

MINISTRE DE LA SANTE

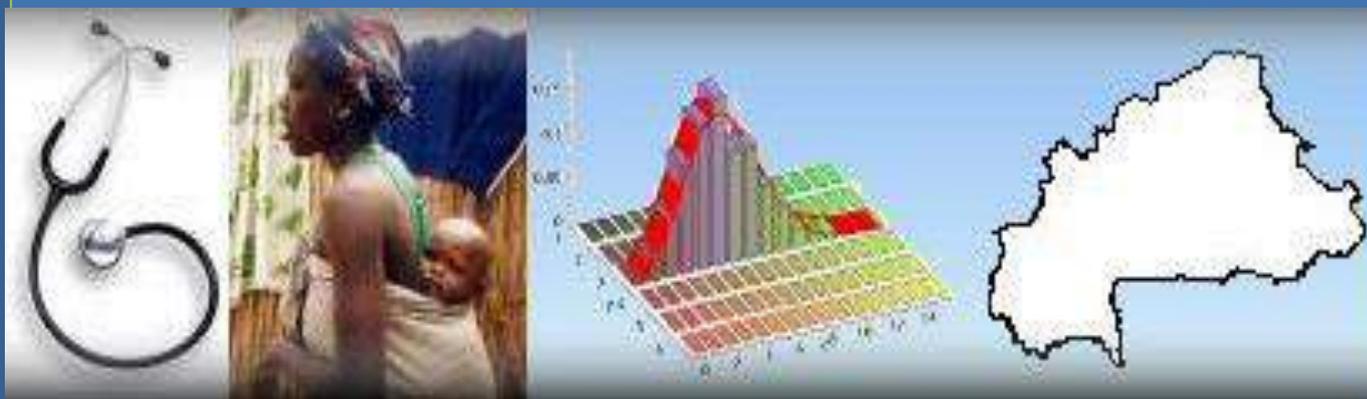
SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DES
ETUDES ET DES
STATISTIQUES SECTORIELLES



BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice



**TABLEAU DE BORD 2013 DES INDICATEURS
DE SANTÉ**

Août_2014

T
A
B
L
E
A
U

D
E
B
O
R
D

2
0
1
3

AVANT PROPOS	8
SIGLES ET ABREVIATIONS	8
DEFINITION DE QUELQUES INDICATEURS	11
INTRODUCTION	15
Processus d'élaboration du tableau de bord	16
Rédaction du document	16
Méthode d'analyse	16
I. DONNEES GENERALES	17
1.1 Présentation générale du Burkina Faso.....	18
1.2 Organisation du système de santé au Burkina Faso.....	18
1.2.1 Organisation administrative.....	18
1.2.2 Organisation de l'offre de soins	19
1.3 Politique Nationale de Santé.....	20
1.4 Système National d'Information Sanitaire	20
1.4.1 Cadre institutionnel.....	21
1.4.2 Cadre organisationnel du SNIS	21
1.4.3 Plan stratégique du SNIS	21
1.4.4 Changements majeurs	21
II. RESSOURCES.....	23
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.....	24
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.....	25
2.2.2 CSPS remplissant la norme en personnel en 2013	26
2.2.3 Rayon moyen d'action théorique	27
2.2.4 Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de base..	28
2.2.5 Situation de la gestion des DMEG.....	28
2.3 Ressources financières	29
2.3.1 Financement de la santé sous l'angle des comptes de la santé(CS)....	29
2.3.2 Bilan financier global du plan d'action du Ministère de la santé	30
2.3.3 Dépenses liées aux IGR.....	31

III. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	32
3.1 Planification familiale	33
3.1.1 Disponibilité des produits contraceptifs	33
3.1.2 Utilisation des méthodes contraceptives	33
3.1.3 Couple-années de protection.....	34
3.2. Consultation prénatale.....	35
3.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH).....	35
3.4 Accouchement.....	36
3.4.1. Accouchements assistés par du personnel qualifié.....	36
3.4.2. Césariennes	37
3.5 Avortement	38
3.6 Consultation postnatale	38
3.7 Prise en charge des cas de fistule et des séquelles d'excision.....	39
3.7.1 Fistules.....	39
3.7.2 Séquelles d'excision	39
3.8 Surveillance nutritionnelle	40
3.8.1 Surveillance de routine	40
3.8.2 Performance de la prise en charge nutritionnelle	40
3.8.3 Données d'enquêtes nutritionnelles	41
3.8.3.1 Prévalence de la malnutrition aigüe globale	41
3.9 Décès dans les formations sanitaires	42
3.9.1 Décès maternels	42
3.9.2 Décès néo natal	43
3.9.3 Décès chez les enfants de moins de 5 ans	44
3.10 Vaccination	44
IV. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE	47
4.1 Méningite	48
4.1.1 Evolution des cas de méningite par semaine en 2013	48
4.1.2 Incidence des cas.....	48
4.1.3 Répartition des cas selon l'âge	50
4.1.4 Létalité de la méningite.....	50
4.2 Choléra	51
4.3 La Rougeole.....	51
4.4 La fièvre jaune	51
4.5 Les Diarrhées sanguinolentes	52
4.6 La poliomyélite	52

V. MALADIES D'INTERET SPECIAL	54
5.1 Le paludisme.....	55
5.1.1 Situation du paludisme dans la population générale.....	55
5.1.2 Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes	56
5.1.3 Principales actions de lutte contre le paludisme.....	57
5.2 La tuberculose	57
5.3 Les infections sexuellement transmissibles (IST)	60
5.4 Le VIH et Sida	61
5.5 La lèpre	64
5.6 Ver de guinée/ dracunculose	65
5.7 Les maladies non transmissibles.....	65
VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE	67
6.1 Consultation curative.....	68
6.2 Morbidité	69
6.2.1 Les motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires	70
6.2.2 Les causes de décès dans les formations sanitaires	71
6.2.3 Occupation des lits	72
6.2.4 Séjour moyen dans les hôpitaux	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXE 1	76
ANNEXE 2	90
ANNEXE 3	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2013	25
Tableau 2: Evolution du nombre de structures sanitaires privées de soins de 2010 à 2013.....	25
Tableau 3: Evolution des proportions de CSPS remplissant les normes en personnel de 2009 à 2013	26
Tableau 4: Situation des DMEG des régions sanitaires en 2013.....	28
Tableau 5: synthèse des financements des structures du ministère de la santé en 2013	30
Tableau 6: Dépenses liées aux IGR en 2013 (IGR corrigées en FCFA)	31
Tableau 7: situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les points de prestations de 2011 à 2013.....	33
Tableau 8: Répartition des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives par méthode en 2013	34
Tableau 9: Indicateurs de PTME/VIH par région en 2013	36
Tableau 10: situation des accouchements assistés par région de 2009 à 20113.....	36
Tableau 11: Répartition des césariennes par région en 2013.....	37
Tableau 12: situation des avortements par région en 2013	38
Tableau 13: Situation des cas et prise en charge de fistule en 2013	39
Tableau 14: Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2013	40
Tableau 15: Proportion de décès maternels pour 100 000 parturientes dans les régions de 2009 à 2013	43
Tableau 16: Répartition des décès maternels selon la cause en 2013	43
Tableau 17: situation de la couverture (%) vaccinale de 2009 à 2013.....	44
Tableau 18: Répartition de l'évolution des cas de méningite selon le germe identifié par le laboratoire à la PCR en 2013	50
Tableau 19: Répartition des cas d'ictère fébrile en 2013 par région sanitaire.....	52
Tableau 20: performance de la surveillance des PFA de 2011 à 2013	52
Tableau 21: situation de la cohorte 2012 par région	58
Tableau 22: Indicateurs de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH de 2009 à 2013	59
Tableau 23: Répartition de l'incidence cumulée des IST par région de 2009 à 2013 (P.1000)	60
Tableau 24: Situation de la file active par région en 2013	62
Tableau 25: situation du dépistage du VIH par région en 2013.....	63
Tableau 26: situation de la lèpre de 2009 à 2013.....	64
Tableau 27: répartition des taux de prévalence, de détection et d'infirmité de la lèpre par région en 2013	65
Tableau 28: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2009 à 2013	68
Tableau 29: Part (%) des principaux motifs de consultations dans les districts sanitaires en 2013.....	69
Tableau 30: Répartition des 10 principaux motifs de consultations chez les moins de 5 ans en 2013 dans les districts sanitaires	70
Tableau 31: Répartition des principaux motifs de consultations externes en 2013 dans les centres hospitaliers	70
Tableau 32: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux en 2013.....	71
Tableau 33: Les dix principales causes de décès dans les formations sanitaires de premier échelon en 2013	71

Tableau 34: les dix principales causes de décès dans les districts sanitaires chez les enfants de moins de 5 ans en 2013	72
Tableau 35: Principales causes de décès dans les hôpitaux en 2013	72

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution des ratios habitants par personnel de santé de 2009 à 2013	24
Figure 2 Evolution du RMA (km) de 2009 à 2013.....	27
Figure 3:Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2009-2013.....	28
Figure 4: Evolution de la DNS de 2008 à 2012 (en Milliards de FCFA).....	29
Figure 5: Evolution de la dépense de santé par habitant de 2008 à 2012 (FCFA).....	29
Figure 6: Evolution du taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives de 2009 à 2013	33
.....	33
Figure 7: Taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives par région en 2013.....	34
Figure 8: Répartition de la proportion (%) des couples années de protection par région en 2013	34
Figure 9: Evolution du taux (%) de CPN1, de CPN2, de CPN4 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse de 2009 à 2013	35
Figure 10: évolution du taux de césarienne de 2009 à 2013	38
Figure 11: Couverture (%) en consultation postnatale en 2013	39
Figure 12: Répartition de la malnutrition aigüe globale par région en 2013.....	41
Figure 13: Prévalence de la malnutrition aigüe, de 2009 à 2013	42
Figure 14: Situation des décès néo natals par région en 2013 p.1000 naissances vivantes.....	44
Figure 15: Evolution de la mortalité intra-hospitalière (P.1 000) chez les moins de cinq ans de 2009 à 2013	44
Figure 16: Evolution de la couverture vaccinale (%) du VAT 2 + chez les femmes enceintes de 2009 à 2013	46
Figure 17: Evolution hebdomadaire des cas de méningite en 2013.....	48
Figure 18: Figure : courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2009 à 2013	49
Figure 19: Répartition des cas de méningite par tranche d'âge en 2012 (N = 28 25)	50
Figure 20: Proportion des germes identifiés de 2009 à 2013 par le laboratoire	50
Figure 21 : Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants par région sanitaire en 2011 et 2012	51
Figure 22: Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) du paludisme de 2009 à 2013.....	55
Figure 23: Evolution des parts attribuables (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2009 à 2013.	55
Figure 24: Evolution de l'incidence cumulée chez les enfants de moins de 5 ans (pour 1000 habitants) du paludisme de 2009 à 2013	56
Figure 25: Létalité (%) due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en 2013 par région.....	56
Figure 26: Taux (p.100 000 habitants) de notification des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose par région en 2013.....	57
Figure 27: évolution du nombre de de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 2009 à 2013	58

Figure 28: Proportion (%) des cas d'IST par tranche d'âge et par sexe en 2013	60
Figure 29: Répartition (%) des cas d'IST selon le type en 2013	60
Figure 30: Evolution des effectifs et des proportions de PvVIH sous ARV entre 2009 et 2013	62
Figure 31: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an de 2009 à 2013.....	68
Figure 32: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an chez les moins de 5 ans en 2013	69
Figure 33: les 5 principaux motifs d'hospitalisation dans les districts sanitaires en 2013 chez les enfants de moins de 5 ans.....	70
Figure 34: Taux d'occupation des lits dans les CHR/CHU en 2012 et 2013.....	73
Figure 35: Séjour moyen en hospitalisation (CMA/CHR/CHU/CHN) par région en 2013	73
Figure 36: Séjour moyen dans les CHR/CHU/CHN.....	73

LISTE DES CARTES

Carte 1: Situation du RMA par région en 2013	27
Carte 2: taux d'accouchements assistés en 2013	37
Carte 3: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition chronique en 2013.....	41
Carte 4: Distribution par région de la prévalence de	42
Carte 5: couverture vaccinale par région en 2013	45
Carte 6: Situation épidémiologique de la méningite au niveau district en 2013	49

AVANT PROPOS

Le ministère de la santé a le plaisir de mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs, la dixième édition du tableau de bord. C'est un outil d'analyse de la performance des différents maillons de notre système de santé et une aide à la prise de décision en vue d'une optimisation des ressources dont nous disposons.

En effet, le tableau de bord permet d'apprécier les efforts accomplis, les progrès enregistrés en comparant les indicateurs avec les normes et/ou les objectifs spécifiés dans nos documents de références que sont les OMD, la SCADD et le PNDS. Il offre ainsi une image synthétique et précise de la situation du secteur de la santé et de son évolution durant ces dernières années.

D'une manière générale, l'année 2013 a été marquée par une amélioration du rayon moyen d'action théorique traduisant un accroissement des infrastructures sanitaires. Cependant la plupart des indicateurs n'a pas connu d'évolution significative. Sur le plan épidémiologique, la situation est restée relativement calme durant l'année 2013. Par ailleurs, le paludisme demeure le principal motif de consultation, d'hospitalisation et la première cause de décès dans les formations sanitaires.

J'exhorte les différents acteurs à redoubler d'efforts pour une amélioration des indicateurs de couverture et une réduction des phénomènes morbides au sein des populations.

Le présent tableau de bord a été élaboré avec le concours des acteurs aux différents niveaux du système de santé et avec l'appui des partenaires techniques et financiers à qui j'adresse mes sincères remerciements.

Je fonde l'espoir que tout un chacun trouvera l'information utile pour mieux apprécier les performances du système et orienter ainsi, les actions en faveur de la santé.



Léné SEBGO
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
CV	: Couverture vaccinale
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
ISSP	: Institut supérieur des sciences de la population
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 (Nesseriae meningetidis A)
NmW135	: Méningocoque W 135 (Nesseriae meningetidis W135)
NmX	: Méningocoque X (Nesseriae meningetidis X)
NmY	: Méningocoque Y (Nesseriae meningetidis 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
PCR	: Polymerase Chain Reaction
Penta	: Vaccin pentavalent (DTC + hépatite B + Hemophilus influenzae)
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
SR	: Santé de la reproduction
STEPS	: Enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risque commun aux maladies non transmissibles
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
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	RGPH 2006/INSD
Proportion de décès post opératoire	Nombre de décès enregistrés après une intervention chirurgicale rapporté au nombre total d'interventions chirurgicales	Annuaire statistique 2013/MS
Proportion des consultations dues à une pathologie	Nombre de consultations dues à la pathologie rapporté au nombre total de consultations	Annuaire statistique 2013/MS
Proportion des hospitalisations dues à une pathologie	Nombre d'hospitalisations dues à la pathologie rapporté au nombre total d'hospitalisations	Annuaire statistique 2013/MS
Proportion des décès dus à un motif	Nombre de décès dus à un motif rapporté au nombre total de décès	Annuaire statistique 2013/MS
Quotient de mortalité infantile	Probabilité pour un enfant qui naît, de décéder avant son premier anniversaire	RGPH 2006/INSD
Quotient de mortalité infanto juvénile	Probabilité pour un enfant qui naît de décéder avant son cinquième anniversaire	RGPH 2006/INSD
Quotient de mortalité juvénile	Probabilité pour un enfant qui a dépassé son premier anniversaire de décéder avant son cinquième anniversaire	RGPH 2006/INSD
Rapport de décès maternels pour 100 000 parturientes	Nombre de décès maternels enregistrés par les formations sanitaires rapporté au nombre de femmes venues accoucher	Annuaire statistique 2013/MS
Taux brut de mortalité	Nombre de décès (tous âges confondus) pour 1 000 habitants	RGPH 2006/INSD
Taux d'occupation des lits	Durée moyenne d'occupation des lits au cours d'une année	Annuaire statistique 2013/MS

Indicateur	Définition	Source
Taux de mortalité infantile	Nombre de décès annuels pour 1 000 enfants de moins d'un an	RGPH 2006/INSD
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	RGPH 2006/INSD
MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE ET D'INTERET EN SANTE PUBLIQUE		
Cas prévalent	Nombre de cas existant à un moment donné, (les cas totaux incluent les nouveaux et les anciens cas)	Annuaire statistique 2013/MS
Incidence d'une maladie	Mesure la fréquence d'apparition des nouveaux cas	Annuaire statistique 2013/MS
Létalité	Capacité d'une maladie à provoquer la mort (Nombre de décès liés à une maladie)	Annuaire statistique 2013/MS
Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	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 2013/MS
Prévalence	Proportion de cas (anciens et nouveaux) d'une maladie donnée dans une population donnée à une période déterminée	Annuaire statistique 2013/MS
Taux d'incidence	Proportion des nouveaux cas d'une maladie donnée, survenus dans une population déterminée, au cours d'une période spécifiée	Annuaire statistique 2013/MS
Taux de létalité	Proportion de décès liés à une maladie	Annuaire statistique 2013/MS
NUTRITION		
Insuffisance pondérale	Rapport poids pour âge inférieur de deux écarts-types à la médiane de la population de référence	SMART 2013/DN

Indicateur	Définition	Source
Proportion de malnutris aigus modérés	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 2013/MS
Proportion de malnutris aiguë sévère	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 2013/MS
Retard de croissance	Rapport taille pour âge inférieur de deux écarts-type à la médiane de la population de référence	SMART 2013/DN
Taux d'émaciation	Proportion d'enfants dont le poids pour la taille est inférieure de deux écarts-type à la médiane de la population de référence	SMART 2013/DN
Taux de malnutris des enfants de moins de 5 ans	Proportion des enfants dépistés malnutris sur l'ensemble des enfants vus en consultation de nourrissons sains	Annuaire statistique 2013/MS
INDICATEURS RELATIFS AUX PRESTATIONS DE SERVICE		
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	Nombre de consultants rapporté à la population de l'année	Annuaire statistique 2013/MS
Proportion couple-année de protection	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 2013/MS
Pourcentage de tests positifs au VIH/Sida chez les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes dont le test de dépistage au VIH/Sida est positif parmi 100 femmes enceintes ayant accepté de faire le test	Rapport PTME 2013
Taux d'utilisation des méthodes contraceptives	Nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives par rapport aux femmes en âge de procréer (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2013/MS
Taux de couverture en consultations prénatale (1ère, 2ème ou 4ème)	Nombre de femmes inscrites en consultations (1ère, 2ème ou 4ème) prénatales rapporté aux grossesses attendues	Annuaire statistique 2013/MS

Indicateur	Définition	Source
Taux d'accouchements assistés	Nombre d'accouchements réalisés dans les maternités rapporté au nombre d'accouchements attendus (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2013/MS
Taux de césarienne	Nombre de césariennes réalisées rapporté au nombre de naissances attendues (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2013/MS
Taux de couverture vaccinale en BCG	Nombre d'enfants vaccinés contre la tuberculose rapporté aux naissances vivantes attendues (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2013/MS
Taux de couverture vaccinale en fièvre jaune (VAA)	Nombre d'enfants vaccinés contre la fièvre jaune rapporté au nombre d'enfants de 0 à 11 mois (exprimé en pourcentage)	Annuaire statistique 2013/MS
INDICATEURS RELATIFS AUX RESSOURCES		
Dépenses totales de santé	Ensemble des dépenses en rapport avec la santé	CNS 2012
Proportion de CSPPS remplissant la norme en personnel	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 2013/MS
Rayon moyen d'action théorique	Distance moyenne à parcourir pour atteindre une formation sanitaire publique de base (centre médical, CSPPS, dispensaire isolé, maternité isolée)	Annuaire statistique 2013/MS
Ratio habitants /médecins	Nombre moyen d'habitants pour un médecin	Annuaire statistique 2013/MS
Ratio habitants /formation sanitaire de base	Nombre moyen d'habitants par formation sanitaire de base (CSPPS, CM, maternités isolées, dispensaires isolés)	Annuaire statistique 2013/MS

INTRODUCTION

Le suivi et l'évaluation des interventions de tout système passent par la mise en place d'un outil rigoureux et consensuel. Dans le domaine de la santé ces composants sont d'une importance capitale.

Les instruments pour le suivi des différentes interventions doivent être adaptés aux besoins des acteurs. Le tableau de bord offre cet avantage. C'est un outil d'évaluation des indicateurs de performance à un moment et/ou à une période donné(s). Le tableau de bord permet ainsi d'ajuster ou de valider les stratégies d'une part et d'autre part de suivre l'évolution des objectifs et engagements nationaux et internationaux du Burkina Faso en matière de santé. L'appréciation des différents efforts se fait à travers les indicateurs du PNDS 2011-2020, de la SCADD, des OMD, etc.

L'élaboration du présent tableau de bord est le résultat d'un processus inclusif qui a connu la participation des différentes directions centrales du ministère de la santé, les directions régionales de la santé. Il apparaît donc comme un outil de dialogue et de plaidoyer rappelant les engagements et les efforts qui restent à fournir.

Il s'articule autour des parties suivantes :

- ✓ la méthodologie d'élaboration ;
- ✓ les données générales ;
- ✓ les ressources en santé ;
- ✓ la santé de la mère et de l'enfant ;
- ✓ les maladies à potentiel épidémique et les maladies à éradiquer ;
- ✓ les maladies d'intérêt spécial ;
- ✓ l'utilisation des services de santé ;

Processus d'élaboration du tableau de bord

Rédaction du document

La rédaction du tableau de bord 2013 a connu plusieurs étapes :

- élaboration d'un premier draft par une équipe technique de la DSS ;
- amendement du draft par les acteurs lors d'un atelier ;
- finalisation du document pour prendre en compte les amendements de l'ensemble de ces acteurs.

Méthode d'analyse

Pour chaque indicateur, l'analyse a consisté à :

- ressortir le niveau atteint de l'indicateur pour l'année 2013 ;
- comparer ce niveau atteint au résultat attendu ou à l'objectif fixé par les politiques de développement à la même période ;
- faire une comparaison sur une série de trois à cinq ans selon la disponibilité des données ;
- ressortir les disparités régionales et en fonction de l'importance du phénomène, les spécificités des districts ;
- représenter par des graphiques appropriés, tableaux ou cartes les différentes tendances.

I. DONNEES GENERALES

1.1 Présentation générale du Burkina Faso

Pays enclavé au sud du Sahara, le Burkina Faso couvre une superficie d'environ 272 527 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. 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 juin)

La rareté et la mauvaise répartition des pluies provoquent des migrations des populations. Cette migration est aussi accentuée par la prolifération des sites aurifères.

Selon la projection 2013, la population du Burkina Faso est estimée à 17 322 796 habitants. Elle est majoritairement jeune et féminine. Les moins de 15 ans et les femmes représentent respectivement 48,0% et 51,7% de la population totale. Selon le 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 a été évalué à 56,7 ans. En moyenne, les femmes vivent relativement plus longtemps (57,5 ans) que les hommes (55,8 ans). Selon l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2010) montre que 43,9% de la population totale vit en dessous du seuil de pauvreté.

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 octobre 2013, un nouvel organigramme a été adopté entraînant une nouvelle configuration des directions centrales. Le nombre de directions générales est ainsi passé de 5 à 3 et celui des directions techniques et transversales de 27 à 21. Les missions et attributions de ces différents acteurs ont été revues.

- 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. 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 2013, on a dénombré 1 606 CSPS et 32 Centres médicaux (CM) ; toutefois il existe toujours un nombre important de maternités et de dispensaires isolés (respectivement 14 et 123) ;
- le deuxième échelon de soins est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)¹. Il est le centre de référence des formations sanitaires du premier échelon du district. En 2013, on dénombrait 48 CMA dont 45 fonctionnels ;

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

⇒ Le troisième niveau est constitué par le centre hospitalier national au nombre de quatre (04) en 2013 : Les centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, Pédiatrique Charles De Gaulle et Souro Sanou et l'hôpital national Blaise Compaoré (HNBC). Il est le niveau de référence le plus élevé.

On note l'exécution de certaines activités de santé au niveau communautaire par d'autres acteurs tels que la société civile, les ONG-rencap et les OBCE.

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

En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte des structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2013, on a dénombré 384 structures privées de soins toutes catégories confondues.

On note un développement de la pharmacopée et la médecine traditionnelle qui sont reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique.

¹ Hôpital de district (HD)

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 un ensemble de structures, d'institutions, de personnes, de procédures, de méthodes et de matériels, organisé dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous la forme appropriée. 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.

Il 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.

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 en charge de l'information et des statistiques sanitaires.

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

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.

Le plan 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.

L'exécution des activités est assurée par les directions centrales, les régions sanitaires, les hôpitaux et les districts sanitaires.

1.4.4 Changements majeurs

Le SNIS a au cours de l'année 2013 connu deux changements importants : la mise en place des nouveaux supports de collecte et le développement et la mise en route d'un logiciel en ligne entrepôt de données sanitaires (Endos-BF).

Les supports de collecte des données ont été revus et réadaptés aux besoins d'information de l'ensemble des acteurs du SNIS notamment les interventions au niveau communautaire.

Pour accompagner ces supports et résoudre nombre de problèmes liés tant à la collecte qu'au traitement et l'analyse des données sanitaires, Endos-BF a été lancé. Cet entrepôt intègre les données de toutes les formations sanitaires, quel que soit le statut et le niveau de soins. Il offre l'avantage d'obtenir les données en temps réel. Cependant, le faible débit de la connexion internet et l'insuffisance du réseau électrique dans certains districts entravent la saisie et l'exploitation optimale des données de la base.

II. RESSOURCES

2.1 Ressources humaines

2.1.1 Personnel de santé

En 2013, les effectifs des différentes catégories de personnel restent croissants dans les structures sanitaires, passant de 14 784 personnels de santé en 2010 à 17 911 en 2013. Le nombre des infirmiers brevetés est passé de 2 818 en 2012 à 2 644 en 2013, soit une baisse de 6,2%. Cette baisse s'explique essentiellement par l'arrêt du recrutement des infirmiers brevetés, politique visant à se conformer aux décisions de l'OOAS².

Le nombre de médecins est passé de 483 en 2009 à 803 en 2013, soit une augmentation de 66,3%.

Quant à l'effectif des sages-femmes et maïeuticiens d'Etat, il a presque doublé en 5 ans, passant de 833 en 2009 à 1 591 en 2013. Cette augmentation s'explique par les recrutements pour l'atteinte des OMD.

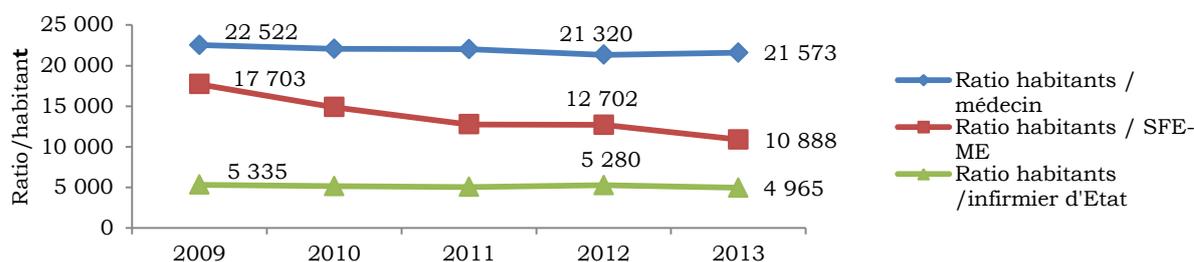
2.1.2 Personnel de santé dans les structures de soins

En 2013, le personnel dans les structures de soins (CSPS, CMA et CHR/CHU) se chiffre à 17 026 toutes catégories confondues. La majorité du personnel de santé se trouve dans les structures de soins, soit 95,06%. En effet, 61,7% et 27,2% des médecins exercent respectivement dans les districts sanitaires et dans les centres hospitaliers. Concernant les infirmiers (IB+IDE), ils sont 79,9% et 18,0% à exercer respectivement dans ces mêmes structures. Quant aux sages-femmes et maïeuticiens d'Etat, 79,3% sont dans les districts sanitaires et 19,5% dans les centres hospitaliers.

2.1.3 Ratios habitant par personnel de santé

Les normes minimales requises en personnel de santé pour une prise en charge effective de la santé des populations sont de 10 000 habitants pour 1 médecin, 3 000 habitants pour 1 SFE/ME et 5 000 habitants pour 1 IDE selon l'OMS.

Figure 1: Evolution des ratios habitants par personnel de santé de 2009 à 2013



Source : Annuaire/MS

Pour l'année 2013, les ratios sont respectivement de 4 965, de 10 888 et de 21 573 habitants pour 1 IDE, 1 SFE/ME et 1 médecin. De façon générale, ces ratios connaissent une évolution positive depuis 2009 notamment celui des IDE qui a atteint la norme minimale. Cependant, les ratios médecin/habitant et SFE/ME par habitant restent encore loin des normes requises par l'OMS.

²Harmonisation des curricula de formation des personnels de santé de l'espace CEDEAO

2.2 Infrastructures sanitaires

2.2.1 Situation des structures de soins

2.2.1.1 Structures publiques de soins

La situation des structures publiques de soins par type se présente dans le tableau ci-après.

Tableau 1: Evolution du nombre de structures sanitaires publiques de soins de 2010 à 2013

Structure sanitaire	2010	2011	2012	2013
CHU/CHN	3	4	4	4
CHR	9	9	9	9
CMA	43	44	48	45
CM	27	36	51	32
CSPS	1 429	1 443	1 495	1606
Dispensaires isolés	124	165	164	123
Maternités isolées	30	26	24	14
Infirmierie de garnison	20	27	30	19
OST	36	74	85	69
Autres*	16	69	61	66
Total	1 737	1 897	1 971	1987

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

En 2013, le nombre total de formations sanitaires publiques est de 1 987, soit une hausse de 0,8% par rapport à 2012. Depuis 2010, le nombre de formations sanitaires publiques est en croissance continue (4,6% en moyenne par an). Le nombre de CSPS en 2013 est de 1 606 contre 1 495 en 2012 (soit une augmentation de l'effectif de 7,4%). L'effectif des centres médicaux est passé de 51 à 32 entre 2012 et 2013. 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 revu en CSPS conformément à leur plateau technique.

2.2.1.2 Structures privées de soins

Le tableau ci-dessous présente la situation des structures privées de soins par type.

Tableau 2: Evolution du nombre de structures sanitaires privées de soins de 2010 à 2013

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

Source : Annuaire 2013/MS

Le nombre de formations sanitaires privées de soins enregistré en 2013 est de 384. L'existence de ces structures privées de soins contribue à l'amélioration de l'offre de soins. Les cabinets de soins infirmiers représentent 53,2% de cet effectif.

On note une forte concentration de ces structures privées de soins à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (respectivement 56,3% et 18,0%).

2.2.2 CSPTS remplissant la norme en personnel en 2013

L'évolution des CSPTS remplissant les normes en personnel de santé se présente dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Evolution des proportions (%) de CSPTS remplissant les normes en personnel de 2009 à 2013

Régions	2009	2010	2011	2012	2013
Boucle du Mouhoun	95	98	96,8	97,0	91,7
Cascades	83,9	90,8	92,8	95,7	100,0
Centre	82,7	94	95,1	97,8	95,7
Centre-Est	74,8	74,3	89,3	87,3	87,4
Centre-Nord	88,6	90,7	82,5	74,6	81,1
Centre-Ouest	72,2	54,1	83,6	78,1	81,8
Centre-Sud	71,6	75,3	74,4	57,4	60,4
Est	100	80	92,7	88,5	91,1
Hauts-Bassins	97,1	98,6	97,2	91,6	90,8
Nord	63,2	86,4	90,1	94,3	92,5
Plateau Central	78,2	75,2	80	67,3	73,5
Sahel	100	89,7	100	97,1	95,3
Sud-Ouest	80,6	79,3	76,8	79,3	71,9
Burkina Faso	83,2	83,1	88,8	85,3	86,1

Source : Annuaires/MS

Un CSPTS remplit la norme en personnel lorsqu'il dispose d'un minimum de personnel composé 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.

En 2013, la proportion des CSPTS remplissant la norme en personnel est de 86,1%. L'indicateur a connu une hausse de 0,8 point par rapport à 2012. Cette hausse serait imputable au renforcement des effectifs.

Au plan national, on relève une disparité de la valeur de l'indicateur entre les régions sanitaires. Elle varie de 60,4% au Centre-Sud à 100% dans la région des Cascades. En effet, cinq régions sanitaires ont enregistré des proportions de CSPTS remplissant les normes en personnel inférieur à la moyenne nationale (86,1%). Une analyse rétrospective de l'indicateur montre que les cinq régions ci-dessus citées ont toujours enregistré des proportions inférieures à la moyenne nationale durant les trois dernières années.

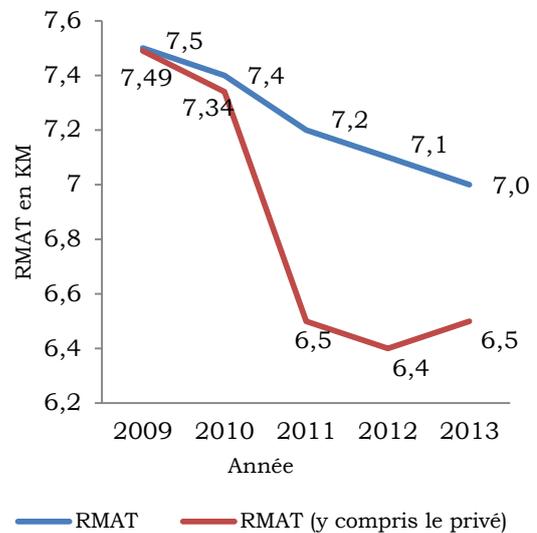
Une politique de mise à disposition de personnel qualifié aux CSPTS de ces cinq régions mérite d'être développée.

2.2.3 Rayon moyen d'action théorique

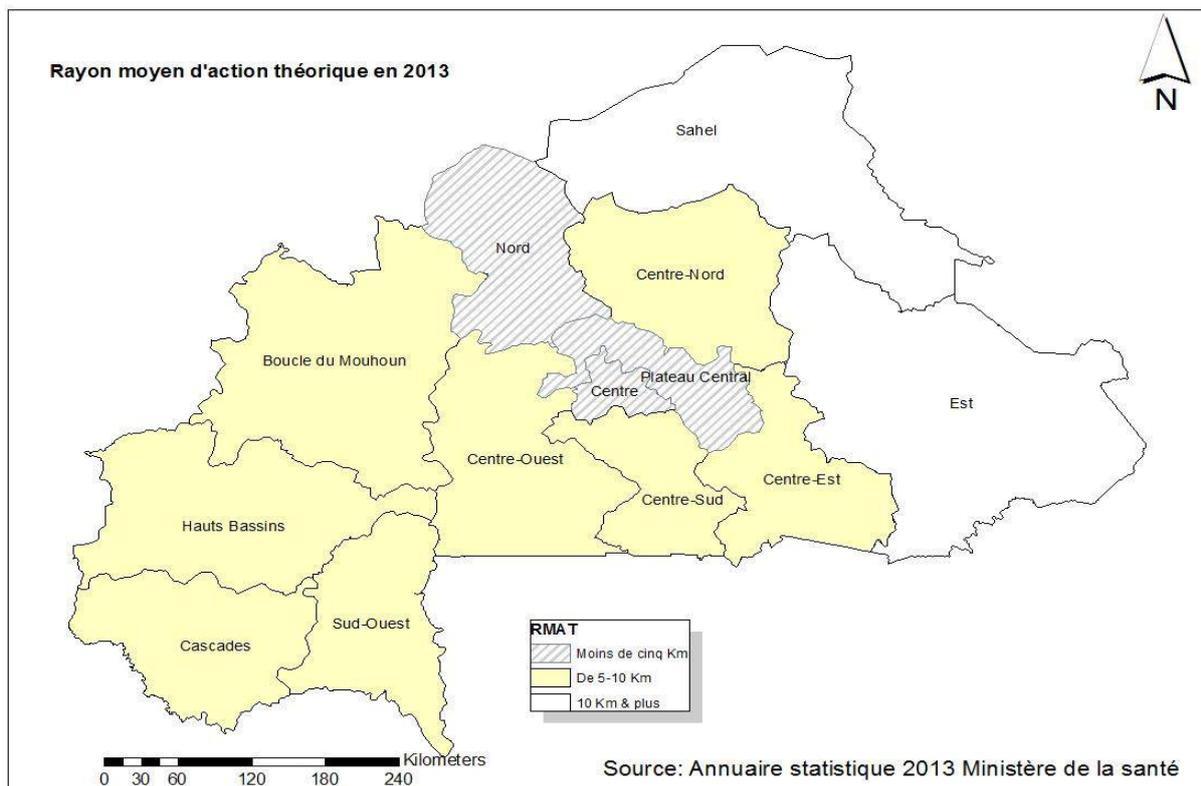
La distance moyenne qu'un habitant doit parcourir pour accéder à une formation sanitaire publique pour raison de santé est de 7,0 km en 2013. Cet indicateur appelé rayon moyen d'action théorique (RMAT) est en amélioration d'environ 0,1 point par an depuis les cinq dernières années. On note également une amélioration du RMAT avec la prise en compte des structures privées de soins (6,5 Km en 2013).

En dépit de cette évolution qui s'explique par l'ouverture de nouvelles formations sanitaires publiques chaque année, 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.

Figure 2 Evolution du RMAT (km) de 2009 à 2013



La carte ci-dessous présente la situation du RMAT par région en 2013.



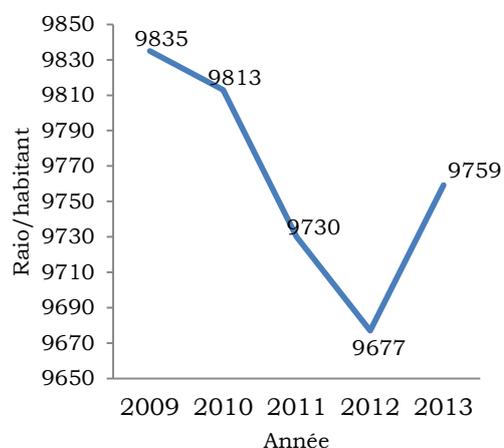
Carte 1: Situation du RMAT par région en 2013

Le RMAT, bien qu'en baisse au plan national en 2013, des disparités se dissimilent entre les régions sanitaires. Trois (03) régions ont atteint la norme de 5 km en 2013 dont deux régions depuis 2012, notamment le Centre (2,8 km), le Plateau central (4,6 km) et le Nord (5 km). Toutefois, cinq régions ont enregistré un RMAT supérieur à la moyenne nationale. La région du Sahel détient le RMAT le plus élevé durant ces cinq dernières années. Cette situation pourrait s'expliquer entre autre, par la grande superficie de la région affectant négativement le niveau de l'indicateur.

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

Le ratio nombre d'habitants par formation sanitaire de base en 2013 est de 9 759, soit une hausse de 0,8% par rapport à 2012.

Figure 3: Evolution du ratio nombre d'habitants par centre de santé de 2009-2013



Depuis 2009, on observe une amélioration de l'indicateur jusqu'en 2012. Cependant, en 2013 on observe une inversion de la tendance de l'indicateur. Et celle-ci pourrait être expliquée par une croissance disproportionnée entre le nombre d'habitant et celui des centres de santé de base.

Des efforts doivent être encore faits car la norme OMS de 5 000 habitants/formation sanitaire de base est loin d'être atteinte.

2.2.5 Situation de la gestion des DMEG

En 2013, le nombre de dépôts MEG est de 1 787 au niveau national sur 1 987 formations sanitaires publiques. Le gap s'explique par le fait que certaines formations sanitaires ne disposent pas de DMEG. La situation des DMEG par région sanitaire se présente dans le tableau suivant :

Tableau 4: Situation des DMEG des régions sanitaires en 2013

Région	DMEG	DMEG n'ayant pas connu de rupture	% DMEG n'ayant pas connu de rupture
Boucle du Mouhoun	227	227	100,0
Cascades	80	62	77,5
Centre	101	83	82,2
Centre est	148	78	52,7
Centre-Nord	136	64	47,1
Centre-Ouest	175	164	93,7
Centre-Sud	118	116	98,3
Est	119	55	46,2
Hauts-Bassins	163	163	100,0
Nord	200	162	81,0
Plateau Central	129	0	0,0
Sahel	85	76	89,4
Sud-Ouest	106	106	100,0
Burkina Faso	1787	1356	75,9

Source : Annuaire MS 2013

En 2013, le pourcentage des DMEG n'ayant pas connu de rupture au niveau national est de 75,9%. Ce qui est en deçà de l'objectif visé par le PNDS qui est de 95%.

Au niveau des régions de la Boucle du Mouhoun, des Hauts-Bassins et du Sud-Ouest, aucun DMEG n'a connu de rupture de médicament. Dans la région du Plateau Central, la situation est préoccupante avec une rupture dans pratiquement tous les DMEG.

2.3 Ressources financières

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

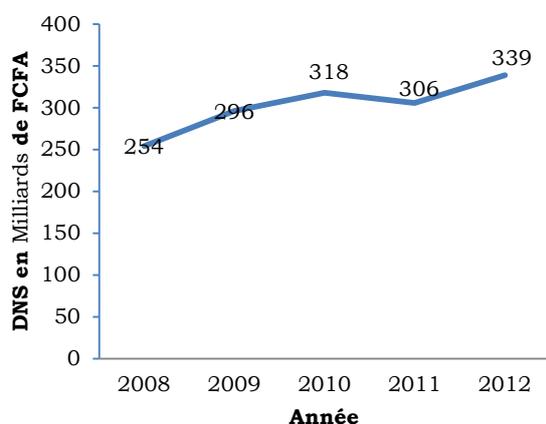
Selon les comptes de la santé, la Dépense nationale de santé (DNS) qui comprend les dépenses courantes en santé et les dépenses en investissement a été évaluée à 338,8 milliards de F CFA en 2012 contre 305,8 milliards de F CFA en 2011, soit un accroissement de l'ordre de 10,8% sur la période. Cet accroissement pourrait être attribué au volume des investissements effectués sur la période.

La dépense nationale de santé par tête d'habitant a enregistré une croissance irrégulière ces cinq dernières années. Entre 2011 et 2012, elle a connu une hausse de 7,3%, passant respectivement de 18 819 FCFA à 20 195 FCFA.

Le principal mécanisme par lequel les populations ont obtenu les services de santé reste caractérisé par les paiements directs des ménages. En effet, ces paiements sont respectivement de 39,9% et 38,0% en 2011 et 2012. Les fonds extérieurs représentent respectivement 29,3% et 39,2% sur la même période.

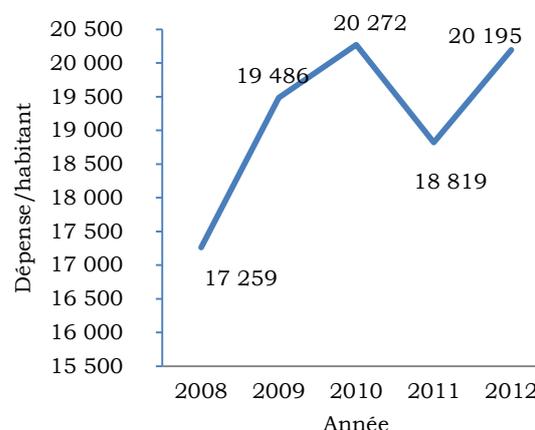
Quant aux dépenses en santé de l'administration publique, elles ont connu une baisse entre 2011 et 2012, passant de 27,0% à 22,7%.

Figure 4: Evolution de la DNS de 2008 à 2012 (en Milliards de FCFA)



Source : Rapport des comptes de la santé (CS) 2011-2012

Figure 5: Evolution de la dépense de santé par habitant de 2008 à 2012 (FCFA)



Source : Rapport des comptes de la santé (CS) 2011-2012

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 2011 et 2012 font ressortir les principales informations suivantes : une légère baisse des dépenses de santé du paludisme (-9,62%) ; des dépenses contre la tuberculose (-22,3%), et un accroissement substantiel des dépenses au niveau du VIH/Sida (+50,9%). Les dépenses de la santé de la reproduction ont connu une croissance de 12,8% sur la période. Toutes ces dépenses restent fortement marquées par les financements extérieurs dont la contribution varie de 11,0% pour le paludisme à plus de 88% pour le VIH/Sida.

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

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

Tableau 5: synthèse des financements des structures du ministère de la santé en 2013

	Montant alloué		Montant dépensé		Taux d'absorption (%)
	Montant alloué	%	Montant dépensé	%	
Régions sanitaires	30 688 413 073	16,2	29 305 871 319	17,8	95,5
Centres Hospitaliers	32 466 807 470	17,1	26 140 217 001	15,9	80,5
Directions centrales	105 845 786 660	55,8	93 803 131 137	57,0	88,6
ONG Rencap	18 859 003 723	10,0	13 711 751 373	8,3	72,7
Programmes	1 692 755 116	0,9	1 646 104 680	1,0	97,2
Total	189 552 766 042	100,0	164 607 075 510	100,0	86,8

Source : Bilan du plan d'action 2013 du Ministère de la santé

La part du budget de l'Etat consacré au Ministère de la santé est passée de 9,1% en 2011 à 12,5% en 2013, soit une augmentation de 3,4 points. On note cependant une constance du niveau de financement entre 2012 et 2013. Pour l'ensemble des structures du Ministère de la santé, la synthèse des allocations financières donne un montant global de 189,5 milliards de FCFA en 2013 et un montant dépensé de 164,6 milliards de FCFA soit un taux d'absorption de 86,8%.

La proportion des fonds alloués est plus importante pour les directions centrales (55,84%) contre 16,19% pour les régions sanitaires et 17,13% pour les centres hospitaliers.

On observe presque les mêmes tendances pour ce qui concerne les proportions des dépenses effectuées.

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

2.3.3 Dépenses liées aux IGR

Le tableau suivant fait le point des dépenses liées aux IGR en 2013.

Tableau 6: Dépenses liées aux IGR en 2013 (IGR corrigées en FCFA)

Région	Dépense totale courante	Montant dépensé IGR corrigé	Part des IGR (%)
Directions Centrales	49 434 017 679	26 289 121 545	53,18
Boucle du Mouhoun	3 943 080 533	2 710 414 164	68,74
Cascades	2 041 469 227	1 126 673 150	55,19
Centre	7 297 514 926	2 193 921 124	30,06
Centre-est	3 029 757 456	1 666 111 766	54,99
Centre-Nord	2 403 932 575	1 463 115 392	60,86
Centre-ouest	2 613 754 192	1 553 888 253	59,45
Centre-sud	1 312 960 680	779 903 780	59,40
Est	2 225 568 509	1 395 284 210	62,69
Hauts-Bassins	4 670 402 107	2 724 918 834	58,34
Nord	3 358 885 167	2 030 626 465	60,46
Plateau-central	1 536 597 083	1 069 014 256	69,57
Sahel	2 285 602 626	1 400 862 169	61,29
Sud-ouest	2 205 422 600	1 248 873 251	56,63
Total général	88 358 965 359	47 652 728 359	53,93

* total y compris les activités hors plan

Source : Bilan du plan d'action 2013 du Ministère de la santé

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 montant global des fonds alloués à la mise en œuvre des activités IGR est de 864 millions de francs CFA pour une dépense totale de 829 millions, soit un taux d'absorption de 95,96%.

Au niveau national, le taux d'exécution des dépenses consacrées aux IGR est de 53,93% en 2013 contre 22,10% en 2012. Cette forte hausse s'explique par le changement intervenu dans l'estimation des dépenses en IGR. En effet, pour l'estimation des dépenses en IGR, on prend en compte désormais l'hypothèse selon laquelle 80% des achats en médicaments, 60% des achats de réactifs et 40% des achats de consommables respectivement dans les CSPS/CMA, les CHR et les CHU/CHN interviennent dans la mise en œuvre des IGR.

Le poids des IGR corrigées est de 53,93% de l'ensemble des financements du plan d'action 2013. Six (06) régions sur treize sont au-dessus de cette norme. Les structures sanitaires de la région du plateau-central consacrent le plus de ressources aux IGR avec 69,57%, suivies de celles de la Boucle du Mouhoun (68,74%). Les structures de la région du centre ont consacré le moins de ressources aux IGR, soit 30,06% de leurs financements.

III. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

3.1 Planification familiale

3.1.1 Disponibilité des produits contraceptifs

La proportion des points de prestations ayant au moins trois méthodes est de 98,5% en 2013. Elle était de 90,3% en 2011.

Quant aux points de prestations n'ayant pas connu de ruptures de produits contraceptifs, on enregistre une proportion de 79,9%. Le niveau de l'indicateur s'est amélioré, passant de 12,3% en 2011 à 79,9% en 2013. Cette amélioration pourrait s'expliquer par la mise en œuvre depuis 2012 d'un système de notification hebdomadaire des niveaux de stock des produits SR dans le cadre du SIGL. Ce mécanisme a permis une maîtrise des stocks disponibles et utilisables et une prévention des ruptures.

Tableau 7: situation de la disponibilité des produits contraceptifs dans les points de prestations de 2011 à 2013

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

Source : Enquêtes GPRHCS 2011, 2012 et 2013

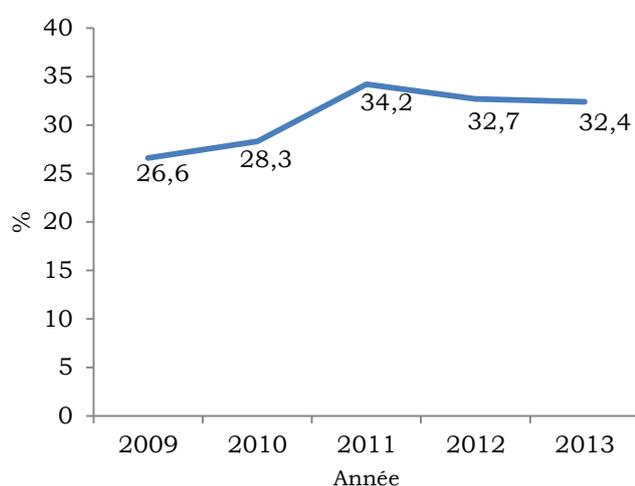
3.1.2 Utilisation des méthodes contraceptives

Au cours de l'année 2013, 1 324 331 femmes ont utilisé au moins une méthode contraceptive, soit un taux d'utilisation de 32,4%. Ce taux a légèrement régressé (0,3 points) par rapport à 2012.

Parmi celles-ci, 203 695 ont utilisé les méthodes de longues durées (DIU, implants).

L'objectif fixé dans les cadres et directives de planification (CaDP) 2013 qui est de 32,0% a été atteint.

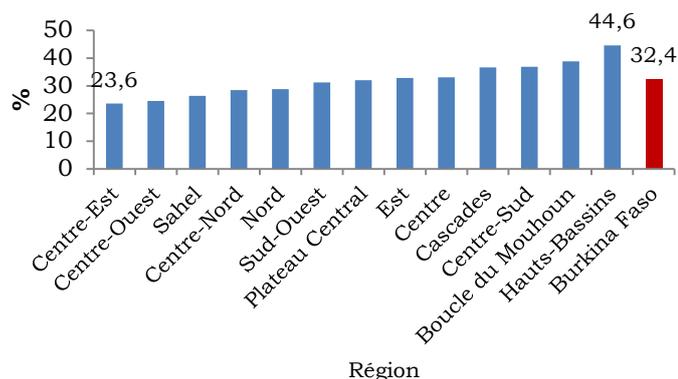
Figure 6: Evolution du taux d'utilisation(%) des méthodes contraceptives de 2009 à 2013



L'analyse du niveau de l'indicateur sur les cinq dernières années montre une hausse considérable entre 2009 et 2011 (7,6 points). Cependant, depuis 2011, il est en baisse continue passant de 34,2% à 32,4% en 2013.

Une forte disparité sur le niveau du taux d'utilisation des méthodes contraceptives est observée entre les régions. En effet, les valeurs vont de 23,6% dans la région du Centre-Nord à 44,6% dans la région des Hauts-bassins. Plus de la moitié des régions sont en deçà de la moyenne nationale qui est de 32,4%.

Figure 7: Taux d'utilisation (%) des méthodes contraceptives par région en 2013



En 2013, le nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes contraceptives enregistré dans l'ensemble des formations sanitaires est de 510 282.

Les méthodes les plus utilisées sont les injectables (48,9%), les implants (22,5%) et les pilules (15,6%). Les méthodes irréversibles (ligature des trompes, vasectomie) et les spermicides sont très rarement utilisés.

Tableau 8: Répartition des nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives par méthode en 2013

Méthodes	Nombre de nouvelles utilisatrices	Proportion (%)
Injectables	249563	48,9
Implants	114911	22,5
Pilules	79770	15,6
Préservatifs	49957	9,8
DIU	10090	2,0
Méthodes naturelles	4124	0,8
Diaphragmes	1485	0,3
Spermicide	280	0,1
Ligature des trompes	100	0,0
Vasectomie	2	0,0
Total	510 282	100

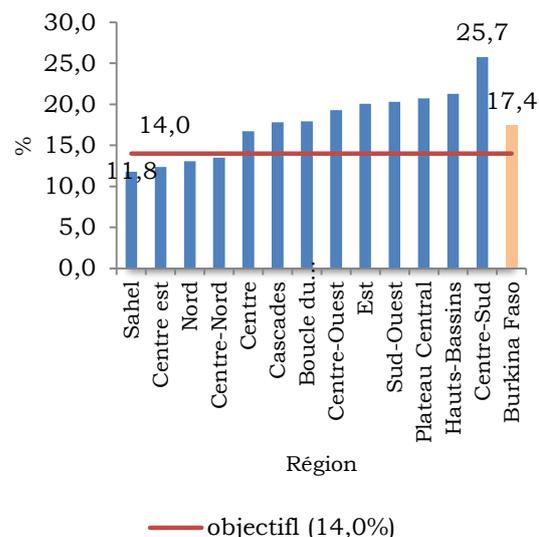
3.1.3 Couple-années de protection

Le nombre total de couples-années de protection évalué en 2013 est de 710 285, soit une hausse de 20,8% par rapport à 2012.

La proportion par rapport aux femmes en âge de procréer s'est améliorée passant de 14,9% en 2012 à 17,4% en 2013. Ce qui couvre largement l'objectif de 14,0% fixé par le PNDS pour cette année.

Dans les régions, les valeurs extrêmes de la proportion de couple-années de protection sont de 11,8% et 25,7% enregistrées respectivement au Sahel et au Centre- Sud. Au total, quatre (04) régions sont en dessous de l'objectif du PNDS.

Figure 8: Répartition de la proportion (%) des couples années de protection par région en 2013



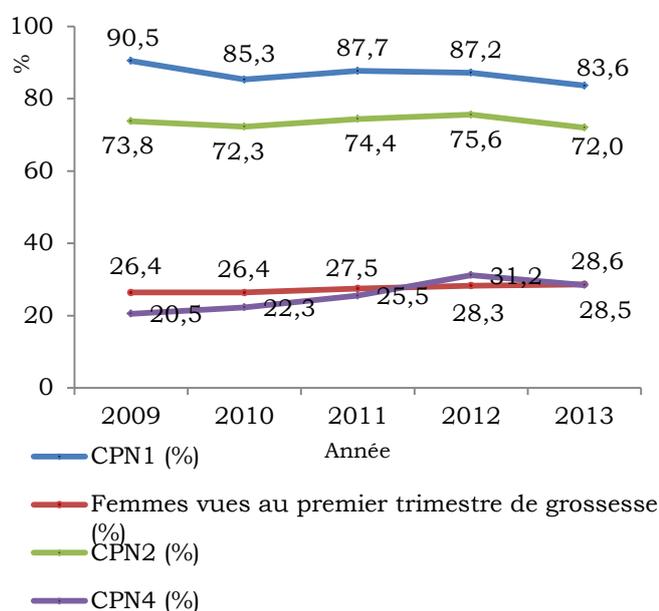
3.2 Consultation prénatale

En 2013, le nombre de femmes vues en CPN1 est de 789 712, soit une couverture de 83,6%. La proportion de celles vues au premier trimestre de leur grossesse est de 28,6%.

la couverture en CPN2 et CPN4 sont respectivement de 72,0% et 28,5%. En dehors de la couverture en CPN4 qui s'est globalement amélioré, les autres indicateurs ont très peu varié sur les cinq dernières années. La cible de 25% du PNDS a été atteinte pour la CPN4.

On observe une forte déperdition entre la CPN1 et la CPN4 au cours des cinq dernières années et cela pourrait s'expliquer par la consultation tardive et les abandons.

Figure 9: Evolution du taux (%) de CPN1, de CPN2, de CPN4 et de la proportion des femmes enceintes vues en consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse de 2009 à 2013



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

La couverture des formations sanitaires en prestations de PTME/VIH s'est un peu améliorée en 2013, passant de 97,4% en 2012 à 97,7% ; soit une augmentation de 0,3 point. Les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Est, de l'Est, des Hauts-Bassins, du Nord et du Sud-Ouest ont une bonne couverture géographique (100%).

Le test de dépistage du VIH a été effectué par 82,3% des femmes vues en CPN1. Parmi ces femmes, 0,8% ont été testées positives. La région du Sud-Ouest enregistre le plus fort taux de dépistage avec 98,5% tandis que la région du Sahel enregistre le plus faible taux (70,9%).

Quant au taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes testées, Le taux le plus élevé a été enregistré dans la région du Centre (2,1%) et le taux le plus faible dans la région du Sahel (0,2%).

Le pourcentage des mères VIH+ ayant reçu les ARV prophylactiques complets en 2013 est de 70,7%. Cet indicateur est en forte baisse par rapport à celui de l'année 2012 qui était de 92,1%.

Parmi les enfants ayant effectué le test pour la PCR, 10,6% ont été testés positifs en 2013. On note donc une augmentation de 6,6 points par rapport à 2012.

Tableau 9: Indicateurs de PTME/VIH par région en 2013

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	82,5	0,9	54,5	45,1	14,3
Cascades	92,7	86,3	0,7	54,2	42,1	4,2
Centre	98,2	86,8	2,1	110,3	110,3	11,3
Centre-Est	100,0	77,6	0,6	65,4	54,6	1,7
Centre-Nord	97,8	87,8	0,7	71,3	55,3	94,4
Centre-Ouest	94,9	84,0	0,9	59,6	51,9	12,9
Centre-Sud	98,1	84,9	0,8	65,2	59,5	10,5
Est	100,0	75,3	0,4	59,9	40,3	13,3
Hauts-Bassins	100,0	87,9	0,9	80,1	75,0	6,9
Nord	100,0	78,1	0,7	43,9	35,7	26,7
Plateau Central	88,3	86,1	1,1	69,4	62,3	6,8
Sahel	96,6	70,9	0,2	48,7	40,0	5,6
Sud-Ouest	100,0	98,5	1,2	54,8	43,7	2,3
Burkina Faso	97,7	82,3	0,8	70,7	61,8	10,6

Source : Rapport PTME 2013

3.4 Accouchement

3.4.1 Accouchements assistés par du personnel qualifié

Le taux d'accouchements assistés en 2013 est de 80,5%. Il est en baisse par rapport à l'année précédente où il était de 82,1%. Seulement trois régions à savoir le Centre Nord, le Sahel et le Sud-Ouest n'ont pas enregistré de baisse. Des mesures doivent être prises et des actions spécifiques doivent être menées afin de sensibiliser davantage les populations de ces zones à une bonne fréquentation des centres de santé. Cela contribuera à réduire fortement la mortalité maternelle et infantile.

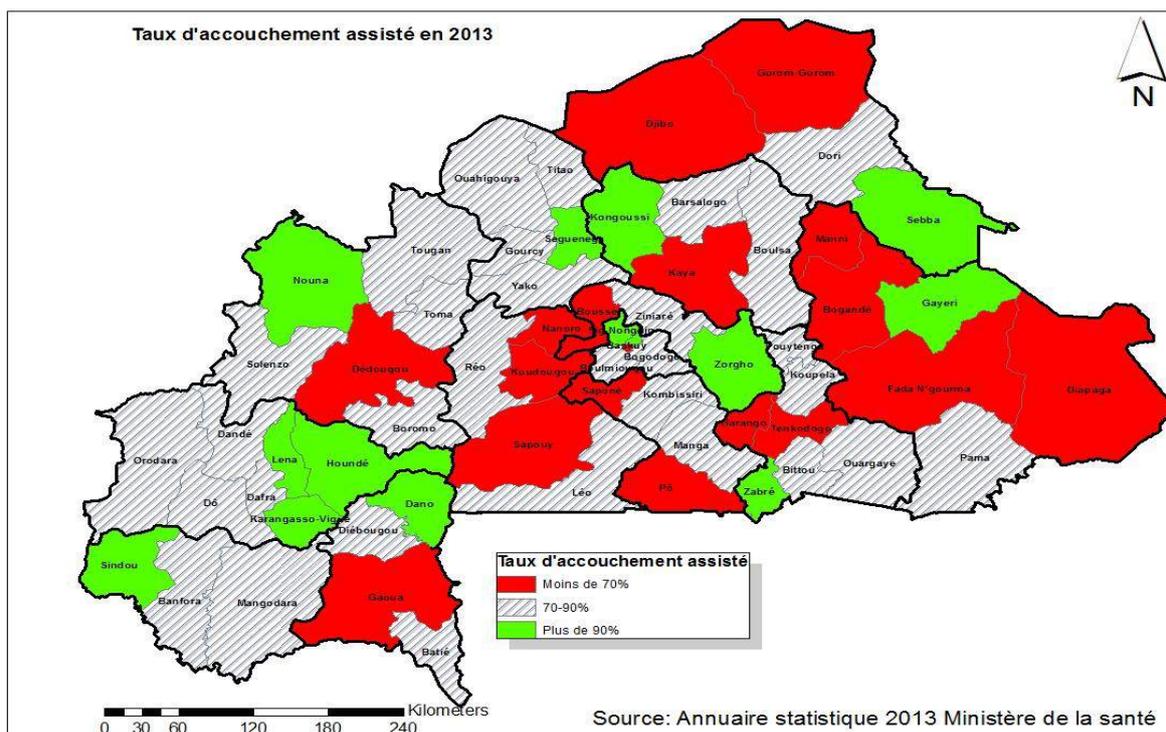
Les régions des Hauts-Bassins et du Nord enregistrent les taux les plus élevés avec 88,6%, tandis que les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions de l'Est et du Sahel avec respectivement 70,4% et 70,7%. Ces deux régions enregistrent toujours les plus faibles taux d'accouchements assistés sur les cinq (05) dernières années.

Tableau 10: situation des accouchements assistés par région de 2009 à 2013

Régions	2009	2010	2011	2012	2013
Boucle Mouhoun	76,6	83,2	86,1	88,4	83,9
Cascades	69,9	71,5	78,9	89,6	88
Centre	89,5	87,4	93,3	89,4	86,2
Centre-Est	76,1	79,5	78,8	83,4	79,6
Centre-Nord	63,9	65,0	71,6	73,1	81,1
Centre-Ouest	65,0	67,4	72,4	81,2	72,2
Centre-Sud	77,5	80,5	76,0	76,0	73,7
Est	58,6	63,4	68,5	72,6	70,4
Hauts-Bassins	79,3	75,7	84,7	92,7	88,6
Nord	67,5	77,3	84,8	88,9	88,6
Plateau Central	81,5	84,8	85,7	87,6	81,0
Sahel	51,6	56,2	63,0	68,5	70,7
Sud-Ouest	58,5	60,3	67,4	71,5	81,8
Burkina Faso	70,7	73,5	78,3	82,1	80,5

Source : Annuaire 2013/MS

La carte ci-dessous présente la situation des accouchements assistés par région en 2013.



Carte 2: taux d'accouchements assistés en 2013

3.4.2 Césariennes

Au cours de l'année 2013, les césariennes réalisées dans les formations sanitaires ont connu une augmentation relative passant à 16 146 cas avec 46,14% dans les hôpitaux. Le taux de réalisation est en hausse par rapport à 2012. Ce taux est de 2,1% et est en deçà de la norme OMS (5,0% à 15%). Il existe une disparité entre les régions avec des taux allant de 0,9% dans la région de l'Est à 6,4% dans la région du Centre.

Parmi l'ensemble des districts du pays, seul celui de Bogodogo (5,0%) se situe dans la norme en 2013.

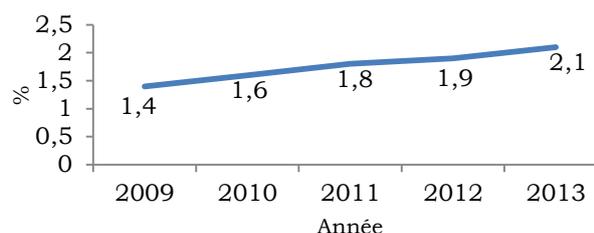
Tableau 11: Répartition des césariennes par région en 2013

Région	Césarienne	Taux de réalisation des césariennes (%)
Boucle du Mouhoun	1189	1,4
Cascades	735	2,3
Centre	4906	6,4
Centre est	1063	1,6
Centre-Nord	906	1,2
Centre-Ouest	848	1,3
Centre-Sud	558	1,6
Est	811	0,9
Hauts-Bassins	2333	2,9
Nord	895	1,4
Plateau Central	667	1,7
Sahel	633	1,1
Sud-Ouest	602	1,8
Burkina Faso	16146	2,1

Source : Annuaire 2013/MS

Le taux de réalisation des césariennes est en progression ces cinq (05) dernières années. Néanmoins, le niveau de performance attendu n'a pas encore été atteint.

Figure 10: évolution du taux (%) de césarienne de 2009 à 2013



3.5 Avortement

Le nombre d'avortements enregistrés dans les formations sanitaires en 2013 est de 28 987 contre 26 518 en 2012, soit une hausse de 9,3%. Ce nombre en 2013 représente 3,7% des grossesses attendues. La situation est de plus en plus préoccupante.

Les régions des Hauts-Bassins et du Centre enregistrent les plus grands nombres d'avortements avec respectivement 4 372 et 3 947 cas.

Selon une étude réalisée par l'ISSP, 34,0% des avortements seraient liés à des grossesses non désirées. Des investigations doivent être menées pour mieux comprendre le phénomène.

Tableau 12: situation des avortements par région en 2013

Région	Nombre d'avortements spontanés	Nombre d'avortements clandestins	Nombre d'avortements thérapeutiques	Total avortement
Boucle du Mouhoun	2 321	181	0	2 502
Cascades	1 222	74	2	1 298
Centre	3 275	647	25	3 947
Centre-Est	2 293	151	5	2 449
Centre-Nord	2 267	160	7	2 434
Centre-Ouest	1 837	169	7	2 013
Centre-Sud	959	176	0	1 135
Est	2 361	90	2	2 453
Hauts-Bassins	3 909	463	0	4 372
Nord	1 944	113	0	2 057
Plateau Central	1 503	136	0	1 639
Sahel	1 600	83	2	1 685
Sud-Ouest	939	64	0	1 003
Burkina Faso	26 430	2 507	50	28 987

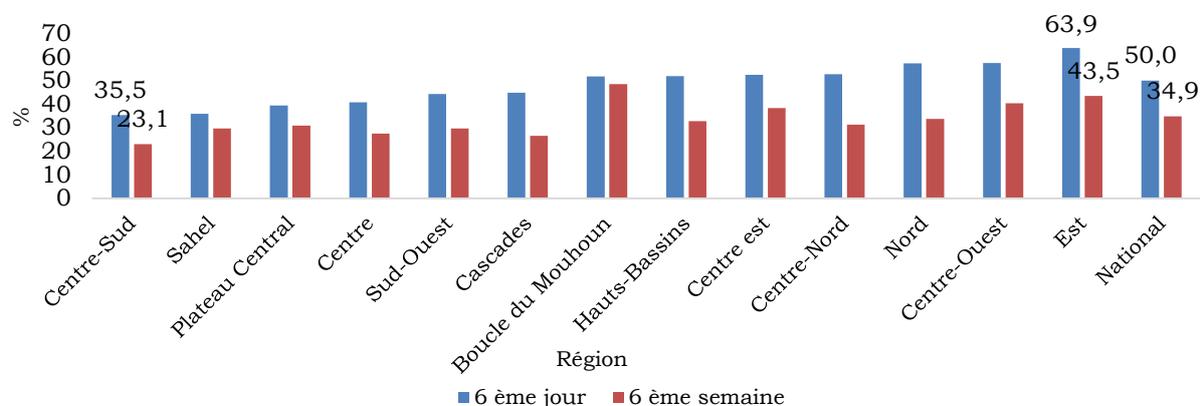
Source : Annuaire 2013/MS

3.6 Consultation postnatale

La couverture en consultation post-natale en 2013 est de 50% pour le 6^{ème} jour et 34,9% pour la 6^{ème} semaine. La consultation post-natale de la 6^{ème} semaine est en baisse de 20,1 points par rapport à l'année précédente. Des disparités existent entre les régions. En effet, la couverture pour le 6^{ème} jour varie de 35,5% dans la région du Centre-Sud à 63,9% dans la région de l'Est. Six régions ont une couverture inférieure à la moyenne nationale.

La couverture pour la 6^{ème} semaine, varie de 21,1% dans la région du Centre –Sud à 48,6% dans la région de la Boucle du Mouhoun. Six régions ont aussi une couverture inférieure à la moyenne nationale.

Figure 11: Couverture (%) en consultation postnatale en 2013



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

3.7.1 Fistules

En 2013, Quarante-neuf (89) cas ont été pris en charge. La majorité des cas pris en charge (65,2%) a été enregistrée dans les régions du Centre, du Plateau Central, du Sahel et du Sud-Ouest.

Tableau 13: Situation des cas et prise en charge de fistule en 2013

Régions	Total prise en charge	Evolution				
		En cours	Réussi	Echouée	Référé	Perdue de vue
Boucle du Mouhoun	4	2	0	0	1	1
Cascades	1	0	0	0	1	0
Centre	14	12	0	0	2	0
Centre-Est	7	0	7	0	0	0
Centre-Nord	12	8	4	0	0	0
Centre-Ouest	2	0	0	0	2	0
Centre-Sud	2	1	0	1	0	0
Est	1	0	0	0	1	0
Hauts-Bassins	0	0	0	0	0	0
Nord	2	1	0	0	1	0
Plateau Central	14	12	0	0	2	0
Sahel	15	15	0	0	0	0
Sud-Ouest	15	0	8	2	4	1
Burkina Faso	89	51	19	3	14	2

Source : annuaire 2013/MS

3.7.2 Séquelles d'excision

Au niveau des séquelles d'excision, 151 cas ont été enregistrés et pris en charge en 2013 dont 41 cas d'accolements, 9 cas de chéloïde et 52 cas de Kyste.

Les régions du Plateau Central, du Nord, et de la Boucle du Mouhoun ont pris en charge la majorité des cas (66,2%). Trente-deux (32) cas, soit une proportion de 21,2% ont été traités avec succès et 78 cas, soit 51,7% sont en cours de traitement en fin 2013.

3.8 Surveillance nutritionnelle

3.8.1 Surveillance de routine

Les cibles concernées par la surveillance nutritionnelle de routine sont les enfants de 0 à 59 mois, représentant 20,5% de la population total en 2013. Au cours de la même période, 334 309 cas de malnutrition aiguë ont été dépistés sur 470 214 cas attendus, soit un taux de dépistage de 71,0%. Parmi les enfants malnutris, 31,0% sont des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS). En ce qui concerne la MAS, la proportion des cas pris en charge est passée de 45% en 2011 à 70% en 2013 au plan national.

3.8.2 Performance de la prise en charge nutritionnelle

Concernant la prise en charge nutritionnelle en ambulatoire, les taux de guérison, de décès et d'abandon sont respectivement de 90,4%, de 1,7% et de 8,0%. Pour ce qui est de la prise en charge nutritionnelle en interne, des taux de 87,9%, de 6,7% et de 5,4% sont enregistrés respectivement pour la guérison, les décès et les abandons.

Ces performances sont conformes aux standards SPHERE minimum recommandés à savoir un taux de guérison supérieur à 75%, un taux de décès inférieur à 10% et un taux d'abandon inférieur à 3% pour la prise en charge en ambulatoire ; quant à la prise en charge en interne, il s'agit d'un taux de guérison supérieur à 75%, d'un taux de décès inférieur à 10% et d'un taux d'abandon inférieur à 10%. Bien que les différents taux se situent dans les normes tant au niveau de l'ambulatoire que de la prise en charge en interne, la gestion des intrants et médicaments de la prise en charge n'est pas efficiente. En effet, les conditions de stockage, le système de redéploiement restent à être améliorés sur le terrain.

Tableau 14: Niveau de performance de la PEC nutritionnelle en ambulatoire et en interne par région en 2013

Régions	MAS AMBULATOIRE			MAS INTERNE		
	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)	Guéris (%)	Décédé (%)	Abandon (%)
Boucle du Mouhoun	91,3	2,6	6,2	80,7	13,2	6,1
Cascades	88,1	1,4	10,5	86,8	2,0	11,3
Centre	81,9	2,5	15,6	94,4	3,8	1,7
Centre-Est	88,4	4,4	7,1	80,9	11,8	7,4
Centre-Nord	91,2	0,6	8,2	85,0	8,9	6,1
Centre-Ouest	84,1	4,3	11,6	86,8	8,5	4,7
Centre-Sud	97,0	0,9	2,1	87,7	8,2	4,1
Est	94,5	0,4	5,1	81,2	12,1	6,7
Hauts-Bassins	89,6	1,8	8,7	67,9	18,3	13,8
Nord	91,1	1,1	7,8	96,0	1,6	2,4
Plateau Central	94,0	0,7	5,3	85,6	12,2	2,2
Sahel	88,8	0,7	10,5	83,8	4,8	11,4
Sud-Ouest	95,0	0,5	4,5	90,8	5,6	3,6
Burkina Faso	90,4	1,7	8,0	87,9	6,7	5,4
Norme	>75,0	<10,0	<3,0	>75,0	<10,0	<15,0

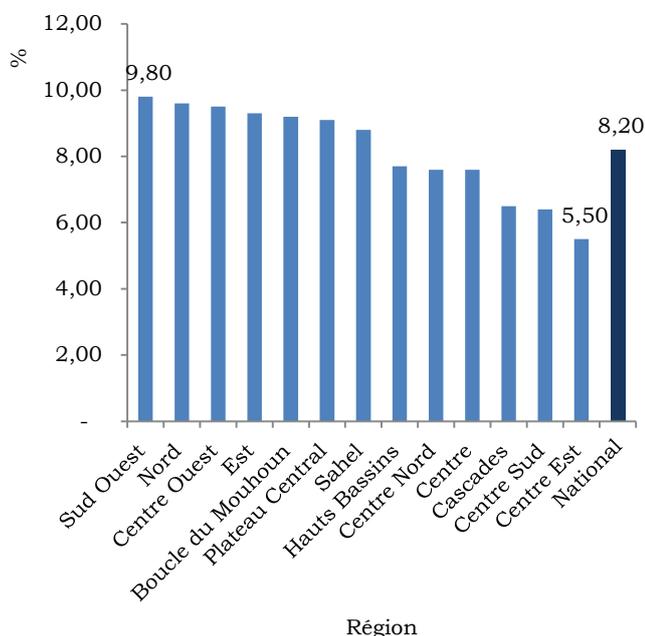
Source : Annuaire 2013/MS

3.8.3 Données d'enquêtes nutritionnelles

3.8.3.1 Prévalence de la malnutrition aiguë globale

La prévalence de la malnutrition aiguë globale au Burkina Faso en 2013 est de 8,2%. Cette valeur est en dessous de l'objectif de 9% du PNDS et du seuil critique de l'OMS qui est de 10%. Selon les régions, la prévalence de la malnutrition aiguë globale varie de 5,5% pour le Centre Est à 9,8% pour le Sud-Ouest. L'évolution de l'indicateur de 2009 à 2013 (cf. figure 12), montre une tendance à la baisse. Cette situation pourrait s'expliquer entre autres par la disponibilité des ATPE et l'accompagnement constant des PTF.

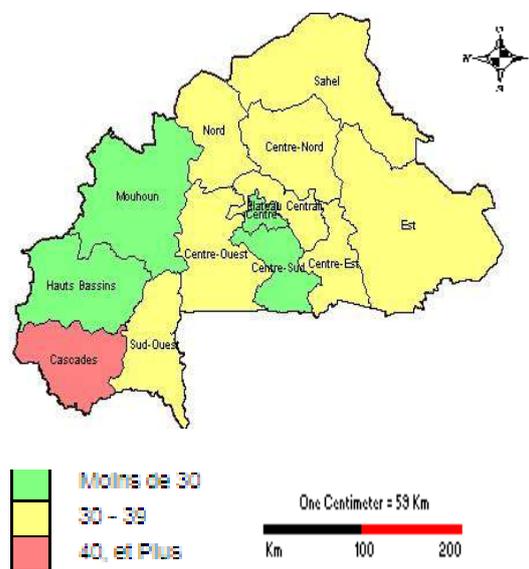
Figure 12: Répartition de la malnutrition aiguë globale par région en 2013



3.8.3.2 Prévalence de la malnutrition chronique

La prévalence nationale de la malnutrition chronique est de 31,5%. Cette prévalence est légèrement supérieure au seuil critique de l'OMS qui est de 30%. Seule la région des Cascades (40,8%) est au-dessus du seuil d'urgence de l'OMS (40%). Huit (08) régions se situent dans la zone d'alerte (entre 30% et 39%) et quatre régions dans les normes (< 30%). L'évolution de la prévalence de 2009 à 2013 (cf. figure 12) montre une tendance à la baisse. Cette tendance pourrait s'expliquer par la mise en œuvre des actions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Carte 3: Distribution par région de la prévalence de la malnutrition chronique en 2013



3.8.3.3 Prévalence de l'insuffisance pondérale

La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 21,0% en 2013 pour un objectif de 23,0% pour le PNDS. Cette prévalence se situe légèrement au-dessus du seuil critique de l'OMS qui est de 20,0%. Au total neuf (09) régions se situent entre 20,0% et 30,0%. L'évolution de la prévalence de 2009 à 2013 (cf. figure 12) montre une tendance à la baisse. Cette tendance pourrait s'expliquer par la mise en œuvre des actions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

La figure ci-dessous fait la situation de la malnutrition aigüe de 2009 à 2013.

Carte 4: Distribution par région de la prévalence de l'insuffisance pondérale en 2013

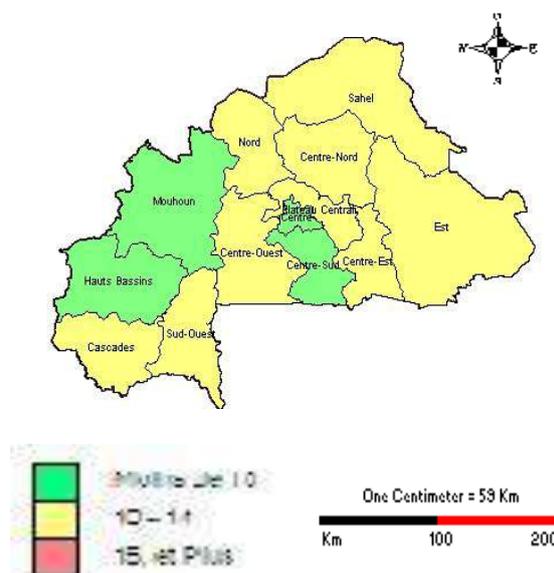
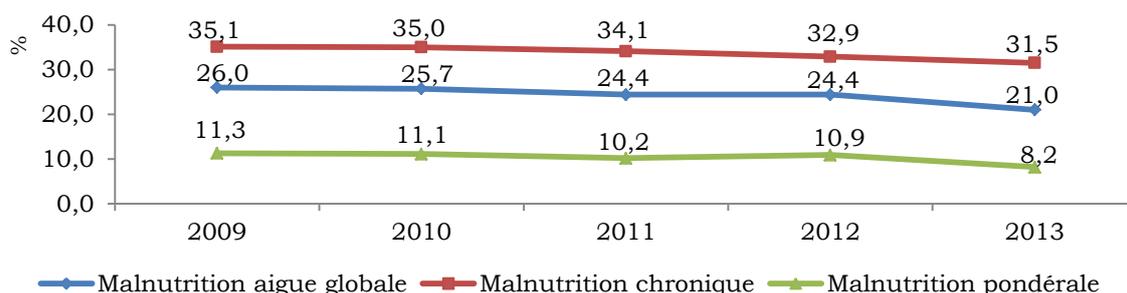


Figure 13: Prévalence de la malnutrition aigüe, de 2009 à 2013



3.9 Décès dans les formations sanitaires

3.9.1 Décès maternels

Le nombre de décès maternels enregistré au cours de l'année 2013 est de 754 dans l'ensemble des formations sanitaires dont 54,1% dans les hôpitaux.

La proportion des décès maternels pour 100 000 parturientes est de 122. Un chiffre relativement bas par rapport à l'année précédente où il était de 143. L'indicateur dans ces cinq dernières années évolue en dents de scie. Il est passé de 137 p.100 000 parturientes en 2009 à 122 p.100 000 parturientes en 2013.

Les mesures de gratuité et de subvention de la CPN et des accouchements/SONU mise en œuvre ces cinq dernières ont contribué à l'augmentation de la couverture en soins prénatals et de l'utilisation des services d'accouchement. En effet, la couverture de la CPN4 était de 20,5% en 2009 avant de s'établir à 28,5% en 2013. Par ailleurs, le taux d'accouchements assistés est passé de 70,7% à 80,5% entre 2009 et 2013.

La réduction relative des décès maternels pourrait donc s'expliquer par l'amélioration de l'utilisation des services de maternité.

Une analyse par région montre que les régions du Sahel, du Centre et des Hauts-bassins ont enregistré des proportions de décès maternels supérieures à la moyenne nationale au cours des cinq dernières années. Cependant à la même période, Cinq régions à savoir le Plateau Central, le Centre-Ouest, le Centre-Nord, le Centre-Est et la Boucle du Mouhoun ont enregistré des proportions constamment inférieures à la moyenne nationale.

Tableau 15: Proportion de décès maternels pour 100 000 parturientes dans les régions de 2009 à 2013

Région	2009	2010	2011	2012	2013
Boucle du Mouhoun	110	112	76	115	79
Cascades	111	158	182	90	71
Centre	202	242	178	204	263
Centre est	127	93	100	104	87
Centre-Nord	68	122	68	96	53
Centre-Ouest	75	72	49	59	56
Centre-Sud	116	146	135	72	148
Est	156	129	139	159	90
Hauts-Bassins	183	172	170	207	172
Nord	121	141	110	128	101
Plateau Central	61	47	60	40	32
Sahel	267	214	253	365	303
Sud-Ouest	107	169	157	161	106
Burkina Faso	137	144	129	143	122

Source : Annuaire MS

L'analyse par cause de ces décès révèle que les hémorragies, la rupture utérine, la rétention placentaire constituent les principales causes de décès maternels (31,6%) en 2013.

Tableau 16: Répartition des décès maternels selon la cause en 2013

Régions	Hémorragie	Infection	Complication avortement	Eclampsie	Rupture utérine	Disproportion	Présentation vicieuse	Rétention placentaire	GEU	Autres	Total
Effectif	183	97	57	86	44	16	19	11	25	216	754
Proportion (%)	24,3	12,9	7,6	11,4	5,8	2,1	2,5	1,5	3,3	28,6	100

Source : Annuaire 2013/MS

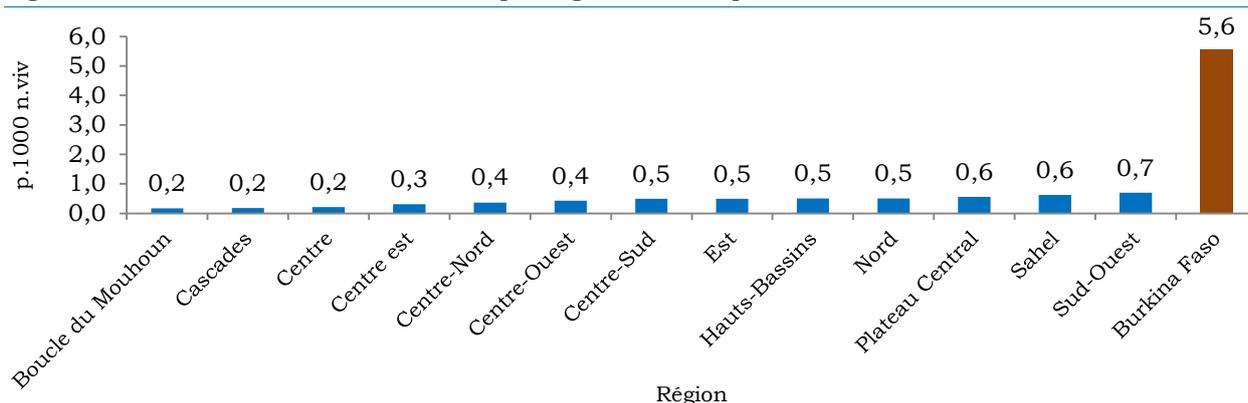
3.9.2 Décès néo natal

Le nombre de décès néo natal enregistré dans les formations sanitaires en 2013 est de 3 301, soit 5,6 p.1000 naissances vivantes. Plus de 25% des décès sont enregistrés dans les hôpitaux

Sur l'ensemble de ces décès, les formations sanitaires privées en ont enregistré 28 soit 0,8%.

Le nombre de décès p.1000 naissances vivantes varie de 0,2 à 0,7 respectivement dans les régions de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest. La figure ci-dessous donne la situation en 2013.

Figure 14: Situation des décès néo natals par région en 2013 p.1000 naissances vivantes

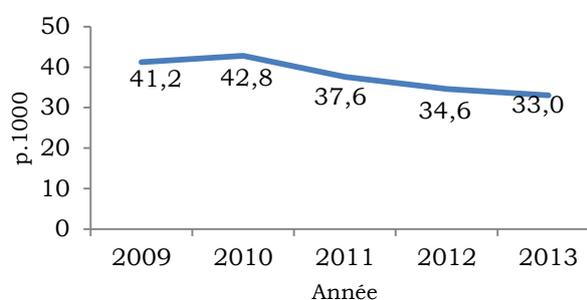


3.9.3 Décès chez les enfants de moins de 5 ans

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés dans les formations sanitaires en 2013 est de 291 218. La proportion des décès chez ces enfants est de 33,0 p.1000. cette proportion était de 34,6 p.1000 en 2012.

Parmi les enfants de moins de 5 ans décédés, 48,4% ont moins d'un an.

Figure 15: Evolution de la mortalité intra-hospitalière (P.1 000) chez les moins de cinq ans de 2009 à 2013



3.10 Vaccination

En vue de réduire la morbidité et la mortalité, la vaccination est mise en œuvre à travers le Programme élargi de vaccination (PEV) avec pour cibles, les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer. Pour les enfants, les antigènes sont le BCG, le VPO, le Pentavalent (DTC-HeB-Hib), le VAR et le VAA. Le VAT est administré aux femmes en âge de procréer avec comme porte d'entrée la grossesse.

En plus de ces vaccins, il a été introduit deux (02) nouveaux antigènes à savoir le Rotateq et le PCV13 à partir de novembre 2013.

Tableau 17: situation de la couverture (%) vaccinale de 2009 à 2013

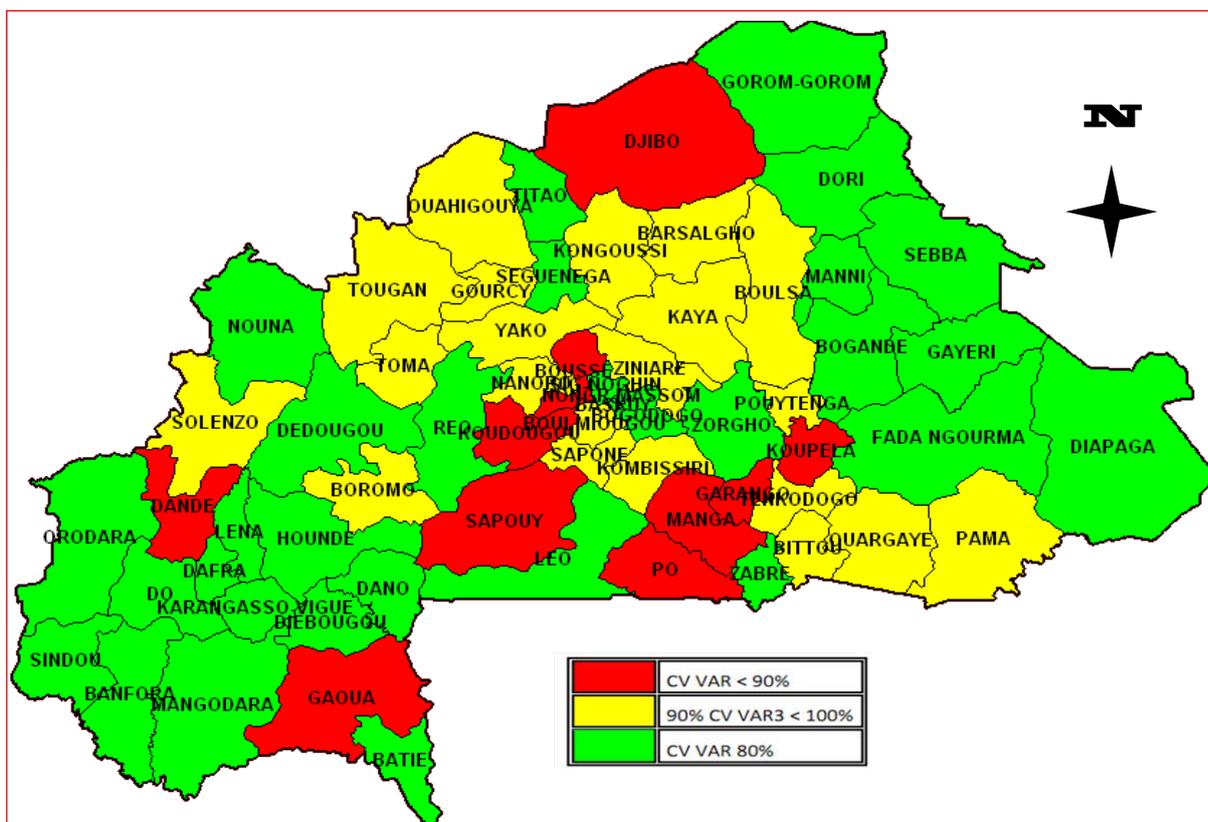
ANTIGÈNES	2009	2010	2011	2012	OBJECTIFS 2013	2013
BCG	106	104	109	109	100	106
VPO 3	103	103	103	103	100	101
PENTA 3	103	103	103	103	100	101
VAR	100	99	100	101	100	100
VAA	100	99	100	101	100	100
VAT2+	92	96	91	93	95	88
Taux d'abandon PENTA1/PENTA3	4,5	3,8	2,9	3,3	≤ 5	3,4
Taux d'abandon BCG/VAR	14,3	12,5	13,7	12,8	≤ 12	12,7

Les couvertures vaccinales sont satisfaisantes dans l'ensemble et les objectifs ont été atteints pour tous les antigènes sauf le VAT2+. La faible couverture en VAT2+ pourrait s'expliquer par la non maîtrise de l'estimation du dénominateur.

Les taux d'abandon entre le PENTA1-PENTA3 et entre le BCG-VAR sont également satisfaisants

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 pour tous les antigènes sauf le VAT2 et plus.

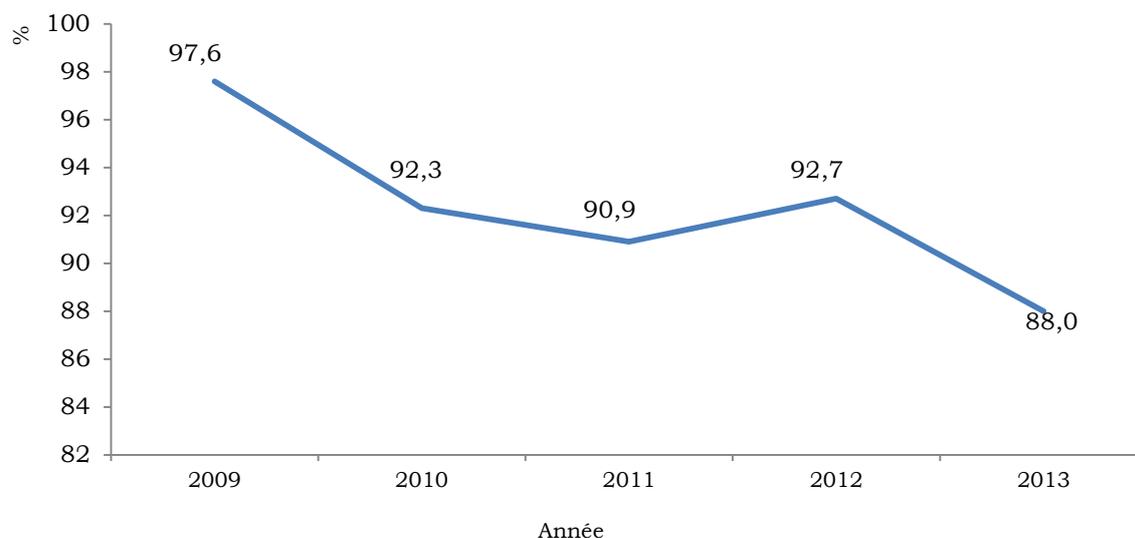
Cependant, 31,2% des districts restent en deca du seuil de 90% par l'OMS pour le VAR. Ce seuil permet d'apprécier les districts à faible risque d'épidémie.



Carte 5: couverture vaccinale par district en 2013

La couverture vaccinale du VAT2+ chez les femmes enceintes est passée de 97,6% en 2009 à 88,0% en 2013.

Figure 16: Evolution de la couverture vaccinale (%) du VAT 2 + chez les femmes enceintes de 2009 à 2013



Les taux de couverture par antigène chez les moins d'un an est de 99,8% pour le VAR et 106,4% pour le BCG en 2013. La proportion des enfants complètement vaccinés est de 98,4%.

En 2013, quatre (04) passages de journées nationales de vaccination (JNV) ont été réalisés dans le cas de la prévention de la poliomyélite. Les couvertures vaccinales lors de ses passages sont respectivement de 101,5%, de 101,0% de 101,2% et de 101,2%.

En plus des JNV une campagne de journées locales de vaccination (JLV) a concerné les régions de la Boucle du Mouhoun, de l'Est, du Nord et du Sahel. La couverture vaccinale a été de 101,4%.

IV. MALADIES A POTENTIEL EPIDEMIQUE

4.1 Méningite

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

Dans le cadre du renforcement de la surveillance de la méningite, le Burkina Faso a opté pour la stratégie de surveillance cas par cas.

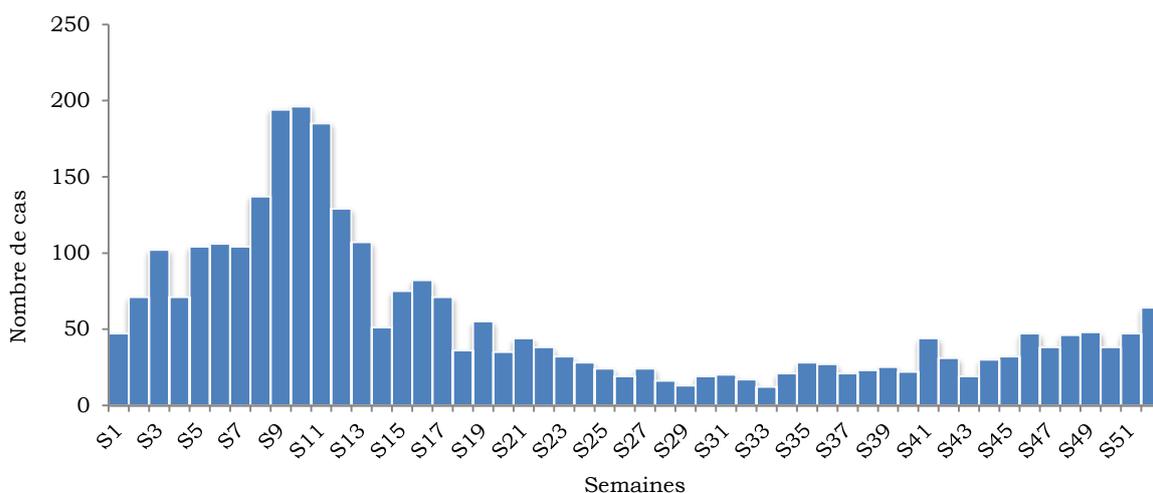
4.1.1 Evolution des cas de méningite par semaine en 2013

Les analyses de tendance sont faites hebdomadairement pour décrire l'incidence de la maladie ; ce qui permet de détecter des foyers épidémiques éventuels.

Au total, 2984 cas suspects de méningite ont été notifiés en 2013 contre 5989 en 2012, soit une baisse de 50,18%.

Dès la première semaine de l'année, des cas ont été notifiés; le nombre de cas a connu une augmentation progressive pour atteindre un pic à la semaine 10. On a observé une baisse progressive du nombre de cas jusqu'à la semaine 14 à partir de laquelle la situation a évolué en dents de scie comme l'indique le graphique ci-dessous.

Figure 17: Evolution hebdomadaire des cas de méningite en 2013



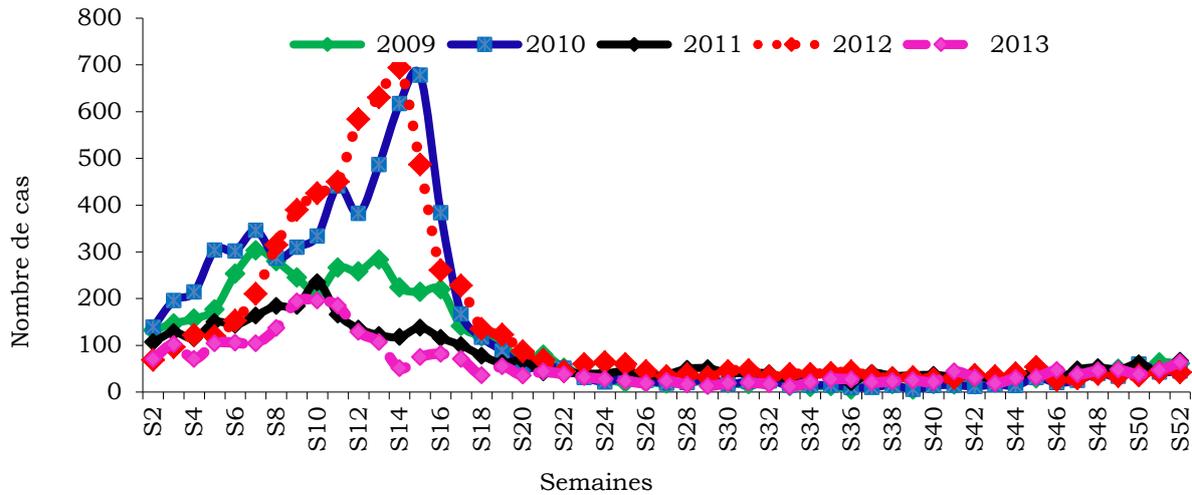
Source : Rapports TLOH 2013, DLM/SSE

4.1.2 Incidence des cas

Au plan national, l'incidence cumulée est de 17,4 cas pour 100 000 habitants en 2013. Elle connaît une baisse de 24,6 points par rapport à 2012. Au cours des 5 dernières années, les plus fortes incidences cumulées étaient observées entre la semaine 8 et la semaine 17.

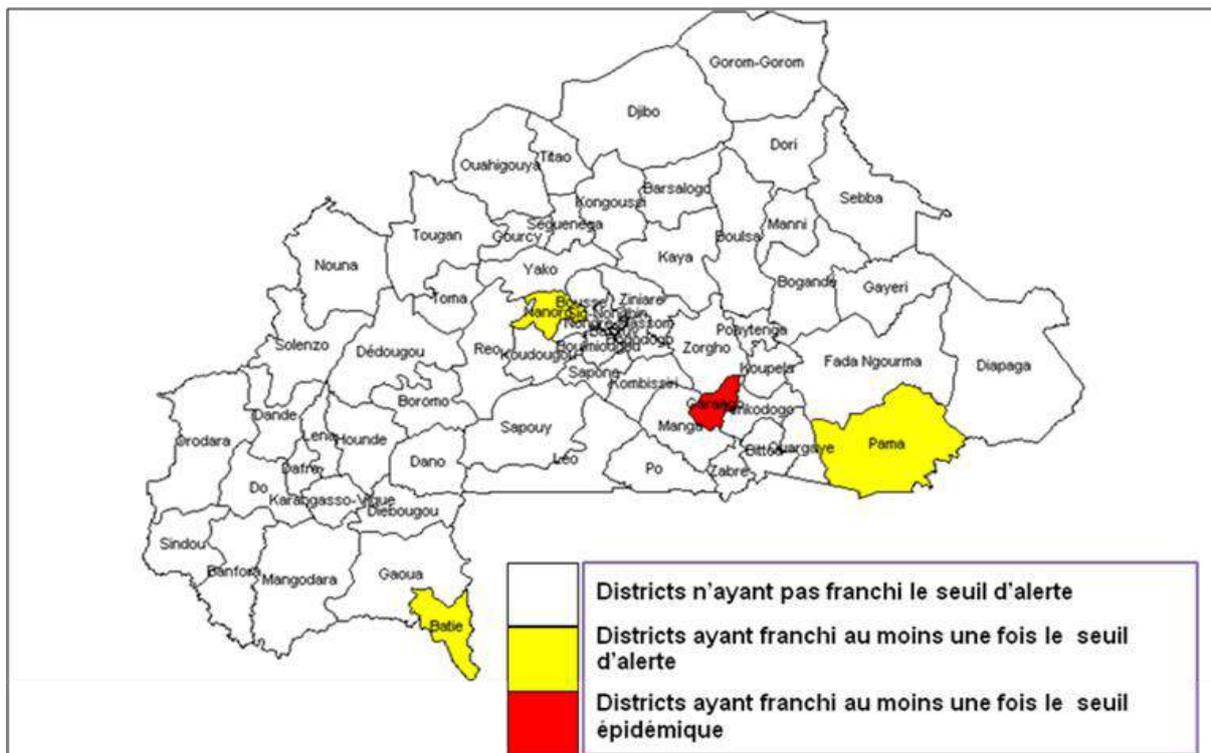
Les années de fortes incidences (2010, 2012) ont été caractérisées par une prédominance du méningocoque tandis que le pneumocoque a été prédominant pendant les années de faibles incidences (2009, 2011 et 2013).

Figure 18: Figure : courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite de 2009 à 2013



Source : Rapports TLOH 2013, DLM/SSE

Sur le plan épidémiologique, un (01) seul district (Garango) a franchi le seuil épidémique (taux d'attaque hebdomadaire supérieur ou égale à 10 cas pour 100 000 habitants) à la seule semaine 10. Au total, trois (03) autres ont franchi le seuil d'alerte (taux d'attaque hebdomadaire de 5 à 9 cas pour 100 000 habitants), et cinquante-neuf (59) districts sont restés en situation normale (taux d'attaque hebdomadaire inférieur à 5 cas pour 100 000 habitants).

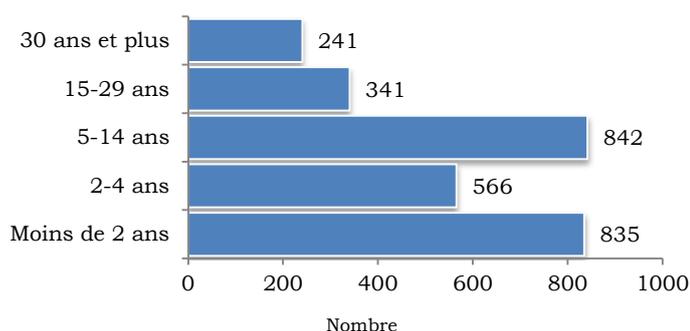


Carte 6: Situation épidémiologique de la méningite au niveau district en 2013

4.1.3 Répartition des cas selon l'âge

Le plus grand nombre de cas selon l'âge montre que les sujets de moins de 15 ans ont été les plus touchés avec 79,4% des cas.

Figure 19: Répartition des cas de méningite par tranche d'âge en 2012 (N = 28 25)

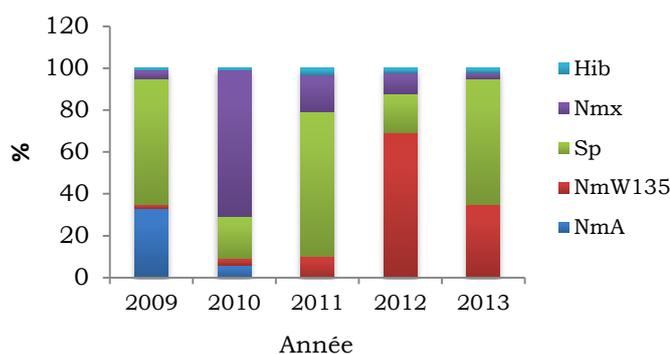


Source : Listes descriptives des cas 2012, DLM/SSE

Les résultats de l'analyse des prélèvements au laboratoire se présentent comme suite.

L'année 2013 a été caractérisée par la prédominance du streptococcus pneumoniae (59% des germes parmi les résultats positifs). Par ailleurs, dans le seul district sanitaire de Garango où le seuil épidémique a été franchi, le NmW135 a été prédominant (72,09%).

Figure 20: Proportion (%) des germes identifiés de 2009 à 2013 par le laboratoire



Sources : Rapports résultats de laboratoire 2013, DLM/SSE

4.1.4 Létalité de la méningite

La létalité de la méningite en 2013 est de 12,3% contre 10,5% en 2012, soit une hausse de 1,8 point. Cette létalité reste au-dessus de la norme de 10% tolérée par l'OMS. Elle varie de 7,1% dans la région des Cascades à 22,8% dans le Sud-Ouest.

Cette létalité varie également selon le germe en cause. Parmi les cas positifs le Streptococcus pneumoniae a été le principal germe en cause de la létalité (15,6%).

Tableau 18: Répartition de l'évolution des cas de méningite selon le germe identifié par le laboratoire à la PCR en 2013

Germes identifiés à la PCR	Cas	Décédé	Létalité (%)
Nm W135	248	22	8,9
Hib	15	2	13,3
NmX	25	3	12
Sp	416	65	15,6

Sources : Rapports résultats de laboratoire 2012, DLM/SSE

4.2 Choléra

En 2013, aucun cas de choléra n'a été enregistré au Burkina Faso contrairement à 2011 et 2012 où on a enregistré respectivement 25 et 143 cas.

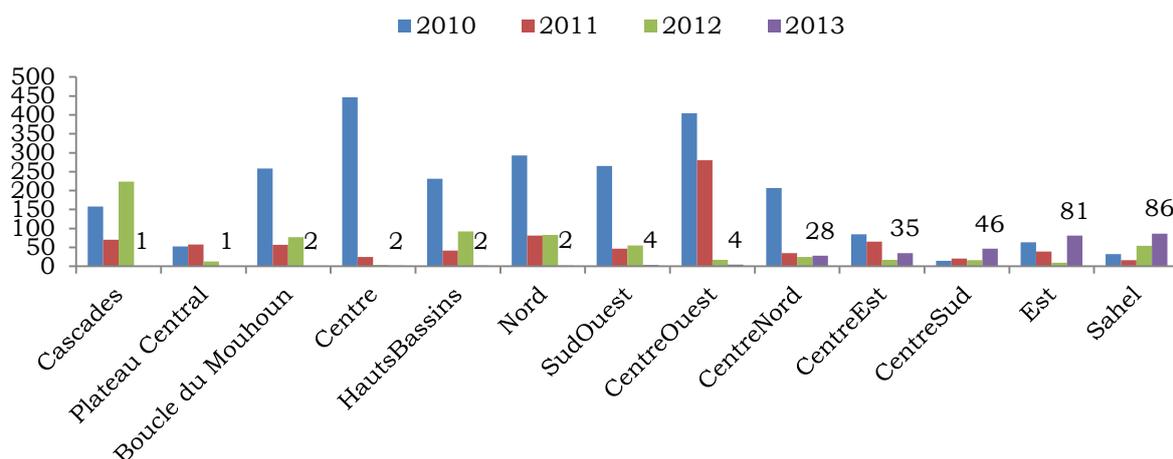
4.3 La Rougeole

En 2013, le nombre de cas suspects de rougeole notifiés est de 3 752 dont 11 décès contre 7 873 cas avec 35 décès en 2012. Le niveau de l'incidence cumulée est de 22,4 cas pour 100 000 habitants. Les régions de l'Est et du Sahel sont les plus touchées et enregistrent à elles seules 60,2% des cas du pays.

Parmi les cas suspects, 748 ont fait l'objet de prélèvement parmi lesquels 367 se sont révélés positifs aux IgM rougeole, soit une proportion de 49,06%.

L'incidence de la rougeole est en nette régression depuis les quatre dernières années. Elle est passée de 16,0 p. 100 000 en 2010 à 1,7 p. 100 000 en 2013.

Figure 21 : Incidence cumulée de la rougeole pour 100 000 habitants par région en 2010, 2011, 2012 et 2013



4.4 La fièvre jaune

Au total, 916 cas d'ictère fébrile ont été notifiés en 2013 avec 38 décès, soit une létalité de 4,2%. La région de la Boucle du Mouhoun a enregistré la plus forte incidence (15 cas pour 100 000 habitants) et celle du Sahel a enregistré la plus faible incidence (1 cas pour 100 000 habitants).

Cependant on observe une baisse de recrutement des cas suspects de fièvre jaune (de 970 en 2010 à 898 en 2012).

En 2013, l'analyse des prélèvements n'a révélé aucun cas positif. Les deux indicateurs de performance de la surveillance des ictères fébriles (proportion de districts ayant notifié et prélevé par an, au moins 1 cas suspect de Fièvre jaune, proportion de cas suspects de Fièvre jaune prélevés) sont atteints.

Tableau 19: Répartition des cas d'ictère fébrile en 2013 par région

Région	Cas	Incidence (P. 100 000)	Décès	Létalité (%)
Boucle du Mouhoun	266	15	17	6,4
Cascades	26	4	1	3,8
Centre	44	2	0	0,0
Centre-Est	100	7	1	1,0
Centre-Nord	41	3	2	4,9
Centre-Ouest	56	4	7	12,5
Centre-Sud	38	5	2	5,3
Est	59	4	2	3,4
Hauts-Bassins	157	9	1	0,6
Nord	64	5	0	0,0
Plateau Central	16	2	0	0,0
Sahel	14	1	1	7,1
Sud-Ouest	35	5	4	11,4
Burkina Faso	916	5	38	4,15

Sources : Rapports TLOH 2013, DLM/SSE

4.5 Les Diarrhées sanguinolentes

En 2013, le nombre de cas de diarrhées sanguinolentes notifiés est de 1 748 dont 0 décès. Ce nombre est en baisse par rapport à 2012 (5 130 cas). On note toujours des disparités dans la notification des cas d'un district ou d'une région à une autre au cours de l'année, du fait que l'application de la définition de cas n'est pas toujours observée de façon harmonisée.

4.6 La poliomyélite

Pour la surveillance de cette maladie, deux indicateurs majeurs sont annuellement suivis. Il s'agit du taux de paralysie flasque aigüe (PFA) non polio pour 100 000 enfants de moins de quinze ans et du pourcentage de cas de PFA dont les échantillons de selles ont été collectés dans les 14 jours après le début de la paralysie.

Tableau 20: performance de la surveillance des PFA de 2011 à 2013

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

Source : rapport annuel 2013 de la DPV

L'évolution durant cette période a été en dents de scie avec une régression en 2013. Ceci est consécutif au faible niveau de recrutement des cas dans les formations sanitaires.

Au niveau des districts sanitaires, on note une insuffisance globale dans la surveillance des PFA, notamment la détection tardive des cas due à une surveillance essentiellement passive.

Au plan national, les objectifs ont été atteints pour les deux indicateurs majeurs de 2011 à 2013. En effet Le pays a notifié 292 cas de paralysie flasque aigue sur 166 cas attendus en 2013. Cependant, aucun cas de polio virus sauvage (PVS) autochtone n'a été enregistré depuis le 25 octobre 2009 et le Burkina Faso a été invité par l'OMS à soumettre sa documentation pour la certification en 2014.

Quelques actions entreprises dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique en 2013:

- ✚ Appui des régions et districts dans l'investigation des foyers suspects d'épidémies.
- ✚ Pré positionnement des médicaments, réactifs et consommables de laboratoire dans les régions, CHU et CHR.
- ✚ Renforcement des stocks de certaines régions et districts en médicaments, réactifs de laboratoire et consommables médicaux.
- ✚ Rencontre préparatoire de la saison épidémique avec les Gouverneurs de régions et les Directeurs régionaux de la santé.
- ✚ Réunions hebdomadaires du Comité national de gestion des épidémies.
- ✚ Elaboration et adoption de plans de préparation et de riposte aux éventuelles épidémies en conseil des Ministres
- ✚ Diffusion des messages de sensibilisation (méningite, rougeole...) à la Radio et à la télévision.
- ✚ Organisation de quatre (04) passages de JNV
- ✚ Organisation d'une campagne de vaccination réactive contre la rougeole dans les camps de réfugiés maliens

V. MALADIES D'INTERET SPECIAL

5.1 Le paludisme

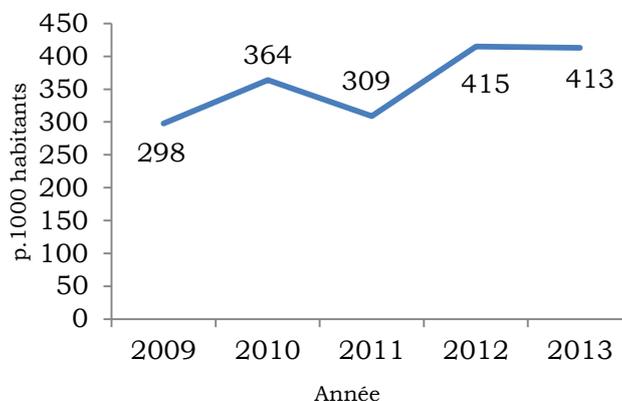
5.1.1 Situation du paludisme dans la population générale

En fin 2013, le nombre de cas de paludisme enregistré est de 7 146 026. Les cas de paludisme grave représentent 5,8%.

Avec une incidence cumulée de 413 cas pour 1000 habitants, l'incidence a connu une baisse légère de 2 points p.1000 habitants par rapport à l'année 2012. En général, le niveau de l'indicateur a connu une augmentation durant les dernières années à l'exception de 2011 et 2013.

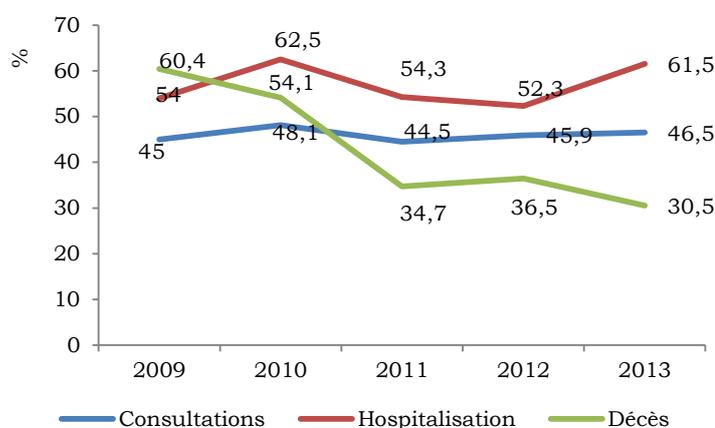
Au cours des cinq dernières années, le paludisme a toujours été le premier motif de consultation, d'hospitalisation et la première cause de décès dans les formations sanitaires. En effet, les proportions enregistrées en 2013 sont de 46,5% pour les consultations, 61,5% pour les hospitalisations et 30,5% pour les décès.

Figure 22: Evolution de l'incidence (pour 1000 habitants) du paludisme de 2009 à 2013



Source : Annuaires 2009 à 2013 /MS

Figure 23: Evolution des parts attribuables (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2009 à 2013.



Le nombre de cas de paludisme grave enregistré est de 414 234 dont 6 294 décès, soit une létalité de 1,5%. Cette létalité est en baisse de 0,4 point comparé à 2012. Cette baisse pourrait s'expliquer entre autres par la formation des agents de santé sur la prise en charge du paludisme, la fourniture aux districts sanitaires de tests de diagnostic rapide et de kits d'urgence pour la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

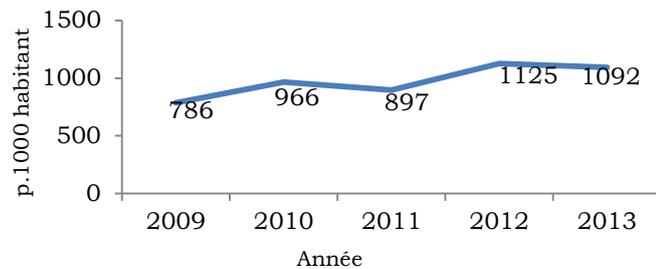
5.1.2 Situation du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes

Le paludisme demeure le premier motif de consultation, d'hospitalisation et la première cause de décès chez les moins de cinq ans dans les formations sanitaires (respectivement de 53,9% ; 63,2% ; 49,6%).

L'incidence cumulée dans cette même tranche d'âge est de 1 092 p. 1 000 contre 1 125 p. 1 000 en 2012.

La tendance de l'incidence cumulée chez les enfants de moins de cinq ans a évolué en dents de scie entre 2009 et 2013.

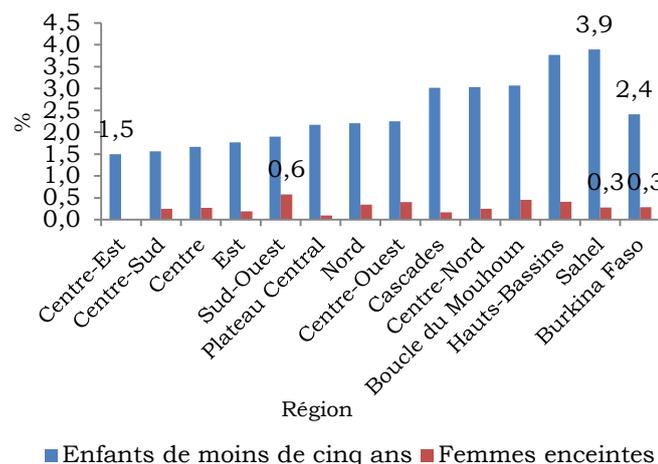
Figure 24: Evolution de l'incidence cumulée chez les enfants de moins de 5 ans (pour 1000 habitants) du paludisme de 2009 à 2013



Le nombre de décès dû au paludisme enregistré dans cette tranche d'âge est de 4 761, soit une létalité de 2,4% contre 2,7% en 2012. Cette létalité bien qu'en baisse, reste plus élevée dans les hôpitaux (8,7%) que dans les formations sanitaires de districts (1,7%)³.

L'analyse selon les régions montre une disparité de l'indicateur. Il varie entre 1,5% dans la région du Centre-Est à 3,9% dans la région de Sahel.

Figure 25: Létalité (%) due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en 2013 par région



Chez les femmes enceintes, le nombre de cas de paludisme enregistrés est de 287 286 dont 27 027 cas graves. Au total, 78 décès ont été enregistrés dans ce groupe spécifique, soit une létalité de 0,3 %. Elle reste constante par rapport à l'année 2012. La valeur de l'indicateur varie de 0,0% dans la région du Centre-Est à 0,6% dans la région du Sud-Ouest.

Concernant le traitement prophylactique intermittent (TPI2) chez les femmes enceintes, La proportion de celles ayant bénéficié de la deuxième dose en 2013 est de 54,8% contre 52,6% en 2012.

³L'objectif national de la létalité chez les enfants de moins de cinq ans est de moins de 2,0% au niveau district

5.1.3 Principales actions de lutte contre le paludisme

Les actions réalisées dans le cadre de la lutte contre le paludisme en 2013 sont entre autres :

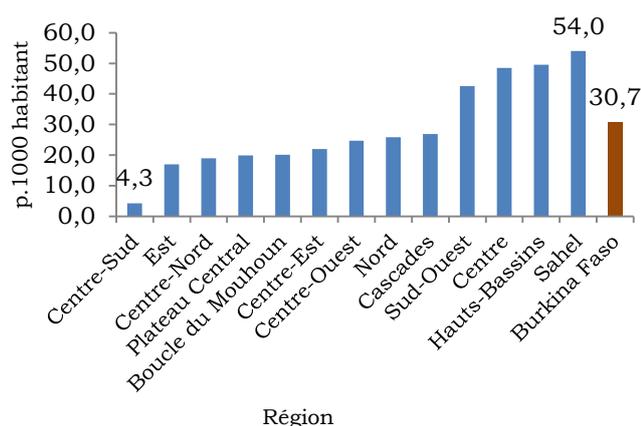
- ✚ l'utilisation des tests de diagnostic rapides (TDR) dans toutes les formations sanitaires publiques et dans trois sites communautaires (Saponé, Kaya et Nouna) ;
- ✚ la campagne de distribution universelle de plus de 9,3 millions des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action à la population;
- ✚ le traitement anti-larvaire dans la ville de Ouagadougou ;
- ✚ la formation des agents de santé sur la prise en charge du paludisme ;
- ✚ l'acquisition de kits d'urgence pour la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✚ l'élaboration de plan intégré de communication du PNLP ;
- ✚ l'acquisition des combinaisons thérapeutiques à base d'arthémisinine (ACT).
- ✚ la politique de gratuité du sang financé à hauteur de 450 millions de FCFA;
- ✚ la distribution gratuite de 238 088 kits de prise en charge du paludisme grave des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes d'un coût de 1 368,2 millions de FCFA.

5.2 La tuberculose

Au cours de cette année, 5 326 nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes ont été dépistés. Les cas de tuberculose pulmonaire représentent 81,2% des malades⁴.

Le taux de notification des nouveaux cas et rechutes est de 30,7 cas pour 100 000 habitants. Selon les régions, ce taux varie de 14,3 p.100 000 au Centre-Sud à 54,0 p.100 000 au Sahel.

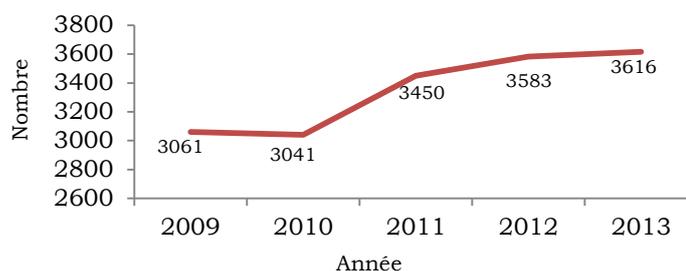
Figure 26: Taux (p.100 000 habitants) de notification des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose par région en 2013



⁴ Les rechutes ne sont pas incluses dans les reprises de traitement

Au total, 3 616 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (NCTPM+) ont été notifiés en 2013. Sur ces cinq dernières années, ce nombre est en constante hausse.

Figure 27: évolution du nombre de de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive de 2009 à 2013



Le succès au traitement (guéri plus traitement terminé) de la tuberculose de la cohorte 2012, s'est amélioré comparativement à celui de la cohorte 2011. En effet, il est passé de 77,8% à 79,7% soit une hausse de 1,9 point. Si globalement l'objectif de 90% défini par l'OMS n'a pas été atteint, la situation est plus reluisante au niveau des CDT où certains sont à 90% et plus.

Le taux de décès est de 8,1% pour l'ensemble du pays avec des extrêmes allant de 3,5% dans la région du Centre à 12,5% au Centre Ouest. Ce résultat est en baisse par rapport à 2011 qui était de 9,2% au niveau national. Les perdus de vue représentent 7,3% de la cohorte. Ce résultat est en hausse par rapport à 2011 (6,0%). En outre, il est à noter que faute de financement, la PEC nutritionnelle des cas de TB est suspendue depuis 2009. Ce qui ne favorise pas une meilleure adhésion au traitement.

Tableau 21: situation de la cohorte 2012 par région

Régions	Nombre de malades enregistrés	Guéri (%)	Traitement terminé (%)	Echec (%)	Décédé (%)	Perdu de vu (%)	Transféré (%)
Boucle du Mouhoun	268	80,6	1,1	4,9	10,8	2,2	0,4
Cascades	136	72,8	2,2	8,1	10,3	5,9	0,7
Centre	627	82,1	3,8	2,7	5,3	5,1	1,0
Centre Est	194	75,3	2,6	8,2	8,8	4,1	1,0
Centre Nord	183	69,9	7,1	3,8	9,8	9,3	0,0
Centre Ouest	257	59,9	14,4	1,9	12,5	9,7	1,6
Centre Sud	76	73,7	3,9	5,3	7,9	7,9	1,3
Est	185	76,8	2,7	1,6	9,7	9,2	0,0
Hauts Bassins	544	73,9	1,7	3,5	7,9	9,7	3,3
Nord	262	74,0	6,5	3,4	9,2	6,9	0,8
Plateau Central	110	74,5	2,7	7,3	8,2	3,6	2,7
Sahel	525	79,0	1,9	2,3	6,9	8,4	1,3
Sud-Ouest	220	73,6	6,8	2,3	5,5	11,4	0,5
Burkina Faso	3587	75,6	4,1	3,6	8,1	7,3	1,3

Concernant la co-infection, 94,0% des malades de la tuberculose ont réalisé le dépistage du VIH. Cette proportion a connu une hausse de 8,7 points comparativement à 2012. Des 5 082 dépistages réalisés, 723 se sont avérés positifs soit un taux de 14,2%.

Tableau 22: Indicateurs de prise en charge de la co-infection tuberculose/VIH de 2009 à 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Proportion des cas de TB testés pour le VIH (%)	94,4	93,1	89,6	85,3	94
Positif au VIH parmi les cas testés (%)	20,2	17,6	16,8	11	14,2
Proportion des cas de TB/VIH mis sous prophylaxie au CTX (%)	96,9	98,2	97,1	96,4	96
Proportion des cas de TB/VIH sous ARV (%)	54,7	60	70	73,4	ND

On constate que La proportion des patients co-infectés mis sous prophylaxie au cotrimoxazole est de 96,0%. Ceux de la cohorte 2012 sous ARV représentent 73,4% contre 100% attendus. Les raisons pourraient être, les délais d'attente des résultats paracliniques, les examens préthérapeutiques antirétroviraux et les retards des références entre les CDT et les centres de prises en charge. La proportion des cas de co-infection TB/VIH sous ARV a régulièrement augmenté au fil des années (54,7% en 2009, 73,4% en 2013). Les autres indicateurs ont évolué en dents de scie au cours des 5 dernières années.

Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, les principales actions entreprises au cours de l'année 2013 ont été les suivantes:

- ✚ la mise à jour/élaboration des documents normatifs pour la lutte contre la tuberculose;
- ✚ 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 (24 mars 2013).

- ✚ la recherche systématique des cas de TB dans les maisons d'arrêt et de correction (MAC). Au total, 643 personnes ont été soumises au dépistage dans les MAC. Parmi elles, 35 ont été dépistées TPM+ et mises sous traitement ;
- ✚ le Renforcement des activités de décentralisation de la prise en charge des cas de TB avec 84 CDT fonctionnels en 2013.

5.3 Les infections sexuellement transmissibles (IST)

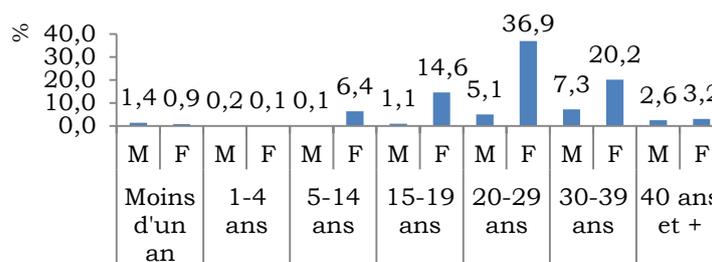
En 2013, le nombre de cas d'IST enregistrés selon la notification syndromique est de 127 460, soit une incidence cumulée de 8,9 p.1000 contre 10,3 p. 1000 en 2012. On note donc une baisse de l'incidence cumulée de 1,4 point entre 2012 et 2013 au niveau national. L'incidence est plus élevée dans les régions du Centre et des Hauts-Bassins avec respectivement 12,9 p.1000 et 11,6 p.1000.

Tableau 23: Répartition de l'incidence cumulée des IST par région de 2009 à 2013 (P.1000)

Régions	2009	2010	2011	2012	2013
B. du Mouhoun	5,8	5,4	6,0	7,0	4,7
Cascades	9,8	9,7	9,6	9,7	8,7
Centre	19,1	18,2	21,2	20,8	12,9
Centre-Est	6,6	7,9	8,3	8,5	7,5
Centre-Nord	4,9	4,3	3,1	5,7	4,7
Centre-Ouest	4,9	4,4	4,5	5,4	3,6
Centre-Sud	6,5	5,9	7,6	8,6	6,5
Est	4,6	4,8	6,7	8,1	6,3
Hauts-Bassins	14,7	15,5	15,3	16,3	11,6
Nord	5,4	6,1	6,9	7,8	4,7
Plateau central	9,5	9,5	9,7	9,9	6,8
Sahel	6,5	6,2	6,1	6,8	5,6
Sud-Ouest	9,4	8,6	9,1	9,4	8,1
Burkina Faso	8,8	8,8	9,5	10,3	8,9

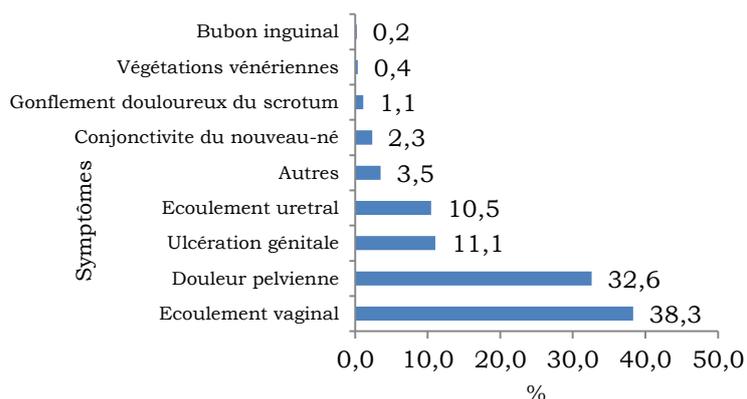
La tranche d'âge la plus touchée demeure celle de 20-29 ans (42,0% de l'ensemble des cas). Les femmes sont plus concernées dans cette tranche d'âge (36,9%).

Figure 28: Proportion (%) des cas d'IST par tranche d'âge et par sexe en 2013



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 29: Répartition (%) des cas d'IST selon le type en 2013



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 1,7% en 2012) ⁵ mais aussi en population générale (de 1,8% en 2003 à 1% en 2010 - EDS 2003 et 2010).

Les nouvelles infections en 2013 étaient estimées à 6 100 selon **Spectrum** et devraient se situer autour de 4 445 en 2020 si les efforts sont maintenus et renforcés. Elles décroissent lentement⁶. L'épidémie de VIH au Burkina Faso est caractérisée par une 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
- ✚ Les Personnes qui s'injectent des drogues (PID).

Comparés à la prévalence VIH estimée à 1,0% dans la population générale, les 16,5% de prévalence chez les TS en 2010 (Enquête comportementale et de séroprévalence CNLS-IST, 2010) et le taux de séropositivité de 14 à 23% parmi les HSH en 2009 et 2010 (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.), ne laissent planer aucun doute sur l'urgence qu'il y a de centrer les interventions autour de ces deux populations.

Une enquête réalisée en 2009 auprès des professionnels en charge de ces questions (santé, forces de l'ordre, éducateurs spécialisés) a révélé que l'usage de drogues est répandu parmi les populations clés, (Enquête dans le cadre de la rédaction de la requête du round 9, composante sida, 2009).

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).

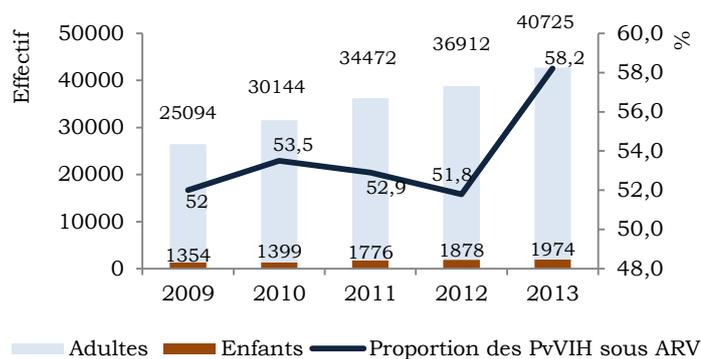
Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) enrôlées dans la file active globale est de 73 330 en 2013. Parmi ces personnes, 42 699 sont sous traitement antirétroviral (ARV) ; ce qui représente une proportion de 58,2% de la file active.

⁵Rapports de séro-surveillance 2003 et 2012

⁶Etude MoT 2009.

Le nombre de PvVIH sous ARV s'est continûment accru depuis 2009. Entre 2009 et 2013, il a augmenté de 61,4%. Cette évolution est liée à celle du nombre de PvVIH enrôlées dans la file active. La proportion des PvVIH sous ARV est passée de 51,8% en 2012 à 58,2% en 2013.

Figure 30: Evolution des effectifs et des proportions de PvVIH sous ARV entre 2009 et 2013



En 2013, l'indicateur est en hausse de 6,4 points par rapport à 2012 et de 6,2 points par rapport à 2010.

La couverture en ARV en 2013 était de 87% selon les cibles du programme et 42% selon **Spectrum** avec CD4 inférieur à 500 malgré la gratuité des ARV. Ce résultat peut être expliqué par les dépistages tardifs et les délais de préparation à la mise sous ARV.

Tout comme les années précédentes, les PvVIH sous traitement ARV en 2013 sont en majorité des adultes (95,4%).

Concernant les nouveaux cas de Sida, 2 650 cas ont été notifiés dans les formations sanitaires en 2013. Parmi ces patients, il est dénombré 1 738 femmes (65,6%) et 912 hommes (34,4%). Selon les tranches d'âge, 4,1% d'entre eux ont moins de 15 ans, 86,3% sont âgés de 15 à 49 ans. Les « 50 ans et plus » représentent 9,6% des nouveaux cas de Sida enregistrés.

Tableau 24: Situation de la file active par région en 2013

Régions	File active	Patients sous ARV	Proportion de patients sous ARV
B. du Mouhoun	3 893	2 051	52,7
Cascades	1 353	936	69,2
Centre	29 889	20 612	69,0
Centre-Est	4 121	1 764	42,8
Centre-Nord	3 014	1 274	42,3
Centre-Ouest	5 926	2 217	37,4
Centre-Sud	1 311	809	61,7
Est	1 552	569	36,7
Hauts-Bassins	12 033	7 752	64,4
Nord	4 396	1 944	44,2
Plateau Central	1 556	958	61,6
Sahel	1 204	451	37,5
Sud-Ouest	3 082	1 362	44,2
Burkina Faso	73 330	42 699	58,2

Source : Annuaire 2013/MS

Dans le cadre du dépistage de l'infection à VIH, notons qu'en amont du test, il est procédé à un conseil pré-test qui, en 2013, a touché 11 820 personnes. Parmi ces personnes, 96,4% ont été dépistées ; 97,0% des hommes ayant bénéficié du conseil pré-test ont été dépistés contre 96,1% chez les femmes.

Les résultats de ces tests montrent que 1 388 personnes ont été dépistées positives dont 470 hommes (33,9%). Le taux global de séropositivité est de 12,2% en 2013.

Le dépistage en milieu de soin connaît des insuffisances surtout chez les enfants. Seulement 5,6% des nouvelles inclusions en 2013 étaient des enfants.

La recherche active et la notification de la tuberculose chez les PvVIH restent très insuffisantes. En effet, seulement 37,3% des PvVIH ont bénéficié d'une recherche active de la TB respectivement en 2013. Ce taux est en déca de la réalité car la recherche est systématique lors de la consultation. Il est donc lieu d'améliorer la notification.

Le suivi des PvVIH nécessite un bilan biologique. Au total, 87 structures disposaient d'appareils de dosage CD4 sur les 100 sites de PECM (CHU, CHR, CM/CMA publiques, privées, communautaires et confessionnelles) et huit (08) sont équipées pour réaliser la charge virale en 2013.

Les décès liés au VIH ont été estimés selon **Spectrum** à 5 600 en 2013 et devraient continuer à diminuer pour se situer autour de 2 765 en 2020. Les cas enregistrés par le système national d'information sanitaire (SNIS) en 2013 sont de 1 403, ce qui traduit une sous notification des cas.

Tableau 25: situation du dépistage du VIH par région en 2013

Régions	Conseil pré-test			Total dépistés			Négatif			Positif		
	M	F	Total	M	F	total	M	F	Total	M	F	Total
B. Mouhoun	233	330	563	196	285	481	158	212	370	44	66	110
Cascades	84	154	238	55	79	134	49	116	165	31	35	66
Centre	789	1996	2785	796	1997	2793	655	1638	2293	114	284	398
Centre-Est	307	452	759	323	459	782	242	334	576	39	89	128
Centre-Nord	345	650	995	345	650	995	340	630	970	3	16	19
Centre-Ouest	157	156	313	151	160	311	102	95	197	47	54	101
Centre-Sud	378	694	1072	420	684	1104	356	599	955	27	77	104
Est	301	337	638	208	206	414	176	165	341	19	28	47
Hauts-Bassins	377	394	771	357	368	725	322	320	642	25	41	66
Nord	111	450	561	106	435	541	95	404	499	8	25	33
Plateau Central	717	1058	1775	718	1061	1779	649	867	1516	57	92	149
Sahel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sud-Ouest	622	728	1350	613	725	1338	559	607	1166	56	111	167
Burkina Faso	4421	7399	11820	4288	7109	11397	3703	5987	9690	470	918	1388

Source : Annuaire 2013/MS

Actions entreprises en 2013 dans la lutte contre le VIH Sida

- révision des documents normatifs en tenant compte des nouvelles recommandations de l’OMS en matière de prévention et de prise en charge du VIH (l’option B+) ;
- le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre ;
- la réalisation d’étude et la délégation des tâches pour la décentralisation de la prise en charge ;
- 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 collecte et d’acheminement des prélèvements vers les structures de référence ;
- le soutien nutritionnel des PV VIH 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.

5.5 La lèpre

Le nombre de nouveaux cas de lèpre notifiés par les formations sanitaires en 2013 est de 253 contre 313 en 2012, soit une baisse de 19,2%. Cependant, le nombre de nouveaux cas présentant des infirmités de 2^{ème} degré est en hausse. Il est passé de 16 en 2009 à 84 en 2013.

Tableau 26: situation de la lèpre de 2009 à 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Nouveaux cas	135	320	302	313	253
Infirmité 2 ^{ème} degré/nouveaux cas	16	64	63	67	84
Enfants/nouveaux cas	6	25	10	6	8
Rechutes poly chimiothérapie	1	5	5	0	0
Malades en traitement en fin d’année	458	1 328	1 096	295	253

La prévalence globale de la lèpre est de 0,1 p.10 000 habitants. La prévalence la plus élevée s’observe dans la région des cascades (0,3 p.10 000 habitants). Cette région enregistre également le plus grand taux de détection soit 3,5 p.100 000 habitants.

La proportion de cas présentant une infirmité est de 33,2% au niveau national contre 2,0% recommandé par l’OMS. Elle est assez élevée dans les régions de l’Est, du Centre et du Sud-Ouest, où plus de la moitié des cas présentaient une infirmité. Il importe alors de mettre un accent sur le dépistage précoce en renforçant la sensibilisation du personnel soignant et de la communauté.

Tableau 27: répartition des taux de prévalence, de détection et d'infirmité de la lèpre par région en 2013

Régions	Prévalence (p10 000)	Taux de détection (p100 000)	Proportion d'infirmité (%)
Boucle du Mouhoun	0,1	1,5	32,0
Cascades	0,3	3,5	45,8
Centre	0,1	0,8	52,6
Centre est	0,1	0,9	23,1
Centre-Nord	0,1	1,4	25,0
Centre-Ouest	0,1	1,5	23,8
Centre-Sud	0,2	2,5	31,6
Est	0,1	1,5	54,5
Hauts-Bassins	0,2	1,8	36,4
Nord	0,1	1,2	23,5
Plateau Central	0,2	1,8	6,7
Sahel	0,2	1,6	21,1
Sud-Ouest	0,1	0,8	50,0
Burkina Faso	0,1	1,5	33,2

Source : Annuaire 2013/MS

5.6 Ver de guinée/dracunculose

Au cours de l'année 2013, aucun nouveau cas de ver de guinée n'a été enregistré sur toute l'étendue du territoire. La surveillance demeure d'actualité pour une éradication effective de la maladie. Depuis 2007 aucun cas de ver guinée n'a été notifié et le pays a été certifié libre de transmission de ver guinée depuis Décembre 2011.

5.7 Les maladies non transmissibles

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement, est confronté à l'émergence des maladies non transmissibles (MNT), dont les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont importantes. Le Ministère de la santé a réalisé en septembre/novembre 2013 l'enquête STEPS. Cette enquête, première du genre, a révélé que la majorité de la population (97,3%) était exposée à au moins un facteur de risque commun aux maladies non transmissibles. Il a été réalisé les Step1, Step2 et Step3. Le Step1 permet de collecter des informations sociodémographiques et comportementales. Le Step2 concerne les mensurations physiques à savoir la taille, le poids, le tour de taille, le tour de hanche et la tension artérielle. Quant au Step3, il se rapporte à la collecte des données sur les analyses biochimiques réalisées (glycémie et taux de cholestérol) chez les enquêtés. Le résumé des indicateurs des trois STEPS se retrouve en annexe.

Selon les résultats de ces enquêtes, les maladies non transmissibles notamment, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les affections buccodentaires représentent une lourde charge de morbidité. Cette charge est importante si bien que l'OMS estime que si rien n'est fait d'ici 2030, la mortalité due aux MNT sera plus élevée que celle liée à la mortalité maternelle et infantile et aux maladies transmissibles.

L'OMS estime également que le contrôle des principaux facteurs de risques des MNT contribuera donc à réduire de 80% la survenue des maladies cardiovasculaires, du diabète et de 40% la survenue des cancers.

Les résultats auxquels sont parvenus l'enquête STEPS, requiert des interventions ciblées en vue de réduire le poids de la morbi-mortalité de ces maladies non transmissibles sur la population. Ce sont entre autres :

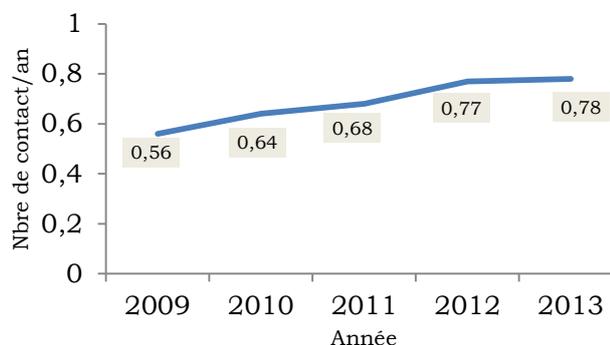
- ✚ la sensibilisation des populations, surtout les jeunes, sur les méfaits du tabac ;
- ✚ la protection de la population contre la fumée du tabac dans les lieux publics et les lieux de travail ;
- ✚ l'augmentation des taxes sur le tabac et l'interdiction de toutes formes de publicité sur les produits du tabac au Burkina Faso ;
- ✚ la mise en place des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation sur les méfaits de l'alcool ;
- ✚ le renforcement des capacités du système de santé et de protection sociale pour assurer la prévention, le dépistage de la consommation nocive d'alcool et la prise en charge des troubles liés à l'alcool ;
- ✚ la réglementation de la production, la vente et la distribution de l'alcool dans les secteurs formels et informels ;
- ✚ la promotion de la production et de la consommation des fruits et légumes ;
- ✚ la promotion de l'activité physique dans tous les secteurs d'activités et dans les milieux de résidence ;
- ✚ le renforcement des infrastructures sportives ;
- ✚ la sensibilisation de la population sur l'hygiène buccodentaire et les consultations dentaires régulières ;
- ✚ la promotion d'une législation favorable à la production, à la distribution de la pâte dentifrice fluorée de qualité ;
- ✚ la formation des agents de santé sur la santé buccodentaire ;
- ✚ l'amélioration de la disponibilité des spécialistes en santé bucco-dentaire dans les structures de soins;
- ✚ la promotion d'une alimentation saine avec notamment une diminution de la consommation de sucre, de sel, de matières grasses;
- ✚ l'information, l'éducation et la communication sur les facteurs de risque des MNT ;
- ✚ une large diffusion des résultats de l'enquête STEPS;
- ✚ la prise en compte des résultats de l'enquête STEPS dans les documents de promotion de la santé ;
- ✚ le développement de directives spécifiques sur les MNT ;
- ✚ la mise en place d'outils de surveillance des facteurs de risque des MNT ;
- ✚ l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de lutte contre les MNT dans le cadre d'une approche multisectorielle.

VI. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

6.1 Consultation curative

Le nombre de nouveaux contacts par habitant évalue le recours aux services de consultation curative. Il est de 0,78 en 2013. Le niveau atteint bien qu'inférieur à la norme fixée par l'OMS (1 contact par habitant et par an) est en croissante évolution au fil des années. En effet, il est passé de 0,56 à 0,78 entre 2009 et 2013 ; soit une croissance annuelle moyenne de 8,6%.

Figure 31: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an de 2009 à 2013



Cinq (05) régions ont un nombre de contact par habitant et par an inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, le niveau de l'indicateur s'est amélioré dans toutes les régions au cours des cinq dernières années à l'exception des régions de la Boucle du Mouhoun, du Nord et du Plateau Central où le niveau de l'indicateur a connu une baisse entre 2012 à 2013. Entre ces deux dernières années, le niveau de l'indicateur s'est plus amélioré dans les régions du Sud-Ouest (0,07 point) et des Cascades (0,05 point). En outre, le plus fort niveau de l'indicateur en 2013 est enregistré dans la région du Centre-Est (0,92) alors que le plus faible s'est observé dans la région de la Boucle du Mouhoun (0,65).

Tableau 28: Evolution des nouveaux contacts par habitant et par an selon les régions de 2009 à 2013

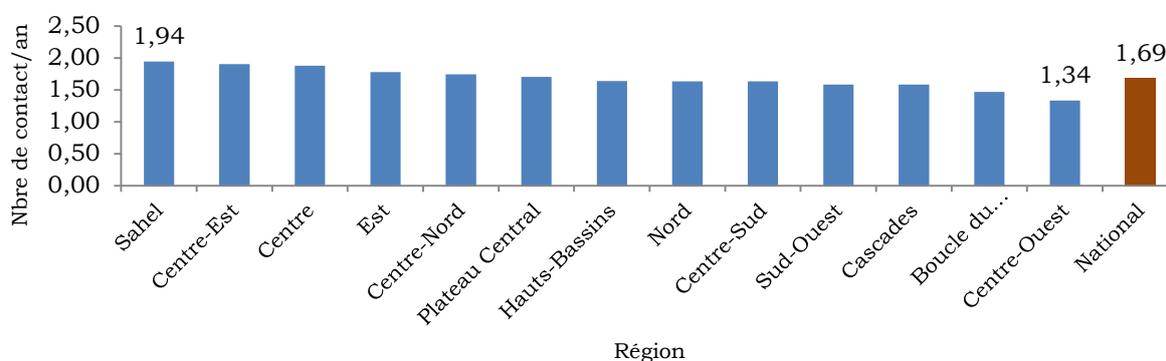
Région	2009	2010	2011	2012	2013
Boucle du Mouhoun	0,55	0,59	0,60	0,69	0,65
Cascades	0,53	0,56	0,63	0,74	0,79
Centre	0,78	0,88	0,84	0,85	0,88
Centre-Est	0,69	0,78	0,82	0,90	0,92
Centre-Nord	0,39	0,49	0,55	0,68	0,70
Centre-Ouest	0,48	0,54	0,56	0,63	0,66
Centre-Sud	0,58	0,66	0,70	0,78	0,79
Est	0,50	0,56	0,59	0,74	0,78
Hauts-Bassins	0,57	0,57	0,62	0,77	0,77
Nord	0,50	0,68	0,66	0,78	0,77
Plateau Central	0,62	0,73	0,76	0,85	0,84
Sahel	0,44	0,55	0,58	0,76	0,80
Sud-Ouest	0,54	0,59	0,66	0,72	0,79
Burkina Faso	0,56	0,64	0,68	0,77	0,78

Concernant les enfants de moins de 5 ans, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est estimé à 1,69 contre 1,67 contact en 2012.

La valeur de l'indicateur se situe entre 1,34 contact dans la région du Centre-Ouest et 1,94 contact dans la région du Sahel. Dans ce groupe spécifique, Sept (7) régions ont un contact par habitant par an inférieur à la moyenne nationale.

Au total, dix (10) districts ont atteint la norme OMS qui est d'au moins deux (2) contacts par an. Cependant, aucune région n'a atteint cette norme. La mise en œuvre efficace de certaines stratégies et politiques telles que la PCIME, la prise en charge gratuite du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans pourraient contribuer à rehausser le niveau de l'indicateur.

Figure 32: Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an chez les moins de 5 ans en 2013



6.2 Morbidité

Au total, 13 549 916 consultations ont été enregistrées dans l'ensemble des districts sanitaires du Burkina Faso. Le paludisme reste toujours le principal motif de consultation avec 47,3% des cas. Il est suivi des IRA avec 19,8%.

L'ensemble des dix (10) principaux motifs représentent à eux seuls 82,6% des cas de consultations dans les formations sanitaires des districts.

La dysenterie et l'ulcère d'estomac font partie des dix (10) principaux motifs de consultations cette année comparativement à 2012.

Tableau 29: Part (%) des principaux motifs de consultations dans les districts sanitaires en 2013

Motif de consultation	Nombre de cas	Proportion (%)
Paludisme	6 413 936	47,3
IRA	2 685 441	19,8
Plaie	415 768	3,1
Affection de la peau	371 611	2,7
Parasitoses intestinales	364 405	2,7
Diarrhées non sanguinolentes	314 295	2,3
Dysenterie	210 872	1,6
Conjonctivites	152 800	1,1
Ulcère de l'estomac	134 342	1,0
IST	128 975	1,0

Le paludisme demeure le principal motif de consultation chez les moins de cinq (5) ans avec 54,2%; soit une baisse de 6,7 points par rapport à 2012. Tout comme chez l'ensemble des patients, les IRA constituent la deuxième principale cause de consultation chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

La dysenterie fait partie des dix (10) premiers motifs de consultations en 2013, contrairement à l'année 2012.

Une bonne mise en œuvre de la PCIME clinique dans les formations sanitaires est indispensable pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé des enfants.

Le paludisme reste le principal motif de consultation dans les centres hospitaliers (HD, CHU/CHR) en 2013 avec 27,1%. Les bronchites, la pneumopathie et les parasitoses intestinales suivent avec respectivement 4,8%, 3,6% et 3,5%.

Les dix (10) principaux motifs de consultations représentent à eux seuls 49,3% de l'ensemble des consultations dans les hôpitaux.

Tableau 30: Répartition des 10 principaux motifs de consultations chez les moins de 5 ans en 2013 dans les districts sanitaires

Motif de consultation	Nombre de cas	Proportion (%)
Paludisme	3 278 585	54,2
IRA	1 508 992	24,9
Diarrhées non sanguinolentes	221 429	3,6
Paludisme grave	157 463	2,6
Affection de la peau	153 641	2,5
Parasitoses intestinales	109 812	1,8
Dysenterie	103 213	1,7
Autres affections de l'appareil digestif	101 751	1,7
Malnutrition aigue	96 210	1,6
Conjonctivites	66 512	1,1

Tableau 31: Répartition des principaux motifs de consultations externes en 2013 dans les centres hospitaliers

Motif de consultation	Nombre de cas	Proportion (%)
Paludisme	488 161	27,1
Bronchites	86 794	4,8
Pneumopathie	65 554	3,6
Parasitoses intestinales	62 145	3,5
Carie dentaire et complication	46 484	2,6
Plaies	44 238	2,5
Anémies	26 964	1,5
H.T.A.	24 894	1,4
Ulcères de l'estomac	22 293	1,2
Otitites moyennes aiguës	21 334	1,2

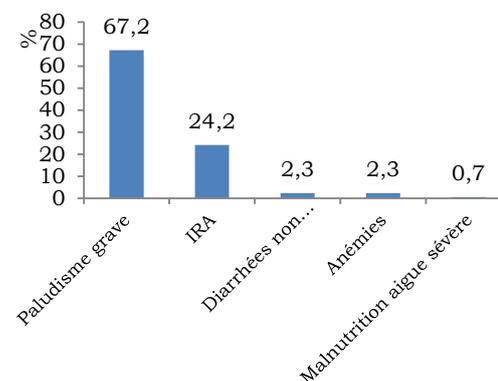
6.2.1 Les motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires

Le paludisme grave constitue le principal motif d'hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans avec une proportion de 67,2% ; soit une baisse de 3,1 points par rapport à 2012.

Les infections respiratoires aiguës constituent le deuxième motif d'hospitalisation (24,2%).

Les cinq (5) principaux motifs d'hospitalisations représentent à eux seuls 96,6% des hospitalisations chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires de district.

Figure 33: les 5 principaux motifs d'hospitalisation dans les districts sanitaires en 2013 chez les enfants de moins de 5 ans



Dans les hôpitaux, le paludisme constitue le principal motif d'hospitalisation. En 2013, on dénombre 95 768 cas d'hospitalisations dus au paludisme grave, soit 28,9% de l'ensemble des motifs d'hospitalisations dans les centres hospitaliers.

Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation représentent 50,2% de l'ensemble des motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux en 2013.

Tableau 32: Les dix (10) principaux motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux en 2013

Symptômes/maladies	Effectif	Proportion (%)
Paludisme grave	95 768	28,9
Anémies	22 929	6,9
Pneumopathie	10 262	3,1
Malnutrition aigüe sévère	7 808	2,4
Bronchites	6 006	1,8
Infection du Nouveau-né	5 121	1,5
Complication d'avortement	4 978	1,5
Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes	4 645	1,4
Otites externes	4 506	1,4
Hernie inguinale	4 381	1,3

6.2.2 Les causes de décès dans les formations sanitaires

En 2013, la principale cause de décès dans les formations sanitaires demeure le paludisme. Au premier échelon, la proportion est de 59,5% de l'ensemble des décès enregistrés dans ces structures. Après le paludisme, suivent les IRA avec une proportion de 11,1%, constituant ainsi les principales causes de décès dans les formations sanitaires de premier échelon.

Tableau 33: Les dix principales causes de décès dans les formations sanitaires de premier échelon en 2013

Symptômes	Décès	Proportion (%)
Paludisme grave	3 071	59,5
Infections respiratoires aiguës	571	11,1
Méningites	160	3,1
Morsure de serpent	105	2,0
Anémies	94	1,8
Traumatisme par accident de la voie publique	72	1,4
Intoxication	64	1,2
Diarrhées non sanguinolentes	61	1,2
HTA	60	1,2
Asthme	33	0,6

La mortalité intra hospitalière chez les enfants de moins de cinq ans est de 62,6 pour 1000.

Les décès enregistrés dans cette tranche d'âge représentent 38,7% des décès en milieu hospitalier. Parmi ces décès, le paludisme est la principale cause (33,4%).

Dans les districts sanitaires, 56,7% des décès dus au paludisme concernent les enfants de moins de cinq ans. Les infections respiratoires aiguës, les anémies et la méningite constituent les autres principales causes de décès dans cette tranche d'âge.

Parmi les dix principales causes de décès, la méningite a la plus forte létalité (15,5%) suivies des traumatismes par accident de la voie publique (11,94%) et de la fièvre d'origine indéterminée (5,5%).

Tableau 34: les dix principales causes de décès dans les districts sanitaires chez les enfants de moins de 5 ans en 2013

Causes de décès	Nombre de décès	proportion (%)	Létalité
Paludisme grave	1 722	33,4	1,3
IRA	178	3,5	0,7
Anémies	70	1,4	1,6
Méningites	67	1,3	15,5
Diarrhées non sanguinolentes	35	0,7	0,8
Malnutrition aigüe sévère	27	0,5	2,1
Morsure de serpent	23	0,5	3,8
Intoxication	15	0,3	2,8
Fièvre d'origine indéterminée	13	0,3	5,5
Trauma par accident de la voie publique	8	0,2	11,9

Au niveau des hôpitaux en 2013, la proportion des décès imputables au paludisme est de 21,1%. Sur ces décès, 66,9% sont des enfants de moins de cinq ans. La deuxième principale cause de décès est représentée par la malnutrition aigüe sévère (4,8%) suivies des infections du nouveau-né.

Tableau 35: Principales causes de décès dans les hôpitaux en 2013

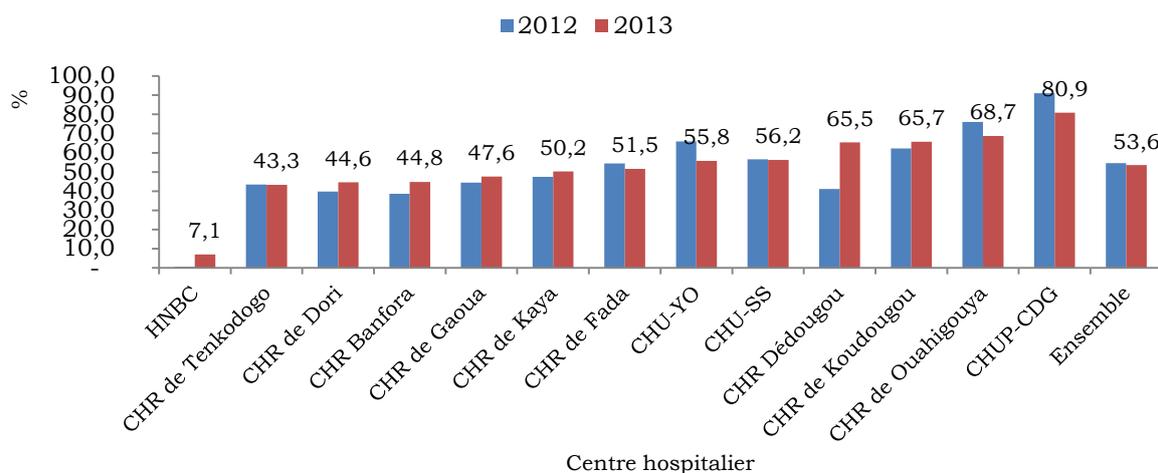
Cause de décès	Nombre de décès	Proportion (%)
Paludisme grave	3281	21,1
Malnutrition aigüe sévère	746	4,8
Infection du Nv né	727	4,7
Prématurité	506	3,3
Anémies	336	2,7
Pneumopathie	204	1,3
Malnutrition aigüe modérée	66	0,4
Bronchites	60	0,4
Bronchiolites aiguës	42	0,3
Trauma obstét. nouveau-né (Nv né)	42	0,3

6.2.3 Occupation des lits

Le taux d'occupation moyen des lits est de 53,6% en 2013 dans les centres hospitaliers. Il était de 54,6% l'année précédente, soit une baisse de 1 point. Le niveau de l'indicateur varie de 7,1% à l'hôpital national Blaise Compaoré à 80,9% au CHU Pédiatrique Charles De Gaulles. Au total, sept (07) hôpitaux ont enregistré des taux d'occupation inférieurs à la moyenne nationale.

Tout comme en 2012, Le CHU Pédiatrique Charles De Gaulle a dépassé légèrement cette année la norme admise qui est de 80,0%. Des actions devront être envisagées afin de désengorger les services dans cette structure. Le faible taux d'occupation au niveau de l'hôpital national Blaise Compaoré s'expliquerait entre autres par la non fonctionnalité de tous les services.

Figure 34: Taux d'occupation des lits dans les CHR/CHU en 2012 et 2013



6.2.4 Séjour moyen dans les hôpitaux

Au plan national, le séjour moyen en hospitalisation est de 3,9 jours. Il est légèrement en hausse (0,5 point) par rapport à son niveau de l'année précédente. On remarque une variation importante de l'indicateur entre les régions, allant de 4,9 jours au Centre à 2,6 jours au Centre sud et au Plateau central.

Dans les Centres hospitaliers, le séjour moyen est de 4,6 jours avec une hausse de 0,9 point comparativement à 2012. Le plus long séjour moyen est enregistré dans le CHU Sourou Sanon (6 jours) tandis que les plus courts séjours (3 jours) s'observent aux CHR de Banfora, Fada, et Tenkodogo.

Figure 35: Séjour moyen en hospitalisation (CMA/CHR/CHU/HN) par région en 2013

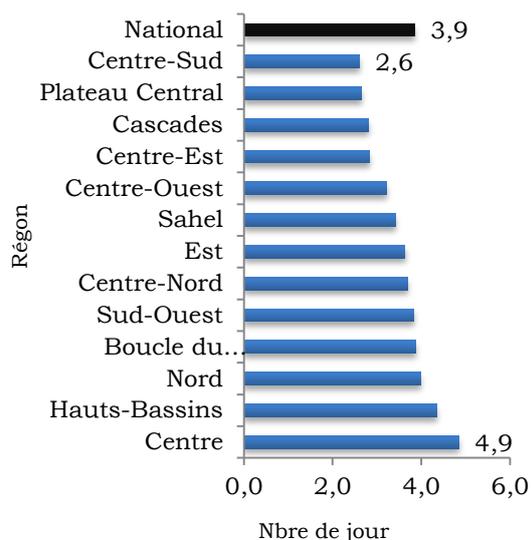
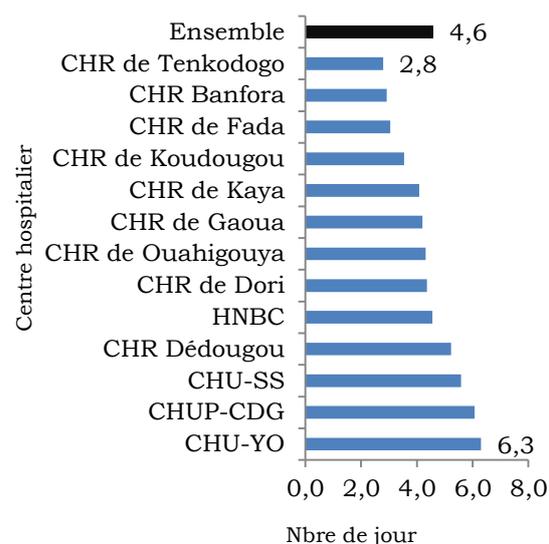


Figure 36: Séjour moyen dans les CHR/CHU/HN



CONCLUSION

Les résultats de l'analyse indiquent que l'année 2013 a été essentiellement marquée par une amélioration continue du rayon moyen d'action théorique qui est à 7 Km et un accroissement des effectifs en personnel de santé. Le nombre de CSPS remplissant les normes en personnel est passé de 85,3% en 2012 à 86,1% en 2013.

A contrario, on note une baisse du niveau d'atteinte d'un certain nombre d'indicateurs par rapport à 2012 notamment dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. En effet, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est passé de 32,7% à 32,4%, la couverture en CPN4 de 75,6% à 72% et le taux d'accouchement assisté de 82,1% à 80,5%. A cela s'ajoute la persistance de certains phénomènes morbides tels le paludisme, les infections respiratoires et l'émergence de certaines maladies non transmissibles.

Cette situation nous interpelle que d'énormes défis restent à relever dans le domaine de la santé. Cela, à travers des 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. 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 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 (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 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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	106	104,2	110,0	109,4	106,4
Couverture en DTC3 (%)	102,9	103,2	104,0	102,9	101,5
Couverture en rougeole (%)	99,4	99,3	100,5	100,1	99,8
Couple année de protection (%)	ND	ND	12,4	17,0	17,4
Couverture en CPN2 (%)	73,8	72,3	74,4	75,6	72,0
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	70,7	73,5	78,3	82,1	80,5
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,5	7,4	7,2	7,1	7,0
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,56	0,64	0,7	0,77	0,78
Ratio habitants / CSPS*	9 835	9 765	9 730	9 677	9 759
% de FS remplissant la norme en personnel	83,2	83,1	88,8	85,3	86,1
Nombre d'habitants par médecin**	31 521	22 063	22 017	25 696	24 925
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	17 703	14 883	12 754	12 750	10 964
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	5 522	5 151	5 056	5 313	5 042

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	102,2	107,2	108,1	106,7	104,3
Couverture en DTC3 (%)	103,0	103,8	103,9	104,2	101,4
Couverture en rougeole (%)	99,0	99,4	100,7	102,2	100,1
Couple année de protection (%)	ND	ND	12,2	14,3	17,9
Couverture en CPN2 (%)	75,7	75,3	77,2	74,0	70,0
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	76,6	83,2	86,1	88,4	83,9
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,8	7,5	7,5	7,3	7,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,55	0,6	0,6	0,69	0,65
Ratio habitants / CSPS	8 525	8 264	8 452	8 141	8 288
% de FS remplissant la norme en personnel	95	98,0	96,8	97,0	91,7
Nombre d'habitants par médecin**	57 152	68989	58 261	55 901	53 870
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	22 364	4 317	14 063	14 711	10 910
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	5 673	5 254	4 469	5 067	5 055

CSPS*= CM + CSPS + 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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	119,0	106,5	106,3	112,8	115,9
Couverture en DTC3 (%)	118,3	110,3	113,7	112,9	118,5
Couverture en rougeole (%)	108,2	103,5	105,5	107,3	113,8
Couple année de protection (%)	ND	ND	9,2	14,3	17,8
Couverture en CPN2 (%)	76,7	79,3	80,7	89,1	84,4
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	69,9	71,5	78,9	89,6	88,0
Rayon moyen d'action théorique (km)	9,0	8,8	8,8	8,7	8,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,53	0,56	0,6	0,74	0,79
Ratio habitants / CSPS	8079	8069	8 385	8 486	8 484
% de FS remplissant la norme en personnel	83,9	90,8	92,8	95,7	100,0
Nombre d'habitants par médecin**	58 974	76 654	27 708	25 459	26 430
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	28 083	9684	17 702	13 509	9 959
Nombre d'habitants par infirmier diplômé** d'Etat	5 512	6969	7 003	5 212	4 165

CSPS*= CM + CSPPS + 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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	108,0	77,3	108,5	112,9	112,2
Couverture en DTC3 (%)	109,6	107,6	100,7	104,1	102,9
Couverture en rougeole (%)	111,4	107,9	100,7	102,3	101,1
Couple année de protection (%)	ND	ND	14,9	17,4	16,7
Couverture en CPN2 (%)	64,4	64,8	66,8	69,1	60,3
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	89,5	87,4	93,3	89,4	86,2
Rayon moyen d'action théorique (km)	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,78	0,88	0,8	0,85	0,88
Ratio habitants /CSPS*	18 785	20 039	19 077	19 751	20 434
% de FS remplissant la norme en personnel	82,7	94	95,1	97,8	95,7
Nombre d'habitants par médecin**	11 699	36 499	8 756	8 684	8 231
Nombre d'habitants par sage-femme** d'Etat	8 606	2 480	8 155	7 246	6 975
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	4 157	6 593	4 231	3 498	3 882

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	96,1	104,3	98,1	100,0	97,6
Couverture en DTC3 (%)	94,5	99,8	95,0	95,7	97,5
Couverture en rougeole (%)	93,7	96,3	93,7	91,7	96,3
Couple année de protection (%)	ND	ND	7,8	8,9	12,4
Couverture en CPN2 (%)	75,1	74,7	71,6	72,9	69,8
Taux d'accouchement assistés (%)	76,1	79,5	78,8	83,4	79,6
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,1	6	5,9	5,9	5,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,69	0,78	0,8	0,9	0,92
Ratio habitants / CSPS*	9 488	9789	9793	9 949	10 034
% de FS remplissant la norme en personnel	74,8	74,3	89,3	87,3	87,4
Nombre d'habitants par médecin**	35 999	57 399	37 213	38 374	36 439
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	23 538	6 155	16 487	14 599	15 216
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	6 800	8 308	6 202	8 190	6 410

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	103,8	106,8	108,6	104,5	104,4
Couverture en DTC3 (%)	101,1	95,4	100,9	100,5	99,2
Couverture en rougeole (%)	97,3	92,3	94,7	96,6	96,6
Couple année de protection (%)	ND	ND	8,6	12,2	13,5
Couverture en CPN2 (%)	75,2	70,1	75,0	71,1	72,1
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	63,9	65	71,6	73,1	81,1
Rayon moyen d'action théorique (km)	7,4	7,2	7,1	6,9	6,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,39	0,49	0,5	0,68	0,7
Ratio habitants / CSPS*	11 564	11 032	10 916	10 899	10 034
% de FS remplissant la norme en personnel	88,6	90,7	82,5	74,6	81,1
Nombre d'habitants par médecin**	49 815	95 347	50 940	54 496	58 376
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	21 233	5 956	14 632	16 868	13 639
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	6 781	7 946	6 113	6 812	5 861

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	99,5	101,1	103,6	101,7	98,0
Couverture en DTC3 (%)	94,9	97,6	95,7	95,6	94,1
Couverture en rougeole (%)	91,4	92,2	93,0	94,0	93,5
Couple année de protection (%)	ND	ND	8,1	14,0	19,3
Couverture en CPN2 (%)	73,2	69,8	69,8	81,7	65,8
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	65,0	67,4	72,4	81,2	72,2
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,8	6,5	6,5	6,3	6,3
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,48	0,54	0,6	0,63	0,66
Ratio habitants / CSPS*	8 377	7992	8 174	7 931	8 159
% de FS remplissant la norme en personnel	72,2	54,1	83,6	78,1	81,8
Nombre d'habitants par médecin**	45 475	87 376	42 150	42 056	44 622
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	17 442	4 408	10 620	11 283	10 984
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	6 846	8 402	5 839	5 596	6 461

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	93,0	96,6	92,7	91,4	86,8
Couverture en DTC3 (%)	89,9	95	90,8	87,9	89,5
Couverture en rougeole (%)	90,9	90,5	88,2	85,1	88,3
Couple année de protection (%)	ND	ND	19,3	21,1	25,7
Couverture en CPN2 (%)	73,1	67,5	64,2	81,7	59,2
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	77,5	80,5	76,0	76,0	73,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,2	6,0	6,0	5,7	5,7
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,58	0,66	0,7	0,78	0,79
Ratio habitants / CSPS*	7 130	6 964	7 016	6 512	6 809
% de FS remplissant la norme en personnel	71,6	75,3	74,4	57,4	60,4
Nombre d'habitants par médecin**	68 450	46 891	51 617	57 106	33 158
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	40 265	4 786	13 897	17 676	9 777
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 225	5 134	4 353	5 050	4 333

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	114,6	128,8	116,7	117,7	109,0
Couverture en DTC3 (%)	104,7	111	112,8	110,8	106,4
Couverture en rougeole (%)	102,0	107,2	108,0	109,4	106,6
Couple année de protection* (%)	ND	ND	13,3	14,9	20,1
Couverture en CPN2 (%)	78,4	76,2	82,5	81,7	79,7
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	58,6	63,4	68,5	72,6	70,4
Rayon moyen d'action théorique (km)	11,3	11,1	11,2	11,0	10,9
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,50	0,56	0,6	0,74	0,78
Ratio habitants / CSPS*	12 029	11 410	11 901	12 003	12 109
% de FS remplissant la norme en personnel	100	80	92,7	88,5	91,1
Nombre d'habitants par médecin**	57 532	76 069	44 252	50 495	79 665
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	32 274	7 688	17 927	19 018	16 633
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 191	7 692	6 158	7 433	7 384

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	131,7	107,7	115,3	116,5	111,3
Couverture en DTC3 (%)	124,1	118,4	117,5	113,5	111,5
Couverture en rougeole (%)	118,9	113,8	112,6	110,3	108,3
Couple année de protection (%)	ND	ND	23,2	20,1	21,3
Couverture en CPN2 (%)	79,7	76,4	73,1	72,1	75,2
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	79,3	75,7	84,7	92,7	88,6
Rayon moyen d'action théorique (km)	6,8	7,3	7,2	7,1	7,0
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,57	0,57	0,6	0,77	0,77
Ratio habitants / CSPS*	10 628	10 785	10 806	10 901	11 132
% de FS remplissant la norme en personnel	97,1	98,6	97,2	91,6	90,8
Nombre d'habitants par médecin**	18 661	69 205	19 305	16 922	16 852
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	15 285	3 524	11 531	9 926	9 230
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	4 169	5 649	4 306	4 241	4 055

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	95,1	107,1	120,1	117,8	117,4
Couverture en DTC3 (%)	94,1	107,6	102,1	101,3	101,6
Couverture en rougeole (%)	90,9	92,7	99,2	100,1	99,7
Couple année de protection (%)	ND	ND	14,5	11,9	13,1
Couverture en CPN2 (%)	63,4	68	72,3	78,5	76,1
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	67,5	77,3	84,8	88,9	88,6
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,7	5,5	5,3	5,2	5,0
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,50	0,68	0,7	0,78	0,77
Ratio habitants / CSPS*	7 384	7466	7 225	7 161	6 899
% de FS remplissant la norme en personnel	63,2	86,4	90,1	94,3	92,5
Nombre d'habitants par médecin**	50 805	81 664	38 397	43 191	45 847
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	27 611	7 205	16 591	16 652	13 666
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	7 056	7 641	5 354	5 711	5 303

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	98,4	104,1	101,9	101,8	95,9
Couverture en DTC3 (%)	95,9	96,2	97,9	96,8	97,1
Couverture en rougeole (%)	93,7	92,2	94,2	93,9	96,5
Couple année de protection (%)	ND	ND	15,4	18,2	20,7
Couverture en CPN2 (%)	75,3	70,8	71,5	70,7	64,5
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	81,5	84,8	63,0	87,6	81,0
Rayon moyen d'action théorique (km)	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,62	0,73	0,6	0,85	0,84
Ratio habitants / CSPS*	6 887	6 707	6 494	6 408	6 533
% de FS remplissant la norme en personnel	78,2	75,2	80,0	67,3	73,5
Nombre d'habitants par médecin**	61 987	63 715	60 442	44 858	48 805
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	18 596	3 451	12 472	14 953	11 212
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	5 430	5 097	4 414	5 569	4 413

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	114,9	117,3	128,6	120,8	113,8
Couverture en DTC3 (%)	108,2	106	110,7	104,3	98,4
Couverture en rougeole (%)	97,8	100,8	107,2	101,3	98,9
Couple année de protection (%)	ND	ND	7,3	9,0	11,8
Couverture en CPN2 (%)	76,9	75,5	87,5	86,1	88,0
Taux d'accouchement assistés en districts (%)	51,6	56,2	67,4	68,5	70,7
Rayon moyen d'action théorique (km)	12,5	12,5	11,9	11,8	11,5
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,44	0,55	0,7	0,76	0,8
Ratio habitants / CSPS*	14 209	14 679	13 849	13 954	13 740
% de FS remplissant la norme en personnel	100,0	89,7	100,0	97,1	95,3
Nombre d'habitants par médecin**	50 071	98 750	53 417	50 354	37 356
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	29 208	6 129	17 528	21 057	16 375
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	6 113	7 440	6 638	7 987	6 568

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	2009	2010	2011	2012	2013
Couverture en BCG (%)	95,3	99,6	100,4	104,3	109,4
Couverture en DTC3 (%)	95,3	99,6	99,9	104,2	100,8
Couverture en rougeole (%)	89,2	92,4	95,6	98,4	95,4
Couple année de protection (%)	ND	ND	15,0	17,0	20,3
Couverture en CPN2 (%)	71,0	69,3	69,5	71,0	69,5
Taux d'accouchement assistés (%)	58,5	60,3	75,5	71,5	81,8
Rayon moyen d'action théorique (km)	8,1	7,6	7,4	7,4	7,2
Nombre de nouveaux contacts par habitant et par an	0,54	0,59	0,7	0,72	0,79
Ratio habitants / CSPS*	7 764	7 728	7 379	7 598	7 509
% de FS remplissant la norme en personnel	80,6	79,3	76,8	79,3	71,9
Nombre d'habitants par médecin**	47 696	68 783	26 235	28 052	26 818
Nombre d'habitants par sage-femme d'Etat**	14 839	3 813	12 213	12 796	10 429
Nombre d'habitants par infirmier diplômé d'Etat**	4 122	5 503	4 455	5 030	4 366

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

** non compris l'item « Autres structures »

ANNEXE 2

Annexe 2.1 : Données de PTME/VIH de 2009 à 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Nouvelles femmes vues en CPN dans les sites PTME	609 632	686 185	737 129	771 433	788 892
Taux d'adhésion au test (%)	51	55,7	64	71,1	82,3
Test positifs (%)	1,4	1,04	0,8	0,8	0,8
Prophylaxie complète aux ARV chez les mères (%)	85	90,5	90,9	92,1	88,6

Sources : Rapports 2009- 2013 du programme PTME

Annexe 2.2 : Répartition des PvVIH sous antirétroviraux (ARV) dans les régions sanitaires du Burkina Faso en 2013

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

Annexe 2.3 : Taux d'incidence pour 100 000 habitants des NCTPM+ détectés de 2009 à 2013

Régions	2009	2010	2011	2012	2013
Boucle du Mouhoun	13,5	12,6	15,1	21,8	20,1
Cascades	17,3	18,8	19,9	28,6	26,9
Centre	29,7	28,6	28,8	47,5	48,5
Centre-Est	13,5	11,7	15,0	22,0	22,0
Centre-Nord	10,8	10,0	14,8	17,6	19,0
Centre-Ouest	14,7	15,6	18,2	25,1	24,7
Centre-sud	8,3	8,5	10,5	15,5	14,3
Est	8,5	8,0	12,1	16,8	17,0
Hauts-Bassins	46,5	33,6	33,8	51,5	49,5
Nord	14,3	18,1	17,0	25,9	25,9
Plateau Central	9,3	11,6	13,7	18,3	19,9
Sahel	32,2	38,6	36,8	52,8	54,0
Sud-Ouest	26,1	26,8	33,7	42,5	42,5
Burkina Faso	20,1	19,3	21,2	31,1	30,7

Source : Rapports annuels 2009 à 2013 du PNT

Annexe 2.4 : Cas et décès de paludisme dans les structures sanitaires en 2013

	Formations sanitaires districts	Centres hospitaliers	Ensemble
Total Paludisme simple	6 719 161	12 631	6 731 792
Enfants de moins de 5 ans	3 343 071	3 654	3 346 725
5 ans et plus	3 376 090	8 977	3 385 067
Total paludisme grave	381 900	32 334	414 234
Enfants de moins de 5 ans	177 867	19 848	197 715
5 ans et plus	204 033	12 486	216 519
Dont Femmes enceintes	25 403	1 624	27 027
Total décès dus au paludisme	4107	2 187	6 294
Enfants de moins de 5 ans	3 031	1 730	4 761
5 ans et plus	1 076	457	1 533
Dont Décès femmes enceintes	60	18	78

Annexe 2.5 : Evolution des cas de paludisme de 2009 à 2013

		2009	2010	2011	2012	2013
Paludisme simple	Moins de 5 ans	2 11 7 224	2 721 275	2 323 769	3 354 537	3 346 725
	5 ans et plus	2 076 224	2 613 144	2 358 381	3 190 715	3 385 067
Paludisme grave	Moins de 5 ans	173 338	194 028	176 636	255 105	197 715
	5 ans et plus	173 198	195 033	182 175	230 634	216 519
Décès	Moins de 5 ans	5 946	6 301	5 519	8 004	4 761
	5 ans et plus	2 028	2 723	1 752	3 666	1 533
Incidence (pour 1000 hbts)		298	364	309	415	413

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
Interventions gynéco obstétriques	Césariennes	7 449	27	82,5	18,3	0,4
	Interventions sur utérus	940	14	10,4	2,3	1,5
	intervention sur annexes	645	645	7,1	1,6	100,0
	Total 1	9 034	686	100,0	22,2	7,6
Activités des services de chirurgie	Traumatologie	3 272	8	10,3	8,0	0,2
	Chirurgie viscérale	5 852	18	18,5	14,4	0,3
	Urologie	1 073	1	3,4	2,6	0,1
	Neuro	519	0	1,6	1,3	0,0
	Ophthalmologie	3 589	0	11,3	8,8	0,0
	ORL	724	3	2,3	1,8	0,4
	Odonto stomatologie	15 704	0	49,5	38,5	0,0
	Orthopédie	978	0	3,1	2,4	0,0
Total 2	31 711	30	100,0	77,8	0,1	
Total général		40 745	716	-	100,0	1,8

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	240	106	5	38	389
Médecin Spécialiste	33	286	25	70	414
Chirurgien-dentiste	8	20	0	5	33
Pharmacien	84	58	18	47	207
Attachés de santé	935	864	43	314	2 156
Infirmier Diplômé d'Etat	2 644	780	12	53	3 489
Sages Femme/ Maieuticiens d'Etat	1 262	311	7	11	1 591
Infirmier Breveté	2 306	338	6	57	2 707
Accoucheuse Breveté	167	7	0	0	174
Manipulateurs d'Etat en électro radiologie	29	81	0	0	110
Technologiste biomédicale	224	182	2	52	460
Préparateurs d'Etat en pharmacie	75	39	15	12	141
Technicien de génie sanitaire	63	18	16	9	106
Accoucheuse auxiliaire	2 978	11	0	1	2 990
Agent Itinérant de Santé	2 219	4	6	2	2 231
Fille de salle/Garçon de salle	347	307	24	35	713

ANNEXE 3

Principaux résultats de l'enquête steps réalisées en 2013

Résultats pour les personnes âgées de 25 à 64 ans (incluant un intervalle de confiance de 95%)	Hommes et Femmes	Hommes	Femmes
Step 1 : Consommation de tabac			
<i>Pourcentage des fumeurs actuels (quotidiens et non quotidiens)</i>	11,3 10,1-12,5	24,5 22,1-27,0	0,1 0,0-0,2
<i>Pourcentage de ceux qui fument du tabac actuellement sur une base quotidienne</i>	9,6 8,4-10,8	20,8 18,4-23,2	0,1 0,0-0,2
<i>Pour ceux qui fument du tabac quotidiennement</i>			
<i>Âge moyen auquel ils ont commencé à fumer quotidiennement (années)</i>	20,6 20,0-21,2	20,6 20,0-21,2	- -
<i>Pourcentage de ceux qui fument des cigarettes industrielles</i>	93,0 89,8-96,2	93,1 89,9-96,3	- -
<i>Nombre moyen de cigarettes consommées par jour (consommateurs de cigarettes industrielles)</i>	7,7 6,9-8,5	7,7 6,9-8,5	- -
Step 1: Consommation d'alcool			
<i>Pourcentage de ceux qui se sont abstenus au cours de leur vie de la consommation d'alcool.</i>	65,2 61,9-68,5	60,1 55,8-64,3	69,6 66,0-73,2
<i>Pourcentage de ceux qui se sont abstenus au cours de l'année écoulée</i>	4,1 3,1-5,1	5,5 4,0-7,1	2,9 2,0-3,8
<i>Pourcentage des consommateurs d'alcool au cours des 30 derniers jours</i>	27,3 24,4-30,3	31 27,3-34,7	24,2 20,8-27,6
<i>Pourcentage de ceux qui se livrent à la consommation abusive épisodique (6 verres standards ou plus en une occasion au cours des 30 derniers jours)</i>	8,6 7,1-10,2	12,1 9,9-14,3	5,7 4,0-7,5
Step 1 : Consommation de fruits et légumes (sur une semaine typique)			
<i>Nombre moyen de jour de consommation de fruits dans la semaine</i>	1,4 1,4-1,5	1,5 1,4-1,6	1,4 1,3-1,5
<i>Nombre moyen de jours de consommation de légumes dans la semaine</i>	2,7 2,6-2,8	2,7 2,6-2,8	2,7 2,6-2,8
<i>Nombre moyen de portions de fruits consommées par jour</i>	0,6 0,5-0,6	0,6 0,5-0,6	0,6 0,5-0,6
<i>Nombre moyen de portions de légumes consommées par jour</i>	0,8 0,8-0,9	0,8 0,8-0,9	0,8 0,8-0,9
<i>Pourcentage de personnes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour</i>	95 94,2-95,8	95,3 94,0-96,3	94,8 94,2-95,8
Step 1: Activité physique			
<i>Pourcentage de personnes ayant un niveau bas d'activité physique (défini par MET<150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine)</i>	17,7 16,3-19,3	15,5 13,5-17,8	19,7 17,6-22,0
<i>Durée moyenne en minutes consacré à l'activité physique par jour (présentée avec les intervalles interquartiles)</i>	295,7	335,2	260,7

	285,8- 305,4	319,7 - 350,7	248,8- 272,6
<i>Pourcentage de personnes considérées comme n'ayant aucune activité physique</i>	62,6	53,4	70,7
	60,7-64,4	50,5-56,2	68,2-73,1
Step 1 : Dépistage du cancer du col utérin			
<i>Pourcentage de femmes âgées de 30-49 ans qui ont déjà eu un test de dépistage du cancer du col</i>	7,9		
	5,6-10,2		
Step 1 : Santé bucco-dentaire			
<i>Pourcentage d'individus avec plus de 20 dents naturelles en bouche</i>	93,7	94,1	93,3
	92,3-95,0	92,4-95,9	91,7-94,8
<i>Pourcentage d'individus qui perçoivent un état fragile ou très fragile des dents parmi ceux qui ont des dents naturelles</i>	12,1	9,9	13,9
	10,4-13,7	7,8-12,0	11,8-16,0
<i>Pourcentage d'individus qui perçoivent un état fragile ou très fragile des gencives</i>	8	6,8	9,1
	6,8-9,3	5,2-8,4	7,6-10,7
<i>Pourcentage d'individus qui portent des prothèses amovibles</i>	0,9	1	0,8
	0,6-1,2	0,5-1,5	0,4-1,3
<i>Pourcentage d'individus qui ont eu une douleur ou un inconfort des dents ou de la bouche</i>	23,8	19,4	27,6
	21,5-26,1	16,8-21,9	24,5-30,6
<i>Pourcentage d'individus qui n'ont jamais eu recours à des soins dentaires</i>	83,5	84,4	82,7
	81,4-85,5	81,9-86,8	80,2-85,2
<i>Pourcentage d'individus qui se nettoient les dents au moins une fois par jour</i>	82	82,4	81,7
	79,9-84,2	79,6-85,2	79,3-84,1
<i>Pourcentage d'individus qui se brossent les dents au moins deux fois par jour</i>	31,5	29,6	33,1
	28,5-34,5	26,1-33,1	29,6-36,6
<i>Pourcentage d'individus qui utilisent des pâtes dentifrices fluorées</i>	39,4	41,7	37
	35,6-43,1	37,3-46,2	32,5-41,4
Step 2: Mesures physiques			
<i>Indice de masse corporelle moyen - IMC (kg/m²)</i>	21,8	21,8	21,8
	21,5-22,1	21,6-22,1	21,4-22,1
<i>Pourcentage de personnes qui ont un surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²)</i>	13,4	13,7	13,2
	11,8-15,0	11,5-15,8	11,2-15,2
<i>Pourcentage de personnes qui sont obèses (IMC ≥ 30 kg/m²)</i>	4,5	2,9	6
	3,6-5,4	1,9-3,9	4,7-7,3
<i>Tour de taille moyen (cm)</i>		78,4	78,5
		77,7-79,2	77,6-79,5
<i>Pression artérielle systolique moyenne - PAS (mmHg), y</i>	121,7	124,3	119,5

<i>compris ceux qui sont actuellement sous traitement pour tension élevée</i>	120,9-122,6	123,2-125,5	118,5-120,5
<i>Pression artérielle diastolique moyenne - PAD (mmHg), y compris ceux qui sont actuellement sous traitement pour tension élevée</i>	77,2	77,7	76,9
	76,5-78,0	76,8-78,6	76,1-77,7
<i>Pourcentage de personnes avec une tension artérielle élevée (PAS ≥ 140mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg)</i>	17,6	19,4	16
	15,7-19,4	17,2-21,6	13,8-18,3
<i>Pourcentage de personnes avec une tension artérielle élevée (PAS ≥140 et/ou PAD ≥ 90 mmHg) qui ne sont pas actuellement sous traitement pour tension élevée</i>	94,9	97,7	92
	92,9-96,9	96,1-99,4	88,5-95,4
Step 3: Mesures biochimiques			
<i>Glycémie moyenne à jeun incluant ceux qui sont sous traitement pour hyperglycémie (≥6,1 mmol/L)</i>	4	4	4
	3,9-4,1	3,9-4,1	3,9-4,1
<i>Pourcentage de personnes ayant des troubles de la glycémie à jeun définis ci-dessous</i>	3,3	3,5	3,2
<i>· Valeur du sang entier capillaire ≥5,6 mmol/L (100 mg/dl) et <6.1 mmol/L (110 mg/dl)</i>	2,5-4,2	2,2-4,8	2,1-4,3
<i>Pourcentage de personnes avec une Hyperglycémie ou traitement contre le diabète et/ou diagnostic de diabète</i>	4,9	5,2	4,7
<i>· Glycémie capillaire ≥ 6,1 mmol/L (110 mg/dl)</i>	3,8-6,0	3,7-6,7	3,2-6,2
<i>Cholestérolémie totale moyenne y compris les personnes interrogées qui suivent un traitement contre une hypercholestérolémie (≥6,2 mmol/l)</i>	3,1	3,1	3,2
	3,1-3,2	3,0-3,1	3,1-3,3
<i>Pourcentage de personnes avec une cholestérolémie totale ≥ 6,2 mmol/l ou ≥ 240 mg/dl ou prenant des médicaments contre une hypercholestérolémie</i>	3,5	2,4	4,5
	2,8-4,2	1,6-3,1	3,4-5,6
Résumé des facteurs de risques combinés			
<ul style="list-style-type: none"> - Fumeurs quotidiens - Moins de 5 portions de fruits ou de légumes consommés par jour - Activité physique insuffisante <600 MET/mn 	<ul style="list-style-type: none"> - Surpoids ou obésité (IMC ≥ 25 kg/m²) - Tension artérielle élevée (PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg ou sous traitement pour hypertension artérielle) 		
<i>Pourcentage des sujets de 25 à 64 ans sans aucun des facteurs de risque ci-dessus</i>	2,7	2,2	3,1
	1,7-3,7	1,2-3,2	1,7-4,5
<i>Pourcentage des sujets de 25 à 44 ans avec au moins trois des facteurs de risque ci-dessus</i>	10,7	13,7	8,2
	8,9-12,6	10,7-16,7	6,2-10,2
<i>Pourcentage des sujets de 45 à 64 ans avec au moins trois des facteurs de risque ci-dessus</i>	17,6	19,7	15,2
	13,3-21,9	14,8-24,7	10,4-20,0