



Ministère de la Santé

# RAPPORT

ÉVALUATION DES OBSTACLES LIES AUX  
**DROITS HUMAINS ET AU GENRE** DANS LA  
LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU  
BURKINA FASO

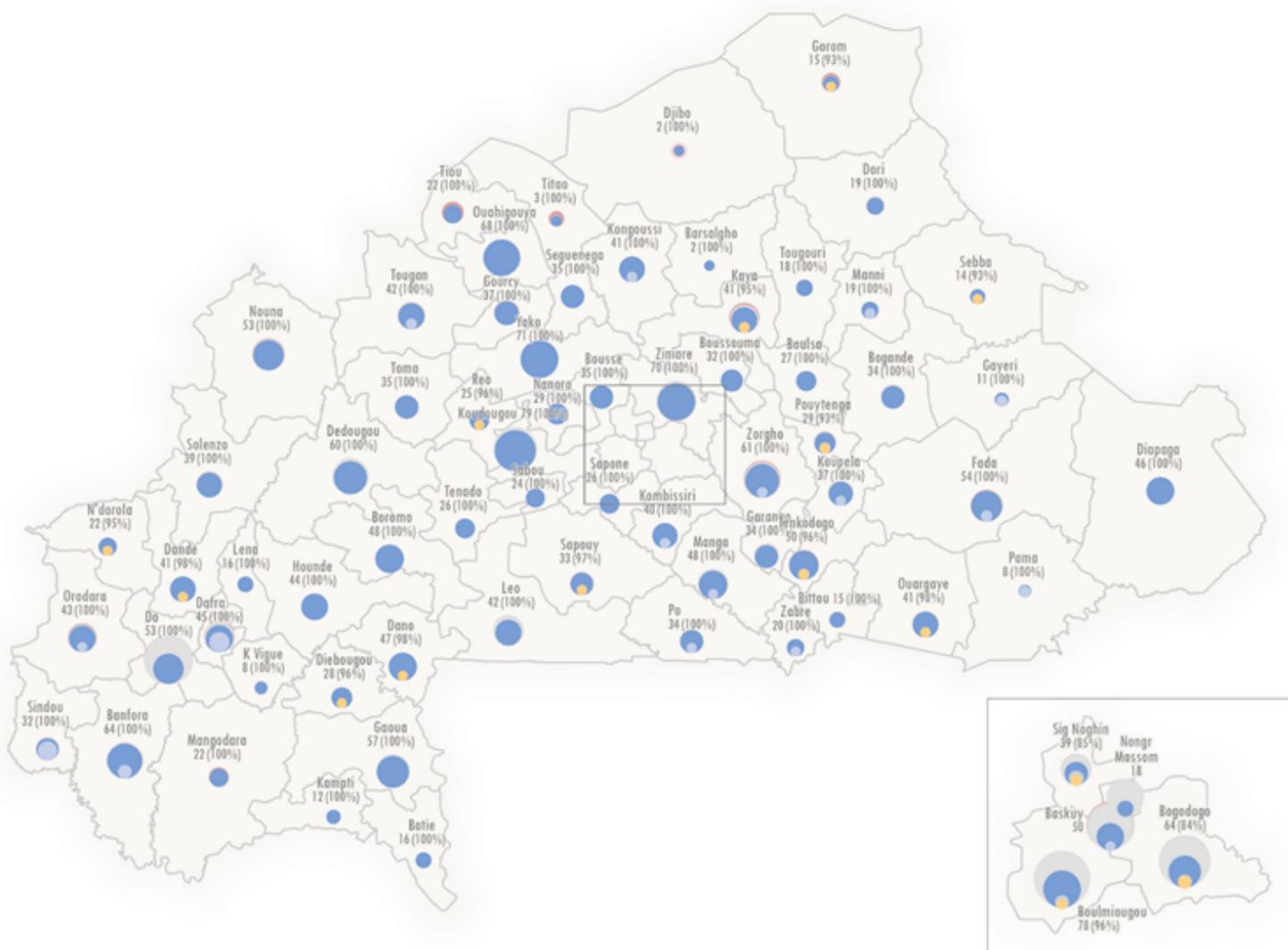
Novembre 2024



**OCASS**  
OBSERVATOIRE CITOYEN SUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

**Stop TB Partnership**

# Cartographie de la Disponibilité du service de tuberculose par district (HeRAMS)



<b>MATIERES</b>	<b>PAGES</b>
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ACRONYMES	4
RESUME	6
I INTRODUCTION	9
II BUT DE L'ETUDE	10
III OBJECTIFS	10
3.1. Objectif général	10
3.2. Objectifs spécifiques	10
IV METHODOLOGIE	11
4.1. Question de recherche	11
4.2. Etat des lieux sur les obstacles	12
4.3. Considérations éthiques	14
4.4. Limites de l'évaluation	14
V. LE CADRE DE L'ETUDE	15
5.1. Organisation du système de santé	16
VI. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO	19
6.1. L'incidence au Burkina Faso	19
6.2. Répartition des cas estimés par âge et par sexe	19
6.3. Répartition géographique	19
6.4. Répartition selon la localisation anatomique	20
6.5. Coïnfection tuberculose/VIH	20
6.6. Réponses clés à l'épidémie de la tuberculose : le traitement	21
6.7. Mortalité liée à la tuberculose	22
6.8. Fardeau de la tuberculose	22
6.9. Déterminants de la tuberculose	23
VII. LES DISPOSITIONS JURIDIQUES ET ENVIRONNEMENTALES EN LIEN AVEC L'ACCES AUX SOINS	25
7.1. Au niveau mondial et de la région africaine	25
7.2. Au Burkina Faso	27
7.3. Implication communautaire dans la lutte contre la tuberculose	45
VIII. LES DONNEES QUALITATIVES DE L'ENQUETE DE TERRAIN	47
8.1. Analyse thématique des résultats	49
8.2. Conclusion : la revue documentaire et les résultats de l'étude qualitative	57
IX LES SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	55
ANNEXE	61
BIBLIOGRAPHIE	63

## REMERCIEMENTS

Malgré les différentes mesures qui ont amélioré l'accès aux soins et facilité la prise en charge des personnes affectées par la tuberculose, la tuberculose demeure un problème de santé publique et une préoccupation nationale. Aussi, le CRG est essentiel pour identifier, atténuer et surmonter les barrières qui se posent dans la réponse à la tuberculose. La présente évaluation des obstacles liés aux droits humains et au genre dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso a été guidée par le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) et le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). Cette évaluation qualitative type Communauté, Droits Humains et Genre (Community Right and Gender (CRG) en anglais) TB fait aussi suite à, d'une part, à l'adoption du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2021-2025 et son supplément 2024 -2026 où il a été constaté une insuffisance de prise en compte de certains obstacles à l'accès aux soins par les malades de la tuberculose.

Le PNT tient sincèrement à remercier le RAME et les consultants (Dr Didier R. BAKOUAN et Dr Ibrahim BASSANE) pour cet appui technique qui a permis de mener à bien cette évaluation CRG.

Nous exprimons également notre profonde gratitude à Stop TB Partnership pour leur soutien financier crucial. Leur appui a été déterminant pour la réalisation de cette évaluation, permettant de mobiliser les ressources nécessaires pour identifier et surmonter les obstacles liés aux droits humains et au genre dans la lutte contre la tuberculose.

Les résultats obtenus et les recommandations issues de cette évaluation guideront nos efforts pour améliorer la couverture sanitaire universelle (d'ici à 2030), en intégrant des solutions adaptées aux obstacles juridiques, liés au genre, à la stigmatisation, et aux droits humains.

**Dr Adjima COMBARY,**  
*Coordonnateur du PNT*

Sigles	Définition
ANIMAG	Association des Malades Guéris
ARV	Anti Retro Viral
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
BF	Burkina Faso
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux
CCM	Country Cordinating Mechanism
CDPH	Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose
CERS	Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHU-SS	Centre Hospitalier Universitaire - Sourou Sanou
CHU-YO	Centre Hospitalier Universitaire - Yalgado Ouédraogo
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNLAT	Centre National de Lutte Anti Tuberculeuse
CONISOC	Coalition Nigérienne des ONG et Associations de lutte contre la Tuberculose
CORAB	Coalition des réseaux et associations burkinabè de lutte contre le VIH/sida et de la promotion de la santé
CORUS	Centre des Opérations de Réponse aux Urgences Sanitaires
CRG	Community Right and Gender
CRLAT	Centre Régional de Lutte Anti Tuberculeuse
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTLT	Comité Technique de Lutte contre la Tuberculose
DCRP/MS	Direction de la communication et des relations presse/ Ministère de la santé
DMTA	Direction de la médecine traditionnelle et alternative
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DGESS	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
DPES	Direction de Promotion de l'Education pour la Santé
DPSP	Direction de la Protection de la Santé de la Population
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSPS	Direction du secteur privé de santé
DSSE	Direction des statistiques sectorielles et de l'évaluation
ECD	Equipe Cadre de District
EMC	Enquête multisectorielle Continue
FM	Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Sida
HP+	Health Project Plus
INSD	Institut National des Statistiques et de la Démographie
IPC/BF	Initiative Privée et Communautaire pour la santé et la riposte au VIH/Sida au Burkina Faso
IRN	Imagerie par Résonance Magnétique
LNR-M	Laboratoire national de référence des mycobactéries
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MACO	Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou
MS/MEF	Ministère de la santé/Ministère de l'Economie et des Finances
MSH	Management Sciences for Health

Sigles	Définition
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCASS	Observatoire Citoyen de l'Accès aux Services de Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONEN	Organisation Nigérienne Des Educateurs Novateurs
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
OSC	Organisation de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PA-SD	Plan d'Action pour la Stabilisation et le Développement
PDI	Personne Déplacée Interne
PDV	Perdu de vue
PNDES	Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNiN	Plate-forme Nationale d'Informations pour la Nutrition
PNS	Politique Nationale de Santé
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAME	Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels
REACT	Recherche Active des Cas de Tuberculose
REFELA	Réseau des Femmes Elues Locales d'Afrique
SBC	Service à Base Communautaire
SIDA	Syndrome de l'Immuno- déficience Acquis
SIGI	Social Institutions and Gender Index
SLM/PGS	Service de lutte contre la maladie et de la protection des groupes spécifiques
SNG	Stratégie Nationale Genre
TB	Tuberculose
TB RR/MR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine/Multi Résistante
TB-R	TB-Résistance
TDO	Traitement Direct par Observance
TIC	Technologies de l'information et de la Communication
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immuno- déficience Humaine
ZADS	Zone à Défi Sécuritaire

## RESUME EXECUTIF

### Introduction et contexte

La tuberculose (TB), maladie infectieuse curable mais hautement contagieuse, reste une priorité de santé publique mondiale et nationale. En 2023, l'OMS estime 10,8 millions de cas dans le monde. Au Burkina Faso, l'incidence est de 44 cas pour 100 000 habitants, affectant principalement la tranche active de 15 à 49 ans. Les conflits armés et déplacements massifs de populations fragilisent davantage les acquis de lutte, exacerbant les barrières à l'accès aux soins et augmentant les violations des droits humains.

La réponse communautaire, soutenue par des initiatives tel que le projet STOP TB, intègre de nouvelles approches axées sur les communautés, les droits humains et le genre pour adresser les défis persistants, notamment la stigmatisation et la discrimination des patients TB.

L'objectif général de l'évaluation CRG est de faire un état des lieux de la lutte contre la TB au Burkina Faso afin d'identifier les facteurs structurels et individuels qui entravent ou favorisent l'accès et le maintien dans les soins. De manière spécifique, il s'est agi de : i) Examiner le cadre politique et juridique de la réponse à la tuberculose au Burkina Faso pour identifier les facteurs qui entravent l'accès aux soins de la tuberculose ; ii) Identifier les types d'obstacles ou de violations ainsi que les défis liés aux droits humains et au genre dans le processus de soins de la TB ; iii) Identifier les groupes les plus affectés aux violations des droits humains et au genre dans la prise en charge de la TB ; iv) Identifier des stratégies de résilience et des adaptations communautaires pour la continuité des soins dans les zones à forts défis sécuritaires dans le respect des droits des patients ; v) Formuler des recommandations sous forme de plan d'action pour la prise en compte des questions des droits humains et du genre dans la riposte contre la TB au Burkina Faso.

### Méthodologie de l'étude

L'évaluation qualitative CRG s'est appuyée sur :

- Une revue documentaire à travers une analyse des textes juridiques, études épidémiologiques, et plans stratégiques nationaux.
- Une collecte d'informations qualitatives par le biais d'une part d'entretiens individuels et d'autre à travers des groupes de discussion dirigée. Cette collecte a été faite dans trois régions sanitaires que sont : le Centre, le Plateau Central et le Centre-Ouest. Les informations ont été collectées auprès de patients de la tuberculose, de professionnels de santé, d'accompagnants de patients et de membres de structures communautaires (ASBC/AC et association de lutte contre la tuberculose).
- Une Analyse croisée des données en vue d'identification les obstacles structurels et individuels aux soins et de formuler des recommandations pour un plan d'action axé sur les droits et le genre.

Les différents entretiens ont permis d'explorer cinq domaines clés : accès aux soins, environnement juridique, genre, populations clés et stigmatisation.

### Principaux résultats

#### *1. La riposte à l'infection tuberculeuse*

- Incidence en baisse de 70 à 44 pour 100 000h entre 2000 et 2022, avec un taux mis sous traitement de 82,2 % en 2023, cependant encore loin de l'objectif de 90 %.

Les régions du Sahel et du Sud-Ouest sont particulièrement touchées, en raison de la malnutrition et des flux migratoires.

- **Cas de la tuberculose pharmaco-sensible** : Le taux de succès au traitement chez les nouveaux cas et les rechutes est en hausse de 0,9 point de pourcentage passant de 81,3% en 2022 à 82,2% en 2023.

Les résultats de traitement ont été négativement impactés par les décès (6,6%) et les perdus de vue (6%). Le taux de décès, même s'il présente une tendance à la diminution reste toujours élevée.

- **Cas coinfectés tuberculose / VIH** : Le succès thérapeutique des cas de co-infection tuberculose-VIH était de 77,1% contre 75,5% en 2021. Il reste cependant en deçà de la norme de 90%.
- **Cas de la tuberculose pharmaco-résistante** : La mise sous traitement de la tuberculose pharmaco-résistante a connu une amélioration au fil des années. En 2023, sur les 126 cas de TB-MR/RR notifiés seulement 112 ont démarré le traitement de 2ème ligne, soit une proportion de 88,9%.

Les cas de coinfections TB-VIH et de tuberculose pharmaco-résistante restent des défis majeurs.

**2. Obstacles à l'accès aux soins.** Il s'est agi de souvent :

- de barrières géographiques, infrastructurelles (cas de personnes vivant avec un handicap) et financières. Le Burkina dispose de seulement 110 Centres de Diagnostic et de Traitement
  - d'insuffisance de ressources humaines qualifiées et inégalement réparties.
  - Coûts indirects du traitement (transport, examens complémentaires) engendrant de dépenses catastrophiques.

### **3. Stigmatisation et discrimination**

Stigmatisation persistante, y compris dans les structures de santé. Certains patients rapportent des comportements stigmatisants dans les centres de santé, notamment un manque de confidentialité.

En termes d'impact social, l'auto-stigmatisation pousse certains patients à cacher leur statut, retardant ainsi les traitements.

### **4. Impact du genre et des droits humains**

- Les normes patriarcales exacerbent les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les femmes. Elles sont sous-représentées parmi les patients diagnostiqués en raison des normes sociales, elles sont également plus vulnérables à la stigmatisation
  - Les populations clés (détenus, PVVIH, mineurs) subissent des discriminations spécifiques. En effet, les détenus, les PDI et PVVIH tuberculeux font face à des conditions particulièrement difficiles. Par exemple, à la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO), la promiscuité favorise la propagation de la TB, avec des taux élevés de récurrence.

### **5. Initiatives communautaires**

- Les agents de santé à base communautaire (ASBC) jouent un rôle clé, mais leur couverture reste incomplète, surtout dans les zones rurales et les hameaux de culture. Les organisations communautaires contribuent à sensibiliser et dépister, mais leur impact reste limité (3 % des cas dépistés par les ASBC en 2022).

La non maîtrise des ressources financières pour l'accompagnement des acteurs communautaires impacte négativement sur les effets de l'action communautaire auprès des malades

### **Recommandations clés**

Pour renforcer l'efficacité de la lutte contre la TB :

## **1. Renforcement du cadre légal**

Adopter de lois spécifiques pour protéger les droits des patients TB et doter le PNT d'une ligne budgétaire conséquente.

## **2. Amélioration des services de santé**

- Décentraliser au maximum l'offre de soins et de traitements y compris dans les régions difficiles d'accès.

- Former davantage de professionnels de santé et d'agents communautaires pour la lutte contre la tuberculose.

## **3. Soutien communautaire**

- Mobiliser en permanence les organisations à base communautaire (OBC) pour combler les lacunes d'accès.

- intensifier la sensibilisation pour réduire la stigmatisation.

## **4. Approche sexo-spécifique**

Intégrer systématiquement et à tous les niveaux des considérations de genre dans les programmes TB.

## **5. Accroissement des ressources financières**

Mobiliser des fonds (endogène en priorité) pour un soutien permanent aux OSC et aux animateurs communautaires et couvrir les zones à défis sécuritaires.

## **Conclusion**

L'évaluation CRG met en lumière des défis structurels et conjoncturels entravant l'accès et la qualité des soins pour la tuberculose au Burkina Faso. Un engagement renforcé, basé sur les droits humains et une approche communautaire, est essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé.

## I. INTRODUCTION

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse, contagieuse, curable due au *Mycobacterium tuberculosis*, dénommée bacille de Koch. C'est une maladie connue depuis des milliers d'années. La transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Malgré l'avènement des nouvelles mesures thérapeutiques efficaces, l'épidémie mondiale a gagné du terrain<sup>1</sup>.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la tuberculose constitue une menace pour la santé publique avec environ 10,8 millions de personnes atteintes en 2023 dans le monde<sup>2</sup>. Le Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose du Partenariat Halte à la tuberculose et la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS relient les cibles aux objectifs de développement durable (ODD). Il vise la réduction du nombre de décès dus à la tuberculose de 95% d'ici à 2035 et la réduction des nouveaux cas de 90% entre 2015 et 2035 en mettant l'accent sur la prise en compte des populations clés et vulnérables<sup>3</sup>

Au Burkina Faso, la tuberculose est classée parmi les problèmes prioritaires de santé publique. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15 à 49 ans, c'est-à-dire la population la plus active et productive du pays. Selon le rapport 2023 de l'OMS, l'incidence de la tuberculose estimée pour notre pays était de 44 cas pour 100 000 habitants, soit près de 9 900 cas. La dégradation du climat sécuritaire a favorisé une fragilisation des acquis liés à la lutte contre la tuberculose à travers la fermeture des formations sanitaires et le déplacement massif des populations réduisant ainsi certains dispositifs importants comme la proximité de la prise en charge et la violation des droits humains.

Plusieurs actions sont menées par le Ministère en charge de la santé et ses partenaires pour une réponse significative à cette maladie. La réponse communautaire a aussi permis d'améliorer de manière significative le dépistage et la détection des cas de tuberculose dans les zones rurales grâce à la subvention du Fonds mondial.

Cependant, les résultats de plusieurs études ont montré que les personnes atteintes de la tuberculose subissent encore de graves atteintes à leur dignité. Les situations de stigmatisation/discrimination constituent des barrières à l'accès aux services et peuvent entretenir dans une certaine mesure la problématique des cas manquants de tuberculose. C'est ainsi que la riposte mondiale à la tuberculose a subi une transformation ces dernières années. Les appels à un changement de paradigme ont inspiré une nouvelle orientation sur l'importance des communautés, des droits humains et du genre dans la réponse. Cette orientation a conduit à de nouvelles approches et à des outils innovants pour lutter contre une maladie séculaire qui touche encore des millions de personnes chaque année. Parmi ces outils, notons l'évaluation de la communauté, des droits et du genre (Community, Rights, and Gender ; CRG) du Partenariat Halte à la tuberculose. La société civile et les groupes communautaires de lutte contre la

---

<sup>1</sup> Mr Boubacar Zoumana CISSE. Analyse des stigmas sur la tuberculose chez les prestataires de soins dans les centres de santé des communes 1, 5 et 6 du District de Bamako, Université de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Année universitaire 2005/2006

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé : Rapport mondial sur la tuberculose 2024

<sup>3</sup> Plan d'action TB CRG et cadre de responsabilité du Bénin 2024 – 2026. Juillet 2022

tuberculose, en partenariat avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et d'autres, ont mené l'évaluation CRG dans 20 pays répartis dans quatre régions<sup>4</sup>.

C'est pour contribuer à l'atteinte de cet objectif que le RAME et ses partenaires à travers le projet Stop TB, financé par Stop TB PARTNERSHIP ont mené sous le leadership du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT), une étude visant à appréhender les facteurs de violation des droits des patients TB et saisir les opportunités au niveau communautaire pour un accompagnement continu de l'accès aux soins pour les populations.

L'évaluation des obstacles liés aux droits humains et au genre dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso s'est déroulée d'août 2024 à octobre 2024

L'élaboration du plan d'action CRG sera soutenue par Stop TB et par la Plateforme du RAME sous les orientations stratégiques du PNT tout au long du processus. Elle sera réalisée avec l'appui d'une équipe d'experts nationaux indépendants.

## **II. BUT DE L'ETUDE**

Le but de cette étude CRG est de produire des informations stratégiques visant l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose en prenant en compte les facteurs de violation des droits des patients TB et saisir les opportunités au niveau communautaire pour un accompagnement continu de l'accès aux soins pour les populations.

## **III. OBJECTIFS**

### **3.1. Objectif général**

L'objectif général de l'évaluation CRG est de faire un état des lieux de la lutte contre la TB au Burkina Faso afin d'identifier les facteurs structurels et individuels qui entravent ou favorisent l'accès et le maintien dans les soins

### **3.2. Objectifs spécifiques**

- Examiner le cadre politique et juridique de la réponse à la tuberculose au Burkina Faso pour identifier les facteurs qui entravent l'accès aux soins de la tuberculose ;
- Identifier les types d'obstacles ou de violations ainsi que les défis liés aux droits humains et au genre dans le processus de soins de la TB ;
- Identifier les groupes les plus affectés aux violations des droits humains et au genre dans la prise en charge de la TB ;
- Identifier des stratégies de résilience et des adaptations communautaires pour la continuité des soins dans les zones à fort défi sécuritaire dans le respect des droits des patients ;
- Formuler des recommandations sous forme de plan d'action pour la prise en compte des questions des droits humains et du genre dans la riposte contre la TB au Burkina Faso.

---

<sup>4</sup> Stop TB partnership : Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexo transformatrice : une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose

## **IV. METHODOLOGIE**

### **4.1. Questions de recherche**

Pour répondre aux objectifs visés par cette étude, la question principale d'évaluation posée est : au-delà des défis liés à la disponibilité des services, quels autres facteurs individuels et ou structurels peuvent constituer des obstacles à l'accès et au maintien des soins pour les patients de la tuberculose au Burkina Faso ?

Les questions principales couvraient cinq (5) domaines suivants : (i) L'accès aux soins (ii) l'environnement juridique, (iii) le genre, (iv) les populations clés et (v) la stigmatisation.

#### ***a. Accès aux soins***

Comment la couverture sanitaire du pays, l'organisation et l'offre de soins affectent l'accès à la prise en charge de la maladie de la tuberculose ?

Comment le coût de la prise en charge (prévention, dépistage, soins et suivi) influe sur l'utilisation des services de santé en relation avec la tuberculose ?

#### ***b. Environnement juridique***

- Comment l'environnement juridique et politique actuel influe-t-il sur l'accès aux soins de santé liée à la tuberculose, ou augmente-t-il la vulnérabilité et crée-t-il des obstacles à l'accès à ces soins ?
- Quelles interventions programmatiques fondées sur les droits, notamment le renforcement des lois, des politiques et des réglementations ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; l'amélioration de l'accès à la justice et de l'application des lois et des politiques, pourraient être réalisées pour améliorer la réponse à la tuberculose ?

#### ***c. Genre.***

- Quel est l'impact de l'identité de genre sur la dynamique sociale de la vulnérabilité à la tuberculose, l'accès aux soins et les résultats de traitement ?
- Quels changements pourraient être apportés à la mise en œuvre des programmes pour passer d'une approche ignorante des sexospécificités à une approche qui tient compte des sexospécificités et, en fin de compte, à une approche transformative ?

#### ***d. Populations clés***

- Quels sont les groupes de sous-population potentiels qui auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la tuberculose ?
- Que pensez-vous du manque de données qui empêche les programmes de lutte contre la tuberculose de faire face aux risques, aux facteurs de risques et aux obstacles à l'accès aux services auxquels les populations clés sont confrontées ?

#### ***e. Stigmatisation***

- Qu'est-ce que la stigmatisation dans le contexte de la tuberculose ?
- Où et dans quels contextes la stigmatisation liée à la tuberculose se manifeste-elle tout au long du parcours du patient tuberculeux ?

- Quels sont les groupes de sous-population qui auraient besoin d'une attention supplémentaire si l'on veut éliminer la stigmatisation liée à la tuberculose ?

C'est une évaluation qualitative qui a utilisé à une série d'outils pour faire un Etat des lieux, prenant en compte les différentes parties prenantes intervenant dans la chaîne de la lutte contre la tuberculose et aux différents niveaux du système de santé national.

#### **4.2. Etat des lieux sur les obstacles**

Une analyse situationnelle de la tuberculose au Burkina Faso a permis d'identifier les principaux obstacles liés aux droits humains et au genre dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la tuberculose.

Cet état des lieux s'est fait à travers les outils suivants :

##### *a. Une revue documentaire*

Une revue documentaire réalisée à travers une exploitation des documents de politiques, du cadre juridique national, international et le plan stratégique de lutte contre la tuberculose au niveau national. Il s'est agi plus précisément de :

Répertorier et faire de brèves analyses des différentes conventions, lois et autres textes législatifs et réglementaires en relation avec la thématique « droits humains, genre et obstacles à l'accès aux services de et soins de lutte contre la tuberculose »

Examiner les études et enquêtes existantes sur les droits, le genre et l'accès aux services de lutte contre la Tuberculose au Burkina Faso ;

Examiner les rapports de la mise en œuvre des différents plans stratégiques et opérationnels de lutte contre la tuberculose dans le pays ;

Examiner la documentation sur les données épidémiologiques relatives à la tuberculose entre autres à travers l'exploitation des rapports statistiques de la direction nationale des statistiques sanitaires, les rapports des enquêtes épidémiologiques etc. pour disposer d'informations sur la prévalence, l'incidence et autres indicateurs relatifs à tuberculose au niveau national et si possible au niveau des treize (13) régions du pays.

Une grille d'exploitation des différents documents a servi à collecter de manière organisée les données et informations pertinentes et utiles.

##### *b. Collecte des informations qualitatives*

Dans le cadre de cette étude à viser qualitative, la taille des groupes sélectionnés et les zones d'enquêtes ont été faites sur un mode raisonné prenant en compte, l'accessibilité, l'incidence de la TB, les sites OCASS et les suggestions du PNT. Ainsi ont été retenues :

Trois régions sanitaires (région du centre, la région du plateau central et la région du centre Ouest)

Dans chacune de ces régions ont été retenu un CSPS, un CDT, un CMA à travers leur responsable. Deux agents de santé à base communautaire (un homme et une femme) par région ont complété l'effectif.

Les patients au nombre de 10 par région soit au total 30 personnes (y compris des patients PDI, des personnes vivant avec un handicap, des femmes mères d'enfant atteintes de TB et une personne coinfectée TB/VIH et guérie de la tuberculose) ont été identifiés avec l'aide du responsable du CDT.

Cette collecte qualitative s'est faite à travers les entretiens individuels d'une part et les groupes de discussion dirigée (ou focus group discussion).

### **Les Entretiens individuels**

Les entretiens individuels ont été menés à l'aide de guides semi-structurés auprès des informateurs clés et personnes ressources et autres parties prenantes relativement aux questions de lutte contre la tuberculose, notamment :

Les décideurs politiques des ministères de la santé, Ministre de la Solidarité Nationale et de l'Action humanitaire, de la Réconciliation nationale, du Genre et de la Famille ;

Les professionnels de la santé du CDT et autres agents de santé impliqués dans la lutte contre la TB ;

Les gestionnaires du Programme national de contre la tuberculose ;

Les responsables d'organisations de la société civiles y compris des associations des ancien-ne-s patient -es de la tuberculose ;

Et des patient -es avec dont certains sont guéris et des agents de santé communautaires.

Les guides d'entretien semi structuré individuels ont été adaptés à chaque informateur clé ciblé, et ont intégré les questions qui concerneront entre autres les cinq domaines suivants : (i) les populations clés y compris leurs barrières d'accès aux soins (ii) l'environnement juridique y compris les violations des droits, (iii) la stigmatisation, (iv) le genre et (v) l'engagement communautaire ont été conçu, traduit en langue nationale afin de faciliter l'administration aux enquêtés. La collecte des données a duré 10 jours ouvrables

Technique de collecte et de centralisation des données

- Les assistants de collecte des données : un médecin de santé publique par région pour coordonner le travail des enquêteurs et agréger les données collectées
- Les enquêteurs (deux par région sanitaire) soit au total six ont été formés sur les techniques d'administration des outils de collecte de données en particulier en langue nationale.

### **Les Focus Group**

L'étude a impliqué dans les groupes de discussion dirigée (focus group) les responsables des services provinciaux impliqués plus ou moins directement dans la prise en charge holistique des malades de la tuberculose (des responsables ou animateurs des CDT, des agents de sécurité pénitentiaire, des personnes vivant avec un handicap, des personnes déplacées interne (PDI) et des responsables d'association de lutte contre la tuberculose)

Le guide de l'entretien dirigé a couvert les domaines suivants :

Offre de soins et qualité de la prise en charge durant le continuum de soin ;

Les différents aspects de violation des droits (respect de la confidentialité, protection des données à caractère personnel, accès non discriminatoire aux soins ... etc.) ;

Les aspects de stigmatisation ;

L'existence de stratégie endogène pour améliorer la situation.

### **L'analyse croisée des données de la revue documentaire et des entretiens.**

A la fin de la collecte des données, l'équipe a procédé au traitement et à la triangulation des données et informations issues de l'exploitation des documents et des entretiens afin : i) d'identifier les obstacles spécifiques auxquels sont confrontées les femmes et les hommes et autres populations clé dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, ii) de retenir les recommandations dont les principales serviront à élaborer un plan d'action pour la prise en compte des questions des droits humains et du genre dans la riposte contre la TB au Burkina Faso.

#### **4.3. Considérations éthiques**

Le protocole de l'étude a obtenu l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS). Une notice d'information et une fiche de consentement ont été utilisées avant chaque entretien. Une copie du consentement éclairé écrite a été remise aux participants. Pour les participants ne parlant pas français, le document a été expliqué par les enquêteurs, en langue nationale.

Les transcriptions des entretiens ne comportent pas des informations d'identification comme les noms ou la profession. Les renseignements ou informations collectés ne seront utilisés que conformément aux objectifs de la présente évaluation.

#### **4.4. Limites de l'évaluation**

L'insuffisance des ressources financières a été la principale contrainte dans cette étude suivie de la faible disponibilité des personnes ressources aussi bien au niveau de l'administration que dans la population.

### **LE CADRE ET LE CONTEXTE DE L'ETUDE**

Sur le plan administratif, le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 départements, (351 communes) et 8 824 villages. Depuis 1993, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de décentralisation accompagnée d'une déconcentration des services de l'État pour renforcer les capacités des collectivités territoriales

Sur le plan démographique, la population projetée en 2021 était de 21 500 559 habitants elle est majoritairement composée de jeunes avec 52% de moins de 18 ans. La fécondité demeure élevée et est estimée à 5,4 enfants par femme en fin de vie féconde en 2019 (INSD, 2019). En 2016, l'espérance de vie à la naissance était de 60 ans. La densité moyenne de population était estimée à 75,1% en 2019. La majorité de cette population vit en milieu rural (74%).

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Il existe des pratiques dans ces groupes ethniques qui peuvent avoir des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et

des hommes (lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés).

Depuis 2015, du fait de l'insécurité liée aux attaques terroristes, le Burkina Faso est confronté à une crise humanitaire sans précédent avec des déplacements massifs de population, détériorant davantage la situation des groupes vulnérables<sup>5</sup>.

Sur le plan économique, le Burkina Faso est un pays à faible revenu et aux ressources naturelles limitées. Son économie repose sur l'agriculture, même si les exportations aurifères progressent. Plus de 40 % de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. Au Burkina Faso, est considéré comme pauvre, toute personne active qui n'a pas 1 dollar, c'est-à-dire 500 FCFA par jour. Cependant, selon l'économiste du Faso<sup>6</sup>, Le seuil de pauvreté de 1,9\$ par personne et par jour est utilisé dans le cadre de l'évaluation de l'objectif 1 des ODD qui vise l'élimination de l'extrême pauvreté partout dans le monde d'ici à l'horizon 2030. Sur cette base, l'incidence de l'extrême pauvreté est de 32% au Burkina Faso en 2018, soit une personne pauvre sur trois. L'incidence de la pauvreté modérée est de 63%, soit le double de celle de l'extrême pauvreté. Au regard de ce niveau de l'extrême pauvreté. Il y a des grandes disparités entre le milieu urbain et le milieu rural. Selon les résultats de l'enquête multisectorielle continue, (cité par l'économiste du Faso), l'analyse selon le milieu de résidence indique que la baisse de la pauvreté est plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, l'incidence de la pauvreté est passée de 13,7% en 2014 à 10% en 2018 en milieu urbain, soit une baisse de 3,7 %. Par contre, dans le milieu rural, la baisse est de 3 points de pourcentage, car l'incidence est passée de 47,5% en 2014 à 44,6% en 2018. Le nombre de pauvres selon l'EMC 2018 est estimé à 7,3 millions de personnes, dont 93,3% en milieu rural. Ainsi, neuf pauvres sur dix vivent en milieu rural.

La situation économique du pays a une étroite corrélation avec la tuberculose qui est une maladie de la pauvreté et qui prospère dans les contextes d'inégalités. Les populations pauvres sont susceptibles d'être privées d'un accès à des services performants de lutte contre la tuberculose et à des informations sur la maladie. Le pays connaît ces dernières années une expansion considérable dans le secteur minier avec une importante exploitation artisanale. Cette situation a un impact sur l'incidence de maladies tel que la tuberculose. Rappelons que cette maladie est 33 fois plus fréquente chez les mineurs que la population générale<sup>7</sup>.

L'étude a été réalisée dans trois régions du Burkina Faso à savoir le Centre, le Centre Ouest et le Plateau Central.

### **5.1. Organisation du système de santé**

Au Burkina Faso, l'organisation du système de santé se divise en deux grands secteurs, l'administratif et l'autre technique. Chacun de ses secteurs se subdivisent en 3 niveaux :

Sur le plan administratif, les trois niveaux sont :

---

<sup>5</sup> Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

<sup>6</sup> Economiste du Faso Pauvreté au Burkina Faso : 8,4 millions de personnes touchées, mars 2022

<sup>7</sup> Extrait de Annuaire statistique du Ministère de la Santé, 2021, cité dans Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général,

Le niveau intermédiaire qui comprend les Directions régionales de la santé,

Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

Sur le plan technique, on distingue également 3 niveaux

Le premier niveau composé du premier échelon (centre de santé et de promotion sociale (CSPS, centre médical (CM) et du second échelon le centre de médical avec antenne chirurgicale (CMA) ;

Le second niveau composé des centres hospitaliers régionaux (CHR) ;

Le troisième niveau est représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Par ailleurs, le système de santé, suivant le mode de gestion, comprend les secteurs publics, privés et traditionnels. La grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) relèvent du secteur public. En ce qui concerne le sous-secteur sanitaire privé de soins, il représente 16,6% des formations sanitaires du pays localisées essentiellement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Il est composé majoritairement de structures à but lucratif (81,56%). En 2021, le nombre de structures privées de soins était de 738<sup>8</sup>. Elles assurent les activités d'offre de soins à l'instar du public. En ce qui concerne spécifiquement la tuberculose, le secteur privé en collaboration avec le PNT joue le rôle suivant : i) identification des présumés TB lors des consultations, ii) diagnostic des malades de tuberculose, iii) référence des malades tuberculeux vers un CDT (cas des structures non CDT). Toutefois, certaines structures privées confessionnelles ont des CDT. Ce processus sera renforcé par l'intégration d'autres structures sanitaires privées (conventionnées ou non) dans le dispositif de diagnostic et de traitement des patients TB.

Par rapport au sous-secteur de la médecine traditionnelle, on note que La médecine traditionnelle constitue le premier recours de certaines populations en cas de maladie. Parallèlement au système moderne de soins, ce secteur s'organise autour de la Direction de la médecine traditionnelle et alternative du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. En 2017, 33 000 tradipraticiens de santé avaient été recensés dans le pays. Ces derniers sont de plus en plus impliqués dans la lutte contre la tuberculose à travers la sensibilisation et la référence de cas présumés de tuberculose.

La médecine alternative qui regroupe toutes les autres formes (acupuncture, homéopathie, mésothérapie, phytothérapie et hypnothérapie, etc.) est également en pleine expansion. Cette opportunité peut être utilisée en faveur de la lutte contre la tuberculose (sensibilisation et référence de cas présumés de tuberculose).

Les médicaments essentiels et génériques sont fournis aux formations sanitaires (publiques et privées) par la CAMEG depuis 1994. Les formations sanitaires publiques sont tenues de s'approvisionner uniquement à la CAMEG.

---

<sup>8</sup> Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

## 1. Structure nationale de la réponse tuberculose

Le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) relève de la Direction de la protection de la santé de la population (DPSP) qui est elle-même sous la tutelle de la Direction générale de la santé et de l'hygiène publique (DGSHP). Il couvre l'ensemble du pays et s'appuie sur l'organisation du système national de santé.

Au niveau national, La coordination nationale est appuyée par un organe consultatif qui est le comité technique de lutte contre la tuberculose. Elle a pour attributions :

- Élaborer et diffuser les directives de lutte contre la tuberculose ;
- Planifier les activités de lutte contre la tuberculose ;
- Appuyer les niveaux intermédiaires et périphériques dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ;
- Établir un système de notification des cas de tuberculose ;
- Assurer l'approvisionnement et la gestion des médicaments, réactifs, consommables et équipements de laboratoire ;
- Coordonner les activités du réseau de laboratoires ;
- Promouvoir le programme et la recherche opérationnelle ;
- Assurer les liaisons administratives nécessaires au bon fonctionnement du programme ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources pour la lutte contre la tuberculose ;
- Évaluer régulièrement le programme.

Au niveau régional, la coordination est assurée par la Direction régionale de la santé à travers le Service de lutte contre la maladie et de la protection des groupes spécifiques (SLM/PGS).

Quant au niveau périphérique, l'équipe cadre du district (ECD) assure la coordination et l'organisation de la mise en œuvre des activités au niveau du district. Le Centre de diagnostic et traitement de la tuberculose (CDT) est l'entité opérationnelle de la lutte antituberculeuse. Il assure le diagnostic et la prise en charge des cas de tuberculose.

Le CSPS est l'entité qui assure l'identification des malades présumés, la collecte et la transmission des crachats, la référence, de même que le suivi des patients mis sous traitement par les CDT.

Au niveau des structures de référence de prise en charge de la tuberculose on peut citer :

- a) Le Centre régional de lutte antituberculeuse (CRLAT) de Bobo Dioulasso, le Centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT) de Ouagadougou et les services de pneumologie, de par leurs capacités d'investigation, la spécialité et la spécificité des soins, restent l'ultime recours des malades en matière de traitement et de prise en charge des complications ;
- b) Le Laboratoire national de référence des mycobactéries (LNR-M) est la structure de référence en matière de diagnostic bactériologique de la tuberculose ;
- c) Les laboratoires régionaux assurent la coordination et le contrôle de qualité des laboratoires de district.

## **b. Intervention communautaire**

Les services de santé à base communautaires (SBC) sont coordonnés par la DPES. Ainsi, les districts sanitaires mettent en œuvre un paquet intégré d'interventions à gain rapide au niveau communautaire qui contribue à la continuité et à l'accessibilité des services. Les SBC sont offerts par différents intervenants communautaires généralement sous la supervision des agents de santé, qui assurent en outre leur approvisionnement en intrants et participent à leur formation.

17 648 ASBC ont été recrutés, formés et équipés pour couvrir les 8824 villages. Ils disposent d'un paquet d'activités préventif, curatif et promotionnel y compris la lutte contre la tuberculose. Toutefois, la couverture des populations en ASBC n'est pas totale dans la mesure où les zones urbaines, périurbaines et les hameaux de cultures n'ont pas été concernés par le recrutement.

Afin de pallier à ce déficit, sur les 236 OBC ayant contracté un paquet d'activités avec le Ministère de la santé, 111 interviennent dans la lutte contre la TB et le VIH dont 6 interviennent uniquement au profit des populations clés VIH. Elles mènent des activités de prévention, de détection des cas et de soutien aux patients. Ces associations couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes. Dans le cadre du VIH, certaines OBC assurent le traitement, le suivi de certains patients et la distribution à base communautaire de certains produits de santé.

Cependant, on note une insuffisance dans la part contributive des OBC dans la lutte contre la tuberculose. En effet, en 2022, la part contributive des animateurs des OBC et des ASBC au dépistage de la TB était de 3% (220/7051, objectif de 30%).

Les OBC constituent un maillon complémentaire important qui mène des activités en soutien au système de santé. Même s'il faut déplorer la faible proportion des femmes ASBC (35%), alors que la mise en œuvre de certaines stratégies de santé requiert des ASBC de sexe féminin dans les contextes culturels actuels.

La société civile est très active et accompagne le gouvernement dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des projets et programmes. En vue d'améliorer la situation, le Ministère de la santé et de l'hygiène publique s'est doté d'une stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 et d'un référentiel d'interventions communautaires dans cette lutte, élaboré en fin 2019. Les acteurs communautaires sont un maillon dont les potentialités doivent être utilisées de façon optimale surtout dans les zones à déficit sécuritaire où ils sont toujours actifs.

## **VI. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU BURKINA FASO<sup>9</sup>**

### **6.1. L'incidence au Burkina Faso**

L'incidence de la tuberculose a diminué de façon régulière passant de 70 à 44 cas pour 100 000 habitants de 2000 à 2022. Même s'il a diminué au fil des années, il reste toujours important. La couverture de traitement était de 75%<sup>10</sup>.

### **6.2. Répartition des cas estimés par âge et sexe**

Les enfants (0-14 ans) étaient relativement moins touchés par la tuberculose ; ils représentaient 3%<sup>11</sup> des cas incidents. Contrairement à la pyramide des âges de la population, les âges avancés étaient particulièrement touchés par la tuberculose. Il y a une prédominance masculine très marquée à partir de 15 ans chez les cas estimés en 2021. Le rapport de masculinité était de 2 hommes / 1 femme.

### **6.3. Répartition géographique**

Les taux de notification les plus élevés se retrouvaient dans le Sahel, le Centre, le Sud-Ouest et les Hauts-Bassins. Les plus faibles taux de notification se retrouvaient dans l'Est et la Boucle du Mouhoun.

Le Sahel est la région la plus affectée par la tuberculose. Cela pourrait s'expliquer par la prévalence de la malnutrition. Selon la Plate-forme Nationale d'Informations pour la Nutrition (PNIN), dans les régions du Nord et du Sahel, la situation de la malnutrition aiguë reste préoccupante. Depuis 2014, le niveau de prévalence de la malnutrition aiguë demeure au-dessus du seuil critique ( $\geq 10\%$ ) de l'OMS dans la région du Sahel alors qu'il oscille autour de ce seuil au Nord.

Les taux de notification élevés dans les régions du Centre et des Hauts Bassins s'expliquent par la forte concentration des populations dans les deux principales villes. Le Sud-ouest est non seulement une région frontalière avec la Côte d'Ivoire et également une zone minière. Selon le rapport de sérosurveillance 2020, la prévalence du VIH à Gaoua était parmi les plus élevées (1,37%).

Le service est disponible de façon générale dans 80% des FS. Il est surtout fourni dans les FS publiques (91%) et les FS confessionnelles (69%). Les FS de base (82%) suivies des CHU (67%) fournissent plus le service. La principale barrière à la fourniture du service est le manque d'intrants médicaux (81%)<sup>12</sup>

### **6.4. Répartition selon la localisation anatomique**

Entre 2016 et 2020, la proportion des formes pulmonaires bactériologiquement confirmées a diminué au profit des formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement. Cette diminution a été très marquée en 2020. En 2021, la proportion a augmenté et est passée à 85%<sup>13</sup>,

---

<sup>9</sup> Extrait de Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

<sup>10</sup> OMS : Profil de la tuberculose au Burkina Faso 2023

<sup>11</sup> OMS : Profil de la tuberculose au Burkina Faso 2023

<sup>12</sup> HeRAMS Burkina Faso // Rapport de mise à jour août 2023

<sup>13</sup> OMS : Profil de la tuberculose au Burkina Faso 2023

probablement du fait de l'élargissement des cibles du test Xpert pour le diagnostic initial des tuberculoses pulmonaires à tous les cas présumés, sans pour autant atteindre le niveau des années antérieures.

Des disparités régionales dans la répartition des formes de tuberculose ont été observées en 2021. La proportion des formes pulmonaires bactériologiquement confirmées variaient entre 58% et 82%, les formes pulmonaires diagnostiquées cliniquement entre 10% et 28%, et les formes extra - pulmonaires entre 4% et 30% suivant les régions et selon le plateau technique.

## **6.5. Coinfection Tuberculose / VIH**

L'incidence de la tuberculose chez les VIH positives (TB-VIH) a également connu une baisse importante passant de 27 à 2,4 (1,5 – 3,5) cas pour 100 000 habitants de 2000 à 2022. On pourrait attribuer cela à l'amélioration de la couverture du traitement ARV et à la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH.

Entre 2016 et 2022, le taux de dépistage pour le VIH s'est amélioré au fil des années, avec une diminution en 2020. La prévalence de la co-infection a diminué entre 2016 et 2022 avec une baisse importante entre 2020 et 2022. Cela peut s'expliquer par la diminution de la prévalence du VIH dans le pays, mais également par l'amélioration de la couverture en traitement ARV qui est passé de 69% en 2016 à 100% en 2020. En 2021, la proportion de patients dont le statut VIH était connu variait entre 100% et 90%. Toutes les régions ont eu une bonne performance. Le Sahel avait la performance la plus basse. On note des incohérences au niveau des Cascades, du plateau Central et du Centre-sud (supérieure à 100%).

La prévalence de la co-infection variait entre 8,6% et 0,9%. Elle était particulièrement élevée dans le Sud-Ouest, les Hauts Bassins et le Centre. La région du Sud-Ouest a présenté un taux de co-infection particulièrement élevé. En plus d'être une zone frontalière avec la Côte d'Ivoire et le Ghana, donc à forte migration humaine, cette région est également une zone intense d'orpaillage. Du fait de la forte circulation des personnes et des biens, les frontières et les mines sont des zones à risque élevé de transmission du VIH/SIDA. Les régions des Hauts Bassins et du Centre abritent les deux capitales qui sont les plus grandes villes du pays donc potentiellement à forte prévalence du VIH. L'enquête de sérosurveillance du VIH en 2020 a montré une prévalence pour l'ensemble des régions égale à 0,8%. Elles étaient élevées à 1,48%, 1,37%, 1,36% et, 1,14% respectivement à Ouagadougou, Gaoua, Manga et Bobo Dioulasso. (Rapport de la sérosurveillance 2020, PSSLS-IST)

En fin 2023, la situation épidémiologique du VIH au Burkina Faso affichait une prévalence de 0,6 %, avec une répartition de 0,7 % chez les femmes et 0,4 % chez les hommes. Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH s'élevait à 95 000, dont 55 000 femmes, 31 000 hommes et 9 500 enfants de moins de 14 ans.

## **6.6. Réponses clés à l'épidémie de tuberculose : le traitement Tuberculose**

### Cas de la tuberculose pharmaco-sensible

Le taux de succès au traitement chez les nouveaux cas et rechutes était de 82,2% en 2023 contre 81,3% en 2022. Il est en hausse de 0,9 point de pourcentage. De 2018 à

2022, on note une augmentation de ce taux, passant respectivement de 79,5% à 82,2%. Malgré cette bonne évolution, la norme de 90% n'est toujours pas atteinte<sup>14</sup>.

Les résultats de traitement ont été négativement impactés par les décès (6,6%) et les perdus de vue (6%). Le taux de décès, même s'il présente une tendance à la diminution reste toujours élevée.

En 2020, les taux de décès étaient élevés dans toutes les régions sauf dans les Hauts Bassins et le Plateau Central. Les chiffres plus élevés ont été retrouvés dans le Centre-Sud, l'Est, le Sud-Ouest, le Centre-Est, et les Cascades. Les taux de perdus de vue étaient également élevés, et particulièrement dans le Centre-Nord, l'Est, les Cascades et le Sud-Ouest. Des patients non évalués (5%) ont été retrouvés dans le Plateau Central et le Sahel. Le taux de décès était nul dans le Plateau Central avec un succès thérapeutique égal à 93%. Le même constat avait été fait lors de la revue précédente (2018). Les cas diagnostiqués cliniquement et extra pulmonaires ont présenté un meilleur succès thérapeutique que les formes confirmés bactériologiquement. Les taux de perdus de vue étaient plus faibles.

Au niveau infranational, les taux de succès thérapeutiques variaient entre 100% et 77% et les taux de décès entre 5% et 14%. Le Plateau Central, à l'image des cas bactériologiquement confirmés présentait un taux de succès thérapeutique à 100%.

#### Cas coinfectés tuberculose / VIH

Le succès thérapeutique des cas de coinfection tuberculose-VIH était de 77,1% contre 75,5% en 2021<sup>15</sup>. Il est resté cependant en deçà de la norme de 90%. Ce taux a connu entre 2015 et 2017 une amélioration qui a été suivie d'une baisse en 2018 et 2019, puis d'une amélioration en 2020. On constate une évolution en dents de scie entre 2018 et 2022. Les taux de décès restent élevés (13,5% en moyenne) et dans toutes les régions, sauf le Centre-nord.

#### Cas de la tuberculose pharmaco-résistante

La mise sous traitement de la tuberculose pharmaco-résistante a connu une amélioration au fil des années avec un pic en 2017, année de l'enquête nationale de surveillance de la résistance de *M. tuberculosis*. La notification de la tuberculose pharmacorésistante a évolué en dents de scie de 2020 à 2023. Le nombre de cas en 2023 a subi une hausse importante (75%) comparativement à la moyenne des trois (3) dernières années. Cette hausse importante s'explique selon la PNT, par la disponibilité des cartouches Xpert mais aussi l'amélioration de la couverture du pays en machines GeneXpert.

Cependant, il persiste toujours un gap entre cas notifiés et cas mis sous traitement. En 2023, sur les 126 cas de TB-MR/RR notifiés seulement 112 ont démarré le traitement de 2ème ligne, soit une proportion de 88,9%. Les autres 14 patients non pas été mis sous traitement en raison de perdus de vue (8) et de décès (6). Par contre, tous les patients TBUR ou PréUR, ont été mis sous traitement.

En 2018, l'initiation du traitement se faisait seulement dans les services de pneumologie des CHU-YO et CHU-SS. Le PNT a démarré progressivement la décentralisation de

---

<sup>14</sup> PNT : Rapport annuel 2023\_VF

<sup>15</sup> PNT : Rapport annuel 2023\_VF

l'initiation du traitement de la tuberculose résistante dans les CHR et hôpitaux de district, en vue de désengorger les services de pneumologie et rapprocher l'offre de prise en charge aux patients. C'est dans ce cadre que quatre (4) nouvelles structures ont été ajoutées en 2019. En 2021, la prise en charge des cas de tuberculose pharmaco-résistante était assurée dans treize (13) des vingt (20) structures.

A l'image des cas TB/VIH, les résultats de traitement des cas de TB-RR/MR sont caractérisés par des taux de décès très élevés. Il s'agit de décès survenus pendant le traitement, mais également avant la mise sous traitement.

### **6.7. Mortalité liée à la tuberculose**

La mortalité estimée, y compris les cas coinfectés TB/VIH, a diminué de 28 à 6,6 décès pour 100 000 habitants de 2000 à 2022

### **6.8. Fardeau de la tuberculose**

Selon le rapport 2024 de l'OMS, le pourcentage de ménages touchés par la tuberculose confrontés à des coûts totaux catastrophiques variait de 13 % au Salvador à 92 % (IC à 95 % : 86-97 %) aux Îles Salomon. La moyenne combinée pour les 35 pays, pondérée en fonction du nombre de cas notifiés dans chaque pays, était de 49 %. Parmi les 31 pays qui ont communiqué des données désagrégées, le pourcentage de personnes confrontées à des coûts totaux catastrophiques était beaucoup plus élevé pour la tuberculose pharmacorésistante, avec une moyenne combinée de 82 %.

L'OMS<sup>16</sup> estime qu'en 2022 l'incidence de la TB pour 100 000 habitants était de 206 (IC 182232) et les Nouveaux cas de TB et rechute déclarés pour 100 000h à 152.

Notons que l'objectif de l'OMS est qu'aucun ménage touché par la tuberculose n'ait à assumer de coûts totaux (y compris les dépenses médicales directes, les dépenses non médicales et les coûts indirects tels que les pertes de revenus) qui sont catastrophiques (c'est-à-dire que les coûts totaux dépassent 20 % du revenu annuel du ménage) ce qui est loin de la cible zéro de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose<sup>17</sup>.

L'Afrique a déjà atteint la cible 6 des OMD qui consistait, avant 2015, à avoir maîtrisé l'incidence de la tuberculose et commencé à inverser son évolution. Toutefois, les cibles mondiales fixées pour 2015 en matière de mortalité et de prévalence, soit une réduction de 50 %, n'ont pas été atteintes dans la Région africaine. Ce résultat traduit en partie l'inadéquation de la mise en œuvre des stratégies recommandées par l'OMS, conjuguée entre autres à la fragilité des systèmes de santé<sup>18</sup>

### **6.9. Déterminants de la tuberculose**

Certaines conditions peuvent augmenter le risque de tuberculose :

Les conditions économiques : La pauvreté ;

---

<sup>16</sup> OMS : rapport Mondial sur la tuberculose 2023 Profil de tuberculose région africaine de l'OMS

<sup>17</sup> Organisation Mondiale de la santé : la tuberculose. Novembre 2023

<sup>18</sup> Bureau régional de l'organisation mondiale de la santé pour l'Afrique, 2017 : région Afrique mettre fin à la tuberculose d'ici 2030 : Cadre pour la mise en œuvre de la "stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose" dans la région africaine au cours de la période 2016 - 2020

Le milieu de vie : les banlieues et ou les quartiers non lotis ;

La présence de certaines maladies (Diabète, le Sida et dans le cas d'un système immunitaire affaibli par le VIH et autres ;

La malnutrition ;

Le comportement social : la consommation de tabac et la consommation d'alcool.

## **Revue des dispositions Juridiques et environnementales en lien avec l'accès aux soins**

La revue des dispositions juridiques et environnementales a porté sur les textes législatifs et réglementaires, les publications scientifiques, les documents et les rapports de recherche non publiés, les documents de politiques de santé, les rapports d'enquêtes et les documents normatifs dans la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso et ailleurs en Afrique et dans le monde.

## VII. LES DISPOSITIONS JURIDIQUES ET ENVIRONNEMENTALES EN LIEN AVEC L'ACCES AUX SOINS

### • Au niveau mondial et de la région africaine

Les Etats-membres, en adoptant la « *Déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose* » au cours de la 78<sup>ème</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies le 5 octobre 2023, se sont engagés politiquement à combler l'écart important pour atteindre les objectifs de la stratégie de lutte contre la Tuberculose de l'OMS pour 2030 et du plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2023-2030 du Partenariat Halte à la tuberculose<sup>19</sup>.

À l'échelle mondiale, en 2023, on estimait à 10,8 millions le nombre de personnes ayant contractées la tuberculose (cas incidents), ce qui représente une nouvelle augmentation par rapport aux 10,7 millions en 2022, aux 10,4 millions en 2021 et aux 10,1 millions en 2020<sup>20</sup>. L'un des domaines de cette lutte est de transformer la riposte à la tuberculose pour qu'elle soit équitable, axée sur les droits humains, centrée sur la personne et avec une forte implication communautaire.

La stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose reconnaît « la protection et la promotion des droits humains, de l'éthique et de l'équité » comme l'un des quatre principes essentiels pour mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose. Les objectifs pour mettre fin à la tuberculose exhortent les parties prenantes nationales à mettre en place des interventions antituberculeuses axées sur le lien entre les droits humains et l'efficacité et l'efficience des ripostes nationales à la tuberculose. Les évaluations CRG TB depuis 2020 ont relevé que les aspects de l'épidémie de tuberculose en rapport avec les droits humains et le genre sont très peu documentés et moins maîtrisés par la plupart des acteurs de la lutte antituberculeuse. Des obstacles importants ont cependant été répertoriés, en particulier une stigmatisation des personnes atteintes de tuberculose – que celles-ci finissent elles-mêmes par intérioriser – due en grande partie à un manque de connaissances de la maladie et de ses traitements et à l'image négative qu'elle véhicule. La crainte du rejet social et l'intériorisation de fausses croyances sur la tuberculose font que la maladie est déjà à un stade avancé lorsque les personnes touchées se décident à effectuer un test de dépistage ou à démarrer un traitement.

Les obstacles juridiques, politiques, du système de santé, de l'engagement communautaire ainsi que les déterminants sociaux empêchent les personnes d'avoir accès à une prévention, un diagnostic, des soins et un soutien, efficaces contre la TB, en particulier ceux considérés comme des populations clés et vulnérables. On peut donc supposer que ces facteurs augmentent la vulnérabilité des personnes à l'infection tuberculeuse, la progression vers la maladie, un diagnostic et un traitement tardifs ainsi qu'une mauvaise observance. S'attaquer à ces obstacles à l'accès aux soins et aux services de soutien de qualité nécessite une

---

<sup>19</sup> Programme national de lutte contre la Tuberculose-Gabon-Evaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon- Rapport final-Juillet 2024

<sup>20</sup> Organisation Mondiale de la Santé : Rapport mondial sur la tuberculose 2024

approche des droits de l'homme face à la TB. Cette approche donne la priorité aux besoins des marginalisés pour une plus grande équité. Ce principe est repris dans l'Agenda 2030 récemment adopté pour le développement durable et la couverture sanitaire universelle. Tenant compte de toutes ces réalités, il est temps d'avoir une attention particulière aux aspects liés au genre et droits humains dans la lutte contre la tuberculose si l'on veut qu'aucune personne ne reste de côté pour mettre fin à la tuberculose.

Les Etats africains se sont appropriés la « *Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose en 2019* », qui s'appuie sur la *Déclaration universelle des droits de l'homme* ; le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* ; le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* ; la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*<sup>21</sup>. Aussi chaque pays du continent est juridiquement concerné par le respect sur le terrain de ces droits pour chaque malade de la tuberculose, même si cela pourrait se faire progressivement selon le niveau des ressources de chaque pays tout en tenant compte de l'échéance défini pour tous.

Dans la dynamique de la mise en œuvre de ces différents engagements politiques et juridiques et pour assoir une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexo-transformatrice et basée sur des données probantes, des états africains et ailleurs dans le monde, ont réalisé des études en utilisant l'outil d'évaluation CRG (Community, Rights, and Gender/communauté, droits et genre) décrit plus haut, du Partenariat Halte à la tuberculose<sup>22</sup>. Les résultats de ces différentes évaluations ont révélé un éventail d'obstacles notamment l'accès limité aux services de santé, la stigmatisation et la discrimination fondée sur la maladie, le manque de protection de la vie privée pour les malades de la tuberculose en général et l'impact des normes patriarcales sur les femmes touchées par la tuberculose. Les preuves issues de ces résultats ont permis aux pays et leurs donateurs de tirer parti de ces conclusions conformément aux Objectifs de développement durable et à la déclaration politique de la toute première réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose.

## 7.2. Au Burkina Faso

### • Environnement politique et juridique de la lutte contre la tuberculose.

Le cadre politique et juridique de la tuberculose a été examiné sur la base des conventions, pactes et directives internationaux, régionaux ratifiés par le Burkina Faso. Mais également sur ses propres textes nationaux.

En ce qui concerne les fondements juridiques pour une prise en charge des personnes affectées par la tuberculose au Burkina Faso, ils sont basés sur ces conventions et pactes internationaux et sur les réalités nationales. Le Burkina Faso a souscrit et/ou ratifié plusieurs conventions, pactes et autres textes internationaux et régionaux tels :

- ✓ La Déclaration Universelle sur les droits de l'Homme de 1948 en son article 25, alinéa 1 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son

---

<sup>21</sup> Stop TB Partnership-TB People- Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose - 2019.

<sup>22</sup> Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katholo, Caoimhe Smyth, Ani Herna Sari, Olya Klymenko et Maxime Lunga - Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexotransformatrice : une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose

bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » ;

- ✓ La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples de 1981 ;
- ✓ Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- ✓ Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- ✓ La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes adoptée par les Nations Unies en 1979 et ratifiée par le Burkina Faso en octobre 1984 ;
- ✓ La convention relative aux droits de l'Enfant adoptée par les Nations Unies en 1989 et ratifiée par le Burkina Faso le 23 juillet 1990 ;
- ✓ La Convention relative aux droits des handicapés etc. ;
- ✓ La Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA sur «la santé, base du développement » et sur le SIDA ;
- ✓ La Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement ;
- ✓ La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, et les systèmes de santé en Afrique ;
- ✓ La déclaration du forum mondial de Bamako sur la recherche pour la santé, le développement et l'équité.

Ces différents textes juridiques prescrivent le droit à la santé comme un droit appartenant à tout individu et qui doit être garanti par le pouvoir en place. Ces dispositions prescrivent le droit à la non-discrimination en matière de santé, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale etc.<sup>23</sup>

Au plan national, le pays a élaboré et adopté des textes adaptés au contexte local et traduisent la volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations et qui sont, entre autres :

- ✓ La Constitution du Burkina Faso de 1991 consacre dès son préambule, la promotion du genre comme facteur de réalisation de l'égalité de droits entre homme et femme et en son article 26 : « Le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir » reconnaissant donc la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Par conséquent, il incombe à l'Etat de formuler et de mettre en œuvre une politique nationale de santé pertinente et cohérente tenant compte des réalités nationales et du contexte international ;
- ✓ Loi N° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code la Santé publique : Titre 1, Article 2. « L'un des principaux objectifs de la protection et de la promotion de la santé doit être de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive » ;
- ✓ Loi N°060-2015/CNT portant Régime d'Assurance Maladie Universelle. Le régime d'assurance maladie universelle bénéficie aux populations sans distinction de race, de nationalité, de sexe, d'origine et d'antécédent pathologique (Article

---

<sup>23</sup> Plateforme des organisations de la société civile en santé et VIH au Burkina Faso. Pour une meilleure prise en compte du Genre et des droits humains dans la riposte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida – Livre Blanc. 2018

2). La couverture du risque maladie de la présente loi est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité, de non-discrimination, de mutualisation des risques, d'efficacité et de responsabilité générale de l'Etat (Article 3). L'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso étant un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers liés aux soins de santé. Elle vise à garantir à chaque personne résidant dans le pays, une protection financière contre les dépenses catastrophiques de soins de santé<sup>24</sup> ;

- ✓ Loi N° 030-2008/AN du 28 mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et Protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; elle prévoit : la non-discrimination des PvVIH, notamment en matière de jouissance des droits civils, politiques et sociaux de tout citoyen burkinabè, et la sanction des actes discriminatoires ; le principe du consentement libre et éclairé pour tout test de dépistage du VIH (Art .9) ; la confidentialité des informations médicales sur la PvVIH. Elle prévoit des dispositions condamnant les actes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de leur garantir une place dans la vie sociale ;
- ✓ Loi N° 034-98/AN du 18 mai 1998 portant loi hospitalière ;
- ✓ Loi N° 061-2015/CNT du 06 septembre 2015 portant prévention, répression et réparation des violences à l'égard des femmes et des filles et prise en charge des victimes. Elle a pour objet de prévenir, réprimer et réparer les violences à l'égard des femmes et filles, de protéger et prendre en charge les victimes. L'un de ses principaux intérêts est qu'elle porte sur toutes les situations concernant les violations et abus des droits des femmes en lien avec leur santé et faisant référence à leurs vulnérabilités ;
- ✓ Loi N° 045-2005/AN du 21 décembre 2005 portant Santé de la Reproduction au Burkina Faso. Elle dispose que tous les individus y compris les adolescents et les enfants sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. Elle interdit toute discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la situation matrimoniale ou sur toute autre considération en matière de santé de la reproduction ;
- ✓ Décret 2016-311\_PRES/PM/MS/MADSI/MINEFID/ portant gratuité des soins au profit des femmes et enfants de moins de cinq ans. Le Gouvernement du Burkina Faso a instauré la gratuité, une politique de remplacement des frais d'utilisation, visant à augmenter l'accès et le recours aux services de soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans. La politique de gratuité a été conçue pour lever les barrières financières aux services de santé maternelle, néonatal et des enfants et a été adoptée par le Conseil des ministres du Burkina Faso le 2 mars 2016.

A partir de 2019, toujours dans la dynamique de rendre plus accessible financièrement les soins et services de santé aux populations, la gratuité a été élargie à un peu plus de cibles (Planification Familiale où hommes et femmes sont bénéficiaires) et une réduction des coûts des soins et services de santé a été appliquée à d'autres bénéficiaires dont les personnes affectées par la tuberculose et à d'autres services (radiothérapie de certains cancers, malades sous hémodialyse, scanners, IRM etc.).

---

<sup>24</sup> Women in Global Health Bukina-Couverture Sanitaire Universelle et Genre au Burkina Faso : Analyse de la situation et plan d'action -Août 2024

- Le conseil des ministres en sa séance du 3 juillet 2024 a adopté un décret instituant l'initiative résidentielle pour la santé. Cette initiative présidentielle adoptée dans le but d'améliorer l'offre de santé est constituée de quatre composantes. « La première consiste à la construction et l'équipement de 55 centres de santé communaux, qui résultera de la transformation de 55 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) en centres médicaux communaux dans les 13 régions du Burkina. La deuxième, c'est la construction et l'équipement de cinq services d'anesthésie-réanimation dans les hôpitaux. La troisième composante est la création d'un Institut du cœur au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo. La dernière composante consiste à rendre disponible le diagnostic moléculaire du cancer de sein au Burkina » ;
- Arrêté conjoint N°2010-18/MS/MEF du 10 février 2010 portant gratuité du traitement par les anti-rétroviraux (ARV) au Burkina Faso. Ce texte prévoit l'accès gratuit aux traitements par les ARV ;
- Le KITI N° An VI-10/FP/MIJ du 1<sup>er</sup> décembre 1988, portant organisation régime et réglementation des établissements pénitentiaires au Burkina Faso. Il aborde entre autres la question de l'accès aux services de santé, la question de l'hygiène dans les services pénitentiaires au Burkina Faso, qui laissent à désirer ;
- Charte des patients pour les soins antituberculeux au Burkina Faso (2ème édition).

Le système de santé du Burkina Faso, hérité de l'ère coloniale, a connu une grande évolution au fil des années avec parfois des ruptures assez nettes en termes de choix stratégiques. En 2001, le Ministère de la Santé s'est doté d'une politique nationale de santé (PNS) pour prendre en compte les changements importants intervenus dans le monde et plus particulièrement dans la région africaine et au plan national. Cette Politique nationale de santé (PNS) qui a fait suite à la politique sanitaire nationale (PSN) de 2000, est la résultante d'une analyse approfondie de la situation sanitaire nationale à travers les états généraux de la santé de 2010 « Contribuer à l'amélioration de la performance du système national de santé ».

A l'aube du troisième Millénaire, la communauté internationale a adopté la Déclaration du millénaire, les Objectifs du Millénaire pour le Développement/OMD (2000-2015) et ensuite les Objectifs de Développement Durable /ODD (2016-2030). Ces engagements au niveau mondial ont eu des répercussions sur le choix des priorités au niveau national. Ils ont engendré avec l'adoption de la PNS, l'élaboration des Plans Nationaux de Développement Sanitaire/PNDS (2001-2010 ; 2011-2020 ; 2021-2030 en cours) respectivement avec des plans triennaux glissant en guise de plans opérationnels.

Tous ces PNDS visent, comme objectif général, à « contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations ». Et l'organisation du système de santé et les programmes décrits dans les chapitres précédents pour assurer une lutte efficace contre la tuberculose et autres maladies, découlent de ces engagements politiques du pays.

Le Ministère de la santé à travers la Coordination du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) a, dans sa volonté toujours afficher d'impliquer activement les différents acteurs dans la lutte contre la tuberculose a élaboré cette charte avec la contribution du malade et de la communauté. La présente charte qui s'inspire des standards internationaux, décrit les droits et les devoirs des patients pour les soins antituberculeux au Burkina Faso. Cette charte exprime toute la disposition des autorités nationales à mettre en place les différents outils à même d'aider à respecter tous les droits d'accès à des soins et

services de qualité de lutte contre la tuberculose<sup>25</sup>. L'Etat manifeste ainsi à travers ces textes, sa volonté politique de promouvoir l'égalité dans le domaine de la santé quel que soit la pathologie. Et en même temps les autorités promeuvent aussi l'égalité de genre dans le domaine de la santé. L'Etat œuvre également à travers ces différents textes juridiques, à l'élimination de toute forme de stigmatisation, de violence et de discrimination en général, et à l'égard de la femme et de la fille en particulier où il assure une lutte implacable contre les violences basées sur le genre<sup>26</sup>.

Au Burkina Faso, il faut néanmoins noter l'insuffisance ou l'absence de textes statuant spécifiquement sur la protection juridique des droits des populations affectées par la Tuberculose. Cela se constate ailleurs aussi selon les évaluations « Communautés, droits et genre » menées dans 13 pays en Afrique<sup>27</sup>.

#### • **Les droits des populations clés/personnes affectées par la tuberculose**

L'environnement politique et juridique au Burkina Faso, influe sans nul doute sur l'accès aux soins et aux services de santé des personnes affectées par la tuberculose, en termes du respect total ou non des droits à la santé, de réduction ou non de la stigmatisation et de la discrimination ; de la prise en compte effective du genre dans son acception sexospécifique ou élargie (populations clés, personnes handicapées etc.).

#### • **Personne affectée par la Tuberculose**

Par Personne affectée par la Tuberculose, on entend « toute personne atteinte ou ayant été atteinte de tuberculose, ainsi que ses soignants, les membres de sa famille proche. C'est aussi les membres des populations clés et vulnérables à la tuberculose, comme les enfants, les travailleurs de la santé, les peuples autochtones, les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui utilisent des drogues, les détenus, les mineurs, les populations mobiles et migrants, les femmes et les pauvres urbains et ruraux »<sup>28</sup>.

La définition ci-dessus nous amène à aborder la question des droits aux soins et services de santé des personnes atteintes ou ayant été atteintes de tuberculose et les différentes autres catégories de populations clés et vulnérables à la tuberculose.

#### • **Personne atteinte ou ayant été atteinte de tuberculose**

Un système de santé quel que soit l'efficacité et l'efficience de son offre de services à travers la mise en œuvre de ses programmes de santé en général et ceux dédiés à la lutte contre la tuberculose en particulier, peuvent être sources de facteurs qui favorisent ou limitent l'accès à la prévention, la prise en charge des malades de tuberculose et leur maintien dans les soins de santé et au soutien nutritionnel etc. Car l'organisation aussi bien de ce système de santé en général et de sa lutte contre la tuberculose en particulier, est fonction des engagements sanitaires du pays, du dispositif de collaboration entre acteurs étatiques et non étatiques et des ressources humaines, matérielles, financières, des équipements etc., disponibles.

---

<sup>25</sup> Ministère de la santé et de l'Hygiène publique-Charte des patients pour les soins antituberculeux au Burkina Faso (2ème édition).

<sup>26</sup> Women in Global Health Bukina-Couverture Sanitaire Universelle et Genre au Burkina Faso : Analyse de la situation et plan d'action -Août 2024

<sup>27</sup> Le Fonds Mondial Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025 Date de publication : 20 janvier 2023

<sup>28</sup> Stop TB Partnership-TB People- Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose- 2019

L'examen de l'organisation du système de santé du Burkina décrite ci-dessus (Cf. Contexte), nous conduit au constat que la grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) du pays, relèvent du secteur public. En ce qui concerne le sous-secteur sanitaire privé de soins, il représente 16,6% des formations sanitaires du pays, essentiellement à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Cet ensemble de structures privées, est composé majoritairement de structures à but lucratif (81,56%). En 2021, le nombre de structures privées de soins était de 738<sup>29</sup>. Elles assurent les activités d'offre de soins à l'instar du public. L'examen particulier du Programme Tuberculose du pays, donne les éléments d'appréciation suivants : le Programme National Tuberculose est la structure étatique qui pilote la mise en œuvre des différents plans stratégiques nationaux contre la tuberculose et des acquis sont à noter :

Certaines structures du secteur privé en collaboration avec le PNT jouent le rôle suivant : i) identification des présumés TB lors des consultations, ii) diagnostic des malades de tuberculose, iii) référence des malades tuberculeux vers un CDT ;

Les financements de l'Etat et des différents bailleurs de fonds dont le Fonds Mondial ont permis de réaliser des activités visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services, notamment les populations clés et vulnérables ; Le PNT grâce à l'appui financier du Fonds Mondial, a poursuivi la fourniture de vivres ou la réalisation de certains examens paracliniques à travers la mise en œuvre des conventions avec des prestataires privés identifiés par les centres de prise en charge. Aussi, les patients TB-R, les cas présumés TB issus des populations à haut risque de tuberculose (enfants, PVVIH, personnes âgées, prisonniers, orpailleurs, contacts de TBR, diabétiques, PDI) bénéficient de la radiographie thoracique à travers des bons de gratuité du programme<sup>30</sup> ;

Une série d'activités incluses dans la subvention du Fonds mondial ont essayé d'intensifier les interventions auprès des détenus, le ciblage accru des zones à forte concentration de populations à habitats précaires (quartiers périphériques des grandes villes, zones minières/orpillage artisanal), pour favoriser l'accès aux soins, afin de combler le sexe-ratio homme/femme déséquilibré dans la prise en charge de la tuberculose, par la mobilisation des groupements de femmes etc., l'accès accru aux soins pour les enfants particulièrement les moins de 5 ans, et des activités communautaires de sensibilisation pour améliorer le niveau de connaissance sur la tuberculose dans la population et réduire la stigmatisation des malades ;

La poursuite et le renforcement de mesures de soutien aux patients TB au cours de 2023. Entre autres, l'appui nutritionnel des TB-Résistance (TB-R) et de TB/VIH, la gratuité de la prise en charge des effets indésirables des TB-R, la subvention des examens paracliniques, la dotation en kit d'hygiène et matériel de protection, le remboursement des frais de transport pour le TDO au profit des malades TB-R et TB/VIH. Aussi, l'application de l'exonération des examens paracliniques et des consultations spécialisées a été effective dans tous les centres de prise en charge de la TB-R ;

---

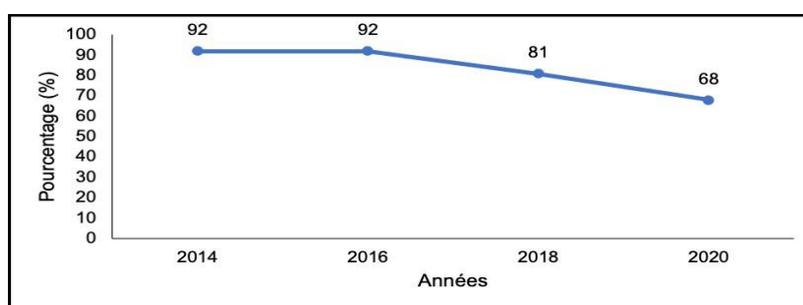
<sup>29</sup> Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

<sup>30</sup> Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Coordination du Programme nationale de lutte contre la tuberculose. Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose -Année 2023

Ces différentes actions dénotent de la prise en compte du genre et des droits humains et l'implication d'une multitude d'acteurs y compris communautaires dans la lutte contre la maladie. Donc les engagements politiques et juridiques, l'organisation du système de santé y compris celle de la lutte contre la tuberculose montrent les énormes efforts qui ont été engagés depuis plusieurs années par les différents acteurs et qui permettent d'obtenir des résultats encourageants dans la lutte contre la tuberculose en termes de diagnostic et de prise en charge.

Mais des défis majeurs demeurent. Ces défis concernent entre autres, i) la sous notification des cas de tuberculose, ii) les résultats de traitement des malades de la tuberculose, iii) la prise en charge des coinfectés TB/VIH et les résistances aux antituberculeux, iv) la prise en compte des comorbidités (diabète...) <sup>31</sup> etc.

Le graphique ci-dessous montre une tendance de la disponibilité des services de lutte contre la tuberculose à la baisse passant de 92% en 2014 à 68% en 2020 <sup>31</sup>.



Graphique 1 : Disponibilité de l'offre de services pour la lutte contre la tuberculose de 2014 à 2020

Ces défis ci-dessus, rencontrés au Burkina Faso (ainsi que d'autres pays <sup>32</sup>), pourraient s'expliquer entre autres par les facteurs ci-dessous qui sont de potentiels obstacles aux droits d'accès aux soins pour les malades :

L'accessibilité physique limitée et parfois la faible disponibilité des services et soins pour la prévention et la prise en charge de la tuberculose. Quand on sait qu'en 2023 au Burkina Faso, le rayon moyen d'accès théorique à un centre de santé était de 5,2 <sup>32</sup> Km (y compris le privé), et que par ailleurs il y a au total 110 Centres de diagnostic et de traitement (CDT), sur l'ensemble du territoire national <sup>33</sup> ;

La problématique de la disponibilité des ressources humaines conformément aux besoins du système de santé demeure. Cela s'explique entre autres par une insuffisance de personnel en nombre et ayant les qualifications requises, une inégale répartition du personnel entre régions et entre formations sanitaires, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs et de leur mobilité, des difficultés de rétention du personnel dans certaines zones. En outre, le turn-over élevé des agents de santé requiert un recommencement perpétuel en termes de renouvellement du renforcement des capacités. Par ailleurs la disponibilité limitée de professionnels de santé spécifiquement formés à la tuberculose constitue un problème majeur de qualité des soins <sup>34</sup> ;

<sup>31</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique- Profil du Burkina Faso sur la Tuberculose ONSP-sante.bf Décembre 2023

<sup>32</sup> Annuaire statique 2023 du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique Burkina Faso

<sup>33</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique- ONSP-INSP- Profil du Burkina Faso sur la Tuberculose ONSP-sante.bf Décembre 2023

<sup>34</sup> Ministère de la santé et de l'hygiène publique Burkina Faso Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 -Janvier 2023

Le traitement stigmatisant et discriminatoire des personnes atteintes de tuberculose par les professionnels de santé ;

Le manque d'intimité et de confidentialité dans les centres antituberculeux et les services de santé constitue un problème d'acceptabilité. La qualité de la relation entre les professionnels de santé et leurs patients est déterminante pour l'adhésion de ces derniers au régime thérapeutique. Elle peut être affectée par des différences d'ordre linguistique et culturel. Ce qui est assez courant sur l'ensemble du territoire ;

Les longues distances parfois jusqu'aux centres antituberculeux pouvant démotiver la volonté de déplacement vers le centre de traitement<sup>35</sup>;

Des problèmes d'acceptabilité avec le traitement antituberculeux standard, en particulier la durée du traitement, les effets indésirables du traitement ;

Une sensibilisation insuffisante et un accès limité aux informations sur la tuberculose et les services de santé antituberculeux ;

La disponibilité limitée de professionnels de santé formés à la tuberculose dans les centres de soins de santé primaires, et les prisons ;

Le manque ou la disponibilité limitée des services de soutien au traitement de la tuberculose, en particulier le conseil et autres soins de santé mentale ;

La disponibilité limitée du diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose qui est plus rapide et plus précis que l'examen microscopique traditionnel des frottis d'expectoration et détecte la résistance aux antituberculeux de première intention ;

Bien que le traitement de la tuberculose au Burkina Faso soit gratuit, les frais accessoires associés au traitement de la tuberculose, notamment les frais de transport jusqu'au CDT, les frais des examens pré thérapeutiques etc., pourraient constituer un obstacle financier pour l'accès ;

Des problèmes d'accessibilité liés au traitement discriminatoire des populations clés et vulnérables de la tuberculose telles les personnes incarcérées ;

L'insuffisance d'accès à un soutien nutritionnel pendant le traitement antituberculeux comme une préoccupation majeure ;

La faible mobilisation des ressources financières pour la lutte antituberculeuse ;

Le défi sécuritaire depuis 2015 entraînant une inaccessibilité de plusieurs districts et centre de santé, a un effet sur le système d'approvisionnement des produits antituberculeux qui connaît des difficultés pour assurer la disponibilité constante des produits de qualité jusqu'au dernier kilomètre.

---

<sup>35</sup> Ministère de la santé et de l'hygiène publique Burkina Faso Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 -Janvier 2023

### • Populations clés et les populations vulnérables

Les populations clés et vulnérables de la tuberculose sont des groupes à risque plus élevé de tuberculose ou qui n'ont pas accès aux services de santé en raison de facteurs biologiques, comportementaux, sociaux ou structurels<sup>36</sup>

#### Les Détenus.es



De nombreux prisonniers tuberculeux sont traités à l'infirmerie de la MACO (Photo Article Sidwaya)<sup>37</sup>

« Au sein de la Maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou (MACO), plus d'une dizaine de détenus « suffoquent » du fait de la tuberculose. Un détenu en est mort et les plus chanceux font plusieurs épisodes répétitifs de la maladie. Les conditions de détentions, la promiscuité et le manque de prise en charge adéquat réduisent la chance de guérison de ces malades »

Une journée auprès des détenus, courant le mois d'août 2023, a permis de toucher du doigt les réalités de la tuberculose à la MACO

**Reportage du Journal Quotidien des Editions Sidwaya**

Selon des études réalisées en 2014 et 2017, portant sur les Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC) des treize (13) régions du pays. On dénombrait 27 établissements pénitentiaires répartis sur les treize régions en 2016<sup>38</sup>. Il faut noter par ailleurs, l'existence de deux (2) prisons à ciel ouvert ou centre pénitentiaire ouvert, servant à préparer une réinsertion sociale des détenus.

L'effectif des personnes détenues dans les MAC est en augmentation au fil des années. Selon l'annuaire statistique 2021 du Ministère en charge de la justice, cet effectif est passé de 5 035 en 2012 à 8 369 en 2021, soit une augmentation de 66%. Cette augmentation des effectifs engendre une surpopulation carcérale, une promiscuité extrême avec de nombreuses conséquences sur la santé physique et mentale des détenus. Les conditions de détention ainsi présentées exposent les détenus à de nombreuses pathologies notamment respiratoires y compris la tuberculose. Le risque d'épidémies est à craindre à tout moment dans ces conditions<sup>40</sup>. Alors que de façon générale on note une faible accessibilité des milieux carcéraux pour les intervenants des soins de santé au profit des détenus. Il s'avère donc nécessaire de développer des approches pour non seulement faciliter l'accès des professionnels de santé aux prisons mais aussi travailler à ce que cette cible soit touchée par le paquet minimum d'activités de prévention et de prise en charge nécessaire pour éliminer la TB des prisons<sup>39</sup>. C'est à cela que le PNT du Burkina Faso s'attèle, en collaboration étroite avec le personnel administratif des MAC.

Au titre des activités réalisées, on peut citer : les campagnes de dépistage actif de la TB à l'aide de la radiographie pulmonaire mobile, la rencontre annuelle de concertation entre les

36 Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katlholo, Caoimhe Smyth, Ani Herna Sari, Olya Klymenko et Maxime Lunga- Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexotransformatrice: une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose -2021

37 Wamini Micheline OUEDRAOGO Tuberculose en milieu carcéral : de minces chances de guérison dans une MACO surpeuplée Journal Quotidien Sidwaya 1er février 2024

38 Ministère de la Santé- Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

39 Ministère de la Santé- Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

directeurs des MAC et la coordination du PNT, la dotation en kit d'hygiène des détenus atteint de la tuberculose, un appui alimentaire mensuel durant tout le traitement, une recherche active des cas de tuberculose (REATB).

Aussi dans le cadre du dépistage actif, outre les consultations curatives de routine, le screening des détenus à l'entrée dans les prisons, des campagnes de dépistage actif de la tuberculose à l'aide de la radio numérique mobile ont été menées dans 7 maisons d'arrêt et de correction du pays.

### **Les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH)**

Les co-infections TB et VIH font peser un lourd fardeau sur les systèmes de soins de santé et posent des défis diagnostiques et thérapeutiques particuliers. Les défis liés aux droits humains à relever pour combattre la tuberculose et le VIH sont étroitement interconnectés. Les raisons pour lesquelles les personnes coinfectedes étaient réticentes à se faire diagnostiquer sont liées à la manière par laquelle elles ont été déjà reçues en tant que malade VIH, et la honte de se présenter en tant que nouveau malade, fait craindre une nouvelle stigmatisation. Les patients préféreraient donc changer de structure de prise en charge pour ne pas s'identifier comme patient VIH<sup>40</sup>, c'est une forme d'auto-stigmatisation. Le lien étroit entre ces deux maladies implique que les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose, doivent être planifiés et mis en œuvre avec une étroite et efficace coordination entre les différents acteurs<sup>41</sup>. Et on peut percevoir des difficultés à réussir la mise en place d'un tel dispositif assez complexe dans sa conception et de sa mise en œuvre.

Selon des études à travers le monde, les personnes vivant avec le VIH font face à un risque élevé de contracter la tuberculose. Elles ont 18 fois plus de risques de faire une tuberculose évolutive que les personnes séronégatives. La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées au VIH peuvent amplifier la stigmatisation liée à la tuberculose ou être aggravées par celle-ci. Donc une personne avec une co-infection TV VIH est susceptible de subir une double stigmatisation et discrimination à son corps défendant et donc se voir notamment dénier de son droit d'accès à des services et soins de santé imminemment nécessaires pour sa survie.

Au Burkina Faso, l'infection par le VIH est le plus puissant facteur de risque connu prédisposant à l'infection par *Mycobacterium tuberculosis* et à la progression vers une maladie active, ce qui multiplie par 20 le risque de réactivation de la tuberculose latente<sup>42</sup>. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida au Burkina Faso, certaines OBC assurent le traitement, le suivi de certains patients et la distribution à base communautaire de certains produits de santé. Cette expérience bien réussie à travers tout le pays, devrait s'élargir et inclure ces mêmes prestations pour les malades de la tuberculose, bien sûr toujours sous la supervision des professionnels de santé.

L'expérimentation de l'approche du Guichet unique TB/VIH est en cours dans quatre (4) des 13 régions du pays. Les régions concernées sont celles du Centre, des Hauts Bassins, du Centre-Ouest et du Sud-Ouest. Cette approche permet aux malades infectés par les deux

---

40 Programme national de lutte contre la Tuberculose-Gabon-Evaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon- Rapport final-Juillet 2024

41 Le Fonds Mondial Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025 Date de publication : 20 janvier 2023

42 Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique- Profil du Burkina Faso sur la Tuberculose ONSP-sante.bf Décembre 2023

maladies de bénéficier de soins intégrés dans les structures de santé. Parmi les avantages, il y a la réduction du retard de mise en route du traitement antirétroviral, l'augmentation du pronostic vital, la limitation de la fréquentation de plusieurs structures et la réduction des taux d'abandon de traitement. La prise en compte des recommandations formulées à l'issue de l'évaluation de l'approche dans ces quatre régions du pays, permettront de renforcer la stratégie tout en passant à l'échelle.

L'un des faits marquant en 2023 est d'avoir obtenu un consensus avec les cliniciens sur la directive du traitement préventif de la tuberculose (TPT) chez toute PVVIH éligible.

Aussi, la stratégie innovante de prise en charge intégrée des patients coinfectés TB/VIH a fait l'objet d'appropriation par les membres de la cellule<sup>43</sup>.

### **Les sujets contacts des cas index**

Au Cameroun, l'évaluation CRG a montré qu'autour du patient contagieux, la recherche des sujets contacts n'est pas systématique malgré les directives nationales pour le traitement préventif de TB latente. Le suivi des sujets contacts devrait être réalisé auprès de tous les malades dont les attentes sont positives à la microscopie ou au Genexpert. La recherche des contacts poursuit les objectifs suivants : i) identifier les cas secondaires de TB active et amorcer leur traitement, ii) identifier et traiter les cas « source » qui ont infecté le cas index, iii) identifier les contacts atteints d'une Infection Tuberculeuse Latente (IV) afin de leur offrir un traitement préventif.

Cette recherche systématique fait face à plusieurs défis : absence d'un système de recherche active et de notification des sujets contacts partout, absence de registres pour la notification systématique des sujets contacts, absence de canevas de transmission des données de traitement préventif vers la hiérarchie. Toutefois, le pays a mis en place un projet d'investigation dans le cadre des subventions du Fonds mondial<sup>44</sup>.

Au Burkina Faso, la Recherche active des cas de tuberculose (REACT) concerne entre autres les contacts des cas index. Le principal objectif de l'intervention est de contribuer à accroître d'au moins 15% par rapport à la moyenne des 3 dernières années, le nombre de cas de tuberculose dans les régions couvertes par la subvention du Fonds Mondial.

### **Les populations déplacées internes**

Depuis 2015, le Burkina Faso connaît une crise sécuritaire en raison d'attaques terroristes qui se traduit par une crise humanitaire grave marquée par une hausse importante du nombre de personnes déplacées à l'intérieur (PDI) du pays. Ainsi les personnes déplacées et les populations d'accueil se retrouvent face aux difficultés dues aux attaques terroristes. Les populations dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS), présentent un taux élevé de mobilité, des conditions de vie défavorables (surpopulation/promiscuité, insécurité alimentaire, stress psychologique, faible résilience des populations face aux effets des nouveaux aléas auxquels elles se confrontent) et un accès limité aux services de santé. Ce qui les rend vulnérables au VIH, à la tuberculose et autres épidémies.

Selon le rapport du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR), rendu public ce 12 mai, le Burkina enregistre 2 062 534 PDI à la date du 31 mars 2023.

---

43 Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Coordination du Programme nationale de lutte contre la tuberculose. Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose -Année 2023

44 FIS CAMEROON. Evaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon

Cette situation urgente impose une pression supplémentaire sur la capacité du système de santé à fournir efficacement des services de santé de qualité à la population.

Dans les régions touchées, 185 centres de santé ont fermé leurs portes pendant que des populations sont restées sur place et 354 ont dû limiter leurs services au minimum, ce qui a eu des conséquences sur plus de 2 millions de personnes en termes d'accès à des services de soins de qualité<sup>45</sup>.

L'analyse de la situation dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) a révélé que les taux de déclaration des cas de tuberculose ont peu varié au cours de cette période (2016-2020) ; toutefois, ils étaient plus bas dans les ZADS que dans les autres régions. Plus spécifiquement, le pourcentage de patients perdus de vue a grimpé à 12,7 % dans les centres les plus touchés, tandis que la moyenne nationale était de 6,9 % en 2020<sup>46</sup>.

En plus, au regard des problèmes sécuritaires, la question de la protection des femmes et des filles des régions touchées se pose avec acuité. Selon les informations recueillies auprès des services techniques en charge de l'action sociale et de la femme, dans les régions touchées par le terrorisme, il y a un grand risque de perdre les acquis engrangés dans la lutte pour la promotion des droits des femmes et des filles. Aussi dans les régions en proie à ces attaques, les femmes et les filles sont contraintes de se déplacer sur de longues distances sans aucune protection, courant le risque d'agressions diverses. Des cas d'esclavage sexuel ont été évoqués lors de libération récente des otages dans la région du Nord.

Les stratégies mises en place dans le cadre de cette initiative étaient particulièrement novatrices à plusieurs égards. Elles ont permis de :

- Augmenter la participation communautaire (p. ex. par la collecte et le transport de cultures d'expectorations et par l'intégration du dépistage et des soins dans les postes de santé, cliniques mobiles et camps de PDI) ;
- Tirer profit des technologies de l'information et de la communication (TIC) ;  
Simplifier les protocoles de culture et d'analyse d'expectorations.

Les actions à entreprendre seront, le système d'approvisionnement des produits antituberculeux qui va connaître une adaptation selon le Plan de contingence intégré TB, VIH, paludisme dans les ZADS au BF.

Cette adaptation devra permettre la sécurisation de l'approvisionnement des intrants de lutte contre la tuberculose ;

La mise à disposition des intrants qui sera faite en collaboration avec le CORUS, les organisations humanitaires, communautaires et les forces de défense et de sécurité ;

Également des mesures spécifiques (par voie aérienne, convois sécurisés et dotation de frais de transport) seront prises pour le transport et la distribution des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement<sup>47</sup>.

---

45 Le Fonds Mondial- Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose. Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel. ÉTUDE DE CAS : Lutte contre la tuberculose dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) au Burkina Faso Juillet 2022

46 Le Fonds Mondial- Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose. Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel. ÉTUDE DE CAS : Lutte contre la tuberculose dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) au Burkina Faso Juillet 2022

47 Le Fonds Mondial- Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose. Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel. ÉTUDE DE CAS : Lutte contre la tuberculose dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) au Burkina Faso Juillet 2022

### Les enfants de moins de 15 ans

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

### Les mineurs (orpaillage artisanal)

Des méta-analyses d'études faites dans des pays d'Afrique Subsaharienne ont montré qu'une augmentation de la production minière correspond à une augmentation d'environ 33% de l'incidence de la tuberculose plus qu'en population générale. Les mineurs présentent un risque de 2,7 de développer la tuberculose<sup>50</sup>

#### • **Stigmatisation et discrimination**

En résumé, la **stigmatisation** est liée aux attitudes et perceptions négatives, tandis que la **discrimination** se traduit par des actions concrètes et souvent illégales qui nuisent aux droits et aux opportunités de la personne.

### La stigmatisation

La stigmatisation associée à la tuberculose est souvent liée à la pauvreté, mais également à des informations erronées et à des craintes injustifiées concernant la maladie. La discrimination et l'exclusion liées au VIH peuvent amplifier la stigmatisation liée à la tuberculose ou être aggravées par celle-ci. En effet, des personnes continuent de craindre qu'un diagnostic positif au VIH ou à la tuberculose n'entraîne une perturbation de la stabilité de leur vie (mariage, estime de la famille, moyens de subsistance, rôle dans la communauté). Cette situation peut aller jusqu'au rejet social du malade. Dans les contextes où les femmes sont touchées de manière disproportionnée par le VIH, la charge de la tuberculose pesant sur les femmes risque également d'être plus élevée que celle pesant sur les hommes. C'est notamment le cas en Afrique subsaharienne où les jeunes femmes en particulier (18-24 ans) présentent un taux de nouvelle infection à VIH deux à trois fois plus élevé que les jeunes hommes de la même tranche d'âge.

Des évaluations de référence pour la tuberculose ont identifié les obstacles et toutes indiquent que la stigmatisation liée à la tuberculose et la stigmatisation combinée liée au VIH et à la tuberculose sont répandues. Elles ont également révélé l'intersectionnalité des obstacles liés aux droits : par exemple, les personnes touchées par la tuberculose subissent à la fois une discrimination fondée sur le genre et une stigmatisation liée au fait d'avoir été incarcérées<sup>48</sup>.

Au Burkina Faso, le niveau de la stigmatisation des malades TB dans la société n'est pas connu<sup>49</sup>. Il n'existe pas suffisamment de données permettant de décrire de façon spécifique la situation de la discrimination et de la stigmatisation liées à la tuberculose au niveau.

---

48 Le Fonds Mondial Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025 Date de publication : 20 janvier 2023

49 Ministère de la santé - Burkina Faso de l'hygiène publique. Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 – Janvier 2023

Des Rapports d'études de l'OCASS/RAME réalisées sur financement du projet Health Project Plus (HP+), montrent que des PVVIH ont bien été victimes des cas de stigmatisations dans des centres de santé<sup>50</sup>.

L'Éthiopie fait partie des 30 pays avec le plus lourd fardeau de la tuberculose dans le monde. Une patiente tuberculeuse de l'est de l'Éthiopie, a déclaré aux chercheurs de Management Sciences for Health (MSH) : « La famille de mon mari m'a beaucoup stigmatisée. Comme ils savaient que j'étais un patient tuberculeux, ils n'ont pas dormi dans notre maison. Ils dorment dehors. Ils ne sont pas non plus disposés à manger avec moi... Avant d'être infecté par la tuberculose, notre vie sociale avec les autres était excellente... Mais après avoir su que j'étais un patient tuberculeux, un seul de mes voisins vient parfois me rendre visite<sup>51</sup> ». Ce rejet et cet isolement sont aggravés par l'association de la tuberculose au VIH. Les patients vivent également la peur de perdre leur emploi ou leur lieu de vie, voire la violence ou l'abandon de la part des partenaires. Et cette peur peut engendrer une auto stigmatisation amenant les personnes affectées par la tuberculose à éviter les structures de +santé et les regroupements familiaux ou sociaux.

Il faut noter que les agents de santé en charge particulièrement des personnes atteintes de la tuberculose, centre de dépistage et de traitement, services de pneumologie dans les hôpitaux, connaissent aussi une certaine forme de stigmatisation « voilée » sous des formes tel le refus de la part d'autres agents de santé d'être affectés dans tels services.

La stigmatisation est un problème social et elle nécessite une solution sociale et médicale, inspirée par la compassion et reposant sur des informations scientifiques

### **La discrimination**

Les personnes porteuses de la tuberculose ont le droit de ne pas subir la discrimination, que ce soit dans le cadre des soins de santé, de l'emploi, du logement, de l'éducation ou dans tout autre contexte. Elles sont néanmoins victimes de stigmatisation et de discrimination, souvent parce que la tuberculose est associée à la pauvreté et à de mauvaises conditions de vie ou en raison de la désinformation et des idées reçues sur la maladie.

La discrimination peut être aggravée par l'incapacité de protéger la confidentialité et la vie privée des personnes touchées par la tuberculose, en particulier dans le contexte des soins de santé, de l'emploi et de l'éducation. La stigmatisation et la discrimination peuvent toucher tout le monde, les femmes comme les hommes et les jeunes<sup>52</sup>.

#### **• Genre**

Le Burkina Faso a consacré dans sa constitution dès le préambule, la promotion du Genre comme facteur de réalisation de l'égalité de Droits entre Homme et Femme. Par ailleurs, la constitution consacre les droits sociaux de base dont le droit à la santé<sup>53</sup>. De plus, le pays s'est

---

<sup>50</sup> Health Policy Plus -RAME /OCASS. Rapport mensuel de collecte avec les Clients Mystérieux -Mois de Septembre 2020 Projet de Suivi du traitement communautaire des PvVIH au Burkina Faso

<sup>51</sup> La stigmatisation compte pour mettre fin à la tuberculose - Management Sciences for Health (msh.org)

<sup>52</sup> Le Fonds Mondial Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025 Date de publication : 20 janvier 2023

<sup>53</sup> Ministère de la santé - Burkina Faso de l'hygiène publique. Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 – Janvier 2023

doté de plusieurs instruments juridiques qui ont été analysés un peu plus haut, traduisent la volonté politique de promotion dans ce domaine.

Le Burkina Faso s'est engagé en faveur de l'égalité de genre qui constitue un point central des objectifs du développement durable à l'horizon 2030 et l'agenda 2063 de l'Union Africaine. Au plan international et régional, le pays a ratifié toutes les conventions en faveur de l'égalité de genre. Le référentiel national de développement (PNDES II 2021-2025 Burkina Faso) prend en compte de la promotion de la femme et du genre, notamment dans le cadre de l'axe 3 de consolidation du capital humain.

En 2021, la Stratégie National Genre (SNG) 2020-2024 ainsi que son plan d'action opérationnel 2020-2022 ont été approuvés suite à l'évaluation de la politique nationale genre 2009-2019 qui avait été menée. Elle vise à éliminer les inégalités et disparités entre les hommes et les femmes dans tous les domaines et à promouvoir la jouissance effective dans les droits humains fondamentaux de toutes les couches sociales.

Des acquis ont certainement été engrangés, mais des efforts restent à entreprendre pour assurer l'égalité et l'équité du genre dans la lutte contre la tuberculose. Car la capacité des femmes à rechercher et à continuer de recevoir des services de lutte contre la tuberculose peut être compromise par des problèmes financiers et logistiques, et par un manque de connaissances dans le domaine de la santé, ainsi que par la stigmatisation liée à la maladie.

Le Plan d'Action pour la Stabilisation et le Développement (PA-SD), qui est l'instrument central d'opérationnalisation de la Politique nationale de développement durant la période de la Transition, a mis un focus sur une réponse efficace à la crise humanitaire. Ainsi les effets projetés sont de porter à 50% la proportion des PDI volontairement retournées, intégrées ou réinstallées en 2025 ; à 75% en 2025, la proportion des formations sanitaires fermées remises en fonction dans les zones à fort défi sécuritaire, en assurant entre autres la continuité des services des soins de base, de l'éducation en situation d'urgence et de la nutrition, au profit des PDI et des populations affectées par le terrorisme.

### **Inégalités fondées sur le genre**

Selon la note d'information technique « Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose-20 janvier 2023 » du Fonds Mondial, en 2020, 56 % des cas de tuberculose concernaient des hommes, 33 % des femmes et 11 % des enfants. Les hommes sont généralement plus susceptibles d'être exposés au risque de tuberculose que les femmes lorsqu'ils exercent certains métiers (mineur ou dynamiteur, par exemple) et en raison de comportements à risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool et la consommation de drogues. Le diagnostic de la tuberculose peut être retardé et l'observance du traitement moins bonne chez les hommes qui jugent ne pas avoir besoin de soins de santé réguliers ou considèrent que les établissements de soins primaires sont destinés aux femmes et aux enfants. Dans les contextes où les hommes sont souvent considérés comme les principaux soutiens de famille, la peur de perdre leur emploi ou des possibilités économiques en étant perçus comme malades affecte aussi leur comportement de recherche de santé<sup>54</sup>.

Concernant donc la tuberculose, il ne faut pas oublier que les hommes sont généralement davantage exposés, et que certains des obstacles à l'accès aux services de soins mentionnés ci-dessus qu'ils rencontrent, sont clairement liés au genre.

---

54 Le Fonds Mondial Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025 Date de publication : 20 janvier 2023

Au Burkina Faso, le ratio homme/femme chez les nouveaux et rechutes de tuberculose toutes formes, est resté fortement en faveur du sexe masculin. Il a augmenté au fil des années sauf en 2020, où on constate une baisse. En 2021, le ratio était très élevé dans le Centre-Sud, le Plateau Central, le Centre-Nord, le Centre-Est et le Sahel. Il est resté en faveur du sexe masculin dans toutes les tranches d'âge avec une augmentation à partir de 15 ans et un pic entre 25 et 44 ans, c'est-à-dire dans les tranches d'âges actifs.

Mais, la féminisation du gap observé entre cas estimés et cas notifiés à partir de 25 ans et l'augmentation du sex-ratio entre 15 et 44 ans laissent supposer des défis à l'accessibilité des femmes adultes aux soins de santé pour tuberculose.

Les inégalités et disparités de genre se caractérisent aussi par une sous-utilisation des services de santé due essentiellement à la distance, à la pauvreté et au faible pouvoir d'achat des populations en général et celui des femmes en particulier. A cela, s'ajoute un manque de pouvoir de décision des femmes, car ce sont les rapports de genre qui déterminent la décision d'aller consulter ou non dans une formation sanitaire en cas de maladie. Cela devrait être pris en compte dans les stratégies de recherche active des cas de tuberculose<sup>55</sup>.

Concernant les autres populations clés et vulnérables, malgré des mesures spécifiques et de routine, il y a une insuffisance d'action à l'endroit de certains de ces groupes (détenus, personnes handicapées ...).

Spécifiquement pour les personnes handicapées, la Convention des Nations Unies relatives aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) confère des droits aux personnes handicapées dans les domaines suivants : santé, éducation, transport, infrastructures, formation professionnelle, emploi, sports, loisirs, arts et culture, communication, participation à la vie politique et à la vie publique. Au Burkina la CDPH a été internalisée à travers la Loi N°122010/AN du 1<sup>er</sup> Avril 2010 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées Cette loi prévoit des avantages pour les personnes handicapées. Force est de constater que plus de treize ans après l'adoption de cette loi, les droits des personnes handicapées notamment le droit à la santé demeure difficile à atteindre car il existe des barrières à la jouissance de ce droit à la santé. En dépit de toutes les dispositions, on assiste à la persistance de problèmes qui rendent toujours difficile l'accès des services de santé en général et ceux de tuberculose, aux personnes handicapées. Il s'agit entre des problèmes liés à la configuration, l'aménagement et l'accès physique, à l'accès à une information adaptée notamment la disponibilité d'outils spécifiques (outils écrits en braille, outils de communication adaptés aux personnes malentendantes et sourdes etc.), la formation non spécifique du personnel de santé, la stigmatisation et à la discrimination etc. Aussi, l'accès des personnes handicapées aux structures, services et prestations de santé constitue un défi de façon générale. Des obstacles à leur droit d'accès aux services de tuberculose, se manifestent ainsi.

### ***Violences basées sur le genre***

Les violences basées sur le genre ont depuis des décennies été reconnues comme un phénomène traduisant très souvent des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, aboutissant à la domination et à une discrimination exercée par les premiers sur les secondes. Ces violences freinent particulièrement la promotion des femmes et portent atteintes à leurs libertés fondamentales notamment leur droit autonome d'accès aux services de soins y compris ceux de tuberculose. Elles empêchent partiellement ou totalement, l'évolution des femmes et des filles, qui en sont victimes. Elles ne peuvent avoir la garantie de jouir pleinement de leurs

---

<sup>55</sup> Ministère de la santé - Burkina Faso de l'hygiène publique. Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 – Janvier 2023

droits. La violence perpétrée contre une personne en raison de son sexe et de la place que lui accorde une société ou culture donnée est un phénomène sexiste, enraciné dans l'inégalité entre les hommes et les femmes à travers le monde avec de graves conséquences à long terme. Hélas, peu de connaissances sont disponibles sur les politiques de recours aux solutions durables et appropriées à proposer aux victimes<sup>56</sup>.

Le Réseau des Femmes Elues Locales d'Afrique (REFELA) dans un rapport publié en 2018 constatait qu'en Afrique de l'Ouest, plus de 40% des femmes sont victimes de violences et 65% le sont en Afrique Centrale<sup>57</sup>.

Selon le rapport de l'Etude-pays « Social Institutions and Gender Index » (SIGI) Burkina Faso 2018, 35,2 % des victimes de VBG ont subi des violences émotionnelles, 15,2 % des violences physiques et 6,8 % des violences sexuelles. Le rapport de 2017 indique que 37% des femmes ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie contre 16 % des hommes. Aussi 80% des femmes vivant ou ayant vécu en union ont été victimes de pratiques discriminatoires liées à la famille au cours de leur vie.

En 2020 et 2021, les services sociaux du Ministère en charge de la femme du Burkina Faso, ont enregistré respectivement 5324 cas de VBG dont (79,88% de femmes et 20,12% d'hommes) et 9838 cas de VBG dont (84,76 de femmes et 15,24% d'hommes). Du 1er janvier au 30 décembre 2022, le numéro vert a enregistré 1086 cas de VBG dont 912 cas chez les femmes soit 83,97%. Ces violences sont de plusieurs types et formes dont les mariages forcés, les violences physiques, l'exploitation sexuelle, les violences morales, l'abandon de domicile conjugal, etc. L'excision, l'une des pires formes de violences basées sur le genre, demeure un phénomène plus fréquent au Burkina Faso, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et c'est dans les régions du Centre-Est (90 %), du Centre-Nord (87 %), du Nord (88 %) et du Plateau Central (88 %) que les proportions de femmes excisées sont les plus élevées.

Plus de la moitié des femmes de 15–49 ans sont excisées (56 %). La prévalence de l'excision a diminué, passant de 76 % en 2010 à 56 % en 2021. Plus de quatre femmes de 15–49 ans sur dix (45 %) ont été excisées avant l'âge de 5 ans<sup>58</sup>.

Le Burkina Faso compte 2,8 millions d'enfants mariées avant l'âge de la majorité, dont 548 200 qui l'ont été avant l'âge de 15 ans. À l'heure actuelle, le taux de prévalence du mariage d'enfants (mariage avant l'âge de 18 ans) chez les filles s'élève à 52 %. Ce chiffre est plus élevé dans de nombreux autres pays, et peu d'éléments attestent de progrès vers la réduction de la prévalence du mariage d'enfants au cours des 25 dernières années, malgré des efforts continus en ce sens. Le mariage forcé des jeunes filles est un problème d'actualité au Burkina Faso. En raison de normes sociales et de pratiques culturelles, 51,3 % des femmes âgées de 20 à 24 ans et 8,9 % des filles de moins de 15 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans<sup>59</sup>. Face à cette situation, des actions sont menées par le Gouvernement avec l'appui de certains de ses partenaires. Il s'agit entre autres de l'existence d'un circuit de référencement des survivants (es) de VBG ; d'un répertoire national des acteurs intervenant dans le domaine des VBG ; de ligne

---

<sup>56</sup> Ministère de la santé - Burkina Faso de l'hygiène publique. Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 – Janvier 2023 60

<sup>57</sup> Ministère de la santé - Burkina Faso de l'hygiène publique. Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 – Janvier 2023

<sup>58</sup> Burkina Faso – Enquête démographique et de santé (EDS IV) 2021 -INSD Août 2023

<sup>59</sup> Burkina Faso. Profil de Pays 2021 : Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à mettre fin aux mariages d'enfants

téléphonique d'assistance aux survivants(es) de VBG (80 00 12 87) ; la gratuité du certificat médical demandé par les victimes de viol, l'existence d'un centre de prise en charge intégrée des survivants(es) de VBG etc. L'ambition du Gouvernement du Burkina Faso est d'atteindre la tolérance zéro face aux violences basées sur le genre. Mais les défis à relever dans la lutte contre les VBG existent :

- La coordination et le suivi dans toutes les interventions en matière de lutte contre les VBG ;
- La mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des actions nationales de lutte contre les VBG;
- La prise de conscience par les populations des conséquences dommageables des VBG
- L'application rigoureuse des textes en matière de lutte contre les VBG ;
- Des actions en faveur des groupes spécifiques/vulnérables (détenus, personnes handicapées, ...).

### • Implication communautaire dans la lutte contre la tuberculose

Des expériences très réussies d'implication et de contribution des acteurs communautaires dans la lutte contre diverses maladies de par le monde et en Afrique, dans la création de la demande et l'offre de services (sensibilisation, dépistage, recherche de contacts, recherche des perdus de vue, accompagnement, etc.), soulignent le rôle important des organisations de la société civile et des communautés dans le soutien et le succès des programmes nationaux de santé et certainement celui de lutte contre la tuberculose.

La participation des structures communautaires va au-delà de la portée des centres de santé et des interventions biomédicales, en éliminant les obstacles socio-culturels et structurels à l'accès aux services de soins et de prise en charge de la tuberculose, elle constitue des moyens puissants d'atteindre les populations clés et vulnérables grâce à des services adaptés pour répondre à leurs besoins précis.<sup>60</sup>

Les différents acteurs communautaires ont besoin très souvent de mécanismes formels d'implication de la part des autorités étatiques qui leur permettent de bénéficier de soutiens financier et technique substantiels et continues très souvent pour en retour voir les bons résultats de leurs interventions.

Au Niger par exemple, les ONG et associations de lutte contre la Tuberculose se sont spécialisées avec l'avènement du Fonds mondial dont les financements exigent l'implication active des bénéficiaires ou de leurs représentants. C'est le cas au niveau du CCM où les structures communautaires de lutte contre la Tuberculose disposent d'un siège représenté par l'Association des Malades Guéris (ANIMAG) et la Coalition Nigérienne des ONG et Associations de lutte contre la Tuberculose (CONISOC). Au niveau de la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, deux sous récipiendaires communautaires sont impliqués, l'ONG ONEN et Plan International. Ils ont en charge la sensibilisation et mobilisation communautaire pour le dépistage, la recherche des Perdus de vue (PDV) et des enfants contacts, l'accompagnement, etc.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Le Fonds Mondial- Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose. Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel. ÉTUDE DE CAS : Lutte contre la tuberculose dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) au Burkina Faso Juillet 2022

<sup>61</sup> Ministère de la santé publique Rapport de l'étude sur « L'Analyse de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la réponse à la tuberculose au Niger » – Août 2020

Au Burkina Faso, la société civile est très active et accompagne le Gouvernement dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des projets et programmes de santé en général. Sur les 238 Organisations à Base Communautaire (OBC) ayant contracté un paquet d'activités avec le Ministère de la santé, 111 interviennent dans la lutte contre le VIH et la TB. Ces associations couvrent l'ensemble des districts sanitaires avec une concentration dans les grandes villes. Les OBC constituent un dispositif complémentaire important qui mène des activités en soutien au système de santé. Ces acteurs communautaires sont donc un maillon dont le potentiel doit être utilisé de façon optimale surtout dans les zones à déficit sécuritaire où ils sont toujours actifs.

Ainsi dans le cadre de la lutte contre le VIH, certaines OBC assurent le traitement, le suivi de certains patients et la distribution à base communautaire de certains produits de santé.

La mise en œuvre des subventions du Fonds mondial au Burkina Faso pour la lutte contre la tuberculose, montre que des acteurs communautaires et les populations clés ont participé à l'évaluation des besoins et à l'élaboration des notes conceptuelles aux cours des ateliers régionaux et à travers des comités de rédaction. On en déduit l'implication et la prise en compte des besoins des différentes parties prenantes notamment de la société civile et des populations clés et vulnérables dans le processus de planification. Ainsi les représentants des malades, de la coalition des réseaux et associations de lutte contre le VIH/Sida (CORAB), de KASABATI, de IPC/BF et de l'association des tradipraticiens de santé, ont participé aux travaux des différents groupes thématiques<sup>62</sup>.

Cependant de manière générale, on note une insuffisance dans la part contributive des OBC dans la lutte contre la tuberculose. En effet, en 2022, la part contributive des animateurs des OBC et des ASBC au dépistage de la TB était de 3% (220/7051, objectif de 30%)<sup>66</sup>. Il faut noter que cette implication est assez limitée. C'est également que cette expérience avec le Fonds Mondial n'est pas systématiquement appliquée pour l'élaboration des différents plans de réponse à la tuberculose et à tous les niveaux du système de santé. Aussi l'approche du Fonds Mondial mérite d'être beaucoup plus renforcée dans le cadre de l'engagement pour une riposte efficace avec une grande participation communautaire y compris des personnes affectées par la tuberculose et à tous les niveaux comme pour le cas de la lutte contre le VIH/Sida. Il faut aussi noter que ces OBC qui emploient des animateurs communautaires sur le terrain, sont dans la plupart des cas, dépendantes de financements de partenaires financiers extérieurs. Et lorsque ces financements s'épuisent, leur contribution s'amenuise drastiquement.

En vue de renforcer la contribution communautaire au système de santé publique, le Ministère de la santé s'est doté d'une stratégie nationale de santé communautaire 2019-2023 et d'un référentiel d'interventions communautaires dans cette lutte, élaboré en fin 2019. Aussi près de 32.648 ASBC ont été recrutés, formés et équipés pour couvrir les 8824 villages et des quartiers des grandes villes. Même s'il faut déplorer la faible proportion des femmes ASBC (35%), alors que la mise en œuvre de certaines stratégies de santé requiert des ASBC de sexe féminin dans les contextes culturels actuels. Ces ASBC fournissent un paquet d'activités préventif, curatif et promotionnel y compris la lutte contre la tuberculose. Toutefois, la couverture des populations en ASBC n'est pas totale dans la mesure où toutes les zones urbaines, périurbaines et les hameaux de cultures n'ont pas été totalement couverts par le recrutement. Également le financement des émoluments de ces agents relève très souvent des soutiens financiers des

---

<sup>62</sup> Plateforme des organisations de la société civile en santé et VIH au Burkina Faso. Pour une meilleure prise en compte du Genre et des droits humains dans la riposte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida – Livre Blanc. 2018 65 Ministère de la Santé- Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso

partenaires techniques et financiers (PTF). Cela met en cause la durabilité de tels appuis communautaires.

### **Aux termes de la revue**

Nous avons noté quelques obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès aux services de lutte contre la tuberculose

Le retard d'accès aux services de santé pour la prévention, la prise en charge et le soutien engendré par certaines attitudes en lien avec des normes socio-culturelles fondées sur le patriarcat où la femme a un faible ou une absence de pouvoir de décision ou moins d'autonomie. Par ailleurs la représentation culturelle de la masculinité amène certains hommes à cacher leur maladie voir à retarder l'accès au sein ;

La stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de tuberculose et ou de Sida freinent leur accès aux services de santé ;

La faible participation et souvent passive des communautés et particulièrement des femmes aux actions de riposte à la tuberculose et ce depuis la phase de planification jusqu'à l'évaluation finale des résultats en passant par la mise œuvre et le suivi des interventions ;

La très faible responsabilisation des représentants de ces communautés qui participent à la réponse à l'infection tuberculeuse ;

La faible observation et respect du consentement éclairé, de la confidentialité et du droit au respect de la vie privée dans le cadre du dépistage médical, des traitements ou des services de santé ;

La faiblesse des ressources pour faire faces aux dépenses pour le transport, les bilans pré traitement, certains bilans de suivi.

## **Les dispositions Juridiques et environnementales en lien avec l'accès aux soins à l'épreuve du terrain**

## I. LES DONNEES QUALITATIVES DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Pour la réalisation de cette étude qualitative, l'équipe des consultants avec l'appui du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) ont soumis au Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé (CERS) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) un protocole de recherche, annexé des outils de recherche. Ce protocole, les outils de collecte de données et les fiches d'information et de consentement éclairé, ont été approuvés par ledit Comité qui a autorisé la réalisation de l'étude<sup>63</sup>.

La deuxième phase de l'étude a consisté à l'identification et la formation des Assistants de collectes de données. Pour cela, l'équipe des consultants a mis à profit l'expertise du RAME pour identifier les profils adéquats pour la collecte des données. La formation s'est déroulée sur les outils de collecte, notamment les guides d'entretien semi structuré à l'endroit des différentes cibles et le guide de focus group.

La traduction des guides en langue mooré a été faite par un linguiste alphabétiseur et des jeux de rôle ont permis aux participants de tester et de valider les différents outils.

La collecte s'est déroulée dans 3 régions sanitaires sur les 13 que compte le pays eu égard à la limite des ressources financières dédiées à l'étude. Il s'agit des régions du Centre, du Centre Ouest et du Plateau Central.

La troisième étape a concerné le traitement et l'analyse des données recueillies.

Au total, 46 personnes ont été individuellement interviewées et deux focus group regroupant au total 17 personnes ont été réalisés.

### 1.1. Analyse thématique des résultats des enquêtes

#### 1.1.1. Barrières d'accès aux soins des personnes affectées par tuberculose et les populations clés

##### a. Personnes affectées par la tuberculose

Divers témoignages orientent vers l'existence effective d'obstacle plus ou moins surmontables d'accès au diagnostic et aux soins de tuberculose liés au système de santé :

- « *Pour accéder aux services de santé, les malades sont confrontés aux obstacles suivants : ruptures de certains intrants de dépistage et de prise en charge à temps, le temps pour les ICP des CSPS de venir au district s'approvisionner en produits TB* » (Enquêtes Centre Ouest),
- « *Les problèmes d'alimentation, de déplacement, le regard des autres ou d'incapacité à subvenir à leur propre besoin sont entre autres difficultés qu'ils ont rencontrés du dépistage à la guérison* » (Enquêtes Centre Ouest),
- « *L'accès aux soins de santé reste un défi majeur pour les patients atteints de tuberculose, en particulier pour les populations rurales éloignées des centres de santé. Les difficultés liées aux coûts liés aux déplacements, l'alimentation et un manque de sensibilisation communautaire sur l'importance de soins réguliers. Également, les délais dans les traitements qui vont jusqu'à six (06) mois aggravent la difficulté d'accès aux services nécessaires en ce sens que certains patients rompent la continuité du traitement une fois que leur santé commence à s'améliorer. Enfin, les malades de la tuberculose estiment que la distance qui les sépare des CDT, services spécialisés dans le dépistage et le traitement de la tuberculose qui sont jusque-là centralisés constitue*

---

<sup>63</sup> Autorisation de recherche

*une grosse barrière à l'accès d'aux soins de la tuberculose » (Agents de santé enquêtés-Plateau central),*

- *« Et d'autres ont fait plus d'un mois et même un an de souffrance avant d'être dépistés. Cela par ignorance sur les signes de la maladie, car la maladie étant prise pour une simple toux, un simple paludisme, pneumonie et d'autres l'ont pris pour une maladie dû à l'âge » Agents de santé enquêtés-région du Centre,*
- *Un des malades note : « après avoir fait un tour dans une clinique, puis chez un tradipraticien, à l'Association Source de Vie et dans une clinique en Tunisie, c'est après tout ce parcours que le diagnostic a été posé »,*
- *« Pour eux, les patients TB qui refusent de se faire soigner, pensent que c'est payant et c'est très coûteux, donc faute de moyens, ils se cachent avec leur mal ». (Agent de santé enquêté-région Centre Ouest),*

On note des retards de diagnostic qui peuvent être imputés au système de santé (formations sanitaires et acteurs communautaires) du fait d'une insuffisance de sensibilisation de la population en général, qui expliquerait :

Un manque ou insuffisance de connaissance sur les principaux signes de la maladie, occasionnant des autodiagnostic erronés ;

Une méconnaissance de la gratuité des examens et soins pour la tuberculose, occasionnant l'utilisation d'itinéraires thérapeutiques qui conduisent parfois les malades chez des praticiens incapables de poser le bon diagnostic avec parfois d'importantes dépenses financières et aussi en temps.

D'autres récits montrent que les obstacles d'accès aux soins relèvent beaucoup plus des individus ou des communautés :

*« La plupart des malades sont inactifs donc cela engendre la pauvreté des patients, c'est-à-dire manque de moyen de déplacement, frais supplémentaires de carburant, et même pour bien s'alimenter et aussi les effets secondaires des produits qui abattent l'organisme. On peut ajouter même que certains n'ont pas d'accompagnateurs » Agent de santé enquêté, région du Centre,*

*« Certains patients ne donnent pas de vrais contacts et s'intéressent plus aux tradipraticiens...qui ne collabore pas et c'est ce qui justifie l'augmentation du nombre de malades dans certaines zones où exercent ces tradipraticiens » Agent de santé enquêté Région du Centre,*

Il est effectif que plusieurs difficultés concrètes sont rencontrées par les malades :

- Le manque ou insuffisance d'information et d'éducation sur la tuberculose ;
- La pauvreté, le manque de ressources financières ;
- Le ravitaillement en produits qui doit se faire chaque 5 jours et non pour plus de jours ;
- Se faire accompagner à chaque fois pour le ravitaillement ;
- L'incapacité de travailler, le chômage ;
- Le manque de moyen de déplacement ;
- Les longues distances de certains CDT. Des malades éloignés des structures de soins ;
- Inaccessibilité de certaines zones liées aux intempéries (pluies) ;
- La gestion des autres ordonnances.

L'analyse de ces différentes difficultés, fait ressortir un certain nombre de constats qui sont de nombreuses barrières d'ordre physique, financière, institutionnelle (le manque d'adaptation/flexibilité pour gérer au cas par cas certains malades), individuelles et communautaire à l'accès aux soins de tuberculose.

- Exposition des malades à des dépenses catastrophiques ;

- Un manque de flexibilité de la part des agents de santé qui les amènent à ne pas identifier les cas particuliers de malades et s'adapter à leur situation en établissant un calendrier qui permettrait à ces malades d'adhérer au traitement, bien sûr avec quelques sacrifices de la part de ces agents de santé, sur leur temps de travail ;
- Lorsque le malade ne peut pas trouver un accompagnateur pour aller à son ravitaillement, il est contraint de rester sans ses médicaments pour une certaine durée. Et on peut en mesurer les conséquences. Par ailleurs le fait de toujours se faire accompagner, pourrait être considéré par certains malades, comme une forme de dévalorisation de soi. Certains souhaitent avoir une certaine autonomie pour « gérer » leur maladie ;
- La maladie elle-même, constitue un grand facteur de pauvreté du fait que les personnes atteintes peuvent éprouver des difficultés à travailler ; d'autres qui perdent leur emploi, et du jour au lendemain deviennent des chômeurs et par la suite incapables d'exercer un quelconque emploi rémunérateur.

Ces situations imprévues, sans aucun doute constituent de sérieuses barrières d'accès aux soins TB. Ces barrières sont aussi bien :

Individuelle, familiale (pauvreté, difficile gestion des effets indésirables, parfois faible ou manque de soutien de la famille ou de la communauté) ;

Liées au système de santé : insuffisance de soutien pour l'alimentation, insuffisances de centre de traitement (les longues distances un réapprovisionnement en médicaments ou autres soutiens attendus, le dispositif de gestion des effets secondaires apparemment pas toujours efficace etc.)

La coordination des interventions n'est pas simple entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la tuberculose (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, ASBC, famille, etc.) pour assurer un accès aisé aux soins.

« *Il faut digitaliser les choses pour assurer la continuité de la meilleure prise en charge de la tuberculose* » comme le suggère les membres du FG de la région du Centre.

On peut supposer que le PNT est à un certain niveau de digitalisation de ses procédures. Mais cette suggestion mérite d'être analysée et appréciée par les responsables du PNT en vue d'améliorer ou renforcer ses performances en la matière.

## **b. Les populations clés pour la tuberculose**

Relativement à certains malades de tuberculose faisant partie des populations clés, il arrive qu'elles vivent doublement les questions de barrières d'accès aux soins.

### ***Personne vivant avec un handicap***

Il s'agit ici de malade tuberculeux avec une difficulté physique réelle personnelle d'accès aux services et soins de santé. Si par ailleurs, cette personne est aussi coinfectée TB-VIH, elle fera donc face à plusieurs défis de santé et aussi de déplacement. Et il semble que pour ce type de malade et pour d'autres comme les PDI, les détenus, les appuis des structures de santé et de la communauté sont insuffisants. Car en plus des soins de santé, du fait de leur état de vulnérabilité, ils devraient tous recevoir périodiquement des kits alimentaires.

« *Les problèmes de mobilité pour des personnes vivant avec un handicap sont à relever* »  
*Enquête-région du Centre.*

Et parfois même les membres de la famille sont désorientés : « *Mon épouse fut paniquée et désorientée de cette maladie de plus* » Malade hémiplégique coinfecté TB-VIH.

On pourrait imaginer les sérieuses difficultés que vivra ce couple si l'époux malade, n'est pas mis dans des dispositions adéquates pour ses différents traitements. Et tout en « gérant » sa situation de handicap, il serait impératif de soutenir psychologiquement son épouse en les entourant de beaucoup d'égards. Sinon il y a un risque que le malade ne suive pas correctement son traitement pour insuffisance d'accompagnement familial, difficulté de mobilité pour avoir accès aux services de soins.

### **1.1.2. L'environnement juridique : les atteintes aux droits des patients.**

Un témoignage d'un ex prisonnier de la MACO parlant de la vie carcérale. « *A cet endroit, j'ai eu à rencontrer une sorte de discrimination vis-à-vis des camarades qui nous évitaient à tout prix. Nous sommes même isolés, nous les malades* » ;

« *Pour les détenus, le problème majeur est le manque de nourriture et de local pour l'isolement* » Focus Group-région du Centre Ouest.

Ces témoignages concernant des détenus tuberculeux, à type de stigmatisation sous forme d'évitement par les codétenus mais aussi d'une atteinte aux droits élémentaires humains par les autorités pénitentiaires, à type d'insuffisance d'accès à l'alimentation (un besoin primaire), est une confirmation de ce que des acteurs d'ONG apportant des appuis divers au milieu carcéral, ont eu à signaler, à savoir que les détenus malades subissent un double fardeau qui est la barrière commune d'accès habituel aux services de soins comme mentionné ci-dessus mais aussi ces détenus malades sont stigmatisés dans leur cadre de vie. Ce qui peut limiter leur accès à un traitement efficace comme tout autre tuberculeux.

Par ailleurs l'attitude des codétenus peut entraîner des soucis psychologiques pour quelqu'un qui est déjà en isolement du reste de la société. Cela peut ainsi le précipiter dans un état dépressif. Ou aussi, provoquer un refus de se faire soigner et donc constituer une véritable source de contagion dans ce milieu de haute promiscuité.

En fait un détenu quel que soit la nature de sa condamnation, a obligatoirement droit aux soins de santé. Surtout pour une maladie comme la tuberculose pour laquelle, si les soins bien codifiés ne sont pas respectés, le traitement est voué à un échec presque certain avec pour conséquence une aggravation de l'état du patient, une forte probabilité de transmission à ses codétenus donc une augmentation de l'incidence de la maladie. Le dilemme est comment dans un environnement surpeuplé on peut « gérer » une personne malade pendant la période contagieuse.

#### ***La protection des données personnelles***

Autres aspects à respecter comme droits de chaque individu, c'est la protection de ses données personnelles particulièrement ses données médicales. Et lorsque, ces données sont exposées et à la portée d'autres personnes non habilitées à les utiliser, c'est une forme d'atteintes aux droits. Aussi les participants au Focus Group (FG) de la région du Centre, pensent que « *le dispositif de protection des informations confidentielles médicales et des données à caractère personnel des malades de la tuberculose est bon mais il est un peu être dépassé car on doit inclure la digitalisation pour faciliter le suivi des malades sur toute l'étendue du territoire* ».

Les participants au FG suggèrent aussi qu'il sera nécessaire de trouver des changements adéquats pour améliorer la confidentialité et la protection des données des malades TB au vu de la nature de la maladie imposant une certaine discrimination comme par exemple l'isolement des CDT.

### **1.1.3. La stigmatisation**

Des récits et témoignages révèlent que des personnes du fait d'être atteintes de la tuberculose sont traitées comme « moins que les autres ». Ceci est une forme d'atteinte à leur dignité et à

leur droit d'être et peut constituer un élément qui les démotive à activement rechercher les soins qu'il leur faut.

### ***Les personnes affectées par la tuberculose***

- « *C'est la peur d'être stigmatisé par des personnes de la famille, qui sont ignorantes de la maladie, qui pousse certaines personnes souffrant de la tuberculose à hésiter à venir se faire soigner au centre de santé* ». Agent de santé enquêté-région du Centre ;
- « *La discrimination et la stigmatisation sont observées au niveau familial par certains malades. Certains enfants ont été rejetés à cause de la maladie (cas d'un orphelin illustré comme exemple). D'autres témoignages ont été faits, relatant que certains malades recevaient leurs nourritures comme des chiens* » Témoignage lors d'un Focus group ;
- « *Des malades enquêtés ont subi des violences psychologiques et victimes de traitement inhumain : négligence, marginalisation et rejet social ; des critiques acerbes également, contre leur personne en lieu public* » Rapporté par un Agent Enquêteur- région-Centre Ouest ;
- « *Parlant de stigmatisation, un malade a été victime de traitement stigmatisant venant d'un agent de santé au CMA, durant son hospitalisation, sous forme de négligence, violence verbale et isolement à leur égard, lui et sa maman* ». Rapporté par un Agent enquêteur- région-Centre Ouest ;
- « *Au niveau de la famille, deux malades furent victimes de négligence, de violence verbale et d'isolement de la part de leurs amis et certains de leurs proches. Ils étaient marginalisés au marché et à la gare routière de... D'autres disaient qu'ils souffrent du VIH/SIDA. Et cette stigmatisation suivie de marginalisation étaient moralement insupportables pour eux. La stigmatisation ou la marginalisation peut amener certains malades au refus de se faire soigner à cause des sentiments de honte ou de rejet social disent-ils* » Rapporté par un Agent enquêteur- région-Centre-Ouest ;
- « *En 2023, une personne, résidant à..., fut une victime pour son apparence physique. Il fut rejeté par la communauté suite à une rumeur sur son état de santé l'empêchant même de se payer à manger. Lorsqu'il s'approche des gens, il est marginalisé. Sa nourriture lui était servie dans un sachet par des vendeuses et interdit de partager des places assises dans des restaurants par terre. Personne ne voulait le saluer, encore moins d'échanger avec lui. N'étant pas au courant du pourquoi de cette stigmatisation, il se mit à se renseigner sur sa situation et finalement se découvre malade de TB et de VIH par simple diagnostic populaire* » Témoignage d'un ASBC interviewé-région du Centre Ouest ;
- « *Dans notre grande famille..., un jeune était malade de la tuberculose. Tout le monde le fuyait, il était laissé pour compte par ses proches. Il a fallu que j'intervienne pour expliquer de quoi il souffrait et leur montrer combien il a besoin d'assistance et la nécessité de changer de comportement envers lui* » Témoignage d'un autre ASBC interviewé-région Centre Ouest) ;
- « *Certains malades sont victimes de stigmatisation de la part de certains membres des familles, de leur environnement immédiat eu égard que les autres estiment que la tuberculose est une sale maladie qui se contamine vite et que tous ceux qui sont atteints sont des gens qui n'ont pas d'attention dans la vie. Cette stigmatisation entraîne un isolement social qui affecte négativement l'adhésion aux soins et la santé mentale des patients* » Récit d'un agent de santé interviewé région-Plateau Central ;

- « Certains des proches du patient le fuyait. Et ils disaient même qu'il souffre du VIH/SIDA. Les individus l'évitaient partout. Et cela l'a beaucoup blessé ». Rapporté par un agent enquêteur région- Centre Ouest ;
- « Oui, la crainte de la stigmatisation conduit au refus ou à l'abandon du traitement mais le plus grave c'est l'auto stigmatisation du patient lui-même. Il peut se cacher avec sa maladie, reconnaissent les personnes interrogées » Récit d'un ASBC interviewé région-Centre Ouest.

Notons que la plupart des malades interviewés, notent qu'ils n'ont pas connu d'actes stigmatisants dans les centres de santé.

La stigmatisation semble donc être beaucoup plus une attitude dans l'entourage familial direct ou communautaire des malades interviewés, avec le risque de cacher la maladie et donc d'être une source de contagion.

Cette étude a été un réel révélateur, beaucoup plus que à la revue documentaire, d'un certain nombre d'attitudes et de comportements jugés comme une réelle atteinte à la dignité de son semblable. Elle confirme que des attitudes stigmatisantes existent et si des mesures de sensibilisation de communication pour un changement social et comportemental, de grande envergure ne sont pas entamées, l'accélération des gains de lutte contre la tuberculose pour une élimination d'ici 2030, sera très difficile.

#### ***Les animateurs Communautaires (AC) et les Agents de santé à base communautaire (ASBC)***

Ces acteurs incontournables d'appui aux structures de santé pour faciliter l'accès aux soins, rencontrent des difficultés qui sont entre autres :

« L'impolitesse de certains patients à leur égard et d'autres attitudes des malades sont parfois incompréhensibles. Et pour lutter contre cela il faut plus de sensibilisation » Révélation et suggestion des animateurs Communautaires (AC) - région du Centre.

« Les situations de discrimination et de stigmatisation liées à la tuberculose que nous rencontrons sont les violences verbales, physiques et négligence volontaire et involontaire de la part de certaines personnes. Les plus fréquents sont du fait que nous sommes pris pour source de contamination » (Témoignage d'un animateur Communautaire).

Les ASBC et animateurs communautaires sont jugés comme des acteurs de propagation de la TB par certaines populations. Il faut noter qu'une telle attitude pourrait les démotiver dans leur ardeur au travail, peut-être même par crainte d'être un jour victimes d'actes d'agression, abandonner ce travail.

Pour les participants au FG (région du Centre), les principales causes de stigmatisation associée à la tuberculose sont des facteurs surtout liés à l'ignorance. Et pour la réduction de cette stigmatisation liée à la tuberculose au sein des établissements de santé et dans la communauté, ils recommandent la forte sensibilisation. Il faut aussi vulgariser la charte des droits et devoirs des malades tuberculeux. Ceci permettra d'assurer une bonne information et éducation pour un changement social positif des populations en général et les malades en particulier à l'égard de la maladie, des acteurs communautaires et des organisations à base communautaire (OBC). Cela constitue une question centrale à considérer par les autorités.

#### ***Entre agents de santé qualifiés***

A l'égard des agents de santé qualifiés exerçant dans les CDT, il existe plusieurs formes de stigmatisation/discrimination, au sein des structures de santé.

« En effet certains agents de santé refusent de visiter le centre (CDT), d'autres utilisent des expressions un peu violentes, bien vrai qu'ils prétendent s'amuser. Les plus fréquents sont les

*violences verbales. Mais ces formes de discrimination/stigmatisation n'ont pas d'effet sur les agents travaillant dans le CDT* ». Un agent de CDT interviewé ;  
« *Les gens pensent que les agents intervenant dans ce milieu (CDT) sont tous contaminés et d'autres prennent leur distance à leur égard* » deux témoignages d'agents de santé assurant des soins de TB.

Même si les agents de santé interviewés disent que ces stigmatisations verbales ne les empêchent pas d'assurer avec engagement et professionnalisme leur travail, il y a des cas où d'autres agents ont fait « des pieds et des mains pour ne pas rejoindre un CDT où ils étaient affectés ». Cela se traduit généralement par une charge de travail plus élevés pour ceux qui acceptent travailler dans des CDT et donc une prolongation du temps d'attente pour des malades.

#### **1.1.4. Le genre**

- « *Les rôles de genre influencent effectivement l'accès aux soins des malades de tuberculose. En fait, les hommes atteints de la maladie sont le plus souvent les chefs de famille et leur absence liée aux soins entraîne des impacts économiques sur les familles ;*
- *Pour les femmes, elles se retrouvent généralement dans des rôles de soutien des maris et d'accompagnant des enfants ou autres membres malades et de ce fait rencontrent des difficultés à accéder elles-mêmes aux soins en raison des charges domestiques et des attentes sociales ;*
- *En plus, les préjugés liés au fait que la tuberculose serait une maladie transmise à travers les toux de la femme lors des rapports sexuels contribuent à accentuer les premières opinions sur les femmes qui continuent à exacerber les inégalités de genre »* Rapporté par un enquêteur région-Plateau Central.

Accusation de la part d'un patient soutenant que sa femme est la source de la maladie. Dans notre pays, surtout en milieu rural, les attitudes socioculturelles, peuvent amener à considérer le sexe féminin comme source de beaucoup de malheurs. Et ainsi les femmes peuvent ainsi être traitées de « sorcières » et donc pourvoyeuse de maladies qui, pour le milieu familial, ne semblent pas avoir d'explication rationnelle ou de remède facile à trouver.

Une telle attitude sociale à un double risque. Le rejet de la personne accusée, mais éventuellement le risque que le malade se retrouve sans assistance de la part de son épouse, avec comme conséquence, les difficultés de suivre correctement le traitement, de bien s'alimenter etc.

Selon des animateurs communautaires, les pratiques culturelles ou sociales qui affectent différemment les hommes et les femmes dans la lutte contre la tuberculose sont plus du ressort des tradipraticiens et les lieux de certaines prières.

La même observation est faite par les participants au FG (région du Centre), certaines pratiques culturelles et sociales affectent différemment les hommes et les femmes dans la lutte contre la tuberculose. Il s'agit du mythe des tradipraticiens ; la croissance religieuse, à l'envoutement, etc.

*« Il faut que les agents de santé et certains tradipraticiens arrivent à bien collaborer avec... (une tradipraticienne bien connue) »* renchérit un participant au focus group région du Centre.

Le recours aux tradipraticiens, aux services de certains religieux est un épineux et complexe problème qui finalement retarde le diagnostic et aggrave non seulement la maladie lorsqu'elle est déclarée mais aussi, constitue un facteur de propagation et d'élévation de l'incidence de la TB.

Aussi, la nécessité d'établir une cartographie des différents tradipraticiens (y compris ceux s'appuyant sur les religions révélées) recevant à grande échelle les patients de toutes natures,

soit établie (et régulièrement actualisée). Cela pourrait permettre au Ministère de la Santé/PNT de mettre en place un mécanisme d'une collaboration plus effective avec les tradipraticiens identifiés. Cela aiderait certainement à créer des liens à même d'assurer un travail de sensibilisation efficace pour une orientation des malades très tôt vers les centres de santé habilités par les tradipraticiens.

*« Pour le respect du genre et la minimisation des obstacles à l'accès aux services de santé, on doit ravitailler certains malades par certains Agents Communautaires ; la communication téléphonique sans une discrimination quelconque. Cela exige aussi un financement pour les Visites à domicile (VAD), et une augmentation du nombre des Agents Communautaires tout en maintenant leur financement. Ce qui va permettre de réduire le nombre de perdus de vue »* Suggestion d'un agent de santé interviewé.

#### **1.1.5. Politiques et programmes de lutte contre la tuberculose.**

*« Les politiques et programmes actuels de lutte contre la tuberculose sont bons. Mais il y a des insuffisances à corriger. Il faut décentraliser certaines prises en charge au lieu de les référer à Ouagadougou. Ceci pourrait être amélioré pour mieux prendre en compte les droits humains et les questions de genre en faisant appel aux compétences des agents de l'action sociale, Pour mieux permettre aux acteurs communautaires et les services sociaux de collaborer afin de répondre aux besoins des malades de la TB, il faut créer plus de cadre de concertation et les financer. Participants au FG région-Centre Ouest.*

#### **L'engagement communautaire.**

Les organisations de la société civile (OBC, Associations, ONG) contribuent énormément à l'accès aux services et soins de tuberculose.

- ✓ *« Les animateurs communautaires assurent la sensibilisation, les counselings, les remplissages des registres et les cahiers de prise en charge et d'autres même ravitaillent certains malades sans demander de frais »* Rapporté par agent de santé interviewé ;
- ✓ *« Pour le suivi après dépistage, il ressort que si un patient continue de tousser après son dépistage montrant un résultat négatif à la fin d'un traitement, il est référé grâce aux animateurs communautaires dans les services de Pneumologie »* Rapporté par agent de santé interviewé-région du Centre ;
- ✓ *« Les AC/ASBC nous ont rendus visite plusieurs fois à domicile et la maladie fut recherchée chez d'autres membres de la famille. Ils nous encourageaient à tenir bon et à respecter les consignes sanitaires »* Témoignage de patients déjà guéris interviewés région-Centre Ouest.

Mais d'autres témoignages de patients en cours de traitement TB semblent prendre le contre-pied des témoignages ci-dessus

- ✓ *« Non, aucun ASBC/AC et/ou Association ne les ont accompagnés durant leur traitement sauf leur proches pour certains qui les conseillent souvent et les accompagnent au centre de santé... ;*
- ✓ *Au cours du traitement, ils n'ont pas reçu l'aide d'une association durant la maladie ni d'accompagnement spécifique ».*

Aussi, il faut se demander si les accompagnements, les aides et soutiens de la part des ASBC/AC et OBC, ne sont pas liés à la disponibilité de ressources financières et matérielles octroyées par des partenaires techniques et financiers (PTF).

Et la réponse à cette interrogation était affirmative, il y a lieu que l'Etat Burkinabé puisse sécuriser des fonds pour soutenir systématiquement les organisations de la société civile et les Agents de santé communautaire pour que tous, réalisent quotidiennement et en permanence le travail titanesque qu'ils abattent au profit des patients et de la communauté.

## **1.2. Conclusion : La revue documentaire et les résultats de l'étude qualitative**

L'analyse croisée des résultats de la revue documentaire et ceux de l'étude qualitative, confirme l'existence de facteurs liés au système de santé lui-même (politique et programmes de santé), à l'environnement juridique, au genre y compris les populations clés et à la stigmatisation constituant effectivement des barrières à l'accès aux services et soins aux personnes affectées de tuberculose.

Il faut même noter que notre étude qualitative a révélé de nombreux témoignages d'attitudes et comportements stigmatisants aussi bien à l'égard des personnes affectées, des agents communautaires que des agents de santé qualifiés, alors que la revue documentaire, n'a permis mentionner très peu de cas de témoignages dans ce sens.

Également les résultats de cette étude qualitative, montrent que les habitudes dans nos contrées d'utiliser plusieurs itinéraires ou alternatives thérapeutiques avant de faire appel à la médecine conventionnelle pour une maladie comme la tuberculose, rend complexe et parfois aléatoire toute action sans l'implication systématique de nos acteurs de la médecine traditionnelle y compris ceux s'appuyant sur les religions révélées pour apporter des soins aux populations.

La femme reste une actrice majeure dans cette question de lutte contre la tuberculose. Elle est toujours à la base de la facilitation de l'accès aux lieux de soins pour les autres membres de la famille au détriment de sa propre santé, mais elle peut-être aussi considérée comme source de propagation de la maladie à travers des accusations qui sont beaucoup liées aux attitudes socio-culturelles qui tendent sans aucune base vérifiable à attribuer le mauvais rôle au sexe féminin.

Les populations clés (handicapés tuberculeux, détenus tuberculeux, coinfectés TB-VIH) vivent réellement des situations doublement affligeantes (stigmatisation/discrimination, rejet/isolement, structures de soins pas toujours adaptés etc.) constituant de véritables obstacles à leur accès aux soins. L'étude qualitative a montré qu'il leur faut un vrai parcours de combattant, surtout une motivation supplémentaire et particulière pour réussir ce parcours et bien achever leur traitement.

Le rôle incontournable des acteurs de la société civile et des acteurs communautaires dans cette lutte contre la tuberculose a été aussi relevé par l'étude qualitative, renforçant les résultats en matière notés à travers la revue documentaire.

## **I. LES SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS**

*« Une réponse adaptée et centrée sur les droits humains, avec des interventions ciblées sur les aspects de genre, est essentielle pour offrir en plus des services de santé, un accompagnement communautaire continu et améliorer l'accès aux soins pour tous les patients »* Agent enquêteur région-Plateau central

Les recommandations proposées visent à renforcer les actions actuelles pour un programme de lutte contre la tuberculose plus inclusif et équitable.

Type de barrière/stratification des cible touchées	Recommandations	Responsable de MEO	Autres concernés	Proposition d'Echéance	Observations
<b>Les barrières d'accès aux services et soins des personnes affectées par la tuberculose</b>	1. Renforcer le volet communication et mobilisation sociale dans la révision du supplément du PSN TB 2024-2026	PNT	Société civile, DPES, PTF	2026	
	2. Relever le niveau de la ligne budgétaire consacré à la lutte contre la tuberculose notamment la contrepartie de l'Etat consacrée au volet « produits de lutte contre la tuberculose » pour sécuriser les intrants de lutte contre la tuberculose	Ministère en charge des finances	Ministère en charge de la santé	2026	
	3. Intégrer des approches différenciées de services adaptées aux besoins spécifiques des femmes, des personnes âgées et des personnes handicapées lors de la prochaine révision du guide technique de lutte contre la tuberculose	PNT	Société civile, CTLT, ONG	2025	
	4. Renforcer la collaboration avec le sous-secteur sanitaire privé ainsi qu'avec les praticiens de la médecine traditionnelle et alternative pour améliorer la détection et la prise en charge de la TB	PNT	DSPS, DMTA, DRS		
	5. Etendre l'appui alimentaire à tous les patients TB au cours de leur traitement antituberculeux	Ministère en charge de la santé	PAM, FM, Save the children, Plan Burkina, ONG, Société civile	2025	

Type de barrière/stratification des cible touchées	Recommandations	Responsable de MEO	Autres concernés	Proposition d'Echéance	Observations
	6. Assurer la gratuité des examens de diagnostic et de suivi des comorbidités au profit des patients TB	Ministère en charge de la santé	PTF	2025	
<b>Les populations clés</b>	7. Poursuivre le plaidoyer pour une mobilisation de ressources conséquentes pour mettre en œuvre les interventions visant à booster la détection et la prise en charge de la TB chez les populations à haut risque de TB en l'occurrence les détenus, les sujets contacts de TB, les PDI et les enfants	PNT	Autres ministères (Justice, Action sociale ...) Collectivités territoriales		
	8. Renforcer l'accompagnement communautaire y compris le soutien psychosocial au profit des malades de la tuberculose	Société civile	PNT	Continue	
<b>L'environnement juridique</b>	9. Renforcer le volet Droits humains et genre dans la révision du supplément du PSN TB 2024-2026	PNT	Ministère en charge des droits Humains, Société civile, Personnes ressources	Continue	■
<b>Violations des droits humains</b>	10. Intensifier les efforts visant à fournir une assistance juridique aux personnes atteintes de Tuberculose en renforçant les capacités des parajuristes pour fournir et améliorer la protection juridique des personnes atteintes de tuberculose.	PNT	Ministère en charge de la justice	Continue	

Type de barrière/stratification des cible touchées	Recommandations	Responsable de MEO	Autres concernés	Proposition d'Echéance	Observations
	11. Assurer la diffusion de la charte des malades pour les soins antituberculeux afin de permettre aux personnes affectées de TB de connaître leurs droits et leurs devoirs.	PNT	Société civile, Association de anciens et nouveaux malades de la tuberculose	En continu à partir de 2025	
<b>Stigmatisation</b>	12. Renforcer les capacités du personnel de santé et les acteurs communautaires sur la lutte contre la stigmatisation	PNT	Société civile	2025	
	13. Développer des programmes médiatiques (radio, télé, presse écrite) pour renforcer l'éducation de masse et lutter contre la stigmatisation	PNT	DCRP/MS, Personnes ressources	2025	
	14. Mener des études sur l'indice de stigmatisation y compris à l'égard des prestataires de santé et les acteurs communautaire, impliquant les OSC, les ONG et les entités de recherche en partenariat avec le PNT.	PNT	PTF	2025	
	15. Elaborer des supports de sensibilisation adaptés pour une lutte efficace contre la stigmatisation aux niveaux familiale, communautaire et services de santé (urbain, rural, médias, caravane, etc.),	PNT	DCRP/MS, Personnes ressources	2025	

Type de barrière/stratification des cible touchées	Recommandations	Responsable de MEO	Autres concernés	Proposition d'Echéance	Observations
	16. Utiliser des canaux adaptés pour la diffusion des supports de sensibilisation sur la lutte contre la stigmatisation au niveau familial, communautaire et services de santé	PNT	DCRP/MS, DPES, Société civile	Continu	
<b>Le genre</b>	17. Prendre en compte les aspects de genre et droits humains lors de la révision des outils de collecte de données du PNT	PNT	DSSE, Société civile, Personnes ressources	2026	
<b>L'engagement communautaire</b>	18. Renforcer les capacités des OSC sur le plaidoyer et la redevabilité	Société civile	PTF, Personnes ressources	2026	
	19. Développer des mécanismes de financements pour les OSC	Société civile	PTF, RAME, Autres OSC	2026	
	20. Renforcer l'implication des leaders communautaires dans les programmes de soutien pour une meilleure intégration des patients TB dans la communauté.	Société civile	PNT	2025	
	21. Renforcer l'intégration des activités de prévention de la TB aux autres activités des ASBC/AC qui travaillent pour d'autres partenaires afin d'améliorer la communication et la visibilité sur cette maladie	DPES	PNT, RAME, Autres OSC	2026	

<b>Type de barrière/stratification des cible touchées</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Responsable de MEO</b>	<b>Autres concernés</b>	<b>Proposition d'Echéance</b>	<b>Observations</b>
	22. Conduire des Plaidoyers auprès des compagnies de téléphonie cellulaire pour diffuser des messages de sensibilisation sur la tuberculose à l'image du Covid-19.	RAME	PNT, Direction de la communication du MS	2025	
<b>Déterminants sociaux</b>	23. Renforcer l'approche multisectorielle pour s'attaquer aux déterminants sociaux qui augmentent la vulnérabilité à l'infection et à la maladie de la tuberculose et qui limitent l'accès aux services de tuberculose.	Ministère en charge de la santé	Ministère en charge de l'action humanitaire, PTF Collectivités territoriales	2025	

## **ANNEXES**

### **Profil des interviewés :**

#### **Région du centre Ouest (district de Sabou) 16 personnes interviewées**

Les patients Guéris de la TB (03)

Les patients sous traitement (07)

Les responsables de service (03) et des agents de santé à base communautaire/ASBC (02)

Le responsable de lutte contre la TB (01)

#### **Région du plateau central (district de Ziniaré) 15 personnes interviewées**

10 malades et anciens malades de tuberculose (06 hommes, 02 filles et 02 garçons),  
Deux (02) ASBC (femmes),

Trois (03) responsables de services de santé dont un (01) du CDT (homme), un (01) du district (femme) et un (01) ICP (homme).

#### **a. Région du Centre (district de Boulmiougou) 15 personnes interviewées**

- 01 Responsable de la Promotion de la Santé (RPS) au niveau du district,
- 02 responsables CDT (CDT/PISSY et TANGHIN DASSOURI),
- 02 Agents Communautaires de l'association Source de Vie intervenant au CDT de Pissy,
- 10 patients.

## **b. Les difficultés rencontrées :**

### *Pour le Centre Ouest*

- ✓ Les problèmes de communication (réseau téléphonique défaillant, numéros injoignable) ;
- ✓ Les intempéries, routes impraticables ;
- ✓ Indisponibilité de certains acteurs pour des rendez-vous d'entretien occasionnant à l'équipe d'enquête, des déplacements infructueux ;
- ✓ La haine des projets sans motivation inclusive et tentative d'exiger un désintéressement pour l'entretien de certains d'où le refus d'enregistrer l'entretien pour la majorité des interlocuteurs. Ce refus d'enregistrement s'explique aussi par le manque d'assurance du contenu des réponses à donner ;
- ✓ Désintérêt de certains responsables de service à l'enquête ;
- ✓ Des déplacements dans des villages éloignés de Sabou pour rencontrer des patients guéris ou toujours sous traitement. Ce qui augmente les dépenses non prévues ;
- ✓ Quelques soucis de santé du binôme (enquêteur) ;
- ✓ L'absence de vision collective de résultats sanitaire et de succès communautaire ;

### *Pour le Plateau Central*

- ✓ La non-réalisation du focus group en raison du manque de ressources financières pour motiver les participants du focus.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Brian Citro, Viorel Soltan, James Malar, Thandi Katlholo, Caoimhe Smyth, Ani Herna Sari, Olya Klymenko et Maxime Lunga - Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexo transformatrice : une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose -2021
2. Bureau régional de l'organisation mondiale de la santé pour l'Afrique, 2017 : région Afrique mettre fin à la tuberculose d'ici 2030 : Cadre pour la mise en œuvre de la "stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose" dans la région africaine au cours de la période 2016 - 2020
3. Burkina Faso – Enquête démographique et de santé (EDS IV) 2021 -INSD Août 2023
4. Economiste du Faso Pauvreté au Burkina Faso : 8,4 millions de personnes touchées, mars 2022
5. FIS CAMEROON Evaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon
6. Fonds Mondial. Mise à jour trimestrielle relative à la tuberculose. Démarches novatrices pour détecter et traiter les personnes atteintes de tuberculose manquant à l'appel. Étude de cas : Lutte contre la tuberculose dans les zones à déficit sécuritaire (ZADS) au Burkina Faso Juillet 2022
7. Fonds Mondial. Note d'information technique Élimination des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre la tuberculose Période d'allocation 2023-2025. 20 janvier 2023
8. Health Policy Plus -RAME/OCASS. Rapport mensuel de collecte avec les Clients Mystérieux -Mois de Septembre 2020 Projet de Suivi du traitement communautaire des PvVIH au Burkina Faso
9. HeRAMS Burkina Faso // Rapport de mise à jour août 2023
10. INSD Burkina Faso. Profil de Pays 2021 : Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à mettre fin aux mariages d'enfants
11. Management Sciences for Health (MSH.org) La stigmatisation compte pour mettre fin à la tuberculose
12. Ministère de la justice et des droits humains Burkina Faso– Annuaire statistique 2021
13. Ministère de la Santé du Burkina. Annuaire statistique, 2021, cité dans Supplément du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 au Burkina Faso
14. Ministère de la santé et de l'hygiène publique Burkina Faso Supplément du plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2024-2026 -Janvier 2023
15. Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique Burkina Faso. Annuaire statique 2023
16. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique- ONSP-INSP- Profil du Burkina Faso sur la Tuberculose ONSP-sante.bf Décembre 2023
17. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Coordination du Programme nationale de lutte contre la tuberculose. Rapport annuel des activités de lutte contre la tuberculose -Année 2023
18. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique-Charte des patients pour les soins antituberculeux au Burkina Faso (2ème édition).
19. Ministère de la Santé Publique Rapport de l'étude sur « l'Analyse de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la réponse à la tuberculose au Niger » – Août 2020

20. Mr Boubacar Zoumana CISSE. Analyse des stigmas sur la tuberculose chez les prestataires de soins dans les centres de santé des communes 1, 5 et 6 du District de Bamako, Université de Bamako, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Année universitaire 2005/2006
21. OMS : Profil de la tuberculose au Burkina Faso 2023
- 22. OMS : rapport Mondial sur la tuberculose 2023 Profil de tuberculose région africaine de l'OMS**
23. Organisation Mondiale de la santé : la tuberculose. Novembre 2023
24. Organisation Mondiale de la Santé : Rapport mondial sur la tuberculose 2024
25. Plateforme des organisations de la société civile en santé et VIH au Burkina Faso. Pour une meilleure prise en compte du Genre et des droits humains dans la riposte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH/Sida – Livre Blanc. 2018
26. PNLT Bénin. Plan d'action TB CRG et cadre de responsabilité du Bénin 2024 – 2026. Juillet 2022
27. PNT : Rapport annuel 2023\_VF
28. Programme National de Lutte contre la Tuberculose-Gabon. Evaluation de l'environnement juridique, du genre, de la stigmatisation et des obstacles aux droits de l'homme dans la riposte à la tuberculose au Gabon- Rapport final-Juillet 2024
29. Stop TB partnership : Construire les preuves d'une réponse à la tuberculose fondée sur les droits, centrée sur les personnes et sexo transformatrice : une analyse de l'évaluation de la communauté, des droits et du genre du Partenariat Halte à la tuberculose
30. Stop TB Partnership-TB People- Déclaration des droits des personnes affectées par la tuberculose - 2019.
31. Wamini Micheline OUEDRAOGO Tuberculose en milieu carcéral : de minces chances de guérison dans une MACO surpeuplée Journal Quotidien Sidwaya 1er février 2024
32. Women in Global Health Bukina-Couverture Sanitaire Universelle et Genre au Burkina Faso : Analyse de la situation et plan d'action -Août 2024

**Cette étude a été rendue possible grâce à l'appui technique du Réseau Accès Aux Médicaments Essentiels et de l'appui financier de Stop Tb Partnership.**

