

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

**DIRECTION DE LA SANTE
DE LA FAMILLE**

BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice

**ANALYSE SITUATIONELLE SUR LA SECURITE
DE PRODUITS DE SANTE DE LA
REPRODUCTION AU BURKINA FASO
UTILISANT L'OUTIL SPARHCS**

Par Dr Salifo Daniel NACOULMA,
Consultant, Médecin de Santé Publique
Pour le compte de la Direction de la Santé de la Famille
avec l'appui financier de AWARE

Premier Draft

Juillet 2005

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE DOCUMENT	4
I. INTRODUCTION.....	8
II. METHODOLOGIE	10
PREMIÈRE PARTIE : DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO.....	11
I. PRESENTATION DU PAYS	11
1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES	11
1.2. DONNEES ADMINISTRATIVES.....	11
1.3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	11
1.4. DONNEES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES	16
1.5. DONNEES SUR LES INFRASTRUCTURES ROUTIERES ET MOYENS DE COMMUNICATION.....	23
1.6. CONSTATS SUR LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIOECONOMIQUE.....	23
1.6.1. <i>Les Forces</i>	23
1.6.2. <i>Les Insuffisances</i>	23
II. PRESENTATION DU SECTEUR DE LA SANTE	24
2.1. POLITIQUE DE SANTE.....	24
2.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	25
2.3. PROFIL SANITAIRE.....	30
2.4. QUELQUES INDICATEURS DE SANTE	34
2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE	35
2.6. CONSTATS SUR LE CONTEXTE SANITAIRE.....	41
2.6.1. <i>Les Forces</i>	41
2.6.2. <i>Les Insuffisances</i>	42
2.6.3. <i>Les Recommandations</i>	42
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	43
3.1. ÉVOLUTION DE LA GESTION DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE	43
3.2. LES MESURES PRISES PAR LES AUTORITES EN FAVEUR DE LA PF	45
3.3. NIVEAU D'EXECUTION DES ACTIVITES:	46
3.4. ANALYSE DE LA SITUATION SUR LE PLAN POLITIQUE	47
3.4.1. <i>L'engagement politique</i>	47
3.4.2. <i>Les documents cadres d'orientations stratégiques</i>	48
3.4.3. <i>L'impact des politiques (de population et de santé) pouvant affecter la SPC</i>	58
3.4.4. <i>Politique/réglementation du secteur privé</i>	58
3.4.5. <i>Les contraintes opérationnelles affectant le secteur privé</i>	59
3.4.6. <i>Les réglementations ou les directives affectant le fonctionnement des services de PF</i>	60
3.4.7. <i>Les directives donnant la capacité aux prestataires de services PF à fournir les contraceptifs</i>	60
3.4.8. <i>La répartition transparente et équitable des fonds</i>	62
3.4.9. <i>Principaux constats sur l'évolution de la gestion du programme et l'engagement politique</i>	63
3.4.9.1. <i>Les forces</i>	63
3.4.9.2. <i>Les insuffisances</i>	64
3.4.9.3. <i>Les recommandations</i>	64
3.5. COORDINATION.....	64
3.5.1. <i>Les mécanismes actuels de coordination de la Santé de la Reproduction</i>	65
3.5.2. <i>Les autres mécanismes de coordination au niveau du Ministère de la Santé</i>	66
3.5.3. <i>L'efficacité des mécanismes actuels de coordination</i>	67
3.5.3. <i>Les rôles de ces mécanismes de coordination dans la SPC</i>	67
3.5.4. <i>Les principaux constats sur la coordination</i>	68
3.5.4.1. <i>Les forces</i>	68
3.5.4.2. <i>Les insuffisances</i>	68
3.5.4.3. <i>Les recommandations</i>	68

3.6. LA DEMANDE	69
3.6.1. L'utilisation	69
3.6.1.1. L'utilisation de la contraception à un moment quelconque	70
3.6.1.2. L'utilisation actuelle de la contraception	71
3.6.2. Les sources d'approvisionnement	79
3.6.3. Les besoins non satisfaits	80
3.6.4. Les facteurs influençant la non utilisation	87
3.6.5. L'effet des prix des contraceptifs sur leur utilisation	90
3.6.6. L'expansion actuelle du marché de la contraception.....	93
3.6.7. Les principaux constat sur la demande.....	94
3.6.7.1. Les forces :	94
3.6.7.2. Les insuffisances :	95
3.6.7.3. Les recommandations	95
3.7. L'OFFRE	96
3.7.1. Les prévisions.....	96
3.7.2. La fourniture	97
3.7.3. L'achat	97
3.7.4. La livraison	99
3.7.5. La distribution.....	99
3.7.5.1. Le circuit de distribution par la CAMEG.....	100
3.7.5.2. Le circuit de distribution dans le cadre du marketing social	105
3.7.5.3. Le circuit de distribution des ONG avec leurs structures spécialisées	107
3.7.5.4. Le circuit de distribution des grossistes et pharmacies privés.....	107
3.7.6. La dispensation	109
3.7.6.1. Les services et les produits de SR	109
3.7.6.2. Les prestataires	111
3.7.6.3. La liste des médicaments par niveau de soins	112
3.7.7. Les principaux constats sur l'offre.....	113
3.7.7.1. Les forces :	113
3.7.7.2. Les insuffisances :	114
3.7.7.3. Les recommandations	114
3.8. LE FINANCEMENT	115
3.8.1. Les sources de financement.....	115
3.8.1.1. Financement des activités de SR et de lutte contre le SIDA	115
3.8.1.2. Le financement actuel des produits contraceptifs exclusivement	116
3.8.1.3. L'estimation des besoins et les financements à rechercher	121
3.8.1.5. Les opportunités de financement des produits contraceptifs	125
3.8.1.6. Les principaux constats sur le financement	125
IV. CONCLUSION	127
ANNEXES	129
DOCUMENTS CONSULTES	131

ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE DOCUMENT

AA : Accoucheuse Auxiliaire

ABBEF : Association Burkinabé de Bien Etre Familiale

ABSF : Association Burkinabé de Sages Femmes

AIS : Agent Itinérant de Santé

APAF : Association pour la Promotion de l'Action Familiale

ASC : Agent de Santé Communautaire

AVOB : Association des Veuves et Orphelins du Burkina

AVV : Aménagement des Vallées des Volta

AWARE: Action for West African Region

BAD : Banque Africaine de Développement

BM : Banque Mondiale

CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

CHN : Centre Hospitalier National

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CMLS/Santé : Comité Ministériel de Lutte contre la SIDA du Ministère de la Santé

CNLS/IST : Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST

CNR : Conseil National de la Révolution

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COC : Contraception Orale Combinée

COGES : Comité de Gestion

COPHADIS : Grossiste privé de vente de Médicaments

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

CSLS/IST : Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA et les IST

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DAAF : Direction des Affaires Administratives et des Finances

DAF : Direction de l'Administration et des Finances

DBC : Distribution (Distributeur) à Base Communautaire

DELIVER : (Project)

DEP : Direction des Etudes et de la Planification

DGCoop : Direction Générale de la Coopération

DGPLM : Direction Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et des Médicaments

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif IntraUtérin

DMEG : Dépôt de vente de Médicaments Essentiels Génériques

DOP : Discours d'Orientation Politique

DPBF : Distribution Pharmaceutique du Burkina Faso

DPF : Direction de la Planification Familiale

DRD : Dépôt Répartiteur de District

DRS : Direction Régionale de la Santé

DS : District Sanitaire

DSF : Direction de la Santé de la Famille

ECD : Equipe Cadre de District

EDSBF – I : Première Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso

EDSBF – II : Deuxième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso

EDSBF – III : Troisième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso

EF : Economie et Finances

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

FCFA : Franc de la Communauté Française d'Afrique

FPLM: Family Planning Logistic Management (Project)

GTE: Groupe Thématique Elargi

GTT: Groupe Technique de Travail

GTZ: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (German International Development Agency)

IB : Infirmier Breveté

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEC : Information Education Communication

IEC/EVF : Information Education Communication / Education à la Vie Familiale

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IPPF: International Planned Parenthood Foundation

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

JHPIEGO:

KFW: Kreditanstalt für Wiederaufbaus (German Funding Agency for International Development)

LABOREX : Grossiste privé de vente de Médicaments

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel

MAQ : Maximizing Access and Quality

MEG : Médicaments Essentiels Génériques

MS : Ministère de la Santé

MSASF : Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisme Non Gouvernemental

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies de lutte contre le SIDA

PAP : Plan d'Action en matière de Population

PAPMLS : Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA

PEC : Prise En Charge

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PFN : Planification Familiale Naturelle

Pharma Plus : Grossiste de vente de Médicaments

PIB : Produit Intérieur Brut

PNB : Produit National Brut

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNP : Politique, Normes et Protocoles

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPLS : Projet Population et Lutte contre le SIDA

PPS : Point de Prestation de service

PPTTE : Pays Pauvres Très Endettés

PROMACO : Projet de Marketing Commercial

PSI : Population Service International

PSN : Politique Sanitaire Nationale

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

RAC : Réseau Autonome de Communication

RGP : Recensement Général de la Population

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SC : Sécurité Contraceptive
SFE/ME : Sage Femme d'Etat / Maïeuticien d'Etat
SFPS : Santé Familiale et Prévention du SIDA
SMI : Santé Maternelle et Infantile
SMI/PF : Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SNU : Système des Nations Unies
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
SP/CONAPO : Secrétariat Permanent du Conseil National de la Population
SPARCHS: Strategic Pathway for Reproduction Health Commodity Security
SPC : Sécurisation des Produits Contraceptifs
SR : Santé de la Reproduction
SR/ACO : Santé de la Reproduction/Afrique Centrale et Occidentale
TPC : Taux de Prévalence Contraceptive
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UFR/SDS : Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UNFPA : United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF : United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
US\$: Dollar des Etats-Unis d'Amérique
USAID : United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)
VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de Immunodéficience Acquise
WARP : West African Regional Programm

I. INTRODUCTION

La disponibilité des produits de santé de la reproduction au Burkina Faso est devenue un impératif face à l'augmentation de la demande pour les services de SR et la croissance démographique. Malheureusement, les ressources financières allouées au programme de SR devenues moindres ne permettent pas d'asseoir un système pérenne de gestion et d'approvisionnement en produits SR. Les besoins des clients ne sont toujours pas satisfaits par manque d'un réseau d'approvisionnement fiable et efficace.

Le Ministère de la Santé, après plusieurs années d'expérience dans la mise en œuvre du programme national de planification familiale à travers les structures publiques, parapubliques, communautaires et organisations non gouvernementales, a aujourd'hui enregistré des progrès mais aussi se trouve confronté à certains défis notamment l'amélioration de la qualité des services et la pérennité de son programme.

Dans le cadre de la Politique de Planification Familiale, le Ministère de la Santé à travers la Direction de la Santé de la Famille a depuis 1991 été appuyé par les subventions non remboursables des partenaires au développement, principalement l'USAID, l'UNFPA et la Banque Mondiale à travers le Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS).

Mais, avec la clôture du PPLS en 2001, et la réduction des subventions des autres donateurs, les approvisionnements en contraceptifs ne sont plus assurés régulièrement ce qui a occasionné une baisse drastique des stocks qui ne couvrent plus les besoins en contraceptifs du pays.

Afin de préparer la relève des donateurs, des actions ont été initiées telles que : le recouvrement des coûts, la mise en place de mécanisme de financement des programmes des ONG intervenant dans la distribution des contraceptifs, l'établissement de contrat avec la CAMEG comprenant des stratégies pour l'autofinancement futur de l'acquisition des contraceptifs. Ces mesures, bien qu'insuffisantes en soi sont une concrétisation de la volonté du ministère de préparer la relève des donateurs.

Les activités du programme, en outre, n'étaient pas menées dans le cadre d'un Plan d'Action structuré. Les objectifs d'augmentation du taux de prévalence

contraceptive n'ont pas été atteints du fait entre autres : des ruptures fréquentes de stocks, de l'insuffisance de formation des agents, du suivi et de la supervision.

Pour pallier les insuffisances mentionnées ci-dessus le Ministère de la Santé, en collaboration avec les partenaires, a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre ce Plan Stratégique Décennal dans le cadre duquel doivent s'inscrire désormais toutes les activités à mener dans le domaine de la contraception.

Ainsi, une évaluation du niveau de sécurité d'approvisionnement en produits de SR s'impose afin de mieux planifier les différentes interventions des acteurs clés. Cette évaluation servira à l'élaboration d'un plan stratégique de sécurisation des produits de SR ; lequel plan contribuera à assurer l'accessibilité et la disponibilité des produits de SR.

Par définition, la sécurité contraceptive est atteinte lorsque les clients hommes comme femmes peuvent disposer des produits dont ils ont besoin quand et où ils le veulent. Ceci suppose la maîtrise de certains préalables dont la connaissance du contexte, de la qualité du système d'approvisionnement en produits de la demande des services, de l'évaluation des besoins en terme de coût, entre autre.

Un outil d'évaluation en matière de SPC a à cet effet été finalisé. Un plan d'action sur les prochaines étapes a été élaboré prévoyant le recrutement d'un consultant Burkinabé résident au Burkina Faso pour collecter les informations nécessaires pour la préparation du plan stratégique sur la SPC.

Les objectifs assignés à l'évaluation étaient les suivants :

- Procéder à une analyse des tendances des consommations passées afin de faire des projections futures sur la consommation des différents produits de SR ;
- Identifier les forces et les faiblesses et les opportunités dans le système de SC au Burkina Faso;
- Identifier les actions de suivi à mener dans l'immédiat dans le but du renforcement la sécurisation des contraceptifs
- Identifier les actions à mener pour appuyer le gouvernement et les partenaires pour la production d'un plan stratégique de SC

L'objet de ce rapport vise effectivement à présenter le résultat de cette recherche sur l'analyse de la situation sur la sécurisation des contraceptifs au Burkina Faso.

II. METHODOLOGIE

L'analyse situationnelle de la sécurisation des produits contraceptifs au Burkina Faso a eu lieu du 13 Juin au 13 Juillet 2005.

Du point de vue méthodologique, 3 techniques ont été utilisées. Il s'agit de l'entretien, l'analyse documentaire et les visites de sites.

L'analyse documentaire :

Il a consisté à l'analyse des différents documents cadres d'orientation dans le domaine de la santé de la reproduction, les études, enquêtes démographiques ou autres réalisées dans le domaine SR, et enfin les différents rapports.

L'entretien

Les entretiens ont été réalisés avec les responsables des différents services au niveau du Ministère de la santé (CAMEG, DGPLM, DSF, DAF, CNLS), les partenaires au développement (OMS, UNFPA, GTZ, USAID, etc.), et les acteurs de terrain (notamment PROMACO, PSI, ABBEF, ASBF, les grossistes privés LABOREX, COPHADIS, PHARMA PLUS et DPBF et les pharmacies privées). Il s'agissait d'approfondir les aspects d'organisation et de fonctionnement et mieux comprendre les succès et les insuffisances.

La visite de sites :

La visite de terrain a été réalisée dans la Région Sanitaire de l'Est. Il s'agissait de vérifier les données collectées au niveau de l'analyse documentaire et avoir des discussions plus approfondies avec les prestataires.

Des séances de travail :

Des séances de travail organisées avec les cadres de la DSF désignés pour appuyer le consultant avec échanges réguliers de drafts de rapport au fur de l'évolution de celui-ci; une revue documentaire pour compléter la collecte des informations.

A l'issue de la collecte des données et de leur analyse les informations ont été classées par composantes et, pour chacune, les forces et les faiblesses ont été mises en exergue selon la perception des informateurs clés. L'analyse des faiblesses permettra dans la suite aux responsables du Ministère de la Santé de ressortir les actions prioritaires à prendre en compte dans l'immédiat pour le développement d'un plan stratégique pour la sécurisation des contraceptifs.

PREMIÈRE PARTIE : DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO

I. PRESENTATION DU PAYS

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso s'étend sur 274,200 km² entre les pays côtiers du Golfe du Bénin (Bénin, Togo, Ghana et Côte d'Ivoire) au sud et les pays sahéliens (Mali et Niger) au nord. En conséquence de sa position géographique, le climat tropical du pays est à dominante soudano-sahélienne avec deux saisons, dont cinq mois pluvieux allant de mai à septembre et une longue saison sèche couvrant le reste de l'année. Les températures varient entre 20° C et 30° C au sud-ouest et 25° C et 38° C au nord-est du pays. La moyenne des précipitations varie entre 500mm et 1300mm selon les régions et l'année. Durant les dernières décennies, la localisation géographique du pays s'est traduite par des années de sécheresse récurrentes à l'image de l'évolution climatique des pays sahéliens.

1.2. Données administratives

Sur le plan administratif le Burkina Faso est organisé en Régions (13), en Provinces (45), en Départements (350) et en Villages (8 000). Ces entités administratives sont placées sous la responsabilité d'un administrateur nommé par le gouvernement central.

Les collectivités locales : il s'agit des communes (49), des provinces et des régions. Ces entités sont gérées par des conseils élus chargés du développement local, y compris la santé. Les régions et les provinces sont à la fois des collectivités locales et des circonscriptions administratives.

1.3. Données démographiques

Avant l'EDSBF – III de 1998, et depuis 1960, le Burkina Faso a réalisé trois recensements (RGP de 1975, RGP de 1985 et RGPH de 1996) et plusieurs enquêtes démographiques par sondage de 1960 – 61, enquête post-censitaire de 1976, Enquête Démographique de 1991, deux enquêtes Démographiques et de Santé (1993 et 1998-99), trois enquêtes sur les conditions de vie des ménages (1994, 1998 et 2003). Ces opérations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates.

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation (Décembre 1996), la population résidente du Burkina Faso était de 10 312 609

habitants. Cet effectif qui correspond à une densité moyenne de près de 38 habitants au kilomètre carré confirme la réputation du pays d'être parmi les plus densément peuplés de la sous région Ouest Africaine.

Estimée à 4 349 600 résidents en 1960, la population est passée à 5,6 millions en 1975, puis à près de 8 millions en 1985 et à plus de 10 millions en 1996. Cette évolution de l'effectif global, est due essentiellement à l'accroissement démographique. Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1% et le taux de fécondité à 6,8 enfants par femmes en 1996. Le taux de croissance annuel moyen est de l'ordre de 2,4%. A ce rythme, la population doublera en 29 ans.

Selon les estimations de l'INSD, la population du Burkina Faso est estimée à 12 805 489 habitants en 2004. La population résidente s'établit à 12,7 millions d'habitants. Au rythme actuel de croissance évalué à 2,37%, elle atteindrait 14,7 millions en 2010 et 16 millions en 2015. Les femmes représentent 51,8% de la population totale. Celles en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent environ 23% de la population. Par ailleurs, la population se caractérise par sa jeunesse. Plus de la moitié (55%) a moins de 15 ans. La tranche d'âge de 10 à 19 ans représente 25% et celle de 10 à 24 ans 32%. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans¹. Le Burkina Faso est essentiellement rural : en effet, environ 16% de la population vit dans les zones urbaines, et est fortement concentrée dans les deux villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, traduisant ainsi la phase de démarrage dans laquelle se situe le phénomène d'urbanisation dans le pays. En conséquence, les changements sociaux associés à l'urbanisation sont encore trop récents et affectent jusque là une faible proportion de la population pour avoir un effet quelconque sur les structures lourdes et la dynamique de la population.

En effet, la dynamique interne de la population reste dominée par des caractéristiques pré transitionnelles : les taux de natalité et mortalité restent élevés. Etant donné le faible taux d'urbanisation du pays et le faible niveau d'alphabétisation des adultes, les régimes démographiques traditionnels des différents groupes ethniques continuent d'entretenir des niveaux de fécondité élevés : au cours des années 90s, l'indice synthétique de fécondité est resté à un niveau élevé de 6,2 enfants (EDS 1998-99, EDS 2003). En conséquence, les régimes démographiques continuent de soutenir la jeunesse de la population : au recensement général de la population et de l'habitat de 1996, 48 % de la population Burkinabé était âgée de

¹ Projection du RGPH, 96

moins de 15 ans. Ainsi, la croissance de la population, qui s'élevait à environ à 2,4 % entre 1985 et 1996, sera maintenu à des niveaux relativement élevés aux cours de la prochaine décennie en conséquence du niveau élevé de la fécondité et de la jeunesse de la population.

La dynamique externe de la population aussi continue d'être influencée par l'histoire de l'intégration des sociétés du Burkina Faso actuel dans l'économie coloniale au niveau sous-régional. En effet, dirigées à l'origine vers le Ghana et plus tard vers la Côte d'Ivoire, les migrations de travail, à dominante rurale, sont devenues depuis la période coloniale un des modes dominants d'intégration des sociétés du Burkina Faso actuel dans l'économie marchande. Jusqu'à présent, une frange importante de la population jeune émigre pendant la saison sèche vers les pays côtiers du sud, où depuis des décennies elle a fourni l'essentiel de la force de travail de l'économie de plantation des pays du Golfe du Bénin. En plus de l'inertie propre aux flux migratoires, l'importance de l'émigration dans le Burkina Faso indépendant est maintenue par une économie relativement pauvre, comparée aux économies de ses voisins du sud.

Par ailleurs, ces changements sont entrain de renforcer un des traits dominants du contexte socioculturel Burkinabé, la diversité. Cette diversité a été longtemps fondée sur la multiplicité ethnique (dont une soixantaine de groupes ethniques : près de 50% de la population est cependant d'origine Mossi), linguistique (moré, djula, fulfuldé, français) et religieuse (islam, christianisme, et animisme). Le développement du mouvement associatif et de la société civile pourrait contribuer à lever les barrières ethniques et linguistiques et faciliter les échanges nécessaires à des transformations sociales profondes : de telles transformations, cependant, tardent à affecter significativement les régimes démographiques du pays.

La Politique de Population développés à partir de 1991 ont été axés sur l'espacement des naissances pour sauvegarder la santé de la mère et de l'enfant. Ils ont eu une portée assez limitée pour permettre la modification des comportements socio-démographiques des populations.

De nos jours, les questions de populations liées à la croissance et au bien – être des populations préoccupent aussi bien les pays développés que les pays en développement. Ces préoccupations, reconnues lors des rencontres internationales²

² Conférences mondiales sur « Population et Développement », tenues à Bucarest en 1974 et à Mexico en 1984

et africaines³, traduisent explicitement l'importance des relations qui existent entre population et développement. Le Burkina Faso en souscrivant aux différentes recommandations issues de ces conférences, a décidé en Juin 1991, de mettre en place une politique de population⁴ qui s'intègre dans la stratégie globale de développement du pays, et qui répond à des préoccupations démographiques, économiques et socioculturelles. Cette politique de population a été révisée en 2000.

Cette politique se fonde sur un certain nombre de principes selon lesquels, la population a un impact important sur le processus de développement et vice versa ; les individus et les couples doivent décider de façon responsable de la taille de leur famille et ils ont droit à l'éducation et à l'information objective en matière de population ainsi qu'aux méthodes contraceptives.

La politique de population a pour but de contribuer à la lutte contre la pauvreté par la recherche d'un équilibre entre population et ressources.

³ Conférences africaines sur la population tenues à Accra en 1971 et à Arusha en 1984

⁴ Politique de Population au Burkina Faso, Conseil National du Plan, Juin 1991

Tableau N°1 : Indicateurs Démographiques de Base

Indicateurs	1960 – 61	1976	RGP 1985	1991	EDSBF-I 1993	RGPH 1996	EDSBF-II 1998-99	EDSBF-III 2003
Population Totale	-	5 638 203	7 964 705	9 290 791	-	10 312 609	-	-
Densité (habitants/km ²)	-	-	29	-	-	37,6	-	-
Population urbaine (%)	-	-	12,7	-	20,4	15,5	16,9	
Taux brut de natalité (pour 1000)	50	46	49,6	45,3	43	48,2	45,1	42,6
Indice synthétique de fécondité	6,2	6,7	7,2	7,3	6,9	6,8	6,8	6,2
Taux Brut de Mortalité (pour 1000)	32	22	17,5	16,4	-	15,2	-	-
Taux de Mortalité Infantile (pour 1000)	182	167	134	114,6	94	107	105	81
Taux d'accroissement naturel (en%)			3,2	-	-	3,1	-	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)							484	
Espérance de Vie à la Naissance (en années)	37	42	48,5	52,2	-	53,8	-	

- o Les populations totales pour 1960-61 et de 1991 sont des données estimées
- o La population totale pour 1976 est une donnée du recensement de 1975
- o Le Taux Brut de Natalité de 1960-61, 1976 et 1985 sont des données ajustées
- o L'Indice Synthétique de Fécondité de 1960-61, 1976, 1985, 1991 et 1996 sont des données ajustées
- o Le Taux Brut de Mortalité 1960-61, 1976, 1985, 1991 et 1996 sont des données ajustées
- o Le Taux de Mortalité Infantile 1960-61, 1976, 1985 et 1991 sont des données ajustées
- o L'Espérance de vie à la Naissance 1960-61, 1976, 1985 et 1991 sont des données ajustées
- o 1960-61 : Enquête démographique par sondage en Haute Volta (INSD, 1961)
- o 1976 : Enquête post-censitaire (INSD, 1976)
- o 1985 : Recensement Général de la Population : Analyse des résultats définitifs (INSD, 1990)
- o 1991 : Analyse des résultats de l'Enquête Démographique de 1991 (INSD, 1993)

1.4. Données socioculturelles et économiques

Les principales activités économiques du secteur primaire sont : l'agriculture, l'élevage et la pêche. L'artisanat est assez développé. L'industrie se limite à quelques usines de transformation. Le commerce est dominé par le secteur informel.

Les principales voies de communication reliant la capitale aux chefs-lieux de région sont le plus souvent bitumées. Seules les chefs lieux de régions de la Boucle du Mouhoun et du Sahel sont reliés à la capitale avec une route à moitié non bitumée. Les routes à l'intérieur du pays sont peu praticables en hivernage.

La faiblesse des ressources naturelles, la localisation et le climat continuent d'être des contraintes majeures de l'économie du Burkina Faso. Relativement à la part de la population active et la contribution au produit intérieur brut, l'agriculture est de loin le premier secteur de l'économie Burkinabé. L'agriculture est basée sur les cultures vivrières (mil, sorgho, maïs, fonio et riz) et les cultures de rente dont le coton, le sésame, le karité et l'arachide : dans l'ensemble, elle est une agriculture de subsistance qui dépend des aléas de la pluviométrie. Elle constitue non seulement la première source de revenus d'environ 80% des ménages, mais aussi elle contribue plus du tiers du produit intérieur brut et constitue l'origine principale des biens d'exportation du pays⁵. Ainsi, les aléas climatiques, l'insuffisance et l'irrégularité de la pluviométrie typiques à la zone sahélienne, continuent de rythmer les performances économiques et les conditions économiques et la sécurité alimentaire de la majorité des ménages Burkinabé.

L'économie Burkinabé a connu une faible croissance économique entre 1986 et 1990: durant la période, le PIB s'est accru en terme réel de 3%. Cependant, en conséquence d'une baisse de 6,7% dans le secteur primaire et agricole en 1990, le taux de croissance du PIB a baissé de 1,5%. Il faudra attendre les conditions créées par la dévaluation du Franc CFA en 1994, pour une relance soutenue de l'économie. En effet, malgré des conditions climatiques défavorables au cours de l'année 1997 qui ont résulté en un taux de croissance négatif dans le secteur agricole, la période de 1994 à 1999 a été marquée par un taux annuel de croissance du PIB supérieur à 5,5% 4 années sur 5.

Malgré les performances macro-économiques enregistrées ces dernières années du fait des efforts de réformes, le Burkina Faso entretient encore un faible

⁵ Ministère de l'Economie et des Finances, 2000. Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté. Burkina Faso.

niveau de développement humain. Avec un revenu par habitant à peine équivalent à 300 \$US par habitant, le Burkina Faso figure parmi les pays les moins avancés. Selon le dernier rapport du PNUD sur le développement humain (2004), l'indice de développement humain s'établit à 0,302 pour l'année 2002. Par ailleurs, selon les résultats de l'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003, la proportion des pauvres est en augmentation passant de 45% en 1998 à 46,4% en 2003, soit une aggravation de 1,1 point, sur la base d'un seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 FCFA en 2003 contre 72 690 FCFA par adulte et par an en 1998. Comparativement à 1994, elle s'est globalement accentuée de 2 points (en 1994, l'incidence de la pauvreté était estimée à 44,5% pour un seuil de 41 099 FCFA par adulte et par an). La pauvreté au Burkina Faso, bien qu'elle s'urbanise, demeure un phénomène essentiellement rural (52,3% en 2003 contre 51% en 1994 et 1998). Les femmes sont plus vulnérables à la pauvreté du fait de leur faible accès aux facteurs de production et aux ressources.

Malgré le contexte politique sous-régional difficile et un environnement international caractérisé par la chute des cours du coton et du dollar et la hausse vertigineuse du prix du baril de pétrole, l'économie burkinabé a connu une progression en termes réels du Produit Intérieur Brut (PIB) de 4,4% en 2002 et 8% en 2003. Par ailleurs, la croissance économique en 2004 a enregistré un taux de 4,8% pour un objectif de 6,2% ; ce qui correspond à une hausse du PIB par tête de 2,37%.

En dépit des performances au cours de la dernière décennie, le Burkina Faso reste un des pays les plus pauvres de la sous région. En effet, avec un PIB par tête de 240 dollars US en 1999, les disparités économiques avec ses pays voisins continuent de persister (Mali, US\$ 240 ; Togo, US\$ 310 ; Bénin, US\$ 380 ; Ghana, US\$ 400 ; Côte d'Ivoire, US\$ 670⁶). Ces disparités et la persistance de la pauvreté au niveau interne continuent de maintenir des conditions favorables à l'émigration étrangère dans le pays.

Sur l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté n'a pas beaucoup changé durant les années 90s : en 1994, 44,5% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté ; en 1998, l'incidence de la pauvreté s'est maintenue à 45,3%. Elle est restée particulièrement stable en milieu rural aux alentours de 51%, alors que la pauvreté urbaine a enregistré une détérioration passant de 3,8% en 1994 à 6,1% en

⁶ World Development Indicators database, July 2001.

1998. Etant donné le faible taux d'urbanisation du pays, les zones rurales contribuent pour 94% des pauvres dans le pays, de telle sorte que la stabilité de la pauvreté rurale domine les tendances nationales.

Cependant, la variabilité spatiale de l'incidence de la pauvreté est relativement importante en conséquence de la diversité géographique (climat et pluviométrie, fertilité des terres) et de la pression démographique. Ainsi, plus la première source de revenus du ménage dépend de l'agriculture de subsistance, plus la vraisemblance d'être pauvre est élevée : les agriculteurs, les agriculteurs vivriers en particulier, ont continué de contribuer plus de 90% de la population pauvre au cours des années 90s.

La décennie de récession et d'ajustement économique récurrents (1985/86) – (1999/2000) a révélé les insuffisances des politiques sociales conduites pendant cette période au Burkina Faso, et en conséquence, la progression de la pauvreté monétaire dont l'incidence passe de 44,5% en 1994 à près de 45,3% en 1998.

Le contexte social va s'apprécier principalement à travers les composantes de l'indicateur de développement humain que sont : l'indice de développement humain durable, le niveau d'éducation, l'emploi, l'accès à l'eau potable, les comportements et la sécurité sociale.

L'INDICE DE DEVELOPPEMENT HUMAIN calculé en 2002 est de 0,302. Le Burkina Faso a été classé 175^{ème} sur 177.

L'EDUCATION est assurée au Burkina Faso aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. Le taux national d'alphabétisation reste encore faible : 32,25% en 2004⁷ avec de fortes disparités entre hommes et femmes d'une part et entre zones urbaines et zones rurales d'autre part. Estimé à 42,7% en 2000 – 2001, le taux brut de scolarisation est passé à 52,20% en 2003 – 2004. Le PDDEB met l'accent sur la scolarisation des filles.

L'EMPLOI : En matière d'emploi, la récession économique a rétréci les perspectives d'emploi. On note une disproportion entre une offre réduite d'emplois salariés et une demande de plus en plus grande. Cette situation se trouve accentuée entre autres par l'inadéquation du secteur informel dans les grandes métropoles.

L'ACCES A L'EAU : L'accès à l'eau potable a peu évolué au cours des quatre dernières années. Dans la majorité des communautés, une part importante des ménages continuent de s'approvisionner au puits, et plus récemment au forage.

⁷ Rapport Trimestriel de mise en œuvre du PDDEB, Février 2005

A partir de 1994, l'utilisation du robinet a cependant connu une ascendance modérée en milieu urbain tandis que l'utilisation du forage connaît une certaine progression en milieu rural, par substitution aux autres sources d'eau potable. Malgré ces progrès, juste près de 52% de la population a accès à une source d'eau potable, soit à travers un forage (31%), une fontaine publique (16%) ou un robinet installé dans la concession (5%)⁸. L'accès à l'eau courante dans les prémisses du ménage reste une commodité de luxe dans la majorité des communautés au Burkina Faso.

Les progrès réalisés sont en partie attribuables à la politique nationale de l'eau potable, mais comme suggéré dans le graphique 6 beaucoup reste à faire pour assurer l'accès équitable à l'eau potable dans le pays. En effet, dans les communautés où vivent les 60% des plus pauvres de la population, les robinets sont quasi-absents et les fontaines publiques font une maigre apparition : près de 50% de la population continue de s'approvisionner auprès des rivières et des puits ; environ 30 à 35 % s'approvisionnent auprès des forages. En contraste, l'accès à l'eau courante au niveau de la concession reste un privilège des couches les plus aisées de la population.

Les inégalités entre les régions économiques sont relativement importantes. A un extrême, moins de 20% de la population de la région du Nord-Ouest a accès aux forages et aux fontaines publiques ; les robinets y sont quasi-inexistants. A l'autre extrême, dans la région du Centre, plus de 80% a accès à l'eau potable, dont plus de 30 % à travers des robinets et près de 40% à travers des fontaines publiques. Parmi les régions intermédiaires, seules deux régions dépassent 50%, les régions de l'Est et du Centre-Nord, grâce aux forages. Dans les autres régions, l'accès à l'eau potable varie entre 25% et 50%. Dans toutes les régions, plus la communauté est pauvre, moins elle a accès à l'eau potable.

Les mêmes disparités sont observées au niveau de la disponibilité des latrines. Au niveau national, près de 70% des ménages utilisent la nature comme toilette en 1998 : le pourcentage de ceux qui utilisent un WC avec chasse reste stagnant autour de 1%. L'utilisation de la nature est un phénomène essentiellement rural, mais dans les communautés urbaines, près de 10% des ménages ont toujours recours à la nature. L'absence de latrines est un phénomène qui affecte les communautés où vivent les plus pauvres, en covariation avec l'approvisionnement en eau potable.

⁸ Enquête prioritaire 1998

Le même schéma de covariation entre les facteurs environnementaux et la pauvreté est observé au niveau de l'accessibilité des services sociaux de base. Les infrastructures scolaires sont localisées dans les communautés où vivent les segments les plus aisés de la population : parmi les 20% les plus aisés de la population, plus de 50% résident à moins de 30 mn d'une école secondaire ; parmi les 20% les plus pauvres, moins de 10% résident à moins de 30 mn d'une école secondaire. Les disparités sont moins prononcées relativement à l'accessibilité des structures sanitaires de base : parmi les 20% les plus aisés de la population, plus de 65% résident à moins de 30 mn d'un centre de santé ; parmi les 20% les plus pauvres, près de 25% résident à moins de 30 mn d'un centre de santé. En d'autres termes, les plus pauvres vivent dans des communautés où les coûts d'opportunité associés à l'accès aux services sociaux de base, y inclus les services de santé de base, sont les plus élevés.

En résumé, l'approvisionnement en eau est insuffisant et l'utilisation d'eau polluée reste importante, surtout en zone rurale, contribuant ainsi à la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses. En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. Ces conditions environnementales défavorables à la santé sont plus prévalentes dans les communautés où vivent les plus pauvres. C'est exactement dans ces mêmes communautés où les coûts d'opportunité associés à la recherche de soins pour remédier à la maladie sont les plus élevés en raison des contraintes de temps pour accéder aux services sanitaires de base.

Au delà des facteurs environnementaux qui contribuent à la variabilité de l'exposition aux maladies et des coûts d'opportunité pour y remédier, certaines caractéristiques sociales et culturelles des communautés Burkinabé contribuent à la détermination des comportements des ménages et des individus. Parmi celles-ci, il faut citer celles relatives au statut de la femme qui somme toute est la première productrice de la santé au sein du ménage et de la communauté. Le statut de la femme participe d'un système matrimonial traditionnel où le mariage apparaît comme une institution obligatoire qui mobilise l'ensemble de la communauté lignagère ; par ailleurs, la femme apparaît comme un capital qu'il faut acquérir, conserver et rentabiliser, dont les fonctions les plus valorisées sont celles de reproduction et de

main-d'œuvre qui conditionnent le faible statut de la femme dans la famille et la société⁹.

La préoccupation fondamentale de chaque groupe demeure sa perpétuation et tous les moyens économiques, culturels et spirituels sont mis en œuvre à cet effet. Il en résulte des régimes démographiques pro-natalistes où les groupes privilégient le mariage par alliance, les mariages précoces et quelque fois forcés et les pratiques de lévirat. Par ailleurs, les sociétés Burkinabé conservent encore des pratiques coutumières, dont les mutilations génitales féminines (excision), les interdits alimentaires et tabous nutritionnels.

Toutes fois, les traditions renferment un certain nombre d'atouts et de valeurs socioculturelles positives. Les sociétés Burkinabé étaient régies par les principes de respect de la vie, de solidarité, d'échanges et de réciprocité qui cimentaient la vie sociale et assuraient une totale intégration des individus dans la société. L'esprit communautaire y était aussi développé, basé sur la subordination de l'individu au groupe et à la famille. Si ces valeurs sont entrain de s'éroder en milieu urbain, elles restent les piliers de l'organisation villageoise et du foisonnement des organisations à base communautaire dont les organisations paysannes, les groupements féminins et les associations de jeunes¹⁰.

Le faible statut de la femme et les pratiques coutumières se traduisent dans les contraintes et les comportements des ménages en matière de santé et sont néfastes et préjudiciables à la santé des femmes et des petites filles, et indirectement la santé des enfants. Cependant, les valeurs socioculturelles positives, et les organisations à base communautaire qu'elles cimentent, constituent de systèmes de support traditionnels qui restent des ressources potentielles importantes pour le développement sanitaire et les capacités internes de réponse aux problèmes de santé au niveau communautaire : il reste à savoir si le système de santé les perçoit comme telles.

Il n'existe pas à proprement parler de sécurité sociale au Burkina Faso de part l'absence d'un régime de protection sociale universelle.

La protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat, cette prise en charge est réduite à 60% lorsque ceux-ci ne sont pas imputables au service. Cette dernière mesure

⁹ Conseil National de la Population (2000)

¹⁰ Ministère de l'Environnement et de l'Eau (1999).

s'étend à la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs). L'application des dispositions de ce texte n'est pas encore effective sur le terrain.

L'autre catégorie sociale bénéficiant d'une certaine prévoyance sociale est constitué de travailleurs du secteur qui, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) bénéficie de prestation familiale, de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès et des allocations pour les accidents de travail et des maladies professionnelles.

Les insuffisances du système de sécurité sociale conjuguées au recule des revenus et au relèvement des prix ont eu une incidence néfaste sur la demande de l'offre de soins (tendance à recourir aux prestations de santé peu chères et de qualité douteuse, recours aux prestations traditionnelles, prolifération des groupes religieux et prophètes miracles qui s'érigent en structures et professionnels de santé.

Tableau N°2 : Indicateurs socio-économiques

Indicateur	Niveau	Année	Source
PIB par habitant (en FCFA)	182 000	2002	Ministère économie
Taux d'accroissement annuel du PNB	4,90%	2002	Ministère économie
Indice de Développement Humain	0,302	2002	PNUD
% de la population totale vivant en dessous du seuil de pauvreté	46,4%	2003	INSD
% de la population urbaine vivant en dessous du seuil de pauvreté	19,9%	2003	INSD
% de la population rurale vivant en dessous du seuil de pauvreté	52,3%	2003	INSD
Taux d'alphabétisation des femmes adultes	15,2%	2003	INSD
Taux d'alphabétisation des hommes adultes	29,4%	2003	INSD
% de la population ayant accès à l'eau potable en milieu urbain*	88,5%	2003	INSD
% de la population ayant accès à l'eau potable en milieu rural*	64,2%	2003	INSD

* Il s'agit de l'eau provenant de puits busés, de forage, de fontaine publique, et de robinet.

Afin d'améliorer le niveau de vie des populations, le **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)**, comprenant un important **Volet Santé-Population**, a été élaboré et mis en oeuvre.

1.5. Données sur les infrastructures routières et moyens de communication

La faiblesse du réseau routier est l'une des principales contraintes à l'accessibilité des formations sanitaires. Cette situation entrave profondément l'utilisation des services de santé et le développement de la référence / évacuation. Un effort de développement de ce réseau est cependant en cours depuis 2002.

La couverture des formations sanitaires en téléphone et en Radio Autonome de Communication (RAC) est également très faible en dépit des grands progrès qui ont été réalisés ces dernières années avec le soutien des partenaires au développement. En 2002, seulement 43% des formations sanitaires disposaient de téléphone ou de RAC¹¹.

1.6. Constats sur le contexte démographique et socioéconomique

1.6.1. Les Forces

- Existence d'une Politique de Population depuis 1991 ;
- L'augmentation du taux brut de scolarisation et la priorité accordée à la scolarisation des jeunes filles laisse entrevoir une augmentation dans les prochaines années de l'utilisation des méthodes contraceptive modernes. En effet l'utilisation des méthodes contraceptives modernes augmente avec le niveau d'instruction et dans 10 ans ces jeunes filles seront en âge de procréer et vont pouvoir intégrer le groupe des utilisatrices potentielles de méthodes contraceptives.

1.6.2. Les Insuffisances

- La croissance démographique reste forte ce qui va nécessiter plus de besoins en services de contraception
- Le faible statut des femmes
- la faiblesse du réseau routier
- La situation économique précaire avec un niveau de pauvreté élevé qui ne permet pas d'envisager à l'heure actuelle la mise en place d'un système de recouvrement total des coûts des contraceptifs.

¹¹ DSF, Plan Stratégique pour la Maternité à Moindre Risque au Burkina Faso 2004 – 2008

II. PRESENTATION DU SECTEUR DE LA SANTE

2.1. Politique de santé

La période avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la Programmation Sanitaire Nationale qui est axée sur la stratégie des soins de santé primaires. A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes:

- La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako
- L'adoption par le Gouvernement d'une politique de médicaments essentiels génériques et la création d'une centrale d'achat de médicaments (CAMEG)
- La mise en place des districts sanitaires a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation
- La réforme hospitalière, engagée en 1997, pour améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux et assurer une motivation du personnel hospitalier.

Le Burkina Faso a l'un des niveaux de santé les plus bas du monde et la situation ne s'est pas améliorée au cours de ces dernières années. Malgré les réformes entreprises, les résultats globaux du système de santé burkinabé demeurent modestes : 159^{ème} dans le classement de l'OMS (Rapport sur la santé dans le monde, 2000).

Certes, de nombreuses raisons sont à rechercher en dehors du système de santé, notamment dans la grande pauvreté des populations ainsi que certains traits culturels face à la santé et à la mort. Mais des raisons sont également imputables aux services de santé. Il s'agit entre autre : de la mauvaise qualité des soins curatifs, de l'insuffisance de motivation du personnel, des modalités d'introduction du recouvrement des coûts qui renforcent l'inaccessibilité financière aux services de santé, de la quasi-absence de mécanismes de partage des risques, du mauvais accueil des populations dans les formations sanitaires. Face à ces insatisfactions, les populations préfèrent recourir largement à l'automédication ou à la médecine traditionnelle et délaissent les formations sanitaires.

2.2. Organisation du système de santé

Le système public de prestation de soins est organisé en trois niveaux qui sont supposés assurer respectivement les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le système de santé au Burkina Faso est de type pyramidal comportant des structures administratives et/ou de gestion et des structures de soins.

Au plan administratif, il repose sur trois niveaux hiérarchisés, à savoir :

i. *Le niveau central ou stratégique*, qui est chargé de définir la politique sanitaire du pays.

ii. *Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique* qui comprend les treize (13) Directions Régionales de la Santé (DRS) chargées d'appuyer l'opérationnalisation des districts sanitaires.

iii. *Le niveau périphérique ou niveau d'opérationnalisation des programmes d'activités* qui comprend les Districts Sanitaires au nombre de Cinquante Cinq (55). Ils comprennent le premier échelon constitué des Centres de Santé et de Promotion Sociale et le deuxième échelon des Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale. Le premier échelon constitue également l'interface entre les services de santé et les communautés bénéficiaires.

Au plan de l'offre de soins, il repose sur quatre échelons de soins qui sont¹²:

- (i) le premier échelon de soins constitué par les Centres de Santé et de Promotion Sociale (1148), les Centres Médicaux (42), les Dispensaires isolés (67), les maternités isolées (16), les infirmeries (30) et autres structures de soins (15) ;
- (ii) le deuxième échelon constitué par les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (41)

Ces deux échelons constituent le district sanitaire. Les soins de santé de base sont assurés essentiellement au niveau du district sanitaire. L'organisation de la prestation des soins au niveau du district sanitaire est basée sur les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui constituent le premier échelon des soins. Au deuxième échelon du district sanitaire, les centres médicaux sont entrain d'être substitués en centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui servirait de

¹² Rapport DGIEM, 2004

référence aux formations sanitaires périphériques. Les deuxième et troisième niveaux de soins sont constitués respectivement par les centres hospitaliers régionaux (CHR), dont neuf centres, et les trois centres hospitaliers nationaux (CHN) de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.

Le secteur privé est toujours en phase d'émergence dans le pays en conséquence de la faiblesse de l'urbanisation et des niveaux de revenus des ménages. Le secteur pharmaceutique privé comptait en 1999, 105 officines privées (dont 69 à Ouagadougou et 19 à Bobo-Dioulasso) et 2 grossistes privés à Ouagadougou avec leurs succursales à Bobo-Dioulasso. L'exploitation des structures sanitaires privées, surtout à but lucratif, reste un monopole des professionnels de la santé au regard des textes en vigueur. Le sous-secteur lucratif a connu une expansion rapide au cours des dernières années : d'une dizaine de pratiques dans les années 70, le sous-secteur lucratif comptait plus de 300 en 1999 tous types confondus. En 1994, 82% de ces formations sanitaires privées étaient concentrées dans les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Par ailleurs, des initiatives du mouvement associatif viennent soutenir la croissance du secteur privé: en effet, à côté des exploitations individuelles, les associations et les organisations non gouvernementales (ONG) ouvrent de plus en plus des établissements sanitaires privés.

Il peut être attendu que le momentum du développement du secteur privé se maintienne en faveur de l'urbanisation et l'augmentation des niveaux de revenus. L'intervention privée dans le secteur sanitaire, cependant, continue d'être marquée par l'insuffisance, l'inadaptation et la non application des textes juridiques y relatifs ; par ailleurs les structures publiques chargées de l'appui et du contrôle du secteur privé ne sont pas pleinement fonctionnelles. En conséquence, le secteur privé a évolué jusqu'ici parallèlement au secteur public : le manque de collaboration et de politique formelle de promotion ne lui permet pas encore de jouer un rôle complémentaire au secteur public.

Face à l'insuffisance de l'initiative privée, l'action sanitaire à une grande échelle est restée un domaine privilégié de l'intervention publique au Burkina Faso. Dans ce cadre, l'organisation de la prestation de soins est toujours en cours de structuration ; cependant, le processus de structuration et les réformes engagées au cours des années 90s ont commencé à bâtir un schéma distinct de l'organisation des structures sanitaires publiques dans le pays.

Les ménages Burkinabé font donc face à des sources variées de services et soins de santé en cas de besoin. Une des principales sources est constituée par la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui sont endogènes et culturellement mieux implantées dans les habitudes et pratiques locales de soins de santé. Bien que ces sources endogènes jouent toujours un rôle important, surtout en milieu rural¹³, aucune politique formelle en la matière n'a été adoptée : en conséquence, l'exercice des pratiques traditionnelles n'est pas organisée ; encore moins, la production et la gestion des produits de la pharmacopée locale. C'est en réalité par substitution - rarement en complémentarité- à cette source traditionnelle que les sources modernes privées et publiques sont entrain de se développer.

Le développement et la répartition des ressources humaines en santé démontrent respectivement l'importance des efforts qui ont été engagés dans le cadre du développement de la base de ressources du secteur de la santé et des fossés qui continuent de caractériser le système de santé. Premièrement, en 1975, le secteur de la santé comptait environ 100 médecins et 11 pharmaciens; en 1985, le nombre de médecins a été multiplié par 2, le nombre de pharmaciens par 9; en 1999, le nombre de médecins a été porté à 400 médecins¹⁴. De même, le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat est passé de 260 en 1975 à 800 en 1985 et 1050 en 1999; le nombre de sages-femmes d'Etat est passé de 80 en 1975 à 290 en 1985 et 350 en 1999. Ainsi, la base des ressources humaines du secteur de la santé a connu une expansion importante au cours des années 80 et 90. En 2001, le recensement du personnel de santé, a donné 1695 IDE, 1461 IB, 375 SFE, 101 ME, 2008 Agents de Première Ligne (Accoucheuses auxiliaires et Agents Itinérants de Santé), 611 Attachés de Santé, 51 Pharmaciens, 35 Chirurgiens dentistes, 198 Médecins Spécialistes et 203 Médecins Généralistes¹⁵.

Cependant, des fossés importants continuent de prévaloir dans la répartition et l'utilisation des ressources humaines.

Trois écoles contribuent à la formation de base du personnel technique du personnel de santé dans le pays. La formation de base du personnel paramédical se fait à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Les effectifs par promotion ont augmenté en général depuis 1993 grâce à la priorité accordée aux secteurs sociaux

¹³ Ministère de la Santé, 2000. Document de Politique Sanitaire Nationale. Burkina Faso : (Septembre)

¹⁴ Ministère de la Santé, 2000. Analyse de la Situation Sanitaire. Burkina Faso: (Février).

¹⁵ Ministère de la Santé/Direction des Ressources Humaines (2001) : Recensement de personnel de Santé

dans le cadre du programme ajustement sectoriel. Au niveau de l'Unité de Formations et de Recherche en Science de la Santé (UFR/SDS), seules existent actuellement les sections de médecine, de pharmacie et de techniciens supérieurs de laboratoire. Le rythme annuel de sortie est en moyenne de 30 médecins et de 15 pharmaciens à la FSS et d'environ 800 paramédicaux à l'ENSP, ce qui est insuffisant au regard des besoins du ministère de la santé même si les contraintes budgétaires ne permettent pas toujours d'absorber le personnel ainsi formé. Enfin, L'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature et l'ENSP forment des administrateurs des hôpitaux et des gestionnaires des services de santé : dans ce cadre, on se retrouve devant deux institutions publiques exécutant les mêmes formations, souvent avec les mêmes enseignants ; malgré tout, cette catégorie de personnel est formée en quantité insuffisante.

La formation continue destinée aux personnels en service se fait par le biais de cours de perfectionnement ou de séminaires de recyclage. Les spécialisations pour les médecins se déroulent en grande partie en dehors du Burkina Faso. Le manque de plan de formation et de suivi après formation fait que toutes ces formations sont souvent mal planifiées et ne correspondent pas toujours aux besoins prioritaires du département.

L'administration et la gestion des ressources humaines sont centralisées et non rationalisées. Le recrutement des agents se fait sur titre ou sur concours et la promotion en grade est très liée à la formation en cours d'emploi. Ceci constitue un acquis positif indéniable à maintenir et à consolider, mais faudrait-il qu'il soit combiné avec des plans de carrière pour la promotion et la motivation des agents. Le système de rémunération, par contre, se caractérise par sa rigidité : les indemnités allouées ne font que rémunérer les conditions physiques d'exercice de l'activité ; par ailleurs, aucune possibilité de rémunérer la performance ou la productivité n'est offerte par le système de rémunération. Il en résulte un régime d'incitation qui décourage les initiatives et entraîne à terme une démotivation dont les effets pervers sont toujours difficiles à juguler.

Enfin, jusqu'ici les postes budgétaires des agents de la santé, comme ceux des autres agents de l'Etat, sont associés aux agents et non à une localité ou zone géographique donnée. Cette structure de la gestion des ressources humaines du secteur résulte en un régime d'incitation où les allocations de ressources publiques, au lieu de cibler et de suivre les populations, suivent plutôt les agents de santé. Etant

données les disparités qui existent entre les grandes villes et le reste du pays et l'inexistence de mesures spécifiques de motivation pour aller servir dans les zones les plus pauvres, la volonté du personnel de santé d'aller dans une zone donnée n'est fonction que de la facilité à s'y rendre, de sa proximité à une grande ville, ou des opportunités de revenus complémentaires. Comme observé plus haut, les comportements des agents, les médecins et les sages-femmes en particulier, et la distribution des ressources humaines qui résultent d'un tel régime d'incitation pénalisent les zones et les régions où vivent les pauvres.

Ainsi les faiblesses dans la gestion des ressources humaines sont parmi les fossés les plus importants que le Burkina Faso devrait combler si les augmentations de ressources dans le secteur doivent se traduire par une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services de santé de base, et par conséquent une amélioration des indicateurs de santé de l'enfant et de santé de la reproduction, parmi les secteurs les plus pauvres de la population. Comblé les fossés dans la gestion des ressources humaines est d'autant plus critique que dans le secteur de la santé, la distribution des ressources humaines détermine dans une large mesure la distribution et l'utilisation des autres ressources du secteur.

La gestion des ressources matérielles, à l'exception de la gestion du médicament, est à l'image de la gestion des ressources humaines. Au niveau des formations sanitaires périphériques, les équipements prévus par les normes sont assez exhaustifs du point de vue de leur nature et de leur qualité ; ces normes sont suffisamment respectées, ce qui devrait leur permettre d'offrir le paquet minimum d'activités. Par contre, les CHR et les CHN sont sous-équipés. Des problèmes de gestion des équipements se posent, cependant, à tous les niveaux. En effet, les équipements médicaux et la logistique sont mal entretenus et parfois inadaptés. L'insuffisance de crédits et la diversité technologique des équipements liée aux dons et à l'exigence de certains partenaires rendent la maintenance difficile. En outre, la direction chargée de l'équipement et de la maintenance ne joue pas pleinement son rôle: la politique de maintenance n'est pas clairement définie; les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Il en résulte une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence, qui constitue un fossé dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations de soins.

Les sources internes d'offre de médicaments restent faiblement développées. Les produits de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles ne sont pas suffisamment exploités et rationalisés. Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique nationale très embryonnaire, représente seulement 2% du marché pharmaceutique national. Par conséquent, le système de santé du Burkina Faso dépend fortement des importations, provenant essentiellement des pays européens, pour l'approvisionnement en médicaments. Cette structure se traduit par une vulnérabilité du système de santé aux changements des marchés internationaux : c'est ainsi que la dévaluation du franc CFA, intervenue en janvier 1994, a entraîné une nette augmentation du coût des médicaments ; cependant, le renchérissement des médicaments a été une source additionnelle de motivation pour la promotion et le développement du réseau de distribution des médicaments essentiels génériques (MEG) dans le pays.

Le réseau de distribution du médicament s'est amélioré de manière significative depuis 1993 aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce réseau est organisé en distribution de gros et en vente au détail. La distribution de gros est assurée par trois sociétés grossistes dont deux privées et une parapublique. La vente en détail des MEG est assurée par les dépôts répartiteurs des districts, les dépôts de vente des formations sanitaires, les dépôts villageois. En 1999, 92% des formations sanitaires disposaient d'un dépôt de vente des MEG. La disponibilité des médicaments dans les centres de santé est effective toutefois on observe quelque rupture de stock de certains produits essentiels, liée probablement à une mauvaise gestion des stocks.

Si la disponibilité des MEG dans le pays est effective, on ne peut en dire autant de leur accessibilité financière.

2.3. Profil sanitaire

La situation sanitaire est essentiellement caractérisée par une morbidité et une mortalité relativement élevées.

Les pauvres indicateurs de santé du Burkina Faso sont dus entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du programme élargi de vaccination, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. Ces principales maladies non seulement contribuent à une mortalité élevée qui pourrait

être évitée, mais peuvent constituer aussi un lourd fardeau économique pour les ménages, en particulier le paludisme et le VIH/SIDA.

Le paludisme est un des plus importants problèmes de santé publique du pays non seulement en conséquence de sa contribution à la morbidité et la mortalité, mais aussi en raison de ses implications économiques. Le paludisme est endémique au Burkina Faso : 1 sur 3 des premiers contacts enregistrés dans les services de santé du pays est associé au paludisme ; 19 % des hospitalisations au niveau des services de santé sont associées au paludisme¹⁶. Il est estimé que 63% des paludismes graves concernent les enfants de moins de 5 ans ; par ailleurs, le paludisme contribuerait près du tiers (1/3) des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

En plus du paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës continuent de contribuer lourdement sur la morbidité et la mortalité des enfants dans le pays. Les maladies diarrhéiques continuent d'être parmi les 4 premiers motifs d'hospitalisation en dehors des hôpitaux régionaux et nationaux après les infections des voies respiratoires. En 1993, une année typique, la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans était estimée à 12% et l'incidence à 6,8 épisodes par enfant et par an ; des estimations basées sur les données des DHS fournissent des niveaux de prévalence aussi élevés que 20% sur l'ensemble du pays. Le choléra, cependant, survient sous forme d'épidémies sporadiques et touche essentiellement les régions de Tenkodogo, Dori, Kaya, Fada Gourma et Ouagadougou¹⁷. Enfin, la prévalence des infections respiratoires aiguës était estimée à environ 11% parmi les enfants de moins de 5 ans en 1993. Les facteurs de risque courants associés aux infections des voies respiratoires dans le pays incluent le faible poids à la naissance, la pollution de l'air et la rougeole, une des maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV).

Malgré d'importants efforts dans le cadre de la vaccination, les maladies cibles du PEV continuent d'alourdir le fardeau de la morbidité et de grever les chances de survie des enfants dans le pays. La rougeole, par exemple, continue de sévir dans le pays avec des flambées épidémiques tous les 3-4 ans : en 1996, le pays a connu une épidémie en même temps que l'épidémie de méningite. De même, des cas de paralysies flasques aiguës dus à la poliomyélite continuent d'être notifiés. Par

¹⁶ Ministère de la Santé, 2000. L'Analyse de la Situation Sanitaire. Secrétariat Technique pour l'Élaboration de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan National de Développement Sanitaire. Burkina Faso: (Février).

¹⁷ Op. c.

ailleurs, près de 1800 décès de nouveaux nés continuent d'être associés au tétanos néonatal chaque année dans le pays. Enfin, parmi les maladies à potentiel épidémiologique, le pays a connu un nouveau cycle épidémique de méningite entre 1995 et 1997 en conséquence de sa localisation dans la 'ceinture africaine de la méningite', contribuant ainsi à l'augmentation de la mortalité chez les enfants ; de même, en 2001 une grande épidémie de méningite a frappé de nouveau le pays¹⁸.

Un des plus graves problèmes de santé publique que le Burkina Faso aura à affronter dans les années à venir est la progression du VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles qui favorisent cette progression, et la réémergence de la tuberculose qui lui est associée. En fin 1998, le taux de séroprévalence du VIH se situait entre 7 et 10 % dans la population générale, et à 7,15 % chez les femmes enceintes¹⁹. Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans : en d'autres termes, ce sont les mêmes sections de la population en âge d'activité qui servent de support économique et moral à la famille qui sont les plus affectées. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter malgré une sous notification des cas. En conséquence des tranches d'âge qui sont affectées par la maladie, si des actions énergiques ne sont pas mises en œuvre pour contrôler le SIDA, la pandémie pourrait avoir une influence à terme sur l'espérance de vie et les performances économiques du pays. Déjà la tuberculose est en cours de réémergence dans le pays en conséquence de son association avec le SIDA : les 1000 nouveaux cas de tuberculose rapportés en moyenne par an par les statistiques sanitaires sont loin de décrire la réalité de l'ampleur de la réémergence de la tuberculose.

La mortalité maternelle est estimée à 484 décès pour 100,000 naissances selon l'EDS (1998) alors que l'INSD (1999) fournit une estimation de 930 décès pour 100 000 naissances vivantes : cet intervalle suggère que les risques de décéder associés à la grossesse sont élevés. Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies et les avortements provoqués. Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé de reproduction.

¹⁸ WHO, 2001. Weekly Epidemiological Record. No 37, 2001, 76: 281-288

¹⁹ SP/CNLS/IST

En dehors de ces problèmes majeures de santé publique, d'autres maladies transmissibles sont entrain de reculer en conséquence des interventions bien ciblées : on peut citer l'onchocercose, le ver de guinée, et la lèpre. Par ailleurs, l'importance des maladies non transmissibles, telles que les maladies mentales, les maladies des yeux, les maladies bucco-dentaires, les cancers et les maladies cardio-vasculaires, est mal connue par le système d'information sanitaire du pays ; il peut être attendu, cependant, que certaines parmi ces maladies deviennent des problèmes de santé publique à long terme en faveur de l'urbanisation et des changements de comportement. Enfin, le nombre des handicaps et des incapacités croît constamment et ils représentent une part importante des états morbides du pays : 168 698 personnes handicapées ont été dénombrés en 1996¹, dont les causes identifiées étaient, entre autres, les accidents, les traumatismes et violences divers et les séquelles de certaines maladies comme la poliomyélite.

En résumé, Les principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays sont constituées par les maladies transmissibles, dont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. L'association de ces maladies avec un niveau élevé de la malnutrition et les épidémies récurrentes de rougeole et de méningite cérébro-spinale contribuent pour une large part au lourd fardeau de la morbidité et au niveau élevé de la mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans. A ce profil épidémiologique typique de la phase pré transitionnelle dans laquelle se situe l'évolution sanitaire du pays, s'est ajouté une progression inquiétante de la prévalence du VIH/SIDA qui situe le pays maintenant parmi les pays les plus affectés de la sous région ouest africaine : la tuberculose est déjà en réémergence en conséquence de son association avec le SIDA. Enfin, les infections, les hémorragies, les dystocies, les avortements provoqués et les fossés dans prise en charge de la grossesse continuent de contribuer au niveau élevé de la mortalité maternelle.

La morbidité générale de la population est de 15,8 % en 1996 (RGPH 96). On observe des flambées épidémiques d'ampleur variable dues aux maladies telles la rougeole, la méningite cérébro-spinale et le choléra.

Les taux de mortalité générale et spécifique sont également élevés :

- Le taux de mortalité générale estimé à 15,2 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvenile et maternelle;
- Le taux de mortalité maternelle est de 484 pour 100 000 naissances vivantes (la révision de l'OMS estime à 1000 pour 100 000 naissances vivantes) ;

- La mortalité néonatale reste élevée. La probabilité de mourir avant le premier mois est de 41 ‰ et 65 ‰ entre le premier et le douzième mois (EDSBF 98-99);
- Le taux de mortalité infantile est passé de 94 pour mille en 1993 à 105,3 pour mille en 1998;
- Le taux de mortalité infanto-juvenile est passé, sur la même période, de 187 pour mille à 219,1 pour mille due essentiellement aux maladies transmissibles.

2.4. Quelques indicateurs de santé

Tableau N°3 : Evolution de quelques indicateurs de santé

Années	Taux						Rayon d'action moyen en CSPS (Km)*
	Mortalité Infantile (pour 1 000)**	Mortalité Maternelle (pour 100 000)**	Prévalence VIH***	TPC (%)*	Couverture CPN (%)*	Utilisation Formation sanitaire (%)*	
1991	114,60	566	-	6,30	38,40	22,83	
1992	124,00	566	-	9,10	47,24	22,86	10,50
1993	93,70	566	-	9,33	45,60	21,95	10,70
1994	93,7	566	-	2,44	42,31	17,81	10,09
1995	93,7	566	-	8,32	47,77	18,17	10,40
1996	107,00	566	-	9,79	55,19	21,16	9,98
1997	107,00	566	7,17	9,11	59,16	20,00	9,69
1998	107,00	566	7,09	10,20	58,06	19,81	9,66
1999	105,00	484	6,3	11,84	64,26	20,65	9,55
2000	105,00	484	5,4	10,67	61,05	20,56	9,37
2001	105,00	484	4,8	12,60	60,75	21,60	9,18
2002	105,00	484	4,4	14,48	54,08	27,11	9,07
2003	83	484	4,2	15,85	70,87	32,49	8,68

Source: -* *Annuaire Statistique DEP/Santé*

-** *EDS 1998-1999*

****SP/CNLS*

Le taux d'accouchement assistés était en 2003 de 44%. On note encore en 2003 la confirmation de l'évolution tendancielle à la hausse du taux d'assistance à l'accouchement avec une augmentation de près de 4% similaire à celle enregistrée en 2002. Cette augmentation n'occulte pas le faible niveau de cet indicateur qui traduit une faible accessibilité technique et géographique des soins maternels et surtout laisse percevoir un grand nombre de besoins obstétricaux non couverts.

Couplée à un faible niveau de performance des antennes chirurgicales, la faiblesse de l'assistance à l'accouchement constitue l'un des déterminants de la forte mortalité

maternelle et périnatale. La déperdition entre la couverture prénatale et le taux d'accouchement assisté est de 27,18% en 2003 (14% en 2002).

2.5. Financement de la santé

Une des principales caractéristiques de la structure des sources de financement de la santé au Burkina Faso reste la combinaison du financement privé par les ménages, du financement public par l'Etat central et l'aide extérieure. L'Etat est devenu un acteur important dans le financement et la prestation des services de santé en conséquence de la faiblesse de l'intervention privée ; les mécanismes à travers lesquels l'Etat exerce les fonctions de financement et de prestation, cependant, sont confondus dans le système de santé. Ainsi, bien que les réformes de décentralisation en cours dans le pays, y incluses les réformes hospitalière et pharmaceutique, aient commencé à altérer les configurations institutionnelles du financement de la santé, le ministère de la santé et ses démembrements restent les principaux agents détenteurs et chargés de l'allocation de ressources de la santé dans le pays. Combien dépense l'Etat, comment il le dépense, où il le dépense et qui en bénéficie restent des questions clé de la problématique de la pauvreté et de la santé dans le pays ; par ailleurs, étant le principal prestataire de soins dans le pays, comment le ministère de la santé mobilise des ressources internes privées pour compléter le financement des organisations publiques de prestation de soins a aussi des implications sur qui bénéficient des ressources publiques véhiculées à travers les organisations publiques de santé.

Le niveau de pauvreté et la structure de l'économie du Burkina Faso continuent de contraindre les niveaux de ressources financières qui peuvent être mobilisées par l'Etat pour supporter le secteur de la santé. D'après le rapport mondial sur la santé de 2001, les dépenses de santé au Burkina Faso représentent 4% du PIB en 1998 à l'image des pays les plus pauvres en Afrique au Sud du Sahara²⁰. Bien que ce niveau situe favorablement le Burkina Faso comparés aux pays en ASS avec des niveaux de PIB par tête inférieurs à \$ 300, où les dépenses de santé représentent entre 2% et 4 % du PIB, il se traduit en termes de dépenses par tête à environ US\$ 9. Au cours de la même année, les dépenses publiques de santé, y inclue l'aide publique, représentaient 2.3% du PIB.

²⁰ WHO, 2001. World Health Report 2001. Geneva

Durant la première moitié des années 90s, le ratio des dépenses publiques de santé sur le PIB a fluctué entre 1.5% et 2%. Il faudra attendre l'année 1996, pour observer une augmentation soutenue des dépenses publiques de santé relativement non seulement au PIB, mais aussi aux dépenses publiques totales²¹. En effet, le ratio des dépenses publiques de santé sur le PIB s'est situé entre 2.3% et 2.5% entre 1996 et 1999, reflétant essentiellement la reprise des investissements dans le secteur ; il a chuté à 1.9% en 2000, cependant, en conséquence toujours de la baisse des investissements.

Cette évolution des dépenses publiques de santé reflètent plus ou moins la priorité qui a été accordée au secteur la santé durant la deuxième moitié des années 90s. Avant 1996, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales se situaient à 7.5% ; à partir de 1996, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques a fluctué à des niveaux plus élevés entre 8.9% et 10.8%. Durant la même période, la part relative de la santé dans le budget de l'Etat sur ressources propres, comparée à celle de l'éducation de base et de la défense, semble indiquer qu'une plus grande priorité a été accordée à la défense. Cependant, la progression du budget de la santé sur ressources propres sur la période et l'engagement de l'Etat à porter la part du budget de la santé à 12% du budget de l'Etat suggèrent que la position de la santé dans l'échelle des priorités du gouvernement a favorablement changé. Malgré cet effort, les dépenses publiques de santé par tête d'habitant restent toujours à environ 3.000 FCFA, comparés à environ 3.300 FCFA par tête dépensée par les ménages ruraux, et 16.600 FCFA par tête, par les ménages urbains.

La priorité accordée au secteur de la santé s'est manifestée de façon variable sur les différentes composantes des dépenses publiques de santé. La première moitié des années 90 a été marquée par un faible niveau d'investissement dans le secteur de la santé²². A partir de 1996, cependant, les niveaux d'investissement ont connu une augmentation drastique jusqu'à dépasser les dépenses de fonctionnement du secteur en 1997 et 1999. Entre 1996 et 2000, le niveau absolu des investissements a fluctué annuellement entre 14 et 20 milliards de FCFA et a constitué plus de 50% des

²¹ Traore, Abdoulaye et als, 2000. Revue des Dépenses Publiques – Secteur de la Santé 1996-2000 : Burkina Faso. Ministère de l'Economie et des Finances, Secrétariat Technique pour la Coordination des Programmes de Développement Economique et Social : (Mars).

²² Traore Abdoulaye et als, 2000. Revue des Dépenses Publiques – Secteur de la Santé 1996-2000 : Burkina Faso. Ministère de l'Economie et des Finances, Secrétariat Technique pour la Coordination des Programmes de Développement Economique et Social : (Mars).

dépenses totales 4 années sur 5. L'investissement sanitaire a été soutenu dans une large mesure par les partenaires extérieures dont les apports ont représenté 84% des 83 milliards investis dans la santé entre 1996 et 2000. La reprise des investissements après 1996 a largement contribué à la structuration des organisations de prestation de soins et du système de référence du district sanitaire, dont la construction de centres de santé et de promotion sociale, la construction des centres médicaux avec antenne chirurgicale et la transformation de centres médicaux en CMA. Il ne semble pas, cependant, que les charges récurrentes de tels investissements aient été anticipées.

En réalité, le budget de fonctionnement de la santé a connu une augmentation importante en conséquence de la protection du secteur de la santé, dont la poursuite du recrutement du personnel, dans le cadre du programme d'ajustement structurel. Le budget de fonctionnement de la santé, qui s'élevait à 8.5 milliards de FCFA en 1992, est passé à 13.2 milliards de FCFA en 1996 pour atteindre 19.5 milliards de FCFA en 2000. Cette augmentation a bénéficié largement au poste de transferts courants, dont près de 80% des crédits couvrent les subventions au fonctionnement des hôpitaux nationaux et régionaux transformés en établissement public d'une part, et aux évacuations sanitaires à l'extérieur du pays d'autre part. En effet, entre 1996 et 2000 le taux de croissance annuel des dépenses de transferts a été de façon systématique 2 fois plus élevé que le taux de croissance annuel des dépenses de fonctionnement, portant ainsi la part des transferts dans le budget de fonctionnement de 33% en 1996 à 56% en 2000. Les évacuations sanitaires à l'extérieur ont aussi continué à commander une part importante des dépenses de matériel du secteur : elles ont atteint un pic de 1.2 milliards de FCFA en 1998 ; elles ont amorcé, cependant, une baisse soutenue depuis cette année pour s'établir à 771 millions en 2000.

Les parents pauvres de la forte augmentation des dépenses publiques de santé sont restés les mêmes postes qui devaient transformer les importants investissements sanitaires de la décennie en meilleures qualité et accessibilité des services de santé : les salaires qui couvrent la rémunération du personnel, dont la majorité est constituée par le personnel des districts sanitaires, le poste de biens et services qui incluent les lignes de crédit qui supportent le fonctionnement des régions et des districts sanitaires. En dehors d'une augmentation de 21 % entre 1996 et 1997, comparée à une augmentation des transferts de 37%, le poste de salaires est

resté presque constant entre 1997 et 2000 alors que le poste de transfert continuait son expansion. Par ailleurs, le poste de biens et services n'a pas significativement changé durant la période.

Ces schémas d'allocation des ressources internes dans le secteur ont des implications importantes sur l'efficacité et l'équité des dépenses publiques de santé. En 1999 par exemple, les deux centres hospitaliers nationaux ont commandé une enveloppe de 3.9 milliards de FCFA du budget du ministère de la santé, alors que les neuf hôpitaux régionaux ont eu une dotation totale de 2.8 milliards de FCFA: soit une enveloppe globale de 6.7 milliards de FCFA pour le sous-secteur hospitalier. En contraste, les dépenses de biens et services des 53 districts sanitaires se situaient à 1.7 milliards de FCFA au cours de la même année. En d'autres termes, les districts sanitaires, où les soins et services essentiels de santé sont fournis, continuent de recevoir une part des ressources internes du budget de la santé qui n'est pas à la mesure de la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires.

En dehors du budget de l'Etat, les collectivités locales, les ONG et les associations, les communautés locales et les usagers interviennent dans le financement de la santé à travers des mécanismes divers. La participation des collectivités territoriales au financement de la santé est appréciable. Leurs interventions concernent la construction et la gestion des formations sanitaires de base, notamment les CSPS dans les agglomérations non érigées en communes, les CM et les CMA. Par exemple, le financement direct de la commune de Ouagadougou a permis la construction de plusieurs structures sanitaires, dont notamment les maternités de Pogbi, Yennega, la maternité Gounghin, les dispensaires de Ouagadougou. Le fonctionnement est assuré conjointement par l'Etat (salaires du personnel et une partie des dépenses de biens et services) et la commune en ce qui concerne le matériel. Le centre hospitalier pédiatrique est le fruit de la complémentarité entre la commune de Ouagadougou et l'Etat.

Le niveau et les mécanismes du concours des collectivités locales au financement de la santé sont, cependant, mal connus : à la veille des réformes de décentralisation administrative et politique, ce fossé d'information constitue certes une des faiblesses institutionnelles du système de santé. Les collectivités sont appelées à jouer un rôle plus important dans le secteur de la santé avec la mise en œuvre des réformes de décentralisation administrative et politique, dont une des

composantes inclurait la dévolution de la compétence de la santé aux collectivités locales par l'Etat. D'où la nécessité d'une meilleure connaissance du financement de la santé par les collectivités locales et des contraintes de capacités auxquelles elles seraient confrontées dans le cadre de la prise en charge de la compétence de la santé qui leur serait dévolue.

Les ONG et associations contribuent également à financement des activités de santé. En effet, parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important émanant d'associations, d'organisations confessionnelles et de comités de jumelage. Le financement des ONG, associations, organisations confessionnelles et comités de jumelage est prioritairement orienté vers les groupes vulnérables de la population que constituent les enfants et les femmes. Leur contribution serait passée d'environ 5,5 milliards de FCFA durant la période 1991-1995 à près de 8,7 milliards FCFA sur la période 1996-2000²³.

Les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages de 1998, montrent qu'un ménage du Burkina Faso consacre annuellement en moyenne 33.000 FCFA aux dépenses de santé : la moyenne en milieu urbain atteint 73.000 FCFA, comparée à 21.000 FCFA en milieu rural. Ces dépenses sont essentiellement destinées à l'achat de médicaments. Ce sont ces ressources internes privées que le MS tente de capturer avec plus ou moins de succès et de recycler à travers le financement communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako ; par ailleurs, des stratégies alternatives de financement communautaire fondées sur le partage des risques et la mutualité sont entrain d'émerger dans certaines parties du pays. Si ces ressources contribuent significativement au fonctionnement des services de santé de base, il n'en demeure pas moins que le mécanisme de leur mobilisation, le paiement par les usagers, constitue une des barrières financières de l'accès aux soins de santé et une source potentielle d'appauvrissement pour les plus pauvres. Ce sont ces barrières que tentent de lever les initiatives de mutuelles de santé qui se développent dans le pays. La mutualisation du risque maladie est en émergence au Burkina Faso²⁴. Plusieurs modalités de mutualisation du risque maladie sont entrain

²³ Traore, Abdoulaye et als (2000) : Revue des Dépenses Publiques – Secteur de la Santé 1996-2000 : Burkina Faso. Ministère de l'Economie et des Finances, Secrétariat Technique pour la Coordination des Programmes de Développement Economique et Social : (Mars).

²⁴ Zett, Jean-Baptiste, 2000. 'Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso', dans Banque de données sur les mutuelles de santé et de leurs structures d'appui : travaux de recherche dans onze pays

d'émerger dans le pays, dont les caisses de solidarité, les mutuelles de santé, les mécanismes de couplage du micro-crédit et de prise en charge des soins de santé parmi les groupements féminins, et les systèmes de prépaiement gérés par les organisations de prestation de soins. La diversité des modalités traduisent autant la phase d'émergence du phénomène, la pluralité des promoteurs, l'hétérogénéité des organisations sur lesquelles sont fondées les initiatives, que les objectifs visés. Cette diversité, cependant, ouvre un champ d'expérimentation assez large qui pourrait être instrumental pour le système de santé. Ainsi, bien que les organisations de mutualisation du risque maladie ne constituent pas encore un mécanisme important de financement de la santé autant du point de vue de la population couverte que de la mobilisation de ressources, le MS et les partenaires du secteur de la santé envisagent déjà la mutualité comme une option de stratégie de financement de la santé qui pourrait potentiellement contribuer à la mobilisation des ressources internes et la promotion de l'accessibilité financière des soins de santé dans le pays. En tant qu'organisation de gestion de la consommation des soins de santé, elles pourraient devenir des porte-voix des populations face aux organisations de prestation de soins : ce rôle ne pourrait être effective et renforcer le pouvoir des pauvres dans la santé, cependant, que si ces organisations couvraient une part importante des pauvres.

Le budget de la santé reste inférieur à 10% des dépenses totales de l'Etat. Il reste en deçà des engagements récents des Chefs d'Etat africains à augmenter le budget de la santé à 12-15% du budget d'Etat. L'évolution du budget de la santé et des dépenses est présentée sur le tableau N°3 suivant :

Tableau N°3 : Evolution du budget de la santé et des dépenses (en millions de FCFA)

Années	Personnel	Matériel	Transferts courants	Invest.	Total Dépense Santé	Budget Etat	% budget Santé	Normes OMS (10% budget Etat)
1991	5 379	1 439,30	385,90	5 041,80	12 246	148 700	8,235	14 870
1992	5 125,50	1 841,60	457,40	4 830,60	12 255,10	164 190	7,464	16 419
1993	5 468,90	2 170,80	604,40	3 898,80	12 142,90	179 000	6,784	17 900
1994	6 008,40	4 285,30	2 311,50	6 181,10	18 786,30	206 540	9,096	20 654
1995	8 283,40	4 329,00	-	5 321,00	17 933,40	225 884	7,939	22 588,40
1996	5 322,72	3 128,31	4 297,65	16 847,32	29 596	360 739,33	8,204	36 073,93
1997	5 530	2 260	6 750	16 550	31 090	345 853,64	8,989	34 585,36
1998	8 430	3 070	7 200	14 680	33 380	419 015,30	7,966	41 901,53
1999	6 304,49	3 667,85	8 363,41	19 282,36	37 618,11	412 761,80	9,114	41 276,18
2000	6 112,04	4 017,50	8 939,65	13 832,99	32 902,18	409 495,80	8,035	40 949,58
2001	7 971,37	4 281,02	9 833,62	8 667,99	30 754,00	486 383,51	6,323	48 638,35
2002	9 250,50	4 690,34	10 128,62	13 226,82	37 296,28	526 299	7,09	52 629
2003	10 697,35	5 411,17	10 860,55	13 165,22	40 134,29	558 128	7,19	55 812
2004	18 233			19 039	51 603	701 591	7,36	

Source: Statistiques DAF/Santé

2.6. Constats sur le contexte sanitaire

2.6.1. Les Forces

- Existence d'une Politique de Population depuis 1991 ;
- Le taux d'accouchements assistés élevé constitue une opportunité de contact avec les femmes et d'accroissement de la demande en contraceptifs et donc de recrutement de nouvelles clientes en PF.
- L'augmentation du taux brut de scolarisation et la priorité accordée à la scolarisation des jeunes filles laisse entrevoir une augmentation dans les prochaines années de l'utilisation des méthodes contraceptive modernes. En effet l'utilisation des méthodes contraceptives modernes augmente avec le niveau d'instruction et dans 10 ans ces jeunes filles seront en âge de procréer et vont pouvoir intégrer le groupe des utilisatrices potentielles de méthodes contraceptives.
- L'existence d'un bon réseau de structures sanitaires de premier avec un rayon d'action théorique de 8 km. Ce réseau est une opportunité pour améliorer l'accès aux méthodes modernes de contraception.
- La disponibilité des Médicaments Essentiels Génériques dans les formations sanitaires.

2.6.2. Les Insuffisances

- La morbidité et la mortalité sont élevées
- L'insuffisance de la motivation du personnel de santé ;
- L'inaccessibilité financière aux services de santé ;
- Le mauvais accueil dans les services de santé ;
- La faible implication du secteur privé dans l'offre de soins ;
- L'insuffisance du personnel de santé ;
- La mauvaise répartition du personnel de santé ;
- Le manque de plan de formation et de suivi de la formation ;
- L'administration et la gestion centralisées du personnel de santé ;
- L'insuffisance de financement public consacré à la santé
- L'existence d'autres priorités en matière de santé notamment le paludisme, les autres maladies infectieuses, la malnutrition, l'anémie qui demandent aussi des ressources pour une meilleure lutte.

2.6.3. Les Recommandations

- ☞ Plaidoyer auprès du gouvernement pour un accroissement des ressources au secteur santé
- ☞ Intégration des activités pour rationaliser les ressources disponibles
- ☞ Utilisation des structures sanitaires de premier contact pour développer des stratégies permettant d'accroître la demande en contraceptifs
- ☞ Décentralisation de la gestion du personnel de santé ;
- ☞ Poursuite de la politique de recrutement du personnel de santé ;
- ☞ Implication du secteur public dans l'offre de soins ;

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

3.1. Evolution de la gestion du programme de planification familiale

En 1978 le Burkina Faso à l'instar de tous les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaire, dont la composante en santé maternelle et infantile comprend un volet planification familiale. Cependant aucune disposition particulière allant dans le sens de l'application de cet engagement n'avait été prise en ce qui concerne particulièrement la PF.

Jusqu'en 1985 la pratique des méthodes de contraception moderne était illégale car soumise à la loi de 1920. Les responsables du Ministère de la Santé, confrontés aux problèmes de santé touchant la mère et l'enfant (complications des accouchements, grossesses nombreuses et rapprochées, avortements provoqués, nombreux cas de stérilités) ont recherché les moyens d'organiser les activités de SMI/PF.

En septembre 1984 la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a été créée pour promouvoir la Santé de la Mère et de l'Enfant, un des objectifs prioritaires contenu dans le DOP du 2 Octobre 1983.

Le 11 Février 1985 les prestations de PF sont effectivement mises en place à Ouagadougou dans 4 centres SMI, puis dans 3 centres SMI, de Bobo en Mai 1985.

Depuis 1985 les prestations de PF s'étendent progressivement sur l'ensemble du pays, et il faut noter que d'autres centres assurent les prestations de PF à Ouagadougou : la clinique des sages-femmes, l'ABBEF, AVOB, APAF et quelques cliniques privées.

Au même moment fut créé l'ex-Ministère de l'Essor Familial et de la Solidarité Nationale avec en son sein la Direction de la Planification Familiale (DPF).

C'est dans le souci de privilégier l'aspect social de la PF que les autorités politiques ont confié à ce département la coordination des activités de planification familiale dans le pays.

Par ailleurs pour étendre le programme de PF, le Ministère de la Santé ne pouvait compter uniquement sur les formations en PF à l'extérieur, qui comportaient certaines difficultés (coût élevé, inadaptation au contexte Burkinabé).

C'est ainsi que pour résoudre le problème de formation, un projet bilatéral intitulé « Soutien aux activités de planification familiale » a été signé en Juin 1986 entre le Burkina Faso et l'USAID afin d'assurer la formation en planification familiale sur place.

La politique en matière de PF a été définie à travers un plan d'action élaboré en février 1985 par tous les Ministères et Associations nationales intervenant dans le domaine de la PF. Adopté par le Conseil des Ministres du 10 Avril 1985, ce plan d'action fut révisé en Mai 1986. Les grandes lignes de celui-ci sont :

- Réviser la loi de 1920, en élaborant des textes législatifs adaptés à la politique nationale de planification familiale au Burkina Faso.
- Multiplier les formations sanitaires pour la protection de la santé maternelle et infantile et intégrer la PF dans les activités de ces structures.
- Former le personnel nécessaire à l'application de la politique nationale de PF.
- Informer et sensibiliser les familles sur le rôle de l'espacement convenable des naissances et faciliter leur accès aux méthodes contraceptives les plus appropriées
- Définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires, et un programme de PF dans :
 - Les écoles de formation professionnelles
 - Les centres d'apprentissage
 - Les écoles supérieures
 - Les universités
- Amener notre peuple à comprendre le rôle de la PF dans l'amélioration de la vie des familles.
- Conscientiser et éduquer hommes et femmes de manière à ce qu'ils assument leur sexualité avec responsabilité et clairvoyance
- Assurer la lutte contre les IST et la stérilité, étant donné que l'enfant est une composante essentielle du bien-être de la famille Burkinabé.

La planification familiale est un concept qui vise la prise de conscience de l'avenir par les familles. Il s'agit donc de permettre aux membres d'une famille de choisir consciemment leur mode de vie. Selon l'OMS, la PF se définit comme étant une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté en se basant sur des connaissances précises des attitudes et des décisions réfléchies

afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial et par conséquent de contribuer efficacement au développement social du pays.

Telle que définie par l'OMS la P.F. est un élément indispensable au développement social d'un pays. C'est dans cette optique que le Burkina Faso s'est prononcé clairement en faveur de la P.F. comme composante du bien-être social.

Pour le Ministère de la Santé du Burkina Faso, la planification familiale a été définie comme l'ensemble des mesures techniques, psychologiques, éducatives qui permettent aux couples et aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs :

- Favoriser les naissances désirées;
- Espacer les naissances;
- Éviter les grossesses non désirées ;
- Déterminer le nombre d'enfant qu'ils souhaitent pour constituer une famille.

3.2. Les mesures prises par les autorités en faveur de la PF

- *Mesures législatives*

Il est à noter que conformément aux dispositions du plan d'action :

Une Zatu abrogeant la loi coloniale de 1920 en sa partie contraception, fut adoptée et signée le 24 Octobre 1986, mais l'avortement reste interdit.

- *Mesures Éducatives*

Un Raabo portant introduction de l'Éducation en matière de population dans l'enseignement formel au Burkina Faso a signée le 24 Juillet 1987.

- *Mesures Ministérielles*

- ☞ Adoption du plan d'action au Conseil des Ministres en Avril 1985
- ☞ Création de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
- ☞ Intégration de la PF dans les formations sanitaires
- ☞ Vulgarisation de contraceptifs (vente à des prix forfaitaires)
- Reconnaissance des associations menant les activités de PF
- Un Koega portant suppression de l'obligation des examens para cliniques préalables à la contraception hormonale a été pris en date du 15 Février 1988.

3.3. Niveau d'exécution des activités:

- La Direction chargée de la Santé de la Famille, chargée de proposer les politiques et de coordonner les programmes
- Les Directions Régionales / Districts sanitaires chargées d'opérationnaliser les programmes
- Les formations sanitaires chargées de donner les services cliniques et non cliniques.
- **Les Ministères**

Ils sont chargés des grandes orientations des activités en matière de la santé de la reproduction

Le Ministère de l'Éducation Nationale.

Ce Ministère est chargé de l'éducation en matière de population, des jeunes des établissements secondaires et primaires en matière de Sexualité

Le Ministère de l'Agriculture.

Il assure occasionnellement la sensibilisation, et l'éducation au niveau des groupements villageois à travers les vulgarisateurs.

Le Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité Nationale

Le Ministère de l'information

Le Ministère de la Promotion de la Femme

Le Ministère de la Promotion des droits Humains

- **Les associations**

L'Association Burkinabé des Sages-Femmes :

Elle assure à travers la clinique la promotion de la santé de la famille. Cette association est sous la tutelle du Ministère de la Santé

L'association Burkinabé pour le Bien-Être Familial (ABBEF)

Elle apporte son concours à l'application de la politique nationale de PF par des activités de sensibilisation et des prestations de service de PF, dans une clinique qui lui est propre.

Association pour l'Action Famille (APAF)

Elle assure la promotion de la Planification Familiale Naturelle (PFN) après des couples et des jeunes etc.

3.4. Analyse de la situation sur le plan politique

3.4.1. L'engagement politique

L'engagement politique dans le domaine de la SR doit se traduire sur le terrain par l'organisation des services, la mise en place d'un processus de planification de suivi/supervision des activités sur le terrain et enfin la mise en place d'un cadre législatif facilitant la mise en œuvre des activités sur le terrain (avec peu de contraintes ou obstacles) et enfin l'allocation des ressources.

Dans le domaine de l'organisation des services, il s'agit de disposer de services décentralisés, avec une offre variée de manière à permettre un meilleur accès aux services de SR aux populations. Tout ceci doit être complété par un mécanisme de coordination regroupant tous les acteurs dans le domaine de la SR.

En pratique sur le terrain, le gouvernement est très engagé dans la PF.

Face aux défis auxquels le pays a eu à faire face et qui ont pour noms, la démographie galopante, l'hypertrophie des villes, la dégradation de l'environnement, la demande croissante d'emplois, l'Etat burkinabé a adopté une loi cadre qui stipule que la politique nationale de santé a pour but l'amélioration de l'état de santé des populations et a fait sienne les résolutions des grandes conférences internationales en matière de santé.

Au cours des années 1990, s'est tenue une série de conférences internationales qui ont inspiré un changement fondamental dans la façon dont le monde percevait les problèmes de population, de promotion de la femme et de l'enfant ainsi que la manière d'améliorer la santé de la population. Le Burkina Faso a participé aux grandes rencontres :

- **Au plan mondial :**

- en 1990, le sommet mondial pour les enfants à New York s'est fixé des objectifs pour la survie, la protection et le développement des enfants ;
- en 1994, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire a défini le concept de SR et les stratégies de mise en œuvre du plan d'action ;
- en 1995, le sommet mondial sur le développement social de Copenhague a mis l'accent sur la place centrale de l'homme dans le processus de développement social ;

- En 1995, le sommet mondial de Beijing sur la femme a insisté sur la promotion et l'autonomie de la femme.
- **Au plan régional**
 - les conférences de Nairobi (1987) et de Niamey (1989) ont marqué le point de départ de l'initiative pour la maternité sans risque visant la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile ;
 - en 1995, la conférence régionale sur la maximalisation de l'accessibilité et la qualité des services (MAQ) de Ouagadougou a défini le cadre logique de l'assurance de qualité et les critères de qualité des soins ;
 - en 1996, le Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et les écoles de santé d'Afrique centrale et Occidentale (Forum SR/ACO) de Ouagadougou a permis l'élaboration d'une stratégie commune de formation en SR à travers des plans nationaux de formation ;
 - en 1998 à Ouagadougou, la première conférence des pays francophones d'Afrique sur la participation des hommes à la santé de la reproduction a permis de situer de rôle de l'homme dans la SR en tant qu'acteur et bénéficiaire.

L'engagement politique ne s'est pas traduit par une augmentation des ressources financières au système ce qui fait qu'à ce jour le système est fortement dépendant des différents bailleurs de fonds pour son fonctionnement.

3.4.2. Les documents cadres d'orientations stratégiques

Toutes ces conférences ont permis de percevoir la santé et les droits des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes en matière de SR comme des questions essentielles ayant un impact sur le développement humain durable. Les orientations et recommandations issues de ces rencontres ont servi de guide au Burkina Faso dans l'élaboration des politiques et normes de SR, dans le cadre global de la politique sanitaire nationale (PSN) et du plan national de développement sanitaire (PNDS).

- **Politique de Population**

Avant l'adoption d'une politique explicite de population, le Burkina Faso a toujours entrepris des actions dans ce domaine. Il s'agit entre autres :

- de la convention de la main d'œuvre signée avec la Côte – d'Ivoire le 9 mars 1960 et avec le Gabon le 13 Août 1973 ;
- de la création de l'Autorité de l'Aménagement des Vallée des Volta (AVV) en 1973,
- des recensements de 1975 et de 1985 ;
- de l'adoption du programme sanitaire en 1979 ;
- de la mise en œuvre d'un programme spécial de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre à partir de 1984 ;
- de la Zatu IV-008/CNR/EF-SN du 24 Octobre 1986 portant adoption de la Politique de Planification Familiale au Burkina Faso et abrogation de la Loi de 1920 en sa partie relative à la diffusion des contraceptifs ;
- de l'introduction de l'éducation sexuelle dans l'enseignement secondaire comme premier volet d'une éducation en matière de population en 1987.

C'est en 1983, que l'Etat a crée le Conseil National de Population avec pour mission de réfléchir et de proposer une Politique de Population en conformité avec les réalités sociales, économiques et culturelles du pays.

Ainsi, le 10 Juin 1991, un texte officiel institue la Politique de Population au Burkina Faso. Cette Politique de Population adoptée par ZATU N° AN VIII – 0040/FP/PRES du 10 Juin 1991, a été relue et élaboré et adoptée en Septembre 2000. Telle que élaborée, le document précise qu'il s'agit d'un instrument de maîtrise de la croissance démographique, mais aussi un instrument de lutte contre la pauvreté dont les principaux déterminants font partie de ses objectifs et stratégies. Les objectifs visés par cette politique sont :

La politique de population a pour but de contribuer à la lutte contre la pauvreté par la recherche d'un équilibre entre population et ressources.

Ses objectifs tiennent compte des problèmes de population, des potentialités et contraintes socio-économiques et environnementales. Ils constituent les attentes majeures dans chacun des grands sujets de préoccupation en matière de population et développement.

Le Burkina Faso, a révisé sa Politique de Population en 2000. Elle comporte une composante sur la santé reproductrice. L'objectif pour la planification familiale est d'augmenter le taux de prévalence contraceptive pour des méthodes modernes

de 6% en 1998 à 19% en 2015. Pour VIH/SIDA, l'objectif est de réduire la prévalence de 7.17% en 1999 à moins de 6% d'ici 2015.

La politique veut favoriser une plus grande utilisation des services de SR par des femmes en âge de procréer (FAP), les adolescents et les jeunes.

Le Ministère de la Santé a adopté son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001 – 2010 pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale (PSN). La SR occupe une place importante dans ce document. Les médicaments sont en général planifiés dans tous ces documents de politique et de planification, mais nulle part, rien de spécifique n'est prévu pour les produits de SR.

- **Politique Sanitaire Nationale**

Adopté par décret N°200-445/PRES/PM/MS du 22 Septembre 2000, elle a pour objectif général d'améliorer l'état de santé des populations.

Ce document a trait à la déclaration de politique sanitaire nationale, des problèmes de santé et de la couverture sanitaire de la population. Cette politique sanitaire nationale met l'accent sur la santé des groupes vulnérables et parmi les objectifs qui peuvent participer à la sécurisation des produits contraceptifs, on peut citer :

- Développement des infrastructures sanitaires et des équipements ;
- Opérationnalisation des districts sanitaires ;
- Développement des services à base communautaire ;
- Renforcement des activités de soutien et de promotion de la santé ;
- Mise en œuvre de la stratégie nationale d'assurance qualité ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et de leur accessibilité ;
- Régulation des pratiques professionnelles ;
- Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé ;
- Mise en place d'un mécanisme de suivi des formations en cours d'emploi ;
- Renforcement de la participation de l'Etat et des collectivités locales au financement de la santé ;
- Promotion du partenariat national et international ;
- Mise en œuvre de stratégies intégrées de prévention des risques et prise en charge de la santé des groupes vulnérables ;
- Rationalisation des soins ;
- Amélioration de la gestion et de l'utilisation des ressources mobilisées ;
- Promotion de modes alternatifs de financement de la santé ;

- Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA ;
- Renforcement des capacités en gestion et en plaidoyer du Ministère de la Santé ;
- Amélioration de la coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle ;

Par exemple la partie traitant des médicaments mentionne qu'un réseau sera créé pour distribuer les médicaments dans tout le pays par deux grossistes privés et un grossiste public. La vente au détail sera assurée par les dépôts de vente MEG des formations sanitaires.

- **Le Document Cadre de Politique Pharmaceutique Nationale**

Le but de la Politique Pharmaceutique Nationale du Burkina Faso est de mettre à la disposition de la population des médicaments essentiels sûrs, efficaces et de qualité requise, disponibles sur l'ensemble du territoire au moindre coût.

De façon spécifique il s'agit de :

- Garantir la disponibilité des MEG dans les structures de distribution et de dispensation du secteur public
- Développer la distribution des MEG par le secteur privé ;
- Développer et réglementer le circuit de distribution des médicaments ;
- Renforcer le système d'assurance de la qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés ;
- Offrir de médicaments à moindre coût ;
- Promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
- Améliorer la gestion du secteur pharmaceutique ;
- Développer les ressources humaines du secteur pharmaceutique ;
- Promouvoir la recherche dans le secteur pharmaceutique.

La Direction Générale des pharmacies, des Laboratoires et des médicaments (DGPLM) est chargée de la mise en œuvre de cette politique. C'est elle qui délivre les autorisations de mise sur le marché de tout nouveau produit de marque et les spécialités.

Les contraceptifs font partie de la liste des MEG. Ce qui se traduit sur le terrain c'est-à-dire dans les formations sanitaires par une intégration parfaite au sein des dépôts (DRD, DMEG).

- **La politique, les Normes et les Protocoles de la Santé de la Reproduction**

La politique de SR définit les grandes orientations en matière de santé de la reproduction. Elle répond aux questions importantes sur des thèmes comme les droits en matière de santé de la reproduction, la nature des services qui doivent être disponibles et les règles générales de leur prestation.

La politique de SR sert de référence aux décideurs nationaux et aux partenaires du développement socio-sanitaire pour la planification et les interventions.

Elle est une composante de la politique sanitaire nationale et un élément de promotion de la santé des groupes vulnérables constitués entre autres par les femmes, les enfants, les adolescents et les jeunes.

La politique de SR au Burkina Faso vise la santé pour tous et se fonde sur les principes suivants :

- la santé y compris la santé de la reproduction est un droit fondamental de l'être humain ;
- la famille est l'unité de base de la société et un cadre d'épanouissement pour les hommes, les femmes et les enfants ;
- l'individu, la famille et la communauté ont droit à l'accès aux services de santé de la reproduction et à l'information objective ;
- les individus et les couples ont le droit de décider de façon libre et responsable de la taille de leur famille ;
- les choix en matière de santé de la reproduction doivent être guidés par l'équité, la justice sociale et la solidarité ;
- l'approche genre doit être prise en compte dans la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en matière de SR.
- les femmes et les hommes ont une égalité d'accès aux prestations de SR ;
- la petite fille et le petit garçon ont les mêmes droits à l'éducation, à l'alimentation et aux soins de santé ;
- une priorité est accordée aux soins de santé primaires et à la protection des groupes vulnérables : femmes, enfants, adolescents, personnes âgées.
- l'implication et la participation du secteur privé, des associations, des ONG sont des éléments fondamentaux de la politique de SR.

Le but visé par la politique de SR est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable.

L'objectif général poursuivi est de réduire les taux de morbidité et de mortalité des groupes cibles de la santé de la reproduction, notamment la mère et l'enfant.

Pour y parvenir, il s'agira :

- de créer un environnement social, économique juridique favorable à la santé des groupes cibles, en prenant en compte l'approche genre ;
- d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des prestations des services de SR en vue d'une meilleure utilisation de ces services.

Ce document a été révisé en septembre. 1999. Il prend en compte la maternité à moindre risque, la santé des enfants, la Planification Familiale, les VIH/SIDA et les IST, la prévention des infections, la communication pour le changement de comportement. Il définit les composantes de la Santé de la Reproduction et décrit comment les prestations devraient être fournies.

- **Le Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010**

Adopté par décret N°2001-381/PRES/PM/MS, elle a pour objectif général De réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations.

Ainsi, le Ministère de la Santé, dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2001 – 2010, pour mettre en application les grandes orientations de la Politique Sanitaire Nationale. Ce plan d'action est mis en oeuvre sous forme de plans triennaux et de plans annuels. Dans le plan 2004, la DSF a souhaité que les produits des contraceptifs soit achetés avec les fonds PPTE. Ce plan prévoit également l'élaboration d'un plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs.

Parmi les objectifs spécifiques du PNDS, mettant l'accent sur l'amélioration de la mise en œuvre du programme de PF, on peut citer:

- Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité :
 - Mener une réflexion sur les mesures incitatives pour la distribution des MEG par le secteur privé,
 - Evaluer annuellement l'approvisionnement et la distribution des médicaments,

- Développer le contrôle de qualité des médicaments en laboratoire en pré et post-marketing,
- Promouvoir la santé des groupes spécifiques :
 - Valider et disséminer les politiques, normes et protocoles techniques de santé de la reproduction ;
 - Le développement de directives nationales pour les soins préventifs ;
 - L'amélioration de la qualité des soins et l'augmentation du taux de la prévalence contraceptive de 6 à 17% au cours de la période 2001- 2010 ;
- Renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH :
 - Rendre disponible des préservatifs de qualité à des prix sociaux en utilisant l'approche du marketing social ;
- Améliorer l'efficacité des services de santé :
 - Adopter une structure de prix comportant une réduction des marges bénéficiaires sur les spécialités et les MEG ;
 - Mettre en œuvre un système d'enregistrement des médicaments basé sur l'appréciation du Prix Grossiste Hors Taxe ;
 - Répercuter les réductions des prix opérées par la CAMEG et autres structures d'approvisionnement au niveau périphérique ;
 - Contrôler la tarification des prestations de services et des médicaments afin de maintenir des coûts et les marges bénéficiaires dans des limites acceptables dans toutes les formations sanitaires ;
 - Introduire une tarification différenciée des prestations de soins au niveau des formations sanitaires.

▪ **Le Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction au Burkina Faso 1998 - 2008**

Le Plan constitue l'ensemble des programmations importantes du gouvernement pour réaliser les objectifs fixés au plan national dans le domaine de la SR. Il propose une démarche en vue d'aider le pays et ses partenaires à élaborer des programmes complets de santé reproductive et sexuelle à chaque niveau du système de santé ; l'accent étant mis sur la décentralisation des actions vers la région et en particulier le district.

Le plan formule ses domaines programmatiques en tenant compte de l'ampleur des problèmes, de leur gravité, de la possibilité à leur apporter des solutions en dépit des contraintes. Les domaines programmatiques sont :

- la maternité sans risque
- la lutte contre les pratiques néfastes à la santé reproductive, les barrières juridiques et non juridiques ;
- la lutte contre les infections génitales et les états cancéreux ;
- la santé sexuelle et reproductive des adolescents ;

L'objectif général est de réduire de façon significative d'ici l'an 2008, les taux de mortalité et de morbidité des groupes cibles des programmes de santé reproductive et sexuelle.

Ce plan prévoit comme objectifs spécifiques dans le domaine de la PF :

- Mettre à la disposition de tout couple ou individu, les moyens et l'information nécessaire afin qu'il choisisse librement et en toute connaissance de cause le nombre et la périodicité de l'espacement des naissances de ses enfants ;
- Promouvoir l'utilisation de méthodes de contraception, y compris les méthodes traditionnelles et les méthodes naturelles, afin de doubler le taux de prévalence contraceptive d'ici 2005 et de le quadrupler d'ici à l'an 2008
- Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 8% à 45% d'ici l'an 2008.
- Doter les formations sanitaires de base de MEG de sorte que la proportion des formations sanitaires disposant de MEG soit égale à 95% ;
- Promouvoir des programmes de formation et de supervision appropriés à tous les niveaux du système de santé et de santé reproductive, de manière à améliorer sensiblement la qualité des prestations de services de santé et de santé reproductive ;

- Initier toutes les mesures appropriées pour mieux intégrer les services de santé de la reproduction, de manière à ce que tous les niveaux de formations sanitaires soient en mesure d'offrir un plateau technique complet ;
- Réduire de 25% les niveaux actuels de grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes ;
- **Le Cadre Stratégique de Lutte contre la pauvreté**

Le CSLP a été élaboré en 2000 puis revu en 2004. Les objectifs de la stratégie sont cohérents avec les objectifs du développement du millénaire (OMD). Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté vise à améliorer l'accès aux services sociaux de base dont la santé et les médicaments essentiels pour les pauvres. A travers ce cadre, la santé des femmes sera favorisée.

A long terme la stratégie vise principalement à :

- Accélérer la croissance et la fonder sur l'équité ;
- Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale ;
- Elargir les opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les pauvres dans l'équité ;
- Promouvoir la bonne gouvernance.
- **Prise en charge des indigents**

Cette catégorie de la population qui est à définir à partir d'une enquête sociale, bénéficie de la gratuité de la prise en charge sanitaire conformément aux dispositions du Kiti N° AN – VIII – 0202/FP/SAN-AS du 8 Février 1991 portant base générale de la tarification. Mais les conditions de cette prise en charge ne sont pas définies. L'Etat met à la disposition des hôpitaux une subvention budgétaire pour la prise en charge des indigents. Mais en pratique et de l'avis des responsables d'hôpitaux, il s'agit de la prise en charge des urgences dans le domaine des soins curatifs.

- **Le Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH /SIDA et les IST**

Dans le domaine VIH/SIDA, un cadre stratégique pour la période 2001 – 2005 a été élaboré, diffusé et est en train d'être mis en oeuvre. Dans le volet marketing social, 2 principaux objectifs spécifiques ont été proposés :

- Accroître d'au moins 15% la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins sur l'ensemble du territoire et introduire le préservatif féminin

Les stratégies proposées

- Renforcement du réseau de distribution
- La promotion de préservatif masculin et féminin
- Recherche action

L'évaluation à mi-parcours réalisée en 2004, a montré que la distribution des préservatifs se fait sur l'ensemble du territoire grâce aux dépôts PROMACO. En considérant l'accroissement du nombre de préservatifs vendus²⁵, les résultats des sondages effectués sur certains groupes sur l'utilisation des préservatifs masculins donnent des taux d'utilisation déclarés relativement satisfaisants (70%).

La stratégie politique d'introduction du condom féminin a été élaborée et le lancement a eu lieu.

Dans le cadre de la programmation, le Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2006 – 2010 vient d'être adopté par le CNLS-IST. Un des domaines d'actions prioritaires dans le cadre du renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA et les IST est la promotion des préservatifs masculins et féminins.

Tous ses programmes disposent de financement acquis soit du budget de l'état, soit des partenaires soit enfin des deux ; ce qui fait que ces différents programmes connaissent une mise en œuvre poursuivie à travers le pays.

Les programmes tels que le sous programme de SR et le programme national des médicaments essentiels, sont les têtes de prou à travers leurs directions nationales respectives (DSF et DGPLM) dans la réflexion et le plaidoyer sur la SC au Burkina Faso.

Dans le cadre de la mise en œuvre du sous programme SR, un programme national de SR (2001-2005), a été élaboré et validé. Il renferme en son sein un volet important relatif à la sécurisation des produits de SR pour lesquels un plaidoyer pour la mobilisation des ressources de son financement est inclus dans le document.

Concernant les directives qui influencent la qualité des produits, le Burkina Faso dispose d'un Laboratoire National de Santé Publique au sein du MS. En principe ce contrôle de qualité est obligatoire pour tous les produits entrant au Burkina Faso. Ledit contrôle est réalisé avant, en cours de stockage et en post marketing.

²⁵ Statistiques PROMACO

Les contraceptifs font partie intégrante de la liste des médicaments essentiels du Burkina Faso. Il s'agit entre autres : des condoms, du DépoProvéra, du DIU, du Lofemenal, du Monoxynol, du Norplant et de l'Ovrette

Au Burkina Faso il n'existe pas des directives et des restrictions pouvant limiter les choix. Cependant, l'accès peut se voir limité dans certaines circonstances telles que les ruptures de stocks relativement fréquentes dans le secteur public.

3.4.3. L'impact des politiques (de population et de santé) pouvant affecter la SPC

Les différents documents de Politiques Nationales (Politique de Population, PSN, PNDS, Politique Pharmaceutique, PNP, Plan Stratégique SR, CSLP, CSLS/IST) planifie l'augmentation du taux de prévalence contraceptive et la fourniture d'autres services de santé de la reproduction. A l'état actuel du taux de prévalence contraceptive et de la couverture obstétricale, il y a un gap important dans l'approvisionnement des produits contraceptifs. Cependant, dans aucun document, on ne retrouve aucune action claire pour augmenter les ressources pour l'achat des produits contraceptifs nécessaires.

Les PNP ont été révisés en septembre 1999. Il n'y a pas eu une évaluation pour faire le point de la mise en œuvre de ces PNP au niveau des services de santé. Il est certain qu'une méthode comme le DIU soit peu utilisée, en partie parce que les prestataires de service montrent peu d'intérêt pour fournir cette méthode niant de ce fait une méthode à long terme, efficace et relativement bon marché. Une utilisation plus élevée du DIU contribuera considérablement à la Sécurisation des contraceptifs au Burkina. Il y a en outre, une demande élevée de Norplant. Il y a une tendance au niveau du Ministère de la Santé, d'essayer de satisfaire cette demande de Norplant mais dans un contexte de sécurisation des produits contraceptifs dans un pays pauvre comme le Burkina Faso, il est impossible de fixer le bon approvisionnement en Norplant.

3.4.4. Politique/réglementation du secteur privé

Le Burkina Faso a réaffirmé depuis 1991 son option pour une économie de marché, fondée sur les principes de la libre entreprise. Dans cette perspective, le Gouvernement a entrepris, avec l'appui de la communauté financière internationale, d'importantes réformes économiques et structurelles afin de créer les conditions de promotion de l'initiative privée et de réalisation d'une croissance durable, nettement supérieure à la croissance démographique.

Dans le cadre de la politique des médicaments, Il n'y a pas de droits et taxes sur les génériques par contre les contraceptifs avec une marque sont taxés au taux de 2,5% avec une valeur FOB de 1% sur toutes les importations payables au Guichet Unique. A cela, il faut inclure le prélèvement de 2% sur le bénéfice.

Il n'y a pas de contrôle de prix dans le secteur pharmaceutique privé du fait de la libéralisation des prix depuis 1994. Cependant, au Burkina Faso comme dans certains pays de la sous région, les prix des médicaments sont homologués avec une application de 24% comme taux de marque et 32% de marge bénéficiaire sur le prix d'achat.

Il n'existe aucune limitation dans la distribution des produits.

Il y a cependant une bonne disposition pour impliquer le secteur privé dans les fournitures de produits contraceptifs de haute qualité. Le problème est d'obtenir des produits de qualité à un prix réduit. Il n'est pas certain que le secteur privé puisse obtenir assez d'incitations pour baisser leurs prix. Il y a actuellement un mécontentement croissant parmi les grossistes privés qui se plaignent au sujet des impôts et d'autres contraintes à leur expansion. Ils projettent de discuter du problème des impôts avec les autorités gouvernementales.

3.4.5. Les contraintes opérationnelles affectant le secteur privé.

Il est formellement interdit au Burkina Faso toute forme de publicité de marque de produits ou médicaments essentiels. En effet, Comme dans la plupart des anciennes colonies françaises de la sous région (où les publicités relatives aux contraceptifs sont incriminées par la loi française du 31 juillet 1920), au Burkina Faso, la loi 025-2001/AN du 25 Octobre 2001 réglemente toute forme de publicité de marque de produits ou médicaments essentiels.

Pour les condoms, il n'y a peu ou pas de politique de restriction, ni de réglementation et de contrôle qui affecte leur gestion ;

Néanmoins, pour les autres contraceptifs, les politiques, les réglementations et les contrôles affectant tous les médicaments s'appliquent logiquement à eux aussi. Il y a deux lois principales qui sont applicables à tous les médicaments :

- Code de santé publique (1994)
- Réglementation sur la publicité au Burkina Faso (2002)

Ces textes imposent l'interdiction de la publicité des produits de marque. La publicité sur les médicaments en général a été limitée et le contraceptif "Confiance" qui est une pilule contraceptive de marque a couru des problèmes au Burkina Faso pendant

son introduction. La commission d'arbitrage étudie toujours les documents sur ce produit. Dans la loi il y a des limitations mais dans la pratique, pour les produits du marketing social, le Ministère de la Santé a permis la vente du produit en dépit de l'objection de la commission. Il y a un mécanisme de contrôle des prix dans le secteur privé pour une liste spécifique de produits.

3.4.6. Les réglementations ou les directives affectant le fonctionnement des services de PF

En principe il n'existe pas de restriction affectant le fonctionnement des services de PF en dehors d'une restriction concernant la qualification des personnes habilitées à dispenser des prestations de PF. En effet, la non qualification du prestataire peut être un élément limitant l'offre de certaines prestations de PF par les prestataires (nécessité d'une formation initiale à la pose du Norplant pour offrir ce service. De même qu'une initiation à la technique chirurgicale est indispensable pour pratiquer la CCV).

3.4.7. Les directives donnant la capacité aux prestataires de services PF à fournir les contraceptifs

Les documents de PNP en SR définissent clairement les conditions à remplir pour les prestataires dans la gestion des contraceptifs. Tout prestataire ayant des notions de gestion logistique contraceptive peut manipuler les contraceptifs au Burkina Faso. Les PNP du Burkina Faso sont même allés plus loin en incluant les communautés dans la gestion contraceptive moyennant une formation initiale et une supervision régulière de celle-ci par les Agents de santé des Centres de Santé et de Promotion Sociale.

Tableau N°5: Niveaux et prestataires de SR

SERVICES/ACTIVITES	PRESTATAIRES								NIVEAUX					GROUPES CIBLES
	ASC	AA	AIS	IB	IDE	SFE ME	Méd G.	Méd SP	Communaire	CSPS	CMA	CHR	CHN	
IEC/EVF	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Femmes Hommes Jeunes
Consultation PF	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
Prescription/Administration des contraceptifs														
• PFN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
• Barrière	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
• COC	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
• Injectable	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
• Implant	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
• DIU	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
• CCV	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	
Gestion des effets secondaires	-	-	D	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
Consultation de suivi	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
Infertilité														
• Dépistage	-	+	D	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	
• Prise en charge	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	

Légende

+ = Prestataires et niveaux habilités

- = Prestataires et niveaux non habilités. Référence

D : dépistage. Référence

ASC: Agent de Santé Communautaire

AA: Accoucheuse Auxiliaire

AIS: Agent Itinérant de Santé

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IB: Infirmier Breveté

SFE/ME: Sage –Femme d'Etat et Maeïticien d'Etat

- Méd. SP : Médecin Spécialiste

- Méd. Gén: Médecin Généraliste

- PFN : Planification Familiale Naturelle

- IEC/EVF : Information Education Communication / Education à la Vie Familiale

- COC : Contraceptifs Oraux Combinés

- DIU : Dispositif IntraUtérin

- CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

- PF : Planification Familiale

3.4.8. La répartition transparente et équitable des fonds

- L'arrêté conjoint 93-015/SASF/MFP/MAT du 4 Février 1993 fixant modalités de gestion dans les formations sanitaires périphériques de l'Etat stipule :
 - Article 8 : les recettes de la formations sanitaires périphériques de l'Etat sont constituées par les produits provenant de la : tarification des actes des professionnels de la santé (consultations, examens médicaux, etc), de la vente des MEG et tous autres produits et services, les subventions de l'Etat et des collectivités publiques et locales, les dons et legs ;
 - Article 11 : les dépenses sont constituées par : les dépenses pour achat des MEG, les dépenses de fonctionnement de la formation sanitaire périphérique de l'Etat, toutes autres dépenses décidées par le COGES et inscrites au budget de la formation sanitaire périphérique de l'Etat ;
 - Article 19 : chaque formation sanitaire périphérique de l'Etat reçoit dans la période qui suit la mise en place du COGES une dotation en MEG, et autres consommables dont les produits de la vente constituent un fond de départ ;
 - Article 21 : la tarification des actes médicaux, les différentes prestations ainsi que la fixation des prix de vente des MEG et autres consommables sont fixés par la communauté en accord avec le COGES. Ces prix seront révisables chaque fois que de besoin. Toutefois, les prix des MEG ne peuvent être inférieurs à leur prix de revient. La communauté peut organiser d'autres formes de paiement ou de participation.
- Le Décret N° 93-001/PRES/MFPL/SASF/MAT du 28 Janvier 1993 portant autonomie de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat stipule :
 - Article 2 : l'autonomie de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat comporte : la rétention et l'utilisation des recettes générées par leurs prestations, la vente des MEG, la vente des consommables médicaux aux seuls malades admis en consultation dans ces formations sanitaires ; l'organisation de la participation des communautés de base ;

- Article 4 : les recettes serviront en priorité à l'approvisionnement des formations sanitaires périphériques de l'Etat en produits pharmaceutiques ainsi qu'au fonctionnement à l'exclusion des charges salariales du personnel de l'Etat ;

3.4.9 Principaux constats sur l'évolution de la gestion du programme et l'engagement politique

3.4.9.1. Les forces

- La prise de plusieurs mesures en faveur de la Planification Familiale ;
- La participation du Burkina Faso aux grandes rencontres internationales sur la population et le développement ;
- L'existence de Documents de Politique de Population, de Politique Sanitaire, de Politique Pharmaceutique, de Politique de PF et de Politique, Normes et Protocoles pour la PF ;
- La fixation d'un objectif sur l'augmentation du TPC des méthodes modernes dans le Document de Politique de Population ;
- L'existence d'un PNDS, d'un Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction ;
- L'existence d'un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, d'un Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA et les IST ;
- La planification de l'augmentation du TPC dans tous les documents de Politiques et de Planification ;
- La non limitation dans la distribution des produits contraceptifs ;
- La levée de l'interdiction sur la publicité pour ce qui concerne les condoms ;
- L'absence de restriction pour l'offre de service par les prestataires ;
- L'existence des PNP définissant clairement les conditions à remplir pour les prestataires dans la gestion et l'offre de produits contraceptifs ;
- L'implication d'agents communautaires dans la distribution des produits contraceptifs ;
- L'existence du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques ;
- Les recettes de recouvrement servant au réapprovisionnement en médicaments.

3.4.9.2. Les insuffisances

- L'absence d'action claire dans tous les documents de politique et de planification pour augmenter les ressources pour l'achat des contraceptifs ;
- La non évaluation de la mise en œuvre des PNP au niveau des services de santé ;
- L'existence de taxes sur les produits ;
- L'insuffisance d'incitations pour le privé ;
- L'interdiction de la publicité sur les produits de marques ;

3.4.9.3. Les recommandations

- Faire un plaidoyer pour l'augmentation des ressources pour l'achat des produits contraceptifs ;
- Evaluer la mise en œuvre des PNP au niveau des formations sanitaires ;
- Impliquer beaucoup plus le secteur privé dans l'offre de service de PF ;
- Lever l'interdiction sur la publicité sur les produits contraceptifs.

3.5. Coordination

La coordination vise à entretenir une coopération avec tous les partenaires en vue d'utiliser rationnellement les ressources et les compétences disponibles pour l'atteinte des objectifs.

Dans le domaine de la PF plusieurs mécanismes existent pour coordonner les activités SR :

On peut distinguer deux types de coordination :

- la coordination interne, au sein du Ministère chargé de la santé,
- la coordination externe avec les autres Ministères, les ONG et associations intervenant en matière de SR.

Tous les deux types doivent s'appuyer sur une bonne répartition des responsabilités et une circulation régulière de l'information.

Une coordination efficace :

- permet d'utiliser de la façon la plus efficace et la plus efficiente les ressources, les connaissances, les expériences et les capacités des intervenants pour la satisfaction des besoins des populations ;
- améliore les services en permettant à chaque partenaire de se concentrer dans son domaine de compétence ;

- crée un climat de confiance et permet de gérer les conflits entre prestataires de services de SR ;
- permet de partager l'information et les leçons tirées de l'expérience des autres ;
- élargit la gamme des activités ;
- permet d'uniformiser les politiques de SR.

3.5.1. Les mécanismes actuels de coordination de la Santé de la Reproduction

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et suivant des responsabilités bien définies.

Le niveau central, à travers la Direction de la Santé de la Famille, coordonne les interventions des différents partenaires au niveau national. Il assure le partage des responsabilités et assure l'harmonisation :

- des activités de SR en veillant à l'application de la politique, des normes et protocoles de services de SR ;
- du système d'information en uniformisant les supports de collecte de données,
- des messages à diffuser sur les supports audio-visuels.

Le niveau intermédiaire (Direction régionale de la santé) et le niveau périphérique (district sanitaire) assurent la coordination des interventions des partenaires au niveau local, en veillant au respect des politiques, normes et protocoles de services de SR.

Dans le cadre de la SR (y compris PF), la coordination au plan national est assurée dans le cadre : d'un comité de pilotage regroupant les Directeurs Nationaux et les Directeurs Techniques et les structures de mise en œuvre. Ce comité est présidé par le DGS assisté des Directeurs Nationaux et des Directeurs Techniques ; des sorties conjointes sur le terrain organisées par le DGS et le SP/CONAPO ; des réunions trimestrielles et des réunions ad'hoc convoquées par la DGCoop.

Au niveau du Ministère de la Santé, la coordination est assurée semestriellement lors de la réunion des partenaires SR de la DSF.

- Au niveau de la DSF il y a trois types de mécanismes de coordination :
 - Réunion de coordination des partenaires de la DSF qui regroupe l'UNFPA, l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, la GTZ, l'ABBEF, le CNLS, PROMACO, l'ABSF et d'autres O.N.Gs nationales. Ce type de

réunion de coordination se tient tous les six mois au cours de laquelle les problèmes liés à l'exécution des programmes sont discutés. Par exemple la question de la nécessité d'élaborer un plan stratégique pour la sécurisation des produits contraceptifs a été discutée. Lors de cette réunion de coordination, les plans d'action des partenaires sont discutés et adoptés. De nouvelles approches selon les programmes et techniques dans les prestations de service sont présentées.

- Réunion de coordination sur les contraceptifs avec la CAMEG, l'ABBEF, PROMACO, PSI et la DGPLM. Ce type de réunion se tient chaque semestre pour discuter de problèmes techniques comme le stockage, les besoins en contraceptifs, l'appui financier des partenaires et les délais de livraison etc.
- Réunions extraordinaires sont souvent convoquées chaque fois qu'il est nécessaire pour résoudre certains problèmes. C'est le cas de la réunion entre l'USAID, l'UNFPA, la Banque Mondiale, la DSF, DELIVER et AWARE, tenue en avril pour discuter de la nécessité d'élaborer un plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs.
- Au niveau de Ministère de la Santé, il y a une réunion annuelle des partenaires au cours de laquelle les différents problèmes de santé y compris ceux de la Santé de la Reproduction sont discutés.

3.5.2. Les autres mécanismes de coordination au niveau du Ministère de la Santé

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA et du PEV, il existe des structures de coordination au niveau centrale et au niveau décentralisé.

- Au niveau central : Le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST; les structures de coordination des partenaires techniques et financiers : le Groupe Technique de Travail (GTT) qui regroupe toutes les agences du SNU, le Groupe Thématique Elargi ONUSIDA (GTE/ONUSIDA), le Groupe des Partenaires Techniques et Financiers (PTF-SIDA) ;
- Le Comité de Coordination InterAgence sur le PEV ;
- Au niveau décentralisé : Les Comités d'Institutions de Lutte contre le SIDA et les IST, Les Comités Ministériels de Lutte contre le SIDA et les IST, les

Comités d'entreprises de Lutte contre le SIDA et les IST, les Conseils Régionaux de Lutte contre le SIDA et les IST, les Comités Provinciaux de Lutte contre le SIDA et les IST, les Comités Communaux et d'Arrondissements de Lutte contre le SIDA et les IST, les Comités de Communes Rurales de Lutte contre le SIDA et les IST, la Coordination Nationale des Réseaux de Lutte contre le SIDA et les IST, les Réseaux Nationaux et Coordinations d'Associations de Lutte contre le SIDA et les IST, les Réseaux Régionaux des Associations de Lutte contre le SIDA et les IST et les Réseaux Provinciaux des Structures Communautaires de Lutte contre le SIDA et les IST.

- Le groupe thématique ONUSIDA est coordonné alternativement par les différentes agences intervenant dans le domaine. Il s'agit là en fonction des thèmes et orientations du Ministère de la santé d'analyser entre partenaires au développement, les possibilités de financement et d'orientations en matière de mise en œuvre. Les thèmes sont alors approfondis dans le groupe technique.

3.5.3. L'efficacité des mécanismes actuels de coordination

Les mécanismes actuels de coordination de mécanismes pourraient réaliser un certain nombre de résultats tels que la circulation de l'information entre les partenaires et le ministère aussi bien qu'avec la DSF. C'est au cours de ces réunions que les besoins du ministère sont exprimés aux partenaires. Les partenaires ont répondu positivement à un certain nombre de demandes de la DSF. C'est également une bonne occasion de partager l'information concernant les programmes des partenaires. Cependant, il y a des insuffisances dans le suivi des décisions prises au cours de ces réunions.

Un exemple est la crise courante due au manque de financement. En dépit des réunions de coordination sur les produits contraceptifs, le gap qui s'est produit après la fin du PPLS, n'avait pas été prévu et n'avait jamais été discuté au cours de ces réunions de coordination. L'analyse situationnelle du PNDS avait d'ailleurs relevé le problème de l'inefficacité de ces réunions de coordination.

3.5.3. Les rôles de ces mécanismes de coordination dans la SPC

Les principaux mécanismes de coordination peuvent jouer un rôle important dans la sécurisation des produits contraceptifs à travers les échanges d'information sur la situation actuelle des stocks et la contribution financière des partenaires. Les partenaires peuvent également fournir l'assistance technique dans l'élaboration d'un

plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs. Un certain nombre de partenaires participant aux réunions de coordination peuvent faire partie d'un comité pour élaborer et mettre en œuvre le plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs.

3.5.4. Les principaux constats sur la coordination

3.5.4.1. Les forces

- L'existence de plusieurs mécanismes de coordination des activités de SR ;
- L'existence de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

3.5.4.2. Les insuffisances

- L'insuffisance dans le suivi des décisions prises au cours des réunions de coordination ;

3.5.4.3. Les recommandations

- Renforcer les mécanismes de coordination

3.6. La demande

Le concept de demande en SR est synonyme de consommation des produits de Santé de la reproduction. Dans ce chapitre, il convient de faire une distinction entre la consommation actuelle qui représente l'utilisation en cours des méthodes et les besoins non couverts représentant la demande potentielle, c'est à dire la population des clientes en quête d'une méthode de planification familiale mais qui n'en utilisent pas. L'analyse a essayé de se pencher sur l'évolution des tendances de la demande dans le temps et sur les profils tant des utilisatrices que des non utilisatrices pour pouvoir extrapoler et faire des prévisions sur les années à venir. Cette analyse s'est fondée sur la recherche des facteurs influençant la non utilisation des méthodes de PF, et ceux expliquant la non couverture des besoins.

Plusieurs déterminants influencent la demande d'utilisation contraceptive. Il s'agit surtout des

- Facteurs qui influencent la non utilisation des méthodes contraceptives modernes
- Facteurs qui influencent les besoins non satisfaits
- Stratégies mises en œuvre pour satisfaire les besoins non satisfaits ou pour étendre le marché

3.6.1. L'utilisation

Le niveau d'utilisation de la contraception est l'un des indicateurs qui permettent de juger de la réussite des programmes de Planification Familiale.

3.6.1.1. L'utilisation de la contraception à un moment quelconque

Tableau N°6 : Utilisation de la contraception à un moment quelconque par méthode moderne/résidence /niveau d'instruction chez les femmes

	EDSBF – I 1993	- 10 ans EDSBF – II 1998	- 5 ans EDSBF – III 2003	Année en cours 2004	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
TPC toutes méthodes	21,7	24	29			
TPC méthodes modernes	9,9	13	20			
Pilule	5,2	6,5	9,1			
DIU	1,5	1,1	1,1			
Injections	0,2	2,1	5,2			
Méthodes Vaginales	1,3	0,7				
Condom	5,2	6,8				
Condom masculin			10,2			
Condom féminin			0,1			
Autres méthodes modernes			0,4			
Mousse/gelée			0,4			
Diaphragme			0,1			
Stérilisation féminine	0,4	0,1	0,1			
Implants		0,2	1,6			

Tableau N°7 : Utilisation de la contraception à un moment quelconque par méthode traditionnelle/résidence /niveau d'instruction chez les femmes

	EDSBF – I 1993	- 10 ans EDSBF – II 1998	- 5 ans EDSBF – III 2003	Année en cours 2004	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
TPC toutes méthodes	21,7	24	29			
TPC méthodes traditionnelles	17	14,6	14			
MAMA			1,1			
Contenance périodique	14,8	11,2	9,7			
Retrait	3,1	1,6	1,9			
Abstinence	1,3	3	2,5			
Autres	0,3	0,2	0,4			

Selon l'EDSBF – III (2003), au cours de leur vie, plus d'une femme sur quatre (29%) et 46% des hommes ont utilisés une méthode contraceptive. 20% des femmes utilisent n'importe quelle méthode moderne contre 14% des femmes qui utilisent n'importe quelle méthode traditionnelle. Chez les hommes, 35% utilise n'importe quelle méthode moderne et 22% n'importe quelle méthode traditionnelle.

3.6.1.2. L'utilisation actuelle de la contraception

Elle fournit la prévalence contraceptive actuelle, c'est – à - dire la proportion de femmes ou d'hommes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Tableau N°8: Taux de Prévalence contraceptive par méthode moderne/résidence /niveau d'instruction chez les femmes

	EDSBF – I 1993	- 10 ans EDSBF – II 1998	- 5 ans EDSBF – III 2003	Année en cours 2004	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
TPC toutes méthodes	7,7	12	14			
TPC méthodes modernes	4	5,8	9,7			
Pilule	2	1,7	2			
DIU	0,7	0,4	0,4			
Injections	0,1	0,9	2			
Méthodes Vaginales	0,1					
Condom		2,5				
Condom masculin	0,9		4,2			
Autres méthodes modernes		0,4				
Mousse/gelée			0			
Diaphragme			0			
Stérilisation féminine	0,3		0,1			
Implants			1			
Lieu de résidence et méthodes modernes						
Milieu Urbain	17,1	20,1	34			
Milieu Rural	1,5	2,6	10			
Région de résidence et méthodes modernes						
Ouagadougou	19,9	22,5	29,5			
Nord	1,3	3				
Est	1,1	2,6				
Ouest	3,9	5,1				

Centre/sud	2,9	4				
Niveau d'instruction et méthodes modernes						
Aucun	1,9	3,2	5,7			
Primaire	12,7	13,1	13,2			
Secondaire ou plus	31,6	36,6	43,2			

Tableau N°9: Taux de Prévalence contraceptive par méthode traditionnelle/résidence/niveau d'instruction chez les femmes

	EDSBF – I 1993	- 10 ans EDSBF – II 1998	- 5 ans EDSBF – III 2003	Année en cours 2004	Projection + 5 ans	Projection + 10 ans
TPC toutes méthodes	7,7	12	14			
TPC méthodes traditionnelles	3,7	6,1	4,2			
MAMA			0,1			
Contenance périodique	3,4	4,2	2,6			
Retrait	0	0,2	0,1			
Abstinence		1,8	1,3			
Autres	0,1	0,1	0,1			
Lieu de résidence et méthodes traditionnelles						
Milieu Urbain	8,9	9,3	6			
Milieu Rural	2,7	6,7	5			
Région de résidence et méthodes traditionnelles						
Ouagadougou	10,7	9,7	7,2			
Nord	3,1	6,4				
Est	0,5	5,1				
Ouest	3,2	3,5				
Centre/sud	4,6	11,5				
Niveau d'instruction et méthodes traditionnelles						
Aucun	2,7	6,5	4,9			
Primaire	6,8	10,1	5,4			
Secondaire ou plus	17,9	15,6	8,8			

La comparaison des résultats des EDSBF (1993, 1998 et 2003) montre que la prévalence contraceptive a augmenté, les proportions d'utilisatrices étant passées de 7,7% en 1993 à 12% en 1998-99 et à 14% en 2003, soit une augmentation de 75% depuis la première enquête. Par contre chez les hommes, la comparaison avec les résultats de l'enquête précédente montre que les proportions d'utilisateurs de la

contraception sont quasiment identiques (32% contre 33%) ; la prévalence des hommes n'a donc pratiquement pas varié au cours des cinq dernières années.

En ce qui concerne les méthodes modernes, on remarque que la prévalence chez les femmes a également augmenté : de 4% en 1993 ; elle est passée à 5,8% en 1998-99 à 9,7% en 2003. Chez les hommes, la prévalence moderne est passée de 16% en 1998-99 à 24% en 2003. Le niveau d'utilisation est à attribuer dans les deux cas essentiellement au recours au condom masculin.

Pour les méthodes traditionnelles, la prévalence chez les femmes a évolué respectivement de 3,7% en 1993, 6,1% en 1998/99 à 4,2% en 2003. Chez les hommes cette prévalence a régressé de 15,7% en 1998/99 à 9,1% en 2003.

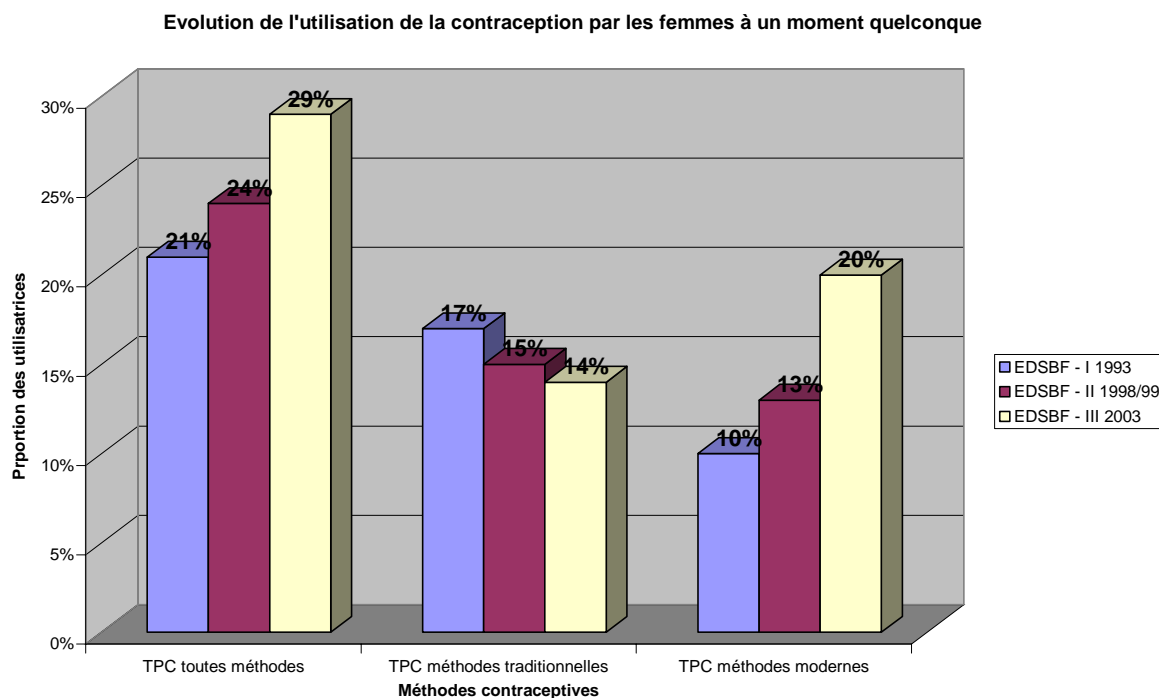
Dans l'EDSBF – III, la prévalence contraceptive, pour l'ensemble des méthodes est 3,4 fois plus élevée en milieu urbain (34%) qu'en milieu rural (10%) et , plus de 5 fois plus élevée en ce qui concerne les méthodes modernes (28% contre 5%). En milieu urbain, les méthodes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont la pilule (9%) et le condom (7%) tandis qu'en milieu rural, ce sont les injections (2%).

La prévalence de la contraception, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction : 11% des femmes sans instruction utilisent une méthode quelconque (6% pour les méthodes modernes et 5% pour les méthodes traditionnelles). Chez les femmes alphabétisées ou ayant un niveau d'instruction primaire, ces proportions sont de 19% (13% pour les méthodes modernes et 5% pour les méthodes traditionnelles). C'est chez les femmes les plus instruites, que la prévalence contraceptive est la plus élevée, avec plus de la moitié des femmes qui utilisent une méthode (52%), deux femmes sur cinq qui ont recours aux méthodes modernes (43%) et une sur dix qui utilise les méthodes traditionnelles (9%).

Tableau N°10 : Evolution de l'utilisation de la contraception par les femmes à un moment quelconque

Catégories	EDSBF - I 1993	EDSBF – II 1998/99	EDSBF – III 2003
TPC toutes méthodes	21,4%	24%	29%
TPC méthodes traditionnelles	17%	14,6%	14%
TPC méthodes modernes	9,9%	13%	20%

Figure I : Evolution de l'utilisation de la contraception par les femmes à un moment quelconque de leur vie selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003

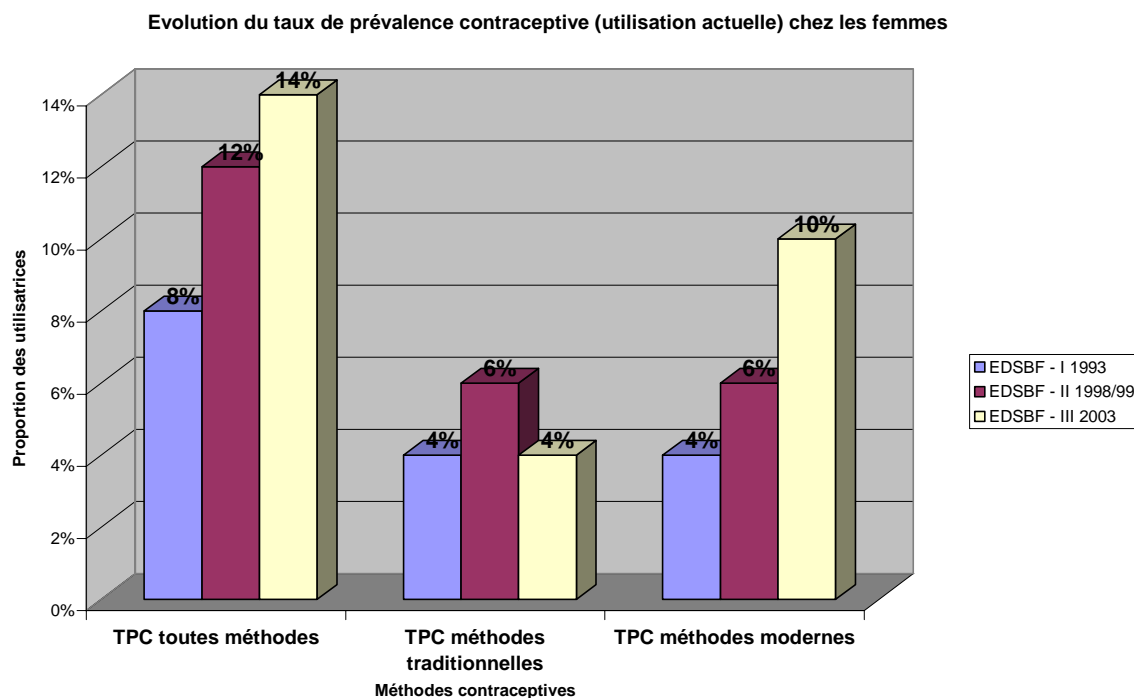


La comparaison entre les différentes EDS (tableau 10) permet de noter que l'utilisation de la contraception par les femmes à un moment quelconque de la vie toute méthode confondue est restée stable (autour de 25%) au cours des 10 dernières années. L'augmentation de la prévalence s'est faite au niveau des méthodes modernes au détriment des méthodes traditionnelles.

Tableau N°11 Evolution du taux de prévalence contraceptive chez les femmes (utilisation actuelle)

Catégories	EDSBF - I 1993	EDSBF - II 1998/99	EDSBF - III 2003
TPC toutes méthodes	7,7%	12%	14%
TPC méthodes traditionnelles	3,7%	6,1	4,2%
TPC méthodes modernes	4%	5,8%	9,7%

Figure II : Evolution du taux de prévalence contraceptive (utilisation actuelle) chez les femmes selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003



La comparaison des résultats des EDSBF (1993, 1998 et 2003) montre que la prévalence contraceptive a augmenté, les proportions d'utilisatrices étant passées de 7,7% en 1993 à 12% en 1998-99 et à 14% en 2003, soit une augmentation de 75% depuis la première enquête.

Tableau N°12 : Evolution de l'utilisation de la contraception à un moment quelconque chez les femmes selon les méthodes modernes

Catégories	EDSBF - I 1993	EDSBF - II 1998/99	EDSBF - III 2003
Pilule	5,2%	6,5%	9,1%
DIU	1,5%	1,1%	1,1%
Injectables	0,2%	2,1%	5,2%
Méthodes vaginales	1,3%	0,7%	-
Condom	5,2%	6,8%	-
Condom masculin	-	-	10,2%
Condom féminin	-	-	0,1%
Autres méthodes modernes	-	-	0,4%
Mousse/gelée	-	-	0,4%
Diaphragme	-	-	0,1%
Stérilisation. Féminine	0,4%	0,1%	0,1%
Implant	-	0,2%	1,6%

Figure III : Evolution de l'utilisation des différentes méthodes contraceptives modernes à un moment quelconque de la vie par les femmes selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003

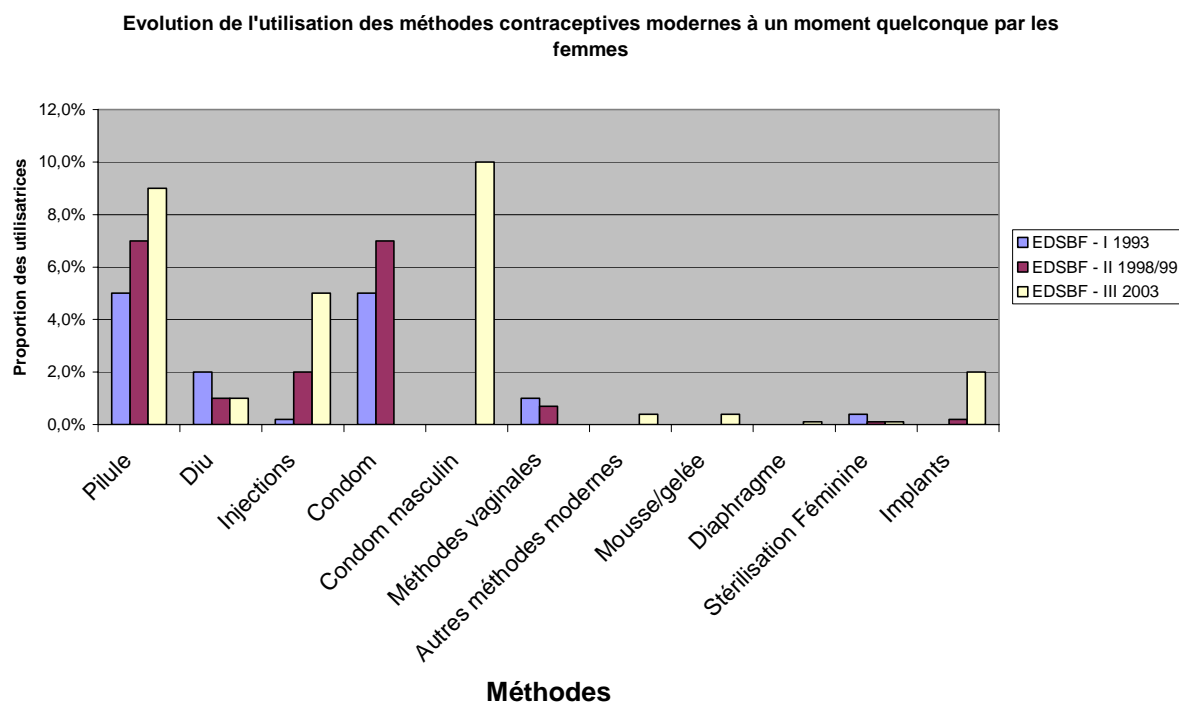
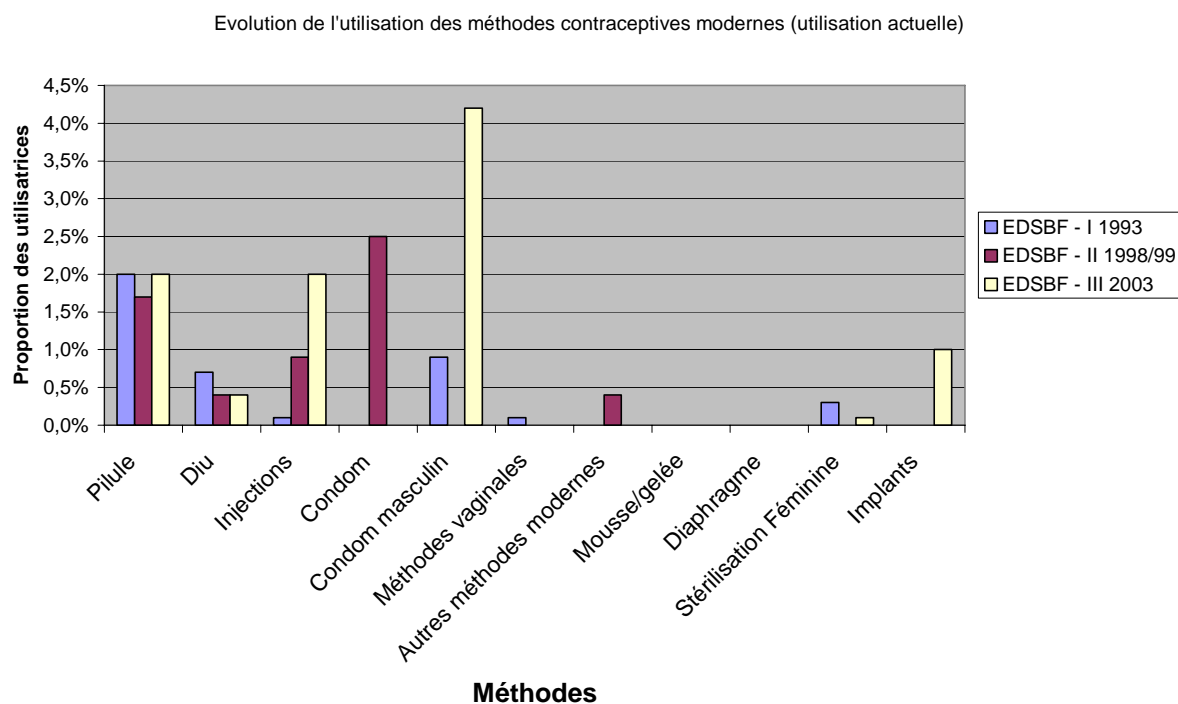


Tableau N°13 : Evolution de la prévalence contraceptive (utilisation actuelle) chez les femmes selon les méthodes modernes

Catégories	EDSBF - I 1993	EDSBF - II 1998/99	EDSBF - III 2003
Pilule	2%	1,7%	2%
DIU	0,7%	0,4%	0,4%
Injectables	0,1%	0,9%	2%
Méthodes vaginales	0,1%	-	-
Condom	-	2,5%	-
Condom masculin	0,9%	-	4,2%
Condom féminin	-	-	-
Autres méthodes modernes	-	0,4%	-
Mousse/gelée	-	-	0%
Diaphragme	-	-	0%
Stérilisation. Féminine	0,3%	-	0,1%
Implant	-	-	1%

Figure IV : Evolution de l'utilisation des différentes méthodes contraceptives modernes (utilisation actuelle) par les femmes selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003



L'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes que ce soit à un moment quelconque de leur vie ou l'utilisation actuelle ne s'est pas faite de façon uniforme pour chaque méthode. Certaines méthodes comme les implants et le préservatif féminin ont été introduits par la suite, mais les demandes en préservatifs et en injectables ont fortement augmenté par rapport au reste des méthodes comme le montre les tableaux N° 12 et 13 et les figures III et IV.

Les méthodes vaginales telles que les comprimés spermicides, les gels et mousses sont de moins en moins demandées. La prévalence de l'utilisation de ces méthodes passe de 0,1% à 0% de 1993 à 2003. Cette baisse doit être cependant influencée par les problèmes de disponibilité sur le terrain car ces méthodes sont souvent en rupture dans presque toutes les formations sanitaires.

La tendance évolutive vers la hausse des utilisateurs de condoms (fig. IV) va certainement se maintenir en raison du renforcement des activités de promotion dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Des disparités existent selon les zones géographiques et le lieu de résidence (Tableau N°14). La prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, la ville de Ouagadougou ayant le plus fort taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes (29,5%).

Tableau N°14 : Evolution de la prévalence contraceptive des méthodes modernes selon les zones géographiques

Catégories	EDSBF - I 1998	ESDBF - II 1998/99	EDSBF - III 2003
Zone géographique pour les deux premières EDSBF			
Ouagadougou	19,9%	22,5%	-
Nord	1,3%	3%	-
Est	1,1%	2,6%	-
Ouest	3,9%	5,1%	-
Centre/Sud	2,9%	4%	-
Zone géographique pour l'EDSBF - III 2003			
Ouagadougou	-	-	29,5%
Boucle du Mouhoun	-	-	10,7%
Cascades	-	-	13,8%
Hauts Bassins	-	-	11,6%

Sud – Ouest	-	-	6,9%
Centre – Ouest	-	-	6%
Nord	-	-	8,2%
Centre (sans Ouagadougou)	-	-	7,8%
Plateau Central	-	-	5,1%
Centre – Nord	-	-	6,6%
Sahel	-	-	3%
Centre – Sud	-	-	4,9%
Centre – Est	-	-	5,1%
Est	-	-	2,2%
Résidence			
<i>Urbain (autres)</i>	17,1%	20,1%	34%
<i>Rural</i>	1,5%	2,6%	10%

3.6.2. Les sources d’approvisionnement

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux publics et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception

Tableau N°15 : Répartition des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d’approvisionnement la plus récente, selon les méthodes spécifiques

Source d’approvisionnement	Pilule	Injections	Implants	Condom masculin	Ensemble
Secteur public	80,1	96,6	96,3	6,1	53,9
Hôpital Public	6,4	3,9	16,4	1	5,4
Centre de santé Public	65,3	82,4	72,9	3,8	42,7
Dispensaire	7,9	9,8	7	1,3	5,4
Poste médical	0,6	0,5	0	0	0,3
Secteur médical privé	16,5	3	3,7	20,1	13,8
Clinique/Hôpital privé	1,1	0,9	0,5	0,1	1
Centre de santé privé	0,6	0,2	0,4	0	0,2
Pharmacie	12,9	0,2	0	19,7	11,4
Médecin privé	0	0	2,8	0	0,3
Centre de PF/FISA	1,9	1,7	0	0,3	0,9
Autre source	3,1	0,3	0	68,5	30
Agent DBC	0,3	0	0	0	0,1
Boutique	1,5	0	0	41,9	18,2
Kiosque	0	0	0	0,7	0,3
Amis, Parents	1,2	0,3	0	25,8	11,4
Autre	0,3	0	0	5,1	2,2

Source : EDSBF – III, 2003

Selon l'EDSBF – III 2003, pour obtenir les méthodes modernes de contraception, plus de la moitié des femmes (54%) s'adressent au secteur médical public. Une femme sur sept (14%) s'adresse au secteur médical privé et 30% à des sources non médicales. Dans le secteur public, ce sont surtout vers les centres de santé que les femmes se dirigent pour obtenir leur méthode (43%). Dans le secteur privé, elles s'orientent en premier lieu vers la pharmacie (11%). Quant aux sources non médicales, deux d'entre elles sont privilégiées : il s'agit des boutiques (18%) et des amis/parents (11%).

Le choix de la structure varie très peu lorsqu'il s'agit de rechercher une méthode moderne. En effet, les femmes s'orientent majoritairement vers le secteur public pour se procurer une méthode moderne. Ainsi, 97% des femmes qui utilisent les injections, 96% de celles qui ont recours aux implants et 80% des utilisatrices de la pilule s'adressent au secteur public, essentiellement les centres de santé, pour se procurer ces méthodes. Par contre, le condom masculin est obtenu dans 20% des cas auprès du secteur privé (essentiellement les pharmacies) et dans 69% des cas auprès d'autres sources, en particulier dans les boutiques (42%) et grâce aux amis et parents (25%).

3.6.3. Les besoins non satisfaits

Les femmes en union qui n'utilisent pas actuellement la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (qui désirent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (qui souhaitent donc espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception, constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Selon l'EDSBF – III, les besoins non satisfaits en matière de PF sont environ trois fois plus importants puisque 29% des femmes en ont exprimé le besoin. Parmi ces femmes, la majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter (22% contre 7%). Si les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre chez les femmes en union 43%, c'est-à-dire plus de 4 fois plus élevée que ce qu'elle est actuellement. Cette demande potentielle totale en PF aurait pour objectif essentiel, l'espacement des naissances (32% contre 11% pour la limitation). Actuellement, près

du tiers seulement de la demande potentielle totale (32%) en PF au Burkina Faso se trouve satisfaite.

Tableau N°16 : Evolution des besoins non satisfaits en matière de contraception

Catégories	EDSBF – I	EDSBF – II	EDSBF – III
	1993	1998/99	2003
Besoins non satisfaits	29%	26%	29%
- pour l'espace	20%	20%	22%
- pour la limitation	9%	7%	7%

En 2003, les besoins non satisfaits sont équivalents à ce qu'ils étaient 10 ans avant. Les besoins étaient légèrement plus importants en 1993 (29%) qu'en 1998/99 (26). Actuellement, ces besoins se sont accrus et sont comparables au niveau observé il y a 10 ans (29% en 2003).

Figure V : Evolution des besoins non satisfaits en planification familiale selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003

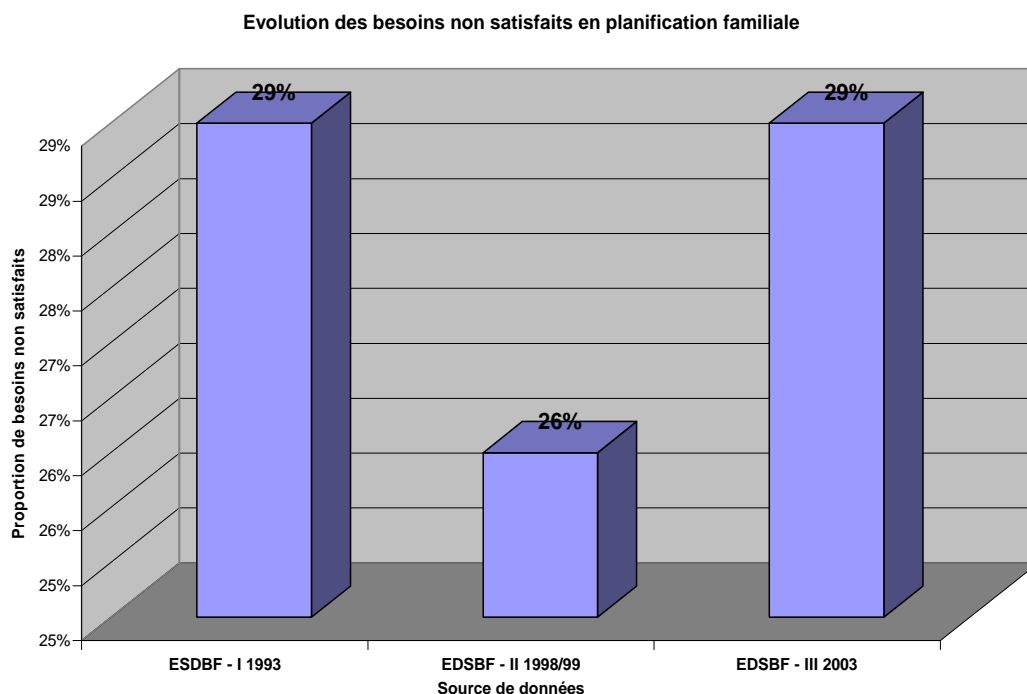


Tableau N° 17 : Les besoins non satisfaits, les besoins satisfaits, la demande potentielle et le pourcentage de demande de planification satisfaite selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003

(pourcentage des femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de PF, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de PF)

Proportion	Besoins non satisfaits en matière de PF pour :			Besoins satisfaits en matière de PF (Utilisatrices actuelles) pour :			Demande potentielle totale en matière de PF pour :			% de demande satisfaite
	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	
EDSBF – I 1993	20%	9%	29%	6%	3%	8%	26%	11%	37%	21%
EDSBF – II 1998/99	20%	7%	26%	9%	3%	12%	28%	10%	38%	32%
EDSBF – III 2003	22%	7%	29%	10%	4%	14%	32%	11%	43%	32,3%

Au niveau régional, les proportions de femmes dont les besoins en matière de PF sont non satisfaits varient d'un minimum de 18% dans la région des Cascades à 40% dans celle du Nord. Les régions à fort niveau de besoins non satisfaits sont entre autres, celles des Hauts Bassins (54%), du Sahel (34%), du Plateau Central (34%), du Centre (35%) et dans une moindre mesure du Centre – Est et de la Boucle du Mouhoun. Par ailleurs, c'est dans les régions du Centre – Sud (32%) et des Cascades (34%) que l'on enregistre la demande potentielle totale la plus faible ; à l'opposé dans la ville de Ouagadougou (56%) et dans la région du Nord (53%) qu'elle est la plus élevée. Ici également, on constate que dans toutes les régions, les besoins non satisfaits en matière de PF sont plus axés sur l'espacement des naissances.

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits est plus élevée en milieu rural (30%) qu'en milieu urbain (23%). Par contre, la demande potentielle totale varie de 40% en rural à 57% en ville.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande potentielle totale concerne 67% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus contre 48% de celles de niveau d'instruction primaire et seulement 40% des femmes sans niveau d'instruction. De plus, dans 78% des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 39% des cas pour les femmes de niveau primaire et dans seulement 26% des cas pour les femmes sans instruction.

Selon le niveau de bien-être économique, les besoins non satisfaits sont surtout importants parmi les femmes des ménages les plus pauvres. La demande potentielle totale quant à elle, concerne 55% des femmes de la couche la plus riche et dans 59% des cas, elle est satisfaite pour ces femmes.

Tableau N°18 : Les besoins non satisfaits, les besoins satisfaits, la demande potentielle et le pourcentage de demande de planification satisfaite certaines caractéristiques socio - démographiques selon l'EDSBF 2003

(pourcentage des femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de PF, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de PF selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF – III, 2003)

	Besoins non satisfaits en matière de PF pour :			Besoins satisfaits en matière de PF (Utilisatrices actuelles) pour :			Demande potentielle totale en matière de PF pour :			% de demande satisfaite
	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	
ZONE GEOGRAPHIQUE										
Ouagadougou	13	6,6	19,5	25,7	11	36,7	38,6	17,6	56,2	65,3
Boucle du Mouhoun	18,2	9,1	27,2	6,4	6,6	13,0	24,6	15,7	40,3	32,4
Centre (sans Ouagadougou)	23,5	11,7	35,2	10,6	5,0	15,6	34,1	16,8	50,9	30,7
Centre – Sud	19,7	6,2	25,9	4,5	1,9	6,4	24,2	8,1	32,3	19,9
Plateau Central	26,3	7,4	33,7	4,6	1,4	6,0	30,8	8,9	39,7	15,1
Centre – Est	23	6,8	29,8	4,3	1,9	6,2	27,3	8,7	36,0	17,3
Centre – Nord	18,8	6,9	25,7	12,0	3,1	15,0	30,8	10,0	40,8	36,9

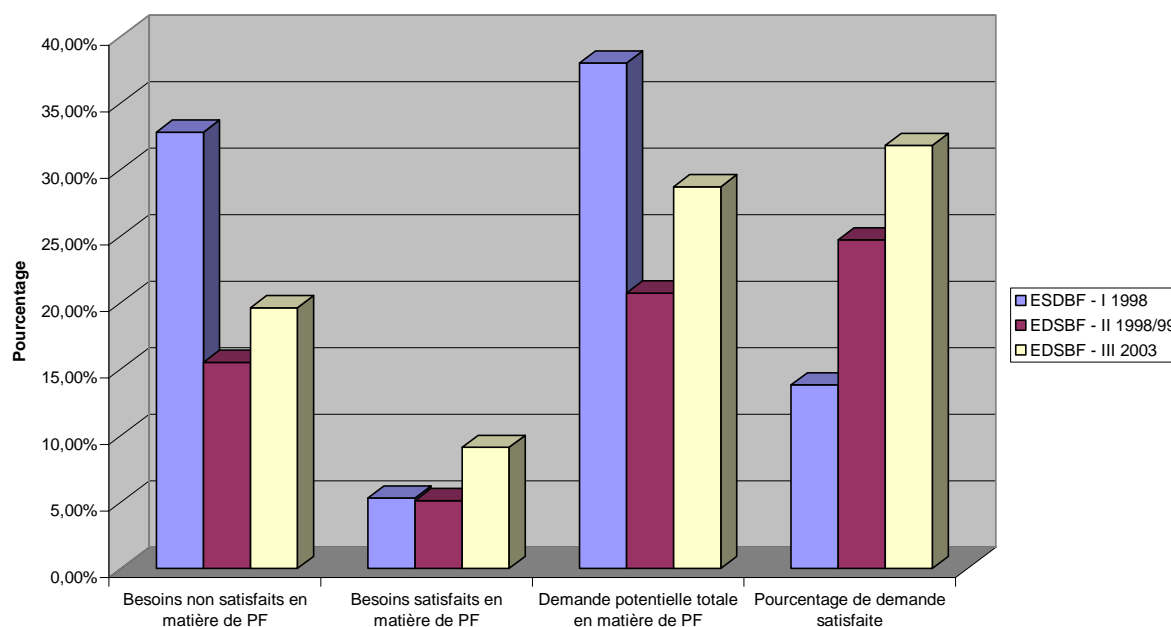
Centre – Ouest	22,2	10,6	32,8	6,1	3,8	9,9	28,3	14,5	42,7	23,2
Est	16,8	3,0	19,9	12,4	2,1	14,4	29,2	5,1	34,3	42,1
Nord	34,1	6,2	40,3	9,1	3,2	12,3	43,2	9,4	52,6	23,4
Cascades	9,1	8,7	17,8	8,7	7,4	16,1	17,8	16,1	33,9	47,6
Hauts Bassins	25,8	8,3	34,2	10,2	3,8	14,1	36,1	12,2	48,2	29,2
Sahel	28,4	6,0	34,4	2,5	1,0	3,5	30,8	7,0	37,8	9,2
Sud – Ouest	10,9	4,6	15,5	24,0	5,6	29,7	35,0	10,2	45,2	65,6
RESIDENCE										
Urbain	15,4	7,2	22,7	24	10,2	34,2	39,5	17,4	56,9	60,1
Rural	23	7	30	7,4	2,8	10,1	30,3	9,8	40,1	25,2
INSTRUCTION										
Aucune instruction	22,2	7,3	29,6	7,5	3,1	10,6	29,7	10,5	40,2	26,4
Primaire/alphabét.	22,6	6,5	29,1	13,0	5,5	18,5	35,5	12,0	47,6	39,0
Secondaire ou plus	11,1	3,8	14,9	41,0	11,0	52,0	52,1	14,8	66,9	77,7
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	22	6,6	28,6	6	1,6	7,6	28	8,2	36,2	21
Le plus riche	15,5	6,9	22,4	22,7	9,7	32,7	38,2	16,6	54,8	59,1

Tableau N°19 : Evolution des besoins non satisfaits, de la demande potentielle totale et de la demande satisfaite en matière de Planification familiale selon les EDSBF de 1993, 1998 et 2003

Sources	Besoins non satisfaits en matière de PF	Besoins satisfaits en matière de PF	Demande potentielle totale en matière de PF	Pourcentage de demande satisfaite
EDSBF – I 1993	32,8%	5,3%	38%	13,8%
EDSBF – II 1998/99	15,5%	5,1%	20,7%	24,7%
EDSBF – III 2003	19,6%	9,1%	28,7%	31,8%

Figure VI : Evolution des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits, de la demande potentielle totale et du pourcentage de demande satisfaite en matière de Planification Familiale selon les EDSBF de 1993,1998 et 2003

Evolution des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits, de la demande potentielle totale et du pourcentage de demande satisfaite en matière de PF



Pour la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on constate lors de l'EDSBF – III (2003) que les méthodes modernes sont les plus fréquemment citées, en particulier les injections (36%) et la pilule (27%).

3.6.4. Les facteurs influençant la non utilisation

Tableau N°20 : Raisons de non utilisation de la contraception

Raison pour ne pas utiliser la contraception	EDSBF – I 1993	EDSBF – II 1998/99	EDSBF – III 2003
Raisons relatives à la fécondité			50,2%
- rapports sexuels peu fréquents	3,7%	5,4%	10,4%
- Ménopause / hystérectomie	10%	11,9%	9,6%
-Sous-féconde/inféconde	6,8%	3%	12,7%
- Veut plus d'enfants	40,5%	29,8%	17,5%
Opposée à l'utilisation			17,3%
- Enquêtée opposée	1,7%	5,5%	6,5%
- Mari opposé	2%	3,2%	7,2%
- Autres opposés	2,4%	0,2%	0%
- Interdits religieux	1,6%	1,2%	3,6%
Manque de connaissance	17,4%		9,7%
- Ne connaît aucune méthode		13,7%	3,9%
- Ne connaît aucune source		5,9%	5,8%
Raisons associées à la méthode			14,4%
- Problème de santé	1,2%	2,4%	3,9%
- peur des effets secondaires	1,2%	3,3%	6,1%
- Manque d'accès	1,1%	1,5%	0,7%
- Coûte trop cher	1%	1,8%	2,5%
- Utilisation gênante	0,8%	0,7%	0,4%
- Interfère avec le fonctionnement du corps			0,8%
Autres	1,5%	5,5%	1,1%
Ne se prononce pas	7%	5%	7,2%

Selon l'ECDSBF – III (2003), les causes principales de non utilisation de la contraception, sont les raisons relatives à la fécondation (50,2%), essentiellement le désir d'avoir d'autres enfants et, dans une moindre mesure, des rapports sexuels peu fréquents ou même l'absence de rapports sexuels. Pour près d'une femme sur cinq

(17,3%), l'opposition à l'utilisation de méthodes contraceptives explique sa décision, que l'opposition vienne de son conjoint (6,5%) ou d'elle-même (7,2%). Les raisons relatives à la méthode ont été citées par 14,4% des femmes, essentiellement la peur des effets secondaires (6,1%) et dans 3,9% des cas, les femmes ont cité les problèmes de santé. Enfin, pour 9,7% des femmes, la décision de ne pas utiliser la contraception est liée au manque de connaissances : 5,8% ont déclaré ne pas connaître un endroit où se procurer une méthode et 3,9% ne connaissent aucune méthode. Le désir d'avoir un enfant reste la principale cause de non utilisation de la contraception. La proportion de non utilisatrices qui évoquent comme raison principale le désir de grossesse est cependant passé de 40,5% (EDSBF – I, 1993) à 17,5%(EDSBF – III, 2003). Le manque d'informations est passé au cours de la même période de 17,4%% à 9,7%. Ce qui démontre l'impact réel des interventions en IEC /PF entre les deux périodes. La peur des effets secondaires n'est pas à négliger car elle représente 6,1% des femmes. Le développement de stratégies de communication interpersonnelles permettra de dissiper les inquiétudes.

- *L'accessibilité géographique*

Les services de PF sont offerts dans les formations sanitaires de premier contact et aussi au niveau des formations sanitaires de références.

Le rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires au Burkina Faso en 2004 est de 8,34 km. C'est-à-dire, qu'une Burkinabé parcourt en moyenne 8,34 km pour se rendre de son domicile au centre de santé le plus proche. Il est de 13,43 km en moyenne dans la Région Sanitaire du Sahel à 3,12 km au niveau de la Région Sanitaire du Centre.

- *L'accessibilité financière*

La demande est souvent liée à l'accessibilité financière des produits. C'est très criard en milieu rural. Dans ce milieu, il y a également une insuffisance dans l'offre de soins. Les femmes peuvent obtenir l'information sur la planification de familiale à la radio mais ne peuvent pas accéder à ce média. La demande est aussi liée aux méthodes « mix ». Le Norplant par exemple a une demande élevée mais en raison de son coût élevé il n'est pas toujours disponible. Il y a une proportion importante de femmes, 47%, qui veut retarder leurs prochaines grossesses tandis que 23% de femmes déclarent qu'ils ne veulent plus d'enfants. Cependant, ces femmes n'utilisent pas actuellement les contraceptifs. Il est certain que s'ils devaient utiliser les contraceptifs, l'approvisionnement actuel de ces produits dans le pays ne suffira pas.

Il y a un besoin de prévoir plus de produits. Par conséquent l'Eta Burkinabé, aussi bien que des donateurs devrait faire plus d'effort pour augmenter les ressources financières pour l'achat des contraceptifs.

- *La capacité de la formation sanitaire à faire face aux besoins des clients*

Selon les normes et standard et les protocoles de SR, chaque structure sanitaire doit pouvoir assurer des services de PF permettant aux clients de pouvoir se réapprovisionner. Elle doit disposer de supports nécessaires pour le suivi des activités et doit être supervisée au moins une fois par trimestre. Le taux de discontinuation des clients n'est pas étroitement surveillé. Les raisons de la discontinuation sont ; désir d'avoir un autre enfant, la ménopause, etc. Les femmes cessent rarement en raison du manque de produits.

- *Les Facteurs liés à la qualité de services :*

- Les services ne sont pas toujours disponibles : la non disponibilité de toute la gamme des méthodes contraceptives dans tous les (PPS) joue indubitablement un rôle limitant important dans le choix des méthodes.
- Les structures sanitaires ne sont pas assez équipées pour une offre adéquate d'information sur la SR et ses produits (insuffisance de matériel didactique)
- le manque de compétence du personnel à la gestion des produits de SR ainsi que le mauvais accueil réservé aux clients sont aussi des facteurs limitant.
- Le suivi des clients n'est souvent pas assuré

- *Les facteurs inhérents aux produits :*

Les plus importants sont, les ruptures de stocks qui sont souvent relevées, l'absence de toute la gamme des méthodes contraceptives qui limite le choix des clients et, les rumeurs sur les effets secondaires des contraceptifs qui semblent parfois un peu exagérées.

3.6.5. L'effet des prix des contraceptifs sur leur utilisation

Les prix appliqués au public sont globalement identiques. Les seules différences sont liées aux composantes de la tarification (selon que la tarification incluse ou non les frais de prestations).

En 1993, une note N°93 – 472/SASF/SG/DGSP/DSF du 10 Mars 1993, rappelle les prix officiels des produits contraceptifs dans le cadre du Programme National de PF. Cette note stipule que dans le but de rendre accessibles les produits contraceptifs à toutes les couches de la population, les prix de cession des produits contraceptifs dans les formations sanitaires publiques, sont fixés sur toutes l'étendue du territoire national ainsi qu'il suit :

Tableau N°21 : Prix de vente au consommateur des contraceptifs dans les formations sanitaires publiques

Méthode	Prix de vente au consommateur
Pilule contraceptive	100 FCFA la plaquette
Préservatif masculin ou condom	10 FCFA l'unité
Mousse ou Gel spermicide (Conceptrol)	150 FCFA le tube
Néosampoon	150 FCFA le tube
Dispositif Intra Utérin (DIU) (Cooper-T 380)	800 FCFA l'unité
Contraceptifs injectables (Noristérat et Dépo provéra)	500 FCFA l'unité

L'intégralité de la somme recouvrée doit être reversée à la Direction des Affaires Administratives et Financières du Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille sauf pour les condoms « OASIS » ou « 'NONGOLO » pour lesquels il est autorisé aux formations sanitaires de conserver 50% de la vente. Cette retenue de 50% ne concerne pas les produits « PRUDENCE ».

Un plan d'utilisation de ces fonds générés par la vente a été élaboré dont l'objectif est de rationaliser l'utilisation des fonds générés par la vente des contraceptifs en vue de renforcer le Programme National de Planification Familiale, et à long terme, d'assurer en partie sa pérennisation.

Ces fonds seront gérés conjointement par le DAAF du MSASF et la DSF. Ces fonds devront être déposés sur un compte bancaire spécial séparé, géré par la DAAF du MSASF et ce quelque soit leur origine (USAID, UNFPA, etc). Une réserve

représentant 25% des revenus devra être constitué afin de couvrir les achats futurs de contraceptifs.

Les domaines prioritaires d'utilisation des recettes sont :

- des produits fongibles pour les centres de SMI/PF ne générant pas assez de revenus (registres, coton, gants, gaze, antiseptiques, produits d'entretien, etc) ;
- les coûts de transports des contraceptifs ;
- les coûts de supervision pour les agents chargés de la gestion et du recouvrement des recettes ;
- les coûts des activités de PF non couvertes par un projet telles que : l'impression des fiches, protocoles de supervision, etc ;
- l'impression/production de matériaux d'IEC ;
- le recyclage du personnel de santé, etc ;
- du matériel de bureau pour la DSF et les centres de planification familiale ;
- les coûts de fonctionnement des véhicules de la DSF associés aux activités de supervision ou de suivi et non couvert par un projet ;
- des produits médicaux en quantité limitée tels que les antibiotiques, et non fournis par un projet ;
- l'alimentation de la réserve représentant 25% des recettes, en vue de l'achat de contraceptifs dans le futur.

Un contrôle/audit des livres comptables sera effectué régulièrement conformément aux réglementations et procédures de contrôle et d'audit du MSASF. Chaque partenaire aura la latitude à tout moment raisonnable, de demander une inspection des reversements effectués par les provinces et de l'utilisation de ces fonds.

En 2005, une convention spécifique de gestion des approvisionnement en Produits Contraceptifs a été signée entre la Direction de la Santé de la Famille et la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et Consommables Médicaux (CAMEG) (convention N°2005 – 001/MS/SG/DGS/DSF/CAMEG)

Tableau N°22 : Prix dégressifs des produits contraceptifs

Produits	Prix consommateurs à ne pas dépasser	DBC (25%)	CM/CSPPS PPS (25%)	Dépôt du District (10%)	DRS (5%)	CAMEG
Condom Féminin	100	100	100	75	65	60
Lo – Féménal (ou Eugynon – Microgynon)	100	100	100	75	65	60
Ovrette	100	100	100	75	65	60
Dépo – Provéra (ou Noristérat)	500	NA	500	375	325	300
Conceptrol	150	150	150	115	105	100
Néosampoon ou Pharmatex	150	150	150	115	105	100
DIU	800	NA	800	600	525	500
Norplant	1000	NA	1000	750	650	600
Condom Masculin	10	10	10	5	5	5

NB : le Agents de Distribution Communautaire (DBC) seront approvisionnés par les CSPPS à partir des dépôts de districts

DBC : Distributeurs à Base Communautaire

CM/CSPPS/PPS : Centre Médical/Centre de Santé et de Promotion Sociale/Point de Prestation de Service de PF

DRS : Direction Régionale de la Santé

CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques

Tableau N°23 : Prix des méthodes contraceptives par secteur

Méthode	Prix public	Prix privé (PHCIE)
Contraceptifs Oraux	100 FCFA la plaquette	1 010 Fcfa la plaquette
Injectables	500 FCFA l'unité	2 000 à 4000 FCFA l'unité
DIU	800 FCFA l'unité	50 000 FCFA l'unité
Condom Masculin	10 FCFA l'unité	250 à 350 FCFA le paquet de 3
Condom Féminin	100 FCFA l'unité	1 500 FCFA l'unité
Norplant	1 000 FCFA l'unité	100 000 FCFA l'unité

Le tableau ci-dessus illustre bien la différence de prix pratiqué par le service public et le privé lucratif.

Les circuits de distribution n'étant pas les mêmes selon qu'on est dans le public ou dans le privé, il convient de noter que les produits vendus ne sont par conséquent pas les mêmes; ce qui peut poser un problème de comparabilité des prix. Le tableau ci-dessus ne peut donc servir que pour avoir un ordre d'idée des marges de variation de ces prix entre public et privé.

3.6.6. L'expansion actuelle du marché de la contraception

Plusieurs stratégies sont mises en œuvre au Burkina Faso dans le but de promouvoir et augmenter l'utilisation de la contraception. On peut citer entre autres, programmes / projets ou stratégies menées :

Les centres d'écoute pour jeunes / adolescents : Une initiative conjointe de l'état avec l'appui de l'UNFPA, et des ONG's. Ces centres font la promotion des pilules et contraceptifs en même temps qu'ils font de la sensibilisation sur les principaux problèmes liés à la santé reproductive des adultes dont la prévention des grossesses indésirées et du VIH/SIDA.

L'EVF/EMP : Un programme élaboré et mis en œuvre avec l'appui de l'UNFPA dans les écoles publiques comme privées qui reçoivent l'appui de l'UNFPA. Son but vise l'épanouissement de l'homme considéré comme être intégral. Elle intervient comme une réponse éducative aux problèmes sociaux environnementaux, économiques, culturels et démographiques auxquels notre pays est confronté. Ses contenus s'articulent autour des domaines de la socialisation, du développement économique, démographique, et de la SR. Elle donne à l'enfant des connaissances sur les organes reproducteurs, leurs fonction et fonctionnement, et prépare le jeune à assumer ses responsabilités futures en tant que parent. L'EVF/EMP est enseignée tant dans le cycle primaire que dans le secondaire et même dans l'enseignement normal.

Campagnes de lutte contre le VIH/SIDA : ces campagnes sont des moments privilégiés pour la promotion des préservatifs et de toutes les méthodes qu'utilise la SR.

Des programmes dans ce sens ont été élaborés et mis en œuvre par le MS et les autres ministères. On peut ainsi citer entre autres :

- Le Sous programme SR mis en œuvre avec l'appui de l'UNFPA. L'appui initial de l'UNFPA au Burkina Faso remonte à 1973. Le 4^{ème} programme (1997 – 2000), d'un montant de 10,3 millions de dollars US a été mis en œuvre dans sept régions sanitaires et 15 districts sanitaires. Le 5^{ème} programme (2001 –

2005) est mis en œuvre dans trois régions sanitaires, trois régions de planification, 11 provinces, 11 districts sanitaires et 166 formations sanitaires. Cet programme couvre 55 formations sanitaires des 11 districts sanitaires à raison de 4 CSPS et d'un centre de référence (CMA ou CHR pour les districts centrés sur les CHR). Ce programme est d'un montant de 7,5 millions de dollars US. L'objectif général est de contribuer au bien être de la population et à la réduction de la pauvreté par la recherche d'un équilibre entre la population et les ressources.

- Le projet SOU mis en œuvre expérimentalement dans 10 DS qui vise la réduction de la mortalité maternelle ;
- Le programme de lutte contre les IST et le VIH/SIDA est un des programmes les plus soutenus au Burkina Faso à côté du PEV, un exemple réussi de la collaboration multisectorielle dans le pays. Tous les secteurs, s'étant impliqués dans la lutte disposent d'un plan sectoriel spécifique. Le secteur santé assure la conformité de la mise en œuvre par les autres secteurs de toutes les activités santé des autres plans sectoriels, par rapport aux normes et standards définis.

3.6.7. Les principaux constat sur la demande

3.6.7.1. Les forces :

- L'utilisation des méthodes modernes de contraception est en progression ;
- Le taux de prévalence contraceptive augmente avec le niveau d'instruction des femmes,
- L'utilisation des préservatifs masculins est en hausse,
- Le secteur public contribue pour 54% à l'approvisionnement en produits contraceptifs,
- Le secteur privé contribue pour 14% à l'approvisionnement en produits contraceptifs,
- La demande potentielle en matière de PF est très élevée (43%),
- Plusieurs stratégies sont en cours de mise en œuvre tant dans le secteur public que privé au Burkina Faso pour augmenter l'utilisation de la contraception,
- Les contraceptifs sont subventionnés dans le secteur public et contribue à renforcer la stratégie du gouvernement dans sa lutte contre la pauvreté ;

- L'existence d'un compte spéciale sur le recouvrement des coûts de la vente des produits contraceptifs pour permettre le réapprovisionnement.

3.6.7.2. Les insuffisances :

- Le taux de prévalence contraceptive est faible en milieu rural,
- Les méthodes vaginales sont de moins en moins demandées,
- Les besoins non satisfaits restent élevés surtout en milieu rural et dans les familles pauvres,
- L'opposition à l'utilisation d'une méthode contraceptive reste élevée (17%),
- Le manque d'information sur les méthodes et les sources d'approvisionnement en produits contraceptifs est élevée (10%)
- Le coût élevé du Norplant,
- La mauvaise qualité de services est une barrière à l'utilisation des services de SR ; il faut entendre par là, la non disponibilité de toutes les méthodes dans tous les centres de prestation des soins, le mauvais accueil des personnels et les ruptures de stocks...
- Le prix des produits contraceptifs dans le secteur privé est très élevé,
- l'accessibilité géographique est un facteur limitant à l'utilisation des méthodes.

3.6.7.3. Les recommandations

- Renforcer l'offre de service de PF en milieu rural,
- Réduite les besoins non satisfaits ;
- Améliorer la gestion des stocks pour réduire les ruptures ;
- Intensifier la sensibilisation sur la PF ;
- Améliore la qualité des services de santé,
- Réduire le coût des produits contraceptifs dans le secteur privé.

3.7. L'offre

La composante offre de services de cette analyse de la situation vise à évaluer la logistique pour la disponibilité des produits contraceptifs (prévisions, la fourniture, l'achat et la distribution), la dispensation (les services SR, les prestataires).

3.7.1. Les prévisions

Les prévisions de contraceptifs sont faites par chaque organisation (DSF, ABBEF, PROMACO, PSI). La DSF est responsable du suivi des prévisions pour le Ministère de la Santé. Puisque les produits de tous les organismes sont gérés par la CAMEG, les représentants de ces organismes se rencontrent une fois par an pour coordonner les prévisions avec l'assistance technique de DELIVER et sur financement de l'USAID. Les prévisions sont revues six mois après pour faire les ajustements nécessaires.

- Les données de consommation ne sont habituellement pas disponibles pour effectuer les prévisions du Ministère de la Santé. Par conséquent, ce sont les données de distribution de Dépôt Central de la CAMEG, qui sont utilisées, rendant les résultats des prévisions moins fiables.
- L'ABBEF utilise les données de consommation pour ses prévisions.
- PSI et PROMACO : Les acteurs du marketing social utilisent les données de distribution des grossistes commerciaux pour faire leurs prévisions. Le département de vente exprime leurs besoins basés sur l'historique des consommations. Le département administratif mène les estimations annuelles en tenant compte à chaque phase, des objectifs des partenaires et des agences d'exécution.

Un certain nombre d'agents du Ministère de la Santé et de la CAMEG a été formé dans la logistique contraceptive comprenant les prévisions de FPLM et de DELIVER. Cependant le personnel qualifié n'a pas su s'approprier de l'exercice et le vulgariser.

L'ABBEF bénéficie de l'assistance technique d'IPPF pour effectuer ses prévisions. Par exemple IPPF a organisé du 10 au 23 Avril 2004, un atelier pour renforcer les compétences du personnel de l'ABBEF dans les prévisions, la gestion de la chaîne d'approvisionnements et afin d'assurer le bon accès des clients à des produits et services de qualité.

Un point faible à mentionner est la collecte et l'utilisation des données de la consommation. Dans le système actuel, les données de la consommation sont

collectées mais ne sont pas acheminées vers le niveau central pour l'usage dans la prise de décision et les prévisions.

3.7.2. La fourniture

La fourniture diffère selon les sources de financement.

Une fois que la prévision est faite chaque source de financement est responsable de la fourniture des produits nécessaires. Des expéditions sont programmées selon les besoins des programmes.

- La requête adressée à l'USAID – la requête pour le financement des produits est envoyé à la mission de WARP à Accra où la requête est passée en revue et approuvée avant d'être envoyée à CSL à Washington où une commande est passée et puis embarquée pour le Burkina selon le programme établi.
- La requête faite à UNFPA est expédiée au bureau local où elle est passée en revue et approuvée. Elle est alors envoyé au Bureau Principal de l'UNFPA qui la met en commun aux demandes d'autres pays et la commande est alors passée. Les produits sont alors envoyés aux pays respectifs
- La requête faite à la Banque Mondiale est traitée et fournie par UNFPA.
- L'ABBEF envoie une partie de ses besoins à l'IPPF pour la fourniture. Elle est mise en commun également avec les besoins d'autres pays. L'autre partie des besoins d'ABBEF est achetée localement à la CAMEG.
- Pour PROMACO, une liste restreinte de fournisseurs est établie. Une offre est faite et publiée dans les journaux allemands. Des offres sont faites selon la règle de l'agence de financement. Le choix des fournisseurs est alors fait et un contrat est signé avec les fournisseurs choisis. Les produits sont payés avec la devise allemande.

3.7.3. L'achat

Un bon système d'approvisionnement à l'échelle nationale doit être basé sur une bonne analyse des stocks disponibles dans tout le pays quelle que soit la source de provenance. Le monitoring des sorties et la rétro information à partir de la base.

Les produits sont achetés sur la base de la planification de la DSF. Les besoins sont évalués par la DSF avec la participation des acteurs concernés que sont l'ABBEF, PROMACO et PSI.

Pour les besoins de la DSF, la CAMEG, assure l'appel d'offre, le choix du fournisseur et le contrôle de qualité.

Pour les agences du marketing social, il est fait par appel d'offre international restreint. En effet, il y a une liste existante de fournisseurs pré qualifiés qui sont autorisés à offrir et la devise utilisée est habituellement le dollar ou l'Euro. Les fournisseurs pré qualifiés ont habituellement 1-2 mois pour répondre à l'appel d'offres et l'examen de l'offre est fait en présence des représentants du gouvernement tandis que les partenaires reçoivent les comptes rendus de ce qui est décidé. Après que le choix soit fait, le fournisseur est requis d'envoyer des échantillons de produit à l'agence d'exécution pour approbation. Ces échantillons sont examinés pour la garantie de la qualité par le fournisseur au niveau du fabricant et un laboratoire indépendant est choisi par l'agence d'exécution pour effectuer un deuxième essai. Si les essais sont corrects, les produits sont alors embarqués après les contrats signés. La requête est soumise au partenaire qui finance l'achat des contraceptifs. L'estimation des besoins est faite sur la base des consommations mensuelles et des stocks d'alerte de chaque produit. Le processus de planification des achats a cependant besoin de l'assistance de personnes ressources extérieures surtout pour la mise en commun des planifications des différentes sources d'approvisionnement. La DSF bénéficie de l'assistance technique de DELIVER et du financement de l'USAID. Les prévisions sont revues tous les six mois pour procéder à d'éventuels réajustement.

Au niveau de la DSF, tous les 3 mois, un inventaire détaillé des stocks est réalisé ensemble entre le chargé des stocks et le chargé des commandes. Cet inventaire périodique permet de détecter les défaillances du système.

Toutes les procédures de sélection et d'appel d'offre sont directement réalisées par le CAMEG. Les stocks commandés ont été livrés jusqu'à présent en fonction des requêtes soumises.

Au niveau de l'ABBEF, de PROMACO et de PSI les approvisionnements sont planifiés à partir des consommations moyennes mensuelles et de leur disponibilité en stock au niveau de leurs magasins centraux respectifs.

Des rencontres de coordination entre agences intervenant dans l'approvisionnement sont organisées tous les 6 mois pour échanger.

Les pharmacies privées font peu de commandes directes de contraceptifs de leurs fournisseurs. Les produits disponibles au niveau des pharmacies privées proviennent

de PSI pour les préservatifs masculins et féminins, les pilules et les injectables. Ces produits bénéficiant des campagnes de promotion, sont plus demandés au niveau des pharmacies que d'autres produits contraceptifs.

La distribution des contraceptifs devra tenir compte de l'utilisation directe sur le terrain. Dans le circuit des formations sanitaires, les rapports statistiques mettent du temps avant de parvenir à la DSF. Les rapports sur la gestion logistique ne sont pas réalisés par la périphérie avant l'obtention d'une compilation régionale.

Sur le terrain, les formations sanitaires ne respectent pas le niveau de stock maximum et les intervalles de commande. La raison évoquée par certains prestataires pour le non respect des intervalles est qu'il faut une disponibilité de fonds au niveau des comités de gestion avant de procéder aux approvisionnements.

3.7.4. La livraison

Des différences importantes existent concernant les délais de livraison pour les différents organismes et sources financements.

En raison du temps passé en mettant toutes les demandes des pays avant de faire la fourniture, les produits de l'UNFPA et de l'IPPF peuvent présenter un retard avant la livraison aux pays. Les produits à l'arrivée doivent toujours être contrôlés pour la qualité avant qu'ils soient rendus disponibles pour la vente. Tous les produits sont stockés au magasin central de la CAMEG et livrés aux Dépôts Régionaux de la CAMEG. La CAMEG dispose de ses propres véhicules pour distribuer les produits à ses dépôts régionaux. Des dépôts régionaux de la CAMEG au DRD des districts, plusieurs moyens de transport sont utilisés : véhicule de la CAMEG, véhicule de supervision de l'ECD ou de la DRS, Ambulance, transporteurs privés, etc. Du DRD du district au dépôt de vente MEG des CSPS, le transport des produits se fait dans la majeure partie du temps en moto.

3.7.5. La distribution

Le principal système logistique du pays est celui du Ministère de la santé. Les autres systèmes sont ceux de l'ABBEF, de PROMACO et de PSI. Nous avons traité principalement le système du Ministère de la Santé qui fournit les produits à la majorité de services de santé dans le pays. Même PSI, PROMACO et l'ABBEF (filiale de l'IPPF) reçoivent certains de leurs produits du système logistique de Ministère de la Santé. Au niveau du Burkina Faso, c'est la CAMEG qui fournit les produits au pays.

3.7.5.1. Le circuit de distribution par la CAMEG

La DSF a défini un circuit de distribution pour approvisionner les structures sanitaires en PF.

En effet, dans le cadre de la Politique de PF, le Ministère de la Santé à travers la DSF, a signé une convention avec la CAMEG. Cette convention stipule que :

- le ministère de la Santé souhaite intégrer les approvisionnements en contraceptifs dans le circuit des MEG et a impliqué la CAMEG en vue de fournir certains services d'approvisionnement, de gestion des stocks et de distribution des produits contraceptifs pour le compte de la DSF ;
- la CAMEG possédant les qualifications professionnelles, le personnel et les ressources techniques nécessaires a accepté de fournir les services aux conditions stipulées dans la convention ;
- les programmes prioritaires en SR exécutés par la DSF, reçoivent l'appui du Gouvernement et des donateurs sous forme de subventions pour financer le coût des approvisionnements en produits contraceptifs et le coût des services et entend employer une partie des fonds générés par la vente des produits contraceptifs pour assurer les réapprovisionnements en contraceptifs et la prise en charge des frais de mise en œuvre des programmes prioritaires.

La DSF, utilise les services d'approvisionnement de la CAMEG pour :

- stocker et gérer les produits contraceptifs dans les conditions et le circuit de distribution des MEG ;
- appuyer la distribution des produits contraceptifs aux structures bénéficiaires dans les conditions de prix subventionnés ;
- gérer les ressources financières générées par la distribution des produits contraceptifs dans l'optique des réapprovisionnements et la prise en charge des frais de mise en œuvre des programmes prioritaires de SR.

La DSF s'engage à :

- fournir chaque année à la CAMEG, le plan des approvisionnements en produits contraceptifs. Ce plan devra préciser : les spécifications techniques, quantitatives et qualitatives des fournitures, les normes de prescriptions des produits (natures, formes, doses), la programmation des livraisons aux structures bénéficiaires (formations sanitaires) dans le temps et dans l'espace ;

- participer au processus de sélection des fournisseurs en que service bénéficiaire conformément à la réglementation générale des achats publics en vigueur ;
- participer aux travaux de réception des produits livrés ;
- administrer les fonds de mise en œuvre du programme prioritaire en collaboration avec la DAF du Ministère de la Santé.

La CAMEG s'engage à:

- assurer les approvisionnements réguliers des produits contraceptifs dont les besoins sont exprimés annuellement par la DSF ;
- assurer la conservation des produits contraceptifs dans les conditions requises jusqu'à leur livraison aux structures bénéficiaires conformément aux normes établies en la matière ;
- assurer la livraison des produits contraceptifs réceptionnés sur les sites de la CAMEG sur la base des programmes de livraison établis par la DSF ;
- encaisser les sommes générées par la vente subventionnée des produits contraceptifs auprès des structures bénéficiaires ou formations sanitaires ;
- utiliser une partie des sommes encaissées (recettes des ventes) pour les dépenses autorisées au titre des réapprovisionnements en produits contraceptifs ;
- reverser une partie des recettes des ventes dans un compte bancaire ouvert au nom de la DSF ; les modalités de gestion de ce compte (retraits et emplois) seront précisées par une note de service du Secrétaire Général du Ministère de la santé ;
- présenter à la DSF, au Secrétaire Général du Ministère de la Santé et éventuellement aux donateurs sur leur propre demande, des rapports semestriels sur l'exécution de la présente convention, y compris l'exécution financière ;
- présenter à la DSF, au Secrétaire Général du Ministère de la Santé et éventuellement aux donateurs sur leur propre demande, des rapports annuels plus circonstanciés sur l'exécution de sa prestation, y compris tout problème survenu dans la mise en œuvre de la présente convention.

Les ressources financières générées par la vente des produits contraceptifs sont strictement affectées aux dépenses autorisées comme suit :

- 85% au titre des réapprovisionnements en produits contraceptifs ;

- 15% au titre de la prise en charge des frais de mise en œuvre des programmes prioritaires de SR

Les prestations de la CAMEG seront rémunérées sur la base de l'application d'une marge de 3% sur le prix de revient avant subvention des produits vendus. Cette marge est prélevée sur la subvention et ne constitue pas une charge sur les recettes des ventes

Ainsi donc, le circuit de distribution des produits contraceptifs aux formations sanitaires publiques, aux formations sanitaires privées non lucratifs aux ONG et structures non lucratifs est le suivant :

- la DSF établit les besoins annuels et soumet à financement au Gouvernement et aux donateurs ;
- dès que le financement est acquis, la DSF transmet les besoins annuels et le plan d'approvisionnements des produits contraceptifs à la CAMEG ;
- la CAMEG procède à un appel d'offre et lance la commande ;
- selon le plan d'approvisionnement, la CAMEG reçoit les différentes commandes, les stocke au niveau de son magasin central et les répartit dans ces trois dépôts régionaux que sont Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Fada.
- Les dépôts répartiteurs des districts commandent au niveau de ces dépôts régionaux de la CAMEG,
- Et dépôts de vente de MEG des formations sanitaires s'approvisionnent au niveau des dépôts répartiteurs des districts sanitaires.

D'un niveau à l'autre il existe une petite marge permettant à la structure de renouveler son stock.

Le circuit de l'information en ce qui concerne les stocks suit le chemin inverse pour remonter à la DSF pour lui permettre de planifier les approvisionnements.

La logistique devait être assurée directement par la DSF qui met à la disposition de chaque région et ce de façon régulière, un stock de contraceptifs sur la base des besoins pour couvrir la région et éviter les ruptures de stock et les péremptions.

Il y a deux sections distinctes dans le circuit de distribution du Ministère de la Santé:

- La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, Génériques et des Consommables Médicaux (CAMEG), fournit et distribue les médicaments essentiels génériques et les consommables médicaux autres que les

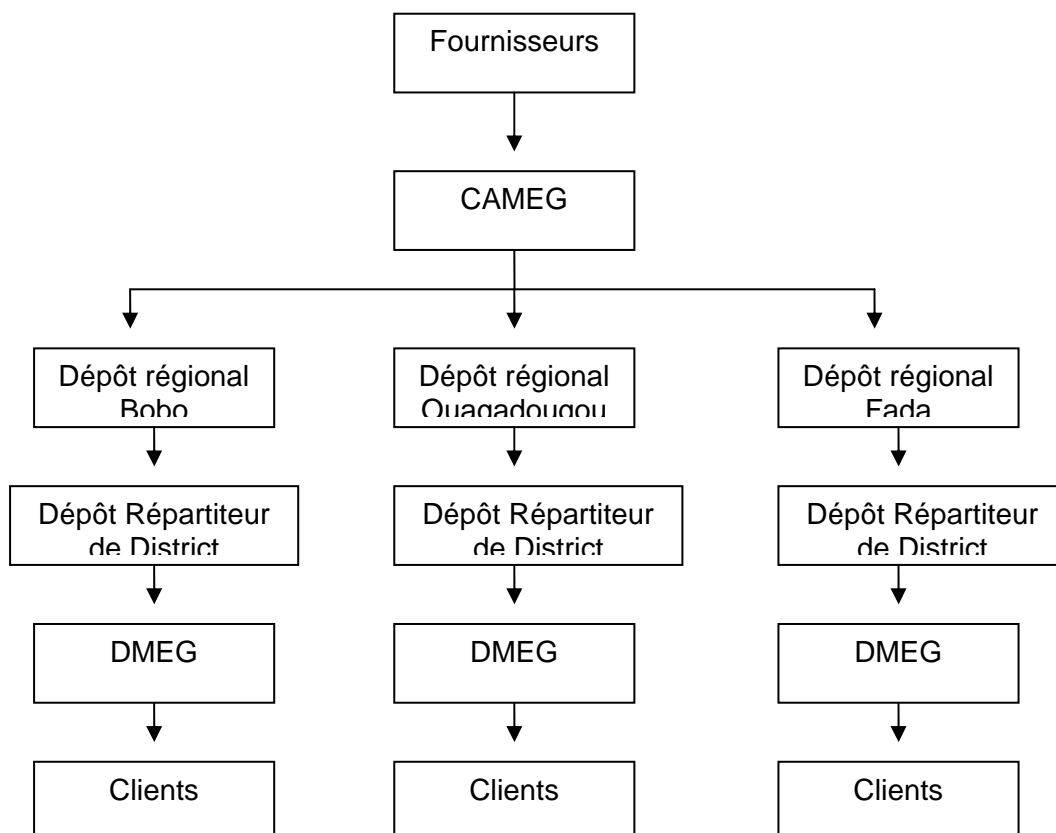
contraceptifs. Il gère un dépôt central et trois dépôts régionaux. Le dépôt central est chargé d'alimenter les dépôts régionaux.

- Les Dépôts Répartiteurs de Districts et les dépôts de vente MEG des formations sanitaires. Il y a 55 Dépôts Répartiteurs de Districts et il y a autant de dépôts de vente MEG que de CSPS.

Pour résumer, le circuit de distribution a quatre niveaux : Dépôt Central de la CAMEG, Dépôt Régional de la CAMEG, Dépôt Répartiteur de District et Dépôt de Vente MEG des CSPS.

En pratique sur le terrain, les 4 niveaux sont en place mais dans le fonctionnement certains niveaux sont court-circuités par les prestataires des formations sanitaires ou par les districts pour arriver directement à la CAMEG pour les achats.

Figure VII: Circuit de distribution de la CAMEG (circuit public)



- Au niveau central quatre institutions pilote le système logistique du Ministère de la Santé:
 - La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels, Génériques et des Consommables Médicaux (CAMEG). C'est un établissement parapublic créé au moment où le pays s'apprêtait à mettre en œuvre l'Initiative de Bamako, il y a une décennie. La mission de la CAMEG est d'améliorer l'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques et d'autres produits essentiels dans le système de santé. La CAMEG a reçu initialement par un financement du gouvernement et des donateurs pour acheter les produits nécessaires. Par la suite, les commandes se sont faites à partir du mécanisme de recouvrement des coûts qui a été mis en place.
 - La Direction de la Santé de la Famille (DSF): elle est responsable de la mise en application de la politique sanitaire de Ministère de la santé en matière de Santé Reproductive notamment la Planification Familiale, la maternité à moindre risque, la santé infantile et la PTME. La DSF est impliqué dans la fourniture et la gestion des produits de SR. Elle est particulièrement concernée par le système intégré de gestion de logistique des produits contraceptifs.
 - La Direction Générale de la Pharmacie, du Laboratoire et des Médicaments (DGPLM) : elle met en œuvre la politique du Ministère de la Santé dans le domaine des médicaments, des consommables et des laboratoires. Elle élabore et met en application des plans d'action dans les secteurs mentionnés ci-dessus en collaboration avec d'autres départements du Ministère de la Santé, les partenaires au développement, les ONGs et le secteur privé.
 - Le Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA (CMLS/Santé) : il coordonne les activités de lutte contre le SIDA au niveau du Ministère de la Santé et est impliqué dans la disponibilité des produits de lutte contre le SIDA.
- Au niveau régional il y a trois Dépôts Régionaux de la CAMEG ;
- Au niveau district, il y a 55 Dépôts Répartiteurs de District soit un DRD par District Sanitaire ;

- au niveau périphérique, il y a un dépôt de vente MEG dans chaque formation sanitaire.

Pour la distribution, les secteurs commerciaux privés tels que des grossistes et des détaillants sont employés. Cependant, les agences de marketing social de vente développent leur propre réseau de distribution. Ce réseau dépend essentiellement des Distributeurs à Base Communautaire (DBC) afin d'atteindre les populations des contrées éloignées et inaccessibles.

3.7.5.2. Le circuit de distribution dans le cadre du marketing social

La stratégie de marketing social des produits de PF a pour but de rendre disponible tous les produits de PF au niveau des points de vente les plus reculés, le tout accompagné d'activités de promotion incitant les clients à utiliser ces produits.

La Stratégie de distribution mise en place par PROMACO et PSI passe par des grossistes et semi-grossistes avant d'arriver au consommateur. Les utilisateurs achètent leurs produits auprès des détaillants.

Population Services International (PSI) est une organisation non gouvernementale à but non lucratif basée à Washington, DC., et disposant de plusieurs antennes locales dans presque 60 pays dont le Burkina Faso. PSI est spécialisé dans la prévention des IST/VIH/SIDA, le planning familial et la santé maternelle et infantile.

Dans sa pratique de marketing social, PSI distribue et vend des produits de santé aux populations à travers un réseau de distribution qui lui est très spécifique. Il s'est doté d'un réseau de communication très efficace permettant de garantir le succès du marketing social et encourager les bonnes pratiques en matière de santé. Cette communication se matérialise à travers la promotion de produits de marques (Confiance, ORASEL, SERENA, SÛR'EAU) et de campagnes de communication.

PSI Burkina dispose de trois gammes de méthodes contraceptives que sont :

- les condoms masculins « PRUDENCE »
- les condoms féminins
- la pilule contraceptive orale « CONFIANCE »

« CONFIANCE » a été lancée depuis août 2001 et a été disponible juste durant trois ans (2001-2003) pour des raisons de logistiques. Fort heureusement « CONFIANCE » a pu être relancé en juillet 2005 avec de nouveaux objectifs et sous un nouveau label.

Les condoms féminins inclus dans le marketing social sont une donation de l'USAID (10.000 unités) et « PRUDENCE » acquis auprès de PROMACO (Projet de marketing Commercial) est distribué par le canal des différents projets de PSI.

Tableau N°24: Quantités de « CONFIANCE » distribuées par PSI de 2001 à 2003

Année	Quantités prévues	Quantités distribuées
2001	62 500	64 474
2002	62 500	175 203
2003	160 000	70 323
TOTAL	285 000	310 000

PSI Burkina mène plusieurs activités entrant dans le cadre de la santé de la reproduction par le biais de ses projets. Ce sont :

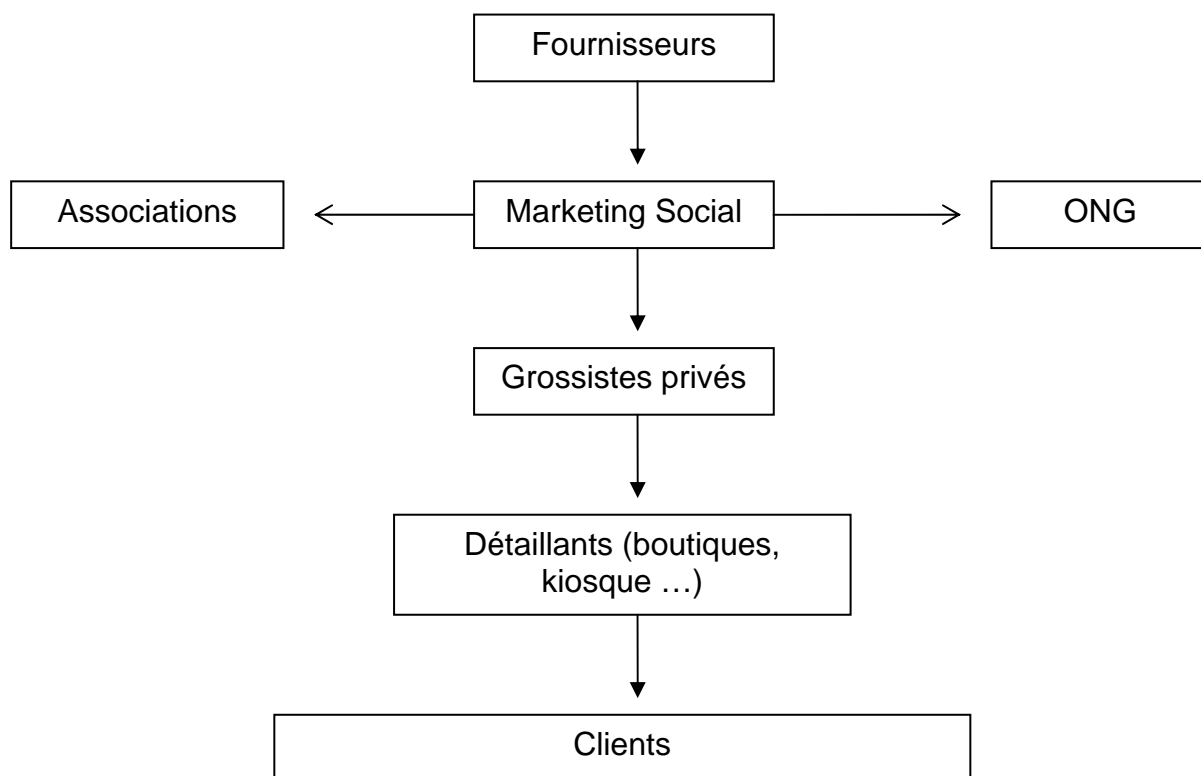
- PSAMAO (projet sous régional de lutte contre les IST/VIH/SIDA sur les axes migratoires)
- Projet Luxembourg (ciblé sur la prévention du SIDA et la distribution de condoms part les pairs éducateurs au sein des femmes marchandes de Ouagadougou et des enfants non scolarisés)
- Projet Rail Link (projet sous régional de lutte contre le SIDA dans le milieu des cheminots)
- Fonds d'entreprise (prévention du SIDA en entreprise ; formation, sensibilisation et mise en place d'un comité de lutte contre le SIDA à Burkina et SHELL)

Les méthodes offertes dans le cadre du marketing social sont les condoms masculins et récemment les condoms féminins.

Les grossistes sont ravitaillés par le circuit de transport en commun après la commande réalisée et le paiement confirmé par fax. Cette stratégie est déjà utilisée par les grossistes pharmaceutiques pour ravitailler les officines privées qui sont à l'intérieur du pays. Cette stratégie a le mérite de permettre un rationnement des coûts liés à la logistique (véhicule, maintenance, chauffeur, carburant).

Les grossistes ayant leurs propres moyens de déplacement se ravitaillent directement de façon intégrée à d'autres activités commerciales.

Figure VIII: Circuit de distribution des produits contraceptifs dans le cadre du marketing social



3.7.5.3. Le circuit de distribution des ONG avec leurs structures spécialisées

La principale ONG oeuvrant dans ce secteur est l'ABBEF. Elle dispose à la fois de structures cliniques PF et de centres spécialisés pour l'offre des services de contraception. En effet, elle dispose d'un réseau de formations sanitaires ou de centre de jeunes offrant des services cliniques de PF. En dehors des dotations de IPPF, son approvisionnement suit le même circuit que les services publics (circuit CAMEG).

3.7.5.4. Le circuit de distribution des grossistes et pharmacies privés

Les grossistes privés sont au Burkina Faso constitués par : LABOREX, COPHADIS, PHARMA PLUS et DPBF.

Selon le responsable de LABOREX² Burkina que nous avons rencontré, les produits contraceptifs suivent la même réglementation que les médicaments et sont soumis aux droits et taxes de 2.5%. Il n'y a pas de TVA sur tous les produits. LABOREX BURKINA dispose comme gamme de méthodes contraceptives les pilules, les condoms masculins et le injectables. LABOREX BURKINA n'a pas connu de rupture et d'avaries ces dernières années des produits contraceptifs. Les produits dispensés

par LABOREX possèdent une attestation de conformité des laboratoires prouvant que lesdits produits sont de qualité. La Direction générale de la pharmacie, des Laboratoire et du laboratoire (DGPLM) avec le concours laboratoire national de santé publique exerce un contrôle de qualité sur quelques produits.

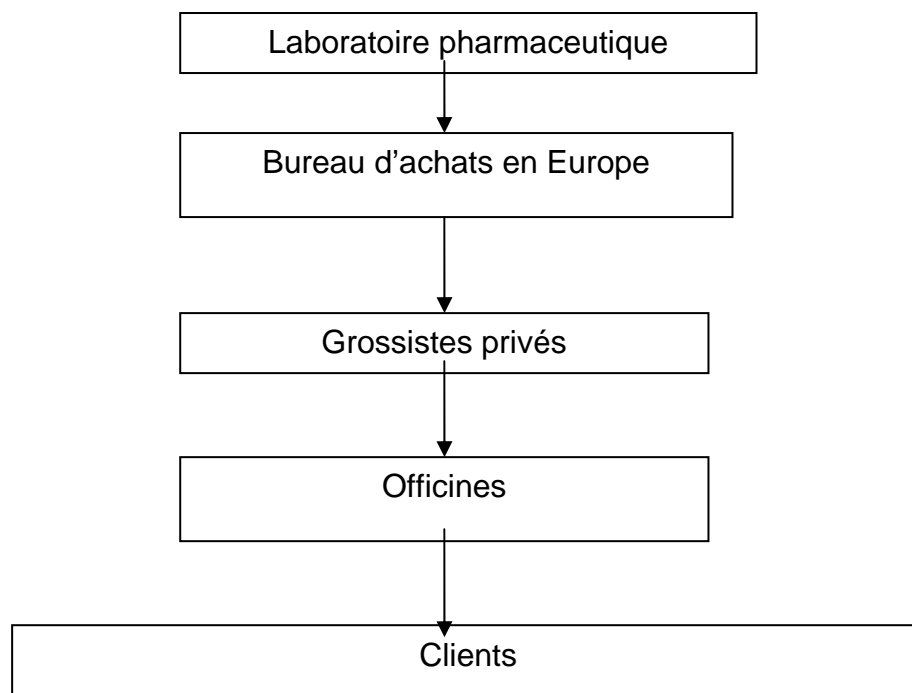
Tableau N°25 : Quantité des produits contraceptifs distribués par LABOREX BURKINA en 2004

Description	Quantité
Adepal 1 plaquette	1740
Adepal 3 plaquettes	540
Minutril 1 plaquette	1200
Minutril 3 plaquettes	420
Stediril 1 plaquette	4320
Stediril 3 plaquettes	1920
Trimodiol 1 plaquette	240
Trimodiol 3 plaquettes	120
Progynova 1 mg Bt/20	120
Progynova 2 mg Bt/20	600
Moneva 21 cp	240
Miniphase 1 plaquette	360
Miniphase 3 plaquettes	240
Phaeva	60
Norvelo (pilule du lendemain)	2400
Condoms masculins (unité)	298020
Norsitérat 200 mg inj	120

(Source : Laborex Burkina)

La distribution des produits contraceptifs par les officines privées (pharmacies) se fait directement aux utilisateurs sur présentation ou non d'une ordonnance médicale.

Figure IX: Circuit de distribution des grossistes privés et des pharmacies privées



3.7.6. La dispensation

3.7.6.1. Les services et les produits de SR

Les services de SR sont offerts au Burkina Faso à travers un réseau de structures publiques, privées lucratives, privées confessionnelles et des ONG. Le secteur public et les ONG offrent un paquet de services similaires, tandis que le secteur privé lucratif (Pharmacie) utilise des produits de spécialité différente du secteur public.

Les services de santé sont offerts dans le secteur public du moins, à travers des structures appelées Centres de Santé et de Promotion Sociale. Les services de santé de la Reproduction sont dans ce cadre, intégrés dans le paquet minimum d'activités offert dans les différents Centres ou Points de Prestation de Services PF.

Il se pose parfois au Burkina Faso des problèmes d'inaccessibilité financière des contraceptifs aux clients qui en ont besoin mais, c'est beaucoup plus dans le secteur privé lucratif que cette réalité est ressentie car du côté de l'Etat le prix des médicaments essentiels en général et des contraceptifs en particulier est on ne peut plus abordable.

Le secteur des ONGs est actif dans la mise en œuvre de l'offre des soins de santé de la reproduction au Burkina Faso. Les principales ONGs à citer sont : l'ABBEF,

l'ABSF, l'APAF. Ces associations avec leur réseau n'atteignent cependant pas toute l'étendue du territoire national. Leur offre de service arrive à peine à couvrir les chefs lieu de provinces.

Dans ce secteur privé non lucratif la l'ABBEF, filiale de l'IPPF, est implantée au Burkina Faso depuis 1985 ? et fait figure de pionnier parmi les ONGs dans l'offre de service de Santé de la Reproduction à travers un réseau de cliniques implantées dans les chefs lieux de certaines Provinces.

PROMACO fait preuve de professionnalisme dans la distribution des contraceptifs et de préservatifs au Burkina Faso.

PROMACO, tire le maximum de ses revenus de la vente des produits de SR qui lui sont donnés en subvention par l'USAID. Il nous a cependant été signalé que le budget de cet organisme ne pouvait être équilibré sans l'aide de partenaires associés tellement les coûts de fonctionnement et autres charges sont élevés ; ceci est particulièrement vrai pour l'année fiscal 2005 .Un plaidoyer fort devrait être mené pour que les partenaires continuent à soutenir le marketing social afin que des produits de qualité continuent à être servis aux clients à des prix défiant toute concurrence.

Le secteur privé lucratif (Grossistes et Pharmacies d'officine), a un rôle non négligeable dans la mesure où il traite avec une partie de la clientèle des grandes métropoles du pays. Cependant, Les recettes générées de la vente des produits de SR représentent une infime partie du chiffre d'affaire de la plupart des officines que nous avons visitées. Dans ces conditions, les privés lucratifs n'éprouvent aucun besoin d'investir dans le marketing ou dans les innovations pour des produits qui ne leur rapportent pas grand chose. Ces officines se plaignent d'une TVA élevée qui contribue à rendre les préservatifs vendus ici plus chers.

Le MS ne pourrait-il pas demander la suppression de cette TVA, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté sur les ME, ou spécifiquement sur les préservatifs dans le cadre de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA ?

Pour ce qui est des méthodes offertes au Burkina Faso, Le Ministère de la Santé met en œuvre tous ses efforts pour l'approvisionnement en contraceptifs oraux, injectables et les méthodes de barrières au niveau des CSPS. Parallèlement, un effort est fait pour promouvoir des services à base communautaire des contraceptifs. Il est noté ça et là des ruptures de stock de ces produits dans le secteur public. Un effort supplémentaire devrait être fait dans le sens d'une meilleure évaluation des

besoins pour une bonne prévision garantissant un approvisionnement régulier et continu toute l'année en produits contraceptifs.

Les méthodes à long terme encore appelées contraception permanente sont peu utilisées et représentent qu'une proportion faible de toutes les méthodes contraceptives (0,1%, EDSBF III, 2003).

Les ONG's et les privés confessionnels offrent, les mêmes méthodes que dans le secteur public car tous ces secteurs ont quasiment les mêmes sources d'approvisionnement en contraceptifs. Le secteur privé commercial dont les grossistes s'approvisionnent par un circuit différent offre plus les pilules orales et les préservatifs généralement sous des noms de spécialité.

Concernant la «Méthode Mix» le secteur public est fortement orienté vers le réapprovisionnement de toute la gamme de méthode contraceptives afin de garantir à chaque cliente la disponibilité permanente des méthodes contraceptives dans tous les PPS.

La « méthode mix » ou association de méthode est un investissement qui peut sembler coûter cher à prime abord dans un contexte de faible prévalence contraceptive (10% de TPC, EDS III). Avec un risque de voir les produits qui pourraient se périmier faute d'utilisateurs. Cependant, a-t-on le droit de sacrifier l'aspect choix individuel de la cliente ? De l'autre côté, pour les raisons de Santé Publique, devrait on sacrifier les faibles moyens financiers pour l'achat des méthodes qui coûtent chères (Norplant, DIU) et qui sont peu demandées par rapport aux autres méthodes peu chères mais plus utilisées par la clientèle ?

Dans ce contexte, les prestataires ne peuvent se sentir en sécurité pour effectuer leur travail pendant une longue période car l'incertitude plane en permanence et les quantités dont ils disposent sont limitées.

Une grande partie des produits contraceptifs est périmée, cassée ou avariées. Ainsi pour la période de 2002 à 2004, il y a eu des contraceptifs périmés d'un montant de 14 447 640 FCFA et des casses et avaries de 18 453 660 FCFA soit une perte totale de 32 901 300 FCFA.

3.7.6.2. Les prestataires

Le Burkina Faso dispose d'une masse critique de personnels formés en SR. Le domaine de la formation en SR a bénéficié de l'appui de plusieurs partenaires parmi lesquels on peut citer : SFPS, UNFPA, GTZ, la BM et l'OMS. Ces formations ont vu un essor soutenu depuis les années 97 avec la mise en œuvre du projet SFPS dans

lequel, une ONG, JHPIEGO une filiale de John Hopkins University, s'est spécialisée dans le domaine spécifique de la formation.

Les domaines de formation sont aussi divers que variés. Il s'agit entre autres de : Formation en supervision facilitante, Formation à la prévention des infections, Formation à la logistique contraceptive, Formation à la double protection, Formation en PF clinique, Formation à la pose de DIU, Formation à l'insertion de Norplant, Formation à la PEC syndromique des IST, Formation en SONU, Formation en technologie contraceptive

La formation des prestataires à tous les niveaux essaie d'être le plus globalisant possible. Le curriculum national de formation clinique en SR a inclus en son sein les volets suivants : le choix raisonné d'une méthode contraceptive, la logistique/réapprovisionnement ainsi que l'acquisition des compétences techniques (pose de DIU, de Norplant...)

Le document de PNP en SR a défini les normes et les protocoles de services par niveau de la pyramide de santé au Burkina Faso.

Dans le cadre du développement des services à base communautaire des contraceptifs, un projet exécuté avec l'appui de l'UNFPA se déroule dans la zone de convergence du Système des Nations Unies. Ces services utilisent les agents communautaires pour la distribution de certains produits contraceptifs sous la supervision du personnel de santé de l'aire.

3.7.6.3. La liste des médicaments par niveau de soins

En ce qui concerne l'adaptation des produits contraceptifs au niveau de compétence du personnel de santé, il faut signaler qu'il existe une liste nationale de médicaments et consommables médicaux au Burkina Faso.

La sélection de produits est faite sur la base de cette liste et il existe une liste de médicaments autorisés par niveau. Les services sont donc approvisionnés avec les contraceptifs adaptés au niveau des compétences du personnel de Santé afin de dispenser des méthodes respectant des standards de soins.

Dans la mesure où la formation du personnel en PF clinique insiste sur le choix éclairé des méthodes par le client, il n'y a en principe pas de préférence pour la promotion de certaines méthodes chez les prestataires. Il faut cependant apporter une exception dans le cadre des campagnes de vulgarisation de certaines méthodes telles le Norplant et la CCV et aussi dans le cadre des activités de formation où on

recrutait les clientes en guise de démonstration sur une méthode donnée. Dans ces cas spécifiques, le choix de la méthode est imposé pour des raisons évidentes.

Dans le cadre des formations en SR, il existe un domaine appelé supervision facilitante dans lequel la supervision est conçue comme une activité de formation continue pendant laquelle le superviseur et le supervisé cheminent ensemble pour diagnostiquer les faiblesses dans l'offre de service et ensemble ils recherchent les voies et moyens pour améliorer les compétences des prestataires en matière de stockage, de préparation de commandes, de relève des données etc.

Dans la formation en logistique contraceptive, le personnel est formé à faire les tâches logistiques appropriées pour leurs niveaux dans le système. Il peut s'agir de la sélection de produits ou de la prévision, de la commande ou du stockage desdits produits.

3.7.7. Les principaux constats sur l'offre

3.7.7.1. Les forces :

- La formation du personnel de la DSF, de la CAMEG et de certains agents au niveau décentralisé sur la gestion logistique des contraceptifs,
- L'existence de l'appui technique de DELIVER pour la DSF et de l'IPPF pour l'ABBEF pour l'estimation des besoins,
- L'existence d'un inventaire tous les trois mois au niveau de la DSF,
- La disponibilité de stock au niveau de la CAMEG,
- La CAMEG dispose de quelques outils de gestion permettant de planifier les approvisionnements (fiche de stock, fiche de rapport de gestion des stocks, outil informatique minimum).
- La CAMEG dispose de moyens logistiques pour approvisionner les Dépôts Répartiteurs des Districts Sanitaires,
- La CAMEG dispose des qualifications professionnelles et les ressources techniques,
- La DSF fournit chaque année à la CAMEG, un plan d'approvisionnement,
- L'existence d'un compte spécial pour recevoir les recettes du recouvrement des coûts de la vente des produits contraceptifs,
- L'existence d'un circuit dense de distribution dans le cadre du marketing social,
- L'existence d'un grand éventail de formations sanitaires pour l'offre de la PF,
- La PF est intégrée dans le PMA des formations sanitaires,

- L'implication des structures sanitaires confessionnelles,
- L'existence d'une grande masse de personnel formé,
- Le réseau de distribution est varié allant des formations sanitaires aux boutiques, pharmacies et agents de santé communautaires,
- L'utilisation des agents communautaires pour la distribution à base communautaire.

3.7.7.2. Les insuffisances :

- L'absence de données de consommation pour l'estimation des besoins de la DSF,
- Le non acheminement des données de la consommation du niveau périphérique vers le niveau central,
- Le long circuit pour la transmission des requêtes aux différents partenaires pour l'achat des produits contraceptifs,
- Le non respect des niveaux de stock au niveau des formations sanitaires périphériques,
- Le retard dans les livraisons des commandes du pays,
- L'existence de taxes et d'impôts qui n'incitent pas les pharmacies privées à s'investir dans la PF,
- La péremption, la casse et l'avarie d'une partie du stock à la CAMEG,
- L'arrêt de la formation du personnel avec l'arrêt du projet SFPS.

3.7.7.3. Les recommandations

- ☞ Renforcer les compétences du personnel chargé de la gestion logistique à tous les niveaux de la gestion
- ☞ Renforcer la DSF en équipement informatique et formation à son utilisation.
- ☞ Evaluer le niveau du stock en périphérie à la fin de chaque année pour ajuster les planifications des approvisionnements
- ☞ Renforcer les compétences des agents prestataires ;

3.8. Le financement

3.8.1. Les sources de financement

Jusqu'en 2005, la majeure partie du financement des contraceptifs a été fournie par des donateurs comprenant la Banque Mondiale, UNFPA et USAID. Le Ministère de la Santé utilise les fonds de l'initiative pour la réduction de la pauvreté (PPTe) pour acheter des contraceptifs et les fonds du recouvrement des coûts déposés dans un compte spécial pour le réapprovisionnement des produits contraceptifs. En outre, l'Etat et les partenaires accordent des financements pour les activités de Santé de la Reproduction et les activités de lutte contre le SIDA, qui peuvent être utilisés pour l'achat de produits contraceptifs (surtout les préservatifs masculins et féminins dans le cadre de la lutte contre le SIDA). Il s'agit de la BAD, du Royaume de Belgique, de l'ONU SIDA, de l'UNFPA, du DANIDA, de la République de Chine, de la KFW et de la GTZ.

3.8.1.1. Financement des activités de SR et de lutte contre le SIDA

Dans le cadre du financement global des activités de SR et de la lutte contre le SIDA, l'Etat et les subventions des partenaires sont d'un montant d'environ neuf milliards de FCFA (8 866 857 FCFA) de 2001 à 2005. L'allocation de l'Etat et la subvention de chaque partenaire sont présentées dans le tableau N°. Ainsi, la BAD, le Royaume de Belgique, l'ONUSIDA, le DANIDA et la République de Chine, financent des activités de lutte contre le SIDA. Quant à l'UNFPA, elle finance les activités du Sous-Programme SR. Ces interventions se font dans le cadre de projet : le Projet de Renforcement des Services de Santé pour la BAD, le Projet des Provinces de l'Oubritenga, du Kadiogo et du Kouriweogo pour le Royaume de Belgique, le Sous-Projet SR de l'UNFPA dans la zone de convergence du Système des Nations Unies (trois Régions Sanitaires : Cote d'Ivoire, Est et Sahel), l'ONUSIDA, la République de Chine et DANIDA dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

Traditionnellement, les agences du marketing social obtiennent leurs produits par le financement de donateurs. Au Burkina Faso, il y a 2 projets de marketing social des contraceptifs : PROMACO qui est financé par KFW et qui reçoit aussi de temps en temps un financement sélectif à partir de l'USAID surtout dans les situations d'urgence ou pour l'approvisionnement initial en condoms féminins ; PSI autofinance une partie de ses produits en utilisant les fonds discrétionnaires existants au niveau de ses bureaux. Ce fonds servira de fonds de roulement pour acheter des contraceptifs pour PSI, lequel appliquera dorénavant le mécanisme de recouvrement des coûts. Ceci a

eu comme conséquence importante une augmentation du prix des contraceptifs oraux de 100 FCFA à 500 FCFA. PSI reçoit également ses financements de BIXBY Foundation pour des campagnes de sensibilisation. Ce financement est renouvelé chaque année.

Tableau N°26: Allocation de l'Etat et les subventions des partenaires (en milliers de FCFA) au titre de la santé de la reproduction et de la lutte contre le SIDA de 2001 à 2005 selon la Loi de Finances

Année / Financement	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	TOTAL
BAD		144 000	31 351		1 099 530	1 274 881
Belgique					655 960	655 960
ONUSIDA					4 902 125	4 902 125
UNFPA					669 463	669 463
DANIDA					840 928	840 928
CHINE (Taiwan)					262 500	262 500
Budget National	120 000	120 000	21 000	-	-	261 000
Total	120 000	264 000	52 351	-	8 430 506	8 866 857

3.8.1.2. Le financement actuel des produits contraceptifs exclusivement

3.8.1.2.1. Le financement de la Banque Mondiale

De 2001 à 2005, la Banque Mondiale a financé l'achat des contraceptifs à travers ses projets locaux pour une valeur de 1.064 531 252 FCFA. Cette subvention s'est faite de 2001 à 2002 à travers le PPLS bien que ce projet ne traite pas de la planification famille. Il n'y a pas eu un plan de pérennisation progressive avant la fin du PPLS. Cette situation a provoqué un vide de financement de la Banque Mondiale en 2003. Depuis 2004, dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la Banque Mondiale finance l'achat des contraceptifs à travers le PAPMLS et les préservatifs masculins à travers les CNLS.

3.8.1.2.2. Le financement de l'UNFPA

L'UNFPA a financé au cours de la même période, l'achat des contraceptifs pour une valeur de 542 047 966 FCFA. L'UNFPA a également pris des dispositions pour la fourniture des contraceptifs dans son Programme Pays 2001 – 2005. Bien que cette contribution soit destinée à la zone de convergence du Système des Nations Unies, l'UNFPA projette d'utiliser ces produits pour les besoins du pays entier. L'UNFPA s'est engagé à appuyer la DSF pour l'élaboration d'un plan stratégique de sécurisation des contraceptifs.

3.8.1.2.3. Le financement de l'USAID

L'USAID a financé l'achat des contraceptifs pour une valeur de 489 013 979 FCFA. L'USAID ne s'est pas engagé pour la fourniture des contraceptifs pour le Burkina Faso. Néanmoins l'organisation répond favorablement à la demande du Burkina Faso en cas de situation d'urgence (c'est le cas en 2002 et en 2004).

3.8.1.2.4. Le financement de la KFW

La KFW finance l'achat des condoms pour le marketing social de PROMACO. Dans le cadre de la 3^{ème} phase de PROMACO, la KFW a financé en 2002 et en 2004, l'achat des condoms pour 4 230 533 000 FCFA.

3.8.1.2.5. Le financement de la GTZ

La GTZ dans le cadre de son Projet Planification Familiale dans les Régions Sanitaires de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest, a financé l'achat des produits contraceptifs pour la période de 2001 à 2003, pour une valeur de 1 169 000 000 FCFA.

3.8.1.2.6. Le financement du Budget National

La planification familiale est financée par le Budget de l'Etat à travers les salaires des agents de santé, le fonctionnement des différents niveaux du système de santé (Central, Intermédiaire et Périphérique). Les activités étant intégrées et gérées par le même personnel pour l'ensemble des activités de soins des dispensaires et hôpitaux, il est difficile d'avoir des chiffres assez précis en ce qui concerne le financement accordé à la planification familiale seule. Dans le budget régulier du Ministère de la santé, il n'y a pas de ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs. Mais la ligne budgétaire intitulée « médicaments » peut être utilisée pour l'achat des contraceptifs.

En 2001 et 2002, une ligne budgétaire intitulée « produits SR » est apparue dans le budget régulier du Ministère de la Santé, permettant l'achat des produits contraceptifs.

Pour le financement des produits de la SR, l'Etat alloue un budget par l'intermédiaire des fonds de PPTTE au Ministère de la Santé et à partir du Budget Régulier de l'Etat. A partir de cette allocation, les médicaments pour les soins prénatals et infantiles sont obtenus et donnés gratuitement aux patients. L'approvisionnement en médicaments dans le cadre de la gratuité des soins préventifs, fonctionne contrairement à la politique de l'approvisionnement par le mécanisme du recouvrement des coûts des médicaments dans les formations sanitaires publiques.

Les produits SR obtenus à partir de cette allocation sont constitués du metronidazole, du cotrimoxazole, des solutés de réhydratation orale, de la sulfadoxine/pyriméthamine, du Dépo Provera et du Lo - Féménal.

L'allocation pour l'année 2004, était 200 millions de francs CFA. Ceci représente environ 2.5% de l'allocation du budget PPTE pour le Ministère de la Santé.

Avec l'instauration de l'Initiative PPTE en 2000, le Ministère de la Santé, bénéficie d'une allocation budgétaire spéciale dans ce cadre. Ainsi, sur l'ensemble du Budget PPTE de l'Etat, la part accordée à la santé tourne autour de 35% (35% en 2000, 37,30% en 2001, 33,49% en 2002 et 34% en 2003).

De 2000 à 2005, le budget national a financé pour 13 038 371 000 FCFA pour l'achat des médicaments dans le cadre de l'Initiative PPTE. Ceci représente environ 12% du total du financement pour la période. Ce financement provient des fonds de l'initiative pour la réduction de la pauvreté (PPTE). Il n'y a aucune ligne spécifique dans le budget régulier de Ministère de la Santé pour acheter des contraceptifs. Tous les fonds pour les médicaments inscrits dans le budget régulier ont été crédités aux Districts Sanitaires et aux Hôpitaux pour l'achat de médicaments tels que les anesthésiques, les narcotiques etc.

Dans le cadre de l'exécution du Budget PPTE, l'Etat a financé l'achat des contraceptifs en 2003 et en 2005 pour une valeur de 255 240 442 FCFA. L'utilisation de ce financement uniquement pour l'achat des produits contraceptifs pose problème. En effet, la durée du programme PPTE n'est pas encore connue. En plus de la durée inconnue, la DSF ne sait pas quel montant de ces fonds peut être utilisé pour l'achat des contraceptifs. Si une clarification n'est pas fournie sur ces deux questions il sera difficile d'intégrer les fonds de PPTE dans l'élaboration d'un Plan de Sécurisation des contraceptifs. En outre, la DSF ne peut compter sur ces fonds parce qu'il y a un long délai entre l'attribution des fonds annuels de PPTE et son déboursement réel. Par exemple les produits que la DSF obtenus en 2004 ont été achetés avec les fonds de 2001 et ceux de 2004, ont été livrés en 2005. Ceci signifie que la DSF ne peut pas se fonder sur ces fonds pour satisfaire ses besoins annuels des contraceptifs. Il est également impossible de satisfaire les besoins pressants en utilisant ces fonds puisqu'il n'est pas disponible quand il est nécessaire.

3.8.1.2.7. Le financement par le recouvrement des coûts

Depuis les années 1990, à l'instar des médicaments essentiels génériques, il été institué un système de recouvrement de coûts sous forme d'une participation au coûts de contraceptifs. Sur la base des données statistiques collectées au niveau de la CAMEG, l'achat des contraceptifs par les structures de prestation a rapporté 542 289 063 FCFA. . Ces fonds du recouvrement des coûts de la vente des contraceptifs sont placés dans un compte bancaire spécial au niveau de la CAMEG. En 2005, 118 996 500 FCFA ont été utilisé par la CAMEG pour le réapprovisionnement en produits contraceptifs.

Dans le cadre de la tarification des actes au niveau des formations sanitaires, les ménages contribuent au financement des contraceptifs par le mécanisme de recouvrement des coûts. Cette contribution est d'une importance capitale car elle permet d'une part à chaque structure sanitaire de pouvoir reconstituer son stock voire l'agrandir grâce à une marge appliquée par niveau, et d'autres parts de jeter les bases pour une pérennisation du système dans l'avenir par un recouvrement des coûts.

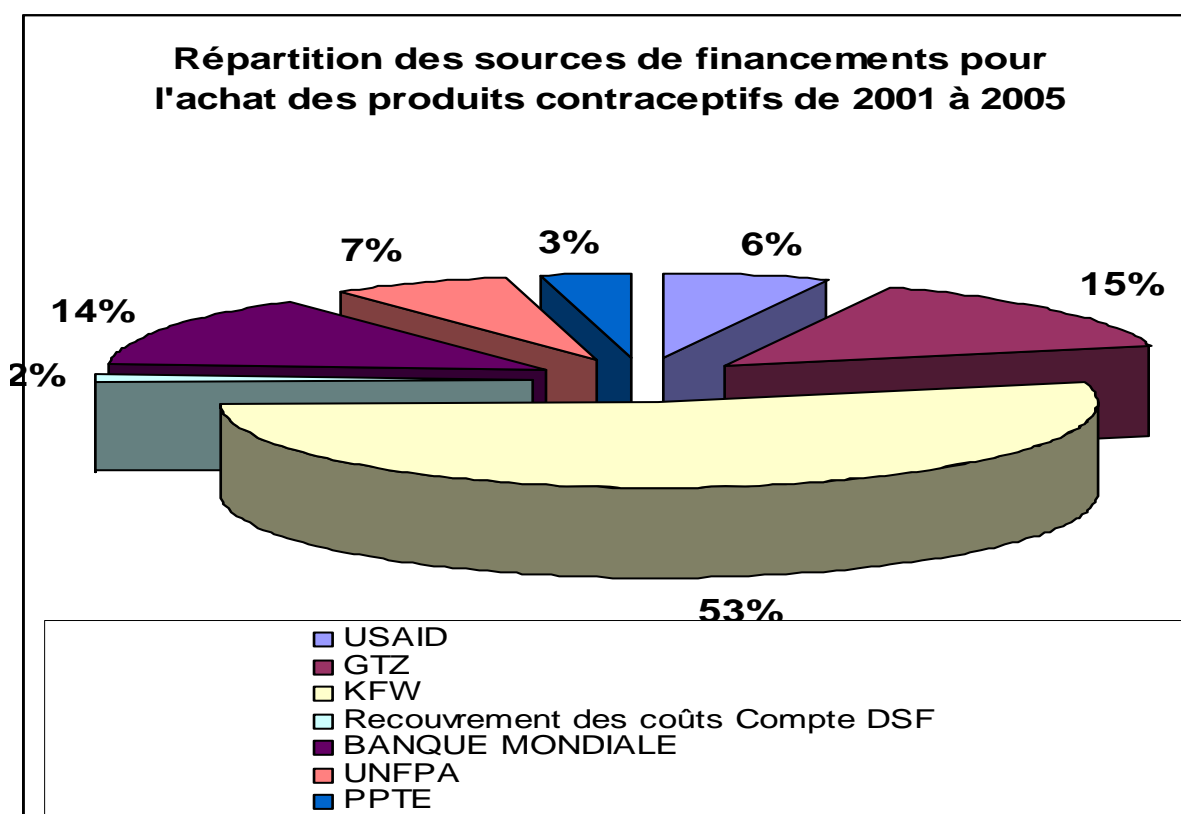
3.8.1.2.8. Le financement par l'IPPF pour l'ABBEF

Les besoins en produits contraceptifs de l'ABBEF sont satisfaits en partie par le financement de l'IPPF. Mais, cette aide a cependant diminué ces dernières années. Le plan d'assistance actuelle inclut d'acheter une partie des besoins en contraceptifs de l'ABBEF à partir des fabricants étrangers et d'acheter le reste des besoins à la CAMEG. Ceci signifie que l'ABBEF obtient des produits subventionnés donnés par des donateurs.

Tableau N°27: Financement de l'achat des produits contraceptifs par les partenaires, l'Etat et le recouvrement des coûts de 2001 au 30 Juin 2005

Année / Financement	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	TOTAL
USAID		189 702 669		299 311 310		489 013 979
GTZ	389 000 000	390 000 000	390 000 000		-	1 169 000 000
KFW		1 878 320 000		1 000 000 000	1 352 213 000	4 230 533 000
Recouvrement des coûts Compte DSF					118 996 500	118 996 500
BANQUE MONDIALE	606 912 145	5 124 900		452 494 207		1 064 531 252
UNFPA		124 892 300	3 500 000	70 587 513	343 068 172	542 047 986
PSTE			175 013 550		80 226 892	255 240 442
TOTAL	995 912 145	2 588 039 869	568 513 550	1 822 393 030	1 894 504 564	7 869 363 159

Figure X : Répartition des sources de financement des contraceptifs pour la période 2001-2005



Source : Direction des achats de la CAMEG

Le financement des contraceptifs est limité aux seules contributions des partenaires comme le montre la figure X. Ceci limite les marges de manœuvre dans la maîtrise du processus de planification et d'acquisition des ces produits. En effet, au cours de la période 2002-2005 les contraceptifs ont été assurés par 5 principaux donateurs, la KFW (53%), la GTZ (15%), la Banque Mondiale (14%), l'UNFPA (7%) et l'USAID (6%), soit 95% du financement de l'achat des produits contraceptifs. De l'avis de la DSF, un plaidoyer a été fait pour inciter les le gouvernement à s'engager dans le processus de financement de l'achat des contraceptifs.

3.8.1.3. L'estimation des besoins et les financements à rechercher

Quelle est la situation du financement dans 3 -5 ans ? Y a-t-il un gap de financement?

Les engagements des divers donateurs pour l'approvisionnement en contraceptifs sont variables :

- L'attribution budgétaire du gouvernement : l'attribution budgétaire de l'Etat est annuelle. Ceci est assigné pour la fourniture des médicaments sans spécifications pour les produits SR. Dans l'allocation à partir du Budget PPTTE, quelques produits de la SR peuvent être achetés, mais la durée de cette attribution budgétaire est peu claire. Ainsi, pour l'année 2006, il est prévu un montant de 537 945 000 FCFA pour l'achat des produits contraceptifs ;
- L'UNFPA a projeté l'approvisionnement en contraceptifs jusqu'en à la fin du cycle du Sous-Programme SR (2001 – 2005). Dans le nouveau cycle 2006 – 2010, il est encore possible d'obtenir des financements pour l'achat des produits contraceptifs ;
- L'USAID n'a aucun engagement pour fournir des produits de SR dans le court ou le long terme. Néanmoins, l'USAID a dû passer une commande d'urgence de contraceptifs (432.000 cycles de Lofemenal) qui sont arrivés à la fin d'avril 2004. C'était en réponse au vide créé par l'interruption de l'approvisionnement en contraceptifs à la fin du projet de PPLS qui fournissait les contraceptifs.
- La Banque Mondiale sur sa part a fourni un million de dollars pour l'achat des contraceptifs jusqu'en fin août 2004. Cette livraison comprendra également ; 480.000 cycles de Lo-Femenal, 20.000 Norplant et 20.400 cycles d'Ovrette. Au delà de cette date, leur engagement est non spécifié et incertain.

Prenant en compte le terme relativement court et les engagements incertains exprimés par les donateurs, il y a un gap dans le financement des contraceptifs qu'il

faut combler. Pour la période de 2006 à 2015, le Burkina Faso a besoin de 18 669 747 165 FCFA pour l'achat de produits contraceptifs. Le financement acquis est de 537 945 000 FCFA dans le cadre de l'Initiative PPTTE pour l'achat de contraceptifs pour l'année 2006. Le gap à combler est de 18 131 802 165 FCFA soit 97% des besoins de financement. Il faut noter que toutes ces estimations ne prennent pas en considération la satisfaction des besoins non satisfaits.

Tableau N°28: Estimation des besoins en produits contraceptifs pour 2004 et 2005

Produits	stock	CMM	BESOINS	commande		BESOINS	commande	
	<i>en avril 2004</i>		2004	en cours	GAP2004	2005	en cours	GAP 2005
condom masculin	500 971	52 560	660 000	500 000	-340 971	693 000		352 029
condom féminin	13 000	ND	20 000	25 000	-18 000	21 000		3 000
DIU	16 180	150	1 300		-14 880	1 365		1 365
Dépo	188 763	20 661	26 000	48 000	-210 763	275 000	170 000	-105 763
Loféménal	559 297	55 515	700 000	780 000	-639 297	735 000	405 000	-309 297
Néosampoon	16 720	532	6 000		-10 720	6 384		-4 336
Norplant	12 800	1 919	25 000	32 500	-20 300	26 000		5 700
Ovrette	16 290	1 976	24 000	20 000	-12 290	25 000		12 710

Tableau N°29: Estimation des besoins en produits contraceptifs pour la période de 2006 à 2009

Produits	BESOINS		BESOINS		BESOINS		BESOINS	
	2006	GAP2006	2007	GAP 2007	2008	GAP 2008	2009	GAP 2009
condom masculin	727 650	1 079 679	764 033	1 843 712	802 234	2 645 946	842 346	3 488 291
condom féminin	22 050	25 050	23 153	48 203	24 310	72 513	25 526	98 038
DIU	1 433	2 798	1 505	4 303	1 580	5 883	1 659	7 542
Dépo	288 750	182 987	303 188	486 175	318 347	804 521	334 264	1 138 786
Loféménal	771 750	462 453	810 338	1 272 791	850 854	2 123 645	893 397	3 017 042
Néosampoon	6 703	2 367	7 038	9 406	7 390	16 796	7 760	24 556
Norplant	27 300	33 000	28 665	61 665	30 098	91 763	31 603	123 366
Ovrette	26 250	38 960	27 563	66 523	28 941	95 463	30 388	125 851

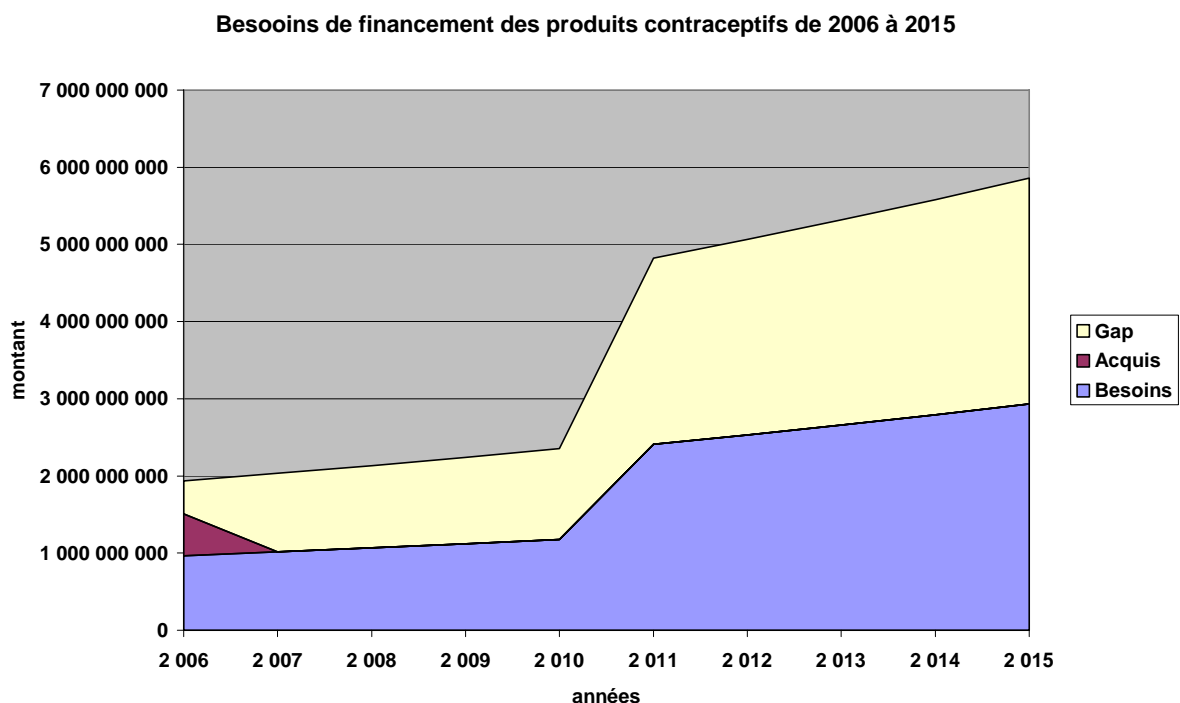
Tableau N°30: Estimation des besoins en produits contraceptifs pour la période de 2010 à 2015

Produits	BESOINS		BESOINS		BESOINS		BESOINS		BESOINS		BESOINS	
	2010	GAP 2010	2011	GAP 2011	2012	GAP 2012	2013	GAP 2013	2014	GAP 2014	2015	GAP 2015
condom masculin	884 463	4 372 755	1 813 149	6 185 904	1 903 807	8 089 711	1 998 997	10 088 708	2 098 947	12 187 655	2 203 894	14 391 550
condom féminin	26 802	124 840	54 944	179 784	57 691	237 475	60 576	298 051	63 604	361 655	66 785	428 440
DIU	1 742	9 285	3 571	12 856	3 750	16 606	3 937	20 543	4 134	24 678	4 341	29 019
Dépo	350 977	1 489 763	719 504	2 209 267	755 479	2 964 746	793 253	3 757 999	832 916	4 590 914	874 561	5 465 475
Loféménal	938 067	3 955 109	1 923 037	5 878 146	2 019 189	7 897 335	2 120 149	10 017 484	2 226 156	12 243 640	2 337 464	14 581 104
Néosampoon	8 148	32 703	16 703	49 406	17 538	66 944	18 415	85 359	19 336	104 695	20 303	124 998
Norplant	33 183	156 550	68 026	224 576	71 427	296 003	74 998	371 001	78 748	449 749	82 686	532 435
Ovrette	31 907	157 758	65 409	223 167	68 680	291 847	72 114	363 961	75 720	439 681	79 506	519 186

Tableau N°31: Estimation des coûts des besoins en contraceptifs, des fonds mobilisables et du maque à gagner (en FCFA) pour la période de 2006 à 2015

Années	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	TOTAL
Prévisions	967 628 592	1 016 010 022	1 066 810 523	1 120 151 049	1 176 158 601	2 411 125 132	2 531 681 389	2 658 265 458	2 791 178 731	2 930 737 668	18 669 747 165
Acquis	537 945 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	537 945 000
Gap à combler	429 683 592	1 016 010 022	1 066 810 523	1 120 151 049	1 176 158 601	2 411 125 132	2 531 681 389	2 658 265 458	2 791 178 731	2 930 737 668	18 131 802 165

Figure XI Ressources mobilisées confirmées pour achat de contraceptifs par rapport aux prévisions pour le pays de 2006 à 2015



3.8.1.5. Les opportunités de financement des produits contraceptifs

Les engagements sont faibles pour la période 2006-2015 en dehors du fond mondial, mais en discutant avec les représentants de l'UNFPA, l'organisation reste ouverte à d'éventuelles discussions pour un accroissement de leur contribution et ce sur la base d'une planification structurée et précise. En effet, toutes les institutions seront en fin de cycle en 2005 et il est possible que des prévisions soient faites pour le financement des produits contraceptifs pour le nouveau cycle 2006 – 2010.

En dehors des partenaires qui interviennent déjà dans le financement des produits contraceptifs, il existe des opportunités liées à la présence d'autres partenaires.

3.8.1.6. Les principaux constats sur le financement

3.8.1.6.1. Les forces

- Un système de recouvrement partiel des coûts est en place et les ménages ont déjà pris l'habitude de contribuer au financement des contraceptifs
- L'intervention des partenaires extérieurs a permis d'assurer jusqu'ici la disponibilité en contraceptifs dans le pays.

- Les fonds recouvrés au niveau de la DSF sont encore disponibles et pourront être injectés dans le circuit en fonction des besoins et autorisations

3.8.1.6.2. Les insuffisances

- Absence de ligne budgétaire dans le budget régulier du Ministère de la Santé pour l'achat des produits contraceptifs ;
- Le financement des contraceptifs est trop fortement dépendant de partenaires extérieurs.
- Le niveau actuel de financement ne permet pas de couvrir les besoins non satisfaits
- Le financement public au secteur santé stagne alors que la population et les besoins augmentent
- Le financement de l'achat des produits contraceptifs à partir des ressources PPTTE ;
- La lourdeur dans le déblocage des fonds PPTTE ;
- La faible mobilisation des ressources additionnelles
- La planification financière pour les achats à l'échelle nationale est faible voir inexistante. Cette planification est en grande partie décidée par les donateurs.

3.8.1.6.3. Les recommandations

- ☞ Plaidoyer auprès du gouvernement pour l'introduction progressive d'une ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs dans le financement public des activités santé
- ☞ Elaborer un plan stratégique de sécurisation des approvisionnements en contraceptifs prenant en compte les stratégies alternatives de financement des approvisionnements.
- ☞ Organiser une table ronde des donateurs pour la mobilisation des ressources.

IV. CONCLUSION

Face au retrait brutal de certains partenaires dans le financement des produits contraceptifs, l'analyse de la situation actuelle du système burkinabé de distribution des produits contraceptifs a révélé les faiblesses parmi lesquelles on peut retenir :

- une totale dépendance du pays de l'extérieur par rapport à l'approvisionnement en produits contraceptifs ;
- la faiblesse du système logistique d'information sanitaire ;
- l'insuffisance des mécanismes de coordination pour la SR.
- L'insuffisance du système de logistique avec comme conséquence des ruptures de stocks ou des péremptions, des avaries et des casses des produits contraceptifs
- L'insuffisance de la sensibilisation des populations,
- La faible accessibilité aux services de PF pour les populations pauvres et éloignées,
- L'insuffisance d'implication du secteur privé dans l'offre de services de PF,
- La faible compétence du personnel de santé en logistique contraceptive.

Afin de renforcer le système et d'assurer la pérennisation de la sécurisation des produits contraceptifs, l'Etat Burkinabé devra élaborer un plan stratégique de sécurisation à long terme des contraceptifs et mettre en œuvre des actions urgentes couvrant la période pendant laquelle les donateurs s'engagent encore à assurer l'approvisionnement du pays en produit de SR, parmi lesquelles nous pouvons citer :

- la création d'une ligne budgétaire dans le budget régulier du Ministère de la santé pour l'achat des produits contraceptifs
- le renforcement du rôle de la CAMEG dans l'approvisionnement des produits contraceptifs,
- l'analyse de la faisabilité d'une réduction des prix des contraceptifs dans le secteur privé,
- Le renforcement des compétences de tous les acteurs impliqués dans la gestion de la logistique contraceptive améliorerait la qualité de service pour une meilleure satisfaction des clientes;

Le secteur privé non lucratif et les acteurs du marketing social pourraient jouer un rôle important dans la sécurisation des produits contraceptifs car ils disposent d'ONG dynamiques telles que l'ABBEF, PROMACO et PSI dont les initiatives permettront

de gagner de plus en plus de clients parmi les besoins non couverts, pour peu qu'elle puisse trouver des sponsors ou de partenaires pour l'achat de ces produits.

Le système de gestion logistique de contraception gagnerait à être renforcé pour permettre de faire des prévisions fiables à long terme qui contribuerait à assurer une pérennisation de l'approvisionnement en produit contraceptifs.

L'Usage des méthodes mix devrait tenir compte comme dans tous les pays en voie de développement de la faiblesse de budget alloué à l'achat des produits de la SR. Ainsi, lors de la planification stratégique, les responsables devraient réfléchir sérieusement sur l'achat des méthodes chères mais peu sollicitées.

ANNEXES

Annexe N°1 : Tableau N°32: Evolution des différentes rubriques du budgets du Ministère de la Santé et de la proportion du budget national consacré à la santé de 1999 à 2005 (en milliers de FCFA)

RUBRIQUES	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Budget Régulier du Ministère de la Santé	37 711 454	32 765 163	30 753 996	38 296 294	39 137 500	43 034 165	48 732 146
Budget Médicaments	Nd	nd	366 000	509 000	608 188	651 909	825 110
Budget Vaccins et produits médicaux	Nd	nd	410 000	410 000	430 500	430 500	456 330
Budget pour les produits de SR	Nd	nd	120 000	120 000	21 000	-	-
Budget de l'Etat	464 761 760	461 495 796	486 383 506	578 299 482	614 252 432	662 250 748	747 754 487
Rapport Budget de l'Etat/Budget du Ministère de la Santé	8,11%	7,10%	6,32%	6,62%	6,37%	6,50%	6,52%

Source : DAAF du Ministère de la Santé

Annexe N°2 : Tableau N°33: Evolution de la part du Budget PPTE allouée au Ministère de la Santé par rapport au Budget PPTE de l'Etat de 2000 à 2005 (en milliers de FCFA)

Rubriques	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Budget PPTE alloué au Ministère de la Santé	2 514 605	9 323 838	8 440 000	9 724 000	8 850 000	8 525 000
Budget PPTE de l'Etat	7 184 585	25 000 000	25 200 000	28 600 000	nd	nd
Budget PPTE du Ministère de la Santé/Budget PPTE de l'Etat	35,00%	37,30%	33,49%	34,00%	#VALEUR!	#VALEUR!

Annexe N°3 : Tableau N°34: Evolution de la part du Budget PPTE allouée pour l'achat des médicaments par rapport au budget PPTE du Ministère de la Santé de 2000 à 2005 (en milliers de FCFA)

Rubriques	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Budget PPTE alloué au Ministère de la Santé	2 514 605	9 323 838	8 440 000	9 724 000	8 850 000	8 525 000
Budget PPTE alloué pour l'achat de Médicaments	nd	3 652 280	2 574 106	2 153 000	1 908 985	2 750 000

DOCUMENTS CONSULTÉS

Banque Mondiale (2004) Le Budget, élément crucial de l'exécution du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté : Revue des dépenses publiques

Banque Mondiale, Région Afrique, Département du Développement Humain : Santé et Pauvreté au Burkina Faso : Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté

Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (2004) Rapport de l'étude sur l'évaluation à mi-parcours du Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005

Conseil National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (2004) Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles 2006 – 2010

Conseil National du Population (1991) Politique de Population au Burkina Faso

Fonds des Nations Unies pour la Population (2001) Sous – Programme Santé de la Reproduction 2001 – 2005

Hany Abdallah et coll Etude sur la sécurité des produits de la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest : Résumé des conclusions de la première phase

Méba Kagoné et coll West Africa Reproductive Health Commodity: Security Study phase 1 / Task Report 8 – Draft: Country Assessment Report Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances (2000) Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances (2004) Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances / Institut National de la Statistique et de la Démographie (1993) Première Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso ;

Ministère de l'Economie et des Finances / Institut National de la Statistique et de la Démographie (1998-99) Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso ;

Ministère de l'Economie et du Développement / Institut National de la Statistique et de la Démographie (2003) Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso ;

Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (2005) Rapport Trimestriel de la mise en œuvre du PDDEB

Ministère de l'Environnement et de l'Eau (1999) Enquête Nationale sur l'accès des populations à l'eau potable

Ministère de la Santé (2000) Analyse de la situation sanitaire, Burkina Faso

Ministère de la Santé (2000) Document de Politique Sanitaire Nationale, Burkina Faso

Ministère de la Santé (2001) Plan National de Développement Sanitaire 2001 – 2010

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction des Etude et de la Planification (2003) Annuaire Statistique du Ministère de la Santé

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction des Ressources Humaines (2001) Recensement du personnel de la santé

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction Générale de la Santé / Direction de la Santé de la Famille (2004) Plan Stratégique pour la Maternité à Moindre Risque au Burkina Faso 2004 – 2008

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction Générale des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (2004) Rapport d'évaluation des infrastructures et des équipements sanitaires

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction Générale de la Santé Publique / Direction de la Santé de la Famille (1999) Politique, Normes et Protocoles en Santé de la Reproduction au Burkina Faso

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et du Médicament (1999) Cadre de Politique Pharmaceutique Nationale

Ministère de la Santé / Secrétariat Général / Direction Générale de la Santé de la Santé Publique / Direction de la Santé de la Famille (2004) Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction au Burkina Faso 1998 – 2008

Ministère de la Santé / Cabinet du Ministre / Inspection Générale des Etablissements et Services de Santé (2000) Règlements Essentiels du Secteur Santé (Arrêtés et Raabo)

Ministère de l'Economie et des Finances / Institut National de la Statistique et de la Démographie (1998) Enquête Prioritaire

PNUD (2001) World Development Indicators database

Traoré Abdoulaye et als (2000) Revue des Dépenses Publiques – Secteur de la Santé 1996 – 2000: Burkina Faso

WHO (2001) Weekly Epidemiological Record N°37, 2001, 76: 281 – 288

WHO (2001) World Health Report 2001, Geneva

Zett Jean – Baptiste (2000) Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso in Banque de données sur les mutuelles de santé et de leurs structures d'appui : travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre