

MINISTRE DE LA SANTE  
----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DIRECTION GENERALE DES  
ETUDES ET DES  
STATISTIQUES SECTORIELLES



BURKINA FASO  
-----  
Unité - Progrès - Justice

T  
A  
B  
L  
E  
A  
U  
  
D  
E  
  
B  
O  
R  
D  
  
2  
0  
1  
4



**TABLEAU DE BORD 2014 DES INDICATEURS  
DE SANTÉ**

<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>7</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>9</b>
<b>DEFINITION DE QUELQUES INDICATEURS</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>I. DONNEES GENERALES</b> .....	<b>17</b>
1.1 Présentation générale du Burkina Faso.....	18
1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso.....	19
1.2.1 Organisation administrative .....	19
1.2.2 Organisation de l'offre de soins.....	19
1.3 Politique Nationale de Santé .....	20
1.4 Système National d'Information Sanitaire.....	21
1.4.1 Cadre institutionnel.....	21
1.4.2 Cadre organisationnel du SNIS.....	21
1.4.3 Plan stratégique du SNIS .....	22
1.4.4 Outils normatifs de gestion de l'information sanitaire.....	22
<b>II. RESSOURCES</b> .....	<b>23</b>
2.1 Ressources humaines .....	24
2.1.1 Personnel de santé .....	24
2.1.2 Personnel de santé dans les structures de soins.....	24
2.1.3 Ratios habitant par personnel de santé.....	25
2.2 Infrastructures sanitaires.....	25
2.2.1 Situation des structures de soins .....	25
2.2.1.1 Structures publiques de soins .....	25
2.2.1.2 Structures privées de soins.....	26
2.2.2 CSPS remplissant la norme en personnel.....	27
2.2.3 Rayon moyen d'action théorique .....	28
2.2.4 Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de base	
2.2.5 Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de base.	
2.2.6 Situation de la gestion des DMEG .....	29
2.3 Ressources financières .....	30
2.3.1 Financement de la santé sous l'angle des comptes de la santé(CS)	30
2.3.2 Bilan financier global du plan d'action du Ministère de la santé ....	31
2.3.3 Dépenses liées aux IGR.....	32
<b>III. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT</b> .....	<b>33</b>
3.1 Planification familiale.....	34

3.1.1	Disponibilité des produits contraceptifs .....	34
3.1.2	Utilisation des méthodes contraceptives .....	34
3.1.3	Couple-années de protection .....	36
3.2	Consultation prénatale .....	36
3.3	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH) .....	37
3.4	Accouchement .....	39
3.4.1	Accouchements assistés par du personnel qualifié .....	39
3.4.2	Césariennes .....	40
3.4.3	Avortement.....	41
3.5	Consultation postnatale .....	42
3.6	Prise en charge des cas de fistule et des séquelles d'excision .....	42
3.7	Surveillance nutritionnelle .....	43
3.7.1	Surveillance de routine.....	43
3.7.2	Performance de la prise en charge nutritionnelle .....	44
3.7.3	Données d'enquêtes nutritionnelles .....	45
3.7.3.1	Prévalence de la malnutrition aigüe globale .....	45
3.7.3.2	Prévalence de la malnutrition chronique.....	46
3.7.3.3	Prévalence de l'insuffisance pondérale .....	47
3.7.3.4	Prévalences de la malnutrition par excès .....	47
3.8	Vaccination .....	48
<b>IV.</b>	<b>MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE .....</b>	<b>51</b>
4.1	Méningite.....	52
4.1.1	Evolution des cas de méningite par semaine en 2014.....	52
4.1.2	Incidence des cas.....	52
4.1.3	Répartition des cas par âge .....	54
4.1.4	Létalité de la méningite.....	54
4.2	Choléra.....	54
4.3	La Rougeole .....	54
4.4	La fièvre jaune .....	55
4.5	Les Diarrhées sanguinolentes .....	56
4.6	La poliomyélite.....	56
4.7	La Maladie à Virus Ebola (MVE) .....	56
<b>V.</b>	<b>MALADIES D'INTERET SPECIAL .....</b>	<b>58</b>
5.1	Le paludisme .....	59
5.1.1	Situation du paludisme dans la population générale.....	59
5.1.2	Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans et	

les femmes enceintes.....	60
5.1.3 Situation du paludisme chez les femmes enceintes.....	61
5.1.4 Prévention du paludisme .....	61
5.1.5 Principales actions de lutte contre le paludisme .....	61
5.2 La tuberculose.....	62
5.3 Les infections sexuellement transmissibles (IST).....	65
5.4 Le VIH et Sida.....	66
5.4.1 Nouvelles infections .....	66
5.4.2 Personnes vivant avec le VIH.....	67
5.4.3 Nouveaux cas de Sida .....	68
5.4.4 Conseil et dépistage .....	68
5.4.5 Décès liés au VIH Sida.....	69
5.4.6 Actions entreprises en 2014 dans la lutte contre le VIH Sida : .....	69
5.5 La lèpre .....	70
5.6 Ver de guinée/dracunculose.....	71
5.7 LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	71
<b>VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE.....</b>	<b>72</b>
6.1 Consultation curative.....	73
6.2 Morbidité .....	75
6.2.1 Les motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires.....	76
6.2.2 Les causes de décès dans les formations sanitaires.....	77
6.2.3 Occupation des lits .....	77
6.2.4 Séjour moyen dans les hôpitaux .....	78
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXE 3 .....</b>	<b>98</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution des effectifs du personnel pour quelques emplois de 2010 à 2014 .....	24
Tableau 2: situation du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2010 à 2014 .....	24
Tableau 3: Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2014 .....	26
Tableau 4: Situation du nombre de structures sanitaires privées de soins de 2010 à 2014	26
Tableau 5: Proportions (%) de CSPS remplissant les normes en personnel de 2010 à 2014	27
Tableau 6: Situation des DMEG des régions sanitaires en 2014.....	30
Tableau 7: Quelques résultats des comptes de la Santé.....	31
Tableau 8: synthèse des financements des structures du ministère de la santé en 2014 ...	32
Tableau 9: Dépenses liées aux IGR en 2014 (IGR corrigées en FCFA) .....	32
Tableau 10: situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les points de prestations de 2011 à 2014 .....	34
Tableau 11: Répartition des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives par méthode en 2014 .....	35
Tableau 12: Nombre de couple année protection par région de 2011 à 2014 .....	36
Tableau 13: Indicateurs de PTME/VIH par région en 2014 .....	38
Tableau 14: Situation des accouchements assistés par région de 2010 à 2014.....	39
Tableau 15: Répartition des césariennes par région en 2014 .....	41
Tableau 16: situation des avortements par région en 2014 .....	41
Tableau 17: Situation des réparations réussies des cas de fistule et de séquelles d'excision en 2014 .....	43
Tableau 18 : Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2014 .....	45
Tableau 19: Prévalence de la malnutrition par excès par région en 2014.....	48
Tableau 20: situation de la couverture (%) vaccinale de 2010 à 2014.....	49
Tableau 21: Répartition de l'évolution des cas de méningite selon le germe identifié par le laboratoire à la PCR en 2014 .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau 22: Répartition des cas et décès d'ictère fébrile en 2014 par région sanitaire.....	55
Tableau 23: performance de la surveillance des PFA de 2010 à 2014 .....	56
Tableau 24: Résultats de traitement de la cohorte de 2013 par région sanitaire .....	64
Tableau 25: Indicateurs de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH de 2010 à 2014 .....	64
Tableau 26: L'incidence cumulée des IST par région de 2010 à 2014 (P.1000).....	65
Tableau 27: Situation de la prise en charge du VIH par région en 2014 .....	68
Tableau 28: situation du dépistage du VIH par région en 2014.....	69
Tableau 29: situation de la lèpre de 2010 à 2014 .....	70

Tableau 30: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2010 à 2014.....	74
Tableau 31: principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2014...	75
Tableau 32: Situation des principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2014 chez les moins de 5 ans.....	76
Tableau 33: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et hôpitaux en 2014.....	76
Tableau 34: Les dix (10) principales causes de décès dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2014.....	77

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Evolution des ratios habitants par personnel de santé de 2010 à 2014 .....	25
Figure 2 : Evolution du RMA (km) de 2010 à 2014 .....	28
Figure 3: répartition de la population selon la distance à la FS (CM, CSPS, dispensaire et maternité isolés).....	29
Figure 4: Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2010-2014.....	29
Figure 5: évolution de taux d'utilisation(%) des méthodes contraceptives de 2010 à 2014.	35
Figure 6: Taux d'utilisation(%) des méthodes contraceptives par région en 2014 .....	35
Figure 7: Evolution du taux (%) de CPN1 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale au T1 de la grossesse de 2010 à 2014.....	37
Figure 8: Evolution du taux (%) de CPN2 et de CPN4 de 2010 à 2014 .....	37
Figure 9: Evolution de la situation des accouchements assistés de 2010 à 2014 .....	40
Figure 10: Couverture (%) en consultation postnatale en 2014 .....	42
Figure 11: Prévalence de la malnutrition aigüe, de 2010 à 2014 .....	47
Figure 12: Evolution de la couverture vaccinale (%) du VAT 2+ chez les femmes enceintes de 2010 à 2014.....	50
Figure 13 Evolution hebdomadaire des cas de méningite en 2014.....	52
Figure 14: courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2010 à 2014 .....	53
Figure 15: Répartition des cas suspects de méningite par tranche d'âge en 2014 (N = 2 702) .....	54
Figure 16: Proportion (%) des germes identifiés de 2010 à 2014 par le laboratoire.....	54
Figure 17: Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants au Burkina Faso de 2010 à 2014.....	55
Figure 18: Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) du paludisme de 2010 à 2014 ..	59
Figure 19: Evolution des parts attribuable (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2010 à 2014 .....	59
Figure 20: Evolution de l'incidence cumulée du paludisme (pour 1000 habitants) chez les	

enfants de moins de 5 ans de 2010 à 2014 .....	60
Figure 21: Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans .....	60
Figure 22: Létalité du paludisme grave chez les femmes enceintes .....	61
Figure 23: Taux (p.100 000 habitants) de notification des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose par région en 2014 .....	62
Figure 24: évolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 2010 à 2014.....	63
Figure 25: Répartition des cas d'IST par tranche d'âge en 2014 .....	66
: Figure 26 : Répartition (%) des cas d'IST selon le type en 2014 .....	66
Figure 27: Evolution des effectifs et des proportions de PvVIH sous ARV entre 2010 et 2014 .....	67
Figure 28: Proportion des cas de lèpre avec infirmité de 2 <sup>ème</sup> degré selon la région sanitaire en 2014 .....	70
Figure 29: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an de 2010 à 2014 .....	73
Figure 30: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans entre 2010 et 2014 dans les formations sanitaire de 1er niveau de soins. ....	74
Figure 31: Situation du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans en 2014 par région .....	75
Figure 32: Taux d'occupation des lits dans les CHR/CHU en 2013 et 2014.....	78
Figure 33 : Séjour moyen en hospitalisation (CMA/CHR/CHU/HN) par région en 2014.....	79
Figure 34: Séjour moyen en hospitalisation dans les CHR/CHU/HN en 2014 .....	79

## **LISTE DES CARTES**

Carte 1: Situation du RMAT par région en 2014 .....	28
Carte 2 : taux d'accouchements assistés en 2014.....	40
Carte 3: Distribution par DS de la proportion des MAS en 2014 .....	44
Carte 4: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition aigüe globale en 2014	46
Carte 5: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition chronique en 2014....	46
Carte 6: Distribution par région de la prévalence de l'insuffisance pondérale en 2014 .....	47
Carte 7: couverture vaccinale du VAR par district en 2014 .....	50
Carte 8: Situation épidémiologique de la méningite par district en 2014 .....	53

## **AVANT PROPOS**

Suite à la publication de l'annuaire statistique 2014, le Ministère de la santé vient par la présente mettre à la disposition des utilisateurs la 11ème édition du tableau de bord de la santé.

C'est un document complémentaire de l'annuaire qui fait une analyse des principaux indicateurs de l'état de santé de la population en 2014.

Les différents indicateurs y sont analysés en fonction des normes et objectifs fixés par le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020), la stratégie de croissance accélérée et de développement durable et les engagements internationaux tels que les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Le niveau atteint en fin 2014 est encourageant pour la plupart des indicateurs mais force est de reconnaître que la situation sanitaire reste encore dominée par une morbidité et une mortalité élevée.

De plus, l'apparition des cas de maladie à virus Ebola (MVE) dans certains pays de la sous-région a conduit les autorités sanitaires avec l'appui des partenaires à élaborer et à mettre en œuvre un plan de riposte à une éventuelle épidémie de MVE dans le pays.

Aussi, convient – il de noter que la situation politique au dernier trimestre de l'année n'a pas été sans effet sur l'évolution des indicateurs. En effet, la mise en œuvre des plans d'actions au niveau central, intermédiaire et opérationnelle a été sérieusement entamée.

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

Le tableau de bord permet de mieux orienter la planification et la prise de décision. J'invite donc l'ensemble des acteurs à en faire un document de choix pour la mise en œuvre efficiente de leurs interventions.

Pour finir, j'adresse mes félicitations et mes remerciements à tous les acteurs ayant contribué à l'élaboration de ce document.

**Dr Amédée Prosper DJIGUMDE**  
*Officier de l'Ordre National*

## SIGLES ET ABREVIATIONS

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

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

## DEFINITION DE QUELQUES INDICATEURS

Indicateur	Définition	Source
<b>MORTALITE-MORBIDITE</b>		
<b>Espérance de vie à la naissance</b>	Nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant à la naissance si les conditions sanitaires et les risques de mortalité restent constants pendant toute sa vie	RGPH 2006/INSD
<b>Proportion de décès post opératoire</b>	Nombre de décès enregistrés après une intervention chirurgicale rapporté au nombre total d'interventions chirurgicales	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Proportion des consultations dues à une pathologie</b>	Nombre de consultations dues à la pathologie rapporté au nombre total de consultations	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Proportion des hospitalisations dues à une pathologie</b>	Nombre d'hospitalisations dues à la pathologie rapporté au nombre total d'hospitalisations	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Proportion des décès dus à un motif</b>	Nombre de décès dus à un motif rapporté au nombre total de décès	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Quotient de mortalité infantile</b>	Probabilité pour un enfant qui naît, de décéder avant son premier anniversaire	RGPH 2006/INSD
<b>Quotient de mortalité infanto juvénile</b>	Probabilité pour un enfant qui naît de décéder avant son cinquième anniversaire	RGPH 2006/INSD
<b>Quotient de mortalité juvénile</b>	Probabilité pour un enfant qui a dépassé son premier anniversaire de décéder avant son cinquième anniversaire	RGPH 2006/INSD
<b>Rapport de décès maternels pour 100 000 parturientes</b>	Nombre de décès maternels enregistrés par les formations sanitaires rapporté au nombre de femmes venues accoucher	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux brut de mortalité</b>	Nombre de décès (tous âges confondus) pour 1 000 habitants	RGPH 2006/INSD

<b>Indicateur</b>	<b>Définition</b>	<b>Source</b>
<b>Taux d'occupation des lits</b>	Durée moyenne d'occupation des lits au cours d'une année	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de mortalité infantile</b>	Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de moins d'un an	RGPH 2006/INSD
<b>Taux de mortalité des moins de 5 ans ou taux de mortalité infanto-juvénile</b>	Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans	RGPH 2006/INSD
<b>MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET D'INTERET EN SANTE PUBLIQUE</b>		
<b>Cas prévalent</b>	Nombre de cas existant à un moment donné, (les cas totaux incluent les nouveaux et les anciens cas)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Incidence d'une maladie</b>	Mesure la fréquence d'apparition des nouveaux cas	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Létalité</b>	Capacité d'une maladie à provoquer la mort (Nombre de décès liés à une maladie)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans</b>	Proportion des enfants de moins de 5 ans qui décèdent de paludisme grave parmi les enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme grave	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Prévalence</b>	Proportion de cas (anciens et nouveaux) d'une maladie donnée dans une population donnée à une période déterminée	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux d'incidence</b>	Proportion des nouveaux cas d'une maladie donnée, survenus dans une population déterminée, au cours d'une période spécifiée	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de létalité</b>	Proportion de décès liés à une maladie	Annuaire statistique 2014/MS
<b>NUTRITION</b>		
<b>Insuffisance pondérale</b>	Rapport poids pour âge inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence	SMART 2014/DN

<b>Indicateur</b>	<b>Définition</b>	<b>Source</b>
<b>Proportion de malnutris aigus modérés</b>	Nombre des enfants de moins de 5 ans malnutris selon l'indice Poids/taille (Z/score poids/taille < à -2 écarts types et ≥ à 3 écarts types à la médiane de la population de référence et sans œdème) par rapport à l'ensemble des enfants de moins de cinq ans vus en consultation de nourrissons sains	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Proportion de malnutris aigus sévère</b>	Nombre des enfants de moins de 5 ans malnutris selon l'indice Poids/taille (Z/score poids/taille < à -3 écarts types et/ou présence d'œdème) par rapport à l'ensemble des enfants de moins de cinq ans vus en consultations de nourrissons sains.	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Retard de croissance</b>	Rapport taille pour âge inférieur de deux écarts-type à la médiane de la population de référence	SMART 2014/DN
<b>Taux d'émaciation</b>	Proportion d'enfants dont le poids pour la taille est inférieure de deux écarts-type à la médiane de la population de référence	SMART 2014/DN
<b>Taux de malnutris des enfants de moins de 5 ans</b>	Proportion des enfants dépistés malnutris sur l'ensemble des enfants vus en consultation de nourrissons sains	Annuaire statistique 2014/MS
<b>INDICATEURS RELATIFS AUX PRESTATIONS DE SERVICE</b>		
<b>Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an</b>	Nombre de consultants rapporté à la population de l'année	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Proportion couple-année de protection</b>	Mesure composite de la protection totale assurée par toutes les méthodes contraceptives, à toutes les utilisatrices, sur une période de temps exprimée en couples années.	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Pourcentage de tests positifs au VIH/Sida chez les femmes enceintes</b>	Nombre de femmes enceintes dont le test de dépistage au VIH/Sida est positif parmi 100 femmes enceintes ayant accepté de faire le test	Annuaire statistique 2014
<b>Taux d'utilisation des méthodes contraceptives</b>	Nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives par rapport aux femmes en âge de procréer (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de couverture en consultations prénatale (1ère, 2ème ou 4ème)</b>	Nombre de femmes inscrites en consultations (1ère, 2ème ou 4ème) prénatales rapporté aux grossesses attendues	Annuaire statistique 2014/MS

<b>Indicateur</b>	<b>Définition</b>	<b>Source</b>
<b>Taux d'accouchements assistés</b>	Nombre d'accouchements réalisés dans les maternités rapporté au nombre d'accouchements attendus (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de césarienne</b>	Nombre de césariennes réalisées rapporté au nombre de naissances attendues (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de couverture vaccinale en BCG</b>	Nombre d'enfants vaccinés contre la tuberculose rapporté aux naissances vivantes attendues (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Taux de couverture vaccinale en fièvre jaune (VAA)</b>	Nombre d'enfants vaccinés contre la fièvre jaune rapporté au nombre d'enfants de 0 à 11 mois (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>INDICATEURS RELATIFS AUX RESSOURCES</b>		
<b>Dépenses totales de santé</b>	Ensemble des dépenses en rapport avec la santé	CNS 2013
<b>Proportion de CSPPS remplissant la norme en personnel</b>	Nombre de CSPPS qui disposent au minimum d'un infirmier d'Etat ou breveté, d'une sage-femme ou d'une accoucheuse et d'un agent itinérant de santé ou un manœuvre rapporté à l'effectif total de CSPPS	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Rayon moyen d'action théorique</b>	Distance moyenne à parcourir pour atteindre une formation sanitaire publique de base (centre médical, CSPPS, dispensaire isolé, maternité isolée)	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Ratio habitants / médecins</b>	Nombre moyen d'habitants pour un médecin	Annuaire statistique 2014/MS
<b>Ratio habitants / formation sanitaire de base</b>	Nombre moyen d'habitants par formation sanitaire de base (CSPPS, CM, maternités isolées, dispensaires isolés)	Annuaire statistique 2014/MS

## **INTRODUCTION**

Le suivi évaluation des interventions en santé passe par une meilleure lisibilité de l'analyse situationnelle. Une capitalisation du niveau d'atteintes des indicateurs est nécessaire pour traduire la situation sanitaire. Le présent tableau de bord de santé décrit cette situation à travers une appréciation objective des performances du système de santé en rapport avec la mise en œuvre des différentes stratégies et politiques telles le Plan national de développement sanitaire (PNDS), la Stratégie de croissance accéléré de développement durable (SCADD), les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) etc.

Son élaboration a requis un processus participatif avec la participation des acteurs du système de santé notamment les structures centrales, les projets et programmes, les acteurs du niveau intermédiaire, périphérique avec l'appui technique des partenaires. Au-delà du caractère descriptif de la situation sanitaire, il apparait comme un outil de plaidoyer et interpelle sur les efforts à consentir pour une amélioration de l'état de santé des populations. Il comporte six sections que sont (i) les données générales, (ii) les ressources en santé, (iii) la santé de la mère et de l'enfant, (iv) les maladies à potentiel épidémique, (v) les maladies d'intérêt spécial, (vi) l'utilisation des services de santé.

## **Processus d'élaboration du tableau de bord**

### **Rédaction du document**

L'élaboration du présent document a connu plusieurs étapes que sont :

- ✓ la rédaction du draft par l'équipe de la Direction des statistiques sectorielles ;
- ✓ l'amendement et la validation du document lors d'un atelier tenu à Tenkodogo du 20 au 24 juillet 2015 ;
- ✓ la soumission du document à la commission thématique Système national d'information sanitaire (SNIS) et Recherche pour adoption ;
- ✓ la soumission de la version adoptée à la signature de Monsieur le Ministre de la santé.

### **Méthode d'analyse**

Pour chaque indicateur, l'analyse a consisté à :

- ✓ faire ressortir la disponibilité de l'offre sur la base des résultats de l'enquête nationale sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSQD/SARA) réalisée en 2014 ;
- ✓ faire ressortir le niveau d'atteinte de l'indicateur pour l'année 2014 ;
- ✓ comparer le niveau atteint aux objectifs ou normes fixées par les politiques ou stratégie pour la période ;
- ✓ faire une comparaison sur une série de trois à cinq ans selon la disponibilité des données ;
- ✓ faire ressortir les disparités régionales et en fonction de l'importance du phénomène, les spécificités des districts ;
- ✓ représenter les différentes tendances par des graphiques, tableaux ou cartes appropriés.

## **I. DONNEES GENERALES**

## 1.1 Présentation générale du Burkina Faso

Situé au cœur de l'Afrique occidentale, le Burkina Faso est un pays enclavé avec une superficie de 272 967,47 Km<sup>2</sup> et une population estimée à 17 880 386 habitants en 2014. 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.

Le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes. C'est un pays tropical dominé par un climat de type soudanien au Sud et Sahélien au Nord. On y distingue deux saisons inégalement réparties :

- une saison pluvieuse de courte durée, allant de 3 à 4 mois (juin à septembre)
- une saison sèche de 8 à 9 mois (octobre à mai)

Les mouvements migratoires influencent fortement les secteurs sociaux, économiques et environnementaux. Au Burkina Faso, le phénomène migratoire interne place le pays face à des problèmes très récurrents. Les principales raisons des mouvements migratoires sont entre autres:

- les conflits entre migrants et autochtones autour du foncier ;
- l'occupation illégale ou anarchique de l'espace ;
- la rareté et l'inégale répartition des pluies ;
- la prolifération des sites aurifères ;
- les conflits entre éleveurs et agriculteurs.

Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), la population du Burkina Faso est estimée à 17 880 386 habitants en 2014. Elle est majoritairement jeune avec 48,0% de population ayant moins de 15 ans. Les femmes quant à elles, représentent plus de la moitié de la population (51,7%) . Selon le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) 2006, environ 77,3% de la population vit en milieu rural. Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰, celui de la mortalité générale à 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. En moyenne, les femmes vivent relativement plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans). L'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2010) a montré que 43, 9% de la population totale vit en dessous du seuil de pauvreté.

Selon les résultats du rapport définitif de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010, le taux brut de natalité (TBN) est de 41,2‰ et le taux global de fécondité générale est de 206‰. L'Indice Synthétique de Fécondité est de 6,0 enfants par femme.

Le niveau de mortalité est en baisse mais reste tout de même élevé : Le taux de mortalité générale est de 11,8‰. Le taux de mortalité infantile (mortalité des enfants de moins d'un an) est passé de 81‰ en 2003 à 65‰ en 2010 (EDS, 2003 et 2010).

L'économie du Burkina Faso est faiblement diversifiée et vulnérable aux chocs internes et externes. Au cours de la période 2010 - 2014, l'activité économique a évolué en dents de scie en raison des aléas climatiques, des évènements socio-politiques et de multiples chocs

exogènes. Le taux de croissance annuel moyen du PIB réel a été de 6,7% sur la période avec un pic de 9,0% en 2012 et un minimal de 2,9% enregistré en 2009<sup>1</sup>.

## **1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso**

### **1.2.1 Organisation administrative**

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

Le niveau central est composé des structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Par ailleurs, au cours de l'année 2013, le département de la santé a connu un changement majeur dans son développement institutionnel. En effet, en octobre 2013, un nouvel organigramme a été adopté. Ainsi, le nombre de directions générales est passé de 5 à 3 et celui des directions techniques et transversales de 27 à 22. Cet organigramme a été de nouveau modifié en mai 2015 pour prendre en compte les préoccupations du secteur de la santé dans le contexte de la transition.

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

Le niveau périphérique est constitué de 70 districts sanitaires dont 63 fonctionnels jusqu'en fin 2014. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système national de santé. Chaque district est dirigé par une équipe cadre de district (ECD), responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

### **1.2.2 Organisation de l'offre de soins**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui 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 dénombrait au compte du sous-secteur public 1 643 CSPS, 35 Centres médicaux (CM) et un certain nombre de maternités isolées (15) et dispensaires isolés (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 ;

---

<sup>1</sup> Rapport national sur la population Burkina Faso 2014

- ⇒ Le deuxième niveau est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) au nombre de neuf (09), ils servent de référence pour les CMA ;
- ⇒ Le troisième niveau est constitué par le centre hospitalier universitaire au nombre de quatre (04) en 2014: Les centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, Pédiatrique Charles De Gaulle et Souro Sanou et l'hôpital sis à Tengandogo. Il est le niveau de référence le plus élevé.

Les activités de santé communautaires sont réalisées par les Agents de santé à base communautaires (ASBC), les ONG de renforcement des capacités (ONG-RenCap) en collaboration avec les Organisation à base communautaire d'exécution (OBC-E) dans le cadre de la contractualisation des activités de santé et par d'autres acteurs de la société civile.

Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (SSA), les infirmeries des sociétés et les services de santé de l'Office de santé des travailleurs.

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2014, on dénombrait 407 structures privées de soins toutes catégories confondues dont 229 et 71 respectivement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

La pharmacopée et la médecine traditionnelle, reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique sont en développement.

### **1.3 Politique Nationale de Santé**

La Politique nationale de santé a été adoptée en 2010 et mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020. Elle définit les grandes orientations stratégiques nationales en matière de santé qui sont :

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

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

Le PNDS traduit les orientations de la PNS en objectifs spécifiques, en axes d'interventions et en actions prioritaires.

## **1.4 Système National d'Information Sanitaire**

Le SNIS est le dispositif chargé de la production et de la diffusion des principaux indicateurs de santé en rapport avec les ressources sanitaires, les activités des services de santé, la morbidité et mortalité au niveau du pays. Le SNIS est placé sous la responsabilité de la Direction générale des études et des statistiques sectorielles.

Le SNIS vise les objectifs spécifiques suivants :

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

Le Burkina Faso s'est doté d'un Entrepôt national de données sanitaires (Endos-BF) depuis 2013. Conçu sur le District health information system, version 2 (DHIS2), il est en ligne et a été déployé à l'échelle du pays. Il intègre les données du sous-secteur privé et celles du monde communautaire. Le faible débit de la connexion internet et l'absence de connexion à certains endroits ne permettent pas une utilisation optimale de cette base de données.

### **1.4.1 Cadre institutionnel**

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

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

### **1.4.2 Cadre organisationnel du SNIS**

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

### 1.4.3 Plan stratégique du SNIS

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

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

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

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

### 1.4.4 Outils normatifs de gestion de l'information sanitaire

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

Afin d'harmoniser la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux, un manuel de procédures de gestion de l'information sanitaires(MPGIS) a été élaboré en 2011. Ce manuel a été relu en 2014 et finalisé en 2015.

#### ➤ **Les métadonnées du SNIS.**

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

## **II. RESSOURCES**

## 2.1 Ressources humaines

### 2.1.1 Personnel de santé

De 2010 à 2014, les effectifs des différentes catégories du personnel de santé sont restés croissants passant de 14 784 à 18 430.

Selon les catégories, le nombre de sages-femmes /maïeuticiens d'Etat est passé de 1 057 en 2010 à 1 744 en 2014, soit une hausse de 65%. Cette augmentation s'expliquerait par les recrutements (direct et professionnel) pour l'atteinte des OMD.

Cependant, depuis l'année 2011, le nombre d'infirmiers brevetés n'a cessé de diminuer passant de 2 852 en 2011 à 2 640 en 2014. Cette baisse s'explique en partie par l'arrêt du recrutement des infirmiers brevetés (politique visant à se conformer aux décisions de l'OOAS) et le changement de catégorie par concours professionnel.

Tableau 1 : Evolution des effectifs du personnel pour quelques emplois de 2010 à 2014

Type de personnel	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins (y compris les spécialistes)	713	738	787	803	857
Pharmaciens	184	223	203	207	217
Infirmiers diplômé d'Etat	3 054	3 214	3 178	3 489	3 718
Infirmiers Brévétés (IB)	2 558	2 852	2 830	2 707	2 640
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	1 057	1 274	1 321	1 591	1 744

### 2.1.2 Personnel de santé dans les structures de soins

Le personnel de santé travaillant dans les structures de soins (CSPS, CM, CMA, CHR/CHU etc.) se chiffre à 17 830, soit 98,9% de l'ensemble du personnel.

Parmi les catégories de personnel, les infirmiers diplômés d'Etat sont les plus nombreux (20,5% en 2014).

Durant les cinq dernières années, la proportion des médecins exerçant dans les structures de soins est passée de 75,6% en 2010 à 90,1% en 2014.

De même la proportion des pharmaciens a augmentée passant de 47,3% à 67,7%.

Tableau 2: situation du personnel de santé exerçant dans les structures de soins de 2010 à 2014

Type de personnel	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins (y compris les spécialistes)	539	620	647	665	772
Pharmaciens	87	155	149	142	147
Infirmiers diplômés d'Etat	2 968	3 179	3 138	3 424	3 659
Infirmiers Breveté IB)	2 504	2 840	2 818	2 644	2 580
Sages-Femmes/ Maïeuticiens d'Etat	1 031	1 260	1 309	1 573	1 736

### 2.1.3 Ratios habitant par personnel de santé

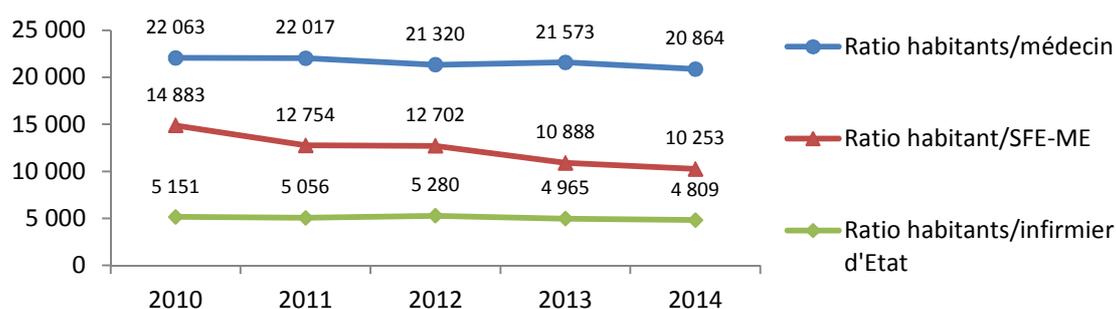
La densité du personnel de santé mesure la disponibilité de la ressource humaine qualifiée, notamment les médecins, les infirmiers/ères, les sages-femmes/ME et d'autres travailleurs de la santé (Attachés de santé, AA, AB, AIS etc.).

Les données de 2014 donnent 8 professionnels de santé pour 10 000 habitants contre 9 en 2012. Cette densité est considérablement inférieure aux 23 travailleurs de la santé préconisés par l'OMS.

Les différents ratios par personnel de santé ont connu une amélioration entre 2010 et 2014. Ils sont passés de 5 151 à 4 809 habitants pour 1 IDE, de 14 883 à 10 253 habitants pour 1 SFE/ME et de 22 063 à 20 864 habitants pour 1 médecin.

Depuis 2013, le Burkina a atteint la norme de l'OMS (5 000 habitants pour 1 IDE) en termes de ratio habitant par infirmier diplômé d'Etat. Pour ce qui est des médecins et des SFE/ME, le niveau reste en deçà de la norme OMS (10 000 habitants pour 1 médecin et 3 000 habitants pour 1 SFE/ME).

Figure 1 : Evolution des ratios habitants par personnel de santé de 2010 à 2014



Source : Annuaire/MS

## 2.2 Infrastructures sanitaires

### 2.2.1 Situation des structures de soins

Le nombre de structures de soins s'établit à 2445 en 2014 contre 2115 en 2010 soit une hausse de 15,6%. La densité des établissements de soins est de 1,37 pour 10 000 habitants en 2014 contre 1,24 en 2012. La valeur de cet indicateur reste inférieure à la norme de l'OMS qui est de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants.

#### 2.2.1.1 Structures publiques de soins

En 2014, le nombre total de formations sanitaires publiques est de 2038, soit une hausse de 2,5% par rapport à 2013. Depuis 2010, le nombre de formations sanitaires publiques est en croissance continue avec un taux moyen annuel de 4,3%. Cette croissance est beaucoup plus perceptible particulièrement au niveau des CSPS entre 2012 et 2013 où elle atteint 7,4%.

Comparativement à l'année 2013, l'année 2014 enregistre 37 CSPS de plus portant ainsi

l'effectif de CSPS en 2014 à 1643.

L'effectif des CMA est passé de 45 en 2013 à 47 en 2014 tandis que celui des CM est passé de 32 à 35. Le nombre de CMA croît de façon linéaire depuis 2010 et celui des CM évolue en dents de scie. Cela s'expliquerait d'une part par la transformation de certains CM en CMA entreprise à travers la réforme du système de santé et d'autre part par la révision des statuts de certains CM en CSPS conformément à leur plateau technique. La situation des structures publiques de soins par type se présente comme suit :

Tableau 3: Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2014

Structure sanitaire	2010	2011	2012	2013	2014
CHU/CHN	3	4	4	4	4
CHR	9	9	9	9	9
CMA	43	44	44	45	47
CM	27	36	51	32	35
CSPS	1 429	1 443	1 495	1606	1643
Dispensaires isolés	124	165	164	123	127
Maternités isolées	30	26	24	14	15
Infirmierie de garnison	20	27	30	19	18
OST	36	74	85	69	69
Autres*	16	69	61	66	71
Total	1 737	1 897	1 971	1987	2038

\*= Infirmieries scolaires, des entreprises publiques et parapubliques (CNSS, SONABEL, etc.), de prison  
Source : Annuaires/MS

### 2.2.1.2 Structures privées de soins

Le nombre de formations sanitaires privées de soins enregistré en 2014 est de 407.

Les structures privées de soins contribuent à l'amélioration de l'offre de soins. Les cabinets de soins infirmiers représentent 44,4% des formations sanitaires privées. Cependant, on note une tendance à la baisse de leur effectif entre 2010 et 2014 qui pourrait être liée à des fermetures pour non-respect de la législation en vigueur ou des transformations vers d'autres types de structures.

Par ailleurs, on note une forte concentration de ces structures privées de soins à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (respectivement 56,3% et 17,2%).

Tableau 4: Situation du nombre de structures sanitaires privées de soins de 2010 à 2014

structures sanitaires privées	2010	2011	2012	2013	2014
Centre médical avec antenne chirurgicale	3	3	3	3	4
Centre médical	23	32	27	29	30
Polyclinique	11	11	11	6	6
Clinique	39	37	41	40	44
Cabinet médical	25	31	22	23	24
Cabinet dentaire	16	9	12	9	13
CSPS	29	32	34	37	39
Clinique d'accouchement	18	19	14	10	10
Cabinet de soins infirmiers	217	210	224	175	181
Autres structures privées	-	-	13	52	56
Total	378	381	385	384	407

Source : Annuaires/MS

### 2.2.2 CSPTS remplissant la norme en personnel

Un CSPTS remplit la norme en personnel lorsqu'il dispose d'au moins un infirmier d'Etat ou breveté, une sage-femme ou une accoucheuse et un agent itinérant de santé ou un manoeuvre.

En 2014, la proportion des CSPTS remplissant cette norme est de 89,8%. Le niveau de l'indicateur a connu une hausse de 6,7 points par rapport à 2010.

Cette hausse serait imputable au renforcement des effectifs à travers le recrutement sur mesures nouvelles des agents de santé ces dernières années.

Au niveau intermédiaire (région), on relève une disparité de la valeur de l'indicateur. Elle varie de 74,4% au Plateau central à 100% dans la région des Cascades. Par ailleurs, quatre régions sanitaires ont enregistré des proportions de CSPTS remplissant les normes en personnel inférieur à l'objectif 2014 du PNDS (85%). Il s'agit des régions du Centre-nord, des Hauts bassins, du Plateau central et du Sud-ouest.

De 2010 à 2014, les régions du Centre-Ouest, du Centre-Est, de l'Est et du Centre- Sud ont enregistré les plus fortes hausses respectivement de 33, 20, 15 et 14 points. Par contre les Hauts-bassins et le Centre-Nord ont connu les plus fortes baisses. Un plan de renforcement des CSPTS en personnel qualifié au profit de ces régions mérite d'être développé.

Tableau 5: Proportions (%) de CSPTS remplissant les normes en personnel de 2010 à 2014

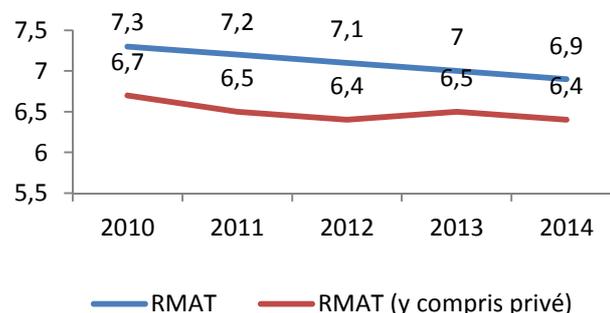
Régions	2010	2011	2012	2013	2014
Boucle du Mouhoun	98,0	96,8	97,0	91,7	97,8
Cascades	90,8	92,8	95,7	100,0	100,0
Centre	94,0	95,1	97,8	95,7	97,9
Centre-Est	74,3	89,3	87,3	87,4	94,4
Centre-Nord	90,7	82,5	74,6	81,1	79,8
Centre-Ouest	54,1	83,6	78,1	81,8	87,1
Centre-Sud	75,3	74,4	57,4	60,4	90,0
Est	80,0	92,7	88,5	91,1	95,1
Hauts-Bassins	98,6	97,2	91,6	90,8	83,1
Nord	86,4	90,1	94,3	92,5	89,6
Plateau Central	75,2	80,0	67,3	73,5	74,4
Sahel	89,7	100,0	97,1	95,3	96,6
Sud-Ouest	79,3	76,8	79,3	71,9	82,2
Burkina Faso	83,1	88,8	85,3	86,1	89,8

Source : Annuaires/MS

### 2.2.3 Rayon moyen d'action théorique

En 2014 le RMAAT est de 6,9 km. Il est en amélioration d'environ 0,1 point par an pour les cinq dernières années. En prenant en compte le secteur privé, on note une amélioration du RMAAT qui passe de 6,7 km en 2010 à 6,4 km en 2014. Cette contribution permet de réduire la distance moyenne à parcourir d'environ ½ km.

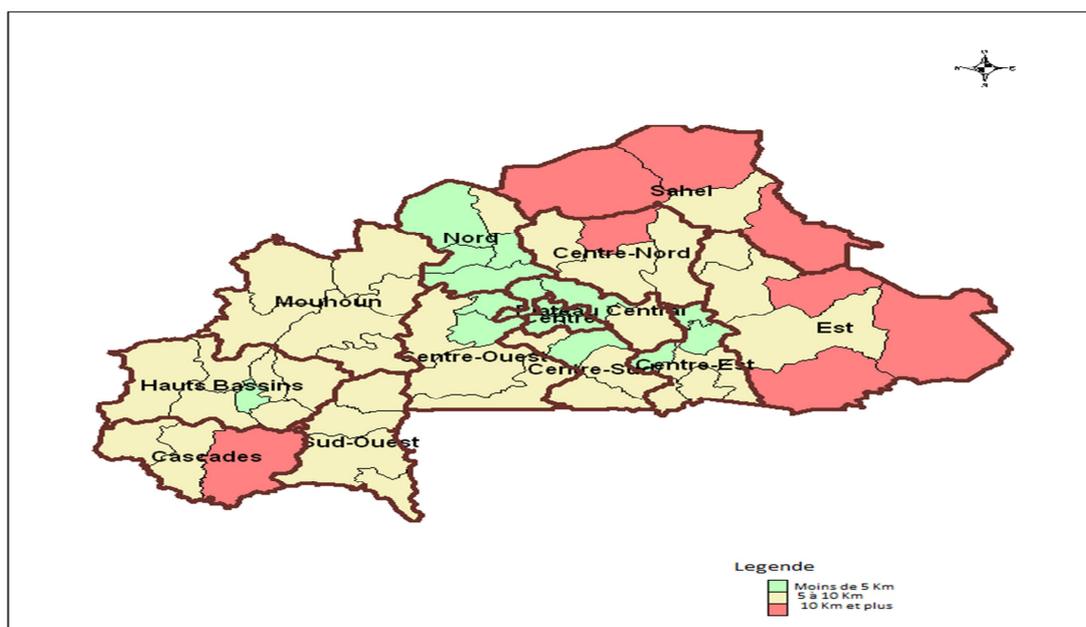
Figure 2 : Evolution du RMAAT (km) de 2010 à 2014



En dépit de cette évolution qui s'explique par l'ouverture de nouvelles formations sanitaires, un effort reste encore à faire pour rapprocher les populations des centres de santé conformément à la norme nationale de 5 km fixé par le PNDS.

La carte ci-dessous présente la situation du RMAAT par district/région en 2014

Carte 1: Situation du RMAAT par région en 2014

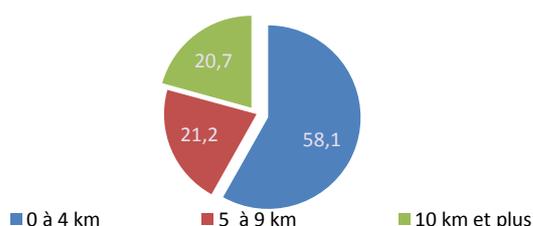


Le RMAAT, bien qu'en baisse au plan national en 2014, des disparités se dissimilent entre les régions sanitaires. Trois (03) régions ont atteint la norme de 5 km en 2014. Il s'agit des régions du Centre (1,7 km), du Plateau Central (4,5 km) et du Nord (4,9 km). Toutefois, cinq régions ont enregistré un RMAAT supérieur à la moyenne nationale. Les régions du Sahel (11,1 km) et du Sud-Ouest (10,6 km) détiennent les RMAAT les plus élevés en 2014. Cette situation pourrait s'expliquer entre autre, par la grande superficie non habitée qui affecte négativement le niveau de l'indicateur.

#### 2.2.4 Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de base

En 2014, la proportion de la population située à moins de 5 km d'une formation sanitaire était de 58,1% et 20,7% au-delà de 10 km. Les régions de l'Est (41,2%) et du Sahel (47,8%) présentent les proportions les plus élevées de la population située à plus de 10 km d'une formation sanitaire.

Figure 3: répartition de la population selon la distance à la FS (CM, CSPS, dispensaire et maternité isolés)

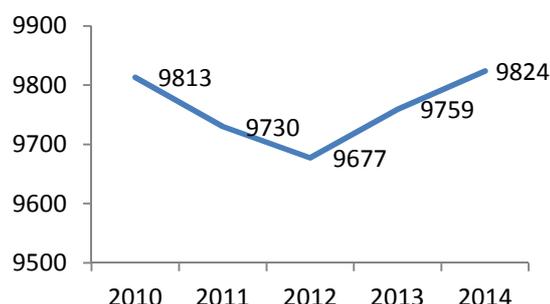


#### 2.2.5 Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de base

Le ratio nombre d'habitants par formation sanitaire de base en 2014 est de 9 824.

Depuis 2010, on observe une amélioration de l'indicateur jusqu'en 2012. Après 2012, le niveau de l'indicateur s'est dégradé passant de 9 677 à 9 824 habitants/formation sanitaire. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par un faible taux de couverture sanitaire par rapport à la croissance démographique.

Figure 4: Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2010-2014



Les efforts doivent se poursuivre en termes de construction de centres de santé car la norme OMS de 5 000 habitants/formation sanitaire de base est loin d'être atteinte.

#### 2.2.6 Situation de la gestion des DMEG

En 2014, le nombre de dépôts MEG est de 1 836 au niveau national sur 1 880 formations sanitaires publiques. Le gap s'explique par le fait que certaines formations sanitaires ne disposent pas de DMEG.

Le pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture au niveau national est de 81,3% en 2014 alors qu'il était de 75,9% en 2013. La disponibilité en médicaments essentiels génériques s'est certes améliorée en 2014 mais reste toujours en deçà de l'objectif visé par le PNDS qui est de 95%.

La situation des DMEG par région sanitaire se présente dans le tableau suivant :

Tableau 6: Situation des DMEG des régions sanitaires en 2014

Région	DMEG	DMEG n'ayant pas connu de rupture	% DMEG n'ayant pas connu de rupture
Boucle du Mouhoun	218	172	78,9
Cascades	82	59	72,0
Centre	104	72	69,2
Centre est	152	73	48,0
Centre-Nord	139	111	79,9
Centre-Ouest	177	169	95,5
Centre-Sud	122	97	79,5
Est	127	105	82,7
Hauts-Bassins	171	145	84,8
Nord	209	199	95,2
Plateau Central	133	100	75,2
Sahel	90	84	93,3
Sud-Ouest	112	107	95,5
Burkina Faso	1836	1493	81,3

Source : Annuaire MS 2014

Les régions du Centre-Ouest, du Nord et du Sud-Ouest ont connu très peu de rupture de médicaments. En effet, au moins 95% des DMEG de ces régions n'ont pas connu de rupture au cours de l'année 2014. Par contre dans la région du Centre-est, la situation semble très préoccupante car seulement 48% des formations sanitaires n'ont pas eu de rupture en médicaments.

## 2.3 Ressources financières

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

Selon les comptes de la santé, la Dépense nationale de santé (DNS) qui comprend les dépenses courantes et les dépenses en investissement a été évaluée à 380, 02 milliards de FCFA en 2013 contre 338,8 milliards de F CFA en 2012 soit un accroissement de l'ordre de 12,1% sur la période. Cet accroissement s'explique par le volume des dépenses de l'administration publique, des ménages et du secteur privé.

La dépense nationale de santé par habitant et par an a enregistré une croissance régulière depuis 2011. Entre 2011 et 2013, elle a connu une hausse de 8,6%, passant respectivement de 18 817 FCFA à 21 937 FCFA.

Le principal mécanisme par lequel les populations ont obtenu les services de santé reste caractérisé par les paiements directs des ménages. Cependant, on note une légère baisse de ces paiements passant de 38,0% en 2012 à 34% en 2013. Les fonds extérieurs représentent 27,0% de la dépense totale de santé. Malgré le financement par le Fonds mondial de la campagne MILDA en 2013, le reste du monde vient en 3<sup>ème</sup> position dans les dépenses de santé après les ménages et l'Etat.

Le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA qui constituent des problèmes majeurs de santé publique ont fait l'objet d'études spécifiques. Les estimations des financements et des

dépenses de ces maladies sur la période 2012 et 2013 font ressortir les principales informations suivantes : une forte hausse des dépenses de santé du paludisme liées à la campagne MILDA 2014 (+41,1%) ; des dépenses contre la tuberculose (+63,5%), et une baisse substantielle des dépenses au niveau du VIH/Sida (-27,8%). Les dépenses de la santé de la reproduction ont connu une croissance de 58,1% sur la période. Toutes ces dépenses restent fortement marquées par les financements extérieurs dont la contribution varie de 20,1% pour la SR et le paludisme à 65,4% pour le VIH/Sida.

Tableau 7: Quelques résultats des comptes de la Santé

Indicateurs	2011	2012	2013
Dépenses nationale de santé (millions de FCFA)	305 776	338 848	380 018
Dépenses des ménages (millions de FCFA)	111 886	115 420	120 316
Dépenses publiques en santé (millions de FCFA)	97 994	102 592	106 862
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	32,0	30,3	30,0
Dépenses de santé par habitant (F CFA)	18 817	20 194	21 937
Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	6,0	5,7	6,6
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	36,6	34,1	31,7
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat	8,1	7,5	6,0

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

La part du budget de l'Etat consacré au Ministère de la santé est passée de 12,5% en 2013 à 12,7% en 2014 soit une augmentation de 0,2 point

La synthèse des allocations financières donne un montant global de 196,6 milliards de FCFA en 2014 et un montant dépensé de 165,1 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 84,0%. Comparativement à 2013, le taux d'absorption est en baisse de 2,8 points.

Les fonds alloués aux directions centrales représentent 65,2% de l'ensemble des financements. En 2013, ils étaient de 55,8%. Pour ce qui est des plans d'action des structures déconcentrés les proportions des montants alloués aux régions sanitaires et aux centres hospitaliers sont respectivement de 17,8% et de 15,4%.

Certaines dépenses effectuées par le niveau central sont pour le compte des districts, les centres hospitaliers et les régions sanitaires : c'est le cas de certaines constructions et acquisitions (équipements, vaccins, intrants et médicaments) exécutées par des directions centrales et programmes et projets au profit des niveaux intermédiaire et périphérique.

Le taux d'absorption le plus faible s'observe dans les directions centrales (79,6%), tandis que le plus élevé est enregistré au niveau des programmes (95,8%).

La synthèse des financements des structures du Ministère de la santé se présente dans le tableau ci-après.

Tableau 8: synthèse des financements des structures du ministère de la santé en 2014

Structures	Montant alloué	Proportion (%)	Montant dépensé	Proportion (%)	Taux d'absorption (%)
Régions sanitaires	35 077 396 717	17,8	33 252 277 203	20,1	94,8
Centres Hospitaliers	30 303 865 735	15,4	27 066 579 192	16,4	89,3
Directions centrales	128 240 336 987	65,2	102 021 359 690	61,8	79,6
Programmes	2 979 217 260	1,5	2 854 854 876	1,7	95,8
ONG Rencap	-	0,0	-	0,0	-
Total	196 600 816 699	100,0	165 195 070 961	100,0	84,0

Source : Bilan du plan d'action 2014 du Ministère de la santé

### 2.3.3 Dépenses liées aux IGR

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SCADD et de l'accélération de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé, des interventions essentielles dites Interventions à gain rapide (IGR) ont été définies dans le contexte du Burkina Faso. Le tableau suivant fait le point des dépenses liées aux IGR en 2014.

Tableau 9: Dépenses liées aux IGR en 2014 (IGR corrigées en FCFA)

STRUCTURE	Dépense totale courante	Montant dépensé IGR corrigé	Poids corrigé des IGR (%)
Directions Centrales	31 422 560 556	18 801 160 937	59,8
Boucle du Mouhoun	4 073 158 866	2 895 877 342	71,1
Cascades	2 080 779 720	1 302 463 696	62,6
Centre	9 306 453 311	3 223 984 510	34,6
Centre-Est	3 239 769 200	1 998 076 929	61,7
Centre-Nord	2 393 701 150	1 689 258 297	70,6
Centre-Ouest	3 047 580 010	1 881 244 368	61,7
Centre-sud	1 569 477 197	1 087 533 379	69,3
Est	3 268 645 277	2 219 571 654	67,9
Hauts-Bassins	4 985 376 012	3 067 436 998	61,5
Nord	3 194 848 760	1 885 013 239	59,0
Plateau-central	1 765 904 890	1 303 590 826	73,8
Sahel	2 709 521 788	1 903 316 546	70,2
Sud-Ouest	2 087 025 722	1 364 361 602	65,4
Total général	75 144 802 459	32 186 519 994	42,8

Source : Bilan du plan d'action 2014 du Ministère de la santé

Au niveau national, les dépenses consacrées aux IGR s'élèvent à 32,2 milliards de FCFA soit 42,8% des dépenses totales courantes. Cette proportion était de 53,9% en 2013.

Selon les régions, le Centre (34,6%) et le Nord (59,0%) ont enregistré des proportions inférieures à la norme nationale ( $\geq 60\%$ ).

### **III. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT**

## 3.1 Planification familiale

### 3.1.1 Disponibilité des produits contraceptifs

La planification familiale est une des stratégies prioritaires en matière de réduction de la mortalité maternelle. L'enquête SARA réalisée en 2014 par la DSS, révèle que 91% des formations sanitaires offre des services de planification familiale. La capacité opérationnelle de ces structures à offrir le service a été évalué en fonction de la disponibilité des sept (7) éléments traceurs que sont:

- Les directives sur la planification familiale ;
- le personnel formé à la planification familiale au cours des trois dernières années ;
- le stéthoscope et l'appareil de mesure de la tension artérielle ;
- la fiche PF ;
- les préservatifs masculins ;
- les contraceptifs oraux combinés ;
- les contraceptifs injectables.

Les résultats ont montré que seulement 54% de ces structures disposaient de l'ensemble des sept éléments traceurs. Le score de disponibilité globale est de 90%. Les éléments traceurs les moins disponibles ont été le personnel formé et les directives en matière de planification familiale.

L'effectivité de cette offre est soutenue par les résultats de l'enquête GPRHCS réalisée annuellement par l'IRSS qui indiquent que 97% des points de prestation disposent d'au moins trois méthodes contraceptives. Toutefois, sur les trois dernières années, les chiffres sont en régression passant de 99,5% en 2012 à 97% en 2014.

Quant à la disponibilité des produits contraceptifs, 82,5% des points de prestation n'ont pas connu de rupture au cours de l'année 2014. Le niveau de l'indicateur est en hausse depuis 2011.

Tableau 10: situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les points de prestations de 2011 à 2014

	2011	2012	2013	2014
% des points de prestations ayant au moins trois méthodes	90,3	99,5	98,5	97
% des points de prestations n'ayant pas connu de ruptures de produits contraceptifs	12,3	25,1	79,9	82,5

Source : Enquêtes GPRHCS 2011, 2012, 2013 et 2014

### 3.1.2 Utilisation des méthodes contraceptives

Dans les formations sanitaires offrant les services de planification familiale, 1 452 671 utilisatrices des méthodes contraceptives ont été enregistrées en 2014. Le taux d'utilisation est alors de 34,3% soit une hausse de 1,9 point par rapport à 2013.

Un recul sur les cinq dernières années montre une évolution quasi stationnaire de

l'indicateur. Ainsi, après la hausse de 5,9 % entre 2010 et 2011, le niveau de l'indicateur a varié entre -0,3 à +1,9 points jusqu'en 2014.

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives le plus faible a été enregistré dans la région du Centre-Est avec 24,4% tandis que la région des Hauts-Bassins a enregistré le plus fort taux avec 34,3%. Seulement cinq régions ont atteint la moyenne nationale.

Figure 5: évolution de taux d'utilisation(%) des méthodes contraceptives de 2010 à 2014

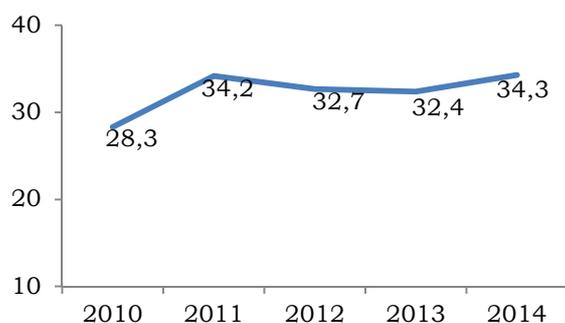
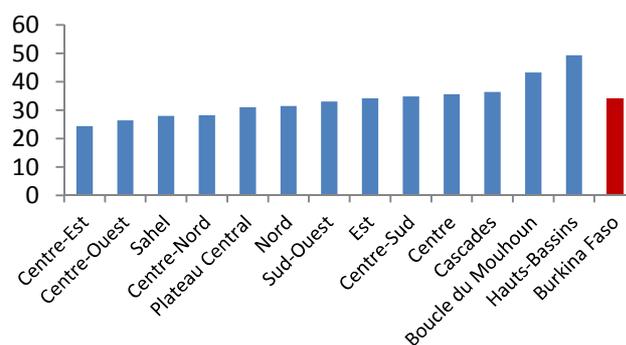


Figure 6: Taux d'utilisation(%) des méthodes contraceptives par région en 2014



Le nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes contraceptives enregistré en 2014 est de 579 396. Cet effectif est en hausse de 13,5% par rapport à 2013.

La répartition de ces utilisatrices montre que la méthode injectable reste la plus choisie (46%). Celles ayant opté pour les méthodes de longue durée (DIU et implants) représentent 27,5% contre 24,5% en 2013. Aucune vasectomie n'a été réalisée au cours de la période.

Tableau 11: Répartition des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives par méthode en 2014

Méthodes	Nombre de nouvelles utilisatrices	Proportion (%)
Injectables	266 748	46,0
Implants	147 344	25,4
Pilules	95 020	16,4
Préservatifs	51 727	8,9
DIU	11 967	2,1
Méthodes naturelles	6 021	1,0
Diaphragme	409	0,1
Spermicides	109	0,0
Ligature des trompes	51	0,0
Vasectomie	0	0,0
Total	579 396	100

### 3.1.3 Couple-années de protection

L'utilisation des méthodes contraceptives en 2014 a permis de réaliser 841 299 couples-années de protection. Le nombre de couples- années de protection est en croissance depuis 2011 ce qui témoigne d'une meilleure utilisation des méthodes contraceptives modernes. Cette tendance évolutive est constatée dans toutes les régions.

Tableau 12: Nombre de couple année protection par région de 2011 à 2014

Régions	2011	2012	2013	2014
Boucle du Mouhoun	43 433	52 589	67 829	105 787
Cascades	13 878	22 473	29 160	34 215
Centre	83 647	102 171	102 599	109 225
Centre-Est	23 819	28 071	40 442	57 359
Centre-Nord	27 586	40 448	45 997	54 393
Centre-Ouest	26 212	46 691	66 374	71 062
Centre-Sud	32 271	36 464	45 828	45 760
Est	38 520	48 053	67 015	74 583
Hauts-Bassins	78 518	87 503	95 852	104 364
Nord	32 269	37 466	42 309	62 022
Plateau Central	28 558	34 733	40 717	44 839
Sahel	17 953	23 042	31 213	37 240
Sud-Ouest	24 272	28 273	34 948	40 451
Burkina Faso	470 936	587 977	710 285	841 299

## 3.2 Consultation prénatale

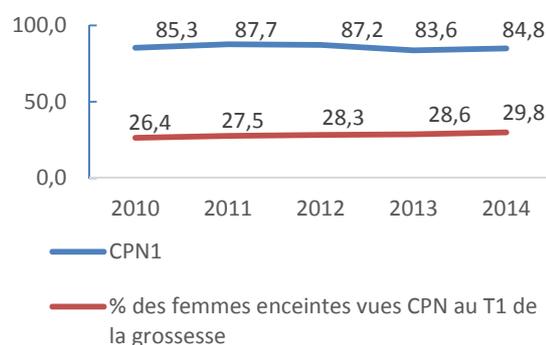
Les soins prénatals sont essentiels pour prévenir ou détecter et prendre en charge les complications pendant la grossesse. L'OMS recommande pour toute femme enceinte, au moins quatre visites prénatales dont la première au cours du premier trimestre même en l'absence de complication. L'enquête SARA indique que 90% des formations sanitaires offrent les services de soins prénatals. La disponibilité de ces services a été évaluée à travers quatre (4) éléments traceurs. Il s'agit de la supplémentation en fer + acide folique, du traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme, de la vaccination antitétanique et de la surveillance de la grossesse.

Les données de routine de l'année 2014 montre que 828 854 femmes ont été vues en première consultation prénatale soit une couverture de 84,8%. Parmi ces dernières, celles qui étaient au premier trimestre de leur grossesse représentaient 29,8%.

Les données de routine de l'année 2014 montre que 828 854 femmes ont été vues en première consultation prénatale soit une couverture de 84,8%.

Parmi ces dernières, celles qui étaient au premier trimestre de leur grossesse représentaient 29,8%.

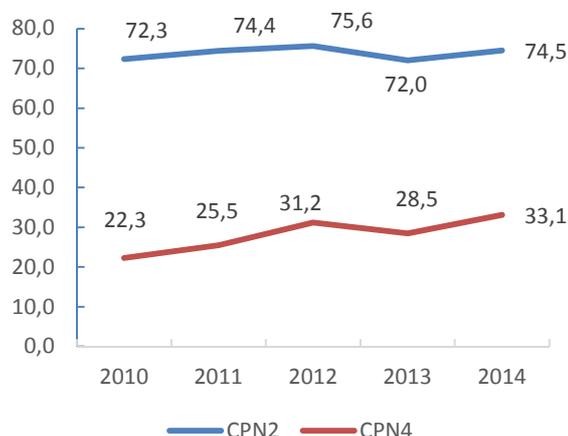
Figure 7: Evolution du taux (%) de CPN1 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale au T1 de la grossesse de 2010 à 2014



Quant aux taux de couverture en CPN2 et en CPN4 ils sont respectivement de 74,5% et 33,1% ; ces indicateurs se sont améliorés par rapport à 2013 mais l'objectif du PNDS qui est de 35% de couverture pour la CPN4 reste non atteint.

L'écart entre la CPN1 et la CPN4 persiste sur les cinq dernières années et cela pourrait s'expliquer par le non-respect de la première consultation au premier trimestre de la grossesse et les abandons.

Figure 8: Evolution du taux (%) de CPN2 et de CPN4 de 2010 à 2014



### 3.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH)

La disponibilité des services PTME dans les formations sanitaires est un indicateur essentiel dans la lutte contre la transmission du VIH d'une mère à son enfant. L'enquête SARA s'est intéressée à ce volet et ses résultats en 2014 indique que 88% des établissements (tout type) offrent des services de PTME. Cette disponibilité a été évaluée sur la base des 7 éléments suivants :

- le conseil en la planification familiale pour femmes enceintes VIH+,
- le conseil et le dépistage VIH pour les femmes enceintes,
- la prophylaxie ARV pour les femmes enceintes,
- la prophylaxie ARV pour les enfants nés de mères VIH+,
- le conseil pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,
- les conseils nutritionnels aux femmes enceintes VIH+ et à leurs enfants,
- le conseil et le dépistage VIH pour les enfants nés de mères VIH+.

Selon les données de routine, sur 1822 structures sensées mettre en œuvre la PTME, 1813

offrent effectivement les prestations de PTME soit 99,5%. Cette proportion était de 97,7% en 2013.

L'utilisation des services a également été cernée à travers des résultats des activités de dépistage et de prise en charge de l'infection à VIH dans les formations sanitaires.

Le test de dépistage du VIH a été effectué par 83,4% des femmes vues en CPN1 soit une légère amélioration comparativement à l'année 2013 où cette proportion était de 82,3 %. Le taux de séropositivité chez ces femmes est passé de 0,8% en 2013 à 0,9% avec des valeurs extrêmes enregistrées dans les régions de l'Est (0,3%) et du Centre (1,7%).

Quant aux résultats de la prise en charge, 94,6% des mères VIH+ et 71,4% des enfants nés de mère séropositives ont bénéficié d'un traitement prophylactique complet aux ARV. Ces proportions se sont améliorées respectivement de 23,9 points et de 9,6 points par rapport à 2013. En 2012, 92,1% de mère séropositives avaient bénéficié d'un traitement prophylactique complet aux ARV.

Parmi les enfants testés à la PCR, 9,9% avait un résultat positif en 2014. Cette proportion était de 10,6% en 2013.

Tableau 13: Indicateurs de PTME/VIH par région en 2014

Région	couverture des FS en prestations de PTME/VIH	Taux de dépistage	% de femmes enceintes testées VIH+	% de mères VIH+ ayant reçu les ARV prophylactiques complets	% d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu les ARV prophylactiques complets	% Enfants testés positifs à la PCR (y compris la DBS)
Boucle du Mouhoun	100,0	84,0	1,0	83,4	59,7	7,8
Cascades	100,0	82,9	0,9	107,1	59,4	2,6
Centre	99,1	79,7	1,7	107,0	98,3	10,7
Centre-Est	100,0	88,2	0,7	107,1	82,3	15,1
Centre-Nord	98,6	91,7	0,7	79,2	51,8	4,3
Centre-Ouest	99,4	90,2	1,2	104,3	80,4	12,7
Centre-Sud	98,1	83,7	0,8	71,7	35,8	0,0
Est	100,0	82,4	0,3	84,4	71,0	10,3
Hauts-Bassins	100,0	90,1	1,0	95,7	62,4	11,2
Nord	100,0	75,1	0,9	88,2	65,2	0,0
Plateau Central	100,0	93,7	1,1	92,1	68,6	9,1
Sahel	100,0	62,7	0,5	98,1	79,6	10,7
Sud-Ouest	97,3	93,6	1,1	94,7	71,8	9,9
Burkina Faso	99,5	83,4	0,9	94,6	71,4	9,9

Source : Rapport PTME 2014

### 3.4 Accouchement

#### 3.4.1 Accouchements assistés par du personnel qualifié

Selon l'enquête SARA 2014, 88% des formations sanitaires déclarent offrir des services d'accouchements assistés par voie basse. Le taux d'accouchements assistés dans les FS en 2014 est de 86,2%. Il est en hausse par rapport à celui de 2013 (80,5%).

La région du Centre enregistre un taux d'accouchements assistés de plus de 100%, suivie du Nord avec 95,7%, de la Boucle du Mouhoun avec 93,2% et des Hauts-Bassins avec 90,5%. Pour une bonne amélioration du niveau de cet indicateur, les agents de santé, notamment les accoucheuses, les sages-femmes et les maïeuticiens d'Etat, doivent être formés en nombre suffisant pour faire face au besoin. En outre, une sensibilisation en communauté sur l'importance de l'accouchement assisté en dans les centres de santé est nécessaire pour réduire les accouchements à domicile.

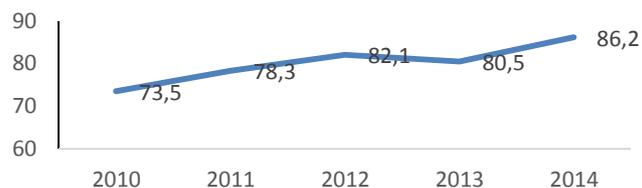
Parmi les 63 districts sanitaires, seuls les districts de Baskuy, de Gaoua et celui de Gorom-Gorom ont un taux d'accouchements assistés inférieur à 60%. Au regard la norme SCADD qui est de 80% en 2014, 43 districts soit 68,3% ont atteint ce seuil.

Tableau 14: Situation des accouchements assistés par région de 2010 à 2014

Régions	2010	2011	2012	2013	2014
Boucle Mouhoun	83,2	86,1	88,4	83,9	93,2
Cascades	71,5	78,9	89,6	88	89,2
Centre	87,4	93,3	89,4	86,2	100,4
Centre-Est	79,5	78,8	83,4	79,6	87,7
Centre-Nord	65,0	71,6	73,1	81,1	82,9
Centre-Ouest	67,4	72,4	81,2	72,2	77,8
Centre-Sud	80,5	76,0	76,0	73,7	74,7
Est	63,4	68,5	72,6	70,4	76,3
Hauts-Bassins	75,7	84,7	92,7	88,6	90,5
Nord	77,3	84,8	88,9	88,6	95,7
Plateau Central	84,8	85,7	87,6	81,0	85,7
Sahel	56,2	63,0	68,5	70,7	77,4
Sud-Ouest	60,3	67,4	71,5	81,8	77,0
Burkina Faso	73,5	78,3	82,1	80,5	86,2

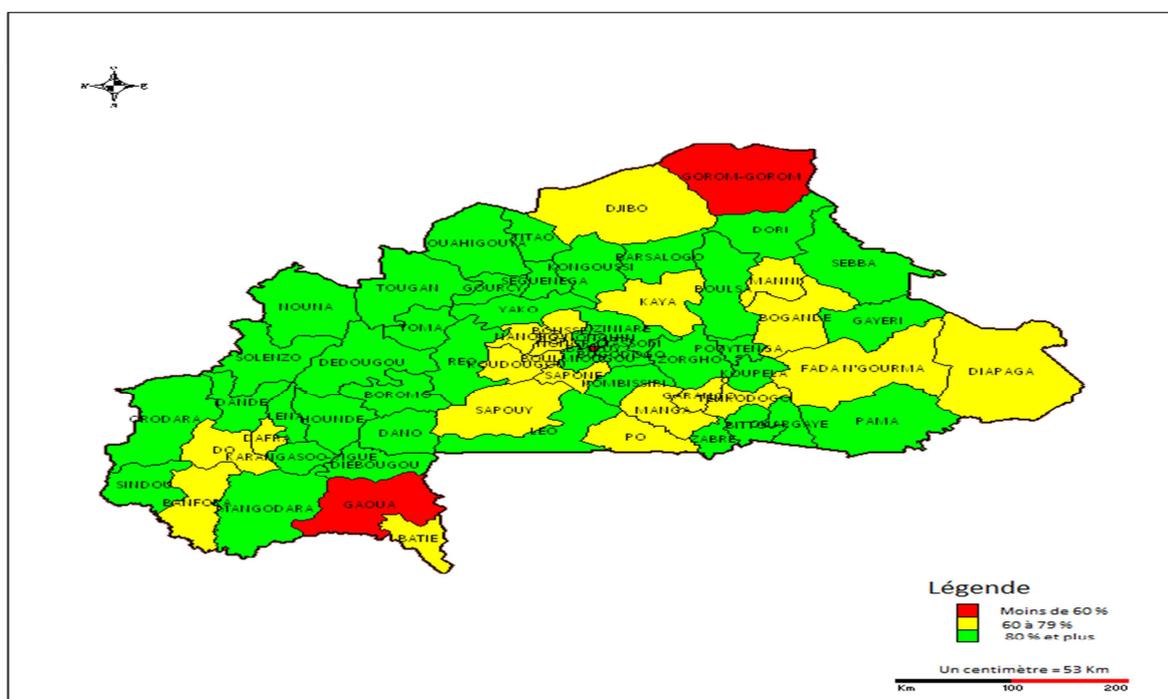
La situation des accouchements assistés dans les FS est satisfaisante, du point de vue de l'évolution. En effet, de 2010 à 2014, on observe une nette progression de 12,7 points. Cependant, entre 2012 et 2013, une baisse de 1,6 point a été constatée.

Figure 9: Evolution de la situation des accouchements assistés de 2010 à 2014



La carte ci-dessous nous montre la répartition du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié par district sanitaire.

Carte 2 : taux d'accouchements assistés en 2014



### 3.4.2 Césariennes

Selon l'enquête SARA 2014, plus de 89% des hôpitaux et polycliniques offrent des prestations de césariennes. Cette proportion est de 60% au niveau des CMA et cliniques. Parmi ces structures, 73% avaient une capacité opérationnelle d'offrir des services pour les césariennes, au vu de l'ensemble des éléments traceurs suivants :

- La disponibilité en personnel qualifié pour la césarienne
- La présence des normes et directives en matière de SONUB et de SONUC
- L'équipement et la capacité de diagnostic
- La disponibilité des médicaments et produits pour la prise en charge des complications obstétricales.

Le nombre de césariennes réalisées dans les formations sanitaires a connu une hausse, passant de 16 146 en 2013 à plus de 18 975 en 2014. Les hôpitaux ont réalisé 44,2% des césariennes ; ce qui est en baisse par rapport à 2013 où cette proportion était de 46,1%.

Tableau 15: Répartition des césariennes par région en 2014

Région	Césarienne	Taux de réalisation des césariennes (%)
Boucle du Mouhoun	1370	1,6
Cascades	511	1,6
Centre	6233	7,8
Centre est	1278	1,9
Centre-Nord	1133	1,5
Centre-Ouest	1065	1,6
Centre-Sud	587	1,7
Est	974	1,1
Hauts-Bassins	2532	3,0
Nord	1242	1,9
Plateau Central	783	2,0
Sahel	682	1,2
Sud-Ouest	585	1,7
Burkina Faso	18 975	2,3

Source : Annuaire 2014/MS

### 3.4.3 Avortement

En 2014, les FS ont enregistré 30 928 cas d'avortements dont 48 thérapeutiques. Le nombre d'avortement a connu une hausse de 6,7% comparativement à 2013.

Les avortements enregistrés représentent 31,6 pour 1000 grossesses attendues. Les régions du Centre et des Hauts Bassins enregistrent environ 30% des avortements avec respectivement 46,5 et 46,8 avortements pour 1000 grossesses attendues.

Tableau 16: situation des avortements par région en 2014

Régions	Nombre d'avortements spontanés	Nombre d'avortements clandestins	Nombre d'avortements thérapeutiques	Total avortement	Avortements pour 1000 grossesses attendues
Boucle du Mouhoun	2 735	121	0	2 856	28,0
Cascades	1 431	96	3	1 530	39,0
Centre	3 739	696	27	4 462	46,5
Centre-Est	2 392	123	7	2 522	30,6
Centre-Nord	2 369	143	2	2 514	27,6
Centre-Ouest	1 647	172	1	1 820	22,4
Centre-Sud	971	160	2	1 133	26,6
Est	2 495	77	1	2 573	24,2
Hauts-Bassins	4 218	465	3	4 686	46,8
Nord	2 294	61	2	2 357	30,5
Plateau Central	1 411	115	0	1 526	31,7
Sahel	1 684	48	0	1 732	25,2
Sud-Ouest	1 117	100	0	1 217	28,9
Burkina Faso	28 503	2 377	48	30 928	31,6

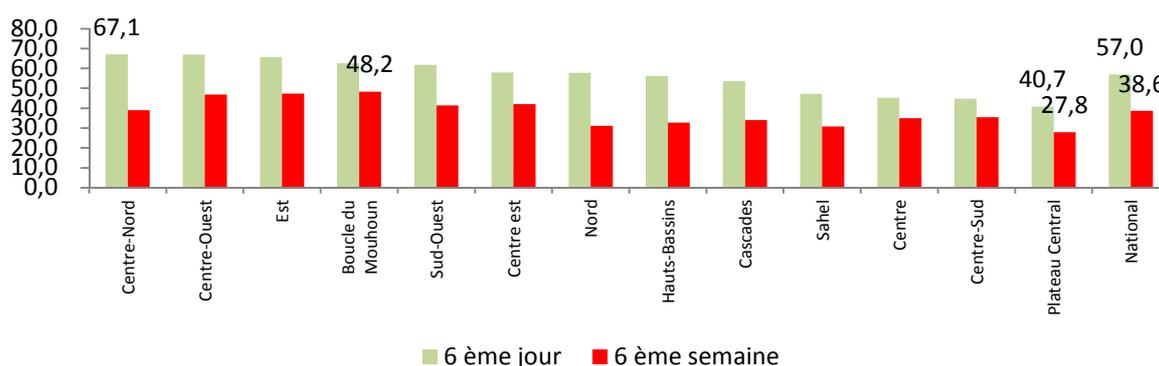
Source : Annuaire 2014/MS

### 3.5 Consultation postnatale

La proportion de femmes reçues en consultation postnatale est respectivement de 61,8% et 41,4% pour le 6e jour et pour la 6e semaine. Ces proportions sont en hausse par rapport à 2013 où elles étaient respectivement de 50% et de 34,9%.

Au niveau régional, la couverture en consultation postnatale du 6e jour varie de 40,7% au Plateau-Central à 67,1% au Centre-Nord. Quant à celle de la 6e semaine, elle est de 27,8% au Plateau-Central et 48,2% dans la Boucle du Mouhoun.

Figure 10: Couverture (%) en consultation postnatale en 2014



Source : Annuaire 2014/MS

### 3.6 Prise en charge des cas de fistule et des séquelles d'excision

La réparation des fistules gynéco-obstétricales a été appréciée au cours de l'enquête SARA dans les hôpitaux de référence que sont les CHR/CHU et l'HNBC. Sur l'ensemble de ces structures, 72% offrent des prestations de réparation des fistules gynéco-obstétricales.

Les structures sanitaires ont enregistré 52 réparations réussies de fistules gynéco-obstétricales. En 2013, ce nombre était de 19. Plus de la moitié des cas ont été pris en charge dans la Boucle du Mouhoun.

Sur l'ensemble des séquelles d'excision pris en charge, 63 réparations réussies ont été enregistrées au cours en 2014. Il s'agit surtout de cas d'accolement (54,0%). En plus des accolements et des kystes, d'autres types de séquelles d'excision ont été réparés avec succès dont 18 dans la région du centre.

Tableau 17: Situation des réparations réussies des cas de fistule et de séquelles d'excision en 2014

Régions	Fistules	Séquelles d'excision			Autres séquelles
		Accolement	Chéloïde	Kystes	
Boucle du Mouhoun	29	0	0	0	2
Cascades	1	0	0	0	0
Centre	3	4	0	0	18
Centre-Est	17	4	0	0	0
Centre-Nord	0	9	0	0	0
Centre-Ouest	0	1	0	0	0
Centre-Sud	0	0	0	0	0
Est	0	1	0	0	1
Hauts-Bassins	0	1	0	0	0
Nord	0	14	0	0	2
Plateau Central	0	0	0	0	0
Sahel	2	0	0	1	5
Sud-Ouest	0	0	0	0	0
<b>Burkina Faso</b>	<b>52</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>28</b>

Source : annuaire 2014/MS

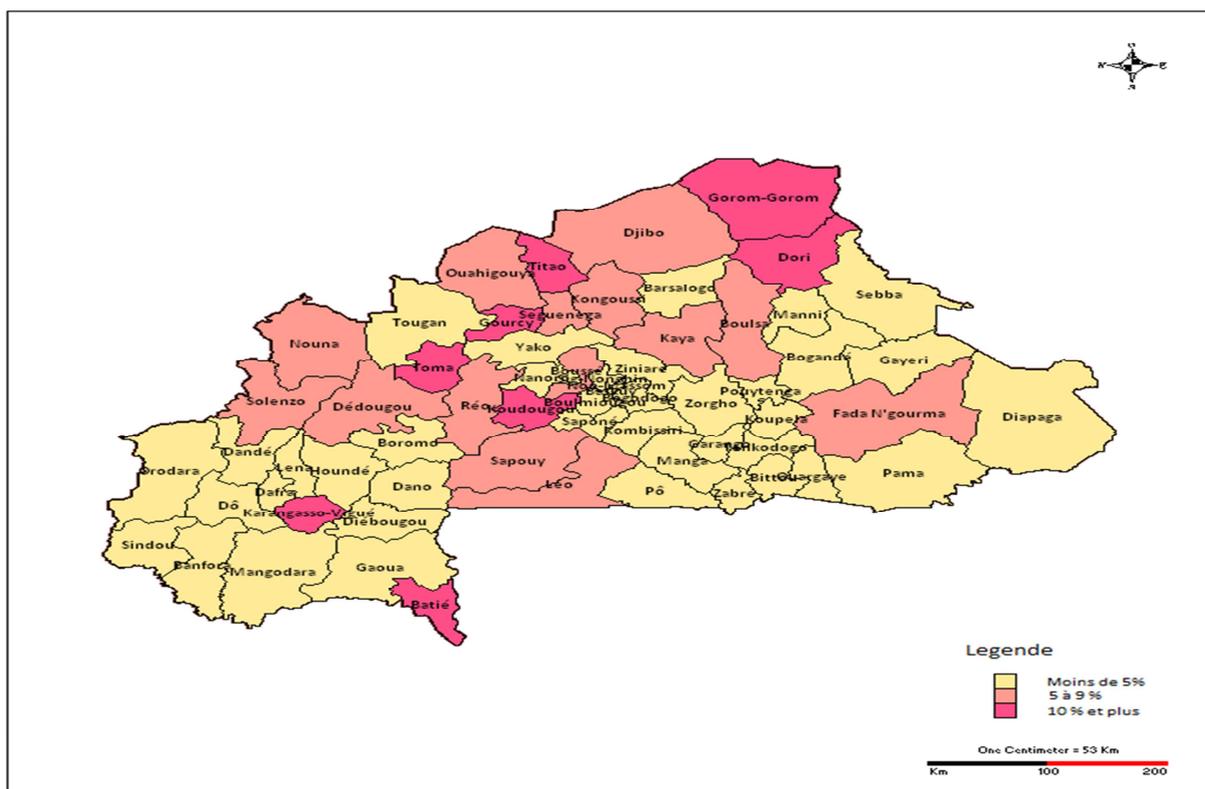
### 3.7 Surveillance nutritionnelle

#### 3.7.1 Surveillance de routine

Selon les résultats de l'enquête SARA 2014, la surveillance nutritionnelle est réalisée en routine dans toutes les FS publiques et dans 74% des structures sanitaires privées. En zone rurale, toutes les FS offrent cette prestation contre 84% de FS en zone urbaine. Cette surveillance est surtout réalisée au cours de la consultation du nourrisson sain.

Au cours de l'année 2014, au total 4 008 815 de consultations de nourrissons sains ont été réalisées dans les FS. Elles ont permis de dépister 537 752 malnutris aigus dont 33,2% de MAS. Cette proportion était de 31,0% en 2013.

Carte 3: Distribution par DS de la proportion des MAS en 2014



### 3.7.2 Performance de la prise en charge nutritionnelle

Au cours de l'année 2014, 210 022 malnutris aigus modérés sont sortis du programme de PEC avec un taux de guérison de 91,0 % et 1,7% de létalité. Le taux de guérison le plus élevé est enregistré dans la région du Plateau Central (96,6%). La létalité la plus élevée est observée au Sud-Ouest (5,4%).

En hospitalisation, le taux de guérison des malnutris aigus sévères est de 85,9% et la létalité de 9,9%. Cinq régions ont enregistré une létalité de moins de 10%. La région du Centre-Sud enregistre une létalité alarmante selon les références OMS (20,5%).

La PEC en ambulatoire a enregistré les performances suivantes : un taux de guérison de 92,3%, une létalité de 1,7 % et 7,4% d'abandon. Si globalement ces performances sont conformes aux seuils définis par l'OMS, les régions du Centre-Nord, du Nord et du Sud-Ouest ont une létalité supérieure à 3% admis comme valeur acceptable.

Tableau 18 : Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2014

Régions	MAM			MAS AMBULATOIRE			MAS INTERNE		
	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)
Boucle du Mouhoun	89,8	0,4	9,8	93,2	0,5	6,3	80,0	11,4	8,6
Cascades	95,0	0,0	5,0	93,4	0,7	5,9	79,8	11,7	8,4
Centre	90,4	3,5	6,1	80,9	2,1	16,9	91,6	4,9	3,5
Centre-Est	92,2	0,1	7,7	92,7	0,6	6,7	90,1	4,8	5,1
Centre-Nord	89,7	4,6	5,7	89,7	4,7	5,5	83,0	12,4	4,5
Centre-Ouest	86,9	0,5	12,5	88,3	0,7	11,0	84,7	12,8	2,5
Centre-Sud	88,5	0,2	11,3	96,0	0,2	3,8	76,9	20,5	2,6
Est	96,4	0,8	2,9	95,1	0,8	4,2	90,3	6,8	2,8
Hauts-Bassins	89,1	0,2	10,7	90,4	0,9	8,7	72,1	12,2	15,8
Nord	90,0	4,2	5,8	89,5	5,1	5,5	88,3	6,8	4,9
Plateau Central	96,6	0,0	3,4	95,0	0,2	4,8	94,4	3,3	2,3
Sahel	90,5	0,0	9,4	96,4	0,3	3,3	88,4	11,3	0,3
Sud-Ouest	87,1	5,4	7,5	88,3	5,4	6,3	85,1	11,5	3,4
Burkina Faso	91,0	1,7	7,4	92,3	1,7	6,1	85,9	9,9	4,2

Source : Annuaire 2014/MS

### 3.7.3 Données d'enquêtes nutritionnelles

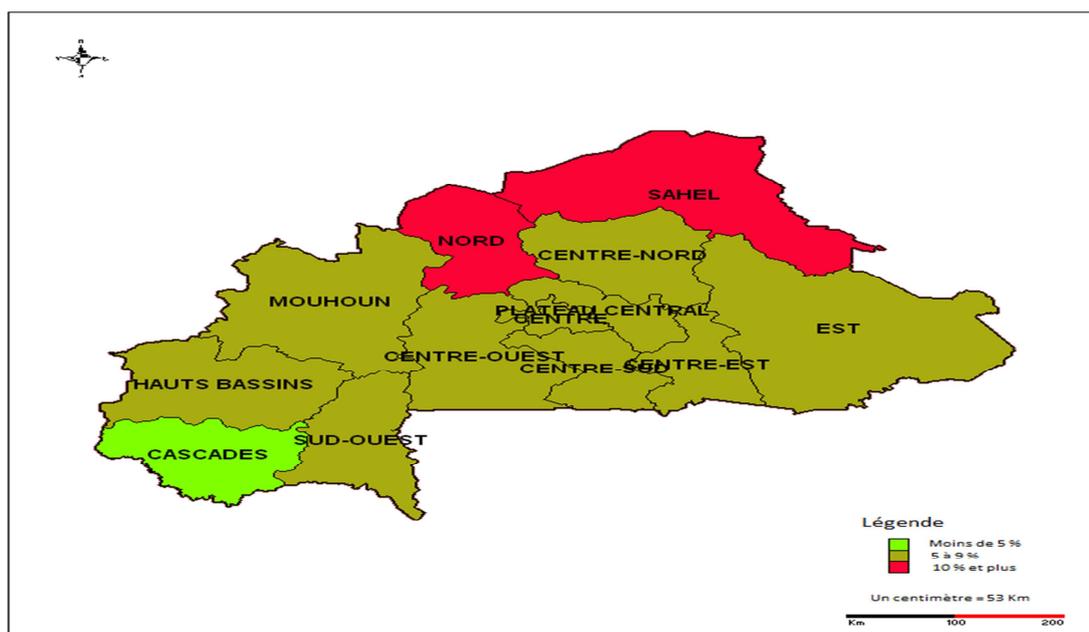
Tout comme les années antérieures, une enquête nutritionnelle nationale a été organisée en 2014. Réalisée selon la méthodologie « Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition » (SMART), elle a permis d'avoir des données récentes et fiables sur l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois.

#### 3.7.3.1 Prévalence de la malnutrition aigüe globale

Au plan national la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 8,6 % dont 1,7% de forme sévère. Cette prévalence est en hausse de 0,4 point comparativement à 2013.

Les régions du Nord (11,8%) et du Sahel (11,7%) ont enregistré une prévalence supérieure au seuil de 10% défini comme critique par l'OMS. La plus faible prévalence est enregistrée dans la région des Cascades (3,9%).

Carte 4: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition aigüe globale en 2014

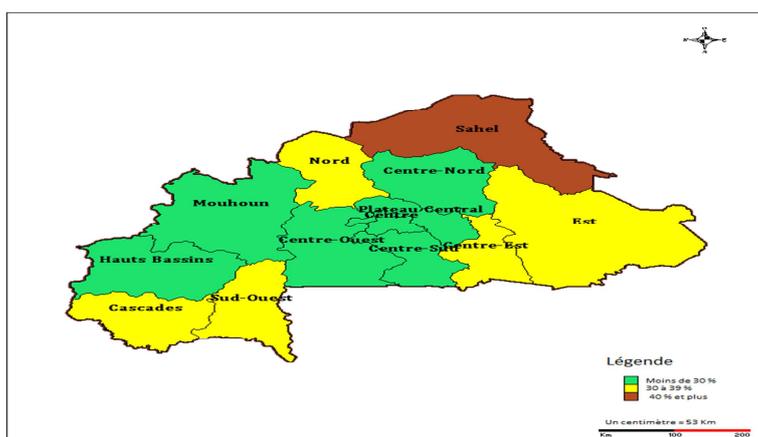


### 3.7.3.2 Prévalence de la malnutrition chronique

Globalement, la prévalence de la malnutrition chronique est de 29,1% dont 8,3% de forme sévère selon la référence OMS 2006. Cette prévalence est en baisse constante. Elle était de 35% en 2010.

La prévalence de la malnutrition chronique varie de 10,4% dans la région du Centre à 43,3% dans la région du Sahel. Seules sept régions n'ont pas franchi le seuil d'endémie sévère selon l'OMS qui est de 30%.

Carte 5: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition chronique en 2014



### 3.7.3.3 Prévalence de l'insuffisance pondérale

Sur l'ensemble du pays, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 20,1% dont 4,3% de forme sévère. La proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale est en baisse depuis 2010.

La prévalence de l'insuffisance pondérale varie de 8,8% dans la région du Centre à 29,5% dans la région du Sahel. Cinq régions présentent une prévalence supérieure au seuil d'endémie sévère défini par l'OMS (20%). Aucune région n'a atteint le seuil d'endémie très sévère de 30%.

Carte 6: Distribution par région de la prévalence de l'insuffisance pondérale en 2014

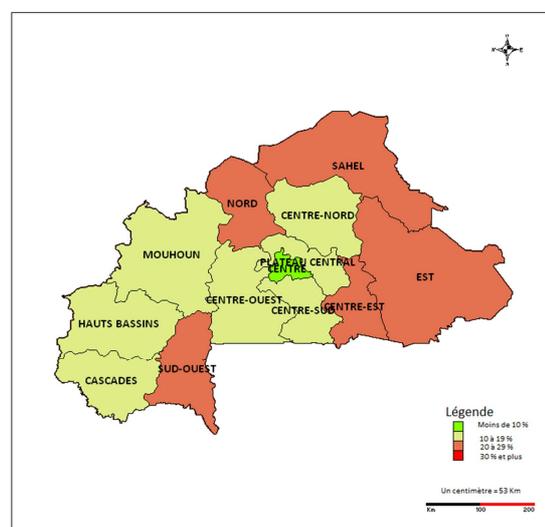
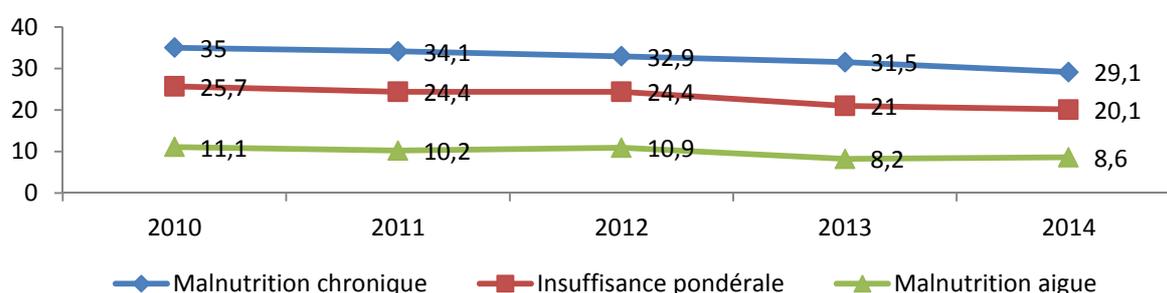


Figure 11: Prévalence de la malnutrition aigüe, de 2010 à 2014



### 3.7.3.4 Prévalences de la malnutrition par excès

Le surpoids et l'obésité (suralimentation) sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Bien que ce type de malnutrition fût peu connu dans le contexte de notre pays, il commence à apparaître comme un phénomène nouveau au Burkina Faso. Ainsi, au plan national en 2014, sur un total de 15 853 enfants de 6 à 59 mois couverts par l'enquête SMART, 169 enfants, (soit 1,2%) sont suralimentés (surpoids+obésité). Les prévalences du surpoids et de l'obésité ont été estimées respectivement à 1,1% et 0,1%. La plus grande prévalence de suralimentations est observée dans la région du Centre (2,5% dont 0,4%

d'obésité). En outre, on observe 0,3 % d'enfants obèses dans la région du Sahel. Cette forme de surpoids reste très faible dans les autres régions.

Tableau 19: Prévalence de la malnutrition par excès par région en 2014

	Effectif (N)	Surpoids (+2 < PT ≤ +3 z scores)	Obésité (PT > +3 z scores)	Suralimentation (Surpoids+Obésité) PT > +2 z scores
Boucle du Mouhoun	3 429	0,7	0,2	0,9
Cascades	650	1,8	0,2	2,0
Centre	541	2,2	0,4	2,5
Centre-Est	1 656	0,9	0,1	1,0
Centre-Nord	2 074	0,8	0,2	0,9
Centre-Ouest	643	0,5	0	0,5
Centre-Sud	1 282	1	0	1,0
Est	723	1	0	1
Hauts-Bassins	1 258	0,9	0,1	0,9
Nord	696	0,4	0,0	0,4
Plateau Central	1 781	0,7	0,1	0,8
Sahel	695	1,9	0,3	1,9
Sud-Ouest	404	0,7	0,0	0,7
Burkina Faso	15 853	1,1	0,1	1,2

La baisse de la prévalence de la malnutrition résulte de la conjugaison de plusieurs actions que sont :

- le Passage à l'échelle de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans les régions du Sud-ouest, du Centre sud et du Centre
- la Dotation des DS et des centres de PECMA en intrants pour la prévention et la prise en charge des cas de malnutrition
- Les formations des acteurs des régions de l'Est, du Centre nord, du Sahel, du Plateau central, du Centre ouest, du Nord et des Cascades sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).
- la Mise en œuvre de la phase pilote de la distribution communautaire de poudres de micronutriments aux mères des enfants de 0-23 mois
- la réalisation des campagnes de supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois et le déparasitage de ceux de 12- 59mois avec des couvertures atteignant respectivement

### 3.8 Vaccination

Selon les résultats obtenus à partir de l'enquête SARA 2014, 86% des formations sanitaires offrent des services de vaccination. Cette proportion est de 89% pour les formations sanitaires (FS) du 1er échelon. Seulement 45% de FS offrent les prestations de vaccination au quotidien.

La vaccination est mise en œuvre à travers le Programme élargi de vaccination (PEV) dont les cibles sont les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer. Elle permet d'améliorer considérablement la qualité de vie des femmes et des enfants, en réduisant de façon significative, la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Les antigènes comme le BCG, le VPO, le Pentavalent (DTC-HeB-Hib), le VAR et le VAA sont les vaccins administrés aux enfants. Le VAT est administré aux femmes en âge de procréer avec comme porte d'entrée le plus souvent la consultation prénatale.

Tableau 20: situation de la couverture (%) vaccinale de 2010 à 2014

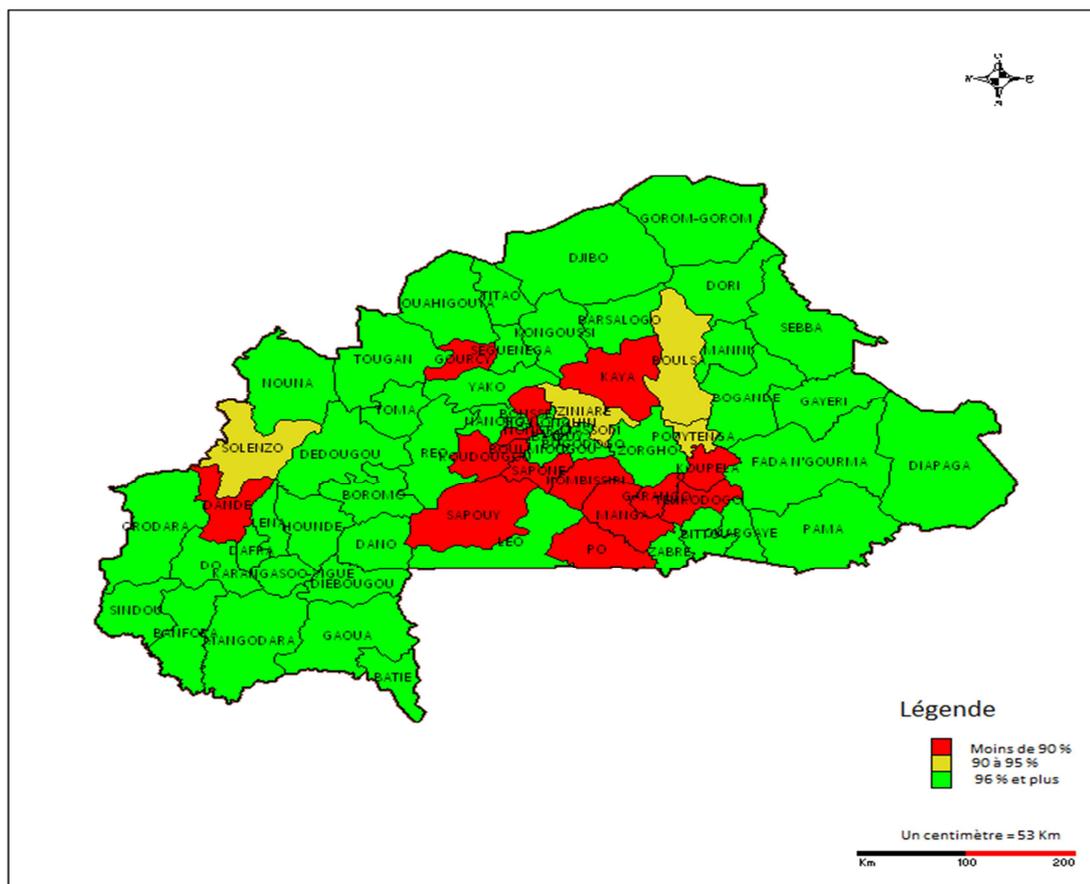
ANTIGÈNES	2010	2011	2012	2013	Objectifs 2014	2014
BCG	104	109	109	106	100	105,8
VPO 3	103	103	103	101	100	103,0
PENTA 3	103	103	103	101	100	103,1
Pneumo1					100	104,0
Pneumo3					100	88,7
Rota1					100	103,0
Rota3					100	86,3
VAR1	99	100	101	100	100	99,7
VAR2						16,8
VAA	99	100	101	100	100	99,7
VAT2+	96	91	93	88	95	81,8
Taux d'abandon PENTA1/PENTA3	3,8	2,9	3,3	3,4	≤ 5	5,2
Taux d'abandon BCG/VAR	12,5	13,7	12,8	12,7	≤ 12	13,6

Dans l'ensemble, Les couvertures vaccinales sont satisfaisantes et les objectifs ont été atteints pour tous les antigènes sauf le Pneumo3, le Rota3 et le VAT2+. La faible couverture en VAT2+ pourrait s'expliquer par la non-maitrise de l'estimation du dénominateur. Les taux d'abandon entre le PENTA1-PENTA3 et entre le BCG-VAR sont moins satisfaisants puisqu'ils dépassent les objectifs fixés, qui étaient respectivement de 5 et 12%.

L'approche « atteindre chaque district (ACD) » préconise que 80% des districts atteignent au moins 80% de couverture pour tous les antigènes. Selon cette approche, tous les districts ont atteint l'objectif.

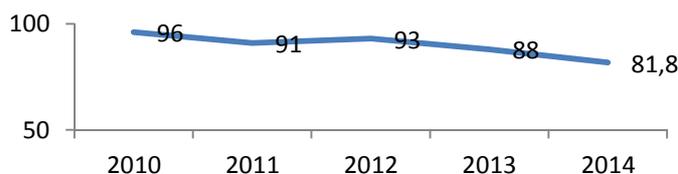
Cependant, en ce qui concerne le VAR, 26% des districts restent en déca du seuil de 90% défini par l'OMS pour le premier contact. Ce seuil permet d'apprécier les districts à faible risque d'épidémie de rougeole.

Carte 7: couverture vaccinale du VAR par district en 2014



On constate une régression de la couverture vaccinale du VAT2+ chez les femmes enceintes qui est passée de 96% en 2010 à 81,8% en 2014.

Figure 12: Evolution de la couverture vaccinale (%) du VAT 2+ chez les femmes enceintes de 2010 à 2014



Le taux de couverture par antigène chez les moins d'un an est de 99,7% pour le VAR et 105,8% pour le BCG en 2014. La proportion des enfants complètement vaccinés est de 98,7%.

Tout comme l'année précédente, en 2014, quatre (04) passages de journées nationales de vaccination (JNV) ont été réalisés afin de prévenir la poliomyélite chez les enfants de moins de 5 ans. Les couvertures vaccinales lors de ces passages sont respectivement de 101,2%, de 101,1% de 101,2% et de 101,0%.

En dehors des JNV, aucune région n'a bénéficié d'une campagne de journées locales de vaccination (JLV) en 2014.

## **IV. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

## 4.1 Méningite

La situation épidémiologique de la méningite est marquée ces dernières années par des épidémies localisées et d'ampleurs diversifiées à travers le pays.

Pour faire face à la récurrence des épidémies de méningite à NmA, le Burkina Faso a réalisé en décembre 2010 une campagne nationale de vaccination de masse préventive contre la méningite à méningocoque A dont les résultats ont été jugés satisfaisants (couverture à 100% au niveau national et dans tous les districts).

Après cette campagne, un seul cas de NmA a été enregistré en 2014 au district sanitaire de Ouahigouya. La stratégie de surveillance cas par cas a été optée dans le cadre du renforcement de la surveillance de cette maladie.

### 4.1.1 Evolution des cas de méningite par semaine en 2014

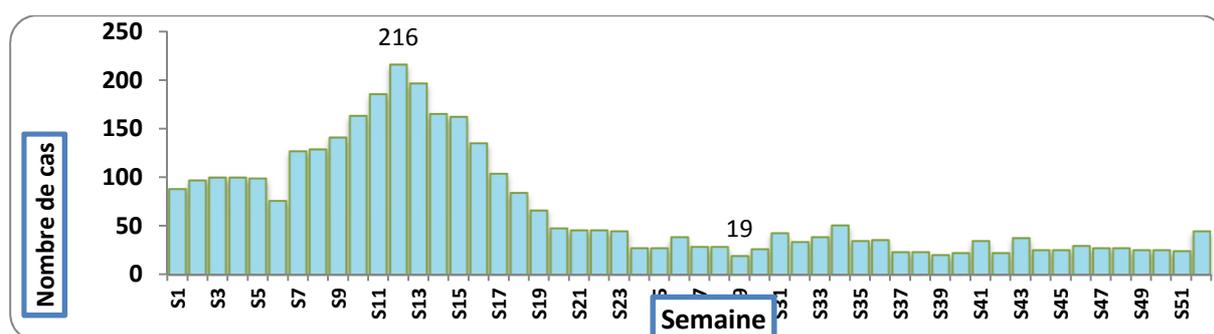
Les analyses de tendance sont faites hebdomadairement à tous les niveaux pour décrire l'incidence de la maladie ; ce qui permet de détecter à temps d'éventuels foyers épidémiques.

En 2014, au total 3 633 cas suspects de méningite ont été notifiés, contre 2 984 en 2013 soit une augmentation de 21,7%.

Dès la première semaine, 89 cas de méningites ont été enregistrés dans les formations sanitaires. Dans la même semaine, le district sanitaire de Houndé a franchi le seuil d'alerte avec un taux d'attaque de 6 cas pour 100 000 habitants.

Le nombre de cas suspects de méningite a connu une augmentation progressive pour atteindre un pic à la semaine 13 comme l'indique le graphique ci-dessous.

Figure 13 Evolution hebdomadaire des cas de méningite en 2014



Source : Rapports TLOH 2014, DLM/SS

### 4.1.2 Incidence des cas

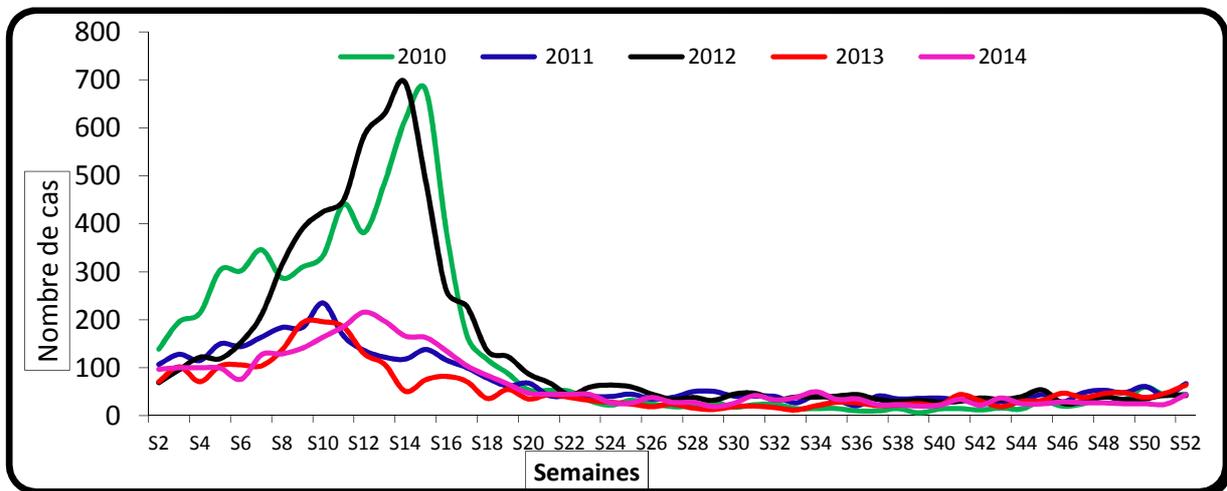
L'incidence cumulée est de 20,3 cas pour 100 000 habitants au plan national. Elle connaît une hausse de 2,9 points par rapport à 2013.

Au cours des 5 dernières années, les plus fortes incidences cumulées ont été

observées entre la semaine 8 et la semaine 17.

Les années de fortes incidences (2010, 2012) ont été caractérisées par une prédominance du méningocoque tandis que le pneumocoque a été prédominant pendant les années de faibles incidences.

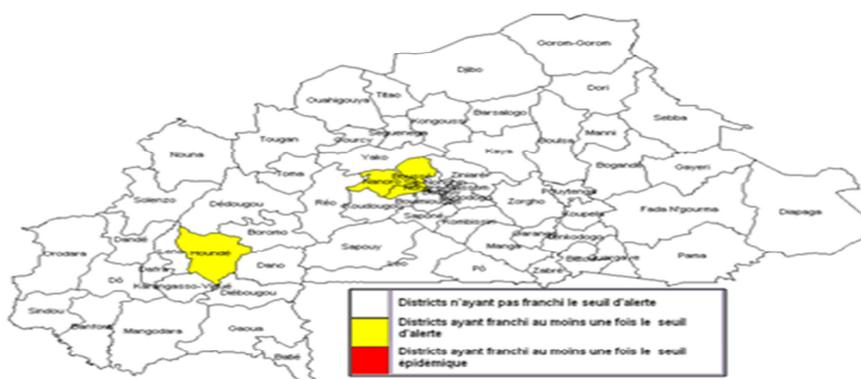
Figure 14: courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2010 à 2014



Source : Rapports TLOH 2014, DLM/SSE

Sur le plan épidémiologique, aucun district n'a franchi le seuil épidémique (taux d'attaque hebdomadaire supérieur ou égale à 10 cas pour 100 000 habitants) Cependant, trois districts sur les soixante-trois fonctionnels ont franchi le seuil d'alerte (taux d'attaque hebdomadaire de 5 à 9 cas pour 100 000 habitants). Il s'agit des districts sanitaires de Houndé à la première semaine, Boussé à la septième semaine et Nanoro à la douzième semaine avec respectivement un taux d'attaque de 6 cas, 7,6 cas et 8,2 cas pour 100 000 habitants.

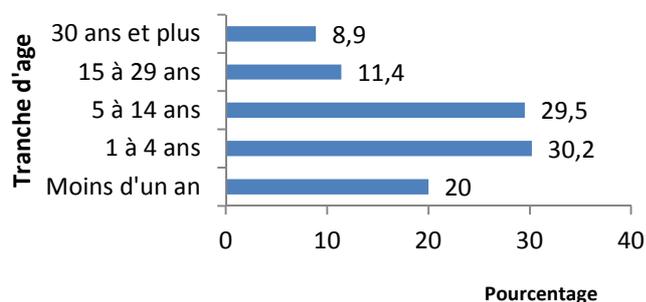
Carte 8: Situation épidémiologique de la méningite par district en 2014



### 4.1.3 Répartition des cas par âge

La répartition des cas selon l'âge montre que les moins de 15 ans ont été les plus touchés avec 79,7%. En 2013, 79,4% des patients avaient moins de 15 ans.

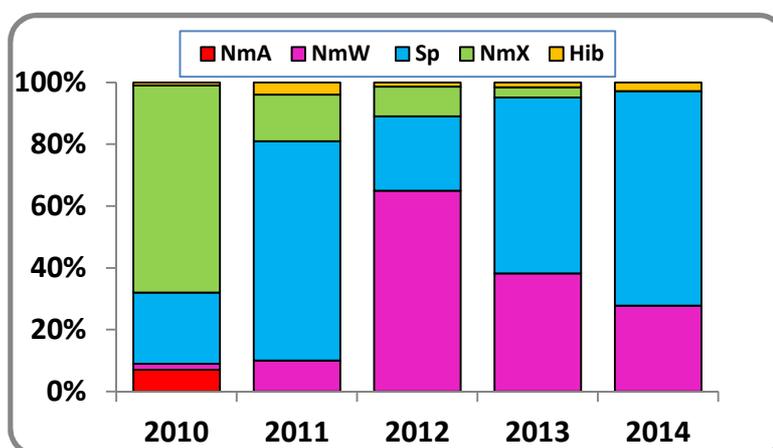
Figure 15: Répartition des cas suspects de méningite par tranche d'âge en 2014 (N = 2 702)



Source : Liste descriptive des cas 2014, DLM/SSE

En 2014 sur 2 785 prélèvements analysés dans les laboratoires de référence, 792 se sont révélés positifs. Le germe le plus en cause est le streptococcus pneumoniae (67,1%) suivi du NmW (29,3%). Depuis 2010, on observe une baisse continue du nombre de cas dû au NmX.

Figure 16: Proportion (%) des germes identifiés de 2010 à 2014 par le laboratoire



Sources : Rapports résultats de laboratoire 2014, DLM/SSE

### 4.1.4 Létalité de la méningite

La létalité de la méningite en 2014 est de 10,9% contre 12,3% en 2013, soit une baisse de 2,6 points. Cette létalité reste au-dessus de la norme de 10% tolérée par l'OMS en cas d'épidémie. Elle varie de 6,4% dans la région du Centre à 16,1% dans le Sud-Ouest.

## 4.2 Choléra

Aucun cas de choléra n'a été enregistré au Burkina Faso en 2013 et 2014 contrairement à 2011 et 2012 où on a enregistré respectivement 25 et 143 cas.

## 4.3 La Rougeole

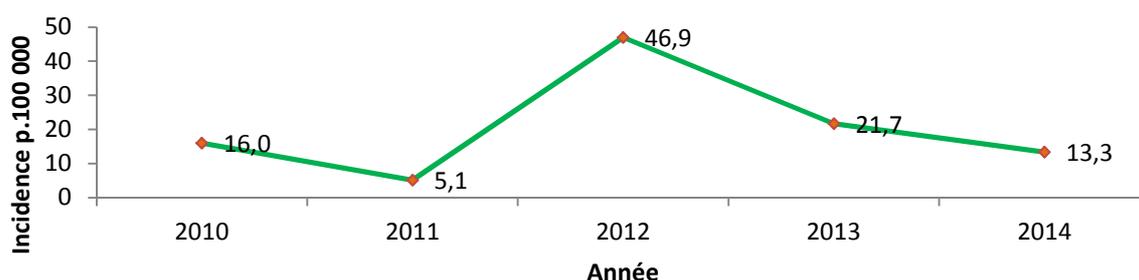
Le nombre de cas suspects de rougeole notifiés en 2014 est de 2 384 dont 8 décès contre 3 752 cas dont 11 décès en 2013. Les régions de l'Est, du Centre-Est, et du

Nord sont les plus touchées et enregistrent respectivement 48,4%, 21,0 et 9,4% des cas du pays.

Quant aux résultats de laboratoire de référence, sur 1 683 cas ayant fait l'objet d'analyse, 40,6% se sont révélés positifs aux IgM rougeole contre 49,1% en 2013.

L'incidence cumulée est de 13,3 cas pour 100 000 habitants en 2014. Après le pic de 46,9 cas pour 100 000 habitants en 2012, elle est en nette régression. Elle est passée à 21,7 en 2013 et de 13,3 en 2014. Elle reste néanmoins deux fois plus élevée par rapport à 2011.

Figure 17: Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants au Burkina Faso de 2010 à 2014



#### 4.4 La fièvre jaune

Le nombre de cas d'ictère fébrile notifié en 2014 est de 1 040 dont 33 décès soit une létalité de 3,2%. En 2013, il était de 916 cas avec 4,1% de létalité. L'incidence est de 5,8 cas pour 100 000 habitants au niveau national et varie de 13,1 dans la Boucle du Mouhoun à 1,0 au Plateau Central.

Aucun cas de fièvre jaune n'a été notifié en 2014 après analyse des prélèvements des cas d'ictères fébriles.

Tableau 21: Répartition des cas et décès d'ictère fébrile en 2014 par région sanitaire

Région	Cas	Décès	Létalité (%)	Incidence (p.100 000)
Boucle du Mouhoun	232	10	4,3	13.09
Cascades	64	1	1,6	8.98
Centre	78	2	2,6	3.21
Centre-Est	54	0	0,0	3.78
Centre-Nord	52	4	7,7	3.46
Centre-Ouest	51	1	2,0	3.47
Centre-Sud	37	1	2,7	4.72
Est	87	4	4,6	5.56
Hauts-Bassins	165	3	1,8	8.69
Nord	155	5	3,2	10.61
Plateau Central	9	0	0,0	1.06
Sahel	13	0	0,0	1.05
Sud-Ouest	43	2	4,7	5.56
Burkina Faso	1040	33	3,2	5.82

Sources : Rapports TLOH 2014, DLM/SSE

#### 4.5 Les Diarrhées sanguinolentes

Au cours de l'année 2014, 891 cas de diarrhées sanguinolentes ont été notifiés avec zéro(0) décès. Le nombre de cas a considérablement baissé par rapport aux années précédentes (5130 cas en 2012 et 1748 cas en 2013). Cette baisse pourrait s'expliquer par les actions entreprises dans le renforcement du diagnostic des maladies sous surveillance.

L'incidence de la diarrhée sanguinolente en 2014 est de 5,0 cas pour 100 000 habitants. L'incidence la plus élevée a été observée dans la région des cascades (50,5 p 100 000).

#### 4.6 La poliomyélite

Les différents indicateurs ont connu une baisse en 2013. Ceci est consécutif à une faible notification des cas dans la communauté et dans les formations sanitaires.

Au plan national, les objectifs ont été atteints pour les deux indicateurs majeurs de 2010 à 2014. Aucun cas de polio virus sauvage (PVS) autochtone n'a été enregistré depuis le 25 octobre 2009. Ainsi, le Burkina Faso a soumis en 2014 sa documentation pour la certification à la demande de l'OMS.

Tableau 22: performance de la surveillance des PFA de 2010 à 2014

INDICATEURS	NORMES	ANNEES				
		2010	2011	2012	2013	2014
Taux de PFA non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans.	≥ 2	3,80	3,72	3,97	3,52	3,60
Pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie.	≥ 80%	89,33	87	89	88	91,53
Proportion des districts avec au moins 2 cas pour 100 000 enfants de moins de quinze ans (%)	100	77,77	87	87	75	84

Source : rapport annuel 2014 de la DPV

#### 4.7 La Maladie à Virus Ebola (MVE)

Suite à l'apparition des cas de MVE dans certains pays de la sous-région, le Burkina Faso a entrepris des actions visant à prévenir la survenue de cette maladie et aussi à riposter face à une éventuelle épidémie. Aucun cas n'a été notifié au cours de l'année 2014.

### **Quelques actions entreprises dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique en 2014:**

- Appui à l'investigation des cas de maladies à potentiel épidémique.
- Elaboration et diffusion du nouveau guide SIMR et des supports de collecte des données.
- Elaboration et la diffusion de la directive nationale de lutte contre la maladie à virus Ebola.
- Pré positionnement des médicaments et consommables pour la prise en charge gratuite des cas de maladies à potentiel épidémique (MPE), saison épidémique 2014-2015.
- Diffusion des messages de sensibilisation à la télévision et à la radio.
- Elaboration des plans de préparation et de riposte aux épidémies (méningite, choléra, Ebola).
- Evaluation des capacités de base pour la mise en œuvre du RSI (2005).
- Rencontres de briefing des agents de santé et les acteurs des autres secteurs ministériels (sapeurs-pompiers, medias, commerçant, TPS.....) sur la MVE.
- Mise en place de dispositifs de surveillance de la MVE au niveau des points d'entrée.
- Dotation de kits de protection, matériel de désinfections et d'ambulances pour les 13 régions du Burkina
- Mise en place d'une ligne verte (80-00-11-20) dans le cadre de la lutte contre la MVE.
- Sorties d'évaluation du dispositif de surveillance de la MVE au niveau des points d'entrée.
- Formation des équipes d'intervention rapide (EIR) et de prise en charge des cas du niveau national avec l'appui de l'OMS.

## **V. MALADIES D'INTERET SPECIAL**

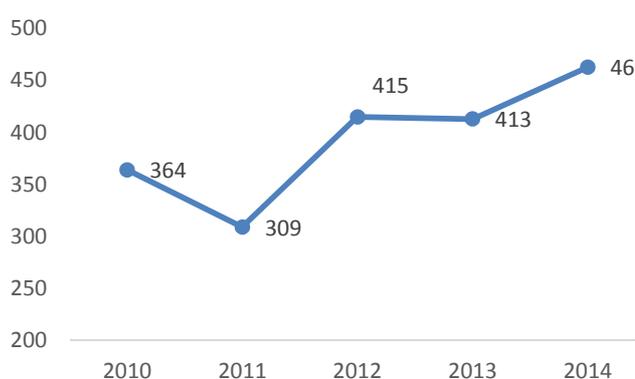
## 5.1 Le paludisme

### 5.1.1 Situation du paludisme dans la population générale

En 2014, toutes les formations sanitaires (100%) offraient des services de diagnostic et de traitement du paludisme dont 93% réalisaient le test de diagnostic rapide (enquête SARA). Le paludisme demeure le principal motif de consultation dans les formations sanitaires. Au total 8 278 408 cas ont été enregistrés dont 463 774 cas de paludisme grave soit 5,6% des cas en 2014. Ce taux est en hausse de 0,2 point comparativement à l'année 2013.

L'incidence cumulée est de 463 cas pour 1000 habitants. Le niveau de l'indicateur connaît une hausse de 50 points par rapport à l'année passée. La tendance est à la hausse depuis l'année 2011. Celle-ci pourrait s'expliquer entre autre par l'amélioration de la qualité du système de rapportage, de la couverture sanitaire et de l'utilisation des services de santé.

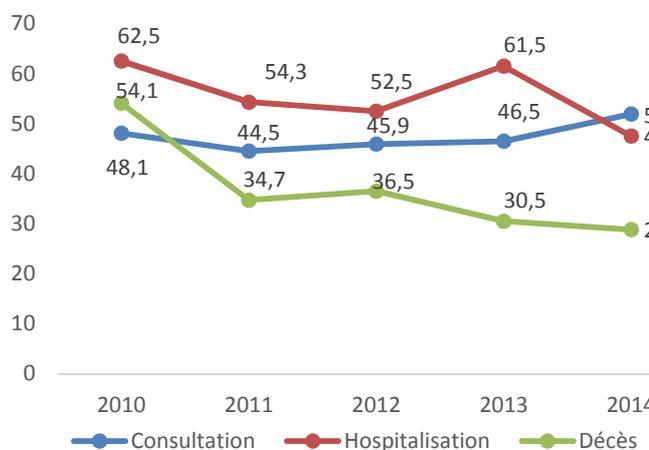
Figure 18: Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) du paludisme de 2010 à 2014



Source : Annuaire 2010 à 2014 /MS

Au cours des cinq dernières années, le paludisme a constitué le premier motif de consultation et d'hospitalisation. Il est également la première cause de décès dans les structures de soins. Les proportions enregistrées en 2014 sont de 47,46% pour les consultations, 51,94% pour les hospitalisations et 28,76% pour les décès.

Figure 19: Evolution des parts attribuable (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2010 à 2014



Parmi les 463 774 cas de paludisme grave, on a enregistré 5 632 décès soit une létalité de 1,2%. Cette létalité est en baisse de 0,3 point comparativement à l'année 2013. Cette baisse pourrait s'expliquer entre autres par, la qualité de la prise en charge du paludisme, la disponibilité des tests de diagnostic rapide et de kits d'urgence dans les districts sanitaires pour la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et la formation des agents de santé sur la prise en charge du paludisme.

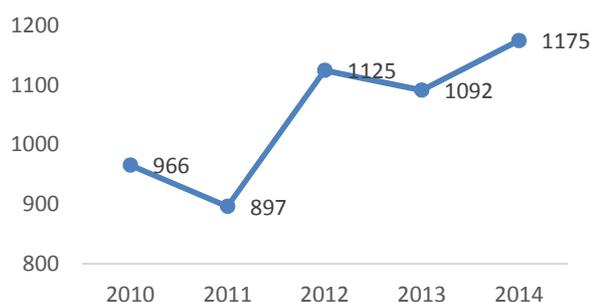
### 5.1.2 Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes

Le paludisme représente 55,14% des motifs de consultation, 65,56% des motifs d'hospitalisation et 59,60% des causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires.

L'incidence cumulée du paludisme chez les moins de 5 ans est de 1 175 pour 1000 habitants en 2014 contre 1092 pour 1 000 habitants en 2013.

Tout comme dans la population générale, la tendance de l'incidence cumulée chez les enfants de moins de cinq ans est à la hausse entre 2011 et 2014.

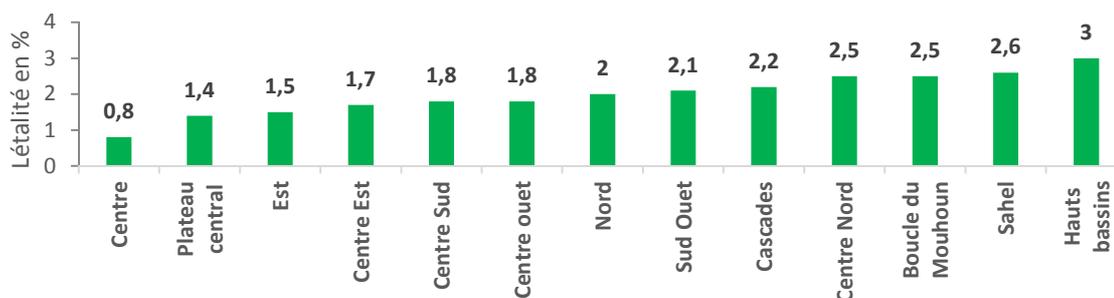
Figure 20: Evolution de l'incidence cumulée du paludisme (pour 1000 habitants) chez les enfants de moins de 5 ans de 2010 à 2014



Le nombre de décès dus au paludisme enregistrés dans cette tranche d'âge est de 4 166, soit une létalité de 2,0% contre 2,4% en 2013. Cette létalité bien qu'en baisse, reste plus élevée dans les centres hospitaliers (7,8%) que dans les formations sanitaires de base (1,4%).

L'analyse régionale montre une disparité de l'indicateur. Il varie entre 0,8% dans la région du Centre à 3% dans la région des Hauts Bassins.

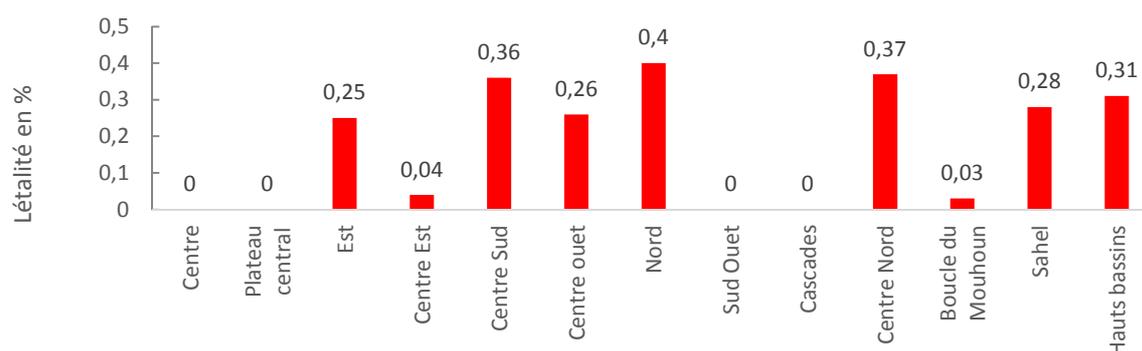
Figure 21: Létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans



### 5.1.3 Situation du paludisme chez les femmes enceintes

Le nombre de cas de paludisme enregistrés chez les femmes enceintes est de 335 326 dont 28 845 cas graves soit 8,6% des cas. La létalité est de 0,1 % en 2014 contre 0,3% en 2013. Quatre régions à savoir le Centre, le Plateau Central, le Sud-Ouest, et les Cascades n'ont pas enregistré de décès dus au paludisme chez les femmes enceintes. Le niveau le plus élevé de l'indicateur s'observe dans les régions du Centre-Nord (0,37%) et du Centre-Sud (0,36%).

Figure 22: Létalité du paludisme grave chez les femmes enceintes



### 5.1.4 Prévention du paludisme

La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de la deuxième dose du traitement préventif intermittent (TPI2) en 2014 est de 66,8%. L'indicateur est en hausse de 14,2 points comparativement en 2013. Ceci pourrait s'expliquer entre autres par une meilleure disponibilité des intrants (SP) et l'amélioration de l'utilisation des services de CPN par les femmes enceintes.

Selon le rapport de l'enquête MIS réalisée en 2014, le taux d'utilisation des MILDA est de :

- ✓ 73.5% dans la population générale ;
- ✓ 76.8% chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ 79.5% chez les femmes enceintes.

### 5.1.5 Principales actions de lutte contre le paludisme

Les actions réalisées dans le cadre de la lutte contre le paludisme en 2014 sont entre autres :

- ✚ l'utilisation des tests de diagnostic rapides (TDR) dans toutes les formations sanitaires publiques et dans trois sites communautaires (Saponé, Kaya et Nouna) ;
- ✚ la formation des agents de santé sur la prise en charge du paludisme ;
- ✚ Mise à la disposition des formations sanitaires de kits d'urgence pour la prise

en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;

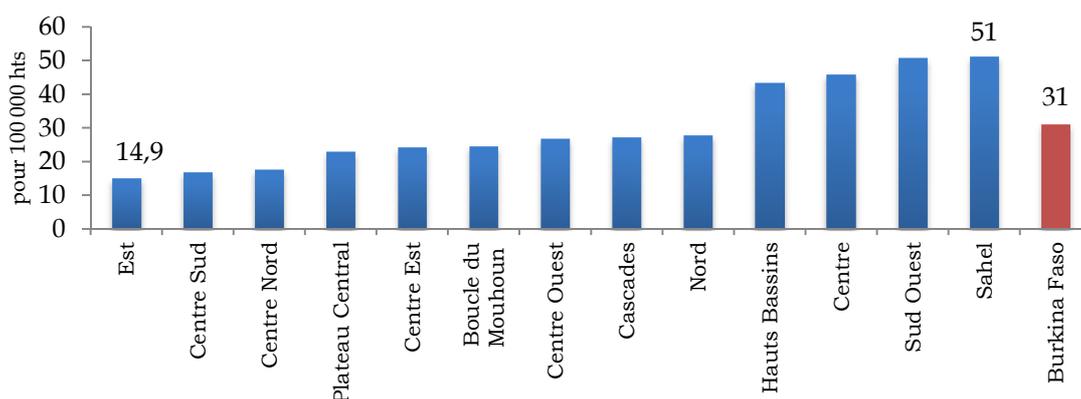
- ✚ Mise à la disposition des formations sanitaires des combinaisons thérapeutiques à base d'arthémisinine (ACT) ;
- ✚ La mise en œuvre de la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) dans 7 districts.

## 5.2 La tuberculose

Selon les résultats de l'enquête SARA 92% des formations sanitaires offraient des services de soins liés à la tuberculose en 2014.

Durant cette même année, les structures sanitaires ont dépistés 5 546 nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes contre 5 326 cas l'année précédente.

Figure 23: Taux (p.100 000 habitants) de notification des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose par région en 2014

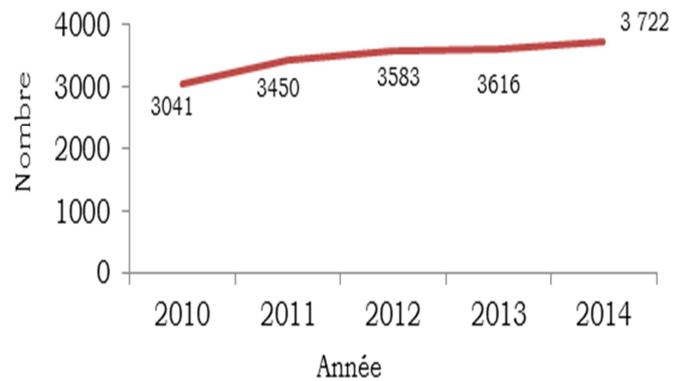


Le taux de notification des nouveaux cas et rechutes est de 31 cas pour 100 000 habitants. Ce taux, bien que supérieur à celui de l'année 2013 (30,7 cas p.100 000 habitants) reste en deçà de la norme nationale (54 cas pour 100 000 habitants). On note une disparité régionale de ce taux qui varie de 14,9 p.100 000 habitants à l'Est à 51,0 p.100 000 habitants au Sahel. Dans cette dernière région, 48% des structures privées de santé n'offrent pas de soins sur la TB (SARA 2014). Il s'avère nécessaire de faire un plaidoyer auprès de ces structures afin d'améliorer l'offre de soins sur la TB.

La tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) représente 72,3% des nouveaux cas de tuberculose dépistés en 2014.

3 722 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (NCTPM+) ont été notifiés en 2014 contre 3616 cas en 2013. Durant les cinq dernières années, le nombre de NCTPM+ n'a cessé d'augmenter

Figure 24: évolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 2010 à 2014



Les résultats du suivi des malades tuberculeux de la cohorte de 2013 révèlent une amélioration de la performance du traitement comparativement à celle de 2012. En effet, le taux de succès au traitement (guéris + traitement terminé) est passé de 79,7% à 80,0% soit une hausse de 0,3 point. Si globalement l'objectif de 90% défini par l'OMS n'a pas été atteint, la situation est plus reluisante au niveau de certains CDT où 15 sur 86 sont à 90% et plus en terme de succès au traitement. Le taux de succès au traitement varie selon les régions sanitaires : Le taux de succès le plus élevé a été notifié au Sahel 83,2% et le plus faible au Centre-Nord (64,8%).

Le taux de décès liés à la TB est de 8,8% en 2014 (contre 8,1% en 2013). Ce taux est au-delà de la norme acceptée par l'OMS qui est de 5%. Ce taux varie de 5,4% dans la région du Sud-Ouest à 16,5%. au Centre-Sud

On note également une baisse du taux de perdus de vue qui est passé de 8,1% (cohorte de 2012) à 5,7% (cohorte de 2013). Ce taux, bien qu'ayant accusé une baisse reste supérieure à la norme acceptée par l'OMS qui est de 5%.

Les insuffisances constatées dans les différents résultats de traitement pourraient s'expliquer entre autres par les consultations tardives et l'insuffisance dans le suivi des patients. En outre, par insuffisance de financement, la PEC nutritionnelle des cas de TB est en souffrance depuis 2009. Seuls les cas de tuberculose pharmaco résistante bénéficient d'un accompagnement nutritionnel. Ce qui ne favorise pas une meilleure adhésion au traitement.

Tableau 23: Résultats de traitement de la cohorte de 2013 par région sanitaire

Régions	Nombre de malades enregistrés	Guéri (%)	Traitement terminé (%)	Echec (%)	Décédé (%)	Perdu de vu (%)	Transféré (%)
Boucle du Mouhoun	248	81,5	0,8	4	11,3	2,4	0
Cascades	123	78	0,8	8,9	8,1	2,4	1,6
Centre	688	78,2	3,8	4,8	7,4	5,1	0,7
Centre Est	196	75	2	4,6	12,2	5,6	0,5
Centre Nord	210	64,8	10,5	3,8	11,4	8,1	1,4
Centre Ouest	247	68,4	3,6	8,5	10,1	8,9	0,4
Centre Sud	79	70,9	3,8	2,5	16,5	5,1	1,3
Est	194	72,2	5,2	4,1	9,3	8,8	0,5
Hauts Bassins	505	77,2	2,2	2,4	8,3	7,1	2,8
Nord	267	76,4	6,7	4,1	8,6	3,4	0,7
Plateau Central	109	79,8	0	6,4	8,3	1,8	3,7
Sahel	537	73,7	9,5	3,5	7,4	4,7	1,1
Sud-Ouest	204	79,9	2	2,9	5,4	9,8	0
Burkina Faso	3 607	75,5	4,5	4,4	8,8	5,7	1,1

Source : PNT

Ils sont 5 553 soit 95,9% de malades TB à faire le test de dépistage du VIH avec 11,8% testés VIH+. Comparativement à l'année dernière le nombre de malades TB soumis au test VIH s'est amélioré de 1,9 point. 97,7% des malades TB/VIH+ sont mis sous prophylaxie au CTX et 86% sous ARV en 2014. Cette dernière proportion a connu une hausse continue depuis 2010 où elle était de 60% de malades co-infectés sous ARV.

Tableau 24: Indicateurs de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH de 2010 à 2014

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Proportion des cas de TB testés pour le VIH (%)	93,1	89,6	85,3	94	95,9
Positif au VIH parmi les cas testés (%)	17,6	16,8	11	14,2	11,8
Proportion des cas de TB/VIH mis sous prophylaxie au CTX (%)	98,2	97,1	96,4	96	97,7
Proportion des cas de TB/VIH sous ARV (%)	60	70	73,4	82,9	86

Source : PNT

La cohorte 2013 sous ARV est de loin inférieure à la norme attendue de 100%. Les raisons pourraient être : les retards des références entre les CDT et les centres de prises en charge, l'insuffisance dans l'application des directives nationales en matière de PEC de la co-infection TB/VIH.

En vue d'améliorer la PEC et le suivi des malades TB, le PNT a entrepris et réalise annuellement les principales activités suivantes:

- la tenue des cadres de concertation et le suivi de la mise en œuvre des activités sur le terrain;

- le renforcement des capacités des acteurs sur la lutte antituberculeuse;
- la commémoration de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose sous le patronage de Monsieur le ministre de la santé.
- la recherche systématique des cas de TB dans certains groupes spécifiques notamment chez les réfugiés et les pensionnaires des maisons d'arrêt et de correction (MAC) ;
- le renforcement des activités de décentralisation de la prise en charge des cas de TB avec les CDT.

### 5.3 Les infections sexuellement transmissibles (IST)

La disponibilité des établissements de santé à fournir des services pour la prise en charge des IST montre que la quasi-totalité des formations sanitaires (99%) offre les services et assure le diagnostic et le traitement des cas d'IST (SARA 2014).

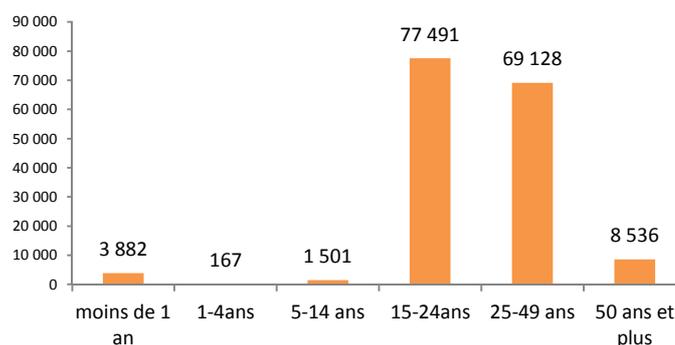
Le nombre de cas d'IST enregistrés selon la notification syndromique est de 165 766, soit une incidence cumulée de 9,3 p.1000 contre 8,9 p. 1000 en 2013. On note une hausse de l'incidence cumulée de 0,4 point entre 2013 et 2014. On observe également des disparités entre les régions. En effet à l'instar des années antérieures, les régions des Hauts-Bassins, du Centre, du Centre-Est, du Sud-Ouest, des Cascades et du Plateau central ont enregistré chacune une incidence de plus de 10 p.1000 habitants.

Tableau 25: L'incidence cumulée des IST par région de 2010 à 2014 (P.1000)

Régions	2010	2011	2012	2013	2014
B. du Mouhoun	5,4	6,0	7,0	4,7	6,3
Cascades	9,7	9,6	9,7	8,7	10,8
Centre	18,2	21,2	20,8	12,9	16,3
Centre-Est	7,9	8,3	8,5	7,5	11,0
Centre-Nord	4,3	3,1	5,7	4,7	6,5
Centre-Ouest	4,4	4,5	5,4	3,6	5,0
Centre-Sud	5,9	7,6	8,6	6,5	8,4
Est	4,8	6,7	8,1	6,3	7,3
Hauts-Bassins	15,5	15,3	16,3	11,6	14,7
Nord	6,1	6,9	7,8	4,7	6,8
Plateau central	9,5	9,7	9,9	6,8	10,7
Sahel	6,2	6,1	6,8	5,6	6,6
Sud-Ouest	8,6	9,1	9,4	8,1	11,1
Burkina Faso	8,8	9,5	10,3	8,9	9,3

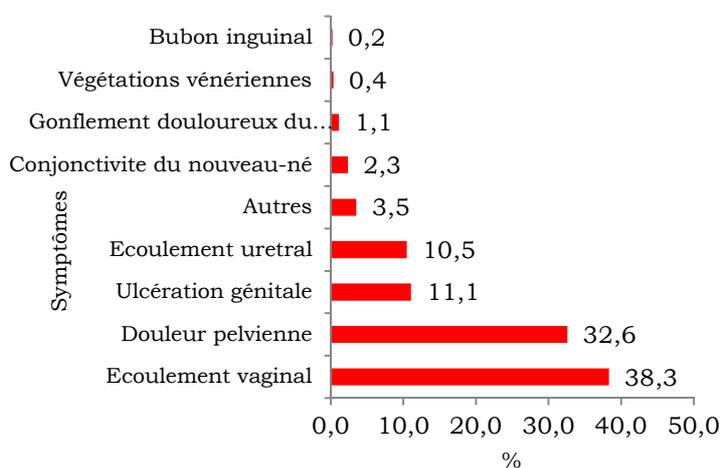
Le plus grand nombre de cas d'IST est observé au niveau des groupes d'âge de 15 à 24 ans (48,2%) et chez les 25 à 49 ans (43,0%).

Figure 25: Répartition des cas d'IST par tranche d'âge en 2014



Les syndromes d'écoulement vaginal » et de «douleurs pelviennes» représentent 70,9% des cas d'IST notifiés. L'ulcération génitale, (syndrome qui augmente le risque de contracter le VIH) représente 11,1% des cas.

Figure 26 : Répartition (%) des cas d'IST selon le type en 2014



## 5.4 Le VIH et Sida

Le Burkina Faso est un pays à épidémie mixte avec une prévalence moyenne de l'infection à VIH estimée en 2012 à 1% [0,8 ; 1,1] dans la population générale (Rapport ONUSIDA 2013).

Depuis 10 ans, la prévalence du VIH a continuellement baissé chez les femmes en âge de procréer (de 2,7% en 2003 à 1,5% en 2013) <sup>2</sup> mais aussi en population générale (de 1,8% en 2003 à 1% en 2010 - EDS 2003 et 2010).

### 5.4.1 Nouvelles infections

Les nouvelles infections en 2014 étaient estimées à 5300 selon le Rapport ONUSIDA 2014 et devraient se situer autour de 4 445 en 2020 si les efforts sont maintenus et renforcés. L'épidémie de VIH au Burkina Faso est caractérisée par une

<sup>2</sup>Rapports de séro-surveillance 2003 et 2012

concentration dans les populations clés, à l'origine d'une part importante des nouvelles infections.

Ces populations clés sont :

- ✚ les travailleurs (ses) du sexe et leurs clients ;
- ✚ les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) ;
- ✚ les détenus (es) ;
- ✚ les Personnes qui s'injectent des drogues (PID).

Une comparaison des résultats des différentes enquêtes et études : la prévalence du VIH estimée à 1,0% dans la population générale, les 16,5% de prévalence chez les TS en 2010 et le taux de séropositivité de 14 à 23% parmi les HSH en 2009 et 2010<sup>3</sup> (ne laisse planer aucun doute sur l'urgence qu'il y a de centrer les interventions autour de ces deux populations).

Pour la population carcérale, le taux de séropositivité semble également plus élevé que dans la population générale avec 2,3% en 2007 sur un échantillon de 757 détenus volontaires au dépistage (source APA, 2007).

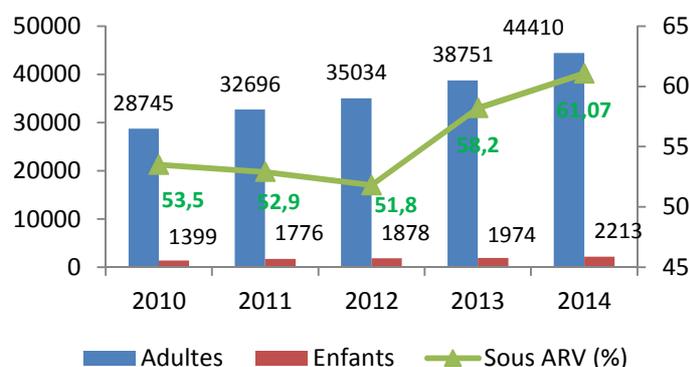
#### 5.4.2 Personnes vivant avec le VIH

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) enrôlées dans la file active globale est de 76 342 en 2014. Parmi ces personnes, 46 623 sont sous traitement antirétroviral (ARV) ; ce qui représente une proportion de 61,07% de la file active.

Le nombre de PvVIH sous ARV s'est continuellement augmenté

ces dernières années. Entre 2000 et 2014, le nombre de nouvelles inclusions est de 16 356 Soit une augmentation de 27,2%. La proportion des PvVIH sous ARV est passée de 51,8% en 2012 à 61,07% en 2014.

Figure 27: Evolution des effectifs et des proportions de PvVIH sous ARV entre 2010 et 2014



Le plan national multisectoriel (PNM) avait pour ambition de couvrir 75% des besoins en ARV (taux de CD4<500) en 2014. Cet objectif n'a pas été atteint selon les estimations du cadre stratégique 2011-2015 et celles de l'ONUSIDA 68,96% des besoins en traitement ont été couverts selon le CSLS. Par rapport à la cible estimée

<sup>3</sup> Analyse de la situation des HSH (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso), CNLS-IST, PNUD 2010 ; Dah T. E, Koala S, Tiendrebeogo I. 6th IAS Conference on HIV, Pathogenesis, Treatment and Prevention (July 17-20, 2011) Roma, Italy.

en fin 2014 par l'ONUSIDA, la couverture est de 37,83%. Tout comme les années précédentes, les PVIH sous traitement ARV en 2014 sont en majorité des adultes (95,2%).

Tableau 26: Situation de la prise en charge du VIH par région en 2014

Région	File active	1ere ligne			2eme ligne			Total 3ème ligne	Total patients sous ARV
		Adultes	Enfant	Total	Adultes	Enfant	Total		
Boucle du Mouhoun	4181	2185	65	2250	23	9	32	0	2282
Cascades	1640	1086	59	1145	3	8	11	0	1156
Centre	32184	19876	849	20725	813	172	985	37	21747
Centre Est	3739	1920	106	2026	19	5	24	0	2050
Centre Nord	3042	1282	68	1350	9	1	10	0	1360
Centre Ouest	6258	2435	116	2551	31	27	58	0	2609
Centre Sud	1399	868	32	900	1	0	1	0	901
Est	1654	588	18	606	1	2	3	0	609
Hauts Bassins	12146	7726	390	8116	321	32	353	16	8485
Nord	4586	2085	136	2221	16	5	21	0	2242
Plateau Central	1722	1024	61	1085	1	0	1	0	1086
Sahel	1317	490	21	511	4	1	5	0	516
Sud-Ouest	2712	1541	29	1570	9	1	10	0	1580
<b>Burkina Faso</b>	<b>76580</b>	<b>43106</b>	<b>1950</b>	<b>45056</b>	<b>1251</b>	<b>263</b>	<b>1514</b>	<b>53</b>	<b>46623</b>

Source : Annuaire 2014/MS

### 5.4.3 Nouveaux cas de Sida

Dans les formations sanitaires, on a dénombré 3591 nouveaux cas de Sida en 2014. Parmi ces patients, on a dénombré 2258 femmes (62,9%) et 1288 hommes (37,1%). La répartition selon l'âge montre que 7,8% des patients ont moins de 15 ans, 79,9% sont âgés de 15 à 49 ans. Les 50 ans et plus représentent 12,3% des nouveaux cas de Sida enregistrés.

### 5.4.4 Conseil et dépistage

Les services de conseil et dépistage du VIH sont disponibles dans toutes les régions sanitaires. Dans le cadre du dépistage de l'infection à VIH, il est procédé à un conseil pré-test en amont qui, en 2014, a touché 133 730 personnes. Parmi ces personnes, 86,7% ont accepté se faire dépister. Le taux d'acceptation est de 79,5% chez les hommes contre 90,4% chez les femmes. Ce taux varie de 75% dans les hauts bassins à 99% au Centre.

Les résultats du dépistage donnent un taux de séropositivité global de 3,7%. Ce taux est de 4,6% chez les hommes et 3,2% chez les femmes. La région des Cascades est en tête avec plus de 15% de positivité contre 1,6% au Centre Nord.

La recherche active et la notification de la tuberculose chez les PvVIH restent très insuffisantes. Sur 112 304 PvVIH vues en consultation, 59 960 ont bénéficié d'une recherche active de la tuberculose en 2014, soit 53,4% pour un objectif de 90%.

Tableau 27: situation du dépistage du VIH par région en 2014

Régions	Conseil pré-test			Total dépistés			Taux d'acceptation du test			Positif (%)		
	M	F	Total	M	F	total	M	F	total	M	F	Total
B. Mouhoun	5 611	15 790	21 401	5 334	14 790	20 124	95.1	93.7	94.0	4.2	2.2	2.7
Cascades	436	1 039	1 475	409	914	1 323	93.8	88.0	89.7	18.6	13.8	15.3
Centre	2 367	7 940	10 307	2 344	7 814	10 158	99.0	98.4	98.6	9.5	7.1	7.6
Centre-Est	894	2 415	3 309	873	2 359	3 232	97.7	97.7	97.7	6.0	4.1	4.6
Centre-Nord	4 928	8 724	13 652	3 370	8 241	11 611	68.4	94.5	85.0	1.8	1.6	1.6
Centre-Ouest	4 678	8 366	13 044	4 188	7 407	11 595	89.5	88.5	88.9	4.0	3.6	3.8
Centre-Sud	677	2 084	2 761	673	2 006	2 679	99.4	96.3	97.0	8.5	5.2	6.0
Est	1 464	2 392	3 856	1 242	2 030	3 272	84.8	84.9	84.9	3.7	3.6	3.7
Hauts-Bassins	2 340	8 588	10 928	2 026	6 164	8 190	86.6	71.8	74.9	5.1	3.3	3.7
Nord	3 568	9 573	13 141	3 376	8 940	12 316	94.6	93.4	93.7	6.1	3.7	4.3
Plateau Central	807	3 010	3 817	786	2 719	3 505	97.4	90.3	91.8	7.8	4.1	4.9
Sahel	2 084	3 887	5 971	1 529	2 996	4 525	73.4	77.1	75.8	6.5	1.2	3.0
Sud-Ouest	15 161	14 907	30 068	9 629	13 788	23 417	63.5	92.5	77.9	2.7	2.0	2.3
Burkina Faso	45 015	88 715	133 730	35 779	80 168	115 947	79.5	90.4	86.7	4.6	3.3	3.7

Source : Annuaire 2014/MS

#### 5.4.5 Décès liés au VIH Sida

Les décès liés au VIH ont été estimés selon l'ONUSIDA à 3 800 en 2014 et devraient continuer à diminuer pour se situer autour de 2 765 en 2020.

#### 5.4.6 Actions entreprises en 2014 dans la lutte contre le VIH Sida :

- le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre ;
- le renforcement de la prise en compte du genre mettant l'accent sur la couverture des besoins réels des groupes spécifiques, le choix des cibles prioritaires et la mobilisation sociale ;
- la subvention des examens de radiographie et du suivi biologique ;
- la mise en place d'un système de collècte et d'acheminement des prélèvements vers les structures de référence ;
- le soutien nutritionnel des PvVIH qui sont dans le besoin ;
- la mise en place des mécanismes innovants de mobilisation des ressources internes et la gestion des ressources financières au niveau national et local ;
- le renforcement de l'implication du privé sanitaire dans la prise en charge des

PvVIH et de la tuberculose ;

- la mise en œuvre des recommandations 2013 de mise sous traitement ARV.

## 5.5 La lèpre

Le nombre de cas de lèpre au Burkina Faso a connu une baisse en 2014. En effet, il est passé de 253 cas en 2013 à 208 cas en 2014. Cette baisse est également notée aussi bien dans le dépistage des nouveaux cas d'infirmité 2<sup>ème</sup> degré (64 cas en 2010 à 48 cas en 2014), que dans les nouveaux cas chez les enfants (25 cas en 2010 à 6 cas en 2014) de même que les malades en traitement en fin d'année (1328 malades en 2010 à 203 malades).

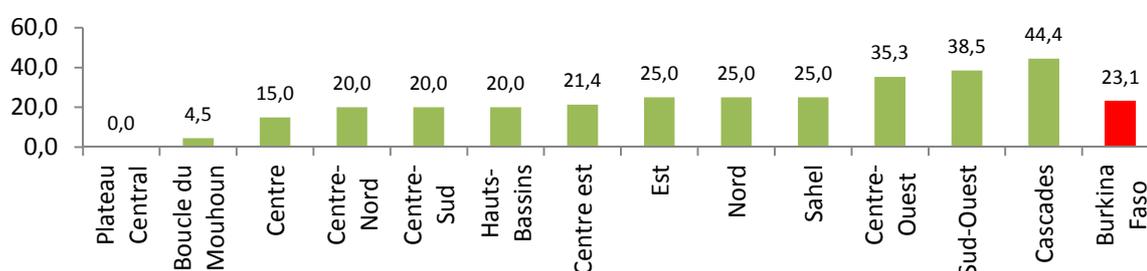
Tableau 28: situation de la lèpre de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Nouveaux cas	320	302	313	253	208
Infirmité 2 <sup>ème</sup> degré/nouveaux cas	64	63	67	84	48
Enfants/nouveaux cas	25	10	6	8	6
Rechutes poly chimiothérapie	5	5	0	0	0
Malades en traitement en fin d'année	1 328	1 096	295	253	199

La prévalence globale de la lèpre demeure constante (0,1 p.10 000 habitants en 2014). La plus forte prévalence est observée dans les régions des cascades et du Sud-ouest avec chacune 0,2 p.10 000 habitants. La région des Cascades a enregistré également le plus fort taux de détection soit 2,5 p.100 000 habitants.

Au plan national, 23,1% des cas de lèpre présentent une infirmité de 2<sup>ème</sup> degré. Cette proportion est en baisse de 42,8% par rapport à l'année 2013 et demeure le plus faible depuis 2010. Toutefois, Elle reste assez élevée par rapport à la norme de 2,0% préconisée par l'OMS.

Figure 28: Proportion des cas de lèpre avec infirmité de 2<sup>ème</sup> degré selon la région sanitaire en 2014



Quant à sa répartition par région, on note une disparité très importante entre elles, allant de 0% au Plateau central à 44,4% aux Cascades. Au regard du niveau de cet indicateur au plan national et particulièrement dans les régions les plus touchées,

il convient de renforcer le dépistage par les sensibilisations à l'endroit des prestataires et des communautés.

### **5.6 Ver de guinée/dracunculose**

Aucun nouveau cas de ver de guinée n'a été enregistré sur toute l'étendue du territoire depuis 2007. Le Burkina a obtenu la certification de l'élimination de la dracunculose en décembre 2011. Toutefois, la surveillance reste essentielle pour le maintien des acquis.

### **5.7 Les maladies non transmissibles**

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent un groupe hétérogène comprenant les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les hémoglobinopathies, les affections mentales, les maladies buccodentaires, les maladies oculaires et de l'oreille. Selon l'OMS, la morbidité et la mortalité dues aux MNT augmentent plus vite en Afrique que partout ailleurs dans le monde.

Au Burkina Faso, ces maladies constituent un problème de santé publique et depuis un certain nombre d'années, elles font l'objet d'une attention particulière dans notre politique sanitaire. C'est ainsi qu'un programme a été mis en place pour mener à bien les actions de lutte.

Pour mieux apprécier l'ampleur des MNT dans notre pays, le Ministère de la santé a réalisé en septembre/novembre 2013 l'enquête STEPS. Cette enquête a révélé que la majorité de la population (97,3%) était exposée à au moins un facteur de risque commun aux maladies non transmissibles.

La proportion des maladies MNT représente 7,9% de l'ensemble des pathologies vues en consultation externe dans les centres médicaux et dans les hôpitaux.

L'enquête SARA réalisée en 2014 s'est particulièrement intéressée à quatre de ces pathologies et ce, au regard de leur poids dans l'ensemble des MNT

Pour l'ensemble des 4 pathologies, le diagnostic et/ou la prise en charge des maladies cardiovasculaires est le service le plus disponible (86%), suivi du diagnostic et/ou la prise en charge des maladies respiratoires chroniques (80%).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage/prise en charge du diabète sont les services les moins disponibles avec respectivement 21% et 46% des établissements sanitaires offrant ces services.

## **VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE**

## 6.1 Consultation curative

Au cours de l'année, 15 197 467 nouveaux consultants ont fréquenté les formations sanitaires dont 253 527 entrées directes enregistrés dans les centres hospitaliers.

Au niveau national, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est de 0,85 en 2014. Le niveau de l'indicateur demeure inférieur à la norme fixée par l'OMS (au moins un contact par habitant et par an). Néanmoins au fil des années, on note une hausse continue de l'indicateur. Entre 2010 et 2014, il est passé de 0,64 à 0,85 soit une hausse de 0,21 point. Par rapport à l'année précédente, la hausse est de 0,07 point.

Parmi les régions, le plus grand nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est observé dans la région du Centre-Est (1,01) et le plus faible dans la région du Centre Nord (0,70). Sept régions ont leur indicateur supérieur à la moyenne nationale.

En fonction de la chronologie, toutes les régions ont observé une hausse du niveau de l'indicateur entre 2010 et 2014. En effet, la plus forte évolution du niveau de l'indicateur est observée dans la région des Cascades passant de 0,59 en 2010 à 0,90 en 2014. Sur la même période, la plus faible hausse est enregistrée par la région du Centre (0,08 point).

En analysant les données par district, on constate que 13 ont atteints le niveau recommandé par l'OMS, ce sont : Nongr-Massom, Sebba, Dori, Tenkodogo, Sig-Noghin, Zabré, Séguénéga, Pouytenga, Do, Kombissiri, Diébougou, Garango et Bittou.

Selon les régions, le Centre (2,07) et le Sahel (2,02) ont atteint les normes de l'OMS. Le plus faible nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans est enregistré dans la région du Centre-Ouest (1,46). Six régions ont des niveaux de l'indicateur supérieurs à la moyenne nationale.

Figure 29: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an de 2010 à 2014

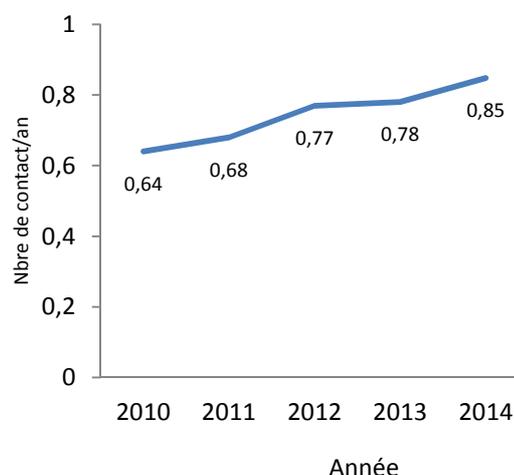


Tableau 29: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2010 à 2014

Région	2010	2011	2012	2013	2014
Boucle du Mouhoun	0,59	0,6	0,69	0,65	0,75
Cascades	0,56	0,63	0,74	0,79	0,90
Centre	0,88	0,84	0,85	0,88	0,96
Centre-Est	0,78	0,82	0,9	0,92	1,01
Centre-Nord	0,49	0,55	0,68	0,7	0,70
Centre-Ouest	0,54	0,56	0,63	0,66	0,73
Centre-Sud	0,66	0,70	0,78	0,79	0,86
Est	0,56	0,59	0,74	0,78	0,83
Hauts-Bassins	0,57	0,62	0,77	0,77	0,85
Nord	0,68	0,66	0,78	0,77	0,82
Plateau Central	0,73	0,76	0,85	0,84	0,94
Sahel	0,55	0,58	0,76	0,8	0,84
Sud-Ouest	0,59	0,66	0,72	0,79	0,86
Burkina Faso	0,64	0,68	0,77	0,78	0,85

Quant aux districts sanitaires, il varie entre 0,86 dans le district de Gorom Gorom à 3,69 dans le district de Sebba. Par rapport aux recommandations de l’OMS, 14 ont enregistré des nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans supérieurs à la norme. Entre 2010 et 2014, le niveau de l’indicateur est passé de 1,42 à 1,76 soit une évolution de 0,34 point.

### Consultation chez les moins de 5 ans

Chez les moins de cinq (5) ans, 5 841 251 nouveaux consultants ont été enregistrés dans les formations sanitaire de 1<sup>er</sup> niveau de soins en 2014 dont 30,9% d’enfants de moins d’un (1) an.

Pour la tranche d’âge de moins de cinq ans, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est de 1,76 contre 1,69 en 2013. La norme OMS pour cet indicateur est d’au moins deux (2) nouveaux contacts par habitant et par an. On constate que le niveau de l’indicateur reste en deçà de cette norme.

Figure 30: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans entre 2010 et 2014 dans les formations sanitaire de 1<sup>er</sup> niveau de soins.

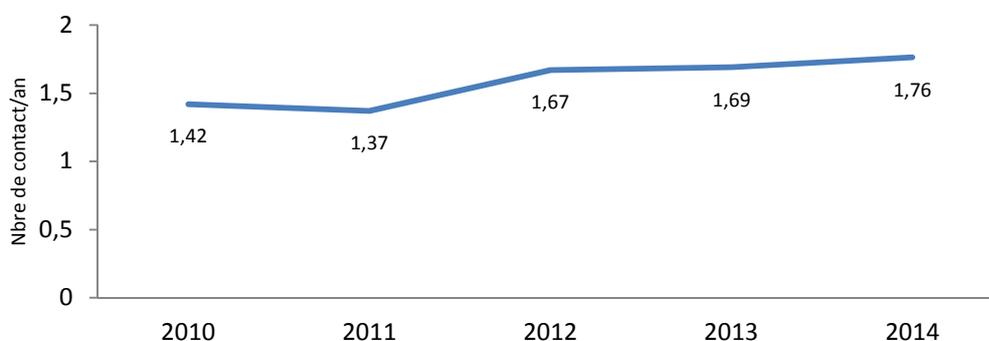
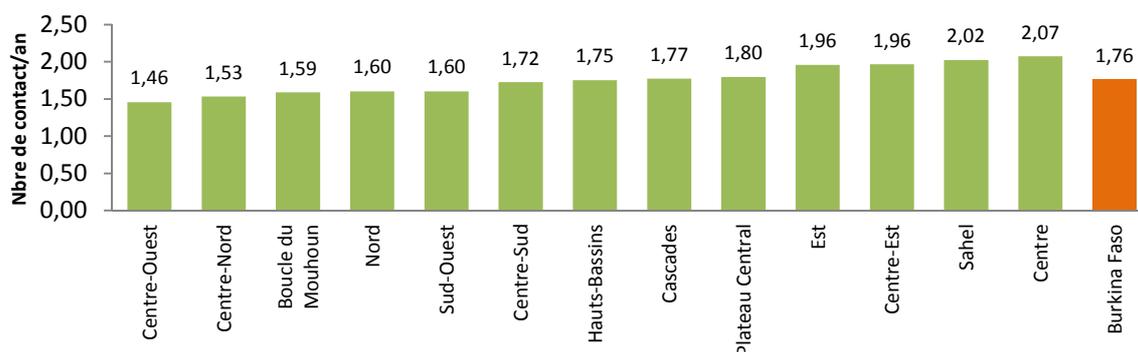


Figure 31: Situation du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an chez les moins de 5 ans en 2014 par région



## 6.2 Morbidité

Dans les formations sanitaires de base, 15 300 377 consultations ont été enregistrées en 2014. Parmi les différents motifs de consultation, le paludisme et les IRA constituent les deux principaux motifs de consultations. Les 10 principaux motifs enregistrés en 2013 demeurent les mêmes en 2014.

Dans les centres médicaux et les centres hospitaliers, le paludisme demeure le principal motif de consultation externe parmi les 2 140 398 consultations enregistrées. Il est suivi des bronchites, des pneumopathies, des parasitoses intestinales, des plaies, des anémies, de l'hypertension artérielle, des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et des ulcères de l'estomac dans cet ordre.

Tableau 30: principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2014

Formations sanitaires de base			Centres médicaux et les centres hospitaliers		
Nosologies	Total	Proportion(%)	Motifs	Total	Proportion(%)
Paludisme	7 617 317	58,4	Paludisme	712 582	33,3
IRA	2 843 909	21,8	Bronchites	104 667	4,9
Plaies infectées	449 032	3,4	Pneumopathie	79 732	3,7
Affection de la peau	392 495	3,0	Parasitoses intestinales	71 405	3,3
Parasitoses intestinales	369 203	2,8	Plaies	56 039	2,6
Diarrhées non sanguinolentes	321 545	2,5	Anémies	35 399	1,7
Dysenterie	258 484	2,0	Hypertension artérielle (HTA)	30 416	1,4
Conjonctivites	168 717	1,3	Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes	30 292	1,4
Ulcère d'estomac	166 281	1,3	Ulcères de l'estomac	26 459	1,2
Infection sexuellement transmissible (IST)	146 444	1,1	Otitis moyennes aigues	26 223	1,2

Chez les enfants de moins de cinq ans, les formations sanitaires de base ont enregistré 6 439 520 consultations. Parmi ces consultations, 3 631 919 concernent le paludisme représentant ainsi 56,4% de l'ensemble des consultations.. Les 10 motifs représentent 93,4% de l'ensemble des consultations.

Dans les centres médicaux et les centres hospitaliers, le paludisme (43,9%) constitue le principal motif de consultation chez les moins de 5 ans suivi des Bronchites (8,5%). A la différence des formations sanitaires de base, on note la présence des pneumopathies, des anémies, des otites moyennes aiguës, de la dysenterie amibienne, des entérites et colites non infectées et des infections du Nouveau-né.

Tableau 31: Situation des principaux motifs de consultations dans les formations sanitaires en 2014 chez les moins de 5 ans

Nosologies	Formations sanitaires de base		Motifs	Centres médicaux et les hôpitaux	
	Total	Proportion (%)		Total	Proportion (%)
Paludisme	3 631 919	56,4	Paludisme	273 359	43,9
IRA	1 474 434	22,9	Bronchites	52 660	8,5
Diarrhées non sanguinolentes	236 188	3,7	Pneumopathie	37 155	6,0
Affection de la peau	154 914	2,4	Anémies	22 048	3,5
Dysenterie	119 420	1,9	Parasitoses intestinales	16 417	2,6
Malnutrition aiguë	113 858	1,8	Malnutrition aiguë sévère	10 935	1,8
Parasitoses intestinales	96 956	1,5	Otites moyennes aiguës	10 785	1,7
Conjonctivites	71 989	1,1	Dysenterie amibienne	9 296	1,5
Plaies infectées	65 494	1,0	Entérites et colites non infecté	7 745	1,2
Eczéma	47 973	0,7	Infection du Nouveau-né	7 464	1,2

### 6.2.1 Les motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires

Au niveau national, 409 244 hospitalisations ont été enregistrées dans les centres médicaux et dans les centres hospitaliers. Le paludisme constitue le principal motif d'hospitalisation (24,8%) suivi des anémies (7,0%). Les 10 principaux motifs représentent 46,6% de l'ensemble des hospitalisations.

Chez les moins de 5 ans, le paludisme et les anémies restent les principaux motifs d'hospitalisation. Les principaux motifs d'hospitalisation représentent 80,8% de l'ensemble des hospitalisations.

Tableau 32: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les centres médicaux et hôpitaux en 2014

Nosologies	Ensemble		Nosologies	Moins de 5ans	
	Total	Proportion (%)		Total	Proportion (%)
Paludisme grave	101 591	24,8	Paludisme grave	55 838	42,0
Anémies	28 611	7,0	Anémies	18 401	13,8
Pneumopathie	14 330	3,5	Malnutrition aiguë sévère	8 897	6,7
Malnutrition aiguë sévère	9 097	2,2	Infection du Nouveau-né	6 961	5,2
Infection du Nouveau-né	6 961	1,7	Pneumopathie	6 365	4,8
Complication d'avortements	6 670	1,6	Bronchites	4 141	3,1
Bronchites	6 382	1,6	Prématurité	2 785	2,1
Fièvres typhoïdes & paratyphoïdes	6 250	1,5	Entérites et colites non infect.	1 676	1,3

Hernie inguinale	5 617	1.4	Malnutrition aigue modérée	1 243	0.9
Otites externes	5 330	1.3	Otites externes	1 191	0.9

### 6.2.2 Les causes de décès dans les formations sanitaires

Dans les structures d'hospitalisations, 15 721 décès ont été enregistrés, soit une mortalité intra hospitalière de 38,4 p.1 000. Le paludisme (26,2%) constitue la principale cause de décès. Il est suivi des anémies (7,0%) et des pneumopathies (3,5%). La létalité de la principale cause de décès (paludisme) est de 4,1%. Parmi les 10 principales causes de décès, la létalité de la pneumopathie (13,2%) est la plus élevée.

Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité intra hospitalière est de 58,1 pour 1000 contre 66,9 pour 1000 en 2013. Sur l'ensemble des décès enregistrés en hospitalisation, près de la moitié (49,2%) sont des enfants de moins de 5 ans. Pour cette tranche d'âge, le paludisme (41,1%) reste la principale cause de décès. Les létalités les plus élevées sont les prématurités (25,0%), les brûlures (15,7%), les convulsions du nouveau-né (14,2%) et les infections du nouveau-né (13,2%).

Tableau 33: Les dix (10) principales causes de décès dans les centres médicaux et les hôpitaux en 2014.

Nosologies	Ensemble			Moins de 5ans			
	Total	Proportion (%)	Létalité (%)	Nosologies	Total	Proportion (%)	Létalité (%)
Paludisme grave	4 116	26.2	4,1	Paludisme grave	3175	41.1	5,7
Infection du nouveau-né	918	5.8	2,6	Infection du nouveau-né	918	11.9	13,2
Anémies	758	4.8	3,9	Malnutrition aigüe sévère	708	9.2	8,0
Malnutrition aigüe sévère	723	4.6	7,4	Prématurité	695	9.0	25,0
Prématurité	695	4.4	7,9	Anémies	433	5.6	2,4
Pneumopathie	555	3.5	13,2	Pneumopathie	180	2.3	2,8
SIDA	317	2.0	0,9	Convulsion du Nv né	82	1.1	14,2
Insuffisances cardiaques	311	2.0	0,2	bronchiolites aiguës	47	0.6	4,0
Mal. Vasc. Cérébrales	310	2.0	0,1	Brûlures	44	0.6	15,7
Trauma crâniens	256	1.6	1,4	Entérites & colites non infect.	34	0.4	2,0

### 6.2.3 Occupation des lits

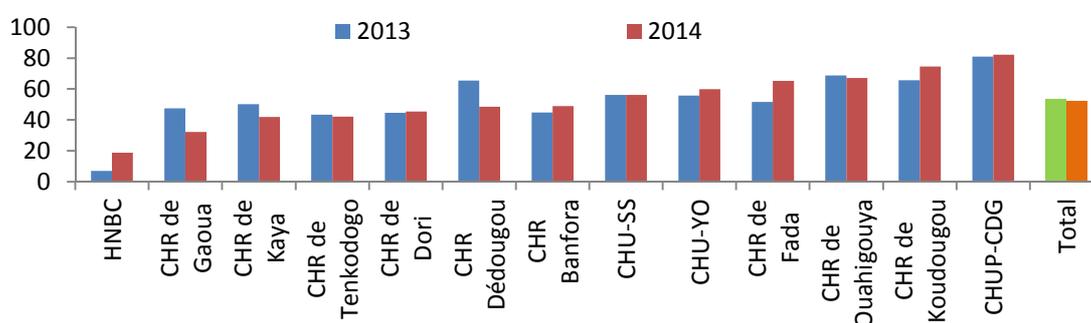
Dans les centres hospitaliers en 2014, on dénombre au total 3 257 lits. Avec un taux de 52,3%, le taux d'occupation des lits est en baisse par rapport à 2013, où il

était de 53,6% pour l'ensemble des centres hospitaliers.

Le niveau de l'indicateur varie de 18,7% à l'hôpital national Blaise Compaoré à 82,1% au CHUP-CDG. Seul le CHUP-CDG sur l'ensemble des 13 hôpitaux que compte le pays, enregistre un taux d'occupation des lits supérieur à la norme qui est de 80%. Plus de la moitié des hôpitaux (8/13) ont un taux d'occupation des lits inférieur à 60%.

Malgré un taux ayant doublé, avec 18,7% contre 7% l'année dernière, l'hôpital national Blaise Compaoré enregistre toujours le plus faible taux d'occupation des lits. Cela s'expliquerait entre autres par une sous-utilisation des services

Figure 32: Taux d'occupation des lits dans les CHR/CHU en 2013 et 2014



Source : Annuaire statistique 2014/MS

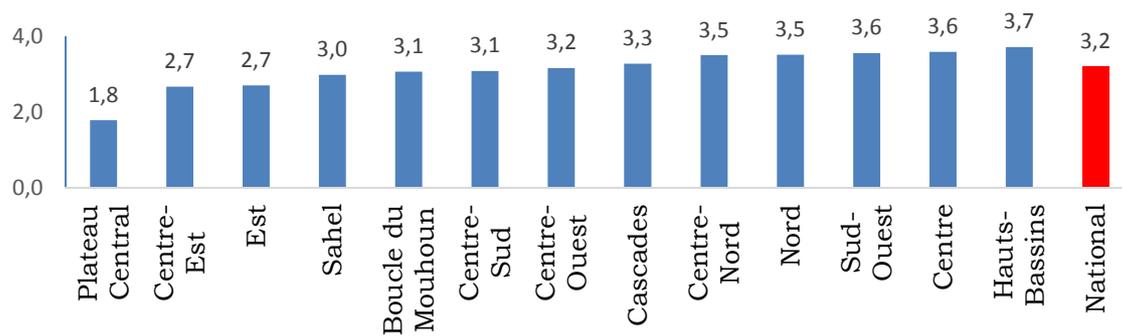
#### 6.2.4 Séjour moyen dans les hôpitaux

Le séjour moyen en hospitalisation au niveau national est de 3,2 jours. Comparativement à 2013, on note une légère baisse de 0,7 jour.

Au niveau des régions, on enregistre une importante variation de 1,8 jour dans le Plateau Central à 3,7 jours au niveau des Hauts-Bassins. Ce qui signifie que pour cette année, les patients hospitalisés ont passé plus de jours dans les CMA et CHU de la région des Hauts-Bassins, par rapport à ceux des autres régions du pays.

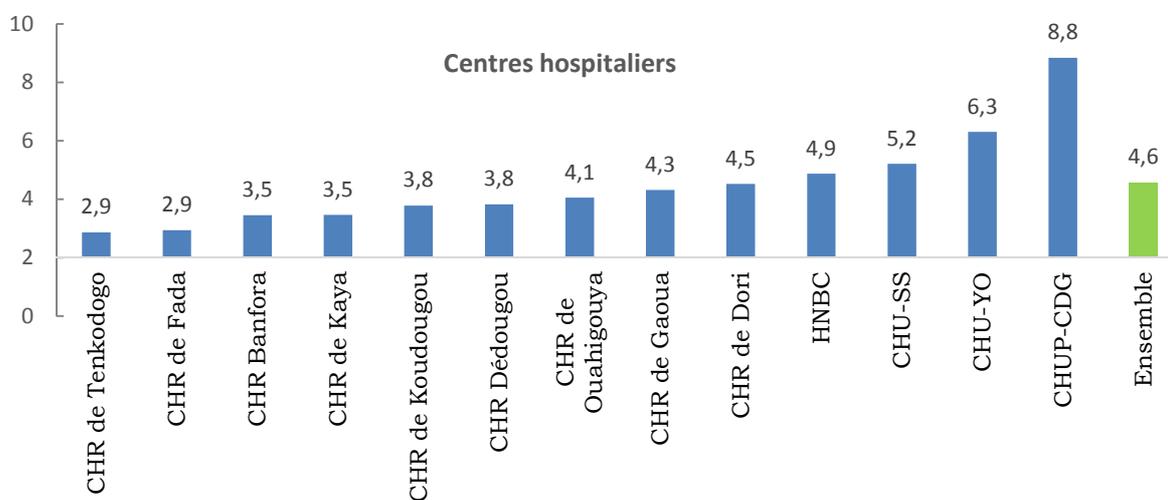
Quant aux centres hospitaliers, le séjour moyen dans l'ensemble est de 4,6 jours tout comme en 2013. Le CHUP-CDG enregistre le plus long séjour moyen avec plus de 8,8 jours. Les plus courts séjours sont observés au niveau des CHR de Tenkodogo et de Fada avec 2,9 jours.

Figure 33 : Séjour moyen en hospitalisation (CMA/CHR/CHU/HN) par région en 2014



Source : Annuaire statistique 2014/MS

Figure 34: Séjour moyen en hospitalisation dans les CHR/CHU/HN en 2014



## CONCLUSION

Les résultats de l'analyse indiquent que l'année 2014 a été essentiellement marquée par une amélioration continue du rayon moyen d'action théorique qui est à 6,9 Km et un accroissement des effectifs en personnel de santé.

Cependant, le niveau d'atteinte de certains indicateurs n'est pas si reluisant. C'est le cas par exemple du taux de césarienne (2,3%), de la consultation post natale de la 6e semaine (41,4%), de la CPN 4 (33,1%). A cela s'ajoute la persistance de phénomènes morbides tels le paludisme, les infections respiratoires et l'émergence de certaines maladies non transmissibles.

Une situation qui nous interpelle sur les défis à relever en matière de la santé. Les actions de sensibilisation des populations à mieux utiliser les services de santé et à adopter de bon comportement en matière d'hygiène individuelle et collective doivent être renforcées à l'échelle du pays. Pour mieux réussir les actions, les agents se doivent de réserver un accueil de qualité à l'ensemble des usagers des services de santé.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante (2013), *Annuaire statistique santé 2014*, Ouagadougou, 330 p.

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

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2012*, Ouagadougou, 225 p.

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2011*, Ouagadougou, 231 p.

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2010*, Ouagadougou, 192 p.

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la sante, *Annuaire statistique santé 2009*, Ouagadougou, 178 p.

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

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

Institut national de la statistique et de la démographie (2007), *Analyse des résultats de l'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages en 2007*, Ouagadougou, 182 p.

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

Direction de la nutrition, *rapports de l'enquête SMART 2013*, Ouagadougou

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *rapport de la revue 2013*, Ouagadougou, 156 p.

Direction générale des études et des statistiques sectorielles/Ministère de la sante, *Enquête National sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires Edition 2014(EN-PSQD/ SARA II)*

Direction générale de la santé, *enquête steps 2013*, Ouagadougou 230 p.

## ANNEXE 1

### SITUATION DES INDICATEURS AU NIVEAU NATIONAL ET REGIONAL

#### BURKINA FASO

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Indicateurs de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	104,2	110,0	109,4	106,4	105,8
Couverture en DTC3 (%)	103,2	104,0	102,9	101,5	103,1
Couverture en rougeole (%)	99,3	100,5	100,1	99,8	99,7
Couple année de protection (%)	ND	12,4	17,0	17,4	19,9
Couverture en CPN2 (%)	72,3	74,4	75,6	72,0	74,5
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	73,5	78,3	82,1	80,5	86,2
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,4	7,2	7,1	7,0	6,9
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,64	0,7	0,77	0,78	0,85
Ratio habitants / CSPS*	9 765	9 730	9 677	9 759	9 824
% de FS remplissant la norme en personnel	83,1	88,8	85,3	86,1	89,8
Nombre d'habitants par médecin**	22 063	22 017	25 696	24 925	20 864
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	14 883	12 754	12 750	10 964	10 253
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	5 151	5 056	5 313	5 042	4 809

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DE LA BOUCLE DU MOUHOUN

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2012

Indicateurs de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	107,2	108,1	106,7	104,3	103,3
Couverture en DTC3 (%)	103,8	103,9	104,2	101,4	104,7
Couverture en rougeole (%)	99,4	100,7	102,2	100,1	99,6
Couple année de protection (%)	ND	12,2	14,3	17,9	27,1
Couverture en CPN2 (%)	75,3	77,2	74,0	70,0	75,4
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	83,2	86,1	88,4	83,9	93,2
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,5	7,5	7,3	7,3	7,2
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,6	0,6	0,69	0,65	0,75
Ratio habitants / CSPS	8 264	8 452	8 141	8 288	8 358
% de FS remplissant la norme en personnel	98,0	96,8	97,0	91,7	97,8
Nombre d'habitants par médecin**	68989	58 261	55 901	53 870	49 219
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	4 317	14 063	14 711	10 910	9 559
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	5 254	4 469	5 067	5 055	4 343

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DES CASCADES

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	106,5	106,3	112,8	115,9	109,1
Couverture en DTC3 (%)	110,3	113,7	112,9	118,5	111,9
Couverture en rougeole (%)	103,5	105,5	107,3	113,8	108,5
Couple année de protection (%)	ND	9,2	14,3	17,8	20,1
Couverture en CPN2 (%)	79,3	80,7	89,1	84,4	83,9
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	71,5	78,9	89,6	88,0	89,2
Rayon moyen d'action théorique (km)	8,8	8,8	8,7	8,5	8,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,56	0,6	0,74	0,79	0,90
Ratio habitants / CSPS	8069	8 385	8 486	8 484	8 803
% de FS remplissant la norme en personnel	90,8	92,8	95,7	100,0	100,0
Nombre d'habitants par médecin**	76 654	27 708	25 459	26 430	26 410
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	9684	17 702	13 509	9 959	9 636
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	6969	7 003	5 212	4 165	4 296

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU CENTRE

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	77,3	108,5	112,9	112,2	113,0
Couverture en DTC3 (%)	107,6	100,7	104,1	102,9	107,7
Couverture en rougeole (%)	107,9	100,7	102,3	101,1	104,2
Couple année de protection (%)	ND	14,9	17,4	16,7	17,0
Couverture en CPN2 (%)	64,8	66,8	69,1	60,3	71,4
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	87,4	93,3	89,4	86,2	100,4
Rayon moyen d'action théorique (km)	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,88	0,8	0,85	0,88	0,96
Ratio habitants /CSPS*	20 039	19 077	19 751	20 434	20 946
% de FS remplissant la norme en personnel	94	95,1	97,8	95,7	97,9
Nombre d'habitants par médecin**	36 499	8 756	8 684	8 231	6 942
Nombre d'habitants par sage-femme** d'Etat	2 480	8 155	7 246	6 975	6 844
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	6 593	4 231	3 498	3 882	3 451

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU CENTRE-EST

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	104,3	98,1	100,0	97,6	97,6
Couverture en DTC3 (%)	99,8	95,0	95,7	97,5	97,8
Couverture en rougeole (%)	96,3	93,7	91,7	96,3	94,7
Couple année de protection (%)	ND	7,8	8,9	12,4	17,0
Couverture en CPN2 (%)	74,7	71,6	72,9	69,8	71,8
Taux d'accouchement assistés (%)	79,5	78,8	83,4	79,6	87,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	6	5,9	5,9	5,8	5,7
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,78	0,8	0,9	0,92	1,01
Ratio habitants / CSPS*	9789	9793	9 949	10 034	9 981
% de FS remplissant la norme en personnel	74,3	89,3	87,3	87,4	94,4
Nombre d'habitants par médecin**	57 399	37 213	38 374	36 439	39 598
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	6 155	16 487	14 599	15 216	9 981
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	8 308	6 202	8 190	6 410	5 972

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU CENTRE-NORD

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	106,8	108,6	104,5	104,4	105,2
Couverture en DTC3 (%)	95,4	100,9	100,5	99,2	100,0
Couverture en rougeole (%)	92,3	94,7	96,6	96,6	95,8
Couple année de protection (%)	ND	8,6	12,2	13,5	15,4
Couverture en CPN2 (%)	70,1	75,0	71,1	72,1	72,7
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	65	71,6	73,1	81,1	82,9
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,2	7,1	6,9	6,8	6,7
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,49	0,5	0,68	0,7	0,70
Ratio habitants / CSPS*	11 032	10 916	10 899	10 034	10 813
% de FS remplissant la norme en personnel	90,7	82,5	74,6	81,1	79,8
Nombre d'habitants par médecin**	95 347	50 940	54 496	58 376	55 666
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	5 956	14 632	16 868	13 639	14 179
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 946	6 113	6 812	5 861	6 863

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU CENTRE-OUEST

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	101,1	103,6	101,7	98,0	97,0
Couverture en DTC3 (%)	97,6	95,7	95,6	94,1	96,6
Couverture en rougeole (%)	92,2	93,0	94,0	93,5	93,1
Couple année de protection (%)	ND	8,1	14,0	19,3	20,0
Couverture en CPN2 (%)	69,8	69,8	81,7	65,8	66,0
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	67,4	72,4	81,2	72,2	77,8
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,5	6,5	6,3	6,3	6,2
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,54	0,6	0,63	0,66	0,73
Ratio habitants / CSPS*	7992	8 174	7 931	8 159	8 207
% de FS remplissant la norme en personnel	54,1	83,6	78,1	81,8	87,1
Nombre d'habitants par médecin**	87 376	42 150	42 056	44 622	43 205
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	4 408	10 620	11 283	10 984	11 476
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	8 402	5 839	5 596	6 461	6 832

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU CENTRE-SUD

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	96,6	92,7	91,4	86,8	86,5
Couverture en DTC3 (%)	95	90,8	87,9	89,5	90,2
Couverture en rougeole (%)	90,5	88,2	85,1	88,3	85,6
Couple année de protection (%)	ND	19,3	21,1	25,7	24,9
Couverture en CPN2 (%)	67,5	64,2	81,7	59,2	59,4
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	80,5	76,0	76,0	73,7	74,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,0	6,0	5,7	5,7	5,6
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,66	0,7	0,78	0,79	0,86
Ratio habitants / CSPS*	6 964	7 016	6 512	6 809	6 696
% de FS remplissant la norme en personnel	75,3	74,4	57,4	60,4	90,0
Nombre d'habitants par médecin**	46 891	51 617	57 106	33 158	30 132
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	4 786	13 897	17 676	9 777	9 793
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 134	4 353	5 050	4 333	4 352

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DE L'EST

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	128,8	116,7	117,7	109,0	108,2
Couverture en DTC3 (%)	111	112,8	110,8	106,4	106,8
Couverture en rougeole (%)	107,2	108,0	109,4	106,6	106,2
Couple année de protection* (%)	ND	13,3	14,9	20,1	21,5
Couverture en CPN2 (%)	76,2	82,5	81,7	79,7	79,9
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	63,4	68,5	72,6	70,4	76,3
Rayon moyen d'action théorique (km)	11,1	11,2	11,0	10,9	10,9
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,56	0,6	0,74	0,78	0,83
Ratio habitants / CSPS*	11 410	11 901	12 003	12 109	12 513
% de FS remplissant la norme en personnel	80	92,7	88,5	91,1	95,1
Nombre d'habitants par médecin**	76 069	44 252	50 495	79 665	55 862
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	7 688	17 927	19 018	16 633	12 717
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 692	6 158	7 433	7 384	6 572

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DES HAUTS-BASSINS

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	107,7	115,3	116,5	111,3	107,2
Couverture en DTC3 (%)	118,4	117,5	113,5	111,5	108,5
Couverture en rougeole (%)	113,8	112,6	110,3	108,3	103,3
Couple année de protection (%)	ND	23,2	20,1	21,3	22,3
Couverture en CPN2 (%)	76,4	73,1	72,1	75,2	74,8
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	75,7	84,7	92,7	88,6	90,5
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,3	7,2	7,1	7,0	7,0
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,57	0,6	0,77	0,77	0,85
Ratio habitants / CSPS*	10 785	10 806	10 901	11 132	11 300
% de FS remplissant la norme en personnel	98,6	97,2	91,6	90,8	83,1
Nombre d'habitants par médecin**	69 205	19 305	16 922	16 852	17 416
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	3 524	11 531	9 926	9 230	9 836
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 649	4 306	4 241	4 055	3 963

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU NORD

Indicateurs	EDS-2010	RGPH-2006	QUIBB-2007
Mortalité néonatale (‰)	28		
Mortalité post néonatale (‰)	44		
Mortalité infantile (‰)	72	102,8	
Mortalité juvénile (‰)	88	65,2	
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	153	161,3	
% retard de croissance	32,5*		35,1
% émacié	9,5*		20,3
% insuffisance pondérale	22,8*		33,5

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	107,1	120,1	117,8	117,4	114,1
Couverture en DTC3 (%)	107,6	102,1	101,3	101,6	103,1
Couverture en rougeole (%)	92,7	99,2	100,1	99,7	100,0
Couple année de protection (%)	ND	14,5	11,9	13,1	18,5
Couverture en CPN2 (%)	68	72,3	78,5	76,1	75,3
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	77,3	84,8	88,9	88,6	95,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,5	5,3	5,2	5,0	5,0
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,68	0,7	0,78	0,77	0,82
Ratio habitants / CSPS*	7466	7 225	7 161	6 899	7 092
% de FS remplissant la norme en personnel	86,4	90,1	94,3	92,5	89,6
Nombre d'habitants par médecin**	81 664	38 397	43 191	45 847	42 983
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	7 205	16 591	16 652	13 666	13 787
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 641	5 354	5 711	5 303	6 014

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU PLATEAU CENTRAL

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	104,1	101,9	101,8	95,9	96,2
Couverture en DTC3 (%)	96,2	97,9	96,8	97,1	96,4
Couverture en rougeole (%)	92,2	94,2	93,9	96,5	93,4
Couple année de protection (%)	ND	15,4	18,2	20,7	22,1
Couverture en CPN2 (%)	70,8	71,5	70,7	64,5	67,9
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	84,8	63,0	87,6	81,0	85,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	4,9	4,8	4,7	4,6	4,6
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,73	0,6	0,85	0,84	0,94
Ratio habitants / CSPS*	6 707	6 494	6 408	6 533	6 558
% de FS remplissant la norme en personnel	75,2	80,0	67,3	73,5	74,4
Nombre d'habitants par médecin**	63 715	60 442	44 858	48 805	47 363
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	3 451	12 472	14 953	11 212	9 913
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 097	4 414	5 569	4 413	4 139

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU SAHEL

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	117,3	128,6	120,8	113,8	120,0
Couverture en DTC3 (%)	106	110,7	104,3	98,4	107,8
Couverture en rougeole (%)	100,8	107,2	101,3	98,9	106,2
Couple année de protection (%)	ND	7,3	9,0	11,8	13,6
Couverture en CPN2 (%)	75,5	87,5	86,1	88,0	91,8
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	56,2	67,4	68,5	70,7	77,4
Rayon moyen d'action théorique (km)	12,5	11,9	11,8	11,5	11,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,55	0,7	0,76	0,8	0,84
Ratio habitants / CSPS*	14 679	13 849	13 954	13 740	13 706
% de FS remplissant la norme en personnel	89,7	100,0	97,1	95,3	96,6
Nombre d'habitants par médecin**	98 750	53 417	50 354	37 356	68 531
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	6 129	17 528	21 057	16 375	18 411
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 440	6 638	7 987	6 568	6 741

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## REGION DU SUD-OUEST

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

\*ces données sont issues de l'enquête SMART 2013

Données de routine	2010	2011	2012	2013	2014
Couverture en BCG (%)	99,6	100,4	104,3	109,4	110,3
Couverture en DTC3 (%)	99,6	99,9	104,2	100,8	103,7
Couverture en rougeole (%)	92,4	95,6	98,4	95,4	100,7
Couple année de protection (%)	ND	15,0	17,0	20,3	22,7
Couverture en CPN2 (%)	69,3	69,5	71,0	69,5	74,5
Taux d'accouchement assistés (%)	60,3	75,5	71,5	81,8	77,0
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,6	7,4	7,4	7,2	6,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,59	0,7	0,72	0,79	0,86
Ratio habitants / CSPS*	7 728	7 379	7 598	7 509	6 902
% de FS remplissant la norme en personnel	79,3	76,8	79,3	71,9	82,2
Nombre d'habitants par médecin**	68 783	26 235	28 052	26 818	27 606
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	3 813	12 213	12 796	10 429	8 052
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 503	4 455	5 030	4 366	3 904

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

\*\* non compris l'item « Autres structures »

## ANNEXE 2

Annexe 2.1 : Données de PTME/VIH de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Nouvelles femmes vues en CPN dans les sites PTME	686 185	737 129	771 433	788 892	825 280
Taux d'adhésion au test (%)	55,7	64	71,1	82,3	83,4
Test positifs (%)	1,04	0,8	0,8	0,8	9,9
Prophylaxie complète aux ARV chez les mères (%)	90,5	90,9	92,1	88,6	94,6

Sources : Rapports 2010- 2014 du programme PTME

Annexe 2.2 : Répartition des PvVIH sous antirétroviraux (ARV) dans les régions sanitaires du Burkina Faso en 2014

Région	Adultes	Enfants	Total	% Enfants
Boucle du Mouhoun	1 959	92	2 051	3,4
Cascades	881	55	936	6,2
Centre	19 730	882	20 612	4,9
Centre-Est	1 697	67	1 764	5,7
Centre-Nord	1 208	66	1 274	5,3
Centre-Ouest	2 120	97	2 217	5,8
Centre-Sud	770	39	809	3,7
Est	563	23	569	3,4
Hauts-Bassins	7 321	431	7 752	5,2
Nord	1 809	135	1 944	6,7
Plateau Central	908	50	958	6,0
Sahel	435	16	451	4,5
Sud-Ouest	1 341	21	1 362	1,9
Burkina Faso	40 742	1 974	42 699	5,0

Annexe 2.3 : Taux d'incidence pour 100 000 habitants des NCTPM+ détectés de 2010 à 2014

Régions	2010	2011	2012	2013	2014
Boucle du Mouhoun	12,6	15,1	21,8	20,1	24,3
Cascades	18,8	19,9	28,6	26,9	27,1
Centre	28,6	28,8	47,5	48,5	45,8
Centre-Est	11,7	15,0	22,0	22,0	24,0
Centre-Nord	10,0	14,8	17,6	19,0	17,6
Centre-Ouest	15,6	18,2	25,1	24,7	26,8
Centre-sud	8,5	10,5	15,5	14,3	16,7
Est	8,0	12,1	16,8	17,0	14,9
Hauts-Bassins	33,6	33,8	51,5	49,5	43,3
Nord	18,1	17,0	25,9	25,9	27,8
Plateau Central	11,6	13,7	18,3	19,9	23,0
Sahel	38,6	36,8	52,8	54,0	51,0
Sud-Ouest	26,8	33,7	42,5	42,5	50,7
Burkina Faso	19,3	21,2	31,1	30,7	31,0

Source : Rapports annuels 2010 à 2014 du PNT

Annexe 2.4 : Cas et décès de paludisme dans les structures sanitaires en 2014

	Formations sanitaires districts	Centres hospitaliers	Ensemble
Total Paludisme simple	7 801 861	12 772	7 814 633
Enfants de moins de 5 ans	3 679 137	4 017	3 683 154
5 ans et plus	4 122 724	8 750	4 131 474
Total paludisme grave	433 302	30 472	463 774
Enfants de moins de 5 ans	192 316	18 777	211 093
5 ans et plus	240 986	11 695	252 681
Dont Femmes enceintes	28 845	1 691	28 845
Total décès dus au paludisme	3 651	1 981	5 632
Enfants de moins de 5 ans	2 707	1 459	4 166
5 ans et plus	944	522	1 466
Dont Décès femmes enceintes	24	16	40

## Annexe 2.5 : Evolution des cas de paludisme de 2010 à 2014

		2010	2011	2012	2013	2014
Paludisme simple	Moins de 5 ans	2 721 275	2 323 769	3 354 537	3 346 725	3 683 154
	5 ans et plus	2 613 144	2 358 381	3 190 715	3 385 067	4 131 474
Paludisme grave	Moins de 5 ans	194 028	176 636	255 105	197 715	211 093
	5 ans et plus	195 033	182 175	230 634	216 519	252 681
Décès	Moins de 5 ans	6 301	5 519	8 004	4 761	4 166
	5 ans et plus	2 723	1 752	3 666	1 533	1 466
Incidence (pour 1000 hbts)		364	309	415	413	463

## Annexe 2.6 : Actes chirurgicaux dans les centres hospitaliers en 2014

Domaine	Type d'intervention	Nombre de cas	Nombre de décès	% par rapport aux sous totaux	% par rapport au total général	Proportion (%) de décès post opératoire
<b>Interventions gynéco obstétriques</b>	Césariennes	8 977	10	82,0	26,2	0,1
	Interventions sur utérus	1 290	5	11,8	3,8	0,4
	intervention sur annexes	682	1	6,2	2,0	0,1
	<b>Total 1</b>	<b>10 949</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>31,9</b>	<b>0,15</b>
<b>Activités des services de chirurgie</b>	Traumatologie	2 705	5	11,6	7,9	0,2
	Chirurgie viscérale	6 735	15	28,8	19,6	0,2
	Urologie	778	2	3,3	2,3	0,3
	Neuro	377	1	1,6	1,1	0,3
	Ophtalmologie	3 839	0	16,4	11,2	0
	ORL	937	0	4,0	2,7	0
	Odonto stomatologie	6 556	0	28,1	19,1	0
	Orthopédie	1 440	0	6,2	4,2	0
<b>Total 2</b>	<b>23 367</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>68,1</b>	<b>0,1</b>	
<b>Total général</b>	<b>34 316</b>	<b>39</b>	-	<b>100</b>	<b>0,1</b>	

## Annexe 2.7 : Répartition du personnel de santé dans les structures publiques en 2014

Emplois	Districts sanitaires	Centres hospitaliers	Directions régionales de santé	Autres structures*	Total
Médecin Généraliste	270	116	3	29	418
Médecin Spécialiste	39	323	28	56	446
Chirurgien dentiste	7	17	0	0	24
Pharmacien	83	64	17	53	217
Attachés de santé	922	917	17	110	1 966
Infirmier Diplômé d'Etat	2 763	896	19	40	3 718
Sages Femme/ Maieuticiens d'Etat	1 377	359	7	1	1 744
Infirmier Breveté	2 188	392	7	53	2 640
Accoucheuse Breveté	170	6	0	0	176
Manipulateurs d'Etat en électro radiologie	24	86	0	0	110
Technologiste biomédicale	215	201	2	55	473
Préparateurs d'Etat en pharmacie	74	40	13	13	140
Technicien de génie sanitaire	69	22	17	6	114
Accoucheuse auxiliaire	3 028	12	0	0	3 040
Agent Itinérant de Santé	2 271	5	3	1	2 280
Fille de salle/Garçon de salle	385	489	26	24	924

\* Structures centrales, centres de recherches, structures rattachées

## ANNEXE 3

Principaux résultats de l'enquête qualité de données réalisée en 2014

Annexe3.1: Qualité des données au plan national selon la méthode des unités de comparaison

Indicateurs		Nombre de femmes vues en CPN1	Nombre d'accouchements assistés	Nombre d'enfants ayant reçu le DTC3 (PENTA3)	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un service de conseil et dépistage du VIH	Nombre de cas de paludisme grave chez les moins de cinq ans		
Nombre de FS éligibles dans l'échantillon		581	601	554	584	609		
Répartition des FS éligibles par type	CHU/HN	2	3	1	2	4		
	CHR	4	9	0	6	9		
	CMA	27	46	7	28	45		
	CM	30	28	27	29	31		
	CSPS	518	515	519	519	520		
Nombre de FS valides		525	548	491	485	529		
Répartition des FS valide par type	CHU/HN	2	3	1	1	2		
	CHR	1	6	0	3	8		
	CMA	22	35	6	19	31		
	CM	20	22	16	20	20		
	CSPS	480	482	468	442	468		
Total U.C. étudiées		1575	1644	1473	1455	1587		
% U.C. concordante		62,6	72,5	74,5	65,1	77,5		
% U.C. discordantes	Sous-estimation	18,8	11,6	10,2	17,0	7,9		
	Surestimation	18,6	15,9	15,3	17,9	14,6		
% U.C. concordante par type de FS	CHU/HN	50,0	44,4	100	100,0	66,7		
	CHR	100,0	16,7	NC	77,8	37,5		
	CMA	71,2	49,5	66,7	71,9	60,2		
	CM	66,7	54,5	64,6	50,0	71,7		
	CSPS	62,0	75,9	74,9	65,3	79,6		
Degré de taux de discordance	Sous-estimation	10% et plus	7,0	3,3	5,8	10,9	7,2	
		]5%; 10%]	5,1	3,3	2,4	2,8	0,5	
		]0; 5%]	6,6	5,0	2,0	3,2	0,2	
	concordance	Strict	62,6	72,5	74,5	65,1	77,5	
		Surestimation	]0; 5%]	6,7	7,5	2,2	4,1	0,6
			]5%; 10%]	3,6	4,0	3,9	2,4	0,7
	10% et plus		8,3	4,4	9,2	11,4	13,4	

Annexe3. 2 : Qualité des données saisies dans Endos-BF au plan national selon la méthode des unités de comparaison

Indicateurs		Nombre de femmes vues en CPN1	Nombre d'accouchements assistés	Nombre d'enfants ayant reçus le DTC3 (PENTA3)	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un service de conseil et dépistage du VIH	Nombre de cas de paludisme grave chez les moins de cinq ans	
Nombre de FS éligibles dans l'échantillon		581	601	553	584	609	
Taille échantillon FS valides		552	571	525	521	565	
Total U.C. étudiées		1 656	1 713	1 575	1 563	1 695	
% U.C. concordante		91,2	84	87,4	82,5	86,1	
% U.C. discordantes		Sous-estimation	5,3	5,3	9	12,6	6,6
		Surestimation	3,5	10,7	3,7	4,9	7,3
Degré de taux de discordance	Sous-estimation	10% et plus	4,2	3,2	7,4	12	6,4
		]5%; 10%]	0,5	0,7	0,8	0,1	0,1
		]0; 5%]	0,5	1,4	0,8	0,6	0,1
	concordance	Strict	91,2	84	87,4	82,5	86,1
	Surestimation	]0; 5%]	0,5	2,6	0,5	0,4	0,3
		]5%; 10%]	0,7	2,2	0,9	0,3	0,3
10% et plus		2,3	6	2,3	4,2	6,7	