

MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité - Progrès- Justice

**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES TROPICALES
NEGLIGÉES 2016-2020
BURKINA FASO**

« Un Burkina Faso libéré du fardeau des maladies tropicales négligées »

Décembre 2016

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
SIGLES ET ABREVIATIONS	ix
PREFACE	Erreur ! Signet non défini.
INTRODUCTION.....	2
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION	4
I. PROFIL PAYS.....	4
1.1 Situation géographique.....	4
1.2 Situation administrative	4
1.3 Situation démographique.....	5
1.4 Situation socio-économique.....	6
1.5. Transport et communication	8
II. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE	11
2.1 Priorités du système de santé	11
2.2 Analyse du système de santé par orientation stratégique.....	11
2.2.1 Leadership et gouvernance	11
2.2.2 Prestations de services et de soins	13
2.2.3 Ressources humaines pour la santé.....	15
2.2.4 Promotion de la santé et lutte contre la maladie	16
2.2.5 Médicaments, consommables médicaux et vaccins	17
2.2.6 Financement de la santé	19
2.2.7 Problèmes prioritaires du système national de santé.....	20
III. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN.....	21
3.1. Les MTN ciblées par la chimiothérapie préventive.....	22
3.1.1. La Filariose lymphatique	22

3.1.2. L'onchocercose.....	28
3.1.3. Le trachome.....	31
3.1.4. La schistosomiase	34
3.1.5. Les vers intestinaux	36
3.2. Les MTN ciblées par la prise en charge intensive	37
3.2.1. <i>La Dengue</i>	37
3.2.2. Le ver de guinée.....	40
3.2.3. <i>La trypanosomiase humaine africaine</i>	42
3.2.4. <i>L'ulcère de Buruli</i>	44
3.2.5. <i>La lèpre</i>	45
L'amélioration de la sensibilisation des patients et leur entourage le renforcement de la surveillance en mettant l'accent sur le genre et les enfants.	47
3.2.6. <i>La leishmaniose</i>	47
3.2.7. Les tréponématoses non vénériennes.....	49
3.2.8. La rage humaine	50
3.2.9. <i>Les envenimations par morsure de serpent</i>	51
3.3. Statut de la cartographie des MTN.....	58
IV. Mise en œuvre des activités du programme MTN	59
4.1 Interventions pour les MTN CTP.....	59
4.2 Interventions pour les MTN PIM	59
4.3 Evolution des indicateurs 2012-2015	62
V. LACUNES ET PRIORITES	63
DEUXIEME PARTIE: AGENDA STRATEGIQUE	64
VI. AGENDA DU PLAN STRATEGIQUE MTN.....	64
6.1 Vision	64
6.2 Mission	64
6.3 But.....	64
6.4 Principes directeurs.....	64

6.5	Priorités Stratégiques (PS) :.....	64
6.6	Cadre Stratégique	65
6.6.1	Priorités et objectifs stratégiques.....	65
6.6.2	But, objectifs, stratégies et cibles des unités de lutte contre les MTN	66
6.6.3	Objectifs par étape pour chaque MTN	70
TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL		75
VII. CADRE OPERATIONNEL.....		75
7.1	Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme.....	75
7.1.1	<i>Intensification des interventions de chimiothérapie préventive</i> ..	75
7.1.2	<i>Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas.</i> ..	76
7.2	<i>Renforcer la logistique pharmaceutique et la pharmacovigilance</i> ..	80
7.3	<i>Renforcer les capacités du programme</i>	81
VIII. MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....		96
8.1	Cadre institutionnel.....	96
8.2	Mécanismes de coordination et de suivi-évaluation.....	96
8.3	Mobilisation des ressources.	99
CONCLUSION		104
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		105
ANNEXES.....		A

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la santé tient à remercier toutes celles et tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du présent plan stratégique. Ces remerciements s'adressent particulièrement aux :

- Partenaires techniques et financiers du PNMTN : OMS, USAID, Banque mondiale, CNTDL/FPSU, CDC/Atlanta, GSK, FHI360, HKI, Sightsavers, Occitane, FRF, ABRF, RTI, ITI, MDP, Centre Carter, OOAS,
- Institutions nationales et internationales de recherche : IRSS, Centre Muraz, CNRFP, IRD/CIRDES
- Acteurs du niveau central, intermédiaire et périphérique du système de santé.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: évolution de la répartition de la population par région sanitaire de 2016 à 2020 selon les projections démographiques.....	6
Tableau II: Principaux indicateurs socioéconomiques	7
Tableau III: ratio personnel de santé/population de 2010 à 2014	15
Tableau IV: Récapitulatif des cas de THA dépistés passivement de 1987 à 2015 au Burkina Faso	43
Tableau V: Évolution des principaux indicateurs de prise en charge de la lèpre de 2010 à 2015 au Burkina Faso	46
Tableau VI: Situation des cas de leishmaniose notifiés de 2011 à 2015 selon le niveau de soins.....	48
Tableau VII: situation de la rage de 2012 à 2015	50
Tableau VIII: situation des envenimations de 2012 à 2015	52
Tableau IX : Co- endémicité des MTN	55
Tableau X : Statut d'endémicité des districts sanitaires par MTN.....	58
Tableau XI: Situation des districts au-dessus du seuil fixé pour une intervention MTN.....	58
Tableau XII: Situation de mise en œuvre de la CTP.....	59
Tableau XIII: Situation de prise en charge des MTN.....	59
Tableau XIV: Estimation des populations à traiter d'ici 2020 : traitement de masse et prise en charge des cas.....	61
Tableau XV: Evolution des principaux indicateurs MTN de 2012 à 2015	62
Tableau XVI: Analyse FFOM	63
Tableau XVII: Priorités et objectifs stratégiques	65

Tableau XVIII : Récapitulatif du but, des objectifs, stratégies et cibles des unités de lutte contre les MTN	66
Tableau XIX : Objectifs par étape pour chaque unité	70
Tableau XX : Types de distributions de masse de médicaments.....	75
Tableau XXI: besoins et opportunités d'intégration avec d'autres maladies non MTN.....	76
Tableau XXII: besoins et intégrations avec d'autres maladies non MTN dans le cadre de la lutte antivectorielle et de la prévention	79
Tableau XXIII : Activités et sous activités de la priorité stratégique 1	82
Tableau XXIV : activités et sous activités de la priorité stratégique 2	88
Tableau XXV : activités et sous activités de la priorité stratégique 3	90
Tableau XXVI: activités et sous activités de la priorité stratégique 4	92
Tableau XXVII: budget du plan stratégique (répartition par catégorie d'activité).....	100
Tableau XXVIII: budget du plan stratégique par objectifs stratégique.....	102

LISTE DES FIGURES

Figure 1: carte des 13 régions avec les principales voies de communication du Burkina Faso.....	5
Figure 2: Rayon moyen d'action théorique des structures sanitaires publiques du Burkina Faso.....	9
Figure 3 : Prévalence ICT et endémicité des UE en 2000 (Source OMS/AFRO).....	22
Figure 4 : situation de l'endémicité de la FL en 2016	24

Figure 5 : Cartographie des DS mettant en œuvre le TIDC au Burkina Faso en 2016.....	30
Figure 7: Endémicité du trachome actif selon la cartographie de base du BurkinaFaso; 2005-2010.....	32
Figure 7: Endémicité du trichiasis trachomateux selon la cartographie de base du Burkina Faso; 2005-2010.	32
Figure 8 : cartographie de la mise en œuvre des TDM schistosomiase par région de 2015-2020.....	36
Figure 9: probabilité de survenue de la Dengue au Burkina Faso	39
Figure 10: distribution géographique des morsures de serpents au Burkina Faso (incidence moyenne annuelle pour 100 000 habitants)	53

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :RésultatsdecartographiedeFL auBurkinaFasoréaliséeeenjuin 2000.....	A
Annexe 2 :Résultatsde lacartographieSchistosomiases	E
Annexe 3 :Données des évaluationsépidémiologiquesdel'onchocercose dans quelques villages du Burkina.....	J
Annexe 4 :Résultatsde lacartographiedutrachome	M
Annexe 5 :Prévalence mf de base, nombre de tours de TDM et prévalence récente par région.....	O
Annexe 6 :Situation de l'endémicité trachomateuse dans les 63 districts sanitaires du Burkina Faso en Décembre 2014	P
Annexe 7 :Évolution des prévalences à S haematobium de 2008 à 2013 dans les villages sites sentinelles	S
Annexe 8 :Evolution descouvertures thérapeutiquesde2013à 2015	T
Annexe 9 : Répartition du budget par source de financement et Gaps	W
Annexe 10: Projections démographiques au Burkina Faso (Projection de la population pour les dix(10) prochaines années)	Z

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASO:	Attaché de santé en ophtalmologie
CAMEG:	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CAP:	Connaissances, attitudes et pratiques
CFA:	Circulating filaria
CHR:	Centre hospitalier régional
CHU:	Centre hospitalier universitaire
CMA:	Centre médical avec antenne chirurgicale
CMFL:	Concentration moyenne des microfilaires
CNTD:	Center for Neglected tropical diseases
CPN:	Consultation pré natale
CSPS:	Centre de santé et de promotion sociale
CTP:	Chimiothérapie préventive
DEP/MATD	Direction des études et de la planification/Ministère de l'administration
:	territoriale et de la décentralisation
DGISS:	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DLM:	Direction de la lutte contre la maladie
DMM:	Distribution massive de médicament
DRS:	Direction régionale de la santé
DS:	District sanitaire
FL:	Filariose lymphatique
GPRS:	Global pack et radio service
GSK:	GlaxoSmith Kline
GSM:	Global system for mobile communications
HDI:	Health and Development International
HI:	Handicap international
HKI:	Helen keller international
IDH:	Indice de développement humain
IEC:	Information éducation communication
ISF	Indice synthétique de fécondité
ITI:	International trachoma Initiative
MDP:	Mectizan donation program

MDSC:	Centre de surveillance pluripathologique
MTN CTP :	Maladie tropicale négligée visée par la chimiothérapie préventive
MTN:	Maladie tropicale négligée
OCP:	Onchocerciasis Control Program
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONATEL:	Office national des télécommunications
ONCHO:	Onchocercose
ONG:	Organisation non gouvernemental
PCIME:	Prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant
PDDEB:	Plan décennal de développement de l'éducation de Base
PIB:	Produit intérieur brut
PMA:	Paquet minimum d'activités
PNDS:	Plan national de développement sanitaire
PNPC:	Programme national de prévention de la cécité
PNS:	Politique nationale de santé
PNUD:	Programme des nations unies pour le développement
PTME:	Prévention de la transmission mère enfant
PVVIH:	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience
RCI:	République de Côte d'ivoire
RGPH:	Recensement général de la population et de l'habitation
RISEAL:	Réseau international schistosomoses environnement aménagement et lutte
SBC:	Service à base communautaire
SCI:	Schistosomiasis control initiative
SNIS:	Système national d'information sanitaire
TDM:	Traitement de masse
TF:	Trachome folliculaire
THA :	Trypanosomiase humaine africaine
TIDC:	Traitement à l'ivermectine sous directive communautaire
TT:	Trichiasis trachomateux
UEMOA:	Union économique et monétaire ouest Africaine
USAID:	Agence pour le développement international des Etats Unis
VAA:	Vaccin anti amaril
VAR:	Vaccin anti rougeoleux
VAT:	Vaccin antitétanique

PREFACE

Les Maladies tropicales négligées (MTN) constituent encore une préoccupation majeure de santé publique de par leur fréquence et les souffrances et handicaps qu'elles entraînent. Notre pays a perçu très tôt la nécessité d'organiser la lutte contre ces maladies et a, de ce fait, mis en œuvre des actions diverses qui ont abouti à des résultats probants pour certaines MTN comme la filariose lymphatique, la lèpre, le ver de Guinée, l'onchocercose et la trypanosomiase humaine africaine. Ces résultats ont été possibles grâce à la mobilisation de tous les acteurs à tous les niveaux et de nos partenaires techniques et financiers.

Aussi, voudrais-je exprimer toute la gratitude du Gouvernement Burkinabè à l'ensemble des bénéficiaires, aux partenaires techniques et financiers et à tous les acteurs pour les efforts consentis dans la lutte contre les MTN.

Cependant, en dépit des efforts consentis, de nombreux défis restent à relever pour l'élimination voire le contrôle de ces maladies à l'horizon 2020. L'un de ces défis majeurs reste la collaboration intersectorielle, afin de maintenir les acquis de la chimiothérapie préventive.

Puisque la lutte contre la pauvreté passe également par le contrôle ou l'élimination des MTN, la mise en œuvre réussie du présent plan stratégique constituera à n'en pas douter, une contribution majeure à l'atteinte des objectifs de développement.

Pour ce faire, il est impérieux que les acteurs du système de santé, de concert avec les autres secteurs ministériels, la société civile et les partenaires techniques et financiers, s'approprient ce document de référence qui donne les orientations stratégiques en matière de lutte contre les MTN au Burkina Faso.

Relevons le défi ; libérons le Burkina Faso du fardeau des maladies tropicales négligées !

Le Ministre de la Santé

Professeur Nicolas MEDA
Chevalier de l'ordre national



INTRODUCTION

Le deuxième plan national de développement sanitaire élaboré pour la période 2011-2020 a réaffirmé l'engagement des autorités du Burkina Faso en faveur de la lutte contre les maladies tropicales négligées, par la prise en compte de ces endémies dans la troisième orientation stratégique, « promotion de la santé et lutte contre la maladie ».

Ainsi, il existe une Direction de la lutte contre la maladie (DLM), qui coordonne plusieurs programmes nationaux ayant des objectifs de lutte, d'éradication, de contrôle ou d'élimination des maladies. En 2006, un projet d'intégration des programmes de lutte contre la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, le trachome et les vers intestinaux couvrant la période 2007-2010 a été adopté. Ce projet a permis le renforcement et la mise à l'échelle de la chimiothérapie préventive (CTP).

Souscrivant à l'initiative mondiale de lutte contre les MTN, le Burkina Faso s'est doté d'un premier plan stratégique de lutte contre ces maladies en 2012. En effet, avec l'appui technique de l'OMS, le Burkina Faso a élaboré et mis en œuvre un plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) pour la période 2012-2016. La mise en œuvre de ce plan stratégique a permis la consolidation des acquis de la lutte contre les MTN au plan national.

Afin de voir le couronnement du succès de la lutte contre les MTN, ce deuxième plan stratégique couvrant la période de 2016-2020, prend en compte les priorités du PNDS, et a pour objectif de conduire le pays à l'élimination de la majeure partie des MTN. Il est élaboré conformément au guide d'élaboration de l'OMS des plans stratégiques des programmes nationaux de lutte contre les Maladies tropicales négligées de la région africaine

L'OMS retient 17 maladies réparties dans les régions les plus pauvres du monde comme étant des maladies tropicales négligées. Ces maladies sont étroitement liées à la pauvreté, au manque d'hygiène et d'assainissement, à la promiscuité, et à des conditions de vie difficiles.

Au Burkina Faso, à l'exception de la maladie de chaggas, les autres infections sont présentes et constituent des endémies majeures. Pour venir à bout des MTN, deux stratégies majeures sont mises en œuvre par le programme national. Ce sont, la chimiothérapie préventive et la prise en charge des cas. Ces stratégies sont soutenues par la lutte intégrée contre le vecteur et les hôtes intermédiaires, la garantie de l'accès à une eau sans risque sanitaire et à des mesures d'assainissement et d'hygiène, la mise en œuvre de mesures de santé publique

vétérinaire (application des sciences vétérinaires à la santé publique et au bien-être de l'homme) et l'éducation pour la santé.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

I. PROFIL PAYS

1.1 Situation géographique¹

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays continental qui s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Des routes bitumées le relient à l'ensemble des pays voisins et un chemin de fer long de 1 145 km le relie à la Côte d'Ivoire. Ouagadougou, la capitale du pays est située à 1 200 km du port d'Abidjan (Côte d'Ivoire), à 980 km du port de Téma (Ghana) et à 970 km du port de Lomé (Togo).

De par sa situation géographique dans la zone soudanienne (entre 9°20'00" et 15°54'00" de latitude Nord, 2°20'00" de longitude Est et 5°30'00" de longitude Ouest), le Burkina Faso a un climat de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ sept mois (d'octobre à avril). Les températures oscillent entre 12° et 42° (source INSD juillet 2013). Aussi, il expose le pays à des risques permanents d'inondation de sécheresse, d'harmattan ainsi qu'à une chaleur parfois très importante.

La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux dont les principaux sont : le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

1.2 Situation administrative

Au plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8228 villages. La région, et la commune sont des collectivités territoriales dotées d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village². Les communes urbaines et les communes rurales sont appelées collectivités locales et sont administrées par un conseil d'élus locaux.

Dans le cadre de la décentralisation, certains domaines d'intervention sont transférés aux collectivités locales; il s'agit entre autres de la santé, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation (primaire et post primaire), de l'alphabétisation, des sports et loisirs, de la jeunesse, et de la culture³.

¹Plan d'action 2015 du ministère de la santé

²La loi n°013 2001/AN du 02 Juillet 2001

³Le Code Général des Collectivités Territoriales adopté par la loi n 055 2004/AN du 21 décembre 2004.

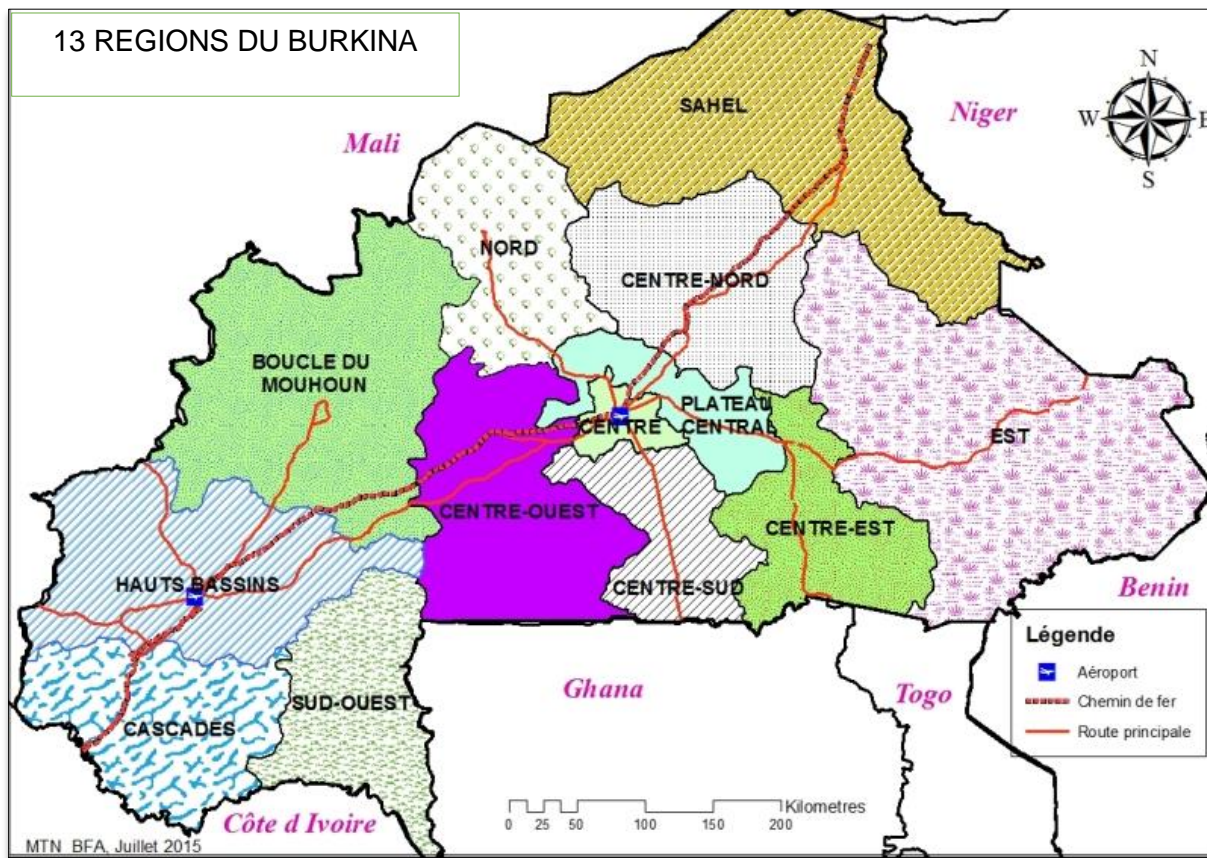


Figure 1: carte des 13 régions avec les principales voies de communication du Burkina Faso

1.3 Situation démographique

Selon le 4^{ème} recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2006, la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants. Avec une densité d'environ 51,8 habitants au km², elle croît à un rythme de 3,1% l'an. Elle est majoritairement jeune et féminine. En effet, les moins de 15 ans et les femmes représentent respectivement 48,0% et 51,7% de la population totale. La majorité de la population vit en milieu rural, 77,30% contre 22,70% en milieu urbain. Le taux brut de natalité est de 46 pour mille. Celui de la mortalité générale est de 11,8 pour mille et l'espérance de vie à la naissance est de 56,7ans. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations internes (elle se fait des villages vers les grandes villes et vers les sites aurifères..) et surtout externes.

Selon l'Enquête démographique de santé (EDS) de 2010, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 enfants par femme à l'échelle nationale. En 2016, la population est estimée à 19 034 397 habitants.

Les projections démographiques de la population par région sanitaire de 2016 à 2020 se présentent comme suit :

Tableau I: évolution de la répartition de la population par région sanitaire de 2016 à 2020 selon les projections démographiques

Régions	2016	2017	2018	2019	2020
Boucle du Mouhoun	1 871 492	1 923 192	1 976 217	2 030 595	2 086 333
Cascades	766 540	794 192	822 445	851 276	880 686
Centre	2 637 303	2 744 666	2 854 356	2 966 307	3 080 375
Centre-Est	1 515 518	1 561 208	1 607 993	1 655 846	1 704 810
Centre-Nord	1 593 214	1 639 966	1 687 858	1 736 887	1 787 082
Centre-Ouest	1 554 040	1 598 159	1 643 388	1 689 721	1 737 197
Centre-Sud	826 548	848 940	871 927	895 498	919 681
Est	1 668 520	1 722 513	1 777 738	1 834 166	1 891 813
Hauts-Bassins	2 025 513	2 091 282	2 158 541	2 227 277	2 297 496
Nord	1 544 677	1 587 866	1 632 149	1 677 542	1 724 065
Plateau Central	899 884	924 474	949 697	975 568	1 002 106
Sahel	1 312 463	1 353 307	1 395 108	1 437 848	1 449 891
Sud-Ouest	818 685	842 382	866 662	891 529	916 994
Total	19 034 397	19 632 147	20 244 079	20 870 060	21 478 529

Source: DGISS projection démographique 2011-2020

1.4 Situation socio-économique

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. En effet, selon le rapport 2014 sur le développement humain du Programme des Nations Unies sur le développement humain, le pays occupe le 183^{ème} rang sur 188 pays. Aussi l'Indice de développement humain (IDH) était de 0,402 en 2014 (Rapport sur l'IDH, 2015). Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par personne et par an en 2009 et le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 43,9%(source EICVM 2009). Cette pauvreté affecte particulièrement les femmes et les enfants et d'importants écarts persistent entre les zones urbaines et rurales déterminant la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé notamment la prise en charge des cas de MTN.

Selon les résultats des comptes de la santé, il ressort que la Dépense nationale de santé (DNS) est évaluée à 380 milliards de F CFA en 2013 contre 305,8 milliards de F CFA en 2012, soit un accroissement de l'ordre de 24,7%. La dépense nationale de

santé par tête d'habitant est passée de 18 819 FCFA à 21 937 FCFA sur la même période. Les ménages restent les principaux financeurs de la santé, suivis des partenaires techniques et financiers et de l'Etat.

Au niveau des ménages, les paiements directs constituent le principal mécanisme par lequel les populations obtiennent les services de santé. Ils représentent respectivement 39,9% et 38,0% en 2011 et 2012.

Au titre des partenaires, l'accompagnement du Ministère de la santé dans la mise en œuvre du PNDS se fait à travers plusieurs modalités de financement. Ces fonds extérieurs représentent 29,3% et 39,2% respectivement en 2011 et 2012.

Pour ce qui concerne l'Etat, la part du budget consacré aux dépenses de santé a été respectivement de 27,0% et 22,7% en 2011 et 2012.

Au niveau de l'éducation, le taux brut de scolarisation est de 83% en 2013/2014 et le taux net de scolarisation pour cette même année scolaire est de 64,4%. Quant au taux d'achèvement scolaire il est de 57,6%⁴ soit 59,7% pour les filles et 55,7% pour les garçons. Le taux d'alphabétisation au niveau national reste faible autour de 23,6 en 2005 à 28,7% en 2007 (EAQUIBB, l'INSD, 2007). Il cache d'énormes disparités, d'une part, entre le milieu urbain et le milieu rural, et, d'autre part, entre les hommes et les femmes. Le faible niveau général de scolarisation et d'alphabétisation influence négativement l'impact des activités de promotion et de restauration de la santé.

Le pays est d'une très grande diversité culturelle et religieuse. On dénombre plus d'une soixantaine de groupes ethniques. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français

Au plan religieux, les trois grandes religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%) selon le RGPH 2006.

Le tableau suivant donne quelques indicateurs socio-économiques :

Tableau II: Principaux indicateurs socioéconomiques

Indicateurs	Niveau	Année	Source
PIB par habitant (FCFA)	335812	2012	INSD
Taux de croissance réel du PIB (%)	8,0	2012	INSD
Indice de Développement Humain	0,388	2013	PNUD
Pourcentage de la population totale vivant en dessous du seuil de pauvreté	43,9	2014	EMC

Incidence de la pauvreté en milieu urbain (%)	19,9	2014	EMC
Incidence de la pauvreté en milieu rural (%)	50,7	2014	EMC
Taux brut de scolarisation (%)	83	2014	MENA
Taux net de scolarisation (%)	64,4	2014	MENA
Taux d'achèvement scolaire(%)	57,6	2014	MENA
Taux d'alphabétisation(%)	28,2	2009	INSD
Taux brut de mortalité (‰.)	11,8	2010	EDS
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 Naissances vivantes)	316	2010	EDS
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 Naissances vivantes)	65	2010	EDS
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000 Naissances vivantes)	129	2010	EDS
Taux de couverture en eau potable	63,5%	2015	DSS/MARHASA
Taux d'accès à l'assainissement familial	6%	2015	DSS/MARHASA

1.5. Transport et communication

✓ Transport

Le Burkina Faso est desservi par un réseau routier classé en route nationale, régionale et départementale, d'une longueur totale de 15304.1 km dont 22,47% de routes bitumées⁵.

Ce réseau routier est subdivisé en réseau primaire, secondaire et tertiaire.

Le réseau primaire ou principal est constitué des routes nationales telles que définies par les textes administratifs. Il s'agit des grands axes routiers par lesquels se font l'approvisionnement et l'exportation des produits du pays et des artères (ceintures et radiales) qui permettent d'assurer la couverture du territoire national. Il totalise 6728,1km

Le réseau secondaire long 8575,8km comprend les routes régionales et les routes départementales. Il s'appuie sur le réseau primaire et sert à la collecte et à la distribution des produits à l'intérieur du pays.

Le réseau tertiaire est la partie terminale du réseau routier qui permet de relier les lieux de résidence des populations rurales au réseau des routes secondaires ou de routes principales, c'est le réseau des pistes rurales.

Le réseau routier classé Burkinabé a progressé durant la dernière décennie aussi bien en linéaire qu'en qualité. Il est passé de 9 500 km en 1998 à 15 271 km en 2010 et le linéaire des routes bitumées a progressé de 50 %. L'état du réseau s'est également considérablement amélioré grâce aux efforts de réhabilitation et de

⁵INSD, Annuaire statistiques 2012

bitumage. En dépit de ces importantes avancées, la couverture du réseau routier est classé faible (5,6 km/100 km) selon les normes de la CEDEAO qui sont de 10,5 km/100km moyennes en Afrique Subsaharienne. Des difficultés d'accès aux structures sanitaires existent dans presque toutes les régions surtout en saison hivernale. Le rayon moyen d'action théorique varie de 2,8 km à 11,3 km dans les régions sanitaires comme le montre la carte ci-dessous.

En 2014, plus de 20% de la population vivaient au-delà de 10 km d'une formation sanitaire⁶.

Le Burkina Faso compte deux aéroports internationaux (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et des aérodromes secondaires dans certaines capitales régionales. Un troisième aéroport international est actuellement en construction à Donsin, localité située à environ 35 km de Ouagadougou.

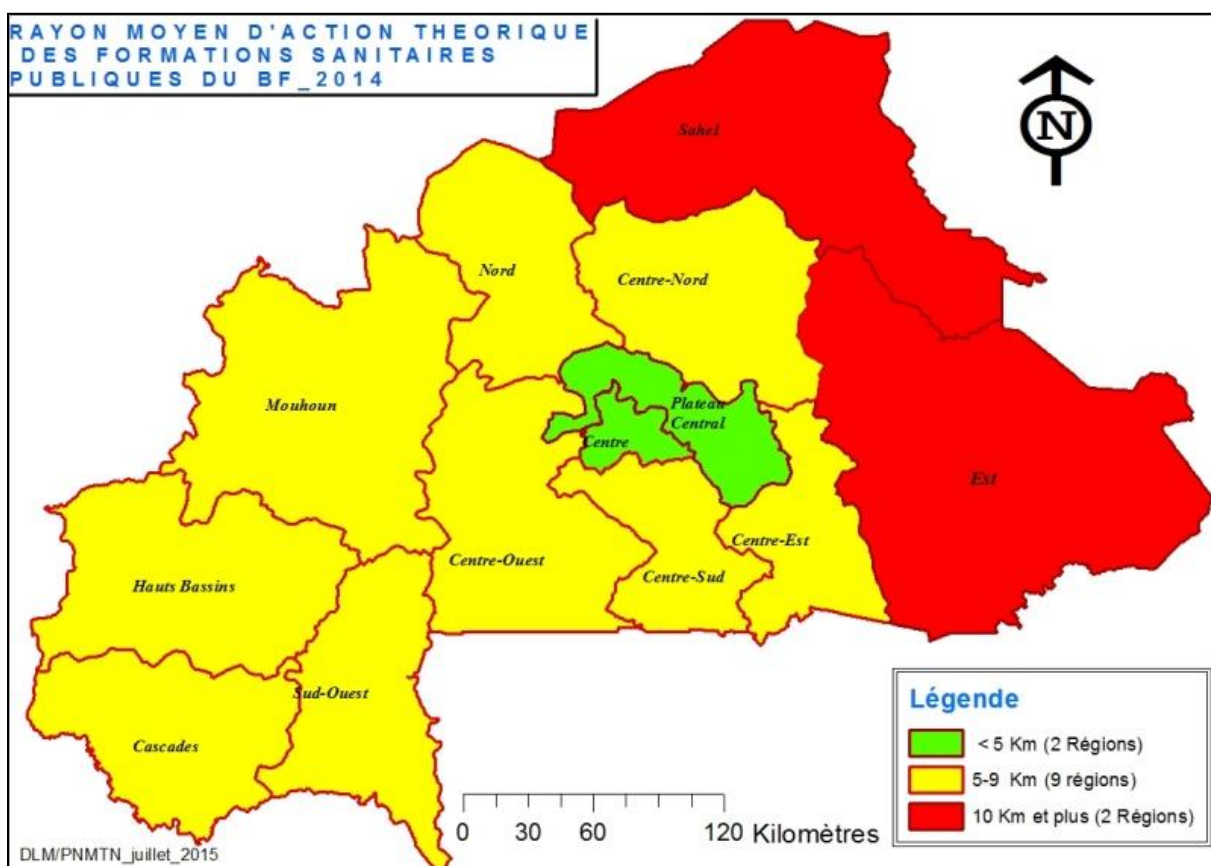


Figure 2: Rayon moyen d'action théorique des structures sanitaires publiques du Burkina Faso

⁶Ministère de la Santé, Annuaire statistique 2014

✓ **Communication**

Le secteur des télécommunications a connu un accroissement important au cours de la dernière décennie. La libéralisation du secteur de la téléphonie mobile en 2000 a permis de porter le nombre d'opérateurs GSM à trois.

La privatisation partielle de l'Office national des télécommunications (ONATEL) et l'ouverture complète du secteur à la concurrence en 2006, ont permis d'obtenir les résultats suivants :

- la télé densité (fixe et mobile) est passée de 0,41 téléphone pour 100 habitants en 1998 à 14,38 téléphones pour 100 habitants au 31 décembre 2007⁷ ;
- la couverture de 308 localités par la téléphonie fixe et de 85% du territoire national par la téléphonie mobile ;

L'introduction des technologies EDGE/GPRS et CDMA permet l'accès à internet en zone rurale.

Au plan national, le paysage médiatique s'est élargi avec :

✓ Au niveau de l'audiovisuel :

- 163 stations radio⁸ qui se décomposent en radio publiques (national, régionale et local), radios privées de proximité (commerciales, communales, communautaires/associatives, confessionnelles) ;
- 33 chaînes de télévision publiques (nationales et régionales), 21 chaînes privées (commerciales internationales, communautaires et confessionnelles)

✓ En matière de presse écrite, on dénombre :

- 70 titres de presses écrites dont un public (Sidwaya)
- 13 médias en ligne.

Parmi les parutions, les plus importantes sont : Sidwaya, l'Observateur Paalga, le Pays, l'Évènement, le Journal du jeudi, l'Express du Faso, le Quotidien.

✓ Une émergence des réseaux sociaux

✓ Sur le plan communautaire, différents canaux de communication existent :

- la chefferie coutumière, les leaders d'opinion, etc.
- les réseaux associatifs;

⁷ Etats des lieux, site Web CSI consulté le 18/07/2013

⁸Site Web : [www. CSI.bf](http://www.CSI.bf) consulté le 18/08/2016

- les crieurs publics ;
- les cadres de rencontre comme les marchés, les lieux de culte, les points d'eau.

Tous ces canaux ont une importance capitale dans la lutte contre les MTN. Ils permettent d'une part une visibilité du programme et d'autre part, ce sont de puissants moyens de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la lutte contre les MTN.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE

2.1 Priorités du système de santé

Le Burkina Faso dispose d'un document de politique nationale de santé (PNS) et l'instrument de mise en œuvre de la PSN est le plan national de développement sanitaire (PNDS). Les priorités du système de santé sont définies à travers les (08) huit orientations stratégiques du PNDS 2011-2020 qui sont :

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

2.2 Analyse du système de santé par orientation stratégique

L'analyse du système national de santé, basée sur les piliers du système de santé définis par l'OMS a permis d'identifier les forces et les faiblesses du système national de santé.

2.2.1 Leadership et gouvernance

Au cours de l'exécution de la tranche 2011-2013 PNDS, le leadership du ministère s'est manifesté dans la définition de politiques, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la

santé, le renforcement du dialogue sectoriel au niveau des acteurs du système national de santé, la réalisation de l'étude diagnostique et rétrospective de la prospective sectorielle de la santé à l'horizon 2030. Dans le domaine de la gouvernance, il y a eu des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel. La gouvernance a porté sur plusieurs domaines du système de santé.

Le système national de santé comprend les sous-secteurs sanitaires publics, privés, de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

Dans le sous-secteur sanitaire public, les principaux acquis sont essentiellement le renforcement de la décentralisation du système sanitaire entreprise depuis 1993 avec la mise en place du système de santé de district (70 districts en 2011), et le renforcement des CMA/hôpitaux de district.

L'implication effective de tous les acteurs dans le développement du système de santé, l'instauration des soins d'urgence, la subvention des prestations en faveur de la mère et de l'enfant, ont amélioré l'efficacité et l'utilisation du système de santé.

La communalisation intégrale aura une répercussion majeure dans le mode de gestion du système de santé à tous les niveaux. Le transfert des compétences et ressources des formations sanitaires périphériques aux collectivités territoriales en expérimentation depuis 2009 est en cours d'évaluation en 2015. Actuellement une transformation progressive de 302 CSPP des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux (CM) est en cours. En outre, plusieurs réformes ont été opérées telles que la réforme hospitalière y compris l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement et la réforme pharmaceutique. La mise en œuvre de la politique de contractualisation dans le secteur de la santé et le financement basé sur les résultats permettront de renforcer l'approche sectorielle, stratégie adoptée pour la mise en œuvre du PNDS.

La régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement de l'inspection technique des services de santé et à la collaboration avec les ordres professionnels.

Le sous-secteur privé de soins contribue à l'offre de soins aux populations surtout urbaines. Il compte plus de 300 structures composées majoritairement de structures à but lucratif (81%) et d'établissements confessionnels. Un cadre formel de concertation existe entre ce sous-secteur et le ministère de la santé.

Le ministère de la santé a intensifié son appui au sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ces dix dernières années. Les actes majeurs dans ce domaine sont l'adoption de la politique nationale en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles, avec des textes règlementant l'exercice de la profession, la mise en place d'un cadre de collaboration avec le sous-secteur sanitaire public, l'encadrement des tradipraticiens de santé et enfin, la mise sur le marché des médicaments traditionnels homologués.

En dehors des maladies tropicales négligées, le Burkina Faso met en œuvre plusieurs programmes de lutte contre la maladie dont les plus importants sont :

- un programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (PNMNT);
- un programme national de lutte contre le paludisme (PNLP);
- un programme national de lutte contre la tuberculose (PNT);
- un programme sectoriel santé de lutte contre le VIH/Sida (PSSLS).

Une grande attention est également portée sur la nutrition, les maladies évitables par la vaccination, la santé de la mère et de l'enfant, la santé des adolescents et des personnes âgées.

Le PNMTN relève de la Direction de la lutte contre la maladie, qui elle-même relève de la Direction générale de la santé. Elle est composée de 7 unités de lutte contre certaines MTN et de 4 unités transversales. Dans le cadre du renforcement de la gestion du programme, un comité de pilotage et un comité technique ont été créés en 2015

Dans le domaine du leadership et de la gouvernance, les défis majeurs sont, la régulation et la normalisation dans le secteur, l'amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions et le renforcement du système national de santé dans le contexte de la décentralisation.

2.2.2 Prestations de services et de soins

Le système de soins est organisé en trois sous-secteurs qui sont : le sous-secteur sanitaire public, le sous-secteur sanitaire privé; enfin le sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

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

Le premier niveau comprend deux échelons :

- le premier échelon de soins est composé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des centres médicaux. En 2014, on a dénombré 1 643 CSPS et 35 Centres médicaux (CM) ; toutefois, il existe toujours un nombre important de maternités et de dispensaires isolés (respectivement 15 et 127) ;
- le deuxième échelon de soins est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du premier échelon du district. En 2014, on dénombrait 47 CMA fonctionnels ;

Le deuxième niveau est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) Au nombre de neuf (09), ils servent de référence aux CMA;

Le troisième niveau qui est celui de référence le plus élevé, est constitué par les centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de quatre (04) en 2015 : CHU Yalgado Ouédraogo, CHU Pédiatrique Charles De Gaulle, CHU Sourou Sanou et CHU National Blaise Compaoré. On note l'exécution de certaines activités de santé au niveau communautaire par d'autres acteurs tels que la société civile, les ONG-rencap et les OBCE.

Il existe d'autres structures publiques de soins tels que les services de santé des armées (SSA), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et les services de santé de l'Office de santé des travailleurs (OST).

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte un nombre important et varié de structures sanitaires privées. Ce secteur est en forte croissance ces dernières années, tant du point de vue du nombre des structures que de leur nature et contribue surtout à l'offre de soins des populations urbaines. En 2013, on dénombrait 407 structures privées de soins fonctionnelles dont 84 établissements hospitaliers privés.⁹

En outre, l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique.

Le système national de santé tel que décrit doit permettre une bonne gestion des structures de santé et une meilleure prise en charge des usagers.

Dans le domaine de la santé communautaire, l'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé constitue une avancée significative pour une meilleure participation des communautés à la prise en charge de leur santé.

⁹Ministère de la santé : Annuaire statistique 2014

Les prestations fournies dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de lutte contre les MTN sont gratuites en dehors de la dengue, de l'ulcère de Buruli et de la leishmaniose. Ces prestations consistent en :

- une distribution médicamenteuse de masse (filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, géo helminthiase et trachome) pour la chimiothérapie préventive
- une prise en charge des cas de lèpre, de la trypanosomiase humaine africaine, du trichiasis trachomateux, du lymphœdème et de l'hydrocèle).

2.2.3 Ressources humaines pour la santé

Le ratio personnel de santé / habitants a connu une évolution favorable au cours des 5 dernières années comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau III: ratio personnel de santé/population de 2010 à 2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Population	15 730 977	16 248 558	16 779 207	17 322 796	17 880 386
Ratio habitants/médecin	22 063	22 017	21 320	21 573	20 864
Ratio habitants/pharmacien	85 494	72 863	82 656	83 685	82 398
Ratio habitants/infirmier d'Etat	5 151	5 056	5 280	4 965	4 809
Ratio habitants/infirmier (IB+IDE)	2 803	2 679	2 793	2 796	2 812
Ratio habitant/SFE-ME	14 883	12 754	12 702	10 888	10 605
Ratio habitant/accoucheur*	4 184	3 891	3 770	3 643	3 605

(*) *Accoucheur** = Sage-femme/Maïeuticien d'Etat + Accoucheuses brevetées + Accoucheuses auxiliaires

Les établissements privés de soins employaient près de 1 800 personnes dont 8% de médecins (143), 37% d'infirmiers (669), 12% de sages-femmes et accoucheuses (216), le reste étant composé de personnel peu qualifié¹⁰.

Le sous-secteur sanitaire privé contribue à l'offre de formation avec la faculté de médecine de l'université St Thomas d'Aquin et les écoles privées de santé dans la formation des paramédicaux.

¹⁰Rapport d'évaluation du secteur privé de santé, année 2010

Les capacités des institutions de formations publiques et privées des personnels de santé se sont accrues. Celles-ci réalisent la formation de différents profils de personnels y compris certains spécialistes. La formation de médecins en chirurgie essentielle et en gestion des districts contribue à l'opérationnalisation des districts sanitaires.

La formation continue des personnels sur le terrain est organisée par les responsables des différents niveaux du système de santé.

Malgré ces acquis, des insuffisances persistent. Les effectifs actuels de personnel de santé, bien qu'ayant évolués ces dernières années restent en deçà des normes requises. A cela s'ajoute la répartition inégale surtout entre les milieux urbain et rural, la faible motivation des agents et la forte mobilité du personnel de santé ce qui entrave les activités de santé, notamment la vaccination et les campagnes de masses.

La formation du personnel de santé est de plus en plus confrontée au sous équipement des institutions de formation et à la saturation des terrains de stage, ce qui a des conséquences sur la qualité des prestations.

2.2.4 Promotion de la santé et lutte contre la maladie

Dans le cadre de la promotion de la santé et lutte contre la maladie des efforts ont été faits en matière de renforcement de la communication pour le changement de comportement, de renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles dont les maladies tropicales négligées et en matière de renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Des activités de communication sur divers thèmes de santé sont régulièrement réalisées et sont intensifiées lors des différentes campagnes de traitement.

Dans le domaine de l'hygiène publique un focus a été mis sur le suivi de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires et l'inspection sanitaire des unités de production et d'ensachage d'eau. Ces suivis ont révélé des difficultés de fonctionnement des incinérateurs essentiellement liées à l'insuffisance de maintenance préventive et curative.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées, les principaux acquis sont la mise à l'échelle des traitements de masse contre les MTN CTP avec des couvertures thérapeutiques satisfaisantes : l'arrêt du traitement de masse dans 39 DS pour la FL et 29 DS pour le trachome et les progrès engrangés dans la mise

en œuvre du volet morbidité de la FL (dans 37 DS pour le management du lymphœdèmes).

Les principales difficultés dans le domaine de la promotion de la santé sont :

- ✓ L'insuffisance de financement des activités
- ✓ La faible performance du système de surveillance des maladies et des événements de santé publique de portée internationale, de gestion des épidémies, des situations d'urgence et de catastrophes
- ✓ L'insuffisance dans la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- ✓ La coordination insuffisante des interventions de promotion de la santé
- ✓ L'offre de services de santé à base communautaires de qualité peu développée.
- ✓ L'insuffisance dans la mise en œuvre des activités de communication pour le changement de comportement, de communication institutionnelle et de plaidoyer.

2.2.5 Médicaments, consommables médicaux et vaccins

Le système de distribution des médicaments a été renforcé par la déconcentration de la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), son ouverture au secteur privé, la fixation annuelle et la surveillance étroite des prix des médicaments. L'assurance qualité des produits de santé s'est améliorée par la mise en œuvre d'un système national de surveillance des effets indésirables des produits de santé à partir de 2008. En outre, la promotion de l'usage rationnel du médicament est effective à travers l'utilisation d'outils normatifs. Par ailleurs, le laboratoire national de santé publique effectue un contrôle qualité sur tous les stocks de médicaments destinés aux MTN CTP dès leur entrée sur le territoire burkinabè et ce, avant même la livraison des médicaments à la DLM.

En effet, ces médicaments sont gérés par la direction de la lutte contre la maladie qui est chargée du ravitaillement des régions et districts concernés par les TDM. La difficulté majeure reste le manque d'un magasin de stockage des produits au niveau central.

La pharmacovigilance, dans le cadre des MTN, s'intègre dans le système national de vigilance des produits de santé. Elle est maintenant opérationnelle, et réglementée par un décret pris en conseil des ministres le 16 novembre 2011. Un service a été créé à la direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires,

pour assurer les fonctions de centre national de vigilance. Ce service, assisté par des commissions spécialisées, coordonne l'analyse des notifications faites au niveau national par les patients et les agents de santé, pour permettre à l'autorité sanitaire de prendre les décisions nécessaires en cas de besoin. En outre, il est habilité à recevoir et traiter les alertes internationales sur la sécurité des produits de santé. Il est également responsable de la sécurité des produits lors des campagnes de traitement de masse.

Il est sans doute trop tôt de faire dès à présent, un bilan du fonctionnement de notre système national de vigilance. Néanmoins, la tendance qui se dessine est celle d'une sous-notification des cas.

Les prescripteurs, les dispensateurs et les patients sont expressément invités à alimenter le système de vigilance, en notifiant tout événement indésirable, même bénin, constaté lors de l'administration d'un traitement, ou lors de l'utilisation d'un dispositif médical, il faut souligner que le PNMTN mobilise des ressources financières pour l'investigation et la prise en charge gratuite des cas d'effets indésirables graves liés à l'administration des médicaments lors des TDM.

2.2.6 Information sanitaire

Dans le domaine de l'information sanitaire, des progrès ont été réalisés. Ainsi, les capacités institutionnelles et organisationnelles ont été renforcées. L'année 2013 a été marquée par le lancement et l'utilisation effective de l'entrepôt de données sanitaires du Burkina-Faso (ENDOS-BF) pour la gestion des données sanitaires de routine; il intègre les données du monde communautaire et du sous-secteur privé.

Les insuffisances se résument à une faible transmission des données du sous-secteur privé (66% en 2011 à 79,7% en 2013), une faible promptitude dans la saisie des données par certaines structures et à une insuffisance dans la qualité des données produites. Ces insuffisances sont dues entre autres à un manque de formation sur l'utilisation du logiciel (ENDOS-BF) et à une faible connectivité à l'internet.

Les principales productions statistiques (annuaires statistiques, tableau de bord, bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire, comptes nationaux de la santé...) paraissent régulièrement.

Les indicateurs du programme MTN ne sont pas suffisamment pris en compte dans les supports de collecte de routine et la surveillance intégrée. Toutefois, les données des traitements de masse contre les MTN et de prise en charge de la lèpre sont

désormais intégrées dans l'annuaire statistique du ministère de la santé. Les difficultés rencontrées dans la collecte et la transmission des rapports des précédents TDM sont entre autres :

- le retard dans la transmission des rapports;
- l'insuffisance dans le remplissage des rapports transmis ;
- l'incomplétude des rapports.

La mise en place d'un système intégré de gestion des données MTN ainsi que l'intégration des indicateurs MTN dans les outils de routine du système national d'information sanitaire reste des défis majeurs pour le programme national MTN.

En dépit de ces progrès dans la gestion de l'information sanitaire, la coordination des activités reste insuffisante, l'utilisation de l'information sanitaire reste faible. Les données de populations ne sont pas bien maîtrisées et les données communautaires sont faiblement prises en compte. Le renseignement des indicateurs quantitatifs est d'une manière générale appréciable.

Cependant l'aspect qualitatif de l'analyse des données n'est pas suffisamment pris en compte. La collaboration entre le SNIS et les structures produisant des données démographiques d'une part et d'autre part entre le système national de recherche pour la santé est limitée.

Enfin, en matière de documentation, on constate un accroissement de plus en plus important de la masse d'archives non organisées dans les différents services rendant leur exploitation difficile.

2.2.7 Financement de la santé

Les fonds de dépenses nationales dans le système de santé sont passés de 319 milliards en 2010 à 305,78 milliards en 2011 avant de connaître une hausse sensible à 338,55 milliards FCFA en 2012. Les dépenses totales de santé représentent ainsi 6%, 5,7% et 6,6% du PIB et 8,1%, 7,5% et 6% du budget de l'état respectivement pour les années 2011, 2012 et 2013.

Concernant les financements privés, la part contributive des ménages au financement des dépenses totales de santé est passée de 45,3% en 2011 à 39,1% en 2012. Par ailleurs, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important des ONG et des associations.

Les dépenses publiques¹¹ de santé étaient respectivement de 97 milliard 994 millions, 102 milliards 592 millions et 106 milliards 862 millions pour les années 2011, 2012 et 2013 et ses montants représentaient toujours pour ces années 32%, 30,3% et 30% des dépenses totales de santé. Les financements extérieurs constituent la troisième source de financement de la santé après l'Etat et les ménages. Quant à la dépense de santé par tête d'habitant, elle est passée de 18 819 FCFA en 2011 à 20 195 FCFA en 2012 et atteint 21 937 en 2013 (CNS, 2011-2012). La mise en place de l'assurance maladie universelle prévue pour 2015 devrait diminuer la participation des ménages au financement de la santé, seulement cette assurance santé n'a pas été effective en 2015.

La répartition des dépenses de santé par orientation stratégique montre que la grande partie des dépenses est consacrée à l'orientation stratégique 4 relative à la promotion de la santé et lutte contre la maladie. Ces dépenses représentent 57,91% de l'ensemble de la DNS en 2011 contre 46,07% en 2012. Le PNMTN bénéficie du financement du budget de l'Etat à travers la ligne budgétaire de la DLM et pour l'année 2015, le financement du budget de l'Etat au profit du programme MTN s'élevait à plus de 780 000 000 FCFA.

2.2.8 Problèmes prioritaires du système national de santé

Les problèmes prioritaires issus de l'analyse de la situation sanitaire nationale sont résumés comme suit :

- un état de santé de la population caractérisé par une forte charge de morbidité et une surmortalité chez la mère et l'enfant ;
- une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services ;
- les MTN peu prises en compte dans la planification des activités du système de santé ;
- une insuffisance en couverture des besoins en matière d'équipements, d'infrastructures et de produits de santé ;
- une qualité et une sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisantes ;

¹¹les dépenses publiques correspondent aux unités institutionnelles publiques ayant fournies des revenus aux régimes de financement (FS.RI. 1.1)

- une recherche pour la santé insuffisamment coordonnée et une faible utilisation des résultats pour la prise de décision ;
- une gestion peu performante du système d'information sanitaire ;
- des ressources humaines caractérisées par leur insuffisance en quantité et en qualité et leur gestion peu performante ;
- un financement insuffisant de la santé et une gestion peu rationnelle des ressources financières

III. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

Le présent plan intégré de lutte contre les MTN se focalise sur les maladies suivantes:

- La dengue ;
- La dracunculose ;
- Les envenimations par morsures de serpent ;
- La filariose lymphatique;
- Les helminthiases telluriques (Vers intestinaux) ;
- Les leishmanioses cutanées ;
- La lèpre ;
- L'onchocercose ;
- La trypanosomiase humaine africaine (THA) ;
- La rage humaine;
- La schistosomiase ;
- Le trachome cécitant ;
- Les tréponématoses endémiques (Pian, syphilis endémiques) ;
- L'ulcère de Buruli.

Certaines MTN sont ciblées par la chimiothérapie préventive (filariose lymphatique, onchocercose, schistosomiase, trachome, Vers intestinaux) et d'autres sont ciblées par la prise en charge intensive (ulcère de Buruli, lèpre, leishmanioses cutanées, rage humaine, dengue, THA, envenimations par morsure de serpent et les tréponématoses endémiques).

3.1. Les MTN ciblées par la chimiothérapie préventive

3.1.1. La Filariose lymphatique

La filariose lymphatique est une maladie parasitaire transmise par la piqûre de moustiques. Elle est responsable de manifestations aiguës et chroniques invalidantes.

La cartographie de la filariose lymphatique réalisée en juin 2000 sur l'ensemble du territoire selon la méthodologie préconisée par l'OMS (WHO, 2000)¹², a révélé que tous les districts sanitaires étaient endémiques à la FL. Les prévalences de l'antigène filarien circulant (CFA) étaient très élevées, variant de 2 à 74%. Les prévalences microfilariennes de base obtenues à partir des sites sentinelles étaient également élevées atteignant plus de 20% dans les sites sentinelles des régions du Centre-Est, de l'Est et du Sud-Ouest.

La figure suivante montre les résultats de la cartographie de la FL réalisée en juin 2000.

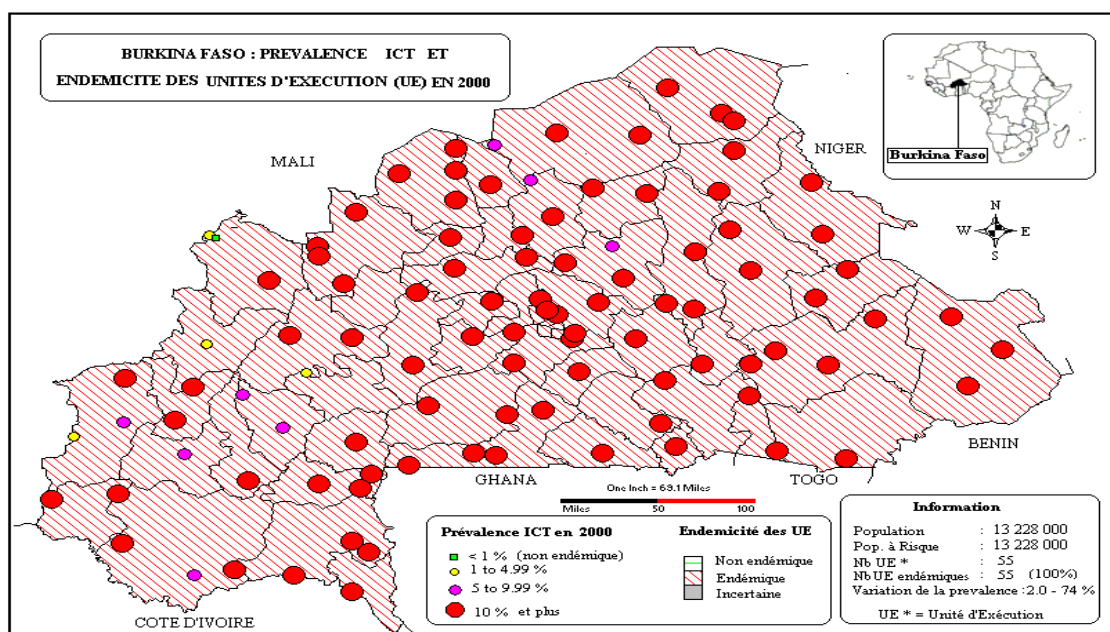


Figure 3 : Prévalence ICT et endémicité des UE en 2000 (Source OMS/AFRO)

Au regard de ces résultats, le Ministère de la santé a créé en 2001, un programme national d'élimination de la FL, 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 les suivants:

- Interrompre la transmission de la maladie en 2018 ;
- Eliminer la FL au Burkina Faso d'ici à 2020

¹²WHO, 2000, Preparing and implementing a National Plan to eliminate Lymphatic Filariasis

Les stratégies développées pour atteindre ces objectifs sont :

- 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 (taille supérieure à 90cm) ;
- 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 ;

En plus de ces deux (02) principales stratégies, des stratégies complémentaires ont été développées pour soutenir la mise en œuvre des activités. Ce sont entre autres la lutte anti-vectorielle en collaboration avec le programme national de lutte contre le paludisme, l'information, éducation, communication (IEC), la recherche opérationnelle et le renforcement des capacités.

a) La chimiothérapie préventive visant l'interruption de la transmission de la maladie

Depuis septembre 2001, les couvertures thérapeutiques rapportées chaque année au niveau national, sont satisfaisantes dans l'ensemble. Les évaluations ont montré des couvertures thérapeutiques supérieures à 65%. 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 45 districts sanitaires sur les 70 que compte le pays (prévalence microfilarienne < 1%, résultatsTAS1 inférieur au seuil critique). Seize (16) districts sanitaires ont enregistré des prévalences microfilariennes inférieures à 1% et sont éligibles pour le TAS1 en 2017.

La prévalence microfilarienne reste supérieure à 1% dans 9 districts sanitaires (Bogodogo, Bittou, Ouargaye, Tenkodogo, Fada N'Gourma, Batié, Diébougou, Gaoua, Kampti, répartis dans les régions du Centre, du Centre-Est, de l'Est, et du Sud-Ouest.

La situation de la transmission de la FL en 2016 est résumée dans la figure ci-dessous

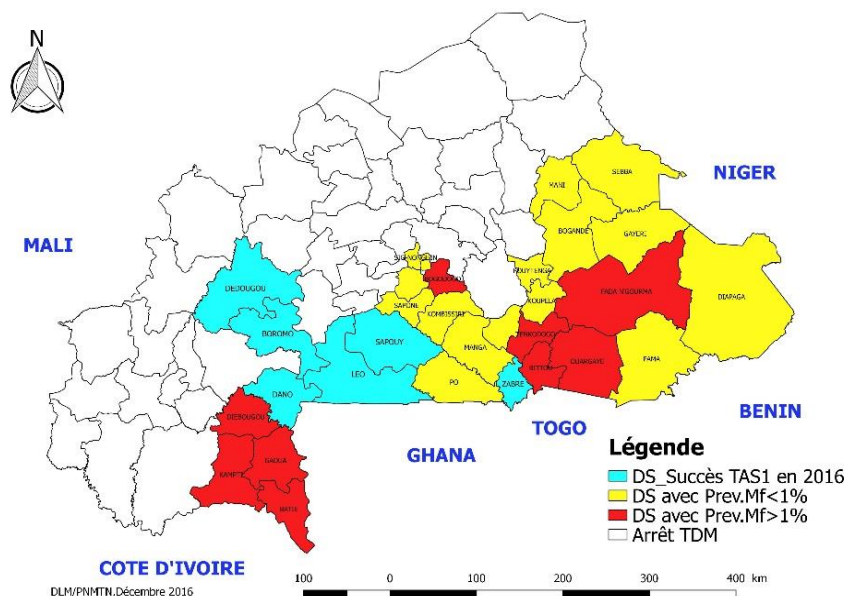


Figure 4 : situation de l'endémicité de la FL en 2016

Par ailleurs, l'analyse montre que les districts ayant eu une prévalence microfilarienne de base inférieure à 10%, ont atteint le seuil de l'interruption de la transmission au bout de 6 à 8 tours de traitement de masse.

Par contre pour les districts dont les prévalences microfilariennes de base étaient supérieures à 10%, la microfilariémie demeure élevée après 10 tours de traitement de masse. Les hypothèses probables de la persistance de cette prévalence microfilarienne sont entre autres:

- des prévalences de base élevées;
- le non-respect des prises supervisées des médicaments au cours des TDM ;
- la faible adhésion des populations à la chimio prophylaxie dans certains districts ;
- la non adaptation du rythme d'administration du médicament ;
- des insuffisances dans la recherche des causes de la persistance de la microfilariémie ;
- des insuffisances dans la lutte anti vectorielle ;
- des facteurs environnementaux (climat, écosystème, pluviométrie, température);
- des facteurs entomologiques;

- des facteurs socio-culturels (connaissances attitudes, pratiques des populations) ;
- des insuffisances dans la mise en œuvre des activités d'IEC;
- le flux migratoire important dans certaines régions etc.

Des stratégies additionnelles ont été développées pour répondre à ces préoccupations. Ce sont entre autres : le traitement biannuel, le traitement continu dans la région du Sud-Ouest, le renforcement de l'IEC et de la supervision lors des campagnes de traitement, les évaluations de couverture thérapeutique associées aux enquêtes de connaissance, attitude et pratique (CAP), des études entomologiques et sociologiques, la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action par le PNLP. Dans les districts sanitaires où le traitement de masse est arrêté, le programme met en œuvre des activités de surveillance active et passive.

La surveillance active est basée sur la conduite des enquêtes de transmission (TAS2 et TAS3), espacées de 2 à 3 ans.

Dans le cadre de la surveillance passive, les activités suivantes sont mises en place :

- la sélection de laboratoires d'analyse médicale, chargés de la mise en œuvre de cette surveillance;
- la formation des pharmaciens, des Biologistes et des Technologistes biomédicaux sur le diagnostic microscopique de la FL et la mise en œuvre de cette stratégie ;
- la tenue de réunions de mise en œuvre et de bilans semestriels des activités.
- Cette surveillance passive et active sera étendue à tous les districts exclus des traitements de masse.

b) Le contrôle de la morbidité

Avant la mise en place des activités d'élimination de la filariose lymphatique, les personnes souffrant de lymphœdèmes/éléphantiasis, consultaient rarement les services de santé. Le premier recours aux soins de ces personnes était et demeure de nos jours, les tradipraticiens de santé(TPS).

La couverture intégrale du territoire par les TDM en 2005, a permis d'avoir une estimation du nombre de personnes atteintes des complications de la filariose lymphatique . Ces données, issues du recensement des cas effectué par les distributeurs communautaires, sont estimées à 14000 cas de lymphœdèmes/éléphantiasis et 20 000 cas d'hydrocèles. Cependant, des

estimations faites sur une base scientifique en 2007, donnent 87 000 cas de lymphœdèmes/éléphantiasis et 182 000 cas d'hydrocèles (source : Kyelem Dominique : épidemiology and control of lymphatic filariasis in Burkina Faso, 2007) 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.

La prise en charge des lymphœdèmes/éléphantiasis

Grâce à l'appui du budget de l'Etat et des partenaires, le programme a pu démarrer la mise en œuvre des activités du volet contrôle de la morbidité en 2002.

En effet, les appuis des partenaires sont réalisés en grande partie sous forme de projets et de conventions par Handicap International (HI), le consortium Helen Keller International (HKI)/HI, le CNTD-Liverpool, Health and Développement International, le Lymphatic Filariasis Support Centre d'Atlanta etc.

Les stratégies développées par le programme se résument comme suit:

- la prise en charge des cas ;
- la formation/recyclage ;
- la subvention en kits washing et en médicaments ;
- l'IEC/mobilisation sociale ;
- le suivi/évaluation ;
- la collaboration avec le Centre national d'appareillage orthopédique du Burkina Faso (CNAOB) pour la formation et le suivi des cordonniers.

Les principaux résultats obtenus sont entre autres :

- la mise en œuvre des activités de management du lymphœdème dans 46 districts sur les 70 dans les régions sanitaires du Sud-Ouest, du Centre-Est, du Centre-Ouest, du Centre-Sud, des Cascades, du Nord, des Hauts-Bassins et du Centre-Nord ;
- la création au niveau central d'un centre de référence (Centre Raoul Follereau) pour la prise en charge des complications de la filariose lymphatique.
- l'élaboration et l'adoption d'un document de la stratégie de prise en charge des manifestations cliniques de la filariose lymphatique.

En 2015 on estimait, à 8336 le nombre patients atteints de lymphoedèmes/éléphantiasis formés à la pratique du washing et dotés de kits washing.

La chirurgie de l'hydrocèle

La chirurgie de l'hydrocèle est réalisée en routine dans tous les blocs opératoires fonctionnels du Burkina Faso. Avant 2005, plusieurs techniques opératoires étaient utilisées pour réaliser les cures d'hydrocèle dans les différents centres médicaux avec antenne chirurgicale et hôpitaux du pays. C'est ainsi qu'en 2005, grâce à l'appui technique et financier des partenaires (HI, HDI) le programme s'est approprié la technique de cure des hydrocèles recommandée par l'OMS qui consiste en la résection totale de la vaginale sous anesthésie locale.

Plusieurs sessions de formations/recyclages ont été organisées au profit des membres des équipes des blocs opératoires pour harmoniser et vulgariser progressivement la technique dans tous les blocs fonctionnels du pays.

Aussi, l'Etat et d'autres partenaires tels le Lymphatic Filariasis Support Center (LFSC) d'Atlanta, le Rotary club Doyen de Ouagadougou, la Fondation pour le Développement Communautaire (FDC), consortium HKI-HI ont contribué à la réalisation des cures d'hydrocèles.

Les stratégies développées par le programme sont:

- la nomination de référents techniques
- la prise en charge des cas ;
- la formation/recyclage ;
- la subvention en kits opératoires ;
- le suivi/évaluation.
- Les principaux résultats obtenus sont entre autres :
- la réalisation de la chirurgie de l'hydrocèle au profit d'environ, 3072 patients dans le cadre du programme ;
- l'existence d'un kit opératoire standard harmonisé ;
- l'existence d'un manuel de formation sur la chirurgie de l'hydrocèle ;
- l'existence de supports de collecte des données harmonisés et d'IEC.

Les principales difficultés recensées dans la mise en œuvre des activités du volet morbidité se résument comme suit :

- l'inaccessibilité financière des patients aux soins due à leur extrême pauvreté ;
- la crainte des populations face à l'acte chirurgical qui limite l'accès des patients à la chirurgie de l'hydrocèle ;
- le retard dans la prise en charge des patients bénéficiaires des subventions lié à l'insuffisance de coordination entre les équipes des blocs opératoires, la direction des CHR et les équipes cadre des districts sanitaires centrés sur les CHR ;
- la mobilité du personnel formé, l'insuffisance du matériel médico-technique dans certains blocs opératoires.

3.1.2. 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.

Une évaluation épidémiologique a été conduite en 2007 et 2008 dans les régions sanitaires de l'Est, de la Boucle du Mouhoun et des Cascades et a révélé des prévalences supérieures au seuil tolérable dans trois villages relevant du bassin de la Comoé-Léraba (Bodadiougou 17,53%, de Bossobougou 6.53% et de Sakora 5,66%).

De même, en 2010 et 2011, des enquêtes épidémiologiques menées dans 28 villages et hameaux dans la région des Cascades, ont révélé des prévalences au-dessus des seuils tolérables dans 13 villages enquêtés (Bolibana 46,25% et CMFL de 2,21mf/biopsie ; Badara Karaboro 70,97% et CMFL de 5,17mf/biopsie) sur le bassin de la Comoé. Cette situation particulière a suscité beaucoup d'interrogations sur les causes expliquant ces prévalences dans le bassin de la Comoé qui avait été déclaré assaini en 2002.

Pour mieux cerner le phénomène dans tous les bassins, une évaluation épidémiologique a été réalisée en 2011 dans 36 villages répartis sur 7 bassins fluviaux (Léraba, Dienkoa, Bougouriba, Mouhoun, Bambassou, Sissili et Nazinon). Elle a permis de détecter des villages avec des prévalences supérieures au seuil tolérable (<5%). C'est le cas de Danko-Tanzou (5,84%) sur la Bougouriba, Djongbal (9,70%), Toussiana (10,1%) et Ferkane (6,25%) sur le Bas Mouhoun et ce malgré la mise en œuvre du traitement de masse à l'Ivermectine contre la filariose dans la région sanitaire du Sud-Ouest depuis 2001.

Les enquêtes entomologiques réalisées en 2006, 2009 et 2010 dans les régions sanitaires des Cascades et du Sud-Ouest ont montré l'existence des simulies infestées mais le taux d'infectivité est inférieur à 0,5/1000.

Des évaluations épidémiologiques réalisées en 2014 dans les régions sanitaires des Hauts Bassins, de la Boucle du Mouhoun, du Centre Sud et du Centre Est ont montré des prévalences faibles dans les bassins ciblés. Néanmoins, les résultats ont montré que 24 personnes étaient positives à la biopsie dans 12 des 47 villages évalués. Parmi ces 24 personnes, 23 sont rentrées récemment de la Côte d'Ivoire. Cette situation témoigne de la propagation de la maladie entre les deux pays à travers les flux migratoires.

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 des populations vivantes dans les zones à risques définies. Il s'organise deux fois l'an depuis 2011 (région des cascades) et 2013 (région du Sud-Ouest) grâce à l'appui des partenaires OMS/APOC, Sightsavers et HKI/FHI360/USAID.

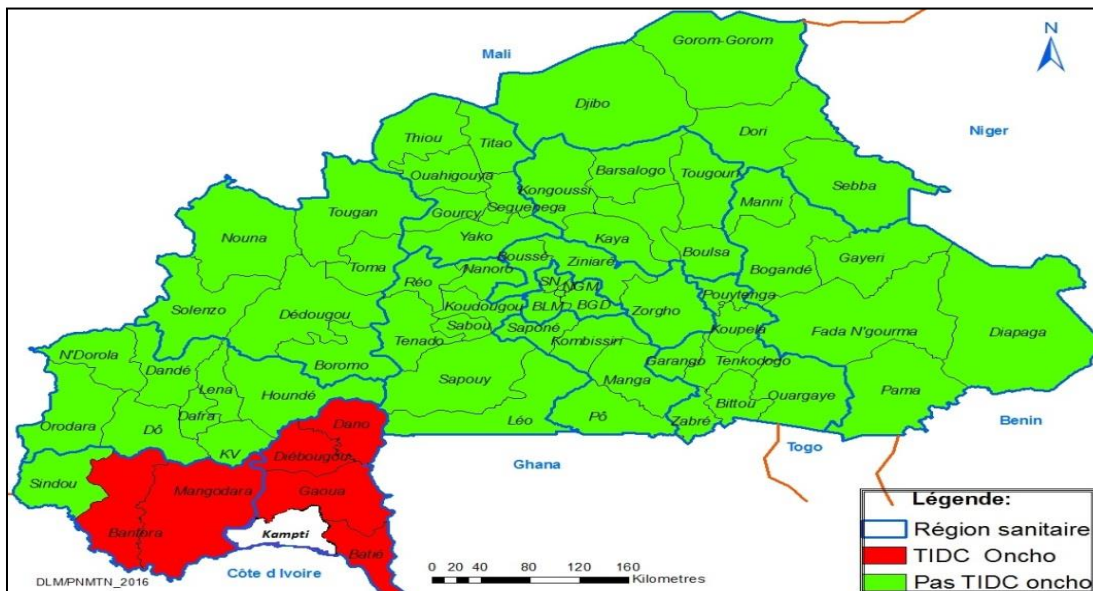


Figure 5 : Cartographie des DS mettant en œuvre le TIDC au Burkina Faso en 2016

Après 5 années de mise en œuvre du TIDC, il était utile de marquer un arrêt et faire une évaluation d'impact du programme de dévotion afin de savoir si les objectifs d'élimination de l'onchocercose visés par le nouveau paradigme ont pu être atteints. C'est dans cette optique que des évaluations épidémiologiques et entomologiques doivent être organisées en 2016 dans la région sanitaire des Cascades afin d'apprécier le niveau d'endémicité de l'onchocercose.

Principaux acquis et opportunités

- Les principaux acquis et opportunités sont les suivants :
- engagement du pays dans le changement de paradigme passant du contrôle à l'élimination de l'onchocercose;
- engagement des partenaires à accompagner le pays dans le changement de paradigme;
- zones méso/hyper endémiques traitées chaque année;
- bonne adhésion des populations aux traitements à l'Ivermectine;
- application de la stratégie TIDC par tous les distributeurs communautaires ;
- disponibilité des outils pour la mise en œuvre des campagnes.

Difficultés

- Les principales difficultés rencontrées dans la lutte contre l'onchocercose sont les suivantes :
- insuffisance de ressources humaines qualifiées dans le domaine de l'onchocercose ;
- refus de la biopsie cutanée exsangue dans certains villages ;
- faible connaissance de l'onchocercose par les populations ;

- insuffisance dans la mobilisation des ressources financières.

Les perspectives

Les perspectives dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose se déclinent comme suit :

- poursuivre la mise en œuvre du TIDC dans les régions des Cascades et du Sud-Ouest;
- poursuivre les évaluations épidémiologiques et entomologiques dans les différents bassins;
- renforcer la collaboration transfrontalière avec la Côte d'Ivoire et le Ghana ;
- mener des campagnes de traitement synchronisées avec la Côte d'Ivoire et le Ghana ;
- renforcer l'IEC dans les zones sous TIDC ;
- réaliser l'auto monitoring communautaire dans les villages/hameaux de cultures des districts endémiques.

3.1.3. Le trachome

Le trachome est une kératoconjonctivite d'évolution chronique.

La cartographie de base du trachome réalisée entre 2005 et 2010 avait révélé que la prévalence du trachome folliculaire (TF) chez les enfants de 1 à 9 ans variait de 1,04% à 20,96%, celle du trichiasis trachomateux (TT) chez les hommes et femmes de 15 ans et plus variait de 0% à 2,31% et environ 33 000 cas étaient en attente d'être opérés.

La prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans avaient permis de regrouper les districts sanitaires du Burkina en (03) trois groupes:

-les districts (30) avec une prévalence supérieure ou égale à 10% (10,35% et 20,96%). Ces districts étaient éligibles à l'application des composantes A, N, et C E de la stratégie CHANCE.

-les districts(15) ayant une prévalence entre 5 et 9,99% nécessitant une surveillance et la mise en œuvre des composantes N, et C E ;

-les districts (17) sanitaires ayant une prévalence de moins de 5%, n'avaient pas besoin de la mise en œuvre d'actions spécifiques.

Le district sanitaire de Baskuy entièrement urbain n'avait pas fait l'objet de cartographie conformément aux directives de l'OMS.

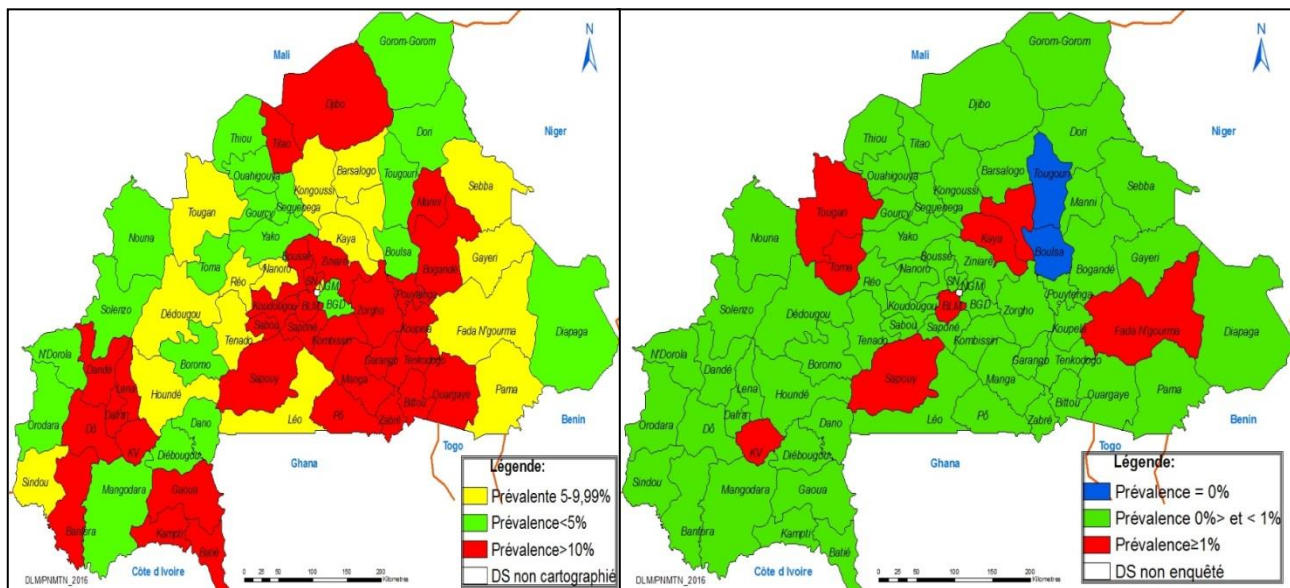


Figure 7: Endémicité du trachome actif selon la cartographie de base du BurkinaFaso; 2005-2010

Figure 7: Endémicité du trichiasis trachomateux selon la cartographie de base du Burkina Faso; 2005-2010.

Face à ces résultats, le Burkina Faso a mis en place un plan d'élimination du trachome basé sur la stratégie CHANCE

❖ **Résultats de la mise en œuvre de la stratégie CHANCE**

✚ **La composante chirurgie**

Les cas de TT sont pris en charge en routine dans les services de soins ophtalmologiques du secteur de santé public. Cependant le système national d'information sanitaire ne renseigne pas le nombre de cas de TT pris en charge. Une collecte de données par le programme pour la période de 2004 à 2015 a montré que seulement 2111 cas de TT ont été pris en charge dont 442 avec l'appui des partenaires.

La chirurgie du TT est pratiquée essentiellement dans les structures de soins ophtalmologiques. Cependant, on note une insuffisance en personnel qualifié en matière de la chirurgie du TT. En 2015 ; des 70 districts que compte le pays, seulement 34 disposent d'au moins un professionnel formée en chirurgie TT.

✚ **Composante Antibiothérapie**

La composante antibiothérapie est l'une des composantes de la stratégie CHANCE qui a bénéficié de l'accompagnement des partenaires après la cartographie. Au Burkina Faso, 30 districts endémiques ont été ciblés pour l'application de cette

composante à l'issue de la cartographie. Ainsi, les traitements de masse à base de l'azithromycine et de la tétracycline ont été régulièrement conduits dans ces districts depuis 2007. Des évaluations d'impact conduites après trois tours consécutifs de TDM ont permis d'arrêter le TDM dans 29 districts ciblés. Parmi les districts ciblés, celui de Pô qui a enregistré une prévalence supérieure à 10%(12,10%) en 2012 poursuit la mise la mise en œuvre des TDM. En plus de ce district, 18 autres avec des prévalences de TF récentes comprises entre 5% à 9,99% ont conduit des TDM trachome en 2016 conformément aux nouvelles directives de 2015 de l'OMS. Des évaluations d'impact sont prévues dans tous ces districts en 2017. Si elles sont concluantes le TDM sera arrêté dans tous les districts sanitaires et le programme se consacrera à la surveillance qui est une étape importante dans le processus d'élimination du trachome.

Les composantes : Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement

Un projet santé scolaire et lutte contre le trachome prenant en compte la stratégie CHANCE est mis en œuvre par HKI dans la région de l'Est depuis 2010. Les résultats à mi-parcours sont encourageants avec une amélioration des comportements et des connaissances des instituteurs, des élèves et des mères d'enfants, en matière d'hygiène et assainissement,

Une enquête de base sur l'eau, l'assainissement, l'hygiène et les MTN réalisée dans le cadre du projet WASH plus en février 2016 dans les districts sanitaires de Manni et Bogandé montre que l'eau utilisée par les ménages provient pour la plupart d'une source améliorée (75% à Manni et 82% à Bogandé) et la principale source d'eau citée par ces ménages est la pompe ou le forage (73% à Manni et 77% à Bogandé). La même enquête indique que 53% des ménages ont accès aux latrines à Manni contre 35% à Bogandé.

Selon l'annuaire statistique 2013 du ministère en charge de l'hydraulique et de l'assainissement, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural est passé de 51,5% à 64,1% de 2006 à 2014.

Quant à l'assainissement, la proportion des ménages utilisant les latrines en milieu rural était de 9% en contre 32% en 2014 pour le milieu urbain. Mais, ces taux demeurent insuffisants.

Principaux acquis

La mise en œuvre des différentes composantes de la stratégie a permis d'effectuer entre 2004 et 2015 :

- 477 interventions dans le cadre du trachome.
- la mise en œuvre régulière de TDM dans les districts endémiques ;
- l'arrêt de TDM dans 29 districts endémiques à la cartographie en 2015 ;
- la prise en charge des cas de TT en routine ;
- la mise en œuvre de la stratégie de la prise en charge de la morbidité trachomateuse dans certains districts depuis 2015.

Difficultés

La difficulté majeure dans la lutte contre le trachome réside dans la mise en œuvre des composantes nettoyage du visage et changement de l'environnement.

En effet, ces composantes nécessitent un changement réel de comportement des communautés mais aussi une collaboration multisectorielle. En plus de cette difficulté majeure, il y a l'insuffisance de personnel qualifié, l'insuffisance de matériel médico-technique et l'insuffisance dans la notification des cas pris en charge.

Perspectives

Les perspectives dans la lutte contre le trachome sont :

- la mise à l'échelle de la stratégie de la prise en charge de la morbidité ;
- la conduite des enquêtes d'impacts dans les 19 districts d'ici 2018 ;
- 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.

3.1.4. La schistosomiase

Selon les estimations, 249 millions de personnes avaient besoin d'une chimioprévention contre la schistosomiase en 2012, 93 % d'entre elles vivant en Afrique subsaharienne (troisième rapport OMS sur les MTN). Selon ce même

rapport, la prévalence de l'endémicité du Burkina Faso est comprise entre 10 et 49%. Les facteurs favorisant la survenue des cas sont la multiplication des aménagements hydro-agricoles et l'existence de plusieurs mares temporaires dans de nombreuses localités. Ces facteurs favorisent le développement du vecteur qui est un mollusque.

Pour lutter contre cette affection, en 2002 un programme national de lutte contre les schistosomiasés (PNLSc) a été créé et deviendra en 2013, une unité d'élimination de la schistosomiase et des vers intestinaux. Après la réalisation de la cartographie de base entre 2004-2005 qui a montré une endémicité de tout le pays. La principale stratégie de lutte qu'est la chimiothérapie préventive est mise en œuvre à travers des campagnes de traitement de masse. 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%).

Face à cette situation une revue d'experts de la stratégie de lutte a été faite en 2013. Ainsi, pour la période de 2015 à 2020, des nouveaux axes stratégiques de lutte seront mis en œuvre prenant en compte la prévalence de la maladie et les réalités environnementales :

- les régions ayant une prévalence inférieure à 1%, ciblées pour la stratégie d'élimination, mettront en œuvre les TDM une fois tous les 2 ans pour les enfants d'âge scolaire (EAS) ;
- les régions ayant une prévalence entre 1 et 10% ciblées pour le contrôle de la maladie mettront en œuvre les TDM une fois tous les 2 ans chez les adultes et les enfants d'âge scolaire ;
- les régions ayant une prévalence entre 10 et 50% ciblées pour le contrôle de la maladie mettront en œuvre les TDM une fois par an chez les adultes et EAS ;
- les régions ayant une prévalence supérieure à 50% mettront en œuvre les TDM 2 fois par an chez les adultes et les EAS.

Les stratégies de soutien que sont l'hygiène, l'assainissement et l'éducation pour la santé seront également mises en œuvre pour une lutte efficace contre la schistosomiase.

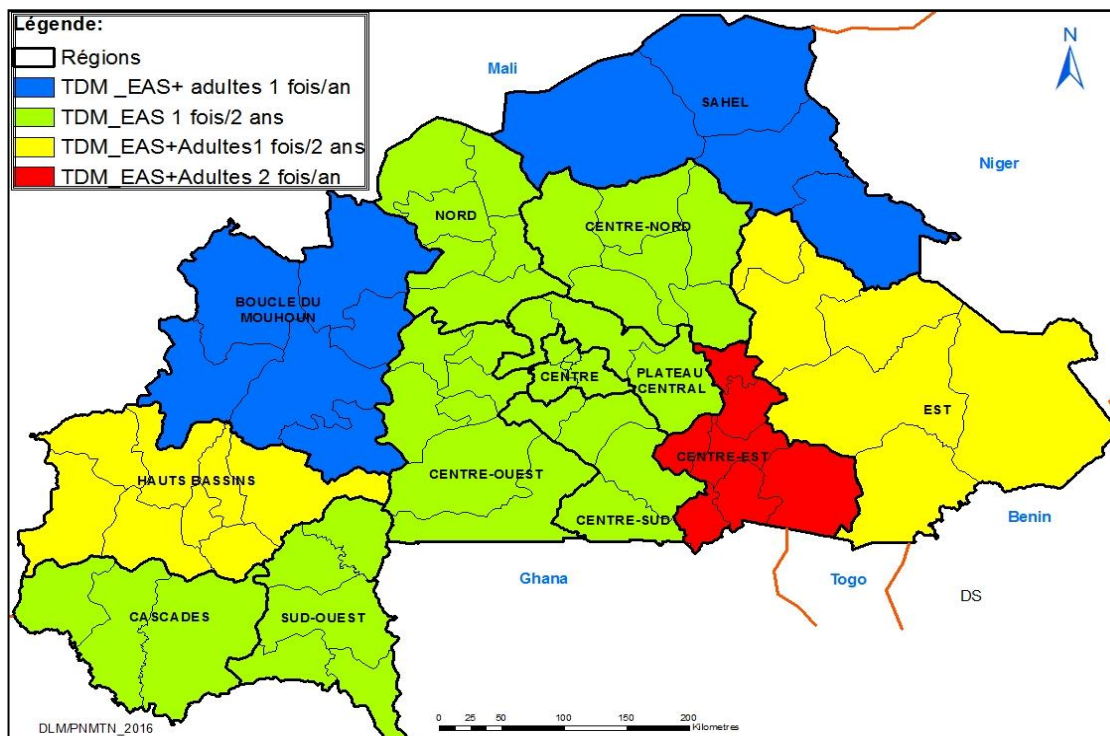


Figure 8 : cartographie de la mise en œuvre des TDM schistosomiase par région de 2015-2020

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

A partir de 2018, le défi majeur dans la lutte contre la schistosomiase, sera l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement à travers la collaboration multisectorielle, bien que dans une certaine mesure ce défi soit déjà d'actualité. Un accent particulier sera mis sur l'IEC/CCC pour soutenir et consolider le plan d'élimination de la maladie dans certaines régions à l'horizon 2020.

3.1.5. Les vers intestinaux

Le Burkina Faso n'a pas encore réalisé une cartographie nationale pour les parasitoses telluriques (géo helminthiases). Cependant, les données historiques, les enquêtes ponctuelles et celles du système d'information sanitaire (de routine) ont montré que l'ensemble des 70 districts sanitaires sont endémiques aux géo helminthiases.

Face à cette situation, la chimio prévention a été adoptée comme stratégie majeure dans la lutte contre les géo helminthiases. Elle a été intégrée aux traitements de masse contre la FL et la schistosomiase. Ainsi, le traitement à l'Albendazole associé

à l'ivermectine pendant les TDM contre la FL a constitué l'essentiel du déparasitage des populations depuis la mise en œuvre du programme en 2001. Après l'arrêt de TDM FL dans certains districts, l'association de l'Albendazole lors des TDM au Praziquantel a été adoptée comme stratégie de déparasitage à l'endroit des populations.

D'autres 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/Mebendazole 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 TAS2, TAS3 et dans les sites sentinelles et de contrôle de la schistosomiase dans l'ensemble des 70 districts du pays. Cette méthodologie de suivi va permettre d'avoir une idée de la prévalence afin d'orienter la stratégie de lutte selon les recommandations de l'OMS.

La difficulté majeure dans la lutte contre les géohelminthiases est l'insuffisance de ressources financières. Le défi reste la poursuite des activités de chimiothérapie préventive après l'arrêt des TDM FL.

La poursuite du déparasitage couplé aux TDM FL, schistosomiase et JVA+, l'intégration des évaluations STH aux TAS2, TAS3 et celles des sites sentinelles et de contrôle de la schistosomiase dans l'ensemble des 70 districts du pays constituent les perspectives du programme à l'horizon 2020.

3.2. Les MTN ciblées par la prise en charge intensive

3.2.1. La Dengue

Au Burkina Faso, la dengue a été signalée pour la première fois en 1925¹. Une circulation selvatique du sérotype DEN-2 a été mise en évidence en 1980². En 1986, grâce à l'outil de biologie moléculaire (PCR) le sérotype DEN-2 a été isolé chez des moustiques collectés entre 1983 et 1986³.

En 1999, Eisenhut et al ont noté un taux de séropositivité au virus de la dengue chez 9.2% d'assistants techniques rentrant du séjour au Burkina Faso⁴. En 2006, Collenberg⁵ et al. ont rapporté 683 cas avec une prévalence sérologique respective de 26,3% en milieu rural (Nouna) et 36,5% en milieu urbain (Ouagadougou). 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 ainsi que de circulation des quatre sérotypes, étroitement apparentés, du virus responsable de la dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 et DEN-4)⁶.

En novembre 2013, 110 cas étaient soupçonnés de dengue parmi lesquels 33 cas (29,7%) se sont révélés positifs après un TDR de la dengue. Des 33 cas de laboratoire positifs, 75,8% (n = 25) étaient positifs au test de l'antigène NS-1 et 90,1% (n = 30) avaient plus de 15 ans, indiquant la présence de la dengue autrement non documentée dans la région. Aussi, une enquête populationnelle réalisée par l'IRSS /CNRST en septembre 2013 dans les villes de Kaya et de Zorgho au sein d'un échantillon de 264 enfants, a révélé 18 cas positifs soit 6,81% (dont 10 cas étaient également positifs au paludisme). Les résultats montrent également que ce sont les jeunes adultes qui sont les plus touchés.

Le 17 Octobre 2016, suite à des rumeurs de cas de dengue dans la ville de Ouagadougou, une investigation en vue d'une riposte a noté 645 cas probables, dont 7 décès durant la période du 1er Août au 28 octobre 2016 (S31 à S43), confirmant la flambée épidémique de la maladie. A la date du 29 novembre, il a été enregistré pour la ville de Ouagadougou 1387 cas probables dont 18 décès. Pour tout le pays un total de 2172 cas suspects dont 1 424 cas probables avec 18 décès ont été enregistrés.

Selon les estimations, il y aurait chaque année au Burkina 257 950 cas patents de Dengue (IC95% 167 531 – 370 996) et 797 426 infections non apparentes (IC95% 548 974 – 1 084 392)

¹ Amarasinghe A, Kuritsky J, Letson G, Margolis H: **Dengue virus infection in Africa.** *Emerging Infectious Diseases* 2011, **17**(8):1349--- 1354.

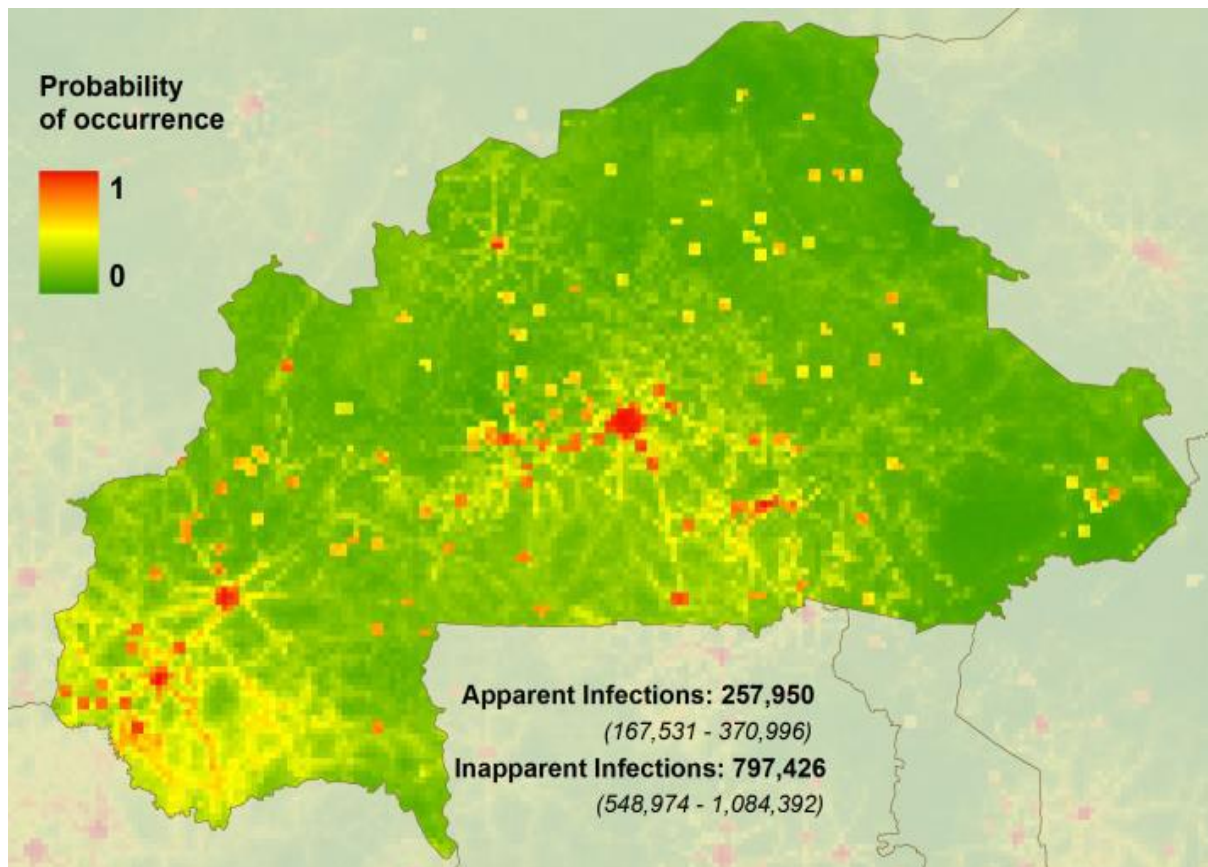
² Roche JC. CR, Herw JP., Digoutte JP., Monteny N: **Isolement de 96 souches de virus dengue 2 à partir de moustiques capturés en Côte d'Ivoire et Haute-Volta.** *Ann Virol* 1983, **134E**:233-244

³ Robert V, Lhuillier M, Meunier D, Sarthou JL, Monteny N, Digoutte JP, Cornet M, Germain M, Cordellier R: **[Yellow fever virus, dengue 2 and other arboviruses isolated from mosquitos, in Burkina Faso, from 1983 to 1986. Entomological and epidemiological considerations].** *Bull Soc Pathol Exot* 1993, **86**:90-100.

⁴ Eisenhut M, Schwarz TF, Hegenscheid B: **Seroprevalence of dengue, chikungunya and Sindbis virus infections in German aid workers.** *Infection* 1999, **27**:82-85.

⁵ Collenberg E, Ouedraogo T, Ganame J, Fickenscher H, Kynast-Wolf G, Becher H, Kouyate B, Krausslich HG, Sangare L, Tebit DM: **Seroprevalence of six different viruses among pregnant women and blood donors in rural and urban Burkina Faso: A comparative analysis.** *J Med Virol* 2006, **78**:683-692.

⁶ JP H: **Circulation du virus dengue 2 dans plusieurs milieux boisés des savanes soudaniennes de la région de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).** *Entomologie Medicale et Parasitologie* 1985, **22**:135-143.



Source: Samir Bhatt, Cameron P. Simmons et al: The global distribution and burden of dengue *Nature*. 2013 April 25; 496(7446): 504–507

Figure 9: probabilité de survenue de la Dengue au Burkina Faso

La transmission de la maladie est principalement assurée par le moustique *Aedes aegypti*, principal vecteur de la dengue.

De tout ce qui précède il apparaît que la dengue est probablement une réalité dont l'ampleur est présentement méconnue au Burkina Faso. Sur un fond d'endémie palustre, son impact socio-économique pourrait être plus important que ce qui est actuellement observé dans d'autres contrées exemptes de paludisme. En effet au-delà des pertes de productivités imputables à la maladie, il y'a des pertes liées au tourisme pendant les pics épidémiques

La rareté des données sur la présence de la dengue pourrait être attribuée à la non disponibilité et à l'inaccessibilité des moyens diagnostics, au lourd fardeau d'autres maladies concurrentes tel que le paludisme, à la relative faible connaissance de la maladie et à l'absence d'enquête entomologique et virologique.

Cependant, il devient de plus en plus important d'étudier l'épidémiologie de la Dengue au Burkina Faso et de mettre en place un système de surveillance efficace car les cas répertoriés sont en nombre croissant et la transmission par le vecteur évolue.

Difficultés

Les principales difficultés en matière de contrôle de la Dengue sont :

- Incidence et prévalence de la maladie peu connue ;
- Faible connaissance de la maladie par les agents de santé et la population ;
- Insuffisance de la prise en charge des cas ;
- Insuffisance du système de surveillance épidémiologique et entomologique ;
- Communication insuffisante autour de la maladie.

Perspectives

- Evaluation de l'ampleur de la Dengue au Burkina Faso
- Elaboration des algorithmes de diagnostic et de prise en charge de la maladie ;
- Renforcement des compétences des agents de santé ;
- Diffusion des directives de prise en charge des cas de Dengue ;
- Elaboration d'un plan de riposte face d'éventuelles épidémies
- Elaboration d'un plan de communication sur la maladie
- Elaboration d'un plan de surveillance de la maladie
- Mise en œuvre des interventions de contrôle du vecteur

3.2.2. Le ver de guinée

Les premiers cas de ver de Guinée ont été rapportés en 1963 par le Dr Pyrame à l'hôpital de Ouagadougou. En 1990, une enquête nationale rétrospective a permis de recenser 42 187 cas de ver de Guinée dans 2621 villages répartis dans tout le territoire burkinabè. Sur la base des résultats de cette enquête et de l'expérience du projet pilote réalisé entre 1989-1992 dans les provinces du Bam et de l'Oubritenga, un programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) a été élaboré et adopté en février 1992.

Depuis la mise en œuvre de ce programme, des progrès notables ont été enregistrés et ont permis d'aboutir à l'éradication en novembre 2011 (voir figure).

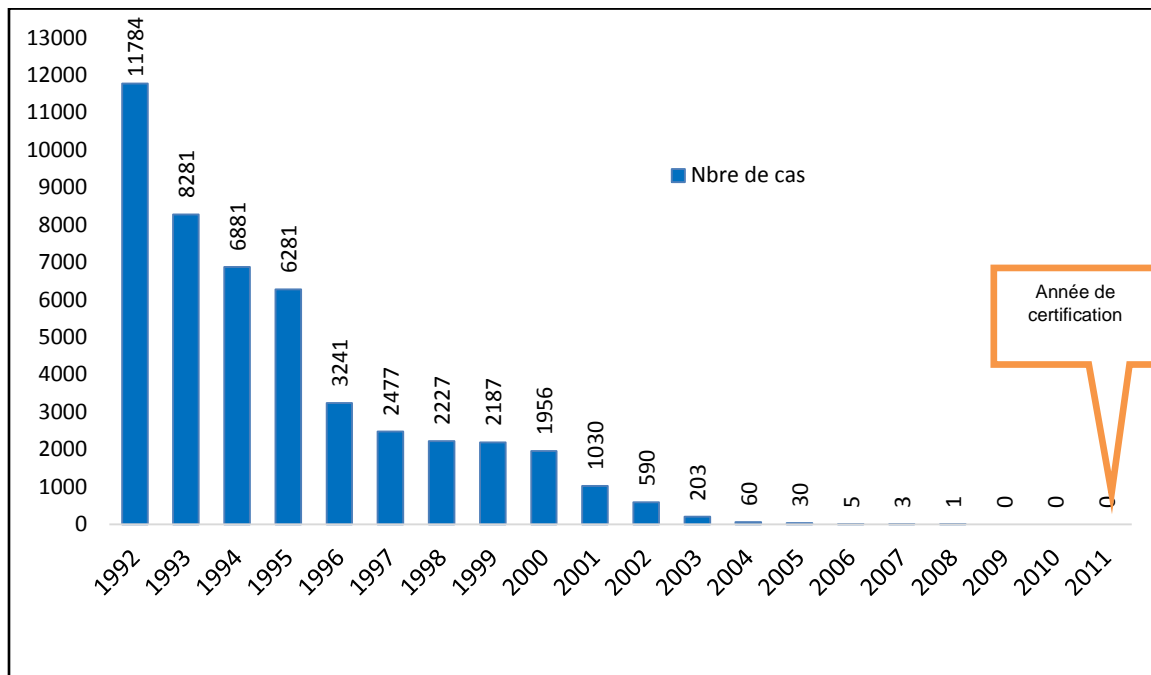


Figure 8 Evolution du nombre de cas de ver de Guinée de 1992 à 2011

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 avec des activités de communication de masse de proximité.

La recherche des cas de ver de Guinée est faite lors des journées nationales de vaccination et autres campagnes locales dans les districts. Les données épidémiologiques sont transmises au niveau national à travers le TLOH et les rapports mensuels d'activités.

Un système de récompense de déclaration de cas est mis en place à raison de 20 000 FCFA en espèces pour toute personne ayant contribué directement à la détection et / ou à la prise en charge d'un cas confirmé de ver de Guinée.

Néanmoins, un risque de réintroduction de la maladie dans le pays demeure pour les raisons suivantes :

- la position géographique du pays à côté du Mali, pays toujours endémique qui continue de notifier des cas autochtones de ver de Guinée;
- l'existence de multiples sites d'orpaillages qui accueillent des populations étrangères;
- l'existence de camps de réfugiés provenant du Mali;
- l'absence de ressources financières pour mener les activités de surveillance de la maladie dans toutes les structures sanitaires du pays ;
- l'Insuffisance de la mobilisation sociale entraînant une perte des réflexes dans la surveillance de la dracunculose ;
- la baisse progressive de la vigilance des agents de santé dans la surveillance

de la maladie due en partie à l'absence de cas depuis plusieurs années;

- la perte de la dynamique de surveillance de la maladie causée par la forte mobilité des agents de santé.

Afin de maintenir les acquis de la certification de l'éradication dans notre pays, les stratégies suivantes sont mises en œuvre :

- le maintien de la surveillance par l'intensification de la recherche active des cas de ver de Guinée auprès des personnes déplacées dans toute la zone frontalière, dans les camps de réfugiés et dans les sites d'orpaillages avec un enregistrement de toutes les rumeurs et une investigation archivée d'une part, et d'autre part par les supervisions des activités de lutte contre le VG, des districts frontaliers par les acteurs du niveau central ;
- le renforcement des compétences des agents de santé à tous les niveaux et des membres des organisations à base communautaires pour une meilleure implication dans la surveillance de la maladie ;
- l'intensification de la mobilisation sociale pour une forte participation des communautés par une meilleure implication des médias publics et privés et un fort engagement des décideurs et autorités administratives et politiques pour conserver les acquis de l'éradication du ver de Guinée ;
- le maintien des cadres de concertation sur le ver de Guinée entre les agents de santé des formations sanitaires frontalières sur la surveillance de la maladie.

3.2.3. La trypanosomiase humaine africaine

La Trypanosomiase humaine africaine (THA) a été un problème de santé publique au Burkina Faso. La maladie a d'abord été contrôlée dans un premier temps dans les années 1960. Suite au relâchement de la vigilance dans la surveillance, elle a commencé à reprendre de l'ampleur dans la décennie 1970-1980. Cette situation a conduit le pays à la mise en place d'un Programme national de lutte contre la THA en 1986 pour renforcer la lutte.

Depuis plus d'une décennie, la THA ne constitue plus un problème de santé publique mais des efforts restent à faire pour son élimination totale au regard des cas sporadiques notifiés et l'existence 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 1987 à 2015.

Tableau IV: Récapitulatif des cas de THA dépistés passivement de 1987 à 2015 au Burkina Faso

Année	Cas autochtones	Cas importés	total	Provenance des cas
1987	3	53	56	BF/CI
1990	1	26	27	BF/CI/Ghana
1991	1	26	27	BF/CI
1992	0	20	20	RCI
1993	2	15	17	BURKINA, RCI
1994	3	15	18	BURKINA, RCI
1995	0	13	13	, RCI
1996	2	10	12	BURKINA, RCI
1997	0	1	1	, RCI
1998	1	14	15	BURKINA, RCI
1999	0	15	15	, RCI
2000	2	6	8	BURKINA, RCI
2001	1	7	8	BURKINA, RCI
2002	0	2	2	, RCI
2003	0	3	3	, RCI
2004	1	1	2	BURKINA, RCI
2005	0	6	6	, RCI
2006	0	5	5	RCI
2007	0	3	3	, RCI
2008	0	1	1	RCI
2009	0	2	2	RCI
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
TOTAL	18	252	270	-

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

L'engagement de l'OMS pour le financement de la surveillance sentinelle et la collaboration avec le CIRDES/IRD et le projet PATTEC pour la mise en œuvre de certaines activités sur le terrain sont une force dans la lutte contre la THA.

Cependant, **les difficultés majeures** suivantes entravent la lutte efficace contre la maladie :

- l'insuffisance de compétences des agents en matière de lutte contre la THA à tous les niveaux ;
- les conceptions socio-culturelles défavorables des populations sur la maladie ;
- l'insuffisance de financement pour la réalisation des activités planifiées ;

- la non maîtrise de la situation épidémiologique dans certaines zones anciennement à risque (Centre-Ouest avec une forte fréquence des cas notifiés ; les régions du Centre-Est, du Centre-Sud et de l'Est).

En terme de perspective, le plaidoyer sera renforcé pour l'acquisition de ressources afin de poursuivre : le dépistage passif des cas dans les districts endémiques, le dépistage actif (équipe mobile) dans les foyers, la surveillance dans les sites sentinelles, le renforcement des compétences des acteurs à tous les niveaux et la lutte anti vectorielle en collaboration avec le CIRDES.

3.2.4. L'ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli est une maladie chronique débilante de la peau qui résulte de l'infection par *Mycobacterium ulcerans*, un micro-organisme appartenant à la famille des bactéries responsables de la tuberculose et de la lèpre.

Faute d'un traitement précoce, les patients gardent des séquelles fonctionnelles invalidantes sur le long terme. Le diagnostic et le traitement précoces sont les seuls moyens pour réduire au maximum la morbidité et éviter les incapacités à long terme.

Reconnue pour la première fois en 1897 à Buruli Country en Ouganda, elle est la deuxième mycobactériose la plus fréquemment rencontrée après la tuberculose et devant la lèpre dans les pays de la zone intertropicale.

En 2014 selon l'OMS, 2200 cas ont été notifiés. Actuellement, l'ulcère de Buruli a été signalé dans 33 pays d'Afrique (le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana et la République démocratique du Congo), des Amériques, d'Asie et du Pacifique occidental. Sauf en Australie, en Chine et au Japon, la plupart des cas surviennent dans les régions tropicales et subtropicales. De ces pays, 15 communiquent régulièrement des données à l'OMS.

Les foyers sont circonscrits géographiquement, presque toujours autour d'un écosystème aquatique, le long de cours d'eau à faible débit (étangs, marais, lacs artificiels ou naturels, zones marécageuses, systèmes d'irrigation, riziculture, ...) en zone de forêt. C'est une MTN, touchant majoritairement l'enfant de moins de quinze ans.

Au Burkina Faso, la maladie est méconnue par la majorité du personnel soignant et de la population. A ce jour, aucun cas autochtone n'a été notifié dans notre pays,

cependant des cas importés ont été rapportés par différentes sources mais leur documentation n'a pas été centralisée (K. Ouoba et al, 1998).

Les régions sanitaires frontalières avec les pays endémiques ont des aménagements agricoles, des barrages qui sont des facteurs favorisant au développement de la maladie. Cet état ajouté au flux migratoire entre les pays limitrophes endémiques pourrait favoriser l'installation de la maladie au Burkina Faso.

Les difficultés liées à la lutte contre l'ulcère de Buruli au Burkina Faso sont :

- l'insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités de lutte contre l'ulcère de Buruli ;
- l'absence de protocole thérapeutique et la non disponibilité des médicaments pour la prise en charge ;
- l'insuffisance de compétence des agents dans le cadre de la prise en charge ;
- l'absence de données épidémiologiques.

Les perspectives dans la lutte contre l'ulcère de Buruli sont :

- le renforcement des capacités opérationnelles de la coordination MTN (ressources humaines, matérielles et financières) ;
- l'évaluation de l'ampleur de la maladie au Burkina Faso ;
- le renforcement des compétences des agents de santé à tous les niveaux pour la détection précoce et la prise en charge des cas et ;
- la mise en œuvre d'activités d'IEC/CCC sur l'ulcère de Buruli.

3.2.5. La lèpre

La lèpre ou maladie de Hansen est une maladie infectieuse contagieuse, endémique d'évolution chronique due à un bacille mycobactérium leprae. Elle affecte principalement la peau, les muqueuses et les nerfs périphériques. Elle est responsable de graves incapacités.

En 1991 l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA.44.9 portant sur l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, définie comme la réduction de la prévalence à moins d'un cas pour 10 000 habitants.

Le Burkina Faso a atteint cet objectif en 1994. Depuis lors, le nombre de nouveaux cas enregistré connaît 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.

L'évolution des principaux indicateurs de prise en charge de la lèpre au Burkina ces cinq dernières années se présentent comme suit.

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

Année	Population	Nouveaux cas	Taux de détection /100 000hbts	Proportion des MB (%)	Nombre d'infirmité degré2	Proportion d'infirmités	Taux d'infirmités /1 000hbts	Nombre Cas prévalent en fin d'année
2010	15 730 977	320	2,03	88,40	66	20,63	4,20	319
2011	16 248 559	302	1,86	84,76	63	20,86	3,88	254
2012	16 779 207	313	1,87	92,33	67	21,41	3,99	282
2013	17 322 796	253	1,46	90,51	84	33,20	4,85	250
2014	17 880 386	208	1,16	94,71	48	23,08	2,68	199
2015	18 450 494	187	1,01	92,51	58	31,02	3,14	186

Les actions de lutte contre la lèpre s'effectuent actuellement 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.

Avec la mise en œuvre de cette stratégie, le programme national de lutte contre les MTN se concentrera davantage sur les populations mal desservies et les zones inaccessibles afin d'améliorer l'accès et la couverture. Les mesures de lutte se focaliseront sur le renforcement du suivi des malades, la recherche des contacts, la surveillance et l'amélioration de la qualité des soins aux malades.

Au Burkina Faso, les supervisions des agents de santé sur le terrain ainsi que l'analyse des données de surveillance montrent un retard dans le dépistage et la prise en charge des cas. Cela se traduit par une proportion élevée d'incapacité de degré 2 parmi les nouveaux cas et une proportion élevée des malades multi bacillaires. Cette situation révèle une insuffisance de connaissance en matière de dépistage, de la prise en charge des cas, de leur suivi, et une insuffisance de la sensibilisation de la population et probablement une persistance de la stigmatisation des malades.

Les difficultés rencontrées dans la lutte contre la lèpre sont principalement

- le retard dans le dépistage ;
- l'insuffisance de la prise en charge des cas ;
- l'insuffisance de la prévention et la prise en charge des complications ;

- l'insuffisance du système d'orientation-recours ;
- l'insuffisance de la sensibilisation ;
- l'insuffisance dans le système de collecte des données en rapport avec la lèpre.

Les perspectives en matière de la lutte contre la lèpre s'inscrivent dans 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. Cette stratégie met l'accent sur :

- le dépistage, la mise en traitement précoce et la réduction de la stigmatisation.
- la prise en charge des cas et la prévention des complications afin de réduire conséquemment les taux d'incapacité de degré 2 parmi les nouveaux cas ;
- la mise à niveau du personnel de santé et le renforcement de la supervision pour un meilleur dépistage des cas ;
- le renforcement de l'orientation-recours ;
- l'amélioration de la sensibilisation des patients et leur entourage, le renforcement de la surveillance en mettant l'accent sur le genre et les enfants.

3.2.6. La leishmaniose

Les leishmanioses sont des anthroponoses dues à des protozoaires flagellés appartenant au genre *Leishmania* et transmise à l'homme par la piqûre de phlébotomes. En Afrique Subsaharienne, les principaux réservoirs sont les rongeurs, le chien et l'homme. On distingue cliniquement la leishmaniose cutanée, la leishmaniose cutanéomuqueuse et la leishmaniose viscérale.

La leishmaniose cutanée est connue au Burkina Faso depuis les indépendances (Oddou. 1960). Cette forme est encore appelée bouton d'orient ou « maladie de Ouaga 2000 ». Elle semble assez bien connue par les agents de santé et les populations des différentes régions sanitaires, bien que des actions de lutte ne soient pas encore formellement menées. L'ampleur réelle de la maladie est mal connue. Les données rapportées par le système de routine à travers les annuaires statistiques du ministère de la santé sur la leishmaniose cutanée sont contenues dans le tableau suivant. Ces données sont les résultats du diagnostic clinique dans les 13 régions sanitaires du pays.

Seuls les foyers de Ouagadougou et de Larama ont fait l'objet de preuve biologique. Le foyer de Ouagadougou est le plus connu. Il a fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques (Traoré. 2001, Bamba. 2011), cliniques (Niamba. 2006, Barro. 2007), et entomologiques (Majori 1989, Depaquit 2005, Sangaré 2009). En 2013, un deuxième foyer épidémique à *leishmania major* a été découvert à Larama dans la région des Hauts-Bassins.

Tableau VI: **Situation des cas de leishmaniose notifiés de 2011 à 2015 selon le niveau de soins.**

Années	Nombre de cas de leishmaniose notifiés		Total
	CSPS/CMA	CHR/CHU	
2011	1389	ND	1389
2012	1134	ND	1134
2013	753	194	947
2014	532	195	727
2015	524	200	724

Source : *Annuaire statistique du Ministère de la santé*

La leishmaniose cutanéomuqueuse est l'apanage du nouveau monde bien que des cas d'atteinte muqueuse soient décrits dans le cadre de la coïnfection leishmaniose-VIH au Burkina Faso (Niamba. 2006).

Quant à la leishmaniose viscérale, quelques cas isolés ont été rapportés, au Togo, au Niger et en Côte d'Ivoire (Boakye et al. 2005; Eholie et al. 2008). Aucun cas n'a été encore notifié au Burkina Faso. Cependant les conditions épidémiologiques d'une circulation de leishmaniose viscérale se précisent de plus en plus. En effet, *Phlebotomus longicuspis*, susceptible à *Leishmania infantum* a été capturé à Ouagadougou (Depaquit et al. 2005) et *L. infantum* est connu comme responsable de la leishmaniose canine en Afrique de l'Ouest. Trois cas confirmés de leishmanioses canines à *L. infantum* ont été signalés à Bobo-Dioulasso (Sangaré et al. 2013). Cette espèce leishmanienne, chez l'homme est à l'origine de la leishmaniose viscérale. Le problème de diagnostic différentiel entre la leishmaniose viscérale et d'autres pathologies infectieuses tels que le paludisme, la toxoplasmose dans les cas d'anémie grave, d'hépatosplénomégalie, de fièvre inexpiquée serait une des raisons de la non détection de cette pathologie au Burkina Faso.

Il y a certes des points forts comme l'existence d'une unité de lutte qui prend également en compte la leishmaniose et la présence de médecins dermatologues au sein de l'équipe du CRF et qui travaillent en étroite collaboration avec le programme,

mais les défis restent la documentation et l'organisation de la prise en charge des cas.

Les difficultés majeures dans la lutte contre les leishmanioses sont essentiellement l'absence de cartographie aussi bien pour les parasites et les vecteurs et le manque de moyens pour l'exploration de la leishmaniose viscérale.

Les perspectives quant à elles sont les suivantes :

- le renforcement des compétences des agents de santé pour la notification et la prise en charge au niveau périphérique et la disponibilité des médicaments.
- la collaboration avec la santé animale pour la surveillance du réservoir canin source de leishmaniose viscérale.
- la réalisation d'études entomologiques, cliniques et/ou biologiques pour la recherche active de cas de leishmaniose viscérale.

3.2.7. Les tréponématoses non vénériennes

Les entités cliniques sont le pian, le béjel et la pinta. Les germes en causes sont *treponema pertenue* (pian), *treponema endemicum* (bejel) et *treponema carateum* (pinta). Ces tréponèmes n'ont pas de différence avec *tréponéma pallidum* (responsable de la syphilis vénérienne) aussi bien sur le plan morphologique que sérologique. Par contre, les tréponématoses non vénériennes ont l'avantage de ne pas se transmettre in utéro et de ne pas réaliser les atteintes de l'aorte et du système nerveux central, redoutées dans la syphilis vénérienne. Elles évoluent sous le mode endémique chez les enfants dans les régions forestières chaudes et humides d'Afrique (pian) et les régions chaudes et sèche du sahel (béjel). La pinta est l'apanage des régions forestières américaines. Elles évoluent en plusieurs phases (primaire, secondaire, tardive) avec souvent des cas de séropositivité isolés. Elles sont très sensibles à la pénicilline.

Ces affections semblent ignorées des agents de santé au Burkina. Les enquêtes de sérosurveillance du VIH dans les sites sentinelles montrent une séroprévalence nationale de 1,2% pour la syphilis avec des pics de 5,1% ; 3,7% et 2,6% respectivement à Kaya, Manga et Ziniaré (PSSLS-IST, 2014). Pourtant, en pratique courante dermatologique, les cas de syphilis vénériennes sont exceptionnels. Il en est de même pour les aortites syphilitiques en cardiologie. Les similitudes sérologiques avec la syphilis vénérienne ouvrent le débat sur la sous-estimation des

tréponématoses non vénériennes au Burkina. La clarification de cette question permettra d'évaluer la pertinence des efforts consentis pour le dépistage systématique de la syphilis au cours de la grossesse au Burkina.

Les difficultés.

La lutte contre les tréponématoses endémiques est confrontée à de nombreux défis :

- L'ampleur des tréponématoses endémiques n'est pas connue ;
- Ces affections sont peu connues des agents de santé ;
- Le diagnostic différentiel est difficile.

Les perspectives dans la lutte contre les tréponématoses sont les suivantes :

- Renforcer les compétences du système de santé pour la notification et la prise en charge des cas ;
- Mener des études pour évaluer l'ampleur des tréponématoses endémiques en collaboration avec le PSSLS-IST ;
- L'élaboration des directives de prise en charge des cas de tréponématoses.

3.2.8. La rage humaine

Endémique en Afrique subsaharienne la rage ne bénéficie pas encore de la mise en œuvre d'actions spécifiques par le PNMTN au Burkina Faso. Cependant, des cas de morsures de chiens et des cas de rage déclarés sont enregistrés chaque année dans nos formations sanitaires. Maladie mortelle dès sa déclaration, elle est évitable grâce à l'administration à temps d'une prophylaxie post exposition aux victimes de morsure d'un animal infecté. La situation de la rage sur l'ensemble du territoire n'est pas connue. Cependant les statistiques des formations sanitaires sont résumées dans le tableau ci-contre.

Tableau VII: situation de la rage de 2012 à 2015

Indicateurs	2012	2013	2014	2015
Nombre de consultations externes dans les formations sanitaires de base	48	47	41	20
Consultations externes dans les centres médicaux et les hôpitaux	2	7	21	23
Cas hospitalisés (CM et Hôpitaux)/cas avérés de rage	29	11	19	17

Source : annuaires statistiques, Ministère de la Santé

Les difficultés rencontrées dans la lutte contre la rage sont :

- l'insuffisance de collaboration entre les services d'hygiène prenant en charge les victimes de morsures d'animaux et le programme,
- l'insuffisance de connaissances des populations sur les mesures à prendre en cas de morsure de chien et ;
- l'insuffisance de collaboration avec les services de santé animale pour la vaccination de masse des chiens.
- Sous notification des cas de rage

Les perspectives dans la lutte contre la rage sont les suivantes:

- la collaboration avec les services d'hygiène afin de faciliter l'accès à la prophylaxie par la population en cas de morsure d'animaux suspects ;
- la collaboration avec les services vétérinaires pour assurer la vaccination des animaux domestiques ;
- la mise en œuvre d'activités d'IEC afin que les populations comprennent l'importance de la vaccination des animaux et aussi la prophylaxie post exposition.
- désignation d'un point focal de lutte contre la rage.

3.2.9. Les envenimations par morsure de serpent

Les envenimations sont fréquentes au Burkina Faso Les victimes sont généralement des personnes adultes donc en activité, qui participent pleinement à la vie socio-économique du pays.

Le profil épidémiologique des envenimations au Burkina Faso est très récent et incomplet. En effet, c'est à partir de 2010 que des initiatives ont été développées afin d'inclure la collecte des données dans le système national d'information sanitaires. En plus de la collecte, une enquête d'évaluation de l'ampleur a été réalisée en 2010 par le ministère de la santé à travers la DGPML. Sur la base des résultats obtenus, on estimait le nombre annuel d'envenimation et de décès respectivement à 7341 cas et 343. Ces données, bien que suffisante pour servir de base pour une approche de mise en place d'une stratégie de prise en charge n'est pas exhaustive et comporte beaucoup de biais. Cependant, quelques études ont été réalisés et dont les résultats rendus disponibles permettent d'apprécier la morbidité et l'incidence des envenimations au Burkina Faso. Aussi, elle a permis de tracer une cartographie des envenimations de toutes les régions du pays et cela sur la base de l'incidence annuelle.

En matière de statistique, 11 4126 cas ont été enregistrés avec 62 293 hospitalisés (54,6%) de 2010-2014. Parmi ces hospitalisés, 1362 décès ont été enregistrés soit 2% de taux de décès. Quant aux incidences annuelles, elles étaient de 130 envenimations et 1,75 décès pour 100 000 habitants. Ces données bien que évocatrices ne reflètent pas la réalité, car beaucoup de malades meurent avant d'accéder à une formation sanitaire. De plus, les données de la plupart des structures privées ne sont pas prises en compte.

Tableau VIII: situation des envenimations de 2012 à 2015

Items		2012	2013	2014	2015
Consultations externes pour morsures de serpents	Consultations externe au 1 ^{er} échelon	23451	17870	20800	20018
	Consultations externe CMA/CHR/CHU	950	2766	3979	3645
	Total	2 4401	20 636	24 779	23 663
Hospitalisations pour morsure de serpents	Hospitalisations au 1 ^{er} échelon	14 405	10 385	3 549	12 227
	Hospitalisations CMA/CHR/CHU	1 055	2 508	3 549	3 336
	Total	15 460	12 893	7 098	15 563
Décès par morsure de serpents	Décès au 1 ^{er} échelon	143	105	-	68
	Décès CMA/CHR/CHU	94	178	189	123
	Total	237	283	189	191

Source : annuaire statistique du Ministère de la santé

Sur la base des incidences annuelles des envenimations, il a été procédé à une catégorisation des régions du pays selon la fréquence des envenimations. Ainsi, selon les données disponibles, les régions des cascades et du Sud-Ouest ont enregistré le plus grand nombre de cas de 2010-2014 avec une incidence supérieure ou égale 200 cas. Quant aux régions du sahel et de l'est, elles ont enregistré moins de cas, mais cependant avec des taux de décès élevés.

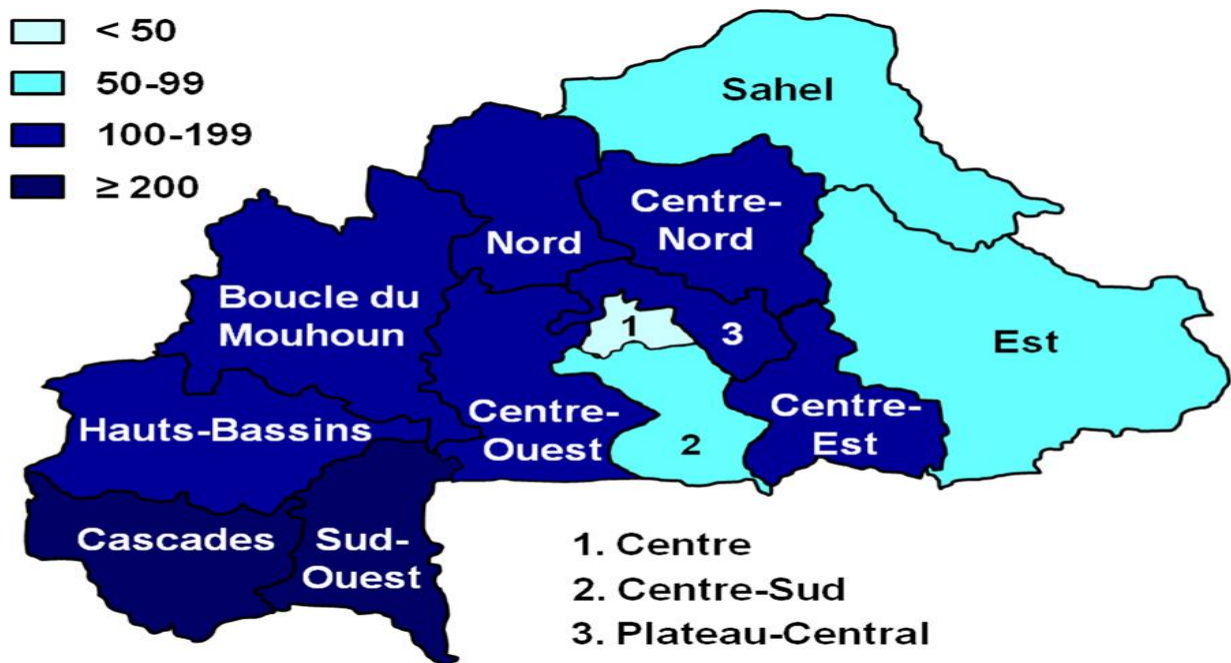


Figure 10: distribution géographique des morsures de serpents au Burkina Faso (incidence moyenne annuelle pour 100 000 habitants)

Les envenimations par morsures de serpents ne sont pas encore retenues officiellement par l'OMS parmi les MTN. Toutefois au Burkina Faso, elles constituent une préoccupation sanitaire importante.

La prise en charge des envenimations est insuffisante au Burkina. Le climat tropical est peu favorable à la conservation des sérums antivenimeux, les types de sérum antivenimeux sont peu nombreux et les coûts sont très élevés pour les populations. A cela s'ajoute l'insuffisance de formation des professionnels de santé sur le diagnostic et la prise en charge des cas.

Les difficultés qui se présentent dans la prise en charge des envenimations pour le PNMTN sont les suivantes :

- l'absence de protocole de prise en charge des envenimations par morsure de serpent ;
- l'insuffisance de formation des agents de santé sur le diagnostic et la prise en charge des envenimations par morsure de serpent ;
- l'insuffisance d'études sur les envenimations de façon générale et particulièrement sur les espèces de serpents qui existent sur le territoire nationale ;.(Collaboration avec le CNRST)
- le nombre élevé d'espèces de serpent rendant difficile le choix des SAV à rendre disponible ;
- les coûts élevés de SAV pour les populations.

Les perspectives dans la lutte contre les envenimations sont donc les suivantes :

- le plaidoyer pour mobiliser des ressources en faveur de la lutte contre les envenimations ;
- l'élaboration d'un protocole de prise en charge des envenimations ;
- la formation de personnel de santé sur le diagnostic et la prise en charge des envenimations ;
- le développement de la recherche sur les types de serpents afin d'adapter les SAV à rendre disponible ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des SAV pour les populations.

3.1. Co-endémicité des MTN

3.1.1. Co-endémicité des MTN par district sanitaire

Le tableau et la carte ci-dessous donnent la situation de la co-endémicité des MTN au Burkina Faso.

Tableau IX : Co- endémicité des MTN

N°	Districts	Maladies									
		MTN CTP					MTN PCC				
		FL (2000)	Oncho (2007-2010)	Schisto (2003-2005)	Trachome (2009-2010)	Vers intestinaux (2003-2005)	Trachome	FL	Dracunculose	Lèpre	Trypano somiase
1	Batié	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
2	Dano	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-
3	Diébougou	+	+	+	-	+	-	+	-	+	-
4	Gaoua	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-
5	Kampti	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
6	Bittou	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
7	Garango	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
8	Koupéla	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
9	Ouargaye	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
10	Pouytenga	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
11	Tenkodogo	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
12	Zabré	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
13	Kombissiri	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
14	Manga	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
15	Pô	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
16	Saponé	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
17	Koudougou	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
18	Léo	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
19	Nanoro	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
20	Réo	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
21	Sabou	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
22	Sapouy	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
23	Tenado	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
24	Banfora	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
25	Mangodara	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-
26	Sindou	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
27	Bogandé	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-

N°	Districts	Maladies									
		MTN CTP					MTN PCC				
		FL (2000)	Oncho (2007-2010)	Schisto (2003-2005)	Trachome (2009-2010)	Vers intestinaux (2003-2005)	Trachome	FL	Dracunculose	Lèpre	Trypano somiase
28	Diapaga	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
29	Fada	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
30	Gayéri	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
31	Mani	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
32	Pama	+	-	+	-	+	+		-	+	-
33	Dafra	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
34	Dandé	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
35	Dô	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
36	Houndé	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
37	Karangasso Vigué	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
38	Léna	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
39	N'Dorola	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
40	Oradara	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
41	Boussé	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
42	Ziniaré	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
43	Zorgho	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
44	Barsalogho	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
45	Boulsa	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
46	Boussouma	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
47	Kaya	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
48	Kongounsi	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
49	Tougouri	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
50	Boromo	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
51	Dédougou	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
52	Nouna	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
53	Solenzo	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
54	Toma	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
55	Tougan	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-

N°	Districts	Maladies									
		MTN CTP					MTN PCC				
		FL (2000)	Oncho (2007-2010)	Schisto (2003-2005)	Tracho me (2009- 2010)	Vers intestinaux (2003-2005)	Trachome	FL	Dracunculose	Lèpre	Trypano somiase
56	Baskuy	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
57	Bogodogo	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
58	Boulmiougo u	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
59	Nongr Massom	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
60	Sig-Nonghin	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
61	Gourcy	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
62	Ouahigouya	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
63	Séguénéga	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
64	Thiou	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
65	Titao	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
66	Yako	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
67	Djibo	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-
68	Dori	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
69	Gorom	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
70	Sebba	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
		70	6	70	32	70	56	69	0	70	0

Endémique =(+) Non endémique = ()

3.3. Statut de la cartographie des MTN

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

Tableau X : Statut d'endémicité des districts sanitaires par MTN

Maladies	Nombre total de districts	Nombre total de districts endémiques	Nombre de districts à cartographier ou à endémicité connue	Nombre de districts à cartographier ou à endémicité inconnue
Filariose lymphatique	70	70	70	0
Onchocercose	70	6	70	0
Schistosomiase	70	70	70	0
Trachome actif	70	19	70	0
Vers intestinaux	70	70	70	0
Leishmaniose	70	ND	ND	70
Ulcère de Buruli	70	ND	ND	70
Dengue	70	ND	ND	70
THA	70	0	0	0
Lèpre	70	70	70	0
Ver de guinée	70	0	70	0
Morsures de serpent	70	ND	ND	70
Tréponématoses endémiques	70	ND	ND	70

Tableau XI: Situation des districts au-dessus du seuil fixé pour une intervention MTN

MTN	Nombre total de districts au-dessus du seuil fixé pour une intervention	Nombre total de districts nécessitant une cartographie
FL	31	0
Oncho	6	0
Schisto	70	0
STH	70	0
Trachome	19	0

IV. Mise en œuvre des activités du programme MTN

4.1 Interventions pour les MTN CTP

Le tableau suivant représente la situation de mise en œuvre de la chimiothérapie préventive des MTN.

Tableau XII: Situation de mise en œuvre de la CTP

MTN	Date de début du programme	Nombre total de districts visés	Nombre de districts couverts (couv. Géo) en 2015	Nombre total de population visée dans les districts couverts en 2015	Nombre de personnes Couvert es (%) en 2015	Stratégies clés utilisées	Partenaires clés
FL	2001	70	31 (100%)	6 713 705	5 393 933 (80,34%)	TDM	OMS,MDP,CNTD Liverpool, USAID, GSK, Merck, HKI,
Oncho	1991	6	6 (100%)	251 273	217 720 (86,07%)	TIDC	OMS/APOC/MDSC, SIGHTSAVERS,US AID,HKIMerck, MDP,
Schisto	2004	70	26 (100%)	4 370 290	4 186 609 (95, 80%)	TDM	OMS, USAID, HKI, BM
Vers intestin aux	2004	70	39	2 762 559	2 720 596 (98,48)	TDM	OMS, USAID, HKI, BM
Tracho me	2002	32	5(100%)	1 199 646	1 157 426 (96,48%)	TDM	USAID, ITI,HKI OMS BM

4.2 Interventions pour les MTN PIM

Le tableau suivant représente la situation de prise en charge des MTN

Tableau XIII: Situation de prise en charge des MTN

MTN	Date de début du programme	Nbre Total de district s visés	Nbre de DS couverts (couv. Géo)	Pourcentage de DS Couverts	Nbre total de population visée dans les districts	Nbre pers. Couvertes (%)	Stratégie clé utilisée	Partenaires	
FL	Hydrocèle	2001	70	70	100%	20 000 Cas	3072 par le programme (15.36%)	Chirurgie	OMS,USAID/HKI, HI, CNTDL,BM
	Lymphœdème	2001	70	40	40/70 (57.14%)	14 000 Cas	5643(6,90%)	Washing	OMS,USAID/HKI, HI, CNTDL,BM
	Schistosomiase	2004	70	70	100%	ND	7699	Traitement ciblé	
	Lèpre	1989	70	70	100%	ND	206	PEC	OMS, FRF
	Ulcere de BURULI	ND	ND	ND	0	ND	ND	Traitement de cas	OMS
	Leishmaniose	ND	ND	ND	0	ND	727	Traitement de cas	OMS

MTN	Date de début du programme	Nbre Total de districts visés	Nbre de DS couverts (couv. Géo)	Pourcentage de DS Couverts	Nbre total de population visée dans les districts	Nbre pers. Couvertes (%)	Stratégie clé utilisée	Partenaires
Trachome	2002	54	54	100%	30289	0	Chirurgie du trichiasis	USAID/HKI, Sightsaver/ITI, Fondation
THA	1986	23	23	100%	ND	ND		OMS/CIRDESS
Dengue	2015	70	13	13/70 (18.57)	ND	173	Traitement de cas	Centre Muraz, IRSS
Ver de Guinée	1992	70	70	100%	0	0	Isolement des cas, approvisionnement en eau potable, surveillance investigation	OMS

Tableau XIV: Estimation des populations à traiter d'ici 2020 : traitement de masse et prise en charge des cas

MTN	Nombre total de DS nécessitant TDM 2015	Population totale à risque 2015	Nombre de DS et population traitée 2015	Nombre de DS et population à traiter 2016	Nombre de DS et population à traiter 2017	Nombre de DS et population à traiter 2018	Nombre de DS et population à traiter 2019	Nombre de DS et population à traiter 2020
Mise en œuvre de la CTP								
FL	31	6 713 705	31(5 393 933)	31 (7 665 172)	26 (6 761 323)	6 (1655 139)	0	0
Oncho	06	251 273	06(246 714)	06 (377 730)	6 (436 881)	06 (450 424)	06 (464 387)	06 (478 783)
Schisto	26	4 370 290	26(4 186 609)	59 (10 402 460)	28 (5 908 486)	59 (11 079 282)	28 (6 209 933)	59 (12 036 258)
STH	39	2 762 559	39(2 724 294)	64 (7 562 570)	41(5 251 428)	59 (7 588 115)	70 (9 010 359)	70 (9 755 048)
Trachome	05	1 199 646	05(1 157 426)	19 (4 767 416)	0	0	0	0
Prise en charge des cas								
Lèpre	70	18 450 494	70 (202)	70 (209)	70 (216)	70 (223)	70 (229)	70 (236)
Leishmaniose	70	18 450 494	70 (ND)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)
Ulcère de Buruli	20	4 598 556	20 (ND)	20 (tous cas)	20 (tous cas)	20 (tous cas)	20 (tous cas)	20 (tous cas)
Dengue	70	18 450 494	70 (ND)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)
Rage	70	18 450 494	70 (ND)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)
Ver de Guinée	70	18 450 494	70 (0 cas)	70 (0 cas)	70 (0 cas)	70 (0 cas)	70 (0 cas)	70 (0 cas)
THA	23	4 915 394	23 (1 cas)	23 (tous cas)	23 (tous cas)	23 (tous cas)	23 (tous cas)	23 (tous cas)
Morsures de serpent	70	18 450 494	70 (ND)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)
Tréponématoses endémiques	70	18 450 494	70 (ND)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)	70 (tous cas)

4.3 Evolution des indicateurs 2012-2015

De façon générale, l'évolution des indicateurs prouve une atteinte des objectifs visés par le plan stratégique 2012-2016. Les taux de couverture thérapeutique sont atteints pour toutes les MTN pratiquement et l'on note une diminution des nombre de cas de MTN PIM. Pour la FL et le trachome les évaluations qui ont été faites à l'issu des TDM (TAS et enquête d'impact) ont permis l'arrêt du traitement dans certains district.

Pour la schistosomiase, les districts qui ont été évalués en 2013 devront être évalués en 2016 et permettront de mieux appréhender l'effet des traitements de masse sur les prévalences retrouvées en 2013. Loin d'être une évaluation complète du précédent plan stratégique du programme, il s'agit ici de préciser le statut de réalisation des activités et l'évolution des indicateurs du programme. Cela dans le but de tirer quelques leçons pour améliorer la planification des activités pour ce présent plan.

Le tableau suivant présente l'évolution des principaux indicateurs MTN de 2012 à 2015.

Tableau XV: 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*
	Nombre de patients formés à la pratique du washing	625	225	3448	3020
Ver de Guinée	Nombre de cas confirmé de Ver de Guinée	0	0	0	0
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
	Nombre de patients opérés pour TT				
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
Lèpre	Nombre de nouveaux cas détectés	313	253	208	187
	Infirmités degré2 / Nouveaux cas	67	84	48	58
	Nombre d'enfants / nouveaux cas	6	8	6	7
	Nombre de malades en traitement à la fin de l'année (prévalence)	295	250	199	186
THA	Nombre de cas	02	03	01	01
	Nombre de cas autochtones	0	0	0	01

V. LACUNES ET PRIORITES

Tableau XVI: Analyse FFOM

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan stratégique 2012-2016 ; - Existence de documents normatifs (directives de mise en œuvre des TDM, manuel de procédure de gestion des médicaments et autres intrants dans le cadre de la lutte contre les MTN, directives techniques pour la surveillance passive de la FL, guide de mise en œuvre de la surveillance passive, directives de prise en charge des cas de dengue, plan stratégique de prise en charge des manifestations de la FL, - Mise en œuvre régulière des TDM ; - Existence de cartographies pour certaines MTN/CTP; - Connaissance de l'ampleur de plusieurs MTN (FL, Schistosomiase, Trachome, STH, Oncho) - Interruption de la transmission de la FL dans 39 DS et du trachome dans 29 DS ; - Existence d'une ligne budgétaire pour la lutte contre les MTN au plan national ; - Certification de l'éradication du ver de Guinée ; - Existence d'arrêtés de mise en place du comité technique et comité de pilotage ; - Tenue régulière des revues de performances du PNMTN ; - Existence d'un programme national intégré MTN composé d'unités fonctionnelles ; - Amélioration de la mise en œuvre des activités de prise en charge des cas (hydrocèle, lymphœdème trichiasis) ; - existence et rattachement du Centre de référence de prise en charge des MTN/ PIM (CRF) au Programme national MTN 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux d'exécution physique des activités du plan stratégique ; - Non maîtrise de la situation épidémiologique de certaines maladies (leishmaniose, ulcère de Buruli, dengue, envenimation par morsures de serpent, tréponématoses endémiques et la rage) ; - Persistance des prévalences élevées de certaines MTN dans quelques régions (FL, Schisto, Trachome) ; - Insuffisance dans la mise en œuvre du suivi évaluation des MTN ; - Insuffisance d'infrastructure (bureaux) ; - insuffisance en ressources humaines qualifiées ; - Insuffisance de la logistique roulante pour la mise en œuvre des activités MTN ; - Insuffisance de matériel et consommables informatiques et bureautique; - Faible capacité d'entreposage du matériel et de médicaments MTN; - Faible collaboration intra et inter sectorielle pour la lutte contre les MTN (collectivités locales, ONG, OBCE, autres associations et autres ministères) ; - insuffisance de coordination transfrontalière pour la lutte contre les MTN ; - insuffisance de la lutte anti-vectorielle ; - insuffisance de ressources financières.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Engagement politique (PNS, PNDS, politique de décentralisation du secteur de la Santé) - Elan international en faveur des MTN; - Mobilisation des partenaires techniques et financiers en faveur de certaines MTN ; - Regain d'intérêt des partenaires pour le volet morbidité ; - Adhésion des populations aux campagnes de traitement de masse contre les MTN. - Recrutement d'ASBC par le ministère de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt, baisse ou retard de l'appui financier de certains partenaires; - Lassitude des populations due à la multiplicité des campagnes TDM; - Instabilité de la situation socio – politique; - Epidémies (Dengue, Méningite, Choléra, Ebola); - Baisse du dynamisme des agents de santé communautaire et des distributeurs dans la mise en œuvre des activités des MTN. - Insuffisance des activités d'IEC

DEUXIEME PARTIE: AGENDA STRATEGIQUE

VI. AGENDA DU PLAN STRATEGIQUE MTN

6.1 Vision

Un Burkina Faso libéré du fardeau des maladies tropicales négligées.

6.2 Mission

Concevoir, coordonner et mettre en œuvre des actions intégrées préventives, curatives, réadaptatives et promotionnelles pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux MTN au Burkina Faso.

6.3 But

Contribuer au contrôle et à l'élimination des MTN au Burkina Faso d'ici 2020.

6.4 Principes directeurs

Le Burkina Faso adhère aux principes de soins de santé primaire qui sont entre autres :

- L'acceptabilité ;
- L'efficacité et l'efficience des soins de santé ;
- La réactivité des services de santé ;
- L'accès universel aux soins ;
- La coordination et la collaboration intersectorielle ;
- La participation individuelle et collective ;

Outre ces principes directeurs, le respect strict des normes et protocoles et l'intégration de la lutte contre les MTN régiront le présent plan.

6.5 Priorités Stratégiques (PS) :

- ❖ 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.

6.6 Cadre Stratégique

6.6.1 Priorités et objectifs stratégiques

Tableau XVII: Priorités et objectifs stratégiques

N°	Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
1	Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	1.1. Poursuivre la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive dans les districts endémiques d'ici 2020 1.2. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas 1.3. Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN ciblées en collaboration avec les autres programmes et secteurs ministériels. 1.4. Renforcer l'approvisionnement pharmaceutique et la pharmacovigilance 1.5. Renforcer les capacités opérationnelles du programme
2	Renforcement de la planification axée sur les résultats, de la mobilisation des ressources et de la durabilité du financement des activités de lutte/MTN	2.1. Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources durables dans le cadre de la lutte contre les MTN 2.2. Renforcer la planification décentralisée et axée sur les résultats en faveur de la lutte contre les MTN
3	Renforcement de la gouvernance interne, du plaidoyer, de la coordination et du partenariat	3.1. Renforcer les mécanismes de coordination de lutte contre les MTN 3.2. Renforcer le partenariat pour la lutte contre les MTN à tous les niveaux. 3.3. Renforcer le plaidoyer pour la visibilité du programme à tous les niveaux
4	Renforcement du Suivi/évaluation, de la Surveillance et de la Recherche Opérationnelle	4.1. Renforcer le système de suivi et d'évaluation des MTN 4.2. Renforcer la surveillance des MTN ; 4.3. Renforcer la recherche opérationnelle

6.6.2 But, objectifs, stratégies et cibles des unités de lutte contre les MTN

Tableau XVIII : Récapitulatif du but, des objectifs, stratégies et cibles des unités de lutte contre les MTN

BUT MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Eliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la FL au Burkina Faso d'ici 2020	Interrompre la transmission de la FL dans 31 districts sanitaires d'ici 2018	Chimiothérapie préventive à travers la distribution de masse de médicaments (DMM) Lutte anti vectorielle Renforcement des compétences IEC/CCC Surveillance, suivi et évaluation Collaboration intersectorielle ;	Communauté ONG Association Services de santé Collectivité territoriale Médias Autres ministères
		Mettre à l'échelle la gestion de la morbidité liée à la FL dans 30 districts sanitaires d'ici 2020.	Prévention et prise en charge des cas (lymphœdème et hydrocèle) IEC Renforcement des compétences Plaidoyer, Collaboration intersectorielle Subvention des kits suivi et évaluation	Communauté ONG Association Services de santé Collectivité territoriale Médias
Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Consolider l'élimination de la lèpre au Burkina Faso en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Réduire le taux d'infirmité degré 2 de la lèpre à moins d'un cas pour 1 000.000 d'habitants et le nombre de cas d'infirmité degré 2 à zéro chez les enfants de moins de 15 ans d'ici 2020	Dépistage précoce Prise en charge des cas Prévention des invalidités et réadaptation physique Renforcement des compétences IEC, Collaboration intersectorielle Approvisionnement en médicaments Surveillance épidémiologique	Communauté Service de santé ONG Association Médias Collectivité territoriale Société civile Autres ministères
Contrôler les vers intestinaux d'ici 2020	Contrôler les géo helminthiases d'ici 2020	Réduire la prévalence des vers intestinaux à moins de 1% avec la technique de KATO-KATZ dans tous les districts sanitaires d'ici 2020	Chimiothérapie préventive à travers la distribution de masse de médicaments (DMM) Assainissement du milieu (cadre de vie) Promotion de l'hygiène individuelle et collective IEC/CCC Approvisionnement en eau potable Surveillance, suivi et évaluation Prise en charge des cas (traitement cas par cas) Renforcement des compétences Collaboration intersectorielle	Communauté Service de santé Société civile ONG, Association Autres ministères Collectivité territoriale Médias

BUT MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Contrôler la Schistosomiase d'ici 2020	Contrôler la Schistosomiase au Burkina Faso d'ici 2020	Réduire la prévalence de la schistosomiase à moins de 5% avec la technique de filtration et de KATO-KATZ dans tous les districts d'ici 2020.	Chimiothérapie préventive à travers la distribution de masse de médicaments (DMM) Assainissement du milieu (cadre de vie) Promotion de l'hygiène individuelle et collective IEC/CCC Approvisionnement en eau potable Surveillance Prise en charge des cas (traitement cas par cas) Renforcement des compétences Collaboration intersectorielle Collaboration transfrontalière suivi et évaluation	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Eliminer le trachome en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer le trachome au Burkina Faso d'ici 2020	Réduire la prévalence du trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans à moins de 5 % dans 19 districts sanitaires d'ici à 2020 Réduire à moins de d'un cas pour 1000 habitants le seuil de trichiasis trachomateux dans 41 districts sanitaires d'ici à 2020	-Prise en charge des cas - Chimiothérapie préventive à travers la distribution de masse de médicaments (DMM) - Promotion de l'hygiène et de l'assainissement -Suivi/évaluation -renforcement de compétences -Collaboration intersectorielle -Collaboration transfrontalière	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Eliminer l'Onchocercose d'ici 2025	Eliminer l'Onchocercose au Burkina Faso d'ici 2025	Réduire la prévalence de l'onchocercose à moins de 5% dans les 6 districts endémiques d'ici 2020	-Surveillance épidémiologique -Surveillance entomologique -Lutte anti vectorielle -Renforcement des compétences -Traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires(TIDC) -Auto monitoring communautaire(AMC) IEC/CCC, Collaboration transfrontalière -Collaboration intersectorielle Chimiothérapie préventive (TIDC)	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
		Réduire le taux d'inféctivité des simulies inférieure à 0.5 femelles /1000 femelles capturées dans 6 districts sanitaires	Surveillance entomologique Lutte anti vectorielle Renforcement des compétences Traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires(TIDC) IEC/CCC, Collaboration transfrontalière Collaboration intersectorielle Chimiothérapie préventive (TIDC)	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias

BUT MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Contrôler la leishmaniose et l'ulcère de Buruli d'ici à 2020	Contrôler la leishmaniose, les tréponématoses endémiques et l'ulcère de Buruli d'ici à 2020	- Assurer la prise en charge des cas d'ici à 2020	Evaluation de l'ampleur de la leishmaniose et l'ulcère de Buruli Surveillance épidémiologique Prise en charge des cas Lutte anti vectorielle Renforcement des compétences. IEC/CCC Suivi/évaluation Collaboration intersectorielle	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Eradication les tréponématoses endémiques en 2020			Evaluation de l'ampleur des tréponématoses endémiques Surveillance épidémiologique Prise en charge des cas Renforcement des compétences. IEC/CCC Suivi/évaluation	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Renforcer la lutte contre la dengue d'ici 2020	Renforcer la lutte contre la dengue d'ici 2020	- Mettre à l'échelle les activités de prévention et de prise en charge des cas de Dengue d'ici à 2020	Evaluer l'ampleur de la dengue Prise en charge des cas Lutte anti vectorielle Renforcement des compétences et des plateaux techniques. IEC/CCC surveillance Suivi/évaluation Collaboration intersectorielle	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Eliminer la THA d'ici à 2020	Consolider l'élimination de la THA d'ici à 2020	Réduire la prévalence de la THA à zéro cas autochtones	Dépistage passif et actif Surveillance épidémiologique Surveillance entomologique Lutte anti vectorielle Prise en charge des cas Renforcement des compétences IEC/CCC Collaboration transfrontalière Collaboration intersectorielle	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias

BUT MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	BUT NATIONAL	OBJECTIFS	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATION
Réduction de la morbidité due à la rage	Réduire la morbidité due à la rage humaine d'ici 2020	-Renforcer la prévention et la prise des cas exposés de rage humaine d'ici à 2020	-Evaluation de l'ampleur de la rage humaine IEC/CC -Prise en charge des cas exposés -Gestion des cas contacts -Collaboration intersectorielle Renforcement des compétences -Surveillance -Vaccination	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias
Eradication du ver de Guinée	Consolider l'éradication du Ver de Guinée sur l'ensemble du territoire	Maintenir le zéro cas autochtone de Ver de Guinée sur l'ensemble du territoire	Surveillance Investigation des rumeurs	Communauté Service de santé ONG Association Autres ministères Collectivité territoriale Société civile Médias

6.6.3 Objectifs par étape pour chaque MTN

Tableau XIX : Objectifs par étape pour chaque unité

UNITE/MTN	OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2015	Objectif visé/Couv. recherchée	CIBLES				
					2016	2017	2018	2019	2020
FL	Interrompre la transmission de FL dans tous les districts sanitaires d'ici 2018	Nombre de districts sanitaires avec une prévalence microfilarienne < 1% dans les sites sentinelles et de contrôle	39 DS	31 DS	45	47	70	70-	-
		Nombre de districts sanitaires avec une prévalence antigénique enquête TAS1 < au seuil critique	39 DS	31 DS	45	47	47	70	70-
		Taux de couverture thérapeutique	80.34%	≥ 80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	
		Taux de couverture géographique des districts sanitaires sous TDM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-
	Mettre à l'échelle la gestion de la morbidité liée à la FL d'ici 2018.	Proportion de districts sanitaires mettant en œuvre (Management de lymphœdème)	65,71%	100%	65,71%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de patients atteints de lymphœdème recensés	14000	14000	-	-	-	-	-
		Nombre de patients atteints de lymphœdème formés à la pratique du washing	8 336	14 000	8336	14 000	14000		
		Proportion de blocs opératoire pratiquent la cure d'hydrocèle selon la technique recommandée	69,09%	100%	94,54%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de patients porteurs d'hydrocèle recensés	20 000	20 000	-	-	-	-	-

UNITE/MTN	OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2015	Objectif visé/Couv. recherchée	CIBLES				
					2016	2017	2018	2019	2020
		nombre de patients opérés d'hydrocèle	3072	23 072	7294	9727	14227	18727	23072
		Nombre des équipes de blocs formé la technique OMS de cure des hydrocèles	43	76	43	46	46	50	76
		Nombre d'agents de santé formés sur le management du lymphœdème	1564	2471	221	225	466	604	349
Lèpre	Réduire le taux d'infirmité degré 2 de la lèpre à moins d'un cas pour 1 000.000 habitants et le nombre de cas d'infirmité degré 2 à zéro chez les enfants de moins de 15 ans d'ici 2020	Taux d'infirmité degrés 2 chez les nouveaux cas	3.14 pour 1 000 000 habitants	<1 pour 1 000 000 habitants	2.19 pour 1 000 000 habitants	1.53 pour 1 000 000 habitants	1.07 pour 1 000 000 habitants	0.75 pour 1 000 000 habitants	0.52
		Nombre de cas d'infirmité degré 2 chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2020	1	0	1	1	1	0	0
		Taux guérison MB	92.55%	100%	93%	94%	95%	97%	100%
Géo helminthias es	Réduire la prévalence des géo helminthias es à moins de 1% dans tous les districts sanitaires d'ici à 2020	-Taux de couverture thérapeutique	98.61%	> 75%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
		Taux de couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Nombre de districts sanitaires avec une prévalence des géo helminthias es à moins de 1%	0	70	17	34	51	70	70
Schistosom iase	Réduire la prévalence de la schistosom iase à moins de 5% dans tous les districts d'ici	Taux de couverture thérapeutique	95.80%	>80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
		Taux de couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

UNITE/MTN	OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2015	Objectif visé/Couv. recherchée	CIBLES				
					2016	2017	2018	2019	2020
	2020.	Nombre de districts sanitaire avec une prévalence de la schistosomiase à moins de 5%d'ici 2020.	11	70	33	33	68	68	70
Trachome	Réduire la prévalence du trachome actif à moins de 5% dans 70 districts sanitaires d'ici à 2020	Taux de couverture thérapeutique	96.48%	> 85%	95%	95%	-	-	-
		Taux de couverture géographique	100%	100%	100%	100%	-	-	-
		Nombre de districts sanitaires avec une prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans < 5%	51	70	70	70	70	70	70
	Réduire à moins de d'un cas pour 1000 habitants le seuil de trichiasis trachomateux dans 70 districts sanitaires d'ici à 2020	Le nombre de districts sanitaires avec un seuil de trichiasis trachomateux inférieur à 1 cas pour 1000 habitants	25	70	39	56	65	70	70
		Nombre de cas de trichiasis trachomateux opérés	2 111	32 299	10 049	22 250	28 710	32 299	-
Onchocercose	Réduire la prévalence de l'onchocercose à moins de 5% dans 6 districts endémiques d'ici 2020	Taux de couverture thérapeutique	86,07%	>80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
		Taux de couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Le nombre de districts sanitaires ayant une prévalence microfilarienne inférieure à 5%	0	6	2	6	6	6	6
	Réduire le taux d'infectivité des simules inférieure	Le nombre de districts sanitaires ayant un taux d'infectivité des simules inférieure à 0.5 femelles /1000	0	6	2	6	6	6	6

UNITE/MTN	OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2015	Objectif visé/Couv. recherchée	CIBLES				
					2016	2017	2018	2019	2020
	à 0.5 femelles /1000 femelles capturées dans 6 districts sanitaires	femelles capturées							
Leishmaniose	Réduire la morbidité de la leishmaniose	Nombre de districts sanitaires évalués	0	31	7	14	31	31	31
		Proportion de cas de leishmaniose pris en charge	727 (annuaire 2014)	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas
Ulcère de Buruli	Evaluer l'ampleur de l'Ulcère de Buruli d'ici 2018	Nombre de districts sanitaires évalués	0	4	0	4	4	4	4
	Assurer la prise en charge des cas	Nombre d'agents de santé formés à la prise en charge de l'ulcère de Buruli	0	160	-	80	160	-	-
		Nombre de cas d'Ulcère de Buruli pris en charge	0	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas	Tous cas
Dengue	Evaluer l'ampleur de la dengue	Prévalence/Incidence de la dengue	ND	Réduction de la morbidité et de la mortalité	NA	NA	NA	NA	NA
	Mettre à l'échelle les activités de prévention et de prise en charge des cas de Dengue	Pourcentage de nouveaux cas traités	ND		100%	100%	100%	100%	100%
		Taux de guérison	ND		100%	100%	100%	100%	100%
Trypanosomiase Humaine Africaine	Consolider l'élimination de la THA d'ici à 2020	Nombre annuel de nouveaux cas autochtones	1	0	0	0	0	0	0
		Taux de guérison	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

UNITE/MTN	OBJECTIFS	INDICATEURS	DONNEES DE BASE 2015	Objectif visé/Couv. recherchée	CIBLES				
					2016	2017	2018	2019	2020
		Pourcentage de nouveaux cas confirmé au laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ver de Guinée	Maintenir le zéro cas autochtone de Ver de Guinée sur l'ensemble du territoire	Pourcentage de rumeurs investigués dans les 24 heures	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Pourcentage de cas importés endigués	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL

VII. CADRE OPERATIONNEL

7.1 Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

7.1.1 Intensification des interventions de chimiothérapie préventive

Tableau XX : Types de distributions de masse de médicaments

Types de TDM transverse	Canaux de distribution	Intervalle de distribution	MTN concernée s/Combinaison de maladie	Besoins/intrants requis	Liste des cibles (districts)	Autres interventions de masse
MDA1	Distribution à base Communautaire	Une fois par an	FL, Oncho, STH	Médicaments -Toises -IEC -supports d'IEC -supports de collecte des données -transport-logistique, -formation -supervision Mobilisation sociale -plaidoyer -Bilan -gestion des données -gestion de la chaîne d'approvisionnement. -Audits logistique des médicaments	BM(Boromo Dédougou) CO(Léo, Sapouy) CE(tous les DS) Est(tous les DS) CS(tous les DS) SO(tous les DS),Sahel(Sebba Centre(tous les DS sauf Baskuy)	Pharmacovigilance (Gestion des effets indésirables) - Traitement continu traitement biennuel
MDA3	Distribution à base Communautaire	Deux fois par an	Oncho		Cascades (Banfora et Mangodara) SO (Batié, Dano, Diébougou et Gaoua)	Pharmacovigilance (Gestion des effets indésirables)
T1	Distribution à base Communautaire	une fois tous les deux ans	Schistosomiase et STH		Tous les DS du Nord, CN,PCL,HB, Cascades, CO ,Centre, CS, Est	Pharmacovigilance (Gestion des effets indésirables)
T2	Distribution à base Communautaire	une fois par an Deux fois l'an	Schistosomiase		, HB BM, Sahel) CE ,	
T3 (à partir de 2019)	Distribution à base Communautaire	une fois par an	STH		-Cascades --Centre, -CN,CO CS, Est HB, PCL, SO Nord	
MDA4	Distribution à base Communautaire	une fois par an	Trachome		BM(Tougan et Dédougou) Cascades (sindou), Centre(Nogromassoum) CE(Zabré),CN(Kaya, Kongoussi,Boussouma) CO(Réo,Léo,nanoroTenado) Est (Fada, Gayéri, Manni, Pama) HB(Houndé) Sahel(Sebba) CS(Pô)	Pharmacovigilance (Gestion des effets indésirables)

*

si MDA 1 arrêté, c'est T1 qui sera mis en œuvre mais le Praziquantel sera distribué deux fois l'an.

7.1.2 Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas

Tableau XXI: besoins et opportunités d'intégration avec d'autres maladies non MTN

TYPES D'INTERVENTIONS	MTN CONCERNES	BESOINS	OPPORTUNITES D'INTEGRATION AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS NON MTN
Chirurgie			
Chirurgie de l'hydrocèle (hydrocélectomie)	FL(Hydrocèle)	Formation/ recyclages des médecins et des infirmiers Kits opératoires Bistouris électriques plus cordons FAST (Filaricèle Anatomical Surgical Trainer) Groupe électrogène modules de formations pour la chirurgie Plaidoyer IEC Supports d'IEC Mobilisation sociale Equipements médicotechniques Supervision Suivi Supports de collecte	- Formation à la chirurgie essentielle -Formation des spécialistes (université, ENSP) -Intégration au Paquet complémentaire d'activités(PCA) des structures de soins
Chirurgie du trichiasis trachomateux	Trachome (trichiasis trachomateux)	Formation des acteurs Kits opératoires HEAD START (human eyelid analog device surgical training and skills reinforcement in trachoma) Tente, tables, chaise, autoclaves Groupe électrogène Equipements médicotechniques Plaidoyer Mobilisation sociale IEC Support IEC Renforcement logistique roulante Supervision Suivi Supports de collecte	-Intégration aux campagnes de prise en charge de la cataracte -Formation des spécialistes (université, ENSP) -Intégration au PCA des structures de soins ophtalmologiques
Chirurgie des complications de la Lèpre	Lèpre (Complications)	Formation des acteurs Consommables chirurgicaux Equipements médicotechniques Plaidoyer Mobilisation sociale Supervision Suivi	-Formation des spécialistes (université, ENSP) -Intégration au PCA des structures de soins
Chirurgie de l'ulcère de Buruli	Ulcère de Buruli (Complications)	Médicaments Supports de collecte IEC Supports d'IEC	
Prise en charge médicale			
Management de lymphœdème	FL(Lymphœdème)	Formation des acteurs Kits washing Consommables médicaux médicaments Plaidoyer Mobilisation sociale Equipements médicotechniques Supervision	-Formation de base des agents de santé. -intégration avec la prise en charge communautaire du paludisme, de la tuberculose et VIH/sida

TYPES D'INTERVENTIONS	MTN CONCERNÉES	BESOINS	OPPORTUNITÉS D'INTÉGRATION AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS NON MTN
		Suivi Supports de collecte de données Bas et bandes de contention Intrants pour chaussures adaptées IEC, Supports IEC	-Supervision intégrée des ECD
Traitement médical de la Lèpre	Lèpre (PEC des cas)	Formation des acteurs Médicaments Consommables labo Plaidoyer Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte IEC Supports IEC	-Formation de base des agents de santé (ENSP) -intégration avec la prise en charge de la tuberculose et VIH/sida
Traitement médical de la leishmaniose	Leishmaniose (PEC des cas)	Formation des acteurs Médicaments Consommables médicaux et réactifs de laboratoires Plaidoyer IEC Supports IEC Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte	-Formation de base des agents de santé (université et ENSP) -Intégration au PMA des structures de soins
Traitement médical de l'ulcère de Buruli	Ulcère de Buruli (PEC des cas)	Formation des acteurs Médicaments Consommables médicaux et réactifs de laboratoires Plaidoyer IEC Supports IEC Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte	Formation de base des agents de santé (université et ENSP) - Intégration au PMA des structures de soins
Traitement médical des tréponématoses endémiques	tréponématoses endémiques	Formation des acteurs Médicaments Consommables médicaux et réactifs de laboratoires Plaidoyer IEC Supports IEC Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte	Formation de base des agents de santé (université et ENSP) -intégration avec la PEC des IST/VIH-sida -Intégration au PMA des structures de soins
Traitement médical de la THA	THA (PEC des cas)	Formation des acteurs Médicaments Consommables médicaux et réactifs de laboratoires TDR Plaidoyer IEC Supports IEC pièges à glossines Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte	- Formation de base des agents de santé (université et ENSP) -Intégration au PMA des structures de soins

TYPES D'INTERVENTIONS	MTN CONCERNÉES	BESOINS	OPPORTUNITÉS D'INTÉGRATION AVEC D'AUTRES INTERVENTIONS NON MTN
Traitement médical de la dengue	Dengue (PEC des cas)	Formation des acteurs Médicaments Produits sanguins Consommables médicaux et réactifs de laboratoires TDR Plaidoyer IEC Supports IEC protocoles de prise en charge Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte Point focal	Formation de base des agents de santé (université et ENSP) Intégration de la notification des cas au TLOH -Intégration au PMA des structures de soins
Prévention de la rage	Rage (prévention de la rage)	Formation des acteurs Plaidoyer IEC Supports IEC Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte Sérum anti rabique Sérum/vaccin antitétanique Point focal	-Collaboration avec les services vétérinaires et municipaux d'hygiène -Intégration au PMA des structures de soins
Envenimation par morsures de serpent	Envenimation par morsures de serpent	Formation des acteurs Médicaments Consommables médicaux et réactifs de laboratoires Plaidoyer IEC Supports IEC Mobilisation sociale Supervision Suivi Supports de collecte Sérum antivenimeux Point focal	Formation de base des agents de santé (université et ENSP)

Tableau XXII: besoins et intégrations avec d'autres maladies non MTN dans le cadre de la lutte antivectorielle et de la prévention

ACTIVITES TRANSVERSALES	MTN CIBLES	BESOINS	OPPORTUNITES D'INTEGRATION D'AUTRES MALADIES NON MTN
La distribution universelle de MILDA	FL, Dengue, leishmaniose	MILDA*	Paludisme
Capture dissection, analyse des vecteurs	FL, oncho, THA, leishmaniose, Dengue.	Microscopes, Elisa, PCR, réactifs de laboratoire, équipements de laboratoire formations des acteurs	Paludisme Autres arboviroses Collaboration avec les centres de recherche
La pulvérisation intra domiciliaire	FL; Dengue	Insecticides Matériel et Consommables	Paludisme
Traitement anti larvaires	Dengue et FL	Larvicides/Bio larvicides Matériel et Consommables	Paludisme
Promotion des mesures d'hygiène assainissement et de l'utilisation de l'eau potable	Dengue, FL, Schistosomiase, Trachome	Ressources financières et matérielles	Ministère de l'eau et assainissement Wash

* : La distribution universelle de MILDA est mise en œuvre par le programme national de lutte contre le paludisme depuis 2010. En conséquence, le programme MTN, bénéficie déjà de cette intervention.

7.2 Renforcer la logistique pharmaceutique et la pharmacovigilance

La gestion des médicaments MTN est une gestion par lot avec comme support principal une gestion rationnelle basée sur les directives et normes de traitement annuel. Cette gestion qui est aussi appuyée par un monitoring journalier des stocks avec une collecte journalière des effets indésirables permet un meilleur suivi de la pharmacovigilance. Aussi, le responsable de la logistique et des approvisionnements pharmaceutique du programme a été identifié et nommé comme point focal de la pharmacovigilance du programme par la direction générale de la pharmacie du laboratoire et des médicaments (DGPML).

Ainsi, au sein du programme, le suivi de la gestion des deux types d'effets indésirables à savoir les effets indésirables mineurs (EIM) et les effets indésirables graves (EIG) est plus qu'une priorité de la coordination. A cet effet les différents outils de collecte prennent en compte ces données et un dispositif opérationnel de prise en charge des EIG est mis en place et bénéficie de l'appui financier des partenaires.

Est considéré comme effet indésirable grave toute réaction nocive se produisant suite un traitement médicamenteux qui se traduit par l'une des situations suivantes :

- *un pronostic vital engagé ;*
- *une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation ;*
- *un handicap ou une incapacité persistante ou significative ;*
- *une anomalie ou une malformation congénitale ;*
- *un cancer ;*
- *un surdosage (accidentel ou intentionnel) ;*
- *un décès ;*

Pour tous cas d'effets indésirables graves, la coordination du programme en collaboration avec la DGPML mène une investigation approfondie.

Au sein du programme, la gestion des EIG respecte la procédure en vigueur au niveau national. Toute survenue d'effets indésirables graves doit être notifiée aux trois intervenants suivants: le ministère de la santé, le fabricant et le bailleur de fonds. En présence d'un EIG, les procédures de prise en charge et de notification sont les suivantes:

Le DC apprend ou constate la survenue d'une réaction négative due à un médicament de lutte contre les MTN au sein de la communauté.

CSPS évalue le patient et le traite ou l'oriente vers le district pour prise en charge

Le responsable du district évalue et traite le patients, informe la DRS qui à son tour informe le Programme MTN. En collaboration avec le service de pharmaco vigilance de la DGPML, une mission conjointe DGPML, PNMTN, PTF et DRS se rend sur le terrain pour investigation et notification.

En cas de confirmation d'EIG, le ou la responsable du Programme de lutte contre les MTN auprès du ministère de la Santé est tenu(e) d'informer les PTF le partenaire d'exécution, le fabricant ou le fournisseur, selon les termes de la donation.

Toute notification d'EIG au sein du programme doit se faire avec la fiche de pharmacovigilance déjà disponible au sein des formations sanitaires et qui permet d'assurer le suivi de la survenue de tout EIG.

Lorsqu'un cas d'EIG est notifié, la fiche doit remonter jusqu'au programme qui la transmet au centre national de vigilance des produits de santé de la DGPML tout en prenant soin d'informer le partenaire technique et financier. Tout cas d'EIG doit être obligatoirement investigué et documenté par l'ensemble des acteurs que sont le programme, la DGPML, la DRS et le district concerné.

7.3 Renforcer les capacités du programme

Le présent plan stratégique est le deuxième du genre que le programme national de lutte contre les MTN a déjà élaboré. Les planifications opérationnelles (annuelles) sont faites à partir de ces plans stratégiques. Pour la mise en œuvre des activités de ces plans directeurs, le programme bénéficie d'une ligne budgétaire gouvernementale mais aussi du soutien des partenaires.

Il est nécessaire d'effectuer des plaidoyers au niveau gouvernementale(pour une pérennisation des activités) mais aussi auprès des partenaires pour la mise en œuvre du présent plan stratégique avec un passage à l'échelle en ce qui concerne la chimiothérapie mais aussi la prise en charge des morbidités liés au MTN. Egalement, dans le but d'améliorer l'atteinte des résultats un accent particulier est mis sur la recherche opérationnelle en collaboration avec des centres de recherche.

7.4 Chronogramme opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique MTN

Priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

Tableau XXIII : Activités et sous activités de la priorité stratégique 1

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif Stratégique 1. : Poursuivre la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive dans les districts endémiques d'ici 2020							
A. 1 Approvisionner, tous les niveaux (central, régional et périphérique) concernés par les MTN en médicaments, supports d'IEC, supports de collecte de données	Acquérir les médicaments, supports d'IEC, supports de collecte de données, pour la mise en œuvre des TDM à tous les niveaux concernés par les MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau, médicaments
	Ravitainer les DRS en médicaments et, supports d'IEC, supports de collecte de données, tous les niveaux concernés par les MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau, médicaments
	Assurer les charges locatives d'entreposage des médicaments et autres intrants du programme	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières
A.2 Organiser les campagnes de traitement de masse (TDM)	Tenir l'atelier de révision des directives de mise en œuvre des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau
	Former les acteurs sur la mise en œuvre des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau
	Mettre en œuvre les activités de communication en faveur des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau
	Superviser les Acteurs sur la mise en œuvre des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau
Objectif stratégique 2°. Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas							
1. Assurer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cas MTN	Evaluer l'ampleur de la dengue, la leishmaniose, l'Ulcère de Buruli, la rage, les envenimations et les tréponématoses endermiques	X	X	x			Ressources humaines et financières, logistiques, fournitures de bureau

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Acquérir des kits opératoires pour les cures d'hydrocèles	x	x	x	x	x	Logistique, ressources financières,
	Acquérir des kits washing	x	x	x	x	x	Ressources financières
	Acquérir du sérum antirabique, antivenimeux	x	x	x	x	x	ressources financières, logistique ; ressources humaines
	Acquérir les réactifs et consommables de laboratoire pour les MTN CTP	x	x	x	x	x	ressources financières, logistique ; ressources humaines
	Acquérir des kits chirurgie de trichiasis	x	x	x	x	x	Logistique, ressources financières
	Acquérir du matériel médico-technique (Bistouris électriques +cordon, autres équipements) pour la PEC des cas de trichiasis et d'hydrocèles	x		x			Logistique, ressources financières
	Acquérir des médicaments et consommable pour la PEC des cas de MTN	x	x	x	x	x	Logistique, ressources financières
	Acquérir des outils diagnostic pour le dépistage des cas de MTN PIM	x	x	x	x	x	Logistique, ressources financières
	Acquérir des médicaments et consommable pour la PEC des cas exposés à la rage.	x	x	x	x	x	Logistique, ressources financières
	Réviser les outils de gestion de morbidités liées aux MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau
A. 2 Renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux pour le diagnostic et la PEC des cas MTN	Former les formateurs nationaux sur la PEC intensive des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former les formateurs régionaux sur la PEC intensive des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former les agents de santé des CHU/CHR sur la PEC intensive des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Former les membres des ECD sur la PEC intensive des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former les agents de santé des formations sanitaires périphériques sur la PEC intensive des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former/mettre à niveau les ASBC sur la gestion des morbidités liées aux MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Tenir des rencontres d'information sur les morbidités MTN à l'intention des tradipraticiens de santé	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, logistique
	Former/mettre à niveau les attachés de santé en ophtalmologie sur la chirurgie du trichiasis	x	x	x			Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former/ mettre à niveau les membres des équipes des blocs à la chirurgie de l'hydrocèle	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Former/ mettre à niveau les chirurgiens régionaux à la chirurgie de l'hydrocèle	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	superviser en cascades les acteurs sur la PEC intensive des cas de MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines, ressources financières, fournitures de bureau, logistique
	Organiser des rencontres bilans semestrielles sur la THA	x	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, matérielles, logistiques
	Superviser les acteurs sur la gestion des cas de THA	x	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, matérielles, logistiques

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3 : Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN ciblées en collaboration avec les autres programmes et secteurs ministériels							
A.1.Organiser les activités de contrôle des vecteurs de la THA, de la leishmaniose, de la dengue, de la FL et de l'onchocercose en collaboration avec les centres de recherche services agricoles et environnementaux	Acquérir du matériel pour la prospection entomologique		x		x		ressources financières,
	Mettre en œuvre la PID dans les districts où il y'a persistance de la microfilariémie de la filariose lymphatique	x	x	x	x	x	ressources financières, logistique ressources humaines
	Réaliser le piégeage des glossines dans les régions des Cascades, Sud-Ouest, Centre sud et l'Est	x	x	x	x	x	ressources financières, logistique ; ressources humaines
A.2 Promouvoir la communication pour le changement de comportement dans les zones endémiques/libérées	Réviser le plan intégré de communication		x				ressources financières, ressources humaines
	Mettre en œuvre le plan intégré de communication		x	x	x	x	ressources financières, logistique ; ressources humaines
Objectif stratégique 4 : Renforcer l'approvisionnement pharmaceutique de qualité et la pharmaco vigilance							
A 1 Renforcer l'approvisionnement pharmaceutique	Réaliser les audits de gestion des médicaments MTN	x	x	x	x	x	ressources financières, logistique ; ressources humaines
	Assurer le contrôle de qualité des médicaments dès l'importation.	x	x	x	x	x	ressources financières, humaines logistique ;
	Former les acteurs régionaux et districts en logistique pharmaceutique MTN	x	x	x	x	x	ressources financières, humaines logistique ;
A. 2. Renforcer la pharmaco vigilance	Former les acteurs sur la PV des médicaments MTN		x				ressources financières, humaines logistique ;
	Investiguer les cas d'effets indésirables graves	x	x	x	x	x	ressources financières, humaines logistique ;
	Assurer la prise en charge des cas d'effets indésirables graves	x	x	x	x	x	ressources financières, humaines logistique ;

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
A.3. Renforcer la gestion des déchets biomédicaux	Doter 20 districts sanitaires frontaliers en incinérateur		x	x			ressources financières, humaines logistique ;
	Assurer la gestion des déchets pharmaceutiques liés aux TDM	x	x	x	x	x	ressources financières, humaineslogistique ;
Objectif stratégique 5 : Renforcer les capacités opérationnelles du programme							
A.1 Renforcer la capacité logistique du programme MTN	Acquérir 6 véhicules (station wagon, pick up) pour les activités de terrain au profit de la coordination MTN		x		x		ressources financières,
	Acquérir 50 engins à deux roues pour la mise en œuvre des activités MTN au profit des DS	x	x				ressources financières, logistique
	Acquérir du matériel informatique et péri-informatique au profit de la coordination MTN	x		x			ressources financières, logistique
	Acquérir 2 groupes électrogènes		x				ressources financières, logistique
	Acquérir 2 kits de sonorisation		x				ressources financières
	Acquérir 10 smartphones pour la collecte de données		x		x		ressources financières
	Acquérir un logiciel de gestion de stock de médicaments MTN	x			x		ressources financières, Ressources humaines
A.2 Renforcer la capacité des laboratoires intervenant dans les activités de surveillance des MTN	Former 300 acteurs de laboratoire des régions et districts au diagnostic et à la surveillance des MTN	x	x	x	x	x	Ressources financières, Ressources humaines
	Former/mettre à niveau 5 acteurs du niveau central et 35 de la région des Cascades et du Sud-Ouest au diagnostic et à la surveillance de l'onchocercose	x	x			x	ressources financières, Ressources humaines
	Former 5 acteurs du niveau central et 12des régions des cascades et du Sud-Ouest en entomologie de l'onchocercose	x	x				ressources financières, Ressources humaines

ACTIVITES STRATEGIQUES	SOUS ACTIVITES/DETAILS	PERIODE D'EXECUTION					RESSOURCES NECESSAIRES
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Former 200 technologistes biomédicaux sur la mise en œuvre de la surveillance passive de la FL	x	x	x	x	x	ressources financières, Ressources humaines
	Acquérir du matériel médico-technique et des réactifs au profit des laboratoires périphériques et du laboratoire MTN pour le diagnostic et la surveillance des MTN	x	x				ressources financières,
	Acquérir des équipements au profit de la coordination MTN (20 Bureaux, 50 Fauteuil de Bureaux, 50 chaises, 20 armoires, 20 Caisses pour archivage,)		x		x		ressources financières, Ressources humaines
	Equiper (02 transpalettes,) le magasin de stockage des médicaments et du matériel		x				ressources financières, Ressources humaines
	Former 40 acteurs des sites sur la sur le diagnostic de la THA		x		x		Ressources humaines, financières, matérielles, logistiques.
	Acquérir du matériel de de camping (20 lits de camping) pour les enquêtes de terrain		x				ressources financières, Ressources humaines
A.4.Renforcer la coordination du programme en moyens de communication	Assurer les frais d'abonnement de tout le personnel MTN à la flotte téléphonique	x	x	x	x	x	ressources financières, Ressources humaines
	Acquérir 35 clés pour connexion internet	x	x	x	x	x	ressources financières, Ressources humaines
	Installer une connexion à haut débit au profit du PMNTN	x	x	x	x	x	ressources financières, Ressources humaines
	Assurer l'abonnement mensuel pour les connexions internet	x	x	x	x	x	ressources financières,

Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN

Tableau XXIV : activités et sous activités de la priorité stratégique 2

Activités Stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique .1 : Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la lutte contre les MTN							
A.1.Développer des approches et stratégies de mobilisation des ressources au niveau central, régional et district	organiser une rencontre de plaidoyer à l'endroit de tous les PTF pour leur implication		x				Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Disséminer le plan directeur à tous les niveaux du système de santé et aux partenaires	x					Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Organiser des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation de ressources locales en faveur des MTN.		x		x		Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau, Supports de plaidoyer
	Organiser une rencontre de plaidoyer à l'endroit de tous les PTF pour leur implication		x				Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
A.2. Renforcer la collaboration avec les partenaires	Elaborer/réviser les conventions et protocoles d'accord avec les partenaires	x	x	x	x	x	Ressources humaines
	Organiser un atelier national de lancement du plan stratégique avec les partenaires	x					Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
Objectif stratégique .2.Renforcer la planification décentralisée et axée sur les résultats en faveur de la lutte contre les MTN							

Activités Stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
A.1. Renforcer la planification stratégique	Elaborer le plan stratégique 2016-2020	x					Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Tenir un atelier de validation et d'adoption du plan stratégique 2016-2020	x					Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Participer aux sessions annuelles d'adoption et de financement des plans d'action des directions centrales et des programmes	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
A.2. Renforcer la planification opérationnelle	Elaborer les plans d'action annuels du PNMTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Elaborer et mettre en œuvre un plan d'élimination de schistosomiase, du trachome et de la FL		x	x			Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Former les membres du programme MTN sur la planification axée sur les résultats	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Tenir des ateliers de révision des documents normatifs pour toutes les MTN en se référant à ceux de l'OMS.	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau

Priorité stratégique 3 : Renforcer la gouvernance interne, le plaidoyer, la coordination et le partenariat

Tableau XXV : activités et sous activités de la priorité stratégique 3

Activités Stratégiques	Sous Activités/Détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique .1. Renforcer les mécanismes de coordination de lutte contre les MTN							
A.1. Renforcer la prise de décision et la coordination des interventions du programme MTN	Assurer le fonctionnement de la coordination MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Tenir une réunion semestrielle du comité de pilotage	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique Fourniture de bureau
	Tenir une réunion mensuelle de la coordination MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines
	Tenir des réunions trimestrielles du comité technique	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
A.2. Renforcer la collaboration sous régionale	Participer aux rencontres transfrontalières avec les homologues des pays voisins	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
	Participer aux rencontres tripartites régionales (Burkina Faso Mali et le Niger) dans le cadre du projet Paludisme et MTN au Sahel	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, logistique, fourniture de bureau
Objectif stratégique .2. Renforcer le partenariat pour la lutte contre les MTN à tous les niveaux.							
A.1. Renforcer la collaboration intersectorielle en faveur de l'intégration de la lutte contre les MTN	Disséminer périodiquement les rapports et autres documents pertinents sur les MTN avec tous les partenaires et toutes les parties prenantes	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Organiser des rencontres avec les services de santé animale et les services municipaux d'hygiène pour la prévention de la rage, du ver de guinée et la	x	x	x	x	x	Ressources humaines

	leishmaniose						
A.2. Renforcer la participation communautaire	Tenir des rencontres de sensibilisation avec les acteurs de la société civile au niveau des régions et les districts sur les MTN		x		x		Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Former les DC à la mise en œuvre des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
Objectif stratégique 3. Renforcer le plaidoyer pour la visibilité du programme à tous les niveaux.							
A.1. Améliorer le plaidoyer en faveur de la lutte contre les MTN	Organiser chaque année des journées porte-ouverte sur les MTN		x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Diffuser les résultats des revues des stratégies de lutte contre les MTN		x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Appuyer les DRS et DS pour l'organisation des journées de plaidoyer et de mobilisation de ressources pour la lutte contre les MTN		x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Faire le plaidoyer pour la subvention du sérum anti rabique et du sérum antivenimeux		x	x	x	x	ressources financières, ressources humaines
A.2. Disséminer les bonnes pratiques, les expériences et les leçons apprises dans le cadre de la lutte contre les MTN	Editer un bulletin d'information semestriel sur les MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Organiser des rencontres de restitution des résultats des interventions au profit des communautés bénéficiaires	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Participer aux rencontres scientifiques nationales et internationales	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi/évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle

Tableau XXVI: activités et sous activités de la priorité stratégique 4

Activités stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 1. Renforcer le système de suivi et évaluation des MTN							
A.1 Mettre en place un système intégré de gestion des données MTN	Elaborer et valider un plan de suivi et évaluation du programme MTN	x					Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réviser les outils de collecte de données		x				Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Former les acteurs des régions, des DS et des FS à l'utilisation des outils de collecte de données		x				Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Former 30 acteurs des régions à l'utilisation de la Base de Données Intégrée MTN		x		x		Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Organiser deux sessions annuelles de validation des données MTN	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Former 200 acteurs au DQA en 4 sessions	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre en œuvre le DQA (Formation, collecte des données et rédaction du rapport)		x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
A.2. Renforcer les capacités des acteurs en matière de suivi-évaluation des MTN	Former 10 membres du programme en planification, suivi et évaluation des MTN			x			Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Former 10 membres du programme MTN sur le logiciel		x				Ressources humaines et financières,

Activités stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
	de cartographie et de gestion de données						Logistique, Fourniture de bureau
	Former les acteurs du programme à l'utilisation des NTICs pour la collecte et la transmission des données		x	x	x		Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
A.3. Accroître la performance du programme MTN	Organiser les revues des stratégies de lutte contre les MTN	x	x	x			Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Organiser une revue de performance du programme MTN				x		Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Evaluer le plan stratégique (à mi-parcours et finale)			x		x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Tenir les rencontres bilan des activités annuelles du PNMTN avec les acteurs régionaux	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre à jour les politiques et guides du programme	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
Objectif stratégique 2. Renforcer la surveillance des MTN							
A1. Poursuivre la surveillance des MTNCTP	Réaliser des enquêtes épidémiologiques et entomologiques de l'onchocercose	x	x	x			Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser des enquêtes CAP sur les MTN	x	x				Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser des évaluations STH intégrées au TAS (enquête d'arrêt et de surveillance FL)	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau

Activités stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Assurer la collecte des données dans les sites sentinelles et de contrôle (FL, Schisto, STH)	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser les enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL (TAS 1, TAS 2, TAS 3)	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre en place un réseau de surveillance comme système de détection précoce de l'onchocercose sur les autres bassins		x				Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser, les enquêtes d'arrêt et de surveillance du trachome	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Evaluer la couverture thérapeutique des campagnes de traitement de masse (FL, oncho, Schisto)	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Investiguer et mettre sous traitement les cas positifs de FL dans le cadre de la surveillance post arrêt de traitement		x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre en œuvre la surveillance passive de la FL	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre en œuvre la surveillance entomologique dans les districts sanitaires où la transmission de la filariose a été interrompue	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Superviser la mise en œuvre des TDM	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
A 2 Poursuivre la surveillance des MTN PCC	Réaliser des enquêtes épidémiologiques et entomologiques des MTN PCC (Dengue, THA et Leishmaniose)	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Mettre en œuvre la surveillance des MTN PCC						Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau

Activités stratégiques	Sous activités/détails	Chronogramme					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
	Assurer la collecte des données dans les sites sentinelles THA	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Investiguer les cas de THA, de la dengue, de cas de rechute de la lèpre, les rumeurs de cas suspects de VG	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser la surveillance épidémiologique dans les zones à risque de la THA	x	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, matérielles, logistiques.
	Superviser les activités de prise en charge des cas	x	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, matérielles, logistiques
Objectif stratégique 3 : Renforcer la recherche opérationnelle							
A.1. Promouvoir la recherche opérationnelle	Former /mettre à niveau 20 membres du programme MTN et des DRS en rédaction scientifique.		x				Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Réaliser au moins 03 recherches opérationnelles sur les MTN en collaboration avec les instituts de recherche et de formation	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Assurer les frais d'abonnement à plosNTD et médecine tropicale	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
A.2. Disséminer les résultats de recherche opérationnelle	Participer aux rencontres scientifiques	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau
	Assurer des frais de publication des résultats des travaux de recherche opérationnelle dans plosNTD et médecine tropicale	x	x	x	x	x	Ressources financières, Logistique
	Restituer les résultats des travaux de recherches aux communautés.	x	x	x	x	x	Ressources humaines et financières, Logistique, Fourniture de bureau

VIII. MISE EN ŒUVRE DU PLAN

8.1 Cadre institutionnel

La mise en œuvre du plan stratégique se fera à tous les niveaux du système de santé :

✓ Rôle du niveau central

Le plan stratégique MTN 2016-2020 prend en compte les orientations stratégiques du PNDS 2011-2020. A ce titre le comité de pilotage du PNDS veillera à la mise en œuvre du plan stratégique MTN à travers son cadre de coordination et de suivi évaluation.

Le comité de pilotage du programme MTN aura en charge le suivi de la mise en œuvre des priorités stratégiques du plan, donner des directives sur la mise en œuvre, examiner et valider le programme d'activité annuel, examiner et valider les rapports d'activités et financiers du programme et évaluer les performances du programme. Le comité de pilotage se réunit une fois tous les six mois.

✓ Rôle du niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire par l'entremise des DRS assure:

L'organisation des rencontres de suivi de l'exécution des plans MTN au niveau des régions ;

L'évaluation des plans d'action des districts

✓ Rôle du niveau périphérique

Les ECD sont responsables de l'élaboration des plans annuels des districts en prenant en compte les MTN, la mise en œuvre et le suivi des plans annuels et l'élaboration des rapports trimestriels d'étapes.

8.2 Mécanismes de coordination et de suivi-évaluation

La coordination du plan sera assurée par un comité de pilotage à caractère multisectoriel : les secteurs ministériels en charge de l'eau, de la santé animale, l'agriculture, l'éducation, les réseaux et groupes thématiques, les programmes et projets de santé, la société civile et les principaux partenaires techniques et financiers.

✓ Les organes de coordination et de suivi :

Les organes qui auront en charge le suivi de la mise en œuvre du plan sont les suivants :

- le comité de pilotage ;
- le comité technique ;
- les groupes thématiques
- les CTRS et les CSD au niveau régional et district sanitaire

✓ **Les mécanismes de suivi**

Les principaux mécanismes de suivi qui seront développés sont les sorties de supervision, les revues, les rencontres du comité de pilotage, du comité technique et des groupes thématiques. Les outils qui seront utilisés pour le suivi du plan sont les suivants :

- les rapports d'évaluation à mi-parcours et finale
- les rapports annuels de mise en œuvre ;
- les rapports trimestriels d'activités ;
- les fiches et autres supports de collecte des données.

✓ **La collecte et la gestion des données**

Sur le plan technique, une cellule se chargera de la gestion intégrée des données au niveau central. Au niveau intermédiaire et périphérique, les structures de gestion des données existantes assureront la collecte, la production et la transmission de l'information au niveau supérieur.

Le circuit de l'information de routine du système de santé sera utilisé pour la circulation de l'information. Les nouvelles technologies de l'information surtout la téléphonie mobile et l'internet seront utilisées pour rendre plus fluide et opérationnelle la transmission des données.

Des sessions de validation des données sont prévues à tous les niveaux du système et des enquêtes de couverture thérapeutique et d'impacts seront réalisées.

Un feed-back sera fait périodiquement à l'occasion de la tenue des différents cadres de concertation statutaires du programme et à l'aide d'un bulletin d'information semestriel.

✓ **Les indicateurs de résultats/performances**

Pour le suivi des activités du plan plusieurs indicateurs seront renseignés. Le plan de monitoring évaluation donne plus de précision sur la catégorisation et le mode de calcul de ces indicateurs.

- Prévalence des cas de MTN ciblées ;
- Niveau des connaissances attitudes et pratiques des communautés ;
- Niveau d'infestation des vecteurs;
- Nombre de cas de MTN opérés/ nombre de cas à opérer ;
- Proportion de cas de MTN guéris ;
- Proportion des districts endémiques ayant interrompu la transmission de la FL ;
- Proportion des districts endémiques ayant contrôlé la transmission de la schistosomiase ;
- Proportion des districts endémiques ayant interrompu la transmission des STH ;
- Proportion des districts endémiques ayant interrompu la transmission du trachome ;
- Couverture thérapeutique des TDM;
- Couverture géographique des TDM;
- Nombre de nouveau cas des MTN PCC ;
- Proportion des cas de MTN pris en charge.

IX. BUDGET

9.1 Elaboration du budget

La lutte contre les MTN nécessite la coordination et la durabilité de la part des donateurs et des gouvernements nationaux de la santé pour financer les ministères, de même qu'un mécanisme pour la tenue de tous les partenaires responsables des engagements convenus. C'est dans ce cadre que le bureau régional Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS AFRO) a proposé aux pays, pour l'élaboration de leur plan directeur, un outil de budgétisation qui facilite la projection des besoins en médicaments et l'estimation des coûts d'exploitations futures.

C'est cet outil (NTD's budget) qui a été utilisé pour l'estimation du budget du plan. Elle a donc été faite sur une période de 05 ans et comporte les coûts par priorité stratégique, par année, par objectif stratégique et par catégorie d'activités. De plus, cet outil permet à la fin de la planification de faire une analyse des gaps. Le coût total du plan stratégique 2016-2020 est de cent cinquante-six milliard huit cent cinquante-cinq millions neuf quatre-vingt et cinq mille six cent soixante-treize (156 855 985 673) francs CFA.

8.3 Mobilisation des ressources.

Les sources de financement du plan sont le budget de l'Etat et l'apport des partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine des MTN. Les modalités de financement seront celles en vigueur au Burkina Faso. Pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique, des plaidoyers seront réalisés auprès de ces différentes sources.

1.1 Répartition du budget par priorités stratégiques, catégorie d'activités et objectifs

Tableau XXVII: budget du plan stratégique (répartition par catégorie d'activité)

PRIORITE STRATEGIQUE		2016	2017	2018	2019	2020	Total 5ans
		Coût	Coût	Coût	Coût	Coût	Coût
Mettre à l'échelle des interventions, des traitement et renforcement des capacités du système	Cartographie	0	0	225 000	0	0	225 000
	Distribution de masse des médicaments	1 097 612	560 091	519 903	362 084	488 969	3 028 657
	Approvisionnement en médicaments pour la CTP	45 098 486	34 472 221	26 834 090	16 128 972	23 869 580	146 403 349
	Approvisionnement en médicaments pour la PCC	8 153	48 153	48 153	48 153	48 153	200 764
	Gestion de la morbidité et prévention des infirmités	556 146	560 759	559 745	639 256	351 231	2 667 137
	Lutte antivectorielle et amélioration de l'environnement	1 860	1 500	1 000	500	500	5 360
	Renforcement de capacité au niveau national	123 566	93 229	37 115	23 801	11 300	289 012
	Infrastructure & Logistiques	309 700	60 700	217 200	14 200	13 200	615 000
TOTAL SP1		47 195 522	35 796 653	28 442 206	17 216 966	24 782 933	153 434 279
Renforcer la planification pour les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité financière des programmes de lutte contre les MTN	Planification opérationnelle et stratégique	23 855	1 225	1 225	1 225	1 225	28 755
	Initiatives de mobilisation de ressources	4 841	11 365	2 721	11 365	2 721	33 015
	Intégration & Liaison des plans et Budgets	0	0	0	0	0	0
	Mise à jour des politiques, guides et outils	4 930	4 930	4 930	3 430	3 430	21 650
TOTAL SP2		33 626	17 520	8 876	16 020	7 376	83 420
Renforcer l'appropriation	Mécanismes de coordination	60 079	60 079	60 079	60 079	46 279	286 596

gouvernementale et communautaire, le plaidoyer, la coordination et le partenariat	Renforcement du Partenariat	0	24 342	0	0	0	24 342
	Réunion de revue de haut niveau	0	0	0	0	0	0
	Plaidoyer et Communication	206 814	146 664	89 608	96 303	59 508	598 898
TOTAL SP3		266 893	231 085	149 687	156 382	105 787	909 836
Renforcer le monitoring (suivi), l'évaluation, la surveillance et la recherche	Monitoring (suivi), Supervision & Evaluation	54 909	49 820	21 735	17 738	30 197	174 400
	Surveillance de la maladie, riposte et lutte	486 666	416 397	494 691	345 291	277 600	2 020 645
	Recherche (opérationnelle et fondamentale)	17 800	12 000	12 000	12 000	12 000	65 800
	Gestion des données	31 183	63 858	27 253	37 393	7 918	167 606
TOTAL SP4		590 559	542 076	555 680	412 423	327 714	2 428 451
TOTAL BUDGET AVEC MEDICAMENT		48 086 600	36 587 335	29 156 449	17 801 791	25 223 810	156 855 986
TOTAL BUDGET SANS LES MEDICAMENTS		2 979 961	2 066 961	2 274 206	1 624 666	1 306 077	10 251 872

Tableau XXVIII: budget du plan stratégique par objectifs stratégique

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	2016	2017	2018	2019	2020	Total 5 ans
		Coût	Coût	Coût	Coût	Coût	Coût
Mettre à l'échelle des interventions, des traitements et renforcement des capacités du système	Poursuivre la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive dans les districts endémiques d'ici 2020	46 196 097	35 032 311	27 353 993	16 491 056	24 358 549	149 432 006
	Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge des cas	580 440	619 477	846 212	687 409	399 384	3 132 922
	Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN ciblées	1 860	1 500	1 000	500	500	5 360
	Renforcer l'approvisionnement pharmaceutique et la pharmacovigilance	0	0	0	0	0	0
	Renforcer les capacités opérationnelles du programme	417 125	143 364	241 001	38 001	24 500	863 992
TOTAL SP1		47 195 522	35 793 653	28 442 206	17 216 966	24 782 933	153 434 279
Renforcer la planification pour les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité financière des programmes de lutte contre les MTN	Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la lutte contre les MTN	4 841	11 365	2 721	11 365	2 721	33 015
	Renforcer la planification décentralisée et axée sur les résultats en faveur de la lutte contre les MTN	28 785	6 155	6 155	4 655	4 655	50 405
TOTAL SP2		33 626	17 520	8 876	16 020	7 376	83 420

Renforcer l'appropriation gouvernementale et communautaire, le plaidoyer, la coordination et le partenariat	Renforcer les mécanismes de coordination de lutte contre les MTN	60 079	60 079	60 079	60 079	46 279	286 596
	Renforcer le partenariat pour la lutte contre les MTN à tous les niveaux	14 870	27 870	27 870	27 870	14 870	113 350
	Renforcer le plaidoyer pour la visibilité du programme à tous les niveaux	191 944	143 136	61 738	68 433	44 638	509 890
TOTAL SP3		266 893	231 085	149 687	156 382	105 787	909 836
Renforcer le monitoring (suivi), l'évaluation, la surveillance et la recherche	Renforcer le système de suivi et d'évaluation des MTN	86 092	113 679	48 989	55 132	38 115	342 006
	Renforcer la surveillance des MTN	486 666	416 397	494 691	345 291	277 600	2 020 645
	Renforcer la recherche opérationnelle	17 800	12 000	12 000	12 000	12 000	65 800
TOTAL SP4		590 559	542 076	555 680	412 423	327 714	2 428 451
TOTAL BUDGET AVEC MEDICAMENT		48 086 600	36 587 335	29 156 449	17 801 791	25 223 810	156 855 986
TOTAL BUDGET SANS LES MEDICAMENTS		2 979 961	2 066 961	2 274 206	1 624 666	1 306 077	10 251 872

CONCLUSION

Elaboré sur la base du guide de l'OMS pour les plans directeurs des PNMTN de la région africaine, le présent plan stratégique se veut une continuité des activités déjà mises en œuvre par le précédent. Le défi majeur à relever reste l'élimination des MTN CTP dont la plupart constitue encore un problème de santé publique. Cependant, la mise à l'échelle des activités de chimiothérapie préventive et de prise en charge de morbidités liées au MTN, contribuera efficacement à l'élimination ou au contrôle de ces MTN. Cependant, afin de parvenir à ces résultats et aussi maintenir les acquis qu'auront engrangés ces deux stratégies majeures, la mise en œuvre des stratégies de soutien est indispensable. Une collaboration intersectorielle et inter-programme franche s'avère indispensable dans la mise en œuvre de ces stratégies. La réalisation des activités de ce plan est conditionnée par le soutien des partenaires techniques et financiers. Il est vrai que le gouvernement Burkinabè est acquis pour la cause des Maladies tropicales négligées (présence d'une ligne budgétaire, mise en place de comité technique et de pilotage) mais l'on ne saurait venir à bout des MTN sans une mise en commun des efforts.

La mise en œuvre réussie du présent plan stratégique constituera à n'en pas douter, une contribution majeure vers l'atteinte des objectifs mondiaux d'élimination/contrôle des MTN à l'horizon 2020.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Amarasinghe A, Kuritsky J, Letson G, Margolis H:** Dengue virus infection in Africa. *Emerging Infectious Diseases* 2011, 17(8):1349-1354
2. **Burkina Faso, 2011:** stratégie de croissance accélérée et de développement durable 2011-2015.
3. **Collenberg E, et al** Seroprevalence of six different viruses among pregnant women and blood donors in rural and urban Burkina Faso: A comparative analysis. *J Med Virol* 2006, 78:683-692.
4. **Depaquit J, Muller F, Gantier JC, Leger N, Ferte H, Ready P and Niang AA:** Phlebotomine sand flies from Ouagadougou, Burkina Faso: first record of *Phlebotomus (Larrousius) longicuspis* south of the Sahara. *Medical and Veterinary Entomology* (2005) 19, 322–325
5. **Eisenhut M, Schwarz TF, Hegenscheid B:** Seroprevalence of dengue, chikungunya and Sindbis virus infections in German aid workers. *Infection* 1999, 27:82-85.
6. **Eholie, S. P., et al.,** [Three new cases of visceral leishmaniasis in Cote d'Ivoire]. *Bull Soc Pathol Exot* 101: 60-61. 2008
7. **Gampini S. and al:** retrospective study on the incidence of envenomation and accessibility to antivenom in Burkina Faso
8. **Institut nationale la statistique et de la démographie:** recensementgénéraldelapopulationetdel'habitation2006
9. **Institut national la statistique et de la démographie :** Enquête démographique et de Santé 2012
10. **Institut National de la Statistique et de la Démographie :** Annuaire statistique
11. **JP H:** Circulation du virus dengue 2 dans plusieurs milieux boisés des savanes soudaniennes de la région de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Entomologie Médicale et Parasitologie* 1985, 22:135-143.
12. **Ministère de la santé, 2011:** plan national de développement sanitaire2011-2020
13. **Ministère de la santé, 2011:** politique nationale de santé
14. **Ministère de la santé:** annuaire statistique 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015
15. **Ministère de la santé:** comptesnationauxdelasanté2012, 2013 et 2014
16. **Ministère de la santé:** rapport d'évaluation du secteur privé de santé 2010.
17. **Ministère de la santé:** rapport sur la contribution du secteur privé à l'amélioration des indicateursdesanté2011.

18. **Ministère de la santé:** deuxième états généraux de la santé 2010.
19. **Ministère de la santé:** revue du secteur de la santé 2011
20. **Ministère de la santé,** 2010:DGISS projection de la population 2011-2020
21. **Ministère de la santé :** plan d'action 2015 du Ministère de la santé
22. **OMS, 2015 :**troisième rapport de l'OMS sur les MTN : Investir pour réduire l'impact mondiale des maladies tropicales négligées
23. **OMS 2013:** plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la région africaine 2014-2020.
24. **Programme des nations unies pour le développement:** rapport sur le développement humain durable 2009.
25. **Programme national d'approvisionnement en Eau potable et d'assainissement à l'horizon 2015 (PN-AEPA) :** rapport bilan annuel au 31 Décembre 2014
26. **Roche JC. CR, Herw JP., Digoutte JP., Monteny N:** Isolement de 96 souches de virus dengue 2 à partir de moustiques capturés en Côte d'Ivoire et Haute-Volta. Ann Virol 1983, 134E:233-244
27. **Robert V, et al** [Yellow fever virus, dengue 2 and other arboviruses isolated from mosquitos, in Burkina Faso, from 1983 to 1986. Entomological and epidemiological considerations]. Bull Soc Pathol Exot 1993, 86:90-100
28. **Université de Ouagadougou (UFR/ SDS) :** Etat de connaissance des agents de sante sur la prise en charge de la dengue dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Thèse présentée par Ouékabiomi Adéline COULIBALY en 2015
29. **WHO 2014:** Guide for preparing a master plan for national neglected tropical diseases programs
30. **WHO 2000:** Preparing and implementing a national plan to eliminate lymphatic filariasis.

ANNEXES

Annexe 1 : Résultats de cartographie de FL au Burkina Faso réalisée en juin 2000.

La méthodologie utilisée est celle développée par l'OMS contenue dans le guide intitulé 'Monitoring and Epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level.

Région	Unité d'exécution	Population totale	Nom du village	Population village	Nb Examiné	Nbrede positifs	Prév.(%)	Latitude	Longitude
Sud- Ouest	DANO	179990	Gmanledobaw (zambohameau)	302	50	36	72	10,79	-3,01639
			Gnigbamam	1607	50	30	60	11,2447	-3,05
			Koriegane	1228	50	22	44	10,9275	-2,94028
	GAOUA	214906	Kampene	318	82	41	50	10,175	-2,95417
			Diepera	244	50	36	72	10,2747	-3,08222
			Tiognora	400	50	31	62	9,95028	-3,53056
	DIEBOUGOU	81771	Jolindja	324	50	17	34	10,8322	-3,34528
BATIE	55812	Noperdouo	64	50	37	74	9,78722	-3,08472	
Centre-Est	TENKODOGO	388457	Toecé	878	50	26	52	11,8392	-0,66861
	KOUPÉLA	288960	Lilougou-peulh	710	50	29	58	12,0044	-0,37722
	OUARGAYE	236642	Tensobtenga	2326	50	33	66	11,6875	-0,00916
			Naba-dabogo	1525	50	30	60	11,1539	0,19638
	ZABRÉ	138459	Beka	3452	50	27	54	11,1964	-0,58611
Plateau central	ZINIARÉ	218012	Ipala	360	50	16	32	12,6075	-1,48361
	ZORGHO	283844	Tanghin	1447	50	34	68	12,5883	-0,65777
			Nobsin	1179	50	23	46	12,2533	-0,88777
	BOUSSÉ	123698	Sandogo	5727	50	22	44	12,6333	-1,6333
	SAPONÉ	81732	Kayao	1500	50	26	52	12,0096	-1,837

Région	Unité d'exécution	Population totale	Nomvillage	Population village	Nb Examiné	Nbrede positifs	Prév.(%)	Latitude	Longitude
Centre- Sud	KOMBISSIRI	143671	Bilbalogo	1057	50	20	40	11,9325	-1,33333
	PÔ	123803	Tamana	1090	50	31	62	11,135	-1,14528
	MANGA	214098	Bourzem	1052	50	23	46	11,4286	0,695
Centre	PAULVI	125656	Pabre-centre	4742	50	15	30	12,5278	-1,58194
	KOSSODO	143977	Songodin	1028	50	30	60	12,4839	1,5011
	SECTEUR30	377611	Mogtédou	1257	50	26	52	12,2559	-1,38574
	PISSY	507826	Goghin	2000	50	14	28	12,2388	-1,72745
CentreOuest	LÉO+TO (SAPOUY)	303448	Bazanwara	764	50	29	58	11,4233	-1,9375
			Silly	1857	50	23	46	11,6008	-2,49528
			Nadono	686	50	20	40	11,5514	-1,60472
			Kiétou	760	50	27	54	11,0181	-2,64222
			Dabiou	954	50	16	32	11,1358	-2,14667
			Diansia	332	50	21	42	11,1172	-1,97417
Nord	YAKO	288130	Badogo	851	50	21	42	13,0439	-1,74
			Gobila	300	86	14	16,3	12,9306	-2,29333
Centre- Ouest	KOUDOUGOU	355745	Saria	4643	50	30	60	12,2753	-2,15278
			Bingo	1934	50	17	34	12,3114	-1,83583
	REO	261513	Tiékouyou	635	50	22	44	11,9911	-2,61278
			Napouan	929	50	20	40	12,6956	-2,58417
	NANORO	132946	Godo	578	50	24	48	12,6125	-2,00028
Cascades	BANFORA	288990	Mintieridouyou	2561	50	15	30	10,2581	-4,86194
			Bodadiouyou	1974	50	11	22	10,735	-4,89083
			Niambrigbo	1012	100	6	6	9,95056	-4,30639
			Bondorola	743	50	16	32	12,5461	-2,80667
			Dandouyou	1437	100	16	16	10,5358	-4,05806
			SINDOU	112583	Faon	391	100	10	10,6872

Région	Unité d'exécution	Population totale	Nomvillage	Population village	Nb Examiné	Nbrede positifs	Prév.(%)	Latitude	Longitude
Est	BOGANDÉ	353253	Didiamba	1251	50	26	52	13,3078	-0,16194
			Leoura kpeaga	1304	50	24	48	12,9181	-0,00833
			Bilanga-perga	1943	50	19	38	12,4969	-0,0675
	FADA	336525	Bienargou	622	50	24	48	12,1264	0,19055
			Haaba	2109	50	28	56	12,9281	-0,74472
			Gayeri	2534	50	18	36	12,6481	0,49944
			Mabangani	354	50	29	58	11,9906	0,59833
	DIAPAGA	261925	Mantiabdioga	732	50	20	40	12,4456	0,96055
			Brimonga	457	50	19	38	12,4586	1,55111
			Tanfolkouna	345	50	23	46	12,1372	1,93972
PAMA	48067	Nagbangou	1392	50	27	54	11,7903	-1,67194	
		Kompienga	7222	50	13	26	11,0822	0,73	
HautsBassins	HOUNDE	194438	Bala	841	100	7	7	11,7	-3,92667
			Kari-peulh	433	100	9	9	11,3847	-3,61917
	ORODARA	229777	Zitonosso	1366	100	2	2	11,2986	-5,24194
			Ngana	1535	100	5	5	11,4389	-4,8461
			Seguedougou	894	100	15	15	11,8642	-4,83583
	SECT 15	315531	Andyr	208	100	12	12	10,8661	-3,89389
	SECT 22	315800	Logofourouso	2236	100	5	5	11,1222	-4,38083
DANDE	187767	Samandeni	2436	100	10	10	11,4667	-4,45	
Centre- Nord	BOULSA	288349	Parawigué	1876	50	14	28	12,5389	-0,44694
			Ouattinapam	456	50	17	34	13,0936	-0,42888
	KONGOUSI	219164	Zana	1725	100	6	6	13,7922	-1,0056
			Badinogo1	707	50	16	32	13,4358	-1,53333
	KAYA	383233	Bangrin	672	50	26	52	12,9908	-1,43778
			Damané	1049	100	6	6	13,1508	-1,06917
			Koutoumtenga	1984	50	23	46	12,8325	-0,98888

Région	Unité d'exécution	Population totale	Nomvillage	Population village	Nb Examiné	Nbrede positifs	Prév.(%)	Latitude	Longitude
		139377	Guelkoto	1196	50	17	34	13,71	-1,22
	BARSALOGHO		Banguikiendé hangré	759	50	12	24	13,6569	-0,80555
Boucle Mouhoun	NOUNA	245311	Bankouma	585	85	4	4,7	13,2519	-4,19167
			Donkoro	223	62	0	0	13,2214	-4,13694
			Dionkongo	822	100	17	17	12,8186	-3,72917
	BOROMO	193661	Poura	1340	50	24	48	13,1517	-3,35278
			Bissa	355	81	4	4,9	11,9203	-3,44306
	DEDOUGOU	259235	Ouetina	779	100	10	10	12,2825	-3,56583
			Tcheriba	6043	100	15	15	12,2667	-3,08306
	SOLENZO	225812	Lekoro	1259	100	2	2	12,1922	-4,2125
			Sama	4103	100	10	10	11,7783	-4,32111
	TOMA	152672	Kibiri	500	50	13	26	12,7806	-3,1475
TOUGAN	201066	Sane-peulh	840	50	15	30	13,4761	-3,05556	
		Nare	255	50	25	50	13,0506	-3,3425	
Nord	SÉGUÉNÉGA	135775	Irim	2818	50	19	38	13,2528	-1,77139
	OUAHIGOUYA	58720	Barelogo	932	100	12	12	13,6	-2,28333
			Tanguin	340	100	20	20	13,0422	-2,60194
			Sanga	1112	100	22	22	13,8525	-2,72611
			Danaoua	2000	100	13	13	13,2547	-2,1175
	TITAO	120678	Seguefoulgo	3844	100	18	18	14,1	-2,283333
Selbonga			1034	100	28	28	13,7506	-2,0175	
Sahel	DJIBO	293130	GasselTepaoua	300	100	9	9	14,1339	-1,98611
			Aribinda	7842	100	15	15	14,2269	-0,085861
			Se	2314	100	24	24	14,2489	-1,49778
	SEBBA	130954	Botonou	693	50	30	60	13,2611	0,55222
			Waboti 1	1062	100	32	32	13,7686	0,46722
	GOROM	152681	Dibsi	450	100	18	18	14,6906	-0,64638
			Gorom gorom	6318	100	11	11	14,4414	-0,2325
			Saouga	2760	100	35	35	14,3667	-0,13388
	DORI	226414	Tiabel	1118	50	16	32	13,6875	-0,2525
Yakouta			2500	50	18	36	14,0797	-0,13638	
Récapitulatif		11741595		152403	6 796	1 984	29,2		

Annexe 2 : Résultats de la cartographie Schistosomiasis

Regions	Districts	Résultats cartographie Schistosomiasis/Site enquêtée (Communauté, Ecole, etc...)						
		Nom site	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Latitude	Longitude	Année de l'enquête
BOUCLEDU MOUHOUN	NOUNA	Dira	120	13	10.83	12.347260	-3.979180	2003 2004
BOUCLEDU MOUHOUN	TOUGAN	Toukoro	120	52	43.33	12.178400	-9.336180	2003 2005
CENTRESUD	SAPOUY	Dapoury	120	3	2.50	12.391030	-1.569850	2005
SUDOUEST	DIEBOUGOU	Dieboggoub	120	37	30.83	10.971550	-3.246680	2005
CENTRE	BOGODOGO	Songtaaba	120	10	8.33	11.484430	0.232510	2005
CENTREEST	ZABRE	Dimvousse	120	14	11.67	11.406370	0.629150	2005
CENTRE OUEST	NANORO	Soala	120	54	45.00	12.665270	-1.967860	2005
CASCADES	SINDOU	Dianabana	120	14	11.67	10.390130	-4.455430	2005
CASCADES	SINDOU	Mondon	120	18	15.00	10.511170	-4.492840	2005
CASCADES	BANFORA	Sirakoro	120	17	14.17	9.793850	-4.379985	2005
CASCADES	BANFORA	Niangolokosud	120	3	2.50	10.272070	-4.128010	2005
CASCADES	SINDOU	Sideradougou	120	14	11.67	10.677950	-4.254320	2005
PLATEAU CENTRAL	ZINIARE	Nonghin	120	22	18.33	12.319960	0.500270	2005
EST	PAMA	Nindangou	120	54	45.00	13.492200	0.104590	2005
EST	PAMA	Dakiri	120	23	19.17	13.177100	0.159590	2005
EST	BOGANDE	Kouri	120	22	18.33	12.392270	0.035600	2005
EST	FADA	Prostante	120	10	8.33	12.404500	0.205770	2005
EST	FADA	Saintjoseph	120	9	7.50	12.029500	0.221180	2005
EST	DIAPAGA	Nassougou	120	15	12.50	12.044460	1.107300	2005
EST	DIAPAGA	Yanwega	120	12	10.00	11.537510	0.034310	2005

Regions	Districts	Résultats cartographie Schistosomiase/Site enquêtée (Communauté, Ecole, etc...)						
		Nom site	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Latitude	Longitude	Année de l'enquête
HAUTS BASSINS	DO	Zongoma	120	36	30.00	11.568920	-4.314650	2005
HAUTS BASSINS	K VIGUE	Sogossagasso	120	13	10.83	11.115910	-4.622350	2005
HAUTS BASSINS	DAFFRA	Kouakourima	120	10	8.33	12.019240	-4.356410	2005
HAUTS BASSINS	DANDE	Kessora	120	12	10.00	11.023870	-4.444830	2005
SUDOUEST	GAOUA	Gnikptere	120	18	15.00	11.204880	-3.030080	2005
CENTRE	PISSY	namalgzanga	120	13	10.83	12.325660	-1.484130	2005
HAUTS BASSINS	ORODARA	Sadina	120	11	9.17	11.499100	-4.619040	2005
HAUTS BASSINS	ORODARA	kouseni	120	23	19.17	11.233330	-4.563230	2005
EST	GAYERI	Gayeri	120	19	15.83	12.390740	0.295250	2005
EST	GAYERI	Kirgou	120	15	12.50	12.476830	0.597040	2005
EST	FADA	bossoari	120	16	13.33	11.018830	0.363720	2005
EST	PAMA	Pamab	120	22	18.33	11.147460	0.429650	2005
BOUCLE DU MOUHOUN	DEDOUGOU	Oura	120	34	28.33	13.093890	-4.053140	2003_2004
BOUCLE DU MOUHOUN	DEDOUGOU	Koro	120	56	46.67	12.807870	-3.608530	2003_2004
CENTRE EST	OUARGAYA	Niorgoyanga	120	15	12.50	11.549780	0.107220	2005
CENTRE EST	OUARGAYA	Boudangou	120	22	18.33	11.280780	0.232850	2005
PLATEAU CENTRAL	ZORGHO	Sandogo	120	16	13.33	12.357910	-1.972640	2005
CENTRE EST	TENKODOGO	Kampelse zougo	120	28	23.33	12.425900	0.454620	2005

Regions	Districts	Résultats cartographie Schistosomiase/Site enquêtée (Communauté, Ecole, etc...)						
		Nom site	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Latitude	Longitude	Année de l'enquête
CASCADES	SINDOU	Sindoub	120	11	9.17	10.392630	-5.100420	2005
BOUCLEDU MOUHOUN	TOUGAN	Bondo	120	56	46.67	11.762100	-3.495510	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	TOUGAN	Bakades	120	45	37.50	11.478190	-2.735590	2003_2004
NORD	YAKO	Tiboua	120	18	15.00	14.095710	-2.168500	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	TOUMA	Koukatenga	120	67	55.83	12.351600	-3.536590	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	SOLENZO	Kosso	120	55	45.83	12.022520	-3.703270	2003_2004
CENTRESUD	PO	Boungou	120	36	30.00	11.023630	0.253732	2005
CENTRE NORD	KAYA	Dakiskiemaes	120	36	30.00	12.313750	0.253730	2003_2004
CENTRE NORD	BOULSA	Nongfaire	120	67	55.83	13.495970	0.233740	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	NOUNA	Franco arabe kougny	120	43	35.83	12.785620	-3.124910	2003_2004
PLATEAU CENTRAL	BOUSSE	Nioniopalgo	120	7	5.83	12.437590	-1.135820	2005
SAHEL	DORI	Koirezena	120	78	65.00	14.362330	0.023600	2003_2004
SAHEL	GOROM	Markoye	120	98	81.67	14.029250	0.025060	2003_2004
SAHEL	GOROM	Tinakoff	120	45	37.50	14.966860	0.168520	2003_2004
NORD	OUAHIGOUYA	Ipalasilmimosse	120	34	28.33	12.997020	-1.796100	2003_2004
SUDOUEST	GAOUA	Bawan	120	69	57.50	10.468280	-2.948790	2005
SUDOUEST	GAOUA	Libira es	120	65	54.17	10.268170	-3.525070	2005
CENTRE OUEST	MANGA	Kandarzana	120	23	19.17	11.333547	-2.346261	2005

Regions	Districts	Résultats cartographie Schistosomiase/Site enquêtée (Communauté, Ecole,etc...)						
		Nom site	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Latitude	Longitude	Année de l'enquête
SAHEL	DORI	Boudouguel	120	55	45.83	14.031470	0.085130	2003_2004
SAHEL	DORI	Dori evangelique	120	78	65.00	14.029280	0.025190	2003_2004
CENTRE OUEST	MANGA	Ya	120	13	10.83	11.490720	-2.519230	2005
CENTRE OUEST	MANGA	Tiessourou	120	22	18.33	11.333640	-2.335340	2005
SAHEL	DJIBO	Arbindasecteur 1	120	90	75.00	14.232820	0.921310	2003_2004
SAHEL	DJIBO	Tounte	120	67	55.83	14.653660	0.913630	2003_2004
SAHEL	DJIBO	Djibosecteur 6	120	54	45.00	14.138280	-1.611170	2003_2004
SAHEL	DJIBO	Gaskinde	120	47	39.17	13.921840	-1.632630	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	TOMA	Seme	120	59	49.17	12.022561	-3.495681	2003_2004
BOUCLEDU MOUHOUN	TOMA	Kawara	120	49	40.83	13.007740	-2.896700	2003_2004
EST	DIAPAGA	Mangou	120	33	27.50	12.045850	1.527540	2005
	DIAPAGA	Popoumou	120	27	22.50	11.544560	1.403550	2005
	DIAPAGA	Tatchangou	120	24	20.00	11.564300	1.230920	2005
	DIAPAGA	Kindi kombou	120	18	15.00	11.407670	1.437320	2005
	DIAPAGA	Namounnou	120	22	18.33	11.117630	1.417190	2005
HAUTS BASSINS	DANDE	Paana	120	23	19.17	11.241250	-3.109730	2005
	ORODARA	Bereba	120	22	18.33	11.627500	-3.685530	2005
SAHEL	DORI	Ecole esbana	120	10	8.33	13.226430	0.751840	2003_2004
	DORI	Diaounga	120	87	72.50	13.560610	0.150200	2004_2004
NORD	SEGUENEGA	Medersaipaala	120	67	55.83	13.572570	-2.425490	2005_2004

Regions	Districts	Résultats cartographie Schistosomiase/Site enquêtée (Communauté, Ecole, etc...)						
		Nom site	Nombre de tests réalisés	Nombre de tests positifs	Prévalence (%)	Latitude	Longitude	Année de l'enquête
NORD	SEGUENEGA	Koumbranga	120	56	46.67	13.423510	-2.002520	2006_2004
NORD	SEGUENEGA	Kindibo	120	77	64.17	13.232570	-2.191070	2007_2004
CENTRE OUEST	KOUDOUGOU	Vrassanbouto	120	22	18.33	11.490691	-2.519461	2005
CENTRE OUEST	KOUDOUGOU	Neliri	120	15	12.50	11.490701	-2.519562	2005
CENTRE SUD	MANGA	Bourzem	120	16	13.33	11.425830	0.699060	2005
CENTRE OUEST	KOUDOUGOU	Tiyelle	120	19	15.83	11.954940	-2.329660	2005
CENTRE NORD	BASALOGO	Doro	120	12	10.00	13.324440	0.512670	2005
CENTRE NORD	BARSALOGHO	Medersarollo	120	8	6.67	13.599050	-1.703600	2005
CENTRE NORD	KAYA	Tampelga	120	2	1.67	12.518880	-1.134240	2005
CENTRE NORD	KAYA	Delga	120	19	15.83	13.146000	-1.166890	2005

Annexe 3 : Données des évaluations épidémiologiques de l'onchocercose dans quelques villages du Burkina Faso de 2007 à 2010

Régions	Districts sanitaires	Nom du village/site	EVALUATION EPIDEMIOLOGIQUE				
			Année	Nbre pers.examinées	Nbre positifs	Prévalence brute	CMFC
Cascades	Banfora	BODADIOUGOU	2007	715	124	17,34	ND
		SAKORA	2007	212	12	5,66	ND
		BOSSOBOUGOU	2008	199	13	6,53	ND
		SANKARA	2008	173	0	0,00	ND
		SAKORA I	2010	290	6	2,07	0,08
		SANKARA II	2010	156	0	0,00	0
		SATERNA I	2010	150	1	0,67	0
		HOUETIERA I	2010	79	0	0,00	0
		HOUETIERA II	2010	178	4	2,25	0,06
		BADARA	2010	111	0	0,00	0
		KOKORO	2010	209	12	5,74	0,13
		SAKORA II	2010	407	14	3,44	0,08
		BOLIBANA	2010	240	111	46,25	2,21
		BODADIOUGOU	2010	594	34	5,72	0,13
		KARFIGUELA	2010	249	3	1,20	0,01
		BANDOUGOU	2010	40	3	7,50	0,12
		GNERPIEN	2010	132	5	3,79	0,08
		KAYUNA	2010	165	4	2,42	0,06
		BADARA DOGOSSE	2010	100	13	13,00	0,24
		BAKONO 2	2010	175	6	3,43	0,16
KONGALA 1	2010	522	35	6,70	0,25		
KONGALA 2	2010	200	51	25,50	0,23		
BADARA	2010	96	55	57,29	1,07		

Régions	Districts sanitaires	Nom du village/site	EVALUATION EPIDEMIOLOGIQUE				
			Année	Nbre pers.examinées	Nbre positifs	Prévalence brute	CMFC
		KARABORO	2010	62	44	70,97	3,57
		NIAREBAMA	2010	102	0	0,00	5,17
		MAREBAMA	2010	98	0	0,00	0
	Mangodara	BADARA de Logoniegue	2010	98	9	9,18	0
		SENEKO	2010	64	2	3,13	0,03
		ALIGO	2010	109	12	11,01	0,31
		SAKEDOUGOU	2010	196	11	5,61	0,17
		MASSADEYIRIKORO	2010	160	0	0,00	0
KOSSOUMANI	2010	62	21	33,87	0,62		
Sud-Ouest	Batié	BEMBOULA	2010	109	0	0,00	0
		KANKOUERA	2010	85	2	2,35	0,02
		TEHINI SUD	2010	145	7	4,83	0,18
		DJONBAL	2010	279	27	9,68	0,25
		TOUSSANA	2010	315	27	8,57	0,25
		FERKANE	2010	144	9	6,25	0,22
		YAPOTEON	2010	212	6	2,83	0,04
		ZINDI	2010	225	3	1,33	0,04
		BEMBOULA	2011	109	0	0,00	0
		KANKOUERA	2011	85	2	2,35	0,02
	TEHINI SUD	2011	145	7	4,83	0,18	
	Dano	MANOA	2010	154	3	1,95	0,03
		BAHO	2010	91	1	1,10	0,02
		KOREGNON	2010	510,00	1,00	0,20	0
		MANOA	2011	154	3	1,95	0,03
		BAHO	2011	91	1	1,10	0,02
		KOREGNON	2011	510	1	0,20	0

Régions	Districts sanitaires	Nom du village/site	EVALUATION EPIDEMIOLOGIQUE				
			Année	Nbre pers.examinées	Nbre positifs	Prévalence brute	CMFC
	Diébougou	NAVRIKPE	2010	251	0	0,00	0
		NIPODJA	2010	108	0	0,00	0
		BALIGNAR	2010	203	7	3,45	0,07
		SIKONGO	2010	189	1	0,53	0,03
		WAPASSI	2010	239	1	0,42	0,07
		DANKO TANZOU	2010	171	10	5,85	0,14
		BENKADI	2010	289	3	1,04	0,04
		NAVRIKPE	2011	251	0	0,00	0
		NIPODJA	2011	108	0	0,00	0
		BALIGNAR	2011	203	7	3,45	0,07
		SIKONGO	2011	189	1	0,53	0,03
		WAPASSI	2011	239	1	0,42	0,07
		DANKO TANZOU	2011	171	10	5,85	0,14
		BENKADI	2011	289	3	1,04	0,04
	Gaoua	BOUKERO	2010	287	0	0,00	0
	MARAGNAWA	2010	232,00	5,00	2,16	0,04	

Annexe 4 : Résultats de la cartographie du trachome

DRS	DISTRICTS	Prévalence du trachome actif	Prévalence du trichiasis trachomateux
Boucle du Mouhoun	Boromo	3,02	0,26
	Solenzo	1,12	0,65
	Nouna	3,63	0,9
	Dédougou	6,21	0,9
	Toma	4,76	1,3
	Tougan		2,31
Cascades	Banfora	12,23	0,38
	Mangodara	3,55	0,25
	Sindou	5,48	0,12
Centre	Baskuy	NE	NE
	Bogodogo	4,69	0,15
	Boulmiougou	16,41	1,09
	Nongremassom	6,44	0,37
	Signoghin	17,41	0,46
Centre Est	Bitou	16,42	0,13
	Garango	16,42	0,13
	Tenkodogo	16,42	0,51
	Zabré	17,06	0,51
	Ouargaye	18,22	0,93
	Koupéla	15,72	0,51
	Pouytenga	15,72	0,51
Centre Nord	Kongoussi	7,04	1,03
	Boulsa	4,83	0,00
	Barsalogo	9,75	0,09
	Kaya	9,43	0,64
Centre Ouest	Koudougou	10,79	0,13
	Nanoro	5,05	0,51
	Réo	5,26	0,9
	Léo	6,52	0,91
	Sapouy	10,35	1,03
Centre Sud	Kombissiri	15,63	0,64
	Saponé	18,49	0,39
	Po	20,55	0,39
	Manga	14,79	0,38
Est	Bogandé	11	0,5
	Mani	11	0,64
	Fada	7,5	1,53
	Gayéri	7,55	0,25
	Pama	5,62	0,4
	Diapaga	4	0,5
Hauts Bassins	Dafra	10,72	0,74
	Dandé	10,77	0,56

DRS	DISTRICTS	Prévalence du trachome actif	Prévalence du trichiasis trachomateux
	Do	18,9	0,8
	K Vigué	11,32	1,09
	Léna	11,03	0,12
	Orodara	4,2	0,27
	Houndé	6,5	0,14
Nord	Titao	12,4	0,64
	Yako	1,04	0,26
	Ouahigouya	2,44	0,26
	Séguénéga	1,48	1,55
	Gourcy	2,7	0,51
Plateau Central	Zorgho	10,6	0,55
	Boussé	10,95	0,13
	Ziniaré	11,41	0,13
Sahel	Gorom gorom	3,7	0,13
	Dori	4	0,12
	Djibo	11,8	0,12
	Sébba	5,48	0,12
Sud Ouest	Diébougou	2,74	0,12
	Dano	4	0,78
	Batié	20,96	0,26
	Gaoua	10,37	0,76

Annexe 5 : Prévalence mf de base, nombre de tours de TDM et prévalence récente par région

Régions	Nbre TDM	Prévalence mf de base	Prévalence mf récente	Observations
Boucle Mouhoun	10	11.46	0 (2015)	Surveillance post arrêt TDM(TAS1)4 DS 2 DS éligibles pour le TAS en 2016
Cascades	9	0.2	0	Surveillance post arrêt TDM(TAS2)
Centre	10	3.79	2.11(2014)	Surveillance post arrêt TDM(TAS2) partie urbaine Poursuite TDM zone rurale
Centre-Est	13	24.62	3.48 (2015)	Prévalence mf> 1% Poursuite TDM 1 DS éligible pour le TAS en 2016
Centre-Nord	10	2	0.78	Surveillance post arrêt TDM(TAS1)
Centre-Ouest	13	6.1	0.4(2015)	TDM arrêté dans 3 DS en 2014 2 DS éligibles pour le TAS en 2016
Centre-Sud	13	16.77	2.12 (2014)	Prévalence mf> 1% Poursuite TDM
Est	12	23.8	3.27 (2014)	Prévalence mf> 1% Poursuite TDM
Hauts Bassins	8	2.69	0.31	Surveillance post arrêt TDM (TAS3)
Nord	7	1.36	0.31	Surveillance post arrêt TDM(TAS2)
Plateau Central	10	8.01	0.39	Surveillance post arrêt TDM(TAS2)
Sahel	12	4.77	2.8 (2014)	Surveillance post arrêt TDM(TAS2) dans 3 DS Poursuite TDM DS Sébba
Sud-Ouest	19	22.46	1.81 (2015)	Prévalence mf> 1% Poursuite TDM



Annexe 6 : Situation de l'endémicité trachomateuse dans les 63 districts sanitaires du Burkina Faso en Décembre 2014

Région	District	Prévalence de Base			Eligibilité TDM	Nombre de tour de TDM	Prévalence d'Impact		
		Année	TF %	TT %			Année	TF %	TT %
Boucle du Mouhoun	Boromo	2007	3,02	0,26	NON				
Boucle du Mouhoun	Dedougou	2007	6,21	0,9	OUI				
Boucle du Mouhoun	Nouna	2007	3,63	0,9	NON				
Boucle du Mouhoun	Solenzo	2007	1,12	0,65	NON				
Boucle du Mouhoun	Toma	2007	4,76	1,3	NON				
Boucle du Mouhoun	Tougan	2007	5	2,31	OUI				
Cascades	Banfara	2009	12,23	0,38	NON	3	2014	1,72	0,15
Cascades	Mangodara	2009	3,55	0,25	NON				
Cascades	Sindou	2009	5,48	0,12	OUI				
Centre	Baskuy	District urbain non enquêté			NON				
Centre	Bogodogo	2010	4,69	0,15	NON				
Centre	Boulmiougou	2010	16,41	1,09	NON	3	2 014	2,22	0,45
Centre	Nongr-Massom	2010	6,44	0,37	OUI				
Centre	Sig-Noghin	2010	17,41	0,46	NON	3	2015	0,7	0,18
Centre Est	Bittou	2007	16,42	0,13	NON	3	2010	0,76	0
Centre Est	Garango	2007	16,42	0,13	NON	3	2010	1,65	0,24
Centre Est	Koupela	2007	15,72	0,51	NON	3	2010	0,01	0,19
Centre Est	Ouargaye	2008	18,22	0,93	NON	3	2013	4,14	0,35
Centre Est	Pouytenga	2007	15,72	0,51	NON	3	2010	0,53	0,06
Centre Est	Tenkodogo	2007	16,42	0,51	NON	3	2010	0,28	0,12
Centre Est	Zabré	2008	17,06	0,51	OUI	3	2013	5,36	0,14
Centre Nord	Barsalogo	2007	9,75	0,64	NON		2015	3,27	0,37
Centre Nord	Boulsa	2007	4,83	0	NON				
Centre Nord	Kaya	2007	9,43	1,03	OUI		2015	5,33	0,37
Centre Nord	Kongoussi	2007	7,04	0,9	OUI				
Centre Ouest	Koudougou	2007	10,79	0,13	NON	3	2012	4,49	0,14
Centre Ouest	Léo	2007	6,52	0,9	OUI				

Région	District	Prévalence de Base			Eligibilité TDM	Nombre de tour de TDM	Prévalence d'Impact		
		Année	TF %	TT %			Année	TF %	TT %
Centre Ouest	Nanoro	2007	5,05	0,91	OUI				
Centre Ouest	Réo	2007	5,26	0,9	OUI				
Centre Ouest	Sapouy	2007	10,35	1,03	NON	3	2012	1,06	0,07
Centre Sud	Kombissiri	2007	15,63	0,64	NON	3	2012	0,23	0,07
Centre Sud	Manga	2007	14,79	0,39	NON	3	2012	1,04	0,24
Centre Sud	Po	2007	20,55	0,39	OUI	5	2012	12,1	0,23
Centre Sud	Saponé	2007	18,49	0,38	NON	3	2012	0,63	0,21
Est	Bogandé	2005	11	0,5	NON	3	2010	2,27	0,37
Est	Diapaga	2005	4	0,4	NON				
Est	Fada	2008	7,5	1,53	OUI		2015	5,81	1,53
Est	Gayéri	2008	7,55	0,25	OUI		2015	8,89	0,25
Est	Manni	2005	11	0,5	OUI	3	2010	5,16	0,2
Est	Pama	2008	5,62	0,64	OUI				
Hauts Bassins	Dafra	2010	10,72	0,74	NON	3	2015	1,33	0,26
Hauts Bassins	Dandé	2010	10,77	0,56	NON	3	2015	1,22	0,09
Hauts Bassins	Do	2009	18,9	0,8	NON	3	2 014	0,88	0,35
Hauts Bassins	Houndé	2010	6,5	0,14	OUI				
Hauts Bassins	Karangasso Vigué	2010	11,32	1,09	NON	3	2015	1,48	0
Hauts Bassins	Léna	2009	11,03	0,12	NON	3	2 014	0,76	0,41
Hauts Bassins	Orodara	2009	4,2	0,27	NON				
Nord	Gourcy	2007	2,7	0,26	NON				
Nord	Ouahigouya	2007	2,44	1,55	NON				
Nord	Séguénégua	2007	1,48	0,64	NON				
Nord	Titao	2007	12,4	0,51	NON	3	2012	2,44	0,11
Nord	Yako	2007	1,04	0,26	NON				
Plateau Central	Boussé	2007	10,95	0,13	NON	3	2012	1,18	0,33
Plateau Central	Ziniaré	2007	11,41	0,55	NON	3	2012	3,39	0,46
Plateau Central	Zorgho	2007	10,6	0,13	NON	3	2012	0,86	0,19

Région	District	Prévalence de Base			Eligibilité TDM	Nombre de tour de TDM	Prévalence d'Impact		
		Année	TF %	TT %			Année	TF %	TT %
Sahel	Djibo	2007	11,8	0,13	NON	3	2012	2,69	0,16
Sahel	Dori	2008	4	0,12	NON				
Sahel	Gorom-Gorom	2008	3,7	0,12	NON				
Sahel	Sebba	2008	5,48	0,12	OUI				
Sud-Ouest	Batié	2008	20,96	0,12	NON	3	2013	4,01	0,55
Sud-Ouest	Dano	2008	4	0,78	NON				
Sud-Ouest	Diébougou	2008	2,74	0,26	NON				
Sud-Ouest	Gaoua	2008	10,37	0,76	NON	3	2013	2,09	0,51

Annexe 7 :Évolution des prévalences à S haematobium de 2008 à 2013 dans les villages sites sentinelles

Région	Prévalence spécifique à S haematobium (%)					
	Village Site sentinelle	2008	2009	2010	2012	2013
Boucle du Mouhoun	Tikan	14,4	5,62	2,96	non évalué	12,50
	Tiao	0,00	0,00	0,00	non évalué	0,00
Centre Est	Nianle	15,0	10,29	3,11	1,88	12,50
	Lioulgou	14,4	21,97	21,83	1,00	56,25
Centre Nord	Sidogo	10,0	0,00	0,00	non évalué	5,62
	Tougouri	16,3	2,16	20,41	non évalué	5,00
Centre Ouest	Soala	16,9	1,33	0,59	0,63	0,00
	Badongo	23,1	0,00	8,18	non évalué	0,00
Centre Sud	Mediga	29,4	0,00	3,45	non évalué	2,50
	Bayandi Palogo	13,8	0,65	2,94	5,00	2,50
Nord	Doure	11,3	0,00	0,00	non évalué	0,00
	Koumbri	23,1	1,32	0,68	non évalué	1,88
Hauts Bassins	Kari	1,7	0,00	0,00	0,63	0,00
	Panamasso (S mansoni)	17,9	32,30	34,54	8,75	25,00
	Noumousso	1,3	0,45	0,39	0,00	0,00
Sahel	Windou / Lerbou	38,8	33,33	23,84	non évalué	20,63
	Dori B	55,0	14,97	27,67	non évalué	20,63
Sud-Ouest	Gora	0,0	0,00	0,00	non évalué	0,00
	Bawan	11,3	0,00	0,00	non évalué	0,63
Est	Nagbingou	22,5	58,74	53,13	18,75	17,50
	Sampieri	25,0	8,90	21,53	0,00	18,83
Cascades	Douna	20,4	4,27	8,38	non évalué	0

Annexe 8 : Evolution des couvertures thérapeutiques de 2013 à 2015

DRS	DS	Filariose lymphatique/Vers intestinaux			Schistosomiase			Trachome			Onchocercose		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Boucle du Mouhoun	Boromo	82,99	71,62	82,06	100,85	NT	95,79	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Dédougou	74,44	80,32	78,95	97,13	NT	92,30	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Nouna	77,63	77,87	NT	90,91	NT	88,99	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Solenzo	79,47	82,21	NT	93,73	NT	97,93	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Toma	82,63	80,73	NT	97,50	NT	95,16	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Tougan	93,71	77,97	NT	93,71	NT	87,92	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Cascades	Banfora	NT	NT	NT	NT	102,85	NT	93,65	NT	NT	78,5/78,3	79,76	79,44/80,44
	Mangodara	NT	NT	NT	NT	103,90	NT	NT	NT	NT	78,17/75,85	86,23	80,48/78,02
	Sindou	NT	NT	NT	NT	103,58	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Centre	Baskuy	NT	NT	NT	NT	104,77	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Bogodogo	77,25	83,54	80,46	NT	118,66	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Boulmiougou	78,06	82,12	81,33	NT	107,12	NT	96,24	NT	NT	NT	NT	NT
	Nongrmassom	83,77	81,18	76,86	NT	108,47	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Signonghin	80,05	85,30	84,09	NT	139,82	NT	91,33	95,46	95,63	NT	NT	NT
Centre est	Bittou	85,25	82,99	81,35	NT	111,02	101,92	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Garango	80,92	80,02	79,35	NT	105,88	89,71	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Koupéla	77,85	80,35	80,05	NT	108,85	93,13	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Ouargaye	87,56	81,38	81,01	NT	108,28	105,21	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Pouytenga	82,03	82,80	80,83	NT	113,76	94,71	NT	NT	NT	NT	NT	NT

DRS	DS	Filariose lymphatique/Vers intestinaux			Schistosomiase			Trachome			Onchocercose		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
	Tenkodogo	81,22	81,69	75,43	NT	110,82	93,92	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Zabré	80,93	83,50	81,18	NT	108,45	97,68	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Centre nord	Barsalogo	78,44	77,65	NT	NT	98,29	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Boulsa	80,37	80,74	NT	NT	95,83	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Kaya	79,95	79,39	NT	NT	99,63	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Kongoussi	81,18	81,89	NT	NT	103,38	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Centre ouest	Koudougou	74,11	79,16	NT	NT	106,62	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Léo	80,44	82,03	83,14	NT	108,67	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Nanoro	81,10	82,00	NT	NT	107,76	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Réo	83,28	80,80	NT	NT	104,98	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Sapouy	79,47	80,94	78,64	NT	101,11	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Centre sud	Kombissiri	82,94	80,46	78,64	NT	102,91	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Manga	79,65	77,90	80,93	NT	100,90	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Pô	77,67	80,29	80,09	NT	104,87	NT	NT	86,11	91,42	NT	NT	NT
	Saponé	79,13	81,05	73,46	NT	102,16	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Est	Bogandé	81,66	80,49	81,09	NT	99,87	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Diapaga	83,32	82,01	80,77	NT	101,26	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Fada	80,22	79,60	79,54	NT	107,54	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Gayéri	83,92	82,52	79,86	97,77	111,54	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Manni	80,84	81,33	81,49	NT	97,80	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Pama	81,94	81,57	80,22	NT	102,89	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Hauts bassins	Dafra	NT	NT	NT	NT	101,74	NT	96,25	95,33	101,27	NT	NT	NT

DRS	DS	Filariose lymphatique/Vers intestinaux			Schistosomiase			Trachome			Onchocercose		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
	Dandé	NT	NT	NT	NT	100,67	NT	89,50	95,59	93,49	NT	NT	NT
	Do	NT	NT	NT	NT	114,54	NT	96,23	NT	NT	NT	NT	NT
	Houndé	NT	NT	NT	NT	103,28	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Karangasso Vigué	NT	NT	NT	NT	104,25	NT	93,56	101,01	101,53	NT	NT	NT
	Léna	NT	NT	NT	NT	107,78	NT	104,27	NT	NT	NT	NT	NT
	Orodara	NT	NT	NT	NT	102,76	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Nord	Gourcy	NT	NT	NT	97,88	NT	99,14	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Ouahigouya	NT	NT	NT	98,45	NT	101,28	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Seguenega	NT	NT	NT	91,89	NT	99,91	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Titao	NT	NT	NT	111,06	NT	103,44	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Yako	NT	NT	NT	100,01	NT	103,58	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Plateau central	Boussé	80,81	NT	NT	NT	103,11	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Ziniaré	81,45	NT	NT	NT	100,58	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Zorgho	81,97	NT	NT	NT	101,18	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Sahel	Djibo	72,66	NT	NT	96,31	NT	97,35	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Dori	84,83	NT	NT	98,28	NT	83,59	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Gorom	83,71	NT	NT	95,90	NT	98,99	NT	NT	NT	NT	NT	NT
	Sebba	80,21	82,72	83,00	95,09	NT	98,97	NT	NT	NT	NT	NT	NT
Sud ouest	Batié	82,85/83,34	80,81/83,86	80,34/79,77	101,37	NT	107,91	NT	NT	NT	82,85/105,27	76,05/74,15	91,24/79,64
	Dano	81,02/81,14	83,04/80,83	80,82 /80,95	96,41	NT	106,22	NT	NT	NT	81,02/106,55	72,20/74,15	81,05/83,08
	Diébougou	84,23/84,12	84,49/83,16	84,12 /83,80	97,08	NT	100,50	NT	NT	NT	84,23/98,78	75,11/86,54	79,26/78,33
	Gaoua	81,69/82,21	83,18/82,82	80,88 /81,43	86,72	NT	101,89	NT	NT	NT	81,69/106,68	77,10/85,15	83,13 /78,00
NATIONAL		80,32/82,33	80,96/82,40	80,34/81,48	96,48	105,84	95,80	94,93	94,33	96,48	81,81/97,95	75,60/81,90	82,96/80,37

Annexe 9 : Répartition du budget par source de financement et Gaps

PS	CATEGORIE	TOTAL	BE	USAID	OMS	HKI	BM	Merk&Dom	GSK	ITI	Sightsavers	GAP
PS1	Cartographie	225 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	225 000 000
	Distribution de masse des médicaments	3 028 656 500	0	0	0	1 491 434 500	1 481 482 000	0	0	0	55 740 000	0
	Approvisionnement en médicaments pour la CTP	146 403 349 312	2 401 400 002	87 228 232 670	0	0	195 955 922	34 200 765 636	374 415 888	22 002 579 194	0	0
	Approvisionnement en médicaments pour la PCC	200 764 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200 764 000
	Gestion de la morbidité et prévention des infirmités	2 667 137 422	0	0	47 456 000	1 684 932 480	642 181 222	0	0	0	7 070 400	285 497 320
	Lutte antivectorielle et amélioration de l'environnement	5 360 000	0	0	0	0	1 360 000	0	0	0	4 000 000	0
	Renforcement de capacité au niveau national	289 012 000	60 400 000	0	0	33 120 500	6 900 000	0	0	0	28 704 700	159 886 800
	Infrastructure & Logistiques	615 000 000	35 000 000	0	0	31 800 000	335 200 000	0	0	0	0	213 000 000
PS2	Planification opérationnelle et stratégique	28 754 700	0	0	0	0	28 754 700	0	0	0	0	0
	Initiatives de mobilisation de ressources	33 015 000	0	0	0	0	14 477 000	0	0	0	0	18 538 000
	Intégration & Liaison des plans et Budgets	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Mise à jour des politiques, guides et outils	21 650 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21 650 000
PS3	Mécanismes de coordination	286 596 000	92 350 000	0	0	0	107 846 000	0	0	0	0	86 400 000
	Renforcement du Partenariat	24 342 000	0	0	0	0	24 342 000	0	0	0	0	0
	Réunion de revue de haut niveau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Plaidoyer et Communication	598 897 788	0	0	0	49 840 000	510 057 788	0	0	0	0	39 000 000
PS4	Monitoring (suivi), Supervision & Evaluation	174 399 900	0	0	10 400 000	0	76 162 900	0	0	0	0	87 837 000
	Surveillance de la maladie, riposte et lutte	2 020 644 851	0	0	49 740 004	1 244 051 803	552 722 020	0	0	0	81 000 000	93 131 024
	Recherche (opérationnelle et fondamentale)	65 800 000	0	0	0	15 000 000	50 800 000	0	0	0	0	0
	Gestion des données	167 606 200	0	0	0	0	147 281 200	0	0	0	0	20 325 000
TOTAL		156 855 985 673	2 589 150 002	87 228 232 670	107 596 004	4 550 179 283	4 175 522 752	34 200 765 636	374 415 888	22 002 579 194	176 515 100	1 451 029 144

Annexe 10 : Projections démographiques au Burkina Faso (Projection de la population pour les dix(10) prochaines années)

Régions	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Boucle du Mouhoun	1 631 321	1 677 018	1 723 830	1 771 896	1 821 059	1 871 492	1 923 192	1 976 217	2 030 595	2 086 333
Cascades	637 279	661 936	687 170	713 059	739 497	766 540	794 192	822 445	851 276	880 686
Centre	2 136 581	2 231 807	2 329 499	2 429 718	2 532 311	2 637 303	2 744 666	2 854 356	2 966 307	3 080 375
Centre-Est	1 302 449	1 343 079	1 384 663	1 427 320	1 470 903	1 515 518	1 561 208	1 607 993	1 655 846	1 704 810
Centre-Nord	1 375 380	1 416 895	1 459 402	1 502 994	1 547 565	1 593 214	1 639 966	1 687 858	1 736 887	1 787 082
Centre-Ouest	1 348 784	1 387 860	1 427 894	1 468 966	1 510 975	1 554 040	1 598 159	1 643 388	1 689 721	1 737 197
Centre-Sud	722 631	742 378	762 632	783 430	804 709	826 548	848 940	871 927	895 498	919 681
Est	1 416 229	1 464 366	1 513 642	1 564 144	1 615 740	1 668 520	1 722 513	1 777 738	1 834 166	1 891 813
Hauts-Bassins	1 718 161	1 776 803	1 836 838	1 898 361	1 961 204	2 025 513	2 091 282	2 158 541	2 227 277	2 297 496
Nord	1 343 897	1 382 111	1 421 253	1 461 430	1 502 527	1 544 677	1 587 866	1 632 149	1 677 542	1 724 065
PlateauCentral	785 746	807 444	829 692	852 536	875 910	899 884	924 474	949 697	975 568	1 002 106
Sahel	1 121 764	1 158 147	1 195 388	1 233 559	1 272 545	1 312 463	1 353 307	1 395 109	1 437 848	1 481 543
Sud-Ouest	708 336	729 362	750 893	772 973	795 549	818 685	842 382	866 662	891 529	916 994
BurkinaFaso	16248558	16779206	17322796	17880386	18450494	19034397	19632147	20244080	20870060	21510181

Source: Projections démographiques nationales 20011-2020 INSD Août 2009