



Profil du Burkina Faso sur la Tuberculose

onsp-sante.bf



Organisation
mondiale de la Santé
Burkina Faso



Liste des auteurs

Equipe de coordination de l'Institut National de Santé Publique (INSP)

Prénom (s) et Nom	Structure/Institution
Hervé Mwinonè HIEN	Direction générale, Institut national de santé publique (INSP)
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)

Equipe de rédaction

Prénom (s) et Nom	Structure/Institution
Adama DIALLO	Programme national de lutte contre la Tuberculose (PNLP)
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Douba NABIE	Institut supérieur des sciences de la population (ISSP)
Eric Ismaël ZOUNGRANA	Programme national de lutte contre la Tuberculose (PNLP)
George ROUAMBA	Réseau accès aux médicaments essentiels (RAME)
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Koudous Jonathan NACRO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Larba LANKOANDE	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Mimbouré YARA	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Moctar SANKARA	Direction des statistiques sectorielles (DSS/MSHP)
Salifou OUEDRAOGO	Programme national de lutte contre la Tuberculose (PNLP)
Samiratou BAMOGO/ OUEDRAOGO	Observatoire national de la santé de la population (ONSP)
Sandrine G. TOE/BASSOLE	Direction générale de l'approvisionnement pharmaceutique (DGAP)
Théophile SANON	Unité de gestion de la performance et de la résultologie (UGPR)

Equipe de personnes ressources

Prénom (s) et Nom	Structure/Institution
Laurent MOYENGA	Organisation mondiale de la santé (OMS)
K. Rose DIASSO/TINGUERI	Organisation mondiale de la santé (OMS)



Mot de Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Le profil du Burkina Faso sur la tuberculose est un produit d'information en santé qui vient compléter d'autres publications statistiques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Il décrit la charge de la maladie, le diagnostic et la déclaration des cas, le traitement, la prévention, la surveillance, la recherche ainsi que le financement de la lutte contre la tuberculose.

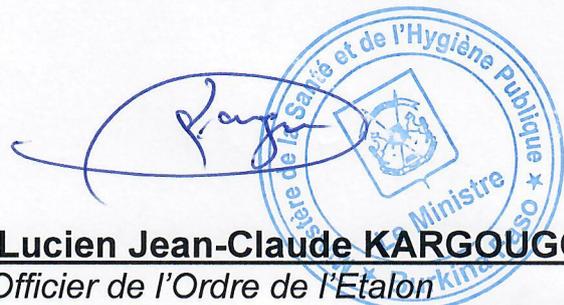
Ce profil pays met à la disposition des décideurs, de la société civile, des communautés et des partenaires au développement, des informations essentielles et constitue une référence pouvant mieux orienter la prise de décision en santé et dans la planification des stratégies de lutte contre la tuberculose. Ainsi, les indicateurs visant l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux pourront être améliorés.

Je félicite les représentants des directions générales, régionales et techniques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des ministères et institutions partenaires de la société civile, qui ont contribué tout au long du processus à l'élaboration de ce profil.

Je félicite en particulier l'institut national de santé publique qui a coordonné les travaux de mise en commun des différentes expertises dans une dynamique multisectorielle. Tout le mérite vous revient d'avoir su mettre en harmonie les résultats des travaux de recherches, d'enquêtes, des systèmes de surveillance démographique et de santé et d'analyses des données du système d'information sanitaire pour produire ce document.

J'adresse mes vifs remerciements aux différents partenaires au développement pour les multiples appuis techniques et financiers déplorés dans le but de mettre fin à la tuberculose. Mes distingués remerciements à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour son soutien inestimable dans la réalisation de cette œuvre.

Convaincu que ce profil sera d'un précieux apport pour les différents acteurs en tant que produit d'information en santé, je vous exhorte à sa lecture et à sa judicieuse exploitation.



Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU

Officier de l'Ordre de l'Étalon



Avant-propos

Le profil du Burkina Faso sur la tuberculose, réalisé par le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) sous le leadership de l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP), Direction technique de l'Institut national de santé publique (INSP), est la première édition du genre.

Ce profil pays présente la charge de la maladie, le diagnostic et la déclaration des cas, le traitement, la prévention, la surveillance, la recherche et le financement de la lutte contre la tuberculose.

L'élaboration du document a impliqué tout au long du processus des acteurs de plusieurs départements ministériels, des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers à qui je traduis toute ma gratitude.

Les différents indicateurs de santé montrent que des progrès notables ont été enregistrés. Néanmoins, au regard du contexte d'insécurité grandissante, le niveau d'accès aux soins par les populations interpelle à plus d'engagement aussi bien de la part des autorités, des communautés, du secteur privé, de la société civile, que des partenaires techniques et financiers.

C'est le lieu pour notre institut de renouveler sa reconnaissance à tous les partenaires du secteur de la santé pour leurs efforts et leurs contributions diverses dans la mise en œuvre de ses missions.

Je nourris l'espoir que ce profil va contribuer à renforcer le système de santé en matière de soins curatifs, préventifs, promotionnels mais aussi en matière de réadaptation, d'amélioration de la couverture sanitaire et d'orientation de la recherche en vue de mettre fin à la tuberculose au Burkina Faso.

Le Directeur Général de l'Institut national de
santé publique

Docteur Hervé Mwinoné HEN
Chevalier de l'Ordre du mérite



Sigles et Abréviations

ARV	Anti-rétro-viral
ASBC	Agent de santé à base communautaire
BAAR	Bacilles acido-alcolo résistants
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CAP	Connaissances attitudes pratiques
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSE	Centre d'informations sanitaires et de surveillance épidémiologique
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNLAT	Centre national de lutte antituberculeuse
CRLAT	Centre régional de lutte antituberculeuse
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DGSP	Direction générale de santé publique
DOTS	Directly Observed Treatment Sort-course
DS	District sanitaire
ECD	Équipe cadre de district
FS	Formation sanitaire
HD	Hôpital de district
INSP	Institut national de santé publique
HHFA	Harmonized Health Facility Assessment
IEC	Information éducation communication
IMC	Indice de masse corporelle
IRSS	Institut de recherche en science de la santé
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
LCR	Laboratoire central de référence
LNR-M	Laboratoire National de Référence de Mycoplasma
MNT	Maladies non transmissibles
MSHP	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
NO ₂	Dioxyde d'azote

OAAS	Organisation ouest Africaine de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
PDV	Perdus de Vue
PNDES	Plan national de développement économique et social
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PvVIH	Personne vivant avec le virus de l'Immunodéficience Humaine
SO ₂	Dioxyde de soufre
TB	Tuberculose
TB-MR/RR	Tuberculose multirésistant/résistance à la rifampicine
TP/CB	Tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WARN-TB	West African Regional Network for Tuberculosis control

Table des matières

Sigles et Abréviations	6	de la tuberculose	28
Liste des tableaux.....	10	3.2.2. Tendance régionale du taux de notification de la tuberculose	28
Liste des graphiques.....	10	3.3. Taux de détection des cas de tuberculose toutes formes confondues	30
INTRODUCTION.....	13	3.4. Nombre de cas de tuberculoses toutes formes confondues	30
1. Organisation du système de santé et la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso.....	17	3.4.1. Tendance nationale du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues	30
1.1. Organisation et fonctionnement du système national de santé	17	3.4.2. Tendance régionale du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues	31
1.2. Organisation de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso.....	18	3.5. Co-infection (TB-VIH, TB-hépatites)	32
1.2.1. Cadre institutionnel et organisationnel du PNT	18	3.5.1. Dépistage et séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux	32
1.2.2. Moyens de lutte contre la tuberculose	19	3.5.2. Dépistage et séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux par région	33
2. Charge de la maladie	21	4. Traitement	35
2.1. Facteurs de risque.....	21	4.1. Taux de succès thérapeutique	35
2.1.1. VIH.....	21	4.2. Taux de succès thérapeutique par région.....	35
2.1.2. Diabète	22	4.3. Issue du traitement de la tuberculose pharmaco sensible	36
2.1.3. Populations du milieu carcéral	22	4.3.1. Tendance de l'issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmaco sensible	36
2.1.4. Enfants de moins de 15 ans.....	22	4.3.2. Issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmaco sensible par région	37
2.1.5. Alcoolisme	22	4.3.3. Issue du traitement de la tuberculose pharmaco résistant	38
2.1.6. Le tabagisme	22	4.3.4. Traitement du VIH chez les patients tuberculeux dépistés séropositifs	39
2.1.7. La pollution.....	23	4.3.5. Traitement du VIH chez les patients tuberculeux dépistés séropositifs par région	40
2.1.8. Miniers	23	4.3.6. Issue du traitement des patients coinfectés de la tuberculose pharmaco-sensible/VIH	41
2.2. Incidence de la tuberculose au Burkina Faso	23	4.4. Capacités opérationnelles des formations sanitaires	42
2.3. Incidence de la TB chez les PvVIH	24	5. Prévention	44
2.4. Prévalence estimée de la TB au Burkina Faso	25		
2.5. Mortalité due à la tuberculose toutes formes au Burkina Faso	25		
2.6. Mortalité due à la tuberculose toute forme confondue en 2021	26		
3. Diagnostic et déclaration de la tuberculose ...	26		
3.1. Moyens de diagnostic	26		
3.1.1. Microscopie	26		
3.1.2. Test Xpert	27		
3.1.3. Line probe assay (LPA)	27		
3.1.4. Culture	27		
3.2. Notification des cas de tuberculose	28		
3.2.1. Tendances nationale du taux de notification			

5.1. Prévention : santé communautaire	44
5.1.1. IEC réalisées par les ASBC	44
5.1.2. IEC réalisées par les OBC	44
5.1.3. Activités de prise en charge communautaire de la tuberculose par les OBC	45
5.2. Moyens de prévention	45
5.2.1. Vaccination	46
5.2.2. Traitement préventif de la tuberculose ..	46
6. Surveillance et recherche	47
6.1. Système de surveillance	47
6.1.1. Organisation du système de surveillance ...	47
6.1.2. Collecte de données	48
6.1.3. Transmission des données	49
6.1.4. Feed-back	49
6.1.5. Assurance qualité des données	50
6.2. Recherche	50
7. Financements	51
Conclusion	53
Références bibliographiques	54
Annexes	56

Liste des tableaux

Tableau 1 : Activités de prise en charge communautaire de la tuberculose par les OBC de 2017 à 2021 41

Tableau 2 : Sources du financement de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso de 2014 à 2021 48

Tableau 3 : principaux indicateurs du Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose 2021-2025 52

Liste des graphiques

Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso 15

Graphique 2 : Incidence de la tuberculose au Burkina Faso de 2012 à 2021 21

Graphique 3 : incidence des nouveaux cas et rechutes de la Tuberculose chez les PvVIH au Burkina Faso de 2012 à 2021 21

Graphique 4 : Cas prévalents de la tuberculose de 2012 à 2014 au Burkina Faso 22

Graphique 5 : Évolution du taux de décès liée à la tuberculose de 2012 à 2021 au Burkina Faso 23

Graphique 6 : Taux de décès due à la tuberculose toute forme confondue selon la région en 2021 23

Graphique 7 : Evolution du taux de notification des cas de tuberculose de 2012 à 2021 au Burkina Faso 25

Graphique 8 : Evolution des taux de notification des cas de tuberculose par région de 2012 à 2021 (1) 26

Graphique 9 : Evolution des taux de notification des cas de tuberculose par région de 2012 à 2021 (2) 27

Graphique 10 : Evolution des taux de détection des cas de tuberculose toute forme confondue de 2012 à 2021 27

Graphique 11 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues de 2012 à 2021 28

Graphique 12 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues par région de 2012-2021 (1) 29

Graphique 13 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues par région de 2012-2021 (2) 29

Graphique 14 : Evolution du taux de dépistage et de séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux de 2012 à 2021 30

Graphique 15 : Evolution du taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par région de 2012 à 2021 (1) 31

Graphique 16 : Evolution du taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par région de 2012 à 2021 (2) 32

Graphique 17 : Evolution du taux de succès thérapeutique de 2015 à 2021 au Burkina Faso 32

Graphique 18 : Taux de succès thérapeutique par région en 2021 33

Graphique 19 : Evolution de l'issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose pharmaco-sensible de 2016 à 2021 34

Graphique 20 : Issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose pharmaco-sensible selon la région en 2021 35

Graphique 21 : Issue du traitement des patients de la tuberculose pharmaco-résistant en 2021 36

Graphique 22 : Tendances nationale de la couverture du traitement aux ARV et au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs 37

Graphique 23 : Tendances régionale de la couverture du traitement aux ARV et prophylaxie au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs de 2012 à 2021 (1) 37

Graphique 24 : Tendances régionale de la couverture du traitement aux ARV et au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs suite 38

Graphique 25 : Issue du traitement des patients coinfectés de la tuberculose pharmaco-sensible/VIH selon la région en 2021 39

Graphique 26 : Disponibilité de l'offre de services pour la lutte contre la tuberculose de 2014 à 2020 40

Graphique 27 : Disponibilité de l'offre de services pour la lutte contre la tuberculose selon la région en 2020 40

Graphique 28 : Évolution des séances d'IEC réalisées par les ASBC et du nombre de personnes touchées par ces séances. 41

Graphique 29 : Évolution des séances d'IEC réalisées par les OBC et du nombre de personnes touchées par ces séances. 42

Graphique 30 : Taux de couverture vaccinale par le BCG de 2012 à 2021 au Burkina Faso. 43

Graphique 31 : Répartition des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas de TB/CB selon la région en 2021 44

Graphique 32 : Système de surveillance de la tuberculose 45

Graphique 33 : Complétude de la saisie des rapports communautaires (ASBC & OBC) sur la Tuberculose et VIH de 2017 à 2021 46

Graphique 34 : Évolution de la proportion des ressources financières affectées au PNT de 2014 à 2021. 49

Synthèse

Charge de la maladie : Bien que l'incidence de la Tuberculose soit en baisse (55 pour 100 000 habitants en 2012 à 45 pour 100 000 habitants en 2021), sa mortalité demeure élevée avec un taux de 8,7% en 2021.

Diagnostic et déclaration de la maladie : Le Burkina Faso dispose de 106 laboratoires assurant la détection des BAAR à la microscopie. Le pays dispose également d'autres outils diagnostic comme des machines GeneXpert (31 réparties dans 29 sites) pour 70 district sanitaires soit un taux de couverture de 44%, le LPA et la culture.

La notification connaît une amélioration en 2021 avec un taux de 33,7% en 2021 pour un seuil de 32%, ainsi que la détection des cas toutes formes confondues (69% en 2021).

En ce qui concerne la co-infection TB-VIH, en 2021 97,4% des patients TB ont été testés pour le VIH (pour une séropositivité de 5,8%). Le système de suivi des patients VIH est marqué cependant par une absence de données de dépistage sur la co-infection TB-Hépatites.

Traitement : En 2021, le taux de succès thérapeutique du traitement antituberculeux est de 80,9%. En terme de capacités opérationnelles des formations sanitaires, la tendance de la disponibilité des services de lutte contre la tuberculose est à la baisse et est passé de 92% en 2014 à 68% en 2020. En 2020, les régions du Centre (25,8%) et des Hauts-Bassins (51,4%) enregistraient la plus faible disponibilité des services de lutte contre la tuberculose.

Prévention : Les acteurs communautaires sont fortement impliqués dans les activités de prévention (134 255 personnes touchées par les séances d'IEC des ASBC, 276 988 personnes touchées par les OBC en 2021).

La couverture vaccinale au BCG est de 116,2% en 2021. Et 79,3% des enfants de moins de 5 ans ayant été en contact avec des cas de TP/CB sont sous traitement préventif de la tuberculose.

Surveillance et recherche : En 2021, la complétude de la saisie des données de TB et VIH par les ASBC et OBC est de 74,1%.

Il paraît nécessaire d'envisager des études sur le délai de diagnostic dû au patient « patient delay », le rapport coût-efficacité de différentes mesures de santé publique contre la tuberculose, les nouveaux schémas thérapeutiques, ou de mener des enquêtes de surveillance de la résistance de *M. tuberculosis* en autres.

Financement : En 2021, 523 519 721 FCFA ont été dépensés pour la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso. La part de l'Etat et des partenaires (Fonds Mondial ...) était respectivement de 10,78%, 89,21% .

INTRODUCTION

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime en 2021 un taux d'incidence de 45 cas de tuberculose (TB) pour 100 000 habitants et une mortalité de la TB chez les VIH négatives à 6,4 pour 100 000 habitants¹. La lutte contre cette maladie est coordonnée par un Programme National de lutte contre la TB, mis en place depuis 1995. Les stratégies de lutte ont été développées avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux en se référant aux orientations et recommandations de l'OMS. Il s'agit en effet de : i) la Stratégie « DOTS » 1995-2005 ; ii) la Stratégie « Halte à la tuberculose » 2006-2015 et iii) la Stratégie « Mettre fin à la tuberculose » 2016-2035.

Malgré les résultats encourageants engrangés dans la lutte contre la tuberculose en termes de diagnostic et de traitement, des défis majeurs demeurent. Ces défis concernent entre autres, la sous notification des cas de tuberculose, les résultats de traitement des malades de la tuberculose, la prise en charge des co-infectés TB/VIH et les résistances aux antituberculeux, la prise en compte des comorbidités (diabète, troubles mentaux) et des facteurs d'expositions (tabagisme, alcoolisme), la mobilisation des ressources financières pour la lutte antituberculeuse.

Toutefois, le plan stratégique 2021-2025 de la lutte contre la TB, articulé autour des trois piliers de la stratégie de l'OMS "Mettre fin à la tuberculose", prend en compte le contexte de déficit sécuritaire et définit des approches adaptées pour favoriser la continuité des services dans les régions touchées par l'insécurité. Il prend également en considération la participation communautaire qui constitue un volet essentiel du système de santé.

Ainsi, l'élaboration du profil du Burkina Faso sur la tuberculose contribue à orienter la planification, la prise de décisions en vue de l'amélioration de l'état de santé de la population et partant du développement du capital humain.

Le présent document se décline en six principales parties que sont : la charge de la maladie, le diagnostic et la déclaration des cas, le traitement, la prévention, la recherche et le financement.

¹ https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22BF%22



1.

Organisation du système de santé et la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso



1. Organisation du système de santé et la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso

1.1. Organisation et fonctionnement du système national de santé

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois (3) niveaux :

- le niveau central est responsable de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Il comprend le cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat général, les directions générales, les directions techniques et transversales ainsi que les structures rattachées. Le programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) est rattaché à la direction générale de santé publique (DGSP) ;
- le niveau intermédiaire est chargé de la coordination et de l'appui aux districts ;
- le niveau périphérique, l'équipe cadre de district (ECD) est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

Sur le plan de l'offre de soins, les structures se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Au niveau du sous-secteur public, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2021, 6 Centres hospitaliers universitaires (CHU) au niveau tertiaire, 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR) au niveau secondaire et au niveau primaire 46 Centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) fonctionnels, 83 Centres médicaux (CM) et 2126 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), 87 dispensaires isolés et 8 maternités isolées². Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (18) et les services de santé des travailleurs.

Le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes : 2 hôpitaux au niveau tertiaire, 9 polycliniques au niveau secondaire, au niveau primaire 95 cliniques, 3 CMA/ Hôpitaux de district (HD), 99 CM, 29 cabinets médicaux, 13 cabinets dentaires, 115 CSPS, 738 autres structures de soins, 240 officines et 668 dépôts pharmaceutiques³.

Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries⁴. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation : (i) le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo.

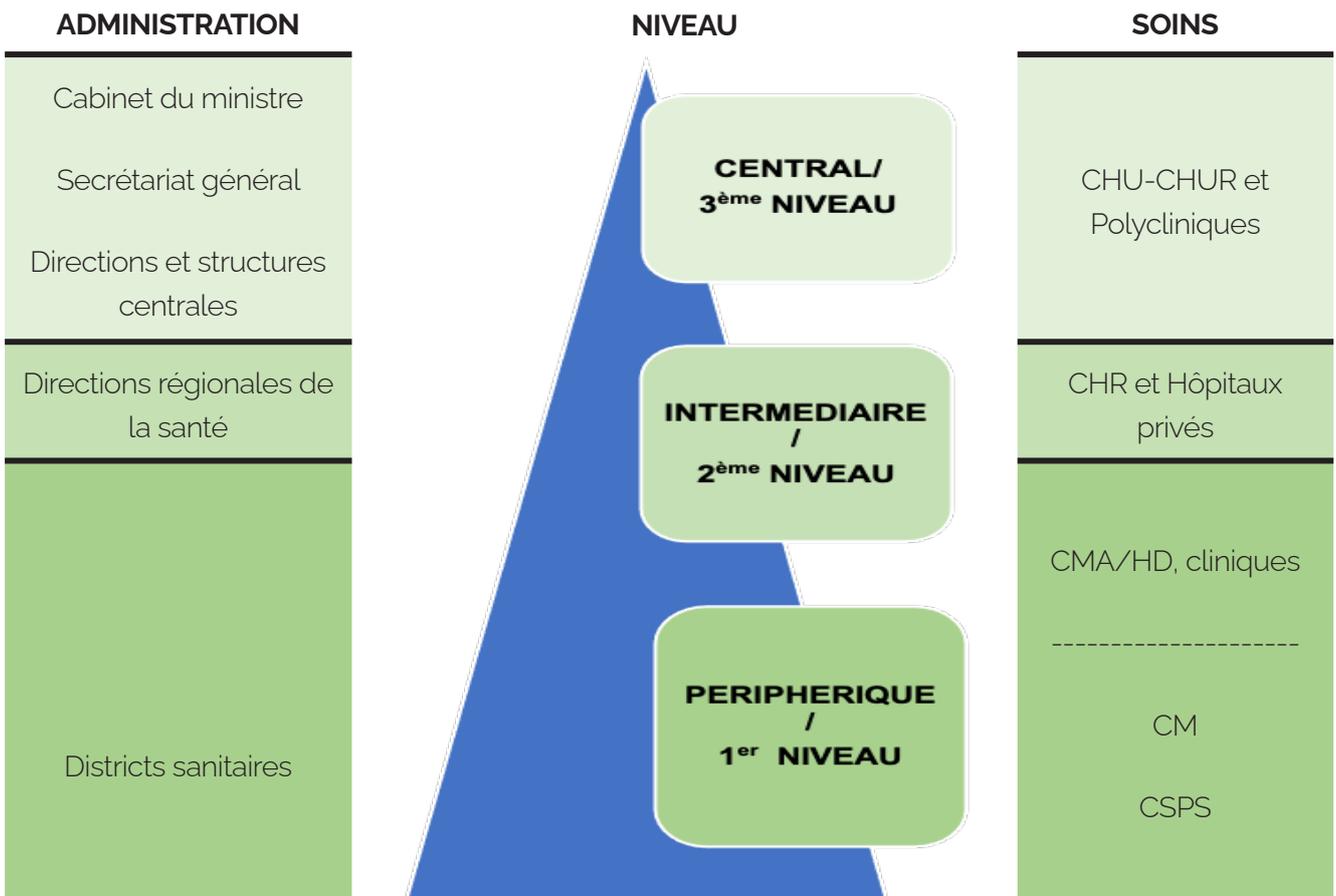
En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), 238 organisations à base communautaire (OBC) et d'autres acteurs de la société civile qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire⁵.

² MSHP Annuaire statistique 2021

³ MSHP Annuaire statistique 2021

⁴ Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles.

⁵ MSHP Annuaire statistique 2021



Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso

1.2. Organisation de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso

1.2.1. Cadre institutionnel et organisationnel du PNT

Le PNT couvre l'ensemble du pays et s'appuie sur l'organisation du système national de santé.

- Niveau central

La coordination nationale est appuyée par un organe consultatif qui est le comité technique de lutte contre la tuberculose. Il traite de sujets techniques tels que les directives de prise en charge, les régimes thérapeutiques, les évaluations et l'analyse des résultats globaux.

Les attributions de cette coordination sont :

- Élaboration et diffusion de directives de lutte contre la tuberculose ;
- Planification des activités de lutte contre la tuberculose ;
- Appui aux niveaux intermédiaire et périphérique dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ;
- Établissement d'un système de notification des cas de tuberculose ;
- Assurance de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments, des réactifs, des consommables et des équipements de laboratoire ;
- Coordination des activités du réseau de laboratoires ;
- Promotion du programme et de la recherche opérationnelle ;

- Assurance des liaisons administratives nécessaires au bon fonctionnement du programme ;
- Contribution à la mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose ;
- Évaluation régulière du programme.

- Niveau intermédiaire

La coordination est assurée par la Direction régionale en charge de la santé (DRS) à travers le Service de lutte contre la maladie et de la protection des groupes spécifiques (SLM/PGS).

- Niveau périphérique

Il est représenté par le district sanitaire (DS). L'équipe cadre du district (ECD) assure la coordination et l'organisation de la mise en œuvre des activités au niveau du district.

Le centre de diagnostic et de traitement (CDT) est l'entité opérationnelle de la lutte antituberculeuse. Il assure le diagnostic et la prise en charge des cas de tuberculose. Le CSPS est l'entité qui assure l'identification des malades présumés, la collecte et la transmission des crachats, la référence, de même que le suivi des patients mis sous traitement par les CDT.

Afin de remédier aux contre-performances de co-infection Tuberculose-VIH, le pays a pris l'option d'opérer des changements majeurs en mettant en œuvre un modèle de prise en charge à travers un guichet unique (ONE STOP SHOP) où le patient avec ses deux maladies sera pris en charge au niveau d'une même formation sanitaire (FS) par le même prestataire et en même temps. Cette approche est en phase d'opérationnalisation dans les FS.

- Participation communautaire à la lutte contre la tuberculose

Sur les 238 OBC ayant contracté un paquet d'activités avec le Ministère de la santé, 111 interviennent dans la lutte contre la TB et le VIH. Ces associations couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes.

1.2.2. Moyens de lutte contre la tuberculose

Cinq moyens sont utilisés pour lutter contre la tuberculose au Burkina Faso. Ce sont :

- Traitement préventif de la TB : Offrir un traitement préventif aux personnes vivant avec le VIH (PvVIH) et aux enfants de moins de 5 ans en contact étroit avec un cas de TB pulmonaire confirmé bactériologiquement dans tous les CDT du pays ;
- Éducation pour la santé : mener des activités de sensibilisation dans les centres de santé avec l'appui des acteurs communautaires et à travers les médias (en particulier les radio locales) ;
- Vaccination au BCG : ce moyen de lutte est appliqué dès la naissance de l'enfant. La couverture vaccinale est de 96,7% en 2021⁶ ;
- Couple dépistage/traitement : les ASBC et OBC (17 648 ASBC et 111 OBC) sont chargés de l'identification des malades présumés et de leur référence, de la recherche des malades Perdus de Vue (PDV) en collaboration avec les tradipraticiens. Les CSPS sont chargés de l'identification des malades présumés, de la collecte et du transport des échantillons, du suivi des malades TB sous traitement, de l'appui et du suivi des ASBC.
- Amélioration des conditions socio-économiques : demeure une priorité nationale à travers le

⁶ Enquête démographique de santé 2021 : Rapport des indicateurs-clés

plan national de développement économique et social (PNDES) ;

Le Burkina Faso dispose de 110 CDT qui offrent le diagnostic et le traitement de la TB, dont deux centres de référence à savoir le centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT) et le centre régional de lutte antituberculeuse (CRLAT), de 29 sites Xpert MTB/RIF répartis dans les 13 régions sanitaires du pays, 13 centres de prise en charge de la TB-résistante fonctionnels en 2022 (dont le CHU Souro SANOU et CHU Yalgado OUEDRAOGO) et d'un laboratoire national de référence des mycobactéries⁷.

⁷ MSHP, Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025

2.

Méthodologie



2. Méthodologie

2.1. Méthode de travail

La rédaction de cette section sur la tuberculose a été faite par un groupe de travail multisectoriel. Le groupe était constitué d'un président, de membres et de deux rapporteurs.

Le président a veillé à une bonne interaction entre les membres du groupe d'une part et la coordination d'autre part. Une charte de rédaction a été mise en place afin d'assurer une production de qualité.

Ce document a été élaboré en quatre étapes :

- la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire ;
- la proposition, la validation du plan et la rédaction ;
- la validation technique et la prise en compte des amendements ;
- la validation nationale.

Une revue documentaire a porté sur les publications scientifiques, les documents et les rapports de recherche non publiés, les politiques de santé, les rapports d'enquêtes et les documents normatifs dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso.

2.2. Sources de données

Les données exploitées sont catégorisées comme suit :

- les documents de politiques et normes sanitaires : Plan national de développement sanitaire (PNDS), Plan stratégique de lutte contre la tuberculose, politique national de gratuité des soins, rapports d'activités annuels;
- les bulletins et rapports des programmes, instituts et projets : rapport des systèmes de surveillance démographique et de santé au Burkina Faso, rapports annuels d'activités ; rapports des comptes de santé,
- les données du Système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- les données des institutions de recherche sur les interventions de lutte contre la tuberculose;
- les données des enquêtes (Enquête démographique et de santé (EDS-BF), Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH)).

2.3. Collecte de données

La procédure de collecte de données a suivi les étapes suivantes : (i) Adoption d'un plan de rédaction ; (ii) Identification des indicateurs ; (iii) Utilisation d'une matrice pour renseigner chaque indicateur. Pour chaque indicateur retenu, la valeur, le niveau de désagrégation, l'année et la source ont été renseignés. Pour les indicateurs possédant plusieurs sources, une seule est retenue. Certains indicateurs ont connu une évolution dans le temps, avec une prise en compte dans les outils de collecte.

2.4. Analyse de données

Une analyse descriptive a été faite. Pour les analyses de tendances, la période de 2012 à 2021 a été considérée. Les valeurs de certains indicateurs ont été désagrégées par région, par groupe d'âge, par sexe et par milieu de résidence et présentées sous forme de tableaux, de graphiques et de cartes.



3

**Charge de la
maladie**



3. Charge de la maladie

Le profil épidémiologique de la tuberculose du pays est marqué par une mortalité élevée (6,4 pour 100 000 habitants chez les VIH négatives) en 2021. Bien que son incidence soit en baisse (55 pour 100 000 habitants en 2012 à 45 pour 100 000 habitants en 2021), elle constitue toujours un véritable enjeu de santé publique⁸.

3.1. Facteurs de risque

Les facteurs de vulnérabilité sont essentiellement la baisse de l'immunité, l'accès limité à l'offre de soins, l'exposition importante à la transmission de la tuberculose. Aussi, les principaux groupes vulnérables à la tuberculose sont les PvVIH, les miniers, les diabétiques, la population carcérale, les enfants de moins de 15 ans, les fumeurs, les alcooliques^{9 10}. Le tabac, l'alcool, le diabète et un faible indice de masse corporelle (IMC) sont des facteurs de risque individuels, mais leur combinaison est associée à un risque triple ou quadruple de développement d'une tuberculose active récente¹¹.

3.1.1. VIH

Les co-infections TB et VIH font peser un lourd fardeau sur les systèmes de soins de santé et posent des défis diagnostiques et thérapeutiques particuliers. L'infection par le VIH est le plus puissant facteur de risque connu prédisposant à l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* et à la progression vers une maladie active, ce qui multiplie par 20 le risque de réactivation de la tuberculose latente^{12 13 14}.

3.1.2. Diabète

Le diabète affaiblit le système immunitaire du patient et peut faire progresser une tuberculose latente au stade de tuberculose maladie¹⁵.

3.1.3. Populations du milieu carcéral

Au Burkina Faso, l'effectif des personnes détenues est en augmentation au fil des années. Selon l'annuaire statistique 2021 du Ministère en charge de la justice, cet effectif est passé de 5 035 en 2012 à 8 369 en 2021, soit une augmentation de 66%¹⁶. Cette augmentation des effectifs engendre une surpopulation carcérale, une promiscuité extrême avec de nombreuses conséquences sur la santé physique et mentale des détenus. Les conditions de détention ainsi présentées exposent les détenus à de nombreuses pathologies notamment respiratoires. Le risque d'épidémies est à craindre à tout moment dans ces conditions.

3.1.4. Enfants de moins de 15 ans

Sur le plan épidémiologique, l'enfant se contamine toujours au contact d'un adulte tuberculeux pulmonaire bacillifère. En revanche, il est rarement contagieux (en particulier si ayant moins de 5 ans) du fait de la faible densité en mycobactéries, la bacilloscopie est donc souvent négative. Les conséquences cliniques qui en résultent sont les difficultés diagnostiques avec le risque de formes graves.

⁸ https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22BF%22

⁹ Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025 au Burkina Faso

¹⁰ Lonnroth K et al (2009) Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants

¹¹ Patra J. et al. (2014) Tobacco smoking, alcohol drinking, diabetes, low body mass index and the risk of self-reported symptoms of active tuberculosis: individual participant data (IPD) meta-analyses of 72,684 individuals in 14 high tuberculosis burden countries

¹² Pawlowski A et al. (2012) Tuberculosis and HIV co-infection

¹³ Méda, Z. C., et al. (2013). «Facteurs de risque de l'infection tuberculeuse chez les patients atteints du VIH/sida au Burkina Faso». *AIDS Res Hum Retroviruses* 29(7) : 1045-1055.

¹⁴ Poda, A., et al. (2014). « Facteurs prédictifs de survenue de la tuberculose chez les adultes infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) »

¹⁵ Gavelli F, Patrucco F. Diabetes and tuberculosis: A closer and closer relationship. *Clin Respir J*. 2018 Nov;12(11):2622-2623. doi: 10.1111/crj.12962. Epub 2018 Oct 24. PubMed PMID: 30246931

¹⁶ Ministère de la justice et des droits humains – Annuaire statistique 2021

3.1.5. Alcoolisme

Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont très variables. La consommation nocive d'alcool figure parmi les cinq principaux facteurs de risque de maladie, d'invalidité et de décès, et constitue un facteur causal dans plus de 200 maladies et blessures, dont la tuberculose, dans le monde entier. On estime qu'environ 10 % de tous les cas de tuberculose sont attribuables à la consommation d'alcool¹⁷. L'abus d'alcool influence non seulement l'incidence de la tuberculose mais aussi son évolution clinique et son résultat.

3.1.6. Tabagisme

Le tabagisme constitue un facteur de risque d'infection, de maladie et de décès dus à la tuberculose. Même l'exposition au tabagisme passif peut augmenter le risque d'infection et de maladie chez les adultes et les enfants exposés à la tuberculose. La fumée de tabac, de par les altérations des défenses du poumon contre l'infection par *Mycobacterium tuberculosis*, est un des facteurs augmentant le risque de tuberculose (1,7 à 3,2). Compte tenu de l'augmentation de la consommation de tabac dans les pays en développement, où la prévalence de la tuberculose est la plus élevée, le tabagisme pourrait être responsable d'une grande partie de la charge de morbidité¹⁸.

3.1.7. Pollution

La pollution de l'air ambiant est un facteur de risque environnemental de maladie dans le monde. Les polluants atmosphériques peuvent augmenter le risque de certaines infections respiratoires. L'exposition à long terme aux particules d'un diamètre aérodynamique $\leq 10 \mu\text{m}$ (PM10), au dioxyde de soufre (SO₂) et au dioxyde d'azote (NO₂) est associée à l'incidence de la tuberculose, respectivement avec un risque de 1,06, 1,01 et 1,01¹⁹.

3.1.8. Miniers

Des méta-analyses d'études faites dans des pays d'Afrique Subsaharienne ont montré qu'une augmentation de la production minière correspond à une augmentation d'environ 33% de l'incidence de la tuberculose plus qu'en population générale²⁰. Les mineurs présentent un risque de 2,7 de développer la tuberculose²¹.

3.2. Incidence de la tuberculose au Burkina Faso

L'incidence de la tuberculose au Burkina Faso est passée de 55 cas pour 100 000 habitants en 2012 à 45 pour 100 000 habitants en 2021 (Graphique 2)²². La stratégie « mettre fin à la tuberculose » serait un facteur contributif à cette régression.

¹⁷ Silva D. R., et al (2018) Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs

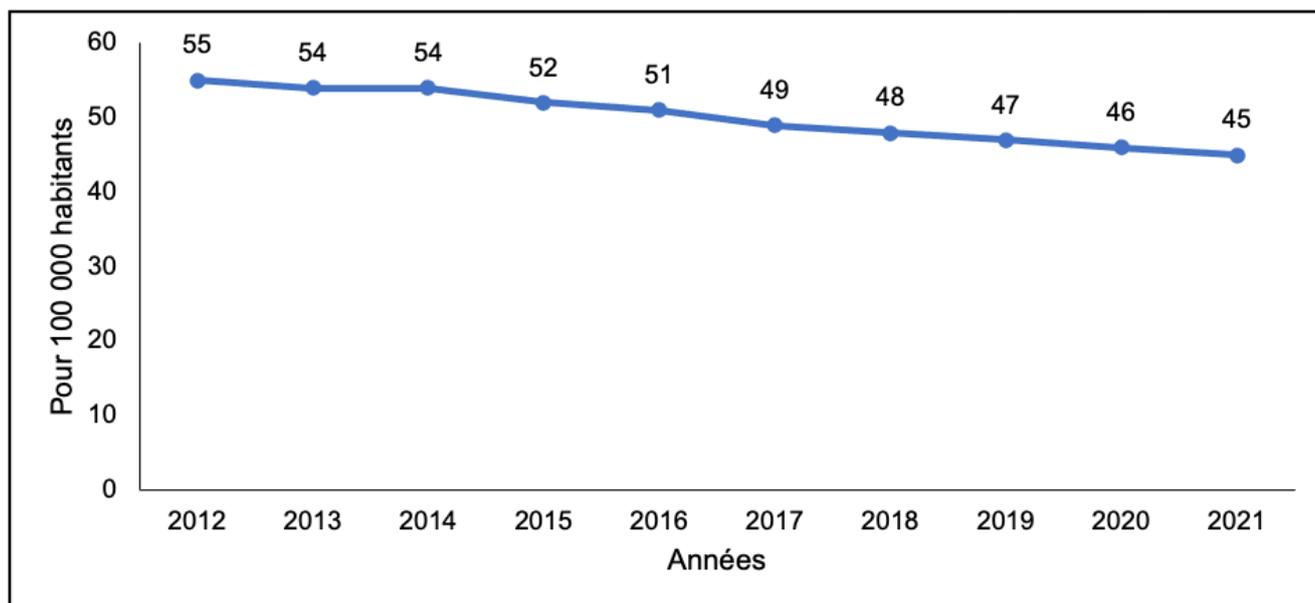
¹⁸ Zellweger JP. Tobacco and tuberculosis. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2008 Jun;69(2):83-5. doi: 10.4081/monaldi.2008.403. PMID: 18837424.

¹⁹ Xiang K. et al.(2021) Association between ambient air pollution and tuberculosis risk: A systematic review and meta-analysis

²⁰ Mining and risk of tuberculosis in sub Saharan Africa. *Public Health.* mars 2011

²¹ Ohene S. A. et al (2021) Case finding of tuberculosis among mining communities in Ghana

²² <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.DTEC.ZS?contextual=max&end=2020&locations=BF&start=2000&view=chart>

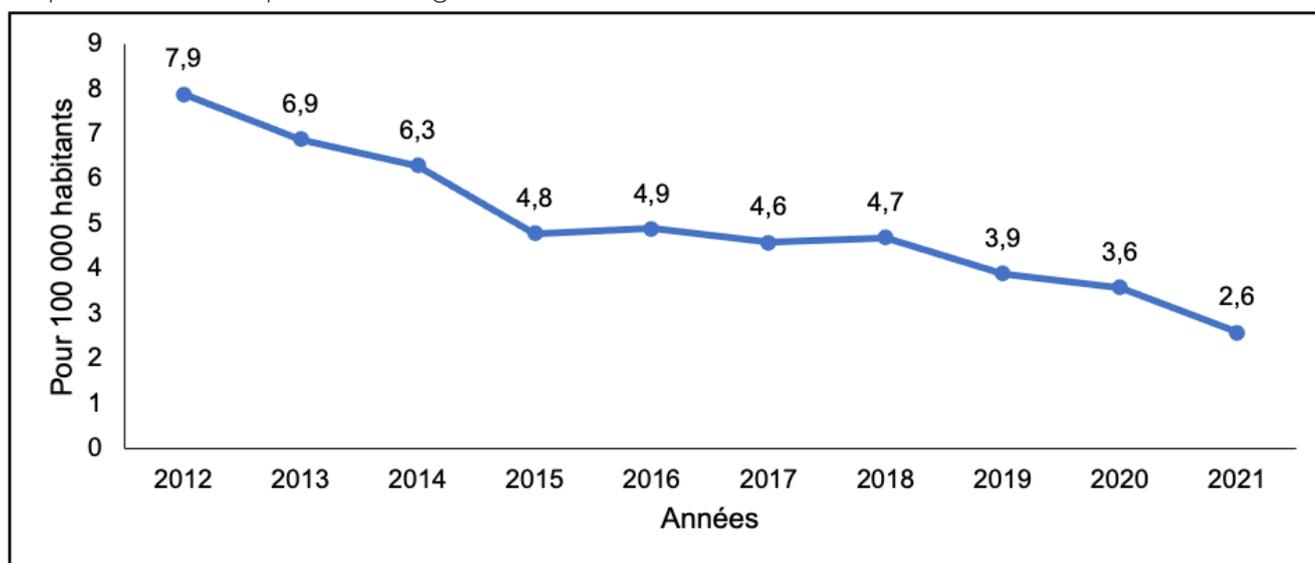


Source : Base de données de la banque mondiale

Graphique 2 : Incidence de la tuberculose au Burkina Faso de 2012 à 2021

3.3. Incidence de la TB chez les PvVIH

Le taux d'incidence de la tuberculose chez les PvVIH a connu une baisse progressive entre 2012 et 2021 passant de 7,9 à 2,6 pour 100 000 habitants (Graphique 3)²³. Cette diminution des nouveaux cas serait le résultat des actions entreprises par le Gouvernement, les ONG associations et les partenaires en matière de prévention et de prise en charge de la maladie.



Source : Base de données de l'OMS

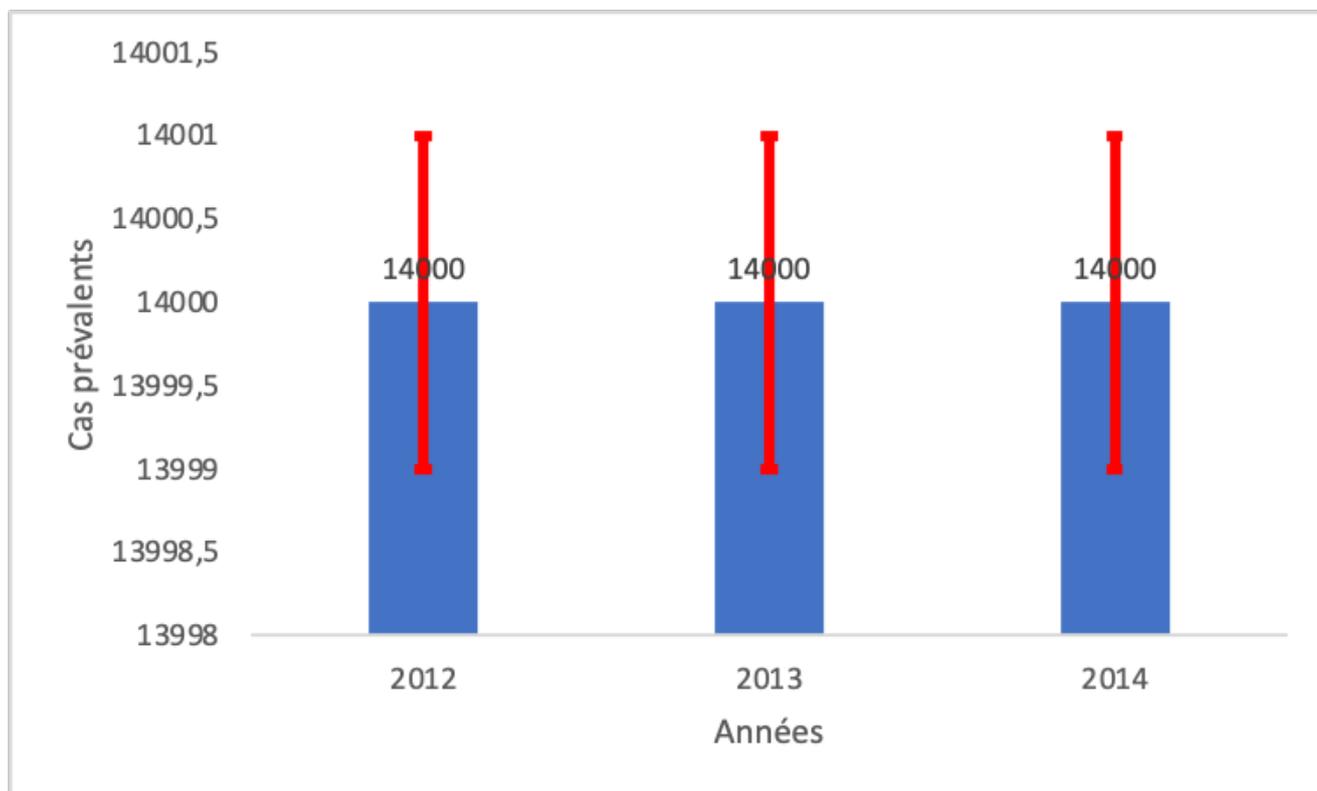
Graphique 3 : incidence des nouveaux cas et rechutes de la Tuberculose chez les PvVIH au Burkina Faso de 2012 à 2021

3.4. Prévalence estimée de la TB au Burkina Faso

Selon l'OMS, le nombre de cas prévalents de la tuberculose au Burkina Faso était de 14 000 entre 2012 et 2014 (Graphique 4)²⁴.

²³ <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/333>

²⁴ <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/333>

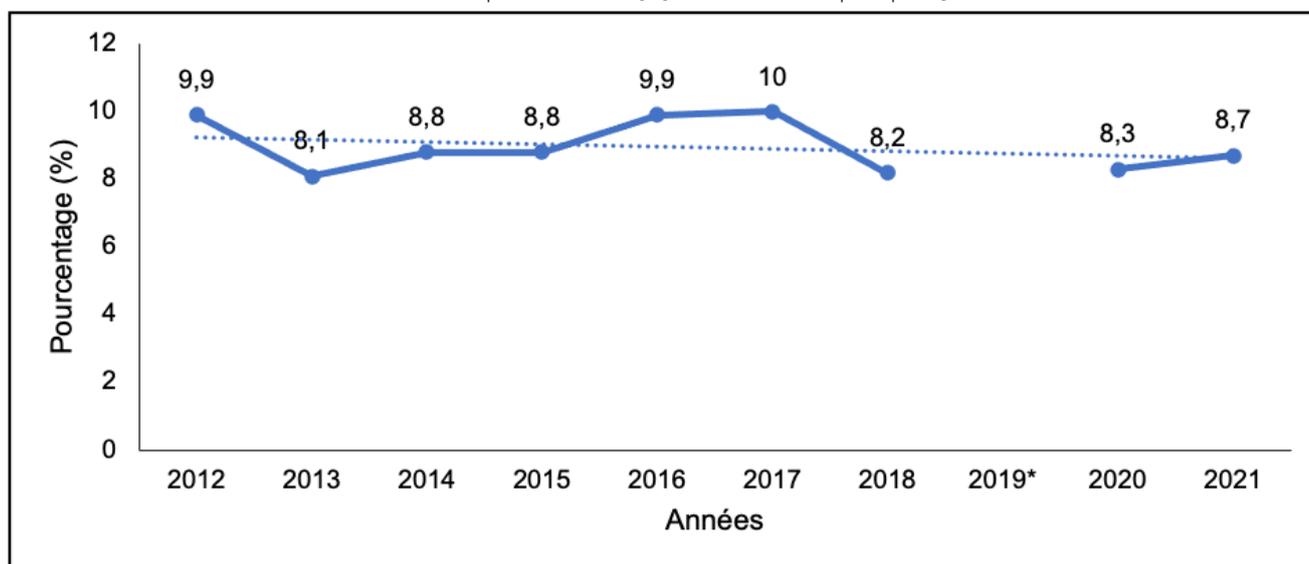


Source : Base de données de l'OMS

Graphique 4 : Cas prévalents de la tuberculose de 2012 à 2014 au Burkina Faso

3.5. Mortalité due à la tuberculose toutes formes au Burkina Faso

La courbe de tendance ci-dessous montre que le taux de décès due à la tuberculose de 2012 à 2021 dans l'ensemble a connu une baisse, passant de 9,9% à 8,7% (Graphique 5).



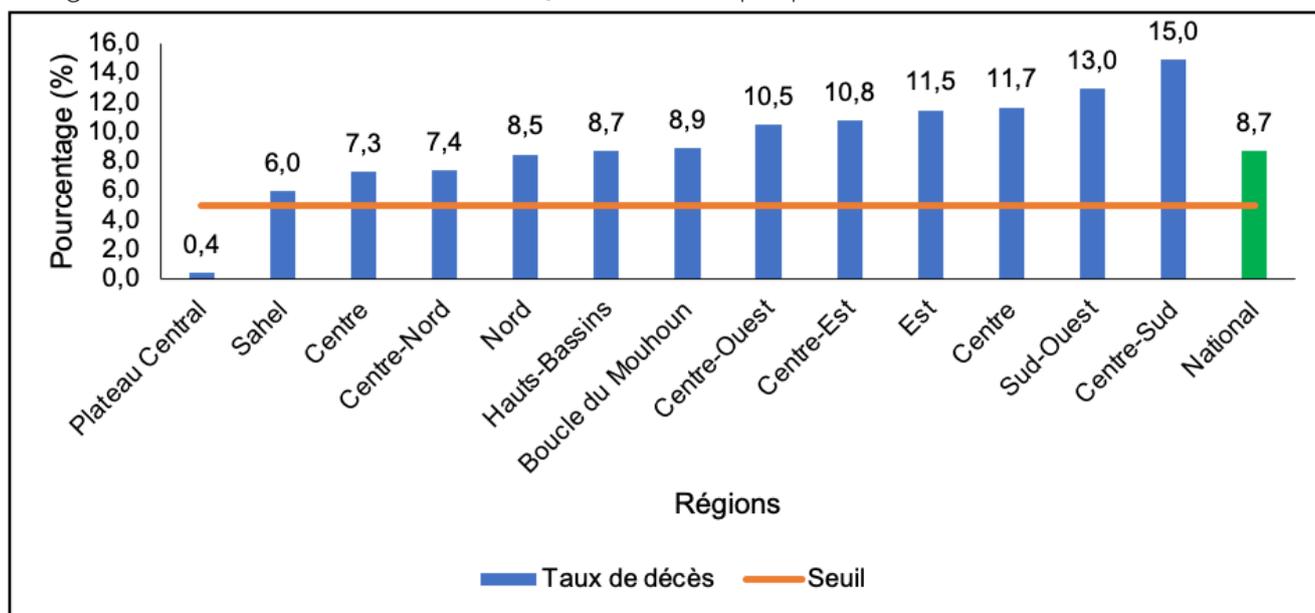
Source : MSHP Annales statistiques 2012 à 2021

Graphique 5 : Évolution du taux de décès liée à la tuberculose de 2012 à 2021 au Burkina Faso

3.6. Mortalité due à la tuberculose toute forme confondue en 2021

Les régions sanitaires du Plateau Central, du Sahel, du Centre, du Centre-Nord et du Nord ont enregistré une faible proportion de décès inférieure au niveau national. Seule la région du Plateau Central a

enregistré un taux de décès de moins de 5% en 2021 (Graphique 6).



Source : MSHP Annuaire statistique 2021

Graphique 6 : Taux de décès due à la tuberculose toute forme confondue selon la région en 2021



4.

Diagnostic et déclaration de la tuberculose



4. Diagnostic et déclaration de la tuberculose

4.1. Moyens de diagnostic

4.1.1. Microscopie

L'examen microscopique des frottis de crachats est la méthode de laboratoire la plus accessible pour détecter la présence des bacilles acido-alcoolo résistants (BAAR). Il est très utile pour identifier les cas de tuberculose les plus contagieux (tuberculose pulmonaire bacillifère) et pour suivre l'évolution de la TB chez les patients sous traitement. Il est réalisé dans 106 laboratoires du PNT en 2021.

4.1.2. Test Xpert

En 2010, l'OMS a approuvé un test moléculaire fondé sur la PCR en temps réel, le Xpert MTB/RIF assay, qui est développé par Cepheid pour détecter l'ADN du *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) ainsi que des mutations dans le gène *rpoB* conférant une résistance à la rifampicine dans les échantillons de crachats et dans différents types d'autres échantillons (pleurale, ganglion lymphatique ou le tissu, LCR, les aspirations gastriques et bronchiques et les tissus autres que les ganglions lymphatiques). Le système en intégrant et automatisant entièrement tous les processus permet des tests moléculaires dans les milieux à forte charge de tuberculose, fournissant des résultats en moins de 2 heures. Avec sa facilité d'utilisation, ce système peut être adopté dans les districts ou autres environnements périphériques.

Au Burkina Faso, la première machine GeneXpert a été installée en 2013 au LNR-M. Au 31 décembre 2021, le nombre total de machines GeneXpert était de 31 pour 70 districts sanitaires soit un taux de couverture de 44%. Ces machines sont réparties dans 29 sites.

4.1.3. Line probe assay (LPA)

Les tests de sensibilité du *Mycobacterium tuberculosis* aux antituberculeux de 2ème ligne (tests de Hain) sont disponibles uniquement au niveau du LNR-M.

4.1.4. Culture

La culture est utilisée pour :

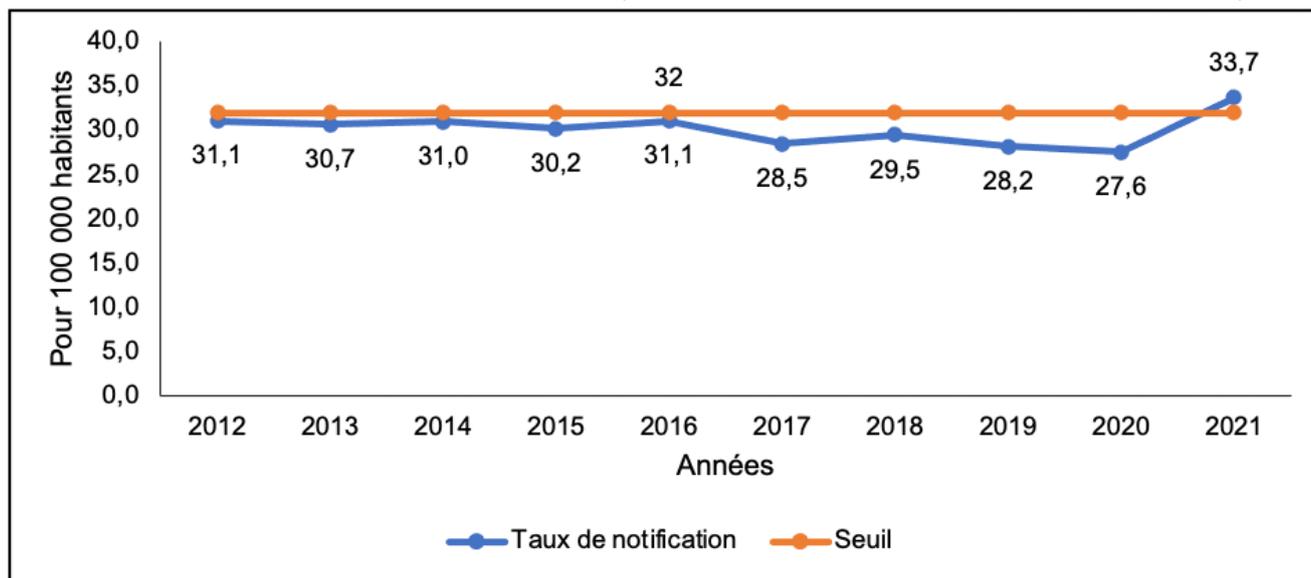
- confirmer l'échec thérapeutique ;
- faire la distinction entre le complexe *M. tuberculosis* et les mycobactéries non tuberculeuses (MNT) ;
- confirmer la résistance à la rifampicine et/ou l'isoniazide détectée par les tests moléculaires ;
- assurer l'évaluation de la réponse au traitement chez les patients TB pharmaco-résistant sous traitement antituberculeux et la surveillance de la résistance de *M. tuberculosis* aux antituberculeux.

La culture est indiquée chez les patients TB-MR/RR pour confirmer la résistance de *M. tuberculosis* et chez les patients TB-MR/RR sous traitement pour le suivi de l'efficacité du traitement. Elle est disponible uniquement au LNR-M, au Labo du Centre MURAZ et au CHUSS.

4.2. Notification des cas de tuberculose

4.2.1. Tendence nationale du taux de notification de la tuberculose

Le graphique 7 présente l'évolution du taux de notification des cas de tuberculose de 2012 à 2021. Il ressort de l'analyse que le taux de notification est relativement stable entre 2012 et 2016. A partir de 2017, une baisse légère du taux de notification est observée jusqu'en 2020. En 2021, la notification des cas de tuberculose a connu une amélioration. En effet, elle est passée de 27,6 pour 100 000 à 33,7 pour 100 000 habitants soit une hausse de 6,1 points entre 2020 et 2021. Ce niveau semble concordé avec le niveau du taux de notification attendu en 2021 (32%). Sur la période 2012-2021, ce taux s'est amélioré de 2,6 points.

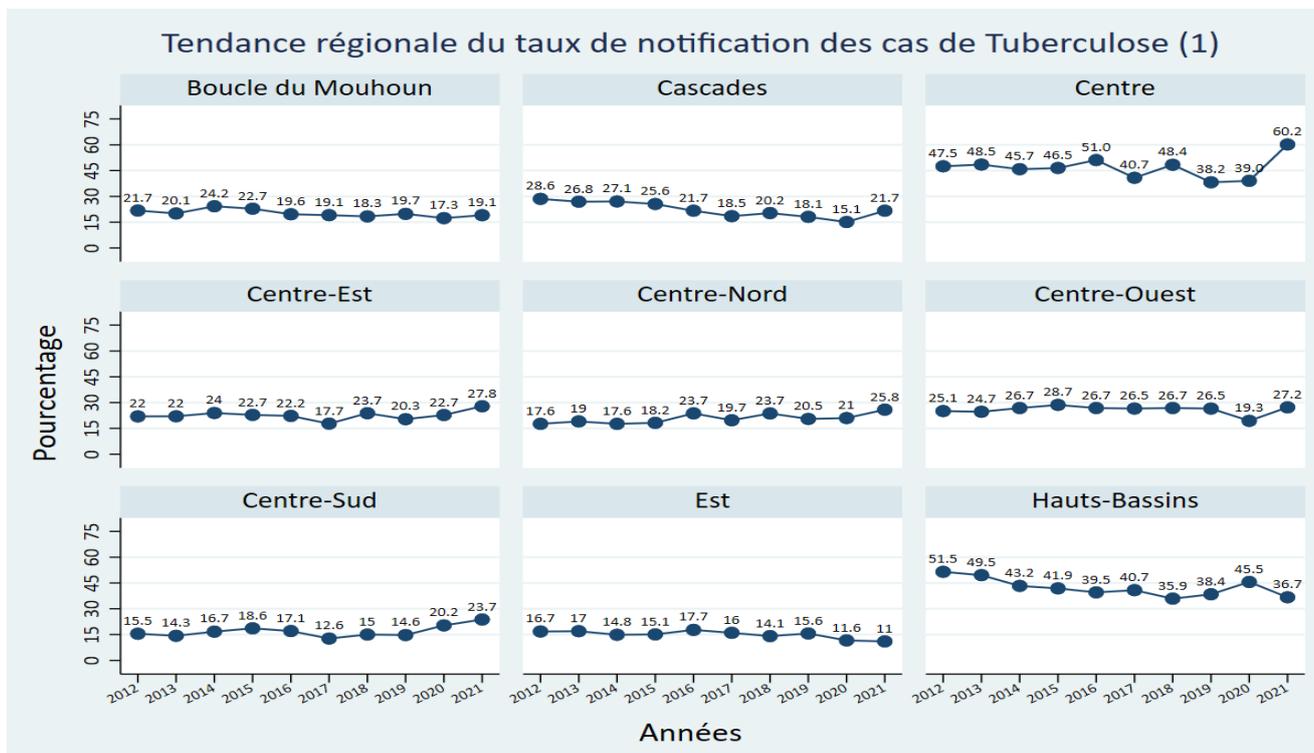


Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 7 : Evolution du taux de notification des cas de tuberculose de 2012 à 2021 au Burkina Faso

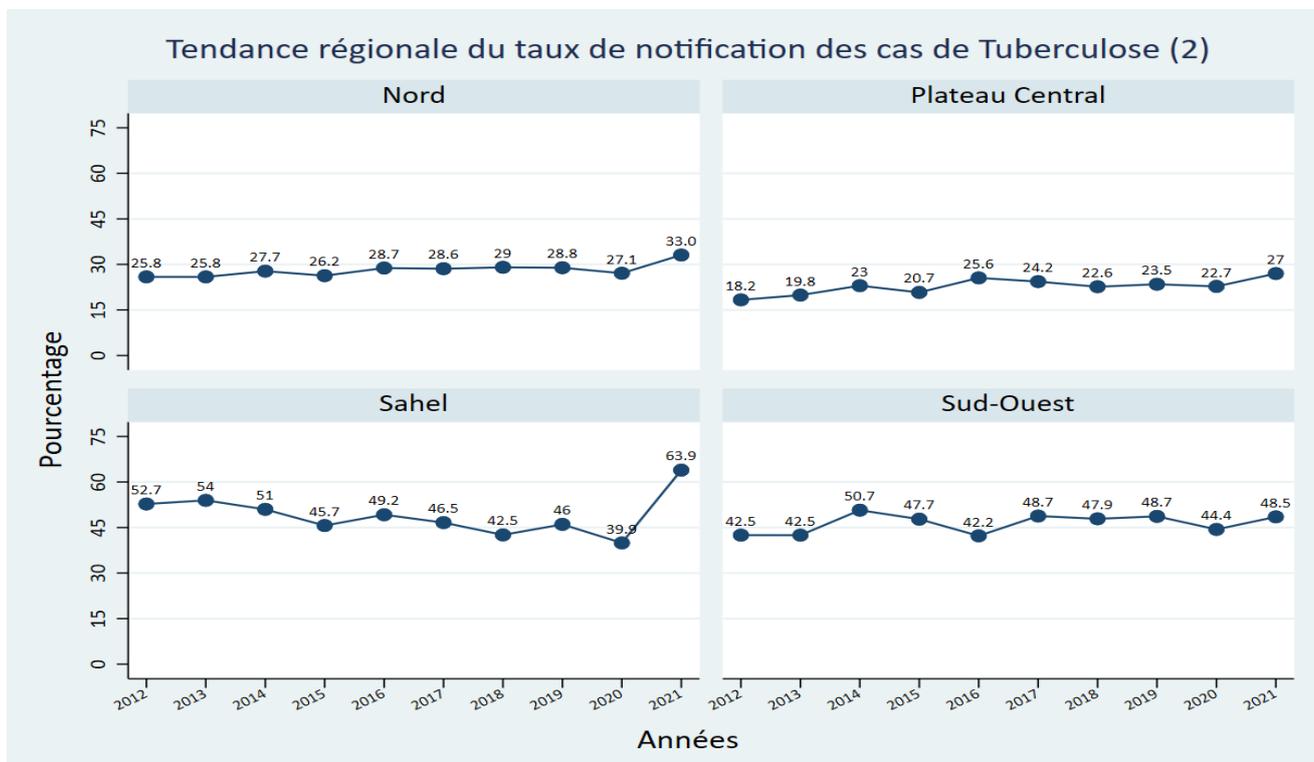
4.2.2. Tendence régionale du taux de notification de la tuberculose

L'analyse de l'évolution du taux de notification (Graphiques 8 et 9) met en exergue deux groupes de régions. Un groupe composé des régions du Centre, des Hauts-bassins, du Sahel et du Sud-Ouest est caractérisé par un niveau de notification des cas de tuberculose au-delà de la cible attendue et l'autre groupe en deçà de la cible. Dans les régions des Cascades, des Hauts-Bassins et de l'Est, le taux de notification est en baisse sur la période 2012-2021 alors qu'il a connu une légère hausse dans les régions du Centre-Est, du Centre-Nord, du Centre-Sud, du Nord, du Plateau-central et Sud-Ouest. Les régions du Centre et du Sahel sont caractérisées par une baisse du taux de notification sur la période 2012-2020 et une hausse importante en 2021.



Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 8 : Evolution des taux de notification des cas de tuberculose par région de 2012 à 2021 (1)

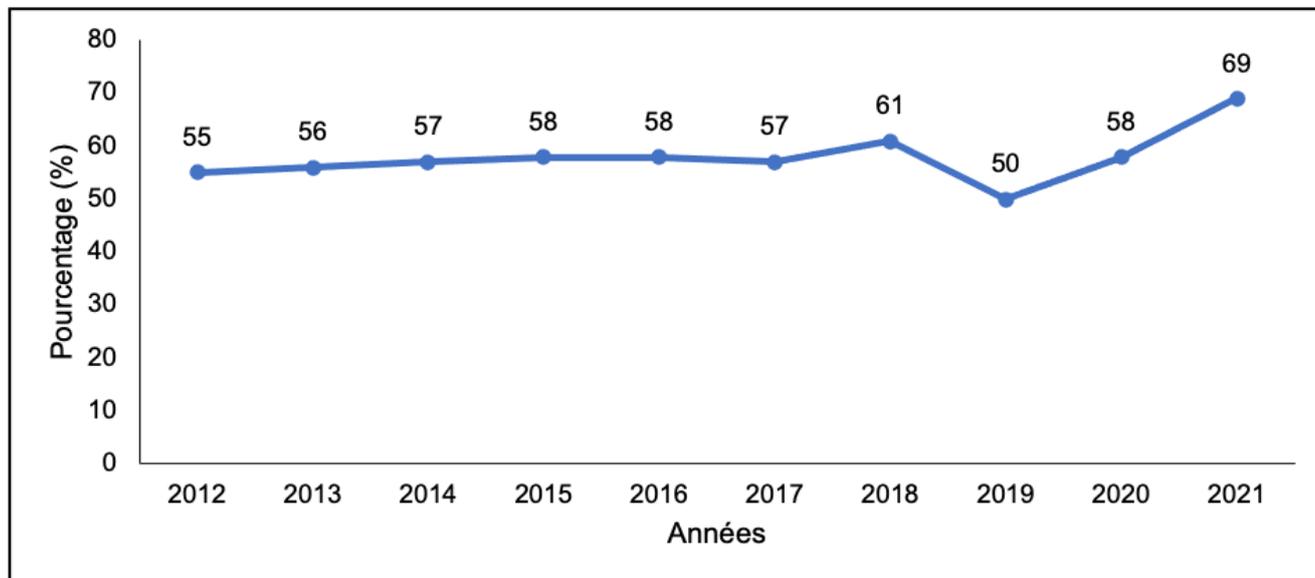


Source : MSHP Annales statistique 2012-2021

Graphique 9 : Evolution des taux de notification des cas de tuberculose par région de 2012 à 2021 (2)

4.3. Taux de détection des cas de tuberculose toutes formes confondues

Le taux de détection des cas de tuberculose toute forme confondue présente une tendance à la hausse entre 2012 et 2018. En effet, le taux de détection est passée de 55% en 2012 à 61% en 2018 soit une amélioration de 6 points. En 2019, on observe une baisse du taux de détection de 11 points passant de 61% en 2018 à 50% en 2019. En 2021, le taux de détection a connu une amélioration de 19 points (Graphique 10).



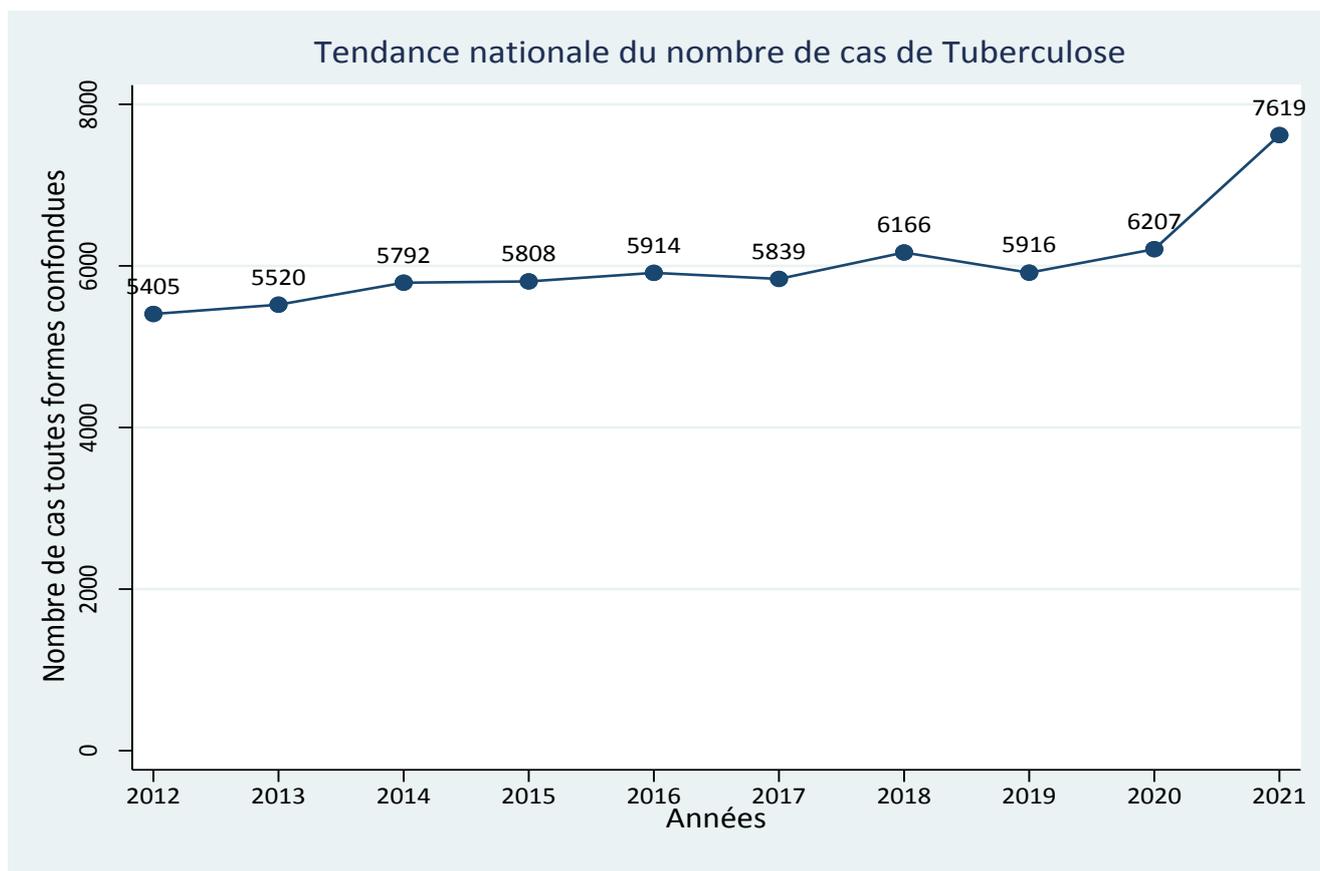
Source : <https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SH.TBS.DTEC.ZS>

Graphique 10 : Evolution des taux de détection des cas de tuberculose toute forme confondue de 2012 à 2021

4.4. Nombre de cas de tuberculoses toutes formes confondues

4.4.1. Tendence nationale du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues

Le nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues est passé de 5 405 cas en 2012 à 7 619 cas en 2021 soit une hausse de 41% sur la période 2012-2021 correspondant à une hausse du taux d'accroissement moyen annuel de 3,8% (Graphique 11). En 2021, le nombre de cas notifiés demeure plus important que le nombre de cas attendus (7 003)



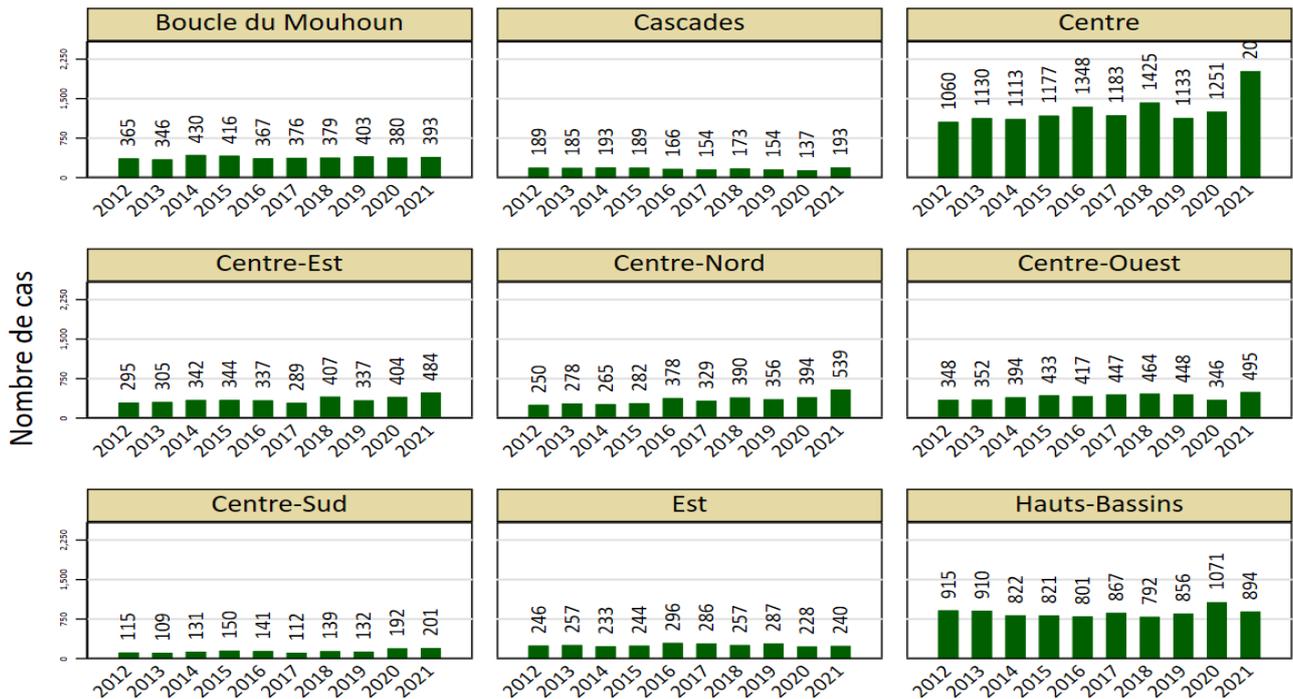
Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 11 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues de 2012 à 2021

4.4.2. Tendance régionale du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues

Les Graphiques 12 et 13 présentent l'évolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues par région de 2012 à 2021. Il ressort que le nombre de cas est relativement constant dans les régions de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et de l'Est alors qu'il est en hausse dans les autres régions. Les régions du Centre et des Hauts-Bassins présentent les nombres de cas les plus élevés sur la période 2012-2021. Elles sont suivies par les régions du Sahel et du Nord. Les régions des Cascades et du Centre-Sud, quant à elles, présentent les nombres de cas les plus bas.

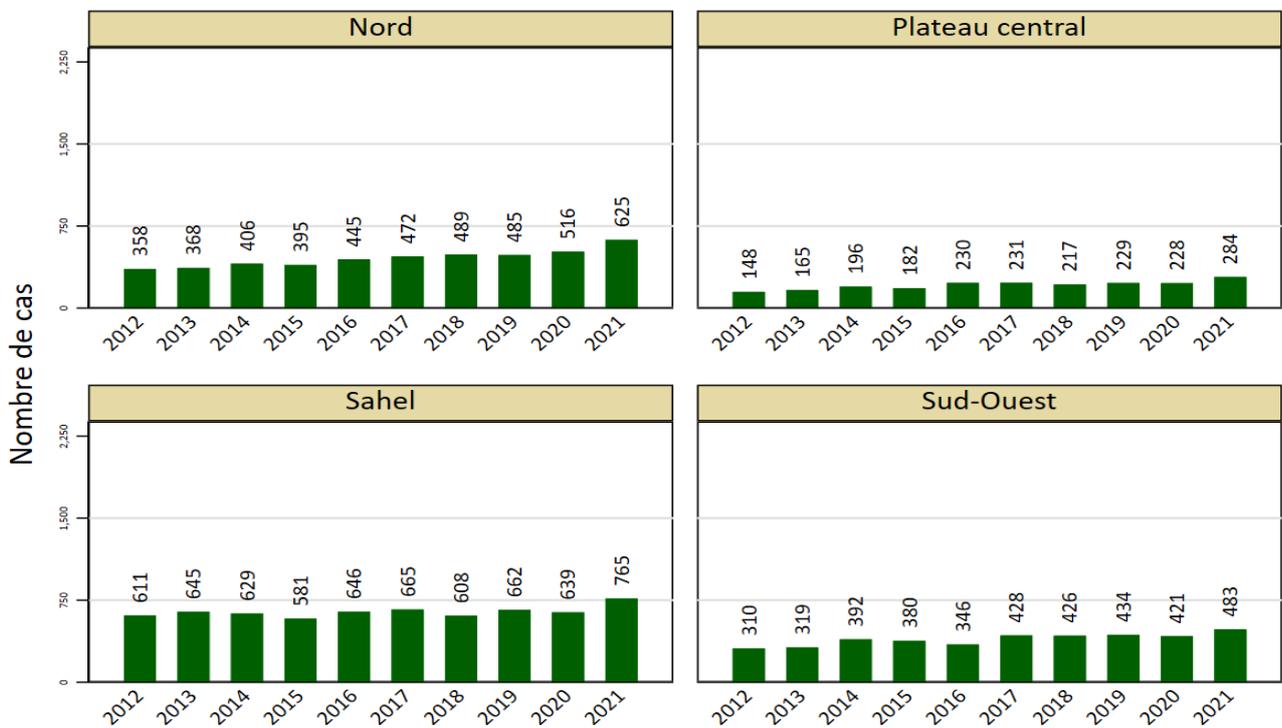
Tendance régionale du nombre de cas de Tuberculose



Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 12 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues par région de 2012-2021 (1)

Tendance régionale du nombre de cas de Tuberculose



Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

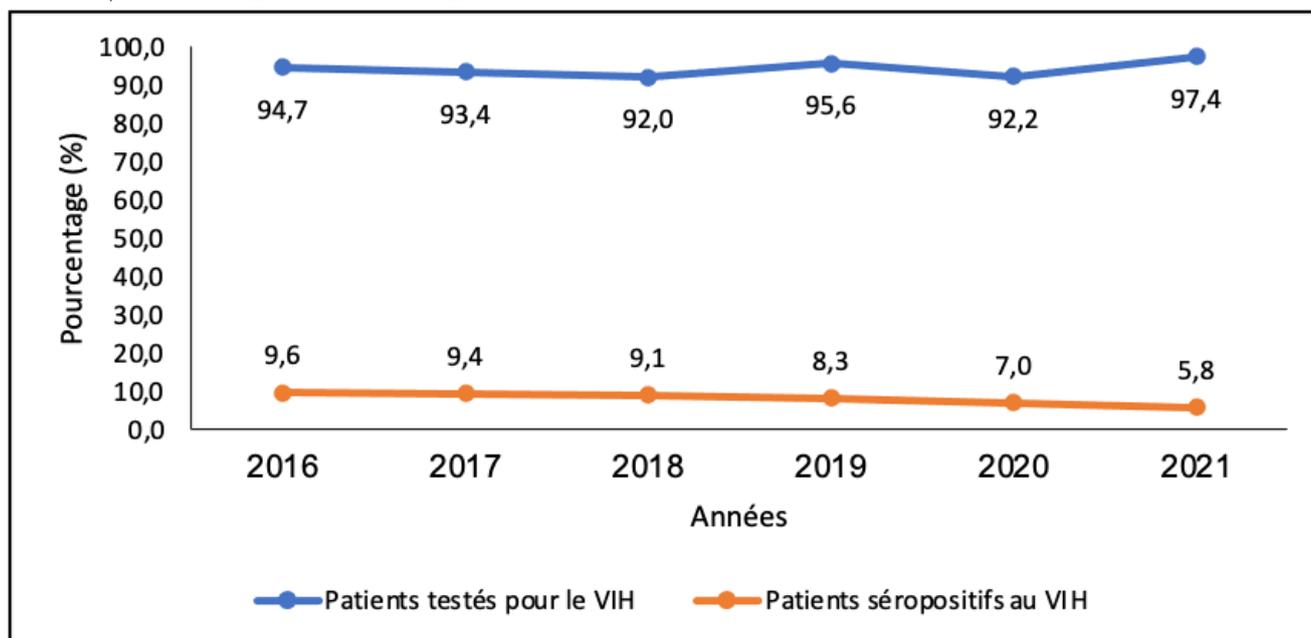
Graphique 13 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes confondues par région de 2012-2021 (2)

4.5. Co-infection (TB-VIH, TB-hépatites)

4.5.1. Dépistage et séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux

La Graphique 14 présente l'évolution du taux de dépistage et la séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux. L'analyse de ce graphique révèle que le taux de dépistage a connu des variations légères sur la période 2016-2021. Le taux de dépistage est passé de 94,7% en 2016 à 97,4% en 2021.

La séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux est en baisse continue sur la période 2016-2021. Elle est passée de 9,6% en 2016 à 5,8% en 2021.



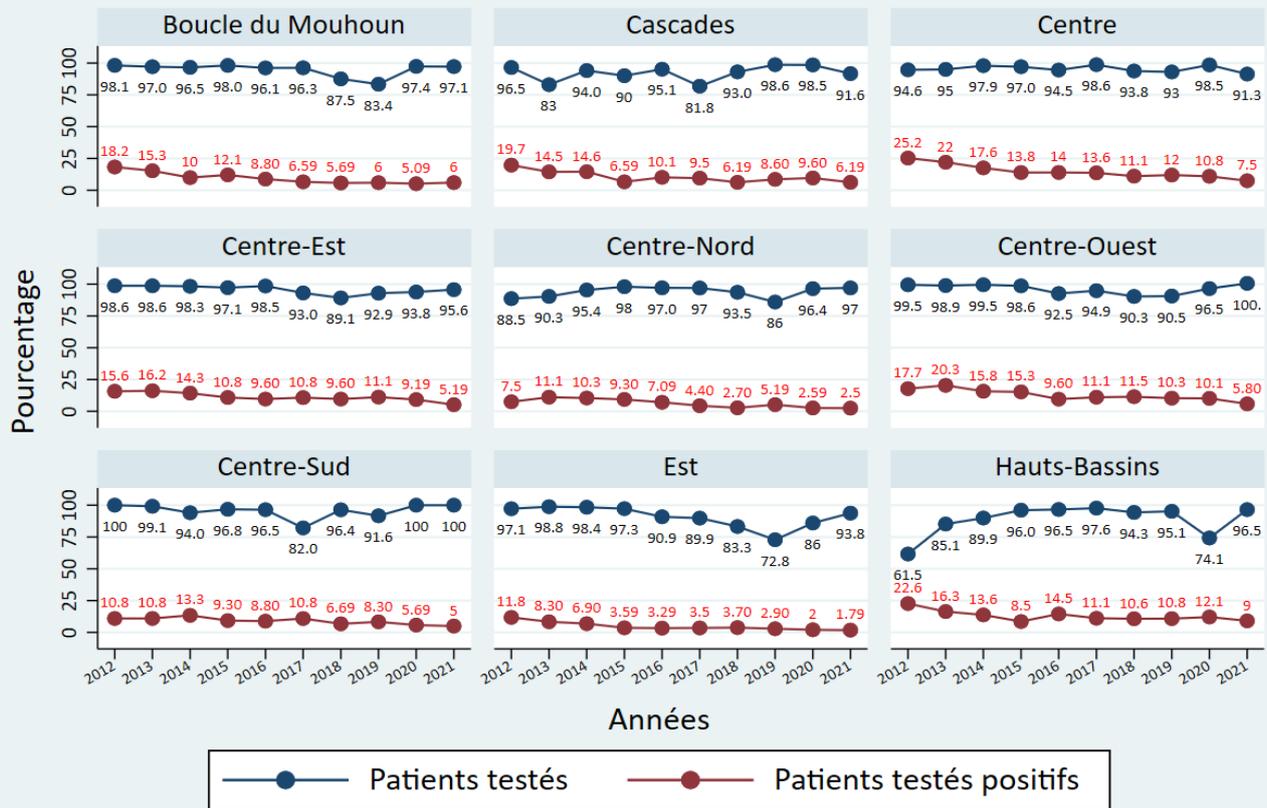
Source : PNT Rapport annuel d'activités de lutte contre la tuberculose 2016-2021

Graphique 14 : Evolution du taux de dépistage et de séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux de 2012 à 2021

4.5.2. Dépistage et séropositivité au VIH chez les patients tuberculeux par région

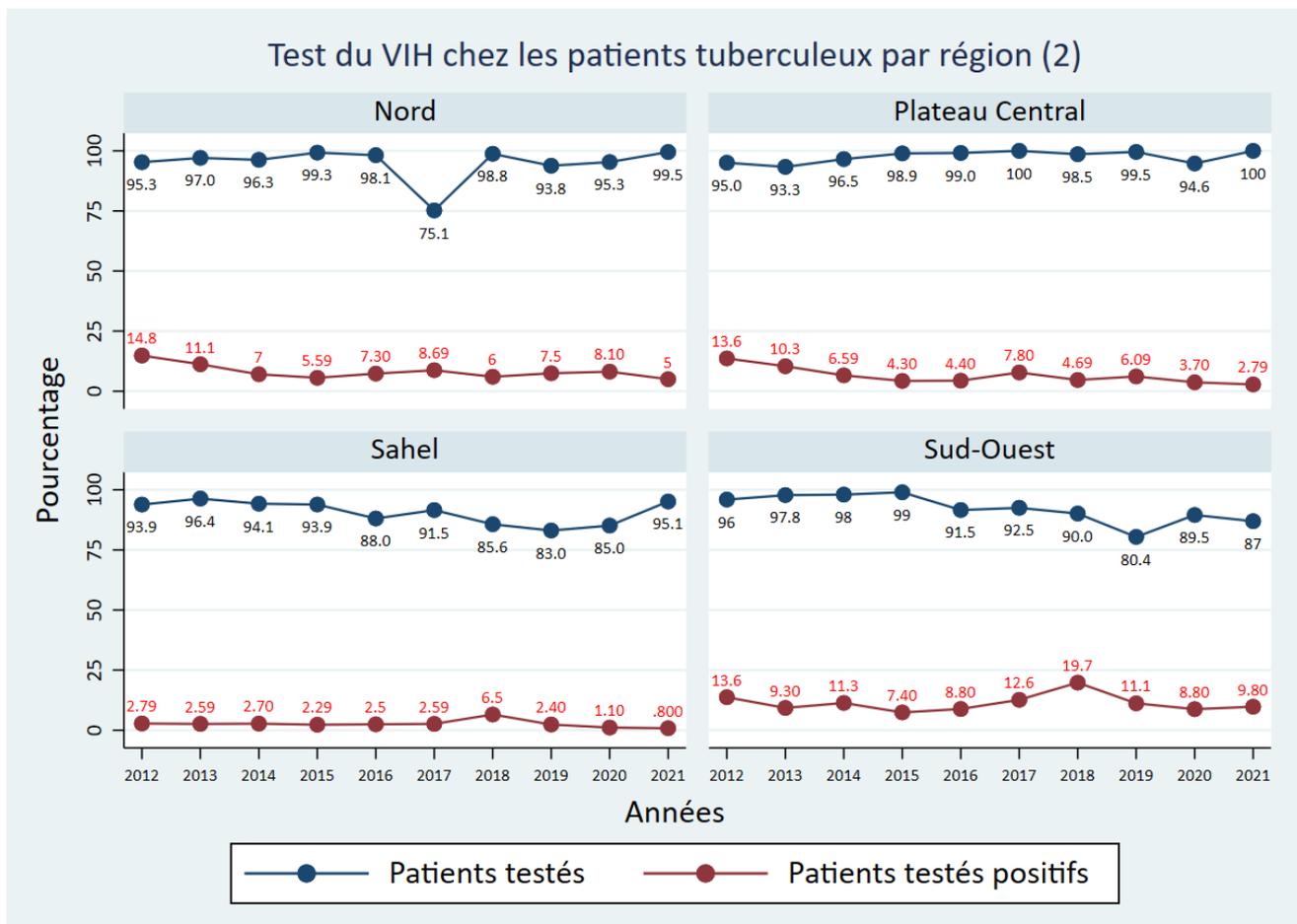
Le taux de dépistage du VIH chez les patients est élevé dans l'ensemble des régions (Graphiques 15 et 16). Il est aussi mis en évidence de faibles taux de dépistage annuelles dans certaines régions notamment la Boucle du Mouhoun (83,4%), le Centre-Nord (86%), l'Est (72,8%) et le Sud-Ouest (80,4%) en 2019, les Cascades (81,8%), le Centre-Sud (82%) et le Nord (75,1%) en 2017 et les Hauts-Bassins (74,1%) en 2020. A l'image de la situation nationale, la séroprévalence du VIH chez les patients tuberculeux est en baisse dans l'ensemble des régions sur la période 2012-2021. Elle est relativement plus faible dans les régions du Centre-Nord, de l'Est et du Sahel que dans les autres régions.

Test du VIH chez les patients tuberculeux par région (1)



Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 15 : Evolution du taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par région de 2012 à 2021 (1)



Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 16 : Evolution du taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par région de 2012 à 2021 (2)



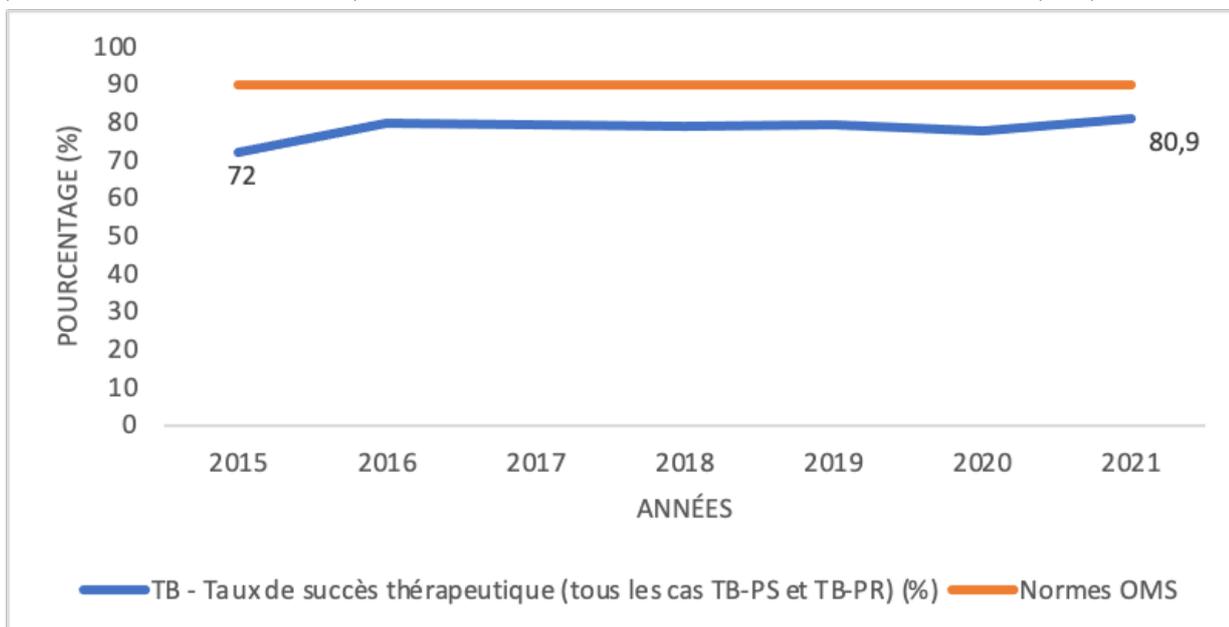
5. ■ Traitement



5. Traitement

5.1. Taux de succès thérapeutique

Entre 2015 et 2021 le taux de succès thérapeutique du traitement antituberculeux est croissant et est passé de 72% à 80,9%. Ce qui reste inférieur à la cible OMS de 90% attendue (Graphique 17).

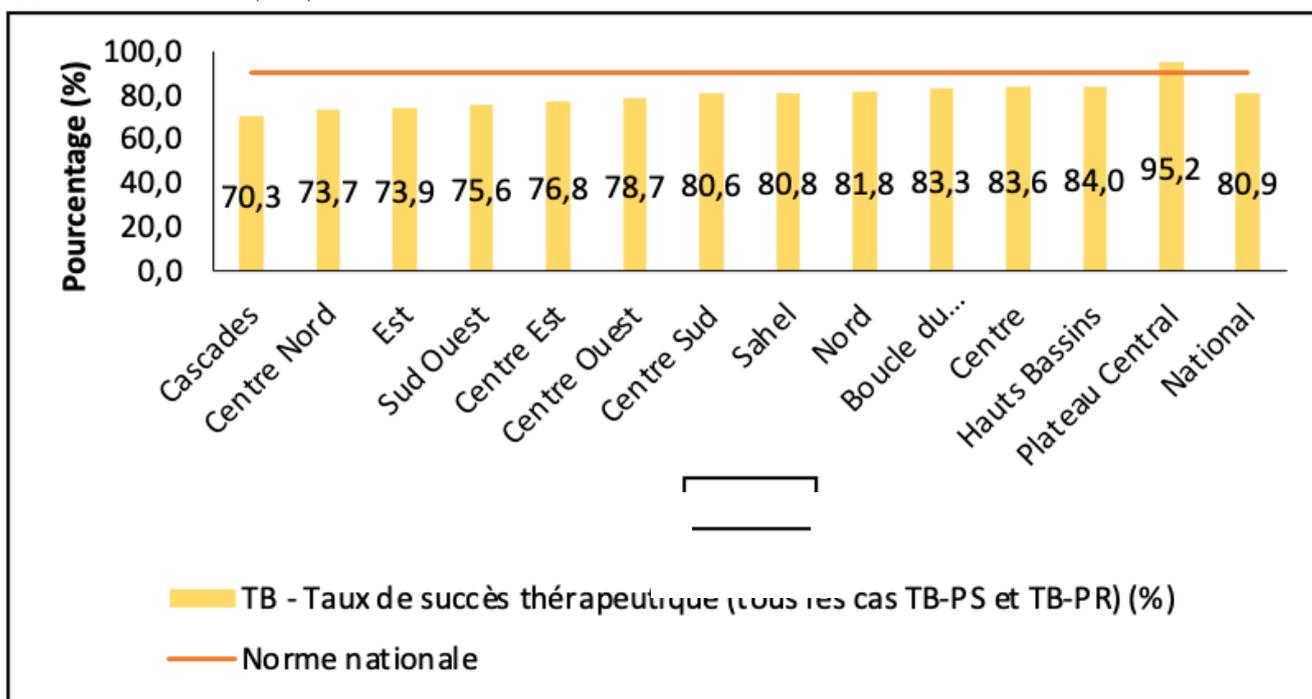


Source : MSHP Annuaire statistique 2015-2021

Graphique 17 : Evolution du taux de succès thérapeutique de 2015 à 2021 au Burkina Faso

5.2. Taux de succès thérapeutique par région

Le taux de succès thérapeutique est supérieur à 90% uniquement pour la région du plateau central (95,2%) en 2021 (Graphique 18).



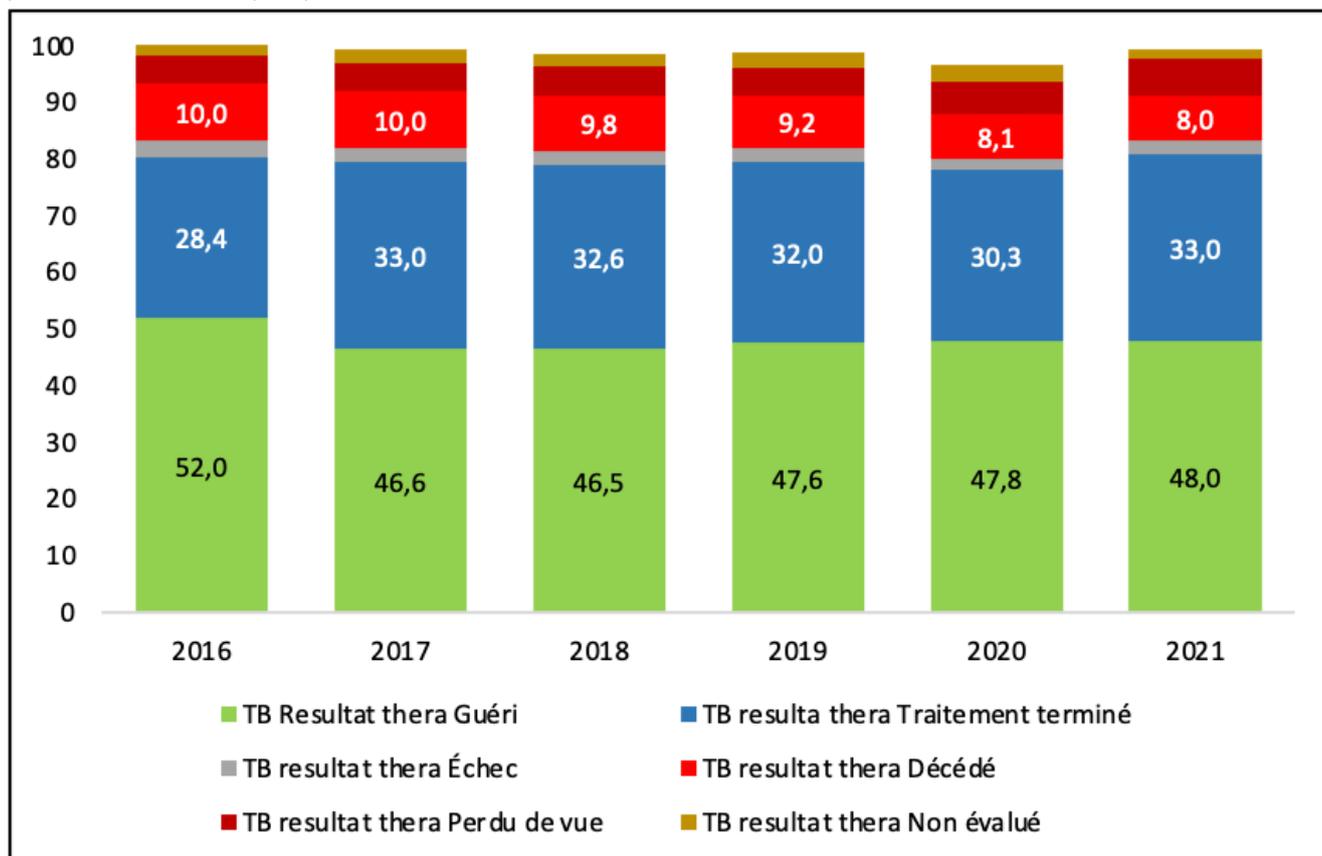
Source : PNT Rapport d'activités de lutte contre la tuberculose 2021

Graphique 18 : Taux de succès thérapeutique par région en 2021

5.3. Issue du traitement de la tuberculose pharmaco sensible

5.3.1. Tendence de l'issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmaco sensible

De 2016 à 2021, la tendance de l'issue du traitement des nouveaux cas et rechute de tuberculose pharmaco sensible est stationnaire pour les déclarés guéris et traitement terminé. La tendance est à la baisse pour les patients décédés passant de 10% à 8% de 2016 à 2021. Elle est à la hausse pour les perdus de vue (Graphique 19).

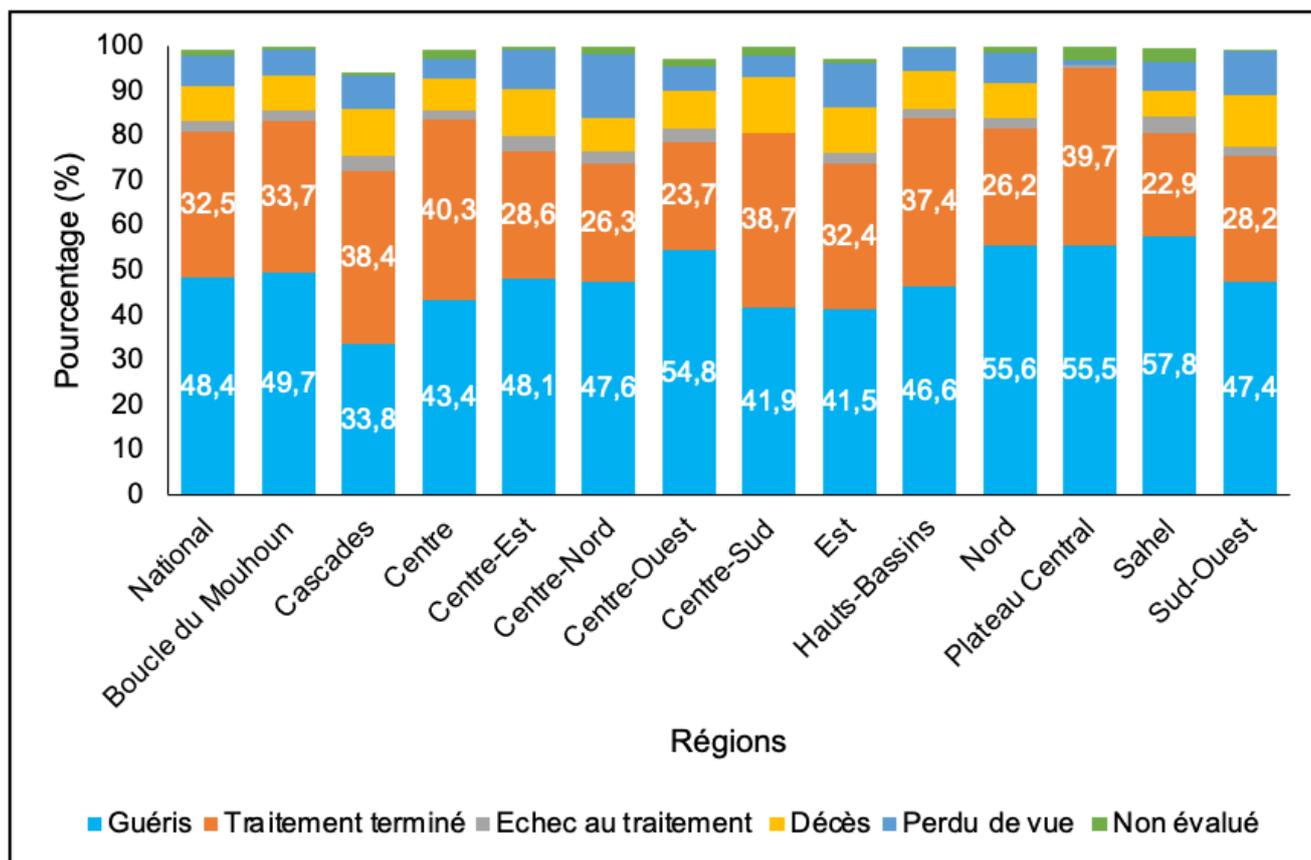


Source : Base de données DHIS 2 de 2016 à 2021

Graphique 19 : Evolution de l'issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose pharmaco-sensible de 2016 à 2021

5.3.2. Issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmaco sensible par région

En 2021, dans l'ensemble, 48,4% des nouveaux cas et rechutes de tuberculose pharmaco-sensible sont déclarés guéris, 2,4% sont déclarés échec au traitement, 7,9% sont décédés et 6,6% sont perdus de vue. La plus faible proportion de patients guéris est enregistrée dans la région des Cascades. Les plus fortes proportions d'échec au traitement, de décès et de perdu de vue sont notifiées respectivement dans les régions du Sahel, du Centre-Sud et du Sud-Ouest (Graphique 20).

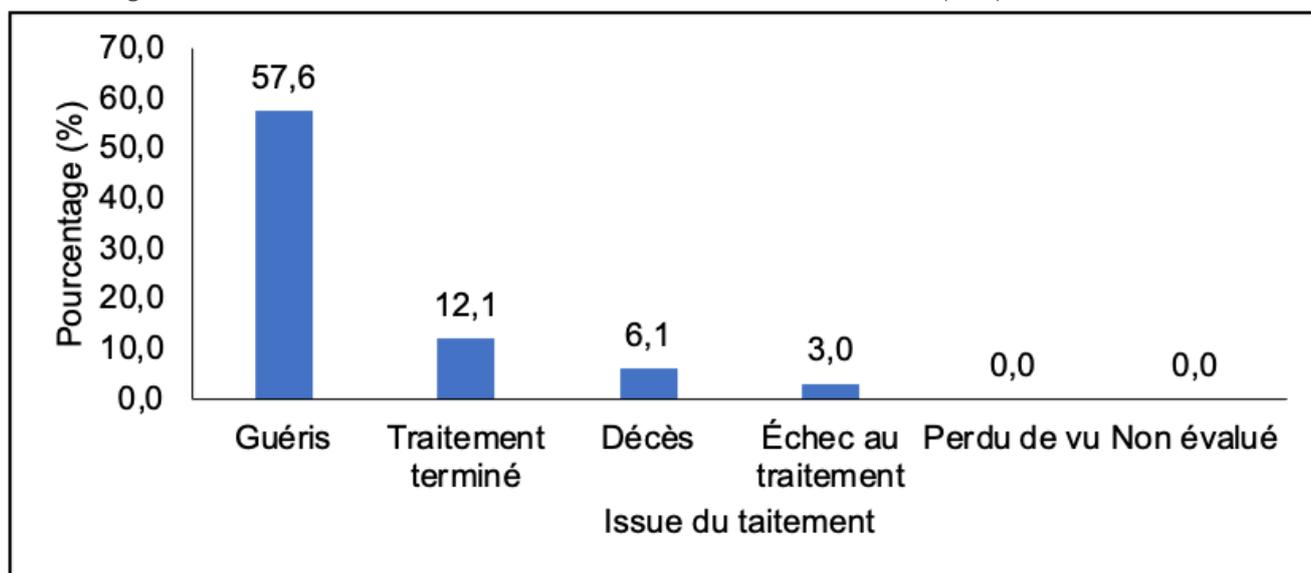


Source : Base de données DHIS 2, 2021

Graphique 20 : Issue du traitement des nouveaux cas et rechutes de la tuberculose pharmaco-sensible selon la région en 2021

5.3.3. Issue du traitement de la tuberculose pharmaco résistant

En 2021, au niveau national, 57,6% des patients atteints de la tuberculose pharmaco-résistant sont déclarés guéris, 6,1% sont décédés et 3% ont un échec au traitement (Graphique 21).



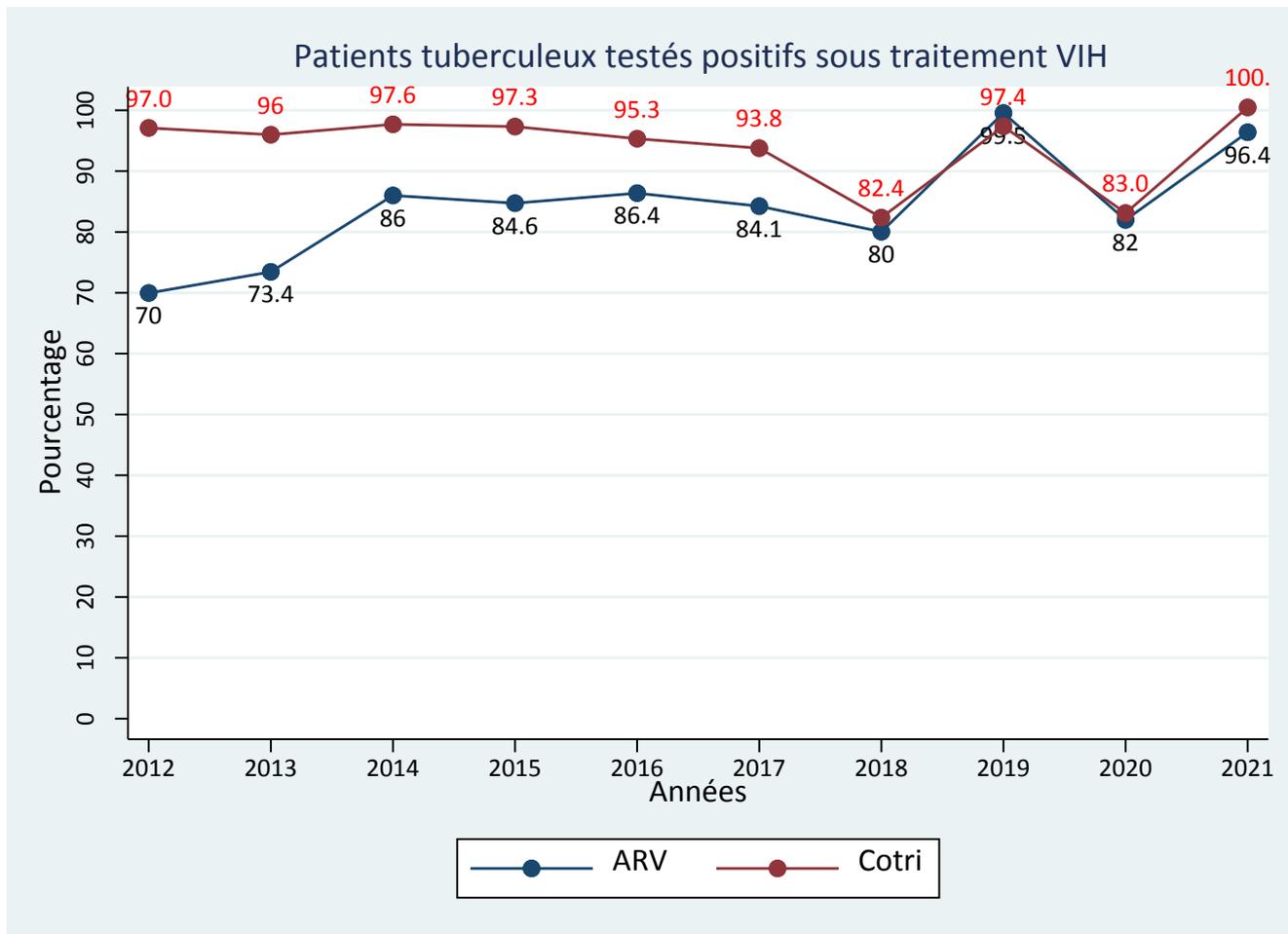
Source : Base de données DHIS 2, 2021

Graphique 21 : Issue du traitement des patients de la tuberculose pharmaco-résistant en 2021

5.3.4. Traitement du VIH chez les patients tuberculeux dépistés séropositifs

Le pourcentage de patients tuberculeux séropositifs sous traitement ARV a connu une hausse entre 2012 et 2021. Il est passé de 70% en 2012 à 96,4% en 2021.

Le pourcentage de patients tuberculeux séropositifs sous traitement prophylactique au cotrimoxazole est passé de 97% en 2012 à 100% en 2021 (Graphique 22).



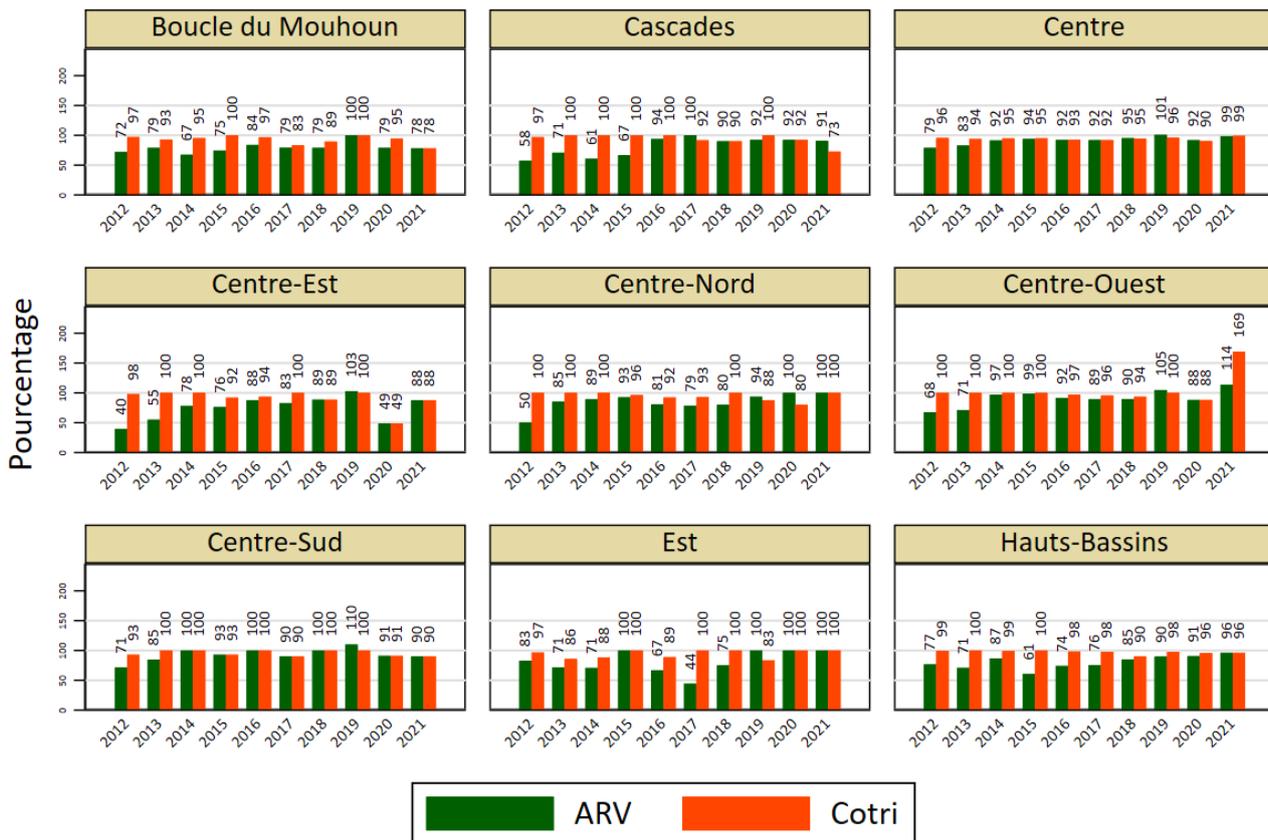
Source : *Annuaire statistiques MS 2012-2021*

Graphique 22 : Tendence nationale de la couverture du traitement aux ARV et au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs

5.3.5. Traitement du VIH chez les patients tuberculeux dépistés séropositifs par région

La tendance régionale du pourcentage de patients tuberculeux séropositifs sous traitement ARV montre une amélioration de la couverture du traitement dans l'ensemble des régions sur la période 2012-2021. La couverture du traitement prophylactique au cotrimoxazole semble stable et relativement plus importante que celle des ARV chez les patients tuberculeux. Des faibles couvertures ont été enregistrées au Centre-Est et au Nord en 2020, en 2018 au Sud-Ouest et au Sahel aussi bien pour la couverture du traitement aux ARV que pour le traitement prophylactique au cotrimoxazole (Graphiques 23 et 24)

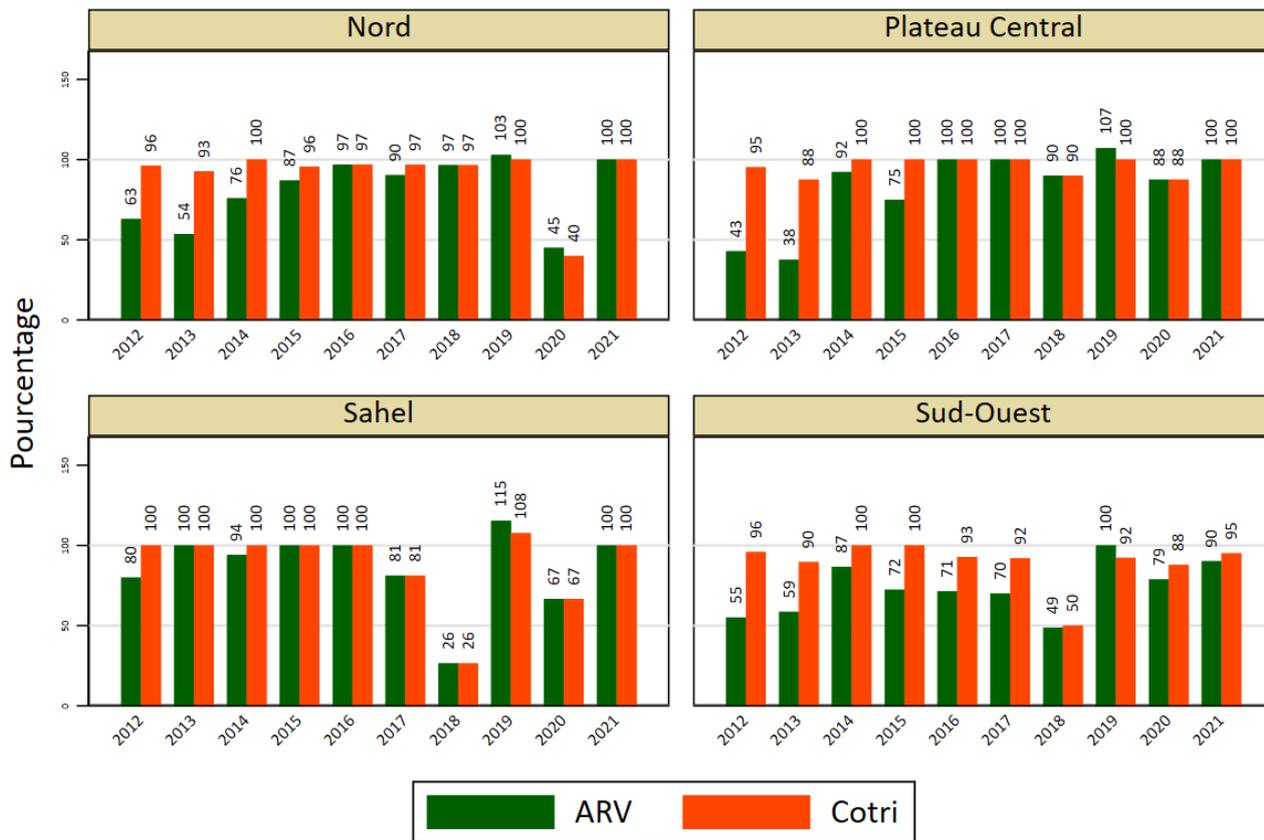
Patients tuberculeux testés positifs sous traitement VIH par region(1/2)



Source : MSHP Annairees statistiques 2012-2021

Graphique 23: Tendance régionale de la couverture du traitement aux ARV et prophylaxie au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs de 2012 à 2021 (1)

Patients tuberculeux testés positifs sous traitement VIH par region(2/2)

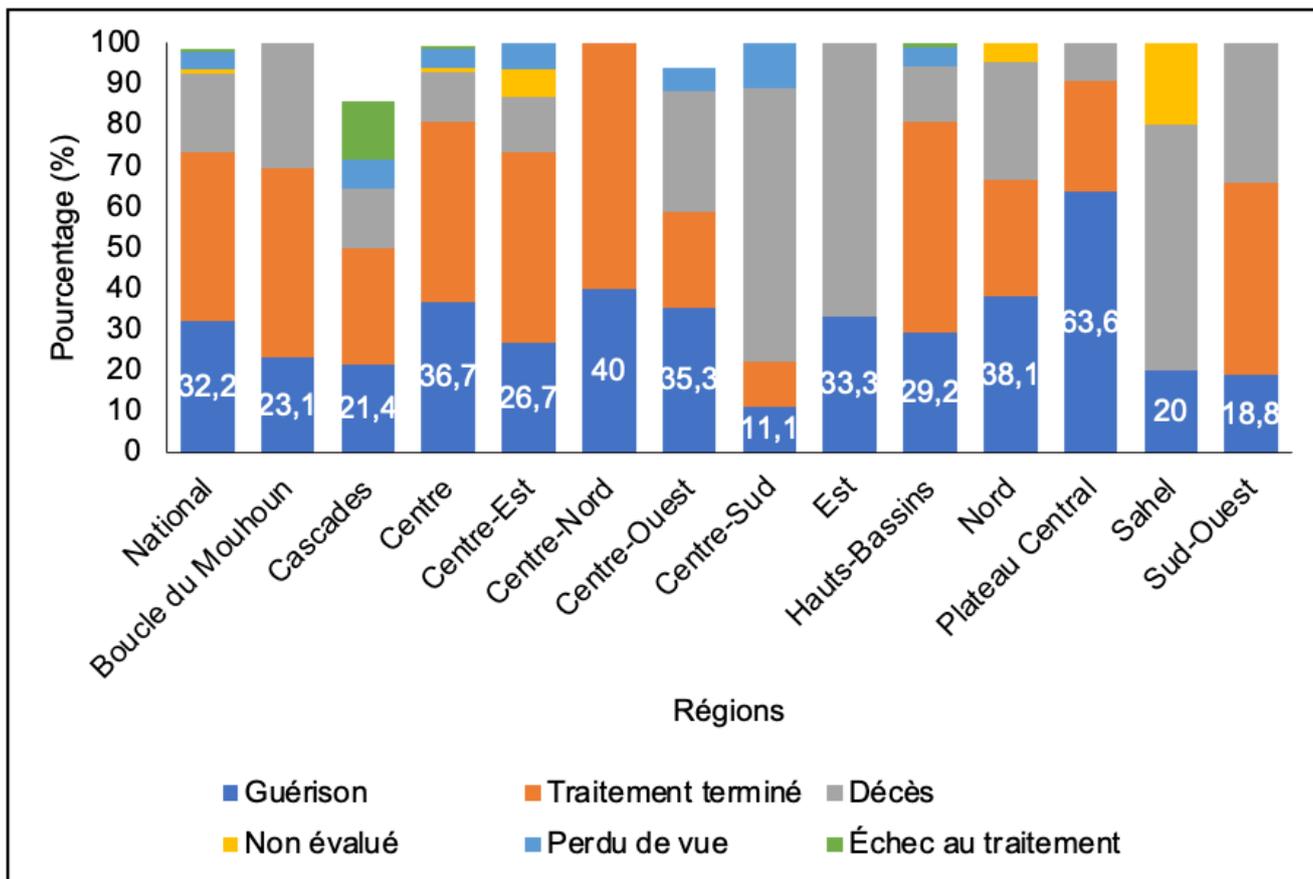


Source : MSHP Annales statistiques 2012-2021

Graphique 24 : Tendence régionale de la couverture du traitement aux ARV et au cotrimoxazole chez les tuberculeux séropositifs suite

5.3.6. Issue du traitement des patients coinfecteds de la tuberculose pharmacosensible/VIH

En 2021, dans l'ensemble, 32,2% des patients vivant avec le VIH atteints de la tuberculose pharmacosensible sont déclarés guéris, 1% sont déclarés échec au traitement, 19,2% sont décédés et 4% sont perdus de vue. La plus faible proportion de patients guéris est enregistrée dans la région du Centre-Sud. Les plus fortes proportions d'échec au traitement (Cascades), de décès (Centre-Sud et Est) et de perdu de vue (Centre-Sud) sont respectivement 14,3%, 66,7% et 11,1% (Graphique 25).

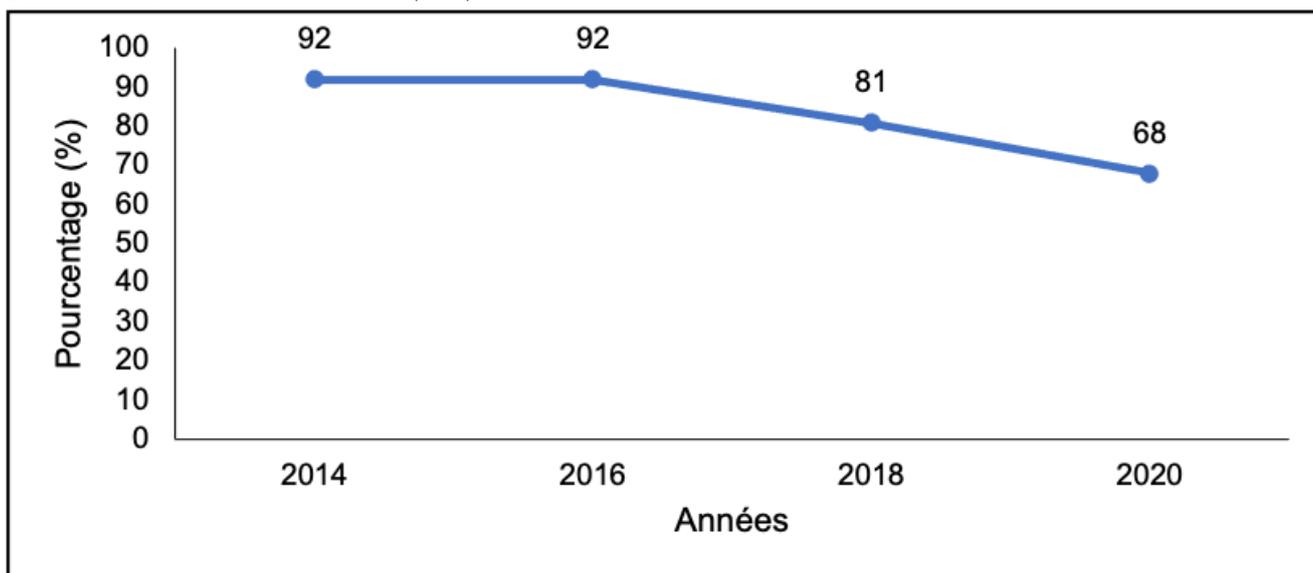


Source : Base de données DHIS 2, 2021

Graphique 25 : Issue du traitement des patients coinfectés de la tuberculose pharmaco-sensible/VIH selon la région en 2021

5.4. Capacités opérationnelles des formations sanitaires

La tendance de la disponibilité des services de lutte contre la tuberculose²⁵ est à la baisse passant de 92% en 2014 à 68% en 2020 (Graphique 26).

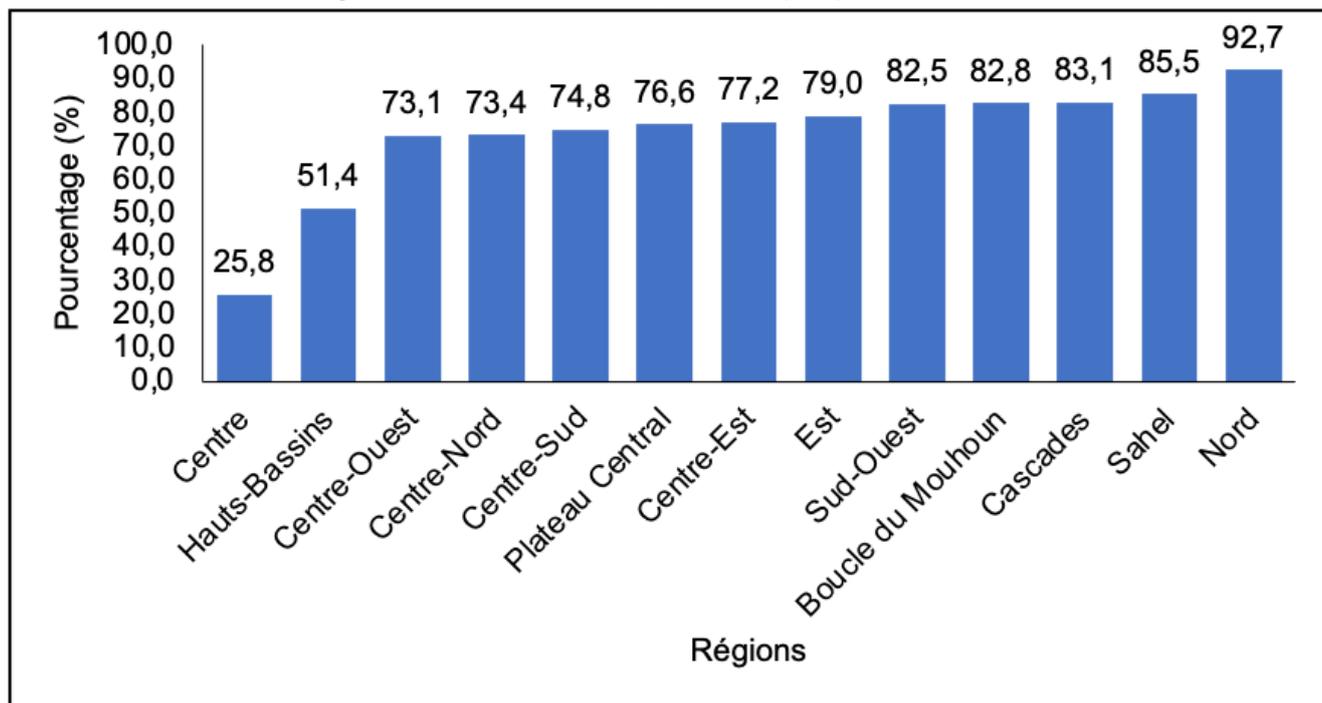


Source : SARA/HHFA 2014, 2016, 2018 et 2020

Graphique 26 : Disponibilité de l'offre de services pour la lutte contre la tuberculose de 2014 à 2020

²⁵ La disponibilité des services de lutte contre la tuberculose est appréciée à travers la disponibilité des services de dépistage, de diagnostic et de traitement de la tuberculose

En 2020, la région du Centre (25,8%) enregistrait la plus faible disponibilité des services de lutte contre la tuberculose, suivi de la région des Hauts-Bassins (51,4%) (Graphique 27).



Source : HHFA 2020

Graphique 27 : Disponibilité de l'offre de services pour la lutte contre la tuberculose selon la région en 2020



6. Prévention



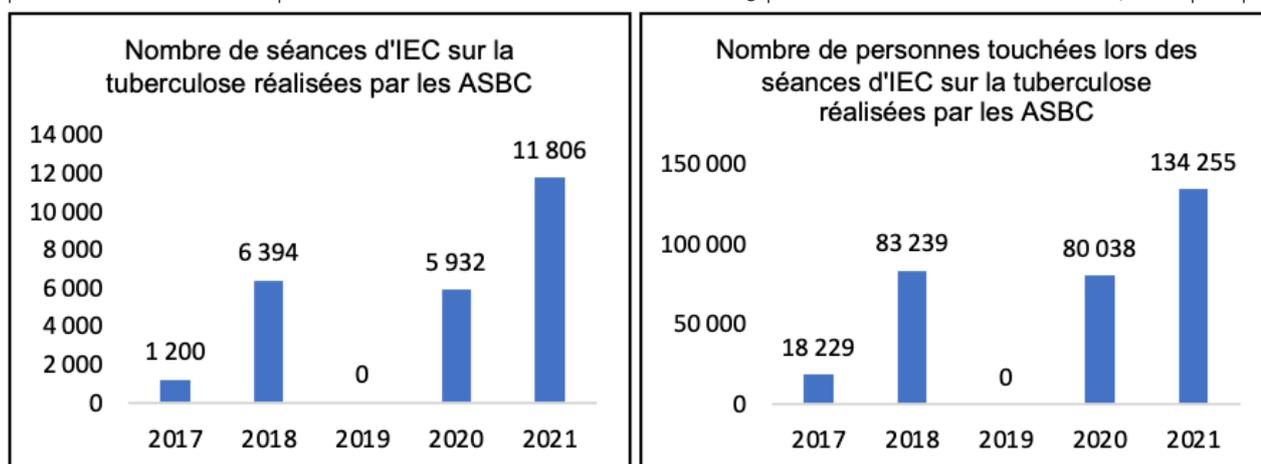
6. Prévention

6.1. Prévention : santé communautaire

Les activités de prévention, de détection des cas et de soutien aux patients menées par les OBC et les ASBC couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes.

6.1.1. IEC réalisées par les ASBC

Les séances d'IEC réalisées par les ASBC ont connu une nette augmentation avec près de 134 255 personnes touchées par ces séances en 2021 contre 18 229 personnes touchées en 2017 (Graphique 28).

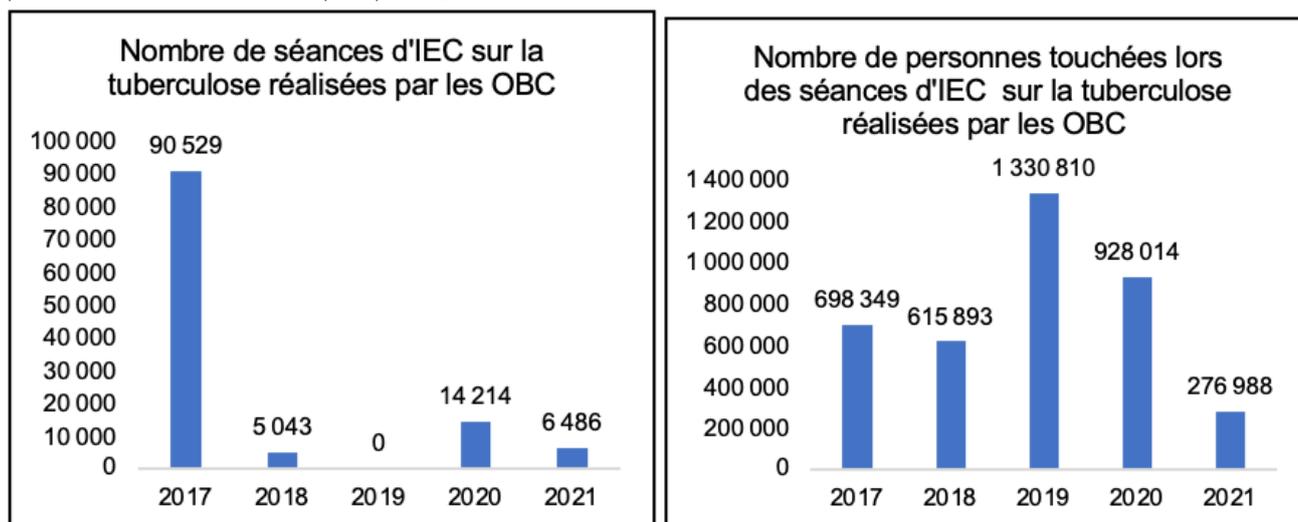


Source : MSHP Annales statistiques 2017 à 2021

Graphique 28 : Évolution des séances d'IEC réalisées par les ASBC et du nombre de personnes touchées par ces séances.

6.1.2. IEC réalisées par les OBC

Les séances d'IEC réalisées par les OBC ont baissé en 2021 avec seulement 276 988 personnes touchées par ces associations (Graphique 29).



Source : MSHP Annales statistiques 2017 à 2021

Graphique 29 : Évolution des séances d'IEC réalisées par les OBC et du nombre de personnes touchées par ces séances.

6.1.3. Activités de prise en charge communautaire de la tuberculose par les OBC

De 2017 à 2021, plusieurs activités de prise en charge communautaire de la tuberculose ont été menées par les OBC. Elles sont indiquées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Activités de prise en charge communautaire de la tuberculose par les OBC de 2017 à 2021

N°	Activités	Années				
		2017	2018	2019	2020	2021
1	Personnes référées pour toux de plus de 14 jours	6 778	14 229	14 338	15 139	11 866
2	Patients dépistés tuberculeux parmi les référés	394	884	1 515	1 474	1 251
3	Enfants de moins de 5 ans contacts référés pour le dépistage	25	116	134	224	757
4	Patients tuberculeux sous traitement suivis	2 265	4 336	5 761	4 284	5 168
5	Patients tuberculeux absents au traitement à rechercher	168	471	469	564	827
6	Patients tuberculeux absents au traitement retrouvés	140	412	358	448	675
7	Visites à domicile réalisées aux personnes	1 270	1 947	3 163	3 144	3 613
8	Patients tuberculeux ayant bénéficié de prestations communautaires	4 545	5 922	7 248	5 787	8 262

Source : MSHP *Annuaire statistique 2017 à 2021*

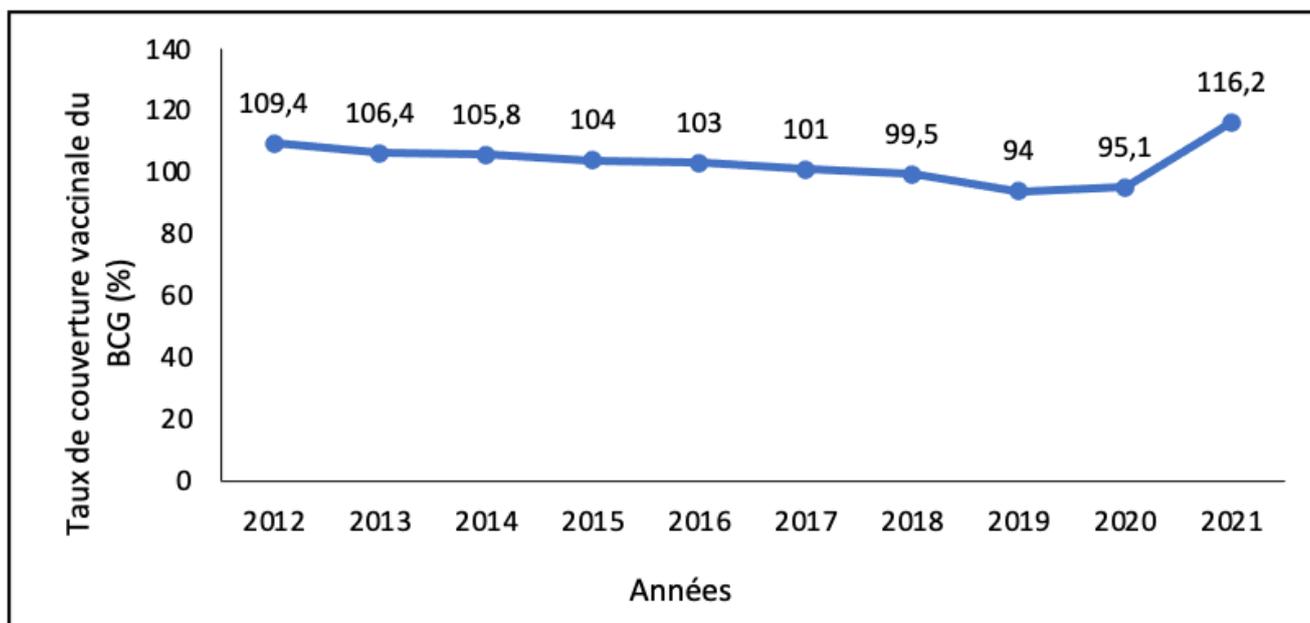
De façon globale, les prestations communautaires auprès des patients tuberculeux ont augmenté ces dernières années.

6.2. Moyens de prévention

Le Burkina Faso a mis en œuvre des moyens de préventions contre la tuberculose parmi lesquels on retrouve la vaccination des enfants et le traitement préventif.

6.2.1. Vaccination

Bien que satisfaisante en 2018, la couverture vaccinale nationale par le BCG au cours des dix dernières années, a connu une tendance à la baisse depuis 2012. Elle n'a pas atteint 100% de 2018 à 2020, mais est de 116,2% en 2021 (Graphique 30).

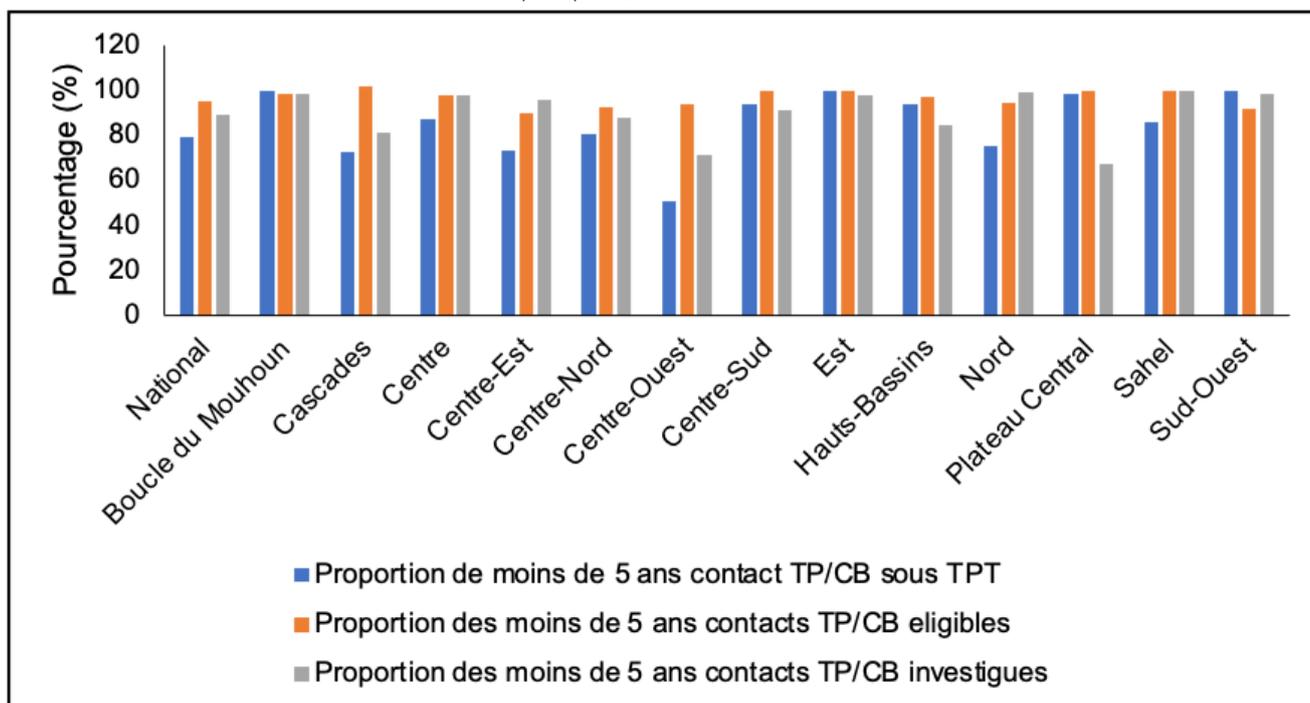


Source : MSHP Annuaire statistiques 2012 à 2021 du

Graphique 30 : Taux de couverture vaccinale par le BCG de 2012 à 2021 au Burkina Faso.

6.2.2. Traitement préventif de la tuberculose

Au niveau national, 89,4% des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas de tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement (TP/CB) sont investigués en 2021. 95,4% sont éligibles au traitement préventif de la tuberculose. 79,3% des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas de TP/CB sont sous traitement préventif de la tuberculose. Les plus faibles proportions de cas investigués, cas éligibles et de cas mis sous traitement préventif sont enregistrés dans les régions du Centre-Ouest, du Centre-Est et du Plateau Central (Graphique 31).



Source : Base de données DHIS 2, 2021

Graphique 31 : Répartition des enfants de moins de 5 ans en contact avec des cas de TB/CB selon la région en 2021



7



**Surveillance
et recherche**

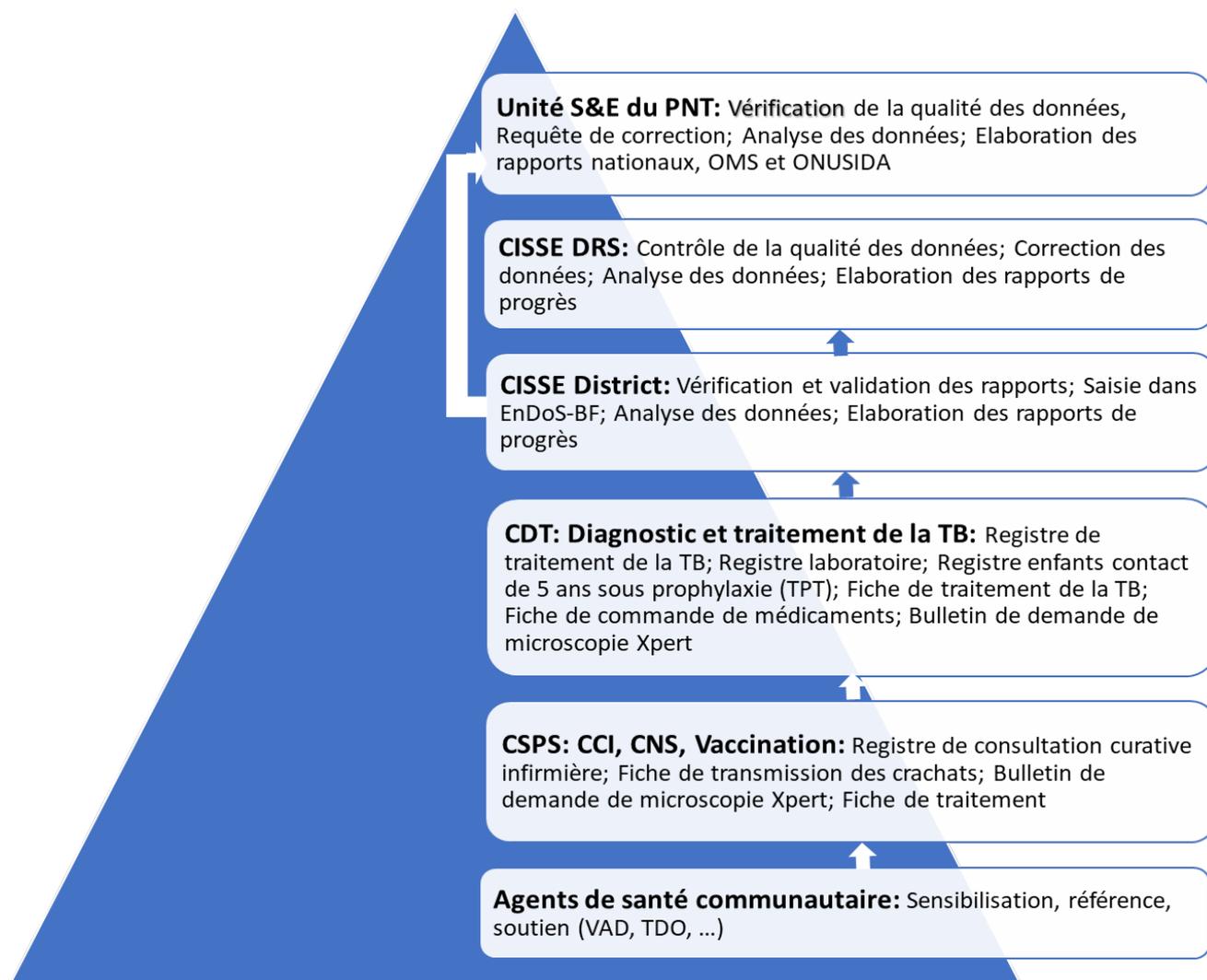


7. Surveillance et recherche

7.1. Système de surveillance

7.1.1. Organisation du système de surveillance

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. La surveillance de la tuberculose se fait à travers un système national de surveillance organisée selon la pyramide sanitaire nationale et qui collecte des données sur la tuberculose au niveau des différentes structures publiques et privées de prise en charge. Les unités de soins produisent les données de prise en charge clinique tandis que celles du laboratoire sont transmises par le réseau de laboratoires du programme. Le graphique suivant présente le système de surveillance de la tuberculose.



Graphique 32 : Système de surveillance de la tuberculose

7.1.2. Collecte de données

Les données sur la tuberculose sont organisées et collectées à l'aide d'outils standardisés qui sont les registres de consultation, de laboratoire et de traitement, les fiches et carte de traitement, la fiche de gestion de stocks des intrants et les supports de collecte de données du niveau communautaire.

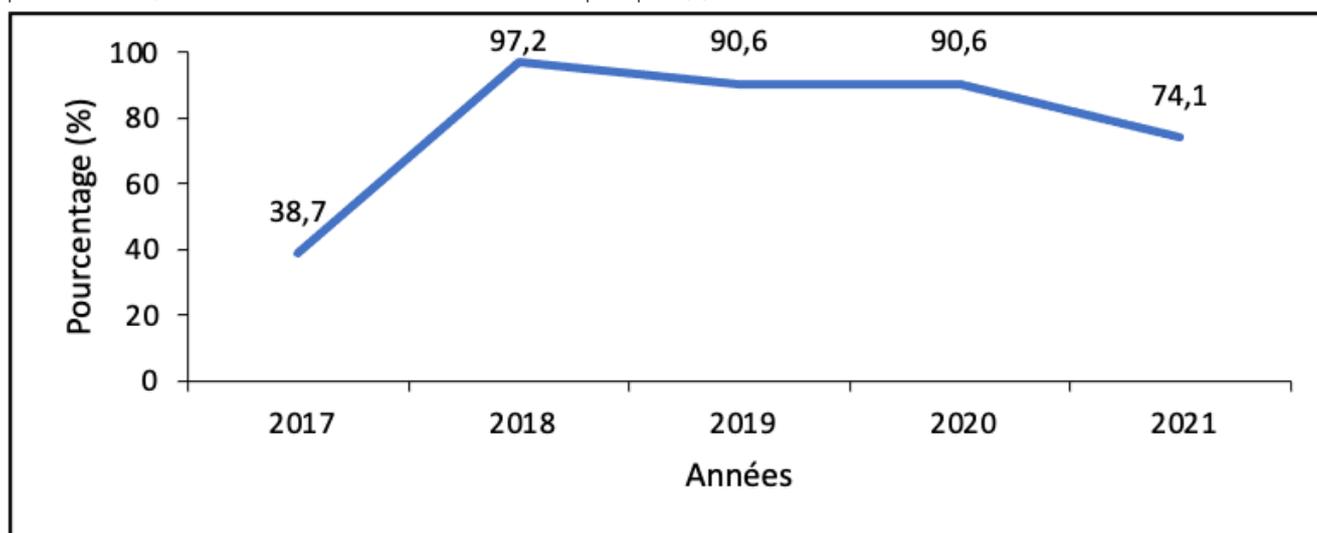
Les données individuelles par patient sont enregistrées dans tous les laboratoires, CSPS et CDT sur support papier. A la fin de chaque trimestre, ces données sont agrégées au niveau des CDT pour élaborer les rapports trimestriels dont une copie est envoyée aux agents des Centres d'information sanitaires et de surveillance épidémiologique (CISSE) au niveau district pour la saisie en ligne dans l'Endos-BF des données agrégées.

Les OBC ont des droits d'accès et saisissent leurs données sur Endos-BF.

Des initiatives innovantes de recherche active des cas de TB (REATB) et de connexion des Tracker TB et VIH ont été entreprises par le MSHP pour une intégration de la gestion informatisée des patients Tb et VIH. Une phase pilote est en cours dans 20 sites (15 sites à Xpert, 5 sites de prise en charge TB/MR) et les résultats permettront de prendre les décisions pour une mise à l'échelle.

7.1.3. Transmission des données

Les données collectées au niveau communautaire sont synthétisées, au niveau de chaque structure de soins, dans un rapport et sont transmises au niveau du district où se fait une vérification de leur qualité avant la saisie en ligne dans l'EnDoS-BF des données agrégées. Elles sont acheminées et centralisées au niveau de la région et de la coordination du programme, après vérification et compilation au niveau des districts sanitaires. La complétude de la saisie des données de TB et VIH par les ASBC et OBC est passée de 38,7% en 2017 à 74,1% en 2021 (Graphique 33).



Source : MSHP Annales statistiques 2017 à 2021

Graphique 33 : Complétude de la saisie des rapports communautaires (ASBC & OBC) sur la Tuberculose et VIH de 2017 à 2021

7.1.4. Feed-back

Un feed-back est fait aux formations sanitaires pour prendre en compte les différentes corrections. Tous les indicateurs de couverture, d'effet et d'impact font l'objet de suivi régulier. La diffusion des informations de la surveillance se fait à travers les feed-back vers les acteurs du programme à tous les niveaux ainsi qu'à travers le bulletin semestriel élaboré par le programme.

7.1.5. Assurance qualité des données

L'assurance qualité des données est réalisée à tous les niveaux pendant la collecte le traitement et l'analyse des données. Les données sont vérifiées lors des supervisions conjointes des Directions régionales de la Santé (DRS)-PNT des CDT et des laboratoires. Ces supervisions sont trimestrielles pour les DRS auxquelles participe le PNT une fois par semestre. Au niveau district, est organisée également la supervision conjointe des agents des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) par l'Equipe Cadre de District Sanitaire (ECD) et par l'équipe spécifique CDT. Après vérification de la promptitude et la complétude des données transmises, une base de données de la tuberculose est constituée à partir de ces rapports.

La mise en œuvre des activités du système de surveillance de la tuberculose contribuera à la réalisation des activités planifiées à l'Axe 1 : « Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient » du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025 au Burkina Faso.

Au-delà de la surveillance épidémiologique, d'autres études peuvent s'avérer nécessaires afin d'évaluer l'évolution des caractéristiques sociales des cas de tuberculose au Burkina Faso. Celles-ci peuvent concerner par exemple le délai de diagnostic dû au patient « patient delay » ou le rapport coût-efficacité de différentes mesures de santé publique contre la tuberculose.

7.2. Recherche

Le PNT a inclus la recherche comme composante essentielle et nécessaire dans son plan stratégique 2021-2025 pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation. Le but est de créer la connaissance essentielle afin d'améliorer les activités de santé qui soient adaptées, innovantes, réalistes et moins coûteuses.

La promotion de la recherche au sein du PNT s'est traduite par le renforcement des capacités du personnel en matière de recherche opérationnelle, la collaboration avec les instituts de recherche (IRSS, INSP...) et la mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre de projets de recherche. Les domaines prioritaires suivants sont inscrits dans le plan stratégique 2021-2025 :

- accessibilité des services TB selon le genre ;
- enquête sur les connaissances attitudes et pratiques (CAP) ;
- enquête de surveillance de la résistance de M. tuberculosis ;
- nouveaux schémas thérapeutiques ;
- investigation des cas contacts de TB ;
- impact des interventions telles que l'apport nutritionnel aux patients TB et le guichet unique TB/VIH.



8



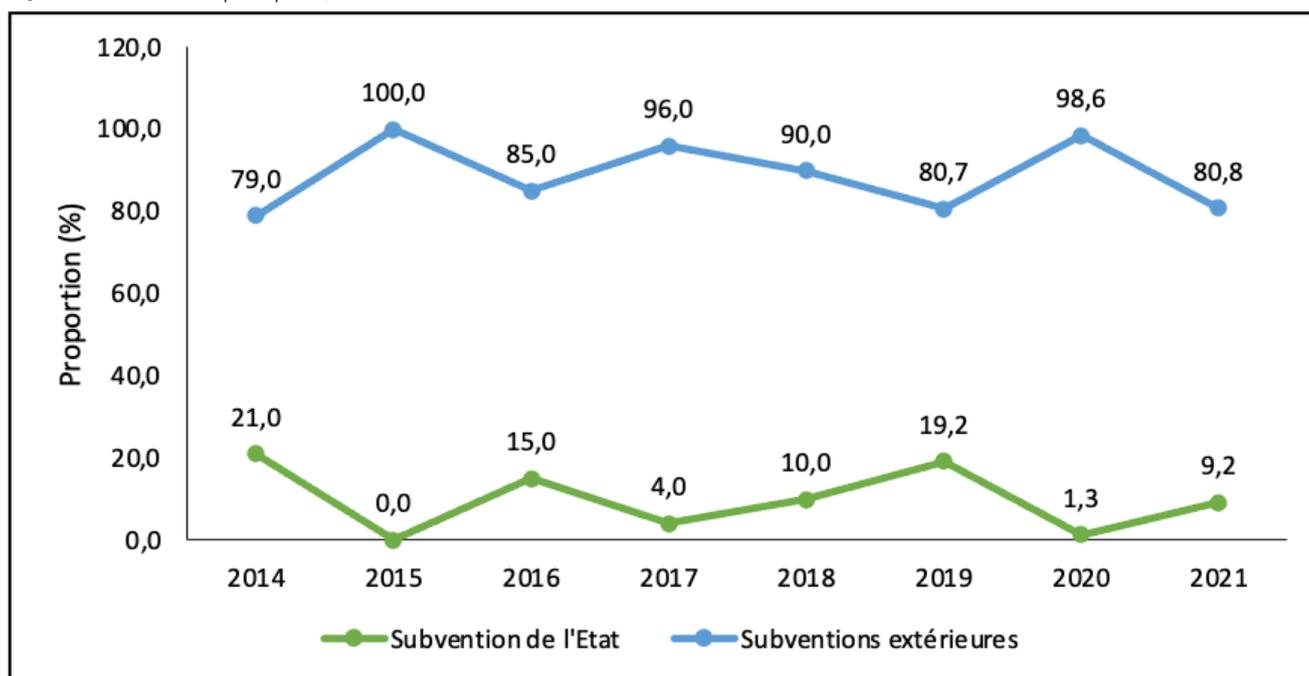
Financements



8. Financements

La Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose a fixé un objectif visant à ce qu'aucune personne ou famille touchée par la tuberculose ne supporte de coûts catastrophiques pour les soins. Le suivi de cet objectif par les pays et par l'OMS depuis l'adoption de la Stratégie par l'Assemblée de la Santé en 2015 (résolution WHA67.1) montre que le Burkina Faso n'a pas atteint le jalon de 0 % de contribution des ménages pour 2021²⁶.

Le financement de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso au cours de ces dix dernières années, s'appuie d'une part sur les ressources mises à la disposition du PNT par l'État et d'autre part sur l'appui sous forme de subventions des partenaires techniques et financiers qui sont : le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, l'OMS, la Coopération italienne, TB Reach, l'Union européenne, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, l'UNICEF, le WARN-TB et l'OAAS. De 2014 à 2021, la part contributive directe de l'Etat évolue entre 0 % et 21% et, celle des partenaires entre 79% et 100% (Graphique 34).



Source : MSHP Rapports des comptes de santé de 2014 à 2021.

Graphique 34 : Évolution de la proportion des ressources financières affectées au PNT de 2014 à 2021.

L'Etat, le Fonds Mondial et l'OMS sont les principaux bailleurs dans la lutte contre la tuberculose de 2014 à 2021 (Tableau 2).

²⁶ Rapport des comptes de santé MSHP 2021

Tableau 2 : Sources du financement de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso de 2014 à 2021

Années	Financement total (Dépenses en FCFA)	Part de l'Etat (Dépenses en FCFA)		Part du Fonds Mondial (Dépenses en FCFA)		Autres partenaires (Dépenses en FCFA)	
2014	328 754 023	70 000 000	21%	251 437 139	76%	7 316 884	2%
2015	140 721 401	0	0%	134 503 821	96%	6 217 580	4%
2016	268 770 075	40 000 000	15%	178 496 318	66%	50 273 757	19%
2017	518 178 113	22 000 000	4%	493 678 113	95%	2 500 000	0%
2018	582 366 721	3 593 000	1%	578 773 721	99%	0	0%
2019	865 679 310	155 022 340	17,91%	710 656 886	82,09%	0	0%
2020	597 668 408	61 554 850	7,55%	536 113 558	65,79%	217 222 186	26,66%
2021	523 519 721	69 744 412	10,78%	576932397	89,21	0	0%

Source : PNT Rapports d'activités de 2014 à 2021

Conclusion

Le Burkina Faso s'est engagé pour l'élimination de la tuberculose d'ici 2035. Ainsi, la mise en œuvre des stratégies a permis d'enregistrer des progrès parmi lesquels sont cités le développement de la stratégie « mettre fin à la tuberculose », l'organisation de lutte contre la tuberculose avec la participation communautaire, la baisse de l'incidence de la tuberculose, la baisse de la mortalité liée à la tuberculose, l'augmentation du taux de dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, l'augmentation de la proportion des patients tuberculeux sous traitement ARV, le développement de la surveillance et de la recherche et l'accompagnement des partenaires techniques et financiers

Toutefois, des défis demeurent, notamment l'insuffisance dans l'opérationnalisation du modèle de prise en charge à travers un guichet unique dans tous les CDT, la faible couverture en machines GeneXpert, la faible notification de la tuberculose, la non-atteinte de la cible du taux de succès thérapeutique, l'insuffisance de l'implication des formations sanitaires privées, du financement de la recherche sur la tuberculose.

En somme, dans un contexte de défi sécuritaire, cette première édition du profil pays sur la tuberculose est une référence permettant d'orienter la planification des interventions afin de maintenir les acquis enregistrés et d'accélérer la riposte à la tuberculose dans la perspective de réduire significativement le fardeau socio-économique de la maladie au niveau national et partant, de l'élimination de ce problème majeur de santé d'ici à 2035.

Références bibliographiques

- Décret n°2004-567/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS du 14/12/2004 portant adoption du document-cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles
- Enquête démographique de santé 2021 : Rapport des indicateurs-clés
- Gavelli F, Patrucco F. Diabetes and tuberculosis: A closer and closer relationship. Clin Respir J. 2018 Nov;12(11):2622-2623. doi: 10.1111/crj.12962. Epub 2018 Oct 24. PubMed PMID: 30246931
- Lönnroth K et al (2009) Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants
- Méda, Z. C., et al. (2013). "Facteurs de risque de l'infection tuberculeuse chez les patients atteints du VIH/sida au Burkina Faso". AIDS Res Hum Retroviruses 29(7) : 1045-1055.
- Mining and risk of tuberculosis in sub-Saharan Africa. Public Health. mars 2011
- Ministère de la justice et des droits humains – Annuaire statistique 2021
- MSHP Annuaire statistique 2015-2021
- MSHP Annuaire statistique 2021
- MSHP Annuaire statistique 2012 à 2021
- MSHP Annuaire statistique 2017 à 2021
- MSHP HHFA 2020
- MSHP Rapports des comptes de santé de 2014 à 2021
- MSHP SARA/HHFA 2014, 2016, 2018 et 2020
- MSHP, Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025
- Ohene S. A. et al (2021) Case finding of tuberculosis among mining communities in Ghana
- Patra J. et al. (2014) Tobacco smoking, alcohol drinking, diabetes, low body mass index and the risk of self-reported symptoms of active tuberculosis: individual participant data (IPD) meta-analyses of 72,684 individuals in 14 high tuberculosis burden countries
- Pawlowski A et al. (2012) Tuberculosis and HIV co-infection
- Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025 au Burkina Faso
- PNT Rapport annuel d'activités de lutte contre la tuberculose 2016-2021
- PNT Rapport d'activités de lutte contre la tuberculose 2021
- PNT Rapports d'activités de 2014 à 2021
- Poda, A. , et al.(2014). « Facteurs prédictifs de survenue de la tuberculose chez les adultes infectés par le VIH à l'hôpital de jour de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) »
- Silva D. R., et al (2018) Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs
- Xiang K. et al.(2021) Association between ambient air pollution and tuberculosis risk: A systematic review and meta-analysis

- Zellweger JP. Tobacco and tuberculosis. Monaldi Arch Chest Dis. 2008 Jun;69(2):83-5. doi: 10.4081/monaldi.2008.403. PMID: 18837424.
- Base de données DHIS 2 de 2016 à 2021
- <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.DTEC.ZS>
- <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.DTEC.ZS?contextual=max&end=2020&locations=BF&start=2000&view=chart>
- https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22BF%22
- https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22FR%22&iso2=%22BF%22

Annexes

Tableau 3 : principaux indicateurs du Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose 2021-2025

Types d'indicateur	Indicateurs	Périodicité	Valeur de base	Année de référence	Source de données	2021	2022	2023	2024	2025
Impact	Taux d'incidence de la tuberculose (cas pour 100 000 habitants)	Annuelle	48	2018	Rapport mondial OMS	45	44	43	42	40
Impact	Taux de mortalité par tuberculose (cas pour 100 000 habitants)	Annuelle	7,8	2018	Rapport mondial OMS	7,1	6,8	6,5	6,1	5,7
Impact	Prévalence de la TB résistante à la rifampicine et/ou de la TB-MR chez les nouveaux patients atteints de TB (%)	Annuelle	2,1	2017	Enquête			1,7		
Impact	Pourcentage de ménages affectés par les coûts catastrophiques liés à la TB	Annuelle	ND	-	Enquête					0%
Effet	Taux de notification des cas de tuberculose (nouveaux et rechutes, toutes formes confondues) pour 100 000 habitants	Annuelle	29,9	2018	Rapport annuel PNT	32	33	34	35	36
Effet	Taux de succès du traitement, nouveaux cas et rechutes toutes formes de TB (%)	Trimestrielle	84	2018	EN-DOS-BF	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90
Effet	Taux de succès thérapeutique de TB-RR et/ou TB-MR (%)	Trimestrielle	61,8	2018	EN-DOS-BF	≥80	≥80	≥85	≥85	≥85
Effet	Taux de décès du traitement chez les co-infectés TB/VIH, nouveaux cas et rechutes toutes formes (%)	Trimestrielle	20	2018	EN-DOS-BF	<10	<8	<7	<6	<5
Effet	Taux de succès du traitement des nouveaux cas et rechutes toutes formes de TB parmi les patients ayant bénéficié d'un accompagnement communautaire (%)	Annuelle	89,1	2017	Rapport annuel PNT	≥90	≥92	≥93	≥94	≥95
Effet	Taux de perdus de vue et de non évalués chez les nouveaux cas et rechutes des CDT abriant les zones à déficit sécuritaire (%)	Trimestrielle	9,8 (25 CDT)	2018	EN-DOS-BF	<5	<5	<5	<5	<5
Couverture	Pourcentage des nouveaux patients de TB ou de rechute notifiés ayant subi un test de diagnostic rapide (Xpert) en tant que test de diagnostic initial	Trimestrielle	21%	2018	EN-DOS-BF	50	70	85	95	98

Couver- ture	Pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie de frottis	Trimestrielle	90,1	2018	Base de données du PNT	≥95	≥95	≥95	≥95	≥95
Couver- ture	Nombre de cas notifiés de TB toutes formes confondues (cas confirmés bactériologiquement et cas diagnostiqués cliniquement), nouveaux cas et rechutes	Trimestrielle	5971	2018	EN-DOS-BF	7003	7542	8087	8593	9415
Couver- ture	Proportion de nouveaux cas TB et rechutes toutes formes notifiées chez les enfants (%)	Trimestrielle	3,1	2018	EN-DOS-BF	8	10	12	12	12
Couver- ture	Proportion de nouveaux cas et rechute de TB (toutes formes confondues) orientés par les acteurs communautaires (%)	Trimestrielle	26,5	2019	EN-DOS-BF	30	30	35	35	40
Couver- ture	Nombre de cas de TB résistante à la rifampicine et/ou de TB-MR notifiés	Trimestrielle	102	2018	EN-DOS-BF	164	141	152	161	177
Couver- ture	Nombre de cas de TB résistante à la rifampicine et/ou de TB-MR ayant commencé un traitement antituberculeux de 2ème ligne	Trimestrielle	88	2018	EN-DOS-BF	119	141	152	161	177
Couver- ture	Pourcentage de patients TB enregistrés (nouveaux cas et rechutes) dont le statut VIH est documenté	Trimestrielle	92,4	2018	EN-DOS-BF	98	98	98	98	98
Couver- ture	Pourcentage de patients TB (nouveaux cas et rechutes) séropositifs au VIH sous traitement ARV pendant le traitement antituberculeux	Trimestrielle	85,1	2018	EN-DOS-BF	99	99	99	99	99
Couver- ture	Proportion des enfants de moins de 5 ans contacts de cas de TB confirmés bactériologiquement éligibles, mis sous traitement préventif (%)	Trimestrielle	42,5	2018	EN-DOS-BF	55	70	80	85	90
Couver- ture	Proportion des enfants de moins de 5 ans contacts de cas de TB confirmés bactériologiquement qui ont terminé le traitement préventif (%)	Trimestrielle	71,3	2017	EN-DOS-BF	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90
Couver- ture	Nombre de cas de TB notifiés par les CDT abitant des zones à déficit sécuritaire	Trimestrielle	1167 (25CDT)	2018	EN-DOS-BF	1471	1584	1698	1805	1977

Couver- ture	Proportion des patients TB des CDT abritant des zones à déficit sécuritaire qui sont mis sous traitement antituberculeux (%)	Trimestrielle	ND	2018	EN-DOS-BF	100	100	100	100	100
Couver- ture	Pourcentage de CDT n'ayant communiqué aucune rupture de stocks des médicaments antituberculeux de 1ère ligne au dernier jour du trimestre	Trimestrielle	83,5%	2018	EN-DOS-BF	100	100	100	100	100
Couver- ture	Taux d'absorption financière du programme (%)	Annuelle	73,5	2018	Rapport annuel du PNT	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90
Couver- ture	Pourcentage de sites Xpert sur lesquels un système de connectivité des données a été mis en place et permet de transmettre les résultats par voie électronique aux cliniciens et à un système de gestion des informations	Annuelle	0%	2019	Base de données du PNT	55,6	100	100	100	100
Couver- ture	Pourcentage des cas de TB-RR notifiés avec résultats de test de sensibilité pour les médicaments de 2ème ligne	Annuelle	64%	2018	Rapport annuel PNT	70	75	80	85	90

Source : PNT Plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2021 - 2025

