

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DES
ETUDES ET DES
STATISTIQUES SECTORIELLES



BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

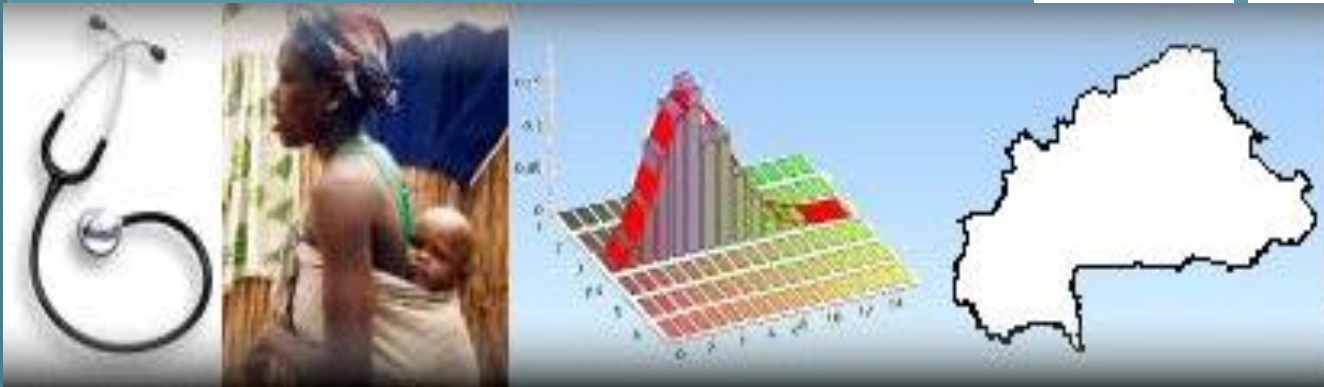


TABLEAU DE BORD 2017 DES INDICATEURS
DE SANTÉ

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
AVANT PROPOS	ix
SIGLES ET ABREVIATIONS	x
DEFINITION DE QUELQUES INDICATEURS	xii
INTRODUCTION.....	1
Processus d'élaboration du tableau de bord.....	2
I. DONNEES GENERALES.....	3
1.1. Présentation générale du Burkina Faso	4
1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso.....	4
1.2.1 Organisation administrative	4
1.2.2 Organisation de l'offre de soins	5
1.3 Politique Nationale de Santé.....	6
1.4 Système National d'Information Sanitaire (SNIS).....	6
1.4.1 Cadre institutionnel	7
1.4.2 Cadre organisationnel du SNIS	7
1.4.3 Plan stratégique du SNIS.....	8
1.4.4 Outils normatifs de gestion de l'information sanitaire	8
II. RESSOURCES	9
2.1. Ressources humaines	10
2.1.1 Personnel de santé	10
2.1.2 Personnel de santé dans les structures de soins	10
2.1.3 Ratios habitants par type de personnel de santé.....	10
2.2. Infrastructures sanitaires.....	11
2.2.1 Situation des structures de soins	11
2.2.1.1 Structures publiques de soins	11
2.2.1.2 Structures privées de soins	12
2.2.2 CSPS remplissant les normes en personnel	12

2.2.3	Accessibilité géographique aux structures de soins	13
2.2.5	Ratio habitants par centre de santé de base	13
2.2.6	Situation de la gestion des DMEG	14
2.3	Ressources financières	14
2.3.1	Financement de la santé sous l'angle des comptes de la santé (CS)	14
2.3.2	Bilan financier global du plan d'action du Ministère de la santé	16
III.	SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	20
3.1.	Planification familiale	21
3.1.1	Utilisation des méthodes contraceptives	21
3.1.2	Nouvelles utilisatrices	22
3.1.3	Couple-année protection	23
3.1.4	Consultation prénatale	23
3.1.5	Elimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME/VIH)	24
3.2	Accouchements	25
3.2.1	Accouchements assistés	25
3.2.2	Césariennes	26
3.3	Avortements	27
3.4	Consultation postnatale	28
3.5	Prise en charge des fistules et des séquelles d'excision	28
3.6.	Mortalité maternelle et néonatale	29
3.4	Surveillance nutritionnelle	30
3.4.1	Surveillance de routine	30
3.4.2	Performance de la prise en charge nutritionnelle	31
3.4.3	Données d'enquêtes nutritionnelles	32
3.4.4	Prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG)	34
3.4.5	Prévalence de la malnutrition chronique	34
3.4.6	Prévalence de l'insuffisance pondérale	34
3.4.7	Prévalences de la surcharge pondérale	35

3.5 Indicateurs sur l’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)	35
3.5.1 Allaitement Exclusif	35
3.5.2 Diversité alimentaire minimum	36
3.5.3 Résultats des campagnes de supplémentation en Vitamine A.....	37
3.6 Vaccination	37
3.6.1 Vaccination de routine.....	37
3.6.2 Activités de vaccination supplémentaire	38
IV. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE.....	39
4.1. Méningite	40
4.1.1 Evolution des cas de méningite par semaine en 2017	40
4.1.2 Incidence de la méningite.....	40
4.1.3 Répartition des cas de méningite par tranche d’âge.....	42
4.1.4 Résultats de laboratoire.....	43
4.1.5 Létalité de la méningite.....	43
4.2. Choléra	43
4.3. Rougeole	43
4.4. Fièvre jaune	44
4.5. Diarrhée sanguinolente.....	44
4.6. Poliomyélite.....	45
4.7. Maladie à Virus Ebola (MVE)	45
4.8. Dengue	45
V. MALADIES D’INTERET SPECIAL	47
5.1. Paludisme	48
5.1.1. Confirmation des cas de paludisme dans les formations sanitaires en 2017	48
5.1.2 Situation du paludisme dans la population générale.....	48
5.1.3 Poids du paludisme dans la morbidité et mortalité	49
5.1.4. Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans	51
5.1.5. Situation du paludisme chez les femmes enceintes	52

5.1.6. Prévention du paludisme.....	52
5.1.6. Les principales actions réalisées en 2017.....	53
5.2. Tuberculose	53
5.2.1 Dépistage	53
5.2.2 Résultats de traitement	54
5.2.3 Co-infection tuberculose/VIH.....	55
5.2.4 Les principales actions réalisées en 2017.....	56
5.3. Les infections sexuellement transmissibles (IST).....	56
5.4. VIH/Sida	57
5.4.1. Conseil et dépistage du VIH.....	58
5.4.2. File active et traitement ARV	59
5.4.3. Actions entreprises en 2017 dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida	60
5.5. Lèpre	61
5.6. Ver de guinée/dracunculose	61
VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE	63
6.1. Consultation curative.....	63
6.1.1 Consultation chez les enfants de moins de 5 ans dans les districts sanitaires	64
6.2. Morbidité	65
6.2.1. Les motifs d'hospitalisation	66
6.1.2. Décès dans les structures hospitalières.....	67
6.3. Occupation des lits.....	68
6.4. Séjour moyen en hospitalisation	69
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	a
ANNEXE 1	b
SITUATION DES INDICATEURS AU NIVEAU NATIONAL ET REGIONAL	b
ANNEXE 2	p

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Principaux indicateur démographique du Burkina Faso	4
Tableau 2: Evolution des effectifs du personnel de quelques emplois de 2013 à 2017.....	10
Tableau 3: proportion du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2013 à 2017	10
Tableau 4:Nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2013 à 2017	11
Tableau 5: Situation des structures sanitaires privées de soins de 2013 à 2017.....	12
Tableau 6: Proportions (%) des CSPS remplissant les normes minimales en personnel de 2013 à 2017	12
Tableau 7: Rayon moyen d'action théorique (en Km sans le privé) par région sanitaire de 2013 à 2017	13
Tableau 8: Quelques indicateurs de base des Comptes de la Santé de 2013 à 2016	15
Tableau 9: Indicateurs optionnels de 2013 à 2016	16
Tableau 10 : Bilan physique et financier du plan d'action 2017 du Ministère de la santé par programme	17
Tableau 11 : Bilan physique et financier global et par niveau de mise en œuvre en 2017...	19
Tableau 12 : Répartition des nouvelles utilisatrices par méthode contraceptive en 2016 et 2017	22
Tableau 13: Nombre de couple-année protection par région de 2013 à 2017	23
Tableau 14:Indicateurs de eTME/VIH par région en 2017	25
Tableau 15: Couvertures en accouchements assistés par région en 2016 et 2017	26
Tableau 16 : situation des césariennes par région en 2017	27
Tableau 17: situation des avortements par région en 2017	27
Tableau 18: situation des décès néonataux par région en 2017.....	30
Tableau 19: Taux de dépistage de la malnutrition aigüe par région en 2017.....	31
Tableau 20: Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2017	31
Tableau 21: Prévalence de la malnutrition par région en 2017.....	33
Tableau 22: Prévalence de la surcharge pondérale par région en 2017	35
Tableau 23: Couvertures (%) vaccinales de 2013 à 2017.....	37
Tableau 24 : Répartition des cas et décès d'ictère fébrile en 2017 par région sanitaire.....	44
Tableau 25: performance de la surveillance des PFA de 2013 à 2017	45
Tableau 26: Situation des cas et décès de la dengue par région de 2017	46
Tableau 27: Résultats de traitement des patients de la cohorte de 2016 par région au BF .	55
Tableau 28 : Indicateurs de prise en charge de la co-infection TB/VIH de 2013 à 2017 au Burkina Faso	56
Tableau 29: Incidence cumulée (P.1000) des IST par région de 2013 à 2017 au Burkina Faso	57

Tableau 30: Résultats de la sérosurveillance du VIH dans les sites sentinelles en 2017 au Burkina Faso	58
Tableau 31: Résultats du conseil et dépistage du VIH par région en 2017 au Burkina Faso	59
Tableau 32: situation de la lèpre de 2013 à 2017 au Burkina Faso.....	61
Figure 33: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2013 à 2017 au Burkina Faso.....	63
Tableau 34: principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2017 au Burkina Faso	65
Tableau 35: Situation des principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2017 chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso	66
Tableau 36: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2017 au Burkina Faso.....	66
Tableau 37: Principales causes de décès dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2017 au Burkina Faso.	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Ratios habitants par personnel de santé de 2013 à 2017 au BF	11
Figure 2: Ratio habitants/centre de santé de 2013 à 2017 au BF	14
Figure 3 : Proportion de DMEG n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs par région en 2017 au Burkina Faso.....	14
Figure 4: Evolution du taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives de 2013 à 2017	21
Figure 5: Taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives modernes par région en 2017	22
Figure 6 : Evolution du taux (%) de CPN1 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale à T1 de la grossesse de 2013 à 2017 au BF.....	24
Figure 7: Evolution du taux (%) de CPN1 et de CPN4 de 2013 à 2017 au BF	24
Figure 8: Couverture en accouchements assistés de 2013 à 2017 au BF.....	26
Figure 9: Couverture (%) en consultation postnatale par région en 2017 au BF.....	28
Figure 10 : Situation de la prise en charge des fistules et des séquelles d'excision en 2017	29
Figure 11 : Taux de décès maternel intra hospitalière pour 100 000 parturientes en 2017 au BF	29
Figure 12: Prévalence (%) de la malnutrition de 2013 à 2017 au Burkina Faso	34
Figure 13 : Taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois de 2013 à 2017.....	35
Figure 14: Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement par région en 2017	36
Figure 15: Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 04 groupes d'aliments de 2013 à 2017.....	36
Figure 16 : Evolution hebdomadaire en 2017 des cas et décès de méningite de S1 à S52 au BF	40

Figure 17 : Courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2013 à 2017	41
Figure 18: Répartition (%) des cas suspects de méningite par tranche d'âge en 2017 (n = 2537)	42
Figure 19: Proportion (%) des germes identifiés à la PCR en 2017 par le laboratoire	43
Figure 20: Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants au Burkina Faso de 2013 à 2017.....	44
Figure 21 : Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso.....	48
Figure 22: Evolution mensuelle du poids du paludisme dans la morbidité et mortalité de 2013 à 2017 au Burkina Faso.....	50
Figure 23 : Evolution de l'incidence (p. 1000) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso chez les moins de 5 ans	51
Figure 24 : Evolution de l'incidence (pour 1000 grossesses attendues) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso chez les femmes enceintes	52
Figure 25 : Evolution de la proportion des femmes ayant bénéficié du TPI2 et du TPI3 de 2014 à 2017 au Burkina Faso.....	52
Figure 26: Evolution du taux de notification des nouveaux cas et rechutes toutes formes de 2013 à 2017.....	53
Figure 27 : Taux de notification (p.100 000 habitants) des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par région en 2017 au Burkina Faso.	54
Figure 28: Taux d'échec, de perdus de vue et de décès de 2012 à 2016 au Burkina Faso ..	54
Figure 29 : Proportion (%) des cas d'IST selon la notification syndromique en 2017 au Burkina Faso.....	57
Figure 30: Evolution de la proportion (%) des personnes sous traitements ARV de 2013 à 2017 au Burkina Faso	59
Figure 31 : Proportion de PvVIH sous ARV par région en 2017 au Burkina Faso	60
Figure 32: Prévalence (p.10 000) de la lèpre par région en 2017 au Burkina Faso	61
Figure 33 : Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans entre 2013 et 2017 dans les formations sanitaires de 1 ^{er} niveau de soins au Burkina Faso.	64
Figure 34: Situation du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans en 2017 par région au Burkina Faso	64
Figure 35 : Taux d'occupation des lits dans les centres hospitaliers en 2017 au BF	68
Figure 36: Séjour moyen dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2016 et 2017 au BF	69

LISTE DES CARTES

Carte 1: Situation du taux d'attaque de la méningite par district en 2017	42
---	----

AVANT PROPOS

Le tableau de bord est une contribution à la production statistique du Ministère de la santé. Il décrit le niveau d'atteinte des principaux indicateurs produits par la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS). Il permet de déterminer les acquis et les insuffisances et de dégager les défis à relever au regard des objectifs fixés.

Cette 14^{ème} édition du tableau de bord tire principalement ses sources dans les annuaires statistiques mais aussi d'autres opérations statistiques (Recensement générale de la population et de l'habitat, Enquêtes démographiques et de santé, Enquête multisectorielle continue, Enquêtes nutritionnelles, Comptes de santé, etc).

Malgré un taux de complétude des rapports d'activités des formations sanitaires en baisse par rapport à 2016 (-2%), les indicateurs de l'année 2017 montrent plusieurs domaines de satisfaction au nombre desquels la santé de la mère et de l'enfant, l'utilisation des services de santé et les ratios population-personnel de santé. La principale insuffisance a été notée dans le domaine de la disponibilité des médicaments dans les DMEG qui a probablement joué sur la qualité de la prise en charge des patients.

Je saisis cette occasion pour réitérer les remerciements du gouvernement à toutes les parties prenantes qui ont contribué à ce bilan. J'invite tous les acteurs de notre système de santé à redoubler d'ardeur dans la mise en œuvre du PNDS pour qu'à l'horizon 2020, nous puissions relever les principaux défis qui restent. Nous osons croire que les mesures de gratuité au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq en plus des autres stratégies nous permettront de contribuer sensiblement à l'amélioration des indicateurs de santé à court et moyen terme.

J'adresse mes vives félicitations et mes remerciements à tous les acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce document et j'invite tous les acteurs à l'utiliser pour la planification et la prise de décision.

Pr Nicolas MEDA

SIGLES ET ABREVIATIONS

AA	: Accoucheuse auxiliaire
ACD	: Atteindre chaque district
ARV	: Antirétroviral
ATPE	: Aliment thérapeutique près à l'emploi
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BS	: Boite de sécurité
CaDP	: Cadres et directives de planification
CDT	: Centre de dépistage antituberculeux
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CISSE	: Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	: Consultation prénatale
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
DBS	: Dry blood spot
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DN	: Direction de la nutrition
DLM	: Direction de la lutte contre la maladie
DS	: District sanitaire
DSS	: Direction des statistiques sectorielles
DTC	: Diphtérie, tétanos, coqueluche
ECD	: Equipe cadre de district
EDS	: Enquête démographique et de santé
eTME/VIH	: Elimination de la transmission mère – enfant du VIH
FS	: Formation sanitaire
GPRHCS	: Global program enhance reproductive health commodity security
Hib	: Hemophilus influenzae
HNBC	: Hôpital national Blaise Compaoré
HSH	: Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IAP	: Indicateurs d'alerte précoce
IB	: Infirmier breveté
ICP	: Infirmier chef de poste
IDE	: Infirmier diplômé d'Etat
IMC	: Indice de masse corporelle
INS	: Institut national de la statistique et de la démographie
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAM	: Malnutrition aiguë modérée
MAS	: Malnutrition aiguë sévère
MCS	: Méningite cérébro-spinale
MET	: Metabolic equivalent test

MNT	: Maladies non transmissibles
MS	: Ministère de la santé
NA	: Non applicable
NC	: Non collecté
ND	: Non disponible
NmA	: Méningocoque A (<i>Nisseriae meningetidis</i> A)
NmW135	: Méningocoque W 135 (<i>Nisseriae meningetidis</i> W135)
NmX	: Méningocoque X (<i>Nisseriae meningetidis</i> X)
NmY	: Méningocoque Y (<i>Nisseriae meningetidis</i> Y)
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OST	: Office de santé des travailleurs
PAD	: Pression artérielle diastolique
PAS	: Pression artérielle systolique
Penta	: Vaccin pentavalent (DTC + hépatite B + <i>Hemophilus influenzae</i>)
PEV	: Programme élargi de vaccination
PECM	: Prise en charge médicale
PFA	: Paralysie flasque aiguë
PIB	: Produit intérieur brut
PID	: Personnes qui s'injectent des drogues
PNAPF	: Plan national d'accélération de la planification familiale
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNT	: Programme national de lutte contre la tuberculose
PNS	: Politique nationale de santé
PTF	: Partenaire technique et financier
PvVIH	: Personne vivant avec le VIH
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitation
RMAT	: Rayon moyen d'action théorique
SIDA	: Syndrome d'immuno déficience acquise
SMART	: Standardized monitoring and assessment of relief and transition
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TDR	: Test de diagnostic rapide
TNN	: Tétanos néo-natal
TPM	: Tuberculose pulmonaire à microscopie (positive ou négative)
UNFPA	: Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'éducation et l'enfance
VAA	: Vaccin anti amaril
VAR	: Vaccin anti rougeoleux
VIH	: Virus de l'Immuno déficience Humaine
VPO	: Vaccin polio oral

DEFINITION DE QUELQUES INDICATEURS

Indicateur	Définition
MORBIDITE-MORTALITE	
Espérance de vie à la naissance	Nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant à la naissance si les conditions sanitaires et les risques de mortalité restent constants pendant toute sa vie
Quotient de mortalité infantile	Probabilité pour un enfant qui naît, de décéder avant son premier anniversaire
Quotient de mortalité infanto juvénile	Probabilité pour un enfant qui naît de décéder avant son cinquième anniversaire
Quotient de mortalité juvénile	Probabilité pour un enfant qui a dépassé son premier anniversaire de décéder avant son cinquième anniversaire
Taux de mortalité maternels intra-hospitalière pour 100 000 parturientes	Nombre de décès maternels enregistrés par les formations sanitaires rapporté au nombre de femmes venues accoucher
Taux brut de mortalité	Nombre de décès (tous âges confondus) pour 1 000 habitants
Taux d'occupation des lits	Durée moyenne d'occupation des lits au cours d'une période
Taux de mortalité infantile	Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de moins d'un an
Taux de mortalité des moins de 5 ans ou taux de mortalité infanto-juvénile	Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de moins de 5 ans
MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET D'INTERET EN SANTE PUBLIQUE	
Cas prévalent	Nombre de cas d'une maladie à un moment donné, (Nouveaux et anciens cas)
Incidence d'une maladie	Mesure la fréquence d'apparition des nouveaux cas d'une maladie ou d'un événement au sein d'une population au cours d'une période donnée
Létalité	Mesure le risque de décéder par suite d'une maladie ou d'un phénomène donné.
NUTRITION	
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans	Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un faible poids par rapport à l'âge (Rapport poids pour âge inférieur de deux écarts-types à la médiane)
Proportion de malnutris aigus modérés	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris selon l'indice Poids/Taille (Z/score inférieur à - 2 écart-types et supérieur ou égal à -3 écart-types à la médiane de la population de référence et sans œdème) rapporté au nombre d'enfants de moins de 5 ans pesés et mesurés
Proportion de malnutris aiguë sévère	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris selon l'indice Poids/Taille (Z/score inférieur à - 3 écart-types et/ou présence d'œdèmes) rapporté au nombre d'enfants de moins de 5 ans pesés et mesurés
Retard de croissance	Rapport taille pour âge inférieur de deux écarts-type à la médiane de la population de référence

Indicateur	Définition
Taux d'émaciation	Proportion d'enfants dont le poids pour la taille est inférieure de deux écarts-type à la médiane de la population de référence
INDICATEURS RELATIFS AUX PRESTATIONS DE SERVICE	
Nombre de nouveaux contacts par habitant par an	Nombre de nouveaux consultants rapporté à la population de l'année
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	Nombre d'utilisatrices (nouvelles+ anciennes) de méthodes contraceptives par rapport aux femmes en âge de reproduction
Taux de couverture en consultations prénatale	Nombre de femmes vues en consultations prénatales rapporté aux grossesses attendues
Taux d'accouchements assistés	Nombre d'accouchements réalisés dans les centres de santé rapporté au nombre d'accouchements attendus
Taux de césarienne	Nombre de césariennes réalisées rapporté au nombre d'accouchements attendus
Taux de couverture vaccinale en BCG	Nombre d'enfants vaccinés contre la tuberculose rapporté aux naissances vivantes attendues
Taux de couverture vaccinale en fièvre jaune (VAA)	Nombre d'enfants vaccinés contre la fièvre jaune rapporté au nombre d'enfants de 0 à 11 mois
Taux de couverture vaccinale en Penta3	Nombre d'enfants ayant reçus la troisième dose du vaccin pentavalent (DTC-HepHib3) rapporté au nombre d'enfants de 0 à 11 mois
INDICATEURS RELATIFS AUX RESSOURCES	
Dépenses totales de santé	Ensemble des dépenses en rapport avec la santé
Proportion de CSPS remplissant la norme en personnel	Nombre de CSPS qui disposent au minimum d'un infirmier d'Etat ou breveté, d'une sage-femme ou d'une accoucheuse et d'un agent itinérant de santé ou un manoeuvre rapporté à l'effectif total de CSPS
Rayon moyen d'action théorique	Distance moyenne à parcourir pour atteindre une formation sanitaire publique de base (centre médical, CSPS, dispensaire isolé, maternité isolée)
Ratio habitants /médecins	Nombre moyen d'habitants pour un médecin
Ratio habitants /formation sanitaire de base	Nombre moyen d'habitants par formation sanitaire de base (CSPS, CM, maternités isolées, dispensaires isolés)

INTRODUCTION

Afin de favoriser la participation de tous les acteurs aux prises de décision, il est nécessaire de mettre à leur disposition une information de qualité. Le tableau de bord des indicateurs de santé, une des principales productions statistiques du ministère, vise à répondre à cette préoccupation. Il présente le niveau d'atteinte des indicateurs produits par la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) à travers les différentes stratégies. Son élaboration a requis la participation des acteurs du système de santé, notamment les directions centrales et les projets et programmes avec l'appui technique des partenaires.

Le tableau de bord est une description de la situation sanitaire et apparaît comme un outil de plaidoyer. Il interpelle sur les défis à relever pour une amélioration de l'état de santé des populations. Il comporte six sections que sont (i) les données générales, (ii) les ressources en santé, (iii) la santé de la mère et de l'enfant, (iv) les maladies à potentiel épidémique, (v) les maladies d'intérêt spécial et (vi) l'utilisation des services de santé.

Processus d'élaboration du tableau de bord

L'élaboration du tableau de bord a connu la participation des acteurs de la gestion de l'information sanitaire. Les principales étapes de l'élaboration du présent document se résument comme suit :

- l'élaboration d'un premier draft par l'équipe de la Direction des statistiques sectorielles;
- la soumission du premier draft à une équipe pour amendement et validation lors d'un atelier tenu à Ouagadougou du 16 au 20 Juillet 2018 ;
- l'adoption du document par la commission thématique Système national d'information sanitaire (SNIS) et recherche en santé;
- la signature du document par Monsieur le Ministre de la santé, suivi de sa diffusion auprès des utilisateurs.

I. DONNEES GENERALES

1.1. Présentation générale du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé, situé au cœur de l'Afrique occidentale. Il partage ses frontières avec six pays que sont le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. On y distingue une saison pluvieuse de courte durée de 3 à 4 mois (juin à septembre) et une saison sèche de 8 à 9 mois (octobre à mai).

Les Résultats de l'Enquête multisectorielle continue (EMC) de 2014, ont montré que 40,1% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté qui est estimé à 153 530 FCFA par tête et au prix courant de Ouagadougou.

Tableau 1: Principaux indicateur démographique du Burkina Faso

Indicateurs	Valeur	Sources
Population totale	19 632 147	Projection démographique 2007-2020
Espérance de vie à la naissance	56,7 ans	RGPH 2006
Taux brute de natalité (TBN)	45,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité générale	11,8‰	RGPH 2006
Taux de mortalité des enfants de moins d'un an	65‰	EDS 2010
Taux global de fécondité générale	206‰	EDS 2010
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,4 enfants	EMDS 2015
Taux d'accroissement naturel	3,1%	RGPH 2006
Proportion des femmes	51,7%	RGPH 2006
Proportion de la population vivant en milieu rural	77,3%	RGPH 2006

1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso

1.2.1 Organisation administrative

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est composé des structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé. La région sanitaire est la structure déconcentrée chargée de la coordination, de la supervision et de l'encadrement technique des activités mises en œuvre au niveau district en conformité avec les orientations stratégiques définies par la politique nationale de santé.

Le niveau périphérique est constitué de 70 districts sanitaires fonctionnels en 2017. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système national de santé. Chaque district est dirigé par une équipe cadre de district (ECD), responsable entre autres des activités cliniques, de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

1.2.2 Organisation de l'offre de soins

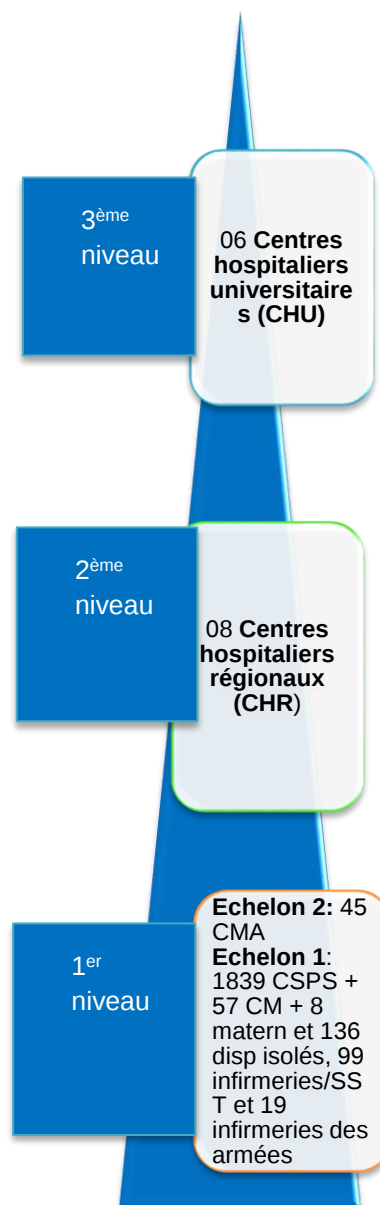
Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui forment la pyramide sanitaire.

➤ **Le premier niveau de soins** comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est composé des centres médicaux, des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des dispensaires et maternités isolés.
- le deuxième échelon de soins est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du premier échelon du district

➤ **Le deuxième niveau** est constitué par les centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils servent de référence pour les CMA.

➤ **Le troisième niveau** est constitué par les centres hospitaliers universitaires. Ce sont : Centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, Pédiatrique Charles De Gaulle, Souro Sanou, Blaise Compaoré et le centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya. Il est le niveau de référence le plus élevé.



En outre, il existe des Agents de santé à base communautaire (ASBC), des Organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de santé.

En plus du secteur public, le Burkina Faso compte 530 structures privées de soins, 246 officines et 647 dépôts pharmaceutiques.

La pharmacopée et la médecine traditionnelle, reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique contribue à la prise en charge des malades mais reste faiblement organisée et ses données non encore prises en compte dans le SNIS.

1.3 Politique Nationale de Santé

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

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

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

1.4 Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le SNIS est le dispositif chargé de la production et de la diffusion des indicateurs de santé. Il s'agit entre autres des données de morbidité, de mortalité et des ressources. Le

SNIS est placé sous la responsabilité de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Il poursuit les objectifs suivants :

- fournir à l'Etat un outil d'aide à la décision;
- fournir à tous les acteurs et utilisateurs du système de santé un outil d'appréciation de la situation sanitaire;
- soutenir le processus de planification, de gestion et d'évaluation des programmes et des services de santé;
- soutenir la recherche;
- soutenir les échanges internationaux.

Le système d'information sanitaire a connu une évolution remarquable dans la gestion informatisée des données : de la base RASI (Rapport d'activités sanitaire informatisé) en 2006 à l'Entrepôt national de données sanitaires (Endos-BF) en 2013. Conçu sur le District health information software, version 2 (DHIS2), il est en ligne à l'échelle du pays. Il intègre les données du sous-secteur privé et celles du monde communautaire. Le faible débit de la connexion internet et l'absence de connexion à certains endroits sont des difficultés liées à l'utilisation de la base Endos-BF.

1.4.1 Cadre institutionnel

Le SNIS comprend des institutions relevant ou non du Ministère de la santé. Il se compose d'un ensemble de six sous-systèmes interdépendants, plus ou moins fonctionnels les uns par rapport aux autres. La coordination de ce système incombe à la direction générale des études et des statistiques sectorielles.

Il existe dans les autres directions centrales du Ministère de la santé, des services chargés de la gestion de l'information sanitaire. Au niveau des régions et des districts, les centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) sont chargés de cette gestion. Dans les hôpitaux, cette attribution incombe au service d'information médicale (SIM) et au service de planification et d'information hospitalière (SPIH).

1.4.2 Cadre organisationnel du SNIS

Le SNIS comporte six composantes, (i) le sous-système des rapports de routine des services de santé, (ii) le sous-système de la surveillance épidémiologique, (iii) le sous-système de la gestion des programmes, (iv) le sous-système de l'administration et de la gestion des ressources, (v) le sous-système des enquêtes et études périodiques et (vi) le sous-système à assise communautaire.

1.4.3 Plan stratégique du SNIS

Adopté en conseil des ministres le 03 août 2011, le plan stratégique du système national d'information sanitaire 2011-2020 a pour vision de mettre à la disposition du système de santé, un système d'information intégré capable de produire des informations accessibles en temps réel et utilisées par tous les acteurs, pour une prise de décisions sur des bases factuelles.

Il s'articule autour de 4 axes stratégiques qui sont :

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

La mise en œuvre des activités du plan stratégique est assurée par les structures centrales, les Directions régionales de la santé, les hôpitaux et les districts sanitaires.

1.4.4 Outils normatifs de gestion de l'information sanitaire

➤ Le manuel de procédures de gestion de l'information sanitaire

Afin d'harmoniser la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux, un manuel de procédures de gestion de l'information sanitaires (MPGIS) a été élaboré en 2011 et révisé en 2015.

➤ Le manuel de procédures de gestion de l'entrepôt de données sanitaires

Il décrit les différentes règles, normes et directives de la gestion de l'Entrepôt de donnée Endos-BF.

➤ Les métadonnées du SNIS

Le document sur les métadonnées du SNIS a été élaboré afin d'harmoniser les définitions et le mode de calcul des principaux indicateurs du Système national d'information sanitaire. La dernière version a été validée et diffusée en 2015.

II. RESSOURCES

2.1. Ressources humaines

2.1.1 Personnel de santé

L'effectif du personnel de santé est en augmentation régulière ces dernières années pour la plupart des emplois. En effet, il est passé de 21 600 en 2016 à 23 000 soit un accroissement de 6,1% contre 2,1% l'année précédente. Les taux d'accroissement moyen annuel (TAMA) entre 2013 et 2017 sont plus importants dans les emplois de médecins, IDE et des SFE/ME.

Tableau 2: Evolution des effectifs du personnel de quelques emplois de 2013 à 2017

Type de personnel	2013	2014	2015	2016	2017	TAMA
Médecins (y compris les spécialistes)	803	857	1 189	1 202	1 363	14%
Pharmaciens	207	217	258	235	234	3%
Infirmiers diplômés d'Etat	3 489	3 718	4 348	4633	5 424	12%
Infirmiers Brevetés (IB)	2 707	2 640	2 564	2516	2 099	-6%
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	1 591	1 744	2 383	2 580	3 342	20%

2.1.2 Personnel de santé dans les structures de soins

La proportion des agents de santé dans les structures de soins varie de 99,6% chez les SFE/ME à 68,4% chez les pharmaciens. Aussi 13,4% des médecins sont affectés à des tâches administratives.

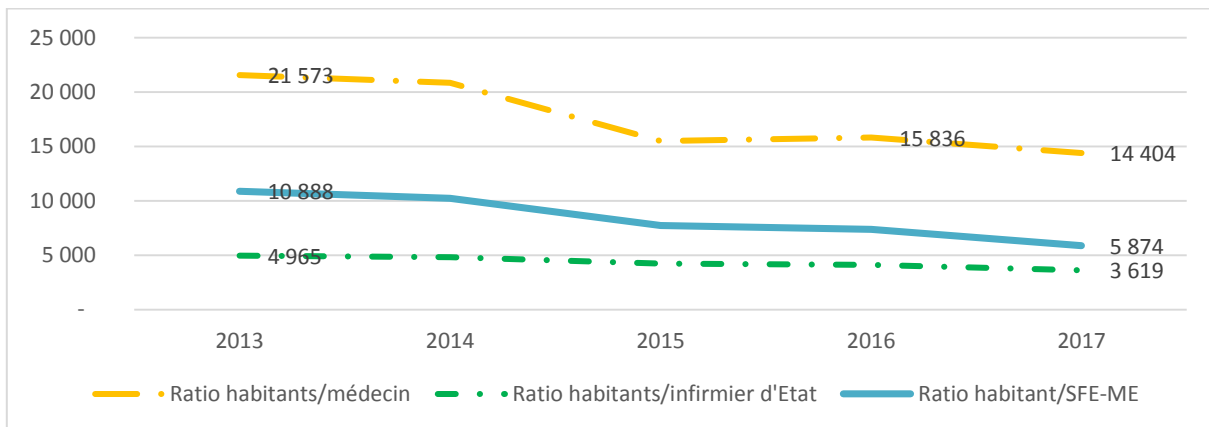
Tableau 3: proportion du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2013 à 2017

Type de personnel	2013	2014	2015	2016	2017
Médecins (y compris les spécialistes)	82,8	90,1	86,4	85,1	86,6
Pharmaciens	68,6	67,7	70,2	67,2	68,4
Infirmiers diplômés d'Etat	98,1	98,4	98,4	98,6	98,7
Infirmiers Brevetés	97,7	97,7	97,9	98,0	97,6
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	98,9	99,5	99,3	99,4	99,6
Ensemble	96,0	96,9	96,5	96,5	96,9

2.1.3 Ratios habitants par type de personnel de santé

Le ratio habitants/médecin s'est amélioré. Il est passé de 1 médecin pour 15 800 habitants en 2016 à 1 médecin pour 14 400 habitants en 2017. Il reste cependant en deçà de la norme OMS (1 médecin pour 10 000 habitants).

Figure 1 : Ratios habitants par personnel de santé de 2013 à 2017 au BF



Source : Annuaire MS 2013-2017

2.2. Infrastructures sanitaires

2.2.1 Situation des structures de soins

Au total, 2 835 structures de soins toutes catégories confondues, ont été dénombrées en 2017 contre 2646 en 2016, soit un taux d'accroissement de 7,1%.

2.2.1.1 Structures publiques de soins

Le nombre de formations sanitaires publiques est de 2218. Il était de 1760 en 2016. L'augmentation des infrastructures est plus remarquable au niveau des CSPS qui sont passés de 1 760 en 2016 à 1 839 en 2017.

Tableau 4: Nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2013 à 2017

Structure sanitaire	2013	2014	2015	2016	2017
CHU	4	4	4	5	6
CHR	9	9	9	8	8
CMA	45	47	47	46	45
CM	32	35	43	52	57
CSPS	1 606	1 643	1 698	1 760	1 839
Dispensaires isolés	123	127	119	134	136
Maternités isolées	14	15	12	10	8
Infirmierie*	154	158	174	181	119
Total	1 987	2 038	2 106	2 196	2 218

*Infirmierie/SST+ Infirmierie de garnison

Source : Annuaire statistiques MS, 2013-2017

2.2.1.2 Structures privées de soins

Les structures privées de soins contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé. Elles représentent 18,3% de l'ensemble des formations sanitaires et sont majoritairement implantées à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Tableau 5: Situation des structures sanitaires privées de soins de 2013 à 2017

Structures sanitaires privées	2013	2014	2015	2016	2017
Centre médical avec antenne chirurgicale	3	4	3	6	4
Centre médical	29	30	38	50	50
Polyclinique	6	6	6	4	7
Clinique	40	44	47	38	72
Cabinet médical	23	24	28	31	30
Cabinet dentaire	9	13	12	12	12
CSPS	37	39	46	44	52
Clinique d'accouchement	10	10	9	9	10
Cabinet de soins infirmiers	175	181	183	192	208
Autres structures privées	52	56	63	64	74
Total	384	407	435	450	519

Source : *Annuaire statistiques MS 2013-2017*

2.2.2 CSPS remplissant les normes en personnel

La proportion des CSPS remplissant la norme en personnel est de 91% en 2017. Elle a subi à nouveau une baisse de 2,2 points après celle de 2016. Cette proportion est en deçà de la cible du PNDS pour 2017 (96%).

Il existe des disparités entre les régions. L'indicateur varie de 100% dans la région des Cascades à 77,1% au Centre-Ouest. Seulement quatre régions ont atteint la cible du PNDS. Ce sont les Cascades (100%), le Sud-Ouest (99,1%), le Centre (97,5%) et le Sahel (96,9%).

Tableau 6: Proportions (%) des CSPS remplissant les normes minimales en personnel de 2013 à 2017

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

Source : *Annuaire statistiques MS 2013-2017*

2.2.3 Accessibilité géographique aux structures de soins

En 2017, la distance moyenne à parcourir pour atteindre la formation sanitaire la plus proche est de 6,5 km. Elle s'est améliorée de 0,2Km par rapport à 2016. En prenant en compte des structures privées, le rayon moyen d'action théorique (RMAT) passe à 6,0 Km contre 6,1 km en 2016. Toutefois, il reste en dessous de la valeur prévisionnelle du PNDS (5km en 2017). Seulement 3 régions (Centre, Nord et Plateau central) ont atteint cet objectif.

Tableau 7: Rayon moyen d'action théorique (en Km sans le privé) par région sanitaire de 2013 à 2017

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

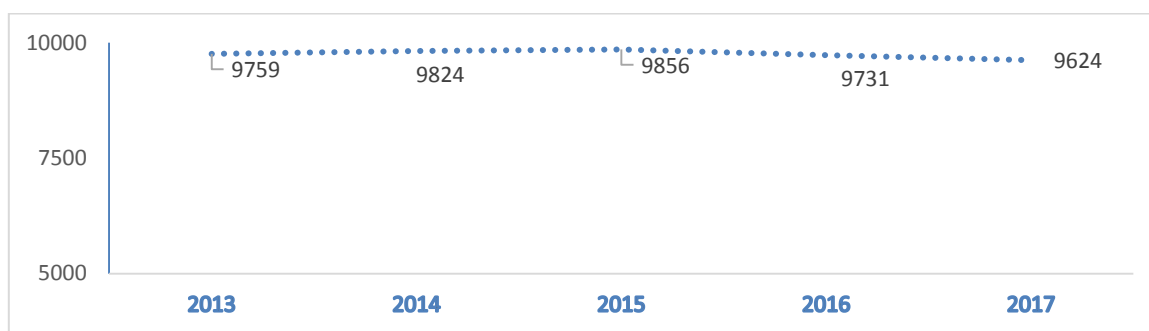
Source : Annuaire statistique MS 2017

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

2.2.5 Ratio habitants par centre de santé de base

Le ratio nombre d'habitants par formation sanitaire de base connaît une amélioration. En effet, il est passé de 9 800 à 9 600 habitants par formation sanitaire de 2015 à 2017.

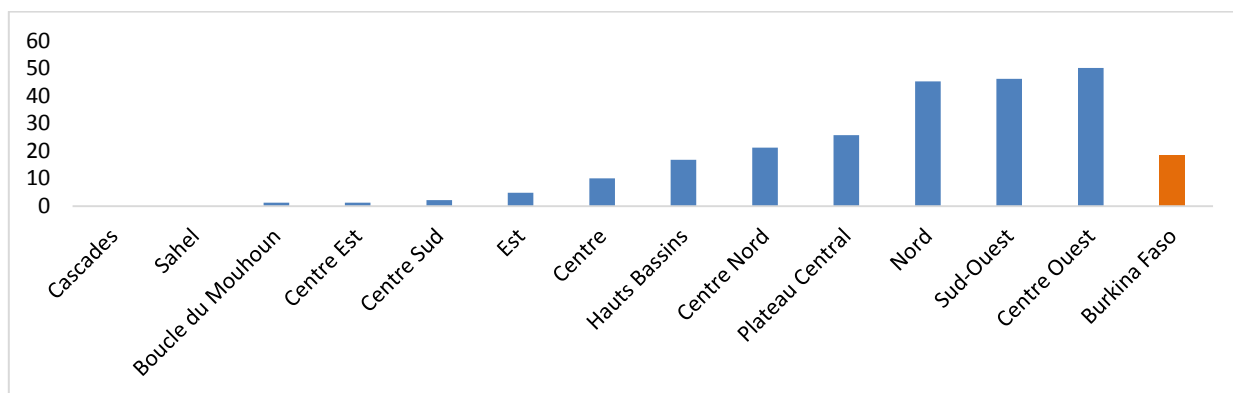
Figure 2: Ratio habitants/centre de santé de 2013 à 2017 au BF



2.2.6 Situation de la gestion des DMEG

La proportion des DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 intrants traceurs en 2017 est de 18,6% contre 28% en 2016. Le niveau de l'indicateur varie de 50,2% au Centre-Ouest à 1,2% dans la Boucle du Mouhoun et dans le Centre-Est.

Figure 3 : Proportion de DMEG n'ayant pas connu de rupture des médicaments traceurs par région en 2017 au Burkina Faso



Source : Annuaire statistique MS 2017

2.3 Ressources financières

2.3.1 Financement de la santé sous l'angle des comptes de la santé (CS)

La Dépense totale de santé (DTS) est estimée à 473,8 milliards de FCFA en 2016 contre 380,4 milliards de FCFA en 2015, soit un taux d'accroissement de 23,7%. Cette hausse est imputable aux effets des politiques publiques mises en œuvre par le Gouvernement en 2016 notamment les mesures de gratuité en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ainsi que la régularisation massive des avancements dans le cadre de l'opérationnalisation de la loi 081-2015/CNT du 24 novembre 2015. La dépense totale se compose de 452,7 milliards de dépense courante de santé (DCS) et 21,1 milliards de dépenses en investissements et les dépenses connexes aux investissements de santé.

Seule la partie des dépenses courantes a progressé en 2016 de 26,1%. Quant aux dépenses d'investissements, elles ont diminué de 14,4%.

La DTS reste faible dans un contexte marqué d'une part par la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et d'autre part, de l'inexistence d'une assurance maladie universelle. Les dépenses des ménages sont constituées des paiements directs et restent toujours élevées malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires. Elles représentent 31,5% des DCS contre une norme qui doit être inférieure ou égale à 20%.

En effet, la dépense de santé par habitant est estimée à 46 USD/Hbt/An pour une norme de 86 USD/hbt/an. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont en général, imprévisibles, et parfois catastrophiques. Elle s'explique par la pauvreté des populations qui accentue leur vulnérabilité.

Le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et la santé de la reproduction constituent toujours des problèmes majeurs de santé publique. Les estimations en matière de dépenses de ces maladies en 2016 font ressortir les principales informations suivantes : une baisse relative des dépenses liées au VIH/Sida (-37,4%) et des dépenses liées à la prise en charge de la contraception (-27,2%). Cependant, on note une forte hausse des dépenses de la tuberculose (+203,8%), des dépenses de la santé de la reproduction (+36,6%) et des dépenses de santé du paludisme (+92,3%) dues aux mesures de gratuité en faveur des femmes enceintes d'une part et à la campagne de distribution de masse des MILDA d'autre part. Toutefois, ces dépenses restent fortement marquées par les financements extérieurs avec en exemple 15,8 % pour la SR et 81,0% pour la PF.

Tableau 8: Quelques indicateurs de base des Comptes de la Santé de 2013 à 2016

INTITULE	2013	2014	2015	2016
Dépenses courantes de santé (millions de FCFA)	348 709	338 844	358 297	452 704
Dépense des Investissements (millions de FCFA)	23 724	25 910	14 160	12 128
Dépenses connexes aux Investissements	2 731	4 006	7 226	8 996
Dépenses totales de santé (millions de FCFA)	375 164	368 760	379 684	473 827
Dépenses des ménages (en millions de FCFA)	106 929	118 744	129 912	142 120
Dépenses publiques en santé (en millions de FCFA)	106 862	111 826	100 994	180 368
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	28,5	30,3	26,6	38,3
Part du budget de l'Etat en % alloué au Ministère de la santé	12,6	12,7	12,1	12,4
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	22 331	21 316	21 141	25 574
Dépenses de santé en % du PIB	5,6	5,3	6,2	7,1
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé	30,7%	35,0%	36,3%	31,4%
Dépenses de soins préventifs (millions de FCFA)	104 349	76 434	103 070	133 169
Dépenses de soins curatifs (millions de FCFA)	133 092	154 382	148 958	207 850

INTITULE	2013	2014	2015	2016
Dépenses de médicaments (millions de FCFA)	55 082	65 310	71 636	74 884
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	27,8	20,7	27,1	28,6
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	35,5	41,9	39,2	44,1
Dépenses de médicaments en % des dépenses courantes de santé	15,8	19,3	20,0	16,5
Dépense de la prise en charge de la contraception (millions de FCFA)	4 760	6 914	8 962	6 4941
Dépense de la prise en charge de la contraception en % des dépenses courantes de santé	1,4	2,0	2,5	1,4

Tableau 9: Indicateurs optionnels de 2013 à 2016

INTITULE	2013	2014	2015	2016
Dépenses de santé du reste du monde (millions de FCFA)	105 700	76 118	101 584	106 954
Dépenses de santé de l'Etat (millions de FCFA)	106 862	111 826	100 994	180 368
Dépense des salaires payés par l'Etat (millions de FCFA)	38 329	48 290	46 730	63 386
Dépenses assurance maladie (millions de FCFA)	4 597	7 604	8 489	6 531
Budget Etat (millions de FCFA)	1 654 957	1 816 193	1 804 114	1 754 735
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	28,2	20,6	26,8	22,7
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat*	7,0	6,2	9,8	10,3
Dépenses des salaires payés par l'Etat en % les dépenses de santé de l'Etat	35,9	43,2	46,3	35,1
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	1,3	2,2	2,4	1,4
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	4,3	6,4	6,5	4,6

* l'indicateur est calculé en rapportant les dépenses de santé du secteur de la santé (MS+ les dépenses de santé des autres Ministères et institutions) aux dépenses totales du budget de l'Etat.

2.3.2 Bilan financier global du plan d'action du Ministère de la santé

La part du budget de l'Etat consacré au Ministère de la santé est passée de 12,35% en 2016 à 11,89% en 2017 soit une baisse de 0,46 point. Le montant total des ressources allouées s'élève à 316,9 milliards dont 280,1 milliards de FCFA ont été dépensés, soit un taux d'absorption de 88,4%. Ce taux d'absorption des ressources est en baisse par rapport à 2016 où il était de 93,4%.

Tableau 10 : Bilan physique et financier du plan d'action 2017 du Ministère de la santé par programme

Programme	Nbre de produits	Bilan physique				Bilan financier							
		Nbre d'activités programmées	ER (%)	PR (%)	NR (%)	Coût planifié (en milliard FCFA)	Montant mobilisé (en milliard FCFA)	Montant alloué (en milliard de FCFA)	Montant dépensé (en milliard de FCFA)	Taux de mobilisation (%)	Taux d'allocation (%)	Taux d'absorption (%)	Poids (%)
Programme 1: Le dispositif d'offres de soins de santé est renforcé	3	3283	65,2	6,6	28,1	240,9	238,1	228,3	197,2	98,8	95,9	86,4	70,4
Programme 2: Les grandes interventions de santé publique sont exécutées	5	5463	60,9	6,9	32,2	74,6	65,5	61,0	57,3	87,8	93,1	93,9	20,5
Programme 3: Un leadership de gouvernance vertueuse du système de santé est développé	4	4070	60,2	7,1	32,7	31,3	28,3	27,5	25,6	90,6	97	93,2	9,1
Total général	12	12816	61,8	6,9	31,3	346,8	331,9	316,9	280,2	95,7	95,5	88,4	100

Source : Bilan du plan d'action 2017 du Ministère de la santé

Une analyse du financement par programme indique que le programme 1 enregistre 70,4% des ressources dépensées. Cela s'explique par la prise en compte de la rémunération du personnel dans ce programme. Les programmes 2 et 3 ont enregistré respectivement 20,5% et 9,1% des ressources dépensées. En somme, 95,7% des coûts planifiés ont été mobilisés pour un taux d'allocation de 95,5% et un taux d'absorption de 88,4%.

Sur le montant total de 280,2 milliards de F CFA de dépenses réalisées au niveau national, la part des dépenses réalisées par les districts sanitaires représente 16,5%. Les dépenses des centres hospitaliers universitaires et régionaux (y compris les salaires de leur personnel), représentent 13,2%. Les dépenses propres aux directions centrales représentent 12,6% des dépenses totales. Les dépenses communes effectuées par les directions centrales au profit des structures déconcentrées du Ministère de la santé représentent 45,6%. En somme, 75,8% des dépenses de santé effectuées en 2017 sont dirigées vers le niveau déconcentré.

En considérant les taux de réalisation physique des activités planifiées et d'absorption des fonds alloués au niveau des structures opérationnelles, on relève que ce sont les districts sanitaires et les centres hospitaliers qui ont été les plus performants avec des taux de réalisation physique respectifs de 63,1% et de 59,7% et des taux d'absorption respectifs de 94,9% et de 89,7%. Les plus faibles performances en 2017 en termes de taux de réalisation physique (57,2%) et d'absorption des ressources financières (69,3%) sont réalisées par les directions centrales.

Tableau 11 : Bilan physique et financier global et par niveau de mise en œuvre en 2017

Structures	Bilan physique				Bilan financier							
	Nbre d'activités programmées	ER (%)	PR (%)	NR (%)	Coût planifié	Montant mobilisé	Montant alloué	Montant dépensé	Taux de mobilisation (%)	Taux d'allocation (%)	Taux d'absorption (%)	Poids (%)
DS	7348	63,1	8,2	28,6	51 538 969 529	51 987 381 255	48 794 832 380	46 312 057 434	100,9	93,9	94,9	16,5
DRS	1407	59,5	3,2	37,3	2 023 786 113	1 601 352 460	1 453 944 849	1 353 659 093	79,1	90,8	93,1	0,5
CHU/CHR	1763	60	4,4	35,9	47 500 532 277	43 222 014 716	41 203 084 421	36 962 752 490	91,0	95,3	89,7	13,2
Dépenses communes au profit des structures déconcentrées*	84	69,0	8,3	22,6	130 853 198 874	134 107 782 516	134 082 337 516	127 845 226 645	102,5	100,0	95,3	45,6
Total structures déconcentrées	10602	62,9	6,0	31,1	231 916 486 793	230 918 530 947	225 534 199 165	212 473 695 662	99,6	97,7	94,2	75,8
Ets non hospitaliers et assimilés**	380	65,5	16,6	17,9	15 178 242 147	12 347 140 314	11 417 013 905	10 101 596 985	81,3	92,5	88,5	3,6
PPD	134	80,6	6,7	12,7	41 821 537 452	32 494 773 647	28 941 770 698	22 265 774 056	77,7	89,1	76,9	7,9
DC	1700	57,2	4,9	37,8	57 929 141 613	56 165 683 559	50 975 352 196	35 337 360 713	97,0	90,8	69,3	12,6
TOTAL	12816	61,8	6,9	31,3	346 845 408 005	331 926 128 467	316 868 335 964	280 178 427 415	95,7	95,5	88,4	100

Source : Bilan du plan d'action 2017 du Ministère de la santé

III. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

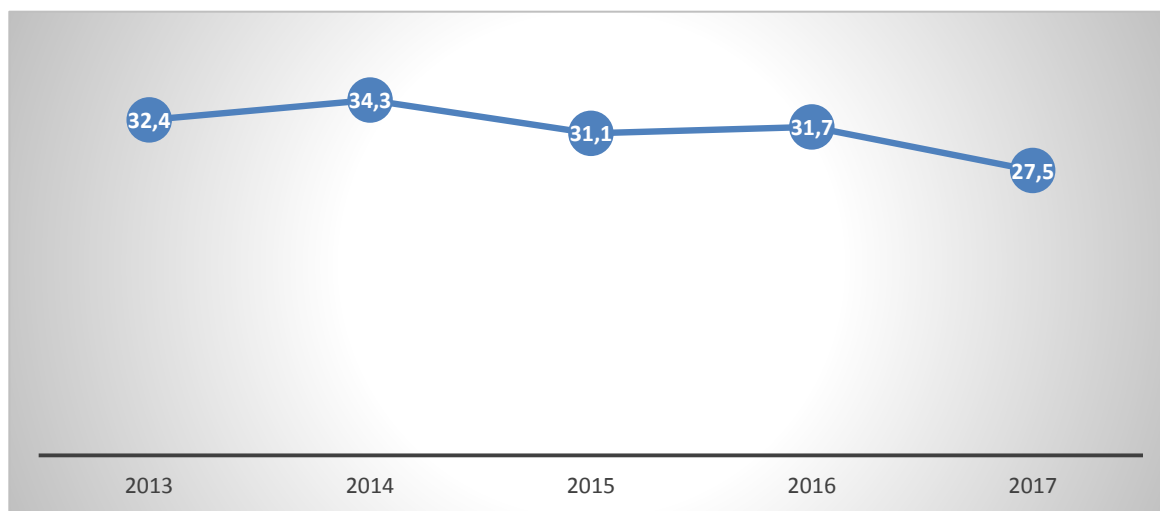
3.1. Planification familiale

3.1.1 Utilisation des méthodes contraceptives

La planification familiale (PF) est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leurs familles. L'EMDS¹ 2015 note d'énormes besoins non satisfaits en matière de PF de l'ordre de 19.4%. Dès lors l'élaboration d'un plan d'accélération de la PF s'imposait. Le plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) 2017-2020 prévoit d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne à 32% d'ici à 2020. Selon la politique Nationale de la planification familiale, 100% des formations sanitaires (publiques et privées) devraient être capables d'offrir les services de planification familiale. Cependant, les résultats de l'enquête SARA (service availability and readiness assessment) 2016 montrent que 10% des formations sanitaires n'offrent pas de services de planification familiale.

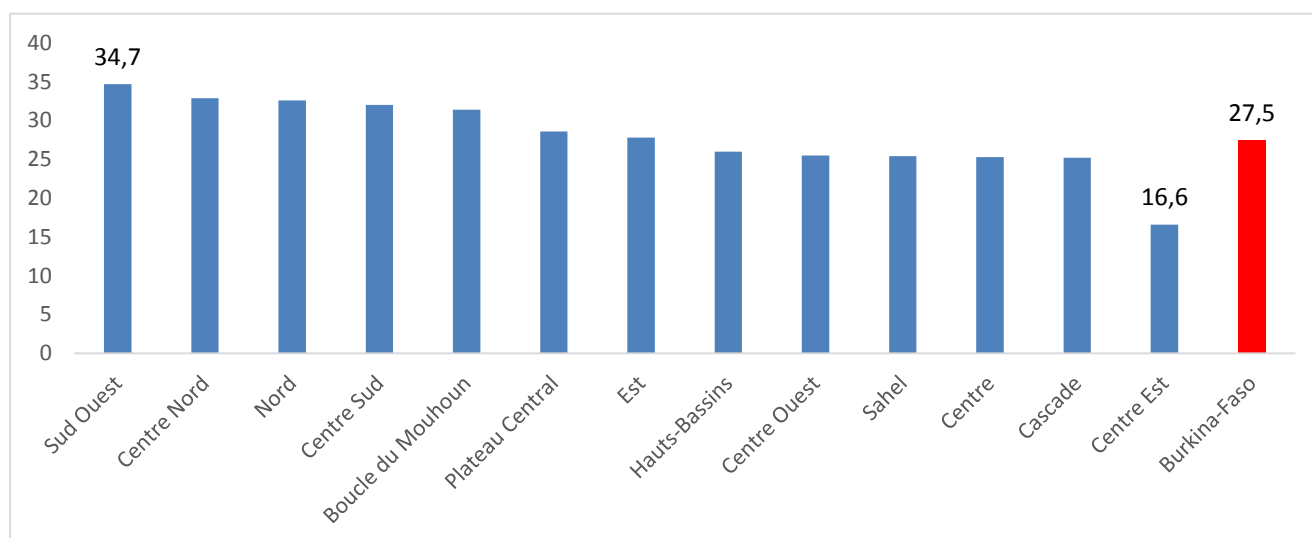
Dans les formations sanitaires 1,3 millions d'utilisatrices de méthodes contraceptives ont été enregistrées, soit un taux d'utilisation de 27,5%. Ce taux est en baisse par rapport à l'année 2016 (31,7%). Cela pourrait s'expliquer par l'application effective de la définition « nouvelles et anciennes utilisatrices » par les prestataires.

Figure 4: Evolution du taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives de 2013 à 2017



Le taux d'utilisation le plus élevé en 2017 est observé dans la région du Sud-Ouest (34,7%) tandis que le plus bas est enregistré dans la région du Centre-Est (16,6%). En 2016

Figure 5: Taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives modernes par région en 2017



Source : Annuaire statistique MS 2017

3.1.2 Nouvelles utilisatrices

Les nouvelles utilisatrices enregistrées au cours de l'année 2017 sont au nombre de 424 000 contre 450 000 pour l'année 2016 ; soit une baisse de 6,1%. Les méthodes les plus utilisées sont le *Depo-provéra* avec une proportion de 34,2% et la méthode *jadelle* avec une proportion de 34,1%.

Les méthodes chirurgicales sont en hausse par rapport à 2016. En effet, il a été enregistré 317 ligatures des trompes contre 63 en 2016 et 37 vasectomies contre 03 en 2016.

Tableau 12 : Répartition des nouvelles utilisatrices par méthode contraceptive en 2016 et 2017

Items	Nouvelles utilisatrices		Proportion (%)	
	2016	2017	2016	2017
Méthodes				
Depoprovéra	162 573	144 861	36,1	34,2
Jadelle	138 429	144 720	30,8	34,1
Condoms masculin	38 064	12 870	8,5	3,0
COC	34 549	30 830	7,7	7,3
Sayanapress	31 292	41 119	7,0	9,7
DIU	8 100	14 001	1,8	3,3
COP	6 930	7 075	1,5	1,7
Implanon	5 080	7 936	1,1	1,9
Condoms féminin	581	343	0,1	0,1
Ligature des trompes	63	317	0,0	0,1
Spermicides	89	31	0,0	0,0
Vasectomie	3	37	0,0	0,0
Méthodes naturelles	23 864	19 781	5,3	4,7
Autres méthodes PF	513	263	0,1	0,1
Total	450 130	424 184	100,0	100,0

3.1.3 Couple-année protection

L'utilisation des méthodes contraceptives au cours de l'année 2017 a permis de comptabiliser 1 311 000 couples années protection.

Cet indicateur connaît une hausse depuis 2013 passant de 710 000 à 1 311 000 soit une hausse de 84,6%.

Globalement le niveau de l'indicateur a connu une nette amélioration dans l'ensemble des régions au cours des cinq dernières années. La plus faible hausse entre 2016 et 2017 a été constatée dans la région du Centre (1,6%) tandis que la plus forte hausse a été observée dans la région des Cascades (44,5%).

Tableau 13: Nombre de couple-année protection par région de 2013 à 2017

Régions	2013	2014	2015	2016	2017
Boucle du Mouhoun	67 829	105 787	118 831	109 298	126 743
Cascades	29 160	34 215	41 264	50 162	72 477
Centre	102 599	109 225	112 735	154 650	157 107
Centre-Est	40 442	57 359	64 760	73 465	90 566
Centre-Nord	45 997	54 393	82 069	100 941	105 681
Centre-Ouest	66 374	71 062	71 673	75 440	86 263
Centre-Sud	45 828	45 760	50 450	45 609	49 462
Est	67 015	74 583	86 640	94 635	111 648
Hauts-Bassins	95 852	104 364	129 981	160 205	214 983
Nord	42 309	62 022	72 135	96 150	106 152
Plateau Central	40 717	44 839	49 329	47 434	58 522
Sahel	31 213	37 240	44 893	56 762	65 298
Sud-Ouest	34 948	40 451	52 524	58 759	65 936
Burkina Faso	710 265	841 299	977 285	1 123 511	1 310 837

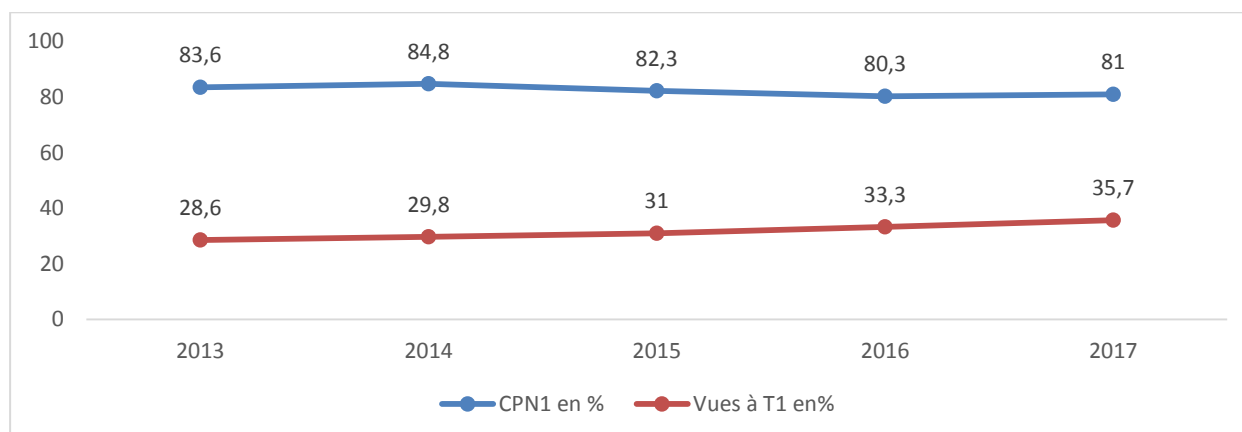
Source : Annuaire statistique du MS 2013-2017

3.1.4 Consultation prénatale

Les normes en CPN recommandées par l'OMS pour toute femme enceinte sont de quatre (04) CPN au moins dont la première au cours du premier trimestre même en l'absence de complications.

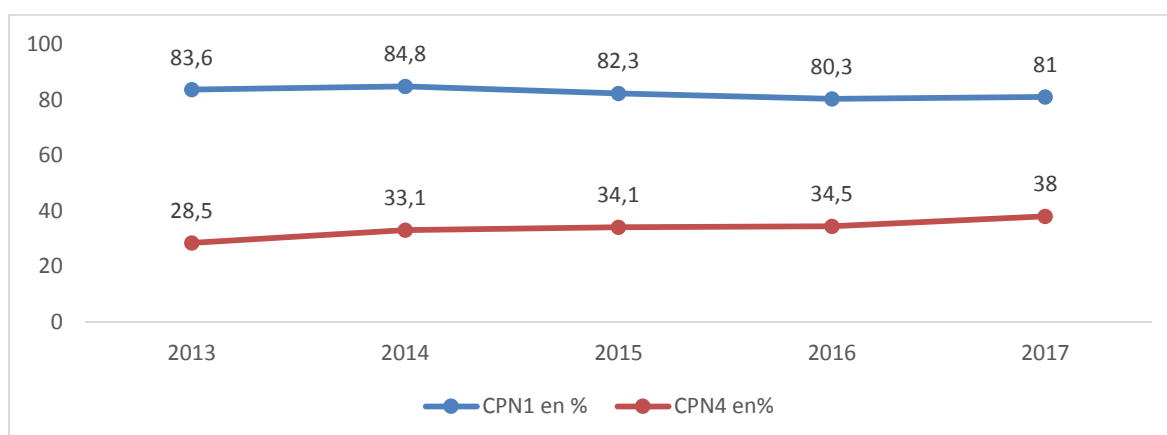
En 2017, le nombre de CPN1 enregistré dans les formations sanitaires est de 876 000. Sur les cinq dernières années le taux de CPN1 a connu une baisse globale passant de 84,8% en 2014 à 81% en 2017. Au contraire, la proportion de femmes vues au premier trimestre est en hausse progressive passant de 28,6% en 2013 à 35,7% en 2017.

Figure 6 : Evolution du taux (%) de CPN1 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale à T1 de la grossesse de 2013 à 2017 au BF



Pour ce qui est de la 4^{ème} CPN, la couverture est de 38,0%, contre 34,5% en 2016. Le taux d'achèvement entre la CPN1 et la CPN4 est de 46,9%. Par rapport à 2016, on note une progression de 12,4 points.

Figure7: Evolution du taux (%) de CPN1et de CPN4 de 2013 à 2017 au BF



3.1.5 Elimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME/VIH)

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME/VIH) vient en remplacement de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH). Les résultats de la séro-surveillance 2017 donnent une prévalence de 1,3% pour le Burkina-Faso.

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH est une activité qui est menée dans la plupart des formations sanitaires. En 2017, les formations sanitaires ont enregistré 871 000 nouvelles CPN parmi lesquelles 7200 étaient déjà connues séropositives. Le nombre de femmes enceintes ayant réalisé le test VIH et qui ont reçu leurs résultats est de 731000 soit un taux de dépistage de 84%. Le plus fort taux de dépistage a été observé dans la région du Centre Nord avec 98,1% et le plus faible dans la région du Sahel avec 67,2%. Le taux de séropositivité n'a pas varié entre 2016

et 2017 (0,7%). Par contre on note une disparité régionale. Le plus fort taux de séropositivité a été observé dans la région du Plateau central avec 1,6% et le plus faible dans la région de l'Est avec un taux de 0,2%.

Dans les services de PF le taux de dépistage du VIH parmi les femmes est de 11,7%.

En matière de prise en charge 5400 femmes enceintes VIH+ ont reçu les ARV pour réduire la transmission mère-enfant.

Quant aux résultats de la prise en charge, 93,4% des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un traitement prophylactique complet aux ARV. Ce taux est en hausse par rapport à 2016 (89,3%).

Tableau 14: Indicateurs de eTME/VIH par région en 2017

Région	Taux de dépistage	% de femmes enceintes testées VIH+	% FE séropositives ayant reçu les ARV pour l'ETME	% d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu les ARV prophylactiques complets	% Enfants testés positifs à la PCR (y compris la DBS)
Boucle du Mouhoun	91,5	0,6	118,7	72,1	67,7
Cascades	70,0	0,5	103,4	67,0	32,0
Centre	82,8	1,2	154,4	96,3	88,6
Centre-Est	75,7	0,5	106,4	93,3	52,1
Centre-Nord	98,1	0,4	143,4	93,2	92,4
Centre-Ouest	95,8	0,8	113,9	108,9	28,1
Centre-Sud	92,3	0,6	145,3	84,7	47,1
Est	78,6	0,2	145,3	88,8	43,8
Hauts-Bassins	88,5	0,6	109,1	106,2	65,2
Nord	85,7	0,7	80,0	82,3	22,2
Plateau Central	80,2	1,6	57,7	77,3	38,3
Sahel	67,2	0,4	69,7	98,7	53,2
Sud-Ouest	87,3	1,4	84,3	113,6	51,8
Burkina Faso	84,0	0,7	111,2	93,4	59,4

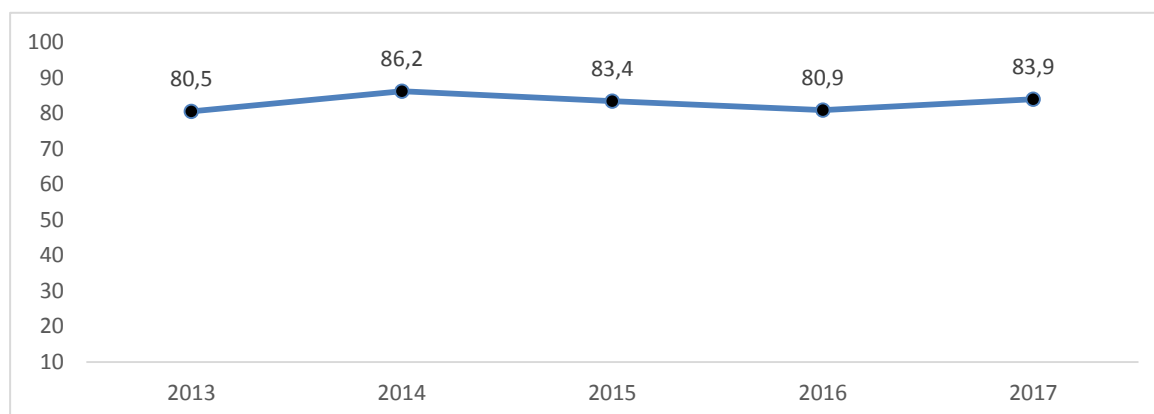
Source : Annuaire statistique MS 2017

3.2 Accouchements

3.2.1 Accouchements assistés

Au cours de l'année 2017, les formations sanitaires ont enregistré 757 000 accouchements dont 10,6% d'accouchements dystociques et 3,0% d'accouchements par césarienne. Le taux d'accouchement assisté est de 83,9% en 2017 contre 80,9% en 2016. De 2013 à 2017, le taux d'accouchement assisté s'est globalement amélioré avec une couverture moyenne de 83,0%.

Figure 8: Couverture en accouchements assistés de 2013 à 2017 au BF



Source : Annuaire statistique MS 2017

En 2017, la région du Centre enregistre le taux d'accouchements assistés le plus élevé (98,8%) et la région du Centre-Sud le taux le plus bas (69,9%). Par rapport à 2016, deux (2) régions ont enregistré une baisse du niveau de l'indicateur. Il s'agit du Centre Est (-4,1%) et du Nord (- 0,8%). La baisse élevée de la couverture en accouchements assistés de la région du Centre-Est s'explique par celle du district de Pouytenga (52,4% contre 89,9% en 2016), due à la faible complétude des données (les rapports des mois d'août à décembre 2017 n'ont pas été saisis).

Tableau 15: Couvertures en accouchements assistés par région en 2016 et 2017

Régions	2016 (%)	2017(%)	Ecart (Points)
Boucle du Mouhoun	81,1	82,5	1,4
Cascades	89,9	97,7	7,8
Centre	95,8	98,8	3
Centre-Est	83,7	79,6	-4,1
Centre-Nord	81,1	83,5	2,4
Centre-Ouest	74,9	76,8	1,9
Centre-Sud	68,4	69,9	1,5
Est	72,7	78,3	5,6
Hauts-Bassins	86,9	88,9	2
Nord	91,5	90,7	-0,8
Plateau Central	78,2	81	2,8
Sahel	73,5	74,5	1
Sud-Ouest	80,6	85,9	5,3
Burkina Faso	80,9	83,9	3

Source : Annuaire statistique MS 2017

3.2.2 Césariennes

Au Burkina Faso, la mortalité maternelle et périnatale est un problème majeur de santé publique pour lequel on enregistre des progrès insuffisants. Parmi les

interventions visant à réduire cette mortalité, la césarienne est reconnue être la plus efficace. En 2017 au Burkina-Faso, on a enregistré 20 000 césariennes soit 2,2% des accouchements attendus. Ce taux est en deçà des normes de l’OMS (5 à 15%). La majorité des césariennes est réalisée dans les centres hospitaliers (56,9%). Dans les régions, le taux de césarienne varie de 1% dans la région du Sahel à 6% dans la région du Centre.

Tableau 16 : situation des césariennes par région en 2017

Régions	Nombre de césariennes réalisées	Taux de césarienne (%)
Boucle du Mouhoun	1 430	1,5
Cascades	936	2,5
Centre	5 457	6,0
Centre Est	1 441	1,9
Centre Nord	1 368	1,6
Centre Ouest	1 826	2,5
Centre Sud	528	1,4
Est	1 076	1,1
Hauts Bassins	2 755	3,0
Nord	1 155	1,6
Plateau Central	736	1,7
Sahel	619	1,0
Sud Ouest	668	1,7
Burkina Faso	19 995	2,2

Source : Annuaire statistique MS 2017

3.3 Avortements

Au cours de l’année, 41 000 avortements dont 120 thérapeutiques ont été notifiés par les formations sanitaires. Ces avortements représentent 37,9 p. 1000 grossesses attendues. Cette proportion était de 36,6 p.1000 en 2016 soit une hausse de 1,3 point. Les régions du Centre (58,9p. 1000), des Hauts Bassins (48,6 p. 1000) et des Cascades (48,4 p. 1000) enregistrent les plus forts taux d’avortement.

Tableau 17: situation des avortements par région en 2017

Régions	Avortements spontanés	Avortements clandestins	Avortements thérapeutiques	Total avortement	Avortement pour 1000 grossesses attendues
Boucle du Mouhoun	3 350	136	0	3 486	31,2
Cascades	2 093	45	0	2 138	48,4
Centre	5 782	545	112	6 439	58,9
Centre-Est	2 971	75	6	3 052	33,6
Centre-Nord	3 416	142	0	3 558	35,5

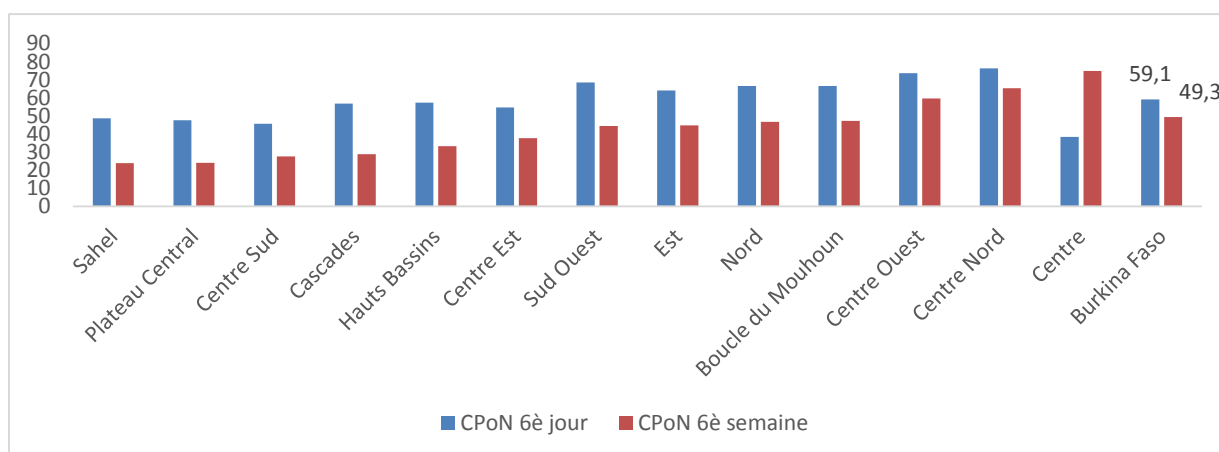
Régions	Avortements spontanés	Avortements clandestins	Avortements thérapeutiques	Total avortement	Avortement pour 1000 grossesses attendues
Centre-Ouest	2 505	128	0	2 633	29,5
Centre-Sud	1 287	142	0	1 429	30,7
Est	3 643	127	0	3 770	31,9
Hauts-Bassins	5 083	318	0	5 401	48,6
Nord	2 797	47	0	2 844	33,5
Plateau Central	1 992	70	0	2 062	39,1
Sahel	2 428	79	0	2 507	32,9
Sud-Ouest	1 578	89	2	1 669	36,1
Burkina Faso	38 925	1943	120	40 988	37,9

Source : Annuaire statistique MS 2017

3.4 Consultation postnatale

La consultation post natale permet de déceler les complications immédiates et tardives après les accouchements chez la mère et chez l'enfant. Au cours de l'année 2017, le nombre de femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale (CPoN) de la 6-8^{ème} jour est de 440 000 soit une couverture de 59,1%. Pour la CPoN de la 6-8^{ème} semaine, la proportion de femmes vues est de 46,3% contre 43,2% en 2016 soit une hausse de 3,1 points.

Figure 9: Couverture (%) en consultation postnatale par région en 2017 au BF

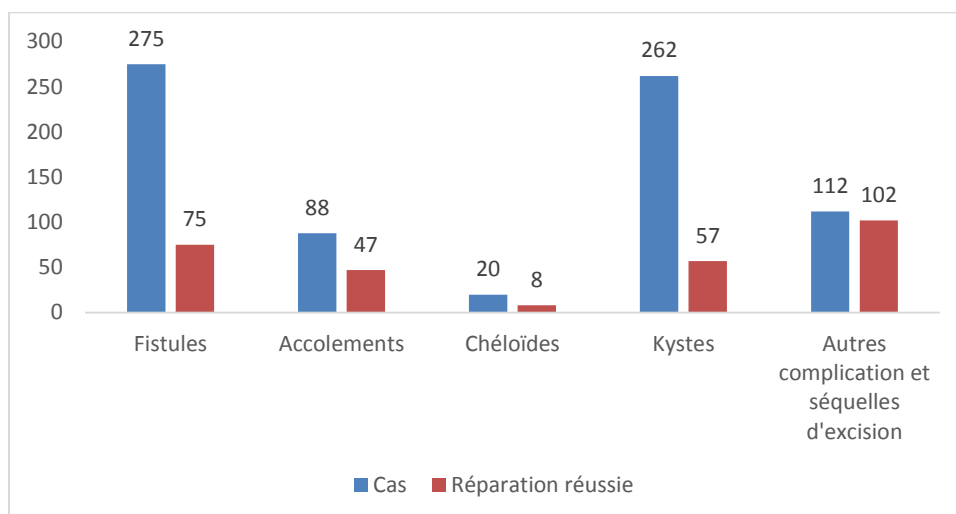


Source : Annuaire statistique MS 2017

3.5 Prise en charge des fistules et des séquelles d'excision

En 2017, le nombre de fistules notifiés dans les centres de santé est de 275 dont 27,3% réparations réussies. Le nombre de cas de séquelles d'excision pris en charge est de 482 dont 214 réparées. Les séquelles les plus fréquentes sont les kystes (54,4%).

Figure 10 : Situation de la prise en charge des fistules et des séquelles d'excision en 2017

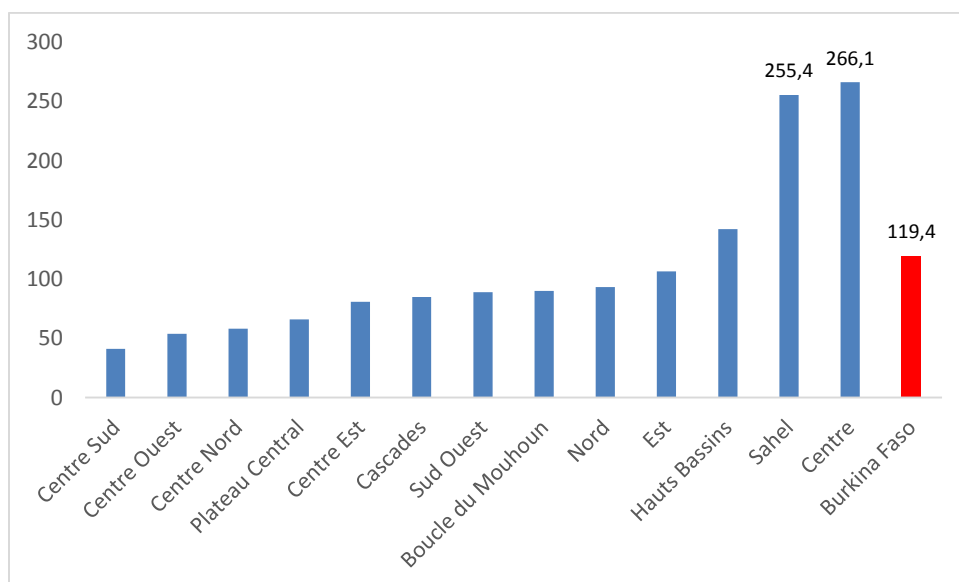


Source : Annuaire statistique MS 2017

3.6. Mortalité maternelle et néonatale

Malgré les stratégies mises en œuvre pour réduire la mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle intra hospitalière reste élevé au Burkina-Faso. Il est de 119,4 p.100 000 parturientes en 2017. Il s'est amélioré de 15,2 points par rapport à 2016. Les régions du Centre et du Sahel ont des taux deux fois plus élevés que la moyenne nationale.

Figure 11 : Taux de décès maternel intra hospitalière pour 100 000 parturientes en 2017 au BF



Source : Annuaire statistique MS 2017

Le nombre de décès néonataux enregistré dans les formations sanitaires est de 4 600, soit 6 décès pour 1000 naissances vivantes. Parmi ces décès, 83,1% sont survenus dans la première semaine de vie.

Tableau 18: situation des décès néonataux par région en 2017

Régions	Décès d'enfants de 0 à 6 jours	Décès d'enfants de 7 à 28 jours	Total décès d'enfants de 0 à 28 jours
Boucle du Mouhoun	285	19	304
Cascades	237	41	278
Centre	383	234	617
Centre-Est	318	34	352
Centre-Nord	387	43	430
Centre-Ouest	244	26	270
Centre-Sud	99	13	112
Est	311	76	387
Hauts-Bassins	716	154	870
Nord	272	32	304
Plateau Central	77	6	83
Sahel	195	41	236
Sud-Ouest	267	52	319
Burkina Faso	3 791	771	4 522

Source : Annuaire statistique MS 2017

3.4 Surveillance nutritionnelle

3.4.1 Surveillance de routine

La malnutrition au Burkina Faso reste toujours préoccupante malgré les actions entreprises pour venir à bout de ce fléau. Selon les données nutritionnelles de 2017, au total 119 000 cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) et 93 200 cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ont été dépistés. Les taux de dépistage par rapport aux cas attendus sont de 36,2% pour la MAM et 72,3% pour la MAS contre respectivement 36,1% et 63,7% en 2016. Le taux de dépistage de la MAM varie de 11,1% dans la région du Centre à 102,9% dans la région du Nord tandis que celui de la MAS varie de 17,9% dans la région du Centre à plus de 100% dans les régions du Centre Nord, Centre Ouest, Centre Sud, Hauts Bassins et Sahel.

Tableau 19: Taux de dépistage de la malnutrition aiguë par région en 2017

Régions	MAM dépistés	Taux de dépistage des MAM (%)	MAS dépistés	Taux de dépistage des MAS (%)
Boucle du Mouhoun	6 612	18,2	8 916	45,3
Cascades	1 575	15,1	3 087	65,7
Centre	4 500	11,1	3 128	17,9
Centre-Est	2 691	12,5	4 140	48,4
Centre-Nord	9 144	31,8	9 394	376,5
Centre-Ouest	7 513	21,3	9 575	137,3
Centre-Sud	1 531	15,2	1 847	151,9
Est	21 874	67,2	12 068	55,3
Hauts-Bassins	5 923	22,8	7 036	101,4
Nord	29 916	102,9	12 812	84,3
Plateau Central	2 360	17,2	3 446	62,7
Sahel	19 954	80,5	13 075	141,2
Sud-Ouest	5 041	26,7	4 675	51,9
Burkina Faso	118 634	36,2	93 199	72,3

3.4.2 Performance de la prise en charge nutritionnelle

Les résultats de performance en 2017 indiquent un taux de guérison de 93%, un taux décès de 0,2% et un taux d'abandon de 6,8% pour la malnutrition aiguë modérée. Les régions de la Boucle du Mouhoun et du Centre-Ouest enregistrent des taux de guérison et d'abandon en dessous des normes de 90% et de 5%.

En interne, le taux de guérison est de 87,9% pour une norme d'au moins 75% (OMS). Ce taux était de 87,8% en 2016. Il varie de 95,2% dans la région du Centre à 79,8% dans la région du Centre Nord. Toutes les régions ont atteint la norme OMS.

Le taux de décès est de 0,4% en ambulatoire et de 7,1% en interne contre respectivement 0,3% et 7,6% en 2016. Ces taux sont dans les limites de la norme OMS (moins de 10%). Les régions du Sahel (11,9%) et des Cascades (10,5%) ont des taux de décès en interne supérieurs à la norme.

Tableau 20: Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2017

Régions	MAM			MAS AMBULATOIRE			MAS INTERNE		
	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)
Boucle du Mouhoun	77,7	0,5	21,7	82,2	0,6	17,2	84,5	9,7	5,8
Cascades	92,1	0,2	7,8	84,5	0,6	14,8	82,2	10,5	7,3
Centre	91,2	0,5	8,3	87,4	0,6	12,0	95,2	2,8	2,0
Centre-Est	89,9	0,4	9,6	85,3	0,4	14,2	93,1	3,5	3,3
Centre-Nord	96,2	0,0	3,8	96,6	0,1	3,3	79,8	7,7	12,5
Centre-Ouest	88,2	0,2	11,6	91,6	0,3	8,0	93,8	2,8	3,4

Régions	MAM			MAS AMBULATOIRE			MAS INTERNE		
	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)
Centre-Sud	96,3	0,4	3,2	91,3	0,5	8,2	89,1	4,5	6,4
Est	93,4	0,2	6,4	92,4	0,4	7,2	86,7	6,7	6,6
Hauts-Bassins	94,4	0,1	5,5	91,6	0,5	7,8	86,4	6,8	6,9
Nord	94,6	0,2	5,2	91,6	0,4	8,0	89,7	5,9	4,4
Plateau Central	95,8	0,3	3,9	92,8	0,3	6,9	86,9	3,9	9,2
Sahel	97,9	0,1	2,1	97,2	0,2	2,7	87,4	11,9	0,7
Sud-Ouest	93,4	0,2	6,4	87,0	0,5	12,5	88,8	7,8	3,3
Burkina Faso	93,0	0,2	6,8	91,2	0,4	8,4	87,9	7,1	5,0

Source : Annuaire statistique MS 2017

3.4.3 Données d'enquêtes nutritionnelles

L'enquête nutritionnelle nationale organisée en 2016 selon la méthodologie « Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition » (SMART) a permis d'avoir des données récentes sur l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois.

Les prévalences les plus élevées ont été observées dans la région du Sahel tant pour la malnutrition aiguë que pour la malnutrition chronique avec respectivement 13,6% et 38,9%.

Tableau 21: Prévalence de la malnutrition par région en 2017

Régions	Malnutrition aiguë			Malnutrition chronique			Insuffisance pondérale		
	effectif	Z-score <-3	Z-score <-2	Effectif	Z-score <-3	Z-score <-2	Effectif	Z-score <-3	Z-score <-2
Boucle du Mouhoun	2 772	1,3(0,9-1,8)	8,4 (7,3-9,7)	2 774	5,9 (4,9-7,1)	22,4 (20,3-24,5)	2 777	3,2 (2,5-4,2)	16,5 (14,9-18,3)
Cascades	953	2,1(1,1-4,1)	6,5 (4,8-8,8)	952	8,8 (6,5-11,8)	30,5 (26,1-35,2)	956	3,7 (2,2-6,4)	16,0 (12,8-19,8)
Centre	227	1,3 (0,4-4,0)	7,0 (4,8-10,3)	224	0,9 (0,2-3,8)	5,8 (3,1-10,5)	230	1,3 (0,4-4,0)	8,3 (5,2-12,8)
Centre- Est	1 350	1,4 (0,8-2,2)	6,8 (5,4-8,5)	1 351	7,8 (6,0-10,0)	24,4 (21,1-28,1)	1 354	3,7 (2,7-4,9)	18,2 (15,4-21,5)
Centre- Nord	1 230	2,1 (1,4-3,1)	9,4 (7,9-11,1)	1 232	7,3 (5,8-9,1)	26,5 (23,8-29,4)	1 234	4,3 (3,1-5,9)	19,9 (17,3-22,9)
Centre-Ouest	2 052	1,4 (0,9-2,2)	9,0 (7,6-10,7)	2 053	5,2 (4,2-6,4)	24,5 (21,0-28,3)	2 053	3,6 (2,8-4,7)	18,9 (16,2-22,0)
Centre-Sud	1 199	1,4 (0,8-2,3)	7,5 (5,9-9,5)	1 199	3,3 (2,4-4,5)	18,4 (16,2-20,8)	1 199	2,5 (1,7-3,5)	14,6 (12,8-16,6)
Est	2 456	2,0 (1,3-2,9)	10,8 (9,1-12,7)	2 452	9,6 (8,0-11,4)	34,3 (3,7-36,9)	2 455	5,5 (4,3-7,0)	23,4 (21,2-25,8)
Hauts-Bassins	997	0,9 (0,4-2,0)	5,9 (4,1-8,3)	996	3,9 (2,3-6,5)	21,0 (16,3-26,6)	997	1,9 (1,1-3,4)	12,7 (9,8-16,3)
Nord	1 948	2,0 (1,2-3,4)	11,3 (9,1-13,9)	1 945	4,9 (3,3-7,2)	22,6 (19,5-26,0)	1 948	4,2 (2,9-6,2)	19,8 (16,6-23,4)
Plateau-Central	1 244	0,9 (0,5-1,7)	8,5 (6,8-10,5)	1 244	5,1 (3,7-6,8)	24,9 (22,1-27,9)	1 245	3,3 (2,4-4,7)	18,0 (15,9-20,4)
Sahel	1 549	4,1 (3,0-5,5)	13,6 (10,9-16,9)	1 552	14,6 (11,9-17,8)	38,9 (34,7-43,4)	1 555	9,4 (7,2-12,1)	29,6 (25,8-33,8)
Sud-Ouest	1 450	2,4 (1,5-3,9)	8,9 (7,2-11,1)	1 451	9,5 (7,8-11,5)	34,2 (30,6-38,0)	1 456	7,5 (5,8-9,6)	23,0 (19,9-26,5)
Ensemble	19 435	2,0 (1,5-2,6)	8,6 (7,9-9,4)	19 436	5,5 (4,9-6,2)	21,2 (19,7-22,7)	19 466	3,5 (3,1-4,1)	16,2 (15,2-17,4)

Source: Enquête Nutritionnelle nationale 2017

3.4.4 Prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG)

Au plan national, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 8,6% dont 2,0% pour la forme sévère. Elle est en hausse de 1 point par rapport au niveau enregistré en 2016. Sur la période de 2013 à 2017 la prévalence moyenne de la MAG est de 8,7%.

La prévalence de la MAG varie de 5,9% dans les Hauts Bassins à 13,6% dans le Sahel. Seules les régions de l'Est, du Nord et du Sahel ont une prévalence supérieure au seuil de 10% défini comme critique par l'OMS.

3.4.5 Prévalence de la malnutrition chronique

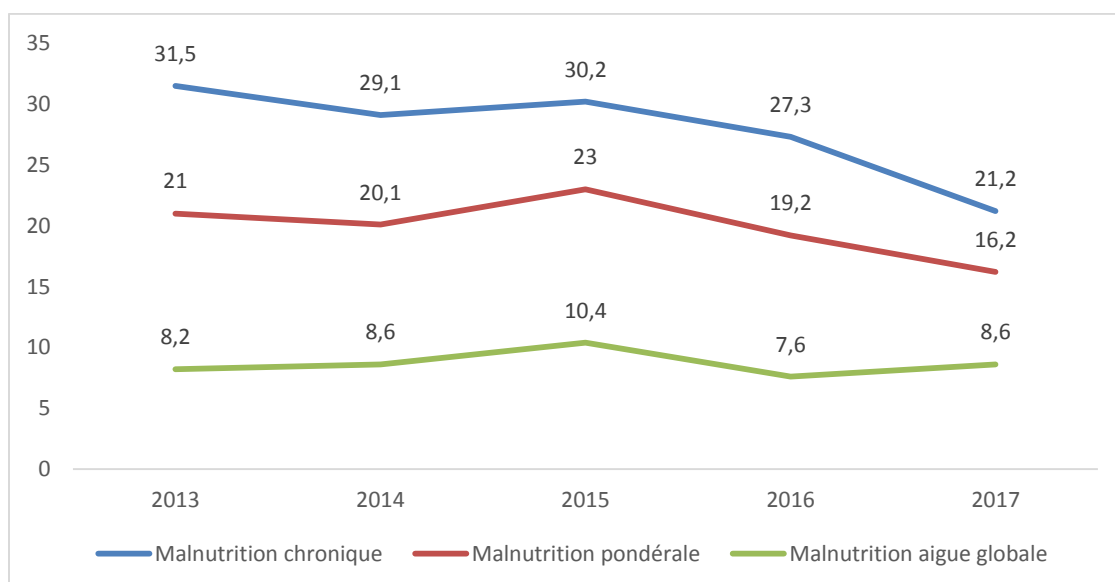
La prévalence nationale de la malnutrition chronique est de 21,2% dont 5,5% pour la forme sévère avec une baisse de 1,6 point par rapport au niveau de 2016. Elle varie de 5,8% dans la région du Centre Est à 38,9% dans la région de l'Est. Les régions des Cascades, du Sahel, du Sud-Ouest et du Nord ont franchi le seuil d'endémie sévère selon l'OMS qui est de 30%.

3.4.6 Prévalence de l'insuffisance pondérale

La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 16,2% dont 3,5% pour la forme sévère.

Elle varie de 8,3% dans la région du Centre-Ouest à 29,6% dans la région du Sud-Ouest. Trois régions (Nord, Est et Sud-Ouest) présentent une prévalence supérieure au seuil d'endémie sévère défini par l'OMS (20%). Aucune région n'a atteint le seuil d'endémie très sévère de 30%.

Figure 12: Prévalence (%) de la malnutrition de 2013 à 2017 au Burkina Faso



Source: Enquêtes Nutritionnelles nationales 2013- 2017

3.4.7 Prévalences de la surcharge pondérale

L'enquête SMART 2017 a révélé une prévalence de la surcharge pondérale de 1,7% dont 1,1% de surpoids et 0,6% d'obésité. En 2016 la prévalence de la surcharge pondérale était de 1,2%. Cette prévalence varie de 0,3% dans la région du Centre Ouest à 3,3% dans la région du Centre.

Tableau 22: Prévalence de la surcharge pondérale par région en 2017

Régions	Effectif	Obésité% (IC95%)	Surpoids %	Surcharge
Boucle du Mouhoun	2858	0,2 (0,1-0,5)	1,1 (0,8-1,6)	1,3 (0,9-1,9)
Cascades	964	0,4 (0,1-1,5)	2,2 (1,4-3,7)	2,6 (1,6-4,4)
Centre	244	1,6 (0,6-4,3)	1,7 (0,6-4,1)	3,3 (1,1-6,7)
Centre Est	1402	0,3 (0,1-2,0)	1,1 (0,6-2,3)	1,5 (0,8-2,9)
Centre Nord	1285	0,1 (0,0-1,0)	0,8 (0,4-1,6)	0,9 (0,5-1,8)
Centre Ouest	2103	0,1 (0,0-0,2)	0,3 (0,1-0,6)	0,3 (0,2-0,7)
Centre Sud	1230	0,1 (0,0-0,6)	0,6 (0,3-1,4)	0,8 (0,4-1,5)
Est	2508	0,2 (0,1-0,7)	0,7 (0,4-1,3)	0,9 (0,5-1,5)
Hauts Bassins	1013	0,3 (0,1-1,7)	1,7 (0,7-3,9)	2,0 (1,0-4,1)
Nord	1986	0,1 (0,0-0,2)	0,6 (0,2-1,3)	0,6 (0,3-1,4)
Plateau Central	1270	0,6 (0,2-1,7)	0,9 (0,4-2,4)	1,5 (0,6-3,7)
Sahel	1572	0,2 (0,0-0,7)	0,3 (0,1-0,7)	0,4 (0,2-1,0)
Sud-Ouest	1464	0,7 (0,3-1,7)	1,1 (0,6-2,3)	1,9 (1,1-3,1)
Burkina Faso	19899	0,6 (0,3-1,1)	1,1 (0,8-1,7)	1,7 (1,2-2,4)

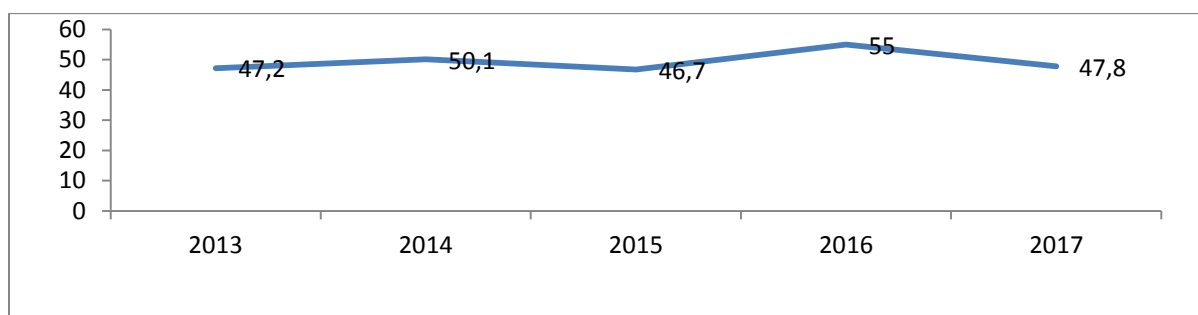
Source : Enquête nutritionnelle nationale 2017

3.5 Indicateurs sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

3.5.1 Allaitement Exclusif

Le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois évolue en dents de scie entre 2013 et 2017 avec une moyenne de 49,4%.

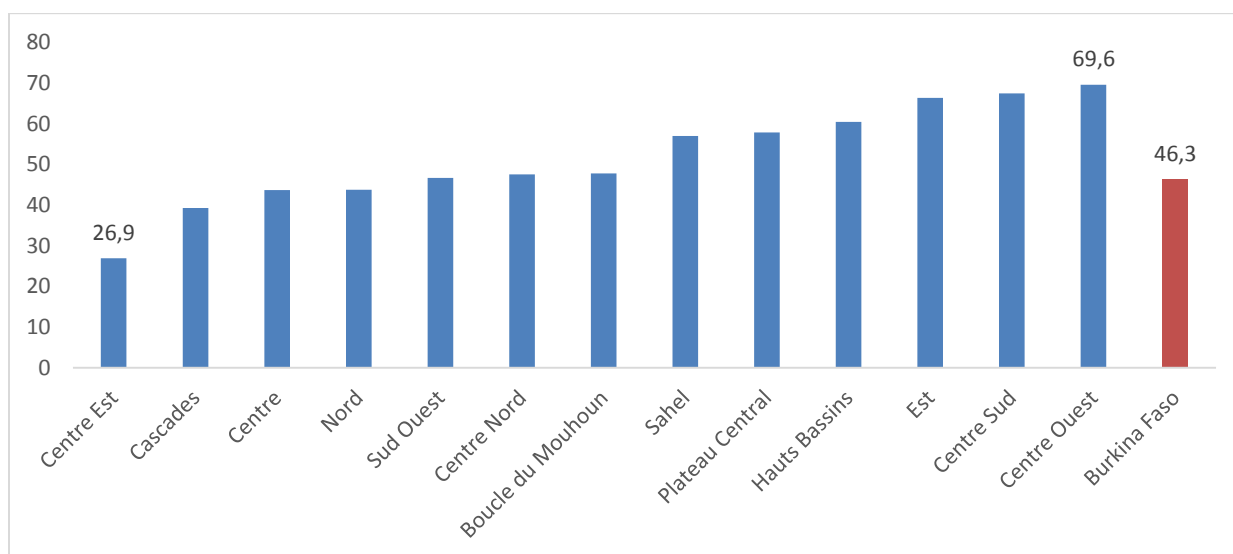
Figure 13 : Taux d'allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 5 mois de 2013 à 2017



Source : Enquêtes nutritionnelles nationales 2013 - 2017

Il existe des disparités entre les régions. En effet, la proportion des enfants allaités exclusivement varie de 26,9% dans la région du Centre Est à 69,6% dans la région du Centre Ouest.

Figure 14: Proportion d'enfants âgés de 0 à 5 mois allaités exclusivement par région en 2017

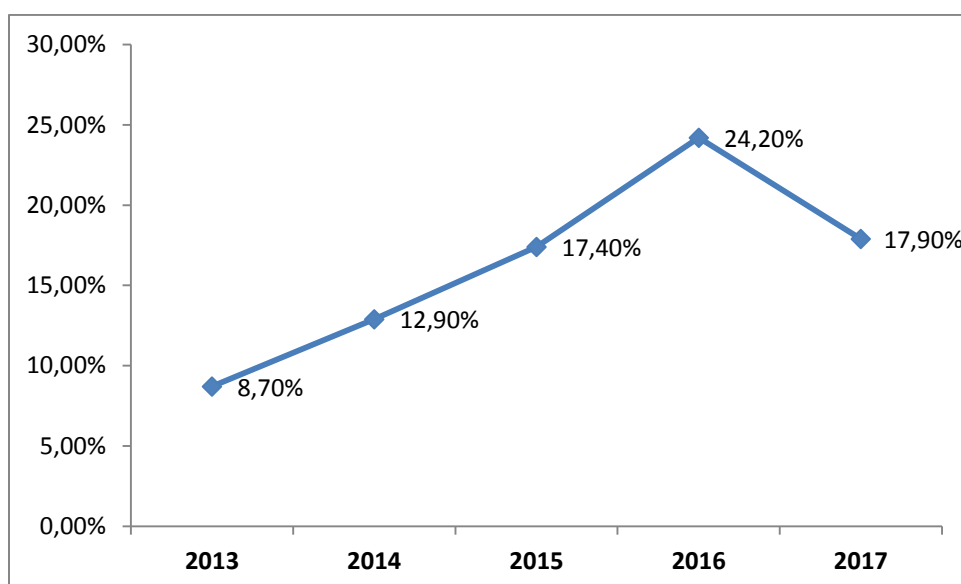


Source : Enquête Nutritionnelle nationale 2017

3.5.2 Diversité alimentaire minimum

La diversité alimentaire s'apprécie à travers la pratique d'alimentation minimale acceptable de consommation d'au moins 4 groupes d'aliments sur les 7 prévus chez les enfants âgés de 6 à 23 mois. La proportion d'enfants ayant consommé au moins 4 groupes d'aliments est de 17,9% en 2017 contre 24,2% en 2016. Parmi ces enfants, 15,3% continuaient d'être allaités et 42,6% avaient cessé de l'être. Elle croît de 2013 à 2016 avant la baisse observée en 2017.

Figure 15: Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 04 groupes d'aliments de 2013 à 2017



Source : Enquêtes nutritionnelles nationales 2013 - 2017

3.5.3 Résultats des campagnes de supplémentation en Vitamine A

Une campagne de supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage (JVA +) a été organisée en 2017. Cette campagne a ciblé les enfants de 6 à 59 mois pour la supplémentation en vitamine A et ceux de 12 à 59 mois pour le déparasitage au mébendazole. Les couvertures enregistrées sont de

98,2% pour la vitamine A et 99,2% pour le mébendazole.

Les principales actions réalisées en 2017 en faveur de la nutrition sont entre autres :

- la réalisation d'une campagne de supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois et le déparasitage de ceux de 12-59 mois ;
- la réalisation de l'enquête nutritionnelle nationale.

3.6 Vaccination

La promotion de la santé de la mère et de l'enfant passe par plusieurs stratégies dont la vaccination. Elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie des femmes et des enfants en réduisant la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. Elle est mise en œuvre par la vaccination de routine et les activités de vaccination supplémentaires (AVS).

3.6.1 Vaccination de routine

La vaccination de routine concerne les enfants de 0 à 18 mois. Les antigènes administrés sont le BCG, le VPO, le Pentavalent, le RR, le VAA, le pneumo, le rota et le MenA.

Le VAT est administré aux femmes en âge de reproduction avec comme porte d'entrée la grossesse.

Dans l'ensemble, les couvertures vaccinales sont satisfaisantes et les objectifs sont atteints pour tous les antigènes en dehors du RR2 (80%) et du VAA (45,6%). La faible couverture en VAA s'explique par la rupture de l'antigène au plan international au cours de l'année 2017.

Le taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta3 (2,4%) est dans les limites des normes admises (inférieur ou égal à 5%).

Tableau 23: Couvertures (%) vaccinales de 2013 à 2017

ANTIGÈNES	2013	2014	2015	2016	2017	Objectifs 2017
BCG	106	105,8	104,0	103,0	103,0	100
VPO 3	101	105,8	104,0	103,0	104,6	100
Penta 3	101	103,0	105,3	102,9	106,1	100
Pneumo1	-	103,1	105,3	103,0	108,4	100
Pneumo3	-	104,0	108,4	106,4	106,1	100
Rota1	-	88,7	104,5	102,8	102,8	100
Rota3	-	103,0	108,0	106,3	100,6	100
VAR1/RR1	100	99,7	104,2	102,8	101,0	100
VAR2/RR2	-	16,8	103,5	99,9	80,0	100

ANTIGÈNES	2013	2014	2015	2016	2017	Objectifs 2017
VAA	100	99,7	65,2	74,0	45,6	100
MenA	-	-	-	-	68,0	70
VAT2+	88	81,8	103,0	56,8	95,4	95
Taux d'abandon Penta1/Penta 3	3,3	3,4	5,2	3,2	3,3	≤ 5
Taux d'abandon BCG/VAR	12,8	12,7	13,6	10,1	13,6	≤ 12

Source : Annuaire 2017

L'objectif de l'approche « atteindre chaque district (ACD) » qui préconise que 80% des districts atteignent au moins 80% de couverture pour tous les antigènes n'est pas atteint en 2017 au regard de la faible couverture vaccinale en VAA dans les districts.

Selon l'OMS, les pays visant l'élimination de la rougeole comme le Burkina Faso doivent atteindre une couverture d'au moins 95% pour les deux doses dans chaque district. En 2017, seulement 13 districts sanitaires sur les 70 ont atteint cette performance contre 9 en 2016 ; il s'agit des districts sanitaires de K. Vigué, Mangodara, Réo, Toma, Boulsa, Nanoro, Ténado, N'Dorola, Boussé, Sapouy, Seguenega, Ouahigouya et Boussouma. Néanmoins, 52 districts ont atteint le niveau de 95% en RR1 en 2017 et 48 en 2016.

3.6.2 Activités de vaccination supplémentaire

Afin de renforcer la vaccination de routine, l'OMS a préconisé entre autres stratégies, la vaccination supplémentaire. Cette stratégie dite « activité de vaccination supplémentaire » (AVS) est mise en œuvre sous forme de campagne de masse.

Les AVS sont utilisées pour :

- atteindre la population cible avec des doses additionnelles de vaccin
- accroître l'accès aux services de vaccination

Elles utilisent différentes approches et/ou stratégies selon le type de campagne et la maladie ciblée : porte à porte, fixe, avancée et mobile.

En 2017 il n'y a pas eu d'activité de vaccination supplémentaire.

IV. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE

4.1. Méningite

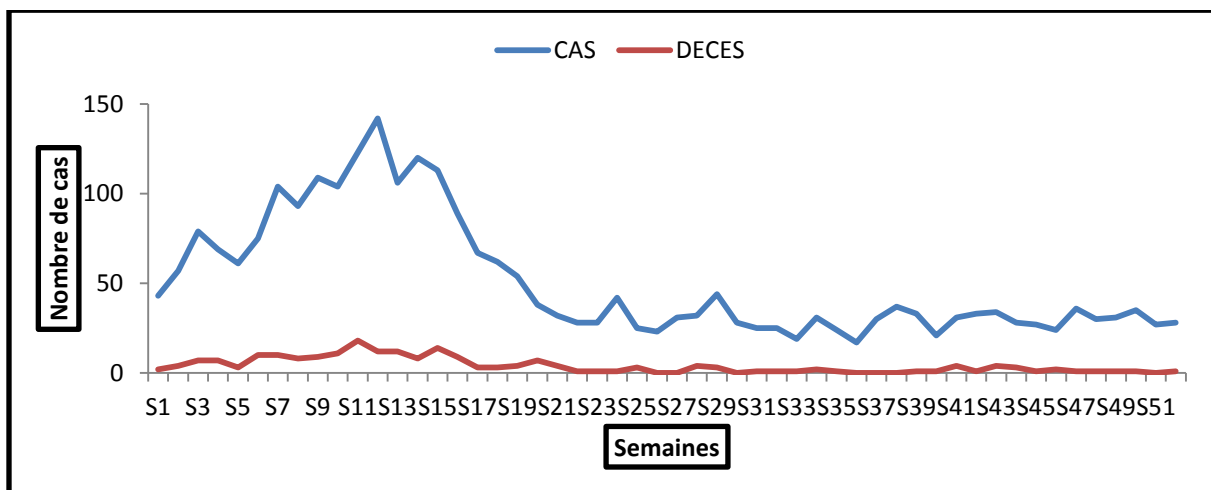
En décembre 2010, une campagne de vaccination de masse préventive contre la méningite à méningocoque A a été conduite dans tout le pays. Ce qui a permis d'éviter la survenue des épidémies de méningite due au *Neisseria meningitidis* A (NmA). Afin de renforcer les activités de surveillance suite à la conduite de cette campagne, le Burkina met en œuvre la surveillance cas par cas de la méningite depuis 2011. Cette stratégie permet de déterminer le profil épidémiologique et bactériologique pour tout nouveau cas suspect de méningite qui surviendrait après cette campagne de vaccination de masse avec le vaccin conjugué A (MenAfriVac). Depuis lors, 1 cas de méningite dû au NmA a été détecté en 2014 puis 4 cas en 2015. Au cours de ces deux dernières années (2016 et 2017) aucun cas n'a été détecté.

4.1.1 Evolution des cas de méningite par semaine en 2017

En 2017, au total 2707 cas suspects de méningite ont été notifiés soit une incidence cumulée de 13,8 cas p. 100 000 habitants, contre 14,7 cas p. 100 000 habitants en 2016.

Dès la première semaine de l'année, 44 cas de méningites ont été notifiés par les formations sanitaires. Le nombre de cas suspects de méningite a connu une augmentation progressive pour atteindre un pic à la semaine 12 comme l'indique le graphique ci-dessous.

Figure 16 : Evolution hebdomadaire en 2017 des cas et décès de méningite de S1 à S52 au BF



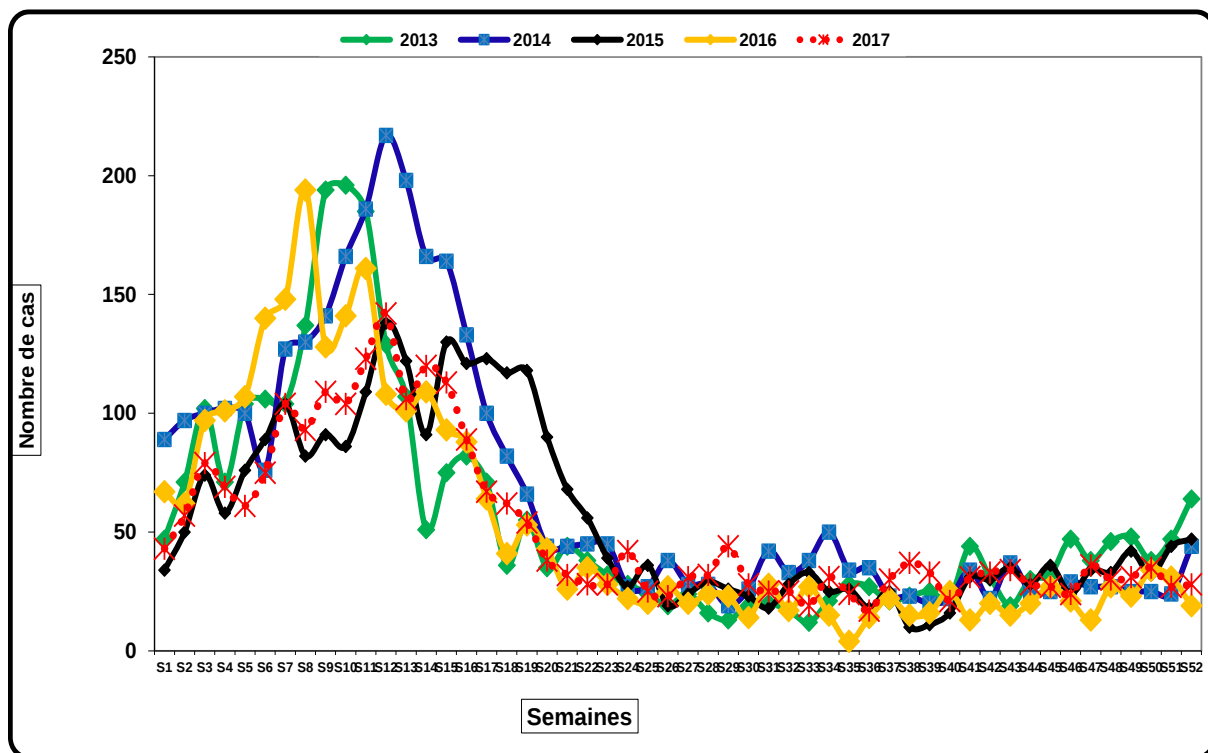
Source : Rapports TLOH 2017, DLM/SSE

4.1.2 Incidence de la méningite

Au cours des 5 dernières années, les plus fortes incidences ont été observées entre la semaine 7 et la semaine 13.

L'année 2014 qui a connu la plus forte incidence (3 475 cas) a été caractérisée par une prédominance du pneumocoque.

Figure 17 : Courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2013 à 2017

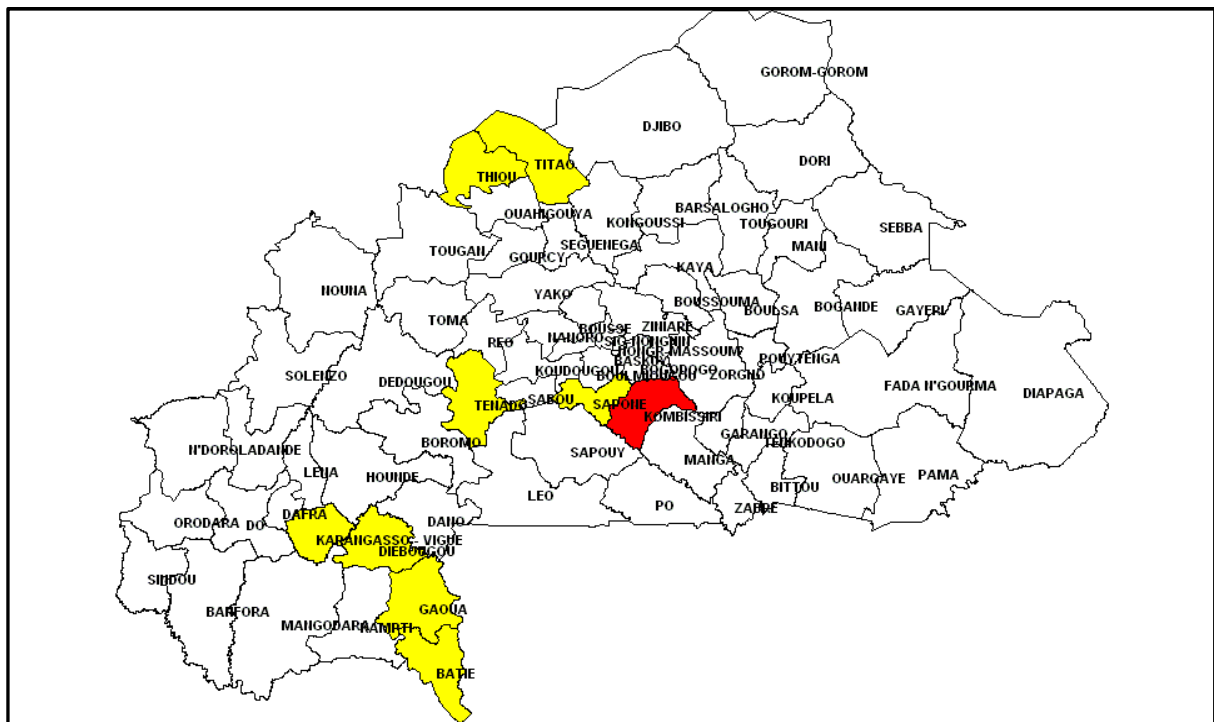


Source : Rapports TLOH 2017, DLM/SSE

Seul le district sanitaire de Kombissiri a franchi le seuil épidémique (taux d'attaque hebdomadaire supérieur ou égal à 10 cas p. 100 000 habitants) à la semaine 15 avec un taux d'attaque de 13,8 cas p. 100 000 habitants.

A l'échelle nationale 9 districts y compris celui de Kombissiri ont franchi le seuil d'alerte (taux d'attaque hebdomadaire de 3 cas p. 100 000 habitants).

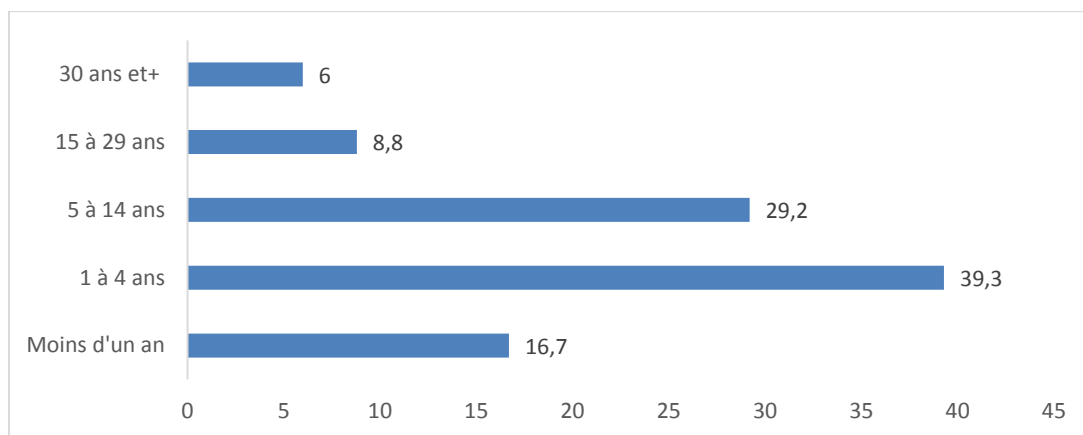
Carte 1: Situation du taux d'attaque de la méningite par district en 2017



4.1.3 Répartition des cas de méningite par tranche d'âge

La répartition des cas selon l'âge montre que les moins de 15 ans ont été les plus touchés (85,2%). En 2016, ce groupe d'âge était également le plus affecté (80,7%).

Figure 18: Répartition (%) des cas suspects de méningite par tranche d'âge en 2017 (n = 2537)

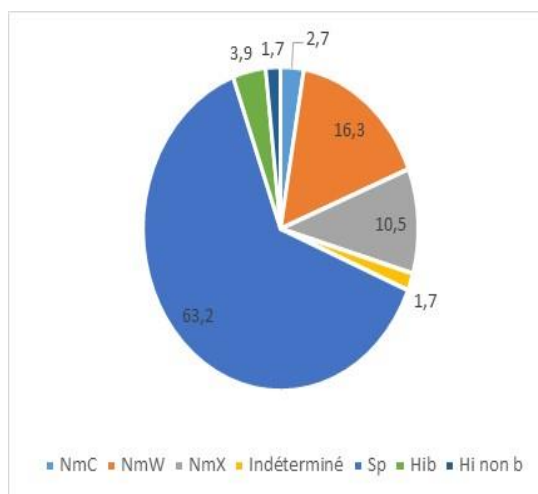


Source : Liste descriptive des cas 2017, DLM/SSE

4.1.4 Résultats de laboratoire

En 2017, sur 516 prélèvements analysés positifs (à la PCR) dans les laboratoires de référence, le germe le plus en cause est le Sp (63,2%) suivi du NmW (16,3%). Mais il existe une proportion non négligeable du NmX (10,5%). Aucun cas de NmA n'a été notifié.

Figure 19: Proportion (%) des germes identifiés à la PCR en 2017 par le laboratoire



Sources : Rapports résultats de laboratoire 2017, DLM/SSE

4.1.5 Létalité de la méningite

La létalité de la méningite en 2017 est de 7,7% (norme OMS < 10%) contre 9,9 % en 2016, soit une baisse de 2,2 points. Elle varie de 3,5% dans la région de l'Est à 14,4% dans le Sahel. Les régions du Plateau Central (10%), du Sud-Ouest (11,6%) et du Sahel (14,4%) ont enregistré des létalités supérieures à la norme de l'OMS.

4.2. Choléra

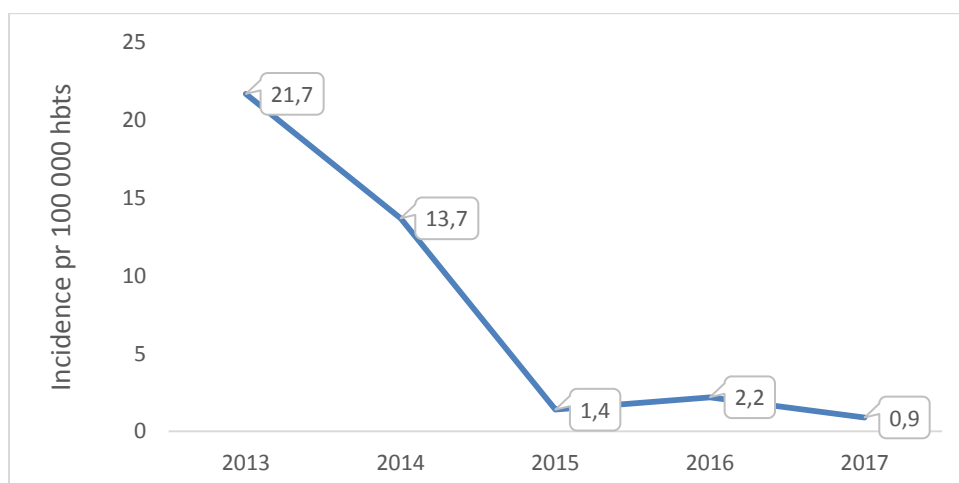
Aucun cas de choléra n'a été enregistré au Burkina Faso en 2017. La dernière épidémie remonte à 2012 où 143 cas dont 7 décès ont été enregistrés dans la région du Sahel.

4.3. Rougeole

La rougeole, classée parmi les maladies à éliminer est l'une des maladies humaines les plus contagieuses. Au cours de l'année 2017, les formations sanitaires ont notifié 169 cas suspects de rougeole et aucun décès n'a été enregistré. La région du Centre-Ouest a enregistré le plus grand nombre de cas (24 cas soit 14,2% de l'ensemble des cas du pays). L'incidence cumulée de la rougeole est en baisse durant les cinq dernières années. Elle est passée de 21,7 cas p.100 000 habitants en 2013 à 0,9 cas p. 100 000 habitants en 2017.

Les résultats de laboratoire montrent que sur les 157 cas ayant fait l'objet d'analyse, 23,6% se sont révélés positifs aux IgM rougeole contre 50,5% en 2016.

Figure 20: Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants au Burkina Faso de 2013 à 2017



Source : Rapports TLOH 2013-2017, DLM/SSE

4.4. Fièvre jaune

La surveillance de la fièvre jaune a permis de notifier 1 222 cas d'ictère fébrile en 2017 contre 912 cas en 2016 soit une hausse de 33,7%.

Sur l'ensemble des échantillons analysés en 2017, cinq (5) ont été confirmés positifs aux Igm de la fièvre jaune dans 5 districts (Gayéri, Sapouy, Yako, Mani, Do).

Tableau 24 : Répartition des cas et décès d'ictère fébrile en 2017 par région sanitaire

Région	Cas	Décès	Létalité (%)
Boucle du Mouhoun	121	3	1,7
Cascades	100	0	0
Centre	172	1	1
Centre-Est	34	5	1,9
Centre-Nord	24	1	2,9
Centre-Ouest	162	2	2,2
Centre-Sud	92	0	0
Est	158	4	3,3
Hauts-Bassins	258	2	1,2
Nord	13	3	1,8
Plateau Central	29	1	4,2
Sahel	24	1	7,7
Sud-Ouest	35	0	0
Burkina Faso	1222	23	1,9

Sources : Rapports TLOH 2017, DLM/SSE

4.5. Diarrhée sanguinolente

Le nombre de cas de diarrhées sanguinolentes a connu une baisse de 36,2% (passant de 412 cas en 2016 à 263 en 2017). L'incidence cumulée en 2017 est de 1,3 cas p.100 000 habitants. L'incidence la plus élevée a été observée dans la région des cascades (6,8 p.100 000 habitants).

4.6. Poliomyélite

Aucun cas de polio virus sauvage (PVS) autochtone n'a été enregistré depuis octobre 2009. Ainsi, le Burkina Faso a été déclaré libéré de la circulation du PVS depuis juin 2015. Au plan national, les objectifs ont été atteints pour les deux indicateurs majeurs (Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans et pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie). En 2017, au total 309 cas de PFA ont été notifiés dont 1 cas compatible. Ces performances sont à la hausse comparativement à la même période en 2015 avec 282 cas et en 2016 avec 268 cas notifiés.

Tableau 25: performance de la surveillance des PFA de 2013 à 2017

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017	Normes
Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.	3,52	3,6	3,21	2,97	3,33	≥ 2
Pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie.	88,01	91,53	91,13	92,16	90	≥ 80%
Proportion des districts avec au moins 2 cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (%).	76,2	84,1	87,3	88,6	96	100

Source : DPV

4.7. Maladie à Virus Ebola (MVE)

La MVE a connu une résurgence dans certains pays de la sous-région. Ce qui a amené le Burkina Faso à entreprendre des actions visant à renforcer son système de surveillance pour faire face à une éventuelle épidémie. Aucun cas de MVE n'a été notifié au cours de l'année 2017.

4.8. Dengue

Au cours de l'année 2017, au total 15 074 cas suspects de dengue ont été notifiés par les structures sanitaires avec 36 décès soit un taux de létalité de 0,2%. Parmi ces cas, 8 768 se sont révélés positifs au TDR soit 58,16% de positivité.

La région du Centre a été la plus touchée avec 9 475 cas suspects dont 5 202 cas probables et 32 décès.

Tableau 26: Situation des cas et décès de la dengue par région de 2017

Régions	Cas suspects	Décès	Létalité
Boucle du Mouhoun	300	0	0,0
Cascades	25	0	0,0
Centre	9 475	32	0,3
Centre Est	715	0	0,0
Centre Nord	1 493	1	0,1
Centre Ouest	1 175	2	0,2
Centre Sud	72	0	0,0
Est	62	0	0,0
Hauts Bassins	303	0	0,0
Nord	854	1	0,0
Plateau Central	152	0	0,0
Sahel	361	0	0,0
Sud-Ouest	87	0	0,0
Burkina Faso	15 074	36	0,2

Source : DLM/SSE

Les principales actions entreprises dans le cadre de la lutte contre la maladie en 2017 :

- la révision des modules de formation des équipes d'intervention rapide (EIR) ;
- l'élaboration de certains documents stratégiques (Plan cholera, méningite, arbovirose, guide de diagnostic et de traitement de la dengue) ;
- l'élaboration et la diffusion des supports de collecte des données ;
- l'élaboration et la diffusion du SitRep dengue ;
- la formation des acteurs sur le suivi de la traçabilité des échantillons de laboratoires de la méningite (STELAB) ;
- la révision et diffusion des supports de communication ;
- la tenue des réunions du comité national de gestion des épidémies.

V. MALADIES D'INTERET SPECIAL

5.1. Paludisme

5.1.1. Confirmation des cas de paludisme dans les formations sanitaires en 2017

14 264 525 Cas suspects
de paludisme

13 077 129 TDR/GE
réalisés

1 052 730 TDR/GE
Positifs

Sur 14 265 000 cas suspects de paludisme, 13 080 000 ont bénéficié de test de diagnostic rapide (TDR) ou de goutte épaisse (GE), soit un taux de confirmation de 91,7%. La confirmation du paludisme aux TDR est principalement réalisée dans les formations sanitaires publiques.

Le taux de positivité au niveau national est de 80,5% en 2017.

5.1.2 Situation du paludisme dans la population générale

11 401 092 Cas de
paludisme simple

514 724 Cas de
paludisme grave

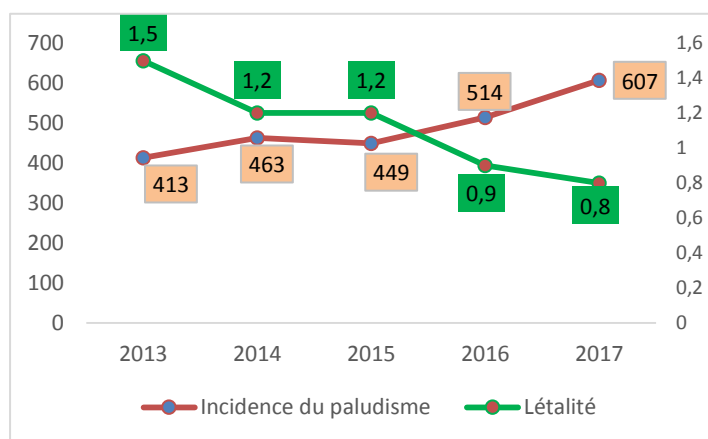
607 cas pour 1000
habitants (Incidence)

Dans l'ensemble, 11 915 000 **cas** de paludisme ont été enregistrés dans les formations sanitaires. Les cas de paludisme grave représentent 4,3% tout comme en 2016.

L'incidence globale du paludisme est de 607 cas pour 1000 habitants contre 514 en 2016, soit une hausse de 93 points par rapport à l'année précédente. Selon le plan stratégique 2016-2020 révisé en 2017, l'incidence attendue pour 2017 est de 537 cas pour 1000 habitants. Elle a une tendance à la hausse sur les cinq dernières années.

La région du Sud-Ouest enregistre la plus forte incidence avec 953 cas pour 1000 habitants. Cette situation est influencée par les districts de Diébougou et de Kampti qui ont enregistré respectivement 1

Figure 21 : Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso



Sources : Annuaire MS 2013- 2017

200 et 1 107 cas pour 1000 habitants. La plus faible incidence est observée dans la région du Sahel avec 408 cas pour 1000 habitants.

La létalité du paludisme est de 0,8% contre 0,9% en 2016. Elle est dans la limite de la valeur attendue en 2017 selon le plan stratégique 2016-2020 (moins de 1,1%). De 2013 à 2017, la létalité du paludisme a baissé de 0,7 point (1,5 % en 2013 et 0,8 % en 2017).

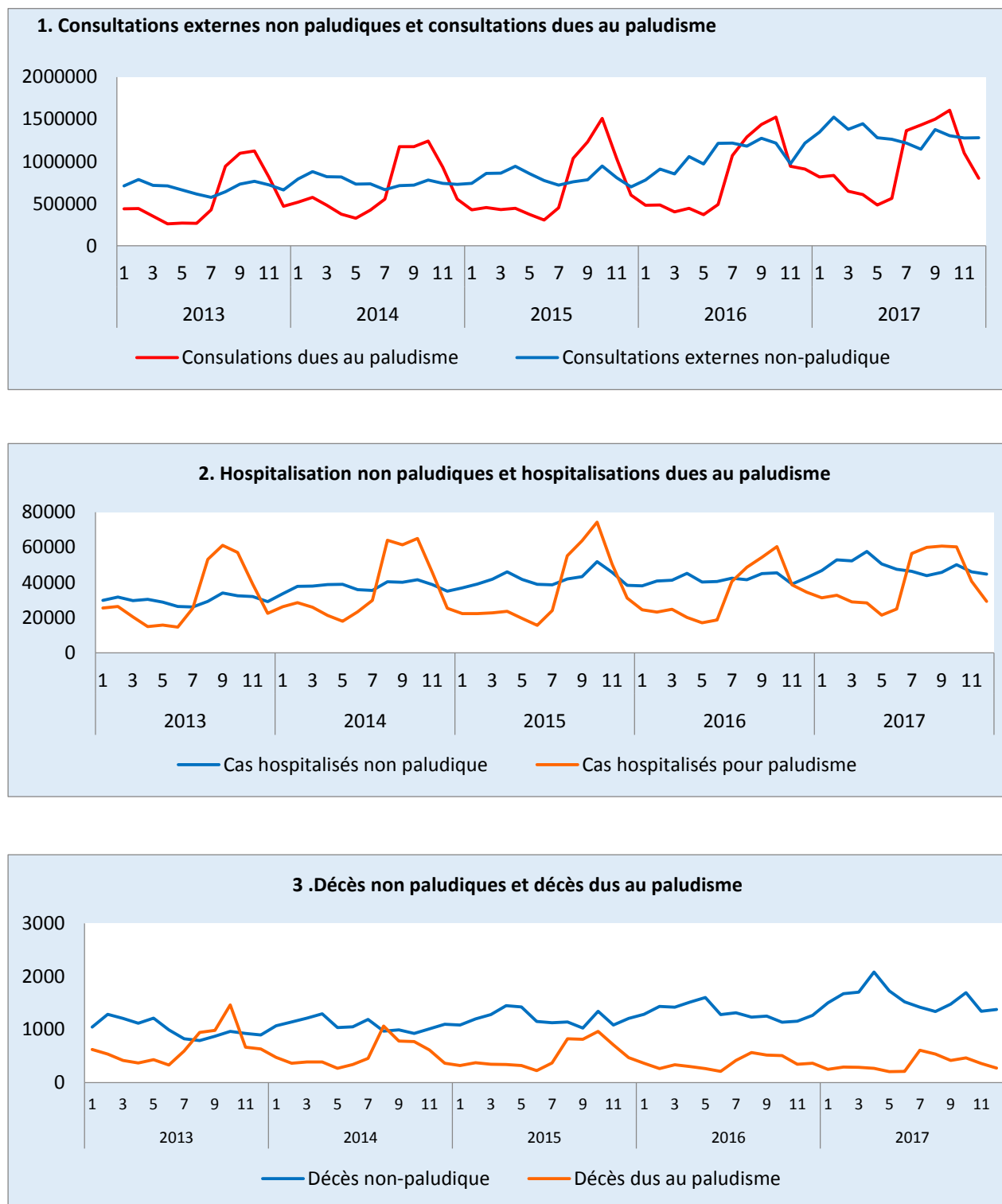
Les létalités les plus élevées sont enregistrées dans les régions du Sahel (2,0%) et du Centre Nord (1,2%) tandis que la plus faible est enregistrée dans la région du Centre (0,3%).

5.1.3 Poids du paludisme dans la morbidité et mortalité

Dans les formations sanitaires de base, le paludisme demeure le principal motif de consultation (43,5%), de mise en observation (60,5%) et de causes de décès (35,9%) en 2017. Dans les Centres médicaux et les Hôpitaux, il représente 30,3% des motifs de consultation, 22,0% des motifs d'hospitalisation et 15,8% des causes de décès.

L'analyse mensuelle des données de consultations montre que le nombre de cas de paludisme excède celui de tous les autres motifs de consultation de juillet à octobre au cours des cinq (5) dernières années. Les pics s'observent toujours au mois d'octobre. Au cours de ces mois, plus de 50% des consultations sont attribuables au paludisme. Cette même tendance est observée chez les patients admis en hospitalisation.

Figure 22: Evolution mensuelle du poids du paludisme dans la morbidité et mortalité de 2013 à 2017 au Burkina Faso.



5.1.4. Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans

5 852 798 Cas de
paludisme simple

229 417 Cas de
paludisme grave

1,4% de létalité

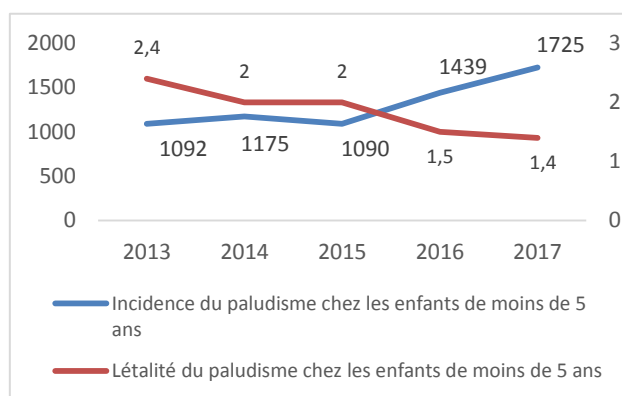
Chez les enfants de moins de 5 ans, 5 853 000 cas de paludisme ont été notifiés soit 51,0% de l'ensemble des cas. La proportion des cas graves dans cette tranche d'âge est de 3,8%.

L'incidence du paludisme pour cette tranche d'âge est de 1 725 cas pour 1000 habitants. Cela montre que le nombre moyen d'épisodes de paludisme pour un enfant de moins de cinq (5) ans est de 1,7 au cours de l'année 2017 contre 1,4 en 2016. Ce qui pourrait s'expliquer par l'augmentation de l'utilisation des services induite par la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit de cette tranche d'âge dans toutes les structures sanitaires publiques.

Selon les régions, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans varie de 1 272 cas pour 1000 enfants dans la région du Nord à 2 898 cas pour 1000 enfants dans la région du Sud-Ouest.

La létalité du paludisme pour cette tranche d'âge est de 1,4% contre 1,5% en 2016, soit une baisse de 0,1 point. Les régions du Sahel (3,3%) et du Centre (0,6%) enregistrent respectivement la plus forte et la plus faible létalité en 2017.

Figure 23 : Evolution de l'incidence (p. 1000) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso chez les moins de 5 ans



Sources : *Annuaire MS 2013- 2017*

5.1.5. Situation du paludisme chez les femmes enceintes

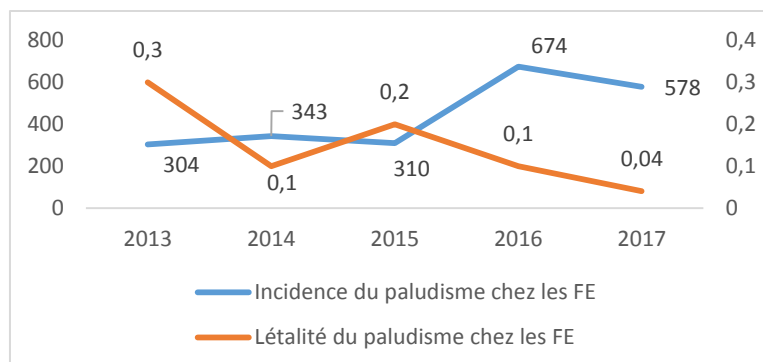
589 172 Cas de
paludisme simple

36 400 Cas de
paludisme grave

0,04% de létalité

Chez les femmes enceintes, 626 000 cas de paludisme ont été enregistrés dont 5,8% de cas graves. L'incidence du paludisme dans cette cible est de 578 cas pour 1000 contre 674 pour 1000 en 2016, soit une baisse de 96 points. Parmi les cas graves, 13 décès ont été enregistrés. La létalité (0,04%) est en baisse par rapport à 2016 où elle était de 0,1%.

Figure 24 : Evolution de l'incidence (pour 1000 grossesses attendues) et de la létalité (%) du paludisme de 2013 à 2017 au Burkina Faso chez les femmes enceintes



Sources : Annuaire MS 2013- 2017

La plus forte létalité du paludisme chez la femme enceinte est observée dans la région des Hauts-Bassins (0,25%). Cinq (5) régions sur les treize (13) ont enregistré l'ensemble des décès.

5.1.6. Prévention du paludisme

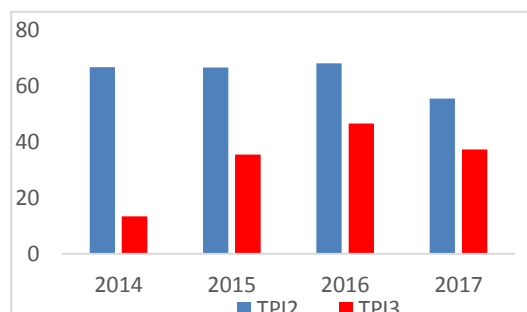
➤ Couverture en Traitement préventif intermittent (TPI)

Au total, 876 000 premières consultations prénatales ont été réalisées dans les formations sanitaires. Parmi elles, 487 000 ont reçu la deuxième dose de TPI, soit une proportion de 55,6% contre 68,2% en 2016. Elle varie de 31,9% au Sahel à 69,3% au Plateau central.

Le nombre de femmes ayant bénéficié de TPI3 lors des CPN est de 328 000 soit une couverture de 37,4%. Elle était de 46,7% en 2016.

La baisse de la couverture en TPI pourrait s'expliquer par les ruptures en Sulfadoxine-pyriméthamine (SP).

Figure 25 : Evolution de la proportion des femmes ayant bénéficié du TPI2 et du TPI3 de 2014 à 2017 au Burkina Faso



➤ **Couverture de la campagne de chimio prophylaxie saisonnière (CPS) du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois**

En 2017, quatre passages de CPS ont été organisés dans 59 districts sanitaires du Burkina Faso, soit une couverture géographique de 84,3%. Les couvertures administratives des quatre passages sont : 104,2% au premier passage ; 104,1% au deuxième passage ; 102,5% au troisième passage et 102,4% au quatrième passage.

5.1.6. Les principales actions réalisées en 2017

- mise en œuvre de la CPS dans 59 districts sanitaires ;
- sensibilisation de la population sur le paludisme à l'occasion de la Journée mondiale de Lutte contre le Paludisme (JMLP) ;
- réalisation d'activités de communication (plaidoyer, palu-info, diffusion de spot, révision des supports IEC);
- formation de 20 professionnels de santé au cours de paludologie à Bobo Dioulasso ;
- formation de 20 professionnels de santé en entomologie médicale à Bobo Dioulasso ;
- élaboration des bulletins de veille hebdomadaires et des bulletins semestriels ;
- mise en œuvre de la stratégie Standard Based Management and Recognition (SBMR);
- révision des directives de prise en charge du paludisme.

5.2. Tuberculose

5.2.1 Dépistage

Selon les données de routine, 5 602 nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes ont été dépistés dans les structures sanitaires contre 5 671 en 2016.

Le taux de notification des nouveaux cas et rechutes toutes formes est de 28,5 cas pour 100 000 habitants en 2017 contre 29,8 cas pour 100 000 habitants en 2016. Au cours des cinq (05) dernières années, la tendance est à la baisse et évolue toujours en dessous de la norme nationale attendue (51 cas pour 100 000 habitants).

Une disparité est observée entre les régions. Le plus fort taux de notification est enregistré dans la région du Sud-Ouest avec 48,8 cas p. 100 000 habitants et le plus faible taux dans la région du Centre-Sud avec 12,7cas p. 100 000 habitants.

Figure 26: Evolution du taux de notification des nouveaux cas et rechutes toutes formes de 2013 à 2017

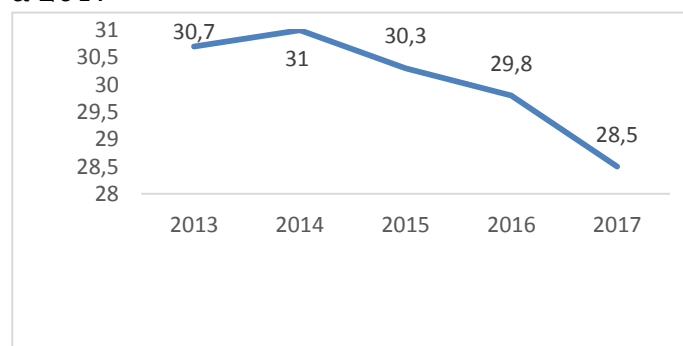
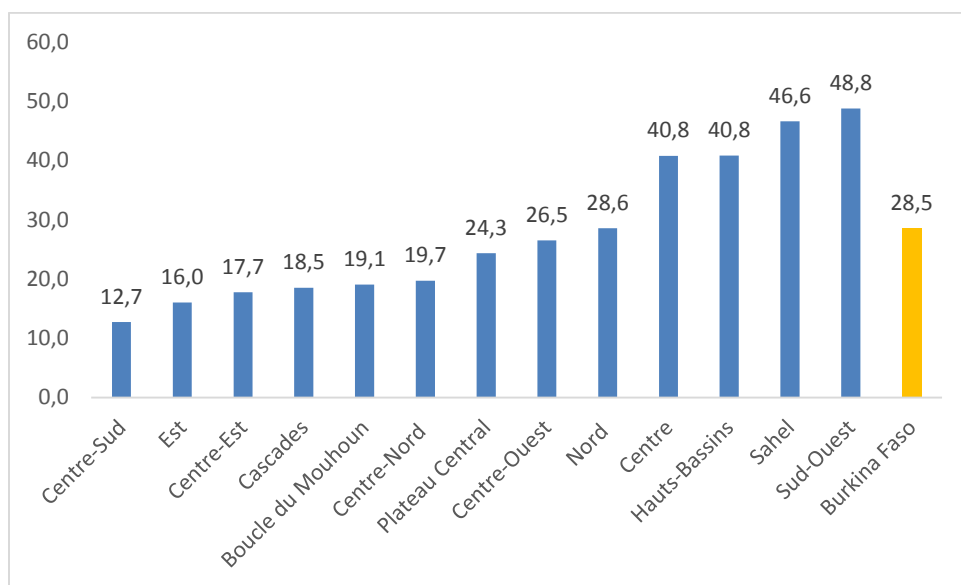


Figure 27 : Taux de notification (p.100 000 habitants) des nouveaux cas et rechutes de tuberculose par région en 2017 au Burkina Faso.



Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement en 2017 sont de 3 613 contre 3 557 en 2016. C'est la forme la plus fréquente des cas de tuberculose notifiés (64,5% en 2017 et 60,1% en 2016).

5.2.2 Résultats de traitement

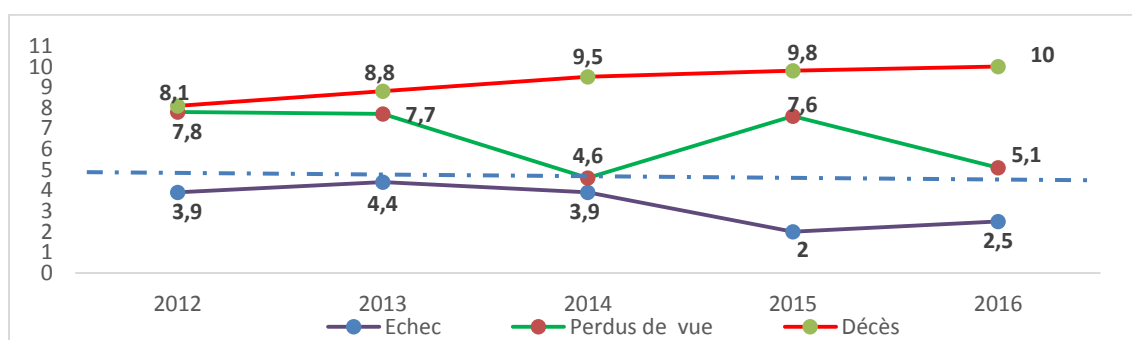
Les résultats de traitement de la cohorte de 2016 sont les suivants : 79,2% de taux de succès au traitement (guéris + traitement terminé), 10% de taux de décès et 5,1% de taux de perdu de vue.

Le taux de succès au traitement est en deçà de la norme OMS (au moins 90%). Seule la région du plateau Central a atteint cette performance pour la cohorte de 2016.

Depuis 2012, le taux de décès évolue au-dessus de la norme OMS (< 5%). Le taux de perdus de vue évolue en dent de scie avec une moyenne de 6,6% depuis les 5 dernières années pour une norme tolérée de moins de 5% selon l'OMS.

Par contre le taux d'échec au traitement est en baisse par rapport à la norme de moins de 5%.

Figure 28: Taux d'échec, de perdus de vue et de décès de 2012 à 2016 au Burkina Faso



Les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Ouest et du Centre-Sud ont enregistré les taux de décès les plus élevés avec respectivement 17,3% ; 15,3% et 15%. En dehors de la région du Plateau Central, les autres régions ont dépassé la norme de moins de 5% de décès tolérée par l'OMS.

La région du Centre-Ouest a le plus fort taux de perdus de vue avec 10,3% et celle du Plateau Central le plus faible taux (0,9%).

Tableau 27: Résultats de traitement des patients de la cohorte de 2016 par région au BF

Régions	Malades analysés	Succès au traitement (%)	Traitement terminé	Echec (%)	Décédé (%)	Perdu de vue (%)	Non évalué (%)
Boucle du Mouhoun	365	75,6	94	1,6	17,3	3,0	2,5
Cascades	147	64,6	32	0,7	8,2	9,5	15,6
Centre	1 214	83,0	490	2,1	8,6	4,5	1,4
Centre Est	313	75,7	79	5,8	14,4	4,5	0,0
Centre Nord	369	70,5	109	4,9	12,7	7,0	1,4
Centre Ouest	427	67,4	139	2,3	15,0	10,3	2,8
Centre Sud	120	71,7	45	0,8	15,0	6,7	5,8
Est	281	80,4	77	2,1	10,0	7,1	0,4
Hauts Bassins	788	80,3	311	2,0	9,6	4,1	2,0
Nord	434	85,5	124	2,8	6,5	4,4	1,2
Plateau Central	231	93,5	64	2,6	2,2	0,9	0,9
Sahel	644	80,7	178	2,6	6,5	3,7	6,2
Sud-Ouest	332	81,9	106	2,1	10,2	6,0	0,3
Burkina Faso	5665	79,2	1 848	2,5	10,0	5,1	2,4

Source: Annuaire MS 2017

5.2.3 Co-infection tuberculose/VIH

Dans les structures sanitaires, 5 455 patients tuberculeux ont bénéficié de dépistage du VIH sur les 5 839 enregistrés en 2017, soit une proportion de 93,4% contre 94,7% en 2016. Parmi les patients dépistés, 514 sont positifs, soit un taux de séropositivité de 9,4% contre 9,6% en 2016.

Sur l'ensemble des malades dépistés VIH+, 93,8% ont été mis sous cotrimoxazole contre 95,4% en 2016. La proportion de patients co-infectés TB/VIH mis sous traitement ARV en 2017 est de 84,2%. Elle est en baisse par rapport à 2016 (86,7%) alors que tous les patients co-infectés devraient systématiquement être mis sous traitement ARV.

Tableau 28 : Indicateurs de prise en charge de la co-infection TB/VIH de 2013 à 2017 au Burkina Faso

Indicateurs	2013	2014	2015	2016	2017
Proportion(%) des cas de TB testés pour le VIH	94	95,9	97	94,7	93,4
Proportion(%) de cas de TB testés positifs au VIH	14,2	11,8	9,3	9,6	9,4
Proportion(%) des cas de TB/VIH mis sous prophylaxie au CTX	96	97,7	97,3	95,4	93,8
Proportion(%) des cas de TB/VIH mis sous ARV	82,9	86	84,7	86,7	84,2

Source : *Annuaire statistiques MS 2013-2017*

5.2.4 Les principales actions réalisées en 2017

- acquisition de 40 microscopes LED pour les laboratoires de microscopie
- acquisition de cartouches de GeneXpert au profit des laboratoires sites Xpert
- réalisation de l'étude "Impact d'une intervention communautaire sur les décès des patients tuberculeux au Burkina Faso"
- diffusion des différents guides techniques du programme : guide technique de lutte contre la tuberculose, guide TB/VIH et guide TB-MR
- organisation par le PNT en collaboration avec le Centre Muraz, de la rencontre des Coordonnateurs du Réseau ouest africain de recherche sur la tuberculose (WARN-TB) à Ouagadougou
- réalisation de la revue externe du PNT
- élaboration du plan stratégique et du plan de suivi évaluation du PSN-TB 2018-2022
- élaboration et validation du plan d'extension du test Xpert 2018-2022

5.3. Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Sur la base de la notification syndromique, le nombre de cas d'IST enregistré en 2017 est de 285 500, soit une incidence cumulée de 14,5 p.1000 habitants contre 13,6 p. 1000 habitants en 2016. On note une augmentation de 0,9 point et une tendance à la hausse de l'indicateur depuis les cinq (5) dernières années.

La plus forte incidence est observée dans la région du Centre (22,6 p.1000 habitants) et la plus faible dans la région du Nord (8,2 p.1000). Cinq (5) régions sur les treize (13) ont une incidence au-dessus de la moyenne nationale.

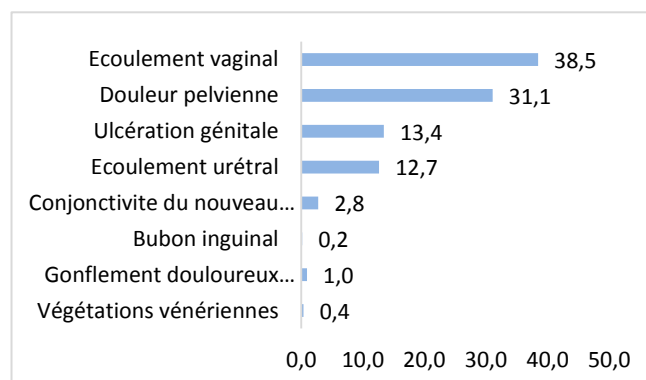
Tableau 29: Incidence cumulée (P.1000) des IST par région de 2013 à 2017 au Burkina Faso

Régions	2013	2014	2015	2016	2017
Boucle du Mouhoun	4,7	6,3	6,7	8	8,8
Cascades	8,7	10,8	10,8	15,5	17,1
Centre	12,9	16,3	18,9	21,5	22,6
Centre est	7,5	11	11,9	16,1	14,4
Centre-Nord	4,7	6,5	6,7	10,2	11,8
Centre-Ouest	3,6	5	4,5	8,1	9,3
Centre-Sud	6,5	8,4	8,1	12	13,7
Est	6,3	7,3	6,8	11	12,6
Hauts-Bassins	11,6	14,7	16	19	20,7
Nord	4,7	6,8	6,4	8,6	8,2
Plateau Central	6,8	10,7	10,7	15,1	16,3
Sahel	5,6	6,6	7,1	9,1	9,7
Sud-Ouest	8,1	11,1	14,8	20,5	22,0
Burkina Faso	8,9	9,3	10,4	13,6	14,5

Source : *Annuaire statistiques MS 2013-2017*

Les écoulements vaginaux et les douleurs pelviennes représentent 69,6% des cas d'IST enregistrés en 2017. La même observation est faite pour les cinq (5) dernières années. L'ulcération génitale, l'une des principales portes d'entrée du VIH occupe le troisième rang avec 13,4% des cas notifiés.

Figure 29 : Proportion (%) des cas d'IST selon la notification syndromique en 2017 au Burkina Faso



Source : *Annuaire statistique MS 2017*

5.4. VIH/Sida

La prévalence de l'infection à VIH dans la population du Burkina Faso a régulièrement évolué à la baisse au fil des années selon les données de l'ONUSIDA. De 7,17% en 1997, elle est passée à 0,8% en 2016. Le Burkina est classé parmi les pays en situation d'épidémie mixte, relativement faible en population générale avec des poches de concentration (prévalence élevée) au sein de certains groupes spécifiques.

Selon l'étude bio-comportementale parmi les populations clés (réalisée en 2017 par le SP/CNLS-IST), la prévalence du VIH est de 5,4% chez les travailleuses de sexe (TS), 2,15% chez les détenus et 1,9% chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Ces groupes constituent des principaux foyers à partir desquels l'épidémie peut resurgir.

La sérosurveillance du VIH par site sentinelle a débuté au Burkina Faso en 1997 à travers 13 sites qui hébergent 43 centres de prélèvements répartis dans 15 districts sanitaires. Pour l'année 2017, les résultats de l'enquête donnent une prévalence globale du VIH de 1,3% chez les 15 à 49 ans contre 1,2% en 2016. Cette prévalence est de 0,9% pour la tranche d'âge 15-24 ans, contre 0,6% en 2016. Le VIH 1 demeure prédominant avec 91,9% des cas d'infections suivi du VIH 2 avec 6,4% et la forme combinant VIH 1+2 pour 1,6%.

Tableau 30: Résultats de la sérosurveillance du VIH dans les sites sentinelles en 2017 au Burkina Faso

SITE	15-49 ANS			15-24 ANS		
	<i>Effectif</i>	<i>Positifs</i>	<i>% (IC à 95%)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Positifs</i>	<i>% (IC à 95%)</i>
Milieu urbain						
BOBO-DIOULASSO	890	13	1,5[0,8-2,5]	438	2	0,5[0,0-1,2]
FADA	469	2	0,4[0,1-1,7]	192	1	0,5[0,0-1,5]
GAOUA	528	13	2,5[1,4-4,2]	250	4	1,6[0,0-3,2]
KOUDOUGOU	493	7	1,4[0,7-3,0]	231	3	1,3[0,0-2,8]
OUAGADOUGOU	1260	26	2,1[1,4-3,0]	449	6	1,3[0,3-2,3]
OUAHIGOUYA	448	9	2,0[1,0-3,8]	216	2	0,9[0,4-2,2]
TENKODOGO	493	3	0,6[0,2-1,9]	239	1	0,4[0,4-1,2]
TOTAL	4581	73	1,6[1,6-2,4]	2015	19	0,9[0,5-1,3]
Milieu rural						
DEDOUGOU	599	3	0,5[0,1-1,5]	285	0	0,0[0,0-0,0]
DORI	649	0	0,0[0,0-0,0]	365	0	0,0[0,0-0,0]
KAYA	439	6	1,4[0,6-3,0]	213	6	2,8[0,6-5,0]
MANGA	445	3	0,7[0,2-2,1]	193	3	1,6[0,2-3,4]
SINDOU	618	9	1,5[1,4-4,2]	308	2	0,6[0,0-1,5]
ZINIARE	578	5	0,9[0,3-2,1]	251	2	0,8[0,3-1,9]
TOTAL	3328	26	0,8[0,5-1,1]	1615	13	0,8[0,4 - 1,2]

5.4.1. Conseil et dépistage du VIH

Au cours de l'année, 274 100 personnes ont bénéficié des services de dépistage volontaire (SDV) du VIH. Parmi elles, 256 200 ont accepté se faire dépister soit un taux d'acceptation de 93,5% contre 94,7% en 2016. Ce taux varie de 68,9% dans la région de l'Est s à 100% dans la région du Centre, du Nord et du Sud-Ouest.

Les résultats issus de ces dépistages donnent un taux de séropositivité de 1,8% contre 1,3% en 2016. Les régions des Cascades, du Centre et du Centre-Sud enregistrent les taux de séropositivité les plus élevés avec respectivement 8,4% ; 6,8% ; 6,4%. Seuls deux régions ont un taux de séropositivité de moins de 1% (Centre Nord et Nord).

Tableau 31: Résultats du conseil et dépistage du VIH par région en 2017 au Burkina Faso

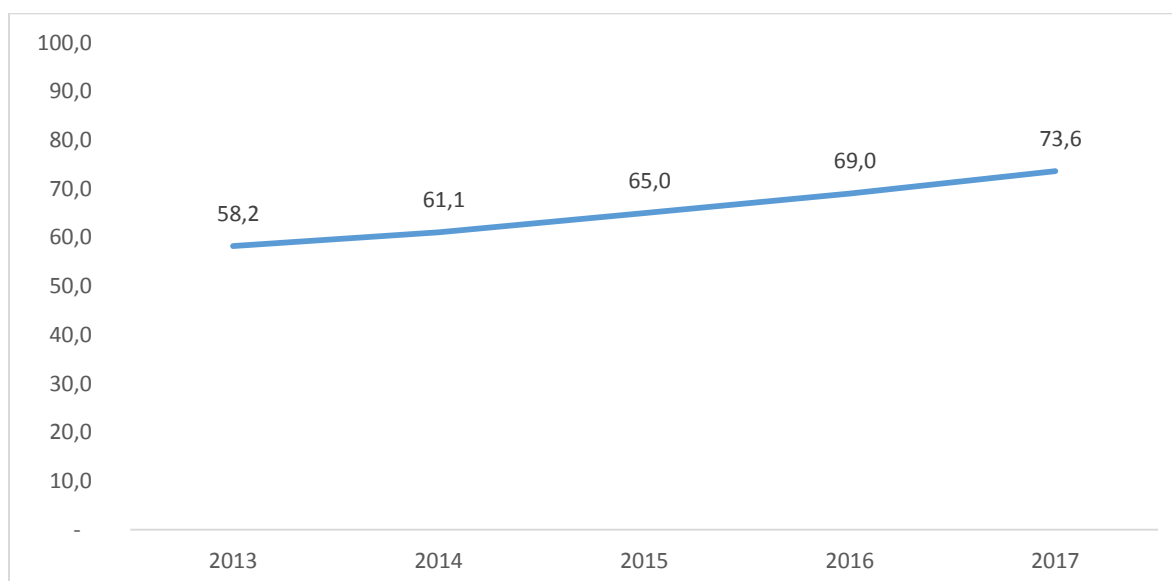
Régions	Test proposé	Total dépistés	Taux d'acceptation du test	Taux de séropositivité
Boucle du Mouhoun	28 379	25 078	88,4	1,9
Cascades	1 694	1 510	89,1	8,4
Centre	10 771	11 915	110,6	6,8
Centre Est	20 282	19 593	96,6	1,8
Centre Nord	65 039	57 574	88,5	0,9
Centre Ouest	46 463	44 121	95,0	1,3
Centre Sud	4 453	3 913	87,9	6,4
Est	7 914	5 450	68,9	2,2
Hauts Bassins	11 100	9 726	87,6	3,8
Nord	32 735	32 910	100,5	0,9
Plateau Central	3 630	3 074	84,7	5,8
Sahel	3 312	2 804	84,7	2,4
Sud-Ouest	38 339	38 557	100,6	1,1
Burkina Faso	274 111	256 225	93,5	1,8

Source : Annuaire statistique MS 2017

5.4.2. File active et traitement ARV

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) enrôlées dans la file active globale en fin 2017 est de 83 543. Parmi ces personnes, 61 487 bénéficient d'un traitement antirétroviral (ARV) soit une proportion de 73,6% contre 69% en 2016. Cette proportion a augmenté au cours des cinq (05) dernières années passant de 58,5% en 2013 à 73,6% en 2017. Malgré ces progrès enregistrés, le niveau de l'indicateur reste en dessous de l'objectif du plan national multisectoriel (PNM) qui est d'au moins 81%.

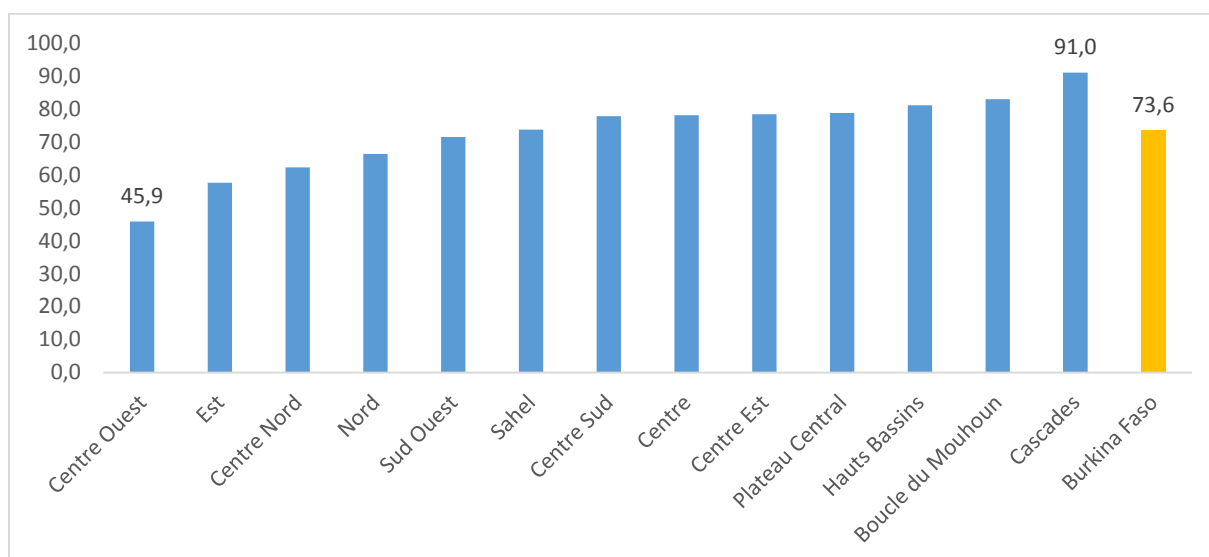
Figure 30: Evolution de la proportion (%) des personnes sous traitements ARV de 2013 à 2017 au Burkina Faso



Source : *Annuaire MS 2013- 2017*

La région des Cascades enregistre la plus forte proportion de PvVIH sous ARV (91%) tandis que la plus faible est observée dans la région du Centre-Ouest (45,9%).

Figure 31 : Proportion de PvVIH sous ARV par région en 2017 au Burkina Faso



Source : *Annuaire statistique MS 2017*

5.4.3. Actions entreprises en 2017 dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida

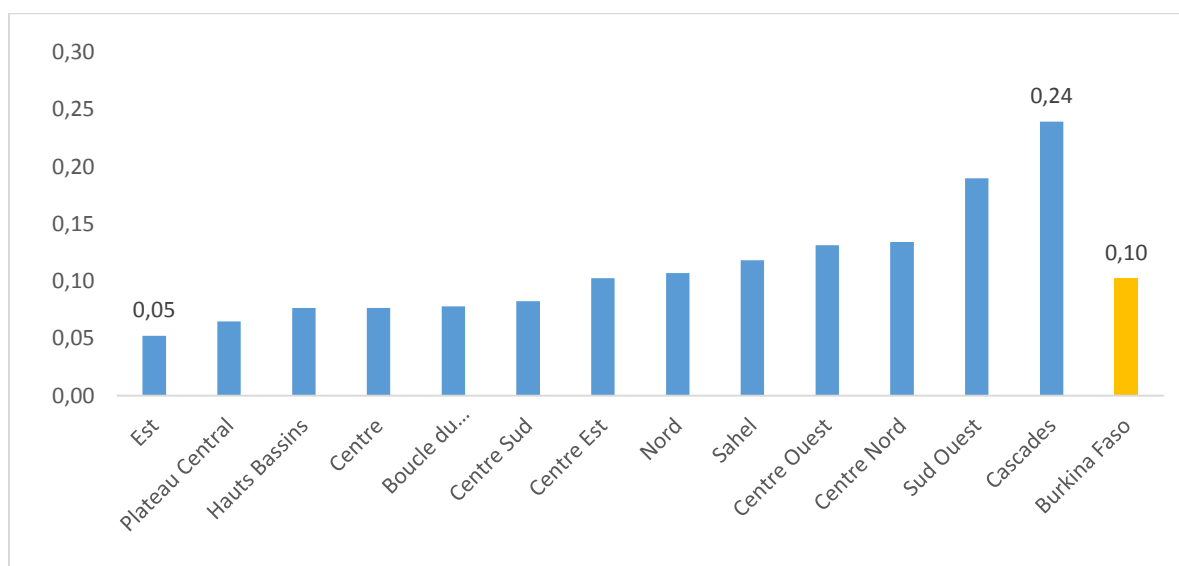
- ✓ relecture du Plan opérationnel de mise en œuvre de la décentralisation de l'accès à la charge virale plasmatique (CVP) du VIH
- ✓ amélioration du système de transport des échantillons vers les laboratoires de références,
- ✓ renforcement de la délégation des tâches : supervision, suivi, analyse des données par les districts sanitaires eux-mêmes,
- ✓ intégration des données de la prise en charge médicale dans Endos-BF,
- ✓ mise en place des équipements et du dispositif pour la réalisation de la CVP du VIH1;
- ✓ réalisation de l'étude sur le suivi de l'émergence des résistances du VIH aux antirétroviraux dans les CHR de Koudougou et de Dédougou ;
- ✓ formation de médecins et de personnel paramédical des CHR/CHU sur la prise en charge médicale ;
- ✓ formation des formateurs sur le conseil/dépistage du VIH ;

- ✓ formation des responsables CISSE et responsables des files actives sur le remplissage des outils de collecte.

5.5. Lèpre

Au Burkina Faso, 192 nouveaux cas de lèpre ont été enregistrés dans les formations sanitaires en 2017 contre 208 en 2016. La prévalence de la lèpre est de 0,10 cas p.10 000 habitants en 2017 et de 0,11 cas p.10 000 habitants en 2016. Cette prévalence varie de 0,05 cas p. 10 000 habitants dans la région de l'Est à 0,24 dans la région des Cascades.

Figure 32: Prévalence (p.10 000) de la lèpre par région en 2017 au Burkina Faso



Source : Annuaire MS 2017

La proportion d'infirmité du 2^{ème} degré est de 25,5% en 2017 contre 21,2% en 2016. Bien qu'en baisse, cette proportion reste très élevée par rapport à la norme de 2,0% de l'OMS. Au total 06 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés chez les enfants contre 03 cas en 2016.

Tableau 32: situation de la lèpre de 2013 à 2017 au Burkina Faso

Type	2013	2014	2015	2016	2017
Nouveaux cas	253	208	187	208	192
Infirmité 2 ^{ème} degré/nouveaux cas	84	48	58	44	49
Enfants/nouveaux cas	8	6	7	3	6
Malades en traitement en fin d'année	253	199	186	211	201

Source : Annuaire statistiques MS 2013-2017

5.6. Ver de guinée/dracunculose

Depuis 2007, aucun cas de dracunculose n'a été enregistré sur toute l'étendue du territoire. Le Burkina Faso a obtenu la certification de l'éradication de la

dracunculose en décembre 2011. Néanmoins, la surveillance est toujours en vigueur.

VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

6.1. Consultation curative

Au cours de l'année, 23 204 000 nouveaux consultants ont été enregistrés dans les structures de soins.

Le nombre de nouveaux contacts par habitant est de 1,18 en 2017 contre 1,02 en 2016. Pour la deuxième année consécutive, cet indicateur est au-dessus de la norme fixée par l'OMS (au moins un contact par habitant et par an).

Le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an varie de 1,45 dans la région du Sud-Ouest à 0,99 dans la région du Sahel.

Figure 33: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2013 à 2017 au Burkina Faso.

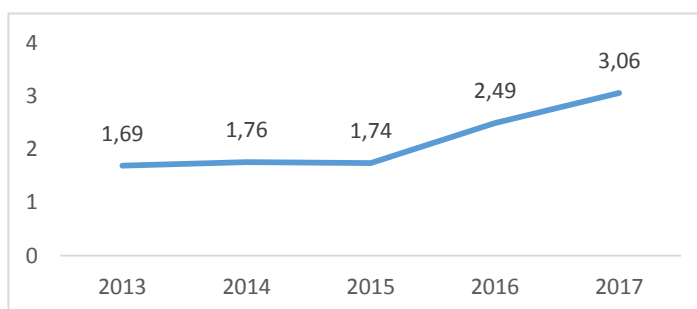
Regions	2013	2014	2015	2016	2017	Variations annuelles
Boucle du Mouhoun	0.65	0.75	0.75	0.83	1.02	
Cascades	0.79	0.9	0.92	1.12	1.35	
Centre	0.88	0.96	0.98	1.15	1.16	
Centre Est	0.92	1.01	1	1.18	1.27	
Centre Nord	0.7	0.7	0.78	0.94	1.12	
Centre Ouest	0.66	0.73	0.82	0.92	1.13	
Centre Sud	0.79	0.86	0.89	1	1.15	
Est	0.78	0.83	0.74	1.01	1.27	
Hauts Bassins	0.77	0.85	0.88	1.06	1.22	
Nord	0.77	0.82	0.87	0.92	1.1	
Plateau Central	0.84	0.94	0.96	1.23	1.45	
Sahel	0.8	0.84	0.84	0.9	0.99	
Sud Ouest	0.79	0.86	0.93	1.2	1.45	
Burkina Faso	0.78	0.85	0.87	1.02	1.18	

Source : annuaires statistiques MS 2013-2017

6.1.1 Consultation chez les enfants de moins de 5 ans dans les districts sanitaires

Le nombre d'enfants de moins de cinq (5) ans vus en consultation curative en 2017 est de 10 777 300, représentant 46,5% de l'ensemble des consultants reçus dans les formations sanitaires du 1^{er} niveau de soins. Dans cette tranche d'âge, le nombre de nouveaux contacts par habitant est de 3,06 soit une hausse de 0,57 point par rapport à 2016. L'objectif du PNDS qui est d'au moins deux (2) nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans est atteint pour la deuxième année consécutive. Cette hausse peut être attribuée à la mise en œuvre des mesures de la gratuité des soins au profit de cette cible.

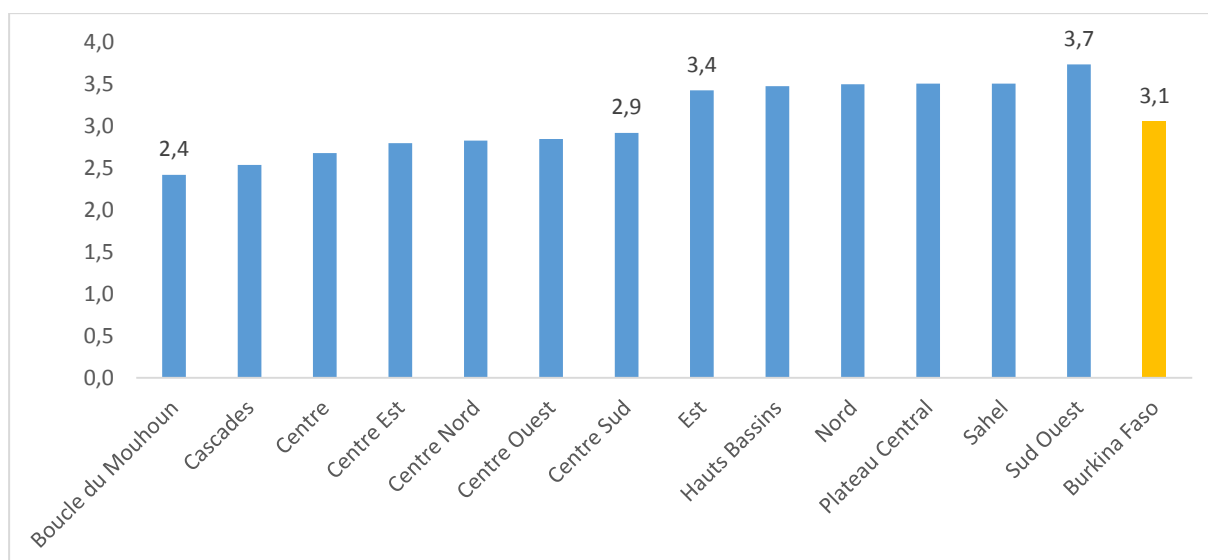
Figure 33 : Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans entre 2013 et 2017 dans les formations sanitaires de 1^{er} niveau de soins au Burkina Faso.



Source : annuaires statistiques MS 2013-2017

Toutes les régions ont atteint les deux contacts par enfant au cours de l'année.

Figure 34: Situation du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les enfants de moins de 5 ans en 2017 par région au Burkina Faso



Source : annuaire statistique MS 2017

6.2. Morbidité

Au cours de l'année 2017, les formations sanitaires de base ont enregistré 24 766 000 consultations toutes causes confondues. Le paludisme (43,5%) et les IRA (25,5%) représentent plus de deux tiers (2/3) des motifs de consultation. Les dix (10) principaux motifs de consultation n'ont pas varié au cours des trois dernières années. Dans les centres médicaux et les centres hospitaliers, le paludisme demeure le premier motif de consultation avec une proportion de 30,3% suivi de loin par les pneumopathies (8,1%) et les bronchites (6,0%).

Tableau 34: principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2017 au Burkina Faso

Formations sanitaires de base			Centres médicaux et centres hospitaliers		
Nosologies	Total	Proportion (%)	Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	10 774 642	43,5	Paludisme	1 028 482	30,3
IRA	6 312 538	25,5	Pneumopathie	273 250	8,1
Diarrhées non sanguinolentes	838 668	3,4	Bronchites	203 501	6,0
Parasitoses intestinales	547 263	2,2	Parasitoses intestinales	89 245	2,6
Plaie	518 413	2,1	Plaies	71 837	2,1
Affection de la peau	515 716	2,1	Rhinopharyngite aiguë	69 957	2,1
Dysenterie	496 233	2,0	Conjonctivites	64 121	1,9
Ulcère de l'estomac	289 161	1,2	Fièvres typhoïdes & paratyphoïdes	61 538	1,8
Conjonctivite	244 824	1,0	Carie dentaire et complication	53 130	1,6
IST	228 143	0,9	H.T.A.	48 322	1,4

Source : annuaire statistique MS 2017

Chez les enfants de moins de cinq (5) ans, les dix (10) principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires de base représentent 92,2% de l'ensemble des consultations de cette tranche d'âge contre 69,2% dans les formations sanitaires de référence. Le paludisme (44,4%) et les IRA (32,7%) constituent les deux (2) principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires du premier échelon.

Tableau 35: Situation des principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2017 chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso

Formations sanitaires de base			Centres médicaux et les centres hospitaliers		
Nosologies	Total	Proportion (%)	Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme	5 552 095	44,4	Paludisme	461 926	36,3
IRA	4 084 902	32,7	Pneumonie	130 663	10,3
Diarrhées non sanguinolentes	729 120	5,8	Bronchites	124 609	9,8
Affection de la peau	283 712	2,3	Pneumopathie	33 982	2,7
Dysenterie	271 375	2,2	Parasitoses intestinales	30 983	2,4
Parasitoses intestinales	191 140	1,5	Conjonctivites	24 002	1,9
Conjonctivites	143 348	1,1	Dysenterie amibienne	23 706	1,9
Plaies	116 709	0,9	Otitis moyennes aiguës	17 062	1,3
Eczéma	112 666	0,9	Entérites et colites non infectieuses.	16 915	1,3
Otitis	96 294	0,8	Infections du nouveau-né	16 613	1,3

Source : annuaire statistique MS 2017

6.2.1. Les motifs d'hospitalisation

Tout comme en 2016, le paludisme grave (22,0%), l'anémie (5,7%) et la pneumopathie (4,0%) ont été les trois premiers motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux.

Chez les enfants de moins de cinq (5) ans, le paludisme grave, les anémies et les infections du nouveau-né sont les trois (3) premiers motifs d'hospitalisation.

Tableau 36: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2017 au Burkina Faso

Ensemble			Moins de 5 ans		
Nosologies	Total	Proportion (%)	Nosologies	Total	Proportion (%)
Paludisme grave	102 441	22,0	Paludisme grave	54 097	33,8
Anémies	26 512	5,7	Anémies	12 382	7,7

Pneumopathie	18 658	4,0	Infections du nouveau-né	11 728	7,3
Fièvres typhoïdes & paratyphoïdes	13 297	2,8	Malnutrition aigüe sévère	11 386	7,1
Infection du nouveau-né	11 728	2,5	Pneumopathie	8 370	5,2
Malnutrition aigüe sévère	11 507	2,5	Pneumonie	6 579	4,1
Pneumonie	10 762	2,3	Bronchites	5 875	3,7
Bronchites	8 541	1,8	Prématurité	4 738	3,0
H.T.A.	7 651	1,6	Entérites & colites non infect.	3987	2,5
Hernie inguinale	7 496	1,6	Bronchiolites aiguës	2516	1,6

Source : annuaire statistique MS 2017

6.1.2. Décès dans les structures hospitalières

Au cours de l'année, sur 365 810 malades sortis de l'hospitalisation dans les CMA et les CHR/CHU, 19 956 décès ont été enregistrés soit un taux de mortalité intra hospitalière de 54,6 p.1 000.

Le paludisme grave (15,8%), les infections du nouveau-né (5,9%) et la prématurité (5,0%) sont les principales causes de décès. La part de mortalité liée au paludisme grave a baissé de 2,1 points par rapport à 2016.

Chez les enfants de moins de cinq (5) ans, le paludisme grave (29,0%), les infections du nouveau-né (14,3%) et la prématurité (12,1%) sont les trois principales causes de décès.

Tableau 37: Principales causes de décès dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2017 au Burkina Faso.

Ensemble			Moins de 5 ans		
Causes de décès	Décès	Proportion (%)	Causes de décès	Décès	Proportion (%)
Paludisme grave	3 627	15,8	Paludisme grave	2 735	29,0
Infection du nouveau-né	1 348	5,9	Infection du nouveau-né	1 348	14,3
Prématurité	1 138	5,0	Prématurité	1 138	12,1

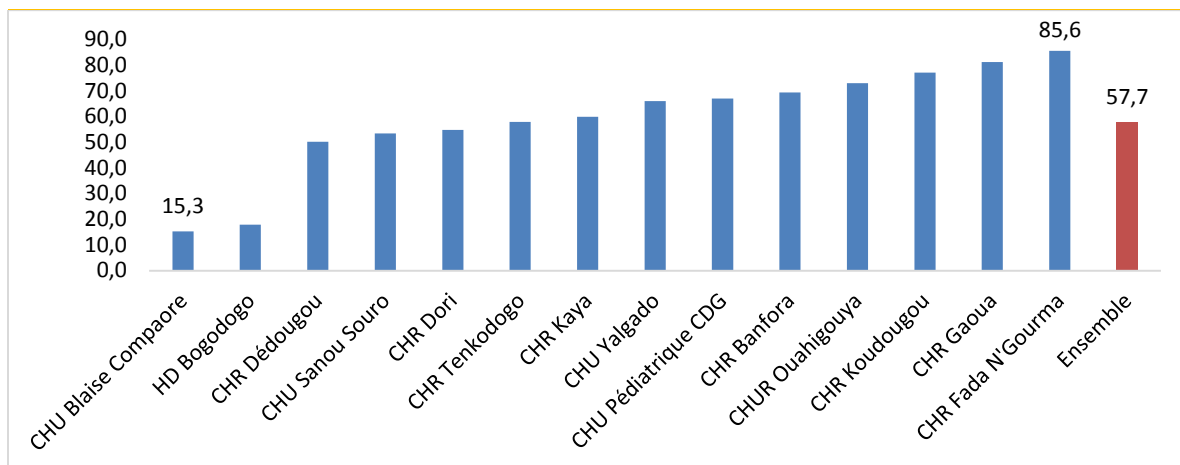
Pneumopathie	862	3,8	Malnutrition aigüe sévère	750	8,0
Maladies vasculaires Cérébrales	853	3,7	Souffrance néonatale	525	5,6
Anémies	822	3,6	Anémies	341	3,6
Malnutrition aigüe sévère	759	3,3	Pneumopathie	293	3,1
Insuffisance rénale chronique	528	2,3	Pneumonie	279	3,0
Souffrance néonatale	525	2,3	Bronchiolites aiguës	126	1,3
Trauma crâniens	393	1,7	Entérites & colites non infect.	125	1,3

Source : annuaire statistique MS 2017

6.3. Occupation des lits

Au total, 365 810 malades hospitalisés sont sortis des centres médicaux et des hôpitaux en 2017. Le taux d'occupation de lits est de 52,3% en 2017 contre 50,5% en 2016. Il est de 45,7% dans les CMA et de 57,7% dans les CHR/CHU. Il varie de 36,4% dans la région du Plateau central à 71,6% dans la région de l'Est.

Figure 35 : Taux d'occupation des lits dans les centres hospitaliers en 2017 au BF



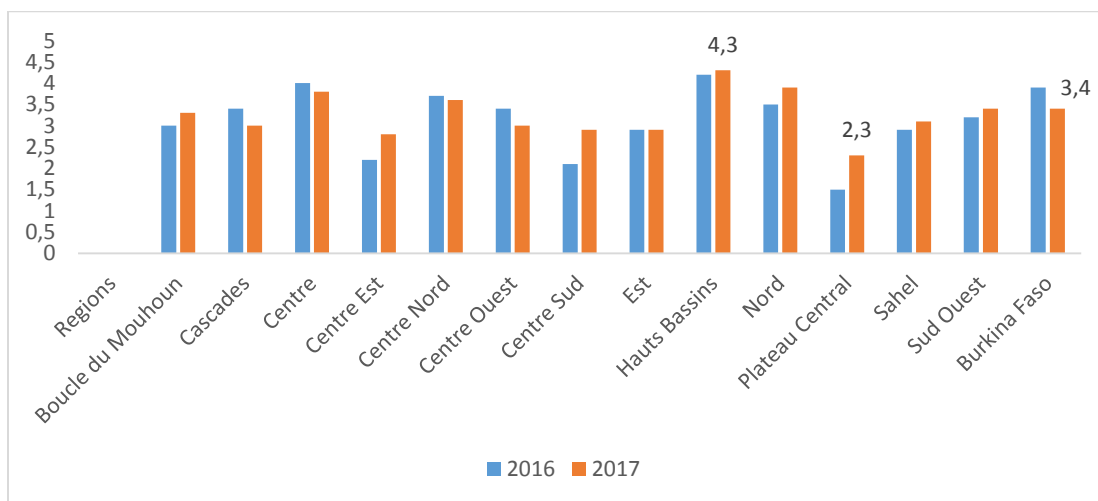
Source : Annuaire statistique 2017 MS

6.4. Séjour moyen en hospitalisation

La durée moyenne de séjour en hospitalisation en 2017 est de 3,4 jours contre 3,5 jours en 2016. Il est de 4,3 jours dans les centres hospitaliers et de 2,5 jours dans les centres médicaux.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation varie de 4,3 jours dans la région des Hauts Bassins à 2,3 jours au Plateau central.

Figure 36: Séjour moyen dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2016 et 2017 au BF



Source : Annales statistiques 2016, 2017 MS

CONCLUSION

L'analyse des indicateurs sanitaires de l'année 2017 fait ressortir des progrès dans l'offre de soins au Burkina Faso. En effet, le rayon moyen d'action théorique continue de baisser et est à 6 km en 2017. Par ailleurs, le nombre de contacts par habitant et par an, la couverture en accouchements assistés, la couverture en CPN4 ainsi que la plupart des indicateurs de couverture vaccinale sont en nette amélioration. Aussi la létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans (1,4%) et chez les femmes enceintes (0,04%) est en baisse depuis les trois dernières années, malgré une incidence qui tend à s'augmenter. Dans le domaine de la surveillance des maladies à potentiel épidémique, on peut dire que l'année a été calme, excepté les cinq cas fièvre jaune notifiés. En revanche, certains indicateurs ne sont pas reluisants. C'est le cas par exemple de la proportion des DMEG n'ayant pas connu de rupture des médicaments et consommables traceurs (28% en 2016 et 18,6% en 2017) ou du taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes qui évolue autour de 30% depuis quelques années.

Il convient tout de même de saluer le courage et l'abnégation de l'ensemble des acteurs à tous les niveaux du système de santé, eux qui travaillent nuit et jour dans des conditions parfois difficiles pour satisfaire les utilisateurs des services

BIBLIOGRAPHIE

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Rapport des comptes de la santé 2016*, Ouagadougou, 39 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2017*, Ouagadougou, 377 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2016*, Ouagadougou, 303 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2015*, Ouagadougou, 342 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2014*, Ouagadougou, 330 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2013*, Ouagadougou, 337 p.

Institut national de la statistique et de la démographie, *Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 du Burkina Faso-Résultats définitifs*, Ouagadougou, 52 p.

Institut national de la statistique et de la démographie (2014), *Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIPBF)*, Ouagadougou, 46p.

Institut national de la statistique et de la démographie (2015), *enquête multisectorielle continue (EMC) phase 1, Rapport thématique 3, sant de la population et des ménages*, 30p

Institut national de la statistique et de la démographie, *Enquête sur le Module Démographie et Santé (EMDS) 2015*,

Secrétariat permanent du programme national de développement sanitaire, *Plan de suivi de PNDS 2011-2020*, Ouagadougou, 24 p.

Direction de la nutrition, *rapports de l'enquête SMART 2017*, Ouagadougou, 90p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Enquête National sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires, Edition 2016*

Programme sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, *Rapport provisoire de la sérosurveillance 2017*, 34p

ANNEXE 1

SITUATION DES INDICATEURS AU NIVEAU NATIONAL ET REGIONAL BURKINA FASO

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	28		
Mortalité post néonatale (‰)	37		
Mortalité infantile (‰)	65	91,7	
Mortalité juvénile (‰)	68	55,3	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	129	141,9	
% retard de croissance	31,5*		35,9*
% émacié	8,2*		19,3*
% insuffisance pondérale	21,0*		31,7*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Indicateurs de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	106,4	105,8	104,0	103,0	103,0
Couverture en Penta3(%)	101,5	103,1	105,3	103,0	106,1
Couverture en rougeole (%)	99,8				
Couverture en RR2 (%)	–	99,7	103,5	99,9	80,0
Nombre de Couple année de protection	710 285	841 299	977 285	1 123 511	1 311 000
Couverture en CPN4 (%)	28,5	33,1	34,1	34,5	38,0
Taux d'accouchement assistés (%)	80,5	86,2	83,4	80,9	83,9
Rayon moyen d'action théorique (sans le privé) (km)	7,0	6,9	6,8	6,7	6,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,78	0,85	0,87	1,02	1,18
Ratio habitants / CSPS*	9 759	9824	9 856	9731	9624
% de FS remplissant la norme en personnel	86,1	89,8	94,3	93,2	91,0
Nombre d'habitants par médecin**	21 573	20 864	15 518	15 836	14 404
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	10 888	10 253	7 743	7378	5874
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	4965	4 809	4 243	4108	3619

CSPS*= CM + CSPS + dispensaires isolés + maternités isolées

** non compris l'item « Autres structures »

REGION DE LA BOUCLE DU MOUHOUN

Indicateurs	EDS 2010	RGPH 2006	QUIBB2007
Mortalité néonatale (‰)	33		
Mortalité post néonatale (‰)	36		
Mortalité infantile (‰)	69	96,7	
Mortalité juvénile (‰)	72	59,5	
Mortalité des moins de 5 ans (%)	135	154,2	
% retard de croissance	28,4*		33,4*
% émacié	9,2*		22,6*
% insuffisance pondérale	19,3*		38,5*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Indicateurs de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	104,3	103,3	98,1	90,5	91,2
Couverture en Penta3 (%)	101,4	104,7	102,0	95,5	101,6
Couverture en rougeole (%)	100,1	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	99,6	103,0	95,4	82,4
Nombre de Couple année de protection	67 829	105 787	118 831	109 298	126743
Couverture en CPN4 (%)	31,0	38,6	39,1	37,6	39,7
Taux d'accouchement assistés (%)	83,9	93,2	87,4	81,1	82,5
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,3	7,2	7,0	6,9	6,6
Nombre de nouveaux contacts par habitant par an	0,65	0,75	0,75	0,83	1,02
Ratio habitants / CSPS*	8 288	8 358	8 240	8067	7662
% de FS remplissant la norme en personnel	91,7	97,8	99,5	98,0	91,5

CSPS*= CM + CSPS + dispensaires isolés + maternités isolées

REGION DES CASCADES

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	44		
Mortalité post néonatale (‰)	52		
Mortalité infantile (‰)	96	101,5	
Mortalité juvénile (‰)	81	64,4	
Mortalité des moins de 5 ans (%)	170	164,7	
% retard de croissance	40,9*		35,1*
% émacié	6,4*		23,7*
% insuffisance pondérale	20,6*		46,3*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	115,9	109,1	109,4	107,6	114,0
Couverture en Penta3 (%)	118,5	111,9	114,4	115,0	124,3
Couverture en rougeole (%)	113,8	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	108,5	110,8	109,9	91,9
Nombre de Couple année de protection	29 160	34 215	41 264	50 162	72477
Couverture en CPN4 (%)	35,1	40,5	40,1	41,9	45,9
Taux d'accouchement assistés (%)	88,0	89,2	86,4	89,9	97,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	8,5	8,5	8,5	8,0	7,7
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,79	0,90	0,92	1,12	1,35
Ratio habitants / CSPS*	8 484	8 803	9,130	8332	8022
% de FS remplissant la norme en personnel	100,0	100,0	98,6	100,0	100,0

CSPS*= CM + CSPS + dispensaires isolés + maternités isolées

REGION DU CENTRE

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	27		
Mortalité post néonatale (‰)	29		
Mortalité infantile (‰)	56	55,0	
Mortalité juvénile (‰)	39	23,3	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	93	80,2	
% retard de croissance	17,2*		30,2*
% émacié	7,6*		14,4*
% insuffisance pondérale	12,7*		21,7*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	112,2	113,0	114,1	117,2	117,5
Couverture en Penta3 (%)	102,9	107,7	112,5	104,7	111,3
Couverture en rougeole (%)	101,1	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	104,2	108,0	105,0	62,5
Nombre de Couple année de protection	102 599	109 225	112 735	154 650	157 107
Couverture en CPN4 (%)	28,1	33,9	33,0	31,9	36,8
Taux d'accouchement assistés (%)	86,2	100,4	100,0	95,8	98,8
Rayon moyen d'action théorique (km)	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,88	0,96	0,98	1,15	1,16
Ratio habitants /CSPS*	20 434	20 946	21 460	22 162	23 260
% de FS remplissant la norme en personnel	95,7	97,9	96,9	100,0	97,9

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU CENTRE-EST

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	21	111,3	
Mortalité post néonatale (‰)	26	75,2	
Mortalité infantile (‰)	47	184,3	
Mortalité juvénile (‰)	35		
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	80		
% retard de croissance	35,5*		39,2*
% émacié	5,5*		19,7*
% insuffisance pondérale	21,9*		28,8*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	97,6	97,6	97,1	94,2	85,4
Couverture en Penta3 (%)	97,5	97,8	100,4	96,7	91,6
Couverture en rougeole (%)	96,3	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	94,7	98,9	91,6	69,6
Nombre de Couple année de protection	40 442	57 359	64 760	73 465	90566
Couverture en CPN4 (%)	30,7	35,0	37,2	38,2	36,4
Taux d'accouchement assistés (%)	79,6	87,7	83,8	83,7	79,6
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,92	1,01	1,00	1,18	1,27
Ratio habitants / CSPS*	10 034	9 981	10 144	10 310	10138
% de FS remplissant la norme en personnel	87,4	94,4	97,6	96,9	94,9

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU CENTRE-NORD

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	23		
Mortalité post néonatale (‰)	41		
Mortalité infantile (‰)	64	101,9	
Mortalité juvénile (‰)	55	64,9	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	116	160,8	
% retard de croissance	32,4*		39,1*
% émacié	7,6*		12,1*
% insuffisance pondérale	21,0*		26,9*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	104,4	105,2	100,5	101,4	104,2
Couverture en Penta3 (%)	99,2	100,0	102,5	99,2	109,7
Couverture en rougeole (%)	96,6	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	95,8	103,1	92,8	87,1
Nombre de Couple année de protection	45 997	54 393	82 069	100 941	105681
Couverture en CPN4 (%)	26,1	29,1	31,9	37,6	41,4
Taux d'accouchement assistés (%)	81,1	82,9	79,9	81,1	83,5
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,8	6,7	6,6	6,5	6,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,7	0,70	0,78	0,94	1,12
Ratio habitants / CSPS*	10 034	10 813	10 822	10 693	10314
% de FS remplissant la norme en personnel	81,1	79,8	87,8	92,0	95,0

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU CENTRE-OUEST

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	35		
Mortalité post néonatale (‰)	51		
Mortalité infantile (‰)	87	107,2	
Mortalité juvénile (‰)	61	67,0	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	142	168,1	
% retard de croissance	32,0*		33,8*
% émacié	9,5*		23,0*
% insuffisance pondérale	24,4*		37,2*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	98,0	97,0	98,2	99,0	98,7
Couverture en Penta3 (%)	94,1	96,6	100,4	102,3	105,8
Couverture en rougeole (%)	93,5	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	93,1	100,6	101,7	95,7
Nombre de Couple année de protection	66 374	71 062	71 673	75 440	86263
Couverture en CPN4 (%)	25,0	32,4	35,2	36,2	37,8
Taux d'accouchement assistés (%)	72,2	77,8	75,6	74,9	76,8
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,3	6,2	6,1	5,8	5,7
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,66	0,73	0,82	0,92	1,13
Ratio habitants / CSPS*	8 159	8 207	8 124	7 618	7574
% de FS remplissant la norme en personnel	81,8	87,1	87,8	83,0	77,1

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU CENTRE-SUD

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	34		
Mortalité post néonatale (‰)	36		
Mortalité infantile (‰)	70	83,5	
Mortalité juvénile (‰)	61	46,9	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	127	136,7	
% retard de croissance	23,0*		23,8*
% émacié	6,4*		15,7*
% insuffisance pondérale	16,7*		28,2*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	86,8	86,5	84,2	80,4	79,7
Couverture en Penta3 (%)	89,5	90,2	93,2	91,4	94,2
Couverture en rougeole (%)	88,3	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	85,6	90,1	88,3	77,0
Nombre de Couple année de protection	45 828	45 760	50 450	45 609	49 462
Couverture en CPN4 (%)	28,2	31,7	31,2	30,0	32,3
Taux d'accouchement assistés (%)	73,7	74,7	71,3	68,4	69,9
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,7	5,6	5,6	5,4	5,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,79	0,86	0,89	1,0	1,15
Ratio habitants / CSPS*	6 809	6 696	6 820	6 720	6 632
% de FS remplissant la norme en personnel	60,4	90,0	84,3	87,5	82,4

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DE L'EST

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	52		
Mortalité post néonatale (‰)	46		
Mortalité infantile (‰)	98	91,8	
Mortalité juvénile (‰)	98	56,0	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	186	142,6	
% retard de croissance	38,6*		46,6*
% émacié	9,3*		23,6*
% insuffisance pondérale	26,5*		46,8*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	109,0	108,2	104,0	110,9	104,4
Couverture en Penta3 (%)	106,4	106,8	108,7	109,3	106,5
Couverture en rougeole (%)	106,6	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	106,2	105,2	107,8	78,0
Nombre de Couple année de protection	67 015	74 583	86640	94635	111648
Couverture en CPN4 (%)	34,9	38,3	37,1	36,9	42,9
Taux d'accouchement assistés (%)	70,4	76,3	72,7	72,7	78,3
Rayon moyen d'action théorique (km)	10,9	10,9	10,6	10,4	10,2
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,78	0,83	0,74	1,01	1,27
Ratio habitants / CSPS*	12 109	12 513	12 240	12 091	11962
% de FS remplissant la norme en personnel	91,1	95,1	92,3	91,8	94,3

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DES HAUTS-BASSINS

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	29		
Mortalité post néonatale (‰)	37		
Mortalité infantile (‰)	67	87,6	
Mortalité juvénile (‰)	80	50,2	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	141	133,4	
% retard de croissance	27,8*		37,2*
% émacié	7,7*		20,1*
% insuffisance pondérale	17,3*		24,8*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	111,3	107,2	107,5	102,4	103,6
Couverture en Penta3 (%)	111,5	108,5	112,2	108,8	117,4
Couverture en rougeole (%)	108,3	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	103,3	109,8	104,1	79,3
Nombre de Couple année de protection (%)	95852	104364	129 981	160 205	214983
Couverture en CPN4 (%)	31,0	33,7	35,8	36,8	41,5
Taux d'accouchement assistés (%)	88,6	90,5	88,9	86,9	88,9
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,0	7,0	6,9	6,7	6,6
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,77	0,85	0,88	1,06	1,22
Ratio habitants / CSPS*	11 132	11 300	11 336	11 378	11243
% de FS remplissant la norme en personnel	90,8	83,1	92,4	94,3	90,1

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU NORD

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	28		
Mortalité post néonatale (‰)	44		
Mortalité infantile (‰)	72	102,8	
Mortalité juvénile (‰)	88	65,2	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	153	161,3	
% retard de croissance	27,3*		35,1*
% émacié	9,5*		20,3*
% insuffisance pondérale	19,2*		33,5*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	117,4	114,1	109,6	111,3	109,6
Couverture en Penta3 (%)	101,6	103,1	103,5	105,8	106,2
Couverture en rougeole (%)	99,7	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	100,0	102,1	99,3	85,9
Nombre de Couple année de protection	42 309	62 022	72 135	96 150	106 152
Couverture en CPN4 (%)	24,0	29,3	29,9	34,5	38,1
Taux d'accouchement assistés (%)	88,6	95,7	93,3	91,5	90,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,77	0,82	0,87	0,92	1,10
Ratio habitants / CSPS*	6 899	7 092	7 155	7 286	7420
% de FS remplissant la norme en personnel	92,5	89,6	93,5	90,6	90,7

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU PLATEAU CENTRAL

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	35		
Mortalité post néonatale (‰)	24		
Mortalité infantile (‰)	59	97,5	
Mortalité juvénile (‰)	83	61,5	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	138	153,0	
% retard de croissance	32,4*		57,0*
% émacié	9,1*		11,2*
% insuffisance pondérale	20,2*		20,9*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	95,9	96,2	93,2	91,2	93,0
Couverture en Penta3 (%)	97,1	96,4	99,4	98,6	100,2
Couverture en rougeole (%)	96,5	—	—	—	—
Couverture en RR2 (%)	—	93,4	95,9	96,0	82,5
Nombre de Couple année de protection	40 717	44 839	49 329	47 434	58 522
Couverture en CPN4 (%)	29,3	31,6	34,7	35,9	38,0
Taux d'accouchement assistés (%)	81,0	85,7	82,4	78,2	81,0
Rayon moyen d'action théorique (km)	4,6	4,6	4,4	4,3	4,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,84	0,94	0,96	1,23	1,45
Ratio habitants / CSPS*	6 533	6 558	6 168	6 206	6289
% de FS remplissant la norme en personnel	73,5	74,4	83,7	87,9	85,8

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU SAHEL

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	42		
Mortalité post néonatale (‰)	77		
Mortalité infantile (‰)	119	97,5	
Mortalité juvénile (‰)	132	61,5	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	235	153,0	
% retard de croissance	38,8*		57,0*
% émacié	8,7*		11,2*
% insuffisance pondérale	24,7*		20,9*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	113,8	120,0	122,2	113,8	124,6
Couverture en Penta3 (%)	98,4	107,8	111,6	108,1	102,3
Couverture en rougeole (%)	98,9	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	106,2	111,0	105,3	76,2
Couple année de protection	31213	37240	44893	56762	65298
Couverture en CPN4 (%)	13,5	15,0	16,3	14,2	14,9
Taux d'accouchement assistés (%)	70,7	77,4	73,7	73,5	74,5
Rayon moyen d'action théorique (km)	11,5	11,3	11,2	10,8	10,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,8	0,84	0,84	0,90	0,99
Ratio habitants / CSPS*	13 740	13 706	13 984	13 257	12889
% de FS remplissant la norme en personnel	95,3	96,6	96,6	96,8	96,9

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

REGION DU SUD-OUEST

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	44		
Mortalité post néonatale (‰)	63		
Mortalité infantile (‰)	107	96,7	
Mortalité juvénile (‰)	98	60,7	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	195	151,5	
% retard de croissance	37,4*		39,4*
% émacié	9,8*		25,0*
% insuffisance pondérale	25,4*		40,3*

*ces données sont issues de l'enquête SMART 2015 et 2017

Données de routine	2013	2014	2015	2016	2017
Couverture en BCG (%)	109,4	110,3	106,8	108,8	109,8
Couverture en Penta3 (%)	100,8	103,7	103,1	103,2	110,3
Couverture en rougeole (%)	95,4	–	–	–	–
Couverture en RR2 (%)	–	100,7	99,2	99,7	80,6
Nombre de Couple année de protection	34 948	40 451	52 524	58 759	65936
Couverture en CPN4 (%)	34,5	42,6	43,9	44,4	47,3
Taux d'accouchement assistés (%)	81,8	77,0	78,7	80,6	85,9
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,2	6,8	6,8	6,6	6,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,79	0,86	0,93	1,20	1,45
Ratio habitants / CSPS*	7 509	6 902	7 103	6 938	6793
% de FS remplissant la norme en personnel	71,9	82,2	100,0	99,0	99,1

CSPS* = CM + CSPS+ dispensaires isolées + maternités isolées

ANNEXE 2

Annexe 2.1 : Données de PTME/VIH de 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Nouvelles femmes vues en CPN dans les sites PTME	788 892	825 280	842 768	860 220	870 561
Taux d'adhésion au test (%)	82,3	83,4	85,2	85,0	84,0
Test positifs (%)	0,8	0,9	0,8	1,0	0,7
Prophylaxie complète aux ARV chez les mères (%)	88,6	94,6	82,9	92,0	

Sources : Rapports 2013- 2017 du programme PTME

Annexe 2.2 : Répartition des PvVIH sous antirétroviraux (ARV) dans les régions sanitaires du Burkina Faso en 2017

Région	File active globale	PvVIH sous ARV	% de PvVIH sous ARV
Boucle du Mouhoun	4 572	3 793	83,0
Cascades	1 702	1 549	91,0
Centre	32 147	25 104	78,1
Centre-Est	3 923	3 075	78,4
Centre-Nord	3 842	2 394	62,3
Centre-Ouest	8 573	3 934	45,9
Centre-Sud	1 765	1 374	77,8
Est	1 746	1 006	57,6
Hauts-Bassins	13 382	10 852	81,1
Nord	5 136	3 408	66,4
Plateau Central	1 961	1 545	78,8
Sahel	1 133	835	73,7
Sud-Ouest	3 661	2 618	71,5
Burkina Faso	83 543	61 487	73,6

Annexe 2.3 : Taux d'incidence pour 100 000 habitants des NCTPM+ détectés de 2013 à 2017

Régions	2013	2014	2015	2016	2017
Boucle du Mouhoun	20,1	24,3	22,8	12,9	19,1
Cascades	26,9	27,1	25,6	14,1	18,5
Centre	48,5	45,8	46,5	25,3	40,8
Centre-Est	22,0	24,0	22,8	13,7	17,7
Centre-Nord	19,0	17,6	18,2	16,8	19,7
Centre-Ouest	24,7	26,8	28,7	15,9	26,5
Centre-sud	14,3	16,7	18,6	8,8	12,7
Est	17,0	14,9	15,1	12,5	16,0
Hauts-Bassins	49,5	43,3	41,9	19,6	40,8
Nord	25,9	27,8	26,3	18,7	28,6
Plateau Central	19,9	23,0	20,8	17,0	24,3
Sahel	54,0	51,0	45,7	35,0	46,6
Sud-Ouest	42,5	50,7	47,8	28,6	48,8
Burkina Faso	30,7	31,0	30,3	18,7	28,5

Source : Rapports annuels 2013 à 2017 du PNT

Annexe 2.4 : Cas et décès de paludisme dans les structures sanitaires en 2017

	Formations sanitaires districts	Centres hospitaliers	Ensemble
Total Paludisme simple	11 382 844	18 248	11 401 092
Enfants de moins de 5 ans	5 845 647	7 151	5 852 798
5 ans et plus	5 537 197	11 097	5 548 294
Total paludisme grave	484 024	30 700	514 724

Enfants de moins de 5 ans	210 325	19 092	229 417
5 ans et plus	273 699	11 608	285 307
Dont Femmes enceintes	34 596	1 804	36 400
Total décès dus au paludisme	2 417	1 727	4 144
Enfants de moins de 5 ans	1 713	1 422	3 135
5 ans et plus	704	305	1 009
Dont Décès femmes enceintes	3	10	13

Annexe 2.5 : Evolution des cas de paludisme de 2013 à 2017

		2013	2014	2015	2016	2017
Paludisme	Moins de 5 ans	3 346 725	3 683 154	3 483 661	4 784 151	5 852 798
simple	5 ans et plus	3 385 067	4 131 474	4 352 750	4 578 457	5 548 294
Paludisme	Moins de 5 ans	197 715	211 093	204 416	186 538	229 417
grave	5 ans et plus	216 519	252 681	245 626	236 676	285 307
	Moins de 5 ans	4 761	4 166	4 005	2 730	3 135
Décès	5 ans et plus	1 533	1 466	1 374	1 244	1 009
Incidence	(pour 1000 hbts)	413	463	449	514	607

Annexe 2.6 : Interventions chirurgicales et autres actes dans les centres hospitaliers en 2017

<i>Domaine</i>	<i>Type d'intervention</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Nombre de décès</i>	<i>% par rapport aux sous totaux</i>	<i>% par rapport au total général</i>	<i>Proportion (%) de décès post opératoire</i>
Intervention s gynéco obstétriques	Césariennes	20 053	28	73,4	15,7	0,1
	Interventions sur utérus	1 128	4	4,1	0,9	0,4
	intervention sur annexes	635	1	2,3	0,5	0,2
	Intervention sur le sein	138	0	0,5	0,1	0,0
	Autres interventions	5 367	6	19,6	4,2	0,1
	Total 1	27 321	39	100	21,4	0,1
Autres types d'interventions et actes	Traumatologie	2 981	2	3,0	2,3	0,1
	Chirurgie viscérale	7 009	48	7,0	5,5	0,7
	Urologie	1 666	3	1,7	1,3	0,2
	Neuro	41	1	0,0	0,0	2,4
	Ophtalmologie	7 462		7,4	5,8	
	ORL	9 057		9,0	7,1	
	Odonto stomatologie	54 830		54,6	42,9	
	Orthopédie	1 324	0	1,3	1,0	0,0
	Autres	16 032	51	16,0	12,6	0,3
	Total 2	100 402	105	100	78,6	0,1
Total général		127 723	144		100	0,1

Annexe2.7 : Répartition du personnel de santé dans les structures publiques en 2017

Emplois	Districts sanitaires	Centres hospitaliers	Directions régionales de santé	Autres structures*	Total
Médecin Généraliste	406	247	10	51	714
Médecin Spécialiste	53	475	29	92	649
Chirurgien-dentiste	1	20	0	1	22
Pharmacien	77	83	15	59	234
Attachés de santé	1 037	1 197	51	159	2 444
Infirmier Diplômé d'Etat	3 943	1 413	15	53	5 424
Sages Femme/ Maïeuticiens d'Etat	2 682	647	4	9	3 342
Infirmier Bréveté	1 714	334	5	46	2 099
Accoucheuse Breveté	241	1	0	0	242
Manipulateurs d'Etat en électro radiologie	28	95	0	1	124
Technologiste biomédicale	259	254	3	90	606
Préparateurs d'Etat en pharmacie	57	47	8	10	122
Technicien de génie sanitaire	93	28	13	6	140
Accoucheuse auxiliaire	2 924	13	0	0	2 937
Agent Itinérant de Santé	2 721	4	3	1	2 729
Fille de salle/Garçon de salle	433	664	22	24	1 143

* Structures centrales, centres de recherches, structures rattachées