



Ministère de la santé



Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso



Profil sanitaire complet du Burkina Faso

Module 4

Déterminants clés de la santé

Mars 2017

Contenu

Liste des tableaux.....	3
Liste des figures	3
Définition des sigles et abréviations	4
Avant-propos	6
Resumé	7
Remerciements	9
Methodologie	10
INTRODUCTION AU MODULE 4	11
6.1. Facteurs de risque pour la santé	11
6.1.1. Consommation d'alcool.....	11
6.1.2. Facteurs de risque des maladies non transmissibles	12
6.1.3. Comportement sexuel à risque	13
6.1.4. Hygiène.....	14
6.1.5. Etat de surveillance.....	14
6.2. L'environnement physique	14
6.2.1. Maladie à transmission vectorielle	15
6.2.2. L'environnement urbain.....	16
6.2.3. Pollution de l'air intérieur et énergie domestique.....	16
6.2.4. Eau, assainissement et écosystèmes.....	16
6.2.5. Changement climatique	17
6.2.6. Substance toxique.....	18
6.3. Sécurité alimentaire et nutrition	19
6.3.1. La sécurité alimentaire	19
6.3.2. Nutrition.....	20
6.3.3. Etat de surveillance.....	21
6.4. Déterminants sociaux	21
6.4.1. Démographie	21
6.4.2. L'égalité des sexes	21
6.4.3. Ressources infrastructures.....	22
6.4.4. Pauvreté et inégalité des revenus	23

6.4.5. Partenariats mondiaux et flux financiers	24
6.4.6. Science et technologie	25
6.4.7. Urgences et catastrophes	26
6.4.8 Gouvernance.....	27

Liste des tableaux

Tableau 36 : Prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles..	12
Tableau 37 : Indicateurs de pauvreté en 2014 au niveau national (en %)	23

Liste des figures

Graphique : Répartition des ménages selon le lieu d'aisance (en %).....	14
Graphique : Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable selon le milieu de résidence	16
Graphique : Taux d'accès à l'assainissement (en %)	17

Définition des sigles et abréviations

Sigle :	Définition
AEP	: Accès à l'eau potable
ARV	: Anti retro viral
CDP	: Congrès pour la démocratie et le progrès
CENI	: Commission électorale nationale indépendante
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le développement
CPN	: Consultation prénatale
DGEP	: Direction générale de l'économie et de la planification
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DMEG	: Dépôt de médicament essentiel générique
DOTS	: Directly Observed Treatment of Short course
DRH	: Direction des ressources humaines
EDS	: Enquête démographique de santé
EDS-MICS	: Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples
EMDS	: Enquête modulaire démographie et santé
Endos-BF	: Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso
HTA	: Hypertension artérielle
IDH	: Indice de développement humain
IHME	: Institut for health metrics and evaluation
INSD	: Institut nationale de la statistique et de la démographie
IST	: Infection sexuellement transmissible
l'UEMOA	: Union monétaire ouest africain
MAAH	: Ministère de l'agriculture et de l'aménagement hydraulique
MENA	: Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation

Sigle :	Définition
MNT	: Maladie non transmissible
MPP	: Mouvement pour le progrès du peuple
ND	: Non disponible
ODD	: Objectif du développement durable
OMD	: Objectif du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONEA	: Office national de l'eau et de l'assainissement
ONG	: Organisation non gouvernementale
OOAS	: Organisation ouest africaine de la santé
OUA	: Organisation de l'unité africaine
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PTME	: Prévention de la transmission mère enfant
RGP	: Recensement général de la population
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RSI	: règlement sanitaire international
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée pour le développement
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBN	: taux brut de natalité
UPC	: l'union pour le progrès et le changement
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Avant-propos

Le Ministère de la santé vient de mettre à la disposition des utilisateurs la 2^e édition du profil sanitaire complet après celui de 2010.

Ce document vient en complément des différentes publications statistiques du Ministère pour faire une analyse des principaux indicateurs sur l'état de santé de la population en 2015 avec un focus sur le niveau d'atteinte des OMD ainsi que l'appropriation des ODD.

Les différents domaines du système de santé y sont appréciés de même que l'état de mise en œuvre des différentes politiques et stratégies en faveur de la santé de la population générale et des groupes cibles spécifiques.

Le niveau d'atteinte de certains indicateurs est encourageant. Cependant, force est de reconnaître que la situation sanitaire reste encore dominée par une morbidité et une mortalité élevée. Aussi, convient – il de noter que la situation socio-politique au cours de l'année 2015 n'a pas été sans effet sur l'évolution de certains indicateurs et la mise en œuvre de certains programmes.

Néanmoins, l'appui des partenaires techniques et financiers a permis de renforcer le système de santé en matière de soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation, et d'amélioration de la couverture sanitaire.

Le présent profil sanitaire permettra entre autres, de mieux orienter la planification vers l'atteinte des objectifs nationaux du PNDES et des objectifs internationaux des ODD à travers une prise de décision basée sur des évidences statistiques. J'invite donc l'ensemble des acteurs à en faire un document de choix pour la mise en œuvre efficiente de leurs interventions.

J'adresse mes vives félicitations et mes remerciements à tous les acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce document.

Résumé

Les grands défis de santé publique auxquels sont confrontés les pays de la Région africaine nécessitent une gestion efficace de l'information sanitaire afin d'assurer une réponse complète et adaptée ainsi qu'un suivi strict, de manière à garantir l'état de santé des populations. Depuis les années 1960, le ministère de la santé du Burkina Faso produit des données pour ses besoins de planification et pour informer ses utilisateurs sur les phénomènes en santé. Au fil du temps, les productions statistiques se sont accrues et aujourd'hui on dénombre bon nombre de sources statistiques tels que l'annuaire statistique, le tableau de bord, le bulletin d'information épidémiologique, les rapports des enquêtes (SARA, RGPMS, ENUT, COS, ENDIS, SONU, Rapport « GARP », Carte sanitaire etc.) et les rapports de suivi et d'évaluation des projets et programmes (rapport de progrès, rapport PTME etc...) qui démontrent la grande capacité de production de l'information sanitaire

Le suivi de la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et son évaluation en 2015 ont montré la nécessité plus que jamais de disposer de bases factuelles pour la formulation de politiques et la prise de décision aussi bien dans la Région Africaine que dans les différents pays. De plus, il a permis de mettre en exergue le rôle de l'amélioration de l'information sanitaire et de la recherche dans le renforcement des systèmes nationaux de santé.

Le profil sanitaire complet décrit l'organisation et la gestion du système du système de santé ainsi que sa mise en œuvre à travers l'ensemble de ses composantes. Son élaboration repose sur l'utilisation de sources de données secondaires et l'exploitation de produits d'information existants. Il permet de décrire de manière détaillée et analytique la situation sanitaire. Il offre par ailleurs la possibilité de comparer les niveaux atteints de certains indicateurs à ceux d'autres pays de la sous-région. Le profil sanitaire complet propose également des brèves explications de la variation des données liées à un phénomène spécifique entre deux années de référence et identifie les raisons du changement.

Ainsi, le présent profil peint le faciès épidémiologique du pays pour l'année 2015 avec un clin d'œil sur le niveau de réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et un focus particulier sur l'appropriation des Objectifs de développement durable (ODD). Il est composé de six chapitres que sont (i) Introduction au contexte du pays ; (ii) Etat et tendance des indicateurs de santé ; (iii) Système de santé ; (iv) Progrès des objectifs de développement durable ; (v) Programmes et services spécifiques ; (vi) Déterminants clés de la santé.

C'est un outil recommandé par l'OMS et est indispensable pour le pays en prélude à la mise en place de l'Observatoire national de la santé. Son élaboration a connu un processus participatif avec l'implication des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

Le document du profil pays a été organisé en 4 modules à savoir :

Module 1 : La situation socio-sanitaire du Burkina Faso et mise en œuvre des ODD ;

Module 2 : Le Système de santé au Burkina Faso ;

Module 3 : Les programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso ;

Module 4 : Les déterminants clés de la santé.

Remerciements

A l'issu de l'élaboration du présent document combien utile à notre système de santé, nous tenons à remercier très sincèrement les différentes parties prenantes qui n'ont ménagé aucun effort pour l'aboutissement du processus. Font partis de ceux-là les membres de l'équipe technique, les différents acteurs du Ministère de la santé, les acteurs des autres secteurs ministériel notamment le Ministère en charge de l'économie et du développement, celui en charge de l'environnement pour leur investissement dans tout le processus de rédaction du document.

Nos remerciements vont à l'endroit des partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé en occurrence:

- l'OMS pour l'appui financier, technique et l'encadrement dans la concrétisation des différentes étapes du processus ;
- l'UNICEF, l'UNFPA, l'UE pour leur accompagnement durant tout le long du processus

Méthodologie

L'élaboration du profil sanitaire complet a suivi un processus participatif avec les différentes parties prenantes de la mise en œuvre de l'action sanitaire. Sous le coaching de l'OMS une personne ressource a été retenue pour appuyer l'élaboration du document. Les principales étapes de l'élaboration sont les suivantes :

- La définition d'une liste d'indicateur et d'un canevas de collecte sur la base de la taxonomie des profils sanitaires préliminaires et du canevas de l'élaboration du profil sanitaire complet proposé par l'OMS.
- La tenue d'une rencontre d'information sur l'élaboration du profil sanitaire avec les directeurs centraux et les partenaires techniques et financiers.
- L'amendement de la liste des indicateurs et du canevas de collecte par les commissions thématiques du PNDS.
- La mise en place d'un comité technique présidée par Monsieur le Secrétaire général du Ministère de la santé. Ce comité est composé des représentants des directions techniques du ministère et des partenaires techniques et financier.
- La rédaction des différentes sections du document a été réalisée par l'équipe technique
- La tenue d'un atelier d'amendement des différentes sections élaborées par l'équipe technique
- La tenue d'un atelier de validation

La période de référence de l'analyse a concerné 2010-2015. En ce qui concerne l'exploitation des sources de données, un arbitrage a été faite pour les différentes sources de données renseignant les mêmes indicateurs au cours de l'analyse. Les critères d'arbitrage entre les différentes sources de données ont été entre autres :

- Le type : il a été privilégié les sources de données nationales pour l'ensemble des indicateurs contenus dans le document. Toutefois, les sources de données internationales ont été utilisées soit pour des fins de comparaisons entre pays ou pour les indicateurs n'ayant pas d'informations disponibles au plan national.
- La couverture : une source de données fournissant des indicateurs sur l'ensemble de la population (enquête, recensement) sera préférée à une source de données institutionnelles (annuaires, tableaux de bords).
- La validité : l'information qui sera utilisée a été validée par la structure productrice.
- La fiabilité : la tendance dégagée des indicateurs est cohérente et compréhensible.
- La méthodologie de calcul de l'indicateur doit être appropriée et adaptée au besoin d'information.

INTRODUCTION

Selon l'OMS (2008), les déterminants sociaux de santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». A l'origine de toutes les inégalités sociales de santé, les déterminants sociaux de santé sont décrits comme des facteurs dont le contrôle permet de rétablir l'équilibre à tous les niveaux. De manière pratique, les DSS peuvent être distingués en trois groupes : les environnements, les habitudes de vie et comportements, et les services de santé.

6.1. Facteurs de risque pour la santé

Les principaux facteurs de risque pour la santé comprennent les facteurs de risques comportementaux et les facteurs de risque biologiques. Le comportement de l'individu peut avoir une influence sur sa santé. Ainsi un certain nombre de facteurs sont considérés à risque pour la santé notamment la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, le régime alimentaire déséquilibré (consommation insuffisante de fruits et légumes) et l'inactivité physique.

La santé peut également être influencée par des facteurs intrinsèques de l'individu tels que la surcharge pondérale et l'obésité, la tension artérielle élevée, la glycémie élevée, les lipides sanguins anormaux notamment une hypercholestérolémie et une hypoHDLémie.

6.1.1. Consommation d'alcool

Au Burkina Faso, la consommation d'alcool est une pratique qui jalonne différents événements de la vie quotidienne, touchant surtout les jeunes et les femmes dans 30%¹ des cas. Dans les pays à ressources limitées, la consommation d'alcool est en pleine mutation et demeure le premier facteur de risque des MNT. En effet, la prévalence de la consommation d'alcool au cours des trente derniers jours qui ont précédé l'enquête est de 27,3% chez les 25- 64 ans avec une moyenne d'âge à la première consommation d'alcool de 14 ans¹³.

Le taux de consommation d'alcool augmente avec l'âge. Il est de 21,8% chez les 25 à 34 ans contre 35,9% chez les 55 à 64 ans. Chez les sujets de sexe masculin cette prévalence est de 31,0% contre 24,2% chez les femmes. En outre, 65,2% de la population n'avait jamais consommé de l'alcool tout au long de leur vie¹³. Entre 2000 et 2005, on note une augmentation des quantités d'alcool consommées. La quantité pure d'alcool consommée par habitant est passée de 3,5 litres à 4,5 litres¹.

Toutefois, il n'y a pas de stratégie mise en place de manière explicite pour réduire la consommation d'alcool.

¹ Rapport STEPS 2013 Burkina Faso

6.1.2. Facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles

Au Burkina Faso, les maladies non transmissibles constituent un réel problème de santé publique eu égard l'importance des facteurs de risque et aux autres déterminants sous-jacents.

En effet, de nos jours, la santé des populations est influencée d'une part par leurs comportements à travers le mode de vie (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, consommation d'aliments de fabrication industrielle et/ou non contrôlés, consommation d'aliments chargée en sucre, sels et matières grasses); et d'autre part, par les changements climatiques (pollution de l'environnement, gaz à effet de serre...). Tous ces phénomènes augmentent la prévalence de ces maladies non transmissibles avec les conséquences sur l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. L'enquête STEPS a dressé un profil sur les facteurs de risques des MNT. Elle donne ainsi les prévalences respectives sur la consommation de tabac, la consommation d'alcool, la consommation de fruits et légumes, l'activité physique, les prévalences de l'obésité et du surpoids, les prévalences de l'HTA, du diabète et du cholestérol et une estimation des facteurs de risques combinés dans la population générale et du risque de maladie cardiovasculaire global chez les personnes les plus à risque comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles

Résultats pour les personnes âgées de 25 à 64 ans (incluant un IC de 95%)	ensemble	Hommes	Femmes
Prévalence du tabagisme	19,8% [17,7-21,8]	29,2% [26,4-32,0]	11,8% [9,4-14,1]
Prévalence de la consommation d'alcool	27,3% [24,4-30,3]	31,0% [27,3-34,7]	24,2% [20,8-27,6]
Prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes	95,0% [94,2-95,8]	95,3% [94,0-96,3]	94,8% [93,7-95,8]
Proportion du niveau d'activité physique moyen	15,1% [3,8-16,6]	12,3% [10,6-14,2]	17,6% [15,6-19,8]
Prévalence du surpoids	13,4% [11,5-15,3]	13,7% [11,5-15,8]	13,2% [11,2-15,2]

Résultats pour les personnes âgées de 25 à 64 ans (incluant un IC de 95%)	ensemble	Hommes	Femmes
Prévalence de l'obésité	4,5% [3,4-5,6]	2,9% [1,9-3,9]	6,0% [4,7-7,3]
Prévalence de l'hypertension artérielle	17,6% [15,7-19,4]	19,4% [17,2-21,6]	16,0% [13,8-18,3]
Prévalence du diabète	4,9% [3,8-6,0]	5,2% [3,7-6,7]	4,7% [3,2-6,2]
Prévalence de l'hypercholestérolémie totale	3,5% [2,8-4,2]	2,4% [1,6-3,1]	4,5% [3,4-5,6]
Fréquence des combinaisons de facteurs de risque (3-5 facteurs de risque)	12,9% [10,8-14,9]	15,8% [13,0-18,5]	10,2% [7,9-12,5]

Source : Enquête STEPS, 2013

6.1.3. Comportement sexuel à risque

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

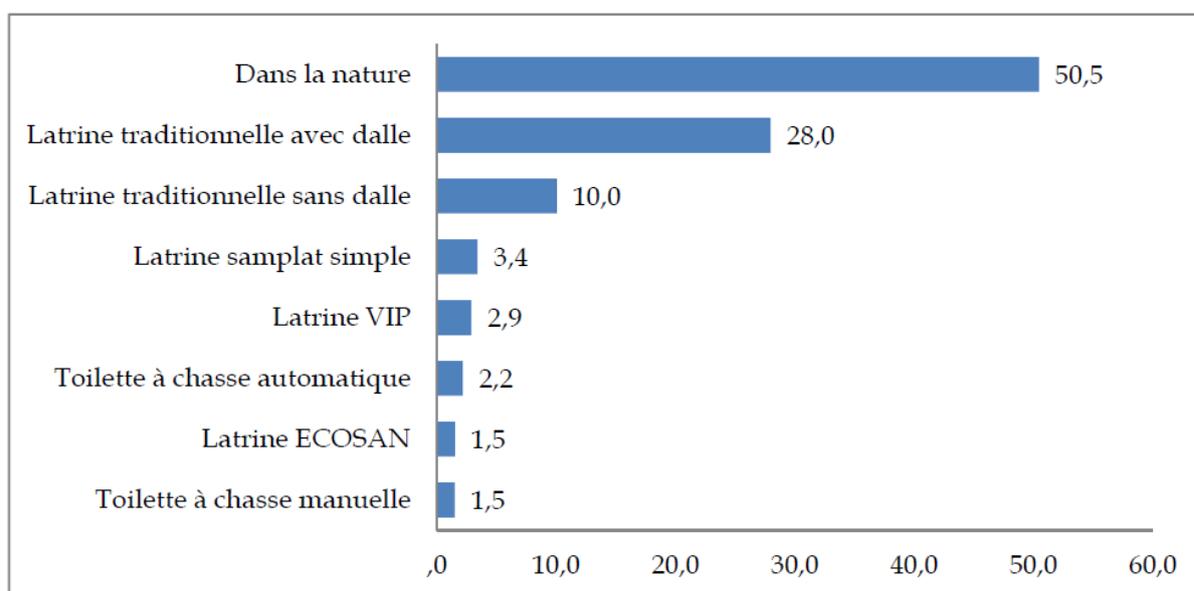
Sur le plan des comportements sexuels à risque, les résultats de la dernière enquête EDS en 2010 présentent des disparités importantes selon le niveau d'utilisation du condom et les autres moyens de prévention selon le sexe. Ainsi, il ressort qu'une très faible proportion de femmes (0,6 %) ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et parmi celles ayant eu 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, 62 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Chez les hommes, les résultats de l'enquête EDS 2010 montrent que 17% ont déclaré avoir eu deux partenaires au cours des 12 derniers mois avec une moyenne d'utilisation du condom de 27%. Cependant, il ressort parfois que cette utilisation n'est pas systématique lors des rapports sexuels à risque. Par ailleurs, les données de surveillance montrent une utilisation relativement plus élevée au sein des groupes spécifiques qui ont des comportements à risque par rapport à la moyenne nationale. En

6.1.4. Hygiène

Les carences d'assainissement, d'hygiène et l'eau insalubre font partie des dix premières causes de maladies à travers le monde (rapport PNUD, 2013).

Au Burkina Faso la défécation à l'air libre (dans la nature) est la pratique la plus répandue et cela concerne la moitié des ménages soit 50,5% de l'ensemble.

Graphique : Répartition des ménages selon le lieu d'aisance (en %)



Source : EMC 2015

En matière d'hygiène au niveau des établissements scolaires, le constat est que beaucoup d'efforts restent à faire. En effet, on note que dans la plupart des établissements scolaires, il y a une insuffisance d'ouvrage d'assainissement (toilette, dispositifs de lavage des mains), de leur entretien et une insuffisance d'alimentation en eau potable. De façon globale, l'environnement interne et externe des établissements est peu favorable au confort et à la promotion de la santé.

6.1.5. État de la surveillance

La surveillance de facteurs de risques des maladies transmissibles est faite à travers la réalisation périodique des enquêtes STEPS qui permettent de mesurer et suivre les tendances concernant : le tabagisme, l'alcoolisme, la pratique des activités physiques, la tension artérielle, la cholestérolémie, la glycémie etc.

6.2. L'environnement physique

L'environnement physique désigne tout ce qui nous entoure et susceptible d'influencer positivement ou négativement notre vie.

Pour ce qui concerne l'environnement physique, on peut mentionner l'insalubrité prononcée dans les villes et les campagnes. Les travaux d'intérêt commun qui comprennent le nettoyage, la collecte et l'élimination des déchets urbains ne retiennent pas suffisamment l'attention des collectivités territoriales, de la société civile, des communautés et des familles. On note également une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux et industriels. En dépit de l'existence de schémas directeurs de gestion des déchets solides et des plans stratégiques de gestion des ordures ménagères dans quelques grandes villes du pays, il est nécessaire de renforcer la lutte contre l'insalubrité. Pour les nuisances telle que la pollution atmosphérique, notre pays est en proie à des difficultés. Pour ce qui concerne les ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta, leur réalisation a connu un essor ces dernières années avec la mise en œuvre de la politique et des stratégies en matière d'assainissement. Toutefois, on note une faible utilisation et un mauvais entretien de ces ouvrages aussi bien au niveau des ménages que dans les lieux publics (écoles, centres de santé, marchés, gares...).

La gestion des eaux pluviales est lourdement compromise par l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs et l'incivisme des riverains qui font des caniveaux collecteurs, des dépotoirs d'ordures. C'est dans ce contexte que le ministère de la santé à travers des programmes spécifiques, lutte sans relâche contre des fléaux tels le paludisme, les épidémies de dengue et les autres maladies transmissibles. Les lois portant Code de l'environnement et Code de l'hygiène publique prévoient qu'un soin particulier soit apporté à l'environnement physique afin de le rendre propice à la vie et à l'épanouissement de l'homme. Malheureusement, la mise en œuvre de certaines dispositions de ces lois connaît des insuffisances au nombre desquelles on peut retenir la non effectivité de la mise en place des démembrements des organes déconcentrés du conseil national de l'hygiène publique (CNHP) et de la police de l'hygiène².

6.2.1. Maladie à transmission vectorielle

Les maladies à transmission vectorielle sont importantes et des actions de lutte sont mises en œuvre par les différents programmes.

Parmi ces maladies on peut noter entre autres le paludisme, la Dengue, la trypanosomiase, la filariose lymphatique, la schistosomiase, leishmaniose et la fièvre jaune.

Le changement des comportements est l'un des éléments essentiels de la lutte contre les maladies à transmission vectorielle. C'est pourquoi l'OMS œuvre, auprès de ses partenaires, à éduquer et à sensibiliser les personnes et les communautés afin qu'elles sachent se protéger contre les moustiques, les tiques, les réduves, les mouches et d'autres vecteurs.

L'accès à l'eau et aux systèmes d'assainissement est un facteur de premier plan dans la lutte et l'élimination des maladies.

6.2.2. L'environnement urbain

Pour les nuisances telle que la pollution atmosphérique, le Burkina Faso est en proie à des difficultés. Une étude sur la qualité de l'air qui a été conduite dans la ville de Ouagadougou en 2007, a révélé que les concentrations pour les polluants mesurés (SO₂, NO, poussières en suspension, CO₂) affichent des valeurs préoccupantes. Les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176 µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600 µg/m³ contre une norme OMS de 70 µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires³.

6.2.3. Pollution de l'air intérieur et énergie domestique

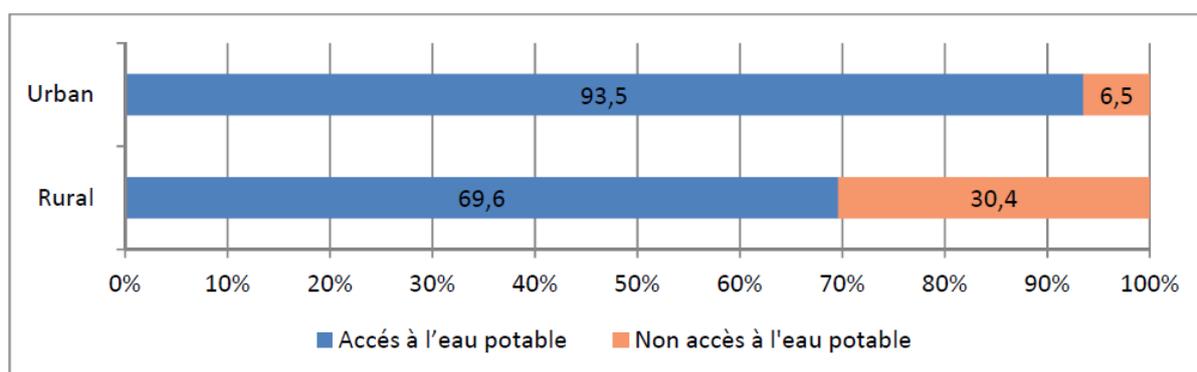
La pollution de l'air est une réalité essentiellement due à la poussière et aux activités industrielles et minières. Pour y faire face une collaboration franche doit exister entre les ministères de la santé, de l'environnement, des transports et de la mobilité urbaine à travers la direction générale de la météorologie.

6.2.4. Eau, assainissement et écosystèmes

Selon le rapport grand public 2012, de 2007 à 2012, le taux d'accès à l'eau potable est passé de 52,8% à 63% en milieu rural et de 68% à 83% en milieu urbain.

Selon L'EMC en 2015, trois ménages sur quatre (76%) ont économiquement accès à l'eau potable. Toutefois, La consommation d'eau de barrage, rivière, cours d'eau ou lac demeure toujours relativement élevé au niveau national (1,7%) mais est en nette baisse par rapport 2009 où cette proportion était de 6,3%. En outre, l'approvisionnement des ménages en eau potable semble lié à l'urbanisation.

Graphique : Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable selon le milieu de résidence



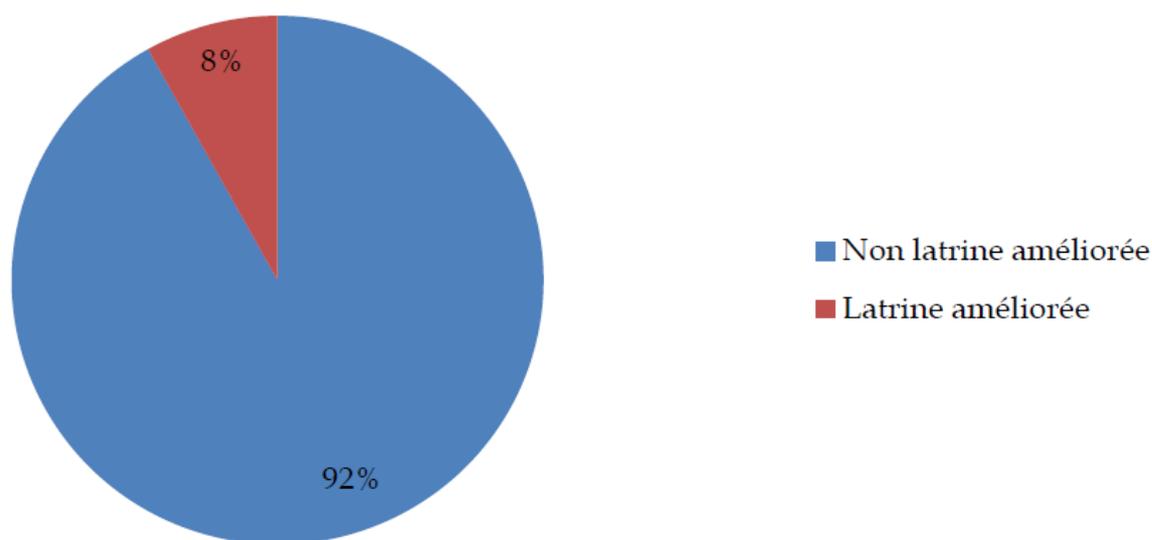
Source : EMC 2015

S'agissant de l'assainissement des eaux usées et excréta, le taux d'accès à l'assainissement amélioré a augmenté, de 0,8% en 2010 à 3% en 2012 en milieu rural et en milieu urbain il est passé de 15% en 2007 à 27% en 2012.

En 2015, plus de la moitié des ménages soit 54,6% avait pour mode d'évacuation des excréta « rue, cour, caniveau ou rue » et près du tiers (31,2%) la fosse simple.

Selon l'EMC 2015, le taux d'accès à l'assainissement est de 8,1% et ce taux diffère selon les régions administratives du pays. C'est dans la région du Centre qu'on enregistre la plus forte proportion des ménages ayant accès à l'assainissement (25,1%) c'est-à-dire un quart (1/4) des ménages, suivi de la région du Plateau Central (17,5%). La plus faible proportion des ménages ayant accès à l'assainissement est enregistrée dans la région de l'Est (1,4%).

Graphique : Taux d'accès à l'assainissement (en %)



Source : EMC 2015

La volonté politique a été un facteur déterminant dans l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.. En effet, le pays a adopté en décembre 2006 un Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (PN-AEPA) à l'horizon 2015. Aux termes de ce programme, un autre a été reconduit pour couvrir la période de 2016 à 2030.

6.2.5. Changement climatique

Au Burkina Faso, les secteurs de l'eau, de l'agriculture, de l'élevage et de la foresterie qui sont des déterminants de la santé, avaient été identifiés comme les plus vulnérables par une étude réalisée en 2007 dans le cadre du Programme d'action national d'adaptation (PANA) à la variabilité et aux changements climatiques. Par conséquent, le secteur de la santé du Burkina Faso reste donc vulnérable et exposé directement ou indirectement aux effets de la variabilité et des changements climatiques.

Cette vulnérabilité du secteur de la santé du Burkina Faso n'est pas un cas isolé en Afrique. Conscient de cet état de fait, le comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Afrique, a ainsi adopté lors de sa 61ème session, le cadre

d'adaptation de la santé publique au changement climatique à travers la Résolution AFR / RC61 / R2. Ce cadre vise à guider les pays africains dans la formulation et la mise en œuvre de la composante santé de leurs plans d'adaptation nationaux aux changements climatiques (PAN-santé).

Au Burkina, un certain nombre de propositions ont été faites pour accroître la résilience des populations et des services aux phénomènes climatiques. Dans ce cadre un plan sectoriel a été élaboré par le ministère de la santé à l'instar des autres ministères⁴



6.2.6. Substances toxiques

Dans le cadre de la lutte contre les ravageurs, les chenilles, les cicadelles, les acridiens, les oiseaux granivores, les cantharides et les mauvaises herbes (Strigasp) les pesticides sont utilisés.

Ces pesticides ont des effets nuisibles sur la santé des êtres vivants et l'environnement. Prenant en compte le danger

que peut représenter l'utilisation et la manipulation des pesticides, le Burkina Faso est signataire de plusieurs accords et conventions sous-régions, régionaux et internationaux.

La gestion des pesticides se fait à travers le contrôle des importations et des exportations de pesticides, le renforcement des capacités, la destruction des stocks obsolètes, l'évaluation de l'impact environnemental des traitements, le suivi sanitaire des applicateurs et la gestion des contenants vides. En plus de cela des textes législatifs et réglementaires ont été élaborés.

Avec le développement de l'orpaillage, des produits toxiques sont utilisés pour le traitement de l'or. Ces produits sont le mercure, l'arsenic etc. ces produits ont des effets néfastes sur la santé des animaux, Hommes et de l'environnement. La littérature sur les conséquences de ses produits et la prévalence de ces maladies au Burkina reste pauvre. Les perspectives existe pour la création d'un environnement favorable à la santé. Il s'agit de :

- développer les compétences en matière d'hygiène publique ;
- promouvoir l'hygiène des cadres de vie et de travail ;
- promouvoir la gestion adéquate des déchets (biomédicaux, industriels, ménagers, etc.) ;

- renforcer les capacités opérationnelles des organes du Conseil national de l'hygiène publique (CNHP) ;
- développer des actions sectorielles d'adaptation aux changements climatiques;
- contribuer à la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement ;
- améliorer la qualité et la sécurité sanitaire des aliments.

6.3. Sécurité alimentaire et nutrition

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest est confronté depuis le début des années 1930, à des crises alimentaires et nutritionnelles cycliques. Ces crises ont pris, ces dix dernières années, une forme répétitive combinant formes structurelles et conjoncturelles, en dépit des réformes entreprises sur le front des politiques agricoles et alimentaires. Selon l'indice de la faim dans le monde, la population burkinabè, majoritairement agropastorale, est à environ 20,7% sous- alimentée (Banque mondiale ; 2015) et est confrontée à une malnutrition chronique endémique avec ses corolaires de mortalité et de morbidité infanto-juvénile (ENN-BF ; 2015). Au niveau subsaharien la prévalence de la sous-alimentation est estimée à 23% (rapport vue d'ensemble régional de l'insécurité alimentaire en Afrique, FAO 2015).

6.3.1. La sécurité alimentaire

La situation alimentaire a connu une amélioration au cours des cinq dernières années avec des productions nationales globalement normales à excédentaires.

La campagne agropastorale 2015-2016 a enregistré une production céréalière estimée à 4 189 665 tonnes.

La production des cultures de rentes était estimée à 1 389 917 tonnes et celle des autres cultures vivrières (niébé, voandzou, igname, et patate) à 693 971 tonnes.

La consommation apparente par habitant et par jour a été estimée à 220 kg soit une consommation apparente totale estimée à environ 4 104 858 tonnes.

Les importations de céréales réalisées au cours de l'année 2015 ont été estimées à 743 941 tonnes réparties comme suit : 422 053 tonnes pour le riz, 205 527 tonnes pour le blé et 116 361 tonnes pour les autres céréales.

Les exportations estimées à 48 688 tonnes sont constituées essentiellement des céréales locales (mil, sorgho, maïs, fonio) qui représentent 97,52 % des produits céréaliers exportés (MAAH ; 2016).

Le contrôle des aliments est assuré d'une part par le laboratoire nationale santé publique et d'autre part, pour ce qui concerne les produits alimentaires d'origine végétale, les produits phytosanitaire, par la Direction de la protection des végétaux et du conditionnement (DPVC).

6.3.2. Nutrition

La situation nutritionnelle reste préoccupante, malgré l'effort de l'Etats et ses partenaires. Les enquêtes nutritionnelles nationales selon la méthodologie SMART, réalisées en période de soudure relèvent une tendance à la baisse des prévalences des différents types de malnutrition pluri-carencielles. En effet la malnutrition aiguë globale est passée de 11,3% en 2009 à 10,4% en 2015 ; la malnutrition chronique est passée de 35,1% en 2009 à 30,2% en 2015 ; et l'insuffisance pondérale de 26% en 2009 à 23% en 2015.

Même si la tendance est à la baisse, certains indicateurs restent toujours élevés au niveau national et aussi dans les régions avec souvent des prévalences dépassant parfois les seuils d'alerte de l'OMS.

Pour ce qui est des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les données de l'enquête nutritionnelle nationale 2015 montre que la majorité des enfants de 6-23 mois au Burkina Faso ont une faible diversification alimentaire avec seulement 17,4% qui consomment au moins 4 groupes d'aliments par jour et seulement 13,4% qui ont une alimentation minimum acceptable (ENN ; 2015).

L'enquête nationale sur l'iode et l'anémie (ENIAB) réalisée en 2014, montre que l'anémie est un problème sérieux de santé publique avec des prévalences supérieures à 60% observées chez les différentes cibles (ENIAB ; 2014).

Le résultat sur le statut en iode, montre au niveau national que les femmes allaitantes ont un statut inadéquat en iode, avec une médiane de la CIU de 69.6 µg/L, qui est inférieure au seuil de 100 µg/L (ENIAB ; 2014).

Au niveau scolaire, environ 2293692 enfants scolarisés au primaire dont 1 179 803 garçons et 113 8891 filles répartis dans 10 612 écoles primaires bénéficient de repas scolaires.

La mise en œuvre des politiques de gratuité et la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et jeune enfant (ANJE) en faveur des femmes enceintes et allaitante et des enfants de moins de cinq ans contribuent à l'amélioration de leur situation sanitaire et nutritionnelle.

Conscient de la situation de vulnérabilité au plan de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et au vu du caractère multifactoriel des causes de la malnutrition, le gouvernement du Burkina Faso a entrepris des réformes considérables dans ses politiques sectorielles notamment sur la dernière décennie (rapport général ; 2015).

Ainsi, en 2007 a été élaborée et adoptée la politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle, En 2016, il ya eu l'élaboration de la politique multisectorielle de nutrition assortie d'un plan stratégique multisectorielle 2016- 2020.

6.3.3. État de la surveillance

Au total 4 575 785 consultations de nourrissons sains ont été réalisées au cours desquelles l'on a enregistré 7% de MAM et de 4% de MAS soit une proportion de malnutrition aigüe de 11%. Cette proportion va de 2,3% dans la région du Centre à 30,2% dans la région du Nord. En 2014, elle était de 33,2% (tableau de bord Ministère de la santé 2015).

Au cours des dernières années, avec l'appui des partenaires techniques et financiers (OMS, Unicef et PAM), le gouvernement a élaboré un plan de renforcement de la surveillance nutritionnelle. Ce plan mis en place dans trois régions pilotes a pour objectif de faire le dépistage et la collecte de données sur les autres formes de malnutritions pluri-carencielles (Malnutrition chronique, l'insuffisance pondérale et la surcharge pondérale). Il vise également le suivi des cibles mondiales qui est de : réduire de 40% le nombre d'enfant de moins 5 ans souffrant de retard de croissance, de 50% l'anémie chez les femmes en âge de procréer, de 30% insuffisance pondérale à la naissance, de réduire et maintenir en dessous de 5% la malnutrition aiguë, d'augmenter le taux d'allaitement exclusif à au moins 50% et de contrôler le surpoids chez l'enfant.

Aussi, depuis 2009, se réalisent annuellement des enquêtes nutritionnelles sur l'ensemble du pays qui permettent de mettre à la disposition des acteurs des données actualisées sur la situation nutritionnelles des enfants de 0 à 5 ans.

6.4. Déterminants sociaux

6.4.1. Démographie

Les données du RGPH montrent qu'en 2006 environ 12 individus meurent annuellement sur 1000 habitants dénombrés Selon le sexe, on remarque que le taux brut de mortalité chez les hommes (12 ‰) est plus élevé que chez les femmes (11,3‰).

6.4.2. L'égalité des sexes

De façon globale, les femmes et les hommes font face à de nombreux problèmes en matière de santé. Malgré les efforts accomplis ces dernières années pour améliorer le système sanitaire, la situation générale reste en deçà des attentes. En soi, le système sanitaire est objet de plusieurs handicaps et critiques dont l'inégal accès aux soins de santé et aux services de santé de la reproduction.

Ces inégalités et disparités de genre se caractérisent par une sous-utilisation des services de santé (34%) due essentiellement à la distance, à la pauvreté et au faible

pouvoir d'achat des populations en général et celui des femmes en particulier. A cela, s'ajoute un manque de pouvoir de décision des femmes, car ce sont les rapports de genre qui déterminent la décision d'aller consulter ou non dans une formation sanitaire en cas de maladie.

Depuis plusieurs décennies, la prise en considération des inégalités entre les hommes et les femmes dans le processus du développement et particulièrement la valorisation du rôle actif de la femme dans ce processus, a toujours constitué une préoccupation au Burkina Faso pour les autorités nationales et les partenaires au développement. Ces derniers font de la question de l'équité et de l'égalité entre les sexes en matière de droits civique, civil, politique, économique et social, un axe central dans les processus décisifs et de gestion du développement.

Ainsi, plusieurs concepts et stratégies ont été initiés afin de résorber le retard des femmes dans tous les domaines. C'est notamment les actions en faveur de l'émancipation de la femme, de l'intégration de la femme au développement, de promotion de la femme, etc. Toutefois, les différents bilans ont montré qu'il y a eu des acquis certains en matière d'éducation, de santé et de protection sociale, mais dans l'ensemble la problématique des inégalités demeure. La principale raison était qu'on s'est surtout attaqué aux conséquences et non aux causes des inégalités et injustices observées entre les hommes et les femmes dans le développement.

En l'absence d'un cadre cohérent d'intervention, les facteurs d'ordre structurel à l'origine de ces inégalités ont été sans doute faiblement appréhendés et analysés ; ce qui explique aujourd'hui encore la persistance de ces discriminations et l'amplification des obstacles qui les maintiennent en l'état.

Aujourd'hui, la question récurrente qui continue de se poser dans cette recherche d'une croissance soutenue et d'un développement durable et équitable est de savoir comment éliminer les inégalités et les disparités entre les hommes et les femmes.

Pour corriger les insuffisances précitées et répondre à cette problématique, un tournant décisif a été opéré avec l'adoption de la présente Politique Nationale Genre.

6.4.3. Ressources infrastructures

Le nombre d'infrastructures sanitaires publiques est passé de 1897 en 2011 à 2060 en 2015 et il s'est accompagné d'une amélioration du rayon moyen d'action théorique qui est passé de 7,3 km en 2001 à 6,8 km en 2015 (cible de 6 km). Toutefois, il persiste encore des disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. En 2015, l'étendue de l'écart entre la région la plus favorisée et la moins favorisée était de 9 km et atteint 15 km pour les districts.

Les normes et standards en équipements sont disponibles. L'équipement des formations sanitaires publiques présente toujours des insuffisances surtout au niveau des hôpitaux. La mise en place de la SOGEMAB devrait permettre de régler la

question des acquisitions et de la maintenance des équipements biomédicaux. La politique de maintenance doit être renforcée face à la grande diversité des équipements liée au faible encadrement des dons, l'absence de flexibilité de la réglementation des marchés en vigueur. Un véritable plan d'investissement pour le renforcement des capacités des districts et des hôpitaux régionaux devrait permettre de résoudre le problème d'équité en termes d'infrastructures

6.4.4. Pauvreté et inégalité des revenus

L'enquête multisectorielle continue (EMC, 2014) indique que le montant minimum qu'une personne doit dépenser en consommation alimentaire, éducation, santé, habillement etc. par an pour être considérée comme non pauvre, appelé seuil absolu de pauvreté monétaire, a été estimé à 153 530 FCFA par tête et au prix courant de Ouagadougou. Ce seuil se décompose en une composante alimentaire de 102 040 FCFA et une composante non alimentaire de 51 490 F CFA.

Sur la base de ce seuil, la meilleure estimation de l'incidence de pauvreté qui est la proportion des individus dont la dépense de consommation annuelle est en dessous de 153 530 FCFA est de 40,1%.

L'intervalle de confiance de cette estimation indique que la valeur est à 95% comprise entre 37,8% et 42,5%. Les indicateurs FGT de différents concepts de pauvreté sont donnés dans le Tableau 2-2 ci-après.

Tableau 2 : Indicateurs de pauvreté en 2014 au niveau national (en %)

Type de pauvreté	Incidence de la pauvreté (PO)	Profondeur de la pauvreté (P1)	Sévérité de la pauvreté (P2)
Pauvreté monétaire	40,1	0,7	3,3
Pauvreté alimentaire	57,7	18,3	7,6
Extrême pauvreté	11,1	1,8	0,4

L'enquête révèle qu'il y a un grand écart entre le milieu urbain et le milieu rural en termes de pauvreté. En milieu urbain l'incidence de la pauvreté a été divisée par 2 environ (-46% de baisse) et en milieu rural, le recul de la pauvreté est plutôt modeste (-10%). En effet, le taux de pauvreté est passé de 25,2% en 2009 à 13,7% en 2014 en milieu urbain et de 52,8% en 2009 à 47,5% en 2014 en milieu rural. De plus, en 2014, plus de 9 pauvres sur 10 (92,5%) vivent en milieu rural.



6.4.5. Partenariats mondiaux et flux financiers

Au Burkina Faso, de nombreux efforts sont menés depuis une dizaine d'années, visant à améliorer les systèmes de gestion de l'aide au développement afin de la rendre plus efficace. La plupart des agences de coopération internationale et des bailleurs de fonds bilatéraux, de même que de nombreux pays en développement dont le Burkina Faso, ont ainsi signé en mars 2005 la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Celle-ci repose sur cinq (05) piliers : l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, l'orientation vers les résultats et la responsabilité mutuelle. Le Burkina Faso a approuvé en janvier 2010 son propre Plan national d'actions sur l'efficacité de l'aide au développement.

Le Ministère de la santé (MS) a élaboré son CDMT incluant l'exhaustivité des ressources disponibles pour financer le secteur, et l'actualise annuellement. Un « fonds commun » a été mis en place et géré par le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) et le secteur bénéficiera bientôt d'un appui budgétaire sectoriel (ABS).

Outre les partenaires traditionnels du secteur, la prise de conscience du besoin de s'attaquer prioritairement aux problèmes de santé de l'ensemble de ce monde globalisé et de mettre en commun tous les efforts en vue d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, a fait naître au cours des dernières années une multitude d'initiatives et d'organisations actives dans le domaine de la « santé globale ». Beaucoup de ces initiatives dépassent d'ailleurs le

strict cadre gouvernemental ou onusien et consistent-en des partenariats public-privé.

La multiplicité des initiatives, programmes et organisations actifs dans le secteur de la santé, a fait naître un besoin accru de coordonner les diverses activités et de les aligner autour d'un même programme, piloté par le gouvernement. C'est dans ce contexte qu'ont vu le jour le Partenariat international pour la santé (IHP+) mis en œuvre à travers le Compact, l'initiative « Harmonisation pour la santé en Afrique » (HHA), la Campagne des OMD liés à la santé et les initiatives connexes.

6.4.6. Science et technologie

Face aux obstacles liés à la demande et l'offre de soins, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) constitue une alternative pour améliorer les capacités du système de santé à offrir de meilleures prestations, tout en fournissant de l'information sanitaire de qualité en temps réel.

Pour ce faire, le gouvernement du Burkina Faso a créé une direction chargée de coordonner et de capitaliser les différentes actions ou initiatives y relatives en vue de contribuer à l'amélioration de la santé des populations. Au nombre des actions menées, on peut noter l'utilisation de la E-santé avec l'introduction de mobile-santé pour aider à la prise de décision clinique, l'offre à la production et l'utilisation des données. Au nombre des initiatives de production et d'utilisation des données il y'a ENDOS, rapidSMS, mhealth communautaire pour la collecte des données de PCIME communautaire, e-men-surv pour assurer a surveillance électronique de la méningite. En terme d'offre de service de soins, il y'a entre autres, le e-learning entre les universités européennes et les étudiants en spécialisation, le registre électronique de consultation, Allô-lafia dans le domaine de la Santé de a reproduction et de la nutrition, la plateforme de télé-radiologie « bougou », mCancer dans le cadre de a lutte contre le cancer de sein et du col de l'utérus, « e-gratuité» pour le suivi des actions de la gratuité des soins etc.

Le développement des activités de télésanté reste faible. Cette faiblesse est due à l'insuffisance de la connexion internet, l'insuffisance de plateau technique (plateforme) adapté et l'absence d'un système d'information hospitalière.

En plus de cela, les ressources humaines, financières et matérielles de la Direction des services informatiques et de télé santé (DSITS) sont insuffisantes. La coordination des activités de TIC et de télésanté présente des faiblesses.

L' évaluation des technologies de la santé est devenue un outil d' appui essentiel aux fonctions de base d' un système de santé mondial efficace. L'action de l' Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d' autres organismes internationaux s'occupant de la santé est nécessaire pour appuyer les initiatives régionales et nationales en faveur du développement de l' évaluation des technologies de la santé dans les pays en développement et les pays émergents (pays en phase de

croissance et d'industrialisation rapide). Ce document présente une approche qui permettra aux différents acteurs de la communauté mondiale d'unir leurs efforts pour promouvoir la compréhension et la mise en place effective de l'évaluation des technologies de la santé au niveau local.

6.4.7. Urgences et catastrophes

Les catastrophes sont des résultantes de périls qui surviennent dans un contexte de vulnérabilité, de telle sorte que l'organisation économique et sociale des collectivités vulnérables est atteinte au point de compromettre leur survie. Une catastrophe est essentiellement un phénomène, qui interrompt le fonctionnement des organisations et des pratiques communautaires.

La gestion des catastrophes fait référence à une série d'activités destinées à maîtriser les catastrophes et les situations d'urgence et à créer des conditions d'ensemble permettant aux personnes en danger de ne pas être victimes des conséquences d'une catastrophe ou de pouvoir s'en rétablir.

L'analyse des risques de catastrophes s'est inspirée de celle contenue dans le plan national multirisque de préparation et de riposte aux catastrophes. Les critères de priorisation utilisés dans le cadre de cette analyse sont :

- Les conséquences humanitaires : impact en termes de pertes en vies humaines, diminution d'accès aux services sociaux de base, impact environnemental, etc.,
- La probabilité d'occurrence : au regard de la récurrence du phénomène, de l'évolution prévisible de l'environnement physique, économique, social, politique, etc..

Elle permet de prioriser les risques et de ne tenir compte que des menaces les plus pertinentes afin de permettre une planification réaliste des contingences et une utilisation rationnelle et efficiente des ressources.

La matrice d'analyse des risques a permis d'identifier huit contingences qui, à leur tour, ont servi à l'élaboration de scénarii qui sont des représentations hypothétiques et anticipées de toutes les implications humanitaires possibles de la situation en cas de survenue des contingences.

Deux situations d'urgence sont identifiées :

- Situation d'urgence 1: comprenant les risques sanitaires dues aux catastrophes naturelles (manque d'accès aux soins de base; éclosion de maladies à potentiel épidémique, traumatismes, troubles psychologiques)
- Situation d'urgence 2: constituée par les risques sanitaires liés au mouvement de population (manque d'accès aux soins de base; éclosion de maladies à

potentiel épidémique, manque d'accès à l'eau potable traumatisme physiques, viols, fractures, blessures, troubles psychologiques)

Face aux conséquences humanitaires de ces calamités, le Gouvernement du Burkina Faso a mis en place un dispositif de gestion des urgences en créant le Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR) doté d'un secrétariat permanent. qui a pour mandat principal d'atténuer les effets des catastrophes sur les populations.

6.4.8. Gouvernance

En matière de gouvernance liée aux déterminants sociaux, le Burkina Faso a créé au sein du ministère de la santé une direction chargée de la promotion de la santé en vue de coordonner les actions en lien avec les déterminants sociaux. En plus de cela, une stratégie nationale de promotion de la santé a été élaborée et opérationnalisée à travers un plan d'action. Dans cette optique, un certain nombre de textes et documents stratégiques ont été élaborés et adoptés, en occurrence la loi antitabac, le code de l'hygiène publique, le plan de communication en matière de santé de la reproduction, etc. Par ailleurs dans le domaine de l'agriculture, un programme national du secteur rural prenant en compte la thématique en lien avec les déterminants de la santé a été mis en place.

Références documentaires

INSD, RGPH 2010
INSD, Rapport EMC 2014
Apps. who. Int/gho/data
Rapport EDSBF-MICS IV 2010
INSD, Rapport EMC 2014
apps.who.int/gho/data
apps.who.int/gho/data
EDS 2010
apps.who.int/gho/data
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
apps.who.int/gho/data
Rapport enquête STEPS 2013 Burkina Faso
apps.who.int/gho/data
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Ministère de la santé, rapport d'évaluation des comités de gestion dans les Centres de santé et de promotion sociale 2005
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
Ministère de la santé, manuel de formation sur le système national d'information sanitaire, 2015
Ministère de la santé, Plan national de la recherche pour la santé 2011-2020
Rapport Enquête SARA 2015 ; Burkina Faso
Rapport provisoire de la Stratégie nationale de financement de la santé, SNFS
Paquet minimum d'activités. 137Ko
http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/paquets_dactivites_sante_pa.pdf
Rapport de l'enquête SARA, Burkina Faso 2014
Rapport de l'enquête SARA, Burkina Faso 2014
Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF
Annuaire statistique des ressources humaines, 2016 ; BF
Annuaire statistique RH (Normes en cours d'adoption) : 2 infirmiers, 2 sages-femmes et 1 AIS pour un CSPS
Disposition contenue dans les communiqués d'ouverture du concours professionnel
Décret 2006-181/PRES/PM/MFPRE/MFB du 24 avril 2006 portant conditions et modalités d'affectation des agents de la fonction publique
Arrêté N°2012-438/MS/SG/DRH du 18 septembre 2012 portant conditions et modalités d'affectation des agents de santé recrutés pour le compte des régions
Rapport de l'EDS IV ; Burkina Faso 2010
Rapport de l'EDS IV; Burkina Faso 2010
Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT
Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT

Plan stratégique 2013-2017 du PNT
Rapport OMS 2015
Rapport annuel 2015 du PNT
OMS, Rapport mondial sur le paludisme 2015, 2016
INSD rapport EIPBF-2014, 2015
Politique de lutte contre le paludisme 2011
Plan stratégique du PNLP 2016-2020 ; 2016

EMC 2015
EDS 2010
EMC 2015
MS ; Plan stratégique des adolescents 2016-2020
MS ; Plan stratégique des personnes âgées 2016-2020
MS ; Annuaire statistiques 2015

Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
OMS, Suivi et évaluation épidémiologique du traitement de masse : manuel à l'intention des programmes nationaux, 2013.
PNMTN, Rapport annuel UEFL, 2015
Kyelem D., épidemiology and control of lymphatic filariasis in Burkina Faso, PhD,2007
Samir Bhatt, Cameron P. Simmons et al:The global distribution and burden of dengue
Nature, 2013
DLM/SSE, Rapport d'investigation des cas suspects de dengue dans la région sanitaire du centre, 2013
CNRFP , Etude prospective de l'épidémiologie et de la transmission de la dengue au Burkina Faso (Projet EPITRADE-BF), 2014
Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Ministère de la santé, annuaire statistique, 2015
Rapport de l'enquête sur l'épidémiologie des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso, Aout 2015
Statistiques de la Police Nationale, 2014
MS, annuaire statistique 2015
OMS, aide-mémoire N°282, Août 2014
Recensement général des enfants handicapés, MASSN, 2013.
Enquête RAAB, Centre Ouest, 2011
WHO. Alcohol fact sheet. Burkina Faso. 2011.
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
Ministère de la santé, Stratégie nationale de promotion de la santé au Burkina Faso 2014
MS ; Evaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation du secteur de la sante aux changements climatiques 2016

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe technique

Liste des membres de l'équipe technique

Nom et prénom	Rôle dans l'équipe technique	structure
Dr Kargougou	Président	SG
Dr Dipama Sylvain	Vice président	DGESS
Dr Zongo Augustin	Rapporteur	DSS
Dr Dabiré Estelle Edith/Dembélé	Membre	DCPP
M. Drabo Mamadou	Membre	DSEC
M. Sawadogo Issaka	Membre	DSF
Mme Yaméogo Bibiane	Membre	DPV
M. Kaboré Moussa	Membre	PNLP
Dr Déné Bassirou	Membre	DGPML
M. Sermé Mamadou	Membre	PNMTN
M. Zoungrana Pascal	Membre	DLM
M Tirogo Souleymane	Membre	DN
M Akotionga Edouard	Membre	DFP
M Coulibaly Abdoulaye	Membre	PSSLS
Mme Ouédraogo Laeticia	Membre	PNT
Dr Kankoan Justine	Membre	DGESS
Représentant OMS	Membre	OMS
Représentant UNFPA	Membre	UNFPA