

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

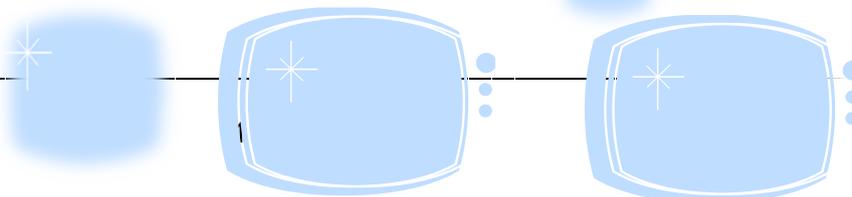
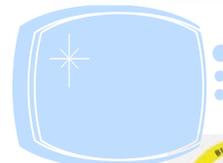
DIRECTION GENERALE DE L'INFORMATION
ET DES STATISTIQUES SANITAIRES



La santé

d'après les enquêtes statistiques nationales

*Une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance
du Burkina Faso*



Septembre 2010

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'INFORMATION
ET DES STATISTIQUES SANITAIRES

La santé

d'après les enquêtes statistiques nationales

*Une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance
du Burkina Faso*

Réalisé avec le soutien

du Projet d'appui au renforcement des capacités du Système statistique national (ARC-SSN)

financé par l'Union européenne



Table des matières

| | | |
|-------|--|----|
| 1- | Présentation du Burkina Faso et de son système de santé..... | 10 |
| 1.1 | Présentation du Burkina Faso | 10 |
| 1.2 | Evolution du système de santé burkinabè | 10 |
| 1.3 | Actions importantes en faveur de la santé des populations | 12 |
| 1.3.1 | Renforcement des effectifs du personnel et des infrastructures sanitaires..... | 12 |
| 1.4. | Amélioration de l'accessibilité financière des populations | 12 |
| 1.3.3 | Renforcement de la lutte contre les maladies épidémiques..... | 13 |
| 2- | Profil des indicateurs de santé issus des enquêtes au Burkina Faso | 14 |
| 2.1 | Une espérance de vie en amélioration | 14 |
| 2.2 | Morbidité au sein de la population | 14 |
| 2.3 | Mortalité | 16 |
| 2.3.1 | Un taux brut de mortalité en baisse continue | 16 |
| 2.3.2 | Des taux de mortalités spécifiques globalement en régression | 17 |
| 2.4 | Besoins en santé, accès et utilisation des services de santé | 17 |
| 2.5 | Santé de la mère et de l'enfant..... | 19 |
| 2.5.1 | Une prévalence contraceptive en amélioration | 19 |
| 2.5.2 | Soins prénatals | 20 |
| 2.5.3 | Des naissances de plus en plus en maternité et assistées par un personnel qualifié | 20 |
| 2.6 | Vaccination : des couvertures en hausse continue | 22 |
| 2.7 | Nutrition | 22 |
| 2.7.1 | Retard de croissance : Même situation en 1993 et en 2009 | 22 |
| 2.7.2 | Régression du pourcentage d'enfants présentant une émaciation depuis 2006 ... | 23 |
| 2.7.3 | Une insuffisance pondérale toujours élevée | 23 |
| | Conclusion | 24 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1: Evolution des infrastructures sanitaires et des effectifs du personnel de santé dans les structures sanitaires publiques | 12 |
| Tableau 3: Evolution de l'espérance de vie à la naissance dans quelques pays..... | 14 |
| Tableau 4: Prévalence des infections respiratoires aiguës et des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans | 15 |
| Tableau 5: Prévalence du VIH-Sida selon les régions en 2003 | 16 |
| Tableau 6: Evolution des indicateurs de mortalité spécifique | 17 |
| Tableau 7: Evolution des besoins en santé, accès des services de santé | 17 |
| Tableau 8: Evolution de l'utilisation des formations sanitaires entre 1994 et 2007 | 18 |
| Tableau 9: Evolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence et la méthode (%)..... | 19 |
| Tableau 10: Evolution de la prévalence contraceptive selon les zones géographiques | 19 |
| Tableau 11: Evolution du pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié | 21 |
| Tableau 12: Evolution du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié | 21 |
| Tableau 13: Evolution de la couverture vaccinale..... | 22 |
| Tableau 14 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans atteints d'un retard de croissance | 22 |
| Tableau 15: Evolution du pourcentage d'enfants présentant une émaciation..... | 23 |
| Tableau 16: Evolution du pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale | 23 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Evolution du taux de morbidité selon le milieu de résidence (%) de 1994 à 2007 .. | 14 |
| Figure 2: Evolution du taux de morbidité selon le sexe | 15 |
| Figure 3: Evolution du taux brut de mortalité de 1960 à 2006..... | 16 |
| Figure 4: Evolution du rayon moyen d'action théorique (km) | 18 |
| Figure 5: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an (1997 à 2009). | 18 |
| Figure 6: Evolution du pourcentage de femmes selon le nombre de visites pour soins prénatals..... | 20 |
| Figure 7: Evolution de pourcentage de naissances survenues dans un centre de santé | 20 |
| Figure 8: Evolution du pourcentage de naissance de moins de 2,5kg | 21 |

Liste des sigles et abréviations

| | | |
|---------|---|---|
| ARC-SSN | : | Appui au renforcement des capacités du Système statistique national |
| ARV | : | Antirétroviraux |
| BCG | : | Bacille de Calmette et Guérin |
| CHR | : | Centre hospitalier régional |
| CHU | : | Centre hospitalier universitaire |
| CMA | : | Centre médical avec antenne chirurgicale |
| CMLS | : | Comité ministériel de lutte contre le sida |
| CPN | : | Consultations prénatales |
| CSLP | : | Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté |
| CSPS | : | Centre de santé et de promotion sociale |
| DEP | : | Direction des études et de la planification |
| DSF | : | Direction de la santé de la famille |
| DTC | : | Diphtérie, tétanos, coqueluche |
| EBCVM | : | Enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages |
| EDS | : | Enquête démographique et de santé |
| EP | : | Enquête prioritaire |
| IDE | : | Infirmier diplômé d'Etat |
| INSD | : | Institut national de la statistique et de la démographie |
| IRA | : | Infections respiratoires aiguës |
| IST | : | Infections sexuellement transmissibles |
| MEG | : | Médicaments essentiels génériques |
| MS | : | Ministère de la santé |
| OMD | : | Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMS | : | Organisation mondiale de la santé |
| PNDS | : | Plan national de développement sanitaire |
| PSN | : | Politique sanitaire nationale |
| RGPH | : | Recensement général de la population et de l'habitation |
| SIDA | : | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SNIS | : | Système national d'information sanitaire |
| UE | : | Union européenne |
| UNICEF | : | Fonds des nations unies pour l'éducation et l'enfance |
| VAA | : | Vaccin anti amaril |
| VAR | : | Vaccin anti rougeoleux |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Synthèse des définitions des indicateurs utilisés dans ce rapport

| Indicateur | Définition |
|--|---|
| MORTALITE-MORBIDITE | |
| Espérance de vie à la naissance | Nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant à la naissance si les conditions sanitaires et les risques de mortalité restent constants pendant toute sa vie |
| Quotient de mortalité infantile | Probabilité pour un enfant qui naît, de décéder avant son premier anniversaire. |
| Quotient de mortalité juvénile | Probabilité pour un enfant qui a dépassé son premier anniversaire de décéder avant son cinquième anniversaire. |
| Taux brut de mortalité | Nombre de décès (tous âges confondus) pour 1 000 habitants. |
| Taux de mortalité infantile | Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de moins d'un an. |
| Taux de mortalité des moins de 5 ans ou taux de mortalité infanto-juvénile | Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de 0 à 4 ans. |
| NUTRITION | |
| Insuffisance pondérale | Pourcentage d'enfants dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence |
| Retard de croissance | Pourcentage d'enfants dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts-type à la médiane de la population de référence |
| Taux d'émaciation | Pourcentage d'enfants dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-type à la médiane de la population de référence |
| SANTE DE LA REPRODUCTION | |
| Soins prénatals | Femmes de 15 à 49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par du personnel de santé (%) |
| Prévalence contraceptive – toutes les femmes | Femmes de 15 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues) (%) |
| Accouchements assistés par un personnel qualifié | Naissances dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé (%) |
| VACCINATION | |
| Vaccination antitétanique | Femmes ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique au cours de la grossesse (%) |
| Vaccin du BCG | Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%) |
| Vaccin du DTCoq | Enfants d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) (%) |
| Vaccin de la rougeole | Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole (%) |
| PREVALENCE | |
| Prévalence de la diarrhée | Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines (%) |
| Prévalence des infections respiratoires aiguës | Enfants de moins de cinq ans ayant souffert des symptômes d'infections respiratoires aiguës au cours des deux dernières semaines (%) |
| Séroprévalence du VIH | Taux de séroprévalence du VIH |

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition englobe donc l'ensemble des aspects liés à la qualité de la vie et ceux classiquement considérés comme des problèmes de santé publique. L'amélioration de l'état de santé des populations est déterminante dans toute politique de développement. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'espérance de vie à la naissance fait partie des indicateurs de calcul de l'indice de développement humain.

Le Burkina Faso, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne a été indépendant en 1960. C'est à partir de cette année 1960 que la mise en œuvre des politiques de développement est du ressort de l'administration burkinabè.

Dans de nombreux domaines, des avancées notables sont visibles mais la question que l'on peut se poser est la suivante : Quel est l'état de santé des populations burkinabè ou de l'ex Haute-Volta, 50 ans après les indépendances ?

Le présent rapport vise à essayer de répondre à cette interrogation. Pour ce faire, un choix méthodologique s'impose, à savoir utiliser principalement les résultats des enquêtes nationales pour évaluer l'évolution des principaux indicateurs de santé sur la période 1960 à 2009 pour peu que ces derniers existent. Toutefois, dans l'optique de faciliter l'analyse, un focus sera fait sur l'évolution des ressources mises à la disposition du Ministère de la santé pour la prise en charge de la santé des populations.

Après une brève présentation du Burkina Faso et de l'évolution du système de santé, le rapport fait un bilan des actions importantes en faveur de la santé des populations pour enfin aboutir à l'analyse de l'évolution des indicateurs de santé issus des enquêtes nationales. Ce rapport est une contribution de la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires au renforcement des productions statistiques du Ministère de la santé. Il constitue ainsi un input aux nombreuses réflexions en cours dans le cadre de la préparation du cinquantenaire des indépendances du Burkina Faso. Il permet aussi de suivre la tendance des indicateurs à cinq ans de l'échéance d'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

1- Présentation du Burkina Faso et de son système de santé

1.1 Présentation du Burkina Faso

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes. Pays tropical, le Burkina Faso a un climat de type soudanien et comporte deux principales saisons : une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison sèche de novembre à juin. A l'alternance de ces deux saisons, s'associe la recrudescence de certaines maladies épidémiques et endémo-épidémiques comme le paludisme en saison pluvieuse et la méningite en saison sèche.

En 1960, la population du Burkina Faso était estimée à 4 317 770 habitants. Cinquante ans plus tard, en 2010, la population burkinabè est estimée à 15 731 000 habitants (Projections INSD, RGPH 2006).

Sur le plan économique, le Burkina Faso a enregistré au cours de ces dernières décennies, une croissance économique régulière. Cette croissance a ainsi été de l'ordre de 5% par an entre 2000 et 2010.

1.2 Evolution du système de santé burkinabè¹

L'évolution de l'état de santé des populations burkinabè ne saurait être analysée sans y associer celle du système de santé.

Sur la période 1960 à 1979, un plan cadre a été élaboré et met l'accent sur l'application et le renforcement des campagnes de lutte contre les maladies transmissibles. Pour atteindre les objectifs, le Ministère de la santé a été organisé autour d'un certain nombre de directions ayant des liens essentiels hiérarchiques :

- le cabinet du Ministre
- la direction de la santé urbaine ;
- la direction de la santé rurale ;
- la direction de la santé sociale ;
- la direction de la pharmacie nationale.

Les hôpitaux nationaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso relevaient de la Direction de la santé urbaine.

La période 1980 à 1990 est caractérisée par la mise en œuvre de la Programmation Sanitaire Nationale dont l'une des caractéristiques est le renforcement de la décentralisation des services de santé. Cette période a vu la création, dans un premier temps, de dix directions départementales de la santé publique (DDSP) et, dans un second temps, de trente directions provinciales de la santé (DPS).

La Direction de la santé rurale sera supprimée et la Direction des services de santé des travailleurs créée. En 1985, ont été mis en place les postes de santé primaires (PSP) animés par les agents de santé communautaires (ASC) dans les villages. Ceux-ci étaient chargés d'assurer la fourniture de soins de base sous la supervision des professionnels de santé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS).

¹ Etat généraux de la santé 1999, juin 1999 et annuaire statistique 2009, juin 2010.

La période 1991 à 2000 est marquée par une grande décentralisation des services de santé.

En effet, dans le cadre de l'initiative de Bamako, le gouvernement a adopté, en son Conseil des ministres du 21 juillet 1993, le document national sur le renforcement des soins de santé primaires (SSP) au Burkina Faso.

Sur le plan organisationnel, 11 Directions régionales de la santé (DRS) et 53 Districts sanitaires (DS) ont été créés. Les DRS assurent la coordination des DS qui sont des niveaux décentralisés du système. Le poste de santé primaire ne fait donc plus partie de la pyramide sanitaire. Le CSPA constitue le 1^{er} échelon du premier niveau de la pyramide.

La période 2001 à 2010 est marquée par la mise en œuvre du premier plan national de développement sanitaire et un renforcement des capacités des structures décentralisées du système de santé. **En 2009**, le Burkina Faso est organisé, sur le plan administratif, en 13 régions, 45 provinces et 351 communes rurales et urbaines. L'organisation du système de santé tient compte du découpage en provinces à l'intérieur desquelles sont situés les districts sanitaires.

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative.

- Le niveau central qui comprend les directions et structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions régionales de la santé (au nombre de 13) ;
- Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé (au nombre de 63 en 2009).

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

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :
 - Le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPA) qui est la structure sanitaire de base du système de santé ; on en dénombre 1 373 en 2009;
 - Le deuxième échelon de soins du district est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. On en compte 42 en 2009.
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA. Les CHR sont au nombre de 9 en 2009.
- Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. En 2009, on compte 3 Centres hospitaliers universitaires.

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte un nombre important de structures privées (320 en 2009) et l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique.

1.3 Actions importantes en faveur de la santé des populations

Loin d'être exhaustives, les actions importantes en faveur de la santé listées portent notamment sur le renforcement du personnel, les infrastructures, la lutte contre les maladies épidémiques et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé. .

1.3.1 Renforcement des effectifs du personnel et des infrastructures sanitaires

L'analyse de l'évolution des effectifs du personnel et des infrastructures montre que ces derniers ont enregistré une hausse continue au fil des années. Cela est perceptible surtout pour les infrastructures de base, notamment les centres de santé et de promotion sociale dont le nombre a été multiplié quasiment par 10 entre 1987 et 2009.

Tableau 1: Evolution des infrastructures sanitaires et des effectifs du personnel de santé dans les structures sanitaires publiques

| | 1967 | 1977 | 1987 | 1997 | 2007 | 2009 |
|---|------|------|------|-------|-------|-------|
| Personnel de santé | | | | | | |
| Médecins | 53 | 85 | 280 | nd | 441 | 483 |
| Pharmaciens | 12 | 9 | nd | 104 | 65 | 88 |
| Infirmiers d'Etat | 108 | 320 | 779 | 1 514 | 2 338 | 2 757 |
| Sages-femmes/ Maïeuticiens d'Etat | 38 | 100 | 292 | 460 | 604 | 833 |
| Infrastructures sanitaires | | | | | | |
| Centres hospitaliers | 2 | 5 | 11 | 11 | 12 | 12 |
| Centres médicaux | 12 | 41 | 55 | 73 | 75 | 73 |
| Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) | nd | nd | 136 | 751 | 1 270 | 1 373 |
| Formations sanitaires privées | 1 | 2 | 62 | 148 | 302 | 320 |

Source : INSD (annuaire statistique séries longues, 1996), DGISS (annuaires statistiques), DEP/santé : (Rapports annuels 1966 à 1996)

1.3.2 Amélioration de l'accessibilité financière des populations

Le faible accès aux services de santé pourrait être expliqué par le coût élevé de certaines prestations. Par conséquent, depuis 2000, on constate une baisse du coût de certaines prestations de santé. En effet, le Ministère de la santé a pris des initiatives pour la gratuité ou la réduction des tarifs en vue d'améliorer l'accessibilité financière des populations, notamment les femmes et les enfants, aux services de santé. Au nombre de ces actions, on note :

- La gratuité des consultations prénatales, des consultations du nourrisson sain et des vaccinations dans toutes les structures du premier échelon (Circulaire de février 2002).
- L'harmonisation des prix des actes médicaux (Circulaire de février 2003) ;
- La subvention de 10% au prix de trois médicaments (amoxicilline, paracétamol, ibuprofène) pour les enfants de 0 à 5 ans ;
- La réduction de la marge bénéficiaire de la CAMEG pour un certain nombre de produits ;
- La distribution gratuite de moustiquaires imprégnées (octobre 2010) ;

- La gratuité des antirétroviraux depuis le 1^{er} janvier 2010 ;
- La mise en œuvre de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida ;
- La mise en œuvre depuis 2006, de la stratégie nationale de subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

1.3.3 Renforcement de la lutte contre les maladies épidémiques

La lutte contre les maladies épidémies constitue un axe majeur d'amélioration de l'état de santé des populations. On note ainsi la réalisation de grandes campagnes de vaccination de masse et de lutte contre les endémies.

- ✓ **Grandes campagnes de vaccination de masse**
 - Depuis les années 1980, campagne de vaccination réactive contre la méningite, la rougeole, la fièvre jaune en cas d'épidémie ;
 - 1984 : Campagne de vaccination commando sur l'ensemble du territoire national ;
 - 2002 : Campagne nationale de vaccination de masse préventive contre la méningite à l'aide du vaccin anti méningococcique A+C ;
 - 2007 : Campagne de vaccination de masse contre la fièvre jaune ayant couvert 37 districts sanitaires ;
- ✓ **Grandes campagnes de lutte contre certaines endémies**
 - 1974 : Début des activités de l'ex OCP (programme africain de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'ouest) par le traitement antivectorelle dans les bassins fluviaux et du traitement de masse à l'ivermectine dans les zones endémiques ayant permis que l'onchocercose ne soit plus en 2010 un problème de santé publique ;
 - 2001 : début des campagnes de traitement de masse contre la filariose lymphatique avec l'ivermectine et l'albendazole dans la région du Sud-Ouest ;
 - 2004 : *Schistosomiase* : début des campagnes de traitement de masse avec le praziquantel dans les quatre régions les plus endémiques (Sahel, Nord, Sud-Ouest, Boucle du Mouhoun), puis extension aux autres régions à partir de 2005 ;
 - 2005 : *Filariose lymphatique* : couverture de l'ensemble des districts sanitaires du pays par les campagnes de traitement de masse à l'ivermectine et à l'albendazole ;
 - 2007 : Trachome : début des campagnes de traitement de masse à la tétracycline et à l'azythromycine dans les districts endémiques avec extension progressive dans les autres districts ;
 - 2007 : Renforcement des traitements de masse grâce à la mise en œuvre des activités d'intégration des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées.

2- Evolution des indicateurs de santé issus des enquêtes

2.1 Une espérance de vie en amélioration

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un enfant à la naissance. Cet indicateur est passé de 32,0 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 soit un gain substantiel de près de 25 ans.

Les personnes vivant en milieu urbain vivent plus longtemps que celles du milieu rural. Il en est de même des femmes par rapport aux hommes.

Tableau 2: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe et le milieu de résidence au Burkina Faso

| | 1960 | 1975 | 1985 | 1991 | 1996 | 2006 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Masculin | | | 48,2 | 50,7 | 53,5 | 55,8 |
| Féminin | | | 48,8 | 53,2 | 54,1 | 57,5 |
| Milieu de résidence | | | | | | |
| Urbain | | | 55,0 | 56,1 | 56,3 | |
| Rural | | | 47,2 | 50,6 | 52,2 | |
| Burkina Faso | 32,0 | 42,0 | 48,5 | 52,2 | 53,8 | 56,7 |

Source : INSD, annuaire statistique 2008

L'espérance de vie à la naissance au Burkina Faso en 2006 est supérieure à la moyenne des pays de la CEDEAO (55,2 ans), mais en termes de classement, le Burkina Faso occupe la 10^{ème} position sur les 15 pays de la CEDEAO.

Tableau 3 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance dans quelques pays

| Pays | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2006 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| Burkina | 44,9 | 46,3 | 47,4 | 48,7 | 50,4 | 52,4 |
| Norvège | 75,7 | 76,1 | 76,8 | 77,8 | 78,8 | 80,3 |
| Togo | 54,8 | 56,7 | 57,7 | 58,7 | 59,8 | 61,8 |
| Bénin | 50,5 | 51,9 | 53,8 | 56,4 | 58,3 | 60,6 |
| Côte d'Ivoire | 55,7 | 56,7 | 57,3 | 56,8 | 55,4 | 56,4 |
| Sénégal | 47,4 | 50,1 | 52,0 | 53,2 | 54,1 | 55,1 |
| Gambie | 46,5 | 49,2 | 51,2 | 52,6 | 53,9 | 55,4 |
| Mali | 40,0 | 41,6 | 43,0 | 44,2 | 45,6 | 47,7 |

Source : PNUD², Rapport sur le développement humain 2008.

2.2 Morbidité au sein de la population

L'état de santé de la population peut être analysé à travers la morbidité.

Le taux de morbidité est le pourcentage des individus qui ont été malades ou blessés dans l'ensemble de la population au cours des 15 derniers jours précédant l'interview de l'enquête. Le taux de morbidité a été évaluée par plusieurs par

Figure 1: Evolution du taux de morbidité selon le milieu de résidence (%) de 1994 à 2007



Sources : INSD, Enquêtes prioritaires 1994, 1998, EBCVM 2003, Enquêtes QUIBB 2005 et 2007

les enquêtes réalisées par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), dont celles de 1994, 1998, 2003, 2005 et 2007.

² Site web : <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/accéder/>

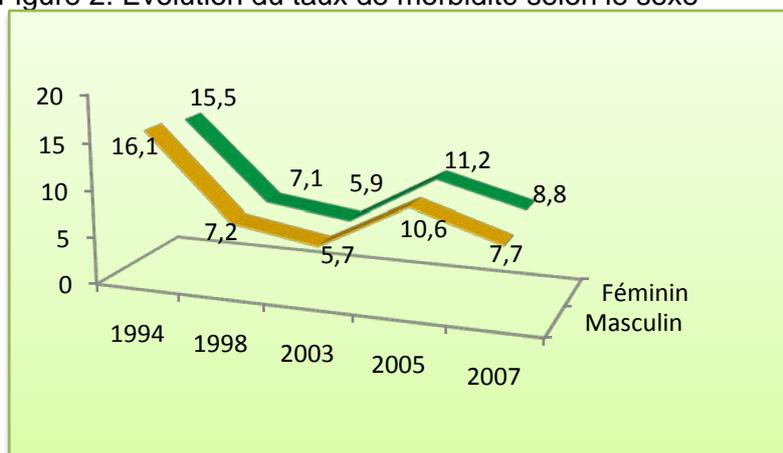
Cet indicateur n'est donc disponible que sur la période 1994 à 2007 : depuis 1994, on observe d'abord une tendance à la baisse suivie d'une remontée (10,9%) en 2005, avant de retomber à 8,4% en 2007. La forte morbidité enregistrée en 2005 serait due, entre autres, à la période de l'enquête (pendant la saison des pluies où l'incidence du paludisme est très importante par rapport au reste de l'année) et non forcément liée à une détérioration des conditions sanitaires. D'une manière générale, quelle que soit l'année, la morbidité est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

Selon le sexe, le taux de morbidité ne semble pas fondamentalement différer.

Après une baisse du niveau sur la période 1994-2003, l'indicateur s'est dégradé en 2005 avant d'enregistrer une baisse en 2007.

Sur la base des résultats des activités de routine, les principales causes de consultations sont le paludisme³, les infections respiratoires aiguës (IRA) surtout chez les enfants et

Figure 2: Evolution du taux de morbidité selon le sexe



Sources : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003
RGPH 1985, 1996 et 2006

les maladies à potentiel épidémique. On note par ailleurs que les efforts faits par le Ministère de la santé ont permis d'éliminer certaines maladies telles que la trypanosomiase et le ver de Guinée. Le VIH/Sida, longtemps considéré comme une maladie mortelle à 100%, tend à être maîtrisée grâce à la distribution gratuite des antirétroviraux.

Chez les enfants, les prévalences de la fièvre et de la diarrhée restent stables respectivement autour de 35% et 20%. Par contre, la prévalence des infections respiratoires aiguës a connu une baisse de plus de 5 points entre 1998 et 2003 pour se situer à 8,6%.

Tableau 4: Prévalence des infections respiratoires aiguës et des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans

| | 1993 | 1998 | 2003 |
|---------------------------------------|------|------|------|
| Fièvre | 35,0 | 35,8 | 36,7 |
| Infections respiratoires aiguës (IRA) | 11,2 | 13,5 | 8,6 |
| Diarrhées | 20,3 | 20,0 | 20,7 |

Source : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003

S'agissant du VIH/Sida, l'enquête démographique et de santé de 2003, pour la première fois depuis la déclaration de l'épidémie, a permis de disposer d'informations sur la prévalence. Le taux de prévalence chez les adultes était estimé à 1,8%.

³ Entre 40 et 50% des motifs de consultations dans les formations sanitaires sont liés au paludisme (Source : DGISS, tableau de bord de la santé 2009)

Les résultats montrent par ailleurs que la prévalence était plus élevée chez les femmes dans la plupart des régions.

Tableau 5: Prévalence du VIH-Sida selon les régions en 2003

| | Femmes | Hommes | Ensemble |
|---------------------------|--------|--------|----------|
| Boucle du Mouhoun | 2,2 | 2,4 | 2,3 |
| Cascades | 2,8 | 2,0 | 2,4 |
| Centre (sans Ouagadougou) | 0,4 | 0,0 | 0,2 |
| Ouagadougou | 4,4 | 3,9 | 4,2 |
| Centre-Est | 1,6 | 0,9 | 1,3 |
| Centre-Nord | 0,6 | 1,1 | 0,8 |
| Centre-Ouest | 1,9 | 3,0 | 2,3 |
| Centre-Sud | 0,8 | 0,4 | 0,6 |
| Est | 0,6 | 3,1 | 1,7 |
| Hauts-Bassins | 2,2 | 1,1 | 1,7 |
| Nord | 1,0 | 1,4 | 1,1 |
| Plateau Central | 1,4 | 1,0 | 1,2 |
| Sahel | 0,2 | 0,0 | 0,1 |
| Sud-Ouest | 3,7 | 3,7 | 3,7 |
| Burkina Faso | 1,8 | 1,9 | 1,8 |

Source : INSD, Enquête démographique et de santé 2003

La lutte contre la maladie reste un défi majeur pour la communauté internationale. En rapport avec les Objectifs du millénaire pour le développement, les Etats devraient *entre 1990 et 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et inversé la tendance actuelle (cible 7)*.

D'ici à 2015, le paludisme et d'autres grandes maladies telles que la tuberculose doivent être maîtrisés et les tendances actuelles inversées (cible 8).

2.3 Mortalité

2.3.1 Un taux brut de mortalité en baisse continue : de 32 ‰ en 1960 à 11,8 ‰ en 2006

La mortalité générale se rapporte au nombre de décès survenus dans la population au cours d'une période. Le taux brut de mortalité mesure cette situation.

Depuis 1960, cet indicateur est en constante diminution. Il est passé de 32 décès pour 1 000 habitants en 1960 à 17,5 décès en 1985 et à 11,8 décès en 2006.

Figure 3: Evolution du taux brut de mortalité de 1960 à 2006



Sources : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003
Recensements généraux de la population et de l'habitation 1985, 1996 et 2006

Si la tendance se maintenait, cet indicateur devrait être à moins de 10 décès pour mille habitants à l'horizon 2015.

2.3.2 Des taux de mortalité spécifiques globalement en régression

Les indicateurs spécifiques de mortalité sont en baisse régulière. Le taux de mortalité maternelle est ainsi passé de 610 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 à 484 en 1998. Le RGPH de 2006 estimait cet indicateur à 307,3 pour 100 000 naissances vivantes. Le quotient de mortalité infantile est lui, passé de 134 pour 1000 en 1985 à 91,7 pour 1000 en 2006. En rappel, la cible 5 des objectifs du millénaire pour le développement est de « *réduire de 2/3 entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans* ». Pour la cible 6, il s'agit « *de réduire de ¼ entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle* ».

Tableau 6: Evolution des indicateurs de mortalité spécifique

| | 1985 | 1991 | 1993 | 1996 | 1998 | 2003 | 2006 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ratio de mortalité maternelle (p. 100 000) | 610,0 | | 566,0 | | 484,0 | | 307,3 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (‰) | 216,2 | 185,0 | 204,5 | 174,2 | 219,1 | 184,0 | 141,9 |
| Quotient de mortalité infantile (‰) | 134,0 | 114,6 | 93,7 | 107,0 | 105,3 | 83,0 | 91,7 |
| Taux de mortalité néonatale (‰) | | | 51,3 | | 41,0 | 31,0 | |
| Taux de mortalité post- néonatale (‰) | | | 56,2 | | 65,0 | 51,0 | |

Sources : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003
Recensements généraux de la population et de l'habitation 1985, 1996 et 2006

2.4 Besoins en santé, accès et utilisation des services de santé

Les besoins en santé concernent les personnes qui ont été malades ou blessées au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête. **L'accès à la santé** est défini pour les personnes vivant dans des ménages à moins de 30 minutes d'un établissement de santé quel que soit le mode de transport utilisé.

Entre 2003 et 2007, l'accès aux services de santé est passé de 36,0% à 35,2%. Les besoins en santé ont varié entre 5,8% et 8,4%.

Tableau 7: Evolution des besoins en santé, accès des services de santé

| | Accès | | | Besoins | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2003 | 2005 | 2007 |
| Urbain | 74,3 | 71,8 | 69,7 | 6,8 | 14,8 | 11,8 |
| Rural | 26,6 | 31,0 | 28,8 | 5,5 | 10,0 | 7,6 |
| Burkina Faso | 36,0 | 38,1 | 35,2 | 5,8 | 10,9 | 8,4 |

Sources : INSD, Enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages 2003, Enquêtes QUIBB 2005 et 2007.

L'utilisation des soins de santé concerne les personnes qui ont consulté le personnel de santé au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête que ce soit pour raison de maladie ou pas. La tendance depuis 1998 est à la hausse. D'un niveau de 2,9% en 1998, cet indicateur atteint 6,2% en 2007 soit plus du double. Ce résultat est confirmé quel que soit le milieu de résidence (urbain ou rural).

Tableau 8: Evolution de l'utilisation des formations sanitaires entre 1994 et 2007

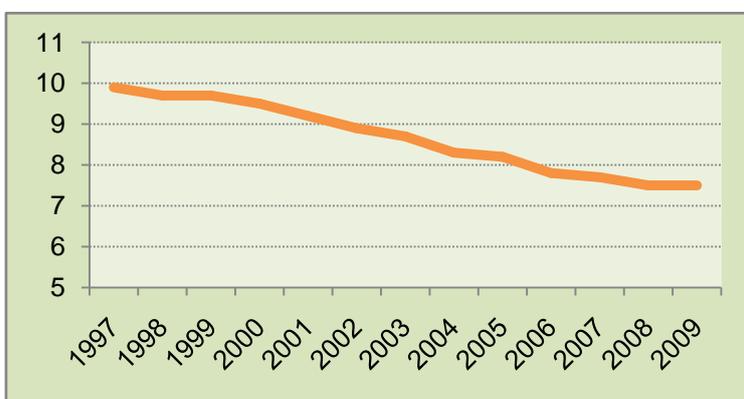
| | 1994 | 1998 | 2003 | 2005 | 2007 |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 12,3 | 5,2 | 5,8 | 9,9 | 9,3 |
| Rural | 5,1 | 2,5 | 3,8 | 6,3 | 5,6 |
| Sexe | | | | | |
| Masculin | 6,5 | 2,8 | 4,0 | 6,8 | 5,8 |
| Féminin | 6,0 | 5,3 | 4,4 | 7,0 | 6,6 |
| Burkina Faso | 6,2 | 2,9 | 4,2 | 6,9 | 6,2 |

Sources : INSD, Enquête prioritaire 1998, Enquête burkinabè sur les conditions de vies des ménages 2003, Enquêtes QUIBB 2005 et 2007

Les indicateurs ci-dessus présentés restent influencés par la période de réalisation des enquêtes. La faible variation des niveaux pourrait s'expliquer par l'intervalle relativement court de réalisation de deux enquêtes.

L'analyse de l'accès peut être complétée à travers l'indicateur « rayon moyen d'action théorique » calculé à partir des sources administratives. Il mesure la distance moyenne (en km) à parcourir pour atteindre une formation sanitaire publique de base (centre médical, CSPS, dispensaire isolé, maternité isolée). Cet indicateur enregistre une baisse continue au fil des années. Il est ainsi passé de 9,9 km en 1997 à 7,5 km en 2009.

Figure 4: Evolution du rayon moyen d'action théorique (km)



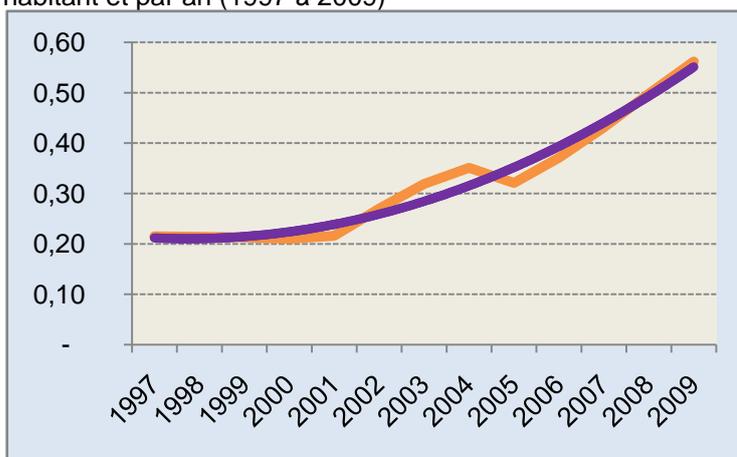
Source : DGISS ; Indicateurs actualisés de santé 1997-2008, 2009

L'utilisation des formations sanitaires s'apprécie par ailleurs à travers le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an. Il est obtenu en rapportant le nombre de consultants à la population de l'année.

Sur la période 1997 à 2009, on assiste à un renforcement du nombre de contacts par habitant et par an.

L'allure des courbes du rayon moyen d'action et du nombre de nouveaux contacts par habitant confirme un meilleur accès et une plus grande utilisation des formations sanitaires.

Figure 5: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant et par an (1997 à 2009)



Source : DGISS ; Indicateurs actualisés de santé 1997-2008, 2009

2.5 Santé de la mère et de l'enfant

2.5.1 Une prévalence contraceptive en amélioration

La prévalence contraceptive mesure la proportion de femmes en âge de procréer utilisant au moins une méthode contraceptive. Selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS), la prévalence contraceptive est passée de 7,9% en 1993 à 11,8% en 1998 et 13,7% en 2003. En milieu urbain, en 2003, une femme sur trois pratiquait la contraception alors qu'en milieu rural, c'est seulement une femme sur dix. Cet indicateur fait partie de ceux suivis dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement.

Tableau 9: Evolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence et la méthode (%)

| Méthodes | 1993 | | | 1998 | | | 2003 | | |
|--------------------------------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|--------|-------|-----------|
| | Urbain | Rural | En-semble | Urbain | Rural | En-semble | Urbain | Rural | En-semble |
| Méthode traditionnelle | 8,9 | 2,7 | 3,7 | 9,3 | 6,7 | 7,0 | 6,0 | 5,0 | 5,1 |
| Méthode moderne | 17,1 | 1,5 | 4,2 | 20,1 | 2,6 | 4,8 | 28,2 | 5,1 | 8,6 |
| <i>Pilule</i> | 8,3 | 0,8 | 2,1 | 8,3 | 0,9 | 1,8 | 8,9 | 1,0 | 2,2 |
| <i>Dispositif intra-utérin</i> | 3,6 | 0,1 | 0,7 | 2,4 | 0,1 | 0,4 | 2,3 | 0,1 | 0,4 |
| <i>Injectables</i> | 0,7 | 0 | 0,1 | 3,4 | 0,7 | 1,1 | 4,8 | 2,1 | 2,5 |
| <i>Condom</i> | 0,7 | 0,3 | 0,5 | 3,9 | 0,8 | 1,2 | 7,0 | 1,2 | 4,1 |

Source : Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998-1999 et 2003

Selon les zones géographiques, Ouagadougou, les régions des Hauts-Bassins et des Cascades sont celles qui enregistrent les plus fortes prévalences contraceptives. A l'inverse, dans les régions de l'Est et du Sahel, moins de 5% des femmes en âge de procréer utilisent au moins une méthode contraceptive.

Tableau 10: Evolution de la prévalence contraceptive selon les zones géographiques

| Zones géographiques | 1993 | 1998 | 2003 |
|---------------------------|------|------|------|
| Ouagadougou | 19,9 | 22,5 | 29,5 |
| Nord | 1,3 | 3,0 | 8,2 |
| Est | 1,1 | 2,6 | 2,2 |
| Ouest | 3,9 | 5,1 | nd |
| Centre-Sud | 2,9 | 4,0 | 4,9 |
| Boucle du Mouhoun | | | 10,7 |
| Cascades | | | 13,8 |
| Centre-Est | | | 5,1 |
| Centre-Nord | | | 6,6 |
| Centre-Ouest | | | 6,0 |
| Centre (sans Ouagadougou) | | | 7,8 |
| Hauts-Bassins | | | 11,6 |
| Plateau Central | | | 5,1 |
| Sahel | | | 3,0 |
| Sud-Ouest | | | 6,9 |

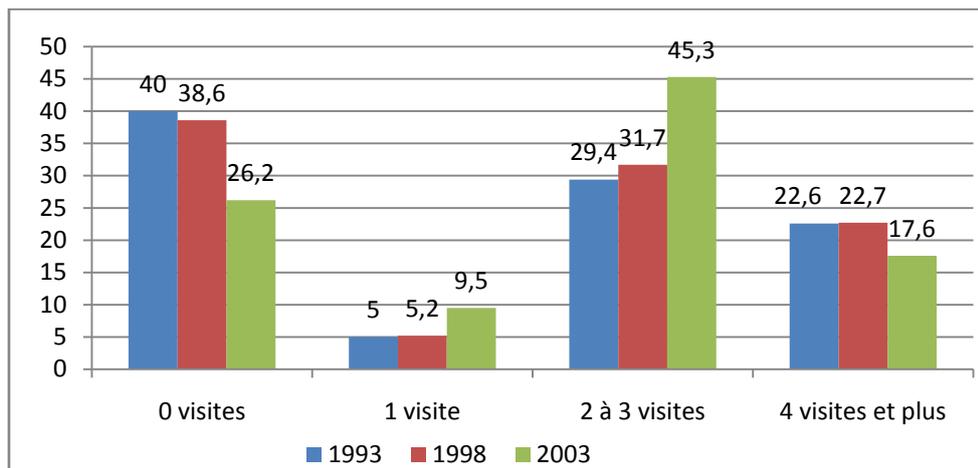
Source : Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998/1999 et 2003

NB : Les cellules vides signifient que ces zones ne faisaient pas partie de l'enquête

2.5.2 Soins prénatals

Les soins prénatals déterminent en grande partie l'issue d'une grossesse. Ils doivent intervenir à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales à intervalles réguliers avant l'accouchement. L'analyse des données sur la couverture prénatale montre que la situation tend à s'améliorer au fil des années. Si, en 1993, 40% des femmes ne pratiquaient aucune consultation prénatale, elles ne sont plus que 26,2% en 2003 (EDS 1993, 2003).

Figure 6: Evolution du pourcentage de femmes selon le nombre de visites pour soins prénatals



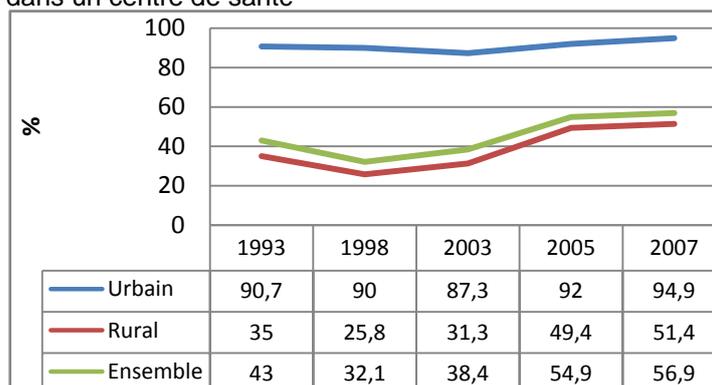
Sources : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003

2.5.3 Des naissances de plus en plus en maternité et assistées par un personnel qualifié

Plusieurs indicateurs retracent la manière dont les accouchements se réalisent dans la communauté. Ainsi, s'agissant du lieu de naissance, les enquêtes montrent que plus de la moitié des naissances⁴ ont eu lieu dans un centre de santé depuis 2005.

En 2007, cet indicateur était de 56,9% dans l'ensemble et 94,9% en milieu urbain. Cela traduit une meilleure prise de conscience de l'importance de l'accouchement dans les centres de santé.

Figure 7: Evolution de pourcentage de naissances survenues dans un centre de santé



Sources : INSD, Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998 et 2003. Enquête QUIBB 2007

⁴ Il s'agit des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête.

La fréquentation des formations sanitaires pour accouchement est corrélée au niveau de l'assistance lors de l'accouchement par un personnel qualifié.

Depuis 1993, première année pour laquelle cet indicateur a été mesuré par enquête, le pourcentage de naissances ayant bénéficié d'une assistance épouse une tendance globale à la hausse même si, en 1998, on observe un fléchissement de l'indicateur.

Tableau 11: Evolution du pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié

| | 1993 | 1998 | 2003 | 2005 | 2007 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Urbain | 94,5 | 90,2 | 90,7 | 95,1 | 95,1 |
| Rural | 33,1 | 24,5 | 51,4 | 51,6 | 52,4 |
| Burkina Faso | 41,5 | 31,0 | 56,5 | 57,0 | 57,8 |

Source : Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998/1999 et 2003

Depuis 2003, près de 60% des naissances ont été assistées par un personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier, matrone ou autre personnel de santé).

Les statistiques de sources administratives (routine) confirment la tendance à la hausse observée à travers les résultats des enquêtes.

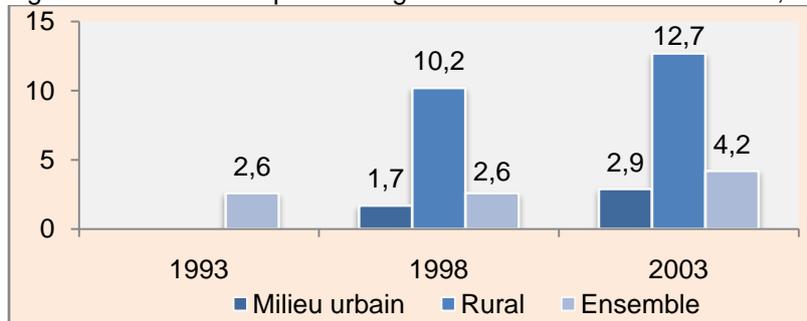
Tableau 12: Evolution du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié⁵

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Burkina Faso | 44,5 | 55,8 | 64,0 | 70,7 |

Source : DGISS, annuaire statistique de la santé 2009

Bien que les accouchements bénéficient d'une assistance de plus en plus élevée, le constat est que le pourcentage de naissances de moins de 2,5 kilogrammes reste supérieur à 10% en milieu rural depuis 1998.

Figure 8: Evolution du pourcentage de naissances de moins de 2,5kg



Source : Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998/1999 et 2003

⁵ Nota bene : Enregistré dans les formations sanitaires. A ne pas comparer avec les résultats des enquêtes statistiques.

2.6 Vaccination : des couvertures en hausse continue

La couverture des enfants vaccinés contre les antigènes⁶ ci-contre (tableau 13) montre une situation satisfaisante dans l'ensemble. Par exemple, la couverture en BCG est passée de 85,4% en 1993 à 94,3% en 2007. Pour la rougeole, la couverture est passée de 56,9% en 1993 à 75,2% en 2007 même si dans l'intervalle, cette couverture a enregistré une légère baisse.

Tableau 13: Evolution de la couverture vaccinale

| Antigène | 1993 | 1998 | 2003 | 2007 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| BCG | 85,4 | 72,3 | 80,9 | 94,3 |
| DTC 1 | 79,1 | 78,3 | 76,1 | 89,7 |
| DTC 3 | 31,9 | 41,0 | 57,0 | 80,6 |
| Rougeole | 56,9 | 45,8 | 55,8 | 75,2 |
| Fièvre jaune | 50,6 | 35,5 | 44,9 | 69,7 |
| Enfants complètement vaccinés | 34,7 | 29,3 | 34,5 | |
| VAT2 + | 41,8 | 34,3 | 38,2 | |

Source : INSD : Enquêtes démographiques et de santé 1993, 1998/1999 et 2003, Enquête QUIBB 2007

2.7 Nutrition

L'état nutritionnel résulte à la fois de l'histoire nutritionnelle de l'enfant et des maladies et infections qu'il a pu avoir. Un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique l'exposant ainsi aux infections, voir au décès. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge, la taille et le poids des enfants pris au cours des enquêtes. Ces données permettent de calculer trois indices nutritionnels : le retard de croissance (taille-pour-âge), l'émaciation (poids-pour-taille) et l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge).

La nutrition fait partie des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). La cible 2 de l'objectif 1 stipule en effet de « *réduire de moitié de 1990 à 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim* ». Un des indicateurs suivis est le pourcentage des enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale.

2.7.1 Retard de croissance : même situation en 1993 et en 2009

Le retard de croissance est une malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour un âge donné. Les enfants dans cet état ont alors une taille inférieure à la moyenne de celle des enfants de leur âge. Malgré les nombreuses interventions en matière de nutrition, le pourcentage d'enfants présentant une émaciation n'a pas baissé entre 1993 et 2009.

Tableau 14 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans atteints d'un retard de croissance

| Période | 1993 | 1998 | 2003 | 2005 | 2006 | 2007 | 2009 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | | |
| Aucun | 30,9 | 38,0 | 40,7 | | 36,9 | | |
| Primaire | 21,5 | 31,7 | 26,9 | | 28,4 | | |
| Secondaire ou plus | 10,7 | 12,8 | 12,7 | | 14,2 | | |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urbain | 19,0 | 22,7 | 20,2 | 34,6 | 21,6 | 29,7 | |
| Rural | 31,4 | 38,8 | 41,6 | 54,0 | 38,4 | 37,3 | |
| Burkina Faso | 29,4 | 36,8 | 38,7 | 51,3 | 34,6 | 35,9 | 28,6 |

Source : INSD: EDS 93, 98/99, 2003; MICS 2006 et QUIBB 2005, 2007, Direction de la Nutrition : Enquête SMART 2009

⁶ La couverture en BCG et en vaccin anti-rougeoleux est un indicateur OMD.

2.7.2 Régression du pourcentage d'enfants présentant une émaciation depuis 2006

L'indice poids-pour-taille qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle des enfants. Il peut être fortement influencé selon que l'observation s'est effectuée pendant une saison ou une autre. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une sous alimentation durant la période pré observatoire ou d'une perte de poids consécutive à une maladie.

Deux phases caractérisent l'évolution de cet indicateur. Entre 1993 et 2006, elle était à la hausse, passant de 13,3% en 1993 à 23,1% en 2006. Depuis, une nouvelle dynamique de baisse est amorcée.

Tableau 15: Evolution du pourcentage d'enfants présentant une émaciation

| Période | 1993 | 1998 | 2003 | 2005 | 2006 | 2007 | 2009 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | | |
| Aucun | 13,6 | 13,5 | 19,1 | | 23,4 | | |
| Primaire | 12,6 | 11,0 | 18,0 | | 21,0 | | |
| Secondaire ou plus | 8,2 | 6,8 | 11,1 | | 24,0 | | |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urbain | 10,1 | 9,6 | 12,4 | 18,8 | 20,5 | 15,0 | |
| Rural | 13,9 | 13,7 | 19,6 | 15,9 | 23,9 | 20,2 | |
| Burkina Faso | 13,3 | 13,2 | 18,6 | 18,4 | 23,1 | 19,3 | 10,7 |

Source : INSD: EDS 93, 98/99, 2003; MICS 2006 et QUIBB 2005, 2007, Direction de la Nutrition : Enquête SMART 2009

2.7.3 Une insuffisance pondérale toujours élevée

L'insuffisance pondérale est un indice composite. En effet, un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur tout comme par le retard de croissance. C'est l'indice le plus souvent utilisé par les services de la santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Comme l'émaciation, l'insuffisance pondérale est un indicateur très sensible aux variations saisonnières.

Comparativement aux deux précédents indicateurs, celui-ci a un niveau plus élevé. Depuis 1993 jusqu'à nos jours, au moins 30% (29,5% en 1993) des enfants présentent une insuffisance pondérale. Ce niveau est plus important en milieu rural où en général plus d'un enfant sur 3 présente une insuffisance pondérale

Tableau 16: Evolution du pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale

| Période | 1993 | 1998 | 2003 | 2005 | 2006 | 2007 | 2009 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Niveau d'instruction de la mère | | | | | | | |
| Aucun | 30,5 | 35,6 | 39,2 | | 39,9 | | |
| Primaire | 27,0 | 27,4 | 30,8 | | 29,0 | | |
| Secondaire ou plus | 11,7 | 14,4 | 14,6 | | 18,1 | | |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urbain | 20,0 | 22,3 | 20,5 | 29,2 | 26,0 | 21,8 | |
| Rural | 31,3 | 36,0 | 40,3 | 48,9 | 40,8 | 34,0 | |
| Burkina Faso | 29,5 | 34,3 | 37,7 | 46,1 | 37,4 | 31,7 | 31,4 |

Source : INSD: EDS 93, 98/99, 2003; MICS 2006 et QUIBB 2005, 2007, Direction de la Nutrition : Enquête SMART 2009

Conclusion

L'analyse des indicateurs de santé depuis les indépendances jusqu'à nos jours montre une véritable amélioration de l'état de santé des populations. L'espérance de vie s'est accrue très sensiblement. Le renforcement des infrastructures sanitaires et du personnel et la lutte contre les épidémies et endémies ont été effectives. L'évolution du système de santé et les politiques sanitaires mises en œuvre ont eu certainement un impact positif non négligeable sur l'état de santé des burkinabè.

Les évolutions de la plupart des indicateurs sont dans une dynamique satisfaisante. Ceci devrait encourager les premiers responsables du Ministère de la santé à poursuivre les stratégies visant à améliorer l'état de santé des populations en ce sens que les enquêtes statistiques nationales révèlent un impact globalement positif de toutes les interventions. Ceci pourrait davantage rapprocher le Burkina Faso de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

La finalisation des enquêtes en cours notamment l'enquête intégrale sur les conditions de vie des populations et l'enquête démographique et de santé (EDS IV) permettront de disposer d'informations actualisées sur l'évolution de l'état de santé des populations burkinabè.

BIBLIOGRAPHIE

Institut national de la statistique et de la démographie (2009), *Annuaire statistique 2008*, Ouagadougou, 453 p.

Institut national de la statistique et de la démographie (2008), *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 (2008), *Tableau de bord social 2008 du Burkina Faso*, Ouagadougou, 74 p.

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.

Institut national de la statistique et de la démographie (2005), *Analyse des résultats de l'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages et du suivi de la pauvreté en 2005*, Ouagadougou, 199 p.

Institut national de la statistique et de la démographie ET ORC Macro (2004), *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003*, Calverton, Maryland (USA) : INSD et ORC Macro., 455 p

Institut national de la statistique et de la démographie (2008), *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006*, Ouagadougou, 257 p

Programme des Nations Unies pour le Développement (2009), *Rapport sur le développement humain 2008*.

Ministère de la santé (1999), *Etat généraux de la santé*, juin 1999, Ouagadougou.

Direction de la nutrition (2009), *Enquête nutritionnelle nationale 2009*, Octobre 2009, Ouagadougou, 54 p.

Direction de la santé de la famille (2006), *Stratégie nationale de subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, Ouagadougou, 45 p

Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la santé (2009), *Annuaire statistique santé 2008*, Ouagadougou, 257 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2008), *Annuaire statistique santé 2007*, Ouagadougou, 247 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2008), *Tableau de bord santé 2007*, Ouagadougou, 85 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2007), *Annuaire statistique santé 2006*, Ouagadougou, 233 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2007), *Tableau de bord santé 2006*, Ouagadougou, 61 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2006), *Annuaire statistique santé 2005*, Ouagadougou, 202 p.

Direction des études et de la planification/Ministère de la sante (2005), *Annuaire statistique santé 2004*, Ouagadougou, 206 p

LEXIQUE

Les besoins en santé concernent les personnes qui ont été malades ou blessées au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête.

L'utilisation des soins de santé concerne les personnes qui ont consulté le personnel de santé au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête que ce soit pour raison de maladie ou pas.

La satisfaction par rapport aux soins de santé concernant les soins de santé concerne les personnes qui ont consulté le personnel de santé au cours des 15 jours ayant précédé l'enquête et qui n'ont cité aucun problème.

Le retard de croissance concerne des enfants trop petits en taille par rapport à leur âge. Leur taille-pour-âge se situe à plus de deux écarts-types en dessous du standard taille-pour-âge de la population de référence du National Center of Health Statistics (NCHS).

L'émaciation concerne des enfants trop maigres par rapport à leur taille. Leur poids-pour-taille se situe à plus de deux écarts-types en dessous du standard poids-pour-taille de la population de référence du NCHS.

L'insuffisance pondérale concerne des enfants trop maigres par rapport à leur âge. Leur poids-pour-âge se situe à plus de deux écarts-types en dessous du standard poids-pour-âge de la population de référence du NCHS.