



**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE (ISMS)**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISES EN ECONOMIE DE LA  
SANTE (DESS ES)**

**ANALYSE ET PERSPECTIVES POUR LA SURVIE  
DE LA MERE ET DE L'ENFANT AU BURKINA  
FASO D'ICI 2015 APPLIQUEES A L'OUTIL MBB  
(Managerial and budgeting for bottlenecks)**

**Présenté par :**

**Dr. Aïda ZERBO**

**Sous la Direction de :**

**Dr Chris ATIM**

Economiste de la Santé

**Dr Farba Lamine SALL**

Economiste de la Santé

*Il faudrait ne devenir plus savant que pour  
changer la vie et augmenter l'espérance\*.*

Merci Seigneur pour le chemin parcouru, pour les étapes franchies, accorde nous maintenant d'être cette brèche par où le ciel se révèle à la terre et vient à elle.

\*Jean Guéhenno

## DEDICACES

Je dédie ce travail

A ma famille.

Je puis dire que ma plus grande richesse c'est vous. Vous avez su échanger mes peines en espoir, mes larmes en joie de vivre et mes soucis en reconnaissance. Comme chaque jour, je vous aime davantage, aujourd'hui plus qu'hier et moins bien que demain. Trouvez ici le fruit de votre amour sans cesse renouvelé. Le futur est nôtre.

Dieu Vous bénisse.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## REMERCIEMENTS

Au Dr Chris Atim, pour avoir bien voulu diriger ce travail, vous avez toujours été disponible pour mes innombrables sollicitations. C'est un honneur que de côtoyer une personne aussi humble et généreuse que vous. Nous vous sommes reconnaissante.

Au Dr Farba Lamine Sall, pour nous avoir conduit au bout de cette tâche. Vos qualités exceptionnelles d'enseignant et votre ouverture d'esprit nous ont marqué. Soyez assurés de notre estime.

Au Dr Issa Wone, vous nous avez inspiré et accompagné. Plus qu'un enseignant, votre sollicitude et votre amitié nous restent chères. Nous vous remercions.

A Nestor Léandres Kaboré, pour toute ta disponibilité et ta sympathie. Ce travail est aussi le résultat de tes efforts.

Au Dr Sanon, merci pour tes suggestions et conseils, considère ce travail comme le tien.

A Sandra et Abdoulaye mes aînés, je n'oublierai jamais votre appui pour l'élaboration de ce document. Encore une fois Merci.

A mes amis et promotionnaires : Amina, Evelyne, Seydou, Lamine, Victor, Fadiga, Aliou, Aïssatou, Adjaratou, Serigne, Hugues, Lassina, Pascal, Konia, Jacquelin, pour ces moments de partage et d'amitié. Vous me resterez une famille.

A nos enseignants: Dr Lafarge, Pr Bénéié, Mr Amani, Dr Gueye, Mr Dieng, Mr Bamba, Dr Fall, Mr Sarr, Dr Sakho, Mr Mbengue, merci pour le savoir partagé. Nous vous en sommes reconnaissants.

A tout le personnel du Cesag principalement à Mr Kouanda, Mme Gueye, Mme Lô, Mme Nana, et Mr Racine pour nous avoir supportés avec tant de patience et de gentillesse. Merci pour tout.

A Mr Ajei, Nafi, Charles, Nii, Sherry, Sandra, Didier, Emmanuel et Nicaïse. Je ne pouvais espérer travailler autour de personnes aussi agréables, sincères et généreuses que vous. Soyez assurés de ma profonde affection.

A Gérard, chaque personne est un jeu de la nature, jeu de l'amour et du hasard ; merci de m'avoir accompagné.

## SOMMAIRE

DEDICACES.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
SIGLES ET ACCRONYMES.....	6
INTRODUCTION.....	8
PARTIE I : PROBLEMATIQUE ET PROTOCOLE.....	12
PARTIE II : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	19
PARTIE III : L'OFFRE DE SOINS.....	42
PARTIE IV : DEMANDE SE SOINS.....	57
PARTIE V : RESULTATS ET PERSPECTIVES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
DIFFICULTES, LIMITES ET PREOCCUPATIONS DE L'ETUDE.....	112
RECOMMANDATIONS.....	113
CONCLUSION.....	117
ANNEXES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
BIBLIOGRAPHIE.....	128
TABLE DES MATIERES.....	133
LISTE DES GRAPHIQUES.....	138
LISTE DES FIGURES.....	138

## SIGLES ET ACCRONYMES

ADP	Assemblée des Députés du Peuple
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments essentiels Génériques
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEDEF	Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMS	Commission Macro économie et Santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Prénatale
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF	Direction de l'Administration des Finances
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
DEP	Direction des Etude et de la Planification
DGCMFB	Direction Générale et de Coopération du Ministère des Finances et du Budget
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DNS	Dépense Nationale de Santé
DPS	Dépenses Publiques de santé
DRD	Dépôts Répartiteurs des Districts
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EBCVM	Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages

<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>FS</b>	Formation Sanitaire
<b>IDH</b>	Indice de développement Humain
<b>IEC/ CCC</b>	Information- Education- Communication / Communication pour le Changement de Comportement
<b>IGR</b>	Intervention à Gain Rapide
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>MBB</b>	Managerial and Budgeting for Bottlenecks
<b>MICS</b>	Multiple Indicators Cluster Survey / Enquête à Indicateurs Multiples
<b>MIJ</b>	Mortalité Infanto- Juvénile
<b>MMN</b>	Mortalité Maternelle et Néonatale
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non gouvernementale
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNS</b>	Politique Sanitaire Nationale
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PPTE</b>	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
<b>SMI</b>	Santé Maternelle et Infantile
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SONUB</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux de base
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

Les enfants constituent l'avenir d'une nation ; leur développement harmonieux doit se faire sous la protection des parents et des mères en particulier. La relation du couple mère/enfant est déterminante pour la santé d'un enfant et ses chances de survie diminuent considérablement lorsqu'il perd ses deux parents. Toutefois, la perte de sa mère compromet d'avantage sa survie. En effet, un enfant qui perd sa mère court 15 fois plus de risques de mourir avant un an que celui qui a la sienne en vie.

L'OMS estime que chaque minute une femme décède dans le monde soit environ 529 000 décès par an du fait de problèmes liés à l'accouchement. Chaque année dans le monde 4 millions de nouveaux nés décèdent, 8 millions sont mort-nés ou décédés au cours de leur premier mois de vie. 11 million d'enfants n'atteindront pas leur 5<sup>ème</sup> anniversaire (Lancet, 2005). Ces décès sont plus observés dans les pays en développement.

La région africaine, quant à elle supporte 48% de ces décès alors qu'elle représente 12% de la population mondiale et 17% de toutes les naissances vivantes du monde (OMS, 2004).

Les conséquences socio-économiques de ces décès sont énormes et constituent un handicap majeur au développement d'une nation surtout dans les pays en développement où la femme occupe une place importante dans les activités économiques.

Parmi, les multiples conséquences des morbidités liées à la grossesse et aux suites de couches, on peut citer :

- l'augmentation de la mortalité et de la morbidité infanto-juvénile ;
- les dépenses de santé élevées des ménages face à des revenus limités ;
- la réduction de la productivité tant au niveau des chefs de ménage que des femmes atteintes de ces morbidités ;
- et les conséquences sociales et psychologiques dues aux séquelles chez ces femmes victimes de ces morbidités.

C'est au regard de l'importance de la place des enfants et des mères dans le développement humain durable que la communauté internationale a pris d'importantes résolutions en faveur de la santé de l'enfant et de la mère. Au titre de ces résolutions figurent, l'accès à la santé, à une bonne alimentation, à la protection et à l'éducation, droits humains reconnus aux enfants et aux femmes dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et celle sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF).

Ainsi, diverses initiatives internationales en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ont été prises depuis quelques décennies. Celles-ci ont abouti à la signature de conventions internationales auxquelles la plupart des pays en développement dont le Burkina Faso ont adhéré pour illustrer leurs engagements dans la lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Il s'agit entre autres :

○ **Du Sommet mondial sur les enfants (New York, 1990)**, qui a mis l'accent sur la définition des droits des enfants et les instruments juridiques internationaux pour les protéger.

○ **De la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (Caire, 1994)**, qui rappelle les droits des enfants et des femmes tout en soulignant l'importance de leur contribution dans le développement des pays en de développement, voire du monde.

○ **La déclaration de New Delhi en 1997 « Des vies en jeu : le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile »** souligne l'importance d'un engagement financier et politique accru pour étendre la couverture d'interventions éprouvées et d'un bon rapport coût-efficacité pouvant sauver jusqu'à 7 millions de vies par an.

○ **« Faire Reculer le Paludisme » et la « Déclaration d'Abuja »** avec pour objectif à moyen terme de réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici 2010.

○ **Les objectifs du millénaire pour le développement**, résolutions internationales plus que jamais d'actualité mettent la santé des enfants et des femmes au cœur des objectifs 4 et 5.

○ **La Vision 2010**, appel de Premières Dames de 14 Etats africains, réunies en 2001 à Bamako, pour focaliser leurs efforts dans l'Afrique sous saharienne dans la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et néonatale. Les domaines prioritaires d'intervention ont été identifiés et un cadre logique adopté.

○ **La déclaration de Maputo en 2003** consolide la position sociale des femmes tout en insistant sur l'importance de réduire le taux élevés de la mortalité qui les touche particulièrement en Afrique.

○ **Les Conclusions de l'Union Africaine en 2005 sur les OMD**, où les gouvernements des pays africains ont pris l'engagement de renforcer les interventions efficaces visant à accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire spécifiques à la santé.

○ **Le Rapport santé dans le monde 2005 : < Donnons sa chance à chaque mère et enfant > (OMS)** qui vient appuyer le précédent en proposant d'adopter une nouvelle approche pour sauver les vies des mères et des enfants.

○ **Déclaration d'Addis-Abeba sur le renforcement de la santé communautaire** de novembre 2006, confirme l'engagement des gouvernements africains de renforcer les interventions essentielles à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au niveau communautaire (Soura, 2007).

Malgré ces résolutions conjointes et les nombreux efforts entrepris, le Burkina Faso compte les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile les plus élevés du monde. Ces taux sont respectivement estimés à 484 pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 98-99) et 184 pour 1 000 naissances vivantes (EDS 2003). De façon plus spécifique, la mortalité infantile est de 81 pour 1 000 naissances vivantes (EDS, 2003). Ainsi, chaque année, le Burkina Faso perd environ 2 800 femmes des suites d'une complication de la grossesse ou de l'accouchement. Autrement, 1 à 2 femmes meurent toutes les 4 heures des suites d'une complication de la grossesse ou de l'accouchement, de même plus de 110 000 enfants meurent avant leur cinquième anniversaire.

Les résultats du modèle REDUCE<sup>1</sup> au Burkina Faso montrent qu'en l'absence d'interventions, 44 600 décès maternels et 97 000 décès néonataux seront déplorés sur la période 2004-2015 et que sur la même période, 1 600 000 femmes souffriront de morbidités dont 747 000 à type d'infections pelviennes, 560 000 d'incontinences urinaires, 250 000 d'infertilités, 33 000 d'anémie et 8 900 de fistules.

Ce même modèle estime au plan économique, les pertes de productivité nationale à 12,5 milliards de francs CFA imputables aux décès maternels et 120,5 milliards

<sup>1</sup> Modèle REDUCE/ALIVE : un outil de plaidoyer basé sur les avantages estimatifs des interventions et les pertes économiques engendrées quand rien n'est fait et visant à accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale

de francs CFA imputables aux morbidités maternelles, soit une perte de productivité totale estimée sur la période de 2004 à 2015 à 133 milliards de francs CFA.

En dépit des prévisions alarmantes, le Burkina Faso, accompagné par ses partenaires au développement a réalisé et continue d'entreprendre d'énormes efforts pour améliorer voire inverser la préoccupante situation de la santé de la mère et de l'enfant. Celle-ci est d'autant plus préoccupante que l'échéance des OMD auxquels le pays a souscrit arrive à son terme en 2015. Mais force est de constater que pour arriver à des actions concertées conduisant à des résultats efficaces sur le terrain, un bilan s'impose afin de déceler les insuffisances actuelles et de mieux identifier les interventions susceptibles de conduire plus facilement à l'atteinte des objectifs fixés <sup>(Soura, 2007)</sup>. C'est l'ambition de la présente étude qui se veut une contribution à cet important challenge.

Notre étude, après une description de la situation sanitaire au Burkina, analysera l'offre puis la demande de soins en santé maternelle et infantile afin de déterminer les perspectives envisageables pour l'atteinte des OMD. Cette dernière partie s'appuiera sur une simulation à l'aide d'un nouvel outil de planification stratégique et de budgétisation : le Managerial and budgeting for bottlenecks (MBB) mis en œuvre par l'Unicef et la Banque Mondiale principalement pour l'atteinte des OMD-santé.

Les résultats de cette étude devraient permettre de situer les goulots d'étranglement à l'atteinte des OMD tout en mettant l'accent sur l'ampleur des gaps existants. Elle fournirait à travers les interventions jugées à haut impact, une feuille de route « sur mesure » des actions, efforts et moyens indispensables mais surtout potentiellement disponibles au Burkina pour remplir son engagement pour 2015.

*Première Partie :*

**PROBLEMATIQUE  
&  
PROTOCOLE**

## I. PROBLEMATIQUE

Naturellement défavorisé sur le plan économique et géographique, le Burkina Faso fait face à d'énormes problèmes de santé qu'il maîtrise relativement grâce à des efforts conjugués des politiques, partenaires et de la société civile.

Le seuil de pauvreté est passé de 41 099 FCFA en 1994 à 72 690 FCFA en 1998 puis à 82 672 FCFA en 2003 amenant la proportion des pauvres initialement de 45% en 1998 à 46,5% en 2003, soit une aggravation de 1,1 point. Autrement 46,5% de la population vivait en 2003 avec un maximum 82 672 FCFA du PIB estimé à 182 000 FCFA en 2002 est passé à 232.112,8 par habitant en 2007<sup>(PNDS 2006)</sup>.

La pauvreté essentiellement rurale tend à s'urbaniser face à une scolarisation primaire disparate de l'ordre de 52%. Dans ce contexte, plus nombreuses, les femmes sont les plus vulnérables du fait de leur faible accès aux facteurs de production et aux ressources. C'est aussi elles qui doivent supporter le poids d'une mortalité élevée : en effet, toutes les 3 heures des suites de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches une femme meurt au Burkina. Elles auraient cependant pu y échapper si des mesures idoines étaient prises pour gérer l'urgence obstétricale et si, en rapport aux délais ou retards :

- des décisions appropriées et avisées (en cas de complication) au sein de la famille et de la communauté avaient été prises à temps ou alors s'il n'y avait pas eu de contraintes socio-économiques.
- l'accès géographique et financière n'était pas parfois difficile voir impossible ;
- enfin, la prise en charge de qualité ne souffrait pas souvent d'un délai d'attente trop long.

Dans un délai similaire (3heures), ce sont sept (7) nouveau-nés qui vont perdre la vie ; pourtant, le Lancet publie en 2005 « que chaque année près de 3 millions des enfants du monde pourraient être sauvés si ces enfants et leurs mères avaient accès à une certaines prestations sanitaires peu coûteuses comme la vaccination antitétanique pendant la grossesse, l'allaitement maternel exclusif, un accouchement hygiénique, et des antibiotiques pour traiter les infections justiciables d'une antibiothérapie ».

On pourrait donc ramener en Afrique, la mortalité néonatale à moins de 15 décès pour mille naissances soit moins de 1/3 des taux actuels si on recourait à des

interventions peu sophistiquées et rentables. Ainsi avec seulement US \$ 1 supplémentaire par an, il serait possible de mettre en œuvre pour 90% des mères et enfants des 75 pays où la mortalité est la plus élevée, 16 prestations parmi le groupe des interventions axées sur la santé maternelle et infantile.

Pourtant, les besoins de la santé maternelle, néonatale et infantile ont cédé le pas à d'autres priorités au cours de la dernière décennie. Les réalités socio-économiques bien qu'en progression sont peu reluisantes. La situation sanitaire peu satisfaisante pour une offre de soins positivement en amélioration du point de vue disponibilité mais toujours inaccessible et/ou coûteuse pour la majorité assujettie à une sous-utilisation des services disponibles. D'autre part, le pays doit faire face à la persistance des pathologies à la « mode » (Sida, Paludisme...) et souvent à des épidémies comme la méningite ou le choléra.

Enfin, les fonds alloués à la santé autant en proportion qu'en qualité reste encore en deçà des espérances : 8,34% du budget national revient en 2007 à la santé contre les 15% attendus et recommandés par l'OMS; la dépense de santé per capita s'élève à US\$ 25 alors que la Commission macroéconomie et santé (CMS) estimait un montant s'élevant à au moins US\$ 34 pour 2007 et US\$ 38 nécessaire d'ici à 2015 pour effectuer un ensemble d'interventions sanitaires essentielles<sup>(CMS, 2001)</sup>.

Quand on sait que le classement du PNUD pour l'IDH place le Burkina Faso parmi les derniers, il devient logique de se demander si l'atteinte des OMD 4 et 5 pour 2015 est réalisable pour le Burkina et dans quelles mesures ? Ainsi, il convient également de déterminer la part relative aux problèmes d'ordre matériel, organisationnel, comportemental, de l'offre mais aussi de la demande afin de souligner les changements nécessaires.

C'est à cette ultime question que nous tenterons de trouver une réponse à travers la présente étude.

## II.PROTOCOLE

### 1.Objectifs

#### a.Objectif général

Il s'agira de déterminer les conditions techniques et budgétaires de réalisation des OMD 4 et 5 tout en évaluant leur impact supposé pour la santé des mères et enfants d'ici 2015 pour le Burkina.

#### b.Objectifs spécifiques

- Analyser l'offre et la demande de santé face à la situation sanitaire actuelle des mères et enfants ;
- Identifier les contraintes du système (goulots) ;
- Définir le niveau d'effort nécessaire (levée des goulots d'étranglements) et les stratégies adéquates en termes de ressources humaines, matérielles et financières pour l'atteinte des objectifs de la santé des mères et enfants.
- Estimer les besoins de financement (coûts) nécessaire à la réalisation des OMD 4 et 5 relatifs aux réductions de  $\frac{2}{3}$  et  $\frac{3}{4}$  respectivement des mortalités maternelle et infantile d'ici 2015.
- évaluer la projection d'atteinte des OMD 4, 5, 6 (impact) en terme d'amélioration de la santé des populations en général et de la santé maternelle et infantile.

### 2.Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude peut être apprécié à trois niveaux :

#### • Pour le Ministère de la santé publique

Ce travail pourrait contribuer dans un premier temps à confirmer l'importance et la nécessité d'une meilleure planification des stratégies et interventions sanitaires notamment pour les mères et enfants du pays. Dans un deuxième temps, il contribuera au plaidoyer en faveur d'une allocation financière subséquente suffisante mais surtout, à l'amélioration de la gestion des ressources.

#### • Pour nous au sortir de la formation

Cette étude nous permettra d'appréhender pour ce cas, les enjeux et intérêts de notre rôle d'économiste de la santé tout en nous offrant la possibilité de nous

familiariser avec la mise en œuvre d'un processus de planification associé à une détermination des coûts additionnels (budgétisation) des différentes interventions choisies.

#### • Pour le CESAG

Il existe une littérature descriptive assez fournie sur la performance des systèmes de santé basée sur la mesure : des réalisations des objectifs, de la performance en termes de niveau de santé et de la performance globale de ces systèmes. Par contre, Il existe très peu d'études basées sur la performance des systèmes en rapport spécifiquement avec les OMD relatifs à la santé maternelle et infanto juvénile. Des études scientifiques ont prouvé l'efficacité des interventions prioritaires sur la réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto juvénile.

Ce mémoire constitue une documentation pour l'école. Il permettra à l'institution de juger de la qualité de l'enseignement fourni.

### 3.Hypothèses

Considérant pour un système de santé les hypothèses suivantes justifiées et selon lesquelles :

- il existe des interventions sanitaires spécifiques et peu coûteuses déjà jugées efficaces en terme d'amélioration des résultats de santé dans les pays en développement et plus particulièrement pour la santé maternelle et infantile : il s'agit notamment des recherches sur la Survie de l'enfant et des Nouveaux Nés [Lancet], des revues sur les interventions de santé ayant pour cible la mortalité maternelle [Cochrane review] et les publications BMJ.
- la suppression des contraintes d'un système de santé influencent positivement les indicateurs de santé (FONKUI, 2008).
- l'amélioration de la santé des populations étroitement liée à celle du système de santé ne peut se passer de l'augmentation (amélioration qualitative et quantitative) des ressources humaines (JEANSON, 2006).

Et considérant la problématique précédemment énoncée, nous formulons l'hypothèse de base selon la quelle: l'atteinte des OMD 4 et 5 est réalisable pour le Burkina malgré les difficultés socio-économiques et sanitaires.

## **4.Méthodologie de l'étude**

### **a.Type d'étude et étapes**

Il s'agit d'une étude analytique qui porte sur l'ensemble du dispositif de santé à savoir l'offre et la demande en matière de santé maternelle et infantile. La particularité est l'évaluation du niveau de performance du dit-dispositif effectuée au regard de la situation sanitaire globale.

Dans un deuxième temps il s'agira de prévoir à travers une simulation temporellement sectionnée avec l'outil MBB, les conditions et besoins pour l'atteinte des OMD 4 et 5. Cette partie de l'analyse s'effectuera selon les trois niveaux de prestations de service que sont : les services de base orientés vers la communauté et les familles, les services orientés vers les populations et les soins cliniques individuels. Elle aboutira à la détermination de l'impact attendu par l'application des solutions envisageables.

Les données recueillies vont nous servir à : identifier les obstacles au bon fonctionnement du système de santé, calculer certains indicateurs, analyser et comparer les coûts dans le temps et entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et suivant les domaines prioritaires de la politique nationale de santé actuelle.

### **b. Présentation de l'outil MBB**

L'approche MBB a été récemment développée par l'UNICEF, la Banque Mondiale afin de répondre à certaines préoccupations récurrentes sur les contraintes et conditions d'amélioration des résultats et de l'utilisation des ressources des systèmes de santé.

L'outil, identifie donc les contraintes à réduire pour optimiser les résultats escomptés, en estime les coûts additionnels nécessaires à leur suppression. Approche spécifique par pays, MBB, utilise les interventions avérées efficaces et actuellement mises en œuvre dans certains pays en l'occurrence au Burkina Faso. Sur la base du contexte épidémiologique (morbidité et mortalité), de la couverture actuelle de ces interventions, des objectifs réalistes définis, l'outil génère une planification et une budgétisation des coûts additionnels pour une performance supprimant les contraintes précédemment identifiées.

Du point de vue structure, l'outil comporte 3 feuilles introductives (langue, menu principal, introduction MBB) et 26 autres feuilles divisées en quatre catégories :

- feuilles de Saisies
- feuilles de résultats
- feuilles de calculs (modèles)
- feuilles de références

Enfin, cet outil est également conçu pour faciliter l'élaboration des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), tant nationaux que régionaux, et les documents des Stratégies pour la Réduction de la Pauvreté en liant les dépenses aux OMD relatifs à la santé.

### **c.Sources et collecte des données**

Les données collectées proviennent en grande majorité de documents nationaux tels que l'annuaire statistique, l'Analyse de la situation Santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile et OMD, l'Investment case, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la loi de finance, le tableau de bord santé, le Cadre de Développement à Moyen Terme - Santé (CDMT-Santé), le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ...

Quelques entretiens avec notamment des responsables de la DSF, de la DEP, la Nutrition et aussi les résultats de l'atelier de Formation des formateurs MBB tenu en Août 2008 à Tenkodogo nous ont permis d'étayer notre analyse.

*Deuxième partie:*

# ANALYSE SITUATIONNELLE

## **I.CADRE GENERAL**

Le Burkina Faso est un pays situé en Afrique de l'ouest dont la superficie est de 274 200 km<sup>2</sup>. Il est limité par le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire au Sud.

Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 320 départements, 359 communes et environ 8000 villages. La commune et la région sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation du territoire est toujours en cours. Sur le plan politique, la démocratie, le multipartisme et un régime constitutionnel sont d'actualité.

### **1.Contexte sociodémographique**

Selon le rapport provisoire de l'IVème Recensement Général de la Population et de l'Habitat <sup>(RGPH, 2006)</sup> effectué en 2006 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) la population burkinabé compte 14.017.620 habitants avec une majorité féminine de 51,7%. Avec un taux de croissance démographique de 3,1 % l'an, 50% des habitants ont moins de 16 ans et 57% moins de 20 ans. La population féminine en âge de procréer constitue 23% de la population, cela augure des besoins importants en matière de santé.

L'espérance de vie, est estimée à 53,8 ans pour un taux de mortalité générale de 11,8% contre 14,8% en 1996. Ce qui place le Burkina Faso en 176<sup>ème</sup> position sur 177 dans le classement IDH 2007/ 2008 du PNUD.

Quatre personnes sur cinq vivent en zone rurale et le taux d'analphabétisme est élevé. En effet, 70% de la population âgée de 7 ans au plus, n'ont jamais fréquenté l'école.

### **2.Contexte économique**

Le Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies et le défi majeur à relever demeure celui de la réduction de la pauvreté. En effet la majorité de la population ne dispose pas en quantité et en qualité suffisantes d'éléments aussi vitaux que sont la nourriture, l'eau, les soins de

santé élémentaires et l'éducation. De plus l'économie repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent plus des trois quarts de la population active et l'informel joue un rôle prépondérant dans tous les secteurs avec une contribution d'environ 33% au PIB (CONAPO, 2000). En effet, les produits primaires constituent les premiers produits d'exportation avec près de 90 % de biens d'origine agricole (Soutra, 2007).

La population active, formellement identifiable, se chiffre à 53,1%, le chômage touche 2,3% des Burkinabés dont 79,7% sont des ruraux. L'enquête sur le profil de pauvreté réalisée en 2003 par l'INSD, a indiqué que le seuil absolu de pauvreté est de 82 672 FCFA par personne et par an. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté étant de 46,4 % en 2003.

### **3.Contexte sanitaire**

#### **a.La politique de santé**

La réforme du système de santé a débuté au cours de 1978 par l'adoption de la stratégie de renforcement des soins de santé primaires et est devenue effective en 1992.

Suite aux états généraux de la santé (1999), une Politique Sanitaire Nationale (PSN) a été adoptée en 2000 et un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2001- 2010.

La PSN vise à contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous à travers les objectifs suivant : (i) accroître la couverture sanitaire nationale; (ii) améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé; (iii) renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; (iv) réduire la transmission du VIH; (v) développer les ressources humaines en santé; (vi) améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé; (vii) accroître les financements du secteur de la santé; (viii) renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la santé.

Pour la mise en œuvre de cette politique, le ministère de la Santé bénéficie de l'appui technique et financier de plusieurs partenaires (organisations multilatérales et bilatérales, ONG).

## **b. Le système de santé** (Annuaire, 2007)

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina est de type pyramidal à trois (3) niveaux :

- Central, organisé autour du Cabinet du ministre, du Secrétariat général et des directions;
- Intermédiaire avec les Directions Régionales de la Santé (DRS) pour la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- Périphérique, représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles dans la mise en œuvre de la politique sanitaire sur le terrain.

Le pays qui comptait 55 districts sanitaires, répartis dans 13 directions régionales est passé à 60 Districts en 2008

Sur le plan opérationnel, le système est aussi pyramidal à quatre niveaux de soins.

- Le niveau de base : les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), maternité et dispensaires. En 2007 on dénombrait 1268 CSPS, 164 dispensaires et 21 maternités isolés.
- Le premier niveau de référence : les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) au nombre de 42 et 33 sans antenne chirurgicale.
- Le deuxième niveau de référence : les centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 9 au total.
- Le troisième niveau de référence : les centres hospitaliers universitaires (CHU) ; 3 dont 2 à Ouagadougou et 1 à Bobo-Dioulasso.

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales (22 structures sanitaires), l'Office de Santé des Travailleurs (35 structures sanitaires) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale complètent l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

A côté du secteur public, existe un **secteur privé** en pleine croissance : 202 formations sanitaires privées et 44 formations sanitaires confessionnelles. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif et les institutions de soins relevant d'associations et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) à but non lucratif.

Par ailleurs, la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 du code de la santé publique reconnaît depuis 1994, la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui jouent un rôle important, notamment en zone rurale. Cet important maillon de la santé a conduit à

la création d'un service chargé de la pharmacopée à la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML).

La distribution des **médicaments** dans le secteur public se fait à travers la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG) auprès de laquelle les Dépôts Répartiteurs des Districts (DRD) s'approvisionnent. Les formations sanitaires périphériques publiques et confessionnelles à travers leurs dépôts de vente de médicaments viennent ensuite s'approvisionner auprès des dépôts répartiteurs. Les relais communautaires s'approvisionnent auprès des dépôts de vente de leurs formations sanitaires de référence. Les prix des médicaments au public dans ces dépôts de vente sont fixés annuellement par les Ministres de la Santé et du Commerce. Le secteur pharmaceutique privé comptait 144 officines et 08 grossistes en 2005.

Enfin, le ministère de la santé abrite un **dispositif de gestion de l'information sanitaire** ou SNIS chargé de produire les principales statistiques sanitaires du pays permettant de calculer les principaux indicateurs de développement définis par le gouvernement du Burkina Faso.

### **c. Situation épidémiologique et sanitaire**

Environ six individus sur cent ont connu au moins un épisode maladie pendant les quinze derniers jours précédant la date de l'enquête Enquête Burkinabé sur les Conditions de Vie des Ménages (EBCVM) de 2003. D'où le taux de morbidité global de 5,8% enregistré en 2003 soit une évolution favorable de 1,3 point par rapport à 1998. Ce taux s'élevait à 6,8% pour le milieu urbain contre 5,5% pour le rural.

En termes d'analyse spatiale, les régions administratives du Plateau central (8,3%), du Sud-ouest (7,6%), du Centre (7,3%) et du Centre-Est enregistrent une morbidité supérieure à la moyenne nationale. Les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions des Cascades (3,9%), du Nord (4%) et de l'Est (4%).

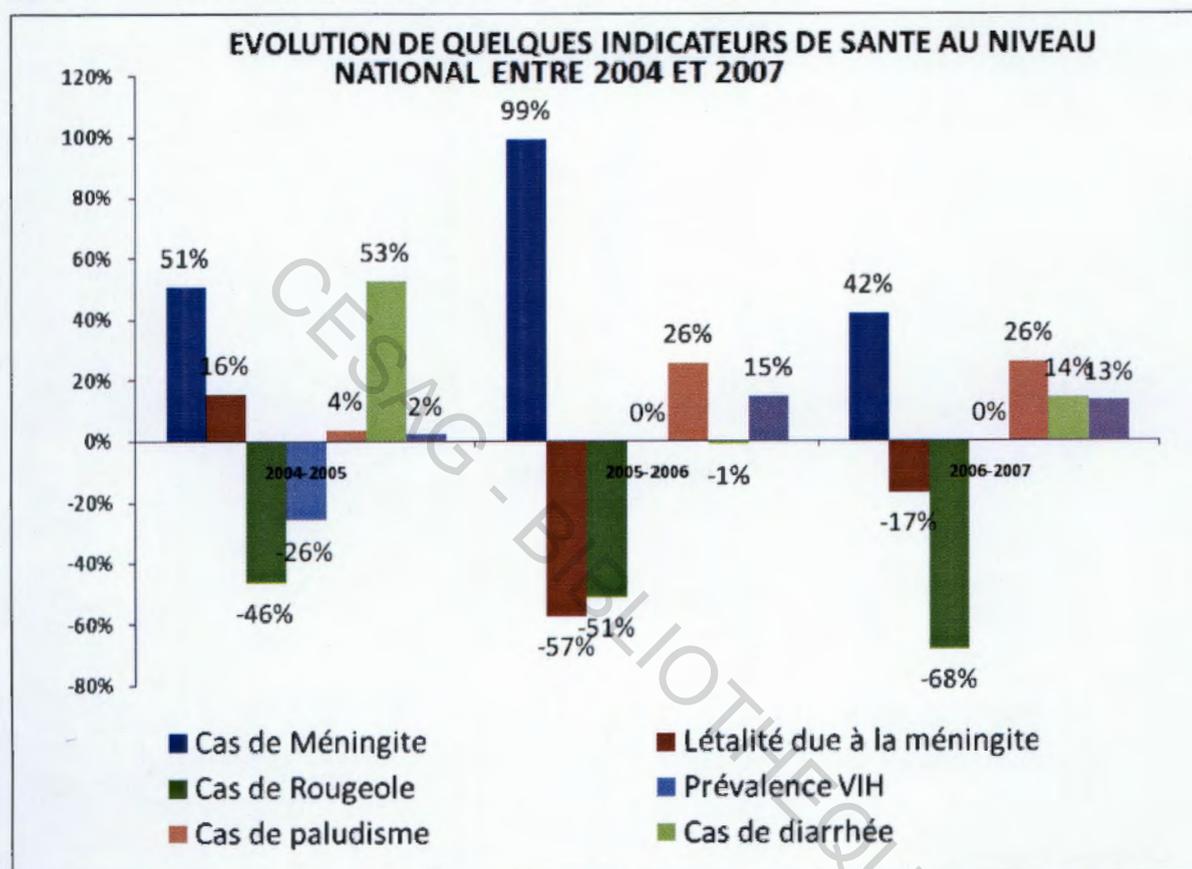
Les pathologies incriminées sont entre autre :

- les maladies infectieuses et parasitaires (paludisme +++);
- les maladies diarrhéiques, et les infections respiratoires aiguës ;
- les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) que sont, la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole et la poliomyélite ;

- les épidémies meurtrières de méningite cérébro-spinale ou de choléra ;
- l'infection à VIH/SIDA.

En ce qui concerne l'état nutritionnel, l'EBCVM indique que, 44,5% des enfants burkinabé souffrent d'un retard de croissance. Cette malnutrition touche plus les enfants du milieu rural (46,8%) que ceux du milieu urbain (29,7%).

Figure 1 ; Evolution de quelques indicateurs de santé de 2004 à 2007



SOURCE Annuaire statistique 2007

Comme le montre la figure, les épidémies de méningite sont récurrentes. D'une hausse de 51% en 2005 par rapport au nombre de cas l'année précédente, les cas de méningite ont pratiquement doublé en 2006 (+ 99%) et relativement baissé en terme de croissance soit 42% en 2007. Par contre, la létalité due à cette pathologie bien qu'ayant augmenté de 16% en 2005 a baissé de près de 57% en 2006 et de 17% en 2007. Le faible taux d'accès et d'utilisation des services de santé ont été également identifiés comme cause sous jacente de la morbidité/mortalité dans le pays (Soura, 2007).

## II.FINANCEMENT DE LA SANTE

En 2007, le PIB nominal s'élève à 3.270 milliards de FCFA soit 232.112,8/ hbt et le budget total de l'Etat s'élève à 925 135,151millions de F CFA. Ce qui selon la loi de finance 2007 correspond à un budget santé (y compris les financements extérieurs inscrits dans la loi de finances, PPTTE, caisse maladie) d'un montant total de **77 194, 243 millions FCFA**. En clair, pour la même année, l'Etat aura accordée **8,34%** de son budget total au secteur santé sans déduction des charges de la dette, des dépenses interministérielles et des exonérations <sup>(Annuaire & Tableau de Bord Santé, 2007)</sup>. Cette proportion est encore loin de l'engagement d'Abuja de porter l'effort public de la santé à 15%.

La dépense nationale de santé (DNS) représente 5,5% en 2003 et 6,1% du PIB en 2004 et 2007 correspondant à 13133FCA/pers soit 25 \$ US contre 17 \$ US en 2003 (CNS, 2004 ; Annuaire statistique 2007). Malgré cette évolution, elle est en dessous du niveau fixé par la commission macroéconomie et santé de l'OMS qui estime le financement minimum aux alentours de 30 et 40 \$ US /pers/an pour couvrir les interventions essentielles (y compris le SIDA). Cette DNS est sans doute sous-estimée vu que certaines rubriques telles les mutuelles de santé, les micro-assurances santé, les systèmes de partage de coûts et la plupart des ONG ne sont pas toujours renseignées faute de données.

### a.La destination des financements

Les dépenses publiques de santé (DPS) sont, comme le soulignent les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2004<sup>(Tableau de Bord Santé, 2007)</sup>, destinées à 15% aux hôpitaux, à 9% aux soins ambulatoires, à 34% aux biens médicaux pharmaceutiques, à 14% au lieu de 10% l'année précédente pour la santé publique et les programmes de prévention. Cependant, 14% de cette dépense n'a pu être ventilé (soit 13,7 milliards de FCFA de ressources publiques, 6,1 milliards fournis par les bailleurs de fonds extérieurs et 2,5 milliards de fonds des entreprises privées).

Selon la Direction de la Santé de la Famille(DSF), le financement attribué à la *santé maternelle, néonatale et planification familiale* correspond en 2006 à **16%** du budget de la santé qui par ailleurs représentait seulement 7,8% du Budget global de l'état. Vu les montants déjà insuffisants alloués à la santé, cette proportion, vu les

défis à relever, semble souligner l'importance de l'effort de financement à fournir pour atteindre les objectifs en matière de santé de la reproduction (SR). Toutefois, l'effort nécessaire ne se mesura réellement qu'après identification des besoins. Il est cependant, important de rappeler que la SR et la survie de l'enfant sont des domaines particulièrement soutenus par les organismes et les ONG ce qui en réalité relève le montant réellement alloué à ce domaine. Malheureusement nous n'avons pas de données exactes disponibles, ni les plus récents chiffres car les derniers Comptes Nationaux de la Santé sont encore en élaboration.

### 1. Les sources de financement

L'évolution et la répartition pour 3 années se résument dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Evolution et répartition des différentes sources de financement

	2003	2004	2007
ADMINISTRATION PUBLIQUE	41%	27%	23,91%
SECTEUR PRIVE			
Ménages	47,90%	46%	37,42%
Entreprises	4,10%		3,67%
RESTE DU MONDE (RDM)	7%	27%	35%
DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE (milliards)	136	164	202,628

SOURCE ; Annuaire Statistique, DEP/santé

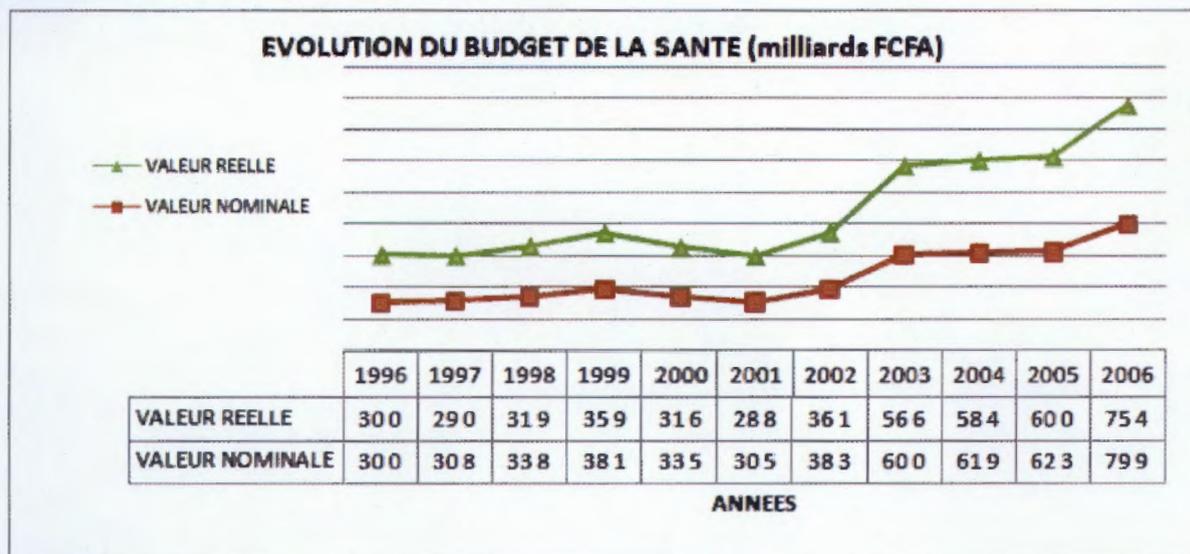
Il revient de souligner que le financement de la santé a bénéficié depuis 2003 sauf en 2007 des fonds PPTTE variant de plus de 9700 millions de FCFA en 2003 à 6200 millions de FCA en 2006. La caisse maladie participe à hauteur de 61millions en 2007 alors que sa contribution était de 65, 400millions en 2005.

La hausse de la DPS revient principalement à l'augmentation du poids de l'administration publique par les fonds PPTTE (+407% entre 2003 et 2004) et au renforcement du soutien émanant RDM (hausse de 57% pour la même période). En effet le nombre de projet et programme s'est vu accru (+62%), les interventions directes sont désormais enregistrées et centralisées à la DGCMFB (Direction Générale et de Coopération du Ministère des Finances et du Budget).

### 2. Le Budget du ministère de la santé

Le montant alloué au ministère de la santé est croissant aussi bien en valeur nominale que réelle. De 1996 à 2006, ce montant global (valeur nominal) est passé de 30,045 milliards de FCFA à 79,905 Milliards de FCFA soit un accroissement de 166%. Le taux d'actualisation moyen pour cette période a été de 6%, et l'accroissement réel du budget au cours de ces 10 années de 151%. (voir graphique).

Graphique 1: Evolution du budget du ministère de la santé du Burkina Faso de 1996 à 2006

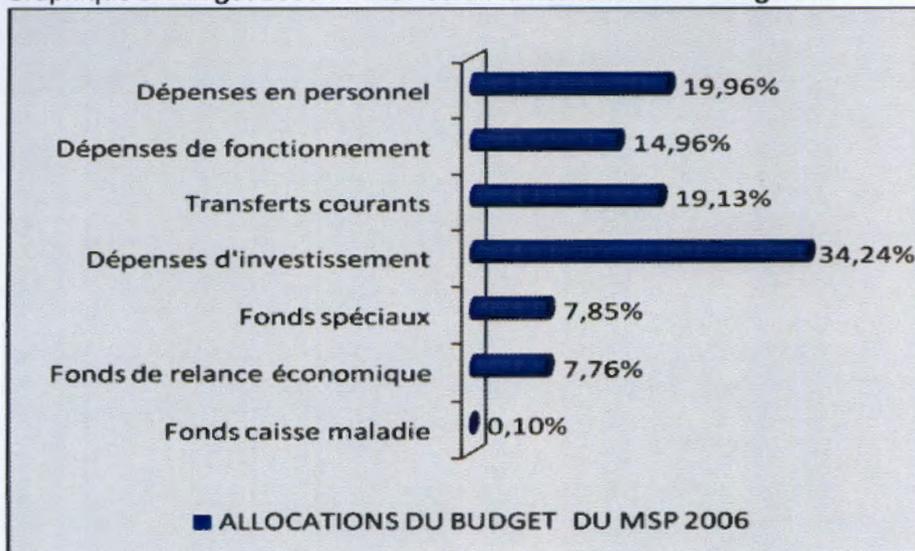


SOURCE : Anasit SMI\_ OMD / DSF, 2007

Cet accroissement reste néanmoins en dessous des besoins énormes de la population en pleine croissance. En fait l'analyse de l'évolution de la part du budget de l'état accordée à la santé révèle une hausse de 7% entre 2006 et 2007 alors que cette évolution était de 10% en 2006 par rapport à son niveau de 2005. La variation est relativement stationnaire depuis 2003 maintenant davantage le financement de la santé toujours en dessous des ambitions de 15% conformément aux engagements d'Abuja.

La répartition des ressources en termes d'allocation pour 2006 se résume à travers le graphique suivant qui souligne une part importante des investissements soit plus de 34% du budget du ministère de la santé.

Graphique 2: Budget 2006 du MSP selon la nomenclature budgétaire



SOURCE : Statistique / DAF santé, Annuaire Statistique 2007

Il faut souligner que les crédits délégués par l'Etat, depuis 1998 aux directions régionales de la santé et aux districts sanitaires servent :

- à la prise en charge des salaires de certains agents locaux
- au financement des constructions et réhabilitations d'infrastructures sanitaires,
- au financement des équipements de départ et leur renouvellement
- et au fonctionnement des établissements hospitaliers.

C'est ainsi que le ministère de la santé, depuis 2005, s'est engagé dans le processus d'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) dans le but de mobiliser plus de financement pour le secteur et d'améliorer l'efficience allocative des ressources. Autrement, il permettrait d'une part

- d'atteindre les objectifs du millénaire par la mobilisation effective des ressources additionnelle pour les secteurs sociaux de base ;
- d'autre part, de cibler des programmes prioritaires et les zones de pauvreté dans l'affectation des financements.

Toutefois, de par sa configuration actuelle, le CDMT secteur santé apparaît plus comme un outil de budgétisation. Un affinement de la projection des coûts mais surtout la création d'une dynamique entre le financement et le niveau des objectifs clés tels ceux des OMD-santé demeurent nécessaires.

### **III.CONTEXTE NATIONAL EN RELATION AVEC LES OMD VOLET SANTE**

A l'instar des différents états d'Afrique, le Burkina Faso a pris l'engagement de mettre en œuvre les décisions issues des différentes rencontres internationales pour améliorer la santé des enfants et des mères. Chaque pays devait rendre opérationnel les décisions à travers la mise en œuvre de politiques, plans, programmes et projets favorables à la promotion de la santé de l'enfant et de la mère.

Des efforts de mise en œuvre de ces engagements internationaux sont en cours à travers notamment :

- Le plan National de Développement Sanitaire (PNDS),
- Le Cadre Stratégique de lutte Contre la Pauvreté (CSLP),
- Le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST,

- Et divers programmes et projets du ministère de la santé.

Ces efforts du gouvernement Burkinabé sont soutenus par ses différents partenaires techniques et financiers. Les agences du système des nations unies tels que l'OMS, l'UNICEF, UNFPA et la Banque Mondiale qui appuient la mise en œuvre de diverses interventions en faveur de la santé des enfants et des femmes. Aussi, un consortium de partenaires constitué initialement de l'Ambassade du Royaume des Pays Bas et la Suède ont mis en commun leurs efforts au niveau du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS). Le PADS, actuellement dans sa 2<sup>ème</sup> phase, finance annuellement la plupart des activités des plans d'action des structures sanitaires aux différents niveaux du système de santé depuis 2002. Principal instrument de mise en œuvre du PNDS, ce programme fait suite au Projet d'Appui aux Districts Sanitaires et aux Directions Régionales de la santé qui lui fait suite au Projet de Développement Santé et Nutrition (PDSN) 1997-2001 qui a initié le financement des plans d'action des districts et des directions régionales au cours de sa dernière phase.

Les institutions financières internationales (BM, BAD) appuient les efforts de l'Etat à travers l'appui budgétaire avec des conditionnalités ou le financement direct de programmes et projets en faveur de la santé des enfants et des femmes. La coopération bilatérale accompagne fortement les efforts du gouvernement dans les interventions en faveur de la santé des enfants et des femmes. Aussi, les ONG et associations sont de plus en plus présentes sur le terrain autour des actions de santé des enfants et des femmes surtout dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

Nonobstant ces efforts, force est de constater que la santé des enfants et des femmes reste toujours préoccupante au Burkina Faso.

#### **IV.SITUATION DE LA MERE - NOUVEAU NE - ENFANT**

Le monde compte chaque année près de 210 Millions de grossesses, dont 60 millions se terminent par un avortement. Plus de 54 millions de femmes souffrent de maladies ou de complications de la grossesse et de l'accouchement.

Les mortalités des enfants et des mères quoiqu'en baisse progressive au cours de la période 1993-2006 restent une préoccupation majeure au Burkina Faso.

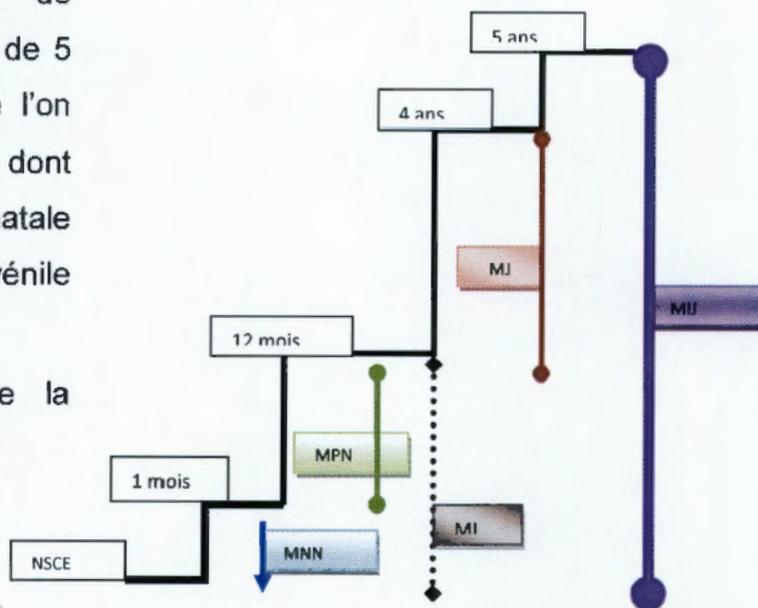
## 1.Santé des enfants

### a.La mortalité chez les enfants : indicateurs, évolution, causes

Il s'agit principalement de nouveaux nés et des enfants de 5 ans au plus. Rappelons que l'on distingue différentes mortalités dont la Néonatale (MNN), la Postnatale (MPN), l'Infantile (MI), la Juvénile (MJ) et l'infanto-juvénile (MIJ).

Le schéma ci-contre illustre la délimitation de chacune d'elle.

Figure 2 : Différents types de mortalité chez le Nouveau né et l'enfant



#### ✓ La Mortalité Néonatale

Ou probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact, est passée de 43,7 ‰ à 31 ‰ de 1993 à 2003<sup>(EDS, 2003)</sup>. Il ressort que 23% des décès surviennent avant la 24<sup>ème</sup> heure de vie; 38% avant la 48<sup>ème</sup> heure de vie; et 70% lors de la première semaine de vie. Ces décès plus fréquents en milieu rural (39‰ contre 36‰ en milieu urbain), sévissent davantage dans les régions du Sahel (54 ‰), du Nord (51 ‰), des cascades (50 ‰) et du Centre Ouest (47‰).

#### ✓ La mortalité postnatale

Elle concerne, les enfants de 1 mois au moins et n'ayant pas atteint leur 12<sup>ème</sup> mois. Elle est passée en 10 ans de 65 ‰ à 50 ‰ naissances vivantes. Les décès prédominent également en milieu rural (56 ‰) et sont plus fréquents dans les régions du Sud Ouest (78‰), du Sahel (68 ‰), des Cascades et du Centre Ouest (63‰), de l'Est (59‰) et des Hauts Bassins (51‰).

### ✓ La mortalité infantile

Elle touche les enfants de 0 à 1 an et est 81‰ selon l'EDS 2003.

La mortalité infantile est essentiellement due au paludisme, à la rougeole, à la malnutrition, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et au Sida.

Plus de la moitié des décès infantiles surviennent pendant la période néonatale.

Majoritairement observée en milieu rural (95 ‰) contre (70 ‰) en milieu urbain, elle est aussi fréquente dans le Sahel (122 ‰), le Sud Ouest et les Cascades (113‰), dans le Centre Ouest (110‰), le Nord (104 ‰) et l'Est (101 ‰)

### ✓ La mortalité juvénile

Elle est le lot des enfants âgés de 1 à 4 ans. Dans la même période, elle a évolué négativement de 110‰ à 111‰ naissances vivantes. Le milieu rural (117‰), les régions du Sahel (185‰), du Nord (142‰), du Centre Nord (124‰), des Hauts Bassins et du Centre Ouest (116‰) sont les plus touchées.

### ✓ La mortalité infanto-juvénile

Elle correspond à la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire. Passée de 219‰ à 184‰ naissances vivantes entre 1999 et 2003<sup>(EDS, 2003)</sup>, elle survient à 52% pendant la première année de vie, à 48% entre la première et la quatrième année d'âge.

Plutôt fréquente en milieu rural (202 ‰) qu'en milieu urbain (136 ‰), elle concerne notamment les régions du Sahel (285 ‰), du Nord (231 ‰), du Centre Ouest (213‰), des cascades (211 ‰), du Sud Ouest (203‰), du Centre Nord (198‰), des Hauts Bassins (194‰) et de la Boucle du Mouhoun (188 ‰).

D'autres caractères sociodémographiques interviennent dans la répartition de la MIJ. Bien que pratiquement identique pour les 2 sexes, elle diminue en effet avec :

- le niveau d'instruction de la mère : 197‰ Naissances Vivantes (NV) pour les enfants de mère sans aucun niveau d'instruction contre 108‰ NV pour ceux des mères de niveau secondaire et plus.
- et le niveau de richesse de la famille : 206‰ chez les plus pauvres et de 144‰ chez les plus riche <sup>(EDS, 2003)</sup>.

En considérant la réduction de 35‰ NV en 5 ans (1998-2003), la MIJ pourrait s'estimer à 100‰ NV en 2015 contre 62‰ NV attendues <sup>(Souara, 2007)</sup>, se référant au niveau de départ de 187‰ en 1993.

## **b. Les causes de décès chez les enfants**

### **↳ Mortalité infantile.**

Les décès néonataux sont surtout liés à la détresse respiratoire, aux infections, à l'hypothermie, l'asphyxie, la prématurité/faible poids, les infections néonatales sévères, le tétanos néonatal, les causes congénitales, et la diarrhée.

### **↳ Mortalité infanto-juvénile**

Les principales causes de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique en général et en particulier au Burkina Faso sont le paludisme, la rougeole, les diarrhées, les infections respiratoires, les traumatismes, le VIH/ Sida et la malnutrition. Les causes néonatales occupent une grande part.

## **c. Morbidité et santé chez les enfants**

### **❖ Paludisme**

Au total, 1 385 673 cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ont été vus en consultation au cours de l'année 2007 dont 10% de cas graves <sup>(Annuaire, 2007)</sup>.

Si 57,1% des ménages <sup>(MICS, 2006)</sup> possèdent au moins une moustiquaire le traitement systématique par antipaludéens est faible (34,8%).

### **❖ Infections respiratoires aiguës (IRA)**

Elles constituent la 2ème cause de consultation, chez les moins de 5 ans soit 40% des consultations enregistrées sur le territoire en 2007. En 2006, presque 38,5 % des enfants ayant des IRA avaient été emmenés chez un prestataire de soins approprié.

L'IRA des voies inférieures, en particulier la pneumonie, est l'une des principales causes de décès chez les enfants au Burkina Faso. La prévalence des IRA est passée de 8,6% en 2003 à 4% en 2006 <sup>(EDS, 2003 ; MICS, 2006)</sup>.

### ❖ Diarrhées

Elles sont fréquentes et fortement létales pour les moins de 5 ans, et les enfants de 12-23 mois font plus de diarrhées. La prévalence a faiblement diminué de 0,9 point en 3 ans (20,7% en 2003 ; à 19,9% en 2006). Les garçons seraient plus sujet (20%) que les filles (19,8%) mais la différence n'était pas significative (MICS 2006).

Du point de vue traitement 23,3% ont bénéficié d'un traitement de réhydratation par voie orale (TRO) tandis que 76,7% des enfants n'ont reçu aucun traitement. 15% ont reçu des liquides à partir des sachets de sels de réhydratation orale (SRO) et 7,9% des liquides de préparations recommandées à domicile.

L'hygiène et l'assainissement généralement précaires ne contribuent pas à réduire efficacement la morbidité et la mortalité dus aux maladies notamment diarrhéiques. En effet, la nature reste le lieu de prédilection d'aisance (63,5%) surtout en milieu rural (78,4%). De plus seulement 74% des ménages utilisent l'eau potable dont 23% dans les fontaines publiques.

### ❖ VIH/SIDA chez les jeunes enfants

Les données sur le VIH/SIDA chez les enfants notamment chez les moins de 5 ans ne sont pas suffisamment documentées au Burkina Faso d'autant plus que 50% des enfants infectés décèdent avant l'âge de 2 ans. Néanmoins, les résultats synthétiques (2002 à 2006) de suivi du couple mère-enfant dans les sites PTME/VIH révèlent que 18,73% des enfants ont été testés à 18 mois de vie parmi lesquels 7,7% sont séropositifs. Enfin le pourcentage de schéma ARV complet (mère et bébé) est de 83,19%.

### ❖ Vaccination

Les taux de couverture du PEV sont en pleine croissance depuis quelques années. Les taux de couverture chez les enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés [BCG ; DTC; Polio ; Rougeole ; Fièvre jaune] ont évolué de 24,1% en 1993 à 44,9% en 1998 puis à 66,5% en 2006<sup>(EDS, 93 ; EDS, 2003 ; MICS, 2006)</sup>.

Ces taux de couverture sont revus légèrement à la baisse quand on intègre la notion de vaccination avant l'âge de 12 mois. En 2006, seulement 60,2% des enfants de 12-23 mois avaient reçu toutes les vaccinations avant leur premier anniversaire tandis 4,7% d'entre eux n'ont reçu aucune vaccination. La couverture est pratiquement identique pour les 2 sexes.

Outre les abandons estimés en moyenne à 8,33% sur le territoire, les taux de couvertures vaccinales des différents antigènes sont satisfaisants car dépassant la barre des 89%.

### ❖ Nutrition des enfants

Déjà, en 2006, le Rapport inquiétant de la mission conjointe sur la situation nutritionnelle dépeint un terrain défavorable à la santé des enfants : la sous-nutrition est omniprésente au Burkina et touche toutes les régions. Autrement :

- le seuil sévère de 10% de l'OMS pour la sous-nutrition aiguë est généralisé. Déjà, 11 régions sur 13 dépassaient le seuil critique de 15% en 2003 ;
- exception faite du Centre, le seuil sévère des 30% est dépassé dans tout le pays et celui très sévère de 40% pour la sous-nutrition chronique dans un tiers des régions.
- enfin, les seuils sévères de 20% et très sévères de 30% pour l'insuffisance pondérale sont atteints pour toutes les régions sauf le Centre pour le dernier indicateur.

Concernant l'**allaitement au sein** qui constitue une pratique très répandue, elle touche 98,4% des enfants et se poursuit à 81% à 20-23 mois. Il reste que sa précocité et sa qualité dans le temps sont à améliorer car seulement 33,3% des enfants sont allaités dès la première heure de vie et 62,6% au cours de la première journée de vie. Aussi l'allaitement exclusif ne concerne que 18 % dès la naissance et 16% à 4-5 mois. Pour l'alimentation complémentaire, 83% des enfants de moins de 6 mois reçoivent d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel. Néanmoins, seuls 48 % sont nourris de cette façon entre 6-7 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel. Il faut attendre 16-19 mois pour que la majorité des enfants (84 %) allaités, reçoivent une alimentation de complément. Enfin, 48% des ménages ont accès à du sel adéquatement iodé (rural 43% ; urbain 67%) et 33% des enfants sont supplémentés en vitamine A alors que l'Anémie touche environ 91%.

Cette situation déjà précaire pour les moins de 5 ans est accentuée par une **malnutrition** protéino-énergétique aiguë et chronique et de carences en

micronutriments à degrés variables. Aussi les indicateurs suivants résument la situation nutritionnelle sensible des moins de 5 ans.

Tableau 2: Situation nutritionnelle des moins de 5 ans : Indicateurs

	Retard de croissance (%)	Emaciation (%)	Insuffisance pondérale (%)
Garçon <5 ans	38,0	19,7	34,4
Fille < 5 ans	33,8	18,8	29,1
Données EBCVM 2005	51,3	54	46,1

SOURCE : QUIBB 2007-INDS

Ces données alarmantes augurent de la fragilité de santé de ces enfants.

## 2.La santé des mères

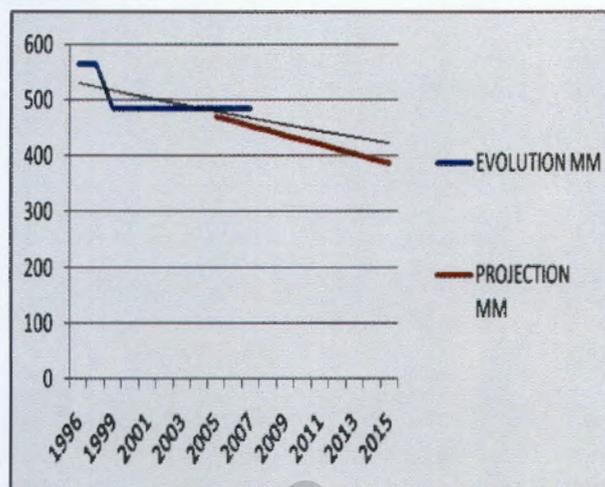
### a.Mortalité maternelle : indicateurs, évolution, causes

« La mortalité maternelle est définie comme tout décès survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse, quelles qu'en soient la durée et la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite » (OMS).

Le niveau de mortalité maternelle (MM) au Burkina Faso, reste parmi les plus élevés de la sous région Ouest africaine. L'EDS 98-99 rapporte un ratio MM 484 ‰ naissances vivantes maintenu comme tel depuis lors <sup>(Annuaire, 2007)</sup>. Cependant l'OMS en 2005, estime ce ratio à 700 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

L'assistance qualifiée à l'accouchement reste faible surtout en milieu rural puisque 59% des femmes continuent d'accoucher à domicile en absence de personnel qualifié <sup>(EDS, 2003)</sup>. Ainsi, la MM intra-hospitalière <sup>(DEP, 2005)</sup> serait plus importante dans les régions du sahel, Centre Nord et Plateau Central avec les taux respectifs de 848.29 ; 315.32 ; 248.96 pour 100 000 parturientes. La moyenne nationale serait de 175.7 tandis que la région du centre avec 37,79 est la moins touchée.

Graphique 3: Tendence évolutive de la mortalité Maternelle



En réalité la MM est appelée à baisser à un taux voisin de 1428‰ en 2015 soit  $\frac{3}{4}$  par rapport à son niveau de 1990 (566). La projection linéaire de l'évolution de la MM (fonction de la tendance évolutive actuelle) entre 2005 et 2015 estime ce taux à 388‰.

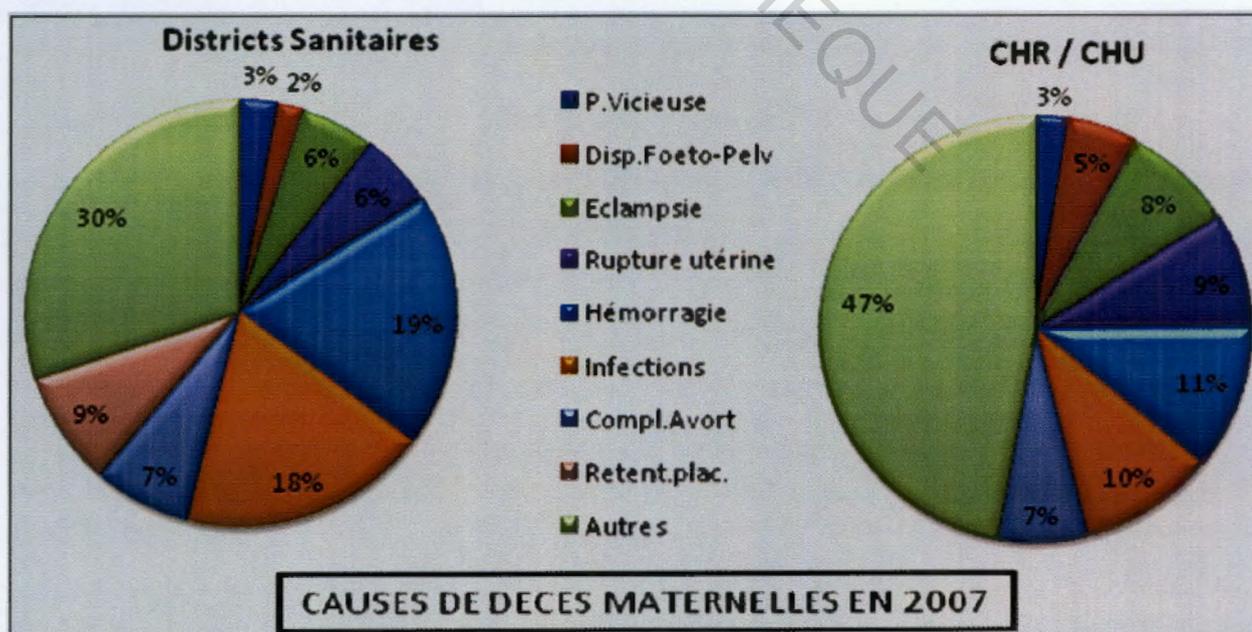
SOURCE : Sur la base des données de l'annuaire statistique 2007 DEP/Santé intégrant les données de l'EDS 2003

Cette tendance souligne un gap conséquent par rapport à l'objectif attendu justifiant l'urgence d'une réaction appropriée et efficace.

### b. Causes de la mortalité maternelle

Les causes de décès maternels au Burkina Faso ne diffèrent pas de celles identifiées dans les autres pays africains. La figure en dessous retient les causes principales de MM dans le pays.

Figure 3: Les causes de décès Maternels au Burkina en 2007



SOURCE : DSF 2007

L'éclampsie est la première cause de décès, suivie de loin par les hémorragies et les infections. Ce premier facteur lié à une tension anormalement élevée soit déjà sous jacente ou apparue lors de la grossesse pour différentes raisons (environnement social, stress...) est facilement jugulé par l'hygiène de vie et le suivi mais encore faudrait il que ces femmes effectuent correctement et complètement leur Consultation Périnatale (CPN). D'autre part certains comportements regroupés sous le nom des «3 retards » participent largement à maintenir une mortalité élevée quoique fortement maitrisable chez les mères. Il s'agit :

- de la tardive décision de consulter dû à la méconnaissance du problème par communauté et la décision à aller consulter,
- de la difficulté voire l'impossibilité d'accéder rapidement à une formation sanitaire,
- et des retards liés à la prise en charge effective et efficiente au niveau des FS.

Les autres causes concernent les causes indirectes telles l'anémie, le paludisme, le VIH/Sida qui peuvent favoriser voire accélérer le décès chez la femme enceinte.

### **3.La santé de la reproduction et couverture en soins médicaux**

#### **▪Planification Familiale**

D'un point de vue global, la prévalence contraceptive, encore faible ne touche que 25,52%<sup>(Annuaire, 2007)</sup> de la population concernée alors qu'elle était de 15,89% en 2003<sup>(EDS, 2003)</sup>. Cette évolution croissante se justifie par le fait que les femmes, de plus en plus connaissent les méthodes contraceptives (91 % en 2003 contre 78 % en 98-99)<sup>(EDS, 98 & 2003)</sup> et particulièrement les méthodes modernes (89 % en 2003)<sup>(EDS, 2003)</sup> grâce à une disponibilité croissante de l'offre même si l'utilisation des services est encore timide.

#### **▪Consultations périnatale et postnatale**

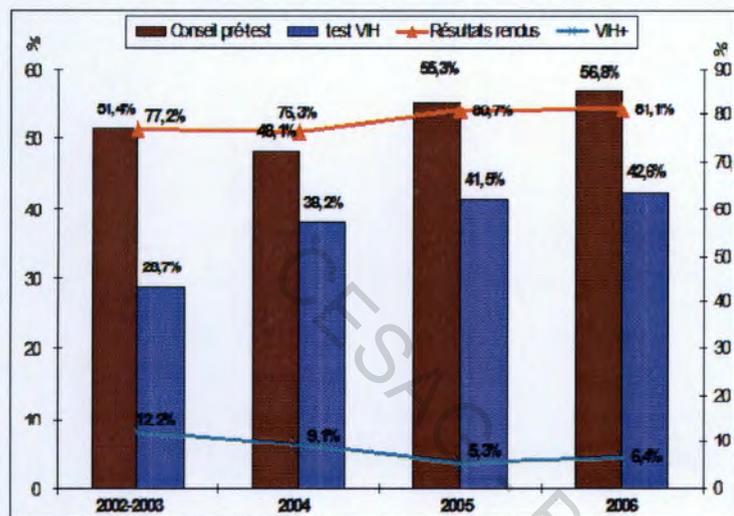
L'année 2007<sup>(Annuaire, 2007)</sup> a compté 93,59% et 69,87% de mères qui ont effectué respectivement une CPN1 et CPN2 dont seulement 19,3% au premier trimestre de la grossesse. Il s'avère cependant que la couverture contre le tétanos (65% en 2003)<sup>(EDS, 2003)</sup>, la prévention du paludisme à travers le TPI et la moustiquaire imprégnée, la supplémentation en fer/acide folique sont peu suivies par les femmes enceintes. De même, la préparation à l'accouchement et l'enseignement

des signes de danger n'est pas encore systématique dans l'ensemble des formations sanitaires.

### ■ La Prévention de la transmission mère – enfant du VIH (PTME)

Mise en œuvre depuis 2000, enregistrait une couverture en formation sanitaire faible (21,33%) alors que la couverture pour 2006 concerne 81,8% soit 45 districts sur 55.

Graphique 4: Evolution des indicateurs CDV de 2002 à 2006 dans les sites PTME/VIH ;



SOURCE : Programme PTME, CNLS

La séro-surveillance parmi les femmes enceintes était de 2,6% dont 5,4% à Ouaga en 2005. (Résultats SP/CNLS) alors que, les résultats en conseils pré et post test sont moyennement satisfaisants.

La discrimination avec ses retombées sociales liées à la maladie ne favorisent toujours pas la demande au niveau des FS par les femmes.

### ■ Avortements

De plus en plus de cas d'avortement sont enregistrés dans les formations sanitaires : le nombre d'avortements spontanés a doublé en 7 ans (1998 - 2005). En 2007<sup>(Annuaire, 2007)</sup>, on enregistre sur 1000 accouchements environ 27,72 avortements dont 93% de cas spontanés et 7% de cas clandestins. Au total 18 275 cas ont été enregistrés mais aucun de caractère thérapeutique.

### ■ Accouchement assisté

Contrairement aux soins prénatals, très peu de femmes accouchaient en milieu sanitaire. En effet, les données révèlent

- 38% de naissance en milieu sanitaire dont 57% assisté par du personnel formé en 2003<sup>(EDS, 2003)</sup>.
- 37,67% d'assistance qualifiée à l'accouchement en 2005<sup>(DEP, 2007)</sup>.

De plus, la tendance d'évolution du taux d'accouchements assistés entre 1997 et 2005, projetait ce taux à 46,61% pour 2015<sup>(Soua, 2007)</sup> mais, sur 659207

accouchements attendus en 2007 (Annuaire, 2007), la couverture en accouchement assisté est 54,63%.

### ▪ Nutrition des femmes

Tout comme le laissaient entrevoir les résultats du Rapport de la Mission Conjointe sur la Situation Nutritionnelle (2006), l'état nutritionnel des femmes est peu satisfaisant. Les femmes enceintes sont surtout victimes de carences en micronutriments, fer, vitamine A et iode comme le révèlent les résultats de l'EDS 2003:

- 68% des femmes enceintes, 53.7% des femmes en âge de procréer souffrent d'Anémie ;
- 16% des mères en postpartum ont reçu une dose de vitamine A au cours des deux mois suivant l'accouchement et 13% des femmes souffrent de cécité nocturne pendant leur grossesse.

Seuls 48% des ménages ont accès à du sel adéquatement iodé, 43% dans le milieu rural et 67% dans le milieu urbain.

### ▪ Autres indicateurs relatifs

L'étude des soins obstétricaux non couverts réalisée en 2001 a montré un déficit de 66% en interventions obstétricales majeures au niveau national avec des disparités selon le milieu : 26% en milieu urbain contre 74% en milieu rural.

Aussi, le taux de réalisation des césariennes (0,7%) est largement en dessous des normes OMS (5%) et de ce fait ne saurait contribuer significativement à la réduction de la mortalité maternelle (EDS, 2003).

En dépit des efforts dans la formation du personnel, les normes minimales ne sont toujours pas atteintes. On compte en 2004, sur le territoire, une sage-femme pour 33 000 habitants. Le pays compte également 42 gynécologues obstétriciens et 58 médecins formés en chirurgie essentielle.

Enfin, le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2001-2005 révèle que seulement 60% des CSPS sont conformes aux normes.

#### **4. La politique d'approches de réduction des prix de certaines prestations pour les enfants et les femmes**

Les données spécifiques au financement des interventions en faveur de la santé des enfants et des femmes, ne sont pas disponibles. A l'image du budget santé, l'évolution du financement de certaines directions centrales directement impliquées dans les activités relatives à la santé des enfants et des femmes est croissante.

Cependant, force est de constater que les efforts financiers jusqu'alors fournis n'ont pas permis d'alléger les tarifs pour les populations entraînant des exclusions. L'Etat, de ce fait a entrepris la réduction des tarifs de certaines prestations et pour d'autres la gratuité. Il s'agit de promouvoir l'équité, l'accès aux soins de base pour les populations pauvres, l'implication communautaire mais aussi de limiter le poids des soins sur les revenus des pauvres. Ainsi les femmes et les enfants devraient bénéficier de :

- la gratuité de la Consultation prénatale
- gratuité de la vaccination,
- la gratuité de la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes,
- la subvention des accouchements et des SONU.

Toutes ces mesures ont pour objectifs communs de viser la limitation de l'impact du paiement des soins sur le revenu des ménages et d'améliorer l'accès aux soins des pauvres.

##### **a. Gratuité de la consultation prénatale**

En cours depuis 2002, mais faute d'information, d'insuffisance ou de difficulté de suivi des allocations de ressources, la CPN n'est pas toujours effective au niveau des FS. La méconnaissance concerne aussi bien les bénéficiaires qu'une bonne partie des prestataires (Evaluation MS- CPN, 2004)

##### **b. Gratuité de la vaccination chez les enfants et les femmes**

Elle concerne les maladies cibles du PEV et demeure une mesure productive mais surtout la plus effective. Son application est satisfaisante ; en témoignent les résultats des différentes enquêtes : revue PEV 2003, évaluation de la gratuité des soins préventifs en 2004.

Cette mesure a permis une amélioration des taux de couverture vaccinale du PEV.

### **c. Gratuité de la prise en charge du paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes**

Résultant d'une résolution au niveau africain (OMD 6 /Abuja 2000), elle est mise en œuvre par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes depuis février 2002. La mesure n'est ni toujours, ni totalement effective et continue ce qui nécessite un suivi régulier et des évaluations périodiques.

### **d. Subvention des accouchements et des Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU)**

Elle a pour but d'améliorer la prise en charge des accouchements et des SONU donc de contribuer fortement à la réduction de la mortalité infantile de deux tiers et la mortalité maternelle de trois quarts d'ici 2015 conformément aux OMD.

Etait prévu, entre autre, un fond d'indigence, mais la stratégie retenue est une subvention de 80% des accouchements eutociques réalisés au niveau du premier niveau de soins (CSPS et CMA) et des urgences réalisées à tous les niveaux ; 60% des accouchements réalisés au niveau des deuxième et troisième niveaux de soins (CHNU et CHR). Cette subvention s'élèverait à 1 601 millions en 2006, 2 960 millions en 2010 et 4 186 millions en 2015. Ce qui correspondrait à une réduction significative de la mortalité maternelle de 37% puis 76% respectivement en 2010 et 2015 donc à une réduction de  $\frac{3}{4}$  de la mortalité maternelle conformément aux OMD. Autrement une réduction de 78,5% de la MM est attendue entre 1990 et 2015 (de 566 à 122‰ pour 100 000 NV).

Malgré la mise en œuvre en Octobre 2006, le financement de toutes les mesures d'exonération n'est pas encore effectif. Par ailleurs, l'offre de soins et la sensibilisation des bénéficiaires devraient être renforcées.

## *Troisième Partie:*

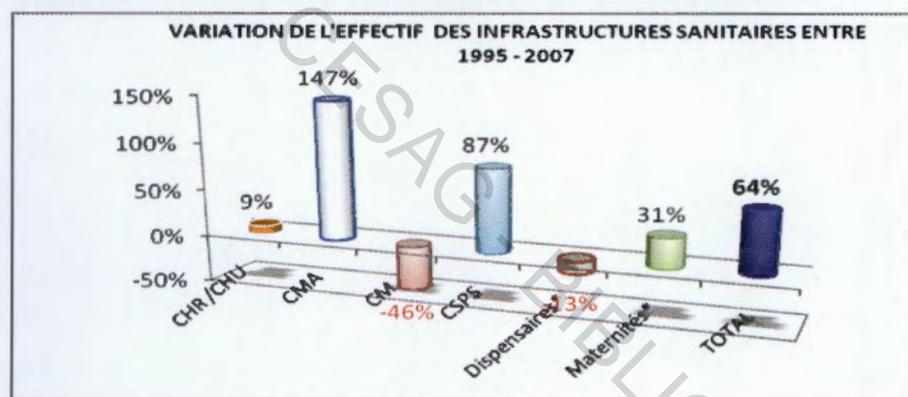
# Analyse de l'offre de soins en santé maternelle et infantile

## I. SITUATION DE L'OFFRE (SMI)

### 1. Les infrastructures sanitaires

D'après l'annuaire statistique 2007, il existe 1477 infrastructures sanitaires sur l'ensemble du territoire alors qu'il y en avait 1385 en 2003. Cette amélioration était précédemment de 54% entre 1995 et 2003 ce qui représente au total, depuis 1995, une augmentation globale de 64% des effectifs de l'ensemble des CHR/CHU, CMA, CM, dispensaires et maternités isolés. Cette hausse cache pourtant des disparités par catégorie.

Graphique 5 : Les effectifs des infrastructures sanitaires de 1995 à 2007



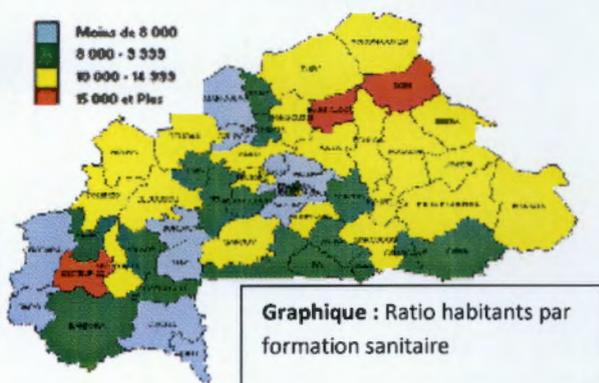
SOURCE : Annuaire Statistiques 2007

Les infrastructures sanitaires du pays sont globalement insuffisantes et inégalement réparties. Il existe encore de nombreuses formations sanitaires sous-équipées et bien souvent, les infrastructures sanitaires sont fortement dégradées par insuffisance voire par manque d'entretien.

Tableau 3: Evolution du nombre des infrastructures sanitaires

	2003	2004	2005	2006	2007
CHR /CHU	12	12	12	12	12
CMA	38	41	41	42	42
CM	28	42	35	26	33
CSPS	1147	1148	1172	1211	1268
Dispensaires*	93	67	83	173	101
Maternités*	67	16	23	18	21

Figure 4 : Ratio Habitants/ FS



SOURCES : Annuaire Statistique DEP/ Santé ;

Carte Sanitaire 2007

Comme le montrent les figures ci-haut, sur plus de la moitié de l'étendue du territoire, au moins 10 000hbts doivent se partager une FS toutes catégories confondues. Pour améliorer cette situation, les objectifs du PNDS pour 2010 prévoient entre autre la construction de 71 CSPS, de six (6) CMA, de deux (2) CHR, d'un (1) CHU de six cents lits à Ouagadougou, et d'un hôpital pédiatrique. Ils entrevoient également de renforcer le petit équipement technique des FS à tous les niveaux.

## **2. Les équipements des infrastructures sanitaires**

Les informations sur la situation et l'état des équipements lourds des structures sanitaires ne sont pas disponibles à notre niveau. Cependant, l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction (ASSSR) réalisée en 2005 souligne un sous équipement et une déficience particulière dans la fonctionnalité et la disponibilité du matériel technique de base. Les résultats sont les suivants :

✓ Dans les services de santé de la reproduction, les équipements qui font plus défaut dans les centres de référence sont : les tubes et masques d'oxygénation et sondes nasales (69,8 %), les sondes de Foley et poches à urine (69,2 %), montre/chronomètre/compte-seconde (68,5%), kit pour aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) (55,6%), kit pour dilatation et curetage (41,5%), ventouse obstétricale (28,8%) et matériel de protection (bottes/sabots, bonnet, bavette, blouse et tabliers avec 2,0 %). Ce dernier type de matériel est quasi-indisponible dans l'ensemble des CSPS (0,9%). Au contraire, les éléments les plus disponibles sont : le stéthoscope médical et obstétrical (98,1 %), le stérilisateur et le mètre ruban (96,3%) le thermomètre médical (94,4 %) et la balance pour peser les adultes (92,6).

✓ Concernant le matériel minimum absolu requis pour les accouchements : les boîtes d'accouchement complètes disponibles dans 84,2% des formations sanitaires sont cependant indisponibles dans tous les CSPS visités (référence ASSSR).

✓ Pour le matériel minimum requis pour les soins du nouveau né :

- moins de 3% des formations sanitaires disposent de serviettes à sécher et de couvertures à envelopper le bébé.

- moins de 20% des formations sanitaires disposent de ballons et masques pour la réanimation néonatale.

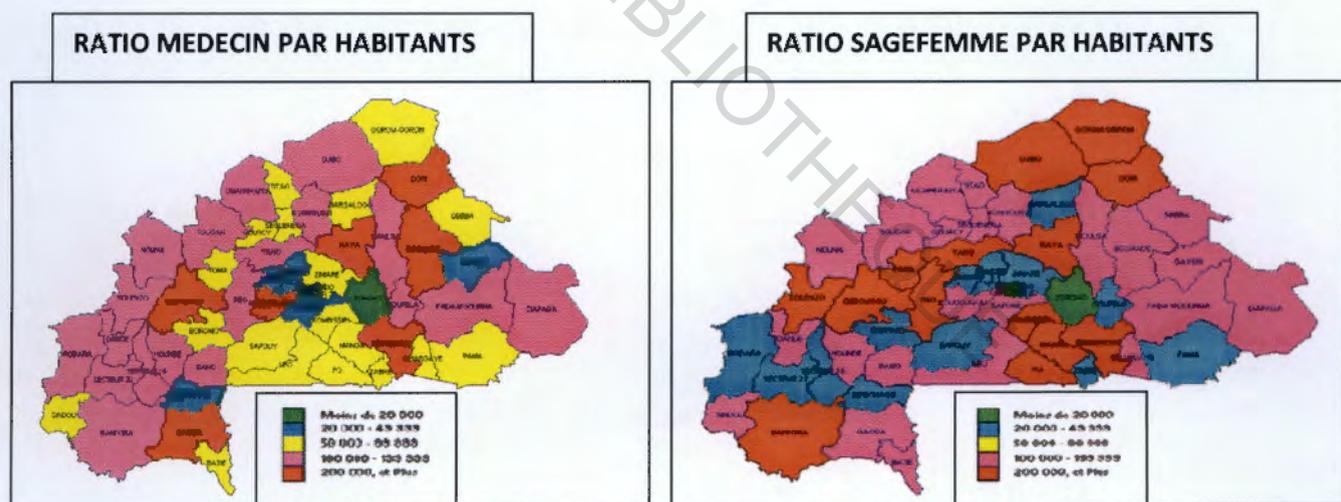
Des efforts dans l'acquisition, la gestion surtout la maintenance des équipements et du matériel durables à tous les niveaux du système de santé sont prévus à travers le projet de renforcement de la Direction Générale des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DGIEM), actuellement en cours d'élaboration.

### 3. Les ressources humaines

On notait pour le Burkina : 1 médecin pour 30 086 habitants, 1 chirurgien dentiste pour 358 711 habitants, 1 pharmacien pour 369 921 habitants, 1 Infirmier pour 3 711 habitants, et 1 sage-femme pour 24 869 habitants <sup>(PNDS 2001)</sup>. En 2007 <sup>(Annuaire, 2007)</sup>, le personnel médical s'évalue à 5403 dont 441 médecins, 604 sages-femmes/Maïeuticiens et 58 pharmaciens soit une baisse de 8% au total des effectifs par rapport à 2003 <sup>(EDS, 2003)</sup>.

Le problème majeur de la gestion du personnel disponible réside dans la mauvaise répartition en témoigne le graphique ci-dessous sur la couverture en médecins et sages-femmes.

Graphique 6 : Ratio Médecins et Sage-femme par habitant



Source: Carte Sanitaire, DEP 2007

En effet, 2 villes principales (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) regroupent 54% des médecins, 57% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers tandis qu'un tiers des CSPS ne remplit pas les normes minimales en ressources humaines <sup>(PNDS, 2001-2010)</sup>. En 2007 <sup>(Annuaire, 2007)</sup>, seulement 75,95% des CSPS remplissent les normes : au moins 1 infirmier, 1 AA et 1 AIS ou à défaut un manoeuvre.

Toutefois, depuis quelques années, une amélioration des ressources humaines en santé s'acquiert à travers la formation, le recrutement, le renforcement des compétences et des mesures d'incitation. Ainsi, l'année 2007<sup>(Annuaire, 2007)</sup> enregistre en terme de formation continue des prestataires au sein des centres de référence : 58,5% pour la PTME, 52,8% le VIH/SIDA, 50,9% la prévention de l'infection, 45,3% le Partogramme, 43,4% les SONU, et 41,5% pour la communication interpersonnelle/counselling. Les thèmes, tels la PCIME (17%), la Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes -SRAJ- (11,3), le Système d'Information et de Gestion de la Logistique contraceptive - SIGL - (3,8%) ont été très peu couverts. Nonobstant l'insuffisance des effectifs, le secteur public de la santé doit faire de plus en plus face à la fuite de son personnel vers le privé ou les organismes et institutions.

#### **4. Les médicaments et consommables médicaux**

Le tableau de bord santé affiche une disponibilité 94,5% en 2007 pour les 10 molécules essentielles n'ayant pas subi de rupture. Pourtant, la disponibilité des médicaments et consommables de la SR reste encore insuffisante à des proportions diverses dans toutes les régions sanitaires. En effet, 67,9% des formations sanitaires ont enregistré des ruptures au cours des 12 derniers mois précédant l'analyse situationnelle des services de la santé de la reproduction.

Les régions sanitaires des Cascades et des Hauts Bassins en sont les plus affectées avec respectivement 90% et 78,6% pendant que l'Est avec 37,5% de rupture est la moins touchée.

Les kits IST (33,1%), le SRO (20%), les produits injectables (16,4%) sont les plus absents alors que les kits pour césarienne et le Mébendazole sont les plus disponibles. Concernant les contraceptifs, ceux oraux (94,3%) et injectables (90%) sont disponibles alors que les autres types: condom masculin (58,6%), implants (46,1%), condoms féminins (13,6%), DIU (13,9%), spermicides (2,5%) sont peu disponibles dans la majorité des formations sanitaires. Les fongibles médicaux quant à eux se retrouvent à plus de 70% pour l'ensemble des formations sanitaires. Il s'agit pour les plus disponibles notamment des : seringues et aiguilles jetables (97,1%), compresses stériles ou écouvillons stériles (95%), gants d'exams (91,8%), les gants chirurgicaux (87,1%), kits pour perfusion et fils pour ligatures du cordon (85,4%), bandelettes pour test d'albumine (80,4%), carnets de soins

prénatals et enfin des dossiers maternels vierges (77,1%). Les fongibles très peu disponibles sont les kits d'oxygène, les poches de sang, les kits pour transfusion.

Cette situation est en partie le résultat d'une mauvaise gestion des stocks. Ainsi, même si 53,6% des FS font leurs commandes à intervalles réguliers ou 42,1% à l'atteinte du seuil de sécurité ; 2,9% ne lancent leurs commandes que si il y a rupture.

## **II. Les politiques et stratégies mises en place autour, de la santé des enfants et des femmes**

Il s'agit des plans, programmes et projets mis en place afin d'offrir des services spécifiques destinés aux mères et enfants. Les directions concernées sont : la Direction de la Santé de la Famille (DSF), la Direction de la Prévention par les vaccinations (DPV), la Direction de la Nutrition (DN), la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). La Direction Générale de la Santé assure la coordination de l'ensemble de ces directions centrales.

Des rencontres semestrielles de concertation réunissant des acteurs de la santé de la reproduction, du ministère de la santé et du comité de suivi de la vision 2010 sont régulièrement organisées. Enfin, il est aussi important de relever l'implication significative de la société civile par les ONG et Associations, des Partenaires Techniques et Financiers à travers les cadres de concertation.

### **1. D'un point de vue planification nationale et sectorielle**

Nombreux sont les documents de planification des interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant du ministère de la santé. Le PNDS est le guide de la politique sanitaire au Burkina Faso il couvre, la période 2001 à 2010. Version revue à mi-parcours, le plan 2006 – 2010 du PNDS a adopté une liste d'interventions de santé à haut impact sur la population appelées interventions à gain rapide (IGR) sur les grandes problématiques que sont notamment le SIDA, le paludisme, la santé de la mère et de l'enfant et la nutrition.

Par ailleurs, les réformes gouvernementales du processus budgétaire ont permis l'élaboration du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT). Le CDMT-Santé, récemment actualisé pour la période 2008-2010, représente un instrument de programmation budgétaire mais surtout le cadre d'amélioration de la répartition des ressources entre les différents niveaux du système de santé.

Enfin, dans l'optique d'accélérer les efforts vers l'atteinte notamment de l'OMD 4 relatif à la réduction de la mortalité infantile et l'OMD 5 relatif à la réduction de la mortalité maternelle, le Ministère de la Santé du Burkina Faso envisage d'utiliser l'outil de planification stratégique et de budgétisation « *Marginal Budgeting for Bottlenecks* » (MBB). Dans un autre chapitre, nous résumerons les résultats de l'application de MBB pour le Burkina, en tirerons les enseignements et en dégagerons les limites.

## **2.Stratégies commune à la santé du couple mère-enfant**

La (DSF) est la direction charnière chargée de concevoir, planifier, coordonner, suivre et évaluer l'exécution des programmes de santé relatifs à la santé de la mère, de l'enfant et du couple mais aussi de la reproduction. Ses actions sont soutenues par d'autres directions. Les stratégies communes relatives à la santé des mères, enfants ou du couple mère-enfant sont les suivantes :

### **a.La vaccination**

A travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV), un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé, la vaccination est mise en œuvre par la DPV (Direction de la Prévention par les Vaccinations). La surveillance des maladies cibles du PEV, la vaccination de routine, la vaccination supplémentaire sont les activités courantes. Ces dernières ont été renforcées amenant les taux de couverture à un niveau satisfaisant de 89% environ (2006) <sup>(Annuaire, 2007)</sup>. Au regard des interventions planifiées (référé PPAC-PEV<sup>2</sup> 2006-2010) et des performances actuelles du PEV, les objectifs de couverture vaccinale seront pleinement atteints d'ici 2010. L'enjeu majeur serait de maintenir le niveau de résultat jusqu'en 2015 pour espérer obtenir l'impact souhaité en termes de réduction des morbidités et des mortalités dues aux maladies cibles du PEV.

### **b.La lutte contre la transmission Mère Enfant du VIH**

Le programme national PTME/ VIH est en cours depuis 2001 au Burkina Faso a été évalué en 2005 puis révisé en 2006. Il prend en compte :

- la prévention primaire de l'infection à VIH,
- la prévention des grossesses non désirées surtout chez les femmes séropositives,

---

<sup>2</sup> Plan Pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination

- la prévention de la transmission du VIH par des mères infectées à leurs nourrissons,
- les conseils et le soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant et les soins aux femmes, à leurs bébés, à leurs conjoints et à leurs familles.

En dépit de la couverture nationale satisfaisante au niveau des districts (82%), les services ne sont disponibles que pour 211 formations sanitaires sur les 1 172 (soit 21,33%).

### **c. La lutte contre le paludisme**

Ce fléau bien que relativement maîtrisé demeure une priorité de santé publique. Le programme national de lutte contre le paludisme mis en place prévoit une réduction globale de 50% la mortalité et la morbidité d'ici fin 2010 par rapport à son niveau de 2000.

Malgré les difficultés de financement qui se posent quant à la disponibilité et l'accessibilité financière notamment des MII et des ACT, une attention particulière est accordée aux groupes vulnérables tels les mères et les enfants. C'est ainsi qu'un accord de financement a été conclu en 2006 avec la Banque Mondiale pour assurer en partie la disponibilité des ACT pour les enfants de 0 à 5 ans pour une période de 2 ans.

## **3. Stratégies relatives à la santé maternelle et néonatale**

Elles concernent :

### **a. La maternité à moindre risque**

La mortalité maternelle en 2015 devrait être de 142 pour 100 000 naissances vivantes selon les cibles des OMD (réduction de ¾ de la mortalité maternelle de son niveau de 1990 où elle était de 566 pour 100 000 naissances vivantes).

Pour ce faire, une première stratégie nationale pour une maternité à moindre risque a été mise en place pour la période 2004-2008. Elle a permis de développer et de mettre en place les Soins Obstétricaux essentiels (SOE), les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence à travers un paquet d'interventions (préventives, curatives et promotionnelles).

Son évaluation finale n'est pas encore effectuée mais la tendance ne semble pas favorable à l'atteinte de l'objectif de départ c'est-à-dire réduire de 30% la MM pour

2008. En effet, les interventions clés n'ont pas atteint une qualité et une couverture satisfaisantes à l'échelle nationale. Aussi, ce plan ne prévoyait pas explicitement la mise en œuvre des interventions de subvention des prix de certaines prestations (accouchements, SONU...) justifiant l'élaboration d'un 2<sup>nd</sup> plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2010.

### **b. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale**

Il s'agira par des IGR, de ramener d'ici 2015 le ratio de MM à  $\frac{3}{4}$  de son niveau de 1990, autrement d'obtenir une MM à 142 naissances vivantes et une MNN à 22‰NV. Pour ce faire, un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a été mis sur pied. Il ne prend pas en compte la santé infanto-juvénile.

Les interventions cibles retenues avec les niveaux d'objectif sont les suivantes :

- Rendre disponibles et accessibles les SONUB de qualité dans 80% des formations sanitaires de premier niveau et les SONUC de qualité dans 100% des structures de référence (CMA, CHR, CHU) du secteur public ;
- Augmenter le taux d'accouchements assistés de 50% à 80% ;
- Augmenter le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30% ;
- Accroître la participation des individus, des familles et des communautés dans la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale au niveau des 55 districts sanitaires du pays.

Toutefois, certaines interventions efficaces ne sont pas disponibles sur tout le territoire (prise en charge des éclampsies avec le sulfate de magnésium, l'utilisation de la ventouse ou des forceps et des ocytociques dans les CSPS...).

### **c. La sécurisation de produits contraceptifs 2006 - 2010**

Au lendemain de l'analyse de la situation sur la sécurité des produits de SR au Burkina Faso en 2005, la mise en place d'un plan de sécurisation des produits contraceptifs (SPSR 2006-2010) s'est imposée. Il consiste à rendre le système national d'acquisition et de gestion des produits contraceptifs plus performant et autonome donc capable d'assurer la Sécurisation des approvisionnements. Ceci dans le but de garantir la pérenne disponibilité des produits contraceptifs et l'offre de services de qualité dans le domaine de la contraception. En outre, un effort de pérennisation du financement est fait à travers plusieurs mécanismes tels que la

création d'une ligne budgétaire spécifique aux contraceptifs dans la loi de finances, la diminution des taxes douanières sur les produits contraceptifs et le recours à des fonds spéciaux, etc.

#### **4.Stratégies relatives à la santé des enfants**

Sont prises en compte :

##### **a.Les maladies de l'enfant**

La stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), adoptée depuis 1999 au Burkina, couvrait 65% des districts sanitaires et 35% des formations sanitaires en 2006. Cinq pathologies, des plus meurtrières chez enfants de moins de 5 ans en sont les cibles. Ce sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la rougeole et la malnutrition.

##### **b.La santé des jeunes**

Le taux élevé des grossesses précoces et/ou non désirées, les avortements clandestins, les IST/VIH/SIDA, la forte fécondité sont des phénomènes importants qui affectent négativement le niveau de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Ceci justifie l'élaboration du plan stratégique de santé des jeunes dans le PNDS pour la période 2004-2008. Les interventions se situent à tous les niveaux du système de santé y compris le milieu communautaire. Seulement, la mise en œuvre est confrontée à des difficultés, tout autant liées, au manque de ressources qu'à l'insuffisance de priorité accordée à la santé des jeunes.

##### **c.La nutrition**

Afin de régler les problèmes de santé liés à la nutrition, la Direction de la Nutrition dispose d'une politique nationale, d'un plan d'action national et d'autres documents techniques d'orientation en matière de nutrition. Toutefois, leur connaissance pour les acteurs de terrain reste insuffisante de même, les activités de promotion, de surveillance et de récupération nutritionnelle sont peu développées dans les formations sanitaires.

*D'une manière générale, il ressort que les prestations les plus offertes par l'ensemble des CSPS sont la consultation prénatale, la vaccination (mère/enfant), la thérapie de réhydratation orale, la contraception, l'IEC/ PF et les soins post-partum. Par contre la prise en charge des IST/SIDA chez les femmes, la PCIME, la*

récupération nutritionnelle, la PTME/VIH sont moins disponibles. De même, la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH (40,7%), le diagnostic de laboratoire des IST autres que le VIH (46,3%) sont moins offerts dans les centres de référence.

### III. PROBLEMES LIÉS À L'OFFRE

#### 1. La taille

Malgré les efforts enregistrés dans l'offre de santé en général, il ressort une insuffisance des effectifs que se soit en RH, en infrastructures qu'en matériels. Mais la grande difficulté réside dans la mauvaise répartition des ressources. Par exemple, la grande concentration du personnel dans les centres urbains pose un problème d'équité. Certes l'Etat a fait beaucoup d'efforts pour régler cette question à travers une régionalisation du recrutement de certains corps de métiers, des primes d'incitation pour le personnel qualifié travaillant en zone rurale mais beaucoup reste à faire. Assurer la présence du staff au niveau périphérique garantira davantage une offre de qualité dans le domaine. On note également, une nette amélioration d'un point de vue adaptation et adéquation du paquet de prestations offertes.

#### 2. La disponibilité

D'une manière générale, **la disponibilité des équipements et du matériel technique** pour offrir des soins de qualité aux enfants et leurs mères est insuffisante. La disponibilité des équipements de base <sup>(ASSSR, 2006)</sup> dans les centres de référence, et encore plus dans les CSPS n'est pas totale. Il ressort qu'au moins 10% des FS de base ne disposent pas du matériel primaire pour offrir un service de qualité surtout dans la prise en charge des accouchements. S'il est disponible, ce matériel surtout les équipements lourds présentent une fonctionnalité souvent peu satisfaisante. Des efforts dans l'acquisition, la gestion et particulièrement la maintenance des équipements et du matériel durables doivent être renforcés à tous les niveaux du système de santé.

**La disponibilité des ressources humaines**, qualifiées pour l'exécution des services en faveur de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile est insuffisante sur l'ensemble du territoire, en dépit des zones de concentration du personnel de santé (villes). De plus face à une supervision mais surtout à une

motivation insuffisante, on assiste à la « fuite » du personnel en faveur du secteur privé ou des institutions. Ces phénomènes de transvasions constituent une menace sérieuse pour le système de santé.

**Les médicaments et produits** en SR sont globalement et insuffisamment disponibles à divers degrés. Cette situation s'explique notamment par la mauvaise gestion des stocks en matière de commande, de formation/recyclage, de supervision et de contrôle des médicaments et consommables.

Enfin, la constante amélioration des **prestations offertes** constitue l'atout majeur de ce système de santé même si la disponibilité géographique de certains services reste encore à améliorer. Par exemple, les SONU complets de qualité ne sont pas suffisamment disponibles de façon continue dans les centres de référence. Ainsi, la couverture peu satisfaisante des IGR associée à la disponibilité continue en qualité incomplète de certaines prestations constituent un frein à l'offre de soins.

### **3.L'accessibilité**

En 2004, il fallait parcourir en moyenne 8,34Km pour accéder à une formation sanitaire. Cette distance déjà réduite à 8,19KM en 2005 est actuellement estimée à 7,69KM pour une population moyenne de 9876 habitants/FS ou de 191074hbts/CMA/CHR <sup>(Annuaire, 2007)</sup>. Cette distance moyenne cache d'énormes disparités vu que le Rayon Moyen d'Accès Théorique (RMAT) varie de moins d'un (1) à plus de 17,39 Km. Toutefois, l'évolution de la moyenne RMAT du pays démontre un effort dans l'amélioration de l'**accessibilité géographique** sanitaire au niveau national et les perspectives s'annoncent également meilleures au regard de la mise en œuvre des projets de constructions d'infrastructures sanitaires. D'un autre côté, le sous équipement comme l'absence de certains types de services ou de compétences, répertoriés plus haut, entravent significativement l'accès aux soins. Ces situations obligent de parcourir une plus grande distance voire de recourir à d'autres solutions en cas de besoin.

Du point de vue **accessibilité financière**, un effort considérable à été enregistré depuis quelques années en faveur des plus vulnérables. En ce qui concerne les mères et les enfants, des mesures axées sur la réduction voire la suppression des prix des interventions préventives (vaccination, CPN, accouchement, moustiquaires, soins aux enfants de 0 à 5 ans), le renforcement de la disponibilité

continue des médicaments essentiels, vaccins et consommables et sur le renforcement de la disponibilité en sang et en moyens de dépistage rapide du VIH. Ainsi l'accouchement et les SONU sont fortement subventionnés tandis que la CPN et la vaccination sont quasiment gratuites. Cependant, du fait du faible revenu et du coût élevé de la vie, l'accès aux soins demeure un luxe pour les familles les plus pauvres. Toutefois, les résultats de l'enquête sur les conditions de vie<sup>1</sup> (EBCVM, 2005) montrent un niveau d'appréciation général des coûts des services acceptable à 85,8% alors que 11,6% des clients les trouvent chers ou trop chers (ASSSR, 2006).

#### **4.L'acceptabilité**

Si les croyances culturelles posaient jadis un problème à l'accès aux soins, leur impact n'est toujours pas négligeable puisqu'elles retardent souvent le recours aux soins sinon favorisent la négligence voire l'arrêt des traitements.

Concernant le temps d'attente dans les FS, il a été jugé raisonnable à 72% pour une durée moyenne de consultation de 15 à 20 minutes (ASSSR, 2006).

#### **5.L'utilisation**

Les centres hospitaliers sont particulièrement sollicités en milieu urbain tandis qu'en milieu rural, les marabouts et les guérisseurs sont le choix de prédilection. En fait, la principale limite à la consultation est l'absence d'expression du besoin de soins ressenti sinon, le coût des prestations de soins estimé élevé ou encore l'éloignement des FS. Dans tous les cas, le recours à la médecine moderne se fait préalablement dans les CSPS (ASSSR, 2006).

La connaissance des services offerts en matière de PF n'est pas réellement un frein à l'utilisation des soins puisque au moins 4 personnes sur 5, tous sexes confondus, connaissent un endroit où se procurer une méthode de PF. Par contre, les structures de dépistage du VIH sont moins connues des populations (19,8 %) (ASSSR, 2006).

Par ailleurs, la qualité perçue des soins par les clients est un facteur composite qui influence beaucoup l'utilisation des services. Les enquêtes démontrent que la qualité des soins évoqués est jugée faible par les populations (Soua, 2007).

D'un point de vue global, le concept d'accessibilité avec ses composantes géographique, financière et culturelle détermine largement le niveau d'utilisation

---

<sup>1</sup> NB : il s'agit d'une enquête partielle qu'il serait hasardeux d'étendre les résultats à la population globale

des services de santé pourtant, seuls les déterminants géographique et financier sont évoqués au cours des enquêtes.

#### **IV.CONTRAINTES LIES A L'OFFRE**

Le défaut de fonctionnalité, d'entretien et d'équipement des infrastructures sanitaires constitue une faiblesse majeure de l'offre de soins au Burkina comme le soulignent les résultats ci-dessous sur l'adaptation des infrastructures pour l'offre de santé de la reproduction (ASSSR, 2006).

- D'une manière générale, les FS étaient bien aérées (72,4%) et propres (70, %) mais moins bien éclairées (58%). La discrétion est respectés 57,6% pour le regard et à 56, 3% pour l'écoute.

- Concernant l'approvisionnement en eau potable, certaines structures sont dépourvues de sources d'eau fonctionnelles mais dans l'ensemble 82,1% des FS en possédaient. Ces sources se répartissent en 26,1% d'eau courante, 50% de puits situés à moins de 50 mètres et 3% de forages.

- Les salles d'accouchement sont fonctionnelles pour la plupart des FS (84%) et seulement 53,1% des salles sont équipées en dispositifs d'évacuation des eaux usées.

- Des toilettes/latrines fonctionnelles sont disponibles entre 52,2% à 94,4% selon les régions soit en moyenne 80% des FS. Aussi peu de FS sont pourvues d'un système de traitement des déchets (60,5%).

Il ressort globalement que les infrastructures d'offre de services de SR sont faiblement adaptées du point de vue de la disponibilité des commodités tant pour les besoins du prestataire que ceux des bénéficiaires.

Pour ce qui est des prestations de soins, il n'existe pas encore de paquet complet de soins dans le cadre des différentes IGR au Burkina Faso. Même si quelques expériences isolées sont en cours, le concept de continuum des soins au niveau district pour les IGR dans la réduction de la morbi-mortalité des mères et enfants gagnerait à être développé de manière effective. Si la mise en œuvre des IGR est aujourd'hui définie selon les niveaux de référence pour un meilleur suivi évaluation des interventions, il demeure essentiel de :

- améliorer la couverture nationale des IGR
- renforcer et bien organiser les activités communautaires

- déterminer et mobiliser les coûts additionnels nécessaires à la réalisation des IGR,
- assurer le suivi et l'évaluer l'application de ces interventions
- pourquoi pas, estimer leur impact théorique.

En matière de SOE ou mieux de SONU, les taux de couverture des prestations restent faibles et leur qualité insuffisante. La mise en œuvre systématique et généralisée des nouvelles techniques de soins comme l'AMIU (aspiration manuelle intra-utérine), l'utilisation des ocytociques, du sulfate de magnésium pour le traitement des éclampsies, n'est pas toujours disponible de façon effective. De même la disponibilité non permanente du sang pour les transfusions sanguines dans les FS est une contrainte non négligeable.

D'un autre côté, la formation des prestataires intervenants dans la santé maternelle et infantile pour la mise en œuvre des IGR est parfois incomplète et pas totalement répandue. Améliorer la qualité de l'offre de soins au Burkina ne sera pas aisée considérant les effectifs insuffisants et la répartition inadéquate du personnel médical. Aussi, en comptant sur le financement de la santé encore en dessous des espérances et surtout dans un contexte de croissance économique très faible, l'atteinte des objectifs serait difficilement envisageable.

Définir les efforts nécessaires pour espérer atteindre une offre idéale ne peut cependant se passer de la détermination du niveau des besoins donc de la demande.

# Quatrième Partie

## Analyse de la demande de soins en santé maternelle et infantile

## I.LA DEMANDE DE SOINS : GENERALITES

### 1. Notions essentielles

Le système de santé, par excellence regroupe les activités de lutte contre les maladies à travers des produits appelés prestations de soins qui sont curatives, préventives et promotionnelles. Il s'agit aussi bien de prestations offertes à titre individuel que collectif comme les activités de prévention collective concernant l'hygiène du milieu ou l'éducation sanitaire. Mais pour que ce dispositif fonctionne, il faudrait d'abord que le besoin d'y recourir existe puis se manifeste. C'est l'expression de ce recours ou manifestation du besoin qui nous conduit à la notion de demande de soins. Il est donc important de définir et circonscrire les termes suivants :

#### ❖ Les « besoins » de santé

Ils induisent les besoins de soins et peuvent se définir en santé publique, comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants. Les quantifier revient à mesurer en toute rigueur un état de santé souhaité, donc à établir un système de référence. En général, les indicateurs de mortalité, sont les principales données utilisées pour illustrer les besoins de santé mais ces derniers n'ont de sens que pour les pathologies graves. Il suffit de comparer le classement des causes de mortalité et celui résultant des estimations en années de vie perdues, ou des principales causes de morbidité, pour illustrer cette évidence <sup>(Cases, 2004)</sup>. En effet, les indicateurs de mortalité et de morbidité abordent la santé au travers de l'absence de maladies alors que le modèle de l'OMS\* comporte une analyse des variables socio-économiques, des indicateurs de mode de vie et notamment des comportements préjudiciables à la santé d'où les indicateurs de qualité de vie, de santé « perçue » et de bien-être.

La quantification des besoins de santé ne se heurte pas seulement à la difficulté de fixer une référence de santé souhaitée, mais aussi à la difficulté de quantifier l'état de santé des populations dans toutes ses dimensions, avec tous les facteurs explicatifs souhaitables dans un modèle élargi des déterminants de santé.

On peut alors songer à évaluer directement des besoins par :

➤ le recours aux experts (normes)

➤ l'expression directe des besoins par la population d'où **la notion de besoins ressentis** par la population. Il ne s'agit plus de définir un état de santé normatif. En pratique, cette méthode occulte systématiquement les besoins de prévention dont la demande résulte d'une approche collective de la santé publique, habituellement peu souvent exprimée par les individus. Elle est moins précise car on sait que la perception des problèmes de santé varie, à une même date, selon l'âge, mais aussi selon le milieu social.

➤ l'approximation plutôt indirecte faite sur la base de la consommation observée des soins d'où **la notion de besoin exprimé**. Cependant, il peut arriver qu'il n'existe aucune réponse, sanitaire ou autre, à un besoin exprimé, comme c'est le cas pour certaines maladies génétiques. D'autre part, un problème de santé exprimé ne se traduit pas nécessairement par un besoin de soins, ou en tout cas par un recours effectif aux soins de la part de ceux qui l'expriment, ce qui pose problème lorsqu'on veut utiliser cette approche des besoins pour planifier l'offre... cette méthode s'appuie sur les taux de couverture qui suppose la connaissance du nombre de bénéficiaires des soins adéquate (observé au niveau des FS) et l'estimation des besoins de la population.

➤ enfin, les besoins de santé sont parfois assimilés à la demande effective de soins, c'est-à-dire à une consommation de soins révélée et solvabilisée. On procède alors, de fait, à une double assimilation : celle des besoins de santé aux besoins de soins et celle des besoins de soins aux recours effectifs de soins. Cette méthode paraît contestable quant à son principe, car elle peut conduire, à l'extrême, à n'estimer les besoins que là où il y a ensuite une offre, ou bien à oublier les besoins des populations qui ne recourraient pas aux soins pour des raisons de précarité financière ou sociale. Dans la pratique, c'est pourtant une méthode fréquemment utilisée. Toutefois, cette mesure des besoins par la consommation se révèle tout à fait adaptée quand le recours au système de soins est quasi-systématique.

#### ❖ **La demande potentielle et la demande effective**

Dans la pratique, concernant les soins préventifs, les besoins donc la demande potentielle s'évalue à travers la population cible (nombre d'enfants de 0 à 1 an, femmes enceintes, etc...). Par contre, dans le domaine des soins curatifs, l'évaluation des besoins de soins nécessite une estimation de la morbidité



« objective ». Désignant la fréquence effective des maladies dans la population, indépendamment du fait qu'elles soient prises en charge par le personnel soignant, voir même qu'elles soient ressenties par la personne, n'est pas bien connue, car elle nécessite des enquêtes<sup>8</sup>. Cette morbidité induit la demande potentiellement existante de soins.

La morbidité « diagnostiquée » assimilable à la demande effective de soins au niveau des formations sanitaires ne mesure que les besoins couverts. Elle est sensiblement assimilée à la morbidité « ressentie », qui désigne la fréquence des maladies ressenties comme telles par la population, maladies diagnostiquées au niveau des personnels soignants.

Toutefois, si on peut penser que la morbidité objective ne change pas alors que le taux d'utilisation des formations sanitaires augmente, on peut en déduire que les besoins sont globalement mieux couverts (Lafarge, 2008). Or, les besoins de soins seront couverts lorsque tous ceux qui en ont besoin, bénéficient des prestations appropriées à leurs besoins et la couverture des besoins de soins optimale lorsque l'offre de soins peut être considérée comme optimale et accessible. Mais la disponibilité d'une offre si optimale (soins les plus utiles, de qualité, et produits au moindre coût) soit elle, ne garantit pas une couverture optimale des besoins de soins. Encore faut-il qu'aucun obstacle n'entrave l'accessibilité des soins.

Enfin, même si la demande s'adresse logiquement à la structure de soins accessible et perçue comme la plus performante, la réponse aux besoins de santé s'étend en réalité hors du champ sanitaire, intégrant entre autres l'aménagement de l'environnement physique ou social, l'éducation,, mesures qui sortent à l'évidence du champ de la planification sanitaire.

Pour notre part, il s'agira de relever le niveau global de satisfaction par rapport aux besoins réels de soins maternels et infantiles également de souligner les contraintes liées à l'optimisation de l'utilisation de ces soins. Ce qui nous permettra plus tard de montrer dans quelles mesures le Burkina pourrait satisfaire les besoins réels donc mobiliser une demande effective maximale pour notre cible. En effet l'outil que nous utiliserons pour la simulation, MBB, utilise les taux de couverture effectifs (% des besoins couverts) donc part de la demande effectivement existante, optimise l'offre de soin dans le but de relever ce niveau de demande effective à celui d'une demande effectivement souhaitable c'est-à-dire la demande potentielle

ou optimale. Il faut noter que la notion de demande potentielle est nettement plus large puisqu'elle prend en compte les besoins non ressentis et ceux non exprimés qui pourtant existent. A l'opposé de la demande effective qui s'assimile simplement à la capacité réalisée de recours, d'où l'étroite relation avec le « willingness to pay », la demande potentielle de soins inclue toute volonté ou besoin de recours non encore satisfaits. Cependant, force est de reconnaître que la consommation de soins ne peut couvrir tous les besoins de soins, parce que ces soins nécessiteraient plus de ressources qu'il n'y en a de disponibles.

D'un autre côté, le procédé (MBB) implique une demande pour laquelle les contraintes d'accès aux soins particulièrement financière sont annihilées, mais sachant que la notion demande en économie est toujours liée à la capacité à payer, donc loin de l'équité, les solutions futures devraient intégrer les moyens d'endiguer l'incapacité financière d'une certaine catégorie de la population.

En conséquence, nous partirons du postulat selon lequel <plus la consommation des prestations sera optimale, c'est-à-dire couvrira de façon efficiente les besoins réellement existant, plus le SS du Burkina tendra vers sa finalité qui est de réduire l'impact des maladies sur le bien-être des populations> donc, plus le système de santé sera performant.

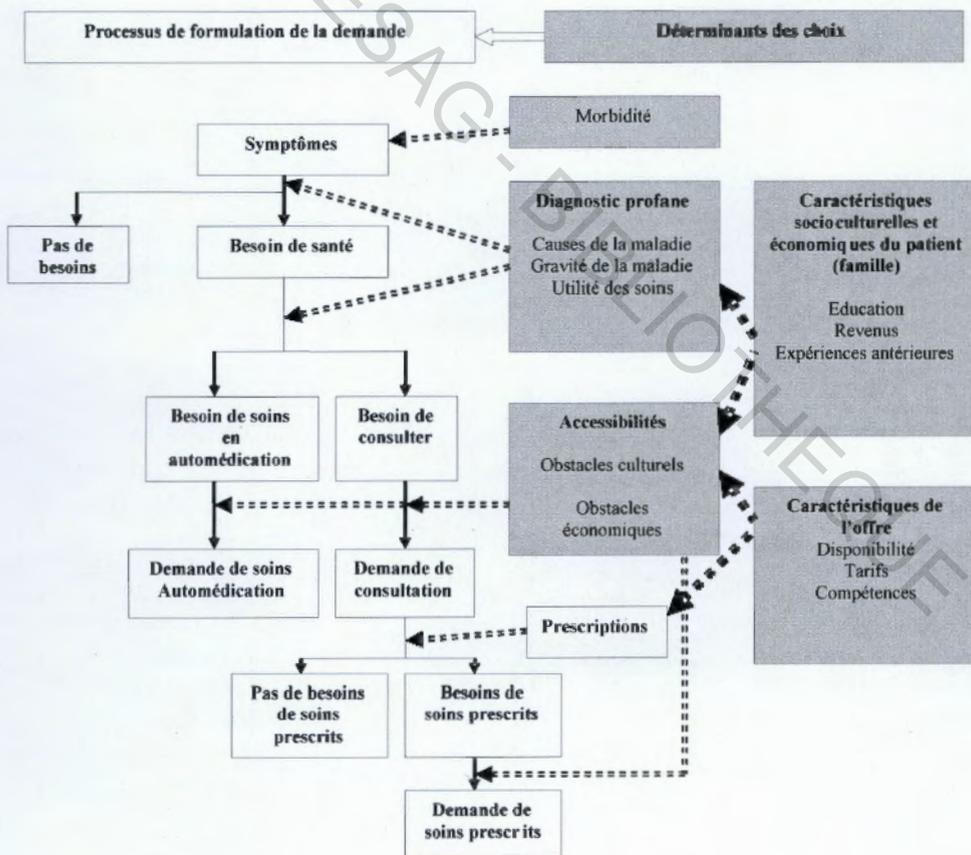
## **2. En quoi va consister l'utilisation des soins ?**

Recourir à, se servir, employer, user de, disposer de... toutes ces expressions sont autant de synonymes qui décrivent chacun, adapté au contexte de la santé, un aspect de l'utilisation de l'offre de soins. Selon Fournier en 1995 et Haddad en 2004 <sup>(Haddad, 2004)</sup> et Fournier <sup>(Fournier, 1995)</sup>, appuyé par Soura en 2002, la difficulté résiderait, pas au niveau de la simple définition du concept, mais plutôt au niveau du processus qui conduit les populations à utiliser les services de santé. L'utilisation serait donc un phénomène perçu comme la résultante d'une démarche qui conduit une personne ayant un problème de santé à s'adresser à une ressource de santé. Considérons l'utilisation de soins comme un processus complexe de plusieurs étapes qui se regroupent en 2 composantes : la **demande de soins** et la **consommation du service de santé** qu'il soit moderne, traditionnel, auto-prescription (automédication)... l'objectif est la satisfaction du besoin de santé.

La demande ou le recours aux soins se matérialise par l'aboutissement du processus qui conduit le patient à se présenter au de service de santé. Tout part

d'une stimulation physiologique, psychologique ou fonctionnelle qui engendre l'émergence du besoin de santé ressenti dans ce cas et par ailleurs influencé par des caractéristiques démographiques. Prenant conscience d'un potentiel bénéfique et considérant son pouvoir économique, un besoin de services de santé ou « besoin exprimé » apparaît. Le patient, va alors identifier les services possibles, choisir le prestataire qui lui convient en tenant compte de l'offre de soins (disponibilité, accessibilité, qualité de soins...) du coût d'opportunité et de sa localité. Si toutes les conditions sont réunies y compris les moyens financiers, il se présentera dans le service de son choix pour bénéficier de soins d'où la demande. Le graphique ci-dessous, tout en mentionnant quelques facteurs déterminants les choix, retrace les étapes du processus de la demande.

Figure 5: Processus de la demande et déterminants



SOURCE : Lafarge, note de cours 2008

Toutefois, l'accès au service de santé ne garantit pas la consommation des prestations qui est perçue comme « l'usure ou la destruction de biens et services » en vue de la satisfaction du besoin de santé actuel et/ou potentiellement

envisageable dans l'avenir. La consommation des produits de santé est supposée entraîner la guérison donc améliorer le bien-être du requérant ; dans tous les cas elle correspond au suivi complet de l'itinéraire thérapeutique engendrant la guérison effective. Elle peut tout aussi bien revêtir un caractère privé/ individuel c'est à dire qu'elle est réalisée à partir du revenu personnel et porte sur des biens et services achetés sur « le marché » ou alors un caractère publique/ collectif portant sur des biens et services fournis par l'Etat. La poursuite de l'itinéraire thérapeutique sera soumise à la même séquence décisionnelle et sera fortement influencée par l'interprétation des résultats antérieurs. Ce qui explique que le processus peut à tout moment, pour une raison ou une autre, s'interrompre comme nous le verrons plus bas avec l'influence des déterminants de l'utilisation des soins.

Enfin, vu que toutes les demandes ne peuvent être satisfaites, en raison de la rareté des ressources, le processus de demande est donc considéré performant lorsque la demande formulée porte sur les produits les plus utiles donc sur ceux qui améliorent le plus le bien-être (**efficience allocative**). De même, la consommation de soins peut-être considérée comme optimale lorsqu'elle améliore le plus possible le bien-être des consommateurs, finalité du système de santé. En ce sens, elle se doit de couvrir le plus largement possible les besoins, compte tenu du montant des ressources que la nation consacre au secteur sanitaire. Ainsi, si chaque prestation est fournie à moindre coût (**efficience productive**), il n'y aura alors pas de ressources utilisées inutilement, alors qu'elles auraient pu être utilisées pour des prestations supplémentaires.

En somme, si la demande doit s'orienter vers les produits les plus utiles, l'offre doit les produire et les distribuer de manière efficiente <sup>(Lafarge, 2008)</sup>.

### **3.Facteurs influençant la demande de soins**

L'intérêt des économistes pour le concept « demande des soins » et ses déterminants datent des années 60, où l'estimation de la demande pour les services de santé se résumait alors à une modélisation simple calquée sur l'hypothèse de maximisation de l'utilité. Autrement, la demande pour un service de santé particulier, se mesurait par le nombre de visites des hôpitaux qui étaient supposées dépendre du prix de ce service, du prix des services alternatifs, du revenu des ménages et de leurs goûts et préférences. Cette formulation excluait de l'équation de demande le coût du temps associé à l'utilisation des services de santé et des caractéristiques démographiques du patient à savoir l'âge, le sexe,

l'éducation, bien que ces variables aient toujours été considérées comme des déterminants importants dans l'utilisation des services de santé<sup>(Mwalu, 1993 ; Soura, 2002)</sup>.

Pour ce qui nous concerne, il ne s'agit pas de démontrer encore une fois les différents déterminants de l'utilisation des soins, tâche forte ambitieuse du moment qu'il s'avère extrêmement difficile de réunir tous ces facteurs dans une seule étude. Il s'agira simplement de relever à travers la littérature et surtout parmi les études faites dans le pays et concernant le sujet, les principaux déterminants agissant sur l'utilisation des soins maternels et infantiles. Ce qui par ailleurs nous permettra d'analyser les conditions et limites d'une utilisation adéquate des services offerts aux mères et enfants du Burkina Faso.

Fournier et Al.<sup>(Fournier, 1995)</sup> décrivaient 3 groupes de facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement : les caractéristiques individuelles, la maladie et ses perceptions, les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients (Annexe1). A son image, trois grands types de facteurs ont été retenus comme déterminants la consommation privée en général<sup>(Sall, 2008)</sup>. Ce sont les facteurs:

- psychosociologiques : goûts des consommateurs induits par les habitudes, les traditions et mœurs, le lieu d'habitation (urbain ou rural), les actions de persuasion commerciale des vendeurs ....
- économiques : importance des revenus des consommateurs et les prix des biens.
- socio-économiques ou place des individus dans la production et par conséquent l'importance du revenu dont ils disposent.

Cependant, des études récentes portant sur le sujet mettent en évidence 7 catégories de facteurs influençant la demande de santé dans les Services publiques, privés et traditionnel de Santé (Annexe 2). Plus tard, c'est à travers une analyse de ce modèle que nous ferons ressortir les contraintes liées à la demande adéquate des soins maternels et infantiles au Burkina.

Du résultat de nos investigations, nous retiendrons les influences suivantes sur l'utilisation des soins:

#### **a. Le revenu**

Il constitue une contrainte tant active des dépenses liées à la santé qu'à l'utilisation des services disponibles. En effet, les ménages les plus aisés sont les plus enclins à bénéficier d'une meilleure couverture médicale<sup>(Phelps, 1995)</sup> et malheureusement au

dessus d'un certain niveau de vie, sont les plus favorables à une dégradation de certains comportements liés à la santé tels que l'allaitement maternel (Davanzo, 1995 ; Genberg, 1995). Par ailleurs, l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle élevée donc favorable à un meilleur revenu améliore la demande de consultation.

### **b.L'éducation**

L'accès et l'acquisition de l'information modifient positivement les préférences donc l'utilisation des services sanitaires parce que affectant les comportements sanitaires des ménages, plus particulièrement ceux des femmes. Comme le souligne Genberg en (1995), l'information assure dans le sens d'une meilleure santé spécifiquement par l'amélioration des soins donnés aux enfants. Elle permet le recul de l'attitude fataliste face à la maladie et une plus grande propension à utiliser les services de santé disponibles.

En outre, le niveau d'éducation demeure une variable constante qui modifie la demande de soins (Phelps, 1995 ; Kila Wolo, 2002). L'éducation, sensée conduire à un meilleur emploi, par conséquent à un revenu au moins acceptable, aurait le pouvoir d'accroître la capacité de la demande de soins dans un souci de préserver son stock de santé (Phelps, 1995).

### **c.Les caractéristiques démographiques**

- **L'âge** : la santé se déprécie avec l'âge qui fait exiger plus de soins médicaux (Soura, 2002). Ce que démontre KLA WOLLO (2002) pour qui la probabilité de recourir aux soins augmente avec l'âge, le statut de s'être jamais marié et le niveau d'études supérieures. En dépit du fait que les enfants constituent une cible fragile, l'étude de Heller (1982) fait remarquer que « toute chose égale par ailleurs, les enfants de 0-4ans et les plus âgés donc les groupes dépendants ont le moins recours aux soins de santé externes et ceci en dépit de la morbidité présumée ».

- **La taille et composition du ménage** influencent l'utilisation des soins dans la mesure où les familles nombreuses sont plus susceptibles à consommer d'avantage de soins que les petits ménages. Néanmoins, du point de vue individuel, cette consommation est inversée.

D'autre part, il a été prouvé qu'une augmentation de 1% du nombre d'adultes entraîne une hausse de 0,45% de la probabilité de recourir aux services de soins modernes plutôt qu'au traditionnel (N'Guessan, 1997).

#### **d. Les prix**

La tarification des prestations (ou parfois le relèvement des tarifs), apparue avec l'Initiative de Bamako dans le but d'augmenter entre-autre la fréquentation des services à engendré l'effet contraire. Comme en témoignent les études de WADDINGTON<sup>(1989)</sup> au Ghana, de DE BETHUNE<sup>(1989)</sup> au Zaïre et de MATJI<sup>(1993)</sup> au Lesotho. Cependant, ces résultats sont nuancés du moment que les tarifs restent corrélés aussi bien aux revenus donc au pouvoir d'achat des populations qu'à la qualité des services offerts. Car, les effets négatifs des prix sur l'utilisation des services diminueraient avec l'amélioration de la qualité des soins<sup>(Mwabu, 1986)</sup> entraînant que la « barrière financière ne peut être levée (ou compensée partiellement) que par les autres gains qu'offrirait des soins de bonne qualité perçue »<sup>(Soura, 2002)</sup>.

#### **e. Les facteurs socio-économiques**

Nettement reliés au revenu, ils en constituent dans ce cas, la base déterminante. Car, même si un soin est reçu gratuitement, il a un coût pour le patient : coût d'opportunité. Ainsi, la diminution des temps d'attente et de déplacement de même que la guérison rapide contribueraient à diminuer le coût d'opportunité de la maladie tant pour le malade que son entourage. Ce qui reste à prouver selon Shaw<sup>(1995)</sup> pour qui, « ces changements » simulés n'aboutissent que rarement aux observations souhaitées. Il faudrait pour un paquet minimum de prestations dans d'un service de santé opérationnel et présentant une bonne efficience allocative, étudier voire mesurer la réaction des usagers. Malheureusement, ce type d'étude est difficilement réalisable vu son coût élevé.

#### **f. L'offre de soins de santé**

Comme vu précédemment, l'offre de soins très complexe dans sa structure et ses caractéristiques, constitue également un déterminant majeur de la consommation de soins par conséquent, de l'utilisation des services sanitaires. Il ne s'agit pas seulement qu'elle soit disponible elle doit également être accessible et de plus en plus de qualité. Aussi, le développement du secteur avec la concurrence croissante, exigent de l'offre quelle soit plus spécifique, plus humaine et de « nature commerciale » c'est-à-dire plus compétitive. En fait, l'efficacité du système de santé tout entier est plus en jeu que celle de la médecine d'ores et déjà prouvée.

## II. NIVEAU D'UTILISATION DES SERVICES ET CONTRAINTES

Dans la littérature, la distinction entre demande de soins, consommation de soins et utilisation des services n'est pas toujours faite. A la rigueur, ces termes sont utilisés comme synonymes ou alors, on a tendance à utiliser la consommation /utilisation des services comme "représentant" la demande. Nonobstant cette habitude, nous essaierons, conformément à la scission faite plus haut, de ressortir l'ampleur de chaque phase du processus de l'utilisation des services. Pour ce faire nous utiliserons entre autre des résultats d'une étude partielle effectuée dans le pays. Résumées dans l'annuaire statistique <sup>(RGPH, 2006)</sup> ces données, issues d'une enquête partielle, ne reflètent certes pas la stricte réalité mais suggèrent un niveau d'atteinte selon la rubrique (Annexe 3).

### 1. La demande pour le Burkina

A priori la demande existe mais dans la pratique il est difficile de la mesurer de façon directe. Il existe certes des méthodologies complexes pour la mesurer telle la capacité à payer ou "Willingness to Pay", "contingent valuation", etc. Cependant, il nous apparait que la situation socio-économique et sanitaire d'emblée pourrait suggérer un quelconque niveau de demande. Il s'agit là de l'idée, la tendance générale qui s'en dégage.

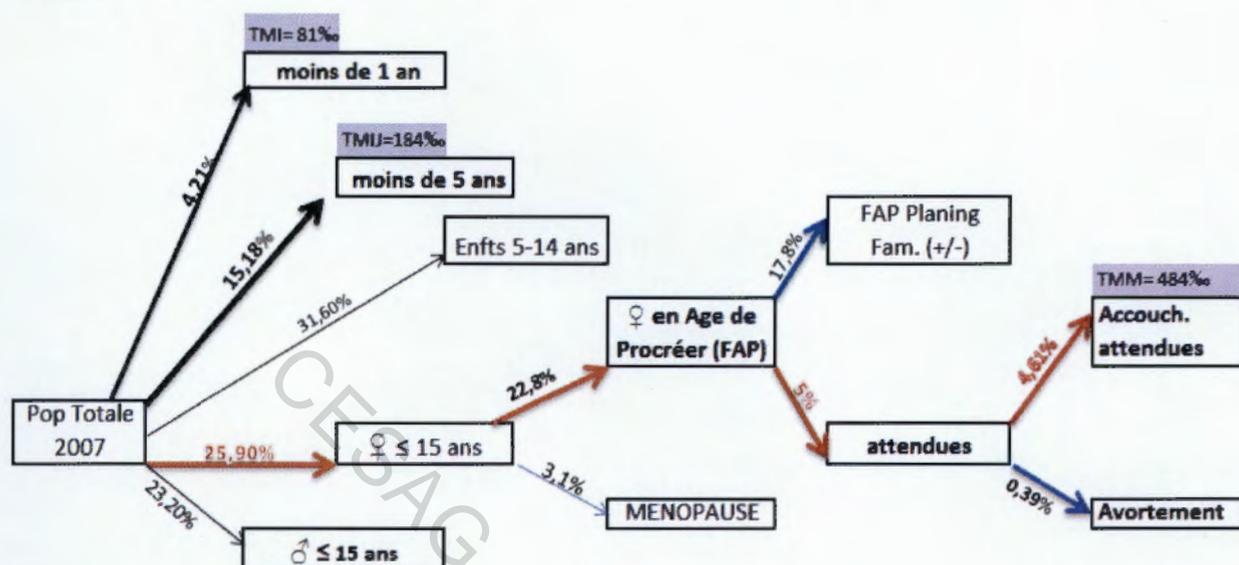
Ainsi, à travers certains éléments, de ***l'analyse situationnelle*** nous pouvons avoir une idée globale de l'ampleur de la demande puisqu'elle souligne que :

- la population active à 53% compte plus de ¾ de ruraux dans une économie qui repose pour plus de 90% sur une exportation de matières premières, agricoles surtout. De plus, près de 46,4% de la population vit en dessous du seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 FCFA / pers./ an en 2003<sup>(EDS, 2003)</sup> et le niveau d'éducation est encore insatisfaisant. Justifiant un pouvoir d'achat, faible, pourtant indispensable dans un système où le droit à la santé est payant et où 47,9% en 2003<sup>(EDS, 2003)</sup> puis 37,42% en 2007<sup>(Annuaire, 2007)</sup> du financement de la santé provient des ménages. Bien que ce résultat traduise le poids des ménages dans le financement, il ne renseigne aucunement sur la capacité contributive de ces derniers. Il faudrait une étude spécifique et bien détaillée concernant le sujet.

- la population Burkinabé est l'une des plus exposées aux maladies, vu le taux de mortalité doublée de la situation globale de pauvreté. Avec une espérance de vie estimée à 57 ans, la population est majoritairement féminine (51,7%) et jeune. Rappelons que 52 % des décès des enfants de moins de 5ans à lieu pendant la

première année de vie et plus de 1000 décès maternels sont enregistrés pour 100 000 NV<sup>(RGPH, 2006)</sup>. Pour la même année le schéma suivant nous retrace la situation d'évolution statistique relative à la survie des mères et des enfants.

Figure 6 : Simulation statistique évolutive de la situation des mères et enfants selon les chiffres rapportés pour 2007



SOURCE : sur la base des données Annuaire Statistique DEP/Santé, Anasit OMD SMI/ DSF, 2007

Autrement, en appliquant les taux de mortalité spécifiques sur un groupe de 100 000 habitants en 2007, sur les 4210 enfants de moins de 1an, **341** sont décédés et au total **2793** décès ont été enregistrés parmi les 15180 enfants de moins de 5ans. Dans ce même groupe, sur les 5000 grossesses enregistrées, 390 avortements sont notés alors que 2231 mères sont mortes en voulant donner la vie. Cette situation souligne l'importance de la demande potentielle en matière de santé maternelle et infantile.

Ainsi, la demande ne doit pas seulement être l'expression directe du **besoin** exprimée connu sous la forme de demande effective, elle doit également intégrer le besoin non exprimé donc convertir la demande effective en une demande potentielle. Ce qui s'avère possible par la mise en œuvre de mesures incitatives (IEC, CCC...). Ainsi, mesurer le besoin reviendrait quelque part à identifier l'ampleur de la demande « souhaitable » ou demande potentielle donc réelle des soins de santé. Mais le besoin, peut par ailleurs ne pas du tout être ressenti alors qu'il existe, donc plus difficilement quantifiable que lorsqu'il est au moins ressenti et non exprimé.

D'un autre côté, l'annuaire statistique montre pour l'ensemble des résultats obtenus lors de l'enquête partielle auprès des ménages sur la consommation <sup>(QUIBB, 2007)</sup>, un besoin global estimé à 8,4% ; d'avantage important en milieu urbain que rural. Il est également important pour les salariés, les inactifs, les chômeurs, les femmes, enfants et les plus de 60ans. Ces résultats révèlent que le besoin semble faible pour les personnes à très faible revenu (aides familiales, bénévoles, apprentis). Résultat curieux si l'on considère que ces derniers sont des cibles potentiels car exposés à plus de contraintes mais pourtant explicable dans la mesure où il s'agit d'un besoin exprimé (demande de soins). Ceux qui ont le plus de moyens sont alors plus enclins à manifester leur besoin. Par conséquent, il reste encore à savoir si le besoin manifesté concerne des besoins effectivement réels donc les plus utiles ; ou encore si la demande spontanée est effectivement dirigée vers les services les plus utiles. On en déduit que si la demande est égale au besoin enregistré, elle concernerait au plus 14% de la population <sup>(QUIBB, 2007)</sup>. Pourtant, si l'on considère de façon spécifique les différents types ou catégories de prestations offertes, le besoin correspond aux cibles potentielles. Ce qui correspondrait pour le cas de la santé maternelle et infantile sur le territoire en 2007 à une cible globale de 22,8% de femmes en âge de procréer et 19,39% d'enfants de moins de 5 ans.

## **2. La consommation des soins et services**

Il s'agit d'une utilisation de type primaire, autrement de la fréquentation initiale de l'offre de santé pour un épisode maladie ou un besoin précis. En 2007, 42,6% de la population des districts a fréquenté un service de santé au moins une fois.

Toutefois, mesurée par rapport à l'accès et selon les chiffres enregistrés dans l'étude ci-dessus mentionnée, la consommation s'évalue à 9,3% pour l'ensemble des zones observées. Elle serait plus élevée en milieu urbain, pour les salariés, les femmes et les enfants. Comme le besoin, la consommation de soins est faible pour les personnes à faible revenu, les ruraux et pour les enfants de 5 à 19 ans. Chez les femmes en âge de procréer, le niveau de consommation est intermédiaire variant de façon croissante avec l'âge.

Même si elle demeure faible, la fréquentation des services de santé par les mères évolue lentement comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4: Evolution du taux de consultation chez les femmes selon le milieu

Taux de consul. (%)	1998	2003	Evolution
Urbain	5,8	6,1	5%
Rural	2,5	4	60%
National	3,1	4,4	42%

SOURCE : profil de la pauvreté au BF INDS 2003

Si le rythme d'évolution de cette fréquentation était resté constant, elle s'estimerait globalement à 6,25 pour respectivement 6,42 et 6,40 en milieu urbain et rural en 2008. Ce qui est nettement inférieure aux chiffres enregistrés par l'étude (9,3) pour 2007.

Ainsi on note une amélioration générale de l'utilisation des services même si le gap avec les besoins co-estimés est importants (annexe 3).

En somme, malgré l'existence et le renforcement des services destinés aux femmes, la consommation de ces produits est encore peu satisfaisante. Le taux de fréquentation pour la CPN et la CPON le souligne clairement. Si 95,59% des femmes ont effectué au moins une CPN, seulement 19,3% l'ont fait au premier trimestre et 38,20 ont effectué une CPON. Ailleurs, c'est des femmes (59%) qui continuent d'accoucher à domicile en absence de personnel qualifié <sup>(EDS, 2003)</sup> ou alors une prévalence contraceptive suivie à 25,52% alors que fortement disponible et accessible.

### 3.L'utilisation des services

Comme précédemment énoncée, il s'agit là de l'utilisation continue ou requise des services nécessaires à l'aboutissement du résultat escompté à l'origine de la demande. Cette notion d'utilisation communément dénommée dans la pratique « **notion de demande** » tire son importance du fait qu'elle permet de mettre l'accent sur :

- d'une part le **coût d'opportunité** c'est-à-dire que la consommation d'un service est le résultat d'un choix discriminatif. Autrement, plus on consomme, plus on doit se passer d'autres opportunités potentielles. Donc la fréquentation continue des services sera sujette autant à l'intérêt qu'à la priorité dont auront conscience les populations.

- d'autre part, la **notion d'utilité marginale décroissante**. En fait la consommation d'un produit est soumise à l'utilité (le bénéfice) qu'il peut apporter.

Ainsi pour un service donné, la dernière unité consommée apporte moins d'utilité que l'unité précédente.

Ainsi, pour une utilisation effective et efficiente d'une offre de service, deux notions nous paraissent importantes. Il s'agit de :

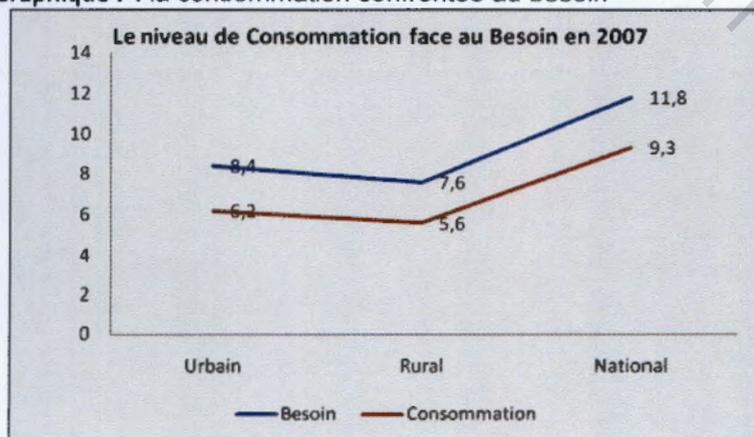
**(i) l'accès au service**

Ici, déterminée par rapport à la couverture géographique, l'accès serait de 36% pour l'ensemble des zones concernées. Toujours selon les chiffres disponibles, les services de santé seraient moins accessibles aux ruraux particulièrement aux agriculteurs. Les femmes, vu leur condition de dépendance financière, ont moins facilement accès aux soins que les hommes. Néanmoins, si l'on considère les femmes en âge de procréer, toute catégorie confondue, l'accès leur est pratiquement identique.

**(ii) la satisfaction**

Une enquête sur la satisfaction des usagers des services médicaux, mais malheureusement pas d'envergure nationale, montre que les ruraux en sont moins satisfaits que les urbains. La moyenne globale donne une satisfaction de 81,5%. Globalement positive, la satisfaction est quasi identique que se soit selon le groupe socio-économique, le sexe, l'âge ou la région (annexe 3).

Graphique 7 : la consommation confrontée au besoin



Si l'accès au service bien qu'en dessous de la moyenne est sanctionnée par une appréciation dite satisfaisante par les usagers (selon des résultats partiels), il existe un important gap entre le besoin et la consommation comme résumé ci-dessous.

SOURCE : QUIBB- INDS 2007

### III. Mobilisation de la demande

Bien qu'il soit difficile de mesurer la demande de soins, la situation globale de santé de la population (taux de morbidité et mortalité) souligne la nécessité d'accroître la demande donc l'utilisation des services de santé. Il est vrai que l'apparent monopole que pensaient détenir les services publics de santé dans le domaine n'est plus d'actualité. En effet, le secteur, avec la concurrence, doit tenir compte de la logique du marché. Ainsi, la promotion, longtemps demeurée statique impose d'être redynamisée pour d'une part permettre aux services publics de remplir efficacement leur destinée mais surtout, pour aider les consommateurs de soins à opérer de façon prompte des choix favorables à l'amélioration de leur santé. Autrement, c'est améliorer le droit à la santé puisque le niveau d'information sera élevé à tous les niveaux donc la santé plus accessible et profitable à tous et particulièrement aux groupes spécifiques que sont les enfants et les femmes.

Ainsi, parmi tous les facteurs influençant la demande de services de santé, nous pensons que les points suivants peuvent être à l'origine d'une mobilisation effective et efficace de l'utilisation des services de santé.

#### 1. Qualité de l'Offre

Composante essentielle et complexe du système de santé, l'offre agira positivement sur la demande de soins selon 4 points clés que nous avons désignés :

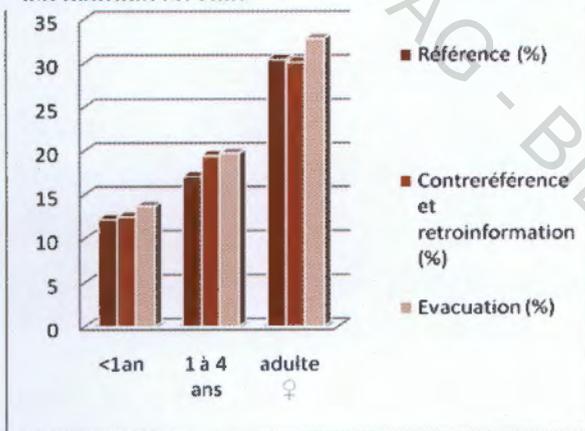
- une disponibilité des services mais surtout des prestations essentielles et existantes sur le territoire. Il s'agit là de rendre efficace le système de couverture.
- une qualité des prestations offertes plus conformes aux normes élaborées par les experts. Comme le démontrent de nombreuses études, la qualité, telle que perçue par les malades et leur famille est l'un des déterminants majeurs de l'utilisation des services de santé. Et, la déficience de qualité des services publics, selon Sauerborn (1989), serait à l'origine de leur sous utilisation puisque les FS confessionnelles leur sont parfois préférées malgré les tarifs qui y sont plus élevés (Mwabu, 1986 ; Vogel, 1990). En effet, « Les soins de qualité permettent d'obtenir les meilleurs résultats médicaux (guérison, maîtrise des symptômes, etc...) dans l'état actuel des connaissances médicales.

Ils produiront ainsi le plus grand impact possible sur les maladies et sur le bien-être » (Lafarge, 2008). L'impact de la médecine, ici désignée, n'est pas à redémontrer mais plutôt à s'assurer de la mise en pratique adéquate des techniques et connaissances médicales par le personnel soignant et ce, dans les meilleures conditions de travail.

- un respect de la référence et de la contre référence. Dans les normes, le premier recours lors d'un épisode morbide est le premier niveau de référence. Or ce sont très souvent les hôpitaux se trouvent engorgés par les consultations alors qu'ils devraient plutôt se dévouer aux cas complexes et à la recherche. Cette situation affecte autant l'efficacité des prestataires qui sont soit débordés soit sous utilisés que la qualité des soins à offrir. Les résultats enregistrés dans les districts sanitaires en 2007 montrent qu'un effort particulier devrait être fait dans ce domaine

les chiffres étant relativement bas.

Tableau 5 : référence et contre référence dans les districts en 2007



- une réactivité élevée des services de santé indispensable à la satisfaction des patients : ce à quoi convient Akins en affirmant que « les comportements des consommateurs en cas de maladies sont fortement associés à l'image de qualité que projette les dispensateurs de soins » (Akins, 1995). Pourtant, cette satisfaction des usagers,

quoiqu'essentielle est naturellement subjective puisqu'elle renvoie à la réalisation des attentes de l'utilisateur donc aux valeurs et à l'expérience de ce dernier.

Normalisée par l'OMS, la satisfaction des patients à travers la réactivité dépend

- d'une part du Respect qui leur est accordé sur le plan de la dignité, la confidentialité et de l'autonomie ;
- d'autre part de l'attention qui leur est manifestée lors de la visite des centres médicaux en fonction de la promptitude de la prise en charge, de la qualité de l'environnement, de la possibilité d'accès à un réseau d'aide social et enfin à celle de pouvoir choisir leur prestataire.

## 2. Les dépenses de santé

L'utilisation des services de santé engendre des dépenses relativement importantes pour les ménages. Ces frais sont d'autant plus lourds à supporter que le ménage est pauvre et davantage en l'absence d'assurance maladie. Dans ce cas, le paiement des frais médicaux en accroissant l'état de pauvreté, engendre des conséquences d'ordre :

- social et culturel dans le sens de la dégradation des liens de fraternité, de rupture ou d'exclusion des réseaux de solidarité,
- économique par la perte de revenu liée au coût d'opportunité subi par les ménages, à l'inactivité, parfois à l'endettement voire la paupérisation du ménage. Elle peut conduire à la réduction des dépenses scolaires et de subsistances (nourriture, eau, électricité) sinon à la vente de biens et moyens de production.
- macroéconomique telles la baisse du PIB, l'augmentation du chômage et de l'incidence de la pauvreté<sup>2</sup>.

Tableau 6: Structure des dépenses de santé,

Sous Groupe	Dépense moy. par Ménage(FCFA)	Part dans la santé
Frais de Consultation	2 126	6,60%
Frais d'analyses médicales	3 890	10,20%
Médicaments	28 809	<b>75,60%</b>
Frais d'hospitalisation	1 773	4,70%
Autres services médicaux	1 516	4%
<b>Total santé</b>	<b>38 122</b>	<b>100%</b>

SOURCE : Enquête sur les conditions de vie des ménages (ECVM) - INDS 2003

On parlera de cercle vicieux entre pauvreté et santé puisque le malade pauvre, contraint d'arrêter de travailler va s'endetter donc s'appauvrir d'avantage. Cette situation est d'autant plus accentuée par l'achat des Médicaments qui, même allégé par l'Initiative de Bamako, occupe une part fondamentale des dépenses de santé des ménages.

Les prix des **médicaments** au public dans les dépôts de vente sont fixés annuellement par les Ministères de la Santé et du Commerce et la marge bénéficiaire calculée pour chaque niveau du système de santé. Pourtant, l'étude de ZOUBGA(2000) montre que, sur le plan financier, les coûts des prestations de soins et médicaments, même génériques sont au dessus du pouvoir d'achat de la majorité de la population surtout après la dévaluation du Franc CFA. Cette situation s'aggrave en partie par les prescriptions irrationnelles et le non fonctionnement du système de prise en charge des indigents.

<sup>2</sup> Karma Georges KONE, 2005

C'est pourquoi, parfois découragés, les patients ne suivent pas correctement les prescriptions entravant alors l'utilisation des services de santé. Il faut compter que la guérison n'est pas toujours systématique et que la médecine moderne par sa nature investigatrice occasionne parfois des dépenses parallèles au traitement.

Les dépenses en soins de santé, estimée à 4,4% des dépenses courantes, peuvent, surtout en cas d'hospitalisation, dépasser les 100% des dites dépenses (Koné, 2005). Pourtant, le prix des services en faveur des enfants et des femmes reste élevé par rapport aux capacités financières des populations en témoigne le tableau suivant.

Tableau 7 : Coût des actes médicaux au niveau des CM/CMA en 2003

Tarifs	Accouchement dystocique	Accouchement eutocique	Césarienne	Grossesse Extra-Utérine (GEU)	Cure hydrocèle
Max régions	8 600	6 925	20 500	<b>42 600</b>	53 900
Min régions	1 000	750	<b>67 500</b>	16 400	24 800
CM capitale	12 975	10 050			<b>58 740</b>
Moy. Nationale	5 415	4 153	38 988	<b>30 293</b>	<b>36 492</b>

SOURCE : Enquête test sur la reformulation de la conditionnalité 2004, INDS

L'hydrocèle comme les GEU ne sont pas prévisibles. Vu le montant moyen, qui en passant n'est pas à la portée de toutes les poches, et considérant le fait que ce sont généralement des cas d'urgence, on imagine aisément la difficulté pour les plus pauvres à réunir assez rapidement un tel montant.

Fort heureusement, il existe des mesures de réduction des prix de certaines prestations en faveur de la santé des enfants et des mères même si leur application effective sur le terrain n'est pas suffisante. C'est le cas de la réduction des prix des interventions préventives suivantes : consultation prénatale, accouchement, les moustiquaires et des soins des enfants de 0 à 5 ans et depuis peu la césarienne.

La gratuité de la vaccination chez les enfants et les femmes dans le cadre des maladies cibles du PEV, de même, que la mise à disposition gratuite dans les formations sanitaires des kits de prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les services les plus usités. Ces mesures sont donc à encourager mais un système de contrôle et de

gestion doit être mis en place pour éviter la consommation irrationnelle de prestations à tarifs très réduit et gratuit.

### **3.La tarification**

La tarification des actes est intervenue dans le cadre de la réforme des systèmes de santé au lendemain de Alma Ata. L'une des principales raisons était d'accroître les recettes en vue de l'amélioration de la qualité ou alors simplement pour s'assurer d'un approvisionnement suffisant en médicaments (par ailleurs aspect majeur de la qualité telle que perçue par les clients <sup>(Knwoles, 1997)</sup>).

Dès lors, la tarification, par l'utilisation des recettes a permis une augmentation de l'utilisation des soins <sup>(Souara, 2002 ; Livtakc, 1993)</sup> mais aussi un des aspects de la qualité des soins bien que difficilement mesurable : la motivation du personnel <sup>(Souara, 2002)</sup>.

Les ménages participent globalement à hauteur de 47,9% au financement de la santé <sup>(Annuaire, 2007)</sup> et les recettes en vérité, offraient la possibilité d'accorder des primes de motivations aux personnels donc, de susciter leur adhésion au système de recouvrement de coût. Malencontreusement, cette faveur tend à fomenter une recherche constante de profit de la part du personnel soignant et alors, peut constituer un obstacle à la qualité des soins par la multiplication des actes payants non indispensables à la prise en charge des patients.

A contrario, des études soulignent que les recettes générées par la tarification ne permettent les améliorations requises pour susciter l'utilisation des services de santé <sup>(Fournier, 1995)</sup>.

De plus, le paiement direct a d'autres conséquences. L'étude de Souara dans le district de Boromo <sup>(Souara, 2002)</sup> révèle en 2002 que 59% des populations pauvres qui jugent les tarifs de consultation très élevés s'en justifient comme première cause de non consultation ou le cas échéant, comme entrave à leur capacité d'honorer leurs ordonnances. De même, d'autres recherches concernant le Burkina <sup>(Ridde, 2003 & 2004)</sup> et d'autres régions d'Afrique <sup>(Ridde, 2004 ; Creese, 1997 )</sup> ont confirmé que s'il a amélioré l'accès aux médicaments, le paiement direct a réduit l'accès des populations vulnérables aux services, conduisant à une réduction de l'utilisation des services <sup>(James, 2006 ; Lagarde, 2006)</sup> notamment par les femmes <sup>(Nanda, 2002)</sup> et par les plus pauvres <sup>(Ridde, 2004 ; Stierle, 1999)</sup>.

Toutefois, une tarification avec des modalités de paiement adaptées (prépaiement) accompagnée d'autres améliorations de la qualité de soins rehausse aussi bien les

taux d'utilisation des soins curatifs que préventifs <sup>(Yazbeck, 1995)</sup>. Enfin, une implication des prestataires et surtout des populations bénéficiaires dans la mise en place et la gestion de la tarification améliore la volonté contributive des populations <sup>(Knowels, 1997 ; Livtakc, 1993 ; Yoder, 1989)</sup>.

Néanmoins, des voix (Ridde, 2009) s'élèvent en faveur de l'abolition de la tarification car comme l'a récemment démontré John Nyman <sup>(2003)</sup> en théorie comme en pratique, la tarification freine d'avantage l'utilisation des services qu'elle ne l'augmente.

Ce qui nous amène à voir à travers une simulation du progiciel MBB, les résultats et moyens de potentialiser la demande et l'offre pour une réalisation des OMD en 2015 pour le Burkina.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Cinquième partie:

**Résultats MBB**

**&**

**Perspectives**

## I.L'UTILISATION DE MBB

### 1.Pourquoi MBB ?

Le secteur santé, reconnu comme prioritaire pour le développement, bénéficie depuis quelques années de plans et d'outils dans le but de renforcer le système mais aussi de le rendre plus performant. Ainsi à la suite du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), puis du CDMT santé (actualisé pour la période 2008-2010) principalement entrepris dans le processus des réformes budgétaires, le gouvernement a récemment accepté l'utilisation du MBB pour répondre au besoin de planification budgétaire centrale et déconcentrée.

L'approche MBB dans la conception, la planification et la budgétisation des programmes de santé a pour objectifs d'allouer efficacement les ressources et d'améliorer l'atteinte des OMD relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, selon le contexte local. En fait MBB identifie les contraintes du système de santé qu'il faut réduire afin d'optimiser les résultats escomptés et estime les coûts additionnels pour la suppression des contraintes qui ont été identifiées.

### 2.La méthode MBB

↳ MBB est une approche spécifique par pays qui suggère l'utilisation des données existantes et aussi actuelles que possible (enquêtes des ménages, données de routine, état civil, etc.) et ne nécessite donc pas d'enquêtes supplémentaires.

Répartis selon 3 niveaux de prestations à savoir

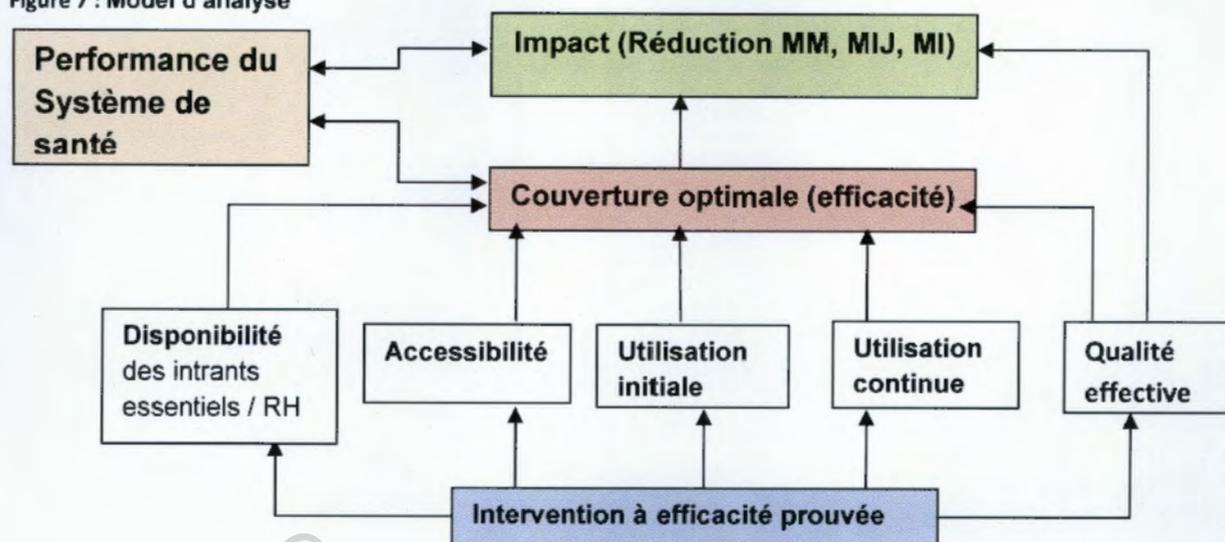
- les soins communautaires et de la famille,
- les soins périodiques / avancés orientés vers les populations,
- et les soins cliniques individuels,

de nouveaux objectifs réalistes sont définis sur la base des taux de couverture actuels en tenant compte des contraintes à la performance du SS en place et du contexte épidémiologique (morbidité et mortalité).

**NB : le contenu pour chaque catégorie de soins (internationalement retenus et ceux choisis et mis en œuvre pour le pays) est détaillé en annexe (annexeV)**

L'analyse se fera selon le modèle<sup>(FONKUI, 2008 ; Guide de l'utilisateur MBB, 2006)</sup> d'étude suivant :

Figure 7 : Model d'analyse



Différentes étapes jalonnent le processus d'élaboration des résultats par MBB. Ce sont successivement :

📌 Identification des interventions avérées efficaces ou à haut impact (IGR) ; elles regroupent les interventions reconnues c'est-à-dire ayant un impact élevé et prouvé sur les résultats en santé comme la mortalité, mondialement recommandée et spécifiquement mesurable (Lancet, Cochrane, etc). Elle concerne aussi bien les IGR déjà mises en place sur le territoire mais aussi celles qui seraient bénéfiques à appliquer dans le contexte actuel.

📌 Identification des goulots d'étranglements ou définition des niveaux d'entraves à la performance

Elle s'effectue à travers six déterminants par niveau de soin qui sont :

- disponibilité des intrants essentiels ou produits de système,
- disponibilité des Ressources Humaines qui inclut les prestataires du niveau communautaire,
- l'accessibilité des patients aux services de santé du point de vue géographique, (localisation, couverture sanitaire) et temps nécessaire pour y accéder,
- l'utilisation initiale d'un service multi-contact pour les membres de la population utilisant réellement les services (exemple de la CPN),
- l'utilisation continue qui renseigne sur la continuité et la conformité des soins dans le temps,

- enfin la qualité effective qu'elle soit perçue par le patient potentiel ou qu'elle intègre l'évaluation de la compétence des professionnels, de la qualité des prestations et de l'équipement.

⬇️ Spécification des objectifs de couverture des services de santé (frontières)

⬇️ Estimation de l'impact des solutions envisagées

⬇️ et l'estimation du coût des options de prestations de service indispensable à la levée des contraintes. L'outil calcule le coût additionnel qu'engendrerait l'augmentation de couverture de chaque intervention retenue pour atteindre les objectifs fixés <sup>(Creese, 1997)</sup>.

***En résumé, il s'agit d'évaluer la contribution pour le Burkina Faso, d'un système de santé performant sur les indicateurs de santé en rapport avec la santé de la mère, le nouveau-né et l'enfant tout en évaluant le coûts nécessaires pour la mise en œuvre effective d'interventions sanitaires jugées mondialement efficaces et adaptées pour cette cible.***

## II. EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTEME : GOULOTS

### 1. Généralités

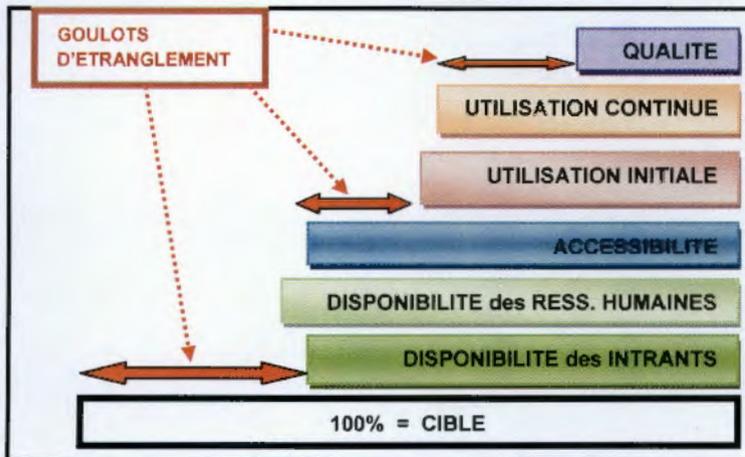
L'analyse MBB des goulots d'étranglement ou contraintes a pour but de mettre l'accent sur les éléments de la prestation de service qui empêchent les services de santé d'atteindre les objectifs de la politique de santé nationale. Elle se réalise par l'observation des six composantes précitées de la chaîne de prestation qui permet d'en identifier les plus faibles maillons.

Il y a goulots d'étranglement quand il existe un gap important entre 2 niveaux successifs de satisfaction, la référence primaire étant la cible (voir graphique).

En effet à chaque déterminant correspond une mesure (largeur du rectangle) qui, en fait, coïncide avec le niveau d'atteinte du déterminant. Le 1<sup>er</sup> rectangle *disponibilité des intrants* est comparé au niveau de référence (100% = cible). Si la différence de niveau est grande, on dira qu'il existe un goulot à ce niveau. Ensuite le rectangle *disponibilité RH* est comparé à son prédécesseur (disponibilité des intrants) et non au niveau de référence. Il y a contrainte pour ce composant si son niveau est nettement inférieur à celui des intrants. Le cas échéant (comme sur le schéma ci-dessous) on considèrera normal son niveau même s'il est bas par

rapport à la référence primaire. Ensuite le rectangle suivant accessibilité sera comparé à son prédécesseur disponibilité des RH. Et ainsi de suite.

Figure 8 : Illustrations des goulots d'étranglement



En appliquant la procédure décrite, on voit que cet exemple indique, 3 goulots d'étranglements observés successivement au niveau de la disponibilité des intrants, de l'utilisation initiale et de la qualité. Cependant on considère sans contrainte l'accessibilité et de la continuité.

## 2. Le processus d'identification

Avant l'identification des goulots d'étranglements, un mode de planification cumulative a été retenu pour une durée de 7ans répartis en 3 phases : la première phase (2009 – 2010) coïncidant avec la fin du PNDS, les objectifs de cette phase seront ceux du PNDS. Et les objectifs des phase 2 (2011 – 2012) et phase 3 (2013 – 2015) s'aligneront sur les OMD. Il faut noter que la définition des objectifs de couvertures à hauteur de 100% pour les OMD 4 et 5 a guidé le choix des IGR pour le pays. Répartis parmi les 3 catégories de soins à savoir communautaire, familial et individuel, elles sont conformes à la politique actuelle du Ministère de la Santé. Certaines IGR, non encore adoptées en particulier au niveau communautaire, mais suggérées par l'Investment Case<sup>(2008)</sup> ont été prises en compte et sont sensées démarrer au cours du processus. L'Investment Case est le plan d'investissement élaboré par le Ministère de la santé avec l'aide de l'Unicef pour l'atteinte des OMD-Santé au Burkina Faso. Il s'appuie fortement sur la mise en œuvre des IGR adoptées par le pays et découle d'une budgétisation obtenue par l'outil MBB.

En principe, chacune des IGR doit être individuellement soumise à l'analyse des 6 déterminants précédemment vus. Mais les IGR étant nombreuses, MBB a choisit d'utiliser un panel de 12 indicateurs de proxy appelés Traceurs pour évaluer l'efficacité des paquets d'interventions et faciliter l'analyse des goulots d'étranglement. Le traceur est une intervention à impact élevé et prouvé sur les résultats en santé, internationalement recommandée et dont les données-pays spécifiques aux 6 déterminants sont disponibles.

Il est supposé que les contraintes du système soient pratiquement les mêmes pour toutes les interventions au sein du même paquet et selon le mode de prestation de service donné (Guide de l'utilisateur MBB, 2006). S'avérant par ailleurs fastidieux de passer ici chaque traceur en revue, nous choisissons d'analyser une (1) intervention traceur par paquet se prestation. Ce choix porte principalement une des interventions les plus sensibles pour le pays du point de vue objectif à atteindre et écart et des plus facile à réalisées. C'est également une intervention dont l'obtention des résultats mesurables et le suivi des indicateurs et est plus aisée (voir Annexe).

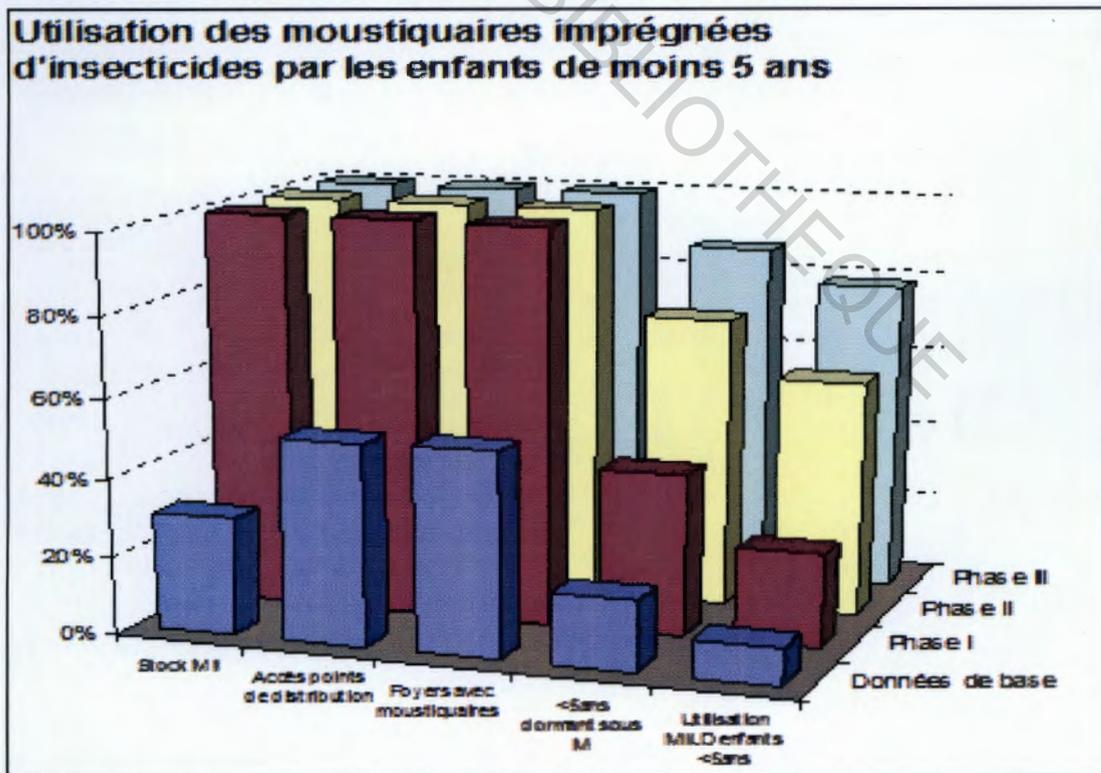
### 3. Les Goulots d'étranglement du SS du Burkina Faso

Les principaux obstacles à la performance du SS sont les suivants :

#### a. Au niveau des soins Communautaires orientés vers la famille

Il s'agit des activités sanitaires menées par et au sein des familles sur conseils de professionnels. L'intervention traceur retenue est l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII) chez les enfants de moins de 5 ans.

Graphique 8: Couverture en MII chez les moins de 5 ans, MBB



SOURCE : résultats MBB

Ce graphique nous montre que le déterminant équivalent à

- la **disponibilité** (stock des MII) est loin d'être satisfaisant (30%). L'insuffisance de ressources financières, le retard dans l'allocation des fonds et l'instabilité des partenaires posent un problème dans l'acquisition et la gestion des stocks, justifiant par ailleurs ce résultat.

- l'**utilisation continue** (% des enfants <5 ans dormant sous moustiquaire) est faible à cause de la faiblesse des activités d'IEC/CCC mais également à cause de l'inadaptation des MII au contexte traditionnel (nattes...).

- la **qualité** (utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans) est relativement médiocre certes pour des raisons d'information, d'éducation ou de croyance qui occasionnent l'utilisation voire le détournement des MII au détriment des enfants de moins de 5 ans et parfois de leur mère. De plus, l'existence de réseaux commerciaux parallèles de distribution de moustiquaires non imprégnées porte préjudice à l'utilisation de MII dans les foyers.

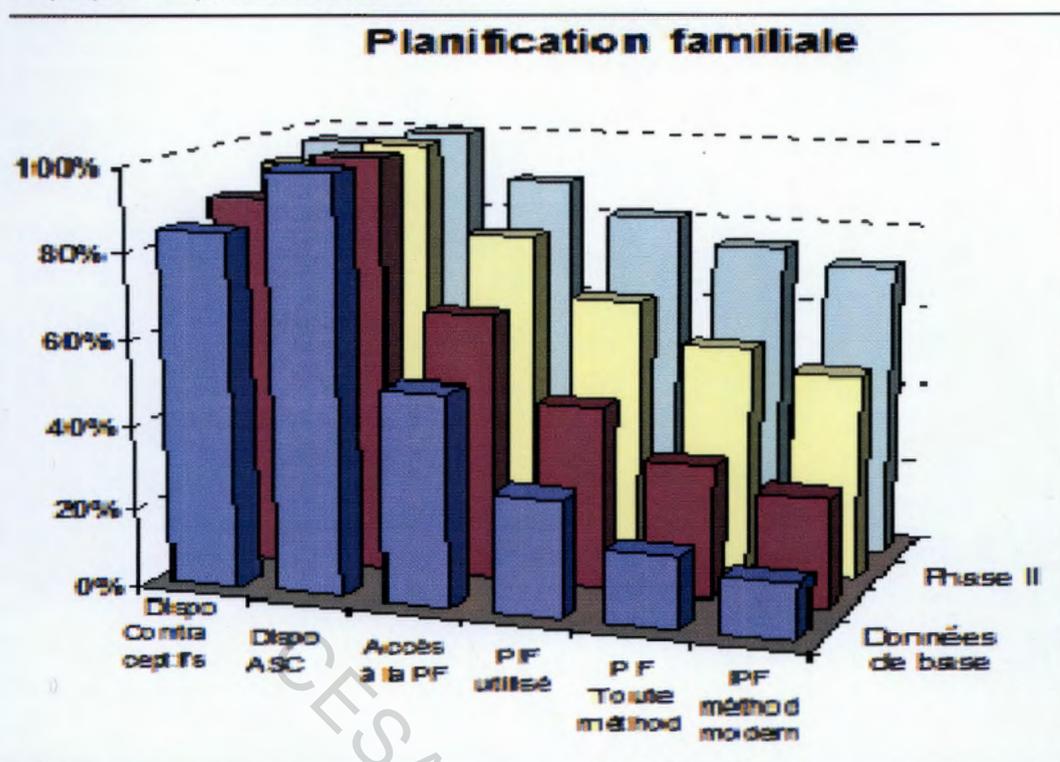
Les activités communautaires comme l'utilisation des MII par les femmes, les SRO ou l'allaitement maternel, subissent des contraintes semblables et globalement pour des raisons similaires (faiblesse des stocks, de l'utilisation ou problème culturel).

### **b. Au niveau soins orientés vers les populations**

Ces soins regroupent les services sanitaires destinés à la population, périodiquement et fournis le plus souvent par des professionnels de la santé (stratégies avancées, campagnes mobiles...). Dans ce groupe d'activités qui décrit entre autres la CPN, la PTME, la vaccination, la nutrition ou **la planification familiale** (graphique 10), nous retenons comme traceur le dernier cité. C'est l'une des interventions où l'offre est relativement répandue et existante pourtant l'utilisation en est faible (13%) et les retombées significativement prometteuses en termes d'impacts.

La première contrainte est notée pour le déterminant accessibilité à la PF qui est nettement basse face à une disponibilité (intrants et RH) relativement importante. Le faible accès des populations aux CSPS insuffisamment répartis sur le territoire et le personnel sous utilisé et parfois en sous effectif dans les CSPS ont été identifiés comme limitant la délivrance des services orientés vers les populations notamment la PF.

Graphique 9: La planification familiale, MBB



Les cause sont de nouveau liées à l'insuffisance des campagnes d'IEC/CC qui ne parviennent pas à relever le niveau d'information des populations sur ces types de services, d'où leur utilisation limitée qu'elle soit initiale ou continue. S'y ajoute des problèmes d'engagement des leaders locaux mais aussi de motivation du personnel existant.

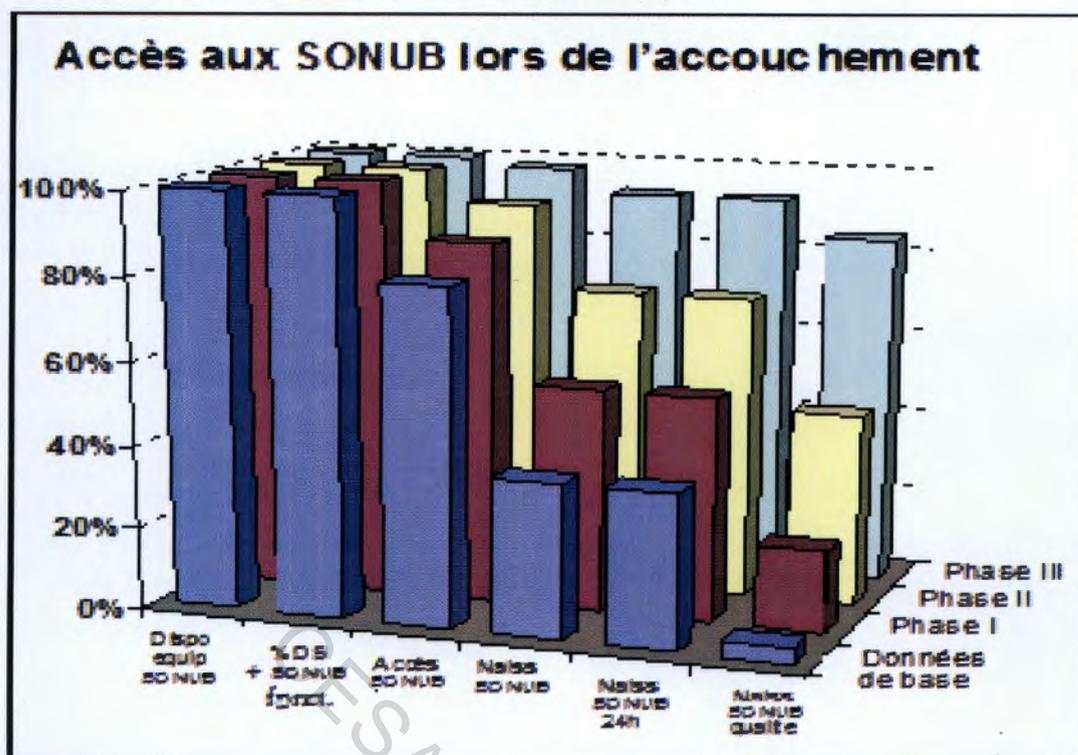
Enfin, une meilleure connaissance des bénéfices de ces interventions, nécessairement, délivrées avec une attention distinguée aux patients, réduirait la qualité encore médiocre des résultats obtenus pour ces services.

### c. Au niveau des soins Individuels

Les soins individuels représentent les services offerts dans les structures de santé par du personnel qualifié et habilité qu'ils soient préventif, curatif voire d'urgence.

A l'image de tous les autres soins de cette catégorie, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence de base (SONUB), ici choisis comme intervention traceur, subissent des contraintes au niveau de l'accessibilité géographique, de l'utilisation initiale et de la qualité.

Graphique 10: Accès aux SONUB lors de l'accouchement, MBB



Comme déjà relaté dans un précédent chapitre, le nombre réduit et la défaillance fonctionnelle et qualitative des structures sanitaires sont incriminés. Egalement, le défaut d'information doublé du niveau de vie précaire des populations occasionnent le recours à des thérapeutiques parallèles peu conformes.

*En somme, rehausser l'utilisation du système de santé dans sa globalité donc favoriser une meilleure santé requière plus d'information, d'éducation au changement de comportement des populations pour un regain de confiance et une fréquentation effective des FS, garant de résultats de qualité sur la santé de la mère et des enfants. Ce système gagnerait également à mettre en place une organisation efficace et fonctionnelle des services de santé pour la gestion de l'urgence (**trousse d'urgence, travail en équipe, respect des règles de Prévention de l'infection, suivi**) mais également une supervision formative des prestataires.*

*En réalité, la performance du Système de santé du Burkina est nettement entravée par un déficit en structures et personnels de santé comme nous le verrons ultérieurement. Les ressources financières pour d'une part, étendre la couverture sanitaire donc rendre les soins plus accessibles à tous et pour d'autre part, améliorer la qualité des infrastructures, équipements et personnels sont plus que jamais nécessaires.*

Enfin soulignons que les premiers résultats de cette simulation viennent indubitablement confirmer les constats des chapitres précédents (analyse situationnelle, de l'offre et de la demande de soins).

### **III. PERSPECTIVES DE PERFORMANCE DU SS POUR LA SURVIE DES MÈRES ET ENFANTS AU BURKINA D'ICI 2015**

Nous projetons d'analyser les moyens de performance du SS d'abord en terme de couverture des interventions puis en termes de ressources humaines.

Comme tout bon outil de planification, la simulation de MBB propose des projections de couvertures conformément aux différentes phases d'exécution initialement prévues et aux objectifs fixés : atteindre les OMD4 et 5. Toutefois, en réponse aux difficultés auxquelles est confronté le système, de nouveaux objectifs de performance, destinés lever ces obstacles et surtout à octroyer aux mères et enfants une santé fidèle aux OMD nécessitent d'être fixés. Ainsi, pour chacune des catégories de soins disponibles, nous analyserons les perspectives d'objectifs résultantes puis tâcherons d'énoncer les voies et efforts indispensables d'achèvement. Etant donné l'intérêt porté et hautement justifié aux IGR et en vue d'une plus grande efficacité donc un impact majeur de la politique de santé maternelle et infantile au Burkina, les actions ici retenues concernent des IGR choisies par le pays (annexe V). Elles sont soit déjà mises en œuvre sur le territoire ou susceptibles de l'être et ces choix ont été confirmés lors de l'atelier des formateurs MBB en Août 2008 à Tenkodogo en vue de l'élaboration de l'investissement Case. Notons que nous ne reviendrons pas spécifiquement sur les IGR, fortement documentée (Lancet, Cochrane, OMS, UNICEF, etc.) mais citerons simplement celles retenues.

Les tableaux suivants nous donnent un aperçu des interventions à haut impact par niveau de prestation de services et les efforts à fournir pour atteindre les OMD en 2015.

#### **1. Performance pour les soins communautaire et familial**

Les interventions retenues ainsi que les niveaux de couverture projetées par et pour le pays sont relatées dans le tableau un peu plus bas.

A ce niveau, les résultats de la présente simulation avec MBB (voir tableau 8) soulignent l'importance des efforts à fournir principalement dans l'utilisation des MII pour les enfants et les femmes enceintes qui respectivement doivent passer de

9,6% et 8,5% à 79% à la fin de la phase 3. De même, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et la prise en charge des enfants modérément malnutris, actuellement estimé autour de 20% devront évoluer successivement à 36 puis 52 et enfin 63%.

Tableau 8: Projection des couvertures attendues pour les services communautaires orientés vers les familles de 2009 à 2015

SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRE ET FAMILIALE	Données de base	Phase I	Phase II	Phase III
		2009-2010	2011-2012	2013-2015
<b>Services de santé préventive familiale et WASH</b>				
MII pour enfants de moins de 5 ans	9,6%	24%	60%	79%
MII pour femmes enceintes	8,5%	24%	60%	79%
Qualité de l'eau potable	77,3%	77%	77%	79%
Approvisionnement en eau potable sécurisée	64,2%	64%	64%	79%
Utilisation de latrines	21,4%	24%	60%	79%
Lavage des mains par les mères	56,5%	57%	60%	79%
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	0,0%	0%	20%	35%
<b>Alimentation de l'enfant et du jeune enfant</b>				
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	18,8%	36%	52%	63%
Allaitement maternel prolongé (6-24 mois)	76,9%	77%	77%	77%
Alimentation complémentaire	38,0%	38%	52%	63%
Alimentation thérap. pour enfants modérément malnutris	20,0%	36%	52%	63%
<b>Prise en charge communautaire des maladies</b>				
SRO	36,0%	62%	66%	69%
Prise en charge communaut. paludisme(ACT) pour enfants	0,0%	37%	40%	50%

SOURCE : Résultat MBB

Les interventions comme la prise en charge communautaire du paludisme par les ACT chez les enfants, l'aspersion intra-domiciliaire des foyers n'existent pas encore sur le territoire. Elles devraient être introduites dès la phase initiale pour la première et à la seconde phase pour la deuxième.

Cependant, pour l'assurance d'une plus grande efficacité, la mise en œuvre de ces interventions ne peut être sanctionnée par les résultats ci-estimés que si elle s'accompagne de certaines actions annexes non moins importantes. D'abord, cette politique de services à base communautaire élargie aux IGR devra être adoptée et régulièrement révisée. Ce qui est déjà acquis par l'adoption de l'Investment Case par le gouvernement en novembre 2008. Le plaidoyer pour une allocation

budgétaire suffisante et l'obtention de fonds additionnels auprès de l'Etat et des bailleurs, la contractualisation des ONG et associations à base communautaire sont des actions clés. D'un autre côté, le renforcement des IEC/CCC par la formation et le recyclage des promoteurs de santé communautaire, l'implication des chefs coutumiers et religieux sur le traitement de la diarrhée par les SRO, l'AME, le lavage des mains, l'utilisation des MII par les cibles voire l'interdiction contrôlée de la vente des moustiquaires non imprégnées est d'un avantage considérable.

## 2. Performance pour les soins orientés vers les populations

Les IGR retenues et les efforts à fournir sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 9 : Projection des couvertures attendues pour les services orientés vers les populations de 2009 à 2015

SERVICE ORIENTES VERS LES POPULATIONS	Données de base	Phase I 2009-2010	Phase II 2011-2012	Phase III 2013-2015
<b>soins préventifs pour adolescents et adultes</b>				
Planification familiale	13,3%	27%	50%	71%
<b>Soins préventifs pendant la grossesse</b>				
Consultation prénatale (4 visites)	13,0%	26%	57%	74%
Vaccination anti-tétanique	66,3%	66%	66%	74%
Déparasitage de la femme enceinte	0,0%	26%	57%	74%
Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique	16,3%	26%	57%	74%
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	29,0%	29%	57%	74%
Prévention et traitement anémie ferriprive lors grossesse	46,5%	46%	57%	74%
Traitement préventif intermittent pour femme enceinte (TPI)	25,3%	26%	57%	74%
<b>Prévention et Traitement du VIH/ SIDA</b>				
PTME	7,2%	34%	67%	79%
Utilisation du préservatif	69,1%	69%	69%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour mères séropositives	2,5%	34%	67%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour adultes séropositifs	2,4%	34%	67%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole enfant. De mères séro+	2,9%	34%	67%	79%
<b>Soins préventifs et curatifs de l'enfant</b>				
Vaccination antirougeoleuse	60,5%	91%	93%	96%
Vaccination BCG	91,4%	91%	93%	96%
Vaccin polio oral OPV	77,4%	91%	93%	96%
Vaccin Pentavalent (DTC+Hb+ Hépatite)	75,8%	91%	93%	96%
Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune)	70,8%	91%	93%	96%
Supplémentation en Vitamine A	67,1%	91%	93%	96%
zinc préventif	0,0%	0%	40%	50%

SOURCE : Résultats MBB

Pour une meilleure prévention en santé de la reproduction, la planification familiale se doit de passer à une couverture de 71% alors qu'elle s'estime actuellement à 13% ; aussi la CPN soit 4 visites par grossesse doit également évoluer vers une couverture de 74%. Le déparasitage de la femme enceinte est une activité qui sera introduite dès le début du processus (RGPH, 2006).

Un effort considérable est attendu de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. En effet, la prophylaxie des séropositifs qu'il s'agisse des mères et/ou de leurs enfants, des adultes en général, les taux de couverture médiocres (<3%) doivent impérativement être rehaussés 79% au minimum.

La couverture des soins préventifs et curatifs communautaires des enfants, notamment la vaccination et la supplémentation en vitamine A sont déjà satisfaisants. Ces résultats devraient être maintenus au mieux améliorés. Enfin, la santé des tout-petits se verra renforcée par l'introduction de la prévention de la diarrhée par le zinc.

Ces objectifs seront davantage réalistes si les agents de santé formés sont affectés dans les CSPS selon les besoins et lorsque le nombre de CSPS à augmenter est harmonieusement réparti suivant la carte sanitaire. Et ils seront réalisables lorsque la sensibilisation et l'utilisation des services comme la PTME, CPN et le PEV pour les enfants seront d'avantage effectives et généralisées, la qualité du service et l'accueil dans les FS impérativement améliorées.

### **3. Performance pour les soins cliniques individuels**

Nous subdiviserons ces résultats selon le niveau de référence. La disponibilité permanente voire l'accessibilité de chacune de ces interventions et sur toute l'étendue du territoire est requise.

### i. Pour les centres de santé de base

Les soins cliniques individuels administrés à ce niveau ainsi que les objectifs requis sont ci-dessous représentés.

**Tableau 10: Projection des couvertures attendues pour les soins cliniques individuels de 2009 à 2015 : Centres de santé de Base**

SOINS CLINIQUES INDIVIDUELS Administrés dans les centres de base	Données de base	Phase I 2009- 2010	Phase II 2011- 2012	Phase III 2013- 2015
<b>Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau</b>				
Accouchement assisté par professionnel	38,4%	56%	70%	84%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	2,0%	56%	70%	84%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	2,0%	56%	70%	84%
Détection et traitement de (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	2,0%	56%	70%	84%
<b>Soins curatifs au centre de santé de base</b>				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	7,7%	36%	57%	84%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	19,9%	36%	57%	84%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	47,1%	47%	60%	84%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	0,0%	36%	57%	84%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	33,0%	50%	57%	83%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pour adulte	43,0%	43%	57%	84%
Prise en charge de paludisme grave (Quinine)	4,0%	6%	8%	10%
Antibiotiques pour infections opportunistes	24,4%	36%	57%	84%

SOURCE : Résultat MBB

Les accouchements comme nous l'avons précédemment vu ne sont pas toujours assistés par du personnel qualifié par conséquent, la couverture reste à améliorer au moins jusqu'à un taux de 84%. Il en est de même pour la réanimation des nouveau-nés victimes d'asphyxie à la naissance, la détection et le traitement des éclampsies, le traitement antibiotique des RPM actuellement inférieur à la moyenne.

## ii. Pour le premier niveau de référence

Les soins cliniques individuels administrés et les taux de couvertures souhaitables sont les suivants :

Tableau 11: Projection des couvertures attendues pour les soins cliniques individuels de 2009 à 2015 : premier niveau de référence

SOINS CLINIQUES INDIVIDUELS Administrés au 1 <sup>er</sup> niveau de référence	Données de base	Phase	Phase	Phase
		I 2009- 2010	II 2011- 2012	III 2013- 2015
<b>Soins préventifs et curatifs maternels et/ou néonataux</b>				
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	3,8%	20%	46%	84%
Réanimation nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	8,0%	20%	46%	84%
Antibiotiques RPM	8,0%	20%	46%	84%
Détection et traitement de (pré) éclampsie	2,0%	20%	46%	84%
Soins néonataux universels d'urgence (i)	1,0%	20%	46%	70%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	3,8%	20%	46%	84%
Prise en charge des infections néonatales	3,8%	20%	46%	84%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	7,5%	20%	46%	70%
ARV pour adulte atteint du SIDA	1,0%	20%	46%	70%
Antibiotiques pour infections opportunistes	7,0%	15%	20%	25%
<b>Soins curatifs de l'enfant</b>				
Antibiotiques pour la diarrhée sanglante et dysenterie	3,8%	20%	46%	70%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	3,8%	20%	46%	70%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	3,8%	10%	10%	10%
Prise en charge de paludisme compliqué (ii)	7,5%	20%	46%	70%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	7,9%	20%	46%	84%
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants < 5 ans	3,8%	20%	46%	70%
ARV pour enfant atteint du SIDA	1,0%	20%	46%	70%

SOURCE : Résultat MBB

Les soins maternels néonataux et infantiles à ce niveau de la pyramide montrent une utilisation très faible. Ces résultats confirment que la référence n'est pas vraiment bien suivie. Il faudra donc des efforts énormes pour ramener la couverture à un taux acceptable soit au moins 70% en dehors de l'intervention « antibiotique pour infections opportunistes » où la couverture souhaitée est de 25% pour 2015. Ces soins, déjà existants et pratiqués nécessitent d'être davantage connus et utilisés aussi bien de la part des prestataires que des usagers.

NB :

(i) Sont compris : Asphyxie après soins, prise en charge des infections sévères, gestion de la malnutrition infantile sévère (très petit poids de naissance).

(ii) Il s'agit du traitement par antipaludéens de 2<sup>nde</sup> intention

### iii. Pour le 2<sup>ème</sup> niveau de référence

Les résultats sont les suivants :

Tableau 12: Projection des couvertures attendues pour les soins cliniques individuels de 2009 à 2015 : premier niveau de référence

SOINS CLINIQUES INDIVIDUELS Administrés au 2 <sup>ème</sup> niveau de référence	Données de base	Phase	Phase	Phase
		I 2009- 2010	II 2011- 2012	III 2013- 2015
<b>Soins curatifs maternels, néonataux et infantiles</b>				
Corticoïdes prénataux pour menaces d'accouch. prématuré	20,2%	55%	67%	84%
Antibiotiques pour RPM	31,0%	55%	67%	84%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	20,2%	55%	67%	84%
Détection et traitement du (pré) éclampsie	31,0%	55%	67%	84%
Prise en charge infections néonatales 2 <sup>o</sup> niveau de référence	20,2%	55%	67%	84%
Réanimation nouv.-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	29,0%	55%	67%	84%
Prise en charge de paludisme compliqué (2 <sup>de</sup> intention)	37,0%	40%	50%	70%
Antibiotiques pour infections opportunistes	2,0%	5%	10%	15%
Prise en charge des tuberculoses modérément résistantes	20,2%	55%	67%	84%
Soins universels néonataux	20,2%	30%	40%	50%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (ref PCIME)	20,2%	55%	67%	84%
Autres urgences aiguës	30,0%	55%	67%	84%
<b>Traitement de l'infection à VIH/ SIDA</b>				
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	20,2%	55%	67%	84%
ARV pour adulte atteint du SIDA	20,2%	55%	67%	84%
ARV pour enfant atteint du Sida	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1 <sup>ere</sup> intention	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge des échecs traitements ARV(2 <sup>de</sup> intention)	37,5%	55%	67%	84%

SOURCE : Résultat MBB

Concernant les soins administrés au niveau des CHR, qu'il s'agisse des mères et de leurs enfants ou spécifiquement des malades du Sida de notre cible, les taux de couvertures sont relativement acceptables. Néanmoins il est impératif de les améliorer.

Il est important de noter que le processus MBB ne prend pas en compte le 3<sup>ème</sup> niveau de référence de la pyramide sanitaire (les CHU et Hôpitaux nationaux); ce niveau étant normalement celui du recours ultime plutôt destiné à la recherche donc à une frange de la population.

En somme, les **résultats sur les soins individuels** à administrer aux populations ont souligné comme l'on s'y attendait, une faiblesse des taux de couverture. Par conséquent, les objectifs souhaitables ne seront atteints que par la conjugaison de certaines actions simultanées. Dans un premiers temps, il paraît indispensable de rendre accessibles les FS d'un point de vue géographique mais aussi les services offerts par une amélioration des plateaux techniques et de la qualité des soins dispensés. Spécifiquement, la subvention et les compétences en SONU, PCIME, l'IEC également devront être renforcées.

#### 4. La performance en terme de potentialité humaine

Les ressources humaines posent une grande inquiétude car, constituant la pièce maitresse des activités de santé, elles sont en sous effectifs et parfois sous ou mal employés. De ce fait, une amélioration des effectifs, de la répartition et de la qualification des prestataires de soins est essentielle. La formation continue, le recyclage et le monitoring des activités assureraient un rendement supérieur aux résultats de santé. De plus, une revalorisation des professions médicales par la motivation des prestataires et la mise en œuvre d'une politique attractive de gestion des carrières freinerait la « fuite/ reconversion » des acteurs vers d'autres domaines non clinique ou vers le privé tout en garantissant la disponibilité et la qualité des services offerts.

Tableau 13: Besoins en ressources humaines

RH additionnel 2009-2015 (BF)	Phase I	Phase II	Phase III	RH total
Promoteurs communautaires en santé et nutrition	2920	823	1307	5050
Agents de santé pour les soins programmés vers les populations	1311	1022	954	3287
Personnel du centre de santé	274	219	253	746
Personnel de l'hôpital de première référence	293	174	239	706
Personnel de structure de 2nd niveau de référence	91	50	78	219
<b>RH par phase</b>	<b>4889</b>	<b>2288</b>	<b>2831</b>	<b>10008</b>
<b>Apport RH par Phase</b>	<b>49%</b>	<b>23%</b>	<b>28%</b>	<b>100%</b>

SOURCE : Résultat MBB

S'il l'on arrive à améliorer la qualité des ressources humaines existantes, le système sera toujours défaillant du point de vue quantitatif. La présente simulation nous apprend que l'amélioration de la santé des mères et enfants conformément

aux OMD 4 et 5 nécessite un recrutement (selon les normes OMS) de plus de 10 000 agents supplémentaires de santé (voir tableau).

La difficulté réside dans le fait que ce personnel pour près de la moitié doit être recruté lors de la première phase malgré que 59,7% de ces Ressources Humaines soient destinés à la promotion communautaire. Et ceci réduit les soucis de qualification puisque leur formation s'acquiert dans un délai nettement plus court. Il demeure néanmoins que toujours pour cette phase 1969 agents de santé qualifiés soient nécessaires. Les capacités de formation de nouveau personnel étant limitées et le délai si court (2 ans). Cependant, une récente étude de Hounton (2009) au Burkina Faso quoique spécifique aux personnels de santé nécessaires pour les accouchements par Césarienne, ouvre des perspectives viables et immédiates d'augmentation de RH qualifiés pour notre cible. En effet, il est démontré que la formation de suppléants est une solution viable pour améliorer la survie des enfants lors des interventions obstétricales dans les hôpitaux régionaux. Il s'agit de recycler et de superviser régulièrement et effectivement du personnel médical déjà existants pour réduire ce besoin de spécialistes dont la formation est de longue durée. Cette solution s'avère efficace et également d'un rapport coût-efficacité très élevé à court terme. Elle pourrait aussi servir pour les autres phases qui requièrent davantage de ressources humaines qualifiées.

Par ailleurs, le redéploiement de tout le personnel existant et/ou nécessaire et qualifié se doit de couvrir les besoins en agents de santé des structures périphériques qui sont les moins pourvues.

Toutefois, ces interventions, objectifs et actions complémentaires si efficaces soient ils, ne seront réalisables que si les apports financiers sont suffisants, judicieusement repartis et bien gérés. Ce qui nous amène à l'évaluer les coûts et le financement additionnel nécessaire pour la stratégie.

#### **IV. COÛTS ET FINANCEMENTS ADDITIONNELS**

En adéquation avec l'augmentation ci-haut suggérée des services pour l'atteinte des OMD, une estimation des efforts additionnels et ressources nécessaires serait des plus utiles. Il s'agit ici des besoins financiers additionnels ou marginaux nécessaires pour la levée des goulots. La détermination des besoins sera faite par rapport aux paramètres macroéconomiques actuels et de croissance projetés de la

loi de finance 2009 tout en considérant une relative stagnation de la situation actuelle du système de santé. Autrement, chaque coût additionnel obtenu doit permettre de rallonger la couverture des interventions à partir de la frontière de couverture actuelle ou données de base.

### 1.Procédé

L'évaluation du coût, prend en compte individuellement chaque élément des goulots dont elle calcule le coût additionnel nécessaire par intrant, agrège ces différents coûts pour donner le besoin financier marginal par déterminant de couverture et par mode de prestation de service qui va traduire le coût additionnel engendré par une unité de production de service (UPS) supplémentaire. En effet, chaque UPS supplémentaire prend en compte aussi bien les coûts directs et indirects que les investissements (ressource dont la durée de vie est supérieure à 1an) et les coûts récurrents ou coûts associés aux intrants susceptibles d'être consommés ou remplacés dans un délai d'un an ou moins (médicaments, entretien, formations internes...).

Ainsi ayant au préalable attribué des coûts à la liste d'intrants nécessaires, le coût additionnel pour chaque mode de prestation est estimé et évalué pour chacun des six déterminants selon la formule suivante <sup>(manuel MBB)</sup>:

$$Cm_i = (P_{oi} \times Q_{oi} \times S_{oi} \times n) - (P_{bi} \times Q_{bi} \times S_{bi} \times n)$$

$Cm_i$  = coût additionnel par intrant  $i$   $P_{bi}$  = coût unitaire de base de l'intrant  $i$

$P_{oi}$  = coût unitaire d'un intrant  $i$  dans une phase  $n$ = population

$Q_{oi}$  = quantité d'un intrant  $i$  par unité d'extrait ou par unité de production de service

$S_{oi}$  = UPS pour l'objectif de couverture ciblé de l'intrant  $i$  pour 1 million d'habitants

$Q_{bi}$  = quantité de l'intrant  $i$  par UPS pour la couverture de base

$S_{bi}$  = UPS pour la couverture de base de l'intrant  $i$  pour 1 million d'habitants

Le coût marginal par intrant appliqué sur tous les intrants, ensuite à tous les déterminants de couverture puis aux différents modes de prestations de service permettant une estimation du coût total. Egalement, les **données macro-économiques** sont introduites, des **hypothèses d'évolution** de certains des paramètres(voir espace budgétaire) en vue d'évaluer le potentiel d'augmentation des dépenses sanitaires dans le pays sont définies. Ce qui permettra à l'outil de parfaire et parachever la budgétisation.

En résumé, la répartition des coûts marginaux entre les différents niveaux de prestations est liée aux interventions sélectionnées aux taux de réduction des goulots d'étranglement estimé sous chaque phase le tout sur la base de la situation actuelle et aux projections macroéconomiques de croissance.

## **2.Espace budgétaire**

Une projection de cette envergure soumise à d'énormes paramètres macroéconomiques se doit de définir des conditions de réalisation. Ainsi, à l'image des scénarii de distribution des coûts additionnels, 3 scénarii d'espaces budgétaires, fonction des variations de croissance macroéconomique envisageables ont été supposés pour la période d'exécution de la stratégie. Ces scénarii envisagés sont l'occasion de connaître les prévisions susceptibles d'être prise en compte pour le financement des couts additionnels. Ils tiennent compte de la stratégie du CDMT qui prendra fin en 2010 tout en maintenant le niveau des paramètres entre 2011 et 2015. Les projections sont faites sur la base de paramètres macroéconomiques et de finance publique (voir tableau 14) en tenant également compte des indicateurs et prévisions du CDMT-SANTE et des engagements internationaux en matière de croissance de l'aide affectée à la santé. Ces scénarii traduisent l'espace budgétaire possible à la fin de chaque phase du programme.

Les hypothèses qui sous tendent les scénarii sont les suivantes :

- **Le scénario tendanciel ou moyen** simule l'économie burkinabè pour l'année 2009 et les tendances sur la période 2010-2011 sur la base de quelques hypothèses fondamentales relatives à l'environnement national et international.
- **Le scénario pessimiste** simulé sur la base d'un environnement économique et naturel moins favorable imposée par la persistance de la crise financière et économique influençant négativement l'activité économique du pays. L'entrée en vigueur des APE est également un risque qui a été considéré.
- Enfin, considérant une conjoncture économique plus favorable, **le scénario optimiste** limite les effets du marasme économique actuel sur l'économie burkinabé. Il envisage des conditions climatiques plus favorables à une production agricole satisfaisante pour les années à venir et envisage une production minière florissante.

Les particularités des paramètres considérés sont ci-dessous détaillées.

Tableau 14 : Hypothèses des 3 scénarii d'espace budgétaire

Hypothèses 1	Scénario 1: Pessimiste	Scénario 2: Tendanciel	Scénario 3: Optimiste
Taux de croissance annuel du PIB/Habitant	Baisse à 4,6 en 2009 pic de 7% en 2010. Ensuite baisse progressive pour se stabiliser à 5,6% ENTRE 2013 et 2015	Croissance avec un pic de 9,65% en 2011 puis baisse pour se stabiliser à 7,82% jusqu' en 2015	Croissance jusqu'à 13,6% en 2013 et Stable à 11% jusqu'en 2015
Recettes publiques (% PIB)	Baisse de 8,6% en 2009, puis croissance à 30,7% en 2015	Stable à 27%	Augmentation à 29,4% en 2009 et à 35% en 2015
Appui budgétaire global (% PIB)	Faible croissance progressive de 2,5 en 2009 à 3,1 en 2015	Relativement stable entre 3 et 3,5%	Augmentation à 2,7% en 2009 puis à 4,3% en 2015
Allocation à la santé (% des ressources publiques)	De 16,6% en 2008, double en 2015	Augmente à 19% en 2009 et double en 2015	De 15,2 en 2008 passe à 17,2% en 2015
Dépenses privées de santé	Croissance annuelle de 2%	Augmentation annuelle de 2%	Augmentation annuelle de 2%
Aide ciblée à la santé (par habitant)	Stable à 10,4 USD	De 10,4 USD en 2008 augmente à 19 USD en 2015	De 10,4 USD en 2008 augmente à 19USD en 2015

NB : cf. hypothèses : CDMT-Santé & Situation économique et Financière de Burkina Faso et tendances pour la période 2010-2012, élaboré par le Comité de prévision de la conjoncture/ Ministère des Finances, fev 2009.

Le premier scénario d'espace budgétaire s'appuie sur les hypothèses pessimistes du DRSP. Ce scénario projette une baisse de plus de 13% de la croissance du PIB/habitant pour 2009. Une relance économique suite à la crise financière de 2008 d'abord en faveur de l'augmentation ensuite d'une régression progressive et relativement faible qui va stabiliser la croissance à partir de 2012.

Le deuxième scénario, conforme à la tendance actuelle de l'économie, plus optimiste que le précédent, envisage une croissance relativement moyenne du PIB/habitant et des autres paramètres de 2009 à 2012. Cette croissance se stabilise pour la dernière phase de notre stratégie s'appuie sur les hypothèses tendanciennes du CDMT et prévoit une augmentation progressive du taux de croissance entre 2007 et 2015.

programme et comprennent au total 40,3% du financement destiné à l'investissement et le reste soit 59,7% aux frais de fonctionnement.

**NB :** Estimation des coûts en dollars selon la prévision du cours pour la période 2009-2012 soit 500 F CFA.

### a. Selon le paquet de services

Le tableau ci-dessous illustre pour chaque phase la répartition des coûts relatifs aux différents paquets de service.

Tableau 15: Prévision budgétaires par niveau de prestation

MODE DE PRESTATION DE SERVICE	Phase I	Phase II	Phase III	Total Stratégie
Soins familiaux	33 320	24 483	63 788	121 591
Services orientés vers les populations	42 817	54 609	138 256	235 681
Soins cliniques Individuels	122 278	194 082	462 931	779 291
Administration au niveau décentralisé	590	1 535	5 946	8 071
Administration au niveau central	1 279	3 254	9 530	14 063
Assistance technique	532	526	1 830	2 888
<b>FINANCEMENT TOTAL ('000\$)</b>	<b>200 816</b>	<b>278 488</b>	<b>682 281</b>	<b>1 161 585</b>
<b>Besoin en Investissement (%)</b>	<b>9,0%</b>	<b>6,9%</b>	<b>24,3%</b>	<b>40,3%</b>
<b>Besoin en Fonctionnement (%)</b>	<b>8,3%</b>	<b>17,1%</b>	<b>34,4%</b>	<b>59,7%</b>
<b>BESOIN DE FINANCEMENT TOTAL PAR PHASE (%)</b>	<b>17%</b>	<b>24%</b>	<b>59%</b>	<b>100%</b>

SOURCE : Résultat MBB

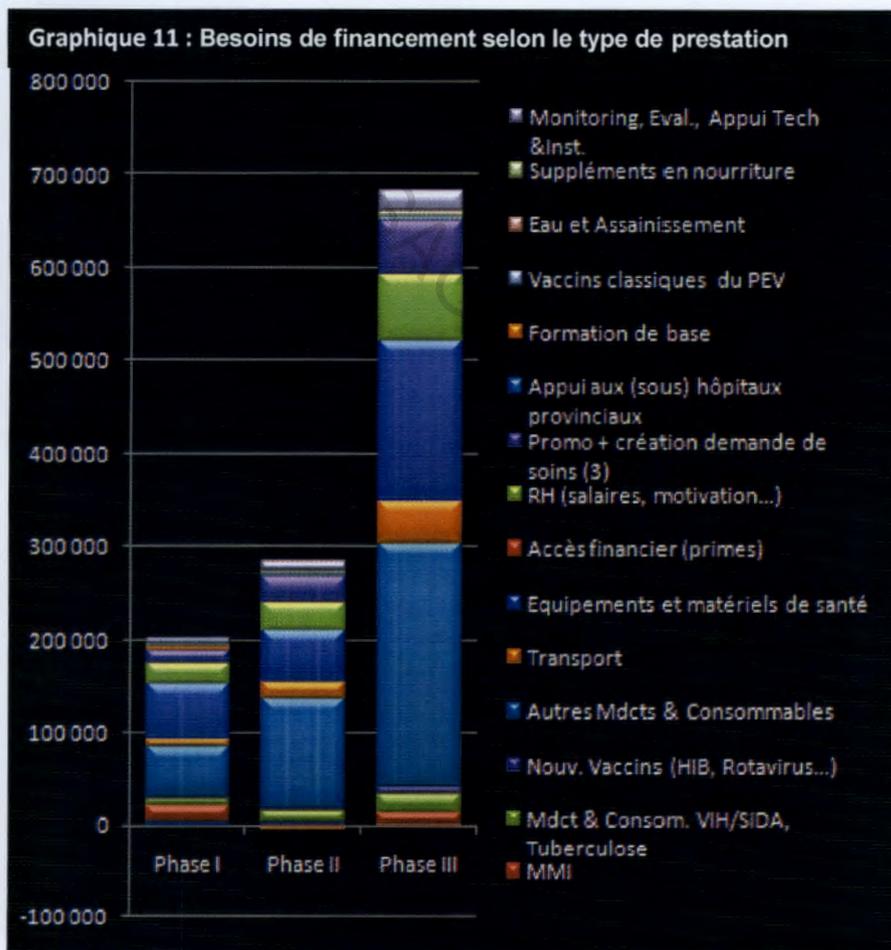
Les résultats montrent que plus 67% du financement nécessaire est englouti par les soins cliniques individuels et seulement 10,47% reviennent aux soins familiaux. Ce qui est largement compréhensible puisque le niveau clinique comprend entre autre les équipements et les médicaments. Effectivement pour chaque phase, ce sont les soins cliniques qui constituent la partie charnière du financement : 61% pour la 1<sup>ère</sup> phase, 70% pour la 2<sup>ème</sup> et 68% pour la 3<sup>ème</sup>. Par ailleurs, la 3<sup>ème</sup> phase est la plus coûteuse de toute vue qu'elle met l'accent sur la clinique.

Les services orientés vers la population (PF, CPN, Vaccination...) viennent en seconde position du point de vue financement. Le besoin global ou par phase pour cette catégorie est compris entre 19 et 21,4%. L'assistance technique consomme très peu de ressources (0,25%) de même que l'administration qui ne dépasse pas 2%.

### b. Selon les types de prestation

Dans cette catégorie, les médicaments et consommables autres que ceux destinés à lutter contre le VIH/Sida et la Tuberculose viennent en tête. En effet ils représentent 27, 42 et 38% respectivement des montants nécessaires pour financer les phases 1, 2 et 3 soit 37% du besoin total de financement. Les équipements et matériels de santé occupent la seconde place soit 25% de ce même montant.

Les dépenses induites par la mobilisation du personnel constituent 11% du budget nécessaire alors que la promotion et l'incitation à la demande de soins qu'ils soient familiaux, communautaires ou individuels ne coutera que 8% du financement escompté.

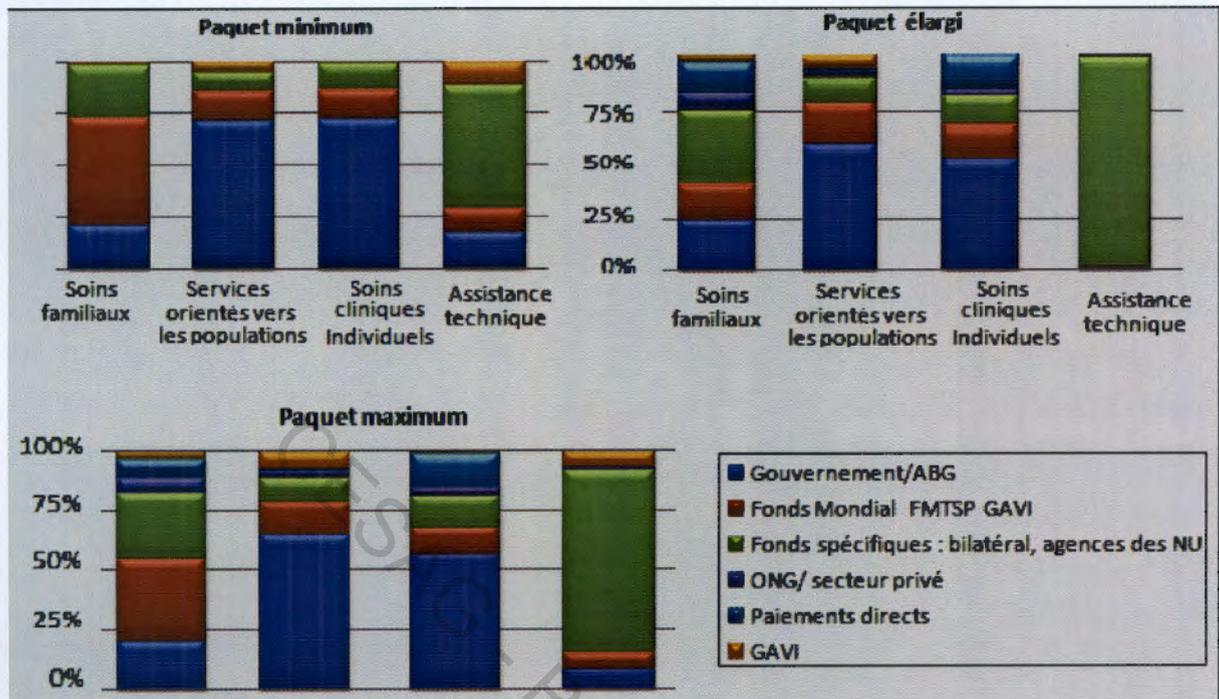


### c. Selon les sources potentielles de financement

Trois scénarii de cofinancement sont proposés sur la base de l'historique du financement de la santé au Burkina avec pour principe que plus de la moitié voire les  $\frac{3}{4}$  des ressources nécessaires soient de provenance interne (gouvernement, paiement direct...). D'emblée, les fonds liés à l'administration (centrale ou décentralisée) sont entièrement supportés par le Gouvernement et ne figureront de

ce fait pas sur le graphique suivant. Les autres sources dites externes tels Fonds mondial, GAVI, les agences des NU... vont supporter le reste du financement.

Graphique 12: scénarii de distribution des coûts additionnels par sources de financement



SOURCE : Résultat MBB

Considérant le paquet minimum de distribution, le Gouvernement, seule source interne, supportera 56% du financement soit environ 122 953 milliers de dollars US. Ce paquet exclu le paiement direct.

Le paquet intermédiaire ou élargi, voit une participation de l'Etat à hauteur de 51% mais intègre aussi un apport des ONG de 4% contre 11% en paiement direct. Le Fond Mondial soutiendrait la santé à hauteur de 16% soit 2% de moins que dans le scénario précédent. L'assistance technique serait quasiment financée par des fonds venant d'autres secteurs spécifiques comme les agences des nations Unies ou de coopération bilatérale.

Le dernier scénario estimant le budget à 682 281 ('000\$), réduit encore la participation du Fond mondial à 14% contre une hausse de 5% soit 56% pour le Gouvernement tandis que le paiement direct statue à 11%.

#### d. Selon les objectifs recherchés

L'objectif principal étant l'amélioration de l'état de santé des mères et enfants, à travers donc la réduction de certaines pathologies ; la présente simulation de MBB nous donne une idée des besoins financiers en fonction de certains objectifs

spécifiques liés au PNDS. Malgré que ces programmes ne soient pas uniquement destinés à la santé maternelle et infantile leur réalisation y contribue valablement.

Le budget pour la finalisation des programmes du PNDS s'élève à 1 175 669 ('000\$). Les programmes 6 et 7 respectivement liés à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux SS et à l'accroissement des financements en faveur du secteur de la santé ne sont pas compris vu qu'ils ne dépendent pas directement de la santé. Le tableau suivant résume les besoins financiers pour chacune des années de la stratégie.

Tableau 16: Besoin de financement suivant les plans et programmes du PNDS

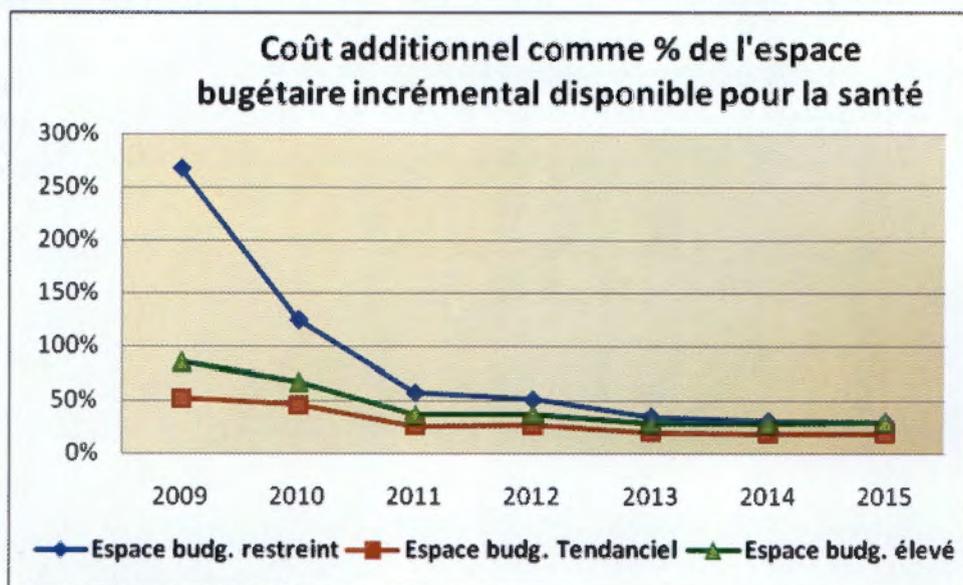
Programme et plans du PNDS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
P1: Accroître la couverture sanitaire nationale	22 294	39 506	23 365	39 353	37 997	59 115	86 328
P2: Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé	10 202	27 273	32 331	49 165	42 520	62 114	92 029
P3: Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	22 653	26 037	24 697	30 566	44 293	44 421	47 442
P4: Réduire la transmission du VIH	6 277	18 781	20 409	24 135	24 384	24 721	25 173
P5: Développer les ressources humaines en santé	8 896	16 496	11 899	17 254	19 453	24 287	30 698
P8: Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé	932	1 470	2 118	3 197	5 146	5 769	6 392
<b>BESOIN TOTAL</b>	<b>204835</b>	<b>282511</b>				<b>688323</b>	

SOURCE : Résultat MBB

Il apparaît que l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé, puis celle de la couverture nationale sanitaire soient les priorités puisqu'elles occupent respectivement 27 % et 26% de la part du financement nécessaire. Il en est de même pour la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles qui nécessite un apport d'environ 240 108 ('000\$) soit 20% du financement. La phase III, comme l'on pouvait s'y attendre englouti la plus grande portion des ressources soit 58,5%.

#### e. En fonction de l'espace budgétaire disponible

Les diverses projections d'espace budgétaire, précédemment définies, ont été confrontées aux besoins de financement estimés pour la mise en œuvre du programme de renforcement du système de santé au Burkina Faso et le passage à l'échelle des interventions de santé maternelle et infantile. Les différents cas de figure possible se résument dans le graphique suivant.

**Graphique 13:** Coût additionnel en % de l'espace budgétaire incrémental disponible pour la santé

En situation de scénario moyen ou élevé, à toutes les phases, le coût additionnel nécessaire pour la réalisation de la stratégie peut aisément être couvert dans l'espace budgétaire incrémental défini et disponible pour la santé. En effet ces deux scénarii d'une part projettent une croissance relativement importante du PIB et des paramètres économiques permettant d'augmenter la disponibilité financière. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que les conséquences de la crise économique actuelle devraient permettre dans les années à venir une relance de l'économie aussi bien mondiale que nationale. D'autre part, des sources autres que les principales sources de financement de la santé (gouvernement et le fonds mondial, fonds spécifiques) tels que le paiement direct, les ONG... sont considérées (voir graphique 12).

Cependant, en situation d'espace budgétaire restreint, il sera impossible de financer la première phase de la stratégie avec les ressources potentiellement disponible pour la santé. Les efforts financiers supplémentaires et indispensable période et dans ce cas sont liés aux conséquences direct du marasme économique de 2008 avec en retour une baisse voire une régression du PIB comme des autres paramètres considérés. Toutefois même si la situation ne s'améliore pas véritablement à partir de 2011, la stratégie pourra être financée dans l'espace budgétaire disponible pour la santé.

Par ailleurs, la relative proportion d'espace occupé par la stratégie à la 3<sup>ème</sup> phase et ce pour les 3 cas de figures s'expliquerait par la stabilité plus ou moins généralisée de la croissance et des autres paramètres économiques entre 2013 et

2015. Ceci est dû aussi au fait qu'il n'y ait pas encore de projections économiques précises et disponibles pour ces années. Autrement toute influence en défaveur d'une stabilité économique pour cette période pourrait légèrement affecter les montants projetés.

Néanmoins, en supposant que les conditions économiques soient favorables donc suffisent à la mobilisation des ressources puis la réalisation des activités envisagées, voyons à travers le chapitre suivant les prévisions d'impact.

## V.IMPACT ATTENDU

La stratégie est d'ores et déjà retenue par le pays. Au cas où elle serait complètement mise en œuvre, les retombées seront de plusieurs ordres. Les OMD 4, 5 et 1 respectivement seront atteints à 96%, 94% et environ 100% tandis que l'OMD 6 sera atteint à 60%. Rappelons que la particularité du mode cumulatif choisi pour cette simulation donne des résultats d'impact progressivement cumulé.

En outre, voulant d'avantage mettre l'accent sur les projections d'impact, nous avons jugé plus judicieux de mettre en annexe les méthodes de calcul utilisé par l'outil pour fournir ces résultats (annexe 4). Voyons les différents impacts possibles.

### **1.Impact sur la réduction des maladies cibles**

Il s'agit pour la plupart, d'impact non ajusté sur la mortalité.

#### **a. Chez les enfants**

⚡**La malnutrition** se verra freiner de 9% à la fin de la phase II et de 13% à la fin de la phase III.

⚡**La mortalité causée par les diarrhées régressera au total de 95,7% à la fin du processus après une réduction préalable de 73% puis de 88,6%.**

⚡**Le paludisme**, son incidence sur les enfants de moins de 5ans sera réduite de 11% puis de 28% et enfin de 30% à la fin respectivement des phases I, II et III. La mortalité liée au palu sur les mêmes cibles chutera de 87% à la fin de la stratégie. Ce taux aurait préalablement baissé de 56% à la fin de la première étape puis de 75% à celle de la 2<sup>nd</sup>e.

⚡**Pour la mortalité liée aux infections sévères, le recul sera graduellement de 32%, 50,6% et de 63,8% au final tandis que celle liée à l'asphyxie baissera de 56,16% à la Phase III.**

✚ **A la fin de la dernière phase la létalité de la rougeole reculera de près de 85%.**

✚ La mortalité pédiatrique liée au **Sida** devrait elle reculée de 77% à la fin du processus.

### **b.Chez les mères**

L'impact non-ajusté sur la mortalité due aux hémorragies, aux infections puerpérale, à l'éclampsie, à l'obstruction au travail, et aux avortements compliqués sera respectivement de 86%, 81,7%, 66%, 80%, 82% à la fin du processus.

La létalité anémique initialement abaissée de 15,8% reculera de 67,52% à la fin de la phase III.

Enfin, les causes non spécifiques ou indirectes seront moins mortelles de 32%, 55% puis 63% au final.

## **2.Impact sur la mortalité**

Au total 226 638 VIES devront être sauvées à la fin par l'application de la stratégie dont 52 571 vies lors de la première phase. La 2<sup>ème</sup> comptera 76464 vies et la dernière 97 603 vies d'épargnées.

Le tableau suivant révèle l'effet des différents modes de prestation de service sur la mortalité.

**Tableau 17: Mortalité spécifique selon le mode de prestation de service et par phase**

	Mortalité Néonatale			Mortalité infanto-juvénile			Mortalité maternelle		
	Phase I	Phase II	Phase III	Phase I	Phase II	Phase III	Phase I	Phase II	Phase III
Services communautaire et familiale	0,6%	11,4%	0,0%	0,9%	19,4%	0,0%	1,2%	23,5%	0,0%
Service orientés vers les populations	0,8%	6,0%	2,6%	3,8%	8,5%	5,9%	7,2%	9,9%	8,1%
Soins cliniques Individuels	25,6%	31,0%	31,0%	37,4%	44,0%	48,3%	48,3%	55,6%	66,7%
<b>TOTAL STRATEGIE</b>	<b>26,3%</b>	<b>40,9%</b>	<b>33,2%</b>	<b>39,7%</b>	<b>55,6%</b>	<b>52,3%</b>	<b>51,9%</b>	<b>64,9%</b>	<b>70,9%</b>

SOURCE : Résultat MBB

Les soins cliniques sont évidemment les plus efficaces sur la réduction de la mortalité. Néanmoins, des résultats intéressants sont observés pour les soins communautaires en faveurs de la famille tels la réduction de 23,5% sur la mortalité maternelle ou encore celle de 19,4% sur la MIJ.

Le TMM selon les tendances évolutives actuelles s'estime à 338‰ pour 2015 si rien n'est fait et son niveau espéré selon l'OMD5 est 142‰. Le TMIJ lui serait de 100‰ si rien n'est fait en 2015 alors qu'il est espéré à 62‰.

Graphique 14: Evolution de taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile



SOURCE : Résultat MBB

Les résultats montrent qu'au final, le Burkina devrait enregistrer pour 2015 un TMIJ d'environ **67,8‰** naissances vivantes et une mortalité maternelle estimée à moins de **165‰** comme nous le montre le graphique ci-dessus. Ces prévisions donnent alors un taux de réussite de 94% l'OMD 5 et de 96% pour l'OMD4.

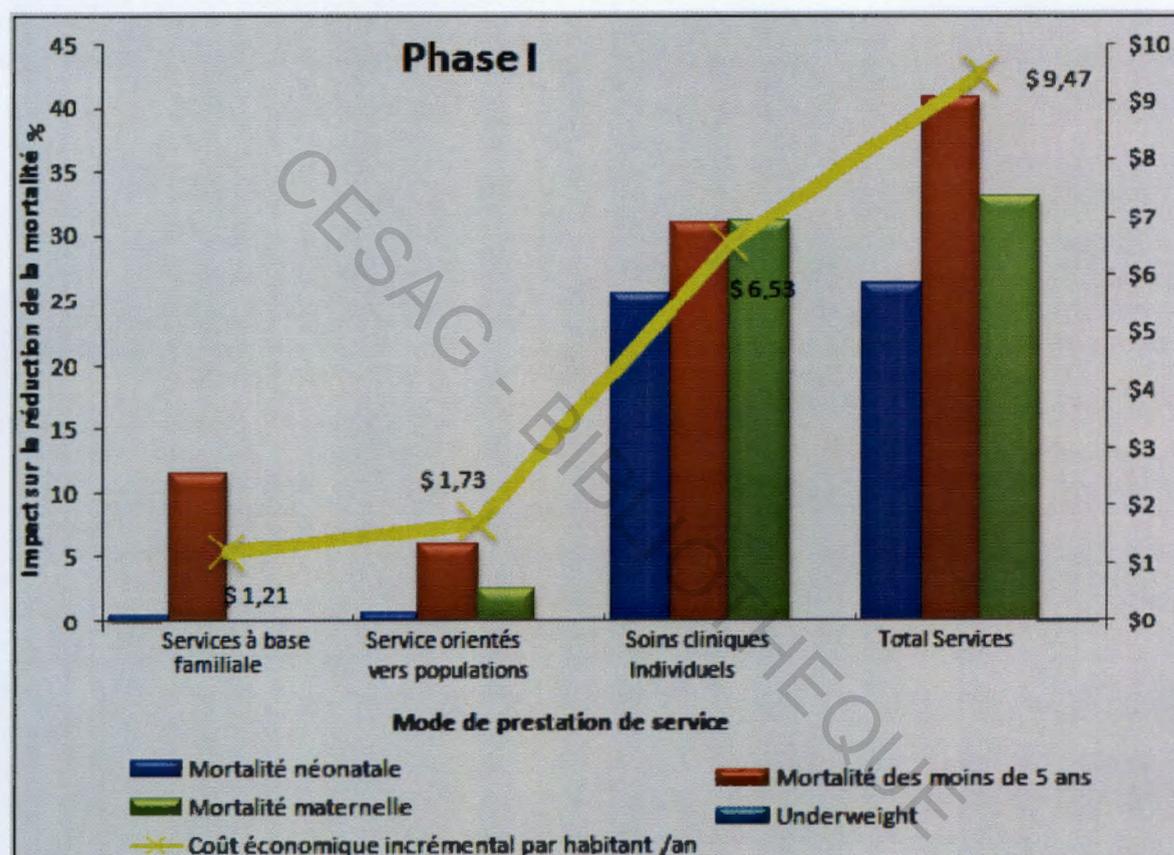
### 3. Rapport coût-efficacité

Comparer les impacts envisageables aux coûts susceptibles d'être engagés permet d'avoir plus de visibilité sur l'utilisation des ressources mais surtout nous donne une idée plus matérielle de l'efficacité de cette stratégie.

#### a. Phase I

Cette phase s'attèlera à rattraper les objectifs du PNDS à l'horizon 2010 par une réduction de 10 à 50% des goulots d'étranglement pour presque tous les paquets.

Graphique 15 : Rapport coût efficacité de la première phase



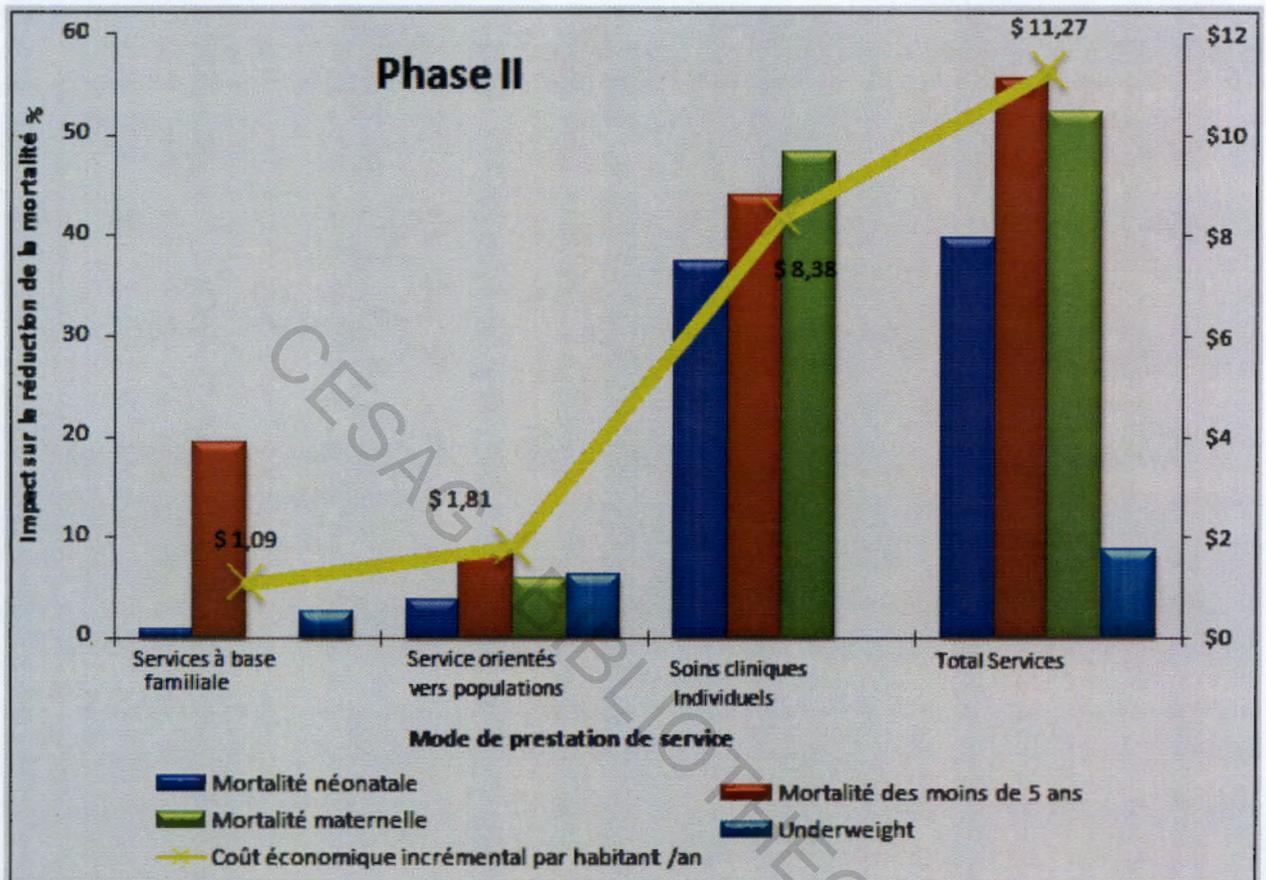
SOURCE : Résultat MBB

Comme le montre cette figure, pour \$9,47 déboursé pour chaque habitant, on aura une réduction de la mortalité générale pour cette première phase comprise entre 26,3 et 50,9%. En effet pour chacune des 51473 vies pour 2009 et 1099 vies en 2010 à sauver, un besoin de financement additionnel total de \$ 1910/an est nécessaire et le coût économique par vie sauvée revient au total à \$ 2724. L'OMD 4 progresse de 59% tandis que l'OMD 5 gagne 44%.

### b.Phase II

Une réduction des goulots d'étranglement entre 60 et 70%, donne une avancée à 79% et 61 % respectivement des OMD 4 et 5 pour un résultat d'environ de 76 464 vies sauvées. Ce qui revient à \$11,27 dépensé par tête soit une dépense de \$2402 par vies sauvée et un besoin de financement additionnelle de \$1825.

Graphique 16 : Rapport coût efficacité de la première phase



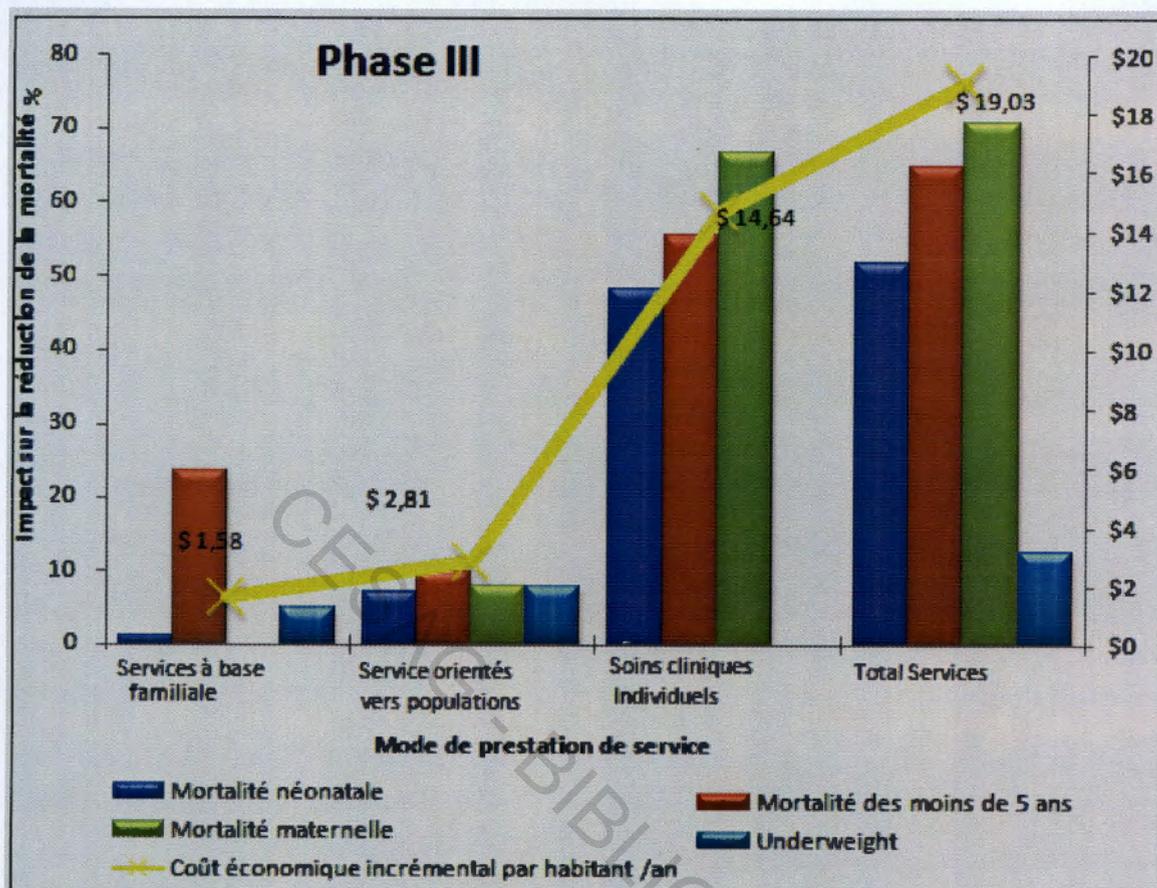
SOURCE : Résultat MBB

Les objectifs de couverture plus ambitieux sont le reflet d'un renforcement plus important de l'offre de soin mais aussi d'une stimulation plus importante de la demande. Par ailleurs c'est la phase qui présente le meilleur rapport coût efficacité.

### c.Phase III

Il est prévu de réduire les contraintes de 80%.

Graphique 17 : Rapport coût efficacité de la troisième phase



SOURCE : Résultat MBB

C'est la phase, la plus coûteuse, puisque chaque vie sauvée revient à \$ 3 461 pour un coût marginal de \$ 2 330. Elle rapporte également le 2<sup>nd</sup> meilleur résultat puisqu'elle épargne plus de 97600 vies en 3 ans soit une moyenne de 32 000 vies par an. En effet, pour une couverture présomptueuse des services (100%), l'accent est d'avantage mis sur la clinique, notamment sur les interventions SONUB et SOUC, justifiant l'impact significatif (baisse de 70,9%) de la stratégie sur la mortalité maternelle. Cependant elle revient à déboursier pour chaque habitant \$20,81 pour toute la période.

# Limites - Recommandations - Conclusion

BIBLIOTHEQUE

## DIFFICULTES, LIMITES ET PREOCCUPATIONS DE L'ETUDE

**La difficulté majeure** de cette étude réside dans la collecte de données pas toujours disponibles ou très anciennes donc éloignées parfois des réalités actuelles. Certains résultats d'enquête, bien que révélés dans des documents à caractère national, ne sont que partiels, biaisant de ce fait des analyses d'envergure nationale. D'un autre côté, l'outil exige de calculer certains paramètres, ce qui parfois peut occasionner des erreurs. La précision étant de rigueur, il serait indiqué que l'outil soit allégé dans sa conception mais surtout qu'il développe un mode de contrôle et de vérification de données qui sont introduites.

Concernant **les limites**, la première difficulté constitue la première des limites. Sachant que MBB se base sur ces données pour déterminer les contraintes, évaluer les besoins et déterminer les impacts, cette situation encourage des marges d'erreur plus grandes pouvant éloigner davantage les prévisions de la réalité.

L'outil fonctionne sur des principes d'économie pure « toute chose égale par ailleurs »..., ce qui n'est pas toujours valable quand il s'agit de comportements humains et surtout de choix soumis à plusieurs influences. Enfin, une des limites de cette simulation provient du fait que MBB initialement conçu pour des prévisions d'une moyenne de 5ans par phase n'est que récemment appliquée alors que l'échéance est très proche. Les besoins semblent, dans ce cas, énormes par rapport au délai disponible.

**Les préoccupations** sont principalement de 2 ordres :

-les besoins en ressources humaines très énormes face aux délais et aux capacités de formation disponibles. La formation et le recrutement d'un tel nombre de nouveaux praticiens ou acteurs de la santé pose des problèmes de suivi, de supervision et de prise en charge du personnel et parfois de qualité des prestations offertes, le contrôle étant limité.

- si les questions de prévision des ressources et d'intention de financement sont relativement réglées, leur mise à disposition pourrait poser de sérieux problèmes à cause de la crise économique mondiale qui va de pair avec une baisse de la croissance économique et qui ne garantit pas l'apport financier extérieur escompté.

## RECOMMANDATIONS

Les résultats de la présente étude ont souligné l'importance de mobiliser, nettement, davantage de fonds pour améliorer l'efficacité et la productivité des investissements sanitaires en vue d'assurer un meilleur état de santé aux femmes et aux enfants en particulier tout en prenant compte des plus pauvres. Afin de matérialiser ces prévisions de rendre pour acquis les impacts prévus nous proposons ces recommandations suivantes :

### ***A l'endroit de l'Etat et des pouvoirs publics***

Il est plus que jamais nécessaire de porter la part du budget du ministère de la santé à 15% du budget global de l'Etat conformément à la déclaration d'Abuja. De plus l'Etat devra d'une part, renforcer la mobilisation des ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers et d'autre part, veiller à la mise en place d'un cadre d'exercice de l'approche multisectorielle comme recommandé par la Commission des déterminants sociaux de la santé (2001).

La problématique de la santé des femmes et enfants relève de déterminants aux domaines d'intervention plus vaste que la santé tels que l'eau et l'assainissement, l'éducation, les finances. Il serait important de renforcer le cadre de réflexion interministériel sur les problèmes transversaux et de rendre plus effectifs les résolutions.

### ***A l'endroit du Ministère de la santé***

Les résultats de la présente étude doivent aider à définir les priorités nationales en matière de financement de la santé mais aussi inciter les partenaires à augmenter sensiblement leur niveau d'aide au développement pour la santé. Il faudrait avant tout, que l'adoption de l'Investment Case soit rendue effective, sa mise en œuvre facilitée et le financement de ses actions sanitaires en faveur de la santé des enfants et femmes amélioré surtout au niveau opérationnel. Le plan adopté par le pays et élaboré avant la crise économique doit être mis à jour.

La communauté étant un pilier indispensable à la réussite des objectifs le partenariat entre les organisations à base communautaire et les services de santé doit être renforcé à travers le développement d'une approche contractuelle du personnel soignant.

Nos résultats concernent certes les OMD 4 et 5, or ces objectifs sont en partie pris en compte dans les OMD 1 et 6 également intégrés dans l'outil. Il serait bénéfique, dans la mesure du possible, d'élargir ce plan à ces objectifs supplémentaires afin d'harmoniser les actions et efforts à entreprendre pour l'atteinte des OMD-santé.

Les résultats étant cumulatifs, il s'avère nécessaire d'appuyer la mise en œuvre du plan à travers l'actualisation des données, le suivi et l'évaluation de la stratégie. Pour ce faire, nous préconisons d'utiliser le Budget d'Appui technique calculé par l'outil pour installer une cellule d'appui MBB-Burkina qui travaillera en étroite collaboration avec les différents intervenants et s'assurera de l'avancement des actions. Elle devra :

✓ Dans la mise en œuvre de la stratégie

- coordonner les activités, intégrer les OMD 1 et 6 et veiller à la prise en compte des IGR sur tout le territoire,
- veiller à la disponibilité des intrants et en collaboration avec la DRH-Santé mettre sur pied un plan de recrutement et de redynamisation opérationnel des ressources humaines.
- actualiser progressivement les données et ajuster la stratégie en temps réel
- mettre en place des mesures d'accompagnement et de repérage des indigents afin que les ménages à subventionner soient effectivement les plus méritants

✓ Dans le suivi des coûts et impacts

Il implique une production régulière de données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire donc la mise en place d'un bon système de monitoring. Il faudra :

- adapter et mettre les outils de collecte et de production de rapports à la disposition des utilisateurs à tous les niveaux ;
- compiler graduellement les résultats du monitoring au niveau district, région puis national avec l'aide du SNIS.
- examiner tous les semestres les performances réalisées et renforcer la qualité des données ;
- Evaluer à la fin de chaque phase l'utilisation des ressources, l'efficacité des dépenses et les progrès en termes d'impact lié à la morbidité et à la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les possibilités d'ajustement offertes par ces informations permettront au pays de s'engager dans la meilleure voie pour l'atteinte des OMD.

### **Concernant le financement sante**

Il est important d'obtenir l'augmentation effective du budget Santé accordé par l'Etat et indispensable de mobiliser les ressources auprès des bailleurs pour atteindre les objectifs fixés. Il est surtout nécessaire de s'assurer une capacité d'absorption à 100% pour la mise en œuvre des interventions suscitées.

Dans un souci de réduire la dépendance financière extérieure, de stabiliser les ressources et d'améliorer l'accessibilité financière des populations, le système de santé gagnerait à mettre en place des mécanismes de partage du risque maladie, adaptés à l'environnement national.

### **Concernant les infrastructures et les équipements**

Il est primordial de réhabiliter et de relever les plateaux techniques selon le niveau de besoin. Ensuite, le respect des prévisions de constructions et de réhabilitation des infrastructures en fonction de la pyramide favorisera l'accès géographique aux soins, désengorgera les SS et garantira un meilleur impact sur les résultats finaux.

### **A l'endroit de la Direction de Ressources Humaines de la Santé**

La mission de cette direction est capitale et conditionne la réussite du projet. Aussi, ses agents doivent prendre conscience de l'ampleur de leurs responsabilités et de l'intérêt d'atteindre les objectifs qui leurs sont fixés. Il est impératif, avec l'aide de la cellule d'appui, de mettre sur pied un plan de recrutement opérationnel, qui veillera au redéploiement prioritaire de RH qualifiées dans les zones enclavées et/ou délaissées.

Par ailleurs, une réflexion globale sur la motivation spécifique du personnel de la santé devrait permettre de rehausser la qualité de la formation, de redynamiser l'équipe soignante et de freiner le phénomène de transvasions du personnel ; tout en favorisant la formation et le recrutement de nouveaux personnels qualifiés. Elle devra aboutir sur l'urgence d'accélérer le système de contractualisation basée sur les résultats, d'instaurer la formation continue et les mesures d'incitation, également sur l'intérêt d'intégrer et rémunérer les agents de santé communautaire dans le système de santé. Enfin, la rationalisation du plan de gestion des carrières du personnel et l'élaboration d'un plan de formation du personnel sont de rigueur.

### **A l'endroit du système d'information sanitaire et de la Direction des études et de la Planification**

Les données sanitaires et macro-économiques sont d'une importance capitale dans l'élaboration d'un plan comme celui-ci. L'exactitude de ces données est cruciale, leur mise à jour indispensable pour une meilleure adéquation des prévisions à la réalité.

Une collecte contrôlée des données fiables pourrait préalablement être initiée au niveau des structures sanitaires puis des districts. La capacitation des responsables du SNIS en collecte, analyse et gestion des données améliorerait la fiabilité et la simplicité des résultats.

Aussi, initier des études de plus grande envergure sur les besoins, les attentes des populations par rapport au système de soins, permettrait de revoir et de mieux approcher les politiques des préoccupations essentielles de la population.

Enfin le système de gestion doit être opérationnalisé par objectif sur la base de budget tel que préconisé.

### **A l'endroit des acteurs de la santé spécifiquement maternelle et infantile**

Mener une réflexion globale sur le renforcement des compétences des dits prestataires et des agents communautaires devrait élargir la couverture des services disponibles tout en garantissant une meilleure qualité des soins.

La mise en place d'un système de supervision formative, contrôle des prestations offertes ponctué par l'évaluation régulière des résultats pour toutes les interventions est de rigueur.

L'IEC/CCC étant au cœur des interventions surtout communautaires, il est indispensable de mettre en place des plans intégrés de communication étendus à tous les districts sanitaires sur les problèmes clés de la mère et des enfants.

## CONCLUSION

Rappelons que la présente étude visait, après une analyse situationnelle de l'offre et de la demande de soins maternelle et infantile, à déterminer les conditions techniques et budgétaires de réalisation des OMS 4 et 5 et d'en évaluer leur impact sur la santé de la mère et la survie de l'enfant au Burkina Faso d'ici 2015.

La première partie, analyse situationnelle de la santé en général, de la santé maternelle et infantile en particulier a révélée une situation précaire de la mère et de l'enfant. Elle a souligné l'engagement et les efforts entrepris jusqu'alors pour améliorer la condition des mères et de leurs enfants. Pourtant, les tendances actuelles d'évolution quant à la morbi-mortalité n'augurent pas une possibilité d'atteinte des OMD 4 et 5 en 2015. Les deuxième et troisième parties ont souligné les problèmes liés à l'offre et à la demande de santé pour notre cible, relevant également d'énormes lacunes à combler. Les structures sont insuffisantes, le personnel de santé insuffisant et pas toujours bien reparti, d'un autre côté, la couverture sanitaire et l'utilisation des services sont en dessous des attentes.

Même si remédier à ces problèmes nécessite des investissements notamment pour l'augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité de l'offre, pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés ; de nombreuses possibilités par la redynamisation de l'équipe soignante, la mise en place de nouvelles techniques de soins et la vulgarisation des services existants, l'incitation au changement de comportement également la mobilisation de l'utilisation des services et soins existants sont encore exploitables.

Ainsi, la présente simulation de MBB met ici l'accent sur les services aux coûts peu élevés et à efficacité prouvée (IGR) mis en œuvre ou susceptibles de l'être sur le territoire, prend en compte les prévisions macroéconomiques et certains indicateurs de santé tout en visant enfin une atteinte à 100% des objectifs. Elle fait l'exploit d'atteindre respectivement à 96% et 94% les OMD 4 et 5 découlant alors sur une stratégie qui montre qu'il est possible avec une mobilisation adéquate d'atteindre les objectifs fixés. Elle requiert cependant une implication soutenue et un engagement effectif du gouvernement, des partenaires financiers et aussi de la société civile. En effet, selon plusieurs scénarii de croissance, le financement indispensable du gouvernement variera tout en sachant qu'au moins 75% du

financement de la stratégie proviennent de sources internes. Toutefois, en situation de croissance économique défavorable, il sera impossible de couvrir financièrement les activités et objectifs fixés pour la première phase c'est-à-dire entre 2009 et 2011. Il faudra recourir à des soutiens financiers supplémentaires soit extérieur soit interne par une redistribution des ressources en faveur de la santé puisque l'espace budgétaire disponible pour la santé ne peut pas couvrir les besoins nécessaires pour cette phase. Ce cas de figure, vu la conjoncture économique actuelle, n'est pas très encourageant donc difficilement envisageable. Par contre, une situation économique moyenne ou tendancielle voire favorable (croissance élevée) permettrait aisément au pays de supporter les coûts additionnels relatifs à l'application de la stratégie. En effet il est demandé une contribution financière de l'ordre de 9,47, 11,27 et 19,03 USD/ habitant respectivement pour les phases I, II et III ; soit une moyenne annuelle de 5,68 USD soit 2841F CFA. Ce qui est théoriquement possible. Additionnées aux US\$25 de dépenses per capita actuelles que l'on suppose constante pour toute la durée du processus, le coût marginal moyen annuel est ramené effectivement à US\$30,68 per capita, davantage proche des US\$34/an estimés par la CMS<sup>(CMS, 2001)</sup>. En réalité, cette dépense s'estime par an et respectivement à US\$29,74 ; US\$ 28,76 et US\$ 31,34 pour les phases I, II et III.

Il faut noter que les coûts ont été calculés en tenant compte d'une prise en charge subventionnée de 25% des ménages permettant de réduire de moitié l'incapacité des 42% de ménages vivant sous le seuil de la pauvreté. Il ressort alors que la situation des indigents que nous avons tantôt soulignée est prise en compte, quoique partiellement, par la stratégie. Cependant, son application nécessite de mettre en place des mesures d'accompagnement.

Ce constat nous permet avec davantage de conviction de dire que : lever les contraintes du système de santé au niveau de l'offre de santé maternelle et infantile, en mobiliser la demande effective pour l'amener au niveau de la demande potentielle de soins, et ce dans un contexte économique moyen au mieux favorable est réaliste et réalisable pour le Burkina Faso. Toutefois, l'engagement de l'Etat et des populations se doivent d'être effectifs et continuellement soutenus. En somme, le Burkina Faso a la possibilité et peut mobiliser les moyens d'atteindre les OMD 4 et 5 pour 2015.

# Annexes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE I: FACTEURS ASSOCIES L'UTILISATION DES SERVICES EN PAYS EN DEVELOPPEMENT

(Adapté de Kroeger)

### ***I. Les caractéristiques individuelles***

- L'âge
- Le sexe
- Les caractéristiques du ménage
- L'ethnie et la religion
- L'acculturation, la transition culturelle
- Les innovateurs
- L'interaction avec la famille et le réseau social
- L'habitat et le lieu de résidence
- L'éducation
- Le revenu et le statut socio-économique
- La protection sociale et la couverture médicale

### ***II. La maladie et ses perceptions***

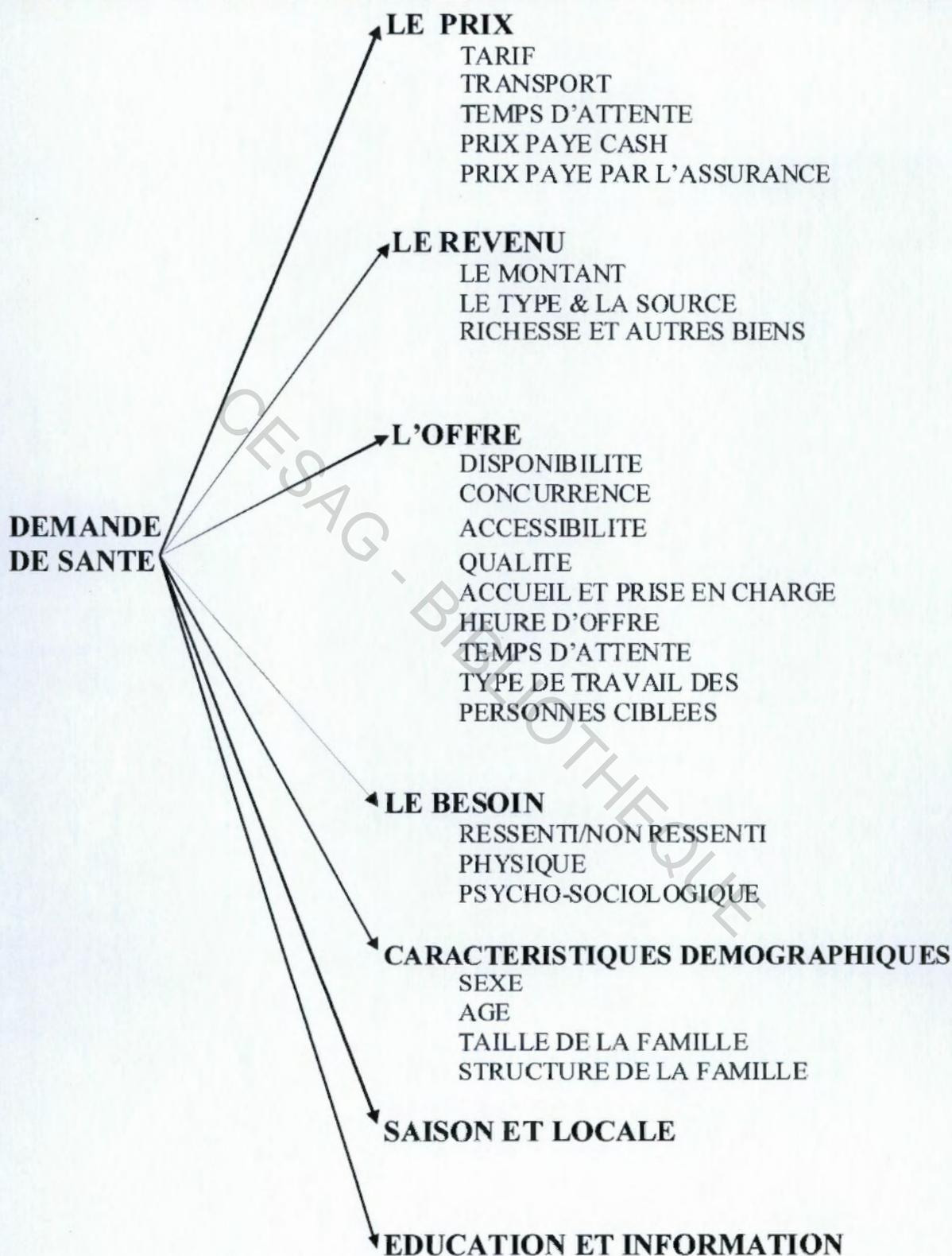
- La nature du problème de santé
- La durée de la symptomatologie
- La sévérité du problème de santé
- Les classifications des maladies
- L'efficacité attendue de thérapeutiques envisagées

### ***III. Les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients***

- La qualité
- Les composantes techniques
- La continuité du service
- Les relations interpersonnelles
- Les caractéristiques organisationnelles
- Les coûts d'utilisation
- Les coûts relatifs aux honoraires et aux traitements
- Les couts de transports
- Les couts d'attente
- Les pertes de temps et de revenu
- L'accessibilité géographique

**Source :** Pierre FOURNIER et Slim HADDAD. 1995. *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, sociologie des populations ; Montréal, PUM/ AUPELF - UREF. P 320*

## ANNEXE II: COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR : FACTEURS INFLUENCANTS LA DEMANDE DE SANTE



**SOURCE :** Farba Lamine SALL ; Notes de cours Analyse du Consommateur de Soins de Santé, CESAG, 2008

**ANNEXE III: RESULTATS DE L'ENQUETE PARTIELLE SUR L'ACCES, LES BESOINS, L'UTILISATION ET LA SATISFACTION DES SERVICES MEDICAUX AU BURKINA**

	Services médicaux			
	Accès	Besoin	Utilisation	Satisfaction
<b>National</b>	36,0	8,4	6,2	81,5
<b>Milieu de résidence</b>				
Rural	28,8	7,6	5,6	82,4
Urbain	69,7	11,8	9,3	78,7
<b>Région de résidence</b>				
Hauts Bassins	49,4	7,8	6,2	84,0
Boucle du Mouhoun	35,2	8,0	5,3	75,1
Sahel	10,5	5,2	3,1	82,2
Est	22,9	6,0	3,8	85,8
Sud Ouest	15,0	8,1	5,5	59,0
Centre Nord	26,0	7,0	4,5	90,0
Centre Ouest	30,5	11,8	8,6	82,6
Plateau central	31,0	6,3	5,0	82,5
Nord	48,9	7,9	6,4	85,2
Centre Est	35,0	9,7	7,4	82,8
Centre	74,4	14,0	12,1	78,4
Cascade	46,4	5,1	3,6	89,7
Centre sud	17,8	8,7	6,5	85,8
<b>Groupe socio-économique</b>				
Salarié Public	72,8	10,7	9,7	87,7
Salarié Privé formel	73,0	16,5	14,3	88,2
Salarié Privé informel	58,1	13,5	10,0	82,9
Indépendant, employeur hors agriculture	46,6	8,5	6,5	81,7
Agriculteurs de coton	32,2	7,4	5,6	85,9
Autres agriculteurs	25,0	7,5	5,4	79,3
Aides familiales, bénévoles, apprentis	40,3	6,9	3,4	88,1
Inactifs	47,5	11,1	8,6	75,7
Chômeurs	40,5	9,7	6,8	77,2
<b>Sexe</b>				
Masculin	36,1	7,9	5,8	80,5
Féminin	35,9	8,8	6,6	82,3
<b>Age</b>				
0-4	33,7	11,7	9,5	85,5
5-9	32,3	5,2	3,5	81,2
10-14	36,3	3,7	2,6	78,9
15-19	39,1	5,1	4,0	81,5
20-29	39,7	7,4	6,2	80,1
30-39	37,6	9,2	7,2	83,0
40-49	35,9	9,8	7,7	81,0
50-59	34,6	9,2	5,3	54,8
60+	35,8	15,8	9,8	77,6

Source : QUIBB 2007-INSD

## Annexe IV : DETERMINATION DES IMPACTS SUR LA MNN, MIJ, MM

### 1. Mortalité néonatale

Impact réel sur MNN =  $(I_{ij} * RI_{ij})$

1.1. a - Avec  $I_{ij}$  = Impact des IGR sur la réduction de la MNN

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

$i$  : intervention  $j$  : période où l'intervention est menée

$k$  : cause spécifique de décès (13 causes au total)  $X$  : efficacité de l'intervention

$\pi$  : proportion de décès de nouveau-nés dus à la maladie

Et

1.1. b -  $RI_{ij}$  = Impact résiduel des IGR sur la mortalité (MNN) ou somme du produit de l'efficacité résiduelle d'une intervention et la proportion de décès des nouveau-nés dus à la maladie.

$$RI_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (Y_{ijk} \times \pi_{jk})$$

$i$  : intervention  $j$  : période où l'intervention est menée

$k$  : cause spécifique de décès  $Y$  : efficacité résiduelle de l'intervention

$\pi$  : proportion de décès dus à la maladie (ici Nouveaux nés)

### 2. Mortalité infanto-juvénile

Impact total sur MIJ =  $(I_{ij} * RI_{ij})$

2.2. a - Avec  $I_{ij}$  = Impact des IGR sur la réduction de la MIJ

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^{13} (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

$i$  : intervention  $j$  : période où l'intervention est menée

$k$  : cause spécifique de décès (quasi-identique à la MNN soit 13)

$\pi$  : proportion de décès des enfants de moins de 5 ans dus à la maladie

$I_{ij}$  : Impact des interventions sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile

$X_{ijk}$  : efficacité d'une intervention dans la population cible sur la cause spécifique de décès durant la période où l'intervention est menée ; donnée par la formule suivante :

$$X_{ijk} = \frac{[(\text{couverture souhaitée} - \text{donnée de base})_{ij} \times (\text{efficacité prouvée scientifiquement})_{ik}]}{1 - [(\text{donnée de base})_{ij} \times (\text{efficacité prouvée scientifiquement})_{ik}]}$$

2.2. b -  $RI_{ij}$  = Impact résiduel des IGR sur la mortalité ou somme du produit de l'efficacité résiduelle d'une intervention et la proportion de décès des nouveau-nés dus à une cause spécifique de la maladie

\*Formule cf 2.2.b (en considérant plutôt les décès de moins de 5 ans.

### 3. Mortalité maternelle

$I_{ij}$  : Impact des interventions sur la réduction de la mortalité maternelle ou somme du produit de toutes les efficacités de chaque intervention avec la proportion de décès maternelle résultant d'une maladie spécifique.

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^9 (X_{ijk} \times \pi_{jk})$$

$i$  : intervention  $j$  : période où l'intervention est menée

$k$  : cause spécifique de décès (ici 9 causes spécifiques)

$\pi$  : proportion de décès maternels dus à la maladie

$X_{ijk}$  : efficacité d'une intervention dans la population cible sur la cause spécifique de décès durant la période où l'intervention est menée

où

$$X_{ijk} = [(\text{efficacité prouvée scientifiquement})_i \times (\text{fraction affectée})_{ij}] \times (\text{couverture souhaitée} - \text{donnée de base})_{ik}$$

## ANNEXE V: CHOIX DES INTERVENTIONS jugées efficaces et actuellement mises en œuvre au BURKINA FASO (données de base, objectifs et impact)

Interventions efficaces	Données de base	Objectif de couverture		
		Phase I 2009- 2010	Phase II 2010-2012	Phase III 2013- 2015
<b>Mode de prestation de service</b>				
<b>1. Services à base communautaire et familiale</b>				
<b>1.1 Services de santé préventive familiale et WASH</b>				
MII pour enfants < 5 ans	9,6%	24%	60%	79%
MII pour femmes enceintes	8,5%	24%	60%	79%
Qualité de l'eau potable	77,3%	77%	77%	79%
Approvisionnement en eau potable sécurisée	64,2%	64%	64%	79%
Utilisation de latrines	21,4%	24%	60%	79%
Lavage des mains par les mères	56,5%	57%	60%	79%
<b>1.2 Soins familiaux néonataux</b>				
<b>1.3 Alimentation de l'enfant et du jeune enfant</b>				
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	18,8%	36%	52%	63%
Allaitement maternel prolongé (6-24 mois)	76,9%	77%	77%	77%
Alimentation complémentaire	38,0%	38%	52%	63%
Alimentation thérapeutique pr enfants modérément malnutris	20,0%	36%	52%	63%
<b>1.4 Prise en charge communautaire des maladies</b>				
SRO	36,0%	62%	66%	69%
Prise en charge communautaire Palu par ACT chez enfants	0,0%	37%	40%	50%
<b>2. Service orientés vers les populations</b>				
<b>2.1 soins préventifs pour adolescents et adultes</b>				
Planification familiale	13,3%	27%	50%	71%
<b>2.2 Soins préventifs pendant la grossesse</b>				
Consultation prénatale	13,0%	26%	57%	74%
Vaccination anti-tétanique	66,3%	66%	66%	74%
Déparasitage de la femme enceinte	0,0%	26%	57%	74%
Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique	16,3%	26%	57%	74%
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	29,0%	29%	57%	74%
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pdt la grossesse	46,5%	46%	57%	74%
Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	25,3%	26%	57%	74%
<b>2.3 Prévention et Traitement du VIH/ SIDA</b>				
PTME (test, conseil, AZT + sd NVP et conseil sur l'alimentation du jeune enfant)	7,2%	34%	67%	79%
Utilisation du préservatif	69,1%	69%	69%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour mères séropositives	2,5%	34%	67%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour adultes séropositifs	2,4%	34%	67%	79%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères séropositives	2,9%	34%	67%	79%
Vaccination anti rougeoleuse	60,5%	91%	93%	96%
Vaccination BCG	91,4%	91%	93%	96%

Vaccin polio oral OPV	77,4%	91%	93%	96%
Vaccin Pentavalent (DTC+Hb+ Hepatite)	75,8%	91%	93%	96%
Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune)	70,8%	91%	93%	96%
Supplémentation en Vitamine A	67,1%	91%	93%	96%
zinc préventif	0,0%	0%	40%	50%
<b>3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)</b>				
<b>3.1 Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau</b>				
Accouchement assisté par professionnel	38,4%	56%	70%	84%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance	2,0%	56%	70%	84%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	0,0%	0%	0%	0%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	2,0%	56%	70%	84%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	2,0%	56%	70%	84%
<b>3.2 Soins curatifs au centre de santé de base</b>				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	7,7%	36%	57%	84%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	19,9%	36%	57%	84%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	47,1%	47%	60%	84%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	0,0%	36%	57%	84%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pédiatrique	33,0%	50%	57%	83%
Combinaison thérapeutique à base d'artésimine pour adulte	43,0%	43%	57%	84%
Prise en charge de paludisme grave (Quinine)	4,0%	6%	8%	10%
Antibiotiques pour infections opportunistes	24,4%	36%	57%	84%
DOTS pour Tuberculose	100,0%	100%	100%	100%
<b>3.3 Soins cliniques de premier niveau de référence</b>				
<i>3.3.1 Soins maternels et néonataux au 1er niveau de référence</i>				
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	3,8%	20%	46%	84%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la nsce	8,0%	20%	46%	84%
Antibiotiques pr Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	8,0%	20%	46%	84%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	2,0%	20%	46%	84%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 1er niveau de référence	3,8%	20%	46%	84%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	3,8%	20%	46%	84%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	7,9%	20%	46%	84%
Soins néonataux universels d'urgence (Asphyxie après soins, prise en charge des infections sévères, gestion de la malnutrition infantile sévère (très petit poids de naissance)	1,0%	20%	46%	70%
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants < 5 ans	3,8%	20%	46%	70%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	3,8%	20%	46%	70%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	3,8%	10%	10%	10%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	3,8%	20%	46%	70%
Antibiotiques pour infections opportunistes	7,0%	15%	20%	25%
Circoncision masculine	0,0%	0%	0%	0%
ARV pour enfant atteint du SIDA	1,0%	20%	46%	70%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	7,5%	20%	46%	70%
ARV pour adulte atteint du SIDA	1,0%	20%	46%	70%

Prise en charge de paludisme compliqué (anti-paludéens de 2 <sup>de</sup> intention)	7,5%	20%	46%	70%
<b>3.4 Prise en charge clinique de Deuxième niveau de référence</b>				
<b>3.4.1. Soins maternels et néonataux au 2<sup>ème</sup> niveau de référence</b>				
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes)	20,2%	55%	67%	84%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la nsce	29,0%	55%	67%	84%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	20,2%	55%	67%	84%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes (RPM)	31,0%	55%	67%	84%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	31,0%	55%	67%	84%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 2 <sup>e</sup> niveau de référence	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	20,2%	55%	67%	84%
Soins universels néonataux (réanimation de l'asphyxie, prise en charge de l'infection sévère, prise en charge des tout petits poids de naissance)	20,2%	30%	40%	50%
Prise en charge de paludisme compliqué (anti-paludéens de 2 <sup>de</sup> intention)	37,0%	40%	50%	70%
Antibiotiques pour infections opportunistes	2,0%	5%	10%	15%
ARV pour enfant atteint du SIDA	20,2%	55%	67%	84%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	20,2%	55%	67%	84%
ARV pour adulte atteint du SIDA	20,2%	55%	67%	84%
DOTS pour Tuberculose	100,0%	100%	100%	100%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1 <sup>ere</sup> intention	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge des tuberculoses modérément résistantes	20,2%	55%	67%	84%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (soins de référence PCIME)	20,2%	55%	67%	84%
Autres urgences aiguës	30,0%	55%	67%	84%
Prise en charge des échecs aux traitements ARV de 2 <sup>de</sup> intention	37,5%	55%	67%	84%
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	100,0%	100%	100%	100%

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Akins J. S., guilkey D. K., denton E. H., Quality of services and demand for health care in Nigeria, A multinomial projet estimation. *Social Science and Medecine*: 1995, 40(11):1527-1537.
2. Analyse situationnelle des services de santé de la reproduction (ASSSR)/ Direction de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé du Burkina Faso ; 2006.
3. Annuaire statistique Santé 2007, Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé du Burkina Faso ; 2007.
4. Cases C., baubeau D. : peut-on quantifier les besoins de santé ; *Drees, solidarité santé* N°1,17-22 ; 2004,
5. Conseil National de la Population, Ministère de l'Economie et des Finances, 2000
6. Creese, A. and J. Kutzin, Lessons from cost recovery in health, in *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ?*, C. Colclough, Editor. 1997, Clarendon press: Oxford. p. 37-62.
7. Davanzo J. & Habicht JP., Butz W. Does breastfeeding save lives or are apparent benefits due to biases? *American Journal of Epidemiology*, 1986, 123:279
8. De Bethune, X., S. ALFANI, and J. P. LAHAVE., "The influence of an Abrupt price Increase on health Service Utilization: Evidence from Zaïre." *Health Policy and Planning*: 1989, 4(1): 76-81; -289.
9. Enquête Burkinabé sur les conditions de vie des ménages (EBCVM), INSD, Ministère de l'économie et du développement du Burkina Faso ; 2003.
10. Enquête Burkinabé sur les conditions de vie des ménages (EBCVM), INSD, Ministère de l'économie et du développement du Burkina Faso ; 2005.
11. Enquête Démographique et de santé 1993, INSD, Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso ; 1993.
12. Enquête Démographique et de Santé (EDS) 1998-1999, INSD - Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso ; 2000.
13. Enquête Démographique et de Santé, 2003, INSD - Ministère de l'économie et du développement du Burkina Faso ; 2003.

14. FONKUI S. : Amélioration de la performance du système de santé pour une meilleure prise en charge de la mère, du nouveau-né et de l'enfant d'ici 2015 au Cameroun ; CESAG ; 2008.
15. FOURNIER P. HADDAD S., Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social and Science Medecine*; 40(6), 743-753. 1995.
16. GENBERG H. (1995): Ajustement macro-économique et secteur de la santé: Revue de la littérature, in *Environnement macro-économique et santé avec étude des cas dans les pays les plus démunis*. OMS, Estern
17. Guide de l'utilisateur MBB (the managerial budgeting for bottlenecks):un outil de budgétisation pour la levee des goulots d'étranglements, UNICEF, BANQUE MONDIALE, 2006
18. Haddad, S., A. Nougbara, and V. Ridde, Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 2004. 2: p. 199-210.
19. HELLER P., A model of demand and medical health services in peninsula malaysia. *Social science and medicine* Vol. 16; 1982
20. HOUNTON S. H., Newslands D., Meda N, De Brouwere V.; Une étude coût-efficacité des accouchements par césarienne réalisés par des cliniciens généralistes et obstétriciens au Burkina Faso; *Ressources Humaines pour la Santé*, 7:34doi:10.1186/1478-4491-7-34 ; Avril 2009.
21. Investment case: plan d'investissement pour l'atteinte des OMD santé au BURKINA FASO, Ministère de la Santé du Burkina Faso-UNICEF, 2008.
22. JAMES, C., et al., To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries. *Appl Health Econ Health Policy*, 2006. 5(3): p. 137-153.
23. JEANSON F., Personnel de santé au sud : pénurie mortelle, Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé ; 2006.
24. KLA WOLO Christian, Analyse des déterminants de la demande de consultation du personnel de santé par les femmes : cas de la zone rurale ouest de la Côte d'Ivoire, CESAG 2002 : 11
25. KNOWELS James C. et LEIGHTON Charlotte. 1997. La mesure de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système : manuel des

indicateurs. Initiative spéciale, Rapport n°1. Bethesda, MD (USA); Projet Partenariat pour la réforme de la santé, Abt Associates Inc.

26. KONE Karma Georges, Etude des déterminants et de l'ampleur de la vulnérabilité socioéconomique des ménages urbains suite aux dépenses d'hospitalisation : le cas de la clientèle de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff, à Dakar. CESAG, 2005

27. LAFARGE H., note de cours d'analyse du comportement du prestataire de soins de santé, CESAG, Dakar ; 2008.

28. LAGARDE M. and N. Palmer, Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people. 2006, The Alliance for Health Policy and Systems Research Geneva. p. 67.

29. Lancet, mars, 2005

30. LIVTAKC Jennie I. and BODART Claude. 1993. "User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroun". Social Sciences and Medicine, 37(3):369-383.

31. MATJI, M., P. Ts'oene, A. Spencer, and P. Gertler., "The Impact of User Fees on the Demand for Health Care:What Can Service Statistics Tell Us?" Case Study of Lesotho. Draft Report. Ministry of Health, Kingdom of Lesotho and RAND Corporation; 1993.

32. Multiple Indicators Cluster Survey, Ministère de l'Economie et du Développement du Burkina Faso, 2006.

33. MWABU G. M., Health care decisions at the household level: results of rural survey in Kenya. Social Science and Medicine; 1986; 22(3) :315-319

34. MWALU G. et al (1993: A quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya A empirical analysis. The journal of human resources volume 28 n°4

35. NANDA P., Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. Reproductive Health Matters, 2002. 10(20): p. 127-34.

36. N'GUESSAN R., Estimation de la demande de soins de santé antipaludique et des méthodes préventives en milieu rural ivoirien. Le cas des villages de Memmi et Montezo. Thèse de doctorat CIRES université de Cocodi Abidjan ; 1997.

37. NYMAN J., The theory of demande for health insurance, 2003

38. OMS Bureau régional pour l'Afrique : Feuille de route pour accélérer l'atteinte des objectifs de développement pour le millénaire (MDGs) en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique, 2004
39. PHELPS C., Les fondement de l'économie de la santé, Paris, Public - Union Edition, 1995.
40. Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010, Ministère de la Santé ; 2001.
41. Plan National de Développement Sanitaire 2006 – 2010, Ministère de la Santé du Burkina Faso ; 2006.
42. Plan Pluriannuel Complet du Programme Elargi de Vaccination, (PPAC-PEV) 2006-2010, Ministère de la santé du Burkina Faso ; 2006.
43. Enquête partielle relative au Questionnaire Unifié des indicateurs de Base sur le Bien-être au Burkina (QUIBB), INDS, Ministère de l'économie et du Développement, 2007.
44. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé : Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Organisation mondiale de la Santé, Genève ; 2001.
45. Rapport des Comptes Nationaux de la Santé, Ministère de la Santé ; 2004.
46. Rapport provisoire de l'IVème Recensement Général de la Population et de l'Habitat, INDS, Ministère de l'Economie et des Finances du Burkina Faso ; 2006.
47. Rapport de la Direction des Etudes et de la Planification - Santé, Ministère de la Santé du Burkina Faso ; 2005.
48. Rapport d'Evaluation des Consultation Périnatale, Direction de la Santé et de la Famille, Ministère de la Santé sur, 2004
49. RIDDE V., Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. Bulletin of World Health Organization, 2003. 81(7): p. 532-538.
50. RIDDE V., la gratuité des soins une utopie réaliste ? IRD/OMS date
51. RIDDE V., Girard J.E., Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. Santé Publique, 2004. 15(1): p. 37-51.

52. RIDDE V. ; MORESTIN F. une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique, Université de Montréal, janv 2009
53. SALL F. L., notes de cours d'analyse du comportement du consommateur de soins, CESAG, 2008
54. SAUERBORN R., NOUGTARA A., DIESFIELD H. J. Low utilization of community health workers: Résultats from a house hold interview survey in Burkina Faso. *Social Science and Medecine*; 1989, 20 (10):1163-1174
55. SHAW Paul R., GRIFFIN Charles C. « Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne par la tarification des services et l'assurance » Banque Mondiale, Washington, D.C. 20433 ; 1995.
56. SOURA Y. Impact de la tarification et de la qualité des soins sur l'utilisation des services de l'hôpital de Boromo, Burkina Faso ; CESAG, 2002.
57. SOURA Y. : Analyse de la situation : Santé Maternelle, néonatale, infanto-juvénile et OMD ; DSF-Ministère de la Santé du Burkina Faso, mars 2007.
58. STIERLE F., et al., Indigence and access to health care in sub-saharan Africa. *International journal of health planning and management*, 1999. 14: p. 81-105.
59. Tableau de Bord Santé 2007, Direction des Statistiques, Direction Administrative et Financière - Santé, Direction des Études et de la Planification - Santé, Ministère de la Santé du Burkina Faso ; 2007
60. VOGEL R.J., *Cost Recovery in the Health Care Sector. Selected Country Studies in West Africa*. World Bank Working Paper n°82, Washington D.C., 1988.
61. WADDINGTON C. and ENYIMANEN K. A price to pay: the impact of user charges in Ashard - Akim district, Ghana. *International Journal of health Planning and Management*: 1989, 4(1):17-47
62. YAZBECK A., LEIGHTON C. 1995. « Does cost recovery for curative care affect preventive care utilisation? *Health policy and Planning*: 10(3), 296-300.
63. YODER RA - Are people willing and able to pay for health services? *Soc Sci Med* 1989; 29 : 35- 42.
64. ZOUBGA A. D., Services des soins et qualité au Burkina Faso : Une interprétation et une gestion de la question sanitaire particulièrement avancée, les difficultés et les carences, Ouagadougou, Burkina Faso, 2000, p.22

## TABLE DES MATIERES

### Table des matières

DEDICACES .....	3
REMERCIEMENTS .....	4
SOMMAIRE .....	5
SIGLES ET ACCRONYMES .....	6
INTRODUCTION .....	8
PARTIE I : PROBLEMATIQUE ET PROTOCOLE.....	12
I. PROBLEMATIQUE .....	13
II. PROTOCOLE .....	15
1. Objectifs .....	15
2. Intérêt de l'étude .....	15
3. Hypothèses .....	16
4. Méthodologie de l'étude .....	17
a. Type d'étude et étapes .....	17
b. Présentation de l'outil MBB .....	17
c. Sources et collecte des données .....	18
PARTIE II : ANALYSE SITUATIONNELLE .....	19
I. CADRE GENERAL .....	20
1. Contexte sociodémographique .....	20
2. Contexte économique.....	20
3. Contexte sanitaire.....	21
a. La politique de santé .....	21
b. Le système de santé <sup>(Annuaire, 2007)</sup> .....	22
c. Situation épidémiologique et sanitaire .....	23
II. FINANCEMENT DE LA SANTE .....	25

1. Les sources de financement .....	26
2. Le Budget du ministère de la santé .....	26
<b>III.CONTEXTE NATIONAL EN RELATION AVEC LES OMD VOLET SANTE .....</b>	<b>28</b>
<b>IV.SITUATION DE LA MERE - NOUVEAU NE - ENFANT .....</b>	<b>29</b>
1. Santé des enfants .....	30
a. La mortalité chez les enfants : indicateurs, évolution, causes.....	30
b. Les causes de décès chez les enfants.....	32
c. Morbidité et santé chez les enfants.....	32
2. La santé des mères .....	35
a. Mortalité maternelle : indicateurs, évolution, causes .....	35
b. Causes de la mortalité maternelle .....	36
3. La santé de la reproduction et couverture en soins médicaux.....	37
4. La politique d'approches de réduction des prix de prestations pour les enfants et les femmes .....	40
a. Gratuité de la consultation prénatale .....	40
b. Gratuité de la vaccination chez les enfants et les femmes .....	40
c. Gratuité prise en charge du paludisme grave chez enfants de 0- 5 ans et les femmes enceintes.....	41
d. Subvention des accouchements et des Soins Obstétricaux d'Urgence (SONU).....	41
<b>PARTIE III : L'OFFRE DE SOINS.....</b>	<b>42</b>
<b>I.SITUATION DE L'OFFRE (SMI) .....</b>	<b>43</b>
1. Les infrastructures sanitaires .....	43
2. Les équipements des infrastructures sanitaires .....	44
3. Les ressources humaines .....	45
4. Les médicaments et consommables médicaux.....	46
<b>II.LES POLITIQUES ET STRATEGIES MISES EN PLACE AUTOUR, DE LA SANTE DES ENFANTS ET DES FEMMES.....</b>	<b>47</b>
1. D'un point de vue planification nationale et sectorielle.....	47
2. Stratégies commune à la santé du couple mère-enfant .....	48
a. La vaccination.....	48
b. La lutte contre la transmission Mère Enfant du VIH .....	48
c. La lutte contre le paludisme.....	49
3. Stratégies relatives à la santé maternelle et néonatale .....	49
a. La maternité à moindre risque.....	49
b. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale .....	50
c. La sécurisation de produits contraceptifs 2006 - 2010 .....	50

<b>4. Stratégies relatives à la santé des enfants .....</b>	<b>51</b>
a. Les maladies de l'enfant.....	51
b. La santé des jeunes .....	51
c. La nutrition.....	51
<b>III.PROBLEMES LIES A L'OFFRE.....</b>	<b>52</b>
1. La taille .....	52
2. La disponibilité .....	52
3. L'accessibilité.....	53
4. L'acceptabilité.....	54
5. L'utilisation .....	54
<b>IV.CONTRAINTES LIES A L'OFFRE .....</b>	<b>55</b>
<b>PARTIE IV : DEMANDE SE SOINS .....</b>	<b>57</b>
<b>I.LA DEMANDE DE SOINS : GENERALITES.....</b>	<b>58</b>
1. Notions essentielles.....	58
❖ Les « besoins » de santé.....	58
❖ La demande potentielle et la demande effective .....	59
2. En quoi va consister l'utilisation des soins ?.....	61
3. Facteurs influençant la demande de soins .....	63
a. Le revenu.....	64
b. L'éducation.....	65
c. Les caractéristiques démographiques.....	65
d. Les prix .....	65
e. Les facteurs socio-économiques .....	66
f. L'offre de soins de santé .....	66
<b>II.NIVEAU D'UTILISATION DES SERVICES ET CONTRAINTES.....</b>	<b>66</b>
1. La demande pour le Burkina .....	67
2. La consommation des soins et services.....	69
3. L'utilisation des services .....	70
<b>III.MOBILISATION DE LA DEMANDE.....</b>	<b>72</b>
1. Qualité de l'Offre .....	72
2. Les dépenses de santé .....	74

<b>3. La tarification.....</b>	<b>76</b>
<b>PARTIE V : RESULTATS ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>I.L'UTILISATION DE MBB.....</b>	<b>79</b>
<b>1. Pourquoi MBB ?.....</b>	<b>79</b>
<b>2. La méthode MBB .....</b>	<b>79</b>
<b>II.EVALUATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTEME : GOULOTS.....</b>	<b>81</b>
<b>1. Généralités .....</b>	<b>81</b>
<b>2. Le processus d'identification.....</b>	<b>82</b>
<b>3. Les Goulots d'étranglement du SS du Burkina Faso.....</b>	<b>83</b>
a. Au niveau des soins Communautaires orientés vers la famille .....	83
b. Au niveau soins orientés vers les populations .....	84
c. Au niveau des soins Individuels.....	85
<b>III.PERSPECTIVES DE PERFORMANCE DU SS POUR LA SURVIE DES MERES ET ENFANTS D'ICI 2015 .....</b>	<b>87</b>
<b>1. Performance pour les soins communautaire et familial .....</b>	<b>87</b>
<b>2. Performance pour les soins orientés vers les populations.....</b>	<b>89</b>
<b>3. Performance pour les soins cliniques individuels .....</b>	<b>90</b>
<b>4. La performance en terme de potentialité humaine .....</b>	<b>94</b>
<b>IV.COÛTS ET FINANCEMENTS ADDITIONNELS .....</b>	<b>95</b>
<b>1. Procédé .....</b>	<b>96</b>
<b>2. Espace budgétaire.....</b>	<b>97</b>
<b>3. Les besoins de financement .....</b>	<b>99</b>
a. Selon le paquet de services .....	100
b. Selon les types de prestation .....	101
c. Selon les sources potentielles de financement .....	101
d. Selon les objectifs recherchés .....	102
e. En fonction de l'espace budgétaire disponible .....	103
<b>V.IMPACT ATTENDU .....</b>	<b>105</b>
<b>1. Impact sur la réduction des maladies cibles .....</b>	<b>105</b>
a. Chez les enfants .....	105
b. Chez les mères .....	106
<b>2. Impact sur la mortalité .....</b>	<b>106</b>

<b>3. Rapport coût-efficacité .....</b>	<b>108</b>
a. Phase I .....	108
b. Phase II .....	109
c. Phase III .....	110
<b>DIFFICULTES, LIMITES ET PREOCCUPATIONS DE L'ETUDE .....</b>	<b>112</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>113</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>I. Les caractéristiques individuelles.....</b>	<b>120</b>
<b>II. La maladie et ses perceptions .....</b>	<b>120</b>
<b>III. Les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients .....</b>	<b>120</b>
1. Mortalité néonatale.....	123
2. Mortalité infanto-juvénile .....	123
3. Mortalité maternelle .....	124
<b>IV. Choix des interventions jugées efficaces pour Burkina faso .....</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>128</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>133</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>138</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>138</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Evolution et répartition des différentes sources de financement .....	26
Tableau 2: Situation nutritionnelle des moins de 5 ans : Indicateurs.....	35
Tableau 3: Evolution du nombre des infrastructures sanitaires .....	43
Tableau 4: Evolution du taux de consultation chez les femmes selon le milieu.....	70
Tableau 5 : référence et contre référence dans les districts en 2007 .....	73
Tableau 6: Structure des dépenses de santé, .....	74
Tableau 7 : Coût des actes médicaux au niveau des CM/CMA en 2003 .....	75
Tableau 8: Projection des couvertures services communautaires .....	88
Tableau 9 : Projection des couvertures services orientés vers les populations .....	89
Tableau 11: Projection des couvertures soins cliniques individuels 1er niveau référence.....	92
Tableau 12: Projection des couvertures soins C. individuels 1er niveau de référence.....	93
Tableau 13: Besoins en ressources humaines.....	94
Tableau 14 : Hypothèses des 3 scénarii d'espace budgétaire .....	98
Tableau 14: Prévision budgétaires par niveau de prestation .....	100
Tableau 16: Besoin de financement suivant les plans et programmes du PNDS.....	103
Tableau 17: Mortalité spécifique selon le mode de prestation de service et par phase.....	106

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Evolution du budget du ministère de la santé du Burkina Faso de 1996 à 2006 .....	27
Graphique 2: Budget 2006 du MSP selon la nomenclature budgétaire .....	27
Graphique 3: Tendances évolutives de la mortalité Maternelle .....	36
Graphique 4: Evolution des indicateurs CDV de 2002 à 2006 dans les sites PTME/VIH ; ....	38
Graphique 5 : Les effectifs des infrastructures sanitaires de 1995 à 2007 .....	43
Graphique 6 : la consommation confrontée au besoin .....	71
Graphique 7: Couverture en MII chez les moins de 5 ans, MBB.....	83
Graphique 8: La planification familiale, MBB .....	85
Graphique 9: Accès aux SONUB lors de l'accouchement, MBB.....	86
Graphique 10 : Besoins de financement selon le type de prestation .....	101
Graphique 11: scénarii distribution coûts additionnels par sources de financement.....	102
Graphique 13: Evolution de taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile.....	107
Graphique 14 : Rapport coût efficacité de la première phase .....	108
Graphique 16 : Rapport coût efficacité de la troisième phase.....	110

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 ; Evolution de quelques indicateurs de santé .....	24
Figure 2 : Différents types de mortalité chez le Nouveau né et l'enfant.....	30
Figure 3: Les causes de décès Maternels au Burkina en 2007.....	36
Figure 4 : Ratio Habitants/ FS	43
Figure 5:Processus de la demande et déterminants.....	62
Figure 6 : Evolution statistique de la situation des mères et enfants .....	68
Figure 7 : Model d'analyse.....	80
Figure 8 : Illustrations des goulots d'étranglement.....	82

CESAG - BIBLIOTHEQUE