



Ministère de la santé

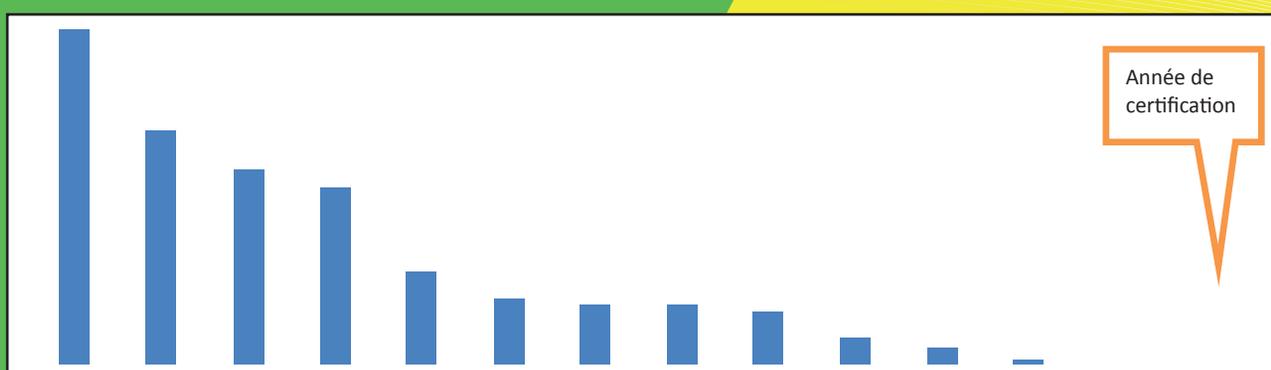


Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso

Profil sanitaire complet du Burkina Faso

Module 3

Programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso



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 3.....	11
CHAPITRE 1 PROGRAMMES ET SERVICES SPÉCIFIQUES.....	12
5.1. VIH / SIDA	12
5.1.1. Charge de la maladie	13
5.1.2. Engagement et action nationaux	13
5.1.3. Domaines de programme	15
5.1.4. Connaissance et comportement	19
5.1.5. État de la surveillance.....	20
5.2. Tuberculose.....	21
5.2.1. Charge de la maladie	22
5.2.2. Mise en œuvre du DOTS	22
5.2.3. MDR, TB / HIV et autres défis.....	23
5.2.4. Contribuer au renforcement des systèmes de santé.....	23
5.2.5. Engager tous les fournisseurs de soins.....	23
5.2.6. Permettre aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés. 23	
5.2.7. État de la surveillance	24
5.2.8. Favoriser et promouvoir la recherche	24
5.3. Paludisme.....	25
5.3.1. Charge de la maladie	25
5.3.2. Politiques et stratégies d'intervention	26
5.3.3. Mise en œuvre du contrôle du paludisme	27
5.3.4. État de la surveillance	27
5.3.5. Impact des interventions de lutte contre le paludisme	29
5.4. Immunisation et mise en œuvre de la vaccination	30
5.4.1. Gestion du PEV	30
5.4.2. Calendrier d'immunisation	32

5.4.3. Couverture vaccinale par antigène en 2015.....	33
5.4.4. Composante du programme.....	33
5.5. Santé des enfants, adolescents/jeunes et des personnes âgées	40
5.5.1. Charge de la maladie	40
5.5.2. Couverture d'intervention.....	44
5.6. Maladies tropicales négligées.....	49
5.6.1. Charge de la maladie	51
5.6.2. Infection / endémicité de la maladie.....	51
5.6.3. Chimiothérapie préventive	51
5.6.4. Couverture spécifique aux maladies.....	53
5.6.5. État de la surveillance	61
5.7. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	62
5.7.1. Charge de la maladie	62
5.7.2. Prévention et contrôle du cancer.....	63
5.7.3. Prévention et contrôle des maladies cardiovasculaires.....	64
5.7.4. Prévention et contrôle des maladies respiratoires chroniques.....	64
5.7.5. Le diabète sucré	65
5.7.6. Santé bucco-dentaire et noma.....	65
5.7.7. Prévention et lutte contre les cellules falciformes et autres maladies génétiques.....	66
5.7.8. Santé mentale.....	67
5.7.9. Violence et blessures	67
5.7.10. Santé oculaire et de l'oreille	68
5.7.11. Handicap et réadaptation.....	68
5.7.12. État de la surveillance	69

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résultats de la séro surveillance 2015	20
Tableau 2 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 18 mois	32
Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes.....	33
Tableau 4 : Situation de la couverture vaccinale selon l'EMDS 2015.....	33
Tableau 5 : Evolution des montants alloués par source de financement de 2013 à 2015.....	36
Tableau 6 : Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune	37
Tableau 7 : Indicateurs de performance de la surveillance du syndrome de rubéole congénital	39
Tableau 8 : Surveillance de la méningite à Hib de 2015 du site sentinelle du CHU-YO	39
Tableau 9 : Indicateurs de performance de la surveillance des infections à Rotavirus	40
Tableau 10 : Classification des 17 MTN selon l'OMS.....	50
Tableau 11 : Statut d'endémicité des districts sanitaires par principale MTN en 2015.	51
Tableau 12 : Evolution des principaux indicateurs MTN de 2012 à 2015	52
Tableau 13 : Récapitulatif des cas de THA dépistés passivement de 2010 à 2015 au BF.....	60
Tableau 14 : Évolution des principaux indicateurs de prise en charge de la lèpre de 2010 à 2015 au Burkina Faso.....	61
Tableau 15 : Répartition des causes et risques de décès dus aux principales MNT	62
Tableau 16 : Quelques indicateurs d'impact et d'effet des MNT	69

Liste des figures

Figure 1 : Incidence des cas déclaré de paludisme pour 1000hbt par région en 2015 au Burkina Faso	26
Figure 2 : Evolution de la létalité du paludisme dans la population général et chez les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Burkina Faso.....	29
Figure 3 : Couverture thérapeutique TDM FL de 2001 à 2015.	53
Figure 4 : Couverture thérapeutique TDM trachome de 2010 à 2015.	57
Figure 5 : Couverture thérapeutique TDM contre la Schistosomiase de 2004 à 2015.	58
Figure 6 : Schéma de mise en œuvre des TDM contre la schistosomiase de 2015 à 2020.....	58
Figure 7 : Evolution du nombre de cas de ver de Guinée de 1992 à 2011	60

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 2e 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 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 AU MODULE 3

Ce module décliné à travers le chapitre 5, décrit la gestion et les résultats des programmes et services spécifiques relatifs à la mise en œuvre de l'action sanitaire sur le terrain. Ce module montre une tendance générale à l'amélioration du niveau des indicateurs quant à la gestion des programmes. En effet, la prévalence du VIH est à moins de 1%, une incidence de la tuberculose 52 cas pour 100 000 habitants, une couverture vaccinale pour la plupart des antigènes du PEV de routine au-dessus de 90%, l'atteinte des indicateurs de performance en matière de surveillance de la fièvre jaune. Aussi, le pays a été déclaré libéré de toute circulation de PVS autochtone en juin 2015 par la Commission Régionale de Certification pour l'Afrique. Cependant, la santé infantile reste préoccupante et est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées.

CHAPITRE 1 : PROGRAMMES ET SERVICES SPÉCIFIQUES

Ce chapitre traite du VIH/Sida et des IST, du paludisme, de la tuberculose, de l'immunisation, de la santé des enfants, adolescents et personnes âgées, des maladies tropicales négligées et des maladies non transmissibles et facteurs de risque.

La coordination des actions des programmes et services spécifiques est assurée par la Direction générale de la santé. La mise en œuvre des programmes est sous la coupe de la Direction de la lutte contre la maladie.

5.1. VIH / SIDA

Au Burkina Faso, la riposte à l'épidémie du VIH/SIDA enregistre des résultats satisfaisants. En effet la prévalence de l'infection est passée de 7,1 % en 1997 à 0,92 % en fin 2014¹.

Ces progrès sont liés à quatre points essentiels i) un engagement et un leadership au plus haut niveau marqués par la mise en place et l'animation régulière d'un organe de coordination multisectorielle, le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, ii) l'adoption et la mise en œuvre de trois cadres stratégiques quinquennaux de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, iii) l'élaboration d'un 4e cadre stratégique national 2016-2020 de lutte contre le Sida et les IST visant l'atteinte de l'objectif des 3*90 promus par l'ONUSIDA , iv) la forte contribution de l'Etat, notamment par la gratuite des ARV et de certains examens biologiques.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, le PSSLS-IST mène des actions de prévention, de prise en charge médicale et d'approvisionnement en intrants. Il sert d'interface entre le Ministère de la santé et le SP/CNLS-IST. La mise en œuvre de ce programme par les directions régionales de la santé à travers les districts sanitaires a permis d'obtenir des résultats forts appréciables. En effet, 102 sites de prise en charge médicale des PVVIH assurent le suivi régulier de 80 561 patients infectés en 2016. Parmi eux 56 089 étaient sous traitement ARV.

Dans le souci de soulager les patients en rendant accessibles les médicaments, le Burkina a souscrit et mis en œuvre les directives 2015 de mise sous traitement ARV de l'OMS, dont l'application effective de la politique de décentralisation de la prise en charge médicale par les ARV avec délégation encadrée de la prescription aux personnels paramédicaux. Pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale, un plan de mise en œuvre de la décentralisation de la mesure de la charge virale plasmatique du VIH vient d'être opérationnalisé. Pour ce faire six (06) centres de références ont été capacités pour la mesure de la charge virale plasmatique du VIH des patients sous ARV suivi dans toutes les formations sanitaires du pays.

¹ Rapport ONUSIDA, 2015

5.1.1. Charge de la maladie

Le Burkina Faso est selon les résultats des études réalisées en 2014, placé parmi les pays à épidémie mixte. En effet, la prévalence dans la population générale s'établit à moins de 1% avec des poches de concentration (prévalence élevée) au sein de certains groupes spécifiques.

La prévalence moyenne de l'infection à VIH dans la population adulte est estimée à 0,80% en fin 2015, dans un intervalle de [0,7 -1,0]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 95 000 dont 88 000 adultes et 7 700 enfants de moins de 15 ans. Parmi les adultes, on compte 53 000 femmes.

Les nouvelles infections selon les données du Spectrum sont estimées à 3 365 en 2015 contre 3 744 en 2014, soit une régression de l'ordre de 10,12%. Les projections montrent également une baisse en 2015 à plus de 428 nouveaux cas chez les adultes par rapport à l'année précédente. Cette diminution des nouveaux cas de VIH est également constatée chez les enfants.

Le nombre de décès dus au VIH montre également une évolution en dents de scies de 2010 à 2015. Si le nombre de décès se réduit entre 2014 et 2015 chez les adultes, chez les enfants, on note plutôt une augmentation entre les deux années.

Par ailleurs, en 2015, le nombre de décès du fait du Sida est estimé à 3 735 personnes contre 4 163 en 2014 soit une baisse d'environ 10,28%.

5.1.2. Engagement et action nationaux

Depuis 1986, il y a eu la reconnaissance officielle de l'infection à VIH au Burkina et la création du comité national de lutte contre le VIH/Sida (CNLS), rattaché au Ministère de la santé.

En 2000, suite aux recommandations de la réunion d'Abuja (Nigéria) sur le Sida, des engagements ont été pris pour faire de la lutte contre la pandémie une priorité nationale de haut niveau. C'est ainsi que la lutte contre le Sida est passée d'un comité national de lutte contre le Sida, rattaché au ministère de la santé, à un Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS-IST) sous la présidence du président du Faso.

A ce jour, trois (03) principaux secteurs sont définis. Ce sont : le secteur santé, le secteur non santé et le secteur de la coordination nationale. Chaque secteur est composé de sous-secteurs conformément à la vision de l'organisation multisectorielle de la réponse nationale au VIH. Le secteur de la santé regroupe l'ensemble des intervenants impliqués dans les soins et/ou les prestations de services de santé liés au VIH. Il est coordonné par le Ministère de la santé. Dans le cadre de la mise en œuvre du CSN-SIDA, il est subdivisé en trois (03) sous-secteurs, à savoir :

- Le sous-secteur santé publique qui comprend les structures publiques à vocation d'interventions en matière de santé, notamment, le ministère de la santé y compris les écoles professionnelles de santé publique les structures universitaires de santé et les services de santé des institutions/ministères ;
- Le sous-secteur santé privée qui regroupe les établissements sanitaires privés non conventionnés. Il s'agit essentiellement des cliniques et polycliniques, des cabinets de soins, des infirmeries des entreprises, des laboratoires privés, des pharmacies, des écoles et universités privées de formation en santé;
- Le sous-secteur santé communautaire et conventionnée comprenant les structures de santé des organisations associatives et des ONG, des établissements sanitaires privés conventionnés ou confessionnels (islamiques, catholiques et protestants) et la pharmacopée traditionnelle.

Le secteur non santé regroupe tous les acteurs dont les interventions concernent essentiellement les domaines de la prévention, de la protection et du soutien, en direction de la population générale et des groupes spécifiques. Il se compose de trois (03) sous-secteurs :

- Le sous-secteur des institutions et des ministères qui regroupe les institutions et les Ministères autres que la Santé ;
- Le sous-secteur privé non santé qui est constitué des grandes entreprises nationales et multinationales, les PME/PMI et le secteur informel;
- Le sous-secteur communautaire non santé qui comprend les structures faitières, les réseaux d'associations, les organisations à base communautaire et autres ONG.

Le secteur de la coordination nationale regroupe l'ensemble des structures de coordination centrale et décentralisée du CNLS-IST responsables de la bonne gouvernance de la réponse nationale au VIH et de la gestion de l'information stratégique. Il comprend deux (02) sous-secteurs que sont :

- Le sous-secteur de la coordination décentralisée constitué par les CRLS chargés de veiller à la bonne coordination de la réponse au niveau des régions, des provinces et des communes avec l'appui des antennes régionales du SP/CNLS-IST et la collaboration des structures régionales de coordination.
- Le sous-secteur de la coordination centrale représenté par le SP/CNLS-IST avec ses démembrements au niveau régional en collaboration avec les structures sectorielles centrales de coordination et les partenaires techniques et financiers.

5.1.3. Domaines de programme

L'organisation de la prise en charge médicale des PvVIH s'intègre dans l'organisation nationale des soins. La prise en charge médicale s'inscrit dans l'orientation stratégique 4 du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020. Elle s'exécute conformément aux orientations du Cadre Stratégique de Lutte contre le sida et les IST 2011-2015 en son axe stratégique 2. Le système de santé est organisé en structures de prise en charge et en structures de coordination. Depuis 2010, le « Programme Sectoriel Santé de Lutte contre le Sida et les IST (PSSLS-IST) a été créé et rattaché à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Il est chargé d'orienter, d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles dans le secteur de la santé en collaboration avec toutes les structures centrales, intermédiaires et périphériques du secteur de la santé. En outre, il constitue la structure relais entre le Ministère de la santé et le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (SP/CNLS-IST) pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Le PSSLS a pour attributions :

- De contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale en matière de lutte contre le VIH/Sida et les IST par le Ministère de la santé ;
- D'élaborer les plans d'actions de lutte contre le VIH/Sida et les IST prenant en compte les spécificités du Ministère de la santé, et de les soumettre au Secrétariat Permanent du CNLS-IST pour approbation et financement. Ces plans d'actions, outre la prise en charge médicale des patients en général, prendront en compte la sensibilisation des agents du ministère, le renforcement de leurs capacités techniques et leur prise en charge de même que l'approvisionnement des structures (Ministère, associations, privées et ONG) de prise en charge médicale en intrants et équipements divers ;
- De faire le plaidoyer auprès des partenaires du Ministère en vue de la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST ;
- D'assurer la gestion des ressources mises à sa disposition pour la lutte contre le VIH/Sida et les IST ;
- D'assurer la mise en œuvre du plan d'actions de lutte contre le VIH/Sida et les IST du Ministère en prenant en compte les structures associatives, privées et celles des ONG assurant la prise en charge médicale des PvVIH et ayant une convention avec le département ;
- De veiller à l'implication et à l'adhésion de tous les services centraux, déconcentrés et décentralisés et autres acteurs du Ministère, aux activités de lutte contre le VIH/Sida et les IST ;

- d'assurer la coordination des actions mises en œuvre par les différents acteurs du département et à tous les niveaux ;
- D'assurer le suivi-évaluation du plan d'action engagé et de tenir à la disposition du Secrétariat Permanent du CNLS-IST et des autres partenaires des rapports périodiques d'exécution physique et financière.

La Direction Régionale de la Santé, en plus de la coordination des autres programmes de santé, est la structure responsable de la prise en charge de l'infection à VIH au niveau intermédiaire.

En son sein, le Service de Lutte contre la Maladie et de protection des groupes spécifiques (SLM/PGS) et le service de la pharmacie, des laboratoires, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle (SPLMT) sont chargés:

- D'apporter un appui à l'organisation de la prise en charge de l'infection à VIH dans les districts sanitaires, à l'élaboration des plans d'action des districts et à la mobilisation des ressources ;
- D'assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida au niveau de la région sanitaire ;
- D'assurer le suivi de l'approvisionnement et du contrôle de qualité des produits au niveau de la région ;
- D'organiser la formation des formateurs des prestataires et la supervision des équipes cadre des districts en collaboration avec les CHR ;
- De collecter, analyser et transmettre les données à temps au niveau central.

L'équipe cadre du district sanitaire (ECD) est l'organe responsable de l'organisation et du suivi de la prise en charge de l'infection à VIH au niveau périphérique. Elle est chargée :

- D'assurer l'intégration, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau des différents acteurs ;
- D'assurer la formation et la supervision des prestataires ;
- D'approvisionner et assurer le suivi de la gestion des stocks des produits au niveau du district ;
- De mettre à la disposition les outils et les supports nécessaires pour les acteurs ;
- D'établir le partenariat avec les structures associatives pour l'aide à l'observance, l'accompagnement psycho-social et le soutien économique des patient ;
- De collecter, analyser et transmettre les données à temps au niveau régional.

Les formations sanitaires publiques (CSPS, CM/CMA, CHR, CHN, CHU), les associations ou organisations à base communautaire, les formations sanitaires privées, confessionnelles assurent la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Le programme de sécurité transfusionnelle est mis en œuvre par le CNTS à travers son plan stratégique de la transfusion sanguine. Les partenaires dans la mise en œuvre de ce programme sont les structures communautaires, les CILS, les CMLS et les CELS qui font des campagnes pour la mobilisation sociale.

L'objectif fixé par ce programme à l'horizon 2020 est d'impliquer 100% des structures dans la sécurité transfusionnelle et la prise en charge des AELB. Le défi à relever dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme est de mettre en place un mécanisme de référence des cas de VIH positif décelés chez des donneurs, en collaboration avec les structures de prise en charge.

Les résultats tangibles montrent une augmentation régulière du nombre de personnes sous traitement ARV et du nombre d'établissements de santé assurant le traitement par les ARV (100 établissements de santé aussi bien publics, privés que communautaires, répartis dans les districts sanitaires des 13 régions sanitaires) avec un maintien de la gratuité du traitement ARV depuis 2010, l'amélioration de la prise en charge des Infections opportunistes (IO) avec des efforts pour le dépistage systématique de la tuberculose chez les PVVIH. Aussi, il y a eu la mise en place de structures de veille pour une meilleure gestion du système d'approvisionnement tels que le comité technique de coordination de la gestion des ARV, des antituberculeux et autres intrants de lutte contre le VIH, le Sida, les IST et la Tuberculose en décembre 2013 en remplacement du comité de suivi de la gestion des ARV et autres intrants de la riposte à l'épidémie du VIH et la mise en place du Comité de réflexion et d'anticipation sur les questions liées au VIH/Sida en Juin 2012.

Cependant, le nombre de personnes qui devraient être traitées chaque année n'est pas couvert. En fin 2015, la couverture était de 69,55% des besoins avec un nombre total de 52 248 PVVIH sous traitement par les ARV dont 49 955 adultes et 2 293 enfants. La prise en charge des infections opportunistes a également touché 28 879 PVVIH. Un nombre total de 77 648 PVVIH dont 51 946 femmes sont inscrites dans les différentes files actives.

Les principales insuffisances portent sur la faible décentralisation du traitement par les ARV surtout chez les enfants et le dépistage systématique de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas encore effectif à tous les niveaux.

Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est mis en œuvre par la Direction de la santé de la famille (DSF) du Ministère de la santé. Les partenaires de mise en œuvre du programme sont les districts sanitaires, les structures communautaires et les groupes de travail spécifiques. La mise en œuvre de la PTME est effective dans 98,22% des formations sanitaires (1 820 sites en 2015). Le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN est

de 86,06% en 2015 contre 85,66%² en 2014 mais reste en deçà de l'objectif national qui est de 90%. Une attention particulière est accordée au renforcement du suivi du couple mère-enfant ainsi que l'adaptation des services offerts pour une meilleure implication des partenaires des femmes vues en CPN dont l'adhésion reste encore faible : 2,2% en 2015 contre 1,6% en 2014 et 1,75% en 2013. L'apport du secteur communautaire dans le programme est appréciable (services de conseil et tests, activités spécifiques à l'endroit des hommes) mais nécessite un renforcement.

Les défis à relever se résument entre autres au dépistage d'au moins 95% des femmes enceintes, au traitement d'au moins 95% des femmes enceintes séropositives au VIH par les ARV, au dépistage d'au moins 10% des partenaires masculins pour le VIH, au diagnostic précoce du VIH de 80% des enfants nés de mères séropositives au cours de leur 2 premiers mois de vie et à la mise sous ARV prophylactique d'au moins 95% des enfants nés de mères séropositives pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

Tous les patients co-infectés TB/VIH sont d'office éligible au TARV. Ce traitement débute le plus tôt possible dès que le traitement antituberculeux est bien toléré en particulier chez les patients ayant un taux de CD4 de moins de 500 cellules/ μ l.

Au niveau du conseil dépistage du VIH, il est à noter une adhésion timide des populations, affaiblissant l'appréciation des résultats en matière de prévention du VIH. Le taux de couverture de la cible annuelle au fil des années est moyen : 58,38% en 2011, 58,21% en 2012, 70,43% en 2013, 38,17% en 2014 et 89,10% en 2015. Le nombre de personnes dépistées bien que faible a régulièrement augmenté jusqu'en 2013, pour rechuter en 2014 du fait de la faiblesse du financement du conseil dépistage en milieu communautaire et du faible niveau de dépistage dans les formations sanitaires publiques. Il est en effet passé de 332 266 en 2011 à 504 596 personnes en 2015. En outre, le dépistage a été plutôt réalisé au profit de la population générale sans un accent particulier sur les groupes spécifiques.

Les contraintes majeures concernent donc le faible niveau de sensibilisation et de participation de la population, les cas de ruptures de consommables et de réactifs dans les centres de dépistage périphériques, la faible motivation des conseillers faute de ressources au niveau des centres communautaires.

En rapport avec les services pour les orphelins et les enfants vulnérables, et l'éducation, les résultats montrent la réalisation de soutiens divers (psychologique, spirituel, socio-économique, juridique, ...) au profit des PVVIH et des personnes affectées par le VIH notamment les OEV. Plusieurs personnes ont été soutenues au fil des années. Un nombre important d'OEV a bénéficié de soutiens divers (PEC intégrée) et d'enquêtes sociales pour mieux orienter leur prise en charge. Cependant, la plupart des actions sont toujours parcellaires. Elles ne prennent pas suffisamment en compte le paquet de services en matière de prise en charge des

² Annuaire statistiques MS

OEV qui considère à la fois la santé, la scolarisation, l'alimentation, le soutien juridique, le déplacement, etc.

Les activités de protection juridique et de lutte contre les pratiques de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH et les personnes affectées ont été soutenues dans le sens du renforcement de leur accès aux services juridiques (107 personnes victimes de stigmatisation et de discrimination identifiées ont toutes bénéficié de soutien contre 275 en 2014 et 60 en 2013). Les activités ont porté sur des séances de sensibilisation sur la lutte contre la stigmatisation/discrimination et sur les droits humains dans le contexte du VIH, des appuis/assistances et médiations juridiques, la reproduction et la diffusion de textes juridiques et réglementaires sur le VIH, l'organisation des campagnes médiatiques de sensibilisation du grand public sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. La stigmatisation et la discrimination sont de plus en plus modérées mais des insuffisances sont notées en relation avec la méconnaissance des textes juridiques par les populations, la persistance de l'auto-stigmatisation par les PVVIH, le non recours et les difficultés d'accès à la justice par les personnes infectées et affectées victimes.

5.1.4. Connaissance et comportement

Les résultats des études comportementales montrent une persistance des comportements à risque et une insuffisance de connaissance des mesures de protection. En effet, parmi les hommes de 15-49 ans, 5 % ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels payants. Parmi les hommes en rupture d'union, cette proportion est beaucoup plus élevée (11 %). Le recours aux rapports sexuels payants est plus fréquent en milieu urbain (8 % contre 4 % en milieu rural). En outre, on constate que parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois (seulement 1,2 %), 33 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels payants. La quasi-totalité des femmes et des hommes de 15-49 ans (98 % dans les deux cas) ont déjà entendu parler du sida et les proportions de celles et ceux qui ont déjà entendu parler du sida sont très élevées, quelle que soit la caractéristique sociodémographique³.

Près des trois quarts des femmes (74 %) et une proportion plus élevée d'hommes (87 %) ont déclaré que le recours des deux moyens (abstinence sexuelle et fidélité d'une part et utilisation du condom d'autre part) permettait de réduire les risques de contracter le VIH/sida. On relève, chez les femmes comme chez les hommes, que ces deux moyens de prévention sont plus connus par ceux qui résident en milieu urbain et par ceux ayant un niveau secondaire ou plus. Dans l'ensemble, 30 % des femmes ont une connaissance considérée comme « approfondie » du sida. Dans une proportion plus élevée que les hommes (76 % contre 61 %), les femmes savent que le VIH/sida peut être transmis de la mère à l'enfant au moment de l'allaitement. De plus, 66 % des femmes et 61 % des hommes savent que le risque de transmission materno-foetale peut être réduit par la prise de médicaments par la

³ Rapport de l'EDS IV; Burkina Faso 2010

mère pendant la grossesse. Globalement, 59 % des femmes et une proportion plus faible d'hommes (44 %) connaissent, à la fois, la possibilité de transmission par l'allaitement et l'existence d'un médicament qui peut réduire les risques de transmission maternelle au cours de la grossesse⁴.

5.1.5. État de la surveillance

La surveillance de l'épidémie se fait à travers :

- la surveillance du Sida à travers une notification universelle des cas de Sida et au niveau des sites sentinelles
- la prévention et l'évaluation de la pharmaco résistance du VIH intégrées au programme national de prévention et de soins du VIH. Cette stratégie comprend trois volets : la surveillance des indicateurs d'alerte précoce (IAP) dans les sites de traitement ; la prévention et le suivi de l'émergence (Monitoring) de la pharmaco résistance du VIH dans des sites de prescription ARV et la surveillance de la pharmaco résistance transmise dans les régions sanitaires

Tableau 1 : Résultats de la séro surveillance 2015

Indicateur	Valeur	Intervalle de confiance à 95%
une prévalence globale de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans	1,3%	[1,1 - 1,6]
une prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans vivant en milieu urbain	2,0%	[1,6-2,4]
une prévalence globale de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans	1,0%	[0,6-1,4]
une prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans vivant en milieu rural	0,3%	[0,1-0,5]
Prévalence de la syphilis	1,0%	[0,8-1,2]

Source : rapport séro surveillance 2015 PSSLS

Les résultats montrent une stabilisation relative des prévalences quel que soit le milieu de résidence depuis 2003 avec une tendance à la baisse ces dernières années. L'enquête IAP 2014, réalisée dans 25 structures dont trois (3) du sous-secteur privé associatif les principaux résultats sont les suivants :

⁴ Rapport de l'EDS IV; Burkina Faso 2010

- IAP1 : « le retrait en pharmacie d'un traitement de première ligne approprié », neuf (09) sites sur les 25 soit 36,0% ont atteint la cible.
- IAP2 : " patients perdus de vue", 11 sites sur 25 ont atteint la cible soit 44,00%.
- IAP3 : "le maintien dans un schéma thérapeutique de première intention approprié 12 mois après le début du traitement", six (06) sites sur les 25 soit 24,00% ont atteint la cible.
- IAP4 :« le retrait des médicaments dans les délais », aucun site n'a atteint la cible. La plupart des sites de PECM dispense les ARV avec une marge allant de trois jours à une semaine, ceci pour permettre au patient de ne pas tomber en rupture pour une raison quelconque qui l'empêcherait d'honorer son rendez-vous.

Du monitoring de la pharmaco-résistance aux ARV, Un protocole a été élaboré en 2009 avec pour objectif général d'évaluer l'émergence de la résistance chez les patients au cours de la première année de traitement ARV et les facteurs de programme TAR potentiellement associés aux structures de prise en charge au Burkina Faso. A ce jour, le monitoring de la pharmaco résistance aux ARV est au stade pilote au Burkina Faso. Deux études sur la prévention et le suivi de l'émergence de la pharmaco résistance aux ARV ont été déjà conduites. Il s'agit de celle du CMA de Pissy en 2010 dans l'arrondissement de Boulmiougou et de celle de l'hôpital de jour du CHU SS de Bobo-Dioulasso. Les résultats montrent que le seuil de transmission de la résistance du VIH aux ARV au Burkina Faso a été classifié comme modéré ou intermédiaire entre 5 et 15% pour les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT) et les non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNTR)

Deux autres sites ont été identifiés sur le critère du plus grand nombre de PVVIH sous ARV pour mener cette étude. Il s'agit des CHR de Koudougou et de Dédougou qui avaient respectivement 3237 et 3380 patients sous ARV au 30 septembre 2016.

5.2. Tuberculose

La tuberculose constitue une priorité sanitaire au Burkina Faso. Depuis 1995, la lutte contre la tuberculose est coordonnée par un Programme National⁵. Les stratégies de lutttes contre la tuberculose au Burkina Faso s'alignent sur celles de l'OMS. En 2015, la stratégie « Halte à la TB » était à sa dernière année de mise en œuvre. Malgré les avancées enregistrées dans la lutte contre cette maladie en terme de diagnostic et de traitement⁶, des défis majeurs restent à relever. Ces défis concernent la sous notification des cas, la prise en charge des co infectés TB/VIH, les cas de résistance

⁵ Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT

⁶ Guide de diagnostic et de traitement de la tuberculose, édition 2011.PNT

aux antituberculeux, la prise en compte des comorbidités (diabète) et des facteurs d'expositions (tabagisme, alcoolisme) ainsi que la mobilisation des ressources financières pour la lutte antituberculeuse

5.2.1. Charge de la maladie

L'incidence de la tuberculose au Burkina Faso en 2015 a été estimée par l'OMS à 52 cas pour 100 000 habitants⁷. La même année, le taux de notification des cas était 30,3 %. Ce taux avait des disparités régionales allant de 47,8 cas pour 100 000 au Sud-Ouest à 15,1 pour 100 000 à l'Est⁸. Parmi les 5 594 cas de tuberculoses qui ont été enregistrés, 3747 étaient des nouveaux cas à bacilloscopie positive. Chez ces nouveaux cas, le sexe ratio homme/ femme était de 2,7 et seulement 60 cas avaient moins de 15 ans. Malgré la sous notification des cas de tuberculose, les données montrent que la morbidité liée à la tuberculose reste très importante et touche toutes les couches sociales.

5.2.2. Mise en œuvre du DOTS

La stratégie DOTS (Directly Observed Treatment of Short course) est une stratégie de traitement de courte durée de la tuberculose sous observation directe adoptée par le programme national Tuberculose dès sa mise en place en 1995. Les éléments de cette stratégie étaient (i) l'engagement politique (ii) le dépistage des cas par la microscopie de qualité assurée (iii) le traitement court et soutien aux malades (iv) l'approvisionnement régulier en médicaments (v) le système de suivi et évaluation et mesure des effets. Dix ans après le début de sa mise en œuvre, des insuffisances pour faire face à des difficultés tels que l'épidémie VIH/Sida et la co-infection TB/VIH, l'émergence des cas de tuberculose pharmaco résistante, la nécessité d'impliquer de nouveaux acteurs, de promouvoir la recherche opérationnelle, de renforcer le système de santé et de mobiliser des ressources suffisantes pour la lutte contre la tuberculose ont été constatées.

Cela a conduit au passage dès 2006 à la stratégie « Halte TB », qui capitalise le succès de la stratégie DOTS tout en reconnaissant les difficultés essentielles que posent la co infection TB/VIH et la tuberculose multi résistante. Cette nouvelle stratégie apporte également des réponses aux problèmes d'accès, d'équité et de qualité et adopte des innovations qui reposent sur des données factuelles en optant de faire participer les dispensateurs de soins privés, de donner les moyens d'agir aux personnes et aux communautés touchées, d'aider à renforcer les systèmes de santé et à promouvoir la recherche. La stratégie « Halte TB » s'arrêta en 2015 pour faire place à la stratégie « End_TB ».

⁷ Rapport OMS 2015

⁸ Rapport annuel 2015 du PNT

5.2.3. MDR, TB / HIV et autres défis

La lutte mondiale contre la tuberculose est confrontée aujourd'hui à des difficultés majeures. L'émergence de nouvelles souches de bacilles responsables de tuberculose pharmaco résistante et la co infection Tuberculose-VIH rendent la lutte contre cette maladie plus complexe. La pharmaco résistance aux médicaments antituberculeux compromet les succès remportés en matière de lutte contre la tuberculose. Les pharmaco résistances apparaissent quand les antibiotiques sont mal utilisés chez des patients avec une tuberculose pharmaco sensible. L'identification précoce des cas de TB-MR/RR et la mise en route d'un traitement approprié dans les meilleurs délais diminuent d'une part le risque de propagation de la tuberculose dans les familles et dans la communauté et d'autre part permettent la guérison rapide des malades. Le VIH et la tuberculose forment une association meurtrière. La tuberculose est une cause majeure de mortalité chez les personnes VIH-positives. Pour une lutte efficace contre ce couple maudit, des actions concertées entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH s'avèrent nécessaires.

5.2.4. Contribuer au renforcement des systèmes de santé

A travers les actions de la lutte contre la tuberculose se fait un renforcement du système de santé. En effet, le personnel soignant et les acteurs des laboratoires exigent un renforcement des compétences dans le domaine de la lutte contre la tuberculose qui profite à l'ensemble du système de santé. En outre, la mise en place d'équipements de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose renforce le plateau technique des laboratoires bénéficiaires qui contribuent efficacement à la lutte globale contre la maladie au Burkina Faso.

5.2.5. Engager tous les fournisseurs de soins

Dans la composante DOTS de la stratégie « Halte TB », les agents de santé sont les principaux acteurs de la prise en charge des cas. En effet, les patients mis sous traitements antituberculeux prennent leur traitement sous la supervision de l'agent de santé. Dans sa composante « Engage TB », les acteurs communautaires (ASBC, Associations et ONG) participent fortement à la lutte. Ces acteurs accompagnent les cas présumés de tuberculose pour le diagnostic et assurent le suivi du traitement des cas à travers le TDO communautaire.

5.2.6. Permettre aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés

Un tiers des cas de tuberculose ne sont ni diagnostiqués ni traités ou ne sont pas notifiés. Même chez les patients repérés, la tuberculose est souvent diagnostiquée et traitée tardivement. Pour repérer et soigner les cas qui ne le sont pas et pour intervenir à un stade précoce de la maladie, il faut mobiliser un vaste ensemble d'acteurs participant déjà à des activités communautaires : ONG et autres organisations de la société civile qui œuvrent dans le domaine des soins de santé primaires, du VIH, de la santé de la mère et de l'enfant, mais qui n'ont pas encore

inscrit la tuberculose au nombre de leurs activités. L'Organisation mondiale de la Santé vient de lancer une nouvelle approche appelée ENGAGE-TB pour faciliter la participation des ONG et des autres organisations de la société civile aux activités communautaires de lutte contre la tuberculose. En outre, pour mieux réussir le combat contre la tuberculose le programme national de lutte contre la tuberculose doit promouvoir l'utilisation de la charte des patients pour les soins aux malades de la tuberculose. La Charte des patients explique les droits et les devoirs des personnes atteintes par la tuberculose. Elle donne à ces personnes, ainsi qu'à leur entourage, les moyens de s'impliquer personnellement grâce à cette connaissance. Initiée et développée par des patients du monde entier, la Charte permet une relation avec les professionnels de santé mutuellement bénéfique. Elle établit la manière dont les malades, la communauté, les autorités sanitaires à la fois publiques et privées, ainsi que les gouvernements, peuvent travailler comme partenaires dans une relation ouverte et positive, dans le but d'améliorer les soins et d'augmenter l'efficacité des processus de santé. Cela permet à chacun d'être plus responsable envers les autres, tout en stimulant une interaction mutuelle ou «partenariat positif».

5.2.7. État de la surveillance

La surveillance de la tuberculose se fait à travers un système national de surveillance. Les données proviennent des différentes structures publiques et privées de prise en charge de la tuberculose qui sont organisées selon la pyramide sanitaire nationale. Les données de prise en charge clinique sont produites par les unités de soins tandis que celles du laboratoire sont transmises par le réseau de laboratoires du programme. Ces données sont collectées à l'aide d'outils standardisés qui sont les registres de consultation, de laboratoire et de traitement, les fiches et carte de traitement, la fiche de gestion de stocks des intrants, les supports de collecte de données du niveau communautaire... Leur transmission se fait à l'aide d'un rapport trimestriel. Ces données collectées au niveau de chaque structure de soins et sont transmises au niveau du district où se fait une vérification de leur qualité avant acheminement au niveau de la région. Après vérification et compilation, elles sont centralisées au niveau de la coordination du programme. Elles sont par la suite saisies et analysées dans la base de données de la tuberculose. La promptitude et la complétude des données transmises sont appréciées avant leur analyse.

Le suivi régulier concerne tous les indicateurs (impact, effet, couverture). La diffusion des informations de la surveillance se fait à travers les feed-back vers les acteurs du programme à tous les niveaux ainsi qu'à travers le bulletin semestriel élaboré par le programme. Les perspectives du système de surveillance sont l'intégration effective de la base de données du PNT à Endos-BF, l'amélioration de son exhaustivité et l'application des nouvelles directives de lutte contre la tuberculose.

5.2.8. Favoriser et promouvoir la recherche

Le but de la recherche est de créer la connaissance essentielle pour agir afin d'améliorer la santé. Sans cette connaissance, l'action est impossible car elle n'a ni

logique, ni base empirique. Les activités de santé qui n'incluent pas en leur sein un programme de recherche, deviennent souvent inadaptées, trompeuses et inutilement coûteuses. C'est pour cette raison que le Programme National Tuberculose a inclus cette composante essentielle et nécessaire de recherche dès le début. La promotion de la recherche au sein du PNT s'est traduite par le renforcement des capacités du personnel en matière de recherche opérationnel, la collaboration avec les instituts de recherche (IRSS, Centre Muraz...) et de formation (ENSP, Université de Ouagadougou...), la participation aux activités du WARN-TB et la mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre de projets de recherche.

5.3. Paludisme

Le paludisme est dû à des parasites du genre Plasmodium transmis à l'homme par des piqûres de moustiques Anophèles femelles infectés, appelés «vecteurs du paludisme». Il existe 5 types espèces de parasite responsables du paludisme chez l'homme, dont 2 (Plasmodium falciparum et P. vivax) sont les plus dangereux. Au Burkina Faso le Plasmodium falciparum est le plus répandu.

La lutte contre le paludisme est une priorité du Burkina Faso coordonnée par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Elle est menée à travers des plans stratégiques élaborés conformément au Plan national de développement sanitaire (PNDS)⁹.

5.3.1. Charge de la maladie

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Selon les données statistiques 2015 du ministère de la santé le paludisme représente le principal motif de consultation (45,7%), d'hospitalisation (45,6%) et de décès (25,2%) dans les formations sanitaires. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les cibles les plus vulnérables. Selon l'enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso (EIPBF 2014) la prévalence parasitaire chez les enfants de moins de 5 ans est de 46%¹⁰.

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

⁹ OMS, Rapport mondial sur le paludisme 2015, 2016

¹⁰ INSD rapport EIPBF-2014, 2015

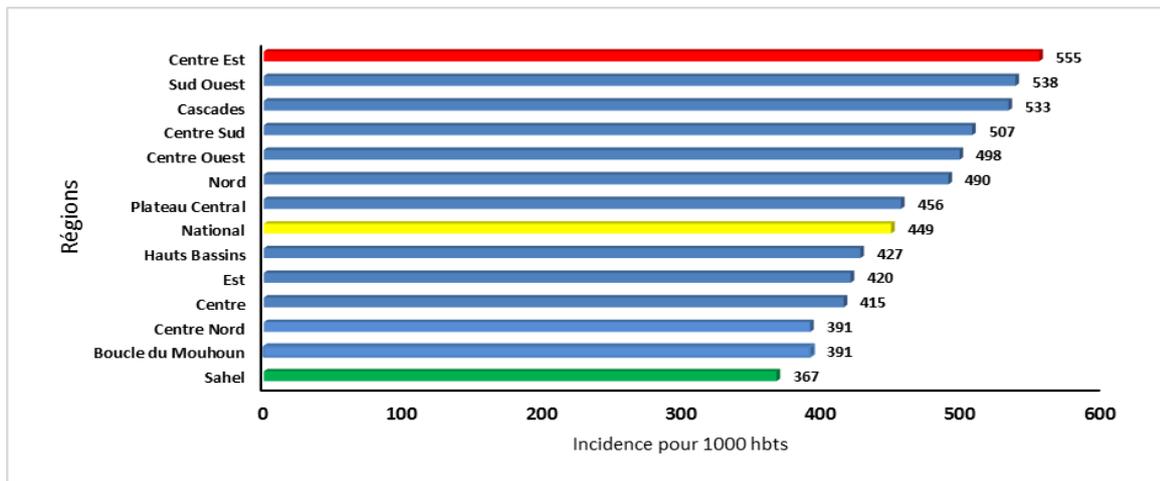


Figure 1 : Incidence des cas déclaré de paludisme pour 1000hbt par région en 2015 au Burkina Faso

5.3.2. Politiques et stratégies d'intervention

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Ainsi, l'Etat a formulé une politique sanitaire nationale dans laquelle la lutte contre le paludisme figure en bonne place. Par ailleurs, le Burkina Faso a souscrit à diverses initiatives internationales de lutte contre le paludisme (Roll back malaria, initiative Fonds Mondial...). Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de lutte contre le paludisme sont: l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance¹¹. Les principales stratégies d'interventions sont :

- Le diagnostic parasitologique du paludisme au niveau communautaire et des formations sanitaires publiques et privées avec un accent sur le Contrôle Qualité/Assurance Qualité des laboratoires
- Le traitement du paludisme au niveau communautaire et des formations sanitaires publiques et privées.

La lutte anti-vectorielle à travers l'accès universel aux Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), la Pulvérisation intra domiciliaire (PID), la Lutte anti-larvaire (LAL), la promotion de l'assainissement du cadre de vie et la gestion de la résistance aux insecticides

- La prévention du paludisme chez la femme enceinte avec la mise en œuvre des interventions de traitement préventif intermittent (TPI) et de distribution de MILDA en routine.
- La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3-59 mois

¹¹ Politique de lutte contre le paludisme 2011

- Le renforcement de la communication avec le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportements
- La sécurisation de l'approvisionnement des intrants (Gestion des approvisionnements et des stocks, pharmacovigilance et contrôle de qualité des intrants)¹²

5.3.3. Mise en œuvre du contrôle du paludisme

La planification des activités de lutte contre le paludisme se fait de façon intégrée avec toutes les parties prenantes selon les cadres de planification proposés par le système de santé. La mise en œuvre des activités au niveau national se fait par les structures techniques publiques et privées appuyées par les ONG et les associations.

Au niveau central : La planification des activités de lutte contre le paludisme s'articule autour de l'élaboration des plans stratégiques quinquennaux déclinés en plans d'action annuels. Ces documents sont élaborés en tenant compte du PNDS d'une part et d'autre part des résultats de la revue des performances du programme, tout en intégrant les nouvelles approches mondiales de lutte contre le paludisme. Ils présentent les axes stratégiques de lutte contre le paludisme qui serviront d'orientation pour la planification des activités aux niveaux intermédiaire et périphérique. Le niveau central est chargé de l'élaboration et la diffusion des documents normatifs, de la supervision et de l'appui des acteurs de la lutte contre le paludisme au niveau intermédiaire.

Au niveau intermédiaire : La lutte contre le paludisme est coordonnée par les équipes des directions régionales de la santé (DRS). Elles élaborent et mettent en œuvre leur plan d'action annuel qui intègre les activités de lutte contre le paludisme.

Les plans d'action des centres hospitaliers intègrent également les activités de lutte contre le paludisme.

Au niveau périphérique : la coordination est assurée par les équipes cadres de district (ECD) qui appuient les formations sanitaires dans la planification et la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Les plans d'action du niveau périphérique prennent en compte les activités du secteur privé et de la société civile.

5.3.4. État de la surveillance

La gestion des données de lutte contre le paludisme est essentiellement basée sur le système national d'information sanitaire (SNIS). Les principales sources de données utilisées par le PNLP sont les données de routine et les données issues des enquêtes et des études spécifiques.

¹² Plan stratégique du PNLP 2016-2020 ; 2016

La collecte de données est réalisée au niveau de l'ensemble des formations sanitaires publiques et privées y compris le niveau communautaire. Elle se fait sur la base des outils de collecte validés du SNIS qui sont essentiellement le rapport mensuel d'activités et le télégramme lettre officielle hebdomadaire (TLOH). Ces outils de rapportage sont renseignés à partir des dépouillements des registres de collecte (à l'aide de fiches de dépouillement). Ce processus intègre le contrôle de la qualité des données. Le PNLP utilise également les données de couverture, de résultats et d'impact des enquêtes nationales représentatives suivantes :

- Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples (EDS- MICS)
- Enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso (EIPBF)
- Enquête intégrale sur les conditions de vies des ménages (EICVM)
- Enquêtes dans les formations sanitaires et enquêtes ménages (enquête SARA, DQA...)

La transmission des données suit la pyramide sanitaire et se fait par courrier ordinaire, par téléphone ou par courrier électronique selon des périodicités définies selon le circuit du SNIS (hebdomadaires, mensuels, trimestrielles).

L'assurance qualité des données est réalisée à tous les niveaux pendant la collecte le traitement et l'analyse des données.

La validation des données du paludisme est intégrée à celle des données du SNIS et s'effectue de façon trimestrielle au niveau des districts. Elle permet de :

- S'assurer du respect de la méthodologie de collecte des données;
- S'assurer de la validité et de la fiabilité des données ;
- S'assurer de la complétude et de la promptitude des données collectées ;
- Corriger les éventuelles erreurs, incohérences et/ou les aberrations observées ;
- Renforcer les capacités techniques du personnel de collecte de base et de compilation à tous les niveaux.

Un feed-back est fait aux formations sanitaires pour prendre en compte les différentes corrections. Le contrôle de qualité s'effectue également lors des sorties de supervision.

Un Entrepôt de données sanitaires du Burkina Faso (Endos-BF) a été développé sur « District health information software version 2 » (dhis2) et implémenté au niveau district, région et hôpital pour la gestion des données. Les gestionnaires de données à tous les niveaux du système de santé ont été formés à son utilisation. Les données

sont compilées et analysées et le calcul des indicateurs appropriés s'effectuent par niveaux pour les besoins de planification et d'évaluation de façon périodique (hebdomadaire, trimestrielle, semestrielle, annuelle...).

La diffusion de l'information se fait à travers l'annuaire statistique, le tableau de bord santé, les comptes de la santé et des bulletins d'épidémiologie et d'information sanitaire (BEIS). Elle se fait également lors des visites de supervision sur le terrain et lors des rencontres de dissémination et d'information (comité national de pilotage, partenaires, centres de recherche). Les bulletins hebdomadaires, trimestriels et semestriels sur le paludisme sont produits par le PNLP et diffusés aux décideurs, aux partenaires du programme, aux acteurs et aux bénéficiaires.

L'information produite aide à la prise de décision pour :

- La contribution du programme aux engagements pris par le pays au niveau international et au niveau sous régional ;
- La justification des financements reçus des partenaires ;
- L'amélioration des interventions ;
- Les besoins de planification et la mobilisation des ressources ;
- L'évaluation de l'efficacité du programme ;
- La documentation des meilleures pratiques.

5.3.5. Impact des interventions de lutte contre le paludisme

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme a permis de constater la réduction de la létalité du paludisme dans la population tout âge confondu et chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, la létalité est passée de 2% en 2011 à 1.2% en 2015 dans la population tout âge confondu et de 3.1% en 2011 à 2% en 2015 chez les enfants de moins de 5 ans.

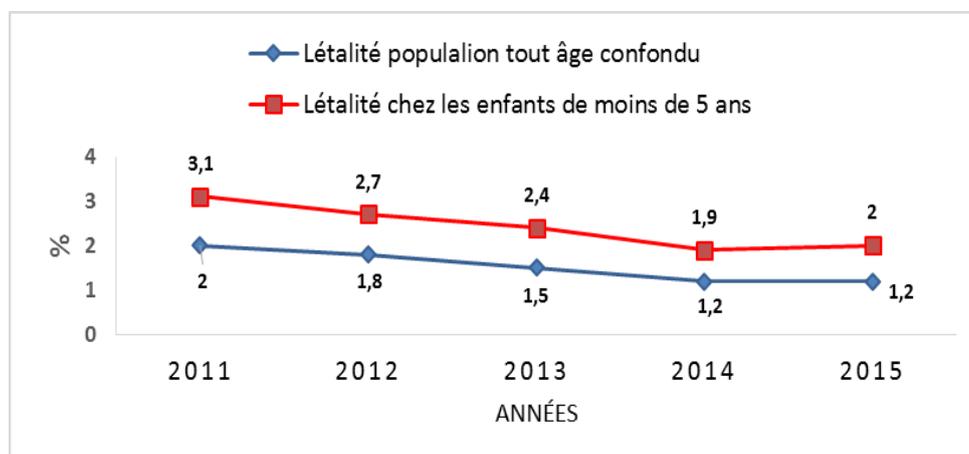


Figure 2 : Evolution de la létalité du paludisme dans la population général et chez les enfants de moins de 5 ans de 2011 à 2015 au Burkina Faso

5.4. Immunisation et mise en œuvre de la vaccination

Le programme élargi de vaccination, depuis son lancement en 1974 par la communauté internationale, a montré qu'il permet avec un bon rapport coût/efficacité, de sauver des millions de vie chaque année. Ainsi, en mai 2012, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP 2011-2020), un cadre stratégique offrant une vision pour la décennie. Un Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV) 2014-2020 a été élaboré, orientant les pays de la région africaine à développer la composante vaccination de leurs stratégies sectorielles et plans nationaux de santé et à allouer des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs en matière de vaccination. Au Burkina Faso, le PEV est l'un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé, dont les interventions s'inscrivent dans les Objectifs du développement durable (ODD). La vaccination constitue l'une des composantes du paquet minimum d'activités (PMA) d'une formation sanitaire défini par le ministère de la santé. Depuis 2000, la vaccination a été déclarée gratuite sur toute l'étendue du territoire.

Le Burkina utilise trois types de vaccins : les vaccins inactivés (ou tués), les vaccins vivants atténués, les sous-unités (anatoxines et antigènes purifiés). Les vaccins utilisés dans le cadre du PEV sont le BCG, le DTC-HepB-Hib, le VPO, le RR, le VAA, le PCV, le PCV13, le Rotateq et le MenAfriVacTM. Il est prévu l'introduction d'autres nouveaux vaccins tels que le VPI, le HPV en démonstration et le vaccin MenAfrivac®. Pour les femmes il s'agit essentiellement du vaccin contre le tétanos afin d'éliminer le tétanos maternel et néonatal. Tous ces vaccins répondent aux exigences de conditions de conservations et de transport tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Ils sont conservés entre +20C à +80C transportés avec des accumulateurs conditionnés.

5.4.1. Gestion du PEV

Depuis 2006, au regard de la situation épidémiologique du Burkina Faso caractérisée par une forte morbidité et mortalité due à l'hépatite B et l'*Haemophilus Influenzae type b*, le pays avec l'appui de ses partenaires a introduit le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) dans son calendrier vaccinal. D'autres maladies transmissibles évitables par la vaccination demeurent cependant des préoccupations majeures pour le pays, notamment les infections à pneumocoque, les infections dues aux rotavirus. Au regard de cette situation le Burkina Faso a introduit dans la vaccination de routine en 2013 les vaccins contre le pneumocoque et contre les infections à rotavirus. En 2014 la deuxième dose de VAR a été introduite. La surveillance des maladies cibles permet d'apprécier l'impact de la vaccination. Elle porte sur les maladies suivantes : poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, tétanos, coqueluche, les méningites à *Haemophilus Influenzae b*, les méningites à pneumocoque et les diarrhées à rotavirus. Avec l'introduction du vaccin rougeole-rubéole, la

surveillance prendra en compte désormais le syndrome de rubéole congénitale (SRC).

L'approvisionnement en intrants de vaccination au niveau national se fait sur la base d'un plan quinquennal (Forecast) mis à jour annuellement en collaboration avec l'UNICEF. L'achat de la quasi-totalité des vaccins et consommables est assuré par l'Etat sur la base d'un contrat d'assistance – achats avec l'UNICEF. L'alliance GAVI assure l'achat du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) et des consommables correspondants dans le cadre du soutien aux services de vaccination dans l'introduction des vaccins nouveaux et sous-utilisés. Depuis 2011, l'Etat cofinance avec GAVI l'acquisition du vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib et, depuis 2013, celle des nouveaux vaccins introduits dans le PEV (vaccins antipneumococcique et antitrotavirus). Le rythme d'approvisionnement en vaccins est semestriel pour le niveau central. Il est trimestriel ou bimestriel pour les dépôts régionaux en fonction de la capacité de stockage disponible, bimensuel pour les districts et mensuel pour les formations sanitaires de base.

La gestion des stocks est informatisée au niveau du dépôt central ainsi que dans la quasi-totalité des dépôts PEV régionaux grâce à l'outil de gestion informatisé des stocks (OGIS) élaboré par l'OMS. Cependant l'utilisation de ce logiciel au niveau des districts sanitaires connaît des difficultés liées à son inadaptation à ce niveau.

En 2012, un inventaire exhaustif des équipements de la chaîne de froid a été réalisé, suivi de l'élaboration d'un plan de réhabilitation logistique prenant en compte le remplacement et/ou renouvellement des équipements sur la période de 2013 à 2017.

La mise en œuvre de ce plan a permis d'acquérir 59 réfrigérateurs pour les régions et districts sanitaires et 206 réfrigérateurs pour les formations sanitaires, 03 Chambres froides positives de 40 m³ chacune au profit du dépôt central et 323 Fridge-tag 2. Malgré ces acquisitions il persiste des Gaps au niveau de certains dépôts. En effet, en 2015 on note :

- sur le plan national, 2411 appareils toutes marques confondues ont été inventoriés. Parmi ceux-ci 1911 appareils CDF sont en état de bon fonctionnement, 323 en état de marche mais nécessitant une réparation et 52 appareils non encore mis en service.
- l'âge moyen des appareils inventoriés est de 6,3 ans pour une durée limite de vie technique estimée à 8 ans.
- 32 formations sanitaires sans équipement CDF, y compris les nouvelles ouvertures incessamment prévues
- un déficit important en instrument de monitoring de la chaîne de froid.

La sécurité de la vaccination est un des éléments essentiels de la qualité des services de vaccination. Pour ce faire, le Burkina Faso s'est doté d'une politique de

gestion des déchets biomédicaux parmi lesquels ceux issus de la vaccination. Cette politique exige la mise en œuvre de normes pour assurer la sécurité des injections. Ainsi, toutes les formations sanitaires utilisent des seringues autobloquantes pour l'administration des vaccins, des seringues à usage unique pour la reconstitution des vaccins lyophilisés et des boîtes de sécurité pour la collecte des seringues et aiguilles usagées.

Un système de gestion des déchets vaccinaux existe aux niveaux intermédiaire et périphérique. Cependant, ce système connaît d'énormes difficultés dans sa réalisation effective, notamment dans sa composante destruction des déchets et élimination des risques. Malgré les efforts importants qui ont été déployés en 2010 pour doter toutes les régions et districts d'incinérateurs performants, à l'occasion de la campagne contre la Méningite A, la plupart des régions et des districts ne dispose toujours pas d'un incinérateur fonctionnel pour la destruction des déchets vaccinaux.

La surveillance des MAPI se fait au niveau de toutes les formations sanitaires avec la mise à disposition des supports de notification et l'investigation des cas sur le terrain. Par ailleurs il existe un comité technique spécialisé de vigilance des produits et vaccins logé dans la direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DGPML) pour assurer l'imputabilité. Selon l'annuaire statistique 2015 un total de 12 214 MAPI ont été notifiées dont 37 cas graves.

5.4.2. Calendrier d'immunisation

Les cibles de la vaccination du PEV sont constituées des enfants de 0-18 mois et des femmes enceintes qui constituent la porte d'entrée pour le vaccin antitétanique (VAT). Les enfants reçoivent tous les antigènes en 6 contacts avant leur 2^{ème} anniversaire

Tableau 2 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 18 mois

Contact	Age	Antigènes
1	Naissance	BCG, VPO 0
2	8 semaines	Penta1, Pneumo1, Rota1, VPO1
3	12 semaines	Penta2, Pneumo2, Rota2, VPO2
4	16 semaines	Penta3, Pneumo3, Rota3, VPO3,
5	9 mois	RR1 et VAA
6	15 – 18 mois	RR2, MenAfriVac TM *

*introduction prévue pour le 6 mars 2017

Le calendrier vaccinal des femmes en âge de procréer le suivant :

Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine des femmes enceintes

Contact	Age	Antigènes
1	Dès que possible	VAT1
2	4 semaines après la première dose, mais pas plus tard que deux (2) semaines avant la date prévue pour l'accouchement	VAT2
3	Six (6) mois au moins après la deuxième dose	VAT3
4	Un (1) an après la troisième dose	VAT4
5	Un (1) an après la quatrième dose	VAT5

5.4.3. Couverture vaccinale par antigène en 2015

Tableau 4 : Situation de la couverture vaccinale selon l'EMDS 2015

Antigène	Couverture (%)
BCG	96.8
DTC-Hep Hib3	92.2
Polio 3	92.0
Rougeole	86.2

INSD, EMDS 2015

Les activités de recherche en matière de vaccination sont peu développées au Burkina. Cependant, un projet de développement d'un vaccin contre le paludisme est en cour au Centre de recherche de Nanoro. Des essais sont également réalisés en collaboration avec des centres de recherche internationaux sur Ebola. Des efforts restent à faire dans ce domaine.

5.4.4. Composantes du programme

Le programme élargi de vaccination s'articule autour de sept (7) composantes que sont la gestion du programme, la gestion des ressources humaines, la prestation des services, la surveillance et la notification des cas, les vaccins, la chaine de froid et logistique, la communication et le financement. La Direction de la Prévention par les Vaccinations (DPV) est chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans son volet vaccination. Elle a pour mission :

- De concevoir, de coordonner, de planifier, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination,
- De participer à la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV en collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie (DLM),
- D'organiser et de coordonner la riposte vaccinale en collaboration avec la DLM dans les situations d'urgence et en cas d'épidémie où l'indication d'une vaccination est posée,
- D'assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables en collaboration avec la Direction de l'administration et des finances et la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires,
- De participer aux travaux de recherche sur les vaccinations,
- D'apporter un appui technique aux structures déconcentrées dans la mise en œuvre des activités de vaccination.

La gestion des ressources humaines du programme s'inscrit dans le cadre général de la gestion des ressources humaines du ministère de la santé. L'analyse de la situation de la gestion des ressources humaines du programme se fait à travers cinq (5) thématiques dont la gestion administrative, la gestion des effectifs, la formation, la supervision et la motivation.

La politique nationale de vaccination préconise la vaccination des enfants de 0 à 11 mois avec deux autres contacts à partir de 15 mois et des femmes de 15-49 ans. Pour la vaccination des femmes, la grossesse constitue la porte d'entrée.

Au niveau national une stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte est développée depuis 1998 sous la direction de la DLM. Les activités de surveillance des maladies cibles du PEV s'inscrivent dans ce cadre global.

La surveillance des maladies cibles permet d'apprécier l'impact de la vaccination. Elle porte sur les maladies suivantes : poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, tétanos, coqueluche, les méningites à *Haemophilus Influenzae b*, les méningites à pneumocoque, les diarrhées à rotavirus et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). Cette surveillance des maladies s'exécute à tous les niveaux (périphérique, intermédiaire et central) où des points focaux sont désignés pour sa mise en œuvre. Elle concerne aussi bien les structures publiques que privées qui sont des sites potentiels de surveillance. La surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC) est une forme d'implication de la communauté dans la notification des cas de maladies cibles du PEV.

Ce volet comprend les procédures d'approvisionnement, de stockage et de distribution mises en œuvre, ainsi que les mécanismes de suivi de l'utilisation des intrants à tous les niveaux

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection se fait sur fonds propres (Budget de l'Etat) par le biais d'un contrat d'assistance - achats avec l'UNICEF, sauf les nouveaux vaccins (DTC-HepB-Hib, PCV-13, Rotateq®, vaccin Rougeole-Rubéole), et les consommables correspondants qui sont cofinancés avec GAVI.

Un plan pluriannuel glissant d'approvisionnement de cinq ans est développé chaque année, en collaboration avec l'UNICEF.

Les vaccins sont stockés au niveau central dans 10 chambres froides de capacité totale nette de 108 000 litres. A ce jour, les vaccins du PEV font actuellement l'objet d'un enregistrement auprès de la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires qui est l'autorité nationale de réglementation (ANR), avant leur mise à la consommation. La surveillance des manifestations adverses post injection (MAPI) est également assurée par cette autorité, à travers un service chargé des Vigilances.

Quant au matériel d'injection, il est stocké dans un magasin de grandes dimensions acquis en location.

Le circuit et le rythme de distribution théorique des vaccins sont les suivants :

- Un approvisionnement tri ou bimestriel des dépôts régionaux à partir du niveau central en fonction de leur capacité de stockage ;
- Un approvisionnement bimestriel pour les dépôts de districts, à partir des dépôts des DRS.
- Un approvisionnement mensuel pour les CSPS à partir des dépôts de districts.

La communication se présente comme l'une des stratégies importantes des programmes de développement. Elle est déterminante dans l'atteinte des objectifs du PEV et utilise 3 stratégies à savoir la communication pour le changement de comportement, la mobilisation sociale et le plaidoyer.

Au cours des années 2013- 2015 un plan intégré de communication a été élaboré prenant en compte la vaccination de routine, la surveillance des maladies cibles, les vaccinations supplémentaires et l'introduction des nouveaux vaccins.

Au niveau central, les activités suivantes, essentiellement médiatiques sont menées en faveur des activités de vaccination supplémentaires (AVS), la Semaine africaine de vaccination (SAV) et l'introduction de nouveaux vaccins. Il s'agit notamment : des interviews d'autorités sanitaires (radio et télé), émissions radios et télé en langues nationales, confection/ diffusion de spots radio/télé en français et en langues nationales, élaboration de messages types à l'intention des agents de santé et des relais communautaires, confection d'affiches et réalisation de films sur le PEV.

Au niveau périphérique, ce sont essentiellement des causeries éducatives lors des séances de vaccination, l'information des familles par les ASBC avant les séances

de vaccination en stratégie avancée qui sont menées. En outre, pour le plaidoyer, des rencontres sont organisées au profit des personnes pouvant avoir une influence sur les communautés. Il s'agit notamment : des autorités administratives, politiques, coutumières et religieuses, les responsables d'ONG/Associations/groupements ainsi que des médias à tous les niveaux afin d'obtenir l'adhésion des populations aux activités de vaccination.

Sur le terrain, divers canaux sont utilisés pour informer la population ; les crieurs publics constituent le canal le plus utilisé.

Plusieurs partenaires techniques et financiers interviennent dans le financement de la vaccination, mais les plus importants en terme de financement sont l'Etat burkinabé, l'UNICEF, l'OMS, GAVI.

Tableau 5 : Evolution des montants alloués par source de financement de 2013 à 2015

Source de financement	2013		2014		2015	
	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (\$)	%
BE	1 224 577 044	74,8	1 225 083 000	69,4	1 273 255	25,5
OMS	337 705 654	20,6	265 683 836	15,1	3 567 783	71,6
UNICEF	51 182 149	3,1	92 077 650	5,2	129 902	2,6
GAVI	22 210 694	1,4	179 357 849	10,2	1 996	0,04
PADS	2 115 275	0,1	2 576 200	0,1	13 370	0,3
TOTAL	1 637 790 816	100,0	1 764 778 535	100,0	4 986 306	100,0

En matière de contrôle de la fièvre jaune, des efforts réalisés dans le cadre de la surveillance de la fièvre jaune ont permis la confirmation de 2 cas en 2015 par l'institut Pasteur de Dakar.

Un accent a été mis sur la qualité de la surveillance basée sur les cas en témoigne le niveau de performance des indicateurs consignés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune

Indicateurs	Normes	Niveau en 2015
Proportion de districts ayant notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune	80%	88,88%
Proportion de cas suspects de Fièvre jaune prélevés	80%	100%

Pour ce concerne l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le pays a en 2011 été pré-certifié au décours d'une évaluation internationale. Une seconde évaluation externe recommandée par l'OMS a été conduite en janvier 2012 et a permis de déclarer le Burkina Faso comme pays ayant éliminé le Tétanos Maternel et Néonatal (TMN). Toutefois, la surveillance du TNN se poursuit dans tous les districts sanitaires (DS).

Pour la pré-élimination de la rougeole, le Burkina Faso a organisé une campagne de suivi en 2011 et une campagne de rattrapage Rougeole-Rubéole en 2014 dans l'ensemble des districts. La couverture vaccinale administrative de la campagne rougeole-rubéole était de 106,39% et celle obtenue après enquêtes par les moniteurs indépendants de 98%.

En matière d'élimination de la méningite *Meningococcal A* le pays met en œuvre la surveillance des méningites bactériennes à travers la DLM avec la participation des quatre Laboratoires de niveau national (CHUSS, CHUYO, LNSP, Centre Muraz) et le Laboratoire national de référence méningite (CHUP-CDG) qui assure le diagnostic biologique. Faisant suite à la campagne de vaccination de masse avec le MenAfriVac™, en 2010, une surveillance au cas par cas des méningites a été mise en place à l'échelle du pays. Cette surveillance a permis de constater une réduction du nombre de cas de méningite due à NmA (4 cas en 2015) et une augmentation du nombre de cas de méningite due au Sp et NmW

Quant à l'éradication de la poliomyélite, le système de surveillance active des Paralysies Flasques Aigues (PFA) a été mis en place au Burkina depuis 1997 dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite. Depuis novembre 2009, aucun cas de Polio virus sauvage (PVS) autochtone n'a été détecté au Burkina, ce qui a valu au pays d'être déclaré libéré de toute circulation de PVS autochtone en juin 2015 par la Commission Régionale de Certification pour l'Afrique (CRCA).

Cependant en Afrique de l'Ouest (Nigéria), des cas de PVS ont été enregistrés au cours des cinq dernières années (2011-2015) d'où l'existence d'un certain risque. Au regard de la situation épidémiologique et pour maintenir les acquis de la certification, le Burkina Faso a élaboré un plan national de préparation et de riposte à une importation de poliovirus sauvage, un plan d'action de confinement et un plan

standard d'éradication. Le pays étant déclaré libéré de la circulation du PVS autochtone, il devra élaborer annuellement un rapport de mise à jour en lieu et place du plan standard. En outre il a mis en place la surveillance environnementale suite aux recommandations du CRCA depuis 2015.

Parmi les indicateurs de suivi de la polio, deux sont majeurs et annuellement suivis et les résultats au compte de l'année 2015 sont :

- Le taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans est de 3,21
- Le pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été collectés dans les 14 jours après le début de la paralysie est de 91,13%.

La Vaccination systématique consiste en l'administration au quotidien de vaccins aux enfants et aux femmes enceintes conformément au calendrier en vigueur au BF. Elle est réalisée en stratégie fixe et avancée dans la plus part des formations sanitaires du pays. . En 2015, sur 1897 FS identifiées, 1851 soit 98% assurent des activités de vaccination dans 14 367 sites soit en moyenne plus de 7 sites par FS. La vaccination de routine est menée de façon intégrée avec les autres interventions du PMA. La stratégie fixe utilise le centre de santé comme site de vaccination et vise les populations résidant à moins de 5 kilomètres. Cette stratégie est organisée dans les formations sanitaires publiques du pays et dans la plupart des formations sanitaires privées confessionnelles. La stratégie avancée consiste à créer des sites de vaccination en dehors du centre de santé pour la vaccination des populations qui sont à 5 kilomètres et plus. Il est prévu une sortie mensuelle par village selon les instructions du niveau national.

La surveillance sentinelle porte sur les maladies suivantes : les méningites à Haemophilus Influenzae, les infections à rota virus. Avec l'introduction du vaccin rougeole-rubéole, la surveillance prendra en compte désormais le syndrome de rubéole congénitale (SRC), les invaginations intestinales aigues liées au rota virus au centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG) et au Centre hospitalier Universitaire Sanou Sourou (CHU-SS).

La surveillance du SRC a démarrée au cours du 1er trimestre 2015, se fait à travers 3 sites sentinelles (CHU-YO, CHUP-CDG et CHU-SS). Les résultats de cette surveillance sont consignés dans le tableau suivant:

Tableau 7 : Indicateurs de performance de la surveillance du syndrome de rubéole congénital

Indicateurs	Normes	2015
Proportion de sites sentinelles ayant notifiés au moins un cas de SRC avec prélèvement	100%	67% (2/3)
Taux annuel de cas suspects de SRC	≥ 1/10000 NV	0,32/10000 NV
Proportion de cas suspects de SRC notifiés avec prélèvement de sang	100%	100% (26/26)
Proportion de fiches d'investigation correctement renseignées par site	≥ 80%	23% (6/26)

La surveillance des méningites bactériennes pédiatrique est effectuée au site sentinelle du CHU Yalgado OUEDRAOGO depuis 2003. La présence d'un laboratoire de référence permet la confirmation de 100% des cas suspects prélevés. La proportion de Hib identifié reste faible et cela pourrait s'expliquer par l'efficacité du nouveau vaccin DTC-HepB-Hib que le pays a introduit dans le PEV en 2006.

Tableau 8 : Surveillance de la méningite à Hib de 2015 du site sentinelle du CHU-YO

Indicateurs	Norme	2015
Nombre de cas suspects de méningite	-	165
Proportion (%) de cas suspects de méningite avec PL effectuée	90%	100%
Proportion (%) de cas suspects de méningite bactérienne avec Hib identifié par culture, latex ou PCR	5%	0 (0%)
Proportion (%) de cas probables de méningite bactérienne avec Hib identifié par culture, latex ou PCR	5%	0 (0%)

La surveillance des diarrhées à rota virus se fait à travers 4 sites sentinelles (CHR Gaoua, CHU-YO, CHUP-CDG, CMA de Bogodogo). Cette surveillance a démarré au

cours du 1er trimestre 2014. Les résultats de cette surveillance sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 9 : Indicateurs de performance de la surveillance des infections à Rotavirus

Indicateurs	Normes	2015
% d'enfants (éligibles) enrôlés (questionnaire renseigné avec un échantillon de selle prélevé)	80%	95%
% d'enfants dont les échantillons de selles testés positifs au Laboratoire	30%	18%
% de sites qui transmettent les données à temps (Avant le 7 du mois)	80%	73%

Des efforts sont faits dans l'enrôlement des cas et la transmission des données en 2015. L'impact positif du nouveau vaccin introduit en fin 2013 pourrait justifier la baisse sensible de la proportion des cas positifs au laboratoire.

5.5. Santé des enfants, adolescents/jeunes et des personnes âgées

La morbidité et la mortalité néonatales et infanto-juvéniles demeurent un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en développement dont le Burkina Faso.

Cette situation a mobilisé ces dernières années la communauté internationale à travers la mise en œuvre de nombreuses initiatives et le développement de stratégies d'efficacité prouvée pour soutenir les pays à réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles. Au plan national cet engagement s'est matérialisé par l'élaboration d'un plan stratégique de survie de l'enfant couvrant la période 2015-2019.

En ce qui concerne la santé des adolescents et des jeunes, le Burkina Faso compte une population majoritairement jeune dont la tranche d'âge des 6 à 24 ans suscite un intérêt particulier pour le ministère de la santé. Cela a justifié l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique de la santé des adolescents et jeunes pour la période 2016-2020. Il en est de même pour la santé des personnes âgées qui constitue une priorité pour le Ministère de la santé. C'est ainsi qu'un plan stratégique de la santé des personnes âgées 2016-2020 a été élaboré pour apporter une réponse efficace aux problèmes de santé de ce groupe vulnérable.

5.5.1. Charge de la maladie

La santé infantile au Burkina Faso est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées. Les causes directes des décès néonataux sont essentiellement la

prématurité, les complications intra partum et la pneumonie. Une proportion importante de décès de nouveau-nés se produit dans les 48 heures après l'accouchement.

En ce qui concerne les enfants de 0-5 ans, les principales pathologies meurtrières sont constituées par le paludisme (23,8%), les infections respiratoires aiguës (IRA) (13,4%) et les diarrhées (11,5%). Un tiers des décès survient sur un terrain malnutri.

En ce qui concerne la malnutrition, bien que le retard de croissance soit en baisse continue depuis 2009, il ressort qu'environ un tiers des enfants de moins de 5 ans (30,2%) en souffrent toujours (Enquête nutritionnelle 2015). L'analyse par sexe indique que la prévalence est plus élevée chez les garçons (34%) que chez les filles (29%).

Dans le domaine du VIH/Sida, la prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositive reste élevée et s'établit à 5,9% en 2015.

En plus des problèmes de santé communs à la population entière, les jeunes sont les principales victimes des IST et du VIH/SIDA, des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des traumatismes, des violences, des problèmes de santé mentale, des conséquences de certaines mauvaises habitudes de vie (consommation d'alcool, de tabac et de drogue) et de la malnutrition.

Malgré les efforts considérables dans la lutte contre le VIH ces dernières années, l'infection à VIH et les IST demeurent un problème majeur de santé publique.

Selon le rapport de l'ONU SIDA 2015, il ressort que la prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est 0,50% [0,42-0,61] chez les filles et de 0,40% [0,30-0,50] chez les garçons.

En rapport avec la fécondité, les grossesses précoces et/ou non désirées et avortements, selon l'UNFPA et l'ONG Save the Children USA «les catégories à risque pour les grossesses non désirées et les avortements sont:

- les très jeunes adolescents (10-14 ans), tout particulièrement les filles exposées aux exploitations et aux abus sexuels (EAS) en raison de leur dépendance, de leur impuissance et de leur manque de participation aux prises de décision ;
- les adolescentes enceintes âgées de moins de 16 ans, exposées à des risques de dystocie pendant l'accouchement. Un retard dans le traitement peut entraîner des fistules obstétricales ou une rupture de l'utérus, une hémorragie voire un décès de la mère et de l'enfant ;
- les adolescentes marginalisées, dont les séropositifs, les handicapés, les non-hétérosexuels, les indigents et les migrants, qui peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux services en raison de la stigmatisation dont ils sont victimes.

L'indice synthétique de fécondité qui était de 6,0 enfants par femme en 2010 est passé à 5,4¹³ en 2015. La fécondité des adolescentes (15-19 ans) reste élevée malgré une relative baisse entre 2010 et 2015. En effet ce taux est passé de 130‰ en 2010¹⁴ à 117‰ en 2015¹⁵.

La problématique des grossesses précoces et /ou non désirée est très préoccupante avec son corollaire de problèmes tels que les avortements clandestins et leurs conséquences, les infanticides, les abandons scolaires et les exclusions familiales. En se référant au plan stratégique de santé des adolescents/jeunes 2016-2020, il ressort que parmi les jeunes qui ont déjà eu des rapports sexuels, seulement 42% des filles ont déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie. En outre, on note que les méthodes modernes (34% des filles et 48% des garçons) sont plus utilisées que les méthodes traditionnelles (16% des filles et 6% des garçons). Le condom constitue le moyen contraceptif le plus utilisé chez les jeunes de 15 à 24 ans (52,6%).

Au Burkina Faso, la consommation d'alcool, du tabac et de la drogue par les jeunes constitue une réalité préoccupante. Concernant la consommation d'alcool, la prévalence de personnes consommant au moins 60 grammes d'alcool par jour était de 46,6% en 2010 au Burkina Faso;

Selon le plan stratégique de santé des adolescents et jeunes, **le tabagisme**, est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement. On note que 17,3% des élèves âgés de 13-15 ans consomment du tabac et 12,2% d'entre eux fument la cigarette. En 2012, le pourcentage de jeunes filles et garçons dont l'âge est compris entre 13 et 15 ans, ayant couramment usé du tabac est respectivement de 11,5% et 22,6%. Pour les garçons et les filles de la même tranche d'âge ayant usé de la cigarette, leur pourcentage est respectivement de 11,9% et 2,0%.

La consommation de la drogue est de plus en plus répandue chez les jeunes. Les trois principales causes socio-affectives expliquant en partie la consommation de drogue par l'adolescent sont le sentiment d'abandon (consécutif au divorce des parents, ou associé à un délitement familial), la difficulté de trouver un sens à sa vie et à la vie en général et une volonté de transgression plus forte que l'interdit¹⁶.

Selon l'OMS, plus de 90% des décès sur les routes surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et, parmi ces pays, c'est dans la Région africaine et de la Méditerranée orientale de l'OMS que les taux de mortalité sont les plus élevés. En effet, les accidents de la route sont la première cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. Il est de 27.8/100,000 jeunes en Afrique (WHO 2013)

¹³ EMC 2015

¹⁴ EMC 2010

¹⁵ EMC 2015

¹⁶ MS ; Plan stratégique des adolescents 2016-2020

Selon le rapport statistique de la direction de la protection civile, 14 987 cas d'accidents de la route ont été notifiés en 2013.

De l'analyse de la situation sanitaire faite dans le plan stratégique de la santé des personnes âgées au Burkina Faso, il ressort que les états morbides dans cette cible sont favorisés par un ensemble de déterminants agissant à des degrés divers tout le long de la vie. Il s'agit :

- Des facteurs anatomophysiologiques : le vieillissement des organes et des systèmes organiques entraîne chez le sujet âgé des symptômes et des anomalies liées à la sénescence et non à des pathologies proprement dites ;
- Des facteurs liés aux habitudes de vie : le tabagisme, la consommation d'alcool, de cola, etc.
- Des facteurs liés à la malnutrition ;
- Des facteurs liés aux modes de vie : sédentarité, ou inactivité ;
- Des facteurs socio-économiques et impact du VIH/SIDA : la pauvreté, la pandémie du VIH/SIDA
- Des facteurs liés au cadre de vie et à l'environnement : la pollution de l'environnement, la promiscuité, la maltraitance, l'isolement, la solitude ;
- Des facteurs liés au système de santé : l'insuffisance d'organisation de services adaptés aux personnes âgées
- Des facteurs liés à la sécurité sociale : inexistence d'un système de sécurité sociale pour tous.



Des études réalisées au CHUYO en 2002 ont montré que les principaux motifs de demande de soins par les personnes âgées en consultation externe sont le plus souvent : l'hypertension artérielle (28 %), le syndrome œdémateux (29 %), les céphalées et insomnies (19 %), les précordialgies (13 %). Les femmes sont plus nombreuses à demander les soins en consultation externe au CHUYO : 57,95 % contre 42,05 % pour les hommes. Dans les services d'hospitalisation, les pathologies les plus fréquemment rencontrées

sont les cancers (10,55%), l'hypertension artérielle (HTA : 8,57 %), les

cardiomyopathies dilatées (CMD : 7,14 %), le diabète (5,72 %) et l'adénome de la prostate (5,37 %).

Outre les affections somatiques, les personnes âgées sont confrontées à des problèmes de santé mentale dominée par la démence et la dépression. Au CHUYO, une consultation externe sur 100 chez les personnes âgées est un cas de dépression¹⁷.

5.5.2. Couverture d'intervention

Le leadership de la santé de l'enfant des adolescents de la femme et des personnes âgées est principalement assuré par le ministère de la santé à travers ses directions techniques et ses structures déconcentrées. La direction de la santé de la famille (DSF) assure la coordination de la mise en œuvre des politiques et des programmes de ces groupes cibles. La couverture des interventions se présente comme suit :



Santé de l'enfant

Plusieurs interventions sont mises en œuvre à l'échelle nationale en faveur de la santé de l'enfant ; ce sont :

- La promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : les interventions de promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant durant la période de la grossesse à 24 mois après la naissance offrent une fenêtre d'opportunité pour réduire la

¹⁷ MS ; Plan stratégique des personnes âgées 2016-2020

malnutrition et ses effets néfastes. Dans ce cadre, les interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) permettraient de réduire de 19% la mortalité infanto-juvénile et de prévenir la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique.

- La vaccination : le programme élargi de vaccination (PEV) est mis en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques et dans certains centres de santé privés du pays en stratégie fixe et avancée. Ce programme cible les enfants de moins de 15 mois et les femmes enceintes. Les antigènes utilisés sont actuellement le BCG, le VPO, le DTCoq, le Hep Hib, le RR, le VAA, le pneumo13 et le rotateq. Outre le PEV de routine, des campagnes nationales et locales de vaccination contre la poliomyélite, la méningite, la rougeole sont organisées en fonction des indicateurs de surveillance.
- La lutte contre les carences en micro nutriments : Les carences en micronutriments les plus courantes au Burkina Faso sont les carences en fer, en vitamine A et en iode. Pour lutter contre les carences nutritionnelles plusieurs stratégies ont été adoptées. Il s'agit de l'enrichissement des aliments, de l'iodation du sel, du déparasitage des enfants et de la supplémentation en micronutriments. La supplémentation en micronutriment concerne le fer pour les femmes enceintes et allaitantes et la vitamine A pour les enfants de six (6) à 59 mois.
- Les campagnes semestrielles de supplémentation en vitamine A à l'échelle du pays sont systématiques depuis 2006. En outre, il faut ajouter les journées vitamine A+ initiées à partir de 2010 (JVA+). En plus de la supplémentation en vitamine A, les journées vitamine A+ permettent de délivrer un paquet plus large de prestations qui comprennent le déparasitage des enfants, le dépistage de la malnutrition, le rattrapage vaccinal et la mise en œuvre d'activités d'IEC/CCC sur les actions essentielles de santé/nutrition.
- La prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME/VIH) : le premier programme PTME/VIH a été adopté en novembre 2000 et mis en œuvre en 2002. Le troisième programme 2011-2015 a vu l'introduction de nouveaux protocoles ; il s'agit d'une trithérapie à vie pour la femme enceinte séropositive. L'objectif visé par ce troisième programme était la réduction à moins de 5% de la transmission mère enfant du VIH d'ici 2015. En termes de résultats atteints dans la mise en œuvre de la PTME, on peut noter l'augmentation sensible des principaux indicateurs ces dernières années. En effet en 2015 la couverture géographique a atteint 98%, le taux d'adhésion des femmes vues en CPN pour le dépistage du VIH était de 86% contre 85% en 2014, la couverture des couples mères enfants sous ARV était de 89% et le taux de transmission résiduelle du VIH était de 5,9% pour un objectif national de moins de 5%. Quant au diagnostic précoce du VIH chez les

enfants nés de mères séropositives, il est passé de 53% en 2014 à 54,3% en 2015¹⁸.

- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : adoptée en 1999 par le Burkina Faso, la PCIME a été introduite à partir de 2003 dans trois districts pilotes (Tenkodogo, Barsalogo et Séguénéga). Après l'évaluation de la phase pilote en 2004, un plan de passage à l'échelle 2005-2010 a été élaboré et mis en œuvre ; ce plan fut complété par un autre qui prend en compte le volet communautaire. Pour la PCIME Clinique, d'énormes efforts ont été consentis ces dernières années pour le renforcement des compétences des agents, le renforcement du système de santé et la production des documents normatifs. En terme de couverture géographique, 85% des formations sanitaire de premier échelon offraient la PCIME clinique dans tous les districts et régions sanitaires du pays. Cependant la couverture des cibles reste faible. En effet selon les données de routines la proportion des enfants de 0-5 ans malades ayant bénéficié d'une prise en charge selon l'approche PCIME est passée de 23,% en 2014 à 37,2% en 2015. Au regard des données de l'annuaire statistique de 2015 du ministère de la santé, on constate des disparités énormes à l'intérieur des régions, allant de moins de 1% (Nongremassom et Signoghin : 0,4%) à plus 90% (Ouargaye et Mangodara). Les districts les plus performants sont ceux bénéficiant d'initiatives telles que le financement basé sur les résultats (FBR) et le registre électronique de consultation (REC) dans le cadre de la PCIME. Ce qui montre qu'il est possible d'assurer une application de la stratégie à l'ensemble des enfants de moins de cinq ans vus en consultation curative dès lors qu'un certain nombre de conditions de travail et de motivation sont remplies. On note aussi une grande mobilité des agents de santé formés, une faible qualité des supervisions et une faible motivation des agents de santé formés. Le Burkina Faso a développé la PCIME communautaire au cours des dix dernières années, en vue de renforcer l'accessibilité des soins chez les populations les plus vulnérables et les plus éloignées des formations sanitaires de premier niveau. Cette stratégie qui s'appuie sur les ASBC, est reconnue efficace dans la promotion des pratiques essentielles de survie au sein des familles et de la communauté, et dans le traitement curatif des cas simples de paludisme, de diarrhée et de pneumonie. Elle permet de multiplier par cinq la proportion d'enfants correctement soignés contre la pneumonie simple à temps, ce qui contribue de 50% à la réduction de la mortalité spécifique.

Entre 2008 et 2015, la PCIME-C a intégré les IRA et les diarrhées dans le cadre du projet « Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile » (PMNCH), dans les régions du Nord et du Centre Nord. Bien que la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé autorise l'utilisation des ATB par les ASBC, le traitement des IRA n'est mis en œuvre que dans deux districts sanitaires pilotes (Barsalogo et Gourcy). L'utilisation du SRO+ZINC dans le traitement de la diarrhée dans la communauté est mise en œuvre à l'échelle nationale.

Au niveau du dépistage du VIH, les indicateurs demeurent insatisfaisants malgré l'augmentation continue de la proportion d'enfants dépistés par la PCR ces dernières années ; En 2015 seulement 54% des enfants nés de mères séropositives ont

¹⁸ MS ; Annuaire statistiques 2015

bénéficié de diagnostic précoce du VIH par PCR pour un objectif national de 80%. Cette couverture était 48% en 2014 et de 46% en 2013. De plus cet indicateur cache des disparités criardes à l'intérieur des régions. En 2015 les valeurs extrêmes allaient de 0% dans certains districts (Boromo, Léo) à 100% dans d'autres (Boulmiougou, Bogandé).

Quant à la prise en charge médicale par les ARV, elle est assurée dans la plupart des CMA, dans tous les CHR et CHU et dans certaines formations sanitaires privées. Au total, 4305 enfants de moins de 15 ans ont été enrôlés dans les files actives dont 2 293 en 2015. L'accès aux ARV par les enfants éligibles est également peu satisfaisant ; seulement 14% des enfants étaient sous ARV dans les districts sanitaires.

Le système de santé au Burkina Faso est un système intégré dont l'organisation permet d'offrir des soins intégrés globaux et continus à la population y compris la frange jeune. L'accent est mis aussi bien sur les activités curatives préventives que promotionnelles. En raison de l'insuffisance d'infrastructures adaptées, la prise en charge des adolescents et jeunes se fait généralement dans les structures sanitaires ordinaires. Les activités promotionnelles chez les adolescents et jeunes sont développées à tous les niveaux et ciblent surtout les comportements, attitudes et pratiques favorables à une meilleure santé. Pour les 10 à 24 ans plusieurs programmes prévoient d'importantes activités de prévention. Ce sont par exemple la prévention du tétanos, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les jeunes filles pour les protéger du cancer du col de l'utérus, de la vaccination contre la méningite, l'hépatite B, le dépistage des IST, du VIH/SIDA, et des visites médicaux systématiques et périodiques au niveau scolaire et universitaire.

Au niveau de la santé scolaire et universitaire, le dépistage de tares et des pathologies pouvant impacter le processus d'apprentissage est réalisé dans les classes d'examen et dans quelques établissements privés. Aussi sur le plan réglementaire, des centres jeunes ont été construits et des standards de service de santé adaptés aux adolescents et jeunes ont été élaborés et diffusés. Cependant force est de reconnaître que ces centres jeunes sont en nombre insuffisant et très peu sont fonctionnels. En effet en 2015 on dénombrait 19 centres jeunes du Ministère de la santé dont 08 fonctionnels. Les jeunes rencontrent beaucoup de barrières dans la recherche de soins qui limite l'utilisation des services de santé. En effet, en plus de la non-disponibilité des infrastructures adaptées à la prise en charge de leurs problèmes spécifiques de santé (l'inaccessibilité géographique), il y a la barrière financière aux soins, et les pesanteurs socioculturelles.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de relance de la PF 2013-2015 au Burkina Faso, des interventions ont été réalisées en faveur des adolescents et jeunes. En effet dans le domaine de la création de la demande, des actions de sensibilisation des adolescents et des jeunes à la planification familiale ont été menées avec l'appui de certains PTF et Associations. L'UNFPA est intervenu à travers le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH-SIDA

(SP/CNLS) et à travers un projet conjoint avec l'ABBEF lancé en 2013 qui avait, pour objectif, la réduction du nombre des grossesses non désirées en milieu scolaire. L'ONG PLAN Burkina est intervenu notamment dans la Région du Sud-Ouest par l'entremise d'un soutien à la SSRAJ en étroite collaboration avec les «Centres jeunes» et diverses écoles, à travers la paire-éducation et la dotation de matériel aux écoles.

Pathfinder et l'ONG « Conseil Burkinabè des Organisations de Développement Communautaire (BURCASO)» ont mis en œuvre le «Projet de Renforcement de l'Accès des Jeunes et Adolescents aux Services de Santé Sexuelle et Reproductive» (PRAJA) placé sous la tutelle de la DSF.

La GIZ est intervenue à travers 13 sites SSRAJ au sein des formations sanitaires mises en place pendant les phases antérieures du «Programme santé sexuelle/droits humains (PROSAD)» dans les Régions de l'Est et du Sud-Ouest en collaboration avec la DSF, les structures décentralisées du Ministère de la Santé (DRS et DS) et des organisations non-gouvernementales locales.

L'ONG «Marie Stopes International (MSI)» a créé un «Centre pour jeunes» à Koudougou où elle mène des actions d'IEC/CCC à l'endroit des adolescents et jeunes.

D'autres ONG et diverses associations telles que RAJS/BF, IPC/BF, ROJALNU/OMD, PROMACO et FEBAH sont intervenues dans la sensibilisation des jeunes y compris ceux vivant avec un handicap, en matière de PF.

Les principaux canaux de sensibilisation utilisés ont été (i) l'approche d'éducation par les pairs en milieu scolaire et non scolaire; (ii) l'IEC-CCC au sein et en dehors des Centres pour jeunes ou espaces fréquentés par les jeunes avec des supports tels que des jeux sur la SR/PF, des films, des feuillets télé, les entretiens ou counseling individuels, etc.

Au niveau politique, le gouvernement du Burkina Faso a marqué son intérêt pour la santé des personnes âgées (SPA), en ratifiant les conventions internationales, régionales et nationales au titre desquelles ;

- Le plan d'action international sur le vieillissement, adopté à ses 15ème et 17ème séances plénières tenues les 5 et 6 août 1982 ;
- Les principes des Nations Unies pour les Personnes Agées (PA) adoptés à l'Assemblée Générale des Nations Unies le 16 décembre 1991;
- La Journée Internationale des personnes âgées (JIPA) célébrée le 1er Octobre de chaque année
- La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, adoptés le 28 juin 1981 par l'OUA ;

- La politique nationale de protection sociale (PNPS) adoptée en septembre 2012 et couvrant les périodes 2013-2022 etc.

En outre on note l'existence d'un certain nombre de textes et de lois prenant en compte la santé des personnes âgées (SPA), notamment la loi sur le 3e âge, le projet de loi portant promotion et protection des droits des personnes âgées, l'arrêté interministériel instituant une visite médicale sur la période 2015 - 2017 des pensionnés de la CARFO et de la CNSS.

Dans le domaine de la santé des mesures importantes ont été prises au profit des groupes spécifiques dont les personnes âgées. Cela s'est matérialisé par l'adoption de textes réglementaires en 1991 sur la non tarification des actes et hospitalisations au profit des personnes âgées, l'élaboration des documents de politiques, normes et protocoles de la santé de la reproduction (PNP/SR) qui abordent la question de la SPA et la prise en compte de la SPA dans le plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles et dans le programme national de santé des personnes âgées (PNPS).

Sur le plan institutionnel, il existe une direction en charge des questions spécifiques de protection des personnes âgées au ministère de la femme, de la solidarité nationale et de la famille, une direction technique au Ministère de la santé en charge de la santé des personnes âgées et d'un Conseil national des personnes âgées qui est un cadre de concertation des personnes âgées. En outre, plusieurs associations et autres institutions œuvrent pour le bien-être des personnes âgées à travers diverses actions menées sur le terrain.

En termes de politique d'offre des services, les personnes âgées sont bénéficiaires au même titre que les autres malades. Les activités spécifiques sont organisées annuellement à leur endroit et concernent essentiellement la visite médicale annuelle des retraités et la célébration de la journée des personnes âgées au cours de laquelle des activités foraines sont réalisées sur toute l'étendue du territoire. Ces activités concernent le dépistage de certaines pathologies courantes (HTA, diabète, problèmes ophtalmologiques...).

En plus des interventions du secteur public ci-dessus citées, les personnes âgées bénéficient également des interventions d'autres structures pour leur prise en charge sanitaire. Ces structures sont classées en trois catégories qui sont: i) les associations intervenant exclusivement en faveur des personnes âgées, ii) les associations ayant des activités en faveur des personnes âgées et iii) les institutions prenant en charge des personnes âgées. Toutes ces structures sont représentées dans toutes les régions sanitaires.

5.6. Maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont des maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres dont le Burkina Faso. La lutte contre ces endémies est prise en compte dans Plan national de développement sanitaire (PNDS) à travers

l'orientation stratégique « la promotion de la santé et la lutte contre la maladie ». Au Burkina, depuis 2013 un programme national de lutte intégrée est en charge de ces MTN. Ce programme est chargé de concevoir, coordonner et mettre en œuvre des actions intégrées préventives, curatives, ré-adaptatives et promotionnelles pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux MTN au Burkina Faso.

Tableau 10 : Classification des 17 MTN selon l'OMS

Stratégie de lutte	Types de MTN
Chimiothérapie préventive (CTP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Filariose lymphatique 2. Onchocercose ou cécité des rivières 3. Schistosomiasis 4. Helminthiases transmises par le sol ou géohelminthiase 5. Trachome 6. Trematodose d'origine alimentaire
Prise en charge intense de la maladie (PIM) ou prise en charge de cas (PCC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dracunculose ou ver de Guinée 2. Trypanosomiase humaine Africaine 3. Leishmanioses 4. Lèpre ou maladie de Hansen 5. Ulcère de Buruli) 6. Dengue 7. Treponematoses endemiques (Béjel et Pian) 8. La maladie de Chagas 9. Rage 10. Echinococcose 11. Cysticercose <p>Il y a, en plus de ceux-ci, les complications de la FL et Trichiasis du trachome</p> <p>Les Envenimation morsures de serpents comme MTN PIM ont été ajoutées par le Burkina Faso.</p>

Deux principales stratégies sont utilisées pour la lutte contre les MTN à savoir la chimiothérapie préventive à travers les traitements de masse ou la distribution de masse de médicaments (DMM) et la prise en charge des cas.

5.6.1. Charge de la maladie

A l'exception de la maladie de Chagas toutes les 17 MTN sont présentes au Burkina Faso.

En 2015, 423 621 consultations sont dues aux MTN au niveau des FS de base soit 2,73%. Les des hospitalisations dans les CMA et Centres hospitaliers pour MTN représentaient 1,79%¹⁹. La létalité est estimée à 1,87%. Les cures d'hydrocèle occupaient le 3^e rang des interventions chirurgicales dans les formations sanitaires de deuxième échelon (CMA et clinique privée) après les césariennes et les cures d'hernies.

5.6.2. Infection / endémicité de la maladie

La situation de l'endémicité des MTN est présentée dans le tableau ci-dessous

Tableau 11 : Statut d'endémicité des districts sanitaires par principale MTN en 2015.

Maladies	Nombre total de districts endémiques	Nombre de districts à cartographier ou à endémicité inconnue
Filariose lymphatique	70	0
Onchocercose	6	0
Schistosomiase	70	0
Trachome actif	05	0
Vers intestinaux	70	0
Leishmaniose	ND	70
Ulcère de Buruli	ND	70
Dengue	ND	70
THA	0	0
Lèpre	70	0
Ver de guinée	0	0

Les autres MTN telles que la rage, la cysticercose, l'échinococcose, les tréponématoses endémiques (pian) et les trématodes d'origine alimentaires ne font pas l'objet d'intervention particulière.

5.6.3. Chimiothérapie préventive

La Chimiothérapie préventive dans le cadre des MTN se fait sous forme de traitement de masse et vise principalement cinq (5) maladies que sont la filariose

¹⁹ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les géo helminthiases (vers intestinaux) et le trachome. Deux types de traitement de masse sont mis en œuvre :

- Le traitement de masse (TDM) au cours duquel les services de santé planifient et assurent la mise en œuvre. La distribution des médicaments est assurée par des distributeurs issus des communautés à traiter et par des agents de santé dans les grands centres urbains. Les stratégies de distribution sont : le porte à porte, les postes fixes et les groupes spécifiques sont rejoints dans leurs milieux. Ce type de traitement est utilisé dans la distribution des médicaments dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique, la schistosomiase, le trachome et les vers intestinaux.
- Le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) dans lequel les communautés elles-mêmes planifient et décident de la période de traitement avec l'appui des services de santé. Il est utilisé dans la lutte contre l'onchocercose. Le traitement est assuré par des distributeurs communautaires sur la base d'un recensement préalable de la population. Les stratégies de distribution utilisées sont le porte à porte et les postes fixes.

Les résultats de la mise en œuvre des traitements de masse par maladie se présentent comme suit :

Tableau 12 : Evolution des principaux indicateurs MTN de 2012 à 2015

Unités	Indicateurs	2012	2013	2014	2015
Filariose lymphatique	Couverture thérapeutique TDM	81,26	80,32	80,96	80,34
	Nombre de DS ayant arrêté le TDM	16	22	33	39
Schistosomiase	Couverture thérapeutique TDM	101,88	94,93	105,84	95,80
Trachome	Couverture thérapeutique TDM	101.60	96.48	94.33	96.48
	Nombre de DS ayant arrêté le TDM	18	23	27	31
Onchocercose	Couverture thérapeutique TIDC Cascades	80,74	78,54	79,83	79,69
	Couverture thérapeutique TIDC Sud-Ouest	84,84	83,98	81,91	82,58

Source : PNMTN 2015

5.6.4. Couverture spécifique aux maladies

Après la cartographie qui avait montré que tout le pays était endémique à la filariose lymphatique, un programme national d'élimination de la FL, a été créé en 2001, qui, depuis 2013, est devenu Unité d'élimination de la FL (UEFL) au sein du programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées (PNMTN). Les objectifs poursuivis sont l'interruption de la transmission de la maladie en 2018 et l'élimination de la FL au Burkina Faso d'ici à 2020

Les stratégies développées pour atteindre ces objectifs sont : (1) la chimiothérapie préventive à travers des campagnes de traitement de masse visant ainsi l'interruption de la transmission. Elle est menée avec la combinaison thérapeutique Ivermectine + Albendazole, administrée aux sujets de 5 ans et plus ; (2) la prise en charge des cas et la prévention des incapacités et handicaps, c'est-à-dire le contrôle de la morbidité liée à la FL.

Pour le volet interruption de la transmission de la maladie, la chimiothérapie préventive à travers des campagnes de traitement de masse a commencé en 2011 au Sud-Ouest. La couverture géographique du pays par le TDM a été progressive jusqu'en 2005, année de la couverture de l'ensemble des régions. Depuis septembre 2001, les couvertures thérapeutiques des campagnes de traitement de masse rapportées chaque année au niveau national, sont satisfaisantes (> 65%) dans l'ensemble.

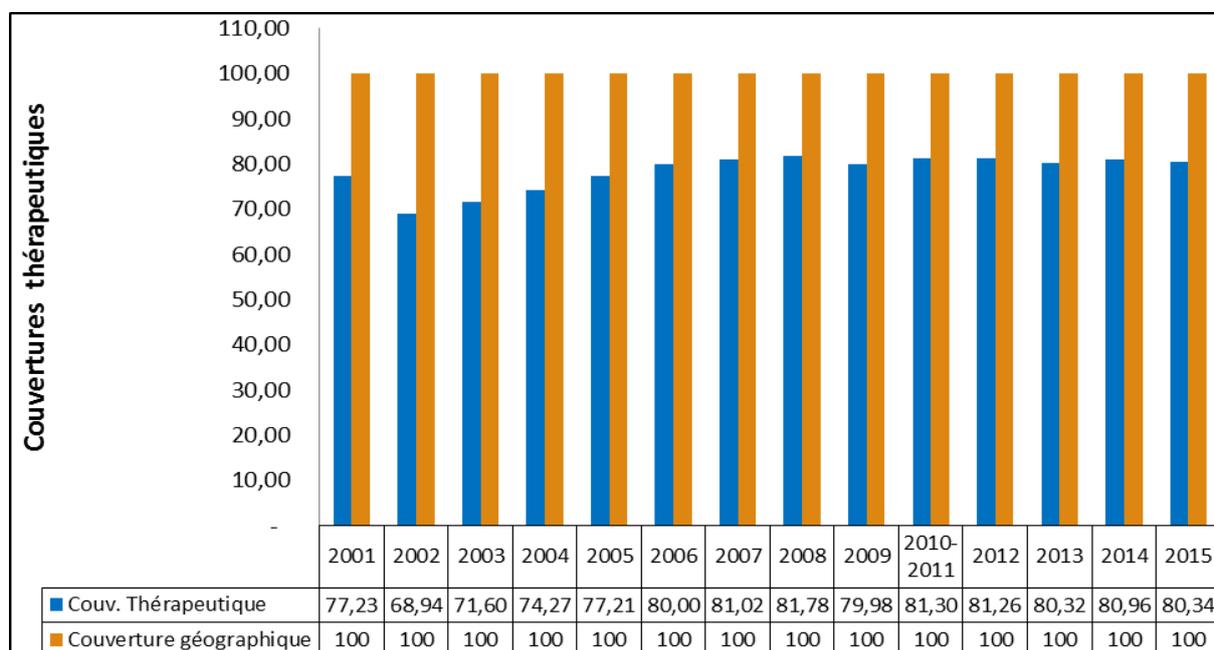
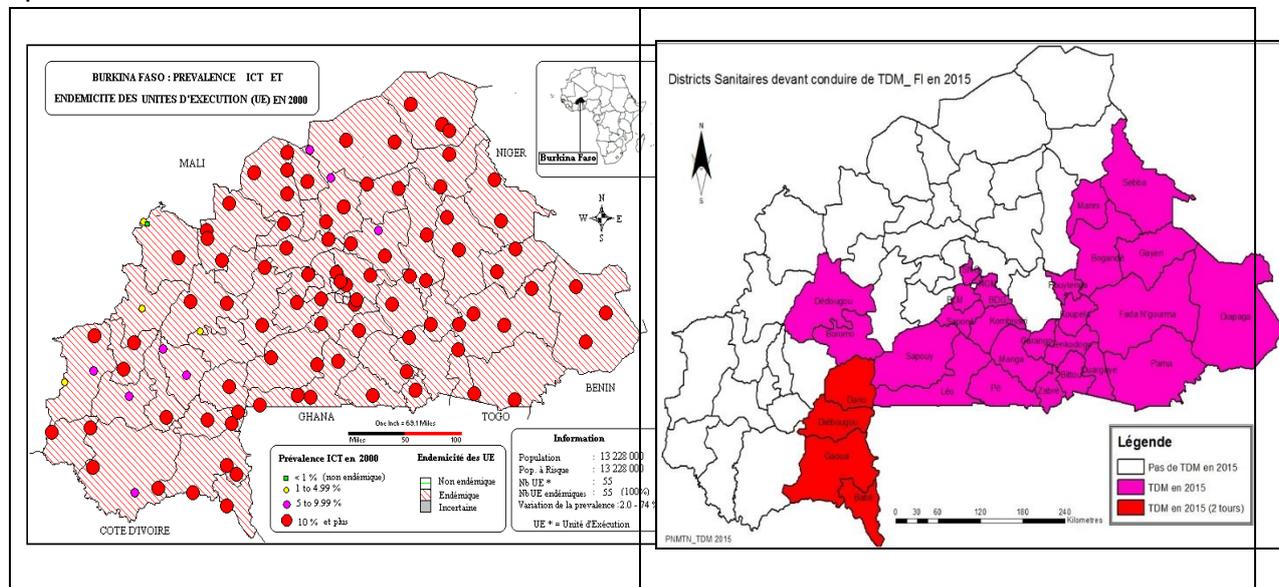


Figure 3 : Couverture thérapeutique TDM FL de 2001 à 2015.

Bien que, ces résultats cachent certaines disparités au niveau régional et district, les évaluations d'impact ont montré des progrès notables. Ainsi, la transmission de la FL est interrompue dans 39 districts sanitaires (prévalence microfilarienne < 1%, résultats de l'évaluation de la transmission (TAS1) inférieur au seuil critique) sur les

70 que compte le pays en 2015. La prévalence microfilarienne reste supérieure à 1% dans 31 districts sanitaires répartis dans les régions du Centre, du Centre-Est, du Centre Sud, du Centre Ouest de l'Est, du Sahel et du Sud-Ouest. Dans les districts sanitaires où le traitement de masse est arrêté, le programme met en œuvre conformément aux directives de l'OMS²⁰, des activités de surveillance active et passive.



Pour le contrôle de la morbidité de la FL, un recensement des cas effectué par les distributeurs communautaires en 2006, estimait à 14000 cas de lymphœdèmes/éléphantiasis et 20 000 cas d'hydrocèles²¹. Cependant, selon Kyelem Dominique, on estime à 87 000 cas de Lymphœdèmes/éléphantiasis et 182 000 cas d'hydrocèles au Burkina Faso²².

Les activités de prise en charge des cas et de prévention des incapacités et handicaps comprennent deux sous-composantes que sont la prise en charge des lymphœdèmes/éléphantiasis et la chirurgie de l'hydrocèle. Un document de la stratégie de prise en charge des manifestations cliniques de la filiarose lymphatique sert de référence pour la mise en œuvre des activités.

En 2015, les activités de management du lymphœdème ont couvert 40 districts sur les 70 dans les régions sanitaires du Sud-Ouest, du Centre-Est, du Centre-Ouest, du Centre-Sud, des Cascades, du Nord et des Hauts-Bassins. Au total, 8336 patients atteints de lymphœdèmes/éléphantiasis ont été formés à la pratique du washing et dotés de kits washing. La chirurgie de l'hydrocèle est réalisée en routine dans tous les blocs opératoires fonctionnels du Burkina Faso. Tous les blocs opératoires du pays disposent d'au moins une personne formée sur cette technique.

²⁰ OMS, Suivi et évaluation épidémiologique du traitement de masse : manuel à l'intention des programmes nationaux, 2013

²¹ PNMTN, Rapport annuel UEFL, 2015

²² Kyelem D., epidemiology and control of lymphatic filariasis in Burkina Faso, PhD,2007

Entre 2007 et 2015, un total de 15 040 cas de cures d'hydrocèle a été rapporté dans les annuaires statistiques du MS. Dans le cadre de la subvention du programme 3072 patients atteints l'hydrocèle ont été opérés dans les régions couvertes.

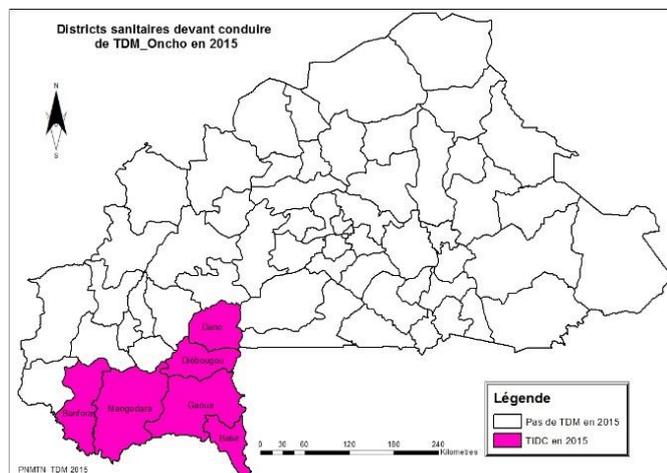
Les perspectives en matière de lutte contre la FL sont la mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas, la mise en œuvre de la surveillance entomologique et la poursuite des évaluations d'impact.

L'onchocercose

La lutte contre l'onchocercose a été menée avec succès par le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP). A la fermeture de ce programme en 2002, le programme OMS/APOC a pris la relève en janvier 2003 et des programmes de dévolution ont été mis en place dans chaque pays. L'onchocercose n'étant plus un problème de santé publique, ces programmes avaient pour rôle d'assurer le contrôle de la maladie et de prévenir toute recrudescence, à travers des stratégies qui sont :

- le traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC);
- la surveillance entomologique par la capture et dissection de simulies ;
- la surveillance épidémiologique à travers la recherche de l'infection chez l'homme ;
- l'I EC/CCC auprès des populations.

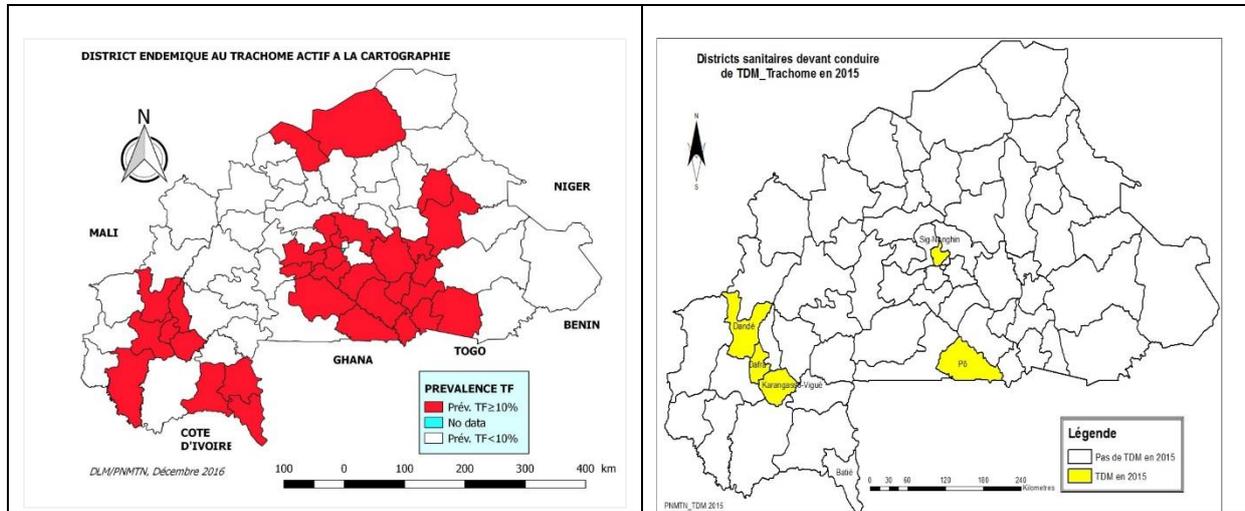
Devant la recrudescence de l'onchocercose dans certains bassins, le traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) a été adopté au Burkina Faso au profit de populations vivantes dans les zones à risques définies. Il s'organise deux fois l'an depuis 2011 (région des cascades : DS de Banfora et Mangodara) et 2013 (région du Sud-Ouest : DS de Batié, Dano, Diébougou, Gaoua) grâce à l'appui des partenaires OMS/APOC, Sightsavers et HKI/FHI360/USAID.



Des évaluations épidémiologiques et entomologiques sont planifiées à partir de 2016 pour les années à venir afin d'apprécier l'impact des interventions.

Trachome

La cartographie de base du trachome réalisée entre 2005 et 2010 avait révélé que 30 DS étaient endémiques avec une prévalence supérieure ou égale à 10%, donc éligibles pour l'antibiothérapie de masse.



Le Burkina Faso a mis en place un plan d'élimination du trachome basé sur la stratégie CHANCE : « Chirurgie du trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage, Changement de l'Environnement ». Les résultats de la mise en œuvre de cette stratégie sont présentés par composante.

La composante chirurgie : la prise en charge des cas trichiasis trachomateux (TT) est assurée dans les services de soins ophtalmologiques. Pour la période de 2004 à 2015, au total 2 111 cas de TT ont été pris en charge dont 442 avec l'appui des partenaires. On note une insuffisance en personnel qualifié en matière de la chirurgie du TT. En 2015, seulement 34 DS disposent d'au moins un professionnel formé en chirurgie TT.

La composante antibiothérapie : le traitement à base de l'azithromycine et de la tétracycline ont été régulièrement conduits dans ces districts depuis 2007 et à couvert tous les 30 DS. Des évaluations d'impact conduites après trois tours consécutifs. Parmi les districts ayant déjà conduit ces évaluations, celui de Pô qui a enregistré une prévalence supérieure à 10% (12,10%) en 2012 poursuit toujours la mise en œuvre des TDM. En 2015, seulement 5 DS sont toujours en traitement, les 25 autres ayant arrêté les campagnes suite aux enquêtes d'impact concluantes. Les résultats des TDM trachome de 2010 à 2015 sont contenus dans le graphique suivant.

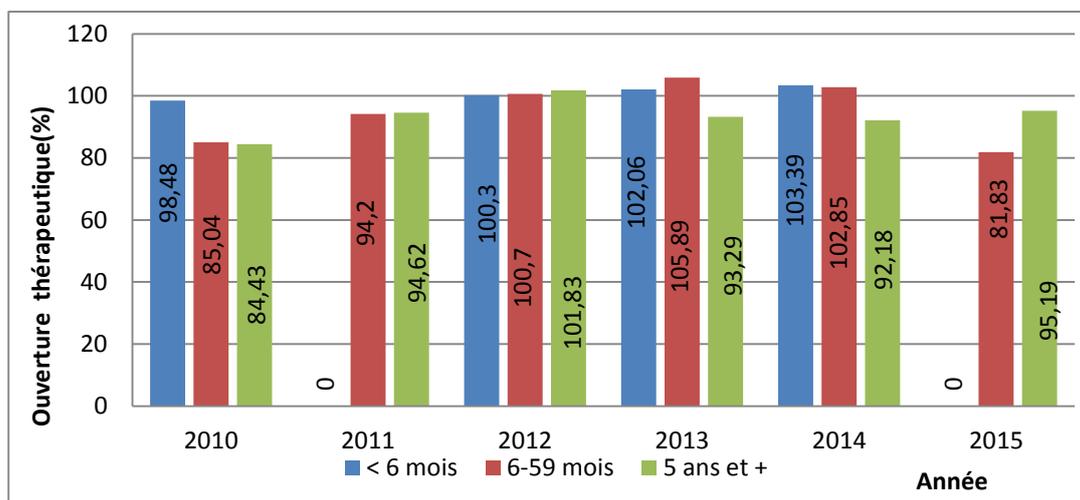


Figure 4 : Couverture thérapeutique TDM trachome de 2010 à 2015.

La composante nettoyage du visage et changement de l'Environnement : cette composante rencontre de difficultés de mise en œuvre. Les interventions de cette composante sont prises en compte dans le plan intégré de communication pour la lutte contre les MTN à travers les activités relatives à l'hygiène individuelle et collective.

Les perspectives dans la lutte contre le trachome dans les années à venir sont :

- La mise à l'échelle de la stratégie de la prise en charge de la morbidité ;
- La surveillance du trachome actif dans tous les districts ayant arrêté le TDM d'ici 2020 ;
- L'IEC/CCC pour le nettoyage du visage et l'amélioration de l'environnement de vie ;
- L'amélioration de l'accès des communautés à l'eau potable et à l'assainissement.

La schistosomiase.

La cartographie de base de la schistosomiase réalisée entre 2004-2005, a montré que tout le pays était endémique. La chimiothérapie préventive, principale stratégie de la lutte est mise en œuvre à travers des campagnes de traitement de masse depuis 2004. L'évolution des couvertures thérapeutiques de 2004 à 2015 se présente comme suit :

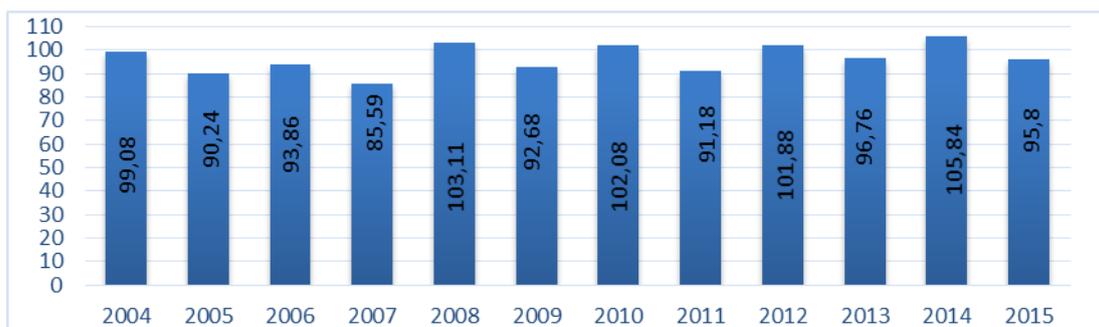


Figure 5 : Couverture thérapeutique TDM contre la Schistosomiase de 2004 à 2015.

Dix (10 ans) après la mise en œuvre de cette stratégie, les évaluations dans les sites sentinelles en 2013, ont montré que les prévalences étaient toujours élevées dans certaines régions : Centre-Est (56,25%), Hauts bassins (25%), Sahel (20,63%), Est (18,83%) et Boucle du Mouhoun (12,50%). Une revue de la stratégie de lutte intervenue en 2013 a permis de déterminer le schéma de mise en œuvre des TDM contre la schistosomiase de 2015 à 2020 conformément au graphique suivant en vue de l'élimination ou le contrôle de la maladie.

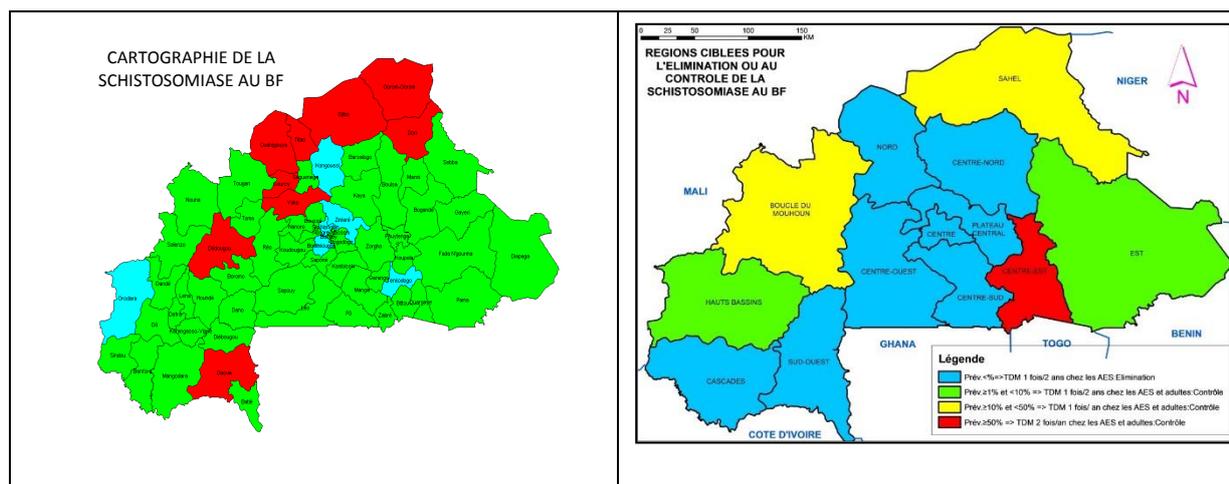


Figure 6 : Schéma de mise en œuvre des TDM contre la schistosomiase de 2015 à 2020

Des évaluations d'impact dans les sites sentinelles/contrôle sont prévues afin d'apprécier l'évolution des prévalences et des densités parasitaires de la schistosomiase et des géo helminthiases et adapter les stratégies d'intervention.

Les vers intestinaux

Le Burkina Faso n'a pas encore réalisé une cartographie nationale pour les parasitoses telluriques (géo helminthiases). Les données existantes ont montré que l'ensemble des 70 districts sanitaires sont endémiques aux géo helminthiases.

La chimio prévention a été adoptée comme stratégie majeure dans la lutte contre les géo helminthiases. Les activités de lutte contre les géo helminthiases tels que les déparasitages des enfants de moins de 5 ans lors des journées nationales de supplémentation en vitamine A (JVA) sont mis en œuvre, en association avec le déparasitage par l'Albendazole/Mébendazole lors des TDM.

Pour mesurer l'impact des différentes interventions en faveur de la lutte contre les géo helminthiases, le programme national de lutte contre les MTN compte à partir de 2016 mener des enquêtes d'évaluation intégrée géo helminthiases aux évaluations de la transmission de la FL et dans les sites sentinelles et de contrôle de la schistosomiase dans l'ensemble des 70 districts du pays. Cela permettra d'avoir une idée de la prévalence actuelle afin d'orienter la stratégie de lutte selon les recommandations de l'OMS.

La Dengue

La situation de la dengue au Burkina Faso, n'est pas suffisamment documentée. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup d'informations sur l'incidence populationnelle ou une prévalence sérologique de la dengue assez représentative, il existe des preuves d'endémicité et que la transmission de la maladie est principalement assurée par le moustique *Aedes aegypti*, principal vecteur de la dengue. Selon les estimations, il y aurait chaque année au Burkina 257 950 cas patents de Dengue et 797 426 infections non apparentes²³. Des cas positifs au TDR de la dengue ont été rapportés en 2013 à Ouagadougou²⁴, Kaya et Zorgho²⁵. Pour mieux connaître l'ampleur du phénomène, le MS de la santé entrevoit d'élaborer et mettre en œuvre un plan de surveillance de la maladie. Une évaluation de l'ampleur de la Dengue au Burkina Faso sera également conduite.

Le ver de guinée

A la suite de la mise en œuvre du programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) depuis février 1992, des progrès notables ont permis d'aboutir à l'éradication de la maladie en novembre 2011.

²³ Samir Bhatt, Cameron P. Simmons et al: The global distribution and burden of dengue *Nature*, 2013

²⁴ DLM/SSE, Rapport d'investigation des cas suspects de dengue dans la région sanitaire du centre, 2013

²⁵ CNRFP, Etude prospective de l'épidémiologie et de la transmission de la dengue au Burkina Faso (Projet EPITRADE-BF), 2014

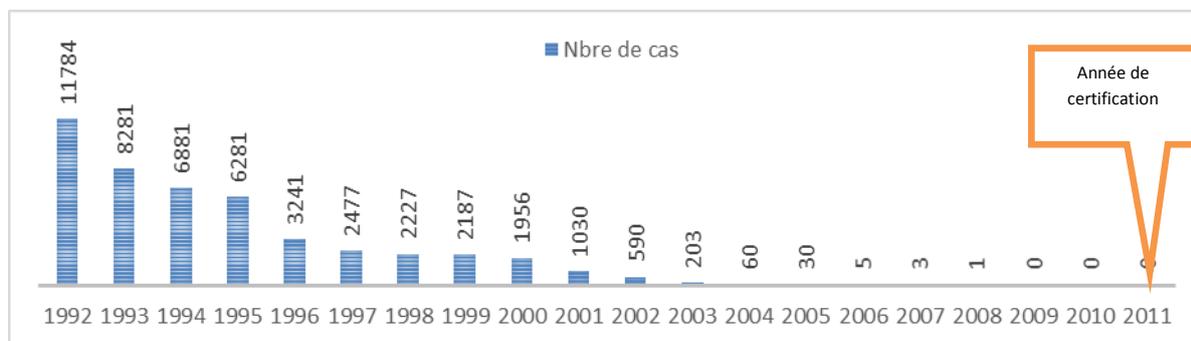


Figure 7 : Evolution du nombre de cas de ver de Guinée de 1992 à 2011

Depuis la certification de l'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, la surveillance de la maladie est maintenue sur l'ensemble du territoire national.

Depuis plus d'une décennie, la THA ne constitue plus un problème de santé publique mais des efforts restent à faire pour son élimination total au regard des cas sporadiques notifiés et l'existence de cas importés de la Côte d'Ivoire. Au Burkina Faso, les régions des Cascades, des Hauts-Bassins, du Sud-Ouest sont retenues pour une surveillance sentinelle au vu du risque de transmission toujours présent dans cette partie du pays. Le tableau suivant récapitule le nombre de cas de THA notifiés au Burkina Faso de 2010 à 2015.

Tableau 13 : Récapitulatif des cas de THA dépistés passivement de 2010 à 2015 au BF

Année	Cas autochtones	Cas importés	total	Provenance des cas
2010	0	2	2	RCI
2011	0	2	2	RCI
2012	0	0	0	-
2013	0	3	3	RCI
2014	0	1	1	RCI
2015	1	0	1	BURKINA

Source : Registre des cas confirmés par l'équipe du programme, surveillance passive THA.

L'ulcère de Buruli est méconnu par la majorité du personnel soignant et par la population. Les régions sanitaires frontalières avec les pays endémiques telles que la Côte d'Ivoire et le Ghana ainsi que celles ayant des aménagements agricoles et des barrages sont à risque. Les flux migratoires entre les pays limitrophes endémiques sont des facteurs favorisant l'apparition de la maladie au Burkina Faso. Une évaluation de la maladie surtout dans les régions voisines au Ghana et Coté d'Ivoire est en perspective en 2016 en collaboration avec l'OMS.

Le Burkina Faso a atteint l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique en 1994. Depuis ce temps, le nombre de nouveaux cas enregistré

connait une baisse régulière. La distribution de ces cas est variable d'une région à une autre et dans une même région d'un district sanitaire à un autre.

Tableau 14 : Évolution des principaux indicateurs de prise en charge de la lèpre de 2010 à 2015 au Burkina Faso

Année	Nouveaux cas	Taux de détection /100 000hbts	Proportion des MB (%)	Nombre d'infirmité degré2	Proportion d'infirmités	Taux d'infirmités /1 000 000 hbts	Cas prévalent en fin d'année
2010	320	2,03	88,40	66	20,63	4,20	319
2011	302	1,86	84,76	63	20,86	3,88	254
2012	313	1,87	92,33	67	21,41	3,99	282
2013	253	1,46	90,51	84	33,20	4,85	250
2014	208	1,16	94,71	48	23,08	2,68	199
2015	187	1,01	92,51	58	31,02	3,14	186

Source : PNMTN 2015

Les actions de lutte contre la lèpre s'effectuent dans le cadre de la stratégie mondiale renforcée pour réduire davantage la charge de la lèpre et le taux de nouveaux cas présentant des incapacités de degré 2.

Les perspectives en matière de la lutte contre la lèpre consistent à la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016- 2020 « pour parvenir plus rapidement à un monde exempt de lèpre » préconisée par l'organisation mondiale de la santé.

5.6.5. État de la surveillance

L'organisation de la surveillance des MTN est intégrée dans le système national d'information sanitaire. La liste des MTN fait partie des affections prioritaires incluant de la SMIR. En générale trois types surveillances sont utilisés dans le cadre des MTN à savoir la surveillance passive ou de routine qui se fait à travers la collecte de données de routine, la notification de cas (lèpre, les cas de THA, les cas ou de rumeurs de ver de guinée, les manifestations chroniques de la FL, la chirurgie des cas d'hydrocèle et de trachome etc) dans les rapports d'activités des structures sanitaires tan disque la surveillance par les sites sentinelles est utilisée dans la cadre de la FL, de la schistosomiase et des géo helminthiases afin de mesurer l'impact des traitements de masse. La surveillance par enquête ponctuelle est également effective à travers des enquêtes d'évaluation de la transmission des MTN (FL, Géohelminthiase, Oncho), des investigations épidémiologiques.

Les priorités stratégiques de la lutte contre les MTN au Burkina Faso sont les suivantes :

- Mettre à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation des services du programme;

- Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;
- Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement;
- Renforcer le suivi/évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle.

5.7. Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les MNT, entre autres, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies mentales, la drépanocytose constituent un énorme défi pour le système de santé. Certaines d'entre elles font l'objet d'un plan stratégique en vigueur (cancer, santé oculaire et maladies mentales). Ces affections ne font pas toujours l'objet d'un dépistage systématique dans les structures de soins. En outre, la majorité de la population Burkinabè est peu informée sur la gravité de ces maladies et les possibilités thérapeutiques existantes.

5.7.1. Charge de la maladie

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

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

Tableau 15 : Répartition des causes et risques de décès dus aux principales MNT

Pathologie	Proportion de décès	Risque de décès
Cancer	5,8	30,0
Maladies cardio-vasculaires	10,1	80,6
Maladies respiratoires chroniques	1,2	42,2
Diabète (maladies endocriennes, sanguines...)	2,5	63,9
Cirrhose et autres maladies de foie	1,5	59,2

Source : IHME

5.7.2. Prévention et contrôle du cancer

Au Burkina Faso, la lutte contre le cancer n'est pas suffisamment structurée. Les moyens de lutte sont insuffisants à tous les niveaux et dans tous les domaines. La lutte contre le cancer prévoit les niveaux d'intervention suivants : la prévention, la détection précoce, l'investigation et les traitements spécifiques et les soins de support. Tous les centres hospitaliers régionaux (CHR) et certains hôpitaux de district du pays disposent d'au moins deux (2) agents de santé formés en dépistage et prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Toutefois, aucune de ces structures ne dispose de médecin spécialiste en cancérologie.

Tous les hôpitaux disposent d'un service d'imagerie équipé d'appareils de radiographie standard et d'échographie. Les appareils sont pour la plupart vétustes. Le pays dispose de 8 scanners. Le Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO) dispose d'un service de médecine nucléaire avec un gamma caméra. Ce service ne réalise pas des examens de radio immunologie (RIA) par manque de locaux adaptés.

Le CHU-YO et deux structures privées situées dans la ville de Ouagadougou, disposent de laboratoires pratiquant les examens anatomopathologiques pour tout le pays, mais ne réalisent pas des examens immuno-histochimiques ni d'examens extemporanés, par insuffisance d'équipements adaptés. Les autres hôpitaux acheminent les prélèvements vers ces laboratoires.

En onco-hématologie, le diagnostic est souvent limité par l'absence d'équipement et de réactifs adaptés de l'immuno phénotypage. Les ruptures fréquentes en intrants ne permettent pas une continuité des prestations. Il n'existe pas d'infrastructures spécifiques de prise en charge du cancer. Les locaux et conditions spatiales sont inappropriés dans les services intervenant dans la prise en charge du cancer à tous les niveaux. Le CHU Blaise Compaoré et l'hôpital Saint Camille de Ouagadougou disposent d'un IRM. Il n'existe pas de stratégie nationale de dépistage du cancer. Cependant, il existe plusieurs initiatives visant à détecter précocement les cancers, notamment ceux du col de l'utérus et du sein. La stratégie nationale de gratuité prend en compte le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Elles sont pour la plupart soutenues par des organisations philanthropiques, des organisations de la société civile et des particuliers. La plupart de ces initiatives ne sont pas coordonnées.

Sur le plan médicamenteux, très peu d'anti cancéreux et de pain killers sont enregistrés. La quasi-totalité des services, y compris la pharmacie hospitalière, ne disposent pas d'antimitotiques. Les patients achètent eux-mêmes leurs drogues, souvent après une commande spéciale livrée après une longue attente et à des prix élevés. Depuis 2009, il existe une collaboration avec une structure privée qui fournit des antimitotiques en générique à des prix plus abordables. Les soins de support représentent l'ensemble des moyens mis en œuvre autour d'une personne atteinte d'une maladie chronique, ou en fin de vie dans le cadre des soins palliatifs. Il faut

noter que certaines structures privées offrent des prestations de service en oncologie avec des compétences extérieures.

5.7.3. Prévention et contrôle des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires principalement l'hypertension artérielle (HTA), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'infarctus du myocarde constituent un motif fréquent de consultation dans les formations sanitaires. La prévention et la prise en charge de ces pathologies sont organisées à tous les niveaux du système de santé.

La prévalence de l'HTA a été estimée en milieu urbain en 2010 à 29,6% dans l'enquête «Connaissance d'une population urbaine sur l'hypertension artérielle». Selon l'enquête STEPS 2013, au sein de la population de 25 à 64 ans, la prévalence globale de l'HTA était de 17,6 % soit 19,4% chez les hommes et 16% chez les femmes. La prévalence de l'HTA était de 24,8% en milieu urbain et de 14,8% en milieu rural. Elle était plus élevée dans les régions du Centre (32,7%), des Hauts-Bassins (24,7%) et de l'Est (20,8%). La même enquête montre que la tension artérielle n'avait jamais été mesurée chez 39,8% des personnes interrogées. Une HTA a été diagnostiquée chez 16,8% des personnes qui ne se savaient pas hypertendues.

5.7.4. Prévention et contrôle des maladies respiratoires chroniques

L'asthme, les broncho pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et les cancers broncho pulmonaires sont des MNT et font partie des pathologies respiratoires les plus fréquemment rencontrées au Burkina Faso en plus de la tuberculose et des pneumopathies bactériennes. Cependant, très peu d'actions sont menées en terme de prévention. Au Burkina Faso, les données de population générale sur l'ampleur de l'asthme ne sont pas disponibles. Cependant, il ressort une prévalence de 7,3% dans une étude réalisée en milieu scolaire à Ouagadougou chez les élèves âgés de 11-22 ans. Les motifs de consultation pour cause de BPCO dans les districts sanitaires ont été estimés à 21 234 cas en 2015²⁶.

La BPCO se définit par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. C'est une maladie respiratoire évitable dont le poids sur la santé publique est de plus en plus grand par sa morbidité, sa mortalité et les dépenses de santé qu'elle induit. La BPCO est une source majeure de handicap par la dyspnée, la limitation d'activité, et le risque d'insuffisance respiratoire chronique. Le tabagisme est la première cause des BPCO. Cependant de nos jours, la BPCO post exposition aux combustibles solides est de plus en plus évoquée. L'OMS estimait en 2003 à plus de 95% la proportion de la population qui utilisait les combustibles solides au Burkina Faso. La proportion de la charge nationale de morbidité imputable aux

²⁶ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

combustibles solides en 2002 était de 8,5%²⁷. Cependant aucune étude n'est disponible sur la prévalence de la BPCO au niveau de la population générale. Les cancers broncho-pulmonaires quant à eux font partie des 10 principaux cancers répertoriés au Burkina Faso.

5.7.5. Le diabète sucré

Le diabète constitue un motif de plus en plus fréquent de consultation dans nos formations sanitaires. Le rapport du SNIS a révélé 9319 cas de consultation pour diabète en 2015²⁸, en consultation externe dans les centres médicaux et les hôpitaux. Selon l'enquête STEPS de 2013, la prévalence du diabète au Burkina Faso était de 4,9% au sein de la population de 25 à 64 ans. La prévalence augmentait globalement avec l'âge. Les femmes de 55 à 64 ans avaient la prévalence la plus élevée (10,3% pour 6,5% chez les hommes). Il n'existe pas au niveau national une politique de prise en charge de cette maladie. Un guide national de prise en charge de cette maladie est en cours d'élaboration. Des campagnes de sensibilisation sur le diabète sont menées par les organisations de la société civile comme santé diabète. Le 14 novembre de chaque année a été consacré journée internationale de lutte contre cette maladie.

5.7.6. Santé bucco-dentaire et noma

Les pathologies bucco-dentaires sont parmi les maladies non transmissibles les plus fréquentes et évitables à travers le monde. Elles ont un impact significatif et négatif sur la qualité de vie et le bien-être des personnes atteintes par ces pathologies tout au long de leur vie. Le traitement des maladies bucco-dentaires représente un poids financier considérable sur la société et les individus. Toutes les maladies bucco-dentaires ont des facteurs de risque modifiables avec les autres principales MNT et les traumatismes. Les principaux facteurs de risque des MNT sont le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, une alimentation déséquilibrée et une inactivité physique. Dans la Région africaine, la santé orale ou santé bucco-dentaire (SBD) des populations se dégrade en raison de l'urbanisation, des transitions économiques et démographiques, ainsi que des changements de mode de vie. Dans presque tous les pays africains, la fréquence des pathologies bucco-dentaires est élevée, entraînant une forte morbidité liée à ces pathologies et une dégradation de la qualité de vie. Cette situation est liée à l'insuffisance et à l'inégale répartition des professionnels en santé orale et au manque d'infrastructures adaptées, notamment au niveau périphérique.

Selon les résultats de l'enquête STEPS 2013 réalisée au Burkina Faso, 83,5% de la population n'avait jamais eu recours à des soins dentaires (84,5% des hommes et 83,5% des femmes) avec une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 34 ans (88,5%). Aussi, a-t-on constaté que 18% de la population avaient des difficultés à

²⁷ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

²⁸ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

mâcher les aliments (18%) et 14 % ont eu le sommeil souvent interrompu. En 2015, les affections bucco-dentaires constituaient le 10^e motif de consultation dans les CHR /CHU du Burkina Faso avec 90 203 cas.

Au Burkina Faso, en 2013, la réorganisation de l'organigramme du Ministère de la Santé a créé un programme national de lutte contre les MNT qui prend en compte la santé bucco-dentaire comme une unité de lutte. En septembre 2002, un Programme National de Lutte contre le Noma (PNLN) a été adopté. Ce programme est mis en œuvre avec l'appui de l'OMS et la contribution de partenaires internationaux dont la Fondation Winds of Hope (Hilfsaktion à partir de 2013), les ONG Sentinelles, la Fondation l'Hymne aux Enfants, le Centre Persis, la Fondation Suka, l'ONG Gegen noma et le RESEAU.

Avec la restructuration de l'organigramme du MS à partir de 2013, ce programme est devenu une unité du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles.

5.7.7. Prévention et lutte contre les cellules falciformes et autres maladies génétiques

La drépanocytose constitue un problème de santé publique au Burkina Faso à l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne; cependant, l'ampleur du problème est mal connue dans notre pays. Le rapport du SNIS a révélé 16 190 cas de consultation externe pour drépanocytose en 2015²⁹ dans les structures de soins dont 11 911 dans les CSPS et 4 279 dans les hôpitaux. Dans le cadre de la lutte contre la drépanocytose, un guide national de prise en charge de la drépanocytose a été élaboré en 2015 et mis à la disposition des régions et districts sanitaires. Les activités de sensibilisations sont menées par les associations de lutte contre la drépanocytose.

Un projet pilote de diagnostic néo-natal, fruit du partenariat entre le Comité d'Initiative contre la Drépanocytose (CID/Burkina) et la Fondation Pierre FABRE est en cours à la maternité de l'Hôpital Saint Camille en collaboration avec le Ministère de la Santé et le laboratoire d'hématologie de l'université de Ouagadougou.

La prise en charge de la drépanocytose au niveau périphérique est inadéquate du fait de l'insuffisance de formation du personnel de soins et de l'absence de directives spécifiques. Par ailleurs, les patients ne consultent que lors de complications du fait de la méconnaissance de la maladie par la population. Tout cela rend difficile le suivi des malades drépanocytaires. La prise en charge des complications telles que les nécroses aseptiques fémorales n'est pas disponible au niveau national.

L'hôpital Saint Camille de Ouagadougou offre depuis 2015 des soins spécialisés y compris les prothèses pour les drépanocytaires.

²⁹ Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

5.7.8. Santé mentale

L'ampleur des troubles mentaux est insuffisamment connue au Burkina. L'enquête nationale sur les troubles mentaux en population générale réalisée en 2015 a montré une prévalence de 41,43% de personnes enquêtées ayant au moins un des troubles mentaux étudiés³⁰ à savoir des troubles anxieux, des troubles liés à la consommation de drogues, des troubles liés à la consommation de l'alcool, le syndrome psychotique, le risque suicidaire et l'insomnie actuelle.

Seule une faible minorité des personnes atteintes de ces troubles bénéficient d'une prise en charge dans les structures de santé. Les pathologies récurrentes en termes d'activités hospitalières sont les psychoses aiguës, les psychoses chroniques et les dépressions. Le Burkina Faso compte 9 psychiatres.

Un plan stratégique 2014-2018 est en cours d'opérationnalisation mais ne bénéficie pas suffisamment de financement pour sa mise en œuvre. Il faut noter qu'un projet « santé mentale pour tous » est mis en œuvre de 2013 à 2016 dans les régions sanitaires du Centre Est, Centre Sud, Centre Nord, Plateau Central, Sud-Ouest et le district sanitaire du Nouna avec l'appui technique et financier de l'ONG CBM.

5.7.9. Violence et blessures

Les traumatismes d'origine accidentelle (accidents de la circulation, noyades, chutes ou brûlures) et ceux entraînés par des actes de violence (agressions, violence auto-infligée ou actes de guerre) sont des phénomènes rencontrés au Burkina Faso. On recense chaque année plus de 15 000 accidents de la route avec une moyenne annuelle de 8000 accidents pour la ville de Ouagadougou et 2000 pour la ville de Bobo-Dioulasso selon les statistiques de la Police Nationale³¹. Ces accidents occasionnent des pertes en vies humaines (72 et 105 décès en 2014 respectivement pour les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso). Les accidents de la route sont liés à plusieurs facteurs tels que la vitesse, la conduite en état d'ébriété, l'utilisation du téléphone portable pendant la conduite, l'état de la route, etc. En 2015, 74603 cas de traumatismes³² ont été enregistrés en consultations externes dans les centres médicaux dont la majorité dans les régions du centre et des hauts bassins.

Les CMA, les CHR et les CHU ne sont pas suffisamment outillés pour la PEC des cas, notamment les urgences.

³⁰ Rapport de l'enquête sur l'épidémiologie des troubles mentaux en population générale au Burkina Faso, Aout 2015

³¹ Statistiques de la Police Nationale, 2014

³² Annuaire statistique 2015 ; Ministère de la Santé ; Burkina Faso

5.7.10. Santé oculaire et de l'oreille

Au Burkina Faso, la prévalence de la cécité est estimée à 2%, ce qui correspond à près de 340 000 personnes³³. Aussi, le recensement général des enfants handicapés a relevé que sur 79 617 handicapés identifiés âgés de 0 à 18 ans, 8 850 (11, 1%) sont touchés par le handicap visuel³⁴.

Selon l'enquête ARCE(RAAB) réalisée en 2011 dans la région du Centre- Ouest, 8% des personnes d'au moins 50 ans sont touchées par la cécité et 17% vivent avec une basse vision³⁵. La même source indique que les cataractes représentent la première cause de cécité dans la région du Centre Ouest, avec près de 67 % des causes de cécité. Dans le cadre de la promotion de la santé oculaire, plusieurs plans ont été élaborés et mis en œuvre, ce sont : le plan stratégique de santé oculaire 2016-2020, le projet de gestion de la morbidité et du handicap liés au trachome et à la filariose lymphatique (MMDP) dont la phase pilote est mise en œuvre dans la région du Centre Nord, le projet régional de lutte contre le trachome 2012-2016 dans la Région des Cascades, le projet de renforcement de la prise en charge du trichiasis trachomateux dans les districts sanitaires de Gourcy, Ouahigouya, Séguénéga et Yako de la région du Nord pour la période 2016-2020. La lutte contre la cataracte retient l'attention de plusieurs partenaires actuellement au Burkina Faso.

Dans le cadre de l'opérationnalisation du plan stratégique de santé oculaire 2016-2020, deux plans triennaux sont élaborés pour des interventions dans les formations sanitaires des régions du Centre Ouest et de la Boucle du Mouhoun avec les ONG Light for the Word et CBM. Au Burkina Faso, le recensement général des enfants handicapés a relevé que sur 79 617 handicapés identifiés âgés de 0 à 18 ans, 8 586 enfants sont atteints de troubles de l'audition, soit 11%.

Il existe au niveau du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles, une unité de prévention de la surdité. Les activités de prévention et de sensibilisation sont menées de façon ponctuelle dans les districts sanitaires selon la disponibilité des financements. Le projet « oreille saine et communication pour tous » est mis en œuvre de 2013 à 2016 dans 6 régions sanitaires avec l'appui technique et financier de l'ONG CBM.

5.7.11. Handicap et réadaptation

Les MNT sont à l'origine de handicaps provisoires ou définitifs. Cependant les soins de réadaptations ne sont pas encore suffisamment disponibles. Très peu de structures et de spécialistes en kinésithérapie, en orthophonie, et en optométrie sont disponibles dans les structures. Les appareillages et autres prothèses sont très coûteux et le temps d'attente long pour en acquérir, si bien que les besoins pour les

³³ OMS, aide-mémoire N°282, Août 201

³⁴ Recensement général des enfants handicapés, MASSN, 2013

³⁵ Enquête RAAB, Centre-Ouest, 2011

patients ne sont pas couverts. Dans le cadre du projet de formation, plus d'une dizaine d'agents sont en spécialisation.

Un plan stratégique de médecine physique et réhabilitation 2016-2020 vient d'être élaboré et validé. Il y est prévu la construction d'un centre de kinésithérapie et une école de formation à Ouagadougou.

5.7.12. État de la surveillance

Il existe deux types de surveillance : la surveillance en routine et celle par enquête. En routine, la notification des MNT se fait à travers le système d'informations sanitaires. Les données proviennent des différentes structures publiques et privées de prise en charge des MNT qui sont organisées selon la pyramide sanitaire nationale. Pour la surveillance par enquête, il est prévu tous les cinq ans, une enquête sur les facteurs communs de risques des MNT. La prochaine enquête doit avoir lieu en 2018. Le suivi régulier concerne tous les indicateurs (impact, effet.) prévus dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique intégré de lutte contre les MNT.

Tableau 16 : Quelques indicateurs d'impact et d'effet des MNT

Indicateurs	Niveau 2013	Niveau attendu	
		2018	2020
Indicateurs d'effets			
Pourcentage de personnes de 25 à 64 ans consommant quotidiennement les 5 portions de fruits et légumes	5,1	5,6	6,4
Pourcentage d'adultes pratiquant une activité physique modérée à intense	82,2	84,7	90,7
Pourcentage de porteurs d'HTA suivis médicalement	30,3	32,3	37,8
Pourcentage de diabétiques détectés et suivis médicalement	11,9	13,9	14,8
Pourcentage de structures de santé primaires offrant le paquet essentiel d'interventions pour la prise en charge intégrées des MNT	-	25	40
Indicateurs d'impacts			
Prévalence de la consommation de tabac fumé chez les 25 à 64 ans	11,3%	-	09,6%
Prévalence de la consommation nocive d'alcool	08,6%	-	08,6%
Prévalence de l'activité physique limitée	17,7 %	-	16,6%
Prévalence de l'obésité	04,5%	-	04,5%

Prévalence de l'HTA	17,6%	-	17,6%
Prévalence du Diabète	04,9%	-	04,9%
Disponibilité des médicaments essentiels et des technologies de base pour le traitement des MNT	-	-	40,0%
Disponibilité des traitements médicamenteux et du counseling pour la lutte contre les MNT	-	-	40,0%
Mortalité prématurée avant l'âge de 60 ans due aux MNT chez les hommes (% du total des morts par MNT, estimation OMS 2008)	-	-	53,6%

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 CSPA
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 Akotiongou 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