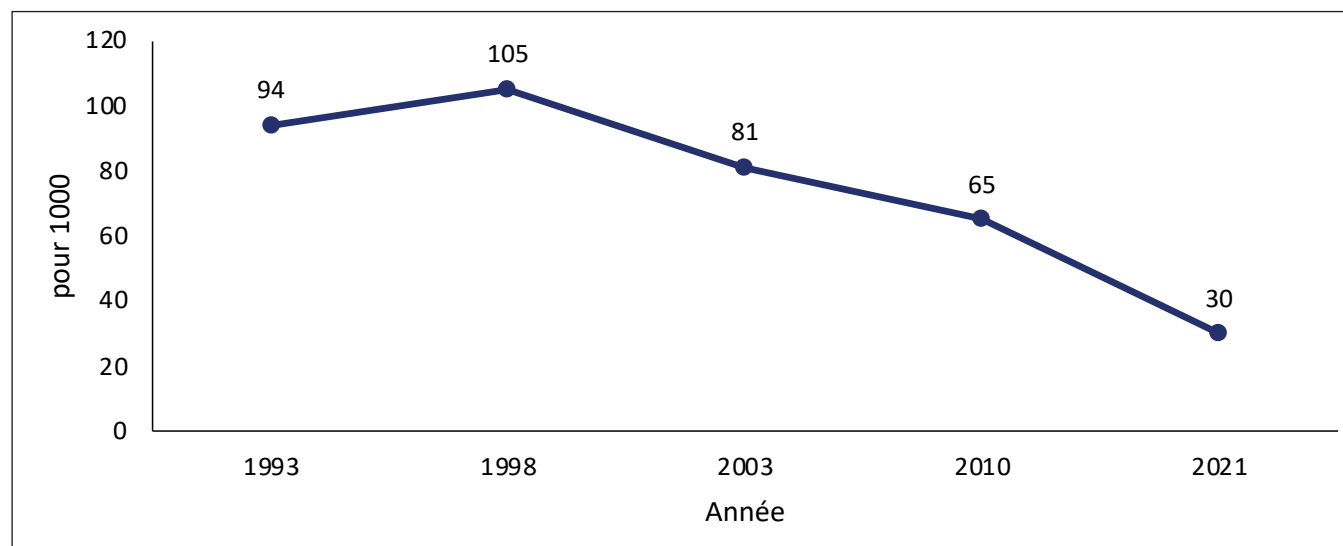
Source : INSD, EDS 2021.

Graphique 4. 45: Répartition du taux de mortalité néonatale par région en 2021

4.8.3 Mortalité infantile

4.8.3.1 Evolution du taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est en baisse continue depuis 1998, passant de 105 décès pour 1000 naissances vivantes à 30 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021 (Graphique 4. 46).

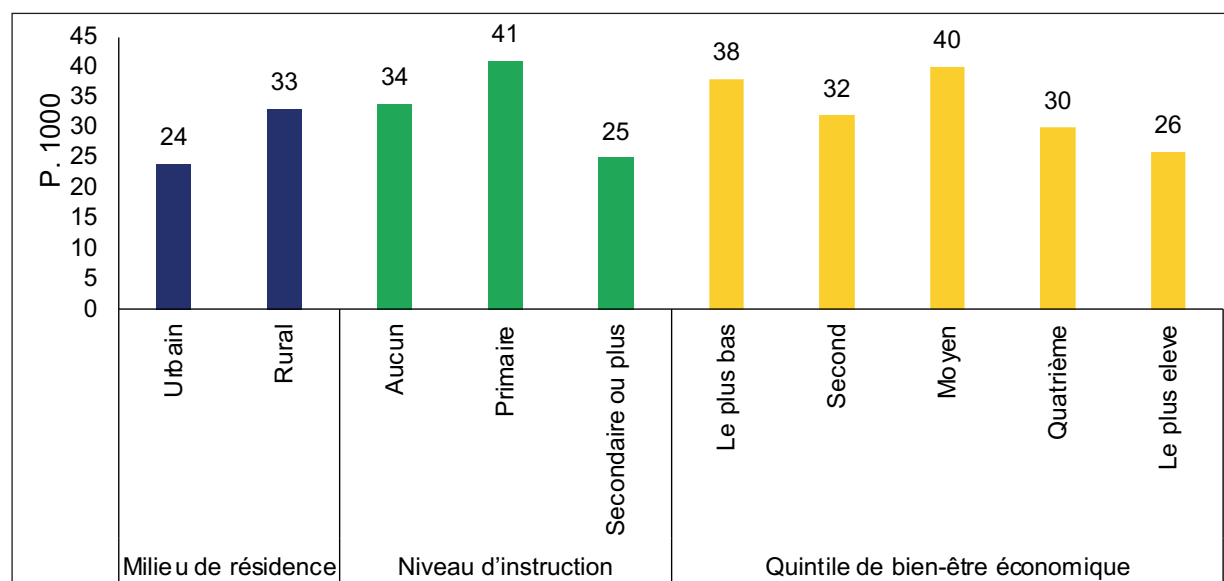


Source : INSD, EDS 1993, 1998, 2003, 2010 et 2021

Graphique 4. 46: Evolution du taux de mortalité infantile de 1993 à 2021

4.8.3.2 Taux de mortalité infantile selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

En 2021, le taux de mortalité infantile était plus élevé en milieu rural (33‰), quand la mère avait le niveau d'instruction primaire (41 ‰) et chez les enfants issus de ménage à niveau de bien-être économique moyen (40‰) (Graphique 4. 47).

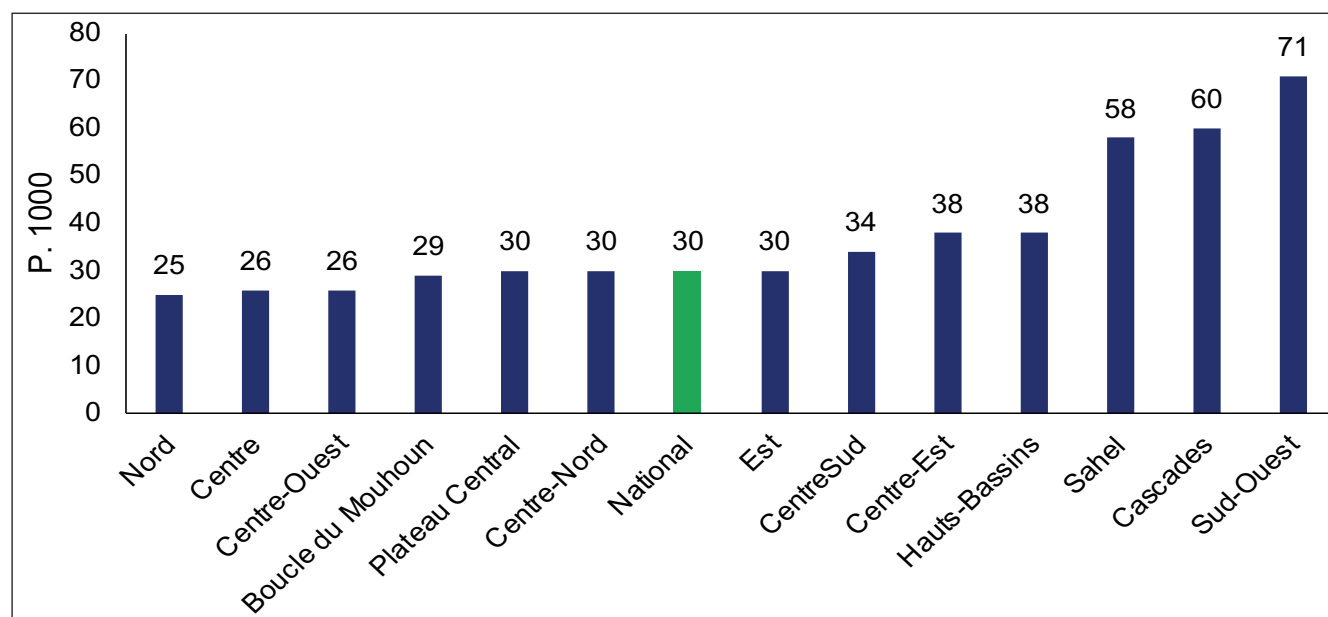


Source : INSD, EDS 2021

Graphique 4. 47: Taux de mortalité infantile selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique en 2021

4.8.3.3 Taux de mortalité infantile par région en 2021

Le taux de mortalité infantile était plus élevé dans les régions du Sud-ouest (71‰), des Cascades (60‰) et du Sahel (58‰), tandis qu'il était plus faible dans la région du Nord (25‰) (Graphique 4. 48).



Source : INSD, EDS 2021.

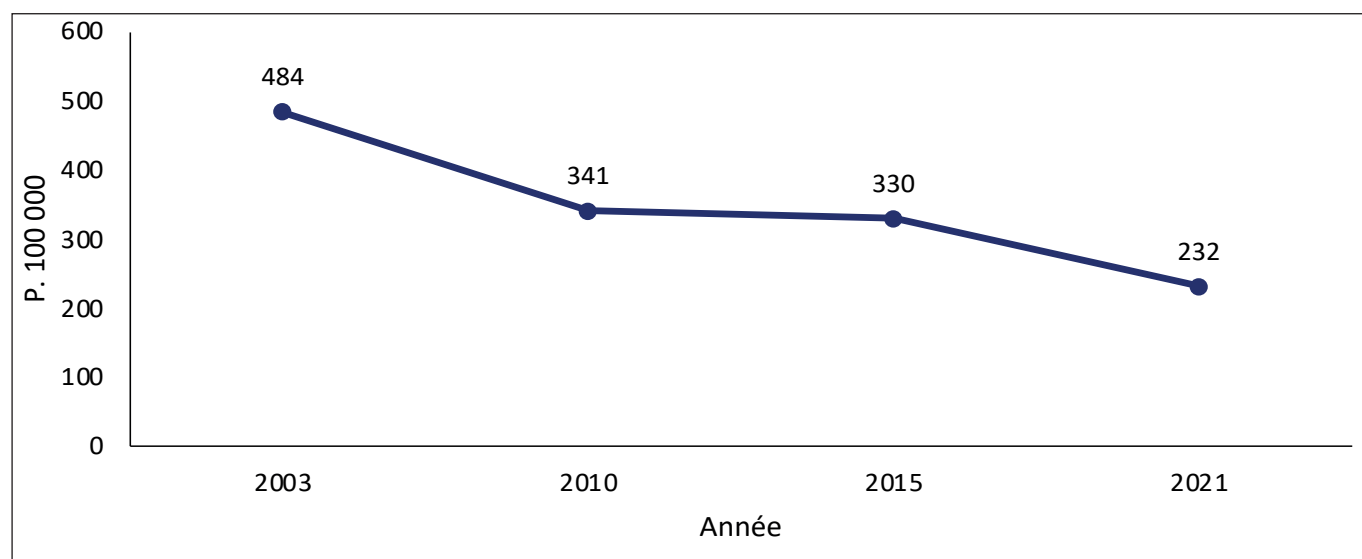
Graphique 4. 48: Taux de mortalité infantile par région en 2021

4.9 Mortalité maternelle

La mortalité maternelle demeure une préoccupation malgré les progrès notables enregistrés au Burkina Faso. Bien que le pays n'ait pas encore atteint la cible ODD qui est de moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, on note une baisse du niveau de la mortalité maternelle.

4.9.1 Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse

Le rapport de mortalité lié à la grossesse a une tendance à la baisse passant de 484 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 232 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2021 (Graphique 4. 49).

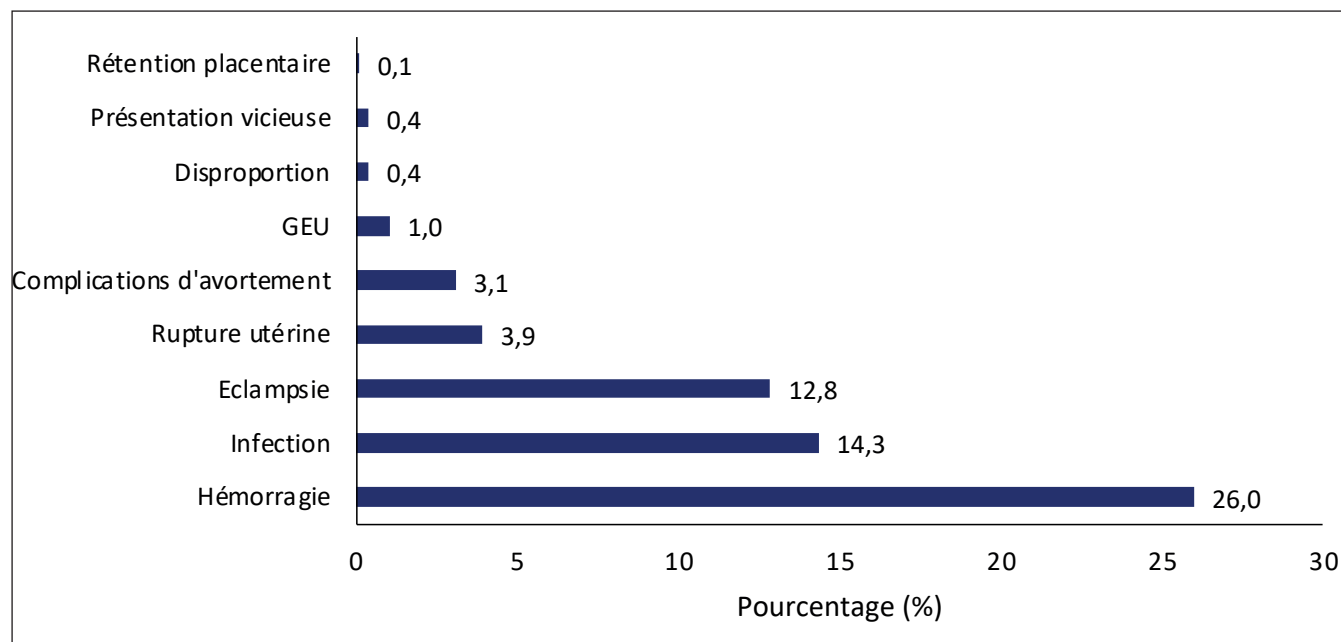


Source : INSD, EDS 2003, 2010, 2021 ; EMDS 2015

Graphique 4. 49: Evolution du taux de mortalité maternelle de 2003 à 2021.

4.9.2 Principales causes de décès maternels

En 2023, les trois (03) principales causes de décès maternels dans les formations sanitaires étaient les hémorragies (26%), les infections (14,3%) et les éclampsies (12,8%) (Graphique 4. 50).

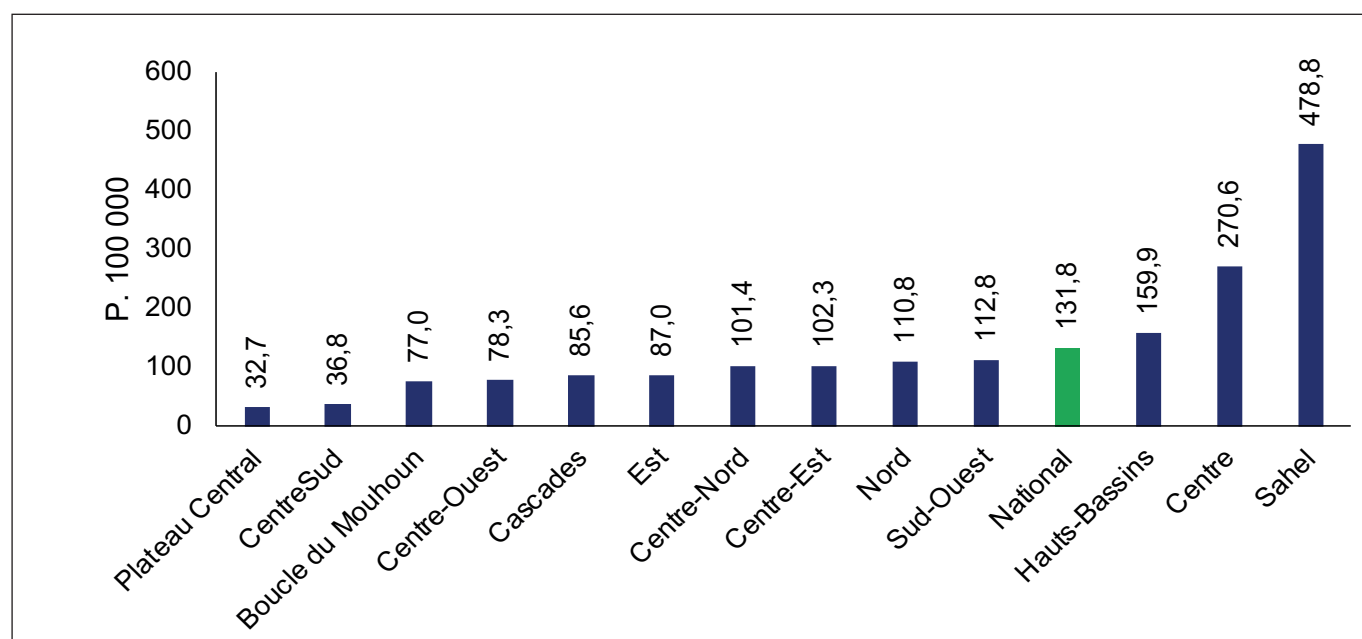


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 50: Répartition des causes de décès maternels dans les formations sanitaires en 2023

4.9.3 Décès maternels dans les formations sanitaires par région

Les régions du Sahel (478,8 pour 100 000 parturientes), du Centre (270,6 pour 100 000 parturientes) et des Hauts Bassins (159,9 pour 100 000 parturientes) ont enregistré les taux de mortalité maternelle les plus élevés dans les formations sanitaires en 2023 (Graphique 4. 51).

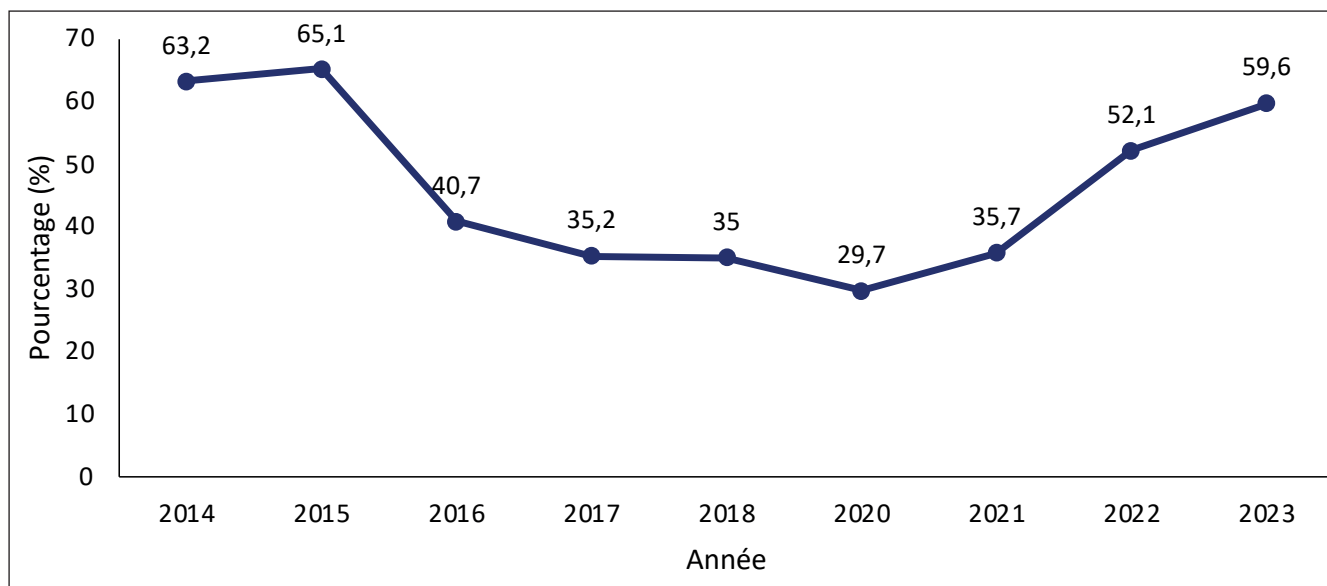


Source : MSHP, Annuaire statistique 2023

Graphique 4. 51: Répartition du taux de décès maternels par région en 2023

4.9.4 Evolution des audits de décès maternels de 2014 à 2023

La réalisation des audits des décès maternels dans les formations sanitaires était à la baisse entre 2015 (65,1%) et 2020 (29,7%). Elle connaît une hausse depuis 2021 (35,7%) pour être à un niveau de 59,6% en 2023 (Graphique 4. 52).

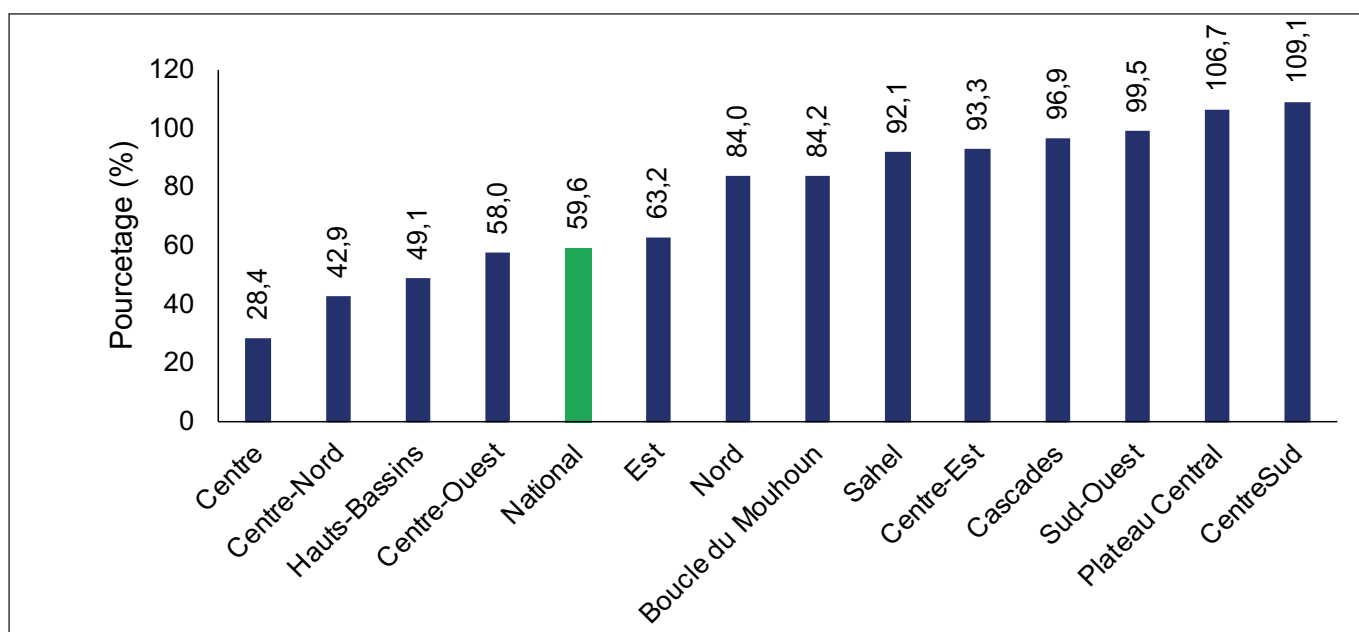


Source : MSHP, *Annuaire statistiques 2014-2023*

Graphique 4. 52: Evolution du taux des décès maternels audités dans les formations sanitaires de 2014 à 2023.

4.9.5 Audits de décès maternels par région en 2023

En 2023, les régions du Centre-Sud (109,1%), du Plateau Central (106,7%) et des Cascades (96,9%) avaient les plus forts taux de réalisation des audits des décès maternels. Par contre, les régions du Centre (28,4%) et du Centre-Nord (42,9%), avaient un faible taux de réalisation d'audits (Graphique 4. 53).



Source : MSHP, *Annuaire statistique 2023*

Graphique 4. 53: Répartition des proportions de décès maternels audités par région en 2023.

De 2014 à 2023, au Burkina Faso, les indicateurs de la santé sexuelle et reproductive ont connu des progrès malgré le contexte sécuritaire défavorable.

En termes de perspectives pour améliorer la santé reproductive et maternelle, celle des populations en général au Burkina Faso, les acteurs de la santé devraient entre autres :

- améliorer l'accès à des soins prénatals de qualité pour les femmes enceintes, en renforçant le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le diabète, les infections, l'anémie et le tabagisme chez les femmes ;
- renforcer les capacités des professionnels de santé pour prendre en charge efficacement les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance, notamment par une formation des agents de santé concernés sur les dernières techniques de soins néonataux, ainsi que l'accès et l'utilisation des équipements médicaux de pointe (incubateurs, respirateurs etc.) ;
- renforcer qualitativement les infrastructures et les services de santé maternelle, en assurant un accès facile aux soins prénatals, postnatals et obstétricaux. Cela inclut l'approvisionnement en médicaments et équipements nécessaires, et l'amélioration des systèmes de références ;
- sensibiliser et éduquer les populations sur les bonnes pratiques sanitaires et la promotion de l'accès aux services de santé reproductive. En effet, l'éducation des femmes et des filles sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur la planification familiale, peut contribuer à réduire les taux de mortalité maternelle et infantile ;
- promouvoir l'égalité des genres qui est essentielle pour améliorer la santé reproductive et maternelle. Il est crucial de mettre fin aux pratiques néfastes telles que les mariages précoces et forcés, et de promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- renforcer les politiques et les programmes de santé, par une meilleure collaboration entre le gouvernement, les organisations de la société civile, les communautés et les organismes de santé nationaux et internationaux, pour mettre en place des politiques et des programmes efficaces en matière de santé reproductive et maternelle. Cela inclut la mise en œuvre de stratégies de planification familiale, la promotion de l'accès aux services de santé reproductive, et le renforcement des systèmes de surveillance ;
- promouvoir une alimentation saine, un mode de vie actif et un suivi régulier pendant la grossesse.

En mettant en œuvre ces perspectives, le Burkina Faso pourrait, progresser vers l'amélioration de sa santé sexuelle et reproductive, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de développement durable en matière de santé à l'horizon 2030.

CHAPITRE 5. : DYNAMIQUE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO

La couverture sanitaire universelle (CSU) qui a fait l'objet d'une résolution à l'Assemblée générale des Nations Unies le 12 décembre 2012, constitue une priorité sanitaire mondiale et apparaît comme un moyen de favoriser l'exercice du droit à la santé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CSU se définit comme la situation dans laquelle chacun - quel que soit son niveau de vie - reçoit les services de santé dont il a besoin, et que l'utilisation de ces services n'occasionne pas de difficultés financières. Ainsi, l'adoption en 2015 des Objectifs de Développement Durable (ODD) indique la marche à suivre. En effet, cette décision prise par l'Assemblée générale des Nations Unies place la promotion de la santé pour tous comme l'un des 17 ODD (ODD 3) et la CSU comme une des cibles. Cette cible (ODD 3.8) s'intitule « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection financière contre les risques et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

A l'instar des autres pays, le Burkina Faso pour l'atteinte des objectifs de la CSU, a réalisé plusieurs réformes. Ainsi, de nombreuses interventions favorisant l'accès aux services essentiels aux populations et celles en lien avec leur protection financière (mesures d'exemptions des paiements directs, mise en place des régimes d'assurance) ont été entreprises. Bien que des efforts aient été consentis dans le progrès vers la CSU, de nombreux défis demeurent. Il apparaît donc important pour le pays de suivre à travers des indicateurs l'évolution vers la CSU.

Ce chapitre décrivant la dynamique de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso, s'articule autour des points suivants :

- le contexte de la CSU ;
- le cadre juridique, institutionnel et organisationnel ;
- le progrès vers la CSU ;
- le financement de la santé vers la CSU ;
- les défis et les perspectives.

5.1 Contexte de la CSU

5.1.1 Au plan international

Depuis plusieurs décennies, sur le plan international, les appels pour la réalisation de la CSU dans les pays se font de plus en plus entendre. Ainsi, certains Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), lancés en 2000, telles que l'élimination de l'extrême pauvreté (OMD 1), la réduction de la mortalité infantile et maternelle (OMD 4 et 5), la lutte contre les maladies infectieuses comme le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6) contribuaient déjà à la réalisation de la CSU.

La résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 stipulait que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. Plusieurs années plus tard, l'Assemblée Générale de l'ONU avait aussi adopté à l'unanimité une résolution invitant les pays à accélérer les progrès vers la CSU qui est une priorité essentielle pour le développement international. Cette invitation s'est matérialisée en 2015 par l'adoption des ODD et plus précisément par sa cible 3.8 à la réalisation de la CSU par les pays comme un objectif à atteindre.

Aussi, la Déclaration d'Astana de 2018, lors de la célébration du 40^{ème} anniversaire de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, a réaffirmé l'importance des soins de santé primaires et le rôle central de la communauté dans l'atteinte de la CSU et la contribution à la réalisation des ODD. Le cadre opérationnel de cette déclaration offre de bonnes raisons de renforcer le système de santé.

Le 23 septembre 2019, les Etats membres des Nations Unies ont adopté à New York une déclaration politique sur la santé pour tous. Elle constitue l'ensemble le plus complet d'engagements en matière de santé jamais adopté à ce niveau, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La CSU est un choix politique pour réaliser cette vision de santé pour tous. Les pays du monde, y compris le Burkina Faso ont pris l'engagement de mettre en œuvre cette politique.

En outre, pour assurer la protection sociale, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a adopté plusieurs conventions et recommandations, parmi lesquelles :

- La convention n°102 de l'OIT, adoptée en 1952, est le seul instrument international fondé sur des principes essentiels de la sécurité sociale qui établit des normes minimales convenues à l'échelle mondiale pour les neuf branches de la sécurité sociale dont les soins médicaux.
- la Recommandation 202 issue de la 101^{ème} session de la Conférence générale de l'OIT, qui décrit la CSU comme l'une des quatre dimensions du socle de protection sociale.

5.1.2 Au plan régional et sous régional

Sur le plan régional et sous régional, il existe certains instruments juridiques qui orientent les Etats signataires en matière de la santé, ainsi que la CSU. Il s'agit entre autres de :

- La Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples adoptée en 1981 (Article16)⁶⁵ ;
- La Déclaration d'Abuja du 27 Avril 2001 sur les engagements pris par les gouvernements africains à Abuja de consacrer 15 % des budgets nationaux à la santé ;
- L'adoption du cadre d'actions pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la CSU et des autres ODD en 2017 par les ministres de la santé de la Région Africaine de l'OMS ;
- La Déclaration de Ouagadougou de 2008 en appelait au renforcement des systèmes de

⁶⁵ « 1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

santé en utilisant l'approche des soins de santé primaires ;

- La Déclaration de validation du système de santé de district à l'issu de la Conférence de Dakar en 2013 (Sénégal)⁶⁶ ;
- L'adoption du socle juridique de sécurité sociale applicable aux organismes de la prévoyance sociale (OPS) de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (CIPRES) le 12 décembre 2019 par le Conseil des ministres de la CIPRES dont le Burkina Faso est membre.

5.1.3 Au plan national

Au Burkina Faso, l'analyse des indicateurs de pauvreté indique qu'en 2021, 43,2% de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté, estimé à 247 806 FCFA par an⁶⁷.

Par ailleurs, les dépenses de santé par habitant par an restent faibles (38 624 FCFA par habitant soit 70,2 USD en 2022 pour une norme de 112 USD) du fait de l'insuffisance des ressources internes et externes. De plus, ce financement est encore largement assuré par le paiement direct des ménages (34,6 % en 2022 pour un plafond de 20% en vue de limiter les dépenses catastrophiques⁶⁸ en santé des ménages) les exposant au risque financier lié aux soins. Ceci révèle d'une part de l'accessibilité financière limitée des populations aux soins de santé et d'autre part de la faible disponibilité des services de santé due aux insuffisances en termes d'infrastructures/équipements/logistiques, de ressources humaines, de prestations de services, de produits de santé.

Par ailleurs, au Burkina Faso, l'économie informelle emploie plus 90% de la population. Aussi 10% de la population principalement de l'économie formelle bénéficie d'une protection sociale qui couvre seulement les maladies professionnelles, les accidents de travail et les allocations familiales⁶⁹.

Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle s'avère nécessaire pour garantir l'accès à des soins de qualité à toute la population en général et aux indigents en particulier en garantissant la protection financière contre le risque maladie.

C'est ainsi que, pour garantir le droit à la santé pour tous reconnu par la Constitution, le gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la CSU. Parmi les mesures phares, il y'a :

- la gratuité de la vaccination dans le cadre du programme élargie de vaccination (PEV) sur toute l'étendue du territoire depuis 2000 ;
- la subvention à 80% des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). En octobre 2006, le ministère de la Santé a décrété et a commencé cette subvention pour les césariennes d'abord, puis à partir de janvier 2007 pour les accouchements et l'ensemble des SONU ;
- la politique de gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes (adoptée en 2016) et celle de la planification familiale (adoptée en 2019). Cette politique

⁶⁶ Community of Practice Health Service Delivery (2014). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa. Report of the regional conference "Health districts in Africa: progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration" 21–23 October 2013, Dakar, Senegal. Disponible à l'adresse <https://www.health4africa.net/wpcontent/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf> (consulté le 23 Août 2019)

⁶⁷ INSD, EHCVM 2021

⁶⁸ Pour un ménage, les dépenses de santé sont définies comme étant catastrophiques lorsqu'elles dépassent un pourcentage donné (par exemple, 10 % ;25 % ou 40 %) du revenu ou de la consommation totale du dit ménage.

⁶⁹ Annuaire statistique CNSS, 2022

de la gratuité a permis en huit ans de mise en œuvre d'effectuer plus 138 millions de prestations. Cette politique a coûté à l'Etat 260,8 milliards de F CFA soit en moyenne 32,6 milliards de F CFA par an⁷⁰ ;

- l'adoption de la loi portant régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en 2015, qui permettra une couverture du risque maladie aux populations sans distinction de race, de nationalité, de sexe, d'origine et d'antécédent pathologique. Depuis l'adoption de cette loi, de nombreux décrets ont été pris pour son opérationnalisation. Toutefois, il reste de nombreux goulots d'étranglement en rapport avec l'opérationnalisation du Régime d'assurance maladie universelle et le financement de la CSU.

5.2 Cadre juridique, institutionnel et organisationnel

La CSU au Burkina Faso est soutenue par un cadre institutionnel qui vise à améliorer la santé de la population en garantissant un accès équitable et abordable aux services de santé de qualité à travers le pays. En effet, la CSU est suffisamment prise en compte dans les différents domaines de la gouvernance.

5.2.1 Au plan juridique

Plusieurs lois et décrets régissent la CSU et le système de santé en général au Burkina Faso. Il s'agit entre autres de :

- la Constitution du 02 juin 1991 qui consacre la sécurité sociale, la protection de la maternité, le droit à la santé pour tous en ses articles 18, 20 et 26 ;
- la loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique du 19 Mai 1994 qui établit les droits et devoirs des citoyens en matière de santé ;
- la loi n°024-2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées qui protège les personnes âgées, y compris celles handicapées dispose que : « Article 38 : Toute personne âgée bénéficie de l'assistance des membres de sa famille, quel que soit son état physique et/ou mental ;
- la loi n°057-2017/AN du 19 décembre 2017 portant statut de la fonction publique hospitalière ;
- la loi n°003-2017/AN du 13 janvier 2017 portant statut de la fonction publique territoriale ;
- la loi n°038-2017/AN du 23 mai 2017 portant statut de la fonction publique parlementaire ;
- la loi n°012-2010/AN du 1er avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées.

⁷⁰ MSHP, Annuaire statistiques 2016-2023

En outre, on note de manière spécifique, la loi n°060-CNT/2015 du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Burkina Faso dont l'application a conduit à la mise en place de deux organismes de gestion du RAMU à savoir :

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU) par décret n°2018-0265/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS/ du 9 avril 2018. La CNAMU est chargée de gérer le RAMU au profit de la population à l'exception des éléments des forces armées nationales et des membres de leurs familles. Pour son opérationnalisation, six (06) décrets essentiels ont été identifiés et adoptés à ce jour. Il s'agit notamment des décrets suivants :
 - le décret n°2023-1321/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MEFP du 11 octobre 2023 portant fixation des modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis au RAMU, des personnes à leur charge ainsi que des indigents ;
 - le décret n°2023-1415/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MSHP/MEFP du 9 août 2023 portant approbation des modèles types de conventions nationales et individuelles en matière de régime d'assurance maladie universelle ;
 - le décret n°2023-1410/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MSHP/MEFP du 9 août 2023 portant définition du panier de soins du régime d'assurance maladie universelle;
 - le décret N° 2023- 1441 /PRES-TRANS/PM/ MFPTPS/MEFP/MSHP du 25 octobre 2023 portant fixation des conditions et modalités du contrôle administratif au titre du régime d'assurance maladie universelle ;
 - le décret N° 2023-1471/PRES-TRANS/PM/ MFPTPS/MSHP du 30 octobre 2023 portant détermination des conditions et modalités du contrôle médical et de l'expertise médicale en matière de régime d'assurance maladie universelle;
 - le décret n°2024-0345/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MSHP/MEFP du 3 avril 2024 portant détermination des conditions et modalités de répartition, de prélèvement de la cotisation et des délais de son versement à la Caisse nationale d'assurance maladie universelle.
- la Caisse d'Assurance Maladie des Armées (CAMA) par décret n°2020-272/PRES/MINEFID/MDNAC/MFPTPS du 16 avril 2020. Elle est un établissement public de prévoyance sociale chargé de gérer le RAMU au profit des éléments des forces armées nationales et des membres de leurs familles. Ainsi, le décret portant fixation du taux, des modalités de prélèvement et de versement des cotisations au titre de la CAMA a été adopté afin d'avoir une base légale pour la mobilisation des ressources dues par les assujettis et de concrétiser l'opérationnalisation effective de la CAMA.

5.2.2 Au plan stratégique et programmatique

Il y a plusieurs documents de politique et de programmation qui mettent en exergue la progression vers la couverture sanitaire universelle :

- l'étude nationale prospective "Burkina 2025", adopté en 2005 retient la solidarité comme l'un des blocs fondateurs de la construction d'une nation Burkinabè émergente et rayonnante au plan international. La construction de cette nation solidaire passe par l'extension de la protection sociale ;

- la politique sectorielle, travail, emploi et protection sociale 2018-2027 ambitionne de promouvoir l'emploi productif, le travail décent et la protection sociale au profit de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Burkina Faso. Par ailleurs, la politique sectorielle santé 2017-2026 a été élaborée dans le but d'améliorer l'état de santé de la population ;
- le plan national de développement économique et sociale (PNDES I /2016-2020) s'est engagé à opérationnaliser le RAMU. Cet engagement a été réaffirmé dans le PNDES II (2020-2025) et réitéré dans l'axe stratégique 3 intitulé « consolider le développement du capital humain et la solidarité nationale » du Plan d'action pour la stabilisation et le développement (PA-SD) 2023-2025 qui prévoit la couverture de 15% de la population par le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) d'ici à 2025 ;
- le plan stratégique de développement (PSD-CNAMU) 2024-2028. Il est organisé autour de quatre (4) axes que sont : le renforcement de la gouvernance de la CNAMU, la couverture de la population civile par le RAMU, les prestations du RAMU et la mobilisation des ressources et leur gestion efficace. L'objectif global est d'assurer l'accès financier d'au moins 47% des populations aux soins de santé à l'horizon 2028 ;
- la politique nationale de santé intègre la CSU à travers sa vision qui est orientée sur *“une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale”*. Il faut noter que la CSU est l'objet de l'orientation stratégique 3 du PNDS (2021-2030) *“augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en général et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la CSU”* ;
- le Plan triennal glissant de la santé numérique (2024-2026) : qui définit les interventions prioritaires de la santé numérique afin de garantir aux populations des soins dans le respect de l'éthique et de manière sûre, fiable, équitable et durable.

Plusieurs réformes ont été opérées dans le secteur de la santé, notamment :

- l'institution en 2016 de la mesure de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes ;
- l'élaboration et l'adoption de la stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU (2018-2030) ;
- l'élaboration et adoption du document de profil des ASBC en 2014 qui définit la place et le rôle des acteurs communautaires dans le système de santé ;
- le renforcement de la couverture sanitaire à travers la création de nouveaux districts (en 2007 et 2011) et le projet de construction et d'équipement des CSPS et des centres médicaux en 2020 ;
- la réforme hospitalière en 2016 (fonction publique hospitalière) qui s'est poursuivie avec l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement et la pharmacie hospitalière qui est en cours de mise en œuvre dans certains hôpitaux ;

- la réforme pharmaceutique qui a permis d'améliorer l'accès de la population aux médicaments. Toutefois, on note toujours un index de satisfaction global des commandes de médicaments essentiellement génériques (MEG) en deçà de 80%⁷¹ et une persistance de la vente illicite des médicaments.

5.2.3 Au plan institutionnel et organisationnel

Au regard de la multisectorialité des interventions de la CSU plusieurs institutions et acteurs sont impliqués⁷².

Les institutions au niveau stratégique sont :

- le ministère en charge de l'action sociale dans le cadre de la prise en charge et l'accompagnement des personnes vulnérables et indigentes ;
- le ministère en charge du travail et de la protection sociale dans le cadre de la conception et la mise en œuvre des politiques en lien avec le travail décent ;
- le ministère en charge de la défense et des anciens combattants dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de protection sociale en faveur des Forces de Défense et de Sécurité ;
- le ministère en charge de l'éducation nationale dans le cadre des cantines scolaires ;
- le ministère en charge de la santé dans la mise en œuvre des programmes de gratuité de soins et du volet accessibilité des soins de qualité de la couverture santé universelle ;
- le ministère en charge de l'agriculture qui initie des projets d'assurance pour les agriculteurs et la mise à disposition des vivres aux ménages vulnérables ;
- le ministère en charge de l'économie et des finances qui assure le paiement des cotisations pour les assurés fonctionnaires et des politiques portant sur la finance inclusive et ;
- le ministère en charge de l'administration territoriale dans le cadre de la délégation de la gestion des formations sanitaires aux collectivités locales.

Au niveau opérationnel :

- la Caisse National d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU), établissement public chargé de gérer le Régime assurance maladie universelle au profit des populations civiles y compris l'économie informelle ;
- la Caisse d'Assurance Maladie des Armées (CAMA) chargée de gérer le RAMU au profit des éléments des forces armées nationales et des membres de leur famille ;
- la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) chargée de la réparation des accidents de travail, des maladies professionnelles et du paiement de la retraite des travailleurs du secteur privé ;
- la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) chargée de la réparation

⁷¹ Rétro information sur la gratuité des soins. Bulletins n°1, n°4, n°9

⁷² MFPTPS, Plan stratégique de développement du RAMU/CNAMU 2024-2028

des accidents de travail, des maladies professionnelles et du paiement de la retraite des travailleurs du secteur public ;

- le Secrétariat Technique en charge des réformes pour le financement de la santé (ST/RFS) chargé du suivi de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins ;
- les mutuelles sociales qui gèrent le risque maladie principalement pour l'économie informelle et rurale ;
- les assurances privées chargées de la gestion des risques professionnels et qui disposent des produits d'assurance maladie pour les populations. Il y a également toutes les structures publiques et privées d'offre de soins.

Pour une meilleure coordination des actions de protection sociale y compris la couverture maladie, il a été mis en place le Conseil National de la Protection Sociale (CNPS) regroupant tous les acteurs (administration publique, secteur privé, ONG, PTF, OSC) intervenant dans la protection sociale pour plus d'échanges et de synergie dans le domaine. Le CNPS est présidé par le Premier Ministre lors de ses sessions qu'il tient deux fois par an.

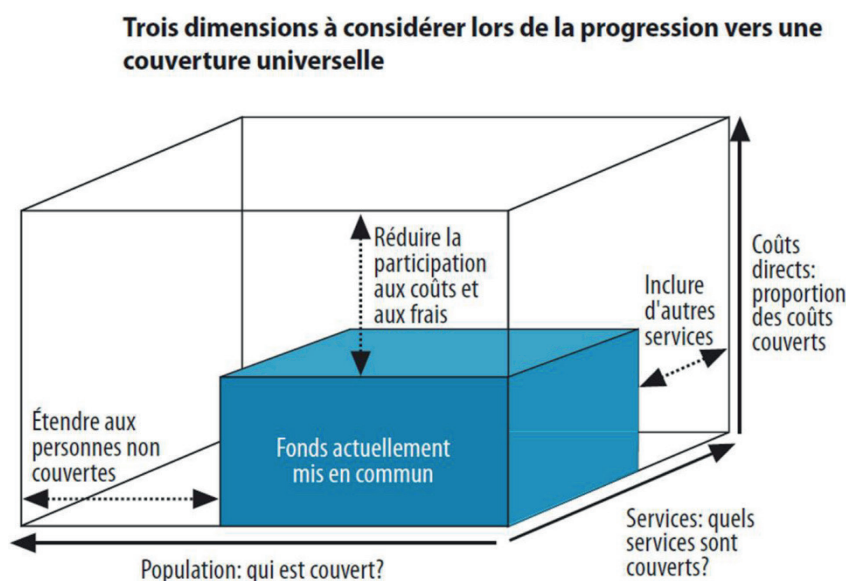
Par ailleurs, les cadres sectoriels de dialogue du secteur de planification santé et celui du travail, de l'emploi et de la protection sociale tiennent régulièrement leurs sessions. Ces cadres assurent la supervision de la mise en œuvre des politiques sectorielles et statuent sur les actions à entreprendre pour aplanir les difficultés rencontrées.

5.3 Progrès vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso

Le cadre de référence pour l'analyse de la CSU est celui des trois dimensions décrites par l'OMS (Schéma 5. 1) :

- la population couverte : il s'agit d'étendre progressivement la couverture des services de santé à 100 % de la population. Actuellement, aucun pays au monde n'a atteint cet objectif. Il est important d'accroître les dépenses publiques en matière de santé pour s'assurer que personne n'est laissé de côté ;
- le panier de soins de qualité offert, c'est-à-dire définir et couvrir les populations en services et soins essentiels afin d'avoir un impact significatif sur les charges de morbidité et de mortalité : la couverture effective des services est définie comme la proportion de tous ceux qui reçoivent des services - dont ils ont besoin - qui sont d'une qualité suffisante pour garantir d'éventuels gains en santé. Les indicateurs de couverture effective tiennent compte des efforts que consent le pays pour assurer à la population les services de santé de qualité dont elle a besoin, et sont les indicateurs à privilégier pour suivre l'évolution de la CSU en matière de couverture de services ;
- la protection financière des bénéficiaires, c'est-à-dire réduire les dépenses directes des soins et services de santé effectuées par les populations : la protection financière sur le plan de la santé est assurée lorsque les familles qui reçoivent les soins dont elles ont besoin ne rencontrent pas en contrepartie des difficultés financières excessives.

Les dépenses directes sont définies comme étant catastrophiques lorsqu'elles dépassent un pourcentage donné (par exemple, 10 % ou 25 %) du revenu ou de la consommation. Telle est l'approche adoptée dans l'indicateur 3.8.2 des ODD.



Source : OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010*

Schéma 5. 1 : Dimensions de progrès vers la CSU,

Pour la mesure des progrès vers la CSU, l'OMS a adopté un nouveau cadre de référence en 2016⁷³. Ainsi, le suivi de la CSU à travers les pays est mesuré par deux indicateurs qui sont l'indicateur en lien avec la couverture des services de santé essentiels (ODD 3.8.1) et l'indicateur portant sur la proportion de la population d'un pays ayant des dépenses catastrophiques en santé (ODD 3.8.2). En prenant en compte ces deux indicateurs un index global de la CSU est calculé permettant son suivi à travers les pays.

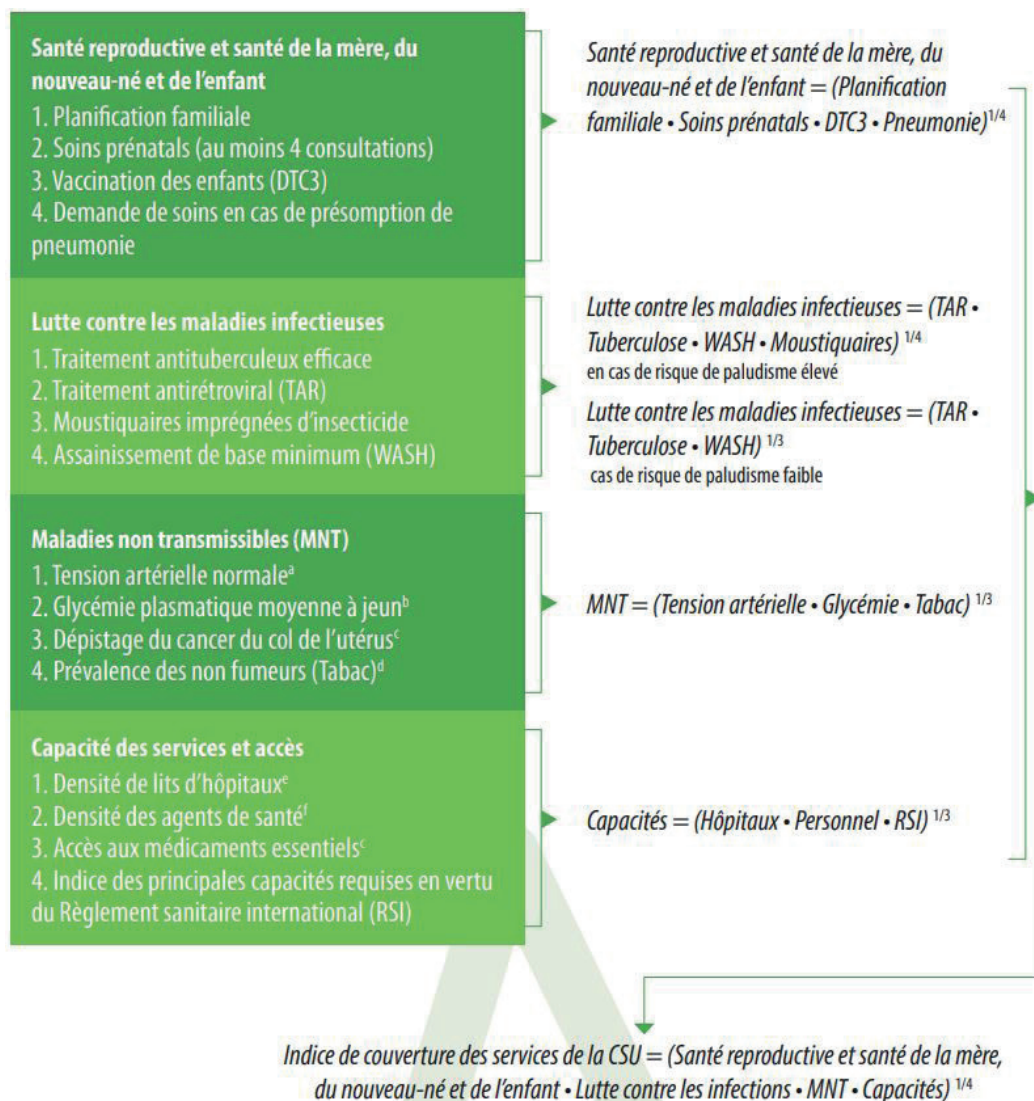
5.3.1 Couverture des services de santé essentiels

5.3.1.1 Méthode de calcul de l'indice de couverture des services de santé essentiels

La couverture des services de santé essentiels est définie comme la couverture moyenne des services essentiels selon des interventions traceurs qui incluent i) la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), ii) les maladies infectieuses, iii) les maladies non transmissibles (MNT) et iv) la capacité et l'accès aux services, parmi la population en général et la population la plus défavorisée.

Ces indicateurs sont censés être indicatifs de la couverture des services et ne doivent pas être interprétés comme une liste complète ou exhaustive des services de santé ou des interventions nécessaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (Schéma 5. 2).

⁷³ Nouveau portail de l'OMS pour aider à suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/12-12-2016-new-who-data-portal-to-help-track-progress-towards-universal-health-coverage>



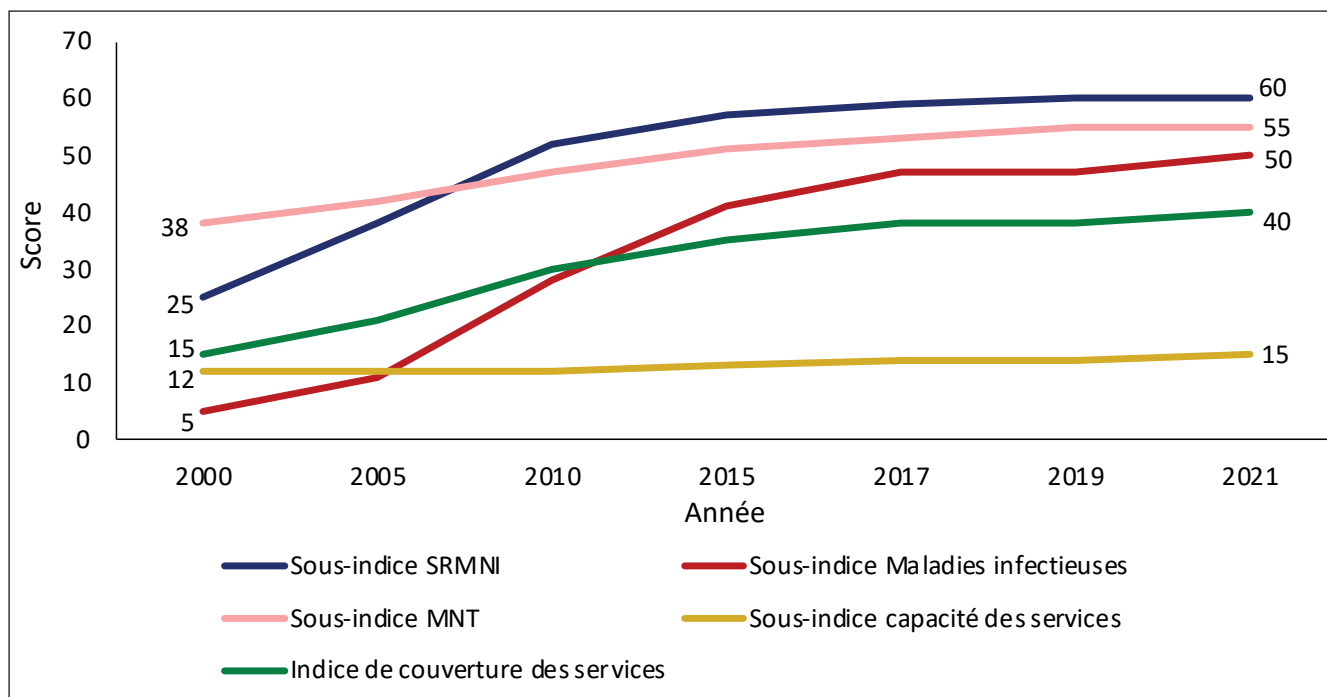
Source : OMS, Banque Mondiale, Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle

Schéma 5. 2: Calcul de l'indice et des sous-indices de couverture des services de santé essentiels

5.3.1.2 Evolution de l'indice de couverture des services de santé essentiels au Burkina Faso

L'indice de couverture des services de santé essentiels a connu une augmentation de 2000 à 2021, passant du score de 15 à 40.

Les sous-indices SRMNI, maladies infectieuses, et MNT ont connu une augmentation entre 2000 et 2021. Le sous-indice SMRNI est passé de 25 à 60, le sous-indice maladies infectieuses de 5 à 50 et celui des MNT de 38 à 55 sur la même période. Par contre, le sous-indice des capacités des services est resté quasi-stationnaire sur la période de 2000 à 2021 (Graphique 5. 1).



Source : OMS, Banque Mondiale, Rapports mondiaux de suivi de la couverture sanitaire universelle 2017-2023

Graphique 5. 1 : Evolution de l'indice et des sous-indices de couverture des services de santé essentiels de 2000 à 2021

5.3.2 Protection financière

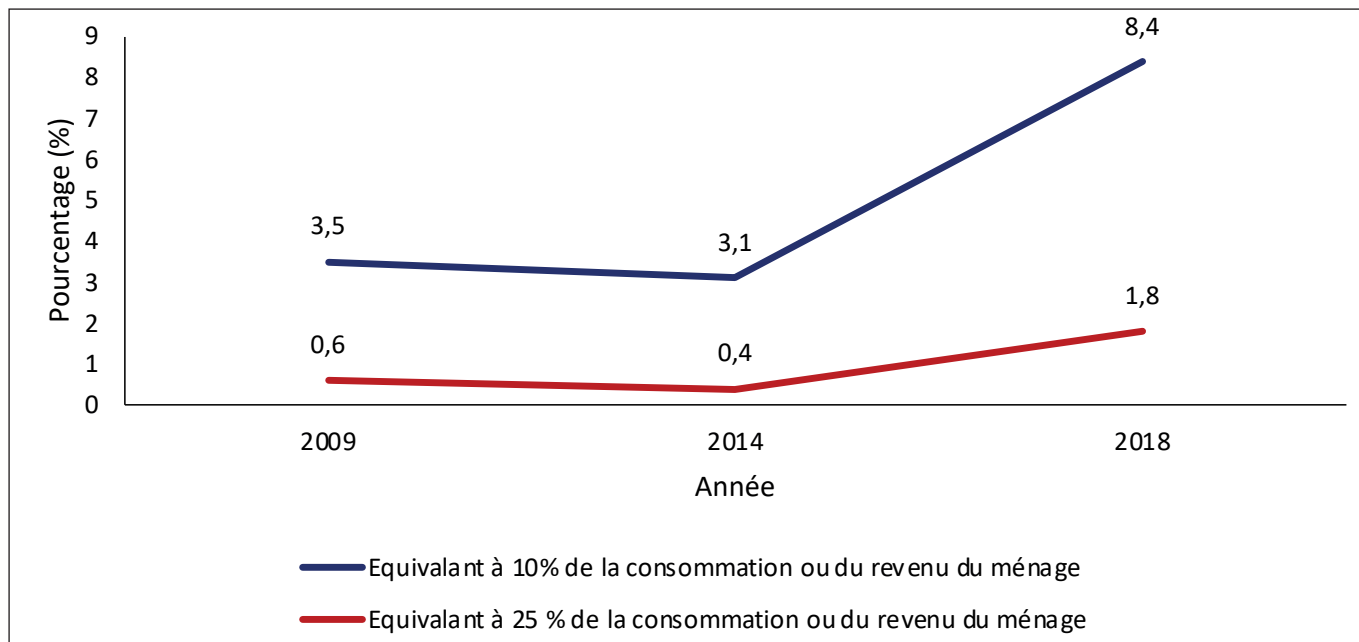
Sur le plan de la santé, la protection financière est assurée lorsque les populations arrivent à recevoir les soins dont elles ont besoin, sans que ceux-ci n'entraînent des difficultés financières.

5.3.2.1 Indice de protection financière

Pour la mesure du niveau de protection financière, l'indice de la protection financière est utilisé. Celui-ci donne le niveau de protection de la population contre le risque financier suite à des dépenses de santé. Deux indicateurs servent au calcul de l'indice de la protection financière : l'incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé et la proportion des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques⁷⁴ en tenant compte des niveaux minimums et maximums.

L'incidence des dépenses catastrophiques a connu une augmentation sur la période de 2009 à 2018 passant de 3,5% à 8,4% pour le seuil de 10% de la consommation ou du revenu total du ménage et de 0,6% à 1,8%, pour le seuil de 25% de la consommation ou du revenu total du ménage (Graphique 5. 2).

⁷⁴ Les dépenses catastrophiques sont définies comme des dépenses de santé dépassant 10% ou 25% du montant total des dépenses ou du revenu du ménage.



Source : OMS, Banque Mondiale, *Rapports mondiaux de suivi de la couverture sanitaire universelle*

Graphique 5. 2 : Evolution de l'incidence des dépenses catastrophiques entre 2009 et 2018

5.3.2.2 Mécanismes de protection financière

Depuis plusieurs décennies, le Burkina Faso met en place progressivement des mécanismes de protection dans le secteur de la santé pour protéger les populations du risque financier que peuvent engendrer les soins. Parmi ces mécanismes, on distingue principalement les stratégies de gratuité totale ou partielle d'accès aux services de prévention et de traitement, les stratégies de dotations en intrants de prise en charge de la maladie, le régime d'assurance maladie universel (RAMU), le régime de sécurité sociale applicable aux agents publics de l'Etat et le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés. Le tableau 5. 1 présente les mécanismes de protection mis en place par l'Etat sur le plan de la santé.

Tableau 5. 1 : Mécanismes de protection sur le plan de la santé au Burkina Faso

N°	Mécanismes	Cibles	Prestations couvertes	Observations
1.	Gratuité de la vaccination	Enfants de 0 à 18 mois	Actes, vaccins du PEV et consommables	Pas de contribution des ménages
		Femmes enceintes	Actes, vaccin et consommable (VAT)	
		Agents de santé, étudiants médecine	Actes, vaccins et consommables (Hépa-tite B, Meningo AC)	
2.	Gratuité de la consultation prénatale	Femmes enceintes	Acte, Fer + acide folique, antipaludiques, MILDA, carnet de suivi de la grossesse	Maladies dépistées pendant la CPN sont à la charge de la patiente
3.	Gratuité de la planification familiale	Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	Médicaments contraceptifs Actes de consultation et de pose du produit	
4.	Gratuité des soins curatifs	Enfants de moins de cinq ans Femmes enceintes	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, carburant	
5.	Chimioprophylaxie saisonnière contre le paludisme	Enfants de moins de cinq ans	Médicaments distribués gratuitement	Pas de contribution des ménages.
6.	Dotation de médicaments pour la prise en charge de la malnutrition aigüe	Enfants de moins de cinq ans Femmes allaitantes PvVIH	Aliments thérapeutiques, médicaments de traitement systématique	Contribution des ménages pour les autres frais à la charge du malade (examens, actes)
7.	Gratuité ARV	PvVIH Femmes enceintes infectées par le VIH	Actes, ARV, cotrimoxazole, examens biologiques limités	Contribution des ménages pour les autres frais : Coût de la charge virale supporté par le patient
8.	Gratuité du sang	Population totale	Poche de sang, réactifs de test de validation ou rejet des poches, transfuseurs, collation pour le donneur	Contribution des ménages pour les autres frais : examens avant transfusion à la charge du malade (examens, actes)
9.	Prise en charge gratuite des tuberculeux	Population totale	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Problème du carburant pour la référence et coût du séjour pour les patients multi résistants devant être suivis au CHU
10.	Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)	Population totale	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Le mécanisme n'est pas encore opérationnel.
11.	Prise en charge gratuite de la dengue	Population totale	Actes, médicaments, examens, hospitalisation, alimentation	Prise en charge dans le cadre d'une épidémie dans les structures publiques

12.	Réduction des coûts de certains examens radiologiques et des actes l'hémodialyse	Population totale	Scanner, imagerie par résonance magnétique (IRM) et actes l'hémodialyse dont la suppression de la caution	
13.	Subvention des médicaments antivenimeux en cas de morsures de serpent	Population totale	Sérum antivenimeux	
14.	CARFO	Travailleurs du secteur public	Prestations familiales de maternité, prestations en cas d'accidents ou de maladie professionnelle	
15.	CNSS	Travailleurs du secteur privé	Prestations familiales de maternité, prestations en cas d'accidents ou de maladie professionnelle	

Source : *Rapport du suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle au Burkina Faso en 2015*

5.4 Financement de la santé vers la CSU

Le financement de la santé constitue un des piliers essentiels pour l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Des modalités de financement efficaces et équitables permettent en effet d'assurer la disponibilité des soins de qualité, l'accès de toute la population aux services de santé et la protection financière. Pour ce faire, le Burkina Faso a fait de cette question, une priorité stratégique en élaborant une stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU. La vision de cette stratégie à l'horizon 2030 est de : « Faire du Burkina Faso, une Nation où toute la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale ».

Ce point sera analysé à travers les trois fonctions du financement de la santé, à savoir : la mobilisation des ressources, la mutualisation des ressources et l'achat de services.

5.4.1 Mobilisation / Collecte des ressources financières

Le financement du système de santé se fait à travers trois sources de financement que sont (i) le secteur public, (ii) le secteur privé et (iii) le reste du monde.

5.4.1.1 Mobilisation des ressources du secteur public

Cette mobilisation de ressources se fait à travers :

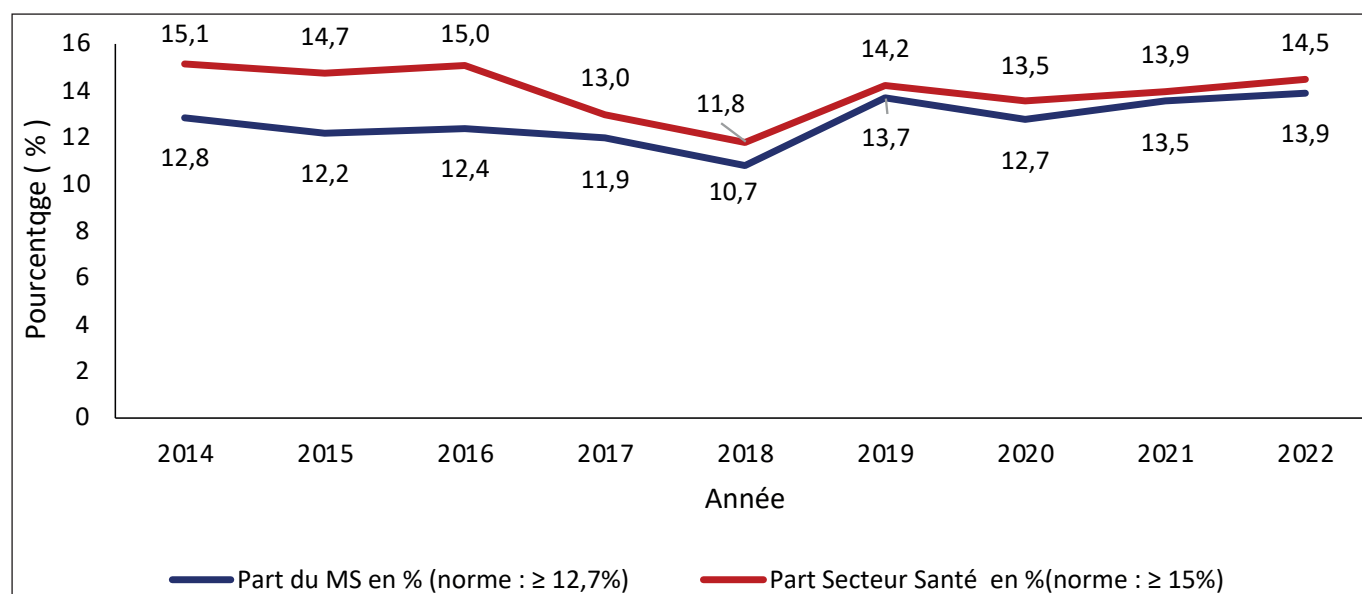
- les recettes de l'Etat sous forme d'impôts, taxes et divers prélèvements,
- l'extérieur sous forme de prêts, de subventions ou de dons.

La part du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé pour l'année 2022 était de 13,89% contre 12,81% en 2014 pour un engagement national d'au moins 12,7%⁷⁵.

Par ailleurs, la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé en 2022 était de 14,46% contre 15,13% en 2014 pour une norme d'au moins 15%⁷⁶. Cette part qui était assez constante de 2014 à 2016 est passée depuis 2017 en dessous de la norme recommandée dans la déclaration d'Abuja (Graphique 5. 3).

⁷⁵ Au Burkina Faso, dans le cadre de ses engagements avec les partenaires financiers relatifs aux appuis budgétaires, le gouvernement s'était engagé à allouer au moins 12,7% de son budget (hors dette, hors financements extérieurs, hors exonérations) au Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique.

⁷⁶ La Déclaration d'Abuja, adoptée en avril 2001, a été un engagement des États membres de l'Union africaine à allouer au moins 15% de leur budget national à la santé. Cette déclaration vise à améliorer la santé de la population africaine et à lutter contre des maladies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses.



Source : MSHP. Rapports des comptes de la santé 2014-2022

Graphique 5. 3 : Evolution de la part du budget de l'Etat allouée au MS et au secteur de la santé sur la période 2014-2022.

5.4.1.2 Mobilisation des ressources du secteur privé

Les sources de mobilisation de ressources du secteur privé pour la santé sont :

- les paiements directs par les ménages ;
- les cotisations individuelles et patronales au titre de la protection sociale ;
- le partenariat public privé (PPP) pour l'offre de soins.

• Paiements directs par les ménages

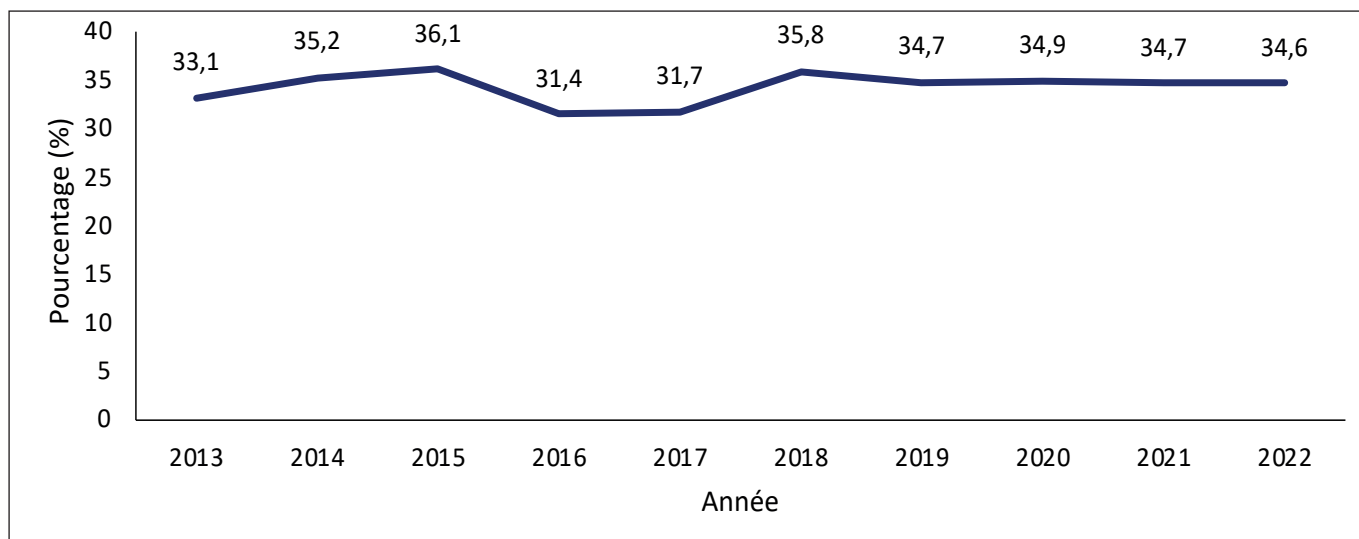
Dans les pays où le Produit National Brut (PNB) par habitant est inférieur à 1 000 US\$ comme au Burkina Faso, les paiements directs représentent généralement plus de 40% de l'ensemble des dépenses de santé⁷⁷. Pourtant, lorsque ce taux dépasse 20%, il entraîne non seulement l'exclusion des pauvres de l'accès régulier aux soins, mais aussi la paupérisation.

Au Burkina Faso, le financement de la santé par les ménages en 2022 s'établissait à 277,82 milliards de Francs CFA. Les paiements directs des ménages qui représentaient 97,7% du volume de ce financement, correspondaient à 34,62% des dépenses courantes de santé (DCS) en 2022⁷⁸. Les populations burkinabè sont donc directement exposées au risque financier engendré par la maladie, en raison de l'importance des paiements directs.

Sur la période 2013-2022, la part des paiements directs des ménages a enregistré une croissance irrégulière, passant de 33,1% à 34,6% soit une hausse globale de 1,5 points de pourcentage. Cependant, elle affiche des pics en 2016 et 2018 avec respectivement des niveaux de 36,1% et 35,8% (Graphique 5. 4).

⁷⁷ Source : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000, OMS).

⁷⁸ MSHP, Comptes de santé, 2022



Source : MSHP, Comptes nationaux de santé, 2013 à 2022

Graphique 5. 4 : Evolution de la part des paiements directs des ménages dans les dépenses courantes de santé

- **Cotisations individuelles et patronales**

Les cotisations individuelles et patronales au titre de la protection sociale représentent les ressources mobilisées à travers les caisses d'assurance, les mutuelles de santé. Cette part des cotisations sociales dans les DCS qui était aux alentours de 0,1% depuis 2013 est très infime.⁷⁹

- **Partenariat public privé (PPP) pour l'offre de soins**

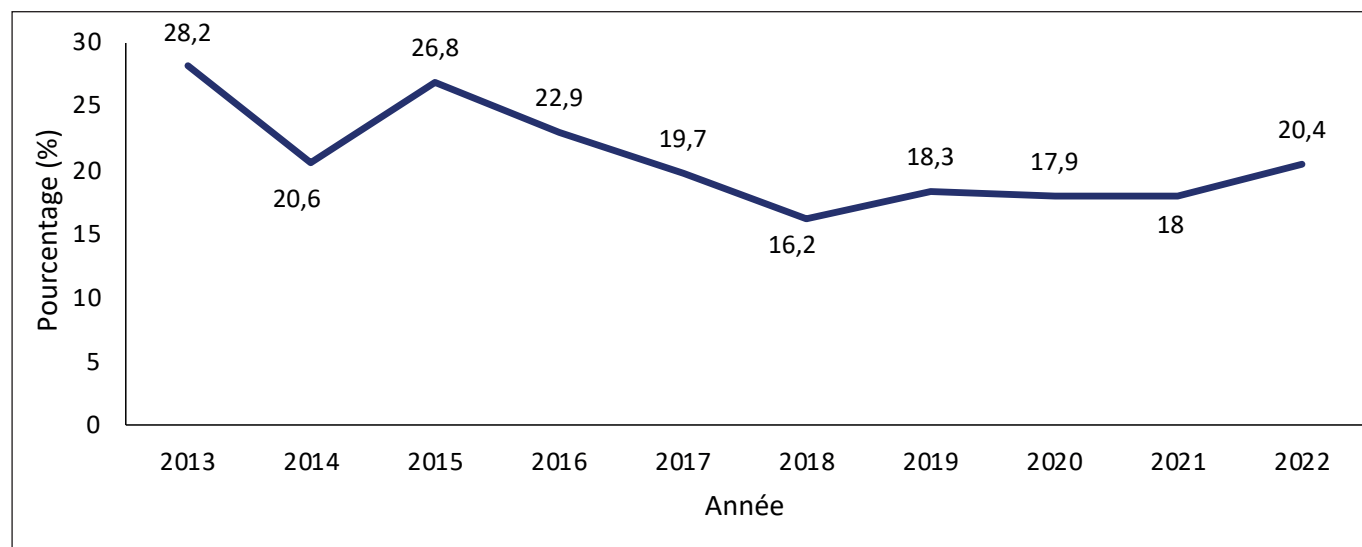
Le Partenariat Public-Privé (PPP) offre une alternative de financement et implique des partenaires au plan national et international. Ce partenariat permet de financer, construire ou gérer des infrastructures nécessaires au service public selon des modalités définies dans la convention. L'objectif est d'optimiser les performances des secteurs public et privé pour répondre rapidement aux besoins urgents de la collectivité. Les PPP restent peu développés dans le secteur de la santé. Cependant, il existe quelques exemples de PPP comme :

- le partenariat entre le ministère en charge de la santé et la compagnie SYSMEX EUROPE dans le domaine des équipements de laboratoire en 2017 a permis d'équiper entièrement 112 sites en Hématologie, selon le niveau de la pyramide sanitaire. Ce partenariat a aussi permis la formation continue des agents de santé et des agents de maintenance des équipements ;
- le PPP entre la société Sibiri biomédical et le ministère en charge de la santé en 2018 a permis la prise en charge des patients hémodialysés. La nature du modèle d'engagement est de fournir, installer et assurer la maintenance à titre gracieux des équipements de dialyse. La société doit également assurer la formation des utilisateurs et rendre disponible les kits de dialyse.

⁷⁹ MSHP, Comptes de santé 2013-2022

5.4.1.3 Mobilisation des ressources du reste du monde

La contribution du reste du monde aux dépenses courantes de santé est fluctuante. En effet, elle est passée de 28,2% à 20,4% sur la période de 2013-2022 (Graphique 5. 5).



Sources : MSHP, Comptes nationaux de santé de 2013 à 2022

Graphique 5. 5 : Evolution de la part des dépenses de santé du reste du monde dans les dépenses courantes de santé de 2013 à 2022

5.4.1 Mutualisation des ressources financières

La mutualisation des ressources financières pour la santé se fait par trois procédés.

5.4.1.1 Mutualisation des financements extérieurs

La revue des financements extérieurs au Burkina Faso révèle une fragmentation du circuit financier des appuis multi et bilatéraux vers les services déconcentrés, avec une grande partie des fonds transitant par le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) et la Direction de la Gestion et des Finances (DGF) du ministère en charge de la santé. Le PADS, initialement conçu pour gérer des ressources extérieures via un panier commun, est désormais principalement dédié aux programmes verticaux de lutte contre les maladies infectieuses, limitant ainsi le financement pour l'appui intégré aux districts sanitaires. De plus, certaines communes disposent de fonds de coopération décentralisée pour la santé qui ne sont pas intégrés par le Ministère en charge de la Santé.

5.4.1.2 Mutualisation des crédits délégués et transférés

L'État alloue chaque année des ressources financières au Ministère en charge de la santé pour financer l'offre de soins, y compris le fonctionnement, les investissements et les prestations de soins de toutes les structures. Il finance donc partiellement la demande de soins par des mesures de gratuité et la prévention et la prise en charge de maladies à externalité positive. Pour ce faire, au niveau central, les crédits délégués pour l'encadrement des personnels de santé sont gérés par la DGF. Alors qu'aux niveaux intermédiaire et périphérique, ces crédits sont gérés par les équipes des districts et des Directions Régionales de la Santé (DRS) via leurs régies d'avance.

De plus, l'État transfère annuellement des ressources aux collectivités territoriales pour le fonctionnement, la maintenance et la construction des formations sanitaires de base conformément au décret n° 2014-934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTPSS du 10 octobre 2014.

5.4.1.3 Mutualisation des ressources du privé

Le Burkina Faso a entamé le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). La loi n°60-2015/CNT impose à toute la population de souscrire à ce régime et oblige l'État à fournir des ressources complémentaires aux cotisations, afin que chacun contribue selon ses moyens. Dans le domaine du secteur formel, cette loi stipule en son article 49 que la cotisation du RAMU se répartit entre le travailleur (50%) et son employeur (50%). L'article 50 de la même loi stipule que les travailleurs du secteur informel assujettis au RAMU, sont responsables du versement de leur cotisation et de celle des membres de leur famille à charge. Quant au cas des personnes indigentes, l'Etat est débiteur vis-à-vis des organismes de gestion selon l'article 48 de la loi. En outre l'alinéa 2 du même article donne la possibilité à l'Etat de prendre en charge toute ou partie de la cotisation d'autres catégories d'assurés déterminées par décret pris en Conseil des ministres. De ce fait, selon le décret n°2024-0345/PRES-TRANS/PM/MFP-TPS/MEFP portant détermination des conditions et modalités de répartition, de prélèvement de la cotisation et des délais de son versement à la CNAMU, il sera pratiqué des taux de cotisation mensuelle de 5% (dont 2,5% à la charge de l'employeur) pour les travailleurs salariés et assimilés, 2% pour les bénéficiaires de la pension ou de la rente, une cotisation mensuelle de 15 000 FCFA pour les travailleurs indépendants du secteur formel et de 4 000 FCFA pour les travailleurs indépendants de l'économie informelle. Pour les indigents, la cotisation due par l'Etat pour leur compte est de 4 000 FCFA par mois.

Selon l'article 38 de la loi RAMU, la gestion du régime d'assurance maladie universelle est assurée par un organisme de gestion distinct pour ce qui concerne la prise en charge des éléments des forces armées nationales et des membres de leurs familles. A ce titre, la CAMA a défini le taux d'appel à cotisation, les conditions de son prélèvement et les modalités de prise en charge de sa population cible.

Les mutuelles sociales et communautaires existent et sont des régimes volontaires. Elles offrent une couverture de santé au profit des populations des secteurs formel, informel et du monde rural non affiliées à un régime obligatoire. En 2021, on dénombrait 181 mutuelles de santé sur le territoire national⁸⁰.

Les assurances commerciales régies par le code CIMA (Conférence interafricaine du marché des assurances) couvrent en général des particuliers qui ont un niveau de revenu relativement élevé. Le niveau élevé des primes limite les potentialités de contribution significative de l'assurance maladie privée à but lucratif à l'extension de la couverture du risque maladie.

Au niveau local, certaines communes disposent de fonds provenant de dons privés. A cela s'ajoute l'intervention de certaines ONG qui financent directement des activités.

⁸⁰ Inventaire des mutuelles réalisées par le BIT en 2021

Au regard de cette situation, il est constaté une multitude d'agents de financement traduisant une fragmentation dans la mise en commun des ressources. Ce qui est source d'inefficience (coûts administratifs élevés, doublons de financement, complexité du suivi des flux financiers et des procédures de gestion, etc.). De même, il ressort une faible mutualisation du risque financier, avec pour conséquence un niveau important du paiement direct des ménages.

5.4.3 Achat des soins et services

Fonction capitale du financement de la santé, l'achat désigne l'allocation de fonds, mis en commun, à des prestataires publics et privés de soins de santé pour les services de santé qu'ils dispensent. Il ressort de plus en plus que l'achat de services de santé doit être stratégique, dans une perspective de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. L'achat stratégique regroupe plusieurs domaines interdépendants qui sont relatifs à la spécification du panier de services et de soins, le choix des prestataires et les arrangements contractuels et méthodes de paiement avec les prestataires.

5.4.3.1 Panier de services et de soins

Le paquet de soins et services qui doit être offert à toute la population selon les protocoles et standards de traitement définis n'est pas disponible pour la CSU. En effet, ce paquet est utilisé pour améliorer l'allocation efficiente des ressources et promouvoir l'équité. Il doit être complété par l'estimation et la disponibilité des besoins en ressources humaines, en équipements, en infrastructures et en médicaments. Néanmoins, au niveau des formations sanitaires du premier échelon, il existe le paquet minimum d'activités (PMA) qui couvre les soins de santé primaires (SSP) tels que définis à Alma Ata en 1978. Au niveau du second échelon, il existe le paquet complémentaire d'activités (PCA), toutefois ces paquets ne sont pas mis à jour. Aussi, au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), il n'y a pas de paquet d'activités défini. Du reste, les normes en ressources humaines, en infrastructures/équipements ne sont pas mises à jour à tous les niveaux.

Le pays enregistre des progrès en matière d'achat stratégique de services de santé, notamment dans le cadre de son programme de gratuité et des régimes communautaires. En effet, une priorité est accordée aux services par le biais d'ensembles de prestations explicites, en passant des contrats avec les prestataires et en introduisant un paiement de ces derniers basé sur les résultats qui lie le paiement aux objectifs de prestation de services.

La politique de gratuité, mise en œuvre dans tous les établissements de santé publics et dans quelques établissements privés depuis 2016, concerne tous les enfants de moins de 5 ans, ainsi que les femmes enceintes et en période de post-partum. L'ensemble de services inclut les services pédiatriques définis dans les protocoles pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Pour les femmes enceintes, la gratuité comprend les soins prénatals et postnatals, les accouchements, les soins obstétricaux d'urgence et les césariennes. Le traitement des fistules obstétricales ainsi que le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du sein sont également pris en charge pour toutes les femmes.

En 2018, cette politique s'est étendue à la gratuité de la planification familiale.

Au niveau du régime RAMU spécifiquement, le décret 2023-1410 /PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MEFP/MSHP portant définition du panier de soins, précise le panier de soins du RAMU. L'article 3 de ce décret stipule que le panier de soins comprend :

- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les actes infirmiers ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches ;
- les actes et les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- les soins bucco-dentaires d'urgence ;
- les examens de biologie médicale ;
- les actes de radiologie et d'imagerie médicale ;
- les explorations fonctionnelles ;
- les produits de santé en ambulatoire et en hospitalisation ;
- les actes de rééducation fonctionnelle et kinésithérapie ;
- le transport médicalisé des malades vers les établissements de santé et ;
- les actes de consultation de médecine traditionnelle agréés.

Une phase pilote du RAMU a été exécutée dans quatre (04) régions que sont la Boucle du Mouhoun, le Centre, les Hauts-Bassins et le Nord au profit de 67 336 personnes indigentes. Au 31 décembre 2021, l'atelier bilan réalisé avec l'ensemble des acteurs fait ressorti que 38 593 personnes indigentes ont été effectivement enrôlées, soit un taux de 57,31%. Toutefois, le mécanisme n'est pas encore opérationnel sur toute l'étendue du territoire.

5.4.3.2 Choix des prestataires

Concernant le choix des prestataires, il est souvent noté une absence de conventions/contrats signés avec les prestataires de services. En effet, au niveau des prestataires du premier et du second échelon, il existe un processus en cours pour la certification/accréditation des prestataires de soins et des structures de régulation. Un référentiel de la qualité a été développé par le ministère en charge de la santé, et une évaluation des formations sanitaires a été conduite à partir de ce référentiel. La démarche de certification se poursuivra par l'élaboration du plan d'implémentation de ce référentiel qui sera faite sur la base des gaps identifiés lors de l'évaluation de départ ; la mise en œuvre du plan d'implémentation ; la réalisation d'audits internes pour s'assurer de la conformité et l'efficacité du plan d'implémentation ; et la mise en œuvre des actions correctives après l'évaluation de certification.

A ce jour, il n'y a donc pas de reconnaissance de la qualité ou encore de « sélection » des prestataires. Il en est de même au niveau des CHR et CHU. Il faut préciser que de nombreux prestataires ne répondent pas aux normes en ressources humaines, en infrastructures et équipements requis pour une offre de soins de qualité. En outre, on note une insuffisance dans l'application des protocoles de diagnostic et de traitement dans les formations sanitaires publiques et privées.

Ces faiblesses dans les contrats d'achat de produits de santé entravent les progrès vers l'achat stratégique. En outre, la fragmentation des régimes réduit le pouvoir d'achat et n'incite pas les prestataires à cibler les populations prioritaires avec des services de santé de bonne qualité.

5.4.3.3 Méthodes de paiement/allocation des ressources

Pour ce qui relève du paiement des prestataires, il est à noter que l'achat des services est caractérisé par un mix de méthodes de paiement au niveau central, intermédiaire et périphérique. Ces méthodes de paiement ont une influence sur le comportement des prestataires en termes de sous production ou de surproduction. En effet, certains régimes utilisent un paiement basé sur les résultats, principalement la simple rémunération à l'acte. Le programme de gratuité dispose quant à lui, d'un système de paiement anticipé des prestataires, appelé « pré-positionnement des fonds ».

Par ailleurs, l'information qui constitue un élément stratégique majeur au niveau de la politique d'achat stratégique (car permettant de relier l'allocation des ressources à la production/performance des structures et à l'atteinte des objectifs), ne dispose pas à ce jour d'un système qui intègre toutes les informations centralisées (données sanitaires, financières) dans une perspective d'achat basée sur la performance des structures. En effet, le système d'information est caractérisé par une fragmentation de la gestion des données.

Face aux multiples défis dans le domaine de l'achat des services, le Burkina Faso pourrait améliorer les achats stratégiques en réduisant la fragmentation des régimes publics et en regroupant les ressources publiques au sein d'un nombre réduit d'acheteurs afin d'augmenter le pouvoir d'achat et de fournir des incitations cohérentes aux prestataires. Le RAMU en cours d'opérationnalisation, pourrait offrir au pays une bonne occasion de rendre les achats plus stratégiques, grâce à une rationalisation du financement et de l'achat des soins de santé, à une séparation plus complète des fonctions entre l'acheteur et les fournisseurs, à une amélioration des incitations à la prestation de services grâce à des méthodes de paiement des prestataires plus efficaces et à des systèmes intégrés de suivi des données et des performances.

5.5 Défis et perspectives

Bien que des efforts aient été réalisés dans la dynamique de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso, il demeure des défis majeurs parmi lesquels :

- l'opérationnalisation du RAMU à travers :
 - le renforcement du cadre juridique du RAMU par l'adoption des autres textes d'application de la loi portant RAMU ;
 - la mobilisation de ressources pour le financement du RAMU ;
 - la mise en commun des ressources pour le financement du RAMU et les mesures d'exemption de paiement à travers les caisses (CNAMU, CAMA) ;
 - le transfert de la fonction de gestion de la gratuité à la CNAMU ;

- l'adhésion et le recouvrement des cotisations des acteurs de l'économie informelle ;
 - la digitalisation des services du RAMU ;
 - la mise en place d'outils d'une bonne collaboration avec les structures en charge de l'offre de soins de santé et éventuellement, la signature des conventions avec les organismes de gestion déléguée.
- le renforcement des capacités de l'offre de soins à travers les renforcements des ressources humaines de qualités, la construction/équipements des infrastructures sanitaires respectant les normes, etc. ;
 - le suivi régulier de la progression vers la CSU à travers des indicateurs de mesure de la couverture effective des services de santé essentiels (prenant en compte l'équité dans l'accès à des services de santé de qualité) et de la protection financière ;
 - la mobilisation adéquate des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé pour faire face aux dépenses de santé croissantes.

En termes de perspectives, la mise en œuvre de la Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) pour la CSU permettra d'intensifier les interventions nationales prioritaires pour canaliser les actions vers l'atteinte de la CSU à travers une vision et une stratégie commune et un leadership clair.

Par ailleurs, l'adoption récente (28 février 2024) du sixième décret (taux d'appel à cotisation) essentiel à l'opérationnalisation du RAMU conjuguée au développement du Système Intégré de Gestion du RAMU⁸¹ ouvre la voie pour démarrer effectivement des activités liées à l'immatriculation des assujettis prévue au cours de cette année 2024.

Pour assurer le suivi des progrès vers la CSU, le système d'information sanitaire devra être orienté vers la collecte dynamique de données de qualité et ventilées autant que possible.

Enfin, l'effectivité de la CSU au Burkina Faso permettra aux populations en général et celles vulnérables en particulier d'avoir un accès facile aux soins de santé. Aussi, la régularité d'un tel exercice devrait permettre de donner des orientations aux décideurs autant pour le renforcement de l'offre de soins de qualité que pour la protection financière des populations. Cela permettra d'accroître l'accessibilité des services de santé et leur utilisation effective par les populations. C'est à cette condition que les progrès vers la CSU seront accélérés et que la santé des populations pourrait être améliorée.

⁸¹ Application développée par la CNAMU pour l'enrôlement et l'immatriculation des assujettis

CONCLUSION

L'édition 2023 du rapport sur l'état de santé de la population au Burkina Faso met en évidence des avancées significatives dans plusieurs domaines clés de la santé publique, tout en révélant des défis persistants.

Les maladies transmissibles restent une priorité majeure, en raison de leur prévalence élevée et de leurs impacts socio-économiques négatifs. Malgré les interventions déployées pour combattre des maladies telles que le paludisme, la dengue, la tuberculose, le VIH-Sida, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales, le fardeau de ces maladies reste encore élevé. L'épidémie de dengue de 2023 a mis en lumière l'importance d'une réponse rapide et coordonnée. Pour réduire efficacement le fardeau de ces maladies, il est crucial de renforcer les systèmes de prévention, de surveillance et de prise en charge, tout en garantissant un accès équitable aux services de santé.

Le Burkina Faso a amorcé une transition sanitaire caractérisé par une hausse des maladies non transmissibles. Ces maladies constituent un fardeau croissant pour le système de santé. La lutte contre ces maladies nécessite une approche intégrée qui englobe la prévention, le dépistage précoce, le traitement et la gestion des complications.

Les facteurs de risque et les habitudes de vie sont caractérisés par une augmentation de la consommation de substances psychoactives, une persistance de la malnutrition et une population de plus en plus sédentaire. Cette situation est propice aux maladies non transmissibles. En ce qui concerne la prévention par la vaccination, on note un pourcentage non négligeable d'enfants non-couverts par les vaccins du PEV et une organisation insuffisante de la vaccination hors PEV. Ce qui occasionnerait des foyers d'épidémies de maladies évitables par la vaccination. Pour améliorer cette situation, des actions doivent viser le renforcement de la collecte de données, de la réglementation en lien avec les substances psychoactives, de la promotion des habitudes de vie plus saines et de l'organisation du système de prévention vaccinal.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, des progrès notables ont été réalisés mais des insuffisances demeurent. Pour améliorer davantage la situation, il est nécessaire de renforcer l'accès aux soins prénatals et postnatals de qualité, d'accroître les compétences des professionnels de santé, et de sensibiliser la population sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

Enfin, la dynamique de la couverture sanitaire universelle montre des signes encourageants, mais des défis importants subsistent. L'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle, le renforcement des capacités de l'offre de soins et la mobilisation des ressources financières restent des priorités. La mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé et l'amélioration du système de santé sont des éléments cruciaux pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arrêté N°2018-933/MS/CAB portant attributions, organisation et fonctionnement de la Direction générale de la santé publique du 2 octobre 2018
- BASSINGA, H., Jacques, BADO., SAVADOGO, Y., OUEDRAOGO, C. S., NABIE, D., & SOURA, A. B. (2023). Fécondité des adolescentes et jeunes femmes de 15-24 ans au Burkina Faso : mécanismes de changement sur la période 2010-2021. *Lettres, Sciences sociales et humaines*, 39(2), 121-145.
- Bonnet D, Guillaume A. La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels. *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*. Septembre 2004.
- CEDEAO. Rapport du réseau Ouest-Africain d'épidémiologie sur la consommation de drogues (WENDU) ; statistiques et tendances en matière de consommation et d'offre de drogues illicites (2018-2019).
- CNSS, Burkina Faso. Annuaire statistique. 2022
- Compaoré C. E. et Guissou P. Les drogues et leurs effets au Burkina Faso. 2007
- Dagfinn Aune, Edward Giovannucci , Paolo Boffetta et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies, *Int J Epidemiol*. 2017 Jun 1;46(3):1029-1056. doi: 10.1093/ije/dyw319.
- Décret 2016-311/PRES/PM/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso
- Décret n° 2018_0093/PRES/PM/MS portant organisation du Ministère de la santé du 15 février 2018
- Décret n°2006-185/PRES/PM/MS/MFB/MATD du 2 mai 2006 portant institution d'une subvention sur les coûts des accouchements et des soins obstétricaux néonataux d'urgence dans les formations sanitaires publiques de l'État
- DGEP. Rapport national 2023 sur l'état de la population au Burkina Faso. 2023
- Diallo A, Combarry A, Bakyono R, Guene H, Ouedraogo S, Garcia Baena I, et al. A 2020 baseline assessment for the monitoring of the End TB indicator of catastrophic costs in Burkina Faso. *int j tuberc lung dis* 26(10):970 7
- WHO. Global tuberculosis report 2023
- Gonzalez JP ; Du Saussay C, Gautun JC, McComick JB, Mouchet J. La dengue au Burkina Faso (ex Haute Volta) : épidémies saisonnières en milieu urbain à Ouagadougou. *Bull Soc Path Exot*. 1985, 78(1) : 7-14.
- INSD, Burkina Faso. Enquête démographique et de santé 2021
- INSD, Burkina Faso. Enquête harmonisée des conditions de vie des ménages 2021
- Méda N, Tuallion E, Kania D et al. Hepatitis B and C virus seroprevalence, Burkina Faso: a crosssectional study. *Bull World Health Organ* 2018; 96:750–759
- MFPTPS, Burkina Faso. Plan stratégique de développement du RAMU/CNAMU 2024-2028
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2013
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2014
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2015
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2016
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2017
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2018
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2019
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2020
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2021
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2022
- MSHP, Burkina Faso. Annuaire statistique 2023
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2013

- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2014
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2015
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2016
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2017
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2018
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2019
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2020
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2021
- MSHP, Burkina Faso. Rapport des comptes de santé 2022
- MSHP, Burkina Faso. Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose.
- MSHP, Burkina Faso. Normes et protocoles de prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso. 2019
- MSHP, Burkina Faso. Plan de passage à l'échelle de la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au Burkina Faso (2013 – 2025), 2014
- MSHP, Burkina Faso. Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose. 2023
- MSHP, Burkina Faso. Rétro information sur la gratuité des soins. Bulletins n°1
- MSHP, Burkina Faso. Rétro information sur la gratuité des soins. Bulletins n°4
- MSHP, Burkina Faso. Rétro information sur la gratuité des soins. Bulletins n°9
- MSHP, Burkina Faso. SP/Palu, rapport 2023
- MSHP, Burkina Faso. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021
- OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde. 2000
- Plan opérationnel de mise en œuvre du guichet unique de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH au Burkina Faso
- ONUSIDA. Rapport annuel.2023
- Sangaré L, Sombié R, Combasséré AW, Kouanda A, Kania D, Zerbo O, Lankoandé J. Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH, Ouagadougou, Burkina Faso. Bull Soc Pathol Exot, 2009, 102, 4, DOI : 10.3185/pathexo3393
- USAID. Glossaire des Terminologies Utilisées dans le Contexte des Interventions Multisectorielles de Nutrition, juin 2022
- World Health Organization. Antenatal Care Guidelines. 2016
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=aux%20adolescentes%20mari%C3%A9es.-La%20grossesse%20chez%20les%20adolescentes%20est%20un%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne%20mondial%20dont,donn%C3%A9es%20n%C3%A9cessaires%20pour%20la%20pr%C3%A9venir>
- Community of Practice Health Service Delivery (2014). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa. Report of the regional conference “Health districts in Africa: progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration” 21–23 October 2013, Dakar, Senegal. Disponible à l'adresse <https://www.health4africa.net/wpcontent/uploads/Dakar-Conference-Final-Report>.
- <https://aidsinfo.unaids.org/>
- https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety-fr.pdf?sfvrsn=65cf34c8_35&download=true
- https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&iso2=%22BF%22&lan=%22EN%22
- <https://www.afro.who.int/fr/countries/burkina-faso/publication/rapport-annuel-2022-de-loms-au-burkina-faso>
- <https://www.fao.org/4/w0073f/w0073f07.htm#TopOfPage>

- <https://www.unicef.org/fr/nutrition/nutrition-maternelle>
- https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Nouveau portail de l’OMS pour aider à suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/12-12-2016-new-who-data-portal-to-help-track-progress-towards-universal-health-coverage>
- OMS Weekly epidemiological record. Hepatitis B vaccines. No. 40, 2009, 84, 405–420. <http://www.who.int/wer>
- OMS, Maladies non transmissibles, 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Survey Methodology | PMA Data. (n.d.). Retrieved July 24, 2024, from <https://www.pmadata.org/data/survey-methodology>

Annexes 2.1

Définitions opérationnelles

Selon l'OMS, les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, à savoir :

- les cardiopathies ischémiques (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque) ;
- les maladies cérébro-vasculaires (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau) ;
- les artériopathies périphériques (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes) ;
- les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque ;
- les malformations cardiaques congénitales (des malformations déjà présentes à la naissance qui affectent le développement et le fonctionnement normaux de la structure du cœur) et ;
- les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires (obstruction des veines des jambes par un caillot sanguin, susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons).

Les infarctus et les AVC sont généralement des événements aigus et sont principalement dus au blocage d'une artère empêchant le sang de parvenir au cœur ou au cerveau. Leur cause la plus courante est la constitution d'un dépôt gras sur les parois internes des vaisseaux sanguins alimentant ces organes.

Les accidents vasculaires cérébraux peuvent aussi résulter du saignement d'un vaisseau sanguin cérébral ou de caillots.

Les maladies des voies respiratoires quant à eux sont des pathologies affectant les voies de passage de l'air, notamment les voies nasales, les bronches et les poumons. Les maladies respiratoires englobent les infections respiratoires aiguës ainsi que les maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et le cancer du poumon.

La charge des affections respiratoires est aggravée par de multiples déterminants. L'exposition directe et indirecte à la fumée du tabac constitue le principal facteur de risque pour son développement. Parmi les autres facteurs importants figurent la forte exposition à la pollution de l'air causée par des sources intérieures et extérieures, les troubles associés au milieu professionnel, la malnutrition, l'insuffisance pondérale à la naissance ainsi que les infections pulmonaires précoces multiples.

Les facteurs socioéconomiques jouent un rôle important dans la hausse de la prévalence et la gravité de la maladie du fait de déterminants environnementaux, et peuvent être associés à un manque d'accès à des soins appropriés.

le diabète est un trouble métabolique chronique caractérisé par une hyperglycémie (taux élevé de glucose dans le sang) résultant de défauts dans la sécrétion d'insuline, l'action de l'insuline, ou les deux. La condition est classée en plusieurs types, principalement(1) :

- le diabète de Type 1 : Se présente typiquement dans l'enfance ou l'adolescence et est caractérisé par une apparition rapide de

symptômes tels que la polyurie (mictions fréquentes), la polydipsie (soif accrue), la polyphagie (faim accrue), et une perte de poids involontaire. C'est principalement une condition auto-immune où le système immunitaire attaque et détruit les cellules bêta productrices d'insuline dans le pancréas.

- le diabète de Type 2 : Survient plus souvent chez les adultes, en particulier ceux qui sont en surpoids ou obèses, et est souvent associé à une apparition progressive de l'hyperglycémie. Il implique une résistance à l'insuline (où les cellules du corps ne répondent pas correctement à l'insuline) et une déficience relative de la production d'insuline.
- le diabète Gestationnel : Diagnostiqué pendant la grossesse, il se caractérise par une intolérance au glucose avec apparition ou première reconnaissance pendant la grossesse. Bien qu'il se résolve généralement après l'accouchement, il augmente le risque de développer un diabète de type 2 plus tard dans la vie.

Selon l'**OMS**, la **santé et sécurité au travail** est un «axe de travail pluridisciplinaire visant la promotion et le maintien du plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; la prévention, chez les travailleurs, des atteintes à la santé dues à leurs conditions de travail ; la protection des travailleurs dans leur emploi contre les risques résultant de facteurs préjudiciables à la santé ; et le placement et le maintien des travailleurs dans un environnement professionnel adapté à leurs capacités physiologiques et psychologiques.

En d'autre terme, la **sécurité et la santé au travail** traite de tous les aspects liés à la santé et à la sécurité sur le lieu de travail et en particulier la prévention des dangers. L'objectif est d'éviter les accidents et les dommages aux personnes au cours d'activités dans le cadre du travail.

Par « **sécurité du travail** » l'on entend ici la protection des travailleurs contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

