



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GÉNÉRAL  
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE  
OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

# ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU BURKINA FASO

## RAPPORT 2022





# Equipe de rédaction

## Equipe de coordination

Nom & prénom	Structure/Institution
Hervé Mwinonè HIEN	Direction générale de l'Institut national de santé publique
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population

## Equipe de rédaction

Nom & prénom	Structure/Institution
Abdou Muller K. COMPAORE	Agence nationale pour la sécurité sanitaire de l'environnement, de l'alimentation, du travail et des produits de santé
Abdoul Koudous NACRO	Observatoire national de la santé de la population
Aguiébina OUEDRAOGO	Direction de la santé de la famille
Cheick Omar DIALLO	Observatoire national de la santé de la population
Christian D. Gaël SOMDA	DGESS du ministère en charge de l'environnement
Claude Zoungrana	DGESS du ministère en charge de l'agriculture
Djouma K. HEMA	Institut national de la statistique et de la démographie
Emmanuel SEINI	Observatoire national de la santé de la population
Herman BAZIE	Observatoire national de la santé de la population
Hermann BADOLO	Observatoire national de la santé de la population
Jean Louis KOULIDIATI	Observatoire national de la santé de la population
LANKOANDE Bruno	Observatoire de la population de Ouagadougou
Larba LANKOANDE	Observatoire national de la santé de la population
Ludovic Deo Gracias TAPSOBA	Observatoire national de la santé de la population
Mimbouré YARA	Observatoire national de la santé de la population
Olivia Marie Angèle Awa OUEDRAOGO	Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles
Oussény BARRY	Direction de la protection de la santé de la population
Pagomziri Clément BOUGMA	DGESS du ministère en charge du transport
Pascal ZABRE	Centre de recherche en santé de Nouna
Rose TINGUERI/DIASSO	Organisation mondiale de la santé
Samiratou OUEDRAOGO	Observatoire national de la santé de la population
SANKARA Moctar	Direction des statistiques sectorielles
Yamregma KABORE	Centre des opérations de réponses aux urgences sanitaire

## Partenaires

Nom & prénom	Structure/Institution
Florent SOMDA	Fonds des nations unies pour la population
KONFE Salifou	Fonds des nations unies pour la population
Minzah Etienne PEKELE	Organisation mondiale de la santé
Rose TINGUERI/DIASSO	Organisation mondiale de la santé

## Mot du ministre de la santé et de l'hygiène publique

Le rapport sur l'état de santé de la population 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 l'état de santé des populations en se référant aux données collectées au niveau du système statistique national en général et du système d'information sanitaire spécifiquement.

Pour cette édition 2022, une attention particulière a été portée sur les tendances des indicateurs d'impact des interventions en santé, les principales causes de décès, le vieillissement de la population notamment les tendances, l'impact et les défis pour le secteur de la santé, la situation du cancer et la résilience du système de santé face à la COVID-19.

Ce rapport met à la disposition des décideurs, de la société civile, des communautés et des partenaires au développement de précieuses informations et constitue un référentiel pouvant orienter la planification stratégique et la prise de décision en santé.

Je remercie l'ensemble des acteurs, notamment les représentants des directions générales, centrales et régionales du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, ceux des ministères et institutions partenaires du système statistique national qui ont su allier contraintes et efforts pour l'élaboration de ce document.

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 pour parvenir à ce livrable. Tout le mérite lui revient d'être parvenu à combiner harmonieusement les résultats des travaux de recherches, d'enquêtes, des données des systèmes de surveillance démographique et de santé ainsi que les données du système d'information sanitaire à l'effet de répondre à une des fonctions essentielles de la pratique de la santé publique.

Pour terminer mes propos, j'adresse mes sincères remerciements aux différents partenaires au développement pour leur soutien inestimable dans la réalisation de ce travail.

Convaincu que ce document répondra à de nombreuses attentes, j'exhorte à sa lecture et surtout à sa judicieuse exploitation.

The image shows a blue ink signature of Dr. Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU. To the right of the signature is the official seal of the Ministry of Health and Public Hygiene of Burkina Faso. The seal is circular with the text 'Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique' around the top and 'Burkina Faso' at the bottom. In the center, there is a shield with a caduceus (a staff with two snakes) and the text 'Le Ministre' below it.

**Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU**  
*Officier de l'Ordre de l'Étalon*



## Avant-propos

A l'instar d'autres pays du monde, le Burkina Faso est sujet à diverses morbidités engendrant ainsi des invalidés et de nombreux décès. L'Institut national de la santé publique (INSP), l'un des opérateurs de santé publique fait chaque année l'état de cette situation. Dans cette optique, depuis 2019 à travers son organe technique qu'est l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP), il traite des thématiques d'actualité en faisant l'état des principaux indicateurs de l'état de santé de la population.

La réalisation de ce rapport répond aux besoins de disposer d'informations actualisées pour orienter la planification et évaluer les progrès vers l'atteinte des cibles définies. Par ailleurs, les résultats de ce support constituent des évidences pour évaluer l'état de santé actuelle de la population burkinabè et y mesurer les progrès réalisés.

Un aperçu sur le rapport 2022 relatif à l'état de santé de la population, interpelle sur les tendances des indicateurs d'impact des interventions en santé, les principales causes de décès, le vieillissement de la population, l'impact et les défis pour le secteur de la santé, la situation du cancer et la résilience du système de santé face à la COVID-19.

J'adresse mes vives félicitations à l'équipe qui a conduit avec succès la rédaction du document malgré de multiples contraintes d'ordre administratif, financier, logistique, sécuritaire, technologique etc. Je salue également l'engagement de tous les acteurs impliqués à savoir les directions centrales du ministère en charge de la santé, de l'environnement, de l'agriculture, du transport, l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et des partenaires techniques financiers tout au long de son processus d'élaboration. Cet état de fait est l'expression d'une capacité de résilience et d'action participative.

J'exprime également ma gratitude envers le gouvernement pour son importante contribution à la réalisation de ce travail.

J'invite les décideurs au niveau national et régional, le personnel de santé, les instituts de formation et les centres de recherche, la société civile, le secteur privé et les partenaires à s'approprier ce document et à l'exploiter pour la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de toutes les interventions dans le domaine de la santé des populations.

  
**Docteur Hervé Mwinoné HIEN**  
*Chevalier de l'Ordre du Mérite*



# Table des matières

Equipe de rédaction	2
Mot du ministre de la santé et de l'hygiène publique	3
Avant-propos	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	7
Liste des graphiques et cartes	7
Sigles et abréviations	11
Synthèse	13
Introduction	17
Méthodologie	18
<b>1. Tendance des indicateurs de processus et d'impact des interventions en santé</b>	<b>20</b>
1.1 Indicateurs d'impact généraux en santé	21
1.2 Indicateurs de la santé des enfants	23
1.3 Indicateurs de la santé des adolescentes et des femmes	29
1.4 Indicateurs de lutte contre le paludisme	32
1.5 Indicateurs de lutte contre le VIH/SIDA- IST	40
1.6 Indicateurs de lutte contre la tuberculose	47
<b>2. Principales causes de décès au Burkina Faso</b>	<b>50</b>
2.1 Dix principales causes de décès dans les formations sanitaires	51
2.2 Prématurité	54
2.3 Infection du nouveau-né (INN)	55
2.4 Infection respiratoire aigüe sévère	57
2.5 Souffrance néonatale	59
2.6 Malnutrition aigüe sévère en interne	60
2.7 Maladies vasculaires cérébrales	61
2.8 Insuffisance rénale chronique	63
2.9 Péritonite	65
2.10 Traumatismes crâniens	67
2.11 Principales causes de décès par groupe d'âge	69
<b>3. Vieillesse de la population au Burkina Faso ; tendances, impact et défis pour le secteur de la santé</b>	<b>72</b>
3.1 Tendances du vieillissement au Burkina Faso	73
3.2 Situation des mesures prises en faveur des personnes âgées	77
3.3 Impact du vieillissement sur la santé	78
3.4 Facteurs de risque des personnes âgées	79
3.5 Facteurs morbides des personnes âgées	81
3.6 Défis du vieillissement en matière de santé	86
<b>4. Cancer au Burkina Faso</b>	<b>91</b>
4.1 Organisation de la lutte contre le cancer au Burkina Faso	91
4.2 Situation épidémiologique sur le cancer	98
4.3 Financement de la lutte contre le cancer	103
4.4 Défis	104
<b>5. Résilience du système de santé face à la COVID-19 au Burkina Faso</b>	<b>105</b>
5.1 Etat des lieux sur la situation épidémiologique de la pandémie de la COVID-19 au Burkina Faso	106
5.2 Résilience du système de santé à travers les six piliers	107
Conclusion	120
Références bibliographiques	122
Annexes	123

## Liste des tableaux

Tableau 4.1 : Principales tumeurs malignes dans les formations sanitaires par région en 2022	104
Tableau 4.2 : Létalité chez les patients hospitalisés pour tumeurs malignes en 2022	107
Tableau 4.3 : Récapitulatif des causes d'évacuations sanitaires pour tumeur à l'étranger de 2018 à 2022	108
Tableau 4.4 : Evolution des montants alloués et dépensés dans la lutte contre le cancer de 2016 à 2022	109
Tableau 5.1 : Coût, taux de mobilisation, de décaissement et d'absorption des ressources financières par domaine du plan de riposte	121

## Liste des graphiques

Graphique 1.1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Burkina Faso entre 1975 et 2019	25
Graphique 1.2 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité au Burkina Faso entre 1993 et 2021 selon le milieu de résidence	25
Graphique 1.3 : Répartition de l'ISF selon la région et le milieu de résidence en 2021	26
Graphique 1.4 : Evolution du niveau de la malnutrition aigüe modérée et sévère chez les enfants de 6-59 mois de 2013 à 2021	26
Graphique 1.5 : Prévalence de la malnutrition aigüe modérée et sévère chez les enfants de 6-59 mois dans trois communes à fort défi sécuritaire en 2022	27
Graphique 1.5 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base de 2010 à 2021	28
Graphique 1.6 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés par antigène en 2021	30
Graphique 1.7 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2003 à 2021	31
Graphique 1.8 : Evolution de la mortalité infantile de 2003 à 2021	32
Graphique 1.9 : Evolution de la mortalité néonatale de 2003 à 2021	32
Graphique 1.10 : Répartition des mort-nés à 7 mois de grossesse par région et milieu de résidence en 2021	33
Graphique 1.11 : Tendances de l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives chez les femmes en union de 2010 à 2021	33
Graphique 1.12 : Prévalence contraceptive chez les femmes en union selon la région en 2021	34
Graphique 1.13 : Evolution de la fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence de 2010 à 2021	35
Graphique 1.14 : Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse de 2010 à 2021	36
Graphique 1.15 : Evolution des proportions de décès maternels de 2010 à 2021	36
Graphique 1.16 : Taux de couverture de la campagne de chimioprophylaxie saisonnière du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois en 2022 selon les passages	37
Graphique 1.17 : Evolution de la proportion de la population ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête de 2003 à 2021	38
Graphique 1.18 : Evolution de la proportion de la population ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview de 2003 à 2021	38
Graphique 1.19 : Evolution de l'incidence du paludisme de 2013 à 2022	39
Graphique 1.20 : Incidence du paludisme par région en 2022	40
Graphique 1.21 : Tendances de la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le TDR et l'examen microscopique de 2010 à 2021	41
Graphique 1.22 : Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 Mois en 2021 par milieu de résidence et par région	42
Graphique 1.23 : Taux de létalité liée au paludisme grave de 2013 à 2022	42
Graphique 1.24 : Létalité du paludisme grave en population générale et chez les enfants de moins de 5 ans par région en 2022.	43
Graphique 1.25 : Evolution de la mortalité liée au paludisme grave dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	44
Graphique 1.26 : Taux de mortalité liée au paludisme grave dans les formations sanitaires par région en 2022.	44
Graphique 1.27 : Evolution de nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida sous TARV de 2013 à 2022	45
Graphique 1.28 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'eTME de 2013 à 2022	46
Graphique 1.29 : Evolution du pourcentage d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines de vie de 2013 à 2022	47
Graphique 1.30 : Evolution de la prévalence de l'infection à VIH en population générale de 2013 à 2022	47
Graphique 1.31 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15-49 ans et à tout âge de 2012 à 2021	48
Graphique 1.32 : Evolution de la notification des cas d'IST et l'incidence cumulée des MST de 2013 à 2022	49
Graphique 1.33 : Situation de la cascade clinique (Enfants et Adultes) en 2022	49
Graphique 1.34 : Evolution de la létalité du Sida de 2013 à 2020	50
Graphique 1.35 : Evolution du taux de mortalité due au SIDA de 2013 à 2020	50
Graphique 1.36 : Evolution de la prévalence TB-MR chez les Nouveaux cas et chez les Cas déjà traités (%) au Burkina-Faso entre 2017 et 2022	51
Graphique 1.37 : Evolution de l'incidence de la tuberculose entre 2013 et 2021	52
Graphique 1.38 : Evolution du taux de mortalité liée à la tuberculose toute forme de 2013 à 2022	52
Graphique 1.40 : Taux de mortalité due à la tuberculose toute forme confondue selon la région en 2022	53



Graphique 2.1 : Proportion des 10 principales causes de décès dans les formations sanitaires en 2022	55
Graphique 2.2 : Classement des 10 pathologies, causes de décès au cours des 5 dernières années dans les formations sanitaires	56
Graphique 2.3 : Evolution du nombre de décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	57
Graphique 2.4 : Proportion par tranche d'âge des décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires en 2022	57
Graphique 2.5 : Répartition par région du nombre de décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires en 2022	58
Graphique 2.6 : Evolution du nombre de décès dus à la prématurité dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	59
Graphique 2.7 : Répartition par région du nombre de décès dus à la prématurité dans les formations sanitaires en 2022	59
Graphique 2.8 : Evolution du nombre de décès dus aux infections du nouveau-né dans les formations sanitaires de 2016 à 2022	60
Graphique 2.9 : Répartition par région du nombre de décès dus aux infections du nouveau-né dans les formations sanitaires en 2022	60
Graphique 2.10 : Evolution du nombre de décès dus aux infections respiratoires aiguës sévères dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	61
Graphique 2.11 : Proportion par tranche d'âge des décès dus aux infections respiratoires aiguës sévères dans les formations sanitaires en 2022	62
Graphique 2.12 : Répartition par région du nombre de décès dus aux infections respiratoires aiguës sévères dans les formations sanitaires en 2022	62
Graphique 2.13 : Evolution du nombre de décès dus à la souffrance néonatale dans les formations sanitaires de 2017 à 2022	63
Graphique 2.14 : Répartition par région du nombre de décès dus aux souffrances néonatales dans les formations sanitaires en 2022	64
Graphique 2.15 : Evolution du nombre de décès dus à la malnutrition aiguë sévère en interne dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	65
Graphique 2.16 : Répartition par région du nombre de décès dus à la malnutrition aiguë sévère en interne dans les formations sanitaires en 2022	65
Graphique 2.17 : Evolution du nombre de décès dus aux maladies vasculaires cérébrales dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	66
Graphique 2.18 : Répartition par région du nombre de décès dus aux maladies vasculaires cérébrales dans les formations sanitaires en 2022	67
Graphique 2.19 : Evolution du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	67
Graphique 2.20 : Proportion par tranche d'âge des décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires en 2022	68
Graphique 2.21 : Répartition par région du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires en 2022	69
Graphique 2.22 : Evolution du nombre de décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	69
Graphique 2.23 : Proportion par tranche d'âge des décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires en 2022	70
Graphique 2.24 : Répartition par région du nombre de décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires en 2022	71
Graphique 2.25 : Evolution du nombre de décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires de 2013 à 2022	71
Graphique 2.26 : Proportion par tranche d'âge des décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires en 2022	72
Graphique 2.27 : Répartition par région du nombre de décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires en 2022	73
Graphique 2.29 : Principales causes de décès chez les moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2022	73
Graphique 2.30 : Principales causes de décès chez les 5-14 ans dans les formations sanitaires en 2022	74
Graphique 2.30 : Principales causes de décès chez les 15 ans et plus dans les formations sanitaires en 2022	75



Graphique 3.1 : Évolution de l'effectif des personnes âgées de 1985 à 2035	78
Graphique 3.2 : Évolution du poids et du taux d'accroissement des personnes âgées	79
Graphique 3.3 : Répartition des personnes âgées (%) par groupe d'âge et par sexe de 1985 à 2035	80
Graphique 3.4 : Évolution de l'espérance de vie à 60 ans de 1985 à 2019	81
Graphique 3.5 : Taux de morbidité selon le sexe et par groupes d'âge	83
Graphique 3.6 : Facteurs de risque combinés de 2013 et de 2021	83
Graphique 3.7 : Niveaux et tendances des principaux indicateurs sur les facteurs de risque communs aux maladies non transmissibles entre 2013 et 2021	84
Graphique 3.8 : Répartition (%) des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire existante ou un risque cardio-vasculaire élevé par tranche d'âge 2013 et 2021.	85
Graphique 3.9 : Répartition des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire existante ou un risque cardio-vasculaire élevé par tranche d'âge.	86
Graphique 3.10 : Prévalence de l'hypercholestérolémie totale, Enquête STEPS-BF, 2013	86
Graphique 3.11 : Antécédents personnels d'HTA selon la tranche d'âge	87
Graphique 3.12 : Répartition (%) de la prévalence de la tension artérielle élevée sévère selon les tranches d'âge, 2021.	88
Graphique 3.13 : Répartition (%) de la prévalence de la tension artérielle élevée selon les tranches d'âge	88
Graphique 3.14 : Répartition (%) des répondants selon la mesure de la glycémie anormale à jeun par tranche d'âge	89
Graphique 3.15 : Répartition de personnes diagnostiquées diabétiques au cours des 12 derniers mois et celles diagnostiquées mais pas au cours des 12 derniers mois par tranches d'âge en 2021.	90
Graphique 3.16 : Prévalence du diabète selon les tranches d'âges en 2013 et 2021	90
Graphique 3.17 : Proportion des personnes ayant consulté un service de santé par groupe d'âge selon le niveau de satisfaction	92
Graphique 4.1 : Évolution du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus de 2016 à 2022	103
Graphique 4.2 : Évolution du nombre de tumeurs malignes de 2013 à 2022	103
Graphique 4.3 : Répartition des types de tumeurs chez les enfants de moins de 5 ans en 2022	105
Graphique 4.4 : Répartition des types de tumeurs chez les 5-14 ans en 2022	105
Graphique 4.5 : Répartition des types de tumeurs chez les 15 ans et plus en 2022	106
Graphique 4.6 : Evolution des types de tumeurs de 2013 à 2022	107
Graphique 5.1 : Courbe évolutive des cas confirmés de COVID-19 au Burkina Faso en 2020, 2021 et 2022	111
Graphique 5.2 : Evolution de nombre de contacts par habitant par an de 2017 à 2022	115
Graphique 5.3 : Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an chez les enfants de moins de 5 ans de 2018 à 2021	115
Graphique 5.4 : Evolution des taux d'accouchement assisté, de couverture en CPN4 et VAT2 de 2018 à 2021	116
Graphique 5.5 : Evolution du taux de couverture en Penta 3 et RR1	117

## Liste des cartes

Carte 1. 1 : Couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois par région en 2021	29
Carte 5.1 : Répartition des cas de COVID-19 par district sanitaire au 31 décembre 2022 au Burkina Faso	112

# Sigles et abréviations

<b>AFCR</b>	Appui Financier du Réseau africain des Registres du Cancer	<b>INSP</b>	Institut national de santé publique
<b>ARV</b>	Antirétroviral	<b>IRAS</b>	Infection respiratoire aigüe sévère
<b>ASBC</b>	Agent de Santé à Base Communautaire	<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire	<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional	<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire	<b>IVA /IVL</b>	Inspection visuelle après application de l'acide acétique ou du Lugol
<b>CHUP CDG</b>	Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle	<b>MAS</b>	Malnutrition aiguë sévère
<b>CHUSS</b>	Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso	<b>MII</b>	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
<b>CHU-YO</b>	Centre Hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo	<b>MNT</b>	Maladies non transmissibles
<b>CIRC</b>	Centre International de Recherche sur le Cancer	<b>MSHP</b>	Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique
<b>CM</b>	Centre médical	<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale	<b>ONSP</b>	Observatoire national de la santé de la population
<b>CNGCP</b>	Comité National de Gestion de la Crise de la Pandémie	<b>PCI</b>	Prévention et le Contrôle de l'Infection
<b>CNS</b>	Conseil National de Santé	<b>PCR</b>	Polymerase Chain Reaction ou Réaction de Polymérisation
<b>COBUCAN</b>	Coalition Burkinabè de lutte Contre le Cancer	<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>CORUS</b>	Centre des Opérations de réponse aux urgences sanitaires	<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>COVID</b>	Coronavirus disease	<b>PNMNT</b>	Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles
<b>CPN</b>	Consultation prénatale	<b>PNT</b>	Programme National de la Tuberculose
<b>CPS</b>	Chimio prophylaxie saisonnière	<b>PvVIH</b>	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
<b>DLM</b>	Direction de la lutte contre la Maladie	<b>RCO</b>	Registre du Cancer de Ouagadougou
<b>DPCM</b>	Direction de la Prévention et du Contrôle des Maladies non transmissibles	<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
<b>DPT</b>	Vaccin contre la Diphtérie, la coqueluche et le tétanos	<b>RMG</b>	Rapport de Mortalité liée à la Grossesse
<b>EO</b>	Espérance de vie à la naissance	<b>SGI</b>	Système de Gestion des Incidents
<b>EDSBF</b>	Enquête Démographiques et de Santé au Burkina Faso	<b>SitRep</b>	Rapport de situation
<b>EHCVM</b>	Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages	<b>SPA</b>	Sanitaire des Personnes Agées
<b>EnDoS-BF</b>	Entrepôt des Données Sanitaire du Burkina Faso	<b>TB</b>	Tuberculose
<b>EPI</b>	Equipements de Protection Individuelle	<b>TB-MR</b>	Tuberculose multi résistante
<b>eTME</b>	Elimination de la transmission mère enfant du VIH	<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>GFAOP</b>	Groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique	<b>TLOH</b>	Télégramme lettre officiel hebdomadaire
<b>GIP-PNVB</b>	Programme National de Volontariat au Burkina	<b>VAT</b>	Vaccin antitétanique
<b>HPV</b>	Papillomavirus humain	<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle	<b>VHC</b>	Virus l'hépatite c
<b>INN</b>	Infections du Nouveau-Né	<b>VMAT</b>	Arc thérapie volumétrique
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie		

# Synthèse

## 1- Une amélioration continue des indicateurs de processus et d'impact des interventions en santé

Une contribution des interventions en santé est perceptible à travers l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso. Elle est marquée par une espérance de vie en hausse continue, une mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle en baisse bien que toujours élevées, une baisse modérée de la fécondité, une prévalence contraceptive en augmentation chez les femmes en union et une persistance du fardeau lié au paludisme.

### L'espérance de vie à la naissance est en hausse et le niveau de fécondité est en baisse

L'espérance de vie à la naissance est passée de 48,5 ans en 1975 à 61,9 ans en 2019. Quant à l'indice synthétique de fécondité, il a connu une baisse de plus de 36% entre 1993 et 2021 pour s'établir à 4,4%.

### Le rapport de mortalité liée à la grossesse et la mortalité infanto-juvénile sont en baisse ces dernières années.

Le rapport de mortalité liée à la grossesse connaît une réduction de 47% passant de 440 en 2003 à 232 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé considérablement passant de 184 décès pour 1000 naissances vivantes en 2003 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021.

### La prévalence du paludisme et le taux de mortalité lié au paludisme dans les formations sanitaires sont en baisse.

La prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois est passée de 76,1% en 2010 à 28% en 2021, soit une baisse de plus de 63%. Le taux de mortalité lié au paludisme dans les formations sanitaires est en baisse passant de 36,3% en 2013 à 19,1% en 2022.

## 2- Un perpétuel changement de rang des dix principales causes de décès dans les formations sanitaires au Burkina Faso.

Même si le nombre de décès liés au paludisme grave est en diminution, il demeure la première cause de décès dans les formations sanitaires au cours des dix dernières années. Le paludisme grave reste la première cause de décès dans les formations sanitaires (28%) avec une prédominance chez les

moins de 5 ans (69%) en 2022. De 2013 à 2022, le nombre de décès liés au paludisme grave a baissé de plus de 46%.

La prématurité, la malnutrition aigüe sévère en interne et la souffrance néonatale étaient respectivement la deuxième, la troisième et la quatrième cause des décès des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2022.

Les autres maladies infectieuses et parasitaires, la péritonite et les autres maladies hématologiques étaient respectivement la deuxième, la troisième et la quatrième cause des décès chez les 5-14 ans dans les formations sanitaires en 2022 ;

Les maladies vasculaires cérébrales, les autres maladies infectieuses et parasitaires ainsi que le paludisme grave étaient respectivement la première, la deuxième et la troisième cause des décès chez les 15 ans et plus dans les formations sanitaires en 2022.

## 3- Une augmentation continue du nombre de personnes de 60 ans et plus avec de nombreux défis pour le secteur de la santé

### Le nombre de personnes âgées est en augmentation continue

Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus connaît une augmentation continue passant de 490 344 personnes en 1985 à 1 031 984 personnes en 2019 avec une augmentation de 44,8% entre 2006 et 2019. Près de 85% des personnes âgées ont moins de 80 ans (troisième âge).

### Avec le vieillissement, la morbidité et la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles sont plus élevées.

La morbidité était plus élevée chez les personnes âgées de plus de 60 ans (41,5%) en 2021. En 2021, la prévalence de l'hypertension artérielle sévère (12,4%) et du diabète (12%) étaient plus élevées chez les personnes âgées de 45-69 ans.

### En matière de services sociaux en général et de santé en particulier, de nombreux défis liés au vieillissement de la population demeurent.

Les dispositions législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale ne concernent que les travailleurs salariés et assimilés du secteur public et privé. L'insuffisance de personnel, d'infrastructures et d'équipements adéquats et adaptés aux personnes âgées demeurent des défis majeurs dans les services sociaux.



#### **4- Une augmentation des cas de cancers reçus en consultation externe dans les formations sanitaires au cours des dix dernières années.**

L'effectif des tumeurs malignes reçues en consultation externe dans les formations sanitaires est en augmentation passant de 8 764 cas en 2013 à 15 829 cas en 2022. Toutes les tranches d'âge sont concernées.

Depuis 2021, les tumeurs malignes du sein occupent le premier rang suivi de celles du foie et du col de l'utérus.

Le nombre de femmes ayant bénéficié d'un dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est à la hausse, passant de 8 349 cas en 2016 à 52 386 cas en 2022.

#### **5- Une résilience du système de santé face à la pandémie de COVID-19 à travers plusieurs mesures d'adaptation.**

De nombreuses mesures concernant les libertés individuelles et collectives, les transports, la santé ont été prises pour accompagner les stratégies de la riposte nationale.

Des mesures d'adaptation en matière de surveillance, de prise en charge de cas de COVID-19 et de communication ont été développées pour faire face à la baisse de l'utilisation des services de santé.

Des ressources humaines ainsi que des ressources financières et matérielles ont été mobilisées pour la mise en œuvre du plan de riposte de la COVID-19.

Les données sur la COVID-19 bien que centralisées au départ au niveau du système de gestion des incidents ont été progressivement intégrées dans le système d'information sanitaire de routine.

# Introduction

Le Burkina Faso fait face à de nombreux défis en matière de santé. En effet, avec une espérance de vie en moyenne d'environ 62 ans, le pays est confronté aux maladies infectieuses et parasitaires et à une augmentation des maladies non transmissibles tels que le diabète, les cancers, la malnutrition et les maladies cardiovasculaires. Le système de santé est confronté à d'importants défis, notamment des ressources humaines, financières, matérielles et infrastructurelles limitées.

En outre, le pays traverse une crise sécuritaire marqué par des déplacements massifs de populations et de dysfonctionnement voir de fermeture de certaines formations sanitaires avec son impact sur l'état de santé de la population.

L'Institut national de santé publique (INSP), à travers l'Observatoire national de la santé de la population (ONSP)

élabore chaque année le rapport sur l'état de santé de la population en collaboration avec les autres acteurs du système de statistiques nationales. Ce rapport est un produit d'informations qui décrit le niveau des indicateurs des piliers du système de santé dans une démarche d'aide à la prise de décision.

Ainsi, le rapport 2022 s'articule autour de cinq (05) thématiques que sont : i) la tendance des indicateurs de processus et d'impact des interventions en santé ; ii) les principales causes de décès dans les formations sanitaires ; iii) le vieillissement de la population : tendance, impact et défis pour le secteur de la santé ; iv) les cancers et v) la résilience du système de santé face à la COVID-19.

# Méthodologie

## Méthode de travail

Le processus d'élaboration du rapport 2022 sur l'état de santé de la population a été participatif. Ainsi, ce rapport a été produit par l'Institut national de santé publique en collaboration avec les acteurs issus des directions centrales et des agences du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, de l'Institut national de la statistique et de la démographie, de l'Institut supérieur des sciences de la population, des secteurs ministériels, notamment le ministère en charge des transports, de l'agriculture et de l'environnement et des partenaires au développement.

Ce document a été élaboré en quatre étapes :

- la mise en place d'un groupe technique de travail et les travaux de groupe ;
- la validation technique du draft0 ;
- la prise en compte des amendements issus de la validation technique ;
- 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 en lien avec les thématiques abordées.

## Sources de données

Pour l'élaboration du rapport 2022 sur l'état de santé de la population, les données utilisées sont issues principalement des sources suivantes :

- les documents de politiques et normes sanitaires : Plan national de développement sanitaire (PNDS), Plans stratégiques des programmes de santé, Plans annuels, politique nationale de gratuité des soins, rapports d'activités, textes législatifs et réglementaires, etc. ;
- les bulletins et rapports des programmes, des instituts et des projets ;
- les données du Système national d'information sanitaire (SNIS) : annuaires statistiques, rapports de situation (SitRep), etc. ;

- les données des institutions de recherche en lien avec la santé ;
- les données des enquêtes ménages :
  - enquêtes démographiques et de santé (EDSBF) ;
  - recensements généraux de la population et de l'habitat (RGPH) ;
  - enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP) ;
  - enquêtes harmonisées sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) ;
  - enquêtes SARA, HHFA ;
  - enquêtes STEPS ;
  - enquêtes SMART ;
  - etc.

## Collecte de données

Les données ont été collectées sur la base d'une grille de collecte données préalablement validée. La procédure de collecte de données a suivi les étapes suivantes : (i) adoption d'un plan de rédaction ; (ii) identification des indicateurs ; (iii) renseignement de chaque indicateur. Pour chaque indicateur retenu, la valeur, le niveau de désagrégation, l'année et la source ont été renseignés.

## Analyse de données

Les analyses ont été essentiellement descriptives. Pour chaque indicateur identifié, selon la disponibilité des données, une analyse de tendance pour le niveau national et une analyse par région pour l'année 2022 ont été faites. Pour les analyses de tendances, la période de 2013 à 2022 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.

## Limites

Certains indicateurs pertinents initialement identifiés n'ont été pris en compte dans le rapport par manque de données. Pour les données issues de l'annuaire statistique du MSHP, les données manquantes pour l'année 2019 ont été une limite dans la production des courbes de tendance de certains indicateurs.





# Chapitre 1

## Tendance des indicateurs de processus et d'impact des interventions en santé

### A retenir :

- L'espérance de vie à la naissance est en hausse au Burkina Faso, passant de 48,5 ans en 1975 à 61,9 ans en 2019 ;
- La mortalité dans l'enfance a connu une baisse ces vingt dernières années. Ainsi, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont passés de 184‰ en 2003 à 48‰ en 2021, soit une baisse de 74% ;
- Le rapport de mortalité liée à la grossesse est en baisse passant de 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 232 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2021, soit une baisse de 47% ;
- Les prévalences de la malnutrition aigüe sévère et de la malnutrition aigüe modérée sont en baisse passant respectivement de 0,7% et de 3,7% en 2013 à 0,3% et à 2,2% en 2021 ;
- La prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est en baisse passant de 65,9% en 2010 à 14,2% en 2021, selon le diagnostic par examen microscopique, soit une baisse de plus de 78% ;
- L'incidence cumulée du paludisme est à la hausse, passant de 413 cas pour 1000 habitants en 2013, à 525 cas pour 1000 habitants en 2022 au plan national ;
- Le pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (eTME) est en hausse de 2013 à 2022. Mais, depuis 2020, il est en dessous du seuil de 99% ;
- La cascade de 95-95-95 du VIH n'est pas atteinte : 89% des PVVIH connaissent leur statut, 89% des PVVIH qui connaissent leur statut sont sous traitement et 49% des PVVIH sous traitement ont une charge virale supprimée.

Les interventions en santé visent à améliorer la situation sanitaire des populations, en agissant sur les déterminants de la santé, le système de santé, les services de santé et les comportements individuels et collectifs. Pour évaluer l'efficacité, l'efficience et l'équité de ces interventions, il est nécessaire de disposer d'indicateurs pertinents, valides et fiables, qui permettent de mesurer les changements observés au niveau des processus et des impacts. Au Burkina Faso, plusieurs interventions en santé ont été mises en œuvre ces dernières années avec pour objectifs de renforcer la performance du système de santé, d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins, et de réduire les inégalités sociales de santé.

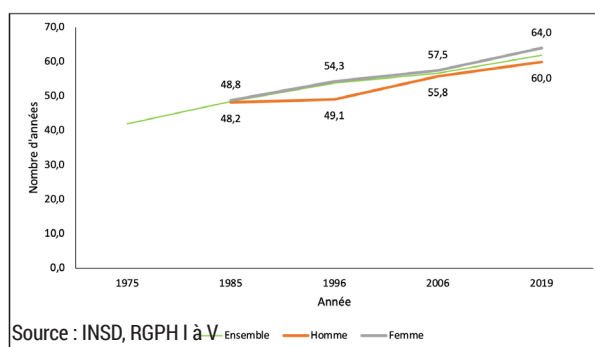
Ce chapitre présente les principaux indicateurs utilisés pour évaluer ces interventions et les tendances observées, en s'appuyant sur les données disponibles et les travaux de recherche réalisés au niveau national et international.

### 1.1 Indicateurs d'impact généraux en santé

Cette section s'intéresse à l'espérance de vie à la naissance, aux taux de mortalité des adultes et à l'indice synthétique de fécondité.

#### 1.1.1 Evolution de l'espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance (E0) au Burkina Faso est passée de 42 ans en 1975 à 61,9 ans en 2019. Quelle que soit l'année, l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes (Graphique 1.1).



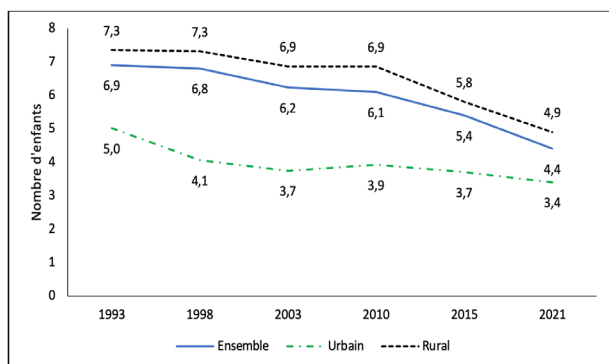
Source : INSD, RGPH I à V-Ensemble — Homme — Femme  
Graphique 1.1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance au Burkina Faso entre 1975 et 2019

## 1.1.2 Indice synthétique de fécondité

### 1.1.2.1- Evolution de l'indice synthétique de fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF) a une tendance à la baisse depuis 1993 à nos jours, passant de 6,9 enfants par femme en âge de procréer en 1993 à 4,4 enfants en 2021 pour l'ensemble, soit une baisse de plus de 36%.

Selon le milieu de résidence, dans le milieu rural, il est passé de 7,3 enfants par femme en âge de procréer en 1993 à 4,9 enfants en 2021, contre 5 enfants par femme en âge de procréer et 3,4 enfants respectivement pour le milieu urbain (Graphique 1.2).

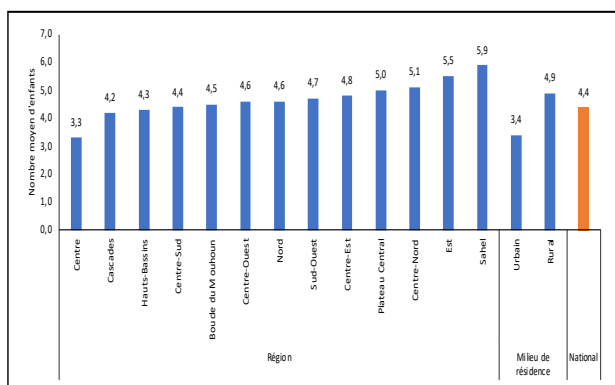


Source : INSD, EDS 1993, 1998, 2003, 2010, 2021 et EMDS, 2015

Graphique 1.2 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité au Burkina Faso entre 1993 et 2021 selon le milieu de résidence

### 1.1.2.2 - Niveau de fécondité dans les régions en 2021

Selon la région de résidence, le Sahel (5,9 enfants) et l'Est (5,5 enfants) ont des niveaux de fécondité les plus élevés. Le plus faible niveau de fécondité s'observe dans la région du Centre (3,3 enfants) (Graphique 1.3).



Source : INSD, EDSBF-V 2021

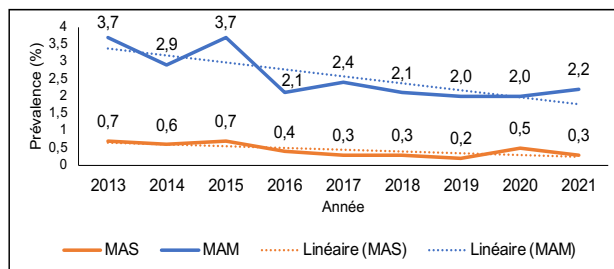
Graphique 1.3 : Répartition de l'ISF selon la région et le milieu de résidence en 2021

## 1.2 Indicateurs de la santé des enfants

### 1.2.1 Indicateurs sur la malnutrition aiguë sévère et modérée chez les enfants de 6-59 mois

#### 1.2.1.1 - Prévalence de la malnutrition aiguë sévère et modérée chez les enfants de 6-59 mois

La prévalence de la malnutrition aiguë sévère est à la baisse. Elle est passée de 0,7% en 2013 à 0,3% en 2021, ce qui représente une baisse de 57%. La prévalence de la malnutrition aiguë modérée est également en baisse, passant de 3,7% en 2013 à 2,2% en 2021 (Graphique 1.4).

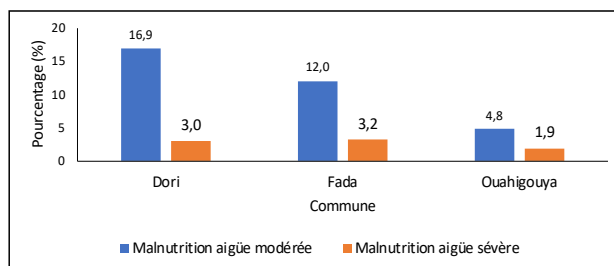


Source : MSH, Rapport d'enquête nutritionnelle nationale de 2013 à 2021

Graphique 1.4 : Evolution du niveau de la malnutrition aiguë modérée et sévère chez les enfants de 6-59 mois de 2013 à 2021

#### 1.2.1.2 - Prévalence de la malnutrition aiguë sévère et modérée chez les enfants de 6-59 mois dans les zones à fort défi sécuritaire

La prévalence de la malnutrition aiguë modérée est plus élevée dans la commune de Dori (16,9%), tandis que celle de la malnutrition aiguë sévère est plus élevée dans la commune de Fada (3,2%) (Graphique 1.5).



Source : MSH, rapports finaux SMART rapide, juin 2022

Graphique 1.5 : Prévalence de la malnutrition aiguë modérée et sévère chez les enfants de 6-59 mois dans trois communes à fort défi sécuritaire en 2022

### 1.2.2 Indicateurs sur la vaccination des enfants

#### 1.2.2.1 - Evolution de la couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois

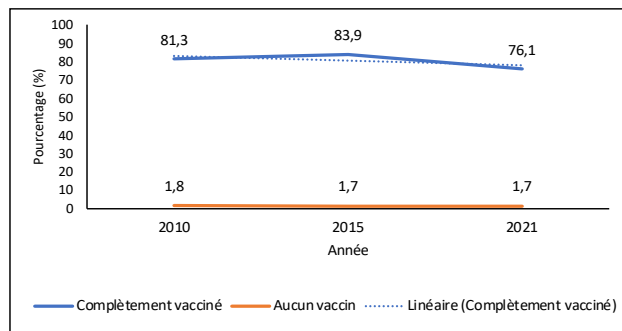
Entre 2010 et 2021, la proportion d'enfants ayant reçus tous les antigènes de base<sup>1</sup> a connu une tendance à la baisse. En effet, elle est passée de 81,3% en 2010 à 76,1% en 2021.

1- Antigènes de base (Complètement vaccinés) : enfant doit recevoir au minimum i) une dose de vaccin BCG contre la tuberculose, ii) trois doses de vaccin antipoliomyélitique administrées sous la forme orale (VPO), de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou d'une combinaison de VPO et VPI, iii) trois doses du vaccin associé DTC contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, iv) une dose de vaccin contre la rougeole administrée sous forme rougeole, rougeole et rubéole (RR) ou rougeole, oreillons et rubéole (ROR).



Quant à la proportion d'enfants de 12 à 23 mois n'ayant reçus aucun vaccin (zéro dose), la proportion est restée inférieure à 2% sur toute la période (Graphique 1.5

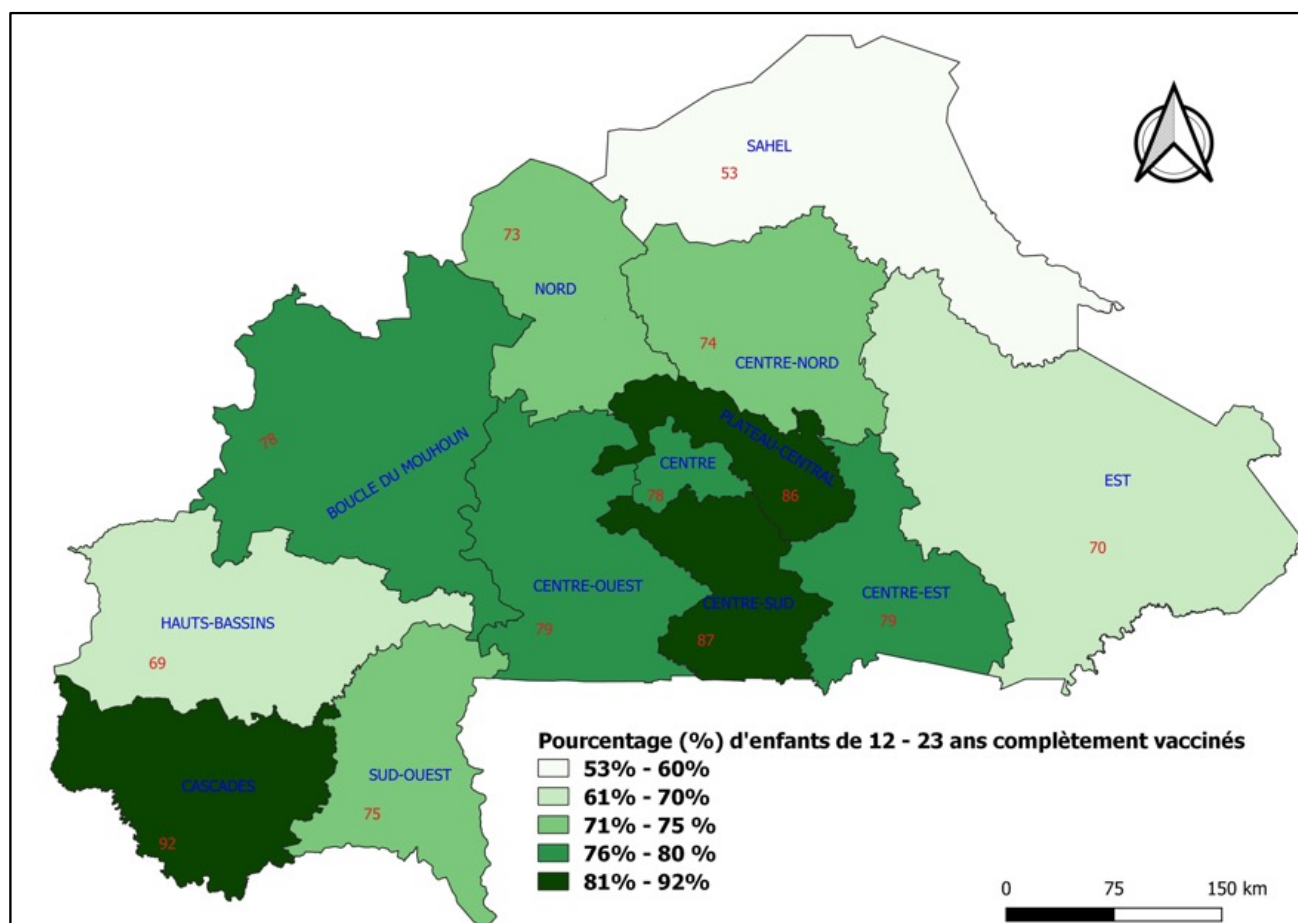
### 1.2.2.2 - Couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois par région



En 2021, la couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois était plus faible dans les régions du Sahel (53%), des Hauts-Bassins (69%) et de l'Est (70%). Elle était plus élevée dans les régions des Cascades (92%), du Centre-Sud (87%) et du Plateau Central (86%) (Carte 1.1).

Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015, EDSBF-V 2021

Graphique 1.5 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins de base de 2010 à 2021



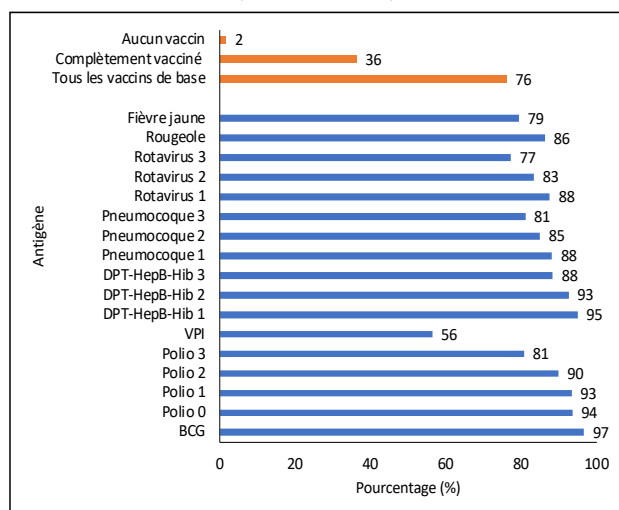
Source : INSD, EDSBF-V 2021

Carte 1.1 : Couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois par région en 2021

### 1.2.2.3 - Couverture vaccinale par antigène en 2021

Selon la cinquième enquête démographique et de santé réalisée en 2021, un enfant est complètement vacciné contre tous les antigènes de base lorsqu'il a reçu trois doses du vaccin antipoliomyélitique et du vaccin DPT<sup>2</sup>, et une dose unique du vaccin antirougeoleux.

En 2021, la proportion d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les antigènes de base était de 76% et ceux qui ont été complètement vaccinés conformément au calendrier national était de 36% (Graphique 1.6).



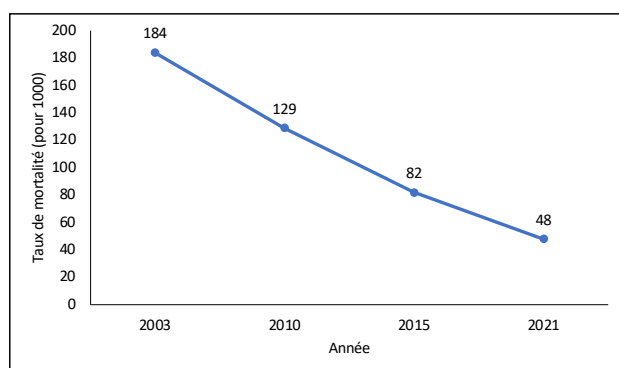
Source : INSD, EDSBF-V 2021

Graphique 1.6 : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés par antigène en 2021

## 1.2.3 - Mortalité des enfants

### 1.2.3.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé considérablement entre 2003 et 2021. Il est passé de 184 décès pour 1000 naissances vivantes en 2003 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021, soit une réduction de plus de 73% (Graphique 1.7).

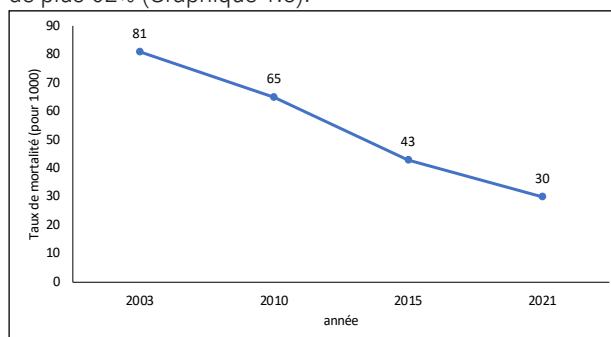


Sources : INSD, EDSBF III 2003, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.7 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2003 à 2021

### 1.2.3.2 - Taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile connaît une tendance à la baisse entre 2003 et 2021. En effet, il est passé de 81 décès pour 1000 naissances vivantes en 2003 à 30 décès pour 1000 naissances vivantes en 2021, soit une réduction de plus de 62% (Graphique 1.8).

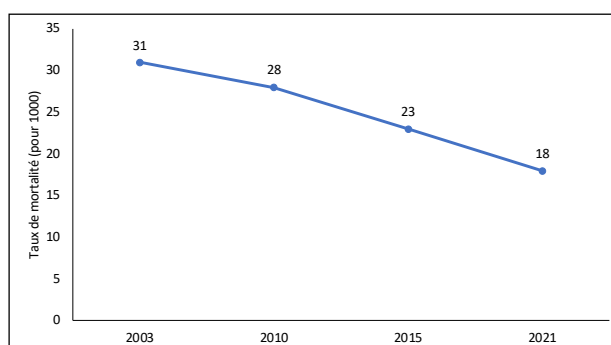


Sources : INSD, EDSBF III 2003, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.8 : Evolution de la mortalité infantile de 2003 à 2021

### 1.2.3.3 Taux de mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 2003 et 2021. En effet, il est passé de 31 pour 1000 naissances vivantes en 2003 à 18 pour 1000 naissances vivantes en 2021, soit une réduction de plus de 41% (Graphique 1.9).



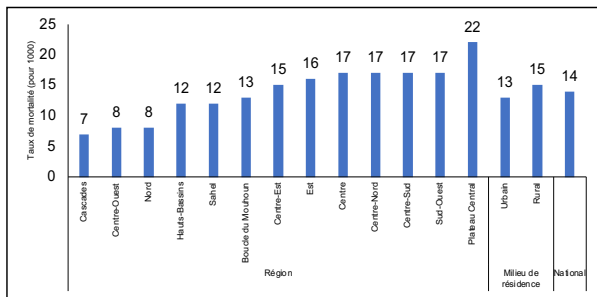
Sources : INSD, EDSBF III 2003, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.9 : Evolution de la mortalité néonatale de 2003 à 2021

### 1.2.3.4 Taux de mortinatalité

Le taux de mort-nés à 7 mois de grossesse et plus était de 14‰ dans l'ensemble en 2021. Ce taux est plus élevé en milieu rural (15‰) qu'en milieu urbain (13‰). Au niveau régional, il existe une disparité allant de 7‰ pour la région des Cascades à 22‰ pour celle du Plateau-Central (Graphique 1.10).

2 - DPT : vaccin contre la Diphtérie, la coqueluche et le tétanos



Source : INSD, EDSBF-V 2021

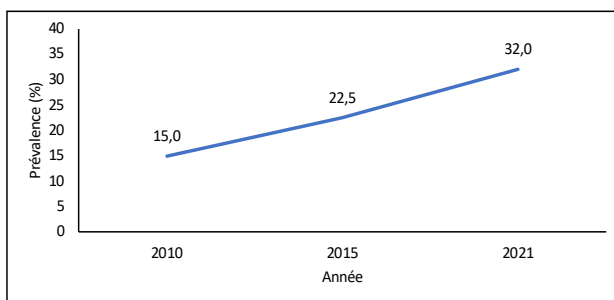
Graphique 1.10 : Répartition des mort-nés à 7 mois de grossesse par région et milieu de résidence en 2021

### 1.3 Indicateurs de la santé des adolescentes et des femmes

#### 1.3.1 Prévalence contraceptive chez les femmes en union

##### 1.3.1.1 - Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes en union

La proportion des femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne a connu une nette augmentation entre 2010 et 2021. En effet, elle est passée de 15% en 2010 à 32% en 2021, soit une augmentation annuelle de plus de 4% (Graphique 1.11).

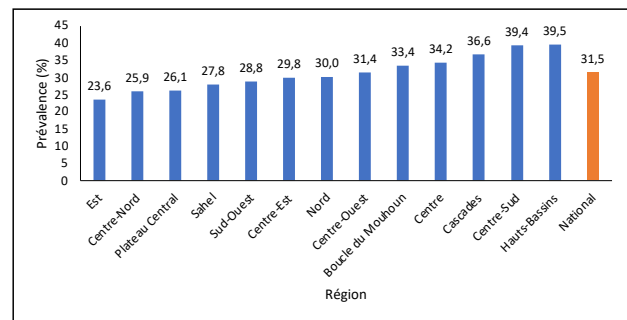


Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015, EDSBF-V 2021

Graphique 1.11 : Tendances de l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives chez les femmes en union de 2010 à 2021

##### 1.3.1.2 Prévalence contraceptive chez les femmes en union par région en 2021

En 2021, la prévalence contraceptive chez les femmes en union était plus faible dans les régions de l'Est (23,6%), du Centre-Nord (25,9%), du Plateau Central (26,1%) et du Sahel (27,8%). Elle était plus élevée dans les régions des Hauts-Bassins (39,5%), du Centre-Sud (39,4%), des Cascades (36,6%) et du Centre (34,2%) (Graphique 1.12).

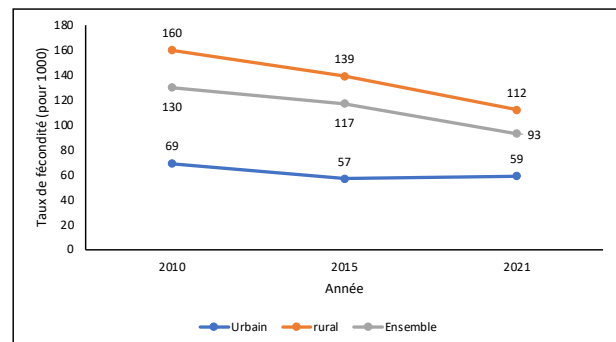


Source : INSD, EDSBF-V 2021

Graphique 1.12 : Prévalence contraceptive chez les femmes en union selon la région en 2021

#### 1.3.2 Taux de fécondité des adolescentes

De façon globale, le niveau de fécondité des adolescentes a considérablement diminué entre 2010 et 2021. En effet, il est passé de 130‰ en 2010 à 93‰ en 2021. Mais, ce taux reste toujours très élevé en milieu rural, passant de 160‰ en 2010 à 112‰ en 2021 (Graphique 1.13).



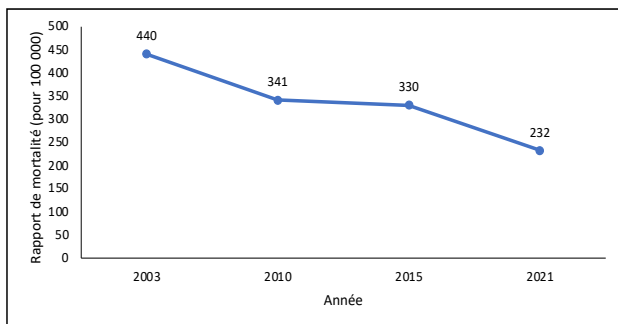
Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.13 : Evolution de la fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence de 2010 à 2021

#### 1.3.3 Rapport de mortalité liée à la grossesse

Le rapport de mortalité liée à la grossesse (RMG)<sup>3</sup> qui représente le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est en baisse sur la période 2003-2021. En effet, il est passé de 440 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 232 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2021, soit une réduction annuelle de plus de 2% (Graphique 1.14).

3 - Un décès lié la grossesse est défini comme étant le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 2 mois après sa terminaison, quelle que soit la cause de la mort y compris les causes accidentelle ou due à la violence

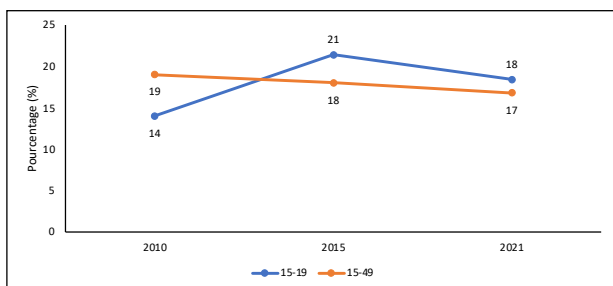


Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.14 : Evolution du rapport de mortalité liée à la grossesse de 2010 à 2021

### 1.3.4 Evolution des proportions de décès maternels

Le pourcentage de décès maternels<sup>4</sup> chez les femmes de 15-49 ans est en baisse, passant de 19% en 2010 à 17% en 2021. Par contre, celui des adolescentes (15-19 ans) a connu une tendance à la hausse sur la même période. En effet, ce pourcentage est passé de 14% en 2010 à 18% en 2021 (Graphique 1.15).



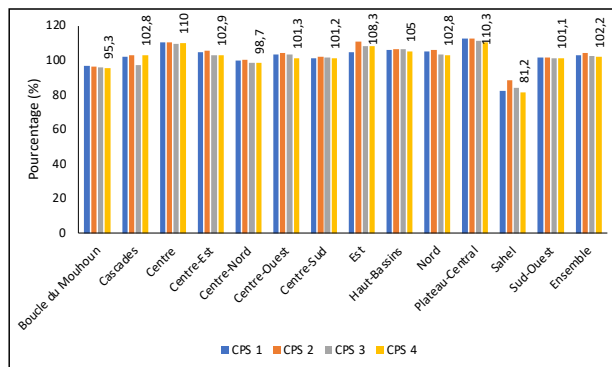
Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.15 : Evolution des proportions de décès maternels de 2010 à 2021

## 1.4 Indicateurs de lutte contre le paludisme

### 1.4.1 Couvertures de la chimioprophylaxie saisonnière

Il n'y a pas de différence notable des niveaux de couverture de la chimioprophylaxie saisonnière (CPS) entre les passages 1 à 4. En effet, pour le niveau national les taux de couverture CPS 1 à 4 sont supérieurs à 100%. Quelle que soit la région, les niveaux de couverture de la CPS ont aussi excédé les 90%, excepté dans la région du Sahel (81,2% pour la CPS 4) (Graphique 1.16).



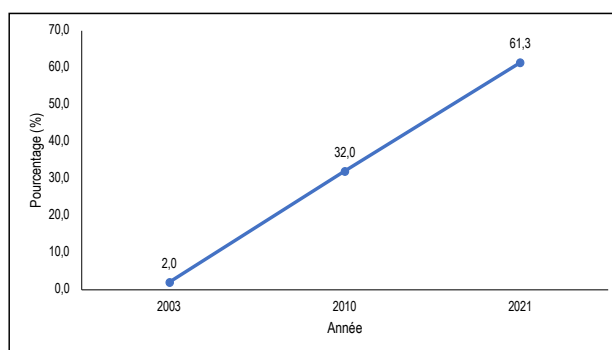
Source : MSH, Annuaire statistique 2022

Graphique 1.16 : Taux de couverture de la campagne de chimioprophylaxie saisonnière du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois en 2022 selon les passages

### 1.4.2 Utilisation des moustiquaires

#### 1.4.2.1 Evolution de l'utilisation des moustiquaires

Entre 2003 et 2021, la proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) la nuit précédant l'enquête a nettement augmenté, passant de 2% en 2003 à 61% en 2021, soit une augmentation de plus de 96% (Graphique 1.17).



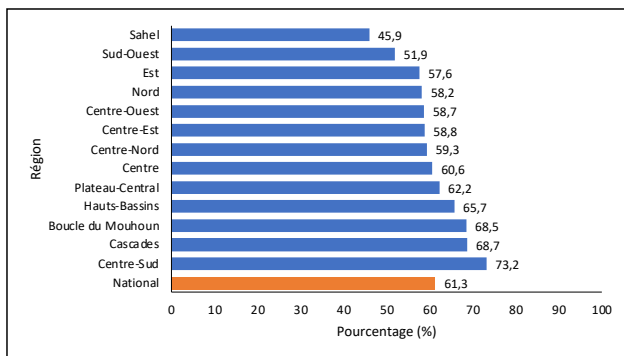
Source : INSD, EDSBF-III 2003, EDSBF-MICS IV-2010 et EDSBF-V 2021

Graphique 1.17 : Evolution de la proportion de la population ayant dormi sous une MI la nuit précédant l'enquête de 2003 à 2021

#### 1.4.2.2 Utilisation des moustiquaires par région en 2021

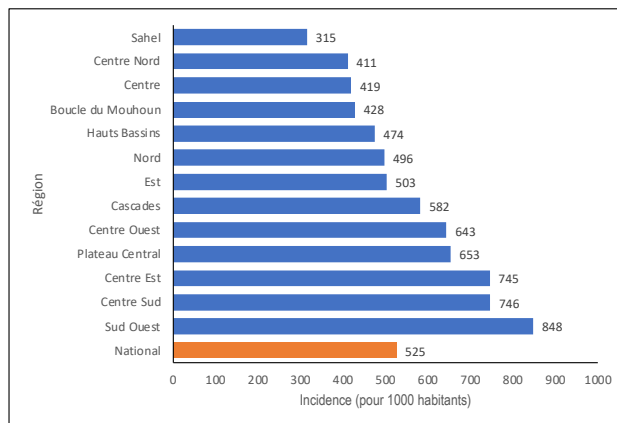
En 2021, l'utilisation des moustiquaires variait d'une région à une autre. En effet, la région du Centre-Sud enregistrait le pourcentage le plus élevé (73,2%), tandis que la région du Sahel avait le niveau d'utilisation le plus faible (45,9%) (Graphique 1.18).

4 - Est considéré comme un décès maternel, le décès d'une femme qui se produit pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de grossesse, quelle qu'en soit la cause, excepté les accidents ou les actes de violence.



Source : INSD, EDSBF-V 2021

Graphique 1.18 : Evolution de la proportion de la population ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview de 2003 à 2021



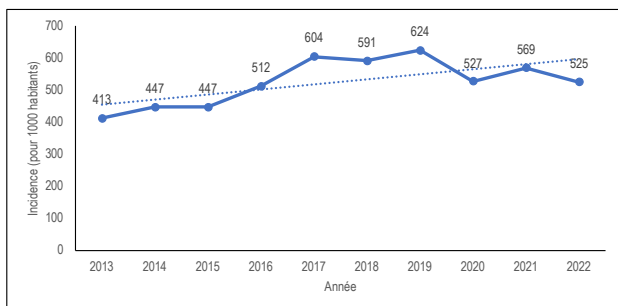
Source : Annuaire statistique MSH 2022

Graphique 1.20 : Incidence du paludisme par région en 2022

### 1.4.3 Incidence du paludisme

#### 1.4.3.1 Evolution de l'incidence du paludisme au plan national

L'incidence cumulée du paludisme en 2022 était de 525 cas pour 1000 habitants. Sur la période 2013-2022, on note une tendance à la hausse de l'incidence cumulée du paludisme. Ainsi, elle est passée de 413 cas pour 1000 habitants en 2013, à 525 cas pour 1000 habitants en 2022, avec un pic en 2019 (624 cas pour 1000 habitants) (Graphique 1.19).



Source : MSH, Annales statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.19 : Evolution de l'incidence du paludisme de 2013 à 2022

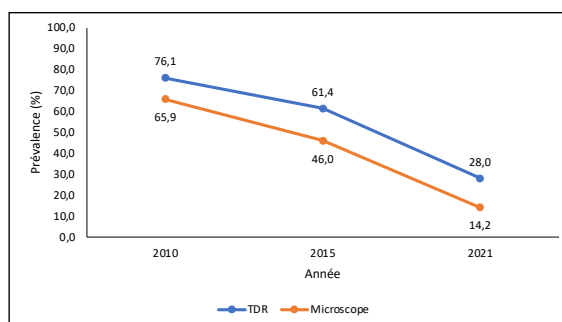
#### 1.4.3.2 Incidence du paludisme par région en 2022

L'incidence du paludisme varie selon les régions en 2022. La plus faible incidence est enregistrée dans la région du Sahel (315 pour 1000 habitants) et la plus forte dans la région du Sud-Ouest (848 pour 1000 habitants) (Graphique 1.20).

### 1.4.4 Prévalence du paludisme

#### 1.4.4.1 Evolution de la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

L'EDSBF 2021 a révélé une baisse notable de la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans aussi bien selon le test de diagnostic rapide (TDR) que pour l'examen microscopique. En effet, cette prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois est passée de 76,1% en 2010 à 28,0% en 2021 selon le TDR, soit une baisse de plus de 63%. Pour ce qui est du diagnostic par examen microscopique, la prévalence est passée de 65,9% en 2010 à 14,2% en 2021, soit une baisse de plus de 78% (Graphique 1.21).



Source : INSD, EDSBF-MICS IV 2010, EMDS-2015 et EDSBF-V 2021

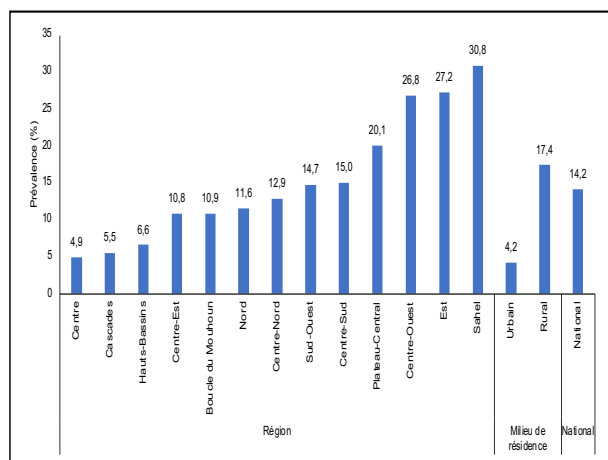
Graphique 1.21 : Tendances de la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois selon le TDR et l'examen microscopique de 2010 à 2021

#### 1.4.4.2 Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par milieu de résidence et par région en 2021

En 2021, la prévalence du paludisme variait d'une région à une autre et selon le milieu de résidence. En effet, la prévalence selon l'examen microscopique est beaucoup



plus élevée en milieu rural (17%) qu'en milieu urbain (4%). La région du Sahel enregistrait la prévalence la plus élevée (30,8%), tandis que la région du Centre avait le niveau le plus faible (4,9%) (Graphique 1.22).

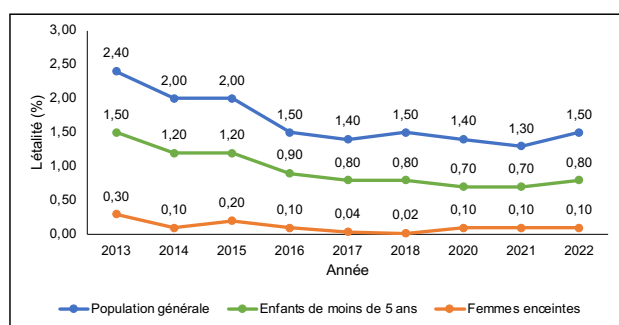


Graphique 1.22 : Prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 Mois en 2021 par milieu de résidence et par région

## 1.4.5 Létalité du paludisme

### 1.4.5.1 Evolution de la létalité du paludisme grave

Depuis 2013, on note une tendance à la baisse de la létalité du paludisme grave. En effet, la létalité du paludisme grave en population générale est passée de 1,5% en 2013 à 0,8% en 2022. Celle des enfants de moins de 5 ans est passée de 2,4% en 2013 à 1,5% en 2022. La létalité chez les femmes enceintes est passée de 0,3% à 0,1% sur la même période (Graphique 1.23).

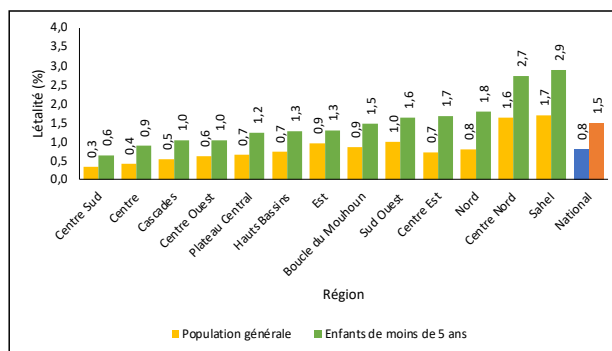


Source : MSHP, Annales statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.23 : Taux de létalité liée au paludisme grave de 2013 à 2022

### 1.4.5.2 Létalité du paludisme grave par région en 2022

La létalité du paludisme grave aussi bien chez les enfants qu'en population générale variait d'une région à une autre en 2022. La plus faible est enregistrée dans la région du Centre-Sud (0,6% et 0,3%) et la plus forte dans la région du Sahel (2,9% et 1,7%) (Graphique 1.24).



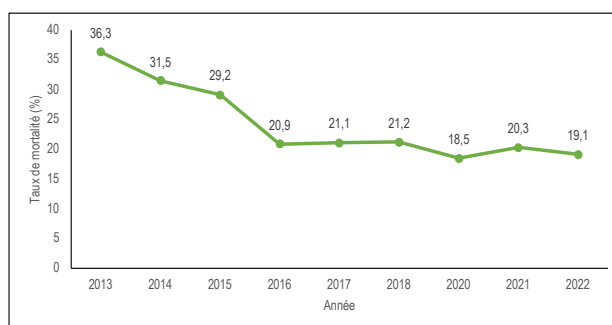
Source : Annuaire statistique MSHP 2022

Graphique 1.24 : Létalité du paludisme grave en population générale et chez les enfants de moins de 5 ans par région en 2022.

## 1.4.6 Taux de mortalité due au paludisme grave

### 1.4.6.1 Evolution du taux de mortalité liée au paludisme grave au niveau national

Le taux de mortalité liée au paludisme dans les formations sanitaires est en baisse depuis 2013. Il est passé de 36,3% en 2013 à 19,1% en 2022 soit une baisse de 27,2% (Graphique 1.25).

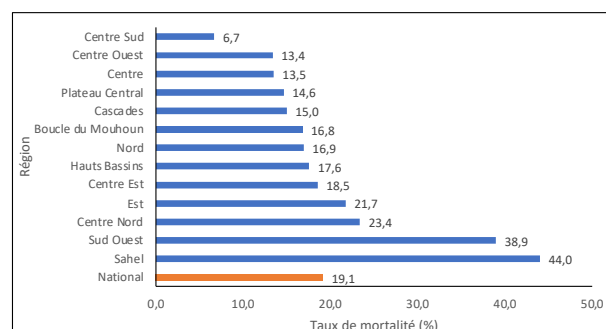


Source : MSHP, Annales statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.25 : Evolution de la mortalité liée au paludisme grave dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 1.4.6.2 Taux de mortalité liée au paludisme grave au niveau régional en 2022

Le taux de mortalité liée au paludisme grave variait d'une région à une autre en 2022, allant de 6,7% dans la région du Centre-Sud à 44% dans la région du Sahel (Graphique 1.26).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2022

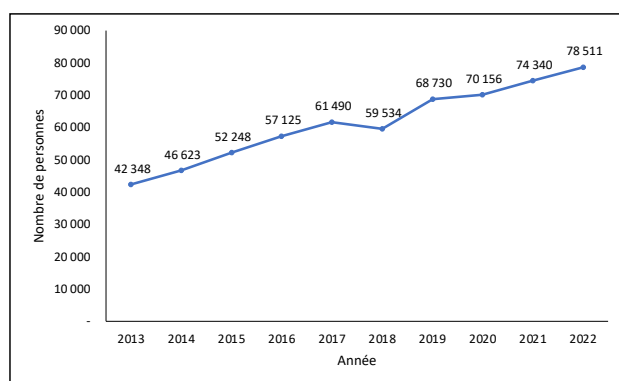
Graphique 1.26 : Taux de mortalité liée au paludisme grave dans les formations sanitaires par région en 2022.

## 1.5 Indicateurs de lutte contre le VIH/Sida-IST

### 1.5.1 Prise en charge du VIH/Sida

#### 1.5.1.1 Nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida sous traitement ARV

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) sous traitement antirétroviral (ARV) est globalement en hausse entre 2013 et 2022. En effet, il est passé de 42 348 en 2013 à 78 511 personnes en 2022 (Graphique 1.27).

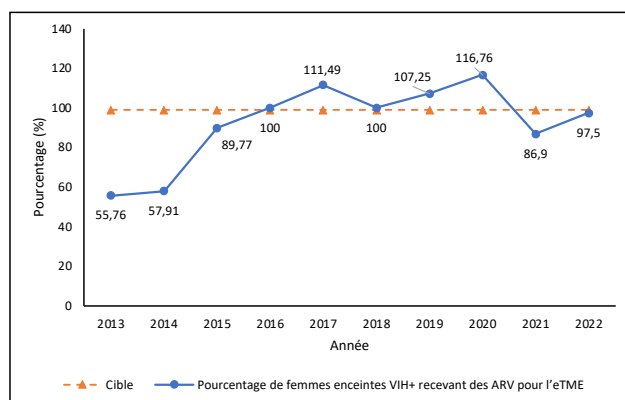


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.27 : Evolution de nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida sous TARV de 2013 à 2022

#### 1.5.1.2 Pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'eTME

Le pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (eTME) est en hausse les dix dernières années. Ce pourcentage était au-dessus du seuil (99%) sur la période de 2016 à 2020. Depuis 2020, il est en dessous du seuil (Graphique 1.28).

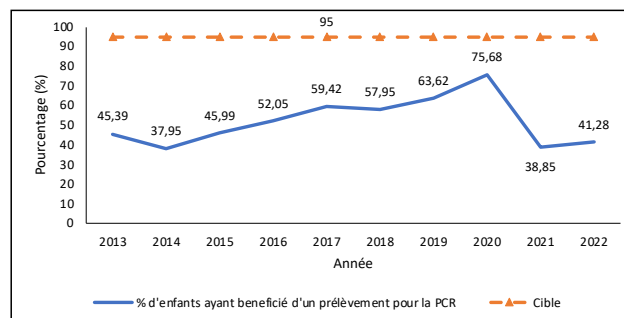


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.28 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ recevant des ARV pour l'eTME de 2013 à 2022

#### 1.5.1.3 Pourcentage d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines de vie

Le pourcentage d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines de vie reste en dessous du seuil (95%) sur toute la période 2013-2022. Il est en baisse depuis 2020 passant de 75,68% en 2020 à 41,28% en 2022 (Graphique 1.29).

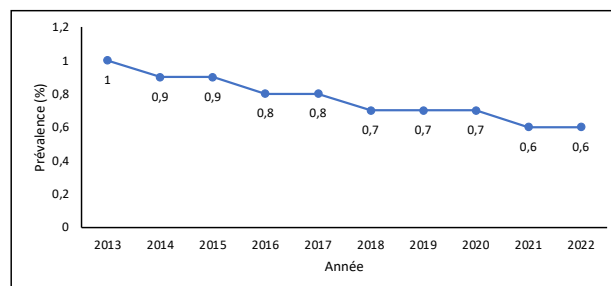


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.29 : Evolution du pourcentage d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié de la PCR à 6 semaines de vie de 2013 à 2022

### 1.5.2 Evolution de la prévalence du VIH

Selon l'ONUSIDA, la prévalence du VIH au Burkina Faso en population générale est en baisse, passant de 1% en 2013 à 0,6% en 2022 (Graphique 1.30).



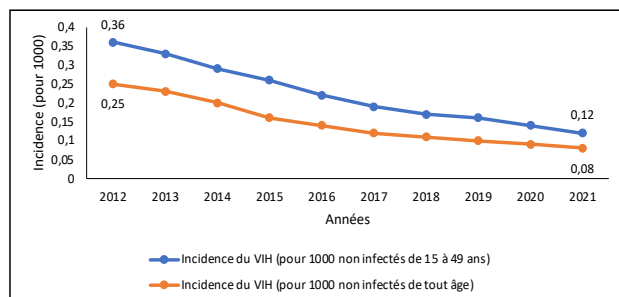
Source : MSHP, Annuaire statistiques de 2013 à 2022

Graphique 1.30 : Evolution de la prévalence de l'infection à VIH en population générale de 2013 à 2022

## 1.5.3 Incidence du VIH et des IST

### 1.5.3.1 Incidence du VIH

L'incidence du VIH est en baisse au Burkina Faso depuis 2012. En 2021, elle a été estimée à 0,12 pour 1000 personnes non infectées chez les 15-49 ans et à 0,08 pour 1000 personnes non infectées de tout âge (Graphique 1.31).

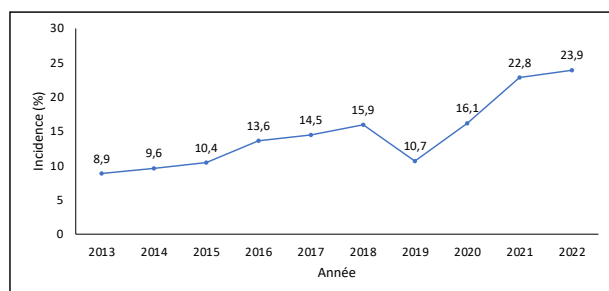


Source : Rapport ONUSIDA 2022

Graphique 1.31 : Incidence du VIH pour 1000 personnes non infectées de 15-49 ans et à tout âge de 2012 à 2021

### 1.5.3.2 Incidence des infections sexuellement transmissibles

L'évolution de l'incidence cumulée des infections sexuellement transmissibles (IST) par année est à la hausse, passant de 8,9 cas pour 1000 habitants en 2013 à 23,9 cas pour 1000 habitants en 2022 (Graphique 1.32).

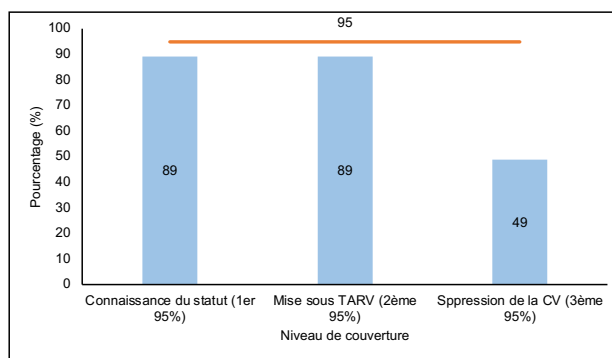


Source : Rapports annuels d'activités du PSSLS-IST 2013-2022

Graphique 1.32 : Evolution de la notification des cas d'IST et l'incidence cumulée des MST de 2013 à 2022

### 1.5.4 Cascade des 3x95

La cascade des 3x95<sup>5</sup> montre que le niveau d'atteinte des objectifs ONUSIDA est de 89% pour les 2 premiers 95 et seulement de 49% pour le 3ème 95 en 2022 (Graphique 1.33).

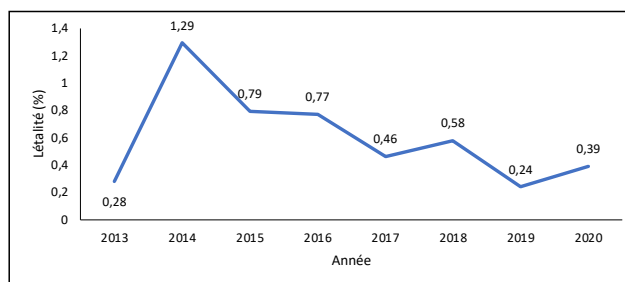


Source : Bilan annuel de la mise en œuvre du plan national multisectoriel (PNM) de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2022

Graphique 1.33 : Situation de la cascade clinique (Enfants et Adultes) en 2022

### 1.5.5 Taux de létalité du SIDA

Globalement, on observe une tendance à la baisse de la létalité du SIDA depuis 2014, passant de 1,29% en 2014 à 0,39% en 2020 (Graphique 1.34).

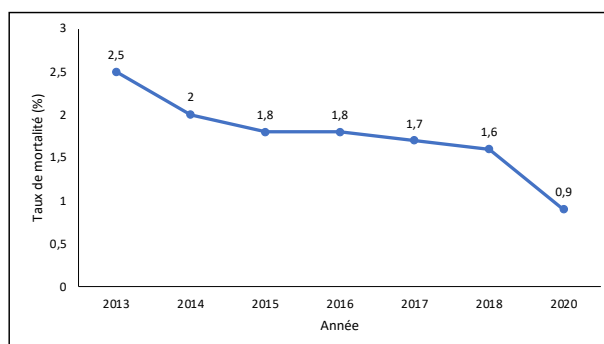


Source : SP-CNLS-IST Annuaire statistique VIH-Sida et IST 2006 à 2020

Graphique 1.34 : Evolution de la létalité du Sida de 2013 à 2020

### 1.5.6 Evolution du taux de mortalité due au SIDA

Le taux de mortalité due au Sida connaît une baisse depuis 2013. Il est passé de 2,5% en 2013 à 0,9% en 2020, soit une baisse de 64% (Graphique 1.35).



Source : MSH, Annuaire statistique 2013 à 2020

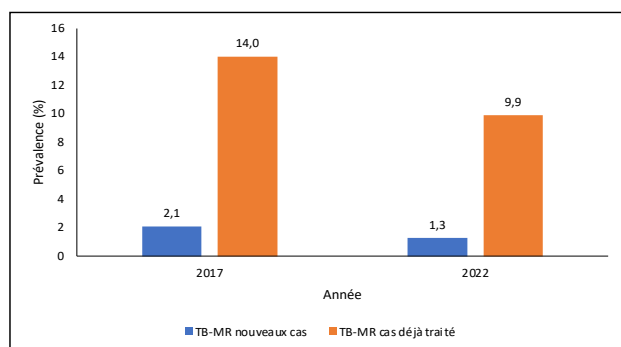
Graphique 1.35 : Evolution du taux de mortalité due au SIDA de 2013 à 2020

5 - 1er : 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique, 2ème : 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement antirétroviral (TARV) et 3ème : 95% des personnes sous TARV ont une charge virale (CV) supprimée d'ici 2030.

## 1.6 Indicateurs de lutte contre la tuberculose

### 1.6.1 Evolution de la prévalence de la tuberculose multi résistante

Les niveaux de prévalence de la tuberculose multi résistante (TB-MR) ont baissé ces dernières années au Burkina Faso. En effet, la prévalence TB-MR chez les nouveaux cas est passée de 2,1% en 2017 à 1,3% en 2022. Et celle des cas déjà traités est passée de 14% à 9,9% sur la même période (Graphique 1.36).

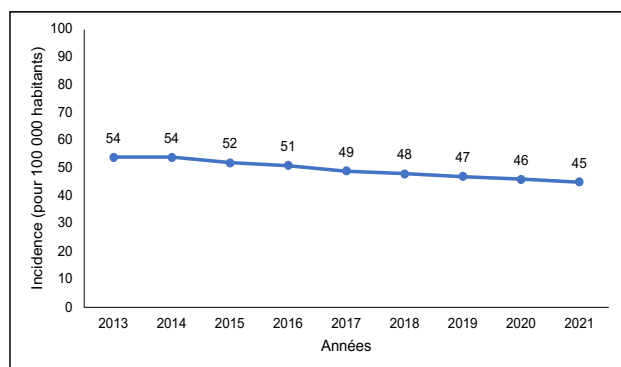


Source : PNT données Prévalence pharmacorésistance TB : enquête nationale de la TB multi résistante (TB-MR) 2017 & Estimation OMS (WHO Report TB, 2022)

Graphique 1.36 : Evolution de la prévalence TB-MR chez les Nouveaux cas et chez les Cas déjà traités (%) au Burkina-Faso entre 2017 et 2022

### 1.6.2 Evolution de l'incidence de la tuberculose

L'incidence de la tuberculose est en baisse progressive depuis 2013, passant de 54 cas pour 100 000 habitants en 2013 à 45 cas pour 100 000 habitants en 2021 (Graphique 1.37).

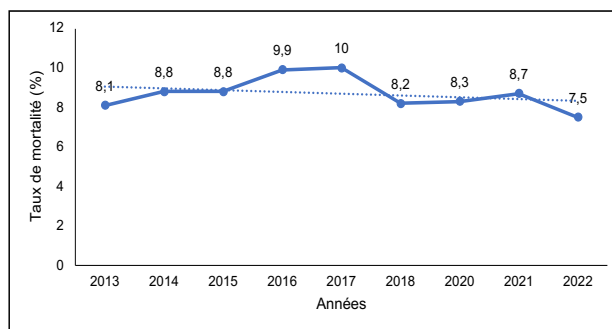


Source : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?locations=BF>

Graphique 1.37 : Evolution de l'incidence de la tuberculose entre 2013 et 2021

### 1.6.3 Evolution de la mortalité due à la tuberculose toutes formes au Burkina Faso

La tendance du taux de mortalité due à la tuberculose toute forme de 2013 à 2022 dans l'ensemble a connu une légère baisse, passant de 8,1% à 7,5% (Graphique 1.38).

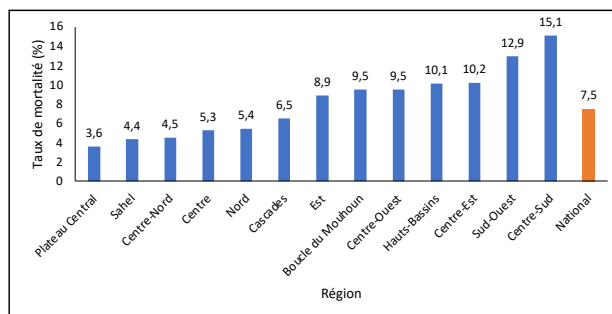


Source : MSHP, Annaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 1.38 : Évolution du taux de mortalité liée à la tuberculose toute forme de 2013 à 2022

### 1.6.4 Taux de mortalité due à la tuberculose toute forme par région en 2022

Les régions sanitaires du Plateau Central, du Sahel, du Centre, du Centre-Nord, du Nord et des Cascades ont enregistré une faible proportion de décès inférieure au niveau national qui est de 7,5%. La région du Centre-Sud est la région qui a enregistré le taux de mortalité le plus élevé en 2022 (Graphique 1.39).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2022

Graphique 1.40 : Taux de mortalité due à la tuberculose toute forme confondue selon la région en 2022





## Chapitre 2

# Principales causes de décès dans les formations sanitaires au Burkina Faso

### A retenir :

- Les dix principales causes de décès en 2022 dans les formations sanitaires étaient : le paludisme grave, la prématurité, les infections du nouveau-né, les infections respiratoires aiguës sévères, la souffrance néonatale, la malnutrition aiguë sévère en interne, les maladies vasculaires cérébrales, les insuffisances rénales chroniques, les péritonites et les traumatismes crâniens ;
- Le paludisme grave reste la première cause de décès dans les formations sanitaires (28%) avec une prédominance chez les moins de 5 ans (69%) en 2022 ;
- Le nombre de décès liés aux infections du nouveau-né (INN) est globalement à la hausse passant de 1 257 décès en 2016 à 1 727 décès en 2022 ;
- La prématurité, la malnutrition aiguë sévère en interne et la souffrance néonatale étaient respectivement la deuxième, la troisième et la quatrième cause des décès des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2022 ;
- Les autres maladies infectieuses et parasitaires, la péritonite et les autres maladies hématologiques étaient respectivement la deuxième, la troisième et la quatrième cause des décès chez les 5-14 ans dans les formations sanitaires en 2022 ;
- Les maladies vasculaires cérébrales, les autres maladies infectieuses et parasitaires et le paludisme grave étaient respectivement la première, la deuxième et la troisième cause des décès chez les 15 ans et plus dans les formations sanitaires en 2022.

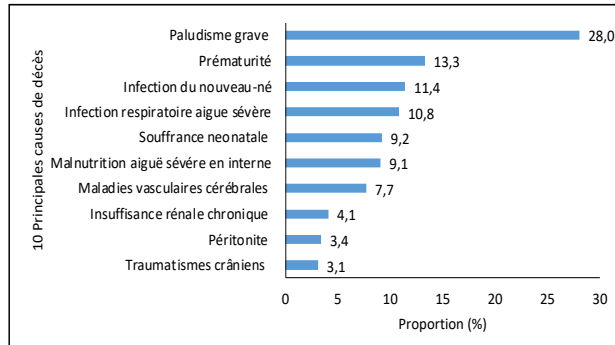
Les statistiques de décès par cause constituent un outil indispensable pour comprendre la situation sanitaire d'une population, et pour élaborer puis évaluer les politiques publiques.

Le présent chapitre donne un aperçu sur les principales causes de décès dans les formations sanitaires de 2013 à 2022 au Burkina Faso.

### 2.1 Dix principales causes de décès dans les formations sanitaires

#### 2.1.1 Principales causes de décès en 2022

En 2022, 26 149 décès ont été enregistrés dans les formations sanitaires. Les dix (10) principales causes de décès totalisent 15 140 cas soit 57,9%, parmi lesquels le paludisme grave (28%) occupe le 1er rang et les traumatismes crâniens (3,1%) le dernier rang (Graphique 2.1).



Source : MSH, *Annuaire statistique 2022*

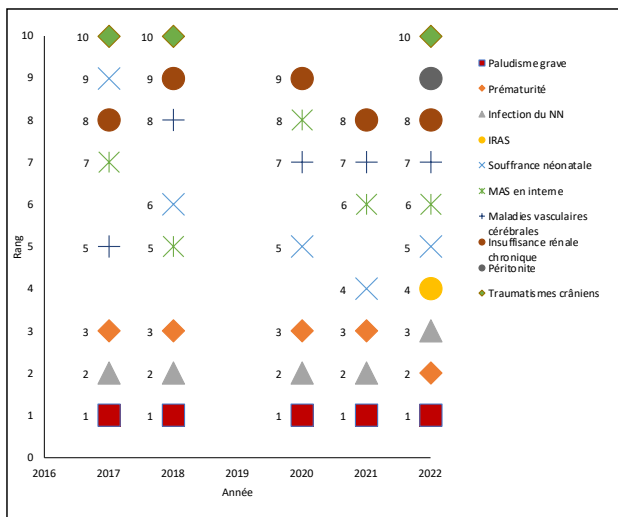
Graphique 2.1 : Proportion des 10 principales causes de décès dans les formations sanitaires en 2022

#### 2.1.2 Evolution du rang des principales causes de décès

Au cours des 5 dernières années le paludisme grave est resté la 1ère cause de décès.

Depuis 2017, la prématurité qui occupait le 3ème rang est passé au second rang en 2022.

Certaines pathologies comme l'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) et les péritonites absentes du groupe des dix (10) pathologies létales ont fait leur apparition au cours de l'année 2022 (Graphique 2.2).



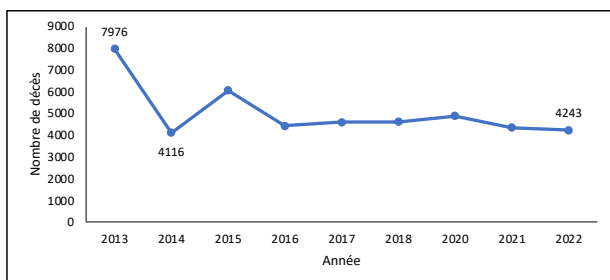
Source : MSHP, Annuaires statistiques 2017 à 2022

Graphique 2.2 : Classement des 10 pathologies, causes de décès au cours des 5 dernières années dans les formations sanitaires

## 2.2 Paludisme grave dans les formations sanitaires

### 2.2.1 Evolution du nombre de décès dus au paludisme grave de 2013 à 2022

Au Burkina Faso, de 2013 à 2022, le nombre de décès lié au paludisme grave est globalement en régression passant de 7 976 à 4 243 décès, soit une réduction de plus de 46%. Le niveau le plus bas a été observé en 2014 avec un nombre de décès de 4 116. Depuis 2016, le nombre de décès est resté quasi constant (Graphique 2.3).

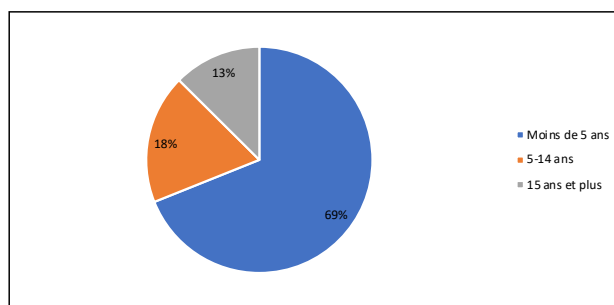


Source : MSHP, Annuaires statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.3 : Evolution du nombre de décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.2.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés au paludisme grave en 2022

Selon la tranche d'âge, les enfants de moins de 5 ans sont les plus concernés avec 69% de décès dus au paludisme grave en 2022. Les 5-14 ans et les 15 ans et plus enregistrent respectivement 18% et 13% des décès (Graphique 2.4).

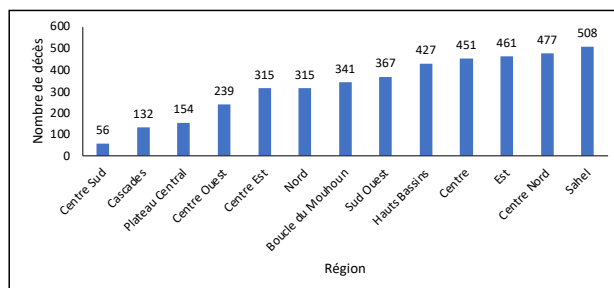


Source : MSHP, Annuaires statistiques 2022

Graphique 2.4 : Proportion par tranche d'âge des décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires en 2022

### 2.2.3 Répartition par région des décès liés au paludisme grave en 2022

Le paludisme sévit dans toutes les régions du Burkina Faso. Les régions du Sahel et du Centre-Sud occupent les deux extrêmes avec respectivement 508 et 56 décès liés au paludisme grave en 2022 (Graphique 2.5).



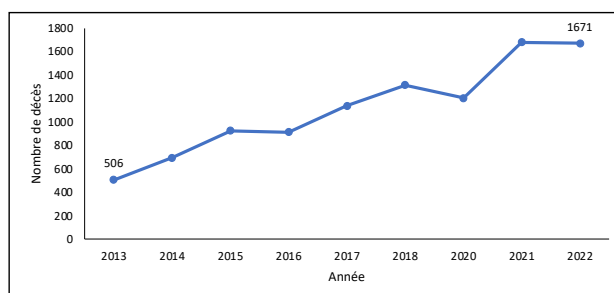
Source : MSHP, Annuaires statistiques 2022

Graphique 2.5 : Répartition par région du nombre de décès dus au paludisme grave dans les formations sanitaires en 2022

## 2.3 Prématurité dans les formations sanitaires

### 2.3.1 Evolution du nombre de décès dus à la prématurité de 2013 à 2022

La tendance des décès liés à la prématurité est à la hausse. Elle est passée de 506 cas chez les enfants en 2013 à 1 671 décès en 2022, soit une hausse de plus de 230% (Graphique 2.6).

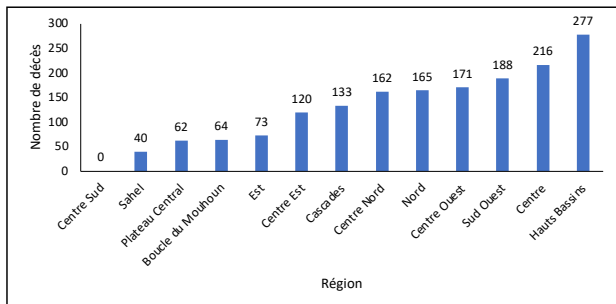


Source : MSHP, Annuaires statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.6 : Evolution du nombre de décès dus à la prématurité dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.3.2 Répartition par région des décès liés à la prématurité en 2022

Selon la région, les Hauts bassins enregistrent le plus grand nombre de décès liés à la prématurité avec 277 décès. Par contre la région du Centre Sud n'a enregistré aucun cas de décès (Graphique 2.7).



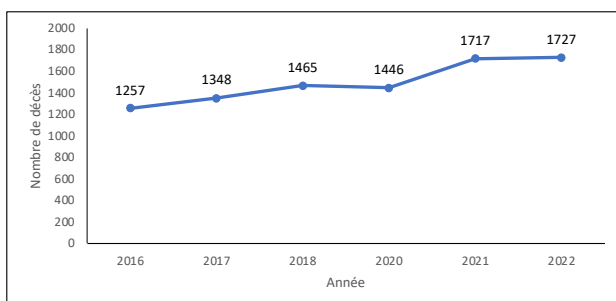
Source : MSHP, Annuaires statistiques 2022

Graphique 2.7 : Répartition par région du nombre de décès dus à la prématurité dans les formations sanitaires en 2022

### 2.4 Infection du nouveau-né dans les formations sanitaires

#### 2.4.1 Evolution du nombre de décès dus aux infections du nouveau-né (INN) de 2013 à 2022

Le nombre de décès liés aux infections du nouveau-né (INN) est globalement à la hausse passant de 1 257 décès en 2016 à 1 727 décès en 2022 (Graphique 2.8).

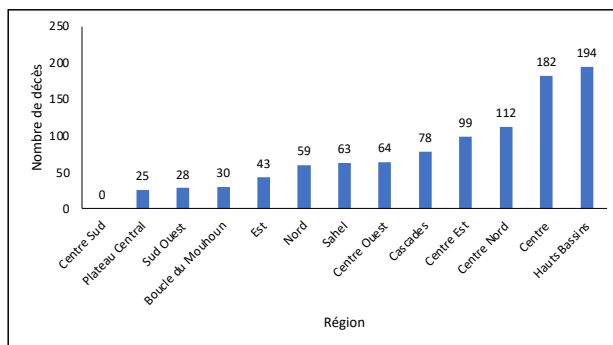


Source : MSHP, Annuaires statistiques 2016 à 2022

Graphique 2.8 : Evolution du nombre de décès dus aux infections du nouveau-né dans les formations sanitaires de 2016 à 2022

#### 2.4.2 Répartition par région des décès liés aux infections du nouveau-né en 2022

La région des Hauts bassins enregistre le plus de décès liés aux infections du nouveau-né en 2022 avec 194 cas. La région du Centre-Sud quant à elle n'a pas enregistré de décès pendant la même période (Graphique 2.9).



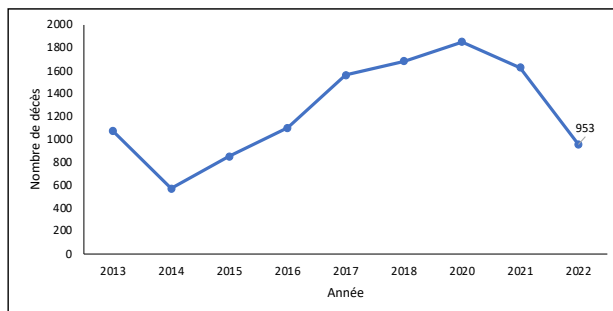
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.9 : Répartition par région du nombre de décès dus aux infections du nouveau-né dans les formations sanitaires en 2022

### 2.5 Infection respiratoire aigüe sévère dans les formations sanitaires

#### 2.5.1 Evolution du nombre de décès dus aux infections respiratoires aigües sévères de 2013 à 2022

Après une baisse de 2013 à 2014, le nombre de décès dus aux infections respiratoires aigües sévères (IRAS) a connu une hausse avec un pic de 1 848 décès en 2020. Ce nombre est en baisse et se situe à 953 décès en 2022 (Graphique 2.10).

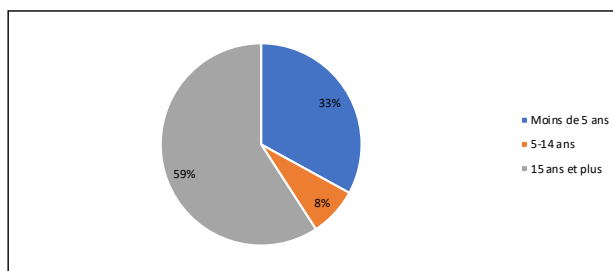


Source : MSHP, Annuaires statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.10 : Evolution du nombre de décès dus aux infections respiratoires aigües sévères dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

#### 2.5.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés aux infections respiratoires aigües sévères en 2022

La tranche d'âge des 15 ans et plus enregistre la plus forte proportion de décès liés à cette pathologie (59%), tandis que celle des 5-14 ans enregistre la plus faible proportion de décès (8%) (Graphique 2.11).

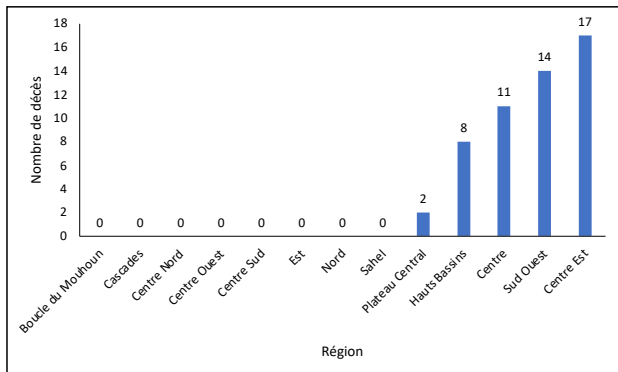


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.11 : Proportion par tranche d'âge des décès dus aux infections respiratoires aigües sévères dans les formations sanitaires en 2022

### 2.5.3 Répartition par région des décès liés aux infections respiratoires aiguës sévères en 2022

Cinq régions à savoir le Centre-Est, le Sud-Ouest, le Centre, les Hauts-Bassins et le Plateau Central ont totalisé 52 décès. Les autres régions n'ont enregistré aucun décès (Graphique 2.12).



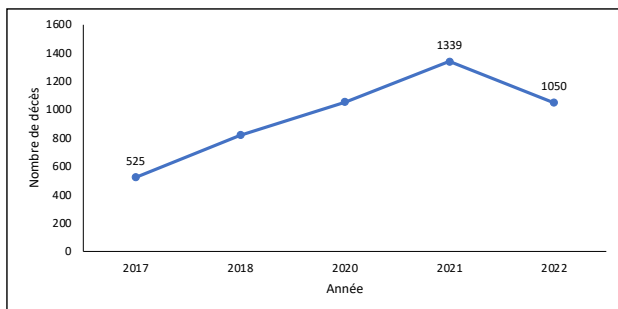
Source : MSH, *Annuaire statistiques 2022*

Graphique 2.12 : Répartition par région du nombre de décès dus aux infections respiratoires aiguës sévères dans les formations sanitaires en 2022

## 2.6 Souffrance néonatale dans les formations sanitaires

### 2.6.1 Evolution du nombre de décès dus à la souffrance néonatale de 2017 à 2022

De 2017 à 2022, le nombre de décès dus à la souffrance néonatale a connu une hausse passant de 525 à 1 050 décès avec un pic de 1 339 décès en 2021 (Graphique 2.13).

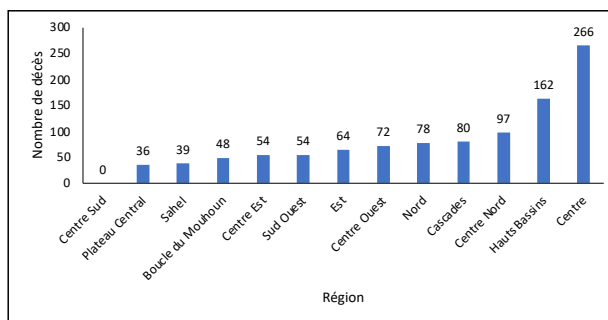


Source : MSH, *Annuaire statistiques 2017 à 2022*

Graphique 2.13 : Evolution du nombre de décès dus à la souffrance néonatale dans les formations sanitaires de 2017 à 2022

### 2.6.2 Répartition par région des décès liés à la souffrance néonatale sévère en 2022

La région du Centre a enregistré le plus de décès liés à la souffrance néonatale (266) en 2022. La région du Centre-Sud quant à elle, n'a enregistré aucun cas de décès (Graphique 2.14).



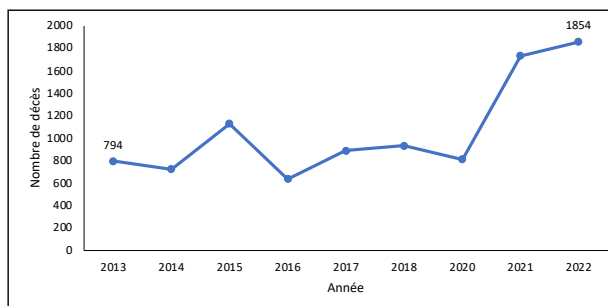
Source : MSH, *Annuaire statistiques 2022*

Graphique 2.14 : Répartition par région du nombre de décès dus aux souffrances néonatales dans les formations sanitaires en 2022

## 2.7 Malnutrition aiguë sévère en interne dans les formations sanitaires

### 2.7.1 Evolution du nombre de décès dus à la malnutrition aiguë sévère de 2013 à 2022

Le nombre de cas de décès liés à la malnutrition aiguë sévère (MAS) en interne est globalement à la hausse depuis 2013 passant de 794 à 1 854 décès en 2022 (Graphique 2.15).

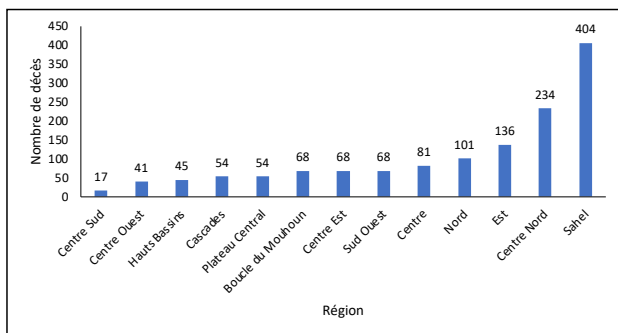


Source : MSH, *Annuaire statistiques 2013 à 2022*

Graphique 2.15 : Evolution du nombre de décès dus à la malnutrition aiguë sévère en interne dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.7.2 Répartition par région des décès liés à la malnutrition aiguë sévère en interne en 2022

Les régions du Sahel et du Centre-Nord totalisent près de la moitié des décès liés à la malnutrition aiguë sévère avec respectivement 404 et 234 décès. La région du Centre-Sud quant à elle a enregistré le plus faible nombre de décès (17 décès) (Graphique 2.16).



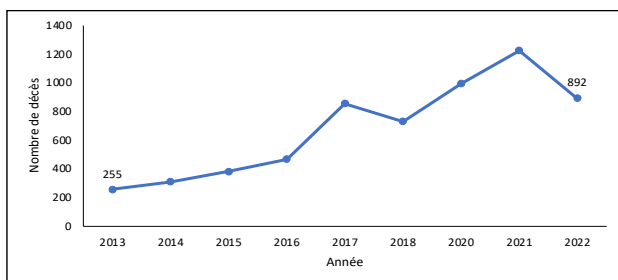
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.16 : Répartition par région du nombre de décès dus à la malnutrition aiguë sévère en interne dans les formations sanitaires en 2022

## 2.8 Maladies vasculaires cérébrales dans les formations sanitaires

### 2.8.1 Evolution du nombre de décès dus aux maladies vasculaires cérébrales de 2013 à 2022

Le nombre de décès liés aux maladies vasculaires cérébrales est globalement à la hausse de 2013 à 2021, passant de 255 à 1 223 décès. Il est en baisse en 2022 avec 892 décès dans les formations sanitaires (Graphique 2.17).



Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

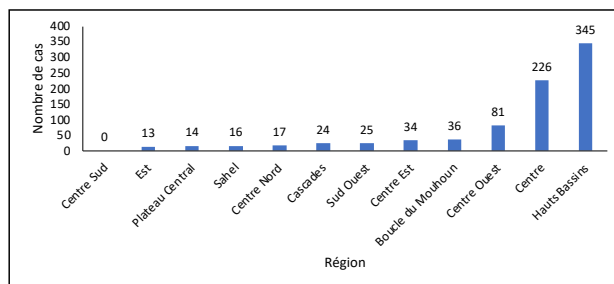
Graphique 2.17 : Evolution du nombre de décès dus aux maladies vasculaires cérébrales dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.8.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés aux maladies vasculaires cérébrales en 2022

Les décès liés aux maladies vasculaires cérébrales ont concerné majoritairement les tranches d'âges des 15 ans et plus (99%). Néanmoins 1% des décès ont concerné les 5-14 ans en 2022<sup>6</sup>.

### 2.8.3 Répartition par région des décès liés aux maladies vasculaires cérébrales en 2022

Sur un total de 892 décès liés aux maladies vasculaires cérébrales en 2022, quatre régions à savoir les Hauts-Bassins, le Centre, le Centre-Ouest et le Nord comptabilisent à elles seules 713 décès soit près de 80%. Le Centre-Sud n'a pas enregistré de décès pendant la période (Graphique 2.18).



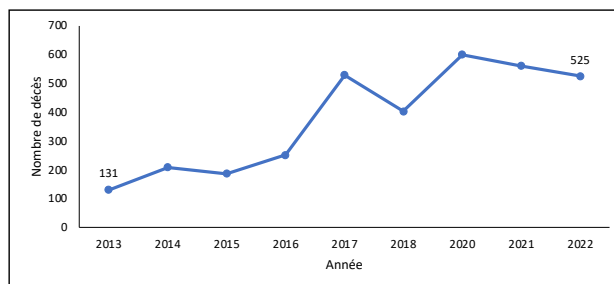
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.18 : Répartition par région du nombre de décès dus aux maladies vasculaires cérébrales dans les formations sanitaires en 2022

## 2.9 Insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires

### 2.9.1 Evolution du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique de 2013 à 2022

La tendance du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique est globalement à la hausse de 2013 à 2022 passant de 131 à 525 décès, avec deux pics en 2017 (528) et 2020 (599) (Graphique 2.19).

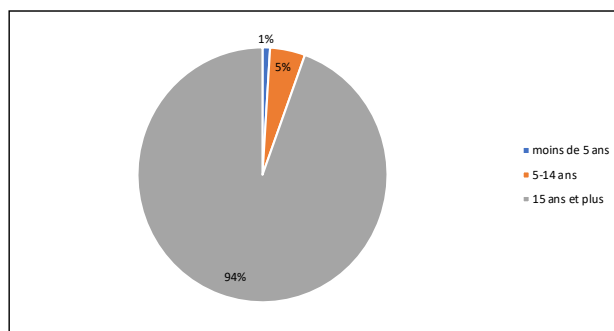


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.19 : Evolution du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.9.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés à l'insuffisance rénale chronique en 2022

En 2022, les décès liés à l'insuffisance rénale chronique ont concerné majoritairement les 15 ans et plus (94%). Les 5-14 ans et les moins de 5 ans ont enregistré respectivement 5% et 1% des décès (Graphique 2.20).



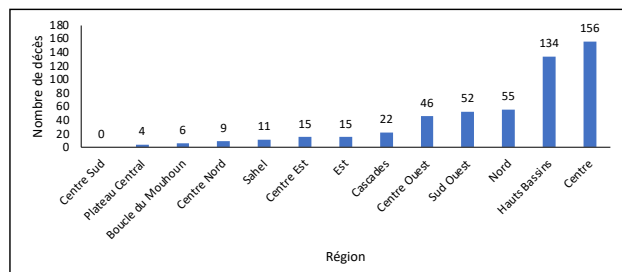
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.20 : Proportion par tranche d'âge des décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires en 2022



### 2.9.3 Répartition par région des décès liés à la insuffisance rénale chronique en 2022

Les régions du Centre et des Hauts Bassins ont enregistré respectivement 156 et 134 décès dus à l'insuffisance rénale chronique en 2022, ce qui représente plus de 50% des décès enregistrés pour la période. Le Centre-Sud n'a enregistré aucun décès (Graphique 2.21).



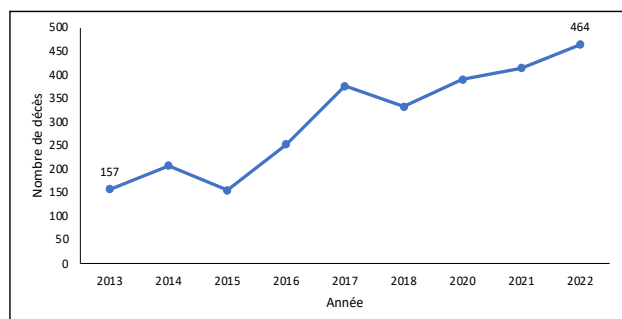
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.21 : Répartition par région du nombre de décès dus à l'insuffisance rénale chronique dans les formations sanitaires en 2022

## 2.10 Péritonite dans les formations sanitaires

### 2.10.1 Evolution du nombre de décès dus à la péritonite de 2013 à 2022

De 2013 à 2022, le nombre de décès dus à la péritonite est globalement en hausse passant de 157 à 464 décès, soit une augmentation de plus de 195% (Graphique 2.22).

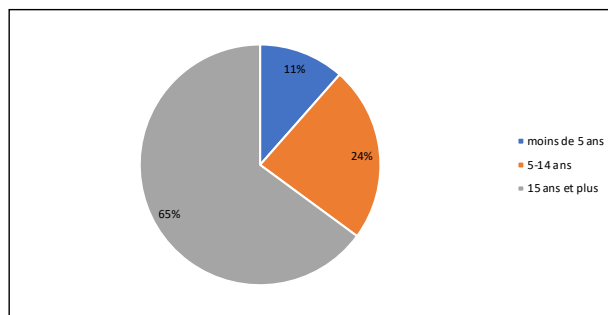


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.22 : Evolution du nombre de décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.10.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés à la péritonite en 2022

Toutes les tranches d'âges ont enregistré des décès liés à cette pathologie. Les tranches d'âges des 15 ans et plus viennent en tête avec 65% de décès suivi des 5-14 ans et les moins de 5 ans avec respectivement 24% et 11% des décès (Graphique 2.23).

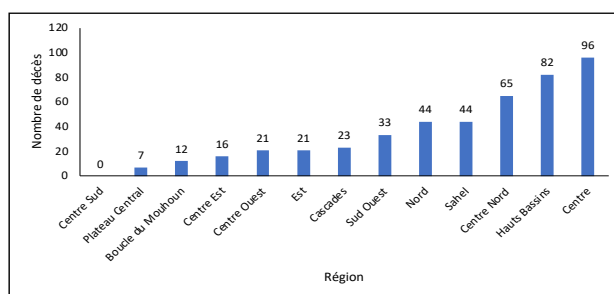


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.23 : Proportion par tranche d'âge des décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires en 2022

### 2.10.3 Répartition des décès liés à la péritonite par région en 2022

A l'exception du Centre-Sud, les décès liés à la péritonite ont été notifiés dans toutes les régions. Le Centre a enregistré le plus grand nombre de décès (96 décès) et le Plateau Central le plus faible (7 décès) (Graphique 2.24).



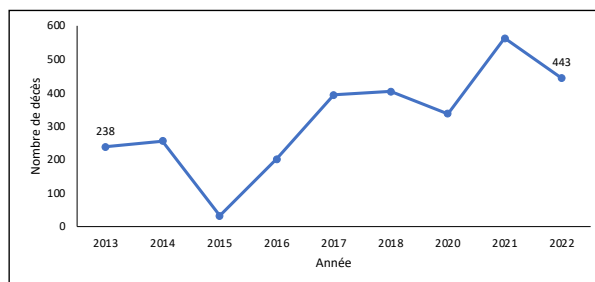
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.24 : Répartition par région du nombre de décès dus à la péritonite dans les formations sanitaires en 2022

## 2.11 Traumatismes crâniens dans les formations sanitaires

### 2.11.1 Evolution du nombre de décès dus aux traumatismes crâniens de 2013 à 2022

Le nombre de décès dus aux traumatismes crâniens a évolué en dents de scie, passant de 238 décès en 2013 à 443 décès en 2022, avec une baisse en 2015 (33 décès) et 2020 (337 décès) (Graphique 2.25).

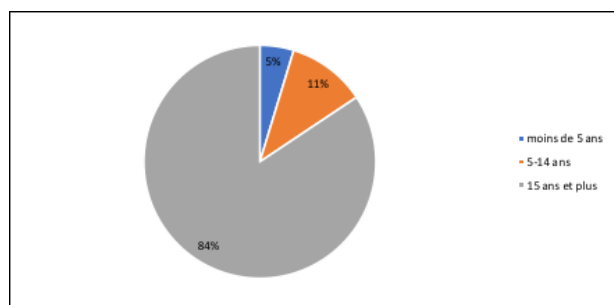


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2013 à 2022

Graphique 2.25 : Evolution du nombre de décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires de 2013 à 2022

### 2.11.2 Répartition par tranche d'âge des décès liés aux traumatismes crâniens en 2022

Selon la tranche d'âge, les 15 ans et plus sont les plus concernés avec 84% des décès (Graphique 2.26).

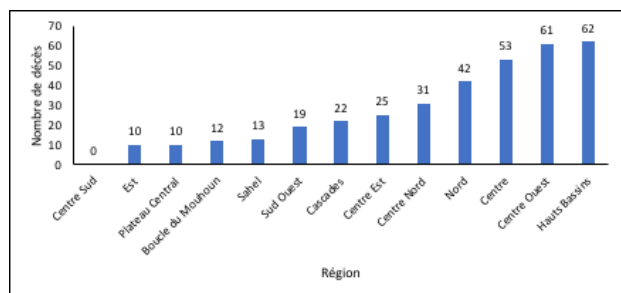


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.26 : Proportion par tranche d'âge des décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires en 2022

### 2.11.3 Répartition par région des décès liés aux traumatismes crâniens en 2022

Plus de 50% des décès liés aux traumatismes crâniens sont enregistrés dans les régions des Hauts Bassins (62 décès), du Centre-Ouest (61 décès), du Centre (53 décès) et du Nord (42 décès). La région du Centre-Sud n'a enregistré aucun décès pendant la période (Graphique 2.27).



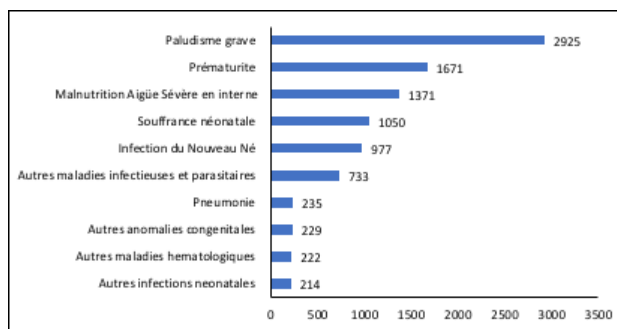
Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.27 : Répartition par région du nombre de décès dus aux traumatismes crâniens dans les formations sanitaires en 2022

## 2.12 Principales causes de décès dans les formations sanitaires par groupe d'âge

### 2.12.1 Cause de décès chez les moins de 5 ans

Le paludisme grave, la prématurité et la malnutrition aigüe sévère constituent les principales causes de décès chez les moins de 5 ans avec respectivement 2 925 décès, 1 671 décès et 1 371 décès en 2022 (Graphique 2.28).

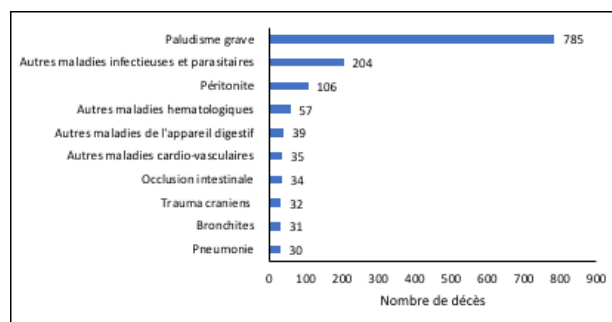


Source : MSHP, Annuaire statistiques 2022

Graphique 2.29 : Principales causes de décès chez les moins de 5 ans dans les formations sanitaires en 2022

### 2.12.2 Cause de décès chez les 5 à 14 ans

Chez les 5-14 ans, le paludisme grave constitue la première cause de décès (785 décès enregistrés en 2022). Cette pathologie est suivie par les autres maladies infectieuses et parasitaires (204 décès) et la péritonite (106 décès) (Graphique 2.29).

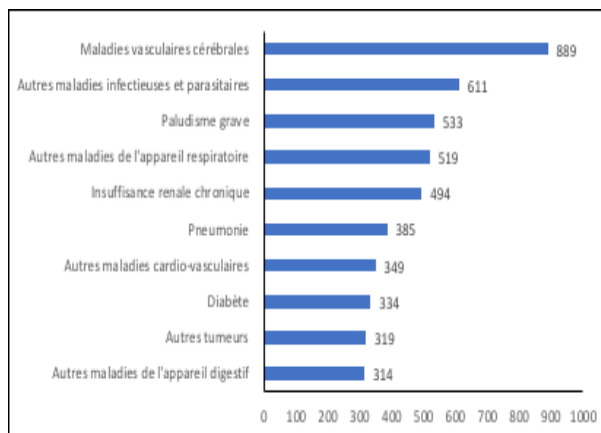


Source : MSHP, Annuaire statistique 2022

Graphique 2.30 : Principales causes de décès chez les 5-14 ans dans les formations sanitaires en 2022

### 2.12.3 Causes de décès chez les 15 ans et plus

Les maladies vasculaires cérébrales (889 décès), les autres maladies infectieuses et parasitaires (611) ainsi que le paludisme grave (533), constituent les principales causes de décès chez les 15 ans et plus (Graphique 2.30).



Source : MSHP, Annuaire statistique 2022

Graphique 2.30 : Principales causes de décès chez les 15 ans et plus dans les formations sanitaires en 2022



## Chapitre 3

# Vieillesse de la population au Burkina Faso ; tendances, impact et défis pour le secteur de la santé

### A retenir :

- Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus connaît une augmentation continue passant de 490 344 (6,2%) personnes en 1985 à 1 031 984 (5%) personnes en 2019 ;
- Entre 1985 et 2019 l'espérance de vie à 60 ans était plus élevée chez les femmes (16,6 ans) comparativement aux hommes (14,8 ans) ;
- La proportion des femmes du quatrième âge (80 ans et plus) est en baisse mais reste plus élevée que celle des hommes qui est en hausse entre 1985 et 2035 ;
- En 2021, la morbidité était plus élevée chez les personnes âgées de plus de 60 ans (41,5%) comparativement aux autres groupes d'âge ;
- En 2021, les prévalences de l'hypertension artérielle sévère (12,4%) et du diabète (12,0%) étaient plus élevées chez les personnes de 45-69 ans ;
- Les dispositions législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale ne concernent que les travailleurs salariés des secteurs public et privé ;
- L'insuffisance de personnels, d'infrastructures et d'équipements adéquats et adaptés aux personnes âgées demeurent des défis majeurs dans les services sociaux.

Ce chapitre traite du vieillissement de la population qui est selon Paillat P<sup>7</sup>, un processus se traduisant par l'augmentation de la proportion des personnes âgées au sein de la population. Ce changement de structure par âge s'explique par la baisse de la fécondité couplée à la hausse de l'espérance de vie. De ce concept de vieillissement dérive celui de personne âgée. Au Burkina Faso particulièrement, selon la loi N°024-2016/AN portant protection et promotion des droits des personnes âgées, on définit une personne âgée comme étant toute personne de 60 ans et plus. Ces personnes âgées sont confrontées à de nombreuses difficultés sur les plans sanitaire, économique, socio-culturel, etc.

Ce chapitre présente les tendances du vieillissement, la situation des mesures prises en faveur des personnes âgées au BF, l'impact du vieillissement sur la santé et les défis pour le secteur de la santé.

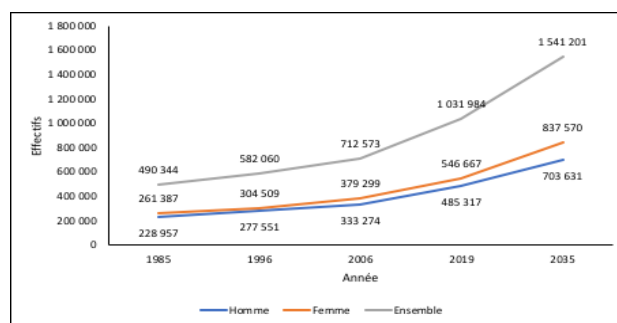
### 3.1 Tendances du vieillissement au Burkina Faso

La dynamique du vieillissement au Burkina Faso a été analysée à partir des données des différents recensements de population de 1985 à 2019. Il s'agira de présenter l'évolution du poids démographique des personnes âgées en prenant le soin de mettre en évidence les inégalités par sexe et selon le milieu de résidence et l'espérance de vie à 60 ans.

#### 3.1.1 Évolution des effectifs des personnes âgées

Le nombre de personnes âgées n'a cessé d'augmenter au fil du temps au Burkina Faso. De 490 344 en 1985, le pays a enregistré 1 031 984 personnes de 60 ans et plus en 2019.

Ce nombre devrait augmenter pour atteindre 1 541 201 en 2035 selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie. Comme attendu, cette population de personnes âgées est composée de plus de femmes que d'hommes en raison de la mortalité plus élevée que l'on observe généralement chez les hommes. À titre illustratif, on dénombre 89 Hommes pour 100 Femmes chez les personnes âgées en 2019 (Graphique 3.1).



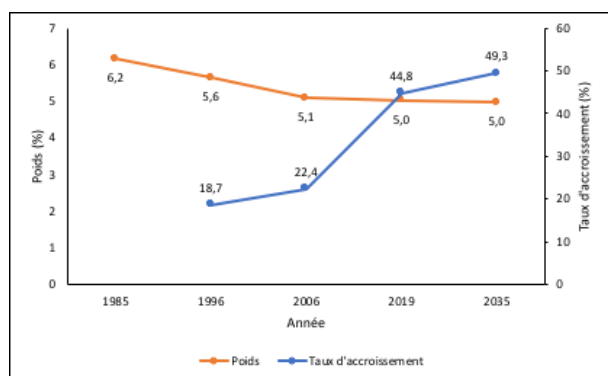
Source : INSD, RGPH 1985, 1996, 2006, 2019 et projection 2035

Graphique 3.1 : Évolution de l'effectif des personnes âgées de 1985 à 2035

7 Paillat P., 1990, - Vocabulaire du vieillissement : des concepts aux mesures ; p 203-207 ; Louvain-la-neuve (BE), Ciaco.

### 3.1.2 Évolution du poids démographique des personnes âgées

La proportion des personnes âgées sur la période 1985-2019 a peu évolué. En effet, elle est passée de 6,16% en 1985 à 5,03% en 2019 et s'établirait à 4,97% en 2035. Bien que cette proportion soit en baisse sur la même période, le taux d'accroissement des personnes âgées est à la hausse. Il est passé de 18,7% entre 1985 et 1996 à 44,8% entre 2006 et 2019 (Graphique 3.2).

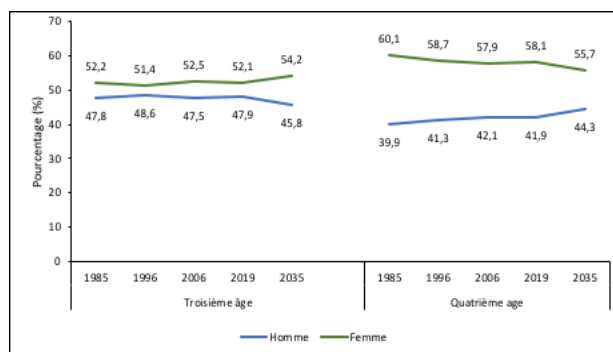


Source : INSD, RGPH 1985, 1996, 2006, 2019 et projection 2035

Graphique 3.2 : Évolution du poids et du taux d'accroissement des personnes âgées

### 3.1.3 Distribution des personnes âgées par groupe d'âge et par sexe

La distribution par groupe d'âge (troisième âge : 60-84 ans et quatrième âge : 85 ans et plus) et par sexe des personnes âgées montre que la proportion des femmes est plus élevée quel que soit le groupe d'âge. Pour les femmes de quatrième âge les proportions sont en baisse tandis que celles des hommes sont en hausse entre 1985 et 2035 (Graphique 3.3).



Source : INSD, RGPH 1985, 1996, 2006, 2019 et projection 2035

Graphique 3.3 : Répartition des personnes âgées (%) par groupe d'âge et par sexe de 1985 à 2035

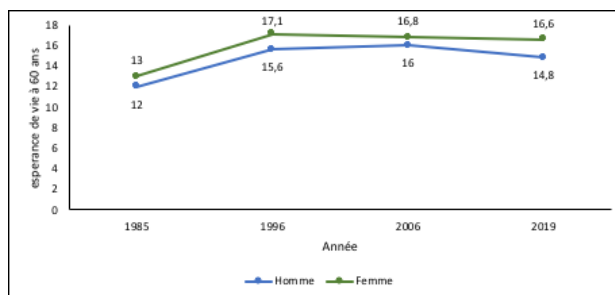
8 Ministère de la femme, de la solidarité nationale de la famille et de l'action humanitaire, Ministère de la sante et l'hygiène publique : plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 du Burkina Faso, juillet 2021

9 - Ministère de la femme, de la solidarité nationale de la famille et de l'action humanitaire, Ministère de la sante et l'hygiène publique : plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 du Burkina Faso, juillet 2021.

10 - AN VIII-0202 FP-SAN-AS du 08 février 1991 portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publique du Burkina Faso.

### 3.1.4 Évolution de l'espérance de vie à 60 ans

De 1985 à 2019, les personnes âgées ont engrangé quelques années en termes d'espérance de vie. Spécifiquement, on enregistre un gain de près de 3 ans chez les hommes et de 3,5 ans chez les femmes en termes de longévité. Une personne de 60 ans et plus peut espérer vivre encore une quinzaine d'années au Burkina Faso si les conditions de mortalité ne changent pas. Comme attendu, cette espérance de vie est plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes (Graphique 3.4).



Source : INSD, RGPH 1985, 1996, 2006, 2019 et projection 2035

Graphique 3.4 : Évolution de l'espérance de vie à 60 ans de 1985 à 2019

### 3.2 Situation des mesures prises en faveur des personnes âgées

Conscient des difficultés auxquelles les personnes âgées sont confrontées, le Burkina Faso a pris un certain nombre d'actions en faveur de ces personnes vulnérables. Des dispositions législatives et des programmes ont été élaborés en faveur de ces personnes dont les plus récentes sont :

- L'adoption de la loi n°024 -2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées ;
- La mise en œuvre du plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2022-2025 au Burkina Faso, la politique nationale des droits humains et de promotion civique 2013-2022, la politique nationale de protection sociale 2013-2022 et le programme promotion et protection des droits des personnes âgées<sup>8</sup> ;
- L'institutionnalisation de la visite médicale annuelle des personnes pensionnées du public et du privé et leurs conjoints ;
- L'existence des ONG et associations œuvrant également dans la prise en charge des personnes âgées ;
- La réduction des tarifs de soins accordée aux personnes âgées affiliées à la CNSS et à la CARFO<sup>9 10</sup> , .



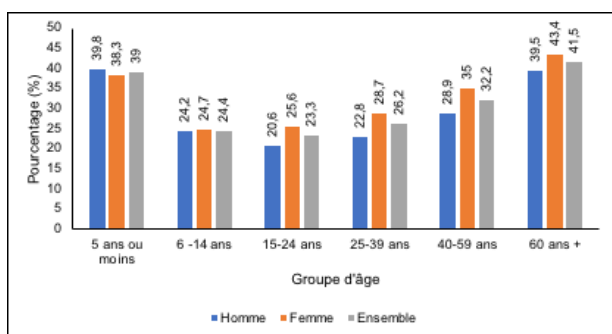
- La perspective de l'assurance maladie universelle et la gratuité des soins accordée à des groupes vulnérables<sup>2</sup>.

### 3.3 Impact du vieillissement sur la santé

#### 3.3.1 Morbidité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'âge ne mène pas nécessairement à une mauvaise santé, mais plusieurs problèmes de santé se manifestent inévitablement lorsque les personnes avancent en âge : un déficit auditif, des cataractes, de l'hypertension artérielle, de l'arthrose, de diabète, de certains cancers, des troubles cardiovasculaires et du syndrome métabolique. Tous ces problèmes de santé peuvent nuire à la qualité de vie des personnes âgées.

Selon l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) de 2018, les tranches d'âges dans lesquelles la morbidité est plus élevée sont celles des personnes âgées de plus de 60 ans (41,5%) et des enfants de moins de 5 ans (39,0%). Au-delà de 24 ans, les taux de morbidité augmentent avec l'âge (Graphique 3.5).



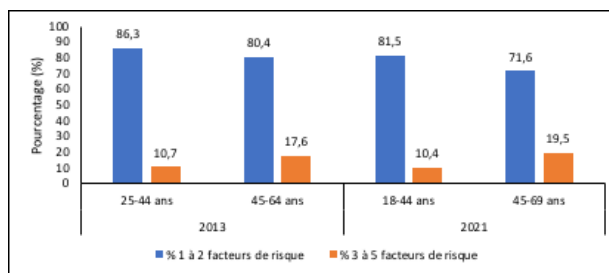
Source : Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) de 2018

Graphique 3.5 : Taux de morbidité selon le sexe et par groupes d'âge

### 3.4 Facteurs de risque chez les personnes âgées

#### 3.4.1 Facteurs de risques combinés

Les personnes âgées sont plus vulnérables aux facteurs de risques multiples. La proportion de 3 à 5 facteurs de risque semble augmenter entre 2013 et 2021 chez les personnes dont l'âge excède les 45 ans passant de 17,6% à 19,5% (Graphique 3.6).

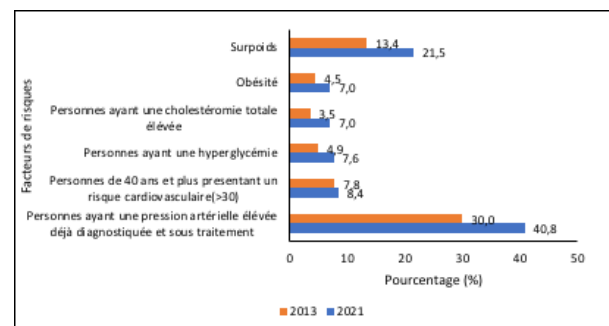


Source : enquête STEPS 2013, 2021

Graphique 3.6 : Facteurs de risque combinés de 2013 et de 2021

#### 3.4.2 Facteurs de risque de maladies non transmissibles

Les résultats des enquêtes STEPS de 2013 et 2021 ont montré que la prévalence et la proportion des facteurs de risque des maladies non transmissibles s'accroissent avec le vieillissement de la population du fait de la vulnérabilité des personnes âgées (Graphique 3.7).

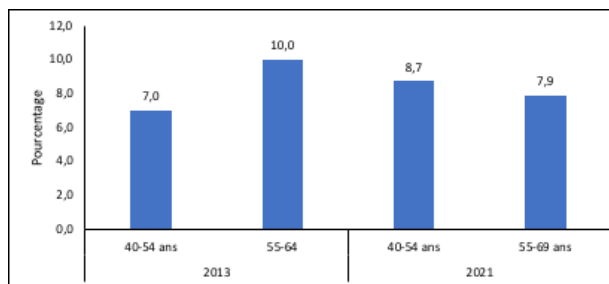


Source : enquêtes STEPS 2013, 2021

Graphique 3.7 : Niveaux et tendances des principaux indicateurs sur les facteurs de risque communs aux maladies non transmissibles entre 2013 et 2021

#### 3.4.3 Maladies cardiovasculaires

Les personnes de 55 à 64 ans étaient plus à risque des maladies cardiovasculaires<sup>11</sup> avec une proportion de 10%, selon l'enquête STEPS de 2013. Selon l'enquête STEPS de 2021, ce risque était plus élevé dans la tranche d'âge de 55-69 ans avec 7,9% (Graphique 3.8).



Source : MSHP, enquête STEPS 2013, 2021

Graphique 3.8 : Répartition (%) des personnes présentant une maladie cardiovasculaire existante ou un risque cardio-vasculaire<sup>12</sup> élevé par tranche d'âge 2013 et 2021.

11 - Il s'agit du pourcentage des personnes présentant une maladie cardio-vasculaire existante ou un risque ≥30% de développer une maladie cardio-vasculaire pendant les 10 prochaines années.

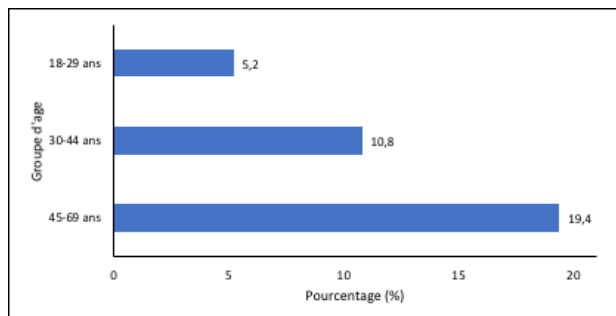
12 Le terme « maladies cardio-vasculaires » fait référence à différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infra clinique et responsable de mort prématurée. Il peut d'agir de :

- maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde, mort subite) ;
- accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques ou ischémiques, transitoires ou constitués).

## 3.5 Facteurs morbides des personnes âgées

### 3.5.1 Syndrome métabolique

En 2021, la tranche d'âge 45 à 69 ans était la plus représentée parmi celle ayant un syndrome métabolique avec une prévalence de 19,4%. Le graphique 3.9 montre une tendance de la prévalence du syndrome métabolique augmentant avec l'âge.

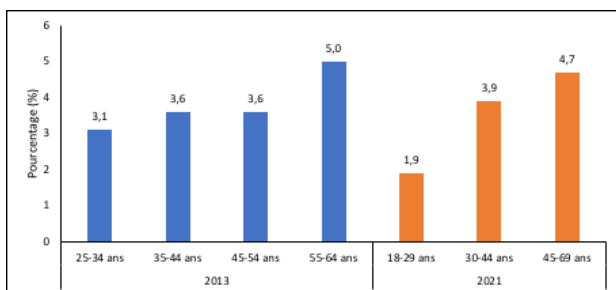


Source : Enquête STEPS 2021

Graphique 3.9 : Répartition des personnes présentant une maladie cardiovasculaire existante ou un risque cardio-vasculaire élevé par tranche d'âge.

### 3.5.2 Prévalence de l'hypercholestérolémie totale

En 2013, la prévalence de l'hypercholestérolémie totale au sein de la population était plus élevée (5%) chez les personnes de 55 à 64 ans. Bien qu'une baisse ait été observée en 2021, le même constat est fait pour la tranche d'âge de 45-69 ans avec 4,7% (Graphique 3.10).



Source : MSHP, enquête STEPS 2013, 2021

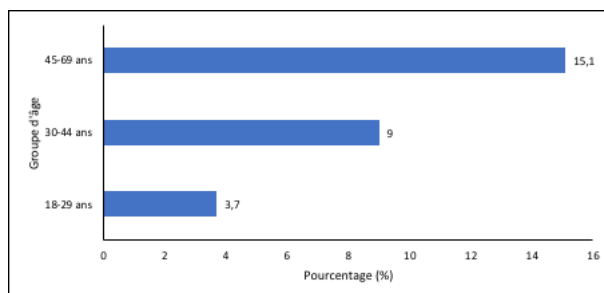
Graphique 3.10 : Prévalence de l'hypercholestérolémie totale, Enquête STEPS-BF, 2013

### 3.5.3 Hypertension artérielle

Les résultats des enquêtes STEPS de 2013 et 2021 indiquaient que la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) augmente avec l'âge de façon globale dans les deux sexes.

### 3.5.3.1 Diagnostic de l'HTA : Antécédents personnels d'HTA

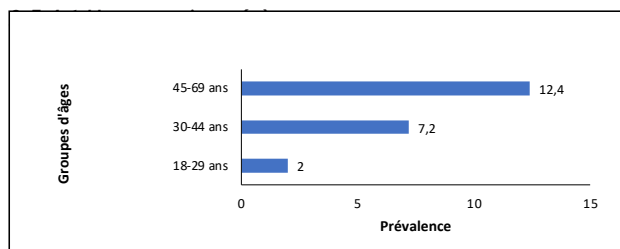
L'enquête STEPS de 2021 avait montré que les personnes de la tranche d'âge 45-69 ans étaient majoritaires parmi celles diagnostiquées hypertendues (15,1%) (Graphique 3.11).



Source : Enquête STEPS 2021

Graphique 3.11 : Antécédents personnels d'HTA selon la tranche d'âge

### 3.5.4 Prévalence de la tension artérielle élevée selon les tranches d'âge

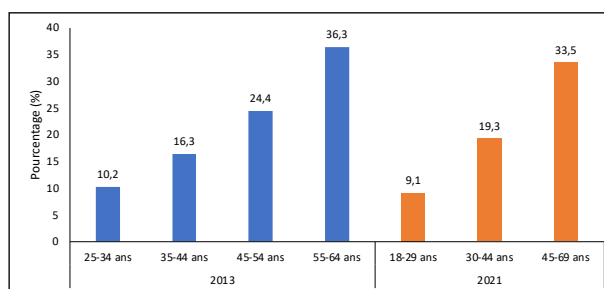


Source : Enquête STEPS-BF 2021.

Graphique 3.12 : Répartition (%) de la prévalence de la tension artérielle élevée sévère selon les tranches d'âge, 2021.

### 3.5.4.2- HTA modérée

Les individus de la tranche d'âge de 55-64 ans étaient majoritairement concernés par HTA modérée<sup>14</sup> (36,3%) en 2013. En 2021, c'est ceux de 45-69 ans qui sont plus affectés. La prévalence de HTA semble augmentée avec l'âge (Graphique 3.13).



Source : Rapport d'enquêtes STEPS 2013 et 2021

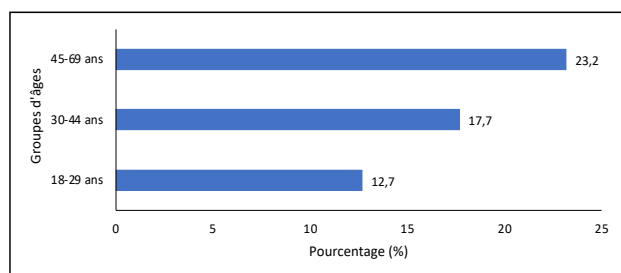
Graphique 3.13 : Répartition (%) de la prévalence de la tension artérielle élevée selon les tranches d'âge

13 - PA systolique  $\geq 160$  et/ou PA diastolique  $\geq 100$  mm Hg

14 HTA modérée = PA systolique  $\geq 140$  et/ou PA diastolique  $\geq 90$  mm Hg

### 3.5.5 Glycémie anormale à jeun

En 2021, parmi les individus dépistés glycémie anormale à jeun, ceux du groupe d'âge des 45-69 ans étaient majoritairement représentés (23,2%) (Graphique 3.14).



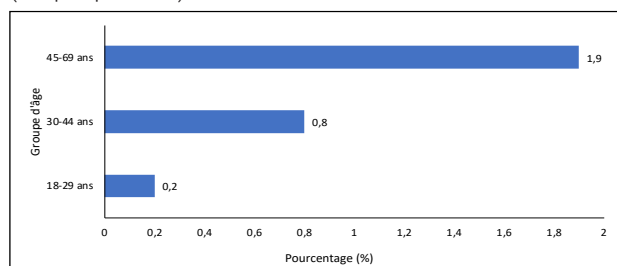
Source : Rapport de la deuxième Enquête STEPS-BF 2021

Graphique 3.14 : Répartition (%) des répondants selon la mesure de la glycémie anormale à jeun par tranche d'âge

### 3.5.6 Diagnostic du diabète

#### 3.5.6.1 Antécédents personnels

En 2021, dans la population générale, la tranche d'âge de 45-69 ans était celle la plus concernée par le diabète (1,9%) (Graphique 3.15).

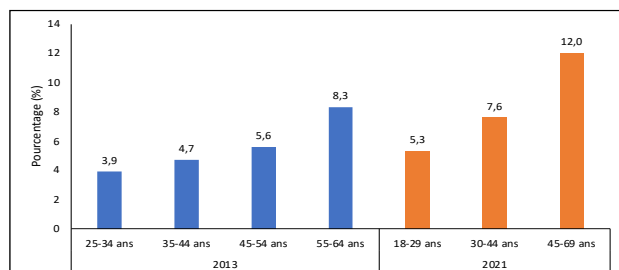


Source : Rapport de la deuxième Enquête STEPS-BF 2021

Graphique 3.15 : Répartition de personnes diagnostiquées diabétiques au cours des 12 derniers mois et celles diagnostiquées mais pas au cours des 12 derniers mois par tranches d'âge en 2021.

#### 3.5.6.2 Prévalence du Diabète

En 2013, les individus de 55-64 ans étaient majoritairement concernés (8,3%) et en 2021 ceux du groupe d'âge 45-69 ans qui étaient les plus concernés avec 12,0%. L'allure des graphiques montre que la prévalence du diabète augmente avec l'âge (Graphique 3.16).



Source : Rapport de la deuxième enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risque communs de maladies non transmissibles au Burkina Faso 2013.

Graphique 3.16 : Prévalence du diabète selon les tranches d'âges en 2013 et 2021

### 3.5.6.3 La déficience visuelle

Les résultats de l'enquête STEPS 2021 ont permis de déterminer la déficience visuelle à travers la mesure de l'acuité visuelle chez les personnes âgées de 50 ans et plus. La prévalence de la basse vision (acuité visuelle inférieure à 3/10) était de 15 % et celle de la faible vision (acuité visuelle inférieure à 7/10) était de 54%. La même source fait état de 2,2% de la population de plus de 50 ans qui ont subi une intervention de la cataracte. La proportion des hommes ayant subi une intervention de cataracte (2,8%) était 2 fois plus élevée que celle des femmes (1,4%).

### 3.6 Défis du vieillissement en matière de santé

Au Burkina Faso, la prise en charge de la personne âgée rencontre plusieurs défis entre autres, des défis liés aux infrastructures, à l'organisation, à la disponibilité du personnel qualifié.

#### 3.6.1 Défis liés aux mesures prises

##### 3.6.1.1 Insuffisance de sécurité sociale

Dans le domaine de la sécurité sociale, l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires ne concerne que les travailleurs salariés du secteur public et privé qui ne représentent que 12% des actifs occupés, selon les données du RGPH 2019.

##### 3.6.1.2 Infrastructures dédiées aux personnes âgées dans les formations sanitaires

Il existe quelques infrastructures destinées aux personnes âgées mais centrées à Ouagadougou. Dans les formations sanitaires publiques et privées, on note une insuffisance d'infrastructures et d'équipements adéquats et adaptés aux personnes âgées. Par ailleurs, le pays a entamé la construction des centres de gériatrie au profit des personnes âgées.

##### 3.6.1.3 Compétence du personnel en gériatrie

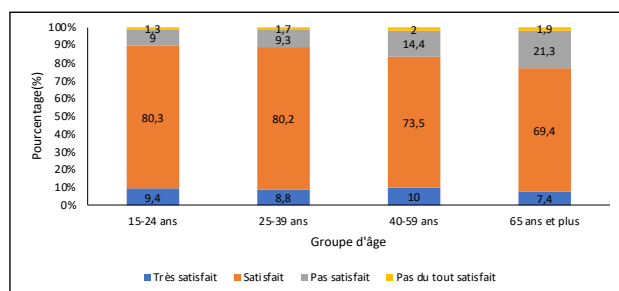
Dans les formations sanitaires publiques et privées, on note une insuffisance de compétences et du nombre des prestataires formés à la prise en charge médicale et infirmière des personnes âgées. Dans les structures publiques, des spécialistes en gériatrie et gérontologie sont quasiment absents et se concentrent à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso. Aussi, on note une absence de formation des ASC et ASBC sur la Santé des personnes âgées (SPA)<sup>15</sup>. De plus, il est constaté la non mise à jour des modules de formation initiale et l'absence de programme de formation

15 Ministère de la femme, de la solidarité nationale de la famille et de l'action humanitaire, Ministère de la sante et l'hygiène publique : plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 du Burkina Faso, juillet 2021

des ASBC sur la PEC sanitaire des personnes âgées, l'absence de paquet minimum de soins défini pour chaque prestataire à chaque niveau.

### 3.6.1.4 Niveau de satisfaction des personnes ayant consulté un service de santé

Les usagers des services de santé des différents groupes d'âge apprécient de manière différente la qualité des consultations. De façon générale le groupe d'âge des 65 ans et plus était la proportion la plus élevée à ne pas être satisfait (23,2%) (Graphique 3.17).



Source : INSD, enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages de 2018 (EHCVM-2018)

Graphique 3.17 : Proportion des personnes ayant consulté un service de santé par groupe d'âge selon le niveau de satisfaction

### 3.6.1.5 Défis liés à la coordination des actions en faveur des personnes âgées

En termes de coordination des actions en faveur des personnes âgées, des défis sont notés :

- **Le faible ancrage institutionnel**

En effet, on constate un faible ancrage institutionnel des structures en charge des questions des personnes âgées et une fragmentation des structures s'occupant des questions des personnes âgées. Ces structures sont logées au niveau du ministère en charge de l'action sociale, de la fonction publique et de la protection sociale, de l'administration territoriale et celui de la santé. Au niveau du ministère en charge de la santé, seul un service logé à la Direction de la santé de la famille a en charge les questions des personnes âgées. La plupart des structures ayant en charge la question des personnes âgées ne disposent pas de capacités organisationnelles et opérationnelles suffisantes, notamment :

- l'insuffisance de cadre de concertation entre les différents ministères sur la question des personnes âgées ;
- l'insuffisance dans l'élaboration, la diffusion et l'application des textes et lois relatifs aux personnes âgées ;

- la faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan stratégique de prise en charge des personnes âgées.

### 3.6.1.6 Insuffisance de cadres de concertation

Une insuffisance de cadres de concertation entre les différents acteurs intervenant dans la santé des personnes âgées est à noter mais également une absence de synergie d'actions entre les différents acteurs internes et externes intervenant dans le domaine (santé, action sociale, fonction publique et protection sociale).

En ce qui concerne la planification des actions, les cadres et directives de planification du ministère en charge de la santé et celui du ministère en charge de la solidarité nationale prennent en compte les activités de santé et de protection sociale des personnes âgées. Ce qui favorise l'inscription des activités en faveur de la SPA (visite médicale annuelle des personnes âgées) dans les plans d'actions de certains districts sanitaires<sup>16</sup>.

## 3.6.2 Défis liés à la disponibilité des données fiables sur les personnes âgées

### 3.6.2.1 Insuffisance de données de routine sur les personnes âgées

L'exploitation des données de routine à partir de l'Entrepôt de données sanitaires (EnDoS-BF) ne permet pas d'avoir le nombre ou proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, malades de certaines pathologies qualifiées de pathologies du troisième ou quatrième âge et ayant utilisées les services de santé. Les supports de collecte de données primaires collectent ces données mais les canevas de rapportage ne désagrègent pas les données pour cette tranche d'âge.

### 3.6.2.2 Insuffisance d'études spécifiques sur les personnes âgées

Très peu d'études d'envergure nationale abordent les questions de santé des personnes âgées au Burkina Faso. Cet état de fait ne permet pas de cerner toute la problématique en particulier sanitaire des personnes âgées.

<sup>16</sup> Ministère de la femme, de la solidarité nationale de la famille et de l'action humanitaire, Ministère de la sante et l'hygiène publique : plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 du Burkina Faso, juillet 2021



# Chapitre 4

## Cancer au Burkina Faso

### A retenir :

- Les cancers touchent toutes les tranches d'âge ;
- L'effectif des tumeurs malignes reçu en consultation externe dans les formations sanitaires est en augmentation passant de 8 764 cas en 2013 à 15 829 cas en 2022 ;
- Les tumeurs malignes du sein occupent le premier rang suivi de celles du foie et celles du col de l'utérus depuis 2021 ;
- Les tumeurs malignes du foie sont les premières causes de décès par tumeur, suivi de celles de l'estomac ;
- Le nombre de femmes ayant bénéficié d'un dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est à la hausse, passant de 8 349 cas en 2016 à 52 386 cas en 2022.

Les cancers constituent un problème de santé publique majeur au Burkina Faso avec environ 12 000 nouveaux cas de cancers enregistrés en 2020, dont 7 700 chez les femmes et plus de 4 000 chez les hommes<sup>17</sup>. Ces cancers sont souvent diagnostiqués à un stade avancé, ce qui réduit les chances de guérison et augmente la mortalité.

Ainsi, sur la base de données probantes, des interventions doivent être développées visant à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des cancers, à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et à renforcer les capacités du système de santé.

Ce chapitre présente l'organisation de la lutte contre le cancer, la situation épidémiologique du cancer, le financement de la lutte contre le cancer et les défis.

### 4.1 Organisation de la lutte contre le cancer au Burkina Faso

#### 4.1.1 Historique de l'institutionnalisation de la lutte contre les maladies non transmissibles

Au Burkina Faso, au départ, la lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) était confiée à la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) à travers le Service de lutte contre les MNT qui comprenait 5 programmes : un programme national en charge de la santé bucco-dentaire, de la santé mentale, en charge de la prévention de la cécité, de la surdité et celui en charge de la lutte contre le Noma.

Ensuite, en 2013, il y a eu la création du Programme national de lutte contre les MNT (PNMNT)<sup>18</sup> avec la prise en compte du cancer.

Ce programme a été érigé en une direction, à savoir la Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) en février 2018 par un décret<sup>19,20</sup>. Le Programme national de lutte contre le cancer est rattaché à ladite direction.

#### 4.1.2 Stratégie de lutte contre le cancer

Un plan stratégique de lutte contre le cancer a été élaboré en 2020 et couvre la période 2021-2025. Cette stratégie repose sur le renforcement de la gouvernance, la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement, les soins palliatifs et le renforcement des infrastructures/équipements et la recherche.

##### 4.1.2.1 Renforcement de la gouvernance

Sur le plan de la gouvernance, des instances ont été mises en place. Il s'agit notamment du conseil national de lutte contre le cancer, du groupe technique de travail pour l'élimination du cancer du col de l'utérus et de la coalition burkinabè de lutte contre le cancer (COBUCAN). Dans le cadre de la lutte contre le tabac, le Burkina Faso, après la ratification le 31 juillet 2006 de la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS, a adopté une loi anti-tabac pour exprimer sa volonté de « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac<sup>21</sup> ». Subséquemment, ont été développés et mis en œuvre des plans stratégiques nationaux de lutte antitabac<sup>22</sup>, des textes réglementaires portant interdiction de fumer dans les espaces

17 GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC

18 Arrêté N° 2013-1276/MS/CAB du 18 décembre 2013 portant organisation de la Direction générale de la santé

19 Décret n° 2018\_0093/PRES/PM/MS du 15 février 2018 portant organisation du Ministère de la santé

20 Décret n°2022-0518/PRES-TRANS/PM/MSHP du 19/07/2022 portant organisation du Ministère de la santé et de l'hygiène publique

21 Loi n°040-2010/AN du 25 novembre 2010 portant lutte antitabac.

22 Plan stratégique de lutte antitabac 2022-2026.



collectifs<sup>23</sup>, la réglementation du conditionnement et de l'étiquetage des produits du tabac<sup>24</sup>.

A propos des facteurs de risque environnementaux, notamment l'utilisation de métaux lourds dans l'orpaillage artisanal, l'usage abusif de pesticides, de matières radioactives et d'explosifs, le pays a ratifié la Convention de Minamata sur le mercure en 2013<sup>25</sup>.

Dans le cadre de la politique de la gratuité des soins au profit des femmes, le dépistage et la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont pris en compte depuis 2016<sup>26</sup>.

Le décret sur la prise en charge de la radiothérapie : les catégories et les modalités de prise en charge de la radiothérapie sont fixées par un décret adopté en conseil des ministres le 19 avril 2023<sup>27</sup>. L'adoption de ce décret vise la mise en place de modalités de financement appropriées fondées sur les ressources de l'Etat, des assurances publiques et privées et la contribution directe des patients bénéficiaires en vue d'assurer la pérennité des services de radiothérapie.

#### 4.1.2.2 Prévention primaire des cancers

Les principaux facteurs de risque des cancers sont le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée et les infections chroniques liées aux virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC), certains types de papillomavirus humain (HPV) et les polluants environnementaux.

Avant 2022, la lutte contre les hépatites virales était organisée à travers un plan stratégique 2017-2021 dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites virales d'ici à 2021. La principale stratégie de prévention en vigueur est la vaccination contre l'hépatite B introduite dans le programme élargi de vaccination (PEV) depuis 2006. Pour la prise en charge, le Ministère a élaboré un document de normes et protocoles de prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso<sup>28</sup>.

Concernant les infections à papillomavirus humain, (HPV), le ministère de la santé et de l'hygiène publique a introduit le vaccin GARDASIL 4 dans le PEV le 26 avril 2022 après une phase pilote dans les districts sanitaires de Solenzo et de Baskuy entre 2015 et 2017. Ce vaccin concerne les filles de 9 ans. La couverture vaccinale contre le HPV est à 70,1% en 2022.

23 Décret n°2011-1052/PRES/PM/MS/MEF du 30 décembre 2011 portant interdiction de fumer dans les lieux publics clos et les transports en commun.

24 Arrêté conjoint n°2019-0365 / MS/MICA portant modification de l'arrêté conjoint n° 2015-366/MS/MICA du 07 avril 2015 portant fixation des modalités d'application du Décret N°2011-1051/PRES/PM/MS/MEF/ du 30 décembre 2011 portant conditionnement et étiquetage des produits du tabac au Burkina Faso, ensemble son modificatif.

25 Loi n°028-2016/AN portant autorisation de ratification de la convention de Minamata sur le mercure adopté le 10 octobre 2013 à Kumamoto au Japon

26 Décret 2016-311 PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 02 juin 2016 portant gratuité de soins des femmes et enfants de moins de 5 ans vivant au Burkina Faso

27 Décret N°012-2023 PP-G/TRANS du 19 avril 2023 portant modalités de prise en charge des traitements par la radiothérapie au Burkina Faso

28 Ministère de la santé, Normes et protocoles de prise en charge des hépatites virales au Burkina Faso, septembre 2019

29 Décret n° 2016-311-PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso

30 Projet scale up cervical cancer elimination with secondary prevention strategy

#### 4.1.2.3 Dépistage, diagnostic et traitement

Certaines infections bénéficient de dépistage. Ainsi, le dépistage des hépatites virales se fait dans les formations sanitaires.

Pour les lésions précancéreuses, un dépistage gratuit des lésions du cancer du col de l'utérus, est réalisé dans les formations sanitaires publiques<sup>29</sup>. Il se fait par la technique IVA /IVL. Il y'a aussi la technique de frottis cervico-utérin. Le traitement des lésions précancéreuses par la thermo-coagulation et la résection de l'anse dermique ont été renforcé dans 21 sites pilotes répartis dans 6 régions sanitaires<sup>30</sup>.

L'autopalpation des seins est enseignée aux femmes lors de leur contact avec les prestataires de soins.

De plus, des campagnes de dépistage sont organisées par le ministère en charge de la santé, les organisations non gouvernementales/ associations, les organisations de la société civile avec l'appui technique et financier des partenaires.

Le diagnostic du cancer est fait dans les hôpitaux publics et privés à travers les examens des marqueurs tumoraux dans le sang, l'examen anatomopathologique et cytologique des pièces opératoires et biopsiques, l'imagerie médicale (échographie, radiographie, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique (IRM), scintigraphie, etc.) et l'immuno histochimie

Au Burkina Faso, tenant compte des unités/services d'oncologie, le traitement des cas de cancer chez l'enfant et chez l'adulte se fait à travers la chimiothérapie, l'hormonothérapie, la chirurgie dans les hôpitaux publics et privés et la radiothérapie dans le CHU de Bogodogo.

#### 4.1.2.4 Soins palliatifs

Une association nationale de soins palliatifs existe et fait la promotion de ce type de soins qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients. Ces soins ne sont malheureusement pas enseignés ni dans les écoles de formation des agents de santé ni dans les facultés de médecine. Ils ne sont pas intégrés dans le système de soins au Burkina Faso.

#### 4.1.2.5 Recherche

La recherche sur les cancers bien qu'étant embryonnaire, enregistre de plus en plus des initiatives de recherches sur les cancers du côlon, de la prostate, du sein de l'utérus, etc. En effet, la chaire de recherche intitulée « Research and Action Against Cancer » (ReAAC) de l'Université Joseph KI-ZERBO (UJKZ) développe un programme de recherche de classe mondiale autour du cancer en collaboration avec différentes entités nationales, régionales et internationales.

#### 4.1.2.6 Communication

Les activités de communication sont réalisées par les acteurs de la coordination et de prise en charge, les associations des patients, les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales, les médias et les professionnels de la santé afin d'impulser le changement de comportement pour l'adoption de saines habitudes de vie.

#### 4.1.3 Renforcement de l'information sanitaire

Le système d'information sanitaire ne collecte pas suffisamment des données en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer.

Par ailleurs, le premier registre au Burkina Faso a été créé en 1997 avec le soutien du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et a été redynamisé en 2018. Le registre du cancer de Ouagadougou (RCO) a bénéficié de l'appui financier du Réseau africain des registres du cancer (AFCRN) et la fondation Sanofi-Espoir. Actuellement, le RCO bénéficie du soutien financier et technique de la Chaire ReAAC. Il connaît des difficultés de fonctionnement. En effet, l'ancrage institutionnel actuel, la non institutionnalisation, la non utilisation du système national d'information sanitaire et l'absence de financement pérenne rendent difficile le fonctionnement du registre de cancer de Ouagadougou.

A ce jour, il n'y pas de registre national du cancer.

#### 4.1.4 Renforcement du plateau technique

Le renforcement du système de santé en matière de lutte contre le cancer se fait par la création du programme cancer, l'augmentation du nombre de structures de prise en charge et la formation de spécialistes.

La prise en charge du cancer de l'enfant et de l'adulte est assurée par les structures suivantes :

#### Unité d'oncologie pédiatrique du CHU-YO

La première unité d'oncologie pédiatrique de Ouagadougou a été créée en avril 2005 sur le site du CHU-YO sous l'impulsion du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP) dont l'objectif est de traiter les enfants africains souffrant de cancer sur place par des professionnels formés. Dans cette unité, sont pris en charge les enfants et les adolescents, parfois jusqu'à 18 ans selon le type de cancer.

L'unité dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée d'oncologues pédiatriques (04), d'infirmières (20) et d'une unité de psychologie et un service social.

#### Service d'oncologie médicale du CHU-YO

En 2017, le service d'oncologie médicale a été officiellement créé. Les prestations offertes sont essentiellement les consultations externes, les hospitalisations et la chimiothérapie. Il comptait en 2022 trois médecins oncologues, trois médecins généralistes et cinq infirmiers/ères.

#### Service de médecine nucléaire du CHU-YO

Le service de médecine nucléaire a commencé ses premières prestations le 12 janvier 2012. Ces prestations réalisées sont essentiellement des examens de scintigraphie osseuse, rénale, cardiaque, thyroïdienne et pulmonaire.

Le personnel de ce service est composé de Médecins nucléaires (02), d'un Radio pharmacien (01), de Manipulateurs radio (05), des Infirmières (02), d'un Secrétaire (01), de Personnel de soutien (02).

#### Unité d'oncologie pédiatrique du CHUP CDG

Les activités de l'unité d'oncologie pédiatrique du CHUP CDG ont débuté en novembre 2009 au sein de l'unité des grands enfants.

Les activités sont la prise en charge des malades en hospitalisation et en ambulatoire, la formation, la recherche et l'encadrement des étudiants, des élèves des écoles professionnelles de santé.

Le personnel de l'unité est composé d'infirmiers (10), d'agent de soutien (01), de pédiatre oncologue (01) et de pédiatre (01).

La chimiothérapie est accessible grâce à l'appui du groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique (GFAOP) en médicaments, consommables et formation du personnel.

L'unité collabore avec les unités d'oncologie pédiatrique du CHUYO et du CHUSS.

## Service d'oncologie et d'hématologie de Bogodogo

Le service d'oncologie de Bogodogo a démarré ses activités le 13 avril 2017. Il propose les consultations spécialisées en cancérologie et oncohématologie, la chimiothérapie en hôpital du jour et des hospitalisations.

Le personnel est composé de : un (01) Professeur Agrégé en oncologie médicale, un (01) Praticien hospitalier en oncologie médicale, un (01) Praticien hospitalier en oncohématologie, douze (12) infirmiers/ères, trois (03) Garçons et filles de salle et un (01) secrétaire.

## Centre de Radiothérapie de Bogodogo

Le centre de radiothérapie a été inauguré en avril 2021 et rattaché au CHU de Bogodogo en décembre 2022.

La prise en charge des malades se fait par radiothérapie externe par la technique de l'arc thérapie volumétrique (VMAT)<sup>31</sup>.

Les principales prestations réalisées dans le centre de radiothérapie sont la radiothérapie curative et palliative chez les patients de tout type de cancer ayant une indication de radiothérapie. Les catégories et les modalités de prise en charge de la radiothérapie sont fixées par un décret adopté en conseil des ministres le 19 avril 2023<sup>32</sup>.

Le personnel de ce centre est composé de radiothérapeutes (05), de physicien médical (01), de techniciens en radiothérapie (05) et de secrétaires médicales (02).

## Service d'oncologie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS)

Le service d'oncologie pédiatrique du CHUSS a été créé en janvier 2020. Il reçoit des enfants et des adolescents jusqu'à 19 ans. Le service est composé d'une oncologue pédiatre, d'un surveillant d'unité de soins et d'une infirmière.

Services de chirurgies générales dans les hôpitaux.

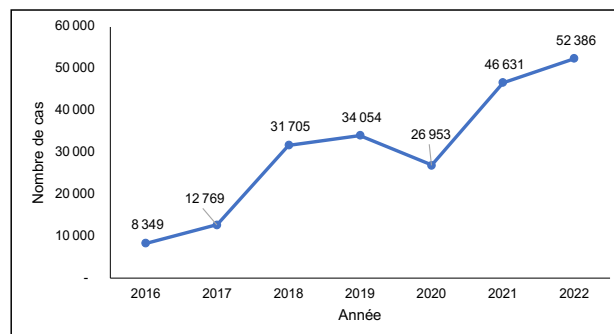
Le traitement chirurgical des cancers est réalisé dans les services de chirurgies générales dans les hôpitaux.

Par ailleurs, quelques polycliniques privées et confessionnelles disposent d'une offre de soins pour la prise en charge du cancer.

## 4.2 Situation épidémiologique sur le cancer

### 4.2.1 Tendances du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Dans les formations sanitaires, la tendance du nombre de femmes ayant bénéficié d'un dépistage des lésions précancéreuses par IVA/IVL est à la hausse, passant de 8 349 femmes en 2016 à 52 386 en 2022 (Graphique 4.1).

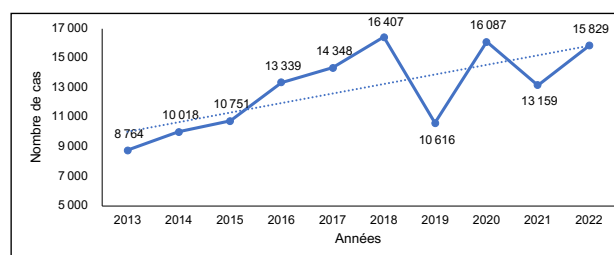


Source : MSHP, annuaire statistique 2016 à 2022

Graphique 4.1 : Évolution du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus de 2016 à 2022

### 4.2.2 Évolution du nombre de tumeurs malignes de 2013 à 2022

L'évolution des cas de tumeurs malignes reçus en consultation externe dans les CM, CMA, CHR et CHU est en augmentation au cours des dix dernières années. Elle est passée de 8 764 cas en 2013 à 15 829 cas en 2022 (Graphique 4.2).



Source : MSHP, annuaire statistique 2013 à 2022

Graphique 4.2 : Évolution du nombre de tumeurs malignes de 2013 à 2022

### 4.2.3 Répartition des principales tumeurs malignes par région en 2022

Sur l'ensemble des tumeurs malignes, les plus fréquentes reçues en consultation externe dans les formations sanitaires en 2022 sont celles du sein, du foie, du col de l'utérus, des leucémies, de l'estomac et du Burkitt. La région du Centre (4 345) et des Hauts-Bassins (3 285) enregistraient le plus de cas tandis que celles du Centre-Sud (222) et du Sahel (286) enregistraient moins de cas.

31 VMAT est une forme d'Irradiation avec Modulation d'intensité Volumétrique par ArcThérapie dans laquelle la dose d'irradiation est délivrée à la tumeur lors de la rotation continue de 360° de l'unité de traitement. La distribution de la dose se dépose de façon précise, en redessinant la forme de la tumeur et en s'adaptant à la forme de celle-ci.

32 Décret N°012-2023 PP-G/TRANS du 19 avril 2023 portant modalités de prise en charge des traitements par la radiothérapie au Burkina Faso

Tableau 4.1 : Principales tumeurs malignes dans les formations sanitaires par région en 2022

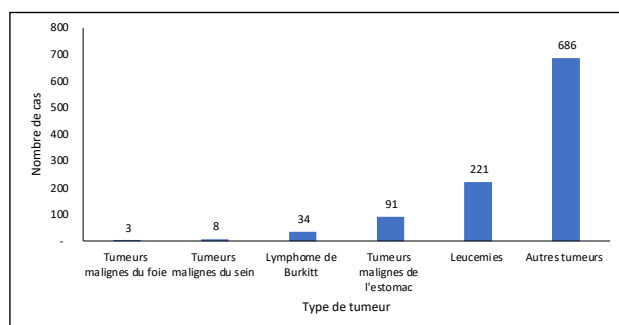
	Tumeurs malignes du sein	Tumeurs malignes du foie	Tumeurs malignes du col de l'utérus	Leucémies	Tumeurs malignes de l'estomac	Burkitt	Autres tumeurs	Total
Boucle du Mouhoun	63	126	57	16	6	2	705	975
Cas-cades	50	79	62	4	7	7	880	1 089
Centre	1 188	268	289	145	160	18	2 277	4 345
Centre Est	52	93	25	94	11	123	568	966
Centre Nord	87	65	57	22	5	16	861	1 113
Centre Ouest	190	69	21	43	12	1	522	858
Centre Sud	27	3	6	7		1	178	222
Est	80	46	22	2	4	6	216	376
Hauts Bassins	237	137	241	194	52	61	2 363	3 285
Nord	54	117	42	14	1	9	598	835
Plateau Central	31	37	11	9	13	2	291	394
Sahel	23	18	4	4	15	10	212	286
Sud-Ouest	143	72	45	25	11	7	782	1 085
National	2 225	1 130	882	579	297	263	10 453	15 829

Source : MSHP, annuaire statistique 2022

#### 4.2.4 Répartition des principales tumeurs malignes selon le groupe d'âge

##### 4.2.4.1 Répartition des types de tumeurs chez les enfants de moins de 5 ans en 2022

En 2022, les tumeurs les plus enregistrées chez les enfants de moins de 5 ans sont la leucémie (221 cas), les tumeurs malignes de l'estomac (91 cas) et le lymphome de Burkitt (34 cas) dans les formations sanitaires (Graphique 4.3).

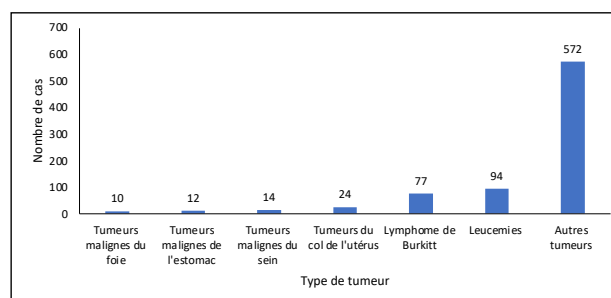


Source : MSHP, annuaire statistique 2022

Graphique 4.3 : Répartition des types de tumeurs chez les enfants de moins de 5 ans en 2022

##### 4.2.4.2 Répartition des types de tumeurs chez les 5-14 ans en 2022

En 2022, les tumeurs les plus enregistrées chez les 5-14 ans sont la leucémie (94 cas), le lymphome de Burkitt (77 cas) et les tumeurs du col de l'utérus (24 cas) dans les formations sanitaires (Graphique 4.4).

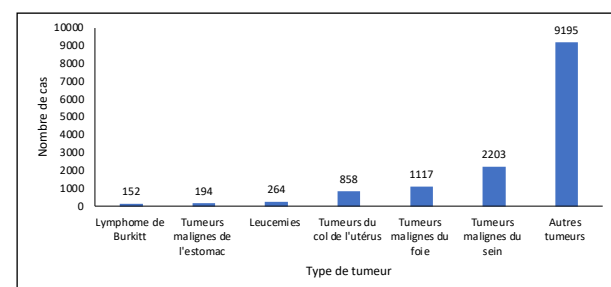


Source : MSHP, annuaire statistique 2022

Graphique 4.4 : Répartition des types de tumeurs chez les 5-14 ans en 2022

##### 4.2.4.3 Répartition des types de tumeurs chez les 15 ans et plus en 2022

En 2022, les tumeurs les plus enregistrées chez les 15 ans et plus sont les tumeurs malignes du sein (2 203 cas), les tumeurs malignes de l'estomac (1 117 cas) et les tumeurs du col de l'utérus (858 cas) et dans les formations sanitaires (Graphique 4.5).

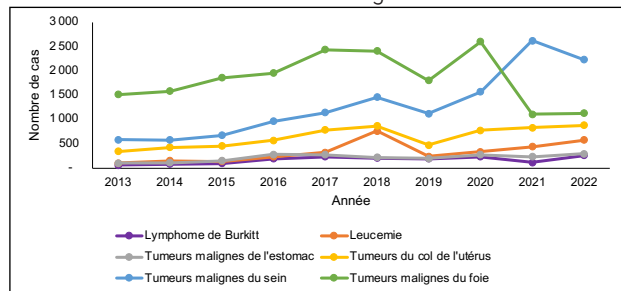


Source : MSHP, annuaire statistique 2022

Graphique 4.5 : Répartition des types de tumeurs chez les 15 ans et plus en 2022

#### 4.2.5 Evolution des principales tumeurs de 2013 à 2022

De 2013 à 2020, les tumeurs malignes du foie, du sein et du col de l'utérus ont occupé respectivement le premier, le deuxième et le troisième rang dans les formations



Source : MSHP, annuaires statistiques 2013 à 2022

Graphique 4.6 : Evolution des types de tumeurs de 2013 à 2022

#### 4.2.6 Létalité des tumeurs malignes en hospitalisation

Sur l'ensemble des cas de tumeurs malignes hospitalisés en 2022, 13,5% sont décédés. Les tumeurs malignes du foie représentent la cause la plus létale (27,5%).

Tableau 4.2 : Létalité chez les patients hospitalisés pour tumeurs malignes en 2022

	Cas hospitalisés	Décès	Létalité (%)
Autres tumeurs malignes	3843	364	9,5
Tumeurs malignes du col de l'utérus	272	26	9,6
Tumeurs malignes du sein	447	56	12,5
Leucémie	396	58	14,6
Lymphome de Burkitt	67	12	17,9
Tumeurs malignes de l'estomac	190	41	21,6
Tumeurs malignes du foie	1048	288	27,5
National	6263	845	13,5

Source : MSHP, annuaire statistique 2022

#### 4.3 Financement de la lutte contre le cancer

Au Burkina Faso, le Gouvernement finance les évacuations sanitaires et les activités de la lutte contre le cancer.

##### 4.3.1 Evacuations sanitaires liées au cancer

Au Burkina Faso, les évacuations sanitaires sont coordonnées par le Conseil national de santé (CNS).

De 2018 à 2022, on note une augmentation du nombre d'évacuations sanitaires à l'étranger pour cause de tumeurs qui est passé de 34 à 55 cas. Sur cette même période, les évacuations les plus fréquentes ont concerné majoritairement les tumeurs du sein, du col de l'utérus et de la prostate qui représentaient 83,05 % des cas.

Le coût total des évacuations sanitaires au cours des cinq (05) dernières années s'élève à un milliard trois cent soixante-dix-neuf million cinq cent quatre-vingt-neuf mille sept cent trente-neuf (1 379 589 739) francs CFA. Ces coûts ne tiennent pas compte du coût du transport des patients (Tableau 4.3).

Tableau 4.3 : Récapitulatif des causes d'évacuations sanitaires pour tumeur à l'étranger de 2018 à 2022

Désignation	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Tumeur du sein	17	19	14	11	26	87
Tumeur du col de l'utérus	9	7	8	4	10	38
Tumeur de la prostate	6	2	4	2	8	22
Tumeur cérébrale	0	0	2	1	3	5
Tumeur du larynx	0	1	2	1	0	4
Tumeur du poumon	1	0	0	0	2	3
Tumeur du rectum	0	1	1	0	1	3
Tumeur de la thyroïde	0	0	1	1	1	3
Tumeur de l'œil	0	0	0	2	1	3
Tumeur de la vessie	1	0	0	0	0	1
Tumeur de l'œsophage	0	1	0	0	0	1
Tumeur frontale	0	0	1	0	0	1
Tumeur de l'oropharynx	0	0	1	0	0	1
Tumeur de la mandibule	0	0	0	1	1	1
Plasmocytome	0	0	0	0	1	1
Tumeur du foie	0	0	0	0	1	1
Total	34	31	34	23	55	177
<i>Coût (FCFA)</i>	<i>200 762 855</i>	<i>244 088 159</i>	<i>219 494 363</i>	<i>119 447 801</i>	<i>595 796 559</i>	<i>1 379 589 739</i>

Source : MSHP, rapports du SP/CNS 2018-2022

#### 4.3.2 Appui financier du budget de l'Etat

La contribution financière du ministère de la Santé et de l'hygiène publique à travers le budget de l'Etat a concerné les activités de dépistage du cancer féminin, la subvention de produits anti-cancéreux, le projet de construction du centre de cancérologie de Ouagadougou (infrastructures et équipements) et l'appui au plan cancer.

De 2016 à 2022, le gouvernement a alloué 20 323 306 831 Frs CFA pour des dépenses s'élevant à 15 434 268 894 frs CFA. Le taux d'exécution est donc de 75,94 %. Le tableau 4.4 présente les niveaux de taux d'exécution de 2016 à 2022.



**Tableau 4.4 : Evolution des montants alloués et dépensés dans la lutte contre le cancer de 2016 à 2022**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Montants alloués	2100 000 000	6 2187 06 452	4 152 841 424	1 730 893 163	1 628 371 023	2 217 700 000	2 274 794 769	20 323 306 831
Montants dépensés	1 500 000 000	4 419 398 520	4 152 749 489	1 730 893 163	1 628 371 023	1 739 768 199	263 088 500	15 434 268 894
Taux exécution (%)	71,4	71,1	100	100	100	78,5	11,6	75,9

Source : MSHP, rapports DGF-santé 2016-2022 4.4 Défis

La lutte contre le cancer au Burkina Faso rencontre d'énormes défis, notamment :

- Insuffisance de mise en œuvre d'une stratégie multisectorielle ;
- Insuffisance de fonctionnement des cadres de concertation ;
- Absence de registre national de cancer ;
- Insuffisance dans le dépistage du cancer.
- Insuffisance de ressources humaines spécialisées ;
- Insuffisance des infrastructures et équipements ;
- Insuffisance de maintenance préventive et curative des équipements ;
- Insuffisance de la collecte de données par le système national d'information sanitaire ;
- Faible accès et disponibilité des médicaments anticancéreux ;
- Faible mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du plan stratégique.



## Chapitre 5

# Résilience du système de santé face à la COVID-19 au Burkina Faso

### A retenir :

- De nombreuses mesures concernant les libertés individuelles, les transports et la santé ont été prises pour accompagner les stratégies de la riposte nationale ;
- Pour faire face à la baisse de l'utilisation des services de santé, des mesures d'adaptation en matière de communication, de surveillance et de prise en charge des cas de COVID-19 ont été développées ;
- Durant la pandémie de la COVID-19, plusieurs agents de santé ainsi que des agents de santé communautaire et des volontaires ont été mobilisés et formés ;
- Près de 95 milliards de F CFA soit environ 60% du coût du plan de riposte de la COVID-19 ont été mobilisées ;
- Face aux ruptures des médicaments et consommables pour la riposte de la pandémie, des mesures d'adaptation telles que la facilitation des importations des produits de santé, la production locale de solutions désinfectantes et de l'hydroxychloroquine ont été prises ;
- Bien que centralisées au départ au niveau du système de gestion des incidents, les données sur la COVID-19 ont été progressivement intégrées dans le système d'information sanitaire de routine.

La résilience du système de santé fait référence à la capacité du système de santé d'anticiper, d'absorber, de s'adapter ou de se transformer lorsqu'il est exposé à un choc (comme une pandémie, une catastrophe naturelle ou des conflits armés), tout en maintenant sa capacité à fournir ses services et de conserver le même contrôle sur sa structure et ses fonctions.

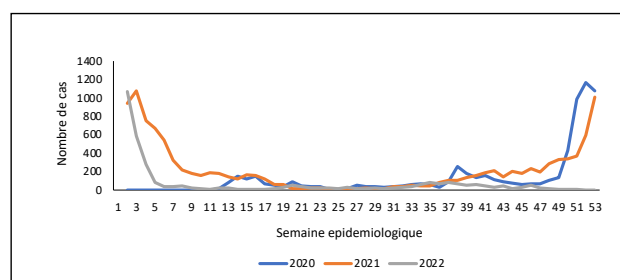
Ce système de santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est bâti autour de sept (07) piliers principaux qui sont : i) la gouvernance, ii) le financement, iii) la prestation des services, iv) les ressources humaines, v) le système d'approvisionnement des produits de santé, vi) les systèmes d'informations sanitaires/recherche et vii) les infrastructures sanitaires. En période de crise ou de catastrophes, chaque pilier du système subit les effets de ce choc.

A l'instar de nombreux pays à travers le monde, la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a touché le Burkina Faso depuis le 09 mars 2020 a fortement impacté les différents piliers de son système de santé.

Dans cette section, nous présentons dans un premier temps la situation épidémiologique de la pandémie de la COVID-19 au Burkina Faso, puis dans un second temps la résilience du système de santé à travers ces piliers ci-dessus mentionnés.

### 5.1 Etat des lieux sur la situation épidémiologique de la pandémie de la COVID-19 au Burkina Faso

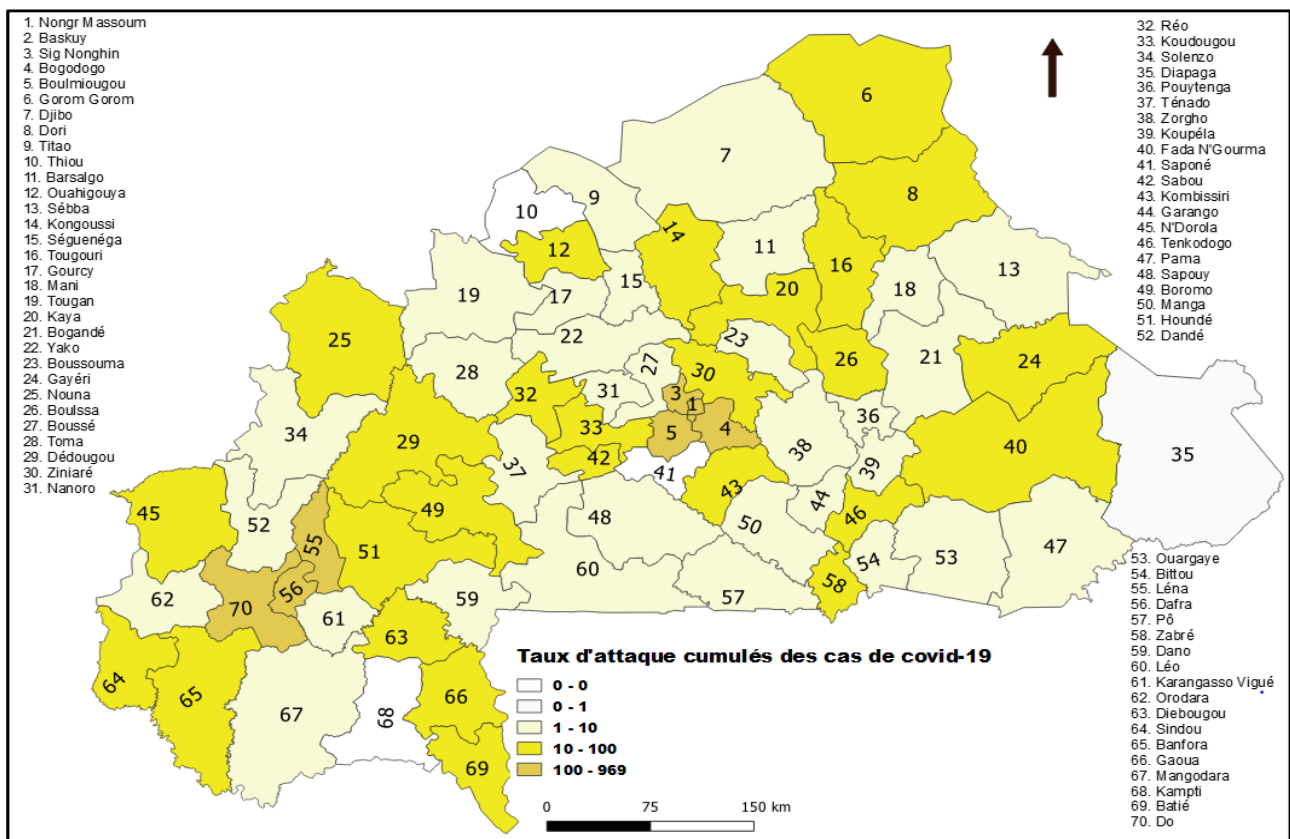
Au Burkina-Faso, la courbe épidémique de la maladie sur les trois années laisse percevoir des pics à partir du dernier trimestre de chaque année jusqu'au milieu du premier trimestre de l'année suivante à l'image (Graphique 5.1).



Source : Rapport de situation du CORUS au 31 décembre 2022.

Graphique 5.1 : Courbe évolutive des cas confirmés de COVID-19 au Burkina Faso en 2020, 2021 et 2022

L'ensemble du pays a été touché par la maladie. Les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso ont enregistré le plus de cas. En effet, le taux d'attaque cumulé dans les districts situés dans ces deux villes était nettement supérieur au reste du pays et atteignait 950 cas pour 100 000 habitants (Carte 5.1).



Source : Rapport de situation du CORUS du 31 décembre 2022

Carte 5.1 : Répartition des cas de COVID-19 par district sanitaire au 31 décembre 2022 au Burkina Faso

## 5.2 Résilience du système de santé à travers les six piliers

### 5.2.1 Gouvernance et coordination

#### 5.2.1.1 Déclaration de la pandémie au Burkina Faso

Après la notification des premiers cas le 09 mars 2020, le message à la nation du président du Faso a été prononcé à Ouagadougou le 20 mars 2020. Ce message annonçait un certain nombre de mesures pour accompagner les stratégies de la riposte nationale. Au titre de ces mesures on peut citer :

- La suspension immédiate des opérations d'enrôlement biométrique ;
- La suspension immédiate des opérations spéciales de délivrance de cartes nationales d'identité burkinabè.
- L'interdiction de tout regroupement de plus de 50 personnes ;
- Les mesures de restrictions concernant les débits de boissons, les salles de cinéma, de jeux et de spectacles, les marchés et yaars, les restaurants ;
- La suspension des cours dans les établissements scolaires et universitaire ;
- L'instauration d'un couvre-feu de 19h00 à 5h00 du matin, sur toute l'étendue du territoire, pour compter

du 21 mars 2020 à l'exception des personnels sous astreintes.

- La fermeture des aéroports de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, aux vols commerciaux, pour une durée de deux semaines, renouvelable, à compter du 21 mars 2020 à minuit, excepté pour les vols intérieurs et militaires et le fret ;
- La fermeture des frontières terrestres et ferroviaires, pour une durée de deux semaines, renouvelable, à compter du 21 mars 2020 à minuit, à l'exception du fret ;
- L'application stricte des mesures d'hygiène dans tous les lieux publics et privés ;
- L'évaluation périodique de toutes les mesures pour les ajuster à l'évolution de la pandémie ;
- L'amélioration et le renforcement des actions de communication pour un changement de comportement.

L'ensemble de ces mesures ont été adoptés en conseil des ministres donnant ainsi un fondement juridique et traduisant une volonté politique affirmée dans la riposte contre la pandémie de la COVID-19.

### 5.2.1.2 Coordination de la gestion de la pandémie de la COVID-19

La coordination de la riposte ne s'est pas déroulée sans difficultés dès la déclaration de la pandémie. En effet les résultats de la revue intra-action de la riposte sanitaire de la COVID-19 a fait ressortir les principales difficultés de la coordination qui sont déclinées en ces points :

- Mise en place tardive du comité sectoriel de gestion de la crise de la pandémie de la COVID -19 ;
- Faible coordination des interventions entre les différents acteurs de la gestion de la crise de la pandémie de la COVID -19 ;
- Insuffisance dans la mise œuvre et le suivi du plan sectoriel santé ;
- Insuffisance dans la mobilisation et la gestion des ressources financières ;
- Insuffisance dans l'organisation des ressources humaines pour la riposte.

Pour faire face à ces défis des décisions ont été prises. A ce propos on note que :

Au niveau du gouvernement, un comité national de gestion de la crise de la pandémie de la COVID-19 (CNGCP-COVID-19) a été mis en place le 4 mai 2020 sous la présidence du premier ministre et avait pour attribution de : i) élaborer le plan d'action de la riposte, ii) coordonner la mise en œuvre du plan d'action au niveau national, iii) mobiliser les ressources indispensables à la lutte contre la COVID-19, iv) donner les orientations sectorielles, v) anticiper les risques et menaces potentiels, vi) approuver les plans sectoriels, vii) définir les priorités et fixer les urgences.

Le CNGCP-COVID-19 est composé de cinq comités sectoriels dont celui de la santé placé sous la supervision du ministre en charge de la santé. Pour appuyer le comité national, un secrétariat exécutif logé à la Primature a été mis en place.

Au niveau du ministère en charge de la santé, l'activation du CORUS au niveau central a impliqué la réquisition des agents de santé pour la prise en charge des cas dans les unités de soins. L'opérationnalisation de cette activation a été traduite par la mise en place de dix groupes thématiques (coordination, communication, Equipe d'intervention rapide, laboratoire, logistique, Prévention et contrôle des infections (PCI), points d'entrée, prise en charge, recherche et sécurité) pour assurer une lutte efficace contre la maladie.

Cette organisation a été mise en œuvre tant au niveau intermédiaire que périphérique sous la coordination respective du comité régional de Gestion des Épidémies et comité provincial de Gestion des Épidémies.

Dans l'ensemble la gestion de cette pandémie durant les trois premières années a été marquée par le passage d'une gestion purement sectorielle autour du ministère en charge de la santé à une section multisectorielle avant d'amorcer la période de la dévolution durant laquelle on a observé une gestion de la pandémie à travers le système de santé de routine.

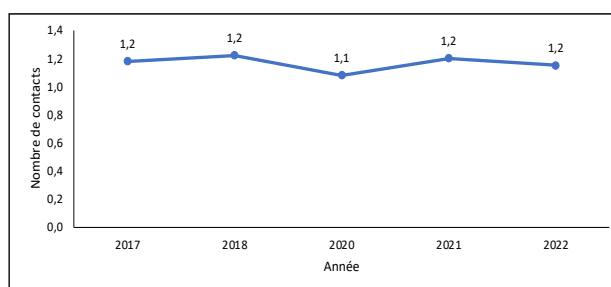
### 5.2.2 Prestations de services

Cette section s'intéresse aux indicateurs en lien avec l'utilisation des services de santé ainsi que les mesures d'adaptation développées.

#### 5.2.2.1 Utilisation des services de santé :

##### Nombre de contacts par habitant par an

La propagation de la COVID-19 s'est également traduite par une chute de la consultation externe dans les établissements par rapport aux années précédentes. Les patients ont cessé de fréquenter les établissements de santé par crainte de contracter la maladie. Par ailleurs, certains patients n'arrivaient plus à s'y rendre en raison des perturbations dans les services de transport en commun ou de confinement (Graphique 5.2).

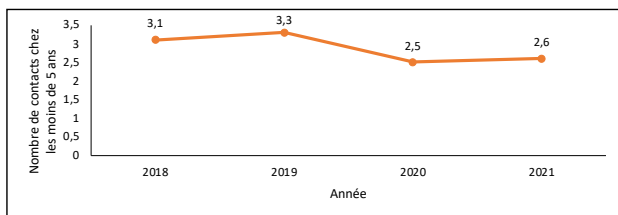


Source : MSH, annuaire statistique 2017-2022

Graphique 5.2 : Evolution de nombre de contacts par habitant par an de 2017 à 2022

Nombre de contacts par habitant par an chez les enfants de moins de 5 ans

Cette baisse du nombre de nouveaux contacts a également été constatée chez les enfants de moins de 5 ans en 2020 (Graphique 5.3).

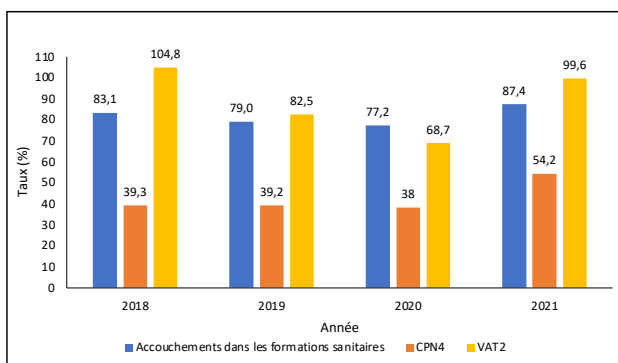


Source : MSHP Annuaire statistique 2018-2021

Graphique 5.3 : Evolution du nombre de nouveaux contacts par habitant par an chez les enfants de moins de 5 ans de 2018 à 2021

### Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, couverture en CPN4, et couverture vaccinale VAT2 chez les femmes enceintes

Certains indicateurs de santé maternelle ont été fortement impactés au cours de l'année 2020 au moment où la maladie avait mobilisé plusieurs acteurs du système de santé. On constate donc que certains indicateurs clés de routine comme le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié, la couverture en CPN4, et la couverture vaccinale de la deuxième dose de vaccin contre le tétanos (VAT2) chez les femmes enceintes ont connu une baisse au cours de 2020 pour se relancer à partir de 2021 (Graphique 5.4).

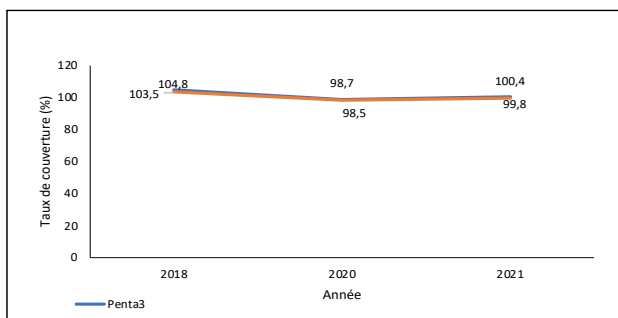


Source : MSHP Annuaire statistique 2021

Graphique 5.4 : Evolution des taux d'accouchement assisté, de couverture en CPN4 et VAT2 de 2018 à 2021

### Taux couverture vaccinale en Penta 3 et RRI

Le graphique montre qu'une légère baisse de la couverture vaccinale en Penta 3 a été observé au cours de l'année 2020 (Graphique 5.5).



Source : MSHP, annuaire statistique 2021

Graphique 5.5 : Evolution du taux de couverture en Penta 3 et RRI

Au regard de ces nombreuses difficultés, le système de santé pour s'adapter a développé plusieurs mesures.

#### 5.2.2.2 Mesures d'adaptation développées

Les mesures d'adaptation développées ont concerné les domaines suivants :

##### Surveillance

- L'élaboration des procédures et directives dans les différents domaines de la surveillance (suivi contact, annonce de résultats, PEC, gestion de données) ;
- L'élaboration et diffusion des directives sanitaires pour la gestion des voyageurs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 ;
- Les rencontres pour le partage d'informations et l'harmonisation des outils de travail ;
- L'élaboration d'outils de collecte des données ;
- L'élaboration et diffusion de circulaires, de directives, de guides de prise en charge avec la contribution des sociétés savantes et sur la continuité des services ;
- La mise en place de centre d'appel ;
- Au début les données sanitaires étaient gérées sur des fichiers Excel mais très vite une plateforme EnDoS-BF a été développée pour intégrer les données utiles à partir du troisième trimestre de 2020.

##### Prise en charge des cas

- Le transfert de la gestion de la COVID-19 au système de santé de routine ;
- Le renforcement du plateau technique des CHR/CHU (lits de réanimation, respirateurs, extracteurs d'oxygène...);
- La dotation en intrant de prise en charge de la COVID-19 ;
- La gratuité de la prise en charge des cas de COVID-19 ;
- La prise en charge à domicile ;
- La réquisition du CHU Tengandogo et la mise à disposition de la clinique Princesse Sarah et d'autres structures d'accueil ;
- La réquisition du personnel soignant aux premières heures de l'épidémie et engagement des volontaires ;
- La mise en place d'un protocole thérapeutique basé sur Hydroxychloroquine + Azithromycine ou Chloroquine + Azithromycine pour le traitement de la COVID-19 au Burkina Faso.



## Vaccination

- La mise en œuvre de plusieurs campagnes de vaccination contre la COVID-19 à partir du 02 juin 2021.
- L'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans la routine.

## Laboratoire

- La décentralisation du diagnostic par TDR et RT-PCR de la COVID-19 ;
- L'élaboration d'un plan d'approvisionnement en équipements et intrants de laboratoire ;
- L'élaboration d'une procédure de gestion des échantillons ;
- Le renforcement des capacités techniques du personnel des laboratoires.

## Communication sur le risque et engagement communautaire.

Un plan de communication sur le risque et engagement communautaire a été mis en œuvre. A la suite, plusieurs plateformes ont été développées pour apporter au grand public un certain nombre de connaissances et d'informations sur les différentes mesures de prévention de la COVID-19. On peut citer entre autres :

- COVIDINFO [https://www.facebook.com/Infosocovid19/?\\_rdc=1&\\_rdr](https://www.facebook.com/Infosocovid19/?_rdc=1&_rdr)
- Facebook spécial info COVID-19 [https://www.facebook.com/Infosocovid19/?\\_rdc=1&\\_rdr](https://www.facebook.com/Infosocovid19/?_rdc=1&_rdr) ;
- Catalogue COVID-19 <https://catalogues.ms.sante.gov.bf/course/index.php?categoryid=246> ;
- Centre d'appel numéro vert 35 35.

### 5.2.3 Ressources humaines

Plusieurs éléments ont complexifié l'utilisation des ressources humaines : absence de formations, insuffisance d'équipement de protection individuelle, absence des agents atteints par la COVID-19, mises en quarantaine, autres motifs d'absence, etc.

Pour faire face à ces difficultés les mesures suivantes ont été développées :

#### 5.2.3.1 Mobilisation des ressources humaines

- La réquisition du personnel au profit de la structure de riposte mise en place par le CORUS ;

- La mobilisation des volontaires grâce à l'accompagnement des partenaires pour assurer le suivi des contacts. Aussi, quinze mille (15 000) volontaires recrutés formés et mobilisés par le Programme National de Volontariat au Burkina Faso (GIP-PNVB) pour animer les activités de sensibilisation dans les marchés ;
- La mise à disposition des consultants par les partenaires techniques et financiers dans les régions.

Ces ressources humaines mobilisées ont bénéficié d'une motivation financière pendant un an pour renforcer leur engagement.

#### 5.2.3.2 Formation

- La formation des agents de santé communautaire dans tout le pays afin de participer à la surveillance basée sur les événements ;
- La formation de 9 000 agents du secteur public et privé sur les directives de prise en charge de la COVID-19 dans les 13 régions du Burkina-Faso ;
- La mise en place des équipes d'intervention rapide dans tous les districts sanitaires et dans les hôpitaux. Ces acteurs ont bénéficié d'un renforcement de capacités pour mener les investigations et les autres activités de terrain comme le suivi des contacts et la sensibilisation.

## 5.2.4 Financement de la santé

### 5.2.4.1 Mobilisation des ressources financières

Face à la pandémie de la COVID-19, le ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) a élaboré un plan de riposte budgétisé à 157 milliards de francs CFA. Cela a permis de lancer une mobilisation des ressources en vue de mitiger la pandémie. Dans ce contexte de crise sur le plan économique, avec un budget alloué à la santé déjà insuffisant, le financement d'un tel plan s'avérait être difficilement soutenable par le budget de l'Etat. Le gouvernement a lancé un appel à la solidarité nationale et internationale afin de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan de riposte contre la COVID-19. Cet appel à la solidarité a permis la mobilisation de ressources à travers des dons et autres soutiens multiformes, en nature, en espèces de la part de plusieurs organisations telles que des institutions gouvernementales, des initiatives privées, des populations elles-mêmes, des structures associatives ou des partenaires techniques et financiers. Par exemple, l'Assemblée nationale a lancé le

« coronathon » en avril 2020, une initiative citoyenne visant à permettre à tous les citoyens de participer financièrement à la lutte contre la COVID-19.

A la date du 21 Octobre 2022, près de 95 milliards de F CFA soit environ 60% du coût du plan de riposte de la COVID-19 ont été mobilisées. Ces ressources financières et matérielles étaient enregistrées aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique. Le tableau ci-dessous montre le coût des différents domaines du plan de riposte ainsi que le taux de mobilisation, de décaissement et

d'absorption des ressources financières (les ressources matérielles ne sont pas comprises). Dans le domaine de la communication un fort taux de mobilisation (855%) a été constaté. Cela signifie un montant total engagé très élevé par rapport aux coûts prévus pour ce domaine. Aussi, on observe un taux d'absorption total assez moyen (56%) même si certains domaines comme la prévention et le contrôle de l'infection (PCI) ont un taux d'absorption élevé (153%). Cela se traduit par le fait que les dépenses en PCI sont supérieures aux engagements de l'Etat.

**Tableau 5.1 : Coût, taux de mobilisation, de décaissement et d'absorption des ressources financières par domaine du plan de riposte**

Domaine	Coût	Ressources financières		
		Taux de mobilisation (Engagements/ Coûts)	Taux de Décaissement (Décaissement/ Engagements)	Taux d'absorption (Dépenses/ Décaissements)
Communication/Sensibilisation	250,768,000	855%	44%	69%
Coordination	1,315,653,000	162%	28%	71%
PCI	24,163,648,000	82%	60%	153%
Logistique	51,046,550,247	77%	40%	36%
Laboratoire	11,249,477,759	48%	97%	5%
Prise en charge des cas	55,676,822,906	28%	87%	27%
Surveillance	11,129,606,538	24%	58%	78%
Sécurité	115,354,800	13%	100%	10%
Recherche	2,910,000,000	8%	27%	54%
Ressources Non-ciblé			71%	7%
<b>Total</b>	<b>157,857,881,250</b>	<b>60%</b>	<b>58%</b>	<b>56%</b>

Source : Comité sectoriel santé (CSS), Octobre 2022.

#### 5.2.4.2 Gestion et utilisation des ressources mobilisées

La gestion de l'ensemble des ressources collectées était assurée par la commission « mobilisation des ressources, finance et budget ». Pour une meilleure gestion de ces fonds, trois comptes ont été créés : un compte "riposte COVID-19", et un compte "PEC équipe COVID-19" ouverts au trésor public, et un autre compte BCEAO "COVID-19 Burkina Faso" qui était celui des partenaires.

Dans le souci d'une meilleure allocation des ressources mobilisées et une meilleure transparence dans la gestion de celles-ci, le MSHP a mis en place avec l'aide de certains PTF une cartographie dynamique des ressources mobilisées pour la lutte contre la COVID-19. C'est un outil d'aide à la prise de décision qui permet grâce à un tableau de bord de suivi des ressources collectées sur l'ensemble

du pays, de disposer d'informations en temps réel sur la répartition des ressources financières ou matérielles au niveau national.

En somme, le Burkina Faso a fait preuve de résilience dans ses capacités d'adaptation et de transformation dans le domaine du financement de la santé lors de la pandémie à COVID-19 malgré un contexte de crise sécuritaire et humanitaire. Cependant, il demeure des leçons à tirer pour un meilleur financement du système de santé en cas de crise sanitaire future comme celle de la COVID-19. La mobilisation des ressources domestiques reste un enjeu majeur du financement de la santé surtout dans un contexte de pandémie.

### 5.2.5 Système d'approvisionnement en produits de santé

La pandémie à COVID-19 a entraîné des perturbations importantes dans le système d'approvisionnement en produits de santé au Burkina Faso. Plusieurs ruptures de stocks de certains produits pharmaceutiques en lien avec la lutte contre la maladie à coronavirus, ont été observées. L'augmentation soudaine de leur consommation et la réduction des flux d'approvisionnement avec le ralentissement ou parfois l'arrêt de certaines usines de fabrication au niveau international, en sont les principales causes. Les produits de santé concernés étaient non seulement les équipements de protection individuelle (EPI), comme les masques de protection, les gants, les gels hydro alcooliques, mais aussi les médicaments et les consommables, les dispositifs médicaux spécifiques notamment de réanimation dont les respirateurs.

Pour faire face aux ruptures des médicaments et consommables nécessaires pour la riposte, et ceux en lien avec d'autres services de santé, des mesures ont été prises, parmi lesquelles :

- la quantification des besoins en approvisionnement d'intrants pharmaceutiques dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 ;
- les mesures de facilitation pour les importations des produits de santé ;
- la production locale des produits comme les solutions désinfectantes, ou l'hydroxychloroquine entrant respectivement dans la prévention et le traitement de la COVID-19 ;
- les mesures d'adaptation de la chaîne d'approvisionnement par l'élaboration d'un manuel de procédure de la gestion des intrants COVID depuis leur acquisition et réception jusqu'à leur distribution.

### 5.2.6 Système d'information sur la santé/Recherche en santé

#### 5.2.6.1 Système d'information sanitaire

Avec l'activation du CORUS, les données sur la COVID-19 étaient centralisées au niveau de la structure du Système de Gestion des Incidents (SGI). Ces données sont utilisées pour produire le rapport de situation (SitRep) national et le communiqué du gouvernement. Cette situation était régulièrement produite et partagée aux différentes parties prenantes de la riposte et également publiée dans les sites officiels du ministère de la santé. Cependant, le système d'alerte précoce a continué la collecte de ces données centralisées au niveau de la Direction de protection de la santé de la population. Ces deux circuits de transmission

de données ont occasionné une discordance des données dans les rapports officiels, notamment le bulletin épidémiologique et le SitRep.

Avec la dévolution, les données étaient également intégrées au TLOH et transmises quotidiennement à travers le système de routine.

La collecte des données a suivi le processus ci-dessous :

- la collecte des données dans les sites de prise en charge ;
- la collecte des données lors des investigations par les équipes d'intervention rapide ;
- la collecte des données lors de la gestion des alertes, du suivi des contacts, de surveillance basée sur les événements, de la surveillance des points d'entrée aux frontières, de la gestion des confinements, de la gestion des stocks, des ressources financières, de la gestion des déchets biomédicaux, d'analyses/examens de laboratoire ainsi que la communication des risques et engagements communautaires.

Certaines données de la riposte ont été collectées dans la routine à l'aide des outils (fiches, cahiers, registres, rapports) et par renseignement du EnDoS-BF patient tracker. Par ailleurs, des sessions de validation ont été réalisées.

#### 5.2.6.2 Recherche

Dès le début de la pandémie au Burkina Faso, le ministère de la santé a mis en place une unité de réflexion, d'analyse et de recherche pour l'orientation technique de certaines décisions.

Sous la direction de l'Institut National de Santé Publique, les centres de recherche et les universités se sont mobilisés autour des thématiques en lien avec la COVID-19. Ces thématiques ont été développées pour mieux connaître la maladie afin de la contrôler à travers les mesures de prévention et une prise en charge efficace. Ces thématiques ont couvert les aspects suivants :

- La dynamique de la propagation de la pandémie avec des modélisations mathématiques ;
- La séroprévalence en population générale ou au sein de populations spécifiques ;
- La recherche sur le traitement et la vaccination contre la COVID-19 ;
- Des recherches sur les caractéristiques des variantes du virus SARS-CoV-2 ;
- Des recherches sur le comportement des populations face aux mesures de lutte contre la COVID-19.

# Conclusion

La population burkinabè a amorcé sa transition démographique et sanitaire, caractérisée par la baisse de la prévalence des maladies transmissibles et la hausse des maladies non transmissibles tels que les cancers. Cette transition démographique et sanitaire engendre des besoins de santé sans cesse croissants à tous les âges. Pour faire face à ces besoins, le pays met en œuvre plusieurs interventions dans le secteur de la santé.

L'édition 2022 du rapport de l'état de santé de la population fait en effet l'écho de l'impact de ces interventions, des défis du vieillissement de la population et de la résilience du système de santé face à la COVID-19.

Malgré les avancées encourageantes, plusieurs défis existent en matière de consolidation des impacts des interventions en santé, de prise en charge et de conditions

en milieu de soins, de vieillissement de la population, de maladies non transmissibles et constituent de ce fait des axes d'intervention pour prévenir certains problèmes de santé ou en atténuer leurs conséquences.

Avec l'évolution croissante des consultations pour tumeur et la réceptivité de plus en plus des populations pour le dépistage des lésions précancéreuses en formation sanitaire, la mise en place d'un registre national du cancer, devrait permettre au système de santé de fournir des informations précises sur l'incidence et les causes de certains cancers et, aider à évaluer l'impact des activités de lutte contre cette maladie.

Le nombre de personnes de 60 ans et plus étant en augmentation continue, le Ministère en charge de la santé devrait accélérer la mise en œuvre des interventions de santé concertées en faveur des personnes âgées.

# Références bibliographiques

1. Ministère de la santé. Plan de préparation et de riposte à l'épidémie de covid-19 au Burkina Faso révisé. Mars 2020.
2. Ministère de la santé. Carte dynamique. <https://cartographie-projets.sante.gov.bf/budget> (consulté le 03 Août 2023).
3. Yameogo S.P, Sory O, Kafando Y et al. La cartographie dynamique : un outil innovant pour une gestion transparente et équitable des ressources mobilisées pour la lutte contre la COVID-19 au Burkina Faso. Avril 2021.

<https://sparc.africa/2021/04/la-cartographie-dynamique-un-outil-innovant-pour-une-gestion-transparente-et-equitable-des-ressources-mobilisees-pour-la-lutte-contre-la-covid-19-au-burkina-faso/> (Consulte le 01 Août 2023).

# Décrets

Au nombre des décrets on note :

1. Décret N°2020-0239/PRES du 30 mars 2020 sur l'institution d'un état d'alerte sanitaire sur l'ensemble du territoire national à compter du 27 mars 2020 ;
2. Décret N°2020-0668 PM-MDNAC-MATDC-MSECU-MS Portant réouverture des frontières aériennes
3. Décret n°2020-0615 PRES PM MINEFID MS portant allègement des conditions de recours à la procédure d'entente directe pour la passation...
4. Décret N°2020-0393 PRES Portant levée du couvre-feu
5. Décret n°2020-0330 PRES PM MS MSECU instituant le port obligatoire du masque ou de cache-nez sur toute l'étendue du territoire national
6. Décret n°2020-0326 PRES MATDC MINEFID MS MFSNFAH portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement du CNG
7. Décret n°2020-0325 PRES portant suspension de la mise en quarantaine des villes ayant au moins un cas positif de COVID19
8. Décret n°2020-0306 PRES portant en quarantaine des villes ayant au moins un cas positif de COVID19
9. Décret n°2020-0271 portant restriction temporaire des libertés au titre des mesures spéciales de réduction de la propagation du COVID19
10. Décret N° 2020-0326\_001 PM MATD MINEFID MS MFSNFAN Portant création, attributions, composition, du comité national de gestion de la crise de la maladie à coronavirus du 5 mai 2020



## Arrêtés

1. Arrêté n°2020-022 PM CAB portant fixation de conditions de sortie et d'entrée dans les villes mises en quarantaine
2. Arrêté n°2020-022 PM CAB portant fixation de conditions de sortie et d'entrée dans les villes mises en quarantaine
3. Arrêté n°2020-022 PM CAB portant fixation de conditions de sortie et d'entrée dans les villes mises en quarantaine
4. Arrêté n°2020-022 PM CAB portant fixation de conditions de sortie et d'entrée dans les villes mises en quarantaine
5. Arrêté n°2020-018 PM MS MINEFID MATDC MRAH MEEVCC portant création, attributions, organisation composition et fonctionnement du CNG du COVID19
6. Arrêté conjoint n°2020-0628 MINEFID MS portant tarification et modalités de répartition des recettes des prestataires liées à....pdf
7. Arrêté n°2020-277 portant adoption des directives sanitaires pour la gestion des voyageurs dans le contexte du COVID19
8. Arrêté n°2020-0260 MINEFID portant mise en place d'une unité de gestion financière et comptable des ressources du COVID19
9. Arrêté n°2020-0166 portant condition de reprise des activités
10. Arrêté n°2020-119 MS CAB portant adoption du protocole national de prise en charge des cas confirmés de COVID19
11. Arrêté N°2020-119 MS CAB Portant adoption du protocole national de prise en charge des cas confirmés de Covid19 intégrant l'hydroxychloroquine et ou la chloroquine phosphate
12. Arrêté n°2020-100 portant réouverture à titre exceptionnel du marché de Rood-Woko
13. Arrêté n°2020-044 PM CAB portant liste des biens et services éligibles dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID19
14. Arrêté n°2020-024 PM CAB portant Composition et fonctionnement du Secrétariat exécutif du CNGC-COVID-19
15. Arrêté n°2020-022 PM CAB portant fixation de conditions de sortie et d'entrée dans les villes mises en quarantaine
16. Arrêté n°2020-020 portant prorogation la suspension des transports urbains et interurbains
17. Arrêté n°2020-020 PM CAB portant réquisition du CHU de Tengandogo
18. Arrêté n°2020-18 PM MS MINEFID MATDC MRAH MEEVCC portant création, attributions, organisation composition et fonctionnement du CNG du COVID19
19. Arrêté communal N°2020-101 CO-M-DAJC Portant prorogation de la fermeture temporaire des marchés dans la commune de Ouagadougou
20. Arrêté n°2020 -024 /PM/CAB du 05 mai 2020 portant Composition et Fonctionnement du Secrétariat Exécutif du Comité National de Gestion de la Crise de la Pandémie du COVID-19.



