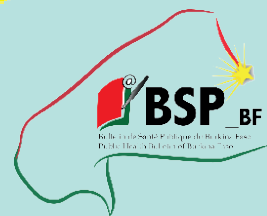




MINISTÈRE DE LA SANTÉ



BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

N°6 & 7
Septembre
Décembre
2025

ISSN: 2756-7419

EQUIPE & REMERCIEMENTS

EQUIPE DE RÉDACTION

Directeur de publication

Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Ministre de la Santé

Directeur de Publication adjoint

Joseph K SOUBEIGA/ DGSP

Président du comité scientifique

Seydou BARRO/INSP

Président du comité scientifique adjoint

Landaogo Soutongonoma Lionel Wilfrid
OUEDRAOGO

Rédacteur en chef

Hamed Sidwaya OUEDRAOGO/DPSP

Coordinatrice

Wend N'Guuda Josiane ILBOUDO/INSP

Reviewers

- Sibiri SAWADOGO/INSP
- Joël D. BOGNINI/INSP
- Daniel VALIA/INSP
- Cheick DIALLO/INSP
- Siaka DEBE/INSP

Infographie et mise en page

Hermann S. OUEDRAOGO/INSP

REMERCIEMENTS

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

- Anicet DAHOUROU/Directeur pays
- Emilie DAMA
- Romual SAWADOGO
- Henry VANDI

- Kimberly KOPORC
- Sydney MOGOTSI

MOT DU MINISTRE DE LA SANTE



Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Médecin de Santé Publique.

Ministre de la Santé du Burkina Faso

Production du Bulletin Santé publique (BSP) : le Ministre Kargougou appelle les acteurs à s'investir

La Santé publique est un pilier du développement collectif. Dans cette optique, nous sommes fiers de présenter le Bulletin Santé publique (BSP) qui est un outil stratégique et novateur qui nous permettra d'aller vers une prise de décisions basée sur des preuves ; cela afin d'améliorer la qualité de nos interventions sur le terrain.

Bien plus qu'un document, il s'agit véritablement d'un engagement vers plus de transparence, d'inclusion et c'est en cela que ce document va être essentiel pour les scientifiques et les acteurs de prise de décisions. Ce document, le BSP va nous permettre de partager des données essentielles, d'alerter sur des défis sanitaires prioritaires qui se posent à nous, et évidemment de prendre des décisions en connaissance de cause. C'est pour cela que je voudrais inviter chacune et chacun à contribuer à la conception de ce bulletin, et à s'investir pour que ce bulletin puisse rayonner.

Je voudrais lancer un vibrant appel pour que nous nous mobilisions, ensemble pour l'atteinte d'un avenir beaucoup plus sain.

Je vous remercie.



Dr Seydou BARRO

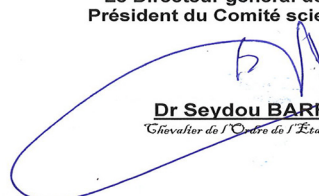
Médecin de Santé Publique
Directeur Général de l'INSP-BF
Membre de IANPHI

Dans ce sixième numéro du Bulletin de Santé Publique, nous mettons en lumière trois problématiques majeures qui demeurent au cœur des préoccupations du système de santé : le paludisme chez la femme enceinte, la mortalité maternelle et les résistances communautaires à la pulvérisation intra-domiciliaire (PID). Ces thématiques, bien qu'abordées séparément, révèlent la même urgence : renforcer les interventions de santé publique en s'appuyant sur des données probantes, une approche communautaire solide et une gouvernance sanitaire efficace. Le paludisme chez la femme enceinte continue de constituer un fardeau significatif pour notre pays. Les analyses présentées dans ce numéro rappellent que la grossesse rend les femmes particulièrement vulnérables, avec un risque accru d'anémie, de faible poids de naissance et de décès maternel et néonatal. Les résultats publiés soulignent l'importance du renforcement de la chimio-prévention, de l'usage correct de la moustiquaire imprégnée et de l'amélioration de la qualité du suivi prénatal. Ce numéro revient également sur la mortalité maternelle, encore trop élevée malgré les efforts déployés pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux. Les articles témoignent des défis persistants : retards dans la prise de décision, insuffisances dans la référence-évacuation, besoins en compétences du personnel et contraintes financières pour les ménages. Toutefois, les contributions mettent aus-

si en avant des pistes encourageantes : innovations locales, meilleures pratiques cliniques et renforcement du leadership des équipes cadres de district. Enfin, nous abordons la question sensible des refus communautaires de la pulvérisation intra-domiciliaire, un pilier essentiel de la lutte antivectorielle. Les données présentées montrent que ces refus trouvent souvent leur origine dans des perceptions erronées, un déficit de communication ou une faible implication des relais locaux dans la planification des campagnes. Comprendre ces résistances est indispensable pour adapter les stratégies, améliorer l'acceptabilité sociale et optimiser l'impact des interventions. À travers ce numéro, nous réaffirmons l'importance d'un système de santé centré sur la prévention, la participation communautaire et la prise de décision basée sur les données. L'Institut national de santé publique, aux côtés de ses partenaires, demeure engagé à produire une information sanitaire fiable, accessible et utile pour l'action. Nous encourageons les lecteurs (décideurs, professionnels de santé, chercheurs et acteurs communautaires) à s'approprier les enseignements de ce bulletin et à poursuivre les efforts collectifs pour réduire durablement les morbidités et mortalités évitables dans notre pays.

Bonne lecture à toutes et à tous.

Le Directeur général de l'INSP,
Président du Comité scientifique


Dr Seydou BARRO
Chevalier de l'Ordre de l'Etat

SOMMAIRE

MOT DU MINISTRE DE LA SANTE

3

MOT DU DIRECTEUR GENERAL DE L'INSP EDITORIAL

4

ARTICLES COMPLETS

6-34

- Prévention et contrôle des infections liées aux soins dans les hôpitaux de références du Burkina Faso de 2008 à 2025
- Facteurs influençant le refus de la pulvérisation intra domiciliaire dans le district sanitaire de Kongoussi, au Burkina Faso
- Ampleur et impact du paludisme chez les femmes enceintes au Burkina Faso entre 2016 et 2024 : une revue de portée
- Surveillance des maladies et événements de santé publique : situation épidémiologique de la semaine épidémiologique 1 à 32 de l'année 2025 au Burkina Faso

NOTE DE POLITIQUE

36

- Les prestations des accoucheuses villageoises : un levier pour sauver la vie du couple mère-enfant dans les zones à accès difficiles lutte contre le paludisme au Burkina Faso ?

ARTICLES COMPLETS

Auteurs : Tiaho P¹, Aka N², Naré L², Désiré B²

Affiliations:

¹Centre des Operations de Réponse aux Urgences Sanitaires, Institut National de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso

²Centre hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B), Direction de la Qualité des soins (DQ), Ouagadougou, Burkina Faso

²Direction régionale de la santé du Nord, Ouahigouya, Burkina Faso

²Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé (DHPES), Ouagadougou Burkina Faso

Auteur correspondant : TIAHO Prosper, téléphone : +226 71329222, Email : tiahoprosper@yahoo.fr

La prévention et le contrôle des infections (PCI) constituent une composante essentielle de la sécurité des patients et du renforcement des systèmes de santé.

Les infections associées aux soins (IAS) et la résistance aux antimicrobiens ont un impact majeur sur la santé publique, entraînant une morbidité et une mortalité élevées. On estime que plus de 24 % des patients atteints de septicémie d'origine nosocomiale et 52,3 % des patients hospitalisés en unités de soins intensifs décèdent chaque année de ces complications.

Ces chiffres traduisent l'urgence et la nécessité de renforcer les mesures de PCI, en particulier dans les structures sanitaires de référence, afin de garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et la résilience du système de santé.

Introduction

Les infections associées aux soins (IAS) constituent un problème majeur de santé publique, en raison de leur impact sur la morbidité, la mortalité et les coûts liés aux soins. Elles représentent également un facteur clé dans l'émergence et la diffusion de la résistance aux antimicrobiens (RAM).

À l'échelle mondiale, environ 14 % des patients hospitalisés contractent une IAS, et en Afrique de l'Ouest, la prévalence médiane est estimée à 15,5 %. Plus de 24 % des patients atteints de septicémie nosocomiale et 52,3 % des patients en soins intensifs en décèdent chaque année.

Au Burkina Faso, bien qu'il n'existe pas encore de données nationales consolidées, plusieurs études menées dans les hôpitaux de référence révèlent des lacunes importantes en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Cette étude rétrospective, documentaire et descriptive analyse la mise en œuvre des mesures de PCI dans les six Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les neuf Centres hospitaliers régionaux (CHR) du pays entre 2008 et 2025.

Méthodes

Une recherche documentaire systématique a été réalisée dans les bases de données (PubMed, Google Scholar, AJOL) et dans les archives institutionnelles du Ministère de la Santé et des CHU. L'analyse a porté sur les politiques nationales, rapports hospitaliers, publications scientifiques et données des partenaires (OMS, CDC, ONG). Les données ont été regroupées en trois périodes :

- 2008–2012 : mise en place des structures PCI,
- 2013–2018 : consolidation et normalisation,
- 2019–2025 : intégration et résilience (notamment face à la COVID-19).

Résultats

- Politiques et organisation : adoption d'une Stratégie na-

tionale d'hygiène hospitalière (2024–2028) et existence de comités PCI dans certains hôpitaux, mais fonctionnement irrégulier et ressources limitées.

- Formation : plusieurs sessions appuyées par l'OMS, CDC et ONG, mais manque de formation continue et d'évaluation.

- Hygiène des mains : observance variable (42 à 55 % selon les études), amélioration récente mais insuffisante.

- Équipements de protection individuelle (EPI) : usage partiel et inégal, surtout chez les agents de soutien et de gestion des déchets biomédicaux.

- Gestion des déchets biomédicaux : respect partiel des normes (50 à 83 % selon les indicateurs), disparités entre CHU et CHR.

- Surveillance des IAS : quasi inexistante au niveau national, limitée à quelques projets pilotes.

Discussion

Malgré une volonté politique affirmée et certaines initiatives positives (partenariats internationaux, intégration PCI dans les urgences sanitaires), la mise en œuvre reste limitée par :

- l'insuffisance des ressources humaines et financières,
- l'absence de système national de surveillance des IAS,
- la faible culture de la qualité et l'adhésion inégale du personnel de santé.

Conclusion et recommandations

La PCI dans les hôpitaux de référence du Burkina Faso demeure un défi majeur. Pour progresser, il est essentiel de : Opérationnaliser la stratégie nationale avec un coordinateur PCI et des budgets dédiés.

Renforcer les ressources humaines en hygiène hospitalière. Mettre en place un système national de surveillance des IAS.

ARTICLES COMPLETS

INTRODUCTION

La prévention et le contrôle des infections (PCI) constituent une pierre angulaire de la lutte contre la maladie notamment contagieuse mais aussi à prévenir les infections associées aux soins (IAS).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la PCI désigne un ensemble de mesures pratiques et fondées sur les mesures probantes, visant à réduire le risque de contracter ou de propager des infections évitables, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé dans les établissements de soins. C'est une composante essentielle de la sécurité des patients et du renforcement des systèmes de santé.

Dans le monde, la prévalence des infections associées aux soins est d'environ 14% avec une tendance à la hausse d'environ 0,06% par an (OMS, 2022).

En Afrique cette prévalence est comprise entre 1,6 à 90,2 avec une médiane de 15%. Pour l'Afrique de l'ouest elle est précisément de 15,5%. L'impact des infections associées aux soins et de la résistance aux antimicrobiens sur la vie des personnes touchées est incalculable. Plus de 24 % des patients atteints d'une septicémie d'origine nosocomiale et 52,3 % des patients pris en charge dans une unité de soins intensifs meurent chaque année. (OMS, 2022).

En 2022, une étude de l'OMS réalisée dans sept pays à savoir l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Mali, le Nigeria, l'Uganda et la Zambie avait dénombré plus de 2,6 millions de cas d'infections associées aux soins avec plus de 275 000 personnes décédées des suites d'une infection contractée à l'hôpital.

Au Burkina Faso, il n'existe pas de données à l'échelle nationale sur les infections associées aux soins. Cependant, certaines études ont été menées dans les hôpitaux de référence. Une étude sur la prévention des risques d'exposition aux infections des praticiens de santé au Burkina Faso révèle que 47,2 % des agents ont été victimes d'un accident d'exposition au sang (AES) et 56,8 % des victimes d'AES avaient une expérience professionnelle inférieure à 5 ans (Berbis et al., 2008).

Au regard de l'importance de la PCI dans la prise en charge des patients, il serait intéressant de faire un état des lieux de sa mise en œuvre dans les centres hospitaliers de référence du Burkina. Cet état des lieux permettra d'orienter les décideurs dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

mais aussi de mettre en évidence les thématiques innovantes de recherche en la matière. D'où l'intérêt de la présente étude qui a pour objectif d'évaluer la mise en œuvre de la PCI dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et les Centres hospitaliers universitaires du Burkina Faso.

METHODE

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective, documentaire et descriptive, visant à analyser les efforts de prévention et de contrôle des infections liées aux soins (IAS) dans les hôpitaux de référence du Burkina Faso sur la période 2008–2025.

Sites : Les hôpitaux de référence sont composés des 06 Centres hospitaliers universitaires et des 09 Centres hospitaliers régionaux. Ces centres regorgent un grand nombre d'agent ainsi qu'un grand nombre de lit et reçoivent plus de patient.

Sources de données :

L'analyse documentaire a porté sur un ensemble de documents officiels, scientifiques et techniques, notamment :

- **Politiques et stratégies nationales** : plans nationaux de santé, politiques de prévention et contrôle des infections, directives et guides pratiques du ministère de la Santé.

- **Rapports institutionnels** : rapports annuels des hôpitaux universitaires et régionaux, rapports de missions d'évaluation et audits de PCI.

- **Publications scientifiques** : articles parus dans des revues nationales et internationales sur les IAS et la PCI au Burkina Faso et dans la sous-région.

- **Rapports des partenaires techniques et financiers**

PROCÉDURE DE COLLECTE ET DE SÉLECTION DES DOCUMENTS

- Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données (PubMed, Google Scholar, African Journals Online) avec des mots-clés : « infection associée aux soins », « prévention et contrôle des infections », « Burkina Faso », « hôpitaux de référence » et une équation de recherche définie.

- Equations de recherche : (Prevent* OR prophyla*) AND (control* OR fight* OR treat*) AND (infection* OR «bacterial infection» OR «viral infection» OR «parasitic infection») AND (reference hospital) AND («Burkina Faso») titres ont été exclus.

ARTICLES COMPLETS

(«Burkina Faso»)

- Les archives du Ministère de la Santé, des directions techniques (DHPES, DPSP, DQSS) et des CHU ont été consultées.
- Les documents inclus devaient couvrir la période 2008–2025 et concerner directement la PCI dans les hôpitaux de référence.
- Les documents incomplets, non accessibles ou ne répondant pas aux critères thématiques ont été exclus.

Analyse des données

- Une analyse thématique a été conduite pour identifier les principaux axes : politiques, organisation, infrastructures, ressources humaines, résultats épidémiologiques, défis et perspectives.
 - Les données quantitatives disponibles (taux de prévalence des IAS, couverture en infrastructures, nombre de formations réalisées, etc.) ont été extraites et synthétisées sous forme de tableaux chronologiques et de tendances évolutives.
 - Les données qualitatives (forces, faiblesses, défis) ont été regroupées par période :
 - o 2008–2012 : phase de mise en place des structures PCI,
 - o 2013–2018 : phase de consolidation et normalisation,
 - o 2019–2025 : phase d'intégration et résilience (avec l'impact des crises sanitaires comme la COVID-19).
- Limites méthodologiques
- Incomplétude et hétérogénéité des données disponibles selon les hôpitaux et les années.
 - Insuffisance de données épidémiologiques permanents sur les IAS.
 - Dépendance vis-à-vis des rapports institutionnels parfois descriptifs sans indicateurs standardisés.
 - Faible disponibilité de séries chronologiques continues pour évaluer les tendances.

Critère d'inclusion :

- Rapports et articles
- Population : Personnels soignants, patients hospitalisés, accompagnant unités de soins, infrastructure.

RESULTATS

Les résultats sont regroupés selon le management et l'organisation en matière de PCI mais aussi en fonction des domaines de précautions standard et complémentaires à savoir : l'hygiène des mains, le port

des équipements de protection individuelle, la gestion des Déchets biomédicaux (DBM), le nettoyage de l'environnement mais aussi l'existence des protocoles pour la conduite à tenir en cas AES.

VOLET MANAGEMENT ET ORGANISATION PCI

- Existence de politiques et directives nationales

Le Burkina Faso dispose d'une stratégie nationale de l'hygiène hospitalière 2024-2028 intégré dans la stratégie de qualité des soins. La prévention et le contrôle des infections associées aux soins et la lutte pour la réduction de la résistance antimicrobienne sont, entre autres, les axes prioritaires de cette stratégie.

- Des directives techniques pour l'hygiène hospitalière, la gestion des déchets biomédicaux et la sécurité du personnel sont disponibles, bien que leur diffusion soit parfois limitée.

Disponibilité des structures et comités PCI

- Dans plusieurs CHU (CHU-YO, CHU de Bogodogo) et CHR, des comités d'hygiène ou comités PCI sont mis en place.
- Toutefois, leur fonctionnement reste irrégulier, souvent freiné par l'insuffisance de ressources humaines et matérielles.

Systèmes de surveillance des infections associées aux soins (IAS)

- La surveillance reste faiblement développée, limitée à quelques projets pilotes ou services (bloc opératoire, maternité...).
- L'absence de données nationales consolidées sur les IAS constitue un frein majeur à l'amélioration continue.

Formation du personnel de santé

- Des formations en PCI, hygiène hospitalière et gestion des déchets ont été organisées avec l'appui de partenaires (OMS, CDC, ESTHER).
- Le manque de formation continue et l'absence de mécanisme de suivi-évaluation sont récurrents.

ARTICLES COMPLETS

Hygiène des mains

Taux d'observance	Auteur
54,77 % du personnel	DEM (2018)
42,6% chez les médecins et de 40% chez les infirmiers	SAVADOGO et al. (2022)
Amélioration de la pratique de lavage des mains est passée de 18,19% en 2019 à 40,64% en 2021	NANA et al. (2025)

Port des équipements de protection individuelle

Taux d'observance	Auteur
100% des agents de soutien portent une tenue adaptée tandis que 75% d'entre eux portent une chaussure de sécurité et 25% des gants de ménage	SAVADOGO et al. (2022)
100% des médecins utilisaient des gants d'examen lors des soins contre 96,4% des infirmiers	
48,49% du personnel chargé de la gestion des déchets biomédicaux avaient des EPI appropriés	ADOUM (2009)

Gestion des déchets biomédicaux

	Taux d'observance	Auteur
Disponibilité de contenants de triage des déchets	50% des CHU, 56% des CHR, 100% des polycliniques	HERAMS (2023)
Tri des déchets biomédicaux	60% du personnel affirme l'existence	MADOUGOU (2010)
	Absence de tri en dehors des piquants et tranchants	COMPAORE (2014) ADOUM (2009)
Elimination des piquants et tranchants	83% pour les CHU, 78% pour les CHR, 100% pour les polycliniques	HERAMS (2023)
Traitement et élimination des déchets infectieux	83% pour les CHU, 67% pour les CHR et 100%	HERAMS (2023)

Nettoyage de l'environnement

	Taux d'observance	Auteur
Equipement de nettoyage (produits, matériels, personnel formé, protocole disponible, calendrier d'entretien disponible)	83% des CHU, 89% des CHR, 100% des polycliniques	HERAMS (2023)

Existence de protocole de conduite à tenir lors de l'exposition aux liquides biologiques

Taux	Auteur
22,8 % du personnel	ILBOUDO et al. (2018)

ARTICLES COMPLETS

DISCUSSION

VOLET MANAGEMENT

La revue documentaire met en lumière une volonté nationale clairement exprimée en matière de prévention et de contrôle des infections. Cette ambition se traduit par l'existence de politiques, de stratégies et de directives dédiées à l'hygiène hospitalière et à la PCI. Cependant, malgré ce cadre normatif solide, l'application sur le terrain demeure inégale selon les structures de santé, particulièrement dans les hôpitaux de référence où les écarts de mise en œuvre sont plus perceptibles.

L'analyse fait ressortir plusieurs défis majeurs qui limitent l'efficacité des interventions. Parmi eux figurent l'insuffisance de personnel spécifiquement dédié à la PCI, notamment le manque d'hygiénistes hospitaliers formés, ainsi que la faiblesse des budgets alloués aux activités de prévention et de contrôle des infections. À ces contraintes s'ajoute l'absence d'un système national structuré de surveillance des infections associées aux soins, ce qui limite la capacité du pays à suivre les tendances et à orienter les décisions. Par ailleurs, la culture de la qualité reste fragile, accentuée par une adhésion insuffisante de certaines équipes médicales aux pratiques standardisées.

Malgré ces limites, plusieurs bonnes pratiques émergent et témoignent d'un potentiel de progrès. Certaines directions hospitalières montrent un leadership affirmé en matière de qualité, impulsant des dynamiques internes positives. Des partenariats avec des ONG et institutions internationales contribuent également à renforcer les capacités et à soutenir des initiatives ciblées. De plus, la prise en compte progressive de la PCI dans les réponses aux urgences sanitaires, notamment lors des épidémies de COVID-19 et de dengue, illustre une montée en maturité du système.

En définitive, ces constats soulignent la nécessité d'un renforcement institutionnel global. Cela passe par une coordination nationale plus efficace des activités de PCI, un renforcement continu des compétences à travers des formations régulières du personnel, ainsi que l'intégration de la PCI dans les indicateurs de performance des hôpitaux. La mobilisation durable de ressources financières apparaît enfin comme un levier essentiel pour garantir la pérennité et l'efficacité des interventions à tous les niveaux du système

de santé.

▮ **Connaissances pratiques et aptitudes**

La mise en œuvre effective de la PCI par les praticiens nécessite le respect des précautions standard. En effet, ces précautions doivent être pratiquées par tout professionnel de santé, pour tout soin, pour tout patient et en tout lieu. Dans une étude conduite dans trois (03) centres hospitaliers universitaires (CHU) de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso, il a été révélé que les pratiques de l'hygiène des mains par le personnel de santé étaient insuffisantes, avec un taux d'observance globale de 54,77 % (DEM, 2018). Cependant, SAVADOGO et al. (2022) dans leur étude, ont montré que la pratique d'hygiène des mains était effective chez 42,6% chez les médecins et de 40% chez les infirmiers et seuls les moments « avant de toucher à un patient » et « après avoir touché à un patient » étaient les plus connus dans respectivement 86,4 et 91,4% des cas. Malgré les connaissances de base et les formations continues, on note que la pratique d'hygiène des mains qui constitue l'un des moyens les plus efficaces pour rompre la chaîne des transmissions des maladies n'est pas systématiquement respectée par le personnel soignant. Dans l'objectif de stimuler cette pratique, l'OMS a institué le 5 mai comme journée mondiale de l'hygiène des mains en invitant les centres de santé des différents pays à faire des campagnes de sensibilisation en cette occasion. Toutefois, NANA et al. (2025) dans une étude semi longitudinale en deux temps en 2019 et 2021 dont l'objectif était d'évaluer les connaissances, perceptions et pratiques de l'hygiène des mains ont montré que les connaissances ont positivement évolué de 12,05%, les perceptions de 10,78% et les pratiques de 22,45% et que la désinfection des mains par la friction hydro alcoolique a été privilégiée au lavage simple des mains à la fin de l'intervention. Cette étude aurait dû se poursuivre dans les années ultérieures pour voir l'évolution des pratiques dans le temps.

Le port des équipements de protection individuelle joue aussi un rôle très important en matière de PCI. SAVADOGO et al. (2022) dans leur étude ont révélé qu'avant le nettoyage des surfaces souillées 100% des agents de soutien portent une tenue adaptée tandis que 75% d'entre eux portent une chaussure de sécurité et 25% des gants de ménage

ARTICLES COMPLETS

Ces mesures sont respectées par tous les agents chargés du nettoyage des sols. Cependant, ADOUM (2009) a noté dans son étude que 48,49 % du personnel chargé de la gestion des déchets biomédicaux avaient des EPI appropriés. Cette disparité de pratiques révèle qu'un véritable suivi est nécessaire pour interpeller non seulement les acteurs directs mais également ceux qui sont chargés de doter en EPI adéquat ce personnel contractuel. En ce qui concerne les praticiens, les blouses à manches courtes ou mi-courtes étaient portées par tous les médecins et tous les infirmiers lors des soins, dans notre étude. Les manches courtes ou mi-courtes sont recommandées pour faciliter l'hygiène des mains. Les gants d'examen étaient utilisés par tous les médecins et par 96,4% des infirmiers lors des soins (SAVADOGO et al., 2022).

Dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux, 50% des CHU et 56% des CHR, avaient des contenants de triage de déchets respectant les normes (Herams, 2023). Cela va entraîner par voie de conséquence l'absence de tri des déchets en dehors des piquants et tranchants (ADOUM, 2009 ; MADOU-GOU, 2010 ; COMPAORE, 2014). Et pour l'élimination des piquants et tranchants, 83% des CHU, et 78% des CHR avaient des dispositifs adéquats de traitement (Herams, 2023). Dans un cadre global de traitement et d'élimination des déchets infectieux 83% des CHU et 67% des CHR y répondaient (Herams, 2023). Au regard de ces résultats, nous constatons que ce sont les structures publiques qui ne respectent les normes en matière de gestion des déchets biomédicaux. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer mais un effort considérable doit être fait à tous les niveaux du système de santé pour arriver à bout de ce problème qui perdure. L'insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux pourrait entraîner un risque d'exposition aux liquides biologiques à travers les piqûres d'aiguilles. A cet effet, le protocole de la conduite à tenir doit être affiché. Cependant, Ilboudo et al. (2018) au cours de leur étude sur les accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB) conduite au CHU pédiatrique Charles-de-Gaulle (CHUP-CDG), ont trouvé que 22,8 % du personnel n'avaient pas connaissance de l'existence d'un protocole de gestion des AELB.

Pour le nettoyage de l'environnement, 83% des CHU et 89% des CHR, avaient des produits, des matériels, du personnel formé, un protocole disponible et un calendrier d'entretien disponible Herams (2023). Toutefois, la mise en œuvre de techniques bien maîtrisées

par les agents d'entretien, régulièrement formés et évalués est fortement recommandée.

Défis structurels et organisationnels en matière de prévention et de contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections au Burkina Faso restent confrontés à plusieurs défis majeurs. La formation et la sensibilisation du personnel ainsi que la supervision continue sont insuffisantes dans la plupart des établissements. Les infrastructures de base, telles que le lavage des mains, la stérilisation et la gestion des déchets, présentent des défaillances notables. De plus, le pays ne dispose pas encore d'un système national de surveillance ni d'un mécanisme systématique de rapportage des infections associées aux soins, limitant ainsi le suivi et l'évaluation des actions de prévention.

Forces et limites de l'étude

Cette revue, à notre connaissance, est la première à synthétiser les données disponibles sur la PCI dans les hôpitaux de référence du Burkina Faso. Cependant, elle repose sur un nombre limité d'études, souvent descriptives et menées dans un seul site, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. L'absence de données quantitatives robustes sur les taux d'IAS constitue également une limite.

L'analyse met en évidence plusieurs limites méthodologiques qui influencent la qualité et la portée des résultats. Les données disponibles présentent une incomplétude et une hétérogénéité importantes selon les hôpitaux et les périodes, ce qui complique les comparaisons et l'interprétation globale des tendances. Par ailleurs, les informations épidémiologiques sur les infections associées aux soins demeurent insuffisantes et ne sont pas collectées de manière continue. L'étude repose également sur des rapports institutionnels dont le contenu est souvent descriptif et ne s'appuie pas toujours sur des indicateurs standardisés, limitant ainsi la robustesse des analyses. Enfin, la faible disponibilité de séries chronologiques complètes réduit la capacité à évaluer l'évolution des pratiques et des résultats dans le temps.

Recommandations

La prévention et le contrôle des infections dans les hôpitaux de référence du Burkina Faso restent un défi majeur de santé publique. Malgré l'existence d'un cadre stratégique, la mise en œuvre effective est freinée par des contraintes en ressources humaines, financières et systémiques.

ARTICLES COMPLETS

Pour inverser cette tendance, les actions suivantes sont recommandées aux décideurs politiques et aux responsables hospitaliers :

Opérationnaliser la Stratégie Nationale en nommant un coordinateur PCI national et en allouant des lignes budgétaires spécifiques.

- Renforcer les ressources humaines en formant et en déployant des techniciens hygiénistes dans chaque hôpital de référence
- Mettre en place un système de surveillance nationale des IAS, en commençant par une surveillance sentinelle dans les services à haut risque.
- Garantir un approvisionnement durable en intrants essentiels (EPI, solutions hydroalcooliques, eau, savon).

- Institutionnaliser la formation en PCI pour tous les professionnels de santé et l'intégrer dans les programmes de mentorat et de supervision
- Rendre disponible les EPI
- Rendre disponible les sources d'eau en permanence
- Réaliser les drills sur le port et le retrait des EPI

ARTICLES COMPLETS

Références bibliographiques

- [1] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prévention des infections nosocomiales : guide pratique, 2e éd. Genève : OMS ; 2008.
- [2] OMS. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Genève : OMS ; 2022.
- [3] Rebaudet S, et al. [Risk of nosocomial infection in Intertropical Africa. Part 4: prevention]. Med Trop. 2008;68(1):73-82.
- [4] Berbis J, et al. Prévention des risques d'exposition aux infections des praticiens de santé au Burkina Faso. Med Mal Infect. 2008;38(S2):S138.
- [5] Savadogo H, et al. Prévention de l'infection au cours des soins au CHU Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou. Rev Afr Sci Soc Santé Publique. 2022;3(2):107-116.
- [6] Dem A. Pratiques d'hygiène des mains dans les CHU de Ouagadougou, Burkina Faso. [Mémoire de Master]. Université de Ouagadougou; 2018.
- [7] Allegranzi B, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011;377(9761):228-41.
- [8] Ministère de la Santé du Burkina Faso. Stratégie Nationale d'Hygiène Hospitalière 2024-2028. Ouagadougou ; 2023.
- [9] WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Genève : OMS ; 2009.
- [10] NANA W.F., SOME E., ROUAMBA B. G., KOS-SOUGDOU H., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO C., DRABO M. K., Évolution des Connaissances, perceptions et pratiques du personnel sur l'hygiène des mains à l'hôpital universitaire de Bogdogo au Burkina Faso. REBUSAP [Internet]. 2025 May 16 [cited 2025 Sep. 18];17-2. Available from: <http://rebusap.org/index.php/rebusap/article/view/9>
- [11] SAVADOGO, H., DAO, L. ., TAMINI/TO-GUYENI, L. ., SAGA OUEMI, A. ., & YE, D. . (2022). Prévention de l'infection au cours des soins au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-de-Gaulle de Ouagadougou. Revue Africaine Des Sciences Sociales Et De La Santé Publique, 3(2), 107-116. Consulté à l'adresse <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/116>
- [12] MADOUGOU Ibrahim Maman, 2018, gestion

des déchets solides au centre hospitalier universitaire yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou, diagnostic et perspectives de développement durable, 64 pages

[13] COMPAORE Marie-Pierre, analyse du système de traitement des déchets biomédicaux dans la commune de Ouagadougou (Burkina Faso), 58 pages

[14] ADOUM Mahamat Nour, 2009, gestion des déchets solides hospitaliers et analyse des risques sanitaires au CHUP CDG de Ouagadougou, 46 pages

[15] WHO HeRAMS Burkina Faso : Rapport de mise à jour août 2023 - Cartographie détaillée du statut opérationnel des formations sanitaires. Organisation mondiale de la Santé ; 2023

ARTICLES COMPLETS

Facteurs influençant le refus de la pulvérisation intra domiciliaire dans le district sanitaire de Kongoussi, au Burkina Faso

A. OUEDRAOGO ¹, N. BATIONO ², M. LOMPO ², M. K. DRABO ³

AFFILIATIONS :

1. CORUS- Institut national de santé publique – Ministère de la santé : 03 BP 7009 Ouagadougou 03 – Burkina Faso

2. Université Joseph KI-ZERBO – Ouagadougou

3. Institut de recherche en sciences de la santé -CNRST -Ministère de la recherche scientifique et des innovations – 04 BP 8076 – Ouagadougou – Burkina Faso.

AUTEUR CORRESPONDANT :

Ali OUEDRAOGO, Tél (226) 70 0012 36/76 56 00 93, E-mail : ouedso35@yahoo.fr

Encadré sur les points saillants

Ce que l'on sait sur le sujet :

La pulvérisation intra domiciliaire (PID) est une stratégie de lutte antivectorielle recommandée par l'OMS pour réduire la transmission du paludisme, particulièrement efficace dans les zones de forte endémicité.

Au Burkina Faso, des campagnes de PID sont menées depuis plusieurs années dans certaines régions, mais des taux de refus persistants ont été observés dans certains districts comme Kongoussi, Kampti ou Solenzo, menaçant l'efficacité de la stratégie.

Le refus de la PID peut ainsi être un indicateur de rupture de lien entre les programmes de santé publique et les attentes ou réalités communautaires locales.

Les implications pour la santé publique :

Une acceptabilité insuffisante limite la réduction de la transmission vectorielle, et peut créer des poches de persistance du paludisme dans les communautés non couvertes. De ce fait, les résultats de cette étude plaident pour une intégration des sciences sociales dans le développement et la mise en oeuvre des campagnes de lutte contre le paludisme, afin d'anticiper et de répondre aux résistances comportementales et culturelles à travers une stratégie de communication et d'information pour une grande acceptabilité de la PID, afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liés au paludisme au Burkina Faso.

RESUME

Contexte : La pulvérisation intra domiciliaire (PID) est une stratégie clé de lutte contre le paludisme, mais son efficacité dépend fortement de l'adhésion communautaire. Au Burkina Faso, notamment dans le district sanitaire de Kongoussi, un taux de refus de plus de 8 % a été observé, compromettant l'impact de l'intervention.

Méthodologie : Une étude qualitative a été menée auprès de 33 participants, incluant des chefs de ménage, des leaders communautaires et des acteurs de santé. Les données ont été collectées par entretiens semi-directifs et analysées de façon thématique à partir de la transcription directe des verbatims.

Résultats : Plusieurs facteurs de refus ont été identi-

fiés : méconnaissance de la PID, perceptions négatives des produits utilisés, atteinte à l'intimité familiale, inadéquation des horaires de pulvérisation, insuffisance d'implication communautaire, et faiblesse dans la coordination et la communication entre acteurs.

Conclusion : Une approche plus inclusive, contextualisée et participative est nécessaire pour améliorer l'acceptabilité de la PID. La réussite des campagnes futures dépendra d'une meilleure sensibilisation, d'un respect de l'intimité des ménages, et d'une réelle implication des communautés dans le processus.

Mots-clés : paludisme, pulvérisation intra domiciliaire, refus, acceptabilité, santé communautaire, Burkina Faso.

ARTICLES COMPLETS

INTRODUCTION

La lutte contre le paludisme demeure un défi majeur de santé publique au Burkina Faso, où la maladie reste endémique malgré les efforts soutenus. Parmi les stratégies de lutte recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) est reconnue comme une intervention efficace pour réduire la densité vectorielle et la transmission du paludisme, surtout dans les zones à forte incidence [(1)].

Cependant, l'efficacité de la PID repose fortement sur son acceptation communautaire. Dans plusieurs contextes africains, y compris au Burkina Faso, des taux de refus élevés ont été observés. Au cours de la mise en œuvre de la PID dans sa phase pilote dans les trois districts sanitaires de Kampti (Sud-ouest), Kongoussi (Centre nord) et Solenzo (Ouest) en 2018 et 2019, depuis l'arrêt de l'intervention en 2012, le taux de refus enregistré était de 8,39 %, compromettant ainsi la couverture optimale recommandée (au moins 80 %) pour un impact maximal sur la transmission (WHO, 2015). À Kongoussi, ce taux de refus était de plus de 8 % en 2018 [(2)]. Ces refus, encore peu documentés, compromettent les objectifs de couverture et d'efficacité, suggérant la présence de barrières socioculturelles, logistiques et communicationnelles non négligeables.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer les facteurs influençant le refus de la PID dans le district sanitaire de Kongoussi, en mettant en lumière les perceptions communautaires, les contraintes opérationnelles et les dynamiques socioculturelles susceptibles d'entraîner l'adhésion à cette stratégie de prévention.

Méthode

Une étude qualitative à visée exploratoire a été menée afin de mieux comprendre les facteurs influençant le refus de la pulvérisation intra-domiciliaire (PID) dans le district sanitaire de Kongoussi.

Cadre et période de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Kongoussi, région du Centre-Nord du Burkina Faso, du 20 mars 2021 au 16 avril 2021.

Population d'étude

L'étude a ciblé des chefs de ménage ayant refusé la PID, des leaders communautaires, des infirmiers chefs de poste (ICP), des membres de l'équipe cadre

du district (ECD), des superviseurs du PNLP et des membres du projet PMI/VectorLink Burkina Faso.

Echantillonnage

Un échantillonnage raisonné a été utilisé. L'échantillon final comprenait :

- 12 chefs de ménage ;
- 3 leaders communautaires (2 religieux, 1 membre d'un groupement féminin),
- 3 ICP ;
- 3 membres de l'ECD ;
- 4 représentants du PNLP ;
- 8 agents du projet PMI/VectorLink.

Critères de sélection

- Les chefs de ménage : être un chef de ménage dans le site de Kongoussi, avoir refusé PID pendant la campagne 2019 et accepter de participer à l'enquête ;
- Les leaders communautaires : être chef coutumiers ou religieux ou responsable d'association résidant dans le site de Kongoussi et accepter de participer à l'enquête ;
- Les acteurs de la mise en œuvre : être infirmiers chef de poste ou membre de l'équipe cadre de du district ou superviseur du PNLP ou employé du projet vectorlink, avoir déjà participé à au moins une campagne de pulvérisation et accepter de participer à l'enquête.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée par saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations pertinentes [(3)]. La sélection des enquêtés a tenu compte du rôle spécifique de chaque participant dans le processus de mise en œuvre de la PID.

Procédure de recrutement

Nous sommes rentrés en contact avec les autorités administratives du district sanitaire de Kongoussi, du Programme National de Lutte Contre le Paludisme et les responsables administratifs du projet PMI/VectorLink Burkina Faso. Après cette phase, les responsables de ces structures nous ont mis en contact avec les participants. A l'issue de cela nous avons pris les contacts des personnes concernées et en accord avec ces derniers, nous avons planifié des rencontres en vue de mener les entretiens.

ARTICLES COMPLETS

Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs, menés en langue locale ou en français selon les préférences des participants. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un magnétoscope (Androïde, Redmi Model M2006C3UI) avec leur consentement, puis intégralement retranscrits sans modifier la syntaxe ou la structure grammaticale du discours pour analyse.

Analyse des données

Une analyse thématique a été réalisée à l'aide de la méthode de Braun & Clarke [(4)], en identifiant les thèmes récurrents autour des perceptions, croyances, motivations et contraintes liées à la PID.

Considérations éthiques et consentement à participer

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso, sous le numéro N°2021-03-070. Le consentement éclairé a été obtenu auprès de tous les participants. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis tout au long du processus.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'étude a inclus un total de 33 participants avec une moyenne (SD) d'âge de 43 ans (9 ans) :

- Chefs de ménage : 12 personnes, majoritairement des hommes, de niveau d'instruction supérieur pour la plupart.
- Leaders communautaires : 3 (2 religieux, 1 membre de groupement féminin).
- Acteurs de santé : 18 personnes dont 3 ICP, 3 membres de l'ECD, 4 du PNLP et 8 du projet PMI/VectorLink.

Les participants exerçaient des professions diversifiées (salariés, commerçants, cultivateurs, mécaniciens, soudeurs, coiffeuses, chauffeurs, etc.).

Niveau de connaissance sur la PID

La majorité des chefs de ménage ont montré un faible niveau de connaissance sur la PID. Certains l'associent simplement à une mesure de lutte contre le paludisme, sans en comprendre les mécanismes.

« Je ne sais pas ce que ça veut dire... mais j'ai entendu dire que c'est pour diminuer le paludisme. Sinon rien (Rire...) » Men_4. M.

Perceptions et motivations du refus

Les raisons évoquées sont multiples. Certains manifestent des doutes sur l'efficacité des produits :

« Après leur passage, il y a toujours des moustiques... » Men_6. M.

D'autres évoquent des odeurs désagréables, perçues comme des effets nocifs.

Des problèmes de disponibilité tels que les horaires de passage qui ne coïncident pas avec les disponibilités des occupants.

« J'ai demandé qu'ils repassent le week-end, mais ils ont refusé... » Men_4. M.

Une violation de l'intimité signalée comme une difficulté à exposer leur intérieur.

« Ma maison n'est pas présentable... Je ne peux pas laisser un étranger rentrer ici » Men_11. M.

Poids de l'intimité familiale

Le retrait des meubles ou objets personnels est vécu comme une intrusion. Certains estiment que cette mesure dévoile des aspects privés de leur vie familiale.

« Ces gens rentrent dans votre chambre... C'est gênant, c'est pourquoi certains refusent » Men_5. F.

Défis de coordination et de communication

Les acteurs sanitaires apprécient l'organisation globale mais notent un manque d'implication locale dans la planification. Il s'agit des choix des opérateurs et superviseurs communautaires qui sont critiqués (insuffisance de représentativité) et la communication officielle qui est jugée faible, laissant place aux rumeurs.

« La communication était un peu défaillante... on avait l'impression d'être mal informés » AG_3. M.

Discussion des résultats

Les résultats de notre étude mettent en évidence plusieurs facteurs socioculturels, logistiques et communicationnels influençant le refus de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans le district de Kongoussi.

Tout d'abord, la méconnaissance de la PID reste un frein majeur. Une grande majorité des chefs de ménage ignorent les objectifs réels de l'intervention, ce qui favorise la méfiance. Ceci corrobore les constats de Corine Ngufor, Augustin Fongnikin et Mark Rowland [(5)], qui soulignent que le manque de sensibilisation adéquate réduit significativement l'acceptabilité communautaire des interventions vectorielles.

ARTICLES COMPLETS

La perception négative des produits utilisés (odeur, inefficacité perçue) a aussi été évoquée, en ligne avec les études de l'OMS en 2015 [(6)] qui relèvent que la perception de l'innocuité et de l'efficacité des insecticides joue un rôle clé dans l'adhésion communautaire. La dimension de l'intimité familiale, peu abordée dans les stratégies classiques, est ressortie comme un facteur important. Le refus d'exposer son espace privé à des étrangers, surtout sans préparation préalable, témoigne de normes sociales et de représentations liées à l'honneur familial, comme l'ont aussi noté Camille Beaujoin (7) au Burkina Faso.

Par ailleurs, la coordination insuffisante et le déficit de communication institutionnelle sont à souligner. Les participants rapportent une prédominance de la communication officieuse sur la communication officielle, engendrant des déformations du message initial et une perte de confiance. Certains acteurs de santé et leaders communautaires ont relevé un manque de concertation, de clarté des messages et une faible implication des véritables représentants des communautés. Cette situation a entraîné une perte de confiance et de motivation, ce que confirme Issa Sombié, Djesika Amendah et Kamba André Soubeiga dans leur étude des perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso [(8)].

Enfin, la non-prise en compte des contraintes professionnelles des ménages (passages aux heures de travail, jours non adaptés) limite l'accès effectif au service. Cela rappelle l'importance d'une approche centrée sur la communauté, avec une co-construction des campagnes sanitaires pour assurer leur efficacité [(9)].

Recommandations/suggestions :

À l'endroit du ministère de la santé (PNI/P)

- renforcer la communication communautaire de manière transparente à travers des canaux appropriés, en utilisant des messages clairs, traduits dans les langues locales et véhiculés par des leaders légitimes (religieux, coutumiers, femmes leaders).
- améliorer la planification logistique de la PID en tenant compte des contraintes horaires des ménages, avec plus de flexibilité (week-ends, soirs).
- intégrer des études anthropologiques dans la planification des interventions vectorielles pour mieux comprendre les représentations sociales autour de la santé et des insecticides.

- faire un plaidoyer pour le renforcement des compétences nationales sur la stratégie de la PID ;

À l'endroit des acteurs des Districts sanitaires

- respecter l'intimité des familles, en sensibilisant en amont sur les étapes de la PID, et en formant les agents et les opérateurs à un comportement éthique et respectueux.
- impliquer activement les communautés dans le choix des opérateurs et superviseurs communautaires dans toutes les étapes de mise en œuvre.
- documenter systématiquement les refus et en analyser les causes pour adapter les stratégies d'engagement communautaire en continu.

CONCLUSION

L'étude menée dans le district sanitaire de Kongoussi révèle que le refus de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) est dû à un ensemble de facteurs socioculturels, logistiques et communicationnels. Une faible compréhension de l'intervention, des perceptions négatives sur les produits, la protection de l'intimité familiale, ainsi qu'une coordination et communication insuffisantes entre les acteurs ont contribué à limiter l'adhésion des communautés. Ces résultats soulignent la nécessité d'ancrer davantage les campagnes de PID dans une approche participative, respectueuse des réalités sociales locales.

ARTICLES COMPLETS

Références

1. Pluess B, Tanser FC, Lengeler C, Sharp B. Indoor residual spraying for preventing malaria (Review). 2010;
2. The PMI VectorLink Project. Burkina faso end of spray report. 2018;
3. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* [Internet]. févr 2006 [cité 24 nov 2025];18(1):59-82. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1525822X05279903>
4. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. janv 2006 [cité 24 nov 2025];3(2):77-101. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1191/1478088706qp063oa>
5. Ngufor C, Fongnikin A, Rowland M, N'Guesan R. Indoor residual spraying with a mixture of clothianidin (a neonicotinoid insecticide) and deltamethrin provides improved control and long residual activity against pyrethroid resistant *Anopheles gambiae* sl in Southern Benin. Oliveira PL, éditeur. *PLOS ONE* [Internet]. 18 déc 2017 [cité 24 nov 2025];12(12):e0189575. Disponible sur: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0189575>
6. World Health Organization. Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 octobre 2023 [Internet]. World Health Organization; 2024 [cité 27 nov 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/379370>
7. Camille B. Les barrières persistantes limitant l'accès des femmes aux soins de santé reproductive et à la planification familiale dans un contexte de gratuité des soins au burkina faso. 2020.
8. Sombié I, Amendah D, André Soubeiga K. Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso: *Santé Publique* [Internet]. 22 oct 2015 [cité 24 nov 2025];Vol. 27(4):557-64. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-557.htm?ref=doi>
9. OMS. Stratégie de coopération de l'OMS avec le burkina faso. 2024.

ARTICLES COMPLETS

Ampleur et impact du paludisme chez les femmes enceintes au Burkina Faso entre 2016 et 2024 : une revue de portée

Auteur : ILBOUDOU D^{1,2}, BOGNINI JD¹, KPODA HBN¹, CISSE M^{1,2}, TRAORE I^{1,2}

Affiliation :

¹Centre MURAZ, Institut National de Santé Publique, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Nazi Boni

Auteur correspondant : ILBOUDO D.

Email : ddilboudo@gmail.com

Encadré récapitulatif

Que sait-on sur le sujet ?

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique qui affecte de façon disproportionnée les femmes enceintes et peut engendrer des risques majeurs pour la santé de la mère et de l'enfant.

Que rajoute cette revue de portée ?

Entre 2016 et 2024, plus de 4,3 millions de cas de paludisme simple, 264 498 cas graves et 204 décès liés au paludisme ont été notifiés chez les femmes enceintes au Burkina Faso. La prévalence du paludisme gestationnel variait selon l'approche diagnos-

tique et la période de forte ou faible transmission du paludisme (entre 9,1% et 23,9%) et la létalité était de 0,1%. Le paludisme était associé à l'anémie chez les femmes enceintes, aux fausses couches, au faible poids de naissances, à la mortinaissance et à la mortalité infantile.

Quelles sont les implications pour la santé publique ?

Il est nécessaire de renforcer la surveillance et les stratégies de lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes.

Abstract

Background

Malaria during pregnancy increases the risk of adverse outcomes for both mother and child. To reduce these risks, several interventions have been implemented. However, certain factors, such as climate change, contribute to reducing the effectiveness of these interventions. This review aimed to summarize the available information on the extent of malaria among pregnant women over the last decade and its impact on maternal and child health in Burkina Faso.

Methods

The research was conducted on two databases: PubMed and Cochrane. Reports and statistical yearbooks from the Ministry of Health were also consulted. Articles published in English or French between 2016 and 2024 containing information on the extent of malaria during pregnancy or its impact on maternal and child health were included. Data review and extraction were performed by two independent researchers.

Results

Between 2016 and 2024, the country recorded more than 4.3 million cases of uncomplicated malaria and 264,498 severe cases among pregnant women, with a notable annual decline. The prevalence of gestational malaria varied according to the diagnostic approach and the period of high or low malaria transmission (between 9.1% and 23.9%), with a case-fatality rate of 0.1%. Malaria was also associated with anaemia during pregnancy. Among babies, malaria was responsible for miscarriages, low birth weight, and stillbirths.

Conclusion

Malaria has a significant impact on maternal and child health in Burkina Faso. Its high prevalence and serious consequences require context-specific actions.

Keywords: Malaria in pregnancy, prevalence, adverse pregnancy outcomes, Burkina Faso

ARTICLES COMPLETS

Résumé

Introduction

Le paludisme au cours de la grossesse augmente le risque de conséquences néfastes aussi bien pour la mère que pour son enfant. Pour réduire ces risques, de nombreuses interventions ont été implémentées. Cependant, certains facteurs comme le changement climatique contribuent à réduire l'impact de ces interventions. Cette revue visait à synthétiser les informations disponibles sur l'ampleur du paludisme chez les femmes enceintes au cours de la dernière décennie et son impact sur la santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

Méthodologie

La recherche a été réalisée sur deux bases de données : PubMed et Cochrane. Les rapports et annuaires statistiques du ministère de la santé ont également été consultés. Des publications réalisées en anglais ou en français entre 2016 et 2024, contenant des informations sur l'ampleur du paludisme au cours de la grossesse ou son impact sur la santé maternelle et infantile, ont été incluses. L'examen et l'extraction des

données ont été réalisés par deux chercheurs indépendants.

Résultats

Entre 2016 et 2024, le pays a enregistré plus de 4,3 millions de cas de paludisme simple et 264 498 cas graves chez les femmes enceintes, avec une baisse annuelle notable. La prévalence du paludisme gestationnel était de 16,1% entre 2019 et 2020. Le paludisme a entraîné 204 décès chez les femmes enceintes, soit une létalité de 0,1% durant la même période. Le paludisme était associé à une anémie au cours de la grossesse et était à l'origine de fausses couches, de faible poids de naissance et de mortinaissance.

Conclusion

Le paludisme pèse lourdement sur la santé maternelle et infantile au Burkina Faso. Sa prévalence élevée et ses graves conséquences nécessitent des actions adaptées au contexte.

Mots-clés : Paludisme au cours de la grossesse, prévalence, issues défavorables de grossesse, Burkina Faso.

Introduction

Le paludisme demeure la maladie parasitaire la plus meurtrière au monde, avec un fardeau préoccupant [1]. Le nombre de cas de paludisme a diminué légèrement entre 2000 et 2015, passant de 227 à 224 millions. Ensuite, une augmentation significative a été rapportée entre 2015 et 2023 (263 millions de cas en 2023) [1]. Plus de 90% des cas estimés en 2023, ont été recensés dans la région Afrique de l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. Dans cette même région, sur les 36 millions de femmes enceintes vivant en zone de transmission modérée à élevée, 12,4 millions (34%) ont été exposées au paludisme durant leur grossesse [1].

Face à ce lourd fardeau, l'OMS a une stratégie visant à réduire l'incidence du paludisme et la mortalité palustre d'au moins 90 % d'ici 2030 [2]. Cependant, les progrès vers l'atteinte de ces objectifs restent insuffisants dans la région Afrique de l'OMS qui représentait à elle seule environ 94% des cas et 95% des décès estimés en 2023 [1]. De plus, dans cette région, dix pays dont le Burkina Faso, ont enregistré à eux seuls,

près de 70% des cas rapportés [1].

Au Burkina Faso, malgré la mise en place de diverses stratégies de lutte depuis 2005[3], le paludisme représente la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès [4], avec une augmentation continue de l'incidence entre 2013 et 2020 [4]. En 2024, 410549 cas de paludisme simple ont été notifiés chez la femme enceinte au Burkina Faso [4]. Plusieurs facteurs associés à l'infestation palustre chez la femme enceinte ont été identifiés. Il s'agit notamment de la non-scolarisation, de la résidence en milieu rural, de la non-utilisation des moustiquaires imprégnées et de la prise non supervisée du traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine au cours de la grossesse (TPIg-SP) [5]. Cependant, certains facteurs pourraient réduire l'efficacité du TPI-SP chez la femme enceinte.

ARTICLES COMPLETS

En plus, les facteurs environnementaux et le changement climatique entraînent une modification de l'écologie du vecteur et augmentent l'ampleur du paludisme dans les populations vulnérables comme les femmes enceintes et les enfants.

- Dans ce contexte de persistance du fardeau palustre,

Méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une revue de portée réalisée conformément au cadre méthodologique en cinq étapes [6]: spécification de la question de recherche, identification de la littérature pertinente, sélection des études, extraction et cartographie des données, résumé, synthèse et rapportage des résultats.

Critères d'éligibilité :

Nous avons inclus les études/articles respectant les critères suivants :

Sujet : les résultats sur la prévalence du paludisme chez les femmes enceintes et son impact sur les mères ou les nouveau-nés (0-28 jours) ou les nourrissons (0-11 mois),

- Période : études réalisées entre 2016 et 2024,

- Lieu : études conduites au Burkina Faso.

- Types d'étude : tout type (études cohortes, études transversales, études qualitatives) et les études d'intervention (essais contrôlés randomisés), articles de synthèse, les documents de la littérature grise ont également été considérés.

Stratégie de recherche

La recherche a été effectuée dans deux bases de données (PubMed et Cochrane). La stratégie de recherche a été élaborée sur la base du cadre Population, Concepts et Contexte (PCC), en utilisant l'équation de recherche suivante : (((«maternal health» OR pregnancy OR «pregnant» OR «infant health» OR newborn) AND malaria) AND (impact OR effect OR consequence OR adverse OR Outcome OR mortality OR morbidity*) AND «Burkina Faso»). En outre, le site du ministère de la santé a été consulté pour retrouver et examiner les différents annuaires statistiques et rapports sur la thématique.

Sélection des études

Dans un premier temps, les titres et résumés de tous les documents collectés ont été examinés par DI et BJ de manière indépendante. Les documents jugés pertinents par au moins un chercheur ont été retenus

cette étude visait à synthétiser des informations disponibles sur l'ampleur du paludisme chez les femmes enceintes au cours de la dernière décennie et son impact sur la santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

pour l'étape suivante.

Ensuite, les textes intégraux des articles présélectionnés ont été examinés par les deux chercheurs indépendamment. Les désaccords ont été résolus par une discussion. Un diagramme de flux PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Extension for Scoping Reviews) a été utilisé pour documenter le processus de sélection des études et les raisons d'exclusion à chaque étape.

Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée par un chercheur et vérifiée par un second chercheur pour garantir l'exactitude et la cohérence. Un formulaire a permis d'extraire les informations clés de chaque étude incluse sur un fichier Excel :

- Informations bibliographiques (auteur (s), année de publication, titre, revue) ;

- Caractéristiques de l'étude (type de publication, méthodologie de recherche, objectifs de l'étude) ;

- Contexte (localisation spécifique au Burkina Faso, milieu rural/urbain) ;

- Population étudiée (taille de l'échantillon, tranches d'âges, caractéristiques sociodémographiques) ;

- Concepts clés abordés (type de paludisme, types d'impact sur la santé maternelle, impact sur la santé infantile) ;

- Principaux résultats ou conclusions liés à l'impact du paludisme.

Les données extraites ont été par la suite synthétisées de manière descriptive et narrative.

ARTICLES COMPLETS

Résultats

Caractéristiques générales de la l

Nous avons examiné 130 études publiées. Au total, 5,4% (7/130) des études et huit annuaires statistiques du ministère de la Santé ont été inclus (Figure 1).

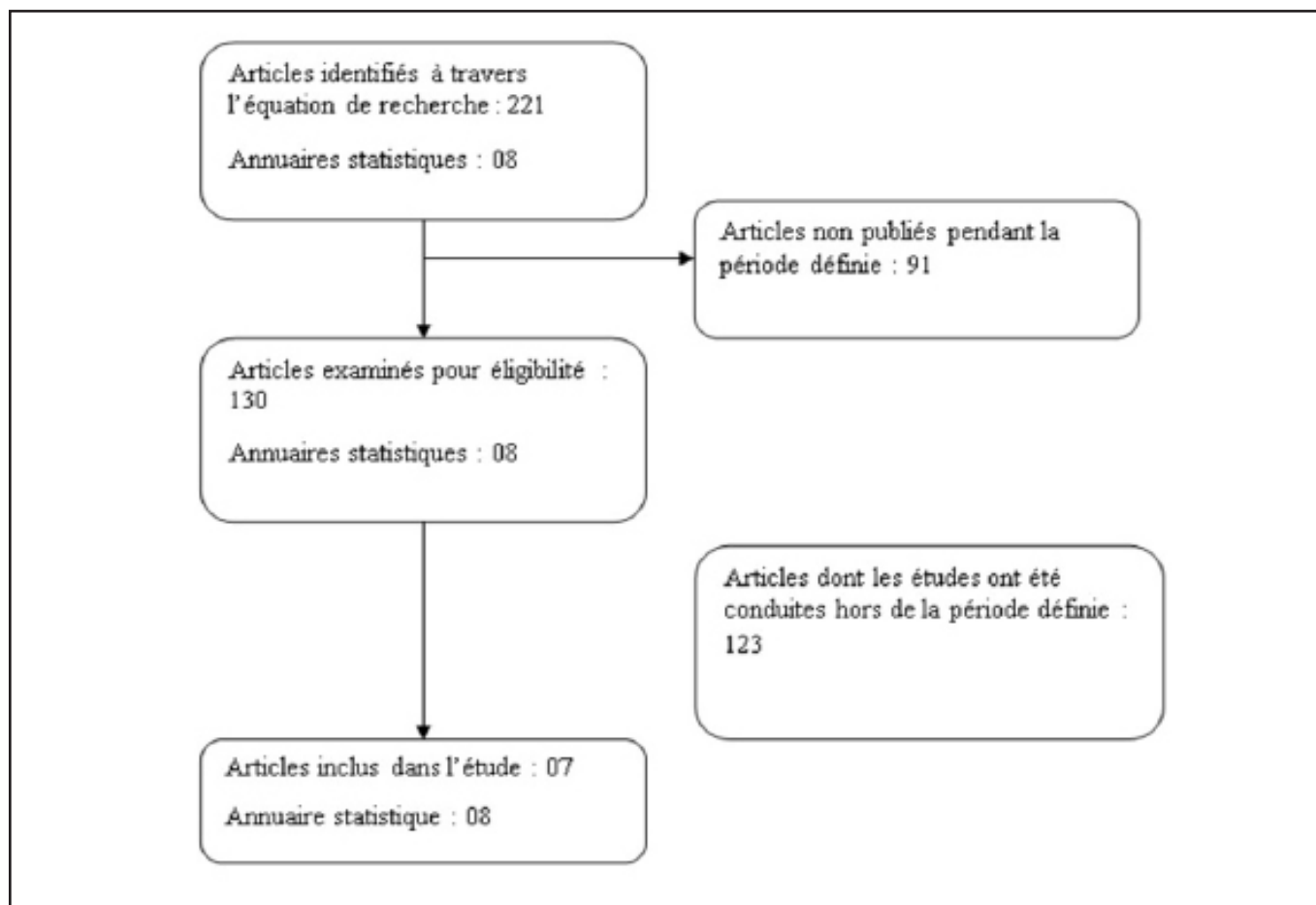


Figure 1. Processus de sélection des articles de la revue

Synthèse des caractéristiques des participantes des études

Les études publiées ont été catégorisées selon le type d'étude (six études transversales et une étude de cohorte) l'année de publication (entre 2016 et 2024) et la prévalence du paludisme (entre 9,1% et 23,9%). Ces caractéristiques révèlent que les populations étudiées étaient des femmes jeunes, majoritairement mariées, occupées au foyer, avec un faible niveau d'éducation et vivant en milieu rural[7–13].

ARTICLES COMPLETS

Auteurs	Type d'étude	Période de l'étude	Année de publication	Milieu de résidence	Population d'étude	Taille d'échantillon
Cissé <i>et al.</i> [7]	Etude transversale	2010	2016	Péri-urbain	Parturientes et leurs nouveau-nés	320
Zango <i>et al.</i> [8]	Etude transversale	2016-2017	2020	Rural	Parturientes	31639
Lingani <i>et al.</i> [12]	Etude transversale	2016-2017	2021	Urbain et rural	Femmes enceintes	402
Rouamba <i>et al.</i> [11]	Etude transversale	2013-2017	2021	Urbain et rural	Femmes enceintes	3682
Lingani <i>et al.</i> [10]	Etude transversale	2019-2020	2021	Rural	Femmes enceintes	1067
Lingani <i>et al.</i> [9]	Etude transversale	2019-2020	2022	Rural	Femmes enceintes	600
Natama <i>et al.</i> [13]	Etude de cohorte	2019-2020	2022	Rural	Femmes enceintes	313

Ampleur du paludisme chez la femme enceinte

Entre 2016 et 2024, le Burkina Faso a enregistré plus de 4 319 036 cas de paludisme simple chez la femme enceinte avec une baisse du nombre de cas annuels au cours du temps, passant de 677 350 cas en 2016 à 410 549 cas en 2024 [4]. La prévalence globale du paludisme au cours de la grossesse variait selon l'approche diagnostique et la période d'étude (respectivement de 23,9% et 12,7 pour le paludisme

asymptomatique pendant les périodes de forte et faible transmission) [7–13]. Le nombre total de cas de paludisme grave était de 264 498 [4]. Une baisse du nombre de cas de paludisme grave a été également constatée, passant de 36 615 en 2016 à 27 959 en 2024 [4]. La figure 2 ci-dessous présente l'évolution du nombre de cas de paludisme simple et grave pendant la grossesse entre 2016 et 2024.

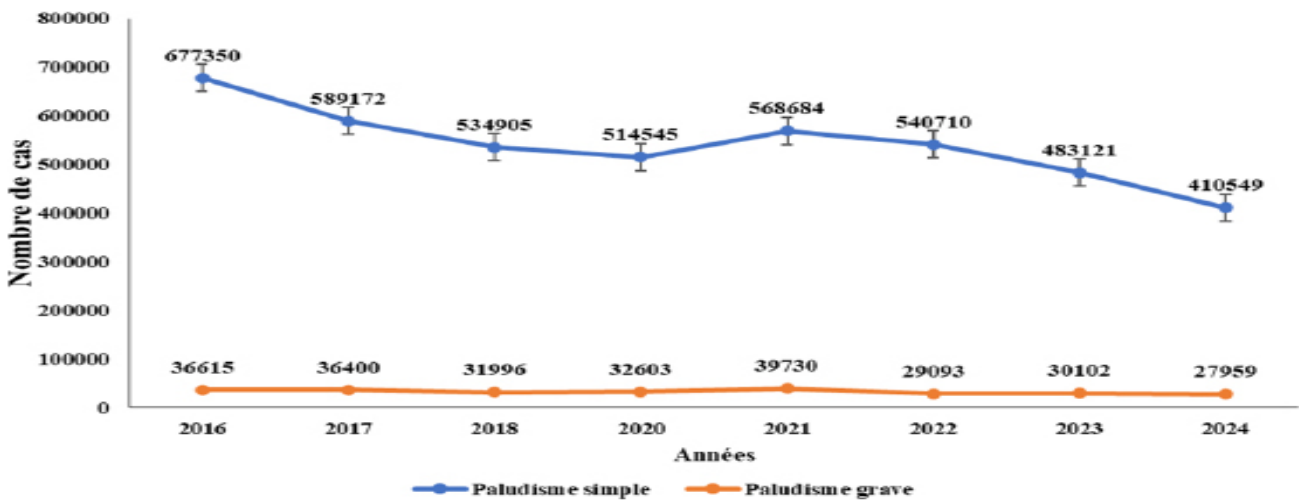


Figure 2 : Evolution du nombre de cas de paludisme simple et de paludisme grave chez les femmes enceintes entre 2016 et 2024 au Burkina Faso

ARTICLES COMPLETS

Conséquences du paludisme sur la santé maternelle et infantile

Au total, 204 décès maternels liés au paludisme ont été notifiés dont 38 cas en 2016 et 15 cas en 2024, soit une létalité de 0,1 % (Figure 3) [4]. Le paludisme au cours de la grossesse était responsable d'anémie chez

les femmes enceintes (3 fois plus fréquente chez les femmes ayant une infestation palustre), de fausses couches (2% des cas de grossesses), de faible poids de naissance (10,5%), décès des nouveau-nés (1,3%) [7-13].

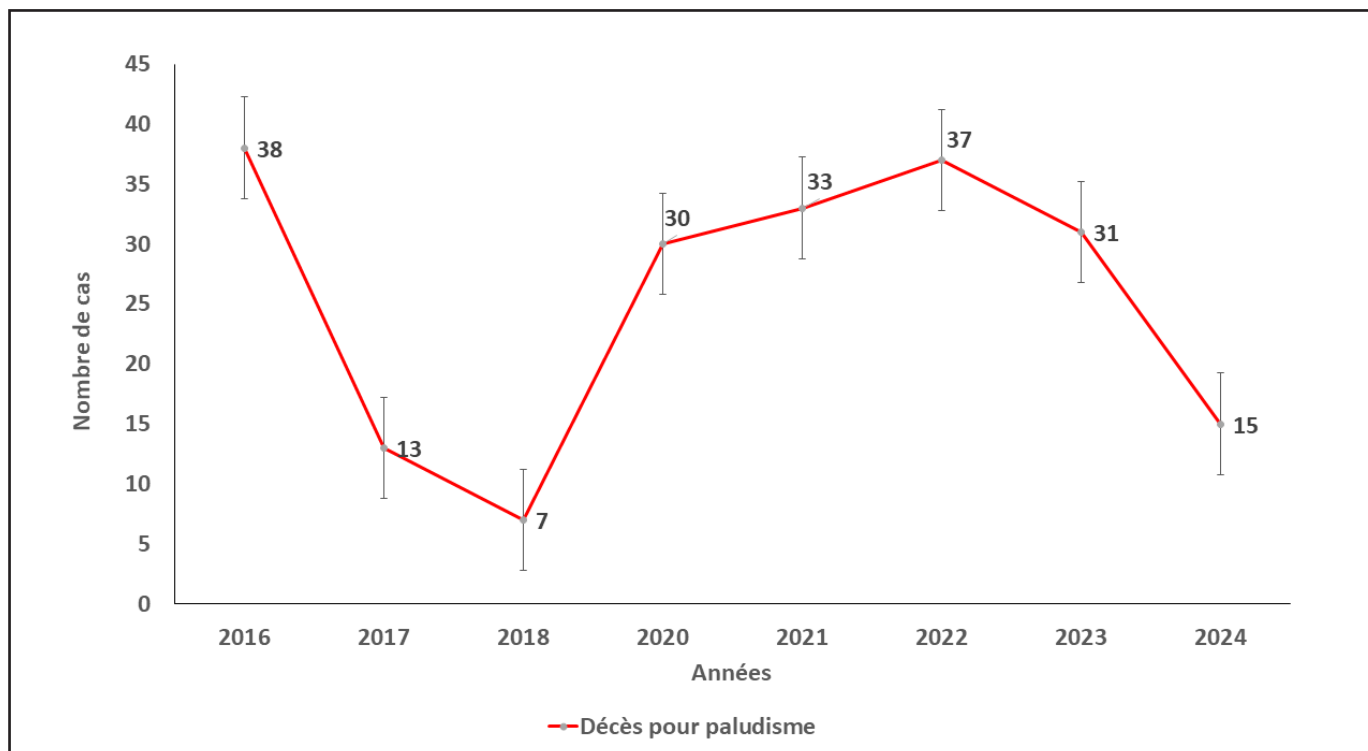


Figure 3 : Evolution du nombre de cas de décès maternel dus au paludisme entre 2016 et 2024 au Burkina Faso

Discussion

Cette revue souligne l'ampleur et l'impact du paludisme gestationnel au Burkina Faso. Les résultats extraits indiquent que le paludisme demeure une menace majeure, exacerbée par des facteurs socio-démographiques spécifiques, malgré les efforts de contrôle.

Les études ont rapporté une prévalence élevée de l'infestation palustre chez les femmes enceintes avec une baisse significative du nombre annuel de cas simples et de cas graves entre 2016 et 2024. Cette baisse pourrait être liée à l'impact des interventions de lutte contre le paludisme[3]. En effet, le Burkina Faso a mis en place depuis quelques années des stratégies de lutte contre le paludisme telles que la distribution de moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes, la destruction des gîtes larvaires et le TPI-SP[3]. La combinaison de ces différentes interventions pour-

rait avoir contribué à la baisse de la prévalence du paludisme chez la femme enceinte. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour évaluer si cette baisse annuelle permettra d'éliminer le paludisme d'ici 2030 au Burkina Faso. Une telle étude permettra de mettre en évidence les zones géographiques qui ne sont pas en bonne voie d'élimination du paludisme et de mettre en œuvre les stratégies nécessaires.

ARTICLES COMPLETS

L'impact négatif du paludisme sur la santé maternelle et du fœtus et du nouveau-né retrouvé dans notre étude, corrobore les résultats d'études récentes[14,15]. Ces résultats soulignent l'urgence de la mise en place des stratégies de prévention et de dépistage précoce de l'infestation palustre chez les femmes enceintes, en particulier les primigestes et celles âgées de moins de 20 ans.

Le faible niveau d'éducation et le statut de femme occupée au foyer (majoritaire dans les études) indiquent des défis d'accès à l'information et aux services de santé. Cela met en évidence la nécessité de cibler et d'adapter les interventions de prévention du paludisme aux profils spécifiques de ces femmes tout en renforçant les mesures pour le changement continu de comportement.

Notre étude reste limitée par la non-prise en compte de la littérature grise de façon exhaustive et la répartition selon le faciès épidémiologique du paludisme des études incluses. Cependant, la recherche dans plusieurs bases de données d'articles publiés répondant aux critères d'inclusion de l'étude a permis de retenir le maximum de résultats d'études sur le palu-

disme pendant la grossesse. Aussi, la prise en compte des données de l'annuaire statistique du ministère de la Santé a permis d'avoir des données nationales pour le nombre de cas de paludisme simple, de paludisme grave et de décès. Cela a également permis d'inclure des rapports représentatifs de chaque zone de transmission des plasmodies au Burkina Faso et de générer des évidences sur l'évolution du nombre de cas au cours du temps.

Conclusion

Le paludisme continue d'engendrer des effets néfastes sur la santé maternelle et infantile au Burkina Faso. Cela souligne la nécessité d'une intensification des efforts de lutte contre ce fléau. Le contexte rural, les caractéristiques sociodémographiques des femmes, et les défis d'adhérence aux interventions suggèrent la nécessité d'approches de santé publique intégrées, adaptées et basées sur la communauté, pour améliorer durablement les résultats en matière de santé maternelle et infantile au Burkina Faso.

ARTICLES COMPLETS

Références bibliographiques

1. World Health Organization. World malaria report 2024. Available from: <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2024>
2. World Health Organization. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Available from: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241564991>
3. Bocoum FY, Belemsaga D, Adjagba A, Walker D, Kouanda S, Tinto H. Malaria prevention measures in Burkina Faso: distribution and households expenditures. *Int J Equity Health*. 2014 Nov 7;13:108.
4. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Annuaire statistique du ministère de la santé 2016-2024. [sante.gov.bf](http://cns.bf/spip.php?id_rubrique=17&page=publdetails). Available from: http://cns.bf/spip.php?id_rubrique=17&page=publdetails
5. Cisse M, Sangare I, Lougue G, Bamba S, Bayane D, Guiguemde RT. Prevalence and risk factors for *Plasmodium falciparum* malaria in pregnant women attending antenatal clinic in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *BMC Infect Dis*. 2014 Nov 19;14:631.
6. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIM Evid Synth*. 2022 Apr 1;20(4):953-68.
7. Cisse M, Diallo AH, Somé DA, Poda A, Awandare AG, Guiguemde TR. Association of placental *Plasmodium falciparum* parasitaemia with maternal and newborn outcomes in the periurban area of Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Parasitology Open*. 2016 Jan;2:e15.
8. Zango SH, Lingani M, Valea I, Samadoulougou OS, Bihoun B, Lankoande D, et al. Association of malaria and curable sexually transmitted infections with pregnancy outcomes in rural Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Oct 27;21(1):722.
9. Lingani M, Zango SH, Valéa I, Somé G, Sanou M, Samadoulougou SO, et al. Low birth weight and its associated risk factors in a rural health district of Burkina Faso: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Mar 21;22(1):228.
10. Lingani M, Zango SH, Valéa I, Sanou M, Ouoba S, Samadoulougou S, et al. Prevalence and risk factors of malaria among first antenatal care attendees in rural Burkina Faso. *Trop Med Health*. 2022 Jul 25;50(1):49.
11. Rouamba T, Samadoulougou S, Ouédraogo M, Hien H, Tinto H, Kirakoya-Samadoulougou F. Asymptomatic malaria and anaemia among pregnant women during high and low malaria transmission seasons in Burkina Faso: household-based cross-sectional surveys in Burkina Faso, 2013 and 2017. *Malar J*. 2021 May 1;20(1):211.
12. Lingani M, Zango SH, Valéa I, Bonko MDA, Samadoulougou SO, Rouamba T, et al. Malaria and curable sexually transmitted and reproductive tract coinfection among pregnant women in rural Burkina Faso. *Trop Med Health*. 2021 Nov 4;49(1):90.
13. Natama HM, Moncunill G, Rovira-Vallbona E, Sanz H, Sorgho H, Aguilar R, et al. Modulation of innate immune responses at birth by prenatal malaria exposure and association with malaria risk during the first year of life. *BMC Med*. 2018 Nov 2 [cited 2025 Sep 20];16:198.
14. Das JK, Lakhani S, Rahman AR, Siddiqui F, Ali Padhani Z, Rashid Z, et al. Malaria in pregnancy: Meta-analyses of prevalence and associated complications. *Epidemiol Infect*. 2024 Feb 13;152:e39.
15. Minwuyelet A, Yewhalaw D, Siferih M, Atenafu G. Current update on malaria in pregnancy: a systematic review. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2025 May 22;11(1):14.

Surveillance des maladies à potentiel épidémique et événements d'intérêt en santé publique : situation épidémiologique de l'année 2025 au Burkina Faso

Auteurs : BARRY O¹, KAMBOU F¹, ALBASSA K.¹, SAWADOGO L¹, DAOUROU P¹, BONKOUNGOU V¹, OUEDRAOGO B¹, KAFANDO L¹, OUEDRAOGO H. S¹, ILBOUDO A.K², SOUBEIGA Y.J³

Affiliations :

1. Direction de la protection de la santé de la population, Ministère de la santé, Burkina Faso
2. Laboratoire national de référence grippe (LNR-G), Institut de recherche en science de la santé, Burkina Faso
3. Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé, Burkina Faso.

Introduction

La surveillance en santé publique est l'identification, la collecte, la compilation, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues des données sur la survenue de maladies et d'événements de santé publique afin de prendre des mesures opportunes et solides [1].

Cette surveillance a deux composantes majeures notamment la surveillance basée sur les indicateurs (SBI) et la surveillance basée sur les événements (SBE). Ainsi, ce système d'alerte précoce permet de détecter à temps, de notifier et répondre de façon adéquate à la survenue de toute maladie ou événements d'intérêt en santé publique.

Au Burkina Faso, vingt-trois (23) maladies et événements sont sous surveillance systématique et notifiés chaque semaine à travers le Télégramme Lettre Officiel Hebdomadaire (TLOH).

La présente situation épidémiologique est une synthèse des maladies à potentiel épidémique et événements de santé publique enregistrés au cours de l'année 2025 (Semaine 1 à 52) au Burkina Faso.

I. Méthodes

La situation épidémiologique est faite sur la base de l'exploitation des données collectées dans le TLOH, la plateforme électronique de surveillance du Système de Traçabilité des données épidémiologiques et des échantillons de laboratoire (STELab) au Burkina Faso et du Ms-Surveillance de l'année 2025. Il s'agit des cas suspects, probables et confirmés des maladies à potentiel épidémique et des événements inhabituels de santé publique notifiés par les 70 districts du pays au cours de l'année 2025.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel® version 2019 et le logiciel QGIS 3.16. Des indicateurs ont été calculés et des courbes de tendance

ont été tracées. Les règles de confidentialité ont été respectées lors de l'utilisation des données.

II. Synthèse de la situation épidémiologique de l'année 2025 au Burkina Faso

2.1. Situation de la transmission des données par les structures sanitaires

La complétude globale de la transmission des données était de 88,70 % pour les formations sanitaires publiques et de 96,66% pour les structures sanitaires privées comme représenté dans les figures n°1 et n° 2 suivantes.

ARTICLES COMPLETS

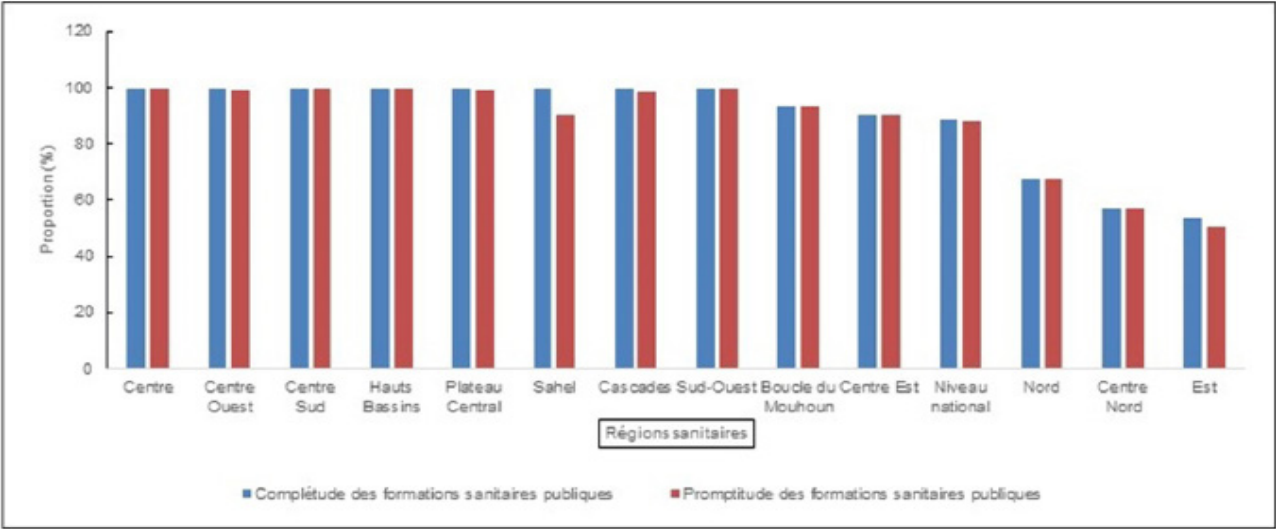


Figure 1 : complétude et promptitude des formations sanitaires publiques par région au cours de l'année 2025 au Burkina Faso

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

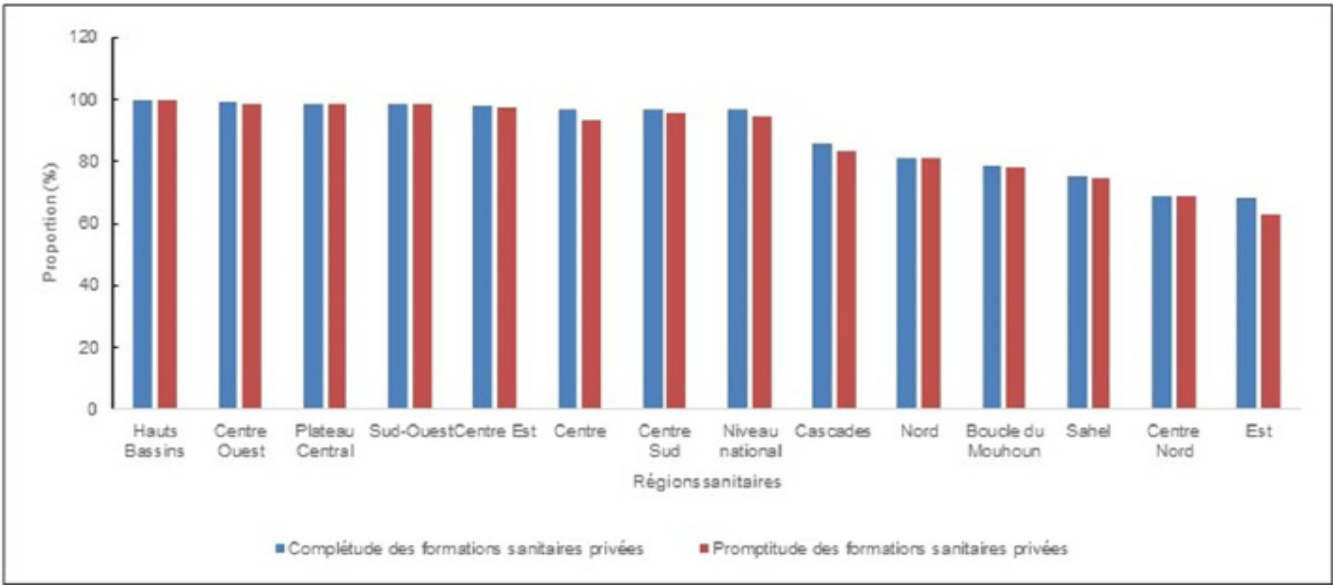


Figure 2 : complétude et promptitude des formations sanitaires privées par région au cours de l'année 2025 au Burkina Faso

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

2.2. Situation de la notification des principales maladies et événements sous surveillance

Au cours de l'année 2025, 376 776 cas de paludisme grave avec une létalité de 0,39% ont été enregistrés. Cinq (5) cas de tétanos néonatal dont deux (2) décès ont été notifiés dans le pays.

Le tableau 1 présente la situation des principales maladies et événements sous surveillance au cours de l'année 2025.

Tableau 1 : principaux événements et maladies sous surveillance enregistrés au cours de l'année 2025 au Burkina Faso.

ARTICLES COMPLETS

Maladies	Cas	Décès	Létalité (%)
Paludisme grave	376 776	1480	0,39
Dengue probable	17 699	32	0,18
Syndromes grippaux	17406		
IRAS*	5244	235	4,48
Ictère fébrile	1668	18	1,08
Rougeole	4099	9	0,22
PFA **	1277	2	0,16
Méningite	2052	70	3,41
Diarrhée sanguinolente	567	0	0
Tétanos néo natal	5	2	40,00
Décès maternels		932	
Décès néo nats précoces		6952	

*Infection respiratoire aiguë sévère **Paralysie flasque aiguë

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

2.3. Situation de la rougeole

Le Burkina Faso est fréquemment confronté à des flambées de cas de rougeole. Un total de 4 099 cas suspects avec 9 décès a été notifié au cours de l'année 2025. La répartition des cas des décès enregistrés par région est présentée dans la figure suivante.

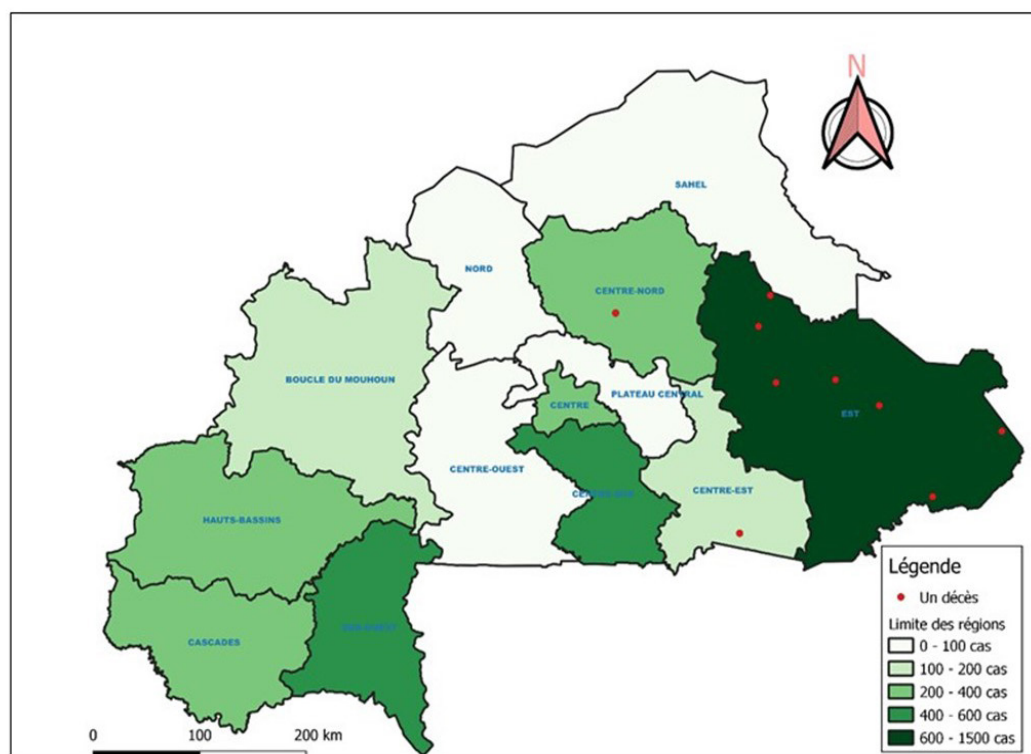


Figure 3 : répartition des cas suspects et décès de rougeole au cours de l'année 2025 dans les régions sanitaires du Burkina Faso

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

ARTICLES COMPLETS

Les quinze (15) districts ayant enregistré des foyers actifs de rougeole au cours de l'année 2025 sont représentés dans la figure suivante.

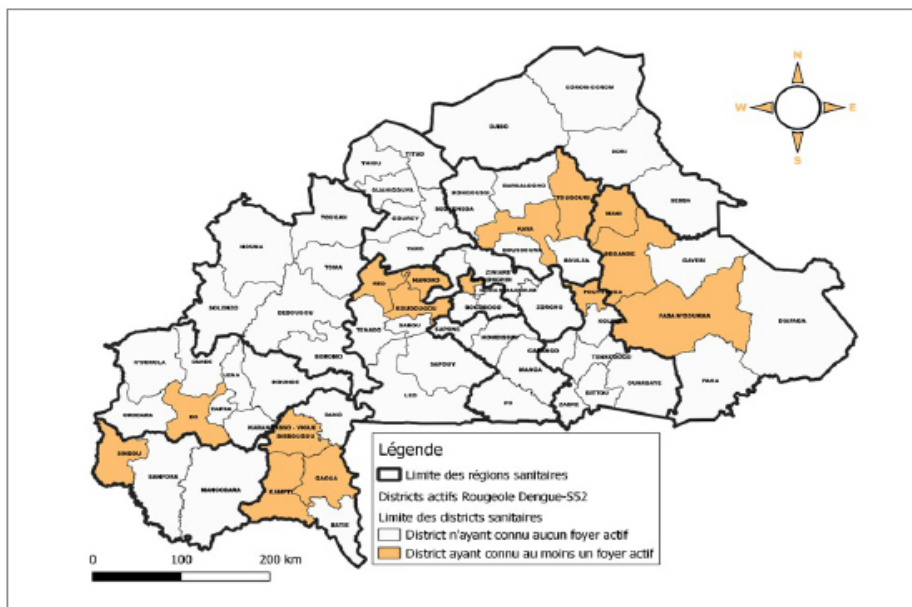


Figure 4 : représentation des districts ayant enregistré au moins un foyer actif au cours de l'année 2025 au Burkina Faso

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

2.4. Situation de la dengue

Au cours de l'année 2025, un total de 17 699 cas probables de dengue dont 32 décès (32,33%) a été enregistré à l'échelle du pays. Les régions ayant enregistré le plus grand nombre de cas probables au cours de l'année 2025 étaient le Centre et les Hauts Bassins comme illustré dans la figure ci-après.

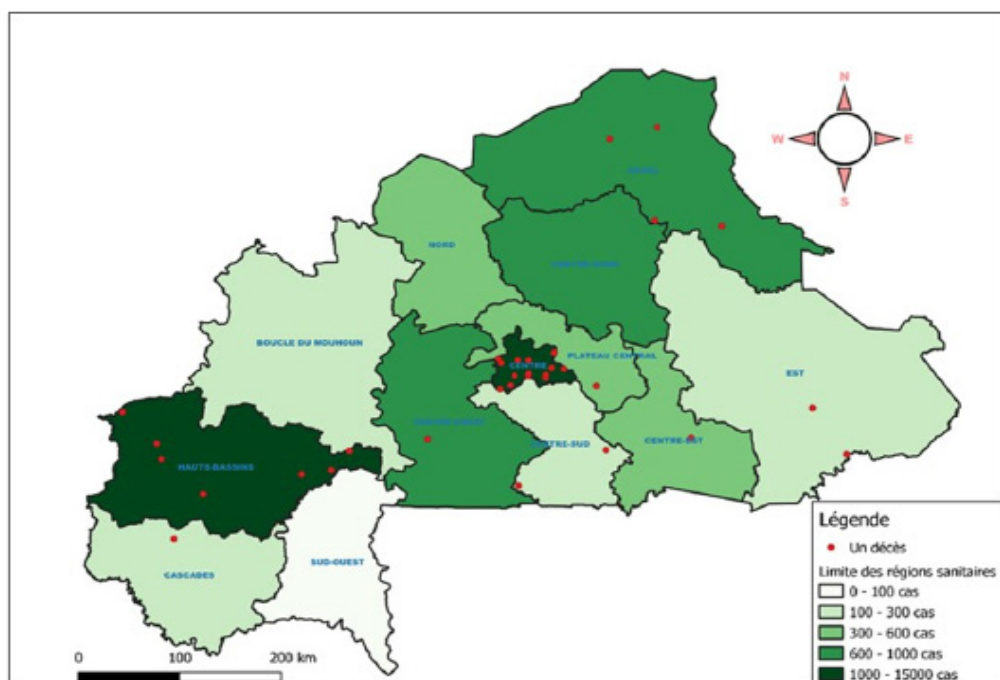


Figure 5 : répartition des cas probables et décès de dengue selon les régions sanitaires du Burkina Faso en 2025

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

ARTICLES COMPLETS

Au total, 556 ont été analysés au laboratoire national de référence Fièvre hémorragique virale (LNR-FHV) dont 537 négatifs et 19 positifs (DEN2= 12 et DEN1= 7). Un échantillon a été positif au virus Chikungunya. La courbe évolutive des cas probables de dengue de l'année 2025 est illustrée dans le graphique suivant.

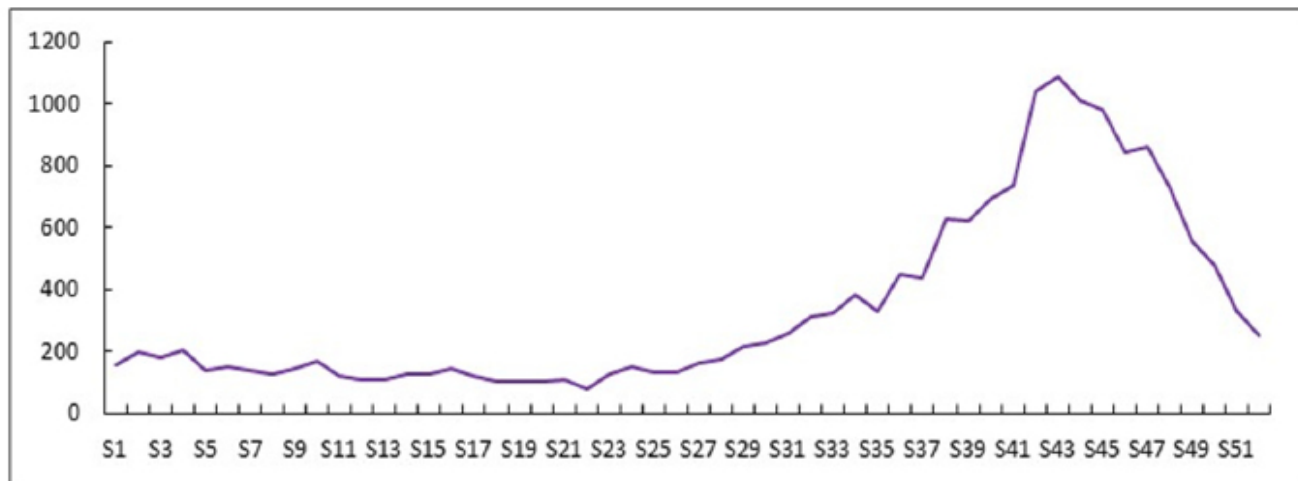


Figure 6 : évolution des cas probables de dengue par semaine de l'année 2025 au Burkina Faso.

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

2.5. Situation des infections respiratoires aiguës

Les formations sanitaires du pays ont notifié 17 406 cas de syndromes grippaux et 5 244 cas d'infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) dont 235 décès.

Dans le cadre de la surveillance sentinelle, au total, 2 218 échantillons ont été prélevés, parmi lesquels, 2 095 (94,45%) ont été analysés au laboratoire national de référence grippe (LNR-G).

Parmi ces échantillons, 327 se sont révélés positifs à

l'influenza, soit un taux de positivité de 15,61% dont 293 cas d'influenza A et 34 cas d'influenza B-Victoria. Les sous types de l'influenza A étaient composés de 183 cas de AH1N1pdm09 et de 110 cas de AH3. Aussi, 54 cas de COVID-19 ont été détectés, représentant 2,58% des échantillons analysés. Le niveau de saisonnalité modérée de la grippe a été franchi à partir de la semaine n°48 de l'année 2025 (Figure 7).

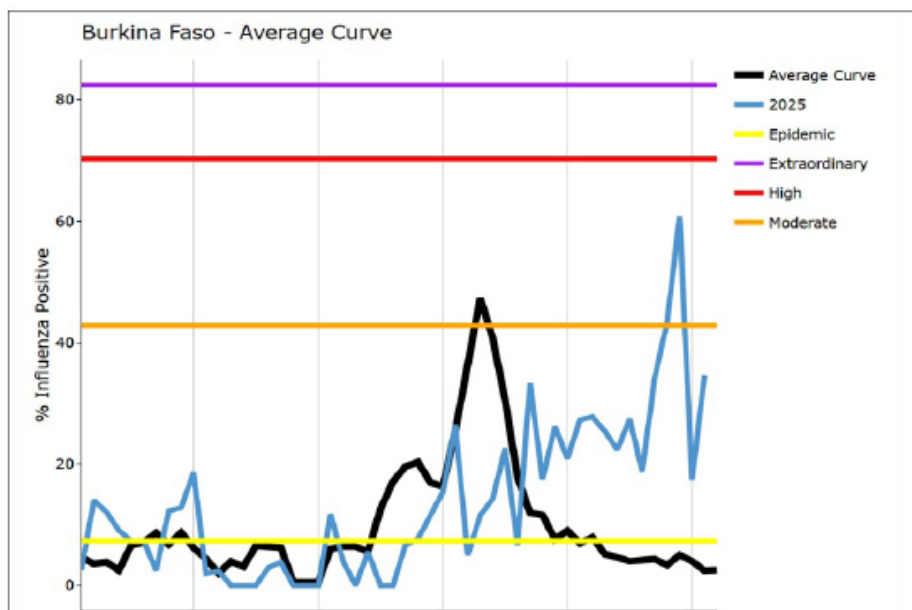


Figure 7 : Courbe épidémique des seuils de la grippe au Burkina Faso en 2025, avec la méthode des courbes moyenne de l'OMS

Source : RespiMart/OMS-Burkina

ARTICLES COMPLETS

2.6. Situation de la méningite

Un total de 2 052 cas de méningite avec une létalité de 3,41% a été enregistré. Cinq (5) districts sanitaires (Batié, Bogandé, Gaoua, Gorom-Gorom, Karangasso-Vigué) ont franchi les seuils d'alerte au cours de l'année 2025. Sur l'ensemble des cas, 1 372 échantillons ont été analysés dont 160 positifs (11,66%) à la PCR. Les germes les plus prédominants étaient le *S. pneumoniae* et le NmC comme illustré dans la figure 8.

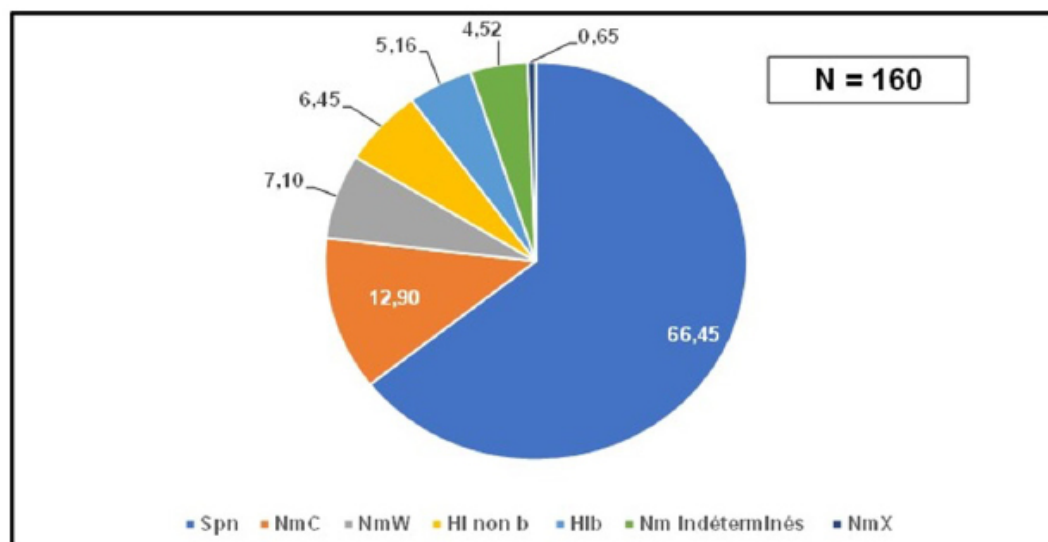


Figure 8 : répartition des germes de méningite analysés à la PCR au cours de l'année 2025 au Burkina Faso.
Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

2.7. Situation des ictères fébriles

Un total de 1 668 cas avec une létalité de 1,08% a été notifié au cours de l'année 2025. A l'issue de l'analyse biologique des échantillons des cas d'ictère fébrile et de la classification finale, des cas probables et confirmés de fièvre jaune ont été enregistrés. Les incidences régionales de la fièvre jaune sont représentées dans la figure suivante.

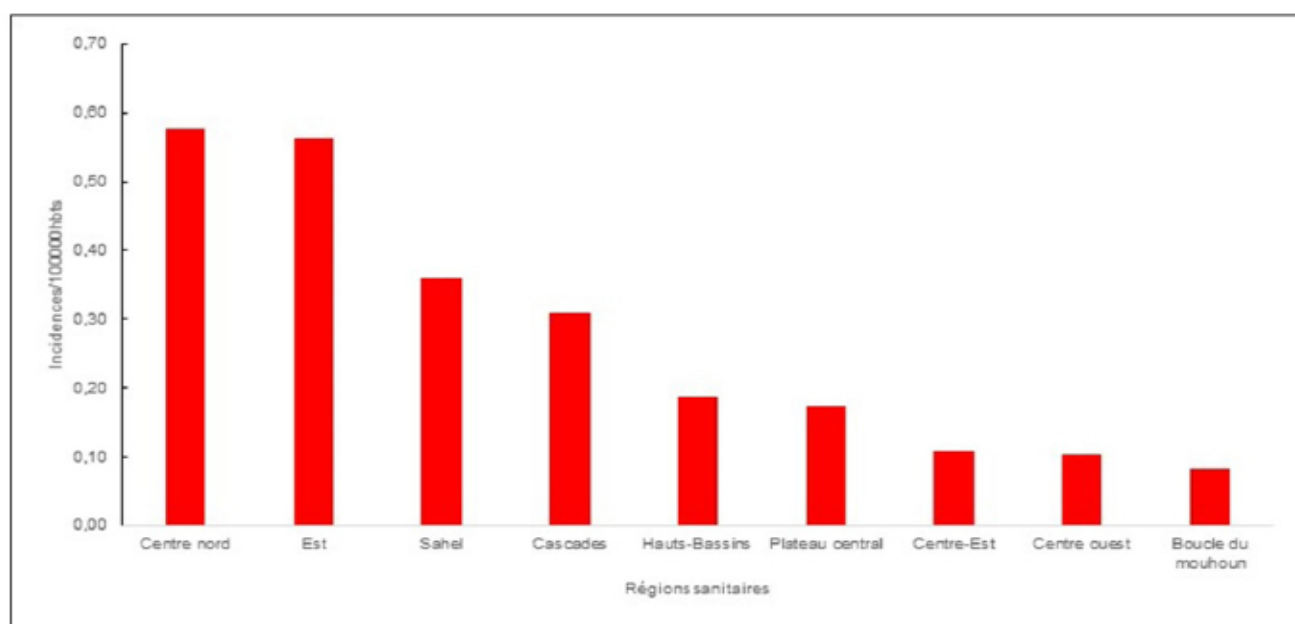


Figure 9 : répartition des incidences régionales de la fièvre jaune de l'année 2025 au Burkina Faso
Source : Données DPSP, Burkina Faso 2025

ARTICLES COMPLETS

2.8. Situation des événements inhabituels de santé publique

Au cours de l'année 2025, la surveillance basée sur les événements a permis de notifier 34 événements inhabituels sur l'ensemble du pays. Ces événements sont répartis dans la figure 10 ci-après.

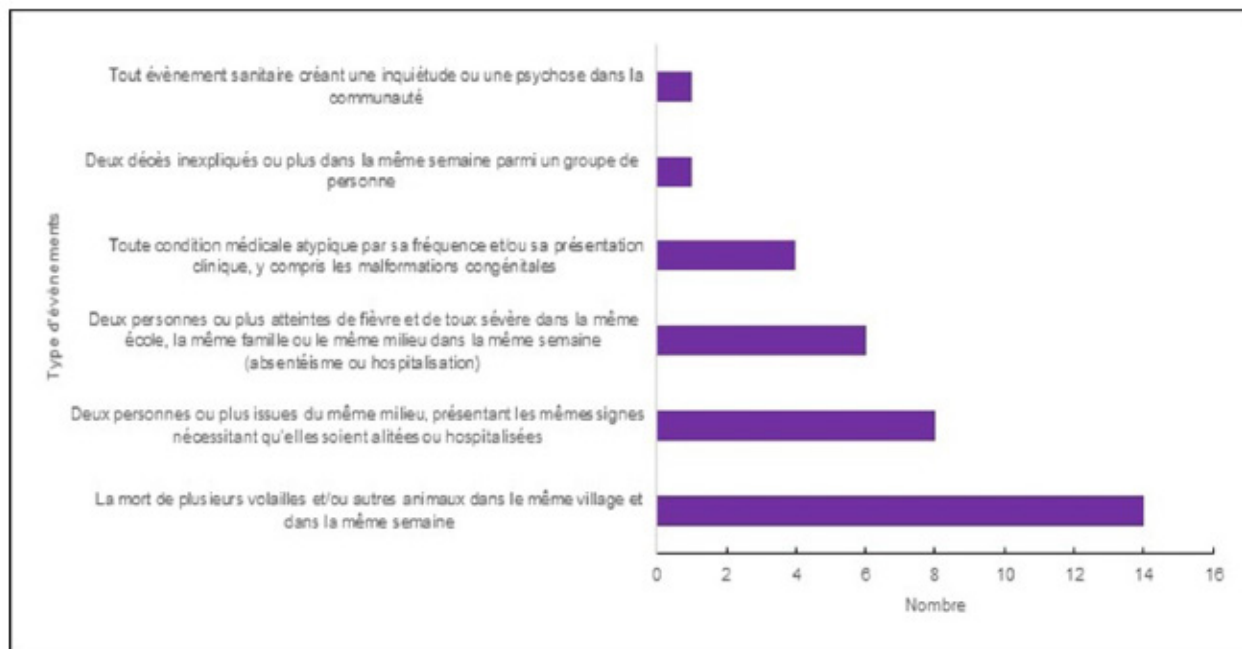


Figure 9 : répartition des incidences régionales de la fièvre jaune de l'année 2025 au Burkina Faso
Source : Données DPSP, Burkina Faso 2025

2.9. Situation de la surveillance rapide de la mortalité y compris les décès maternels et néo-natal précoces.

Un total de 35 651 décès a été notifié à travers la plateforme Ms-Surveillance. L'évolution de la notification des décès montre un pic à la semaine n°10 comme suit dans le graphique.



Figure 11 : courbe évolutive des décès notifiés de la semaine n°1 à la semaine n°52 de l'année 2025 au Burkina Faso (n=35 651)

Source : données DPSP, 2025

ARTICLES COMPLETS

Les principales causes de décès maternels étaient l'hémorragie extériorisée (44,77%) et l'HTA/Pré-éclampsie/éclampsie (26,78%) comme présenté dans la figure suivante.

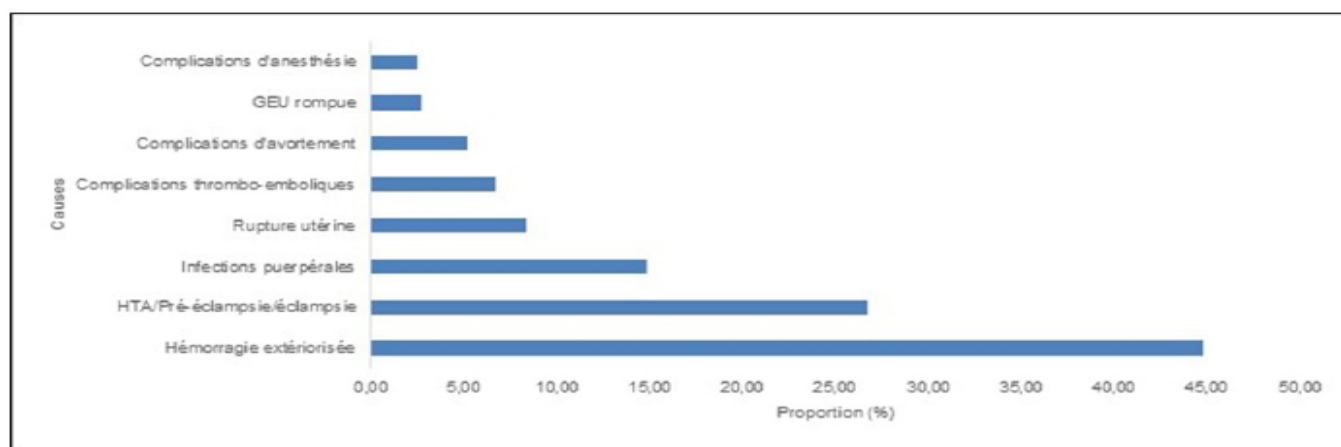
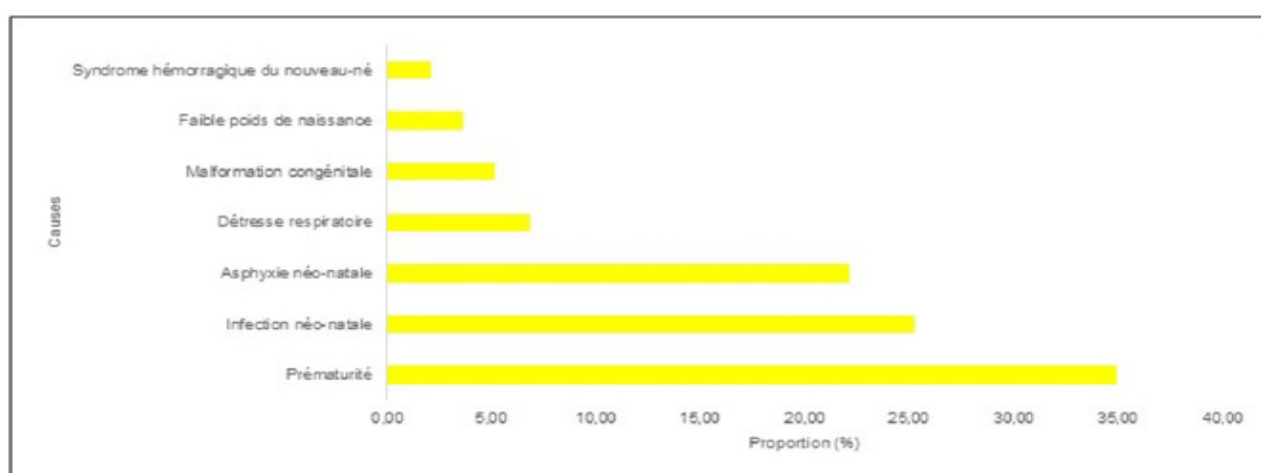


Figure 12 : répartition des causes décès maternels au Burkina Faso au cours de l'année 2025

Source : Données TLOH, Burkina Faso 2025

Les principales causes de décès néo-natals précoces étaient la prématurité (34,91%) et les infections néo-natale (25,23%) comme mentionné dans la figure suivante.



I. Commentaires

Les faibles complétudes dans la transmission du TLOH sont constatées principalement dans les régions d'accès difficile (Nord, Est, Centre Est et Centre Nord). Elles s'expliquent par les fermetures et les fonctionnements à minima de certaines formations sanitaires périphériques.

La situation épidémiologique du Burkina Faso en 2025 a été principalement marquée par la survenue de cas de rougeole, de dengue, d'infections respiratoires aiguës sévères (IRAS), de fièvre jaune, de méningite et de tétanos néonatal. Cette situation s'explique en partie par les déplacements internes de populations, qui favorisent la circulation des agents pathogènes. Par ailleurs, les difficultés d'accès aux services de santé dans certaines zones ont contribué

à la persistance de lacunes immunitaires, favorisant ainsi la réémergence de maladies évitables par la vaccination.

Aussi des investigations ont été menées pour confirmer les flambées (rougeole, méningite) et mettre en place les mesures de riposte adéquate. En effet, des campagnes de vaccination réactive localisées dans la région de l'Est contre la rougeole ont été réalisées. La surveillance a permis également de détecter des cas de fièvre jaune dans plusieurs districts sanitaires. Cette situation traduit la persistance du risque et la vulnérabilité des populations face à cette maladie. Suite à la confirmation de ces cas, le pays a organisé, en septembre 2025, une campagne de vaccination réactive contre la fièvre jaune dans ces districts (Dandé, Fada-N'Gourma, Kaya, Sindou).

ARTICLES COMPLETS

Pour répondre au franchissement de seuil de la grippe, une investigation épidémiologique a été menée par la Direction de la protection de la santé de la population dans les régions sanitaires du Centre et des Hauts-Bassins (régions les plus touchées) du 11 au 23 décembre 2025 et des actions de santé publique entreprises (le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës à travers une note d'interpellation du Secrétaire Général aux Directeurs régionaux de la santé et Directeurs généraux des hôpitaux, la dotation des directions régionales de la santé en affiches de sensibilisation sur les infections respiratoires aiguës, la diffusion des messages en vue de faire face à la flambée de cas d'infection respiratoire, la mise à disposition des sites sentinelles d'intrants pour la collecte et le transport des échantillons biologiques, la sensibilisation des populations par les ASBC sur les mesures de protection contre les infections respiratoires aiguës).

La surveillance basée sur les événements (SBE) a

contribué au système d'alerte précoce par la détection et la notification d'événement de santé publique. Ces événements inhabituels ont été investigués par des équipes multisectorielles et pluridisciplinaires.

Pour la surveillance rapide de la mortalité, on a constaté une augmentation de décès rapporté en 2025 comparativement à l'année 2024.

Conclusion

Le système d'alerte précoce est fonctionnel malgré le défi sécuritaire auquel est confronté le Burkina Faso. La situation épidémiologique de l'année 2025 a été marquée par des flambées de rougeole et des cas confirmés de fièvre jaune dans plusieurs districts sanitaires. Des mesures de riposte ont été apportées.

Références bibliographiques

1. Ministère de la santé, Guide technique de surveillance intégrée de la maladie et la riposte, 3ème Edition, 2021.

Note de politique

Note de politique

Les prestations des accoucheuses villageoises : un Levier pour sauver la vie du couple mère-enfant dans les zones à accès difficiles.



* Résumé

Au Burkina Faso, les accoucheuses villageoises (AV) jouent un rôle essentiel, particulièrement dans les zones à accès difficiles où les centres de santé fonctionnent à minima ou sont en arrêt de fonctionnement. Elles assistent une grande partie des accouchements en communauté ; ce qui contribue à réduire les décès maternels et néonataux. En effet, en 2024, elles ont réalisé plus de 80 % des accouchements dans certains districts sanitaires (DS). Pour optimiser leur contribution vitale, il faut renforcer leur formation, garantir un approvisionnement régulier en kits hygiéniques et les intégrer dans le profil des acteurs de santé communautaires.

* Faits saillants

- Entre 2022 et 2024, toutes les AV identifiées dans les régions du Sahel et du Nord étaient en activité et plus de 83% dans les régions du Centre Nord et de la Boucle du Mouhoun.
- En 2024, les AV avaient réalisé une part prépondérante des accouchements dans le DS de Thiou et près

de la moitié dans les DS de Gorom-Gorom et Barsalogho de 2022 à 2024.

- Parmi les accouchements réalisés par les AV, un faible nombre de décès maternels et néonataux était rapporté.
- Des défis majeurs persistent malgré l'engagement des AV : reconnaissance institutionnelle, insuffisance de formation, d'équipement et d'intrants, de supervision.

Note de politique

* Introduction

La précarité de la situation sécuritaire au Burkina Faso a entraîné une limitation de l'accès aux services de santé de base avec l'arrêt de fonctionnement de certains établissements de santé[1]. Dans ce contexte, les accoucheuses villageoises (AV) jouent un rôle crucial en assurant une part importante des accouchements hygiéniques, des soins néonataux de proximité et des référencement.

Dans le but de mieux appréhender leur contribution et d'identifier les défis auxquels elles sont confrontées, l'Institut national de santé publique (INSP) en collaboration avec ses partenaires a conduit une étude dans les zones à accès difficiles d'octobre 2024 à avril 2025. Cette étude a permis de prouver que, désormais, les AV constituent la première ligne dans l'assistance des accouchements, des soins aux nouveaux nés et le suivi de plusieurs autres activités de santé communautaire dans ces zones[2]. La présente note a pour objectif de démontrer la forte contribution des AV dans le maintien des services essentiels

de santé maternelle et néonatale dans les zones à accès difficiles.

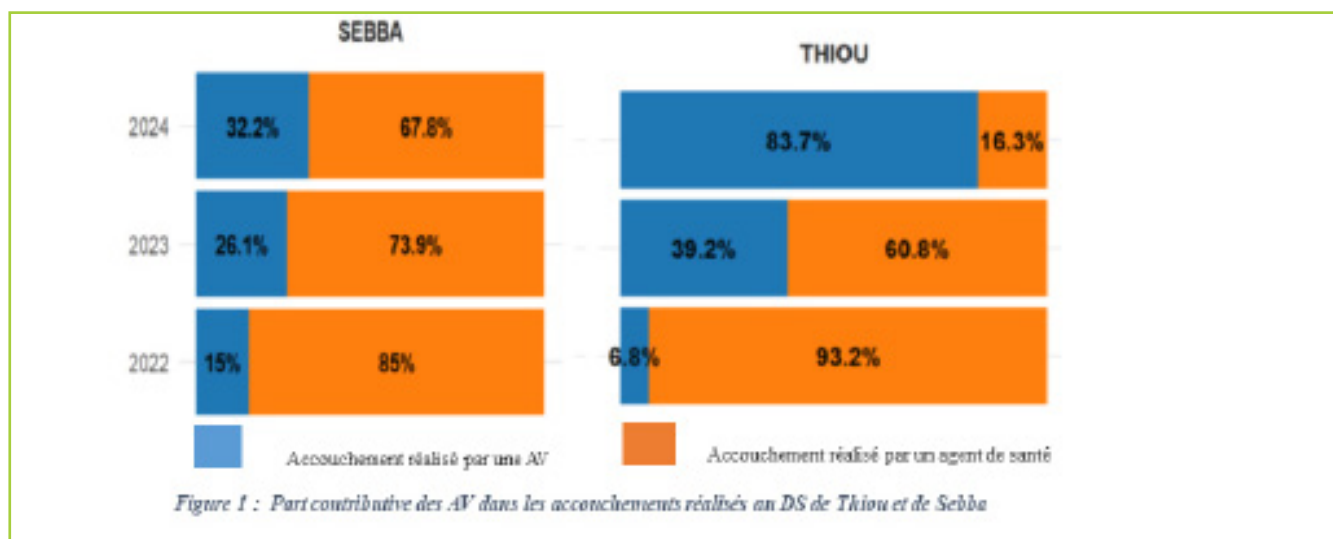
* Approche méthodologique

Une étude mixte (quantitative et qualitative) a été conduite entre octobre 2024 et avril 2025 dans 4 régions sanitaires (Sahel, Centre-Nord, Nord, Boucle du Mouhoun). Il a été réalisé une analyse documentaire et des entretiens auprès de 132 acteurs (AV, agents de santé, bénéficiaires, leaders, partenaires).

* Résultats

- Toutes les accoucheuses villageoises (AV) sont en activité dans les districts sanitaires du Sahel et du Nord et 83,33% dans les districts sanitaires du centre nord et de la Boucle du Mouhoun.

- En 2024, la contribution des accoucheuses villageoises s'est accrue : les accouchements hygiéniques ont doublé au district sanitaire de Sebba et ont été multipliés par 12 au district sanitaire de Thiou par rapport à 2022.



- En 2023, les AV ont réalisé 9059 naissances vivantes et soins aux nouveau-nés dans la région du Sahel.
- 6 décès maternels étaient rapportés parmi les 7437 accouchements réalisés par les AV dans le Sahel en 2024.
- Sur 17 districts, plus de la moitié des AV n'ont pas reçu de formation initiale.
- Les kits d'accouchement sont fournis irrégulièrement par les ONG et les CSPS.
- Les ruptures de stock obligent les AV à recourir à des substituts improvisés (sachets en plastique à la

Note de politique

- Des agents de santé reconnaissent l'apport des AV en ces termes : « Les AV sont incontournables [...] il arrive que les femmes enceintes n'arrivent pas au niveau CSPS pour accoucher d'où maintenant l'intervention des AV au niveau communautaire ». (So311I-PAS, Agent de santé).

- Pour les bénéficiaires, c'est une aubaine l'intervention des AV, une d'entre elle témoigne : « Je pense que c'est bon parce qu'elle nous sauve. Quand tu te lèves trouver que les agents de santé ne sont pas là, elle vient t'accoucher facilement[...]. Elle m'a accouché comme les professionnels de santé ont l'habitude de faire [...] » (KA16IBF).

* Conclusion

Les AV constituent un maillon incontournable pour maintenir la continuité de l'offre des soins de base du couple mère-enfant dans les zones à accès difficiles où les formations sanitaires sont en arrêt de fonctionnement. Cependant, leur potentiel est limité par l'insuffisance de formation, d'équipement, de super-

vision et de reconnaissance institutionnelle.

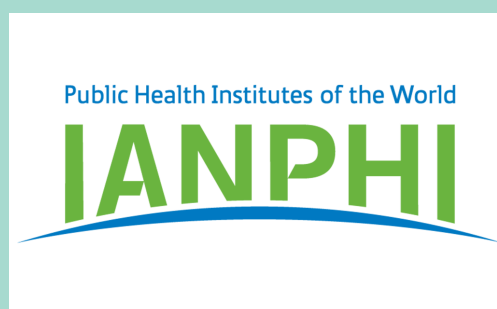
* Recommandations

- Au Ministre de la santé : intégrer les AV comme actrices du système de santé communautaires ; assurer une formation initiale et continue des AV ; garantir un approvisionnement régulier en kit d'accouchement hygiénique.

- Aux PTF : appuyer le ministère de la santé dans la formation des AV et leur équipement.

* Références

1. Bulletin n°3 du cluster santé - mars 2024 - Burkina Faso | SecoursWeb [Internet]. 2024 [cité 19 sept 2025]. Disponible sur : <https://reliefweb.int/report/burkina-faso/bulletin-ndeg3-du-cluster-sante-mars-2024>
2. Institut National de Santé Publique. Accoucheuses villageoises en première ligne dans les zones à défis sécuritaire au BF. 2024.



Pour soumettre un article :
bsp.bf@sante.gov.bf

Pour consulter les éditions du BSP ou les instructions aux auteurs :
<https://www.sante.gov.bf/1>

N°006 Septembre 2025, ISSN : 2756-7419

Copyright, 2025 BSP – BF tous droits réservés