

# **Santé et pauvreté au Burkina Faso :**

*Progresser vers les objectifs  
internationaux dans le cadre de la  
stratégie de lutte contre la pauvreté*

*(English Summary Included)*

Banque mondiale  
Washington, D.C.

© Juin 2003  
Département du développement humain  
Région Afrique  
Banque mondiale

Les opinions et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale ou des institutions qui lui sont affiliées.

Maquette de couverture : Word Express  
Photo de couverture : Curt Carnemark

# Table des matières

	<b>Avant-propos</b>	<b>vii</b>
	<b>Foreword</b>	<b>viii</b>
	<b>Remerciements</b>	<b>ix</b>
	<b>Acknowledgments</b>	<b>x</b>
	<b>Abstrait</b>	<b>xi</b>
	<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>xi</b>
	<b>Résumé analytique</b>	<b>xiii</b>
	<b>Executive Summary</b>	<b>xviii</b>
<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
	<i>Vue d'ensemble</i>	1
	<i>Pauvreté et santé : cadre analytique</i>	1
	<i>Structure du rapport</i>	3
<b>2</b>	<b>Contexte général</b>	<b>4</b>
	<i>Cadre géographique et historique</i>	4
	<i>Structure et dynamique de la population</i>	4
	<i>Economie et pauvreté</i>	5
	<i>Secteurs connexes de la santé</i>	6
	<i>Secteur de la santé : une vue d'ensemble</i>	6

<b>3</b>	<b>Tendances et équité des indicateurs de santé</b>	<b>9</b>
	<i>Indicateurs d'impact : niveaux et tendances</i>	9
	<i>Principales causes de morbidité et de mortalité</i>	14
<b>4</b>	<b>Facteurs communautaires, ménages et santé</b>	<b>17</b>
	<i>Facteurs communautaires</i>	17
	<i>Contraintes et comportements des ménages</i>	20
	<i>Dépenses de santé des ménages</i>	25
<b>5</b>	<b>Ressources sanitaires</b>	<b>28</b>
	<i>Infrastructures et accessibilité géographique</i>	28
	<i>Ressources humaines</i>	30
	<i>Ressources matérielles</i>	32
	<i>Ressources financières</i>	33
	<i>Cadres de gestion des ressources sanitaires</i>	36
<b>6</b>	<b>Couverture et qualité des services essentiels</b>	<b>40</b>
	<i>Santé reproductive</i>	40
	<i>Santé de l'enfant</i>	44
<b>7</b>	<b>Axes stratégiques de lutte contre la pauvreté</b>	<b>47</b>
	<i>Axe 1 : Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres</i>	48
	<i>Axe 2 : Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis</i>	50
	<i>Axe 3 : Impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé</i>	52
<b>8</b>	<b>Conclusion</b>	<b>56</b>
	<b>Références bibliographiques</b>	<b>60</b>
<b>Annexes</b>		
	<i>Annexe 1 : Classification de la population, des régions et des districts sanitaires selon le gradient de pauvreté</i>	61
	<i>Annexe 2 : Facteurs communautaires, ménages et santé</i>	66
	<i>Annexe 3 : Ressources sanitaires</i>	75
	<i>Annexe 4 : Efficience technique et obstacles systémiques des services de santé</i>	82
	<i>Annexe 5 : Tendances et déterminants de la mortalité des enfants au Burkina Faso</i>	87
	<i>Annexe 6 : Analyses multivariées de l'utilisation des services de santé — santé reproductive et santé de l'enfant</i>	91
	<i>Annexe 7 : Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le Cadre de Lutte Contre la Pauvreté</i>	96

## Encadrés

Encadré 1	Participation communautaire dans les services de santé de base	37
Encadré 2	Innovations dans le système de planification et de suivi	38

## Tableaux

Tableau 1	Indicateurs de santé au Burkina Faso comparés à ceux de l'Afrique Sub-Saharienne	10
Tableau 2	Indicateurs de santé par milieu de résidence	10
Tableau 3	Indicateurs de santé par niveau socio-économique (1993)	11
Tableau 4	Evolution des indicateurs de santé au cours des années 90s	12
Tableau 5	Evolution de la mortalité infanto-juvénile au cours des années 1990 selon le groupe socio-économique (taux de mortalité pour 1000)	13
Tableau 6	Connaissances et comportement des ménages en matière de santé, comparaison par milieu de résidence, groupe socio-économique (EDS 1999)	22
Tableau 7	Couverture des pauvres par les services essentiels de santé	42

## Graphiques

Graphique 1	Relations entre pauvreté et santé	2
Graphique 2	Performance de santé du Burkina Faso en relation aux autres pays de l'Afrique Sub-Saharienne	9
Graphique 3	Taux de mortalité et de malnutrition des enfants par groupe socio-économique	12
Graphique 4	Burkina Faso—Mortalité infanto-juvénile (0 à 5 ans) au cours des années 1990 : DHS 1993, DHS 1999 (Cinq dernières années avant l'enquête)	14
Graphique 5	Burkina Faso—Facteurs Environnementaux : Proportion (%) de ménages selon la source d'approvisionnement en eau de boisson (Enquête sur les Priorités de 1998 : EP 1998)	18
Graphique 6	Burkina Faso—Facteurs Environnementaux : Proportion (%) de ménages qui disposent de latrines (EP 1998)	19
Graphique 7	Niveau d'alphabétisation des femmes âgées de 10 ans et plus selon le région, le milieu de résidence et le groupe de revenu (EP 1998)	20
Graphique 8	Proportion d'individus ayant utilisé un prestataire donné au cours des 2 dernières semaines avant l'enquête selon le groupe de revenus du ménage et le milieu de résidence (EP 1998)	25
Graphique 9	Dépenses (FCFA) mensuelles de santé des ménages selon le type de dépense, le groupe de revenu et le milieu de résidence (EP 1998)	26
Graphique 10	Taux d'accessibilité géographique (%) des structures sanitaires par zone	29
Graphique 11	Nombre d'habitants par personnel de santé selon le type de personnel et la zone	30
Graphique 12	Nombre d'habitants par personnel de santé et par district dans la zone 1	31
Graphique 13	Couverture des pauvres par les services de santé de la reproduction	41
Graphique 14	Couverture des pauvres par les services de santé de l'enfant	45



# Avant-propos

**U**n des tous premiers pays d’Afrique à avoir préparé un document de stratégie de réduction de la pauvreté, le Burkina Faso y fait toute sa place au secteur de la santé et à son rôle dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle dans la perspective de l’atteinte des objectifs de 2015 (Millennium Development Goals). Le défi est grand dans ce pays parmi les plus pauvres de la planète (avec un PIB par habitant de 210 dollars) où la proportion des femmes analphabètes est de plus de 80 %. Bien qu’ayant entamé une vaste réforme il y a quelques années, le secteur santé burkinabé, comme tant d’autres en Afrique —tard à traduire des acquis en terme de processus— l’amélioration de la disponibilité des médicaments, l’augmentation des ressources du secteur— en progrès en termes de performance de santé. Ce rapport aide à mieux comprendre l’évolution des indicateurs de santé maternelle et infantile qui sont au cœur de la dynamique de développement et les options choisies par le gouvernement du Faso pour mieux combattre la pauvreté à travers les services de santé. Difficultés

économiques et montée du SIDA (7 % de la population adulte) expliquent en partie la dynamique négative des indicateurs de santé, avec une montée de la mortalité infantile-juvénile. Mais l’allocation privilégiée des ressources humaines et financières aux zones urbaines a également plus souvent aggravé que corrigé les inégalités d’accès et la baisse des indicateurs de santé a été souvent plus importante parmi les groupes les plus pauvres que les plus riches. Les perspectives ouvertes par l’Initiative de remise de dette en faveur des pays pauvres et très endettés (PPTE) offrent cependant une opportunité pour le Burkina Faso d’allouer les ressources disponibles pour pallier les grands déséquilibres du secteur tels le manque de ressources humaines, et l’insuffisance de transferts publics vers les zones périphériques. L’atteinte des objectifs de lutte contre la pauvreté comme des objectifs 2015 (MDGs), nécessitera une allocation soutenue et accrue de la dépense publique aux groupes les plus vulnérables, les femmes et les enfants des populations rurales.

# Foreword

**A**s one of the first African countries to prepare a Poverty Reduction Strategy Paper, Burkina Faso assigns the health sector its rightful place in that document, acknowledging the sector's role in reducing infant and maternal mortality with a view to achieving the Millennium Development Goals. The challenge is great in this country — among the world's poorest (with a per capita GDP of US\$210) — where more than 80 percent of the women are illiterate. Although it embarked upon vast reforms a few years ago, Burkina's health sector, like so many others in Africa, has been slow to translate achievements in terms of the process — e.g., improved availability of drugs, increased resources in the sector, etc. — into improvements in terms of health status. This report aims to provide a better understanding of trends in maternal and infant health indicators that lie at the core of the development dynamic and the choices made by Burkina Faso's Government to combat poverty more effectively through health services.

Economic difficulties and the spread of AIDS (that affects 7 percent of the adult population) explain in part the downturn in health indicators, including an increase in infant and child mortality. However, in most instances, the preferential allocation of human and financial resources to urban areas has also done more to exacerbate than to alleviate inequalities of access to and deterioration in health indicators has often been greater among the poorest groups than among the richest. Then again, the possibilities created by the Debt Relief Initiative for Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) offer Burkina Faso an opportunity to devote available resources to offsetting the sector's great imbalances, such as the scarcity of human resources and the inadequacy of public funding transfers to outlying areas. The achievement of poverty reduction objectives such as the Millennium Development Goals will require a sustained and increased allocation of public expenditure to the most vulnerable groups: namely, the women and children of rural areas.



# Remerciements

**C**e rapport a été préparé par une équipe nationale pluridisciplinaire dirigée par Dr Sombie Michel, Ministère de la Santé ; et composée de Dr Mathias Some, SG/MSP ; M. Romaric Some, DEP/MSP ; Tahirou Tiendrebeogo, Ministère de la Santé ; Germain Savadogo, Ministère de la Santé ; Dr Diallo Mahamady, Ministère de la Santé ; Dr Hiensie Roger ; Dr Zoubga Alain ; Dr Nebie Paul ; et Bally Ouattara, Ministère de l'Économie et des Finances.

La préparation de ce rapport a reçu l'appui technique d'une équipe de la Banque Mondiale coordonnée par Dr Soucat Agnès, économiste de la santé ; et M François Pathé Diop, économiste de la santé ; et composée de M. Ibrahim Magazi, économiste de la santé ; Mme Denise Vaillancourt, spécialiste de santé ; Mme Miriam Schneidman, spécialiste de santé ; Dr Ekanmian K. Gatien, consultant ;

M. Peter Bachrach, Dr Sekhar Bonu et Dr Arnaud Trebuch, consultants.

Le rapport a été également enrichi des contributions de Mme Françoise Andre, Union Européenne ; Dr Celestin Traore et Dr Flavia Guidetti, UNICEF ; Mme Dia Timmermans, Ambassade des Pays Bas ; et M. Bocar Toure (AFRO), M. Monet et Dr Kieleme de l'OMS.

C'est grâce à l'appui du Fonds fiduciaire norvégien pour l'éducation que ce rapport a pu être élaboré.

Commentaires à envoyer à :  
Agnès SOUCAT et François DIOP  
Banque Mondiale  
Policy and Sector Analysis Support Team  
E-mail : [asoucat@worldbank.org](mailto:asoucat@worldbank.org)

# Acknowledgments

**T**his report was prepared by a national multi-disciplinary team directed by Dr. Michel Sombie of the Ministry of Health, and composed of Dr. Mathias Some, Office of the Secretary General, Ministry of Health; Mr. Romaric Some, Department of Studies and Programs, Ministry of Health; Mr. Tahirou Tiendrebeogo, Ministry of Health; Mr. Germain Savadogo, Ministry of Health; Dr. Mahamady Diallo, Ministry of Health; Dr. Roger Hiensie; Dr. Alain Zoubga; Dr. Paul Nebie; and Mr. Bally Ouattara, Ministry of Economy and Finance.

Technical support for the report's preparation was provided by a World Bank team coordinated by Dr. Agnès Soucat, health economist, and Mr. François Pathé Diop, health economist, and composed of Mr. Ibrahim Magazi, health economist; Ms. Denise Vaillancourt, health specialist; Ms. Miriam Schneidman, health specialist; Dr. Ekanmian K.

Gatien, consultant; and Mr. Peter Bachrach, Dr. Sekhar Bonu and Dr. Arnaud Trebuch, consultants.

The report was also enriched by the contributions of Ms. Françoise André of the European Union; Dr. Célestin Traoré and Dr. Flavia Guidetti of UNICEF; Ms. Dia Timmermans of the Embassy of the Netherlands; and Mr. Bocar Touré (WHO/AFRO), Mr. Monet and Dr. Kieleme of WHO.

This report was prepared through the generous assistance of the Norwegian Trust Fund for Education.

Comments may be sent to:  
Agnès Soucat and François Diop  
World Bank Policy and Sector Analysis  
Support Team  
e-mail: [asoucat@worldbank.org](mailto:asoucat@worldbank.org)

# Abréviations et acronymes

PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
UEMOA	: Union Economique Monétaire Ouest Africain
PIB	: Produit Intérieur Brut
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRS	: Direction Régionales de la Santé
CHN	: Centre Hospitalier National
ECD	: Equipe Cadre de District
CAMEG	: Central d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
EDS	: Enquête Démographique et Santé
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
IEC	: Information Education Communication
ENSP	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
CPN	: Consultation pré natale
CO	: Couverture obstétricale
CPN	: Consultation post natale
PF	: Planification familiale
CV	: Couverture vaccinale
PNB	: Produit National Brut
VIH	: Virus d'immunodéficience humaine
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
MST	: Maladies sexuellement transmissibles
COGES	: Comité de gestion
BM	: Banque mondiale
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
IB	: Initiative de Bamako
SSP	: Soins de Santé Primaire

PEV : Programme Elargi de Vaccination

MS : Ministère de la Santé

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNS : Politique Nationale de Santé

IRA : Infections Respiratoires Aiguës

# Résumé analytique

## **Un cadre analytique pour renforcer l'articulation de la dimension santé dans la stratégie de réduction de la pauvreté**

**L**e rapport actuel sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso s'inscrit dans le processus d'élaboration de la composante santé du cadre stratégique de réduction de la pauvreté et d'articulation de la dimension lutte contre la pauvreté dans la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire. Le rapport est basé sur une analyse qui révèle que les conditions sanitaires des pauvres résultent de relations complexes entre la santé et la pauvreté : non seulement la pauvreté mène à un mauvais état de santé, mais un mauvais état de santé contribue à la pauvreté monétaire ; par ailleurs il est largement reconnu maintenant que de mauvais états de santé, de nutrition et de population constituent des dimensions clé de la pauvreté. Ainsi, pour une meilleure compréhension de ces relations et une meilleure articulation des politiques et des interventions sanitaires dans la stratégie de lutte contre la pauvreté, le rapport se base sur les travaux d'analyse de la situation sanitaire, les enquêtes démographiques et santé, les enquêtes sur les conditions de vie des ménages, et les travaux stratégiques du secteur de la santé pour initier un processus de collecte d'informations sur la pauvreté et la santé dans le pays.

## **Le cadre géographique, le caractère rural de la pauvreté et la dynamique de la population donnent leurs spécificités aux relations pauvreté et santé au Burkina Faso**

Le climat soudano-sahélien dominant dans le pays, est marqué par des sécheresses récurrentes et l'irrégularité pluviométrique, et se traduit en un profil de la pauvreté essentiellement rural qui se manifeste, entre autres, par l'insécurité alimentaire, le faible accès à l'eau potable et l'endémicité de la malnutrition. Par ailleurs, les relations pauvreté/santé s'établissent dans un contexte géographique propice au paludisme, aux infections respiratoires et à d'autres maladies transmissibles comme la rougeole et la méningite. En raison du faible taux d'urbanisation et de l'analphabétisme, la dynamique interne de la population continue d'être soumise à des régimes démographiques traditionnels marqués par la précocité sexuelle et une forte intensité de la fécondité. Enfin, la dynamique externe de la population continue d'être dominée par des flux migratoires importants vers les pays voisins du sud, flux qui sont devenus une source de vulnérabilité aux IST et au VIH/SIDA.

## **La courbe des indicateurs de santé dans le pays l'éloigne des objectifs de développement international pour 2015**

Le Burkina Faso présente un des profils sanitaires les plus pauvres dans la sous-région de l'Afrique de

l'Ouest. A des niveaux relativement élevés de mortalité infanto-juvénile (219 pour 1000), de mortalité maternelle (484 pour 100.000 naissances-vivantes) et de fécondité (ISF, 6,8 enfants) s'est associée une prévalence relativement élevée du VIH/SIDA (7 %) au cours des années 1990 qui situe le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés dans la sous-région. Les tendances des indicateurs de santé au cours de la dernière décennie ont inscrit le pays dans une trajectoire qui l'a plutôt éloigné des objectifs de développement international pour 2015. En effet, la mortalité infantile est restée plutôt constante au cours de la décennie, alors que la mortalité juvénile s'est accentuée parmi les plus pauvres de la population, passant 192 décès chez le groupe le plus pauvre en 1993 à 214 décès en 1999 ; par ailleurs, l'état nutritionnel des enfants se serait détérioré au cours des années 1990. La baisse des indicateurs de santé a été plus importante parmi les groupes les plus pauvres que parmi les riches. Les risques de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire sont restés au même niveau parmi les enfants des ménages urbains au cours des années 1990. En revanche, parmi les 80 % de la population des zones rurales où vivent 95 % des pauvres, la mortalité juvénile a significativement augmenté résultant ainsi en une détérioration des niveaux de mortalité entre 0 et 5 ans.

Ainsi le Burkina Faso devra fournir des efforts importants d'ici 2015 si le pays compte réaliser les objectifs de réduction de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle fixés pour 2015 ; il faut noter que ces efforts devront être accomplis dans un environnement où des ressources importantes et beaucoup d'énergie seraient nécessaires pour contenir la progression du VIH/SIDA dans le pays.

### **Une part importante de la morbidité et de la mortalité peut être évitée**

Les principales causes de morbidité et de mortalité infantile dans le pays sont constituées par les maladies transmissibles, dont le paludisme (un-tiers des décès des enfants), les maladies diarrhéiques (12 %) et les infections respiratoires aiguës (11 %). L'association de ces maladies à un niveau élevé de malnutrition (33 % d'insuffisance Pondérale en 1999) et aux épidémies récurrentes de rougeole et

de méningite cérébro-spinale contribue pour une large part au lourd fardeau de la morbidité et au niveau élevé de la mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans. A ce profil épidémiologique typique de la phase pré-transitionnelle dans laquelle se situe l'évolution sanitaire du pays, s'est ajouté une progression inquiétante de la prévalence du VIH/SIDA ; par ailleurs, la tuberculose est déjà en ré-émergence (1000 nouveau cas en 2000) dans le pays en conséquence de son association avec le SIDA. Enfin, les infections, les hémorragies, les dystocies, les avortements provoqués et les insuffisances de prise en charge de la grossesse continuent de contribuer au niveau élevé de la mortalité maternelle.

### **Lever les contraintes liées à l'environnement au sens large**

La précarité des conditions sanitaires est avant tout une conséquence directe des facteurs environnementaux dans les communautés où vivent la majorité des ménages en général, les ménages pauvres en particulier. L'approvisionnement en eau potable reste insuffisant avec le taux national de 52 % et l'utilisation d'eau polluée importante, surtout en zone rurale, contribuant ainsi à la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses. En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. Ces conditions environnementales défavorables à la santé s'observent surtout dans les communautés où vivent les plus pauvres. C'est exactement dans ces mêmes communautés que les coûts d'opportunité pour remédier à la maladie sont les plus élevés.

Au delà des facteurs environnementaux qui contribuent à la variabilité de l'exposition aux maladies et des coûts d'opportunité pour y remédier, certaines caractéristiques sociales et culturelles des communautés Burkinabé contribuent à la détermination des comportements des ménages et des individus. Le faible statut de la femme et les pratiques coutumières, telles que les mariages précoces, l'excision (71 %), le lévirat et les interdits alimentaires, se traduisent dans les comportements des ménages en matière de santé et portent préjudice à

la santé des femmes et des enfants. Cependant, des valeurs socioculturelles positives de solidarité et de réciprocité continuent de cimenter la cohésion sociale et les organisations à base communautaire constituent des systèmes de soutien pour les ménages et les individus. Mises à profit par le système de santé, elles pourraient constituer une ressource importante pour le développement sanitaire et accroître les capacités de réponse aux problèmes de santé au niveau communautaire.

L'analphabétisme et le faible accès aux moyens d'information affectent particulièrement les ménages et les femmes pauvres (85 % des femmes de 10 ans et plus sont analphabètes) ; cela se traduit par la faiblesse des connaissances en matière de santé des ménages et des femmes et se reflète dans leurs comportements. Si les pratiques telles que l'excision affectent sans discrimination la majorité des femmes en conséquence de leur origine culturelle, les disparités entre les groupes socio-économiques quant à l'utilisation des services modernes de santé, autant pour les soins préventifs que pour les soins curatifs, traduisent les contraintes auxquelles sont confrontés les femmes et les ménages, les plus pauvres en particulier. La variation des dépenses de santé des ménages selon leur revenu (0 à 12 000 Fcfa/mois) et les raisons évoquées par les populations pour la non-utilisation des services de santé en cas de maladie indiquent que les contraintes d'ordre économique et financière contribuent au faible accès des plus pauvres aux services et soins de santé.

### **Les failles du système de santé devraient être comblées**

Les contraintes des ménages sont par ailleurs exacerbées par les failles du système de santé. Ce sont dans les zones où vivent les ménages les plus pauvres et où les moyens de transport sont le moins développés que la couverture des infrastructures sanitaires de base laisse le plus à désirer. Par ailleurs, si des efforts pour accroître les ressources humaines du secteur de la santé ont été manifestes durant les deux dernières décennies, il ne semble pas que des efforts aient été faits pour en faire bénéficier les segments les plus pauvres de la population. En effet, en l'absence de politiques et mesures

incitatives pour servir dans les zones les plus pauvres du pays, le personnel de santé en général, les médecins et les sages-femmes en particulier, continuent d'être attirés et concentrés dans les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Ainsi, améliorer la gestion des ressources humaines compte parmi les tâches les plus importantes si le Burkina Faso veut que les augmentations de ressources dans le secteur de la santé se traduisent par une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services de santé offerts aux communautés les plus pauvres du pays.

Comblar les failles dans la gestion des ressources humaines est d'autant plus nécessaire que dans le secteur de la santé, la distribution des ressources humaines détermine dans une large mesure la distribution et l'utilisation des autres ressources du secteur. En effet, des schémas d'allocation de ressources qui favorisent les centres hospitaliers utilisés essentiellement par les couches les plus aisées de la population, aboutissent au fait que les sections les plus aisées de la population capturent une part disproportionnée des dépenses publiques de santé. En conséquence, les districts sanitaires, où les soins et services essentiels de santé sont fournis, continuent de recevoir une part des ressources publiques internes de la santé qui n'est pas à la mesure de la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires. Par ailleurs, ces disparités dans le financement public des services de santé conduisent à des pressions pour mobiliser des ressources additionnelles. Et ces ressources additionnelles sont prélevées sur les usagers auxquels on demande de payer les soins qui leur sont donnés ce qui réduit l'accessibilité des plus pauvres à ces soins.

Ainsi, malgré les efforts qui ont été fournis pour accroître la couverture géographique et les ressources humaines des services de santé, non seulement la couverture des services de santé reproductive est faible dans le pays (5 % des femmes seulement reçoivent une visite de planning familial ; 60 % des femmes enceintes reçoivent au moins une consultation prénatale), mais les inégalités entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus pauvres d'autre part, sont importantes. L'analyse des causes de cette situation suggère qu'une

grande part tient à la répartition des ressources humaines, à la disponibilité des sages-femmes en particulier. Par ailleurs, la couverture effective des enfants par les services de santé est très faible au Burkina Faso. Les services de vaccination semblent avoir repris de l'élan en conséquence de l'accent mis sur la responsabilisation des acteurs locaux et le suivi de la performance dans le cadre de la gestion des services de santé de base. Des insuffisances importantes continuent d'exister cependant, dans la couverture des enfants des plus pauvres et des enfants ruraux par les services de vaccination. Par ailleurs, les lacunes dans la couverture des enfants pauvres sont toujours importantes en ce qui concerne la prise en charge en cas de maladie, (chez les enfants de moins de 5 ans, principalement diarrhée, paludisme et infections respiratoires aiguës), les enfants pauvres sont, là encore, défavorisés.

### **Des actions multi-sectorielles renforcées seront nécessaires**

En conséquence, il faudra des actions et des mesures plus énergiques dans le secteur de la santé si les services de santé doivent contribuer à améliorer les conditions sanitaires des femmes et des enfants des pauvres et lutter contre la pauvreté dans le pays. L'analyse des relations entre la pauvreté et la santé présentée dans le rapport suggère que les mesures à prendre pour améliorer les conditions sanitaires des pauvres devraient comporter des actions multi-sectorielles intégrant la santé dans les stratégies et programmes d'amélioration de la sécurité alimentaire, d'accès à l'eau potable, d'éducation de base et d'alphabétisation. Le Programme d'Action Nationale de Lutte Contre la Désertification de 1999 et le Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base 2000–2009 se situent déjà dans cette perspective.

### **Des mesures pour combler les failles du système de santé et réorienter les services de santé vers les populations vulnérables**

Dans le secteur de la santé proprement dit, il est important que l'État et ses partenaires s'engagent au cours des prochaines années à réformer le système de santé et à mieux l'orienter vers les popula-

tions vulnérables pour remettre le Burkina Faso en route vers les objectifs de développement international pour 2015. Dans cette perspective, les stratégies de lutte contre la pauvreté dans le secteur santé peuvent s'articuler autour de trois axes : (i) améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres, (ii) limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis, et (iii) impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé.

### **Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres**

Le gouvernement devra s'attacher à mettre effectivement en œuvre en priorité les interventions qui répondent aux problèmes de santé des plus pauvres à travers les stratégies prioritaires suivantes :

- Développer l'offre d'un ensemble de soins correspondant aux maladies transmissibles, aux problèmes de santé maternelle et infantile et aux problèmes nutritionnels ;
- Assurer l'accès à cet ensemble aux populations rurales en renforçant les institutions sanitaires périphériques et les stratégies avancées ;
- Améliorer la disponibilité des ressources humaines en milieu rural à travers des mesures incitatives adéquates et la contractualisation ;
- Promouvoir l'approche contractuelle pour la mise en œuvre des interventions prioritaires en se basant sur la performance ;
- Poursuivre le système de micro-planification et monitoring local de la performance sur les objectifs clés qui contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé ;
- Assurer aux groupes les plus vulnérables l'accès aux condoms, au test VIH, au conseil et traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- Rendre les institutions sanitaires périphériques capables d'assurer la prévention et la prise en charge dans le cadre de la lutte contre le SIDA.



### **Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis**

Le gouvernement visera de façon adéquate à protéger les populations les plus démunies par des politiques visant à rendre abordables les soins essentiels et devra notamment :

- Poursuivre l'allocation des ressources budgétaires au profit des formations sanitaires périphériques ;
- Assurer la disponibilité continue des médicaments essentiels, et vaccins au niveau CSPPS et la disponibilité de sang et tests VIH au niveau hôpital de district ;
- Définir les orientations en matière d'utilisation des ressources au niveau district ;
- Réduire les prix pour l'utilisateur des interventions préventives ainsi que le prix des services aux enfants de 0 à 5 ans; assurer la prise en charge gratuite de la tuberculose, la dracunculose et la lèpre ;
- Développer les mécanismes locaux de solidarité et de partage du risque.

### **Impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé**

Le gouvernement soutiendra davantage la participation des usagers et des communautés dans la gestion et le développement des activités de santé à travers les mesures suivantes :

- Formaliser le partenariat Etat—communauté à travers des instruments contractuels ;
- Renforcer les compétences des comités de gestion à la micro-planification participative et au monitoring des activités prioritaires de santé ;
- Améliorer la représentativité des comités de gestion en stimulant la participation des groupes vulnérables et de représentants des plus démunis ;
- Développer les actions communautaires de diagnostic et d'action en faveur de la santé en particulier pour le paludisme, les maladies des enfants et la malnutrition protéino-énergétique ;
- Promouvoir les actions communautaires visant à soutenir la demande des services essentiels, par la mise en place de systèmes d'exonération et de subventions locales.

# Executive summary

## **Towards an analytical framework for strengthening the linkage of health issues to the poverty reduction strategy**

**T**his report on poverty and health in Burkina Faso is a contribution to the process of developing the health component of the strategic framework for poverty reduction and for incorporating poverty reduction into both national health policy and the national health development plan. The report is based on an analysis showing that the health situation of the poor is the result of a complex interaction between health and poverty: not only does poverty lead to poor health status, but poor health also contributes to monetary poverty. It is also widely recognized that poor health and nutrition, in addition to a lack of population control measures, are key aspects of poverty. In order to promote a better understanding of these relationships and a better linkage of policies and health interventions in the context of the poverty reduction strategy, this report is therefore based on analyses of the health situation; demographic and health surveys; surveys of household living conditions; and strategic sector work carried out in order to initiate a process of information-gathering on poverty and health in the country.

## **Burkina Faso's geography, the rural nature of its poverty and its population dynamics give the poverty/health connection its specific character**

The country's predominantly Sudano-Sahelian climate is characterized by recurrent droughts and irregular rainfall, and this yields an essentially rural poverty profile that manifests itself in various ways, including food insecurity, poor access to clean water and endemic malnutrition. Furthermore, the poverty/health connection plays out in a geographic setting conducive to malaria, respiratory infections and other communicable diseases such as measles and meningitis. Due to the low rate of urbanization and literacy, the population's internal dynamics continue to be dominated by traditional systems characterized by early sexual activity and very high levels of fertility. Finally, the main external dynamic affecting the population is still the intense migratory flows to neighboring countries to the south, a phenomenon that has become a source of vulnerability to STDs and HIV/AIDS.

## **Trends in the country's health indicators are diverging from the Millennium Development Goals**

Burkina Faso has one of the worst health status profiles in the West African sub-region. In addition to

relatively high rates of infant and child mortality (219 per 1,000), maternal mortality (484 per 100,000 live births) and fertility (6.8 children), the relatively high prevalence of HIV/AIDS (which affects 7 percent of the adult population) during the 1990s places Burkina Faso among the most severely affected countries in the sub-region. Trends in health indicators over the past decade have placed the country on a course that has caused it to diverge from the Millennium Development Goals. Indeed, infant mortality has remained more or less constant over the period, while child mortality rates have risen among the poorest population groups, from 192 deaths in the poorest group in 1993 to 214 deaths in 1999. The nutritional status of children is also believed to have deteriorated over the course of the 1990s. The deterioration in health indicators has been greater among the poorest groups than among the rich. The risk of death from birth to age five remained constant for children in urban households over the 1990s. On the other hand, for 80 percent of the inhabitants of rural areas where 95 percent of the poor live, child mortality has increased significantly, leading to a worsening of mortality rates for those aged 0 to 5 years.

Burkina Faso must therefore put forth considerable effort between now and 2015 if the country is to achieve the objectives set for that timeframe in terms of reducing infant and child mortality and maternal mortality. It should be noted that these efforts will need to be made in an environment in which significant resources and a great deal of energy will be needed to contain the spread of HIV/AIDS in the country.

### **Much of the country's morbidity and mortality is avoidable**

The main causes of infant morbidity and mortality in the country are communicable diseases, including malaria (which accounts for one third of child deaths), diarrheal diseases (12 percent), and acute respiratory infections (11 percent). The co-occurrence of these illnesses with a high level of malnutrition (33 percent were underweight in 1999), as well as recurrent epidemics of measles and cerebrospinal meningitis, accounts for much of the heavy burden of morbidity and mortality among children

under the age of five. In addition to this epidemiological profile, which is typical of the pre-transition phase of health care evolution in which Burkina Faso finds itself, there has been a worrisome increase in the prevalence of HIV/AIDS. Tuberculosis is already re-emergent in the country (1,000 new cases were diagnosed in 2000) as a result of its association with AIDS. Finally, infections, hemorrhaging, dystocia, induced abortions and the inadequate medical monitoring of pregnancies continue to contribute to the high rate of maternal mortality.

### **Overcoming constraints associated with the environment, in the broad sense**

Precarious health and hygiene conditions are, above all, a direct consequence of environmental factors prevailing in communities inhabited by most households generally, and by poor households in particular. Clean water remains scarce (only 52 percent of the population has access to that resource) and the use of contaminated water is widespread, especially in rural areas, thus contributing to a high prevalence of diarrheal illnesses and parasitic infestations. With regard to hygiene and sanitation, storm water evacuation infrastructures are inadequate, a situation leading to floods, unhygienic conditions and the propagation of disease vectors. These unhealthful environmental conditions are observed particularly in communities in which the poorest groups live. It is precisely in these same communities that the opportunity costs of treating illnesses are highest.

Beyond the environmental factors that contribute to the variability in disease exposure and the opportunity costs of treating disease, certain social and cultural characteristics of Burkina's communities play a role in shaping the behaviors of households and individuals. The low status of women and such time-honored practices as early marriage, female circumcision (which affects 71 percent of females), levirate marriages and food taboos, have implications for household behaviors in the area of health and are detrimental to the physical well-being of women and children. However, certain positive socio-cultural values, such as solidarity and reciprocity, continue to bolster social cohesion, and community-based organizations provide support

systems for households and individuals. Properly exploited by the health care system, these values and organizations could constitute an important resource in the development of health care, increasing the capacity to respond to health issues at the community level.

Illiteracy and a lack of access to information affect poor households and women in particular (85 percent of women aged 10 and older are illiterate). This translates into a low level of health-related knowledge on the part of households and women, which is in turn reflected in their behaviors. Although such culturally-based practices as female circumcision affect most women without distinction, disparities between socio-economic groups in terms of their use of modern health services for preventive as well as curative care reflect the obstacles faced by women and households, and especially by the poorest ones. Variations in the health care expenditures of households according to income (CFAF 0 to 12,000/month), as well as the reasons given for the failure to use health services in the event of illness, indicate that economic and financial constraints are contributing to the low level of access of the poor to health care services and treatment.

### **Weaknesses in the health care system must be remedied**

The constraints experienced by households are also exacerbated by deficiencies in the health care system. It is in areas where the poorest households live and where transportation is least developed that coverage, in terms of basic health care infrastructures, leaves the most to be desired. Moreover, although efforts have obviously been made over the last two decades to increase human resources in the health sector, no effort seems to have been made to get the poorest population groups to benefit from them. Indeed, because of the lack of incentives, both in terms of policies and measures, to serve in the country's poorest areas, health care personnel in general, and doctors and midwives in particular, continue to be attracted to, and concentrated in, the two largest cities of Ouagadougou and Bobo-Dioulasso. Thus, improving human resource management is one of the most important issues to be

addressed if Burkina Faso wishes to see the increased resources in the sector translate into greater health care accessibility and better service quality for the country's poorest communities.

It is all the more crucial to remedy the weaknesses in human resource management since the distribution of human resources in the health sector determines to a great extent how the sector's other resources will be distributed and utilized. Indeed, resource-allocation schemes that give preference to hospital centers frequented essentially by the most affluent groups, lead to a situation in which the most well-off population segments absorb a disproportionate share of public health expenditures. As a result, the health districts, where essential care and services are dispensed, still receive a share of domestic public health funds that is not in keeping with the priority assigned to combating disease and to primary health care. Furthermore, these disparities in the public financing of health services generate pressure to mobilize additional resources, and these additional resources are obtained from users who are required to pay for the treatment provided, with the result that the poorest groups have reduced access to such care.

Thus, despite efforts made to increase the geographic coverage and human resources of the health care services, the country has not only a low level of reproductive health service coverage (with only five percent of women receiving a family planning consultation, and 60 percent of pregnant women receiving at least one prenatal visit), but also large disparities between urban and rural milieus and between the most affluent and the poorest population groups. Analysis of the situation suggests that much of it is attributable to the distribution of human resources, and in particular to the availability of midwives. In addition, actual coverage of children by health care services is very low in Burkina Faso. Vaccination services seem to have regained their momentum due to the emphasis placed on making local actors responsible for this and to the monitoring of performance in the context of managing basic health care services. Important deficits persist, however, in vaccination coverage of the poorest children and of rural children. Furthermore, there are still vast gaps in the coverage of the poorest children with regard to the treatment of ill-

nesses (which, in the case of children under the age of five, mainly involve diarrheal diseases, malaria and acute respiratory infections). Here again, poor children are disadvantaged.

### **Enhanced multi-sectoral interventions will be needed**

More vigorous interventions and measures will therefore be required in the sector if health services are to help improve the health status of women and poor children and combat the country's poverty. This report's analysis of the relationship between poverty and health suggests that the measures needed to improve the health status of the poor should include multi-sectoral interventions that integrate health into strategies and programs aimed at improving food security, access to potable water, basic education and literacy. The National Anti-Desertification Action Program of 1999 and the Ten-Year Plan for Development of Basic Education (2000-2009) already take this perspective into account.

### **Measures needed to remedy weaknesses in the health care system and to redirect health care services towards vulnerable communities**

In the health sector as such, it is important that the State and its partners commit themselves over the next few years to reforming the health care system and to better adapting it to vulnerable population groups, so that Burkina Faso can get back on track in terms of the Millennium Development Goals. With this in mind, poverty reduction strategies in the health sector revolve around three themes: (i) improving the health indicators of the poorest communities; (ii) limiting the impact of payment for health care on the incomes of needy households; and (iii) getting users and the poorest communities involved in health care decisions.

### **Improving health indicators of the poorest communities**

The Government must endeavor to implement, on a priority basis, interventions that respond to the health issues of the poorest communities through the following priority strategies:

- Enhance the availability of an array of treatments corresponding to communicable diseases, maternal and infant health problems and nutritional issues;
- Ensure access to these treatments for rural populations by strengthening community-level health care facilities and their strategies;
- Improve the supply of human resources in rural areas through adequate incentives and contract provisions;
- Promote a contract- and performance-based approach to the implementation of priority interventions;
- Pursue the system of micro-planning and local monitoring of key performance objectives that contribute to the improvement of health indicators;
- Ensure that the most vulnerable communities have access to condoms, HIV screening, counseling, and treatment of sexually transmitted diseases;
- Give community-level health care institutions the ability to handle prevention and treatment in the context of efforts to combat AIDS.

### **Limit the impact of payment for treatment on the incomes of needy households**

The government must take adequate steps to protect the most disadvantaged communities by pursuing policies aimed at making essential treatments affordable, and must in particular:

- continue to allocate budgetary resources to community-level health care facilities;
- ensure the continued availability of essential drugs and vaccines at the level of the health and social promotions centers and the availability of blood and HIV screening at the level of district hospitals;

- articulate policies regarding the utilization of resources at the district level;
- Reduce the price paid by users for preventive care as well as the cost of services for children aged 0 to five years, and ensure free treatment of tuberculosis, Guinea worm infection and leprosy;
- Promote local support and risk-sharing mechanisms.
- formalize the State/community partnership through contractual instruments;
- enhance the skills of management committees in the areas of participatory micro-planning and the monitoring of priority health care activities;
- make management committees more representative by fostering the participation of vulnerable groups and representatives of the most disadvantaged;

### **Involve users and the poorest communities in health care decisions**

In order to provide more support for user and community participation in the management and development of health care activities, the Government must:

- develop community-based diagnostic activities and interventions, particularly for malaria, childhood diseases and protein-calorie malnutrition;
- promote community-based actions aimed at maintaining the demand for essential services, by establishing exemption systems and local subsidies.

# Introduction

## Vue d'ensemble

**L**e Burkina Faso est un pays sahélien de dimension réduite tant par sa superficie, 274,200 km<sup>2</sup>, que par la taille de sa population, 10,3 millions d'habitants en 1996. En conséquence de sa localisation intérieure, le pays n'a pas connu une urbanisation aussi intense que celle des pays côtiers de l'ensemble ouest africain ; jusqu'en 1996, plus de 80 % de la population vit dans les zones rurales. Durant les dernières décennies, la localisation géographique s'est traduite par des années de sécheresse récurrentes qui ont été une contrainte sévère pour l'économie du pays basée essentiellement sur l'agriculture. Malgré des conditions climatiques défavorables, cependant, l'économie du pays a connu une croissance soutenue durant les années 1990. Mais avec un produit intérieur brut par tête de 240 dollars US en 1999, le Burkina Faso est resté un des pays les plus pauvres de la sous-région ouest-africaine. Par ailleurs, l'incidence de la pauvreté n'a pas beaucoup changé durant les années 1990, limitant les efforts d'amélioration des conditions sanitaires dans le pays.

Le processus d'élaboration d'une stratégie de réduction de la pauvreté en cours dans le pays offre l'opportunité d'une large consultation et d'une analyse des relations entre la pauvreté et la santé pour instaurer un consensus sur les actions à entreprendre et les mesures à prendre pour renforcer l'impact des interventions sanitaires sur la pauvreté et la santé des plus pauvres. Par ailleurs, le Ministère de

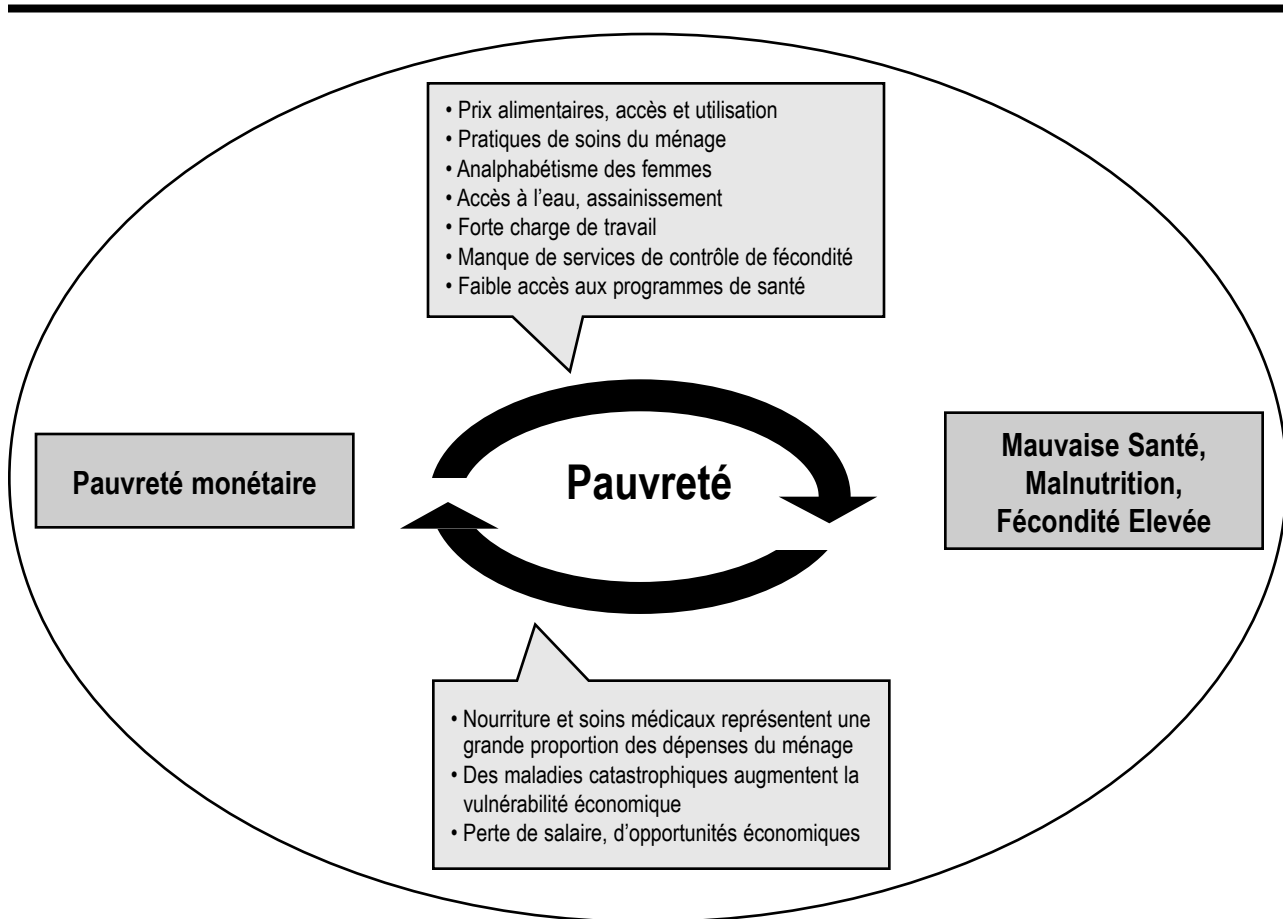
la Santé (MS) est entrain d'élaborer la politique nationale de santé et le plan décennal de développement sanitaire qui serviront de cadres de référence à l'action sanitaire dans le pays au cours des prochaines années. Le rapport actuel sur la pauvreté et la santé s'inscrit dans la perspective d'appuyer à la fois l'élaboration de la composante santé du cadre de stratégie de réduction de la pauvreté et l'articulation de la dimension lutte contre la pauvreté dans les cadres de référence de l'action sanitaire.

## Pauvreté et santé : cadre analytique

Le rapport est basé sur un cadre analytique qui replace la santé au cœur de la problématique et des dimensions clés de la pauvreté. L'analyse montre que les conditions sanitaires des pauvres et des groupes les plus aisés de la population résultent de relations complexes entre la santé et la pauvreté<sup>1</sup> : non seulement la pauvreté mène à un mauvais état de santé, mais aussi un mauvais état de santé contribue à la pauvreté monétaire, par ailleurs il est largement reconnu maintenant que de mauvais états de santé et de nutrition constituent un aspect clé de la pauvreté. Ces relations complexes sont résumées dans le graphique 1.

Premièrement, tel que schématisé dans le graphique 1, la pauvreté mène à un mauvais état de santé à travers un certain nombre de facteurs typiquement associés à la pauvreté et qui déterminent le faible état de santé, la malnutrition et la fécondité élevée. Une quantité importante d'informations

**Graphique 1**  
**Relations entre pauvreté et santé**



Note : Adapté de A. Soucat et al., 2001.

confirme que les effets cumulés de niveaux élevés d'analphabétisme parmi les femmes, un manque d'accès à l'eau potable, les conditions sanitaires et les pratiques de soins au sein des ménages<sup>2</sup>, une charge de travail très élevée, un manque de contrôle de la fécondité<sup>3</sup>, ainsi qu'un accès limité aux soins préventifs et soins curatifs de base qui résultent de la pauvreté contribuent à de pauvres indicateurs de santé. Parallèlement, un faible état de santé, la malnutrition et la forte fécondité contribuent à la pauvreté à travers la diminution de la productivité, la réduction des revenus du ménage et l'augmentation des dépenses de santé<sup>4</sup>. Enfin, une perspective plus large sur la pauvreté montre que la faiblesse des revenus, le faible niveau de développement humain, l'absence de sécurité financière et physique, le manque d'opportunités, et surtout la fai-

blesse de la participation aux aspects clés de la vie sociale sont des dimensions clés de la pauvreté. Ainsi, la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres, la participation des pauvres à la conception, à la planification et au suivi des services de santé et la responsabilisation par rapport aux objectifs sociaux sont au cœur des relations entre la pauvreté et la santé.

Ces relations entre santé et pauvreté reflètent au sein d'un pays donné le contexte, les capacités des ménages et de leur communauté respective, les politiques en vigueur dans le système de santé et les secteurs connexes. Pour une meilleure compréhension de ces relations au Burkina Faso et une meilleure articulation des politiques et des interventions sanitaires dans le cadre de stratégies de lutte contre la pauvreté et le plan de développement



sanitaire, le présent rapport propose une analyse de la situation sanitaire. Il s'appuie sur les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes sur les conditions de vie des ménages réalisées au cours des années 1990, la littérature grise et les travaux stratégiques du secteur de la santé afin d'amorcer un processus de recueil systématique d'informations sur la pauvreté et la santé dans le pays.

### Structure du rapport

Le rapport comporte six sections. La deuxième section présente brièvement la situation d'ensemble du Burkina Faso pour mieux situer l'analyse des relations entre la santé et la pauvreté dans leur contexte géographique et socioéconomique. La section 3 tente de répondre à la question suivante : quelles sont les conditions de santé et de nutrition des pauvres et comment se situent-elles par rapport à celles des mieux nantis ? La section 4 est basée sur la conviction, que beaucoup partagent, que la santé est avant tout produite au sein des ménages dans le cadre des contraintes auxquelles ils font face, y compris les conditions collectives de leurs communautés respectives. Dans cette perspective, la section vise à répondre à la question suivante : pourquoi les ménages et les communautés pauvres souffrent-ils plus que les mieux lotis et quelles sont les barrières auxquelles ils font face ? La section 5 porte sur le secteur de la santé, les niveaux et surtout la répartition des ressources sanitaires, pour

trouver des réponses aux questions suivantes : comment se fait-il que le secteur de la santé n'arrive pas à répondre aux besoins des pauvres et des groupes socialement vulnérables ? Est-ce que les pauvres bénéficient plus des dépenses publiques de santé que les autres catégories de la population ? La section 6 examine la couverture des pauvres en matière d'interventions essentielles de santé qui font face aux conditions sanitaires qui sont typiquement associées à la pauvreté. La section 7 élabore les implications stratégiques des résultats présentés dans les sections précédentes en vue d'une amélioration des performances du secteur de la santé et principalement des conditions sanitaires des pauvres, de la protection de leurs revenus et du renforcement de leur participation et de leur responsabilisation en matière de santé.

---

1. M. Claeson, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlan, A. Soucat, A. Wagstaff, et A. Yazbeck (2000) « HNP Manuel pour les Dossiers de Stratégie de Réduction de la Pauvreté » Santé, Nutrition et Population, Banque Mondiale, Washington DC.

2. Y compris des pratiques diététiques et sanitaires.

3. R. Eastwood et M. Lipton (2000) « L'impact des changements de la fertilité humaine sur la pauvreté », *Journal of Development Studies*, à venir.

4. A. Soucat et al., 2001. « Indications vers l'Intégration des Questions de Santé, de Nutrition et de Population dans les Stratégies de Réduction de la Pauvreté dans les Pays à Faibles Revenus ». Banque Mondiale.

## 2

# Contexte général

### Cadre géographique et historique

**L**e Burkina Faso s'étend sur 274.200 km<sup>2</sup> entre les pays côtiers du Golfe du Bénin (Bénin, Togo, Ghana et Côte d'Ivoire) au sud et les pays sahéliens (Mali et Niger) au nord. Etant donnée cette position géographique, le climat tropical du pays est à dominante soudano-sahélienne avec deux saisons, cinq mois pluvieux allant de mai à septembre et une longue saison sèche couvrant le reste de l'année. Les températures varient entre 20° C et 30° C au sud-ouest et 25° C et 38° C au nord-est du pays. La moyenne des précipitations varie entre 500mm et 1300mm selon les régions et l'année. Durant les dernières décennies, la localisation géographique du pays s'est traduite par des années de sécheresse récurrentes à l'image de l'évolution climatique des pays sahéliens.

L'évolution politique du pays, indépendant depuis 1960, a été plutôt instable durant les années 1970 et 1980. Cependant, depuis le début des années 1990, le pays s'est engagé dans un mouvement de démocratisation qui continue à se consolider : le retour à la démocratie multi-parti, le développement d'une presse indépendante et la décentralisation politique et administrative sont en train de contribuer au renforcement du processus de démocratisation. Par ailleurs, le mouvement associatif, qui a émergé durant les périodes de sécheresse des années 1970, connaît une forte expansion aux niveaux national (collectifs des ONG) et local (coopératives, groupements et mutuelles). Ces

changements contribuent directement ou indirectement au développement et à l'élargissement des bases d'une société civile dans le pays.

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

### Structure et dynamique de la population

Sur la base des données du recensement de 1996, la population du Burkina Faso est estimée à 10,3 millions d'habitants en 1996 (RGPH 1996) : soit une densité moyenne de 38 habitants au km<sup>2</sup>. Le Burkina Faso est essentiellement rural, environ 16 % seulement de la population vit dans les zones urbaines, avec une forte concentration dans les deux villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Le phénomène d'urbanisation n'est dans le pays qu'en phase de démarrage. En conséquence, les changements sociaux associés à l'urbanisation sont encore

trop récents et n'affectent jusqu'ici qu'une trop faible proportion de la population pour avoir un effet quelconque sur les structures et la dynamique de la population.

En effet, la dynamique interne de la population reste dominée par des caractéristiques pré-transitionnelles : les taux de natalité et mortalité restent élevés. Etant donné le faible taux d'urbanisation du pays et le faible niveau d'alphabétisation des adultes, les régimes démographiques traditionnels des différents groupes ethniques continuent d'entretenir des niveaux de fécondité élevés : au cours des années 1990, l'indice de fécondité est resté à un niveau élevé de 7 enfants (EDS 1993, EDS 1998-99). En conséquence, les régimes démographiques maintiennent la jeunesse de la population : au recensement général de la population et de l'habitat de 1996, 48 % de la population Burkinabé était âgée de moins de 15 ans. Aussi, la croissance de la population, qui était d'environ 2,4 % entre 1985 et 1996, se maintiendra-t-elle à des niveaux relativement élevés aux cours de la prochaine décennie.

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

## **Economie et pauvreté**

La faiblesse des ressources naturelles, la localisation géographique et le climat continuent d'être des contraintes majeures de l'économie du Burkina Faso. Relativement à la part de la population active et la contribution au produit intérieur brut, l'agri-

culture est de loin le premier secteur de l'économie Burkinabé. L'agriculture est basée sur les cultures vivrières (mil, sorgho, maïs, fonio et riz) et les cultures de rapport (coton, sésame, karité et arachide) : dans l'ensemble, c'est une agriculture de subsistance qui dépend des aléas de la pluviométrie. Elle constitue non seulement la première source de revenus d'environ 80 % des ménages, mais aussi elle fournit plus du tiers du produit intérieur brut et constitue l'origine principale des biens d'exportation du pays<sup>1</sup>. Ainsi, les aléas climatiques, l'insuffisance et l'irrégularité de la pluviométrie typiques de la zone sahélienne, continuent de rythmer les performances et les conditions économiques et la sécurité alimentaire de la majorité des ménages Burkinabé.

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

En dépit des performances au cours de la dernière décennie, le Burkina Faso reste un des pays les plus pauvres de la sous-région. En effet, avec un PIB par tête de 240 dollars US en 1999, les disparités économiques avec ses pays voisins persistent (Mali, US\$ 240 ; Togo, US\$ 310 ; Bénin, US\$ 380 ; Ghana, US\$ 400 ; Côte d'Ivoire, US\$ 670<sup>2</sup>). Ces disparités et la persistance de la pauvreté au niveau interne continuent de maintenir des conditions favorables à l'émigration.

Sur l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté n'a pas beaucoup changé durant les années 1990 : en 1994, 44,5 % de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté ; en 1998, l'incidence de la pauvreté s'est maintenue à 45,3 %. Elle est restée particulièrement stable en milieu rural aux alen-

tours de 51 %, alors que la pauvreté urbaine a enregistré une augmentation passant de 3,8 % en 1994 à 6,1 % en 1998. Étant donné le faible taux d'urbanisation du pays, 94 % des pauvres du pays vivent dans les zones rurales, de telle sorte que la stabilité de la pauvreté rurale domine les tendances nationales.

Cependant, la variabilité spatiale de l'incidence de la pauvreté est relativement importante en conséquence de la diversité géographique (climat et pluviométrie, fertilité des terres) et de la pression démographique. Ainsi, plus les revenus du ménage dépendent de l'agriculture de subsistance, plus le risque de pauvreté est élevé : les agriculteurs, les agriculteurs vivriers en particulier, ont en permanence représenté 90 % de la population pauvre au cours des années 1990<sup>3</sup>.

### Secteurs connexes de la santé

La structure rurale de la pauvreté maintient une association étroite entre la pauvreté et la sécurité alimentaire dans le pays qui est rythmée par les fluctuations de la pluviométrie selon les années. En effet, l'offre alimentaire provient essentiellement de la production intérieure à laquelle viennent s'ajouter les importations sous forme commerciale ou d'aide alimentaire. Ainsi, en année de pluviométrie favorable, la production vivrière est satisfaisante<sup>4</sup>. Des pénuries apparaissent, cependant, durant les années sèches qui affectent de façon variable les différentes régions du pays. L'insécurité alimentaire qui résulte des fluctuations climatiques est aggravée par le déficit de moyens de communication praticables toute l'année qui ne facilite pas les échanges entre les régions excédentaires et les régions déficitaires. Cette structure de l'économie, dont les origines sont liées aux conditions climatiques, reste un des facteurs principaux de l'endémicité de la malnutrition dans le pays.

Les conditions climatiques et leur détérioration au cours des dernières décennies sont aussi à l'origine de la rareté des ressources en eau dans le pays ; celle-ci a été exacerbée par l'augmentation de la consommation d'eau associée à la croissance démographique<sup>5</sup>. Seule une infime partie de la population Burkinabé consomme de l'eau potable : cependant, la situation est nettement meilleure dans les villes que dans les campagnes où les sources

d'approvisionnement en eau potable sont rares et éloignées. Ainsi, pour la majeure partie de la population, les puits restent la principale source d'approvisionnement en eau, viennent ensuite les forages, les fontaines publiques, les cours d'eau : seule une infime partie de la population s'approvisionne en eau courante à un robinet. Les questions d'assainissement, quand à elles, concernent la gestion des eaux usées et l'évacuation des déchets domestiques : selon l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages en 1998, près de trois ménages sur quatre ne disposent ni de latrines, ni de WC avec chasse d'eau et fosse septique. En milieu rural, la majorité des ménages vont dans la nature et les latrines ordinaires sont relativement rares. Le chapitre 4, *Facteurs communautaires*, fournira plus d'informations sur l'accès à l'eau potable et l'assainissement et ses relations avec la pauvreté.

Si les conditions d'insécurité alimentaire et d'accès à l'eau potable et l'assainissement sont un élément important de l'environnement sanitaire du Burkina Faso, il est vrai que les comportements sanitaires des ménages et des individus et le recours aux soins de santé sont fortement influencés par le niveau d'éducation. La majorité de la population adulte du Burkina Faso, cependant, est analphabète : en milieu rural où vit la majorité de la population, 90 % n'a jamais fréquenté ni l'école primaire ni une structure d'alphabétisation<sup>6</sup>. Bien que des gains importants aient été réalisés, l'accès à l'école est encore trop réduit dans le pays et les inégalités sont importantes par sexe, par région et milieu de résidence. Le faible niveau d'éducation continuera peser sur les comportements sanitaires des ménages dans les années à venir. Étant donnée l'importance du niveau d'éducation et d'alphabétisation dans les relations entre pauvreté et santé, le chapitre 4, *Contraintes et comportements de ménages*, reviendra sur l'alphabétisation des femmes.

### Secteur de la santé : une vue d'ensemble

Les ménages Burkinabé font appel en cas de besoin à des sources variées de services et soins de santé. Une des principales sources est constituée par la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui sont endogènes et culturellement mieux implantées dans les habitudes et pratiques locales. Bien que ces

sources endogènes jouent toujours un rôle important, surtout en milieu rural<sup>7</sup>, aucune politique formelle en la matière n'a été adoptée : en conséquence, l'exercice des pratiques traditionnelles n'est pas organisée ; encore moins, la production et la gestion des produits de la pharmacopée locale. C'est en réalité en se substituant à cette source traditionnelle—rarement en recherchant une complémentarité avec elle—que les sources modernes privées et publiques sont en train de se développer.

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

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

Face à l'insuffisance de l'initiative privée, l'action sanitaire à grande échelle est restée un domaine privilégié de l'intervention publique au Burkina Faso. Dans ce cadre, l'organisation de la prestation de soins est toujours en cours de structuration ; cependant, le processus de structuration et les réformes engagées au cours des années 1990 ont commencé à bâtir un schéma d'organisation des structures sanitaires publiques dans le pays.

Premièrement, le système public de prestation de soins est organisé en trois niveaux qui sont supposés assurer respectivement les soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins de santé de base sont assurés essentiellement au niveau du district sanitaire. L'organisation de la prestation des soins à ce niveau est basée sur les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui constituent le premier échelon des soins. Au deuxième échelon du district sanitaire, les centres médicaux sont entraînés d'être transformés en centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui serviraient de référence aux institutions sanitaires périphériques. Les deuxième et troisième niveaux de soins sont constitués respectivement par les neuf centres hospitaliers régionaux (CHR), et les deux centres hospitaliers nationaux (CHN) de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.

Deuxièmement, l'action sanitaire publique au Burkina Faso a connu des changements programmatiques importants durant les deux dernières décennies, tels qu'attestés par la multiplicité de programmes prioritaires. En grande partie, les programmes définissent le contenu des interventions en matière de santé publique dans le pays et sont largement appuyés par les partenaires extérieurs. Pour n'en citer que quelques uns, le programme de lutte contre le SIDA, le programme de lutte contre le paludisme, le programme élargi de vaccination, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, mobilisent des ressources externes et internes importantes. Ils constituent des instruments privilégiés de la lutte contre les maladies dans le pays ; cependant, la verticalité et la centralisation de leur gestion ont jusqu'ici freiné leur adaptation à l'environnement dynamique d'un système de santé en cours de décentralisation. Les sections 5 et 6 fourniront plus de détails sur les ressources, l'administration et les performances du secteur de la santé.

En résumé, le cadre physique du Burkina Faso a des implications importantes sur les problèmes sanitaires et le profil épidémiologique du pays avec des sécheresses récurrentes, une grande irrégularité pluviométrique et leurs conséquences sur la sécurité alimentaire et l'accès à l'eau potable. Ainsi les relations entre la pauvreté et la santé s'établissent dans un contexte géographique dominé par un climat tropical soudano-sahélien propice au paludisme, aux infections respiratoires et autres maladies transmissibles comme la rougeole et la méningite. Par ailleurs, le pays est faiblement urbanisé et la majorité de la population rurale vit d'une agriculture de subsistance soumise aux aléas de la pluviométrie typique de la zone sahélienne. Cette structure se traduit par la faiblesse, l'irrégularité et la saisonnalité des revenus qui limitent le pouvoir des ménages ruraux dans les marchés, l'incidence et la variation spatiale de la pauvreté, et une sécurité alimentaire très sensible aux fluctuations de la pluviométrie. En raison du faible taux d'urbanisation et de l'analphabétisme, la dynamique interne de la population continue d'être soumise à des régimes démographiques traditionnels marqués par la précocité et une forte intensité de la fécondité. Enfin, la dynamique externe de la population, qui reflète toujours les modes d'intégration des sociétés Burkinabé dans l'économie régionale depuis l'époque coloniale, continue d'être dominée par des flux migratoires importants vers les pays voisins du sud qui ont accru la vulnérabilité de la population aux IST et au VIH/SIDA.

En dehors de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, l'intervention privée dans le secteur de la santé est toujours en phase d'émergence. En conséquence, les différentes fonctions du système de santé sont dominées par une intervention publique toujours en cours de structuration, maintenant ainsi un degré de flexibilité et d'adaptabilité des interventions sanitaires face aux mutations de la situation sanitaire. Cette flexibilité pourrait être renforcée par les processus de démocratisation, de décentralisation et de développement du mouvement associatif en cours dans le pays qui, si ce processus est mis à profit dans le secteur de la santé, pourrait renforcer les capacités internes de réponse aux importants problèmes sanitaires auxquels est confronté le pays.

- 
1. Ministère de l'Economie et des Finances, 2000. *Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté*. Burkina Faso.
  2. World Development Indicators database, July 2001.
  3. Voir Annexe 1 pour une analyse spatiale de la pauvreté et la classification des districts sanitaires selon le gradient de pauvreté.
  4. Ministère de l'Environnement et de l'Eau, 1999. *Programme National de Lutte Contre la Désertification*. Burkina Faso.
  5. Ministère de l'Environnement et de l'Eau, 1998. *Projet de Loi d'Orientation Relative à la Gestion de l'Eau*. Burkina Faso.
  6. Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation, 2001. *Plan Décennal de Développement de l'Education de Base 2000-2009*. Burkina Faso : (Juillet).
  7. Ministère de la Santé, 2000. *Document de Politique Sanitaire Nationale*. Burkina Faso : (Septembre).

### 3

## Tendances et équité des indicateurs de santé

**A**fin de dresser un tableau des problèmes sanitaires du Burkina Faso, cette section fournit un résumé de la situation sanitaire et des tendances récentes des indicateurs de santé du pays relativement à la situation en Afrique Sub-Saharienne en général, et des pays voisins en particulier. La situation sanitaire et les tendances récentes sont résumées sur la base des indicateurs d'impact que sont : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile, la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, la fécondité, la malnutrition et la prévalence du VIH/SIDA. Les indicateurs de mortalité infantile, mortalité infanto-juvénile, de fécondité et malnutrition sont mesurés au niveau de la population générale, au niveau des groupes de population les plus pauvres et les plus aisés, des régions et des zones les plus pauvres et des régions et des zones les plus aisées aux fins de comparaison. Les causes de morbidité et de mortalité associées aux conditions sanitaires des pauvres sont discutées en dernier lieu.

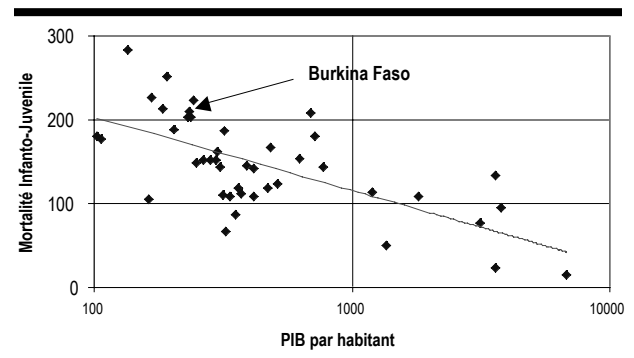
### Indicateurs d'impact : niveaux et tendances

Le résumé des indicateurs d'impact du Burkina Faso, comparé à l'Afrique au Sud du Sahara et aux pays voisins, présenté dans le tableau 1 ci-dessous, décrit une situation sanitaire défavorable dans le pays par rapport à des standards régionaux déjà faibles. Selon les estimations de l'espérance de vie à la naissance, 46 ans au Burkina Faso, la durée de vie moyenne est plus courte de 6 ans au Burkina Faso

comparée à la moyenne régionale de 52 ans. Dans les pays voisins, l'espérance de vie est au moins égale à 50 ans et dépasse 55 ans dans les pays voisins les plus nantis du Golfe du Bénin (Côte d'Ivoire et Ghana) : seule la Guinée présente un niveau comparable à celui du Burkina Faso.

En ce qui concerne les niveaux de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile, cette position relative du Burkina Faso n'est pas surprenante. En effet, 1 enfant sur 10 y décède avant d'atteindre l'âge de 1 an ; 1 enfant sur 5 décède entre la naissance et son 5<sup>ème</sup> anniversaire. A cette forte mortalité infanto-juvénile est associée une structure atypique de la mortalité où la probabilité de décéder entre 1 et 5 ans est plus élevée que la probabilité de décéder durant la première année de vie : une struc-

**Graphique 2**  
**Performance de santé du Burkina Faso en relation aux autres pays de l'Afrique Sub-Saharienne**



**Tableau 1**  
**Indicateurs de santé au Burkina Faso comparés à ceux de l'Afrique Sub-Saharienne**

Pays	Espérance de la vie à la naissance (années)	Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité maternelle (pour 100,000 naissances vivantes)	Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants nés-vivants par femme)	Prévalence VIH (pour 100)	Malnutrition infantile (Poids pour âge : pour 100)
Burkina Faso	46	105	219	484	6,8	7	32,7
Afrique Sub-Saharienne	52	91	151	822	5,6	8	32
Guinée	46	122	220	880	5,7	2	24
Madagascar	58	96	162	596	6,0	0,5	36
Mali	50	120	192	577	6,7	1,5	31
Côte d'Ivoire	55	88	138	597	5,6	10	24
Ghana	60	71	110	740	5,0		27
Tchad	50,3	102,6	194,3	827	5,6	4,9	8

Source : Gwatkin, D. et al., 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Burkina Faso*. HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank: (May).

ture de la mortalité qui est observée généralement dans des populations où la malnutrition est élevée et où la prise en charge des enfants dans les ménages ainsi que le système de santé ne sont pas satisfaisants. Le niveau élevé de la malnutrition parmi les enfants est cohérent avec la structure observée de la mortalité infanto-juvénile dans le pays : en effet, 33 % des enfants souffraient d'insuffisance pondérale en 1999.

Par ailleurs, les niveaux de la fécondité et de la mortalité maternelle sont relativement élevés et indiquent que les conditions de santé reproductive ne sont pas satisfaisantes dans le pays. En effet, sur la base des estimations de l'indice synthétique de fécondité présentées dans le tableau 2, le Burkina Faso a parmi les niveaux de fécondité les plus élevés de la région : une femme Burkinabé peut s'attendre à avoir 7 enfants nés-vivants au cours de sa vie féconde si elle survit entre 15 et 50 ans. Le drame, cependant, est qu'étant donné les conditions de mortalité maternelle qui prévalent dans le pays, elle fait face à un risque très élevé de décéder des suites de grossesse chaque fois qu'elle envisage d'avoir un enfant.

Enfin, le Burkina Faso est également un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie de SIDA. La séroprévalence du VIH est d'environ 7 % dans la population générale et atteint 13 % parmi les conducteurs routiers. Près de 64 % des femmes libres à Ouagadougou et 43 % à Bobo-Dioulasso sont estimées être séropositives. La mortalité des jeunes de 15 à 40 ans est due essentiellement au SIDA.

**Tableau 2**  
**Indicateurs de santé par milieu de résidence**

Indicateurs	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Pays
Mortalité infantile (pour 1000)	67,4	113,2	105
Mortalité infanto-juvénile (pour 1000)	133,6	250,3	219
Fécondité (ISF)	4,1	7,3	6,8
Femme de 15 à 19 ans déjà mères ou enceintes du 1er enfant (%)	14	28	25



**Tableau 3**  
**Indicateurs de santé par niveau socio-économique (1993)**

Indicateurs de santé	Quintiles						Ratio
	Pauvre	Moyen pauvre	Moyen	Moyen riche	Riche	Moyenne	
<b>Mortalité</b>							
Mortalité infantile	113,6	113,0	129,8	98,6	79,7	107,6	1,425
Mortalité des enfants de moins de 5 ans	199,2	223,9	237,3	198,6	156,4	204,5	1,274
<b>Nutrition</b>							
Malnutrition modérée, taille pour âge (%)	36,1	38,9	34,8	33,8	21,5	33,3	1,679
Malnutrition poids pour âge (modérée)	35,6	35,4	33,5	35,7	22,0	32,7	1,618
Malnutrition (sévère) poids pour âge	9,6	11,8	8,9	11,1	4,0	9,3	2,400
Indice de masse corporelle chez les mères (%)	15,7	16,5	16,5	16,1	10,2	15,1	1,539
<b>Fécondité</b>							
Indice synthétique de fécondité (TFR)	7,5	6,7	7,1	7,0	4,6	6,5	1,630
Taux de fécondité (15-19 ans) pour 1000	182,0	142,0	173,0	190,0	97,0	149,0	1,876

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

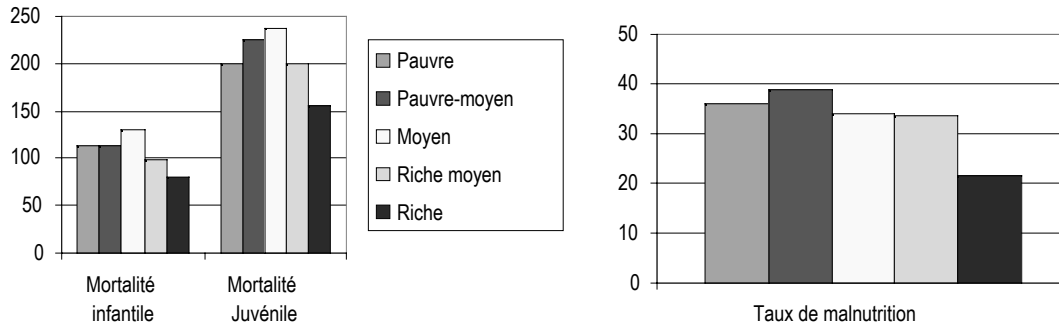
L'examen des indicateurs de santé montre également des disparités significatives de l'état de santé à l'intérieur du pays. Comme il peut être constaté au tableau 2, la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire est presque 2 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain : le même constat s'applique aux chances de survie des enfants durant les cinq premières années. Par ailleurs, les indicateurs de fécondité suggèrent qu'une baisse de la fécondité a été amorcée en milieu urbain tandis que des niveaux relativement élevés continuent de prévaloir en milieu rural.

Les disparités entre les zones rurales et les zones urbaines reflètent partiellement les inégalités qui existent entre les groupes socio-économiques. Le tableau 3 et la graphique 3 montrent clairement le fossé existant entre le groupe des 20 % les plus riches, chez qui les indicateurs sont significative-

ment meilleurs, et les 60 % les plus pauvres qui présentent des taux de mortalité et de malnutrition encore très élevés. A l'image du milieu rural, le niveau de mortalité infantile est au-delà de 110 pour 1000 parmi les 60 % des plus pauvres et le niveau de mortalité infanto-juvénile reste toujours au-delà de 200 pour 1000 parmi les plus pauvres.

A cette mortalité élevée des enfants sont associés au Burkina Faso des niveaux élevés de malnutrition ; cependant, les inégalités entre les groupes les plus riches et les pauvres sont encore plus importantes en ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants. Les enfants provenant du groupe des 20 % les plus riches se distinguent nettement des 80 % les plus pauvres : la malnutrition modérée, mesurée par le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, touche plus d'1 sur 3 parmi les 80 % les plus pauvres ; quant à la malnutrition sévère, elle est

**Graphique 3**  
**Taux de mortalité et de malnutrition des enfants par groupe socio-économique**



plus de 2 fois plus élevée parmi les 80 % les pauvres que chez les 20 % les plus aisés.

Seul le groupe des 20 % les plus aisés semblent connaître une réduction de la fécondité ; les groupes des 80 % les plus pauvres continuent de vivre selon un régime démographique où non seulement la fécondité reste précoce, mais aussi l'intensité de la fécondité est élevée. En d'autres termes, il ne semble pas que la transition de niveaux élevés de mortalité infanto-juvénile et de forte fécondité vers de faibles niveaux de mortalité et de fécondité ait commencé à toucher les sections les plus pauvres de la population du Burkina Faso.

Les tendances des indicateurs d'impact, résumées dans le tableau 4, suggèrent que les conditions sanitaires se sont détériorées au cours de la dernière décennie. A la fin des années 1990, les niveaux de fécondité et de mortalité maternelle sont restés aux niveaux observés au début des années 1990 et des années 80s. Cependant, alors que la mortalité infantile est restée constante, une tendance à la hausse est observée au niveau de la mortalité entre 0 et 5 ans en général.

En effet, la mortalité post-néonatale s'est détériorée ou a stagné au cours de la décennie. Par ailleurs, les niveaux de mortalité juvénile suggèrent que la mortalité entre 1 et 5 ans a significativement augmenté dans le pays au cours de la décennie. Cette aggravation de la surmortalité juvénile observée au cours de la décennie est cohérente avec la détérioration de l'état nutritionnel des enfants, qu'indique la tendance à l'augmentation des proportions d'en-

fants affectés par le retard de croissance ou l'insuffisance pondérale observée entre 1993 et 1999.

Ces tendances ont affecté de façon variable les groupes socio-économiques. Sur la base des informations sur les tendances de la mortalité des enfants résumées dans le tableau 5 et le graphique 4, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est resté au même niveau chez les enfants des zones urbaines au cours des années

**Tableau 4**  
**Evolution des indicateurs de santé au cours des années 90s**

Année	1993	1999
Mortalité infanto-juvénile* (entre 0 et 5 ans) (pour 1000)	205	219
Mortalité juvénile (entre 1 et 5 ans) (pour 1000)	109	127
Mortalité infantile* (pour 1000)	108	105
Mortalité néonatale* (pour 1000)	51	41
Mortalité post-néonatale* (pour 1000)	56	65
Mortalité maternelle** (pour 100.000 naissances vivantes)	566	484
Indice synthétique de fécondité* (femmes 15-49ans)	6,9	6,8
Taux de malnutrition* (pour 100)		
— Poids pour âge	29,4	32,7
— Taille pour âge	29,4	33,3

Source : \* INSD \*\*EDS 1993 et 1998 : Indices de mortalité basés sur la période de 10 ans ayant précédé l'enquête.

**Tableau 5**  
**Evolution de la mortalité infanto-juvénile au**  
**cours des années 1990 selon le groupe**  
**socio-économique**  
 (taux de mortalité pour 1000)

Groupe de population	Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 au cours des cinq années ayant précédé l'enquête		
	DHS 1993 (1)	DHS 1999 (2)	Changement (2)-(1)
Niveau d'instruction de la mère			
Aucun	185,4	210,3	24,9
Primaire et plus	135,6	158,8	23,2
Région			
Ouagadougou	118,9	129,2	10,3
Nord	210,1	226,2	16,1
Est	179,5	197,8	18,3
Ouest	184,5	173,9	-10,6
Centre/Sud	176,2	245,1	68,9
Zone de résidence			
Urbaine	123,8	124,2	0,4
Rurale	189,7	215,3	25,6
Groupe socio-économique			
Pauvre	191,6	213,8	22,2
Pauvre-moyen	196,4	221,6	25,2
Moyen	183,4	223,1	39,7
Moyen-riche	173,2	211,6	38,4
Riche	109,4	139,2	29,8
Ensemble	179,8	206,2	26,4

Source : DHS 1993 et DHS 1999 : indicateurs calculés directement des données sur la période de cinq ans précédant l'enquête.

1990. En revanche, la mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire a augmenté de 25 points entre le début et la fin des années 1990 chez les enfants des zones rurales.

La tendance à l'augmentation des niveaux de mortalité infanto-juvénile est observée à des degrés différents dans les diverses régions du pays. Les schémas de changement de la mortalité des enfants

semblent être associés aux changements de l'incidence de la pauvreté entre 1994 et 1998 (voir annexe 1). Dans la région Ouest, la baisse de la mortalité infanto-juvénile semble avoir continué, c'est la région où le niveau de l'incidence de la pauvreté est intermédiaire et n'a pas beaucoup changé entre 1994 et 1998. A l'autre extrême, dans le Centre-Sud, où l'incidence de la pauvreté est élevée et semble avoir augmenté, l'indice de mortalité infanto-juvénile a connu une détérioration de près de 69 points. Dans les régions du Nord et de l'Est, où l'incidence de la pauvreté est élevée et semble avoir baissé entre 1994 et 1998, les indices de mortalité infanto-juvénile ont connu une légère détérioration de près de moins de 20 points.

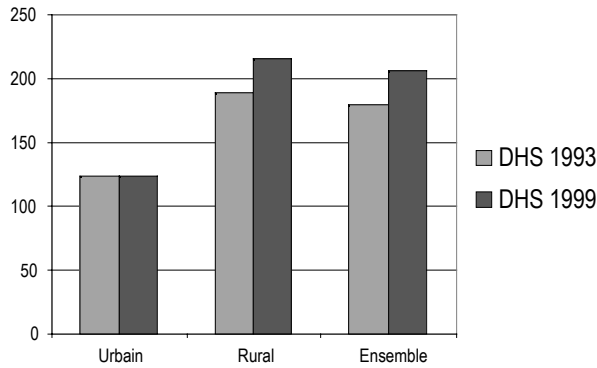
Malgré la tendance à l'augmentation des indicateurs de mortalité infanto-juvénile au niveau de l'ensemble, les schémas des disparités entre les groupes socio-économiques n'ont pas beaucoup changé. Les 20 % les plus aisés, avec des indicateurs de mortalité infanto-juvénile de moins de 150 pour 1000, continuent de se distinguer des autres 80 % de la population où les indicateurs de la mortalité infanto-juvénile semblent avoir remonté à environ 220 pour 1000.

Plusieurs facteurs semblent être associés à la détérioration de l'état de santé des enfants durant la deuxième moitié des années 1990. La période a été marquée par l'instabilité climatique, les conditions climatiques défavorables de 1997 se sont en effet traduites par un taux de croissance négatif dans le secteur agricole (voir section 2). Par ailleurs, plusieurs épidémies (rougeole, méningite) ont frappé le pays entre 1995 et 1996 (voir sous-section 3.2) alors que la couverture vaccinale était en train de se détériorer (voir section 6), de même que l'utilisation des services de santé par les populations. Etant donné que les ménages ruraux sont essentiellement des agriculteurs vivriers, la combinaison de ces facteurs a eu des conséquences plus importantes sur leurs enfants, comparés aux autres secteurs de la population.

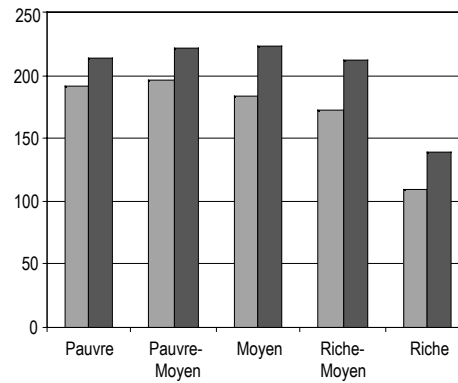
En résumé, le Burkina Faso présente un des profils sanitaires les plus pauvres dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. A des niveaux relativement élevés de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de fécondité s'est associée une prévalence relativement élevée du VIH/SIDA au cours des

**Graphique 4**  
**Burkina Faso—Mortalité infanto-juvénile (0 à 5 ans) au cours des années 1990**

**Graphique 4a**  
**Zones urbaines et zones rurales**  
**(x 1000)**



**Graphique 4b**  
**Groupe socio-économique**  
**(x 1000)**



Source : DHS 1993, DHS 1999 (Cinq dernières années avant l'enquête).

années 1990 qui situe le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés dans la sous-région. Les tendances des indicateurs de santé du Burkina Faso au cours de la dernière décennie ont inscrit le pays dans une trajectoire qui l'a plutôt éloigné des buts et cibles de développement international pour 2015. En effet bien que la mortalité infantile soit restée plutôt constante au cours de la décennie, la mortalité juvénile a atteint des niveaux relativement élevés parmi les plus pauvres et les zones rurales ; par ailleurs, l'état nutritionnel des enfants, qui était déjà relativement faible au début de la décennie, se serait détérioré au cours des années 1990. Ainsi le Burkina Faso aura à fournir des efforts importants d'ici 2015 s'il compte atteindre les objectifs de réduction de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle fixés pour 2015 : qui plus est, ces efforts devraient être fournis au moment où des ressources importantes et beaucoup d'énergie seraient nécessaires pour contenir la progression du VIH/SIDA dans le pays.

### Principales causes de morbidité et de mortalité

Les mauvais indicateurs de santé du Burkina Faso sont dus entre autres, aux maladies transmissibles que sont le paludisme, les maladies cibles du programme élargi de vaccination, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la

malnutrition et les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA. Ces principales maladies non seulement contribuent à une mortalité élevée qui pourrait être évitée, mais peuvent constituer aussi un lourd fardeau économique pour les ménages, en particulier le paludisme et le VIH/SIDA.

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

En plus du paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës continuent de contribuer lourdement à la morbidité et la mortalité des enfants dans le pays. Les maladies diarrhéiques continuent d'être parmi les 4 premiers motifs d'hospitalisation auprès des hôpitaux régionaux et nationaux après les infections des voies respiratoires. En 1993, une année typique, la prévalence des maladies

diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans était estimée à 12 % et l'incidence à 6,8 épisodes par enfant et par an ; des estimations basées sur les données des DHS fournissent des niveaux de prévalence aussi élevés que 20 % sur l'ensemble du pays. Le choléra survient sous forme d'épidémies sporadiques et touche essentiellement les régions de Tenkodogo, Dori, Kaya, Fada Gourma et Ouagadougou<sup>2</sup>. Enfin, la prévalence des infections respiratoires aiguës était estimée à environ 11 % parmi les enfants de moins de 5 ans en 1993. Les facteurs de risque courants associés aux infections des voies respiratoires dans le pays incluent le faible poids à la naissance, la pollution de l'air et la rougeole, une des maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV)<sup>3</sup>.

Malgré d'importants efforts de vaccination, les maladies cibles du PEV continuent d'alourdir le fardeau de la morbidité et de grever les chances de survie des enfants dans le pays. La rougeole, par exemple, continue de sévir dans le pays avec des flambées épidémiques tous les 3-4 ans : en 1996, le pays a connu une épidémie en même temps qu'une épidémie de méningite. De même, des cas de paralysies flasques aiguës dus à la poliomyélite continuent d'être notifiés. Par ailleurs, près de 1800 décès de nouveaux nés continuent d'être associés au tétanos néonatal chaque année dans le pays. Enfin, parmi les maladies à potentiel épidémiologique, le pays a connu un nouveau cycle épidémique de méningite entre 1995 et 1997 en conséquence de sa localisation dans la « ceinture africaine de la méningite », contribuant ainsi à l'augmentation de la mortalité chez les enfants ; de même, en 2001 une grande épidémie de méningite a frappé de nouveau le pays<sup>4</sup>.

Un des plus graves problèmes de santé publique auquel le Burkina Faso sera confronté dans les années à venir est la progression du VIH/SIDA, des infections sexuellement transmissibles qui favorisent cette progression, et la ré-émergence de la tuberculose qui lui est associée. En fin 1998, le taux de séroprévalence du VIH se situait entre 7 et 10 % dans la population générale, et à 7,15 % chez les femmes enceintes<sup>5</sup>. Les 3/4 des personnes atteintes sont des adultes jeunes de 15 à 40 ans : or, ce sont ces mêmes sections de la population en âge d'activité qui constituent le support économique et moral de

la famille qui sont les plus affectées. Le nombre de cas de SIDA notifiés ne cesse d'augmenter malgré une sous notification des cas. En conséquence, si des actions énergiques ne sont pas mises en œuvre pour contrôler le SIDA, la pandémie pourrait avoir une influence à terme sur l'espérance de vie et les performances économiques du pays. Déjà la tuberculose est en cours de ré-émergence dans le pays du fait de son association avec le SIDA : il faut savoir que les 1000 nouveaux cas de tuberculose rapportés en moyenne par an par les statistiques sanitaires sont loin de rendre compte de l'ampleur de cette ré-émergence de la tuberculose<sup>6</sup>.

Il est indiqué dans la section 3.1 que la prévalence de la malnutrition est élevée dans le pays : mais ses implications vont bien au-delà de sa contribution à la mortalité des enfants en association avec les maladies infectieuses, car elle a des conséquences sérieuses sur le développement de l'enfant. Environ 1 sur 3 des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique dans le pays ; 13 %, de malnutrition aiguë ; par ailleurs, 14 % des femmes en âge de procréer souffrent de malnutrition. La situation nutritionnelle est dominée par la sous-alimentation chronique qui se traduit par une endémicité de la malnutrition protéino-énergétique et des anémies. La situation de carence en iode, en fer et les avitaminoses sont relativement élevées parmi les femmes et les enfants<sup>7</sup>.

La mortalité maternelle est estimée à 484 décès pour 100.000 naissances selon l'EDS (1998) alors que l'INSD (1999) fournit une estimation de 930 décès pour 100.000 naissances vivantes : cette différence suggère que les risques de décéder associés à la grossesse sont élevés. Les causes directes sont les infections, les hémorragies, les dystocies et les avortements provoqués. Outre ces causes, il y a d'autres facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale, l'absence de directives de prise en charge des cas à risque et la faible utilisation des services de santé, en particulier des services de santé reproductive.

En dehors de ces problèmes majeurs de santé publique, d'autres maladies transmissibles sont entrain de reculer en conséquence des interventions bien ciblées : on peut citer l'onchocercose, le ver de guinée, et la lèpre. Par ailleurs, l'importance des

maladies non-transmissibles, telles que les maladies mentales, les maladies des yeux, les maladies bucco-dentaires, les cancers et les maladies cardiovasculaires, est mal repérée par le système d'information sanitaire du pays ; on peut s'attendre, cependant, à ce que certaines de ces maladies deviennent des problèmes de santé publique à long terme en fonction de l'urbanisation et des changements de comportement<sup>8</sup>. Enfin, le nombre des handicaps et des incapacités croît constamment et représente une part importante des états morbides du pays : 168 698 personnes handicapées ont été dénombrées en 1996, dont les causes identifiées étaient, entre autres, les accidents, les traumatismes et violences divers et les séquelles de certaines maladies comme la poliomyélite.

En résumé, les principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays sont constituées par les maladies transmissibles, dont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. L'association de ces maladies à un niveau élevé de la malnutrition et les épidémies récurrentes de rougeole et de méningite cérébro-spinale contribuent pour une large part au lourd fardeau de la morbidité et au niveau élevé de la mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans. A ce profil épidémiologique typique de la phase pré-transitionnelle dans laquelle se situe l'évolution sanitaire du pays, s'est

ajouté une progression inquiétante de la prévalence du VIH/SIDA qui situe le pays maintenant parmi les pays les plus affectés de la sous-région ouest-africaine : la tuberculose est déjà en re-émergence en conséquence de son association avec le SIDA. Enfin, les infections, les hémorragies, les dystocies, les avortements provoqués et les faillies dans la prise en charge de la grossesse continuent de contribuer au niveau élevé de la mortalité maternelle.

1. *Op. cit.*

2. *Op. cit.*

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

4. SP/CNLS/IST

5. *Op. cit.*

6. Conseil National de Population, 2000. *Politique Nationale de Population du Burkina Faso*. Burkina Faso : (Décembre).

7. *Op. cit.*

8. Conseil National de la Population (2000) : *op. cit.*

## 4

# Facteurs communautaires, ménages et santé

**L**a majorité des maladies qui contribuent au fardeau de la morbidité et de la mortalité au Burkina Faso sont bien connues ; par ailleurs, les moyens pour s'en protéger et les traiter sont disponibles. Cependant, l'exposition à ces maladies, les connaissances et l'information, les moyens pour s'en protéger ou les soigner peuvent varier d'une communauté à une autre dans le pays, d'un ménage à un autre au sein de la même communauté. Par ailleurs, les coûts, autant économiques et sociaux, pour accéder à ces moyens peuvent être élevés pour certaines catégories de la population selon les modalités d'intervention en vigueur. Ainsi, pour une meilleure compréhension des relations entre la pauvreté et la santé dans le pays, la présente section met l'accent sur les facteurs et les contraintes au niveau de la communauté et des ménages qui influent sur l'exposition à ces maladies et l'accès aux moyens pour s'en protéger et les traiter.

### Facteurs communautaires

Il s'agit ici d'identifier les facteurs au niveau des communautés où vivent les pauvres qui sont favorables ou défavorables à la santé. L'exposition aux vecteurs de maladie passe par l'analyse de l'accès à l'eau potable et de l'assainissement. Par ailleurs, la disponibilité des infrastructures de base dans les communautés où vivent les pauvres sera brièvement présentée pour apprécier l'accès des pauvres à l'information et les coûts d'opportunité associés à l'accessibilité géographique des services de base.

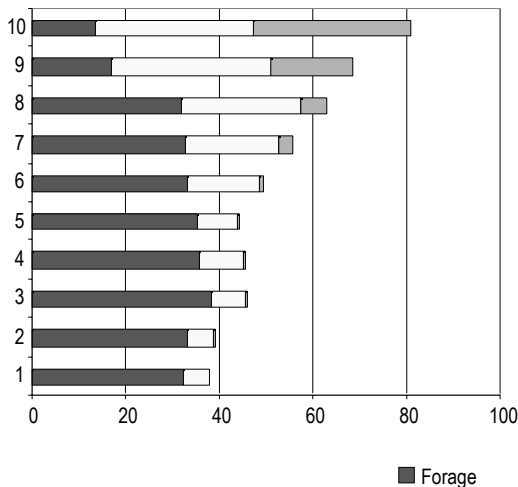
Enfin, des caractéristiques culturelles et sociales typiques des communautés Burkinabé et ayant des implications sur les comportements sanitaires des ménages et les capacités d'organisation pour la santé seront prises en compte.

Le graphique 5 fournit un résumé de l'accès à l'eau potable dans le pays selon la région ou le groupe socio-économique. L'accès à l'eau potable a peu évolué au cours des quatre dernières années. Dans la majorité des communautés, une part importante des ménages continuent de s'approvisionner au puits, et plus récemment au forage. A partir de 1994, l'utilisation du robinet a cependant connu une croissance modérée en milieu urbain tandis que l'utilisation du forage connaît une certaine progression en milieu rural se substituant aux autres sources d'eau potable. Malgré ces progrès, près de 52 % seulement de la population a accès à une source d'eau potable, soit à travers un forage (31 %), une fontaine publique (16 %) ou un robinet installé dans la concession (5 %). L'accès à l'eau courante dans les locaux du ménage reste une commodité de luxe dans la majorité des communautés au Burkina Faso.

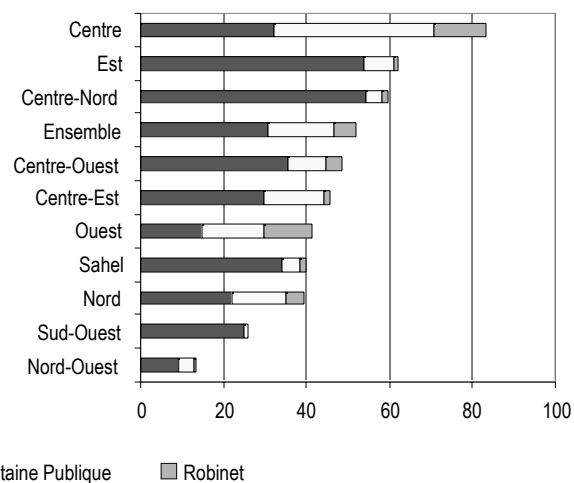
Les progrès réalisés sont en partie attribuables à la politique nationale de l'eau potable, mais, comme suggéré dans le graphique 5, beaucoup reste à faire pour assurer un accès équitable à l'eau potable dans le pays. En effet, dans les communautés où vivent les 60 % des plus pauvres de la population, les robinets sont quasi-absents et les fontaines publiques font une maigre apparition : près de

**Graphique 5**  
**Burkina Faso—Facteurs environnementaux : Proportion (%) de ménages selon la source d’approvisionnement en eau de boisson**

**Graphique 5a**  
**Déciles**



**Graphique 5b**  
**Région**



Source : Enquête sur les priorités de 1998 : EP 1998.

50 % de la population continue de s’approvisionner auprès des rivières et des puits ; environ 30 à 35 % s’approvisionnent auprès des forages tandis que l’accès à l’eau courante au niveau de la concession reste un privilège des couches les plus aisées de la population.

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

Les mêmes disparités sont observées au niveau de la disponibilité des latrines. Au niveau national, près de 70 % des ménages utilisent la nature comme toilette en 1998 : le pourcentage de ceux qui utilisent

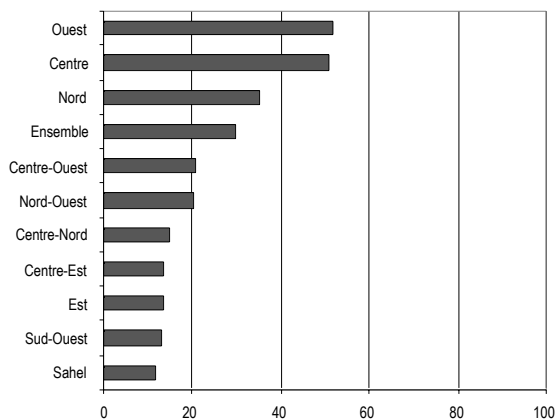
un WC avec chasse reste stagnant autour de 1 %. L’utilisation de la nature est un phénomène essentiellement rural, mais dans les communautés urbaines, près de 10 % des ménages ont toujours recours à la nature. Le graphique 6 suggère que l’absence de latrines est un phénomène qui affecte les communautés où vivent les plus pauvres, en co-variation avec l’approvisionnement en eau potable.

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

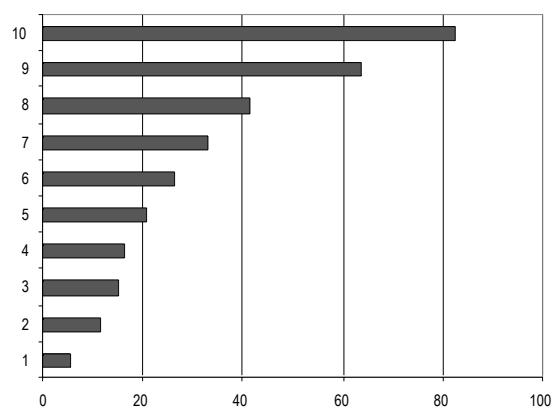


**Graphique 6**  
**Burkina Faso—Facteurs environnementaux : Proportion (%) de ménages qui disposent de latrines**

**Graphique 6a**  
**Région**



**Graphique 6b**  
**Déciles**



Source : EP 1998.

communautés où les coûts d'opportunité associés à l'accès aux services sociaux de base, y inclus les services de santé de base, sont les plus élevés.

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

Au delà des facteurs environnementaux qui contribuent à la variabilité de l'exposition aux maladies et des coûts d'opportunité pour être soigné, certaines caractéristiques sociales et culturelles des communautés Burkinabé contribuent à la détermination des comportements des ménages et des individus. Parmi celles-ci, il faut citer celles relatives au statut de la femme qui, somme toute, est la première productrice de la santé au sein du ménage et de la

communauté. Le statut de la femme participe d'un système matrimonial traditionnel où le mariage apparaît comme une institution obligatoire qui mobilise l'ensemble de la communauté et du lignage ; par ailleurs, la femme apparaît comme un capital qu'il faut acquérir, conserver et rentabiliser, dont les fonctions les plus valorisées sont celles de reproduction et de main-d'œuvre le faible statut de la femme dans la famille et la société<sup>1</sup>.

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

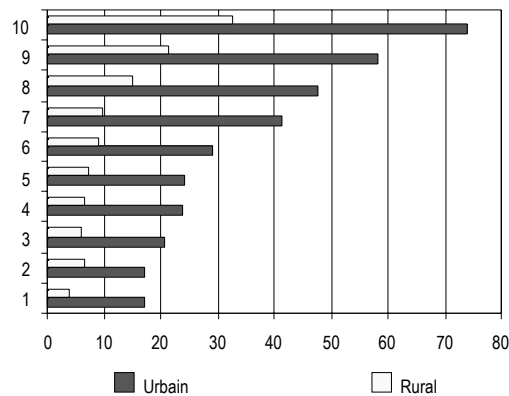
Toutes fois, les traditions représentent un certain nombre d'atouts et de valeurs socioculturelles positives. Les sociétés Burkinabé étaient régies par les principes de respect de la vie, de solidarité, d'échanges et de réciprocité qui cimentaient la vie sociale et assuraient une totale intégration des individus dans la société. L'esprit communautaire y était aussi

**Graphique 7**  
**Niveau d'alphabétisation des femmes âgées de 10 ans et plus selon le région, le milieu de résidence et le groupe de revenu (EP 1998)**

**Graphique 7a**

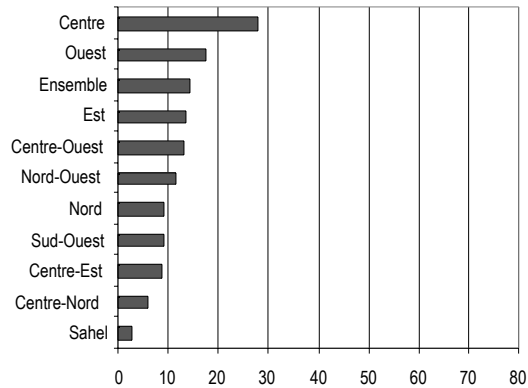
Milieu de résidence et niveau de revenu

Déciles



**Graphique 7b**

Région



Source : EP 1998.

développé, basé sur la subordination de l'individu au groupe et à la famille. Si ces valeurs sont en train de s'éroder en milieu urbain, elles restent les piliers de l'organisation villageoise et du foisonnement des organisations à base communautaire dont les organisations paysannes, les groupements féminins et les associations de jeunes<sup>2</sup>.

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

### Contraintes et comportements des ménages

Les premières à prendre en charge la santé au sein du ménage restent les femmes, par conséquent, leur statut, leurs maigres capacités d'accès à l'information et aux connaissances en matière de santé repré-

sentent un frein à l'amélioration de l'état de santé des membres du ménage. Une première approximation de ces capacités est fournie par la capacité chez les femmes âgées de 10 ans et plus<sup>3</sup>. de lire et écrire une phrase simple dans une langue quelconque Le graphique 7 fournit une image du niveau d'alphabétisation chez les femmes âgées de 10 ans et plus selon le milieu de résidence et le groupe de revenu du ménage ou selon la région économique.

Sur l'ensemble du pays, près de 85 % des femmes âgées de 10 ans et plus sont analphabètes. La proportion de femmes analphabètes atteint 92 % en milieu rural et 55 % en milieu urbain. En milieu urbain, plus de 80 % des femmes dont le ménage compte parmi les 20 % les plus pauvres sont analphabètes ; au sein des 20 % les plus aisés, près de 40 % sont analphabètes. En milieu rural, plus de 90 % des femmes dont le ménage compte parmi les 70 % les plus pauvres sont analphabètes. Dans les régions économiques du Burkina Faso, seule la région du Centre a une proportion de femmes analphabètes au-dessous de 80 %. En d'autres termes, l'analphabétisme est une des principales caractéristiques des personnes responsables de la santé au sein du ménage, à savoir les femmes, les femmes pauvres en particulier quelque soit leur milieu de résidence.

Le secteur de la santé pourrait bénéficier indirectement des efforts en cours dans le secteur de l'éducation de base et de l'alphabétisation qui à terme contribueraient au relèvement de leur niveau dans ce domaine<sup>4</sup>. Si les effets induits du programme d'expansion de l'éducation de base ne se manifestent dans la santé que dans le long terme, les composantes intégrées du programme d'alphabétisation peuvent d'ores et déjà être mises à profit pour améliorer l'information et l'éducation sanitaire parmi les femmes et les communautés de base.

En effet, l'information sur la santé est une des modalités d'intervention clé des pouvoirs publics dans la santé. Certaines catégories de la population, cependant, peuvent être exclues des bénéfices des campagnes d'information ou d'éducation pour la santé du fait des stratégies et des moyens de communication utilisés. D'après les données de l'EDS 1999, les principales sources d'information des femmes sur les problèmes de santé restent la radio et la télévision, le personnel de santé, les amies et les parents, et rarement des activités à base communautaire. Cependant, les mêmes données suggèrent que seulement 18 % des femmes écoutent la radio tous les jours et seulement 13 % regardent la télévision chaque semaine. De ce point de vue, les disparités entre les femmes rurales et les femmes urbaines d'une part, les femmes les plus pauvres et les femmes les plus aisées d'autre part, sont très importantes. En effet, seules 13 femmes rurales sur cent écoutent la radio tous les jours, tandis qu'en milieu urbain ce pourcentage est de 40 % ; parallèlement, 4 % à peine des femmes rurales regardent la télévision au moins une fois par semaine, comparées à 58 % parmi les femmes urbaines. Les disparités observées entre le milieu rural et le milieu urbain sont de même ampleur qu'entre les sections les plus pauvres et les plus aisées de la population.

Par ailleurs, il est observé ci-dessous que les plus pauvres ont relativement un plus faible accès aux services de santé modernes, réduisant ainsi leurs opportunités de bénéficier des informations sanitaires véhiculées par les professionnels de la santé, les amies et les parents. Ces disparités dans l'accès aux sources d'information sur la santé se traduisent déjà dans les niveaux de connaissances des problèmes et technologies sanitaires parmi les différents groupes socio-économiques.

Le tableau 6 fournit un résumé des connaissances et des comportements des ménages Burkinabé en matière de santé reproductive et de santé de l'enfant. Dans l'ensemble du pays, 3 femmes en âge de procréer sur 4 connaissent au moins une méthode de contraception moderne : cette proportion s'élève à 97 % parmi les femmes urbaines contre 72 % parmi les femmes rurales. Parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus pauvres, le niveau de connaissance de moyens modernes pour se protéger contre la grossesse baisse à 69 %, comparé à 94 % parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus aisés. Par ailleurs, 61 % seulement des femmes en âge de procréer connaissent un moyen de se protéger contre le SIDA : cette proportion atteint 87 % parmi les femmes urbaines, mais tombe à 56 % parmi les femmes rurales ; parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus pauvres, le niveau de connaissance de moyens de se protéger contre le SIDA est de 51 %, comparé à 82 % parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus aisées. Enfin, 68 % des femmes dans leur ensemble connaissent la réhydratation orale pour la prise en charge de la diarrhée chez les enfants mais on observe dans ce domaine les mêmes écarts entre femmes urbaines et femmes rurales d'une part, entre femmes pauvres et femmes aisées d'autre part.

Le niveau de connaissances en matière de problèmes et de techniques sanitaires sont parmi les facteurs régissant les pratiques et comportements en matière de santé au niveau des ménages, mais, comme indiqué plus haut, le personnel de santé est une source d'information importante en matière de santé pour les ménages : en conséquence, des interactions intenses entre les ménages et les prestataires modernes élargissent les opportunités de renforcement des comportements qui permettent une meilleure santé. Les schémas de comportement en matière de santé reproductive et de santé de l'enfant sont utilisés ci-dessous pour résumer les disparités de comportements des ménages en matière de santé et des interactions des ménages avec les prestataires de services de santé modernes dans le pays.

Le deuxième panel du tableau 6 fournit un résumé de pratiques et comportements en matière de santé reproductive au Burkina Faso : les indica-

**Tableau 6**  
**Connaissances et comportement des ménages en matière de santé, comparaison par milieu de résidence, groupe socio-économique (EDS 1999)**

	Groupe socio-économique							
	Pays	Urbain	Rural	Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Riche-moyen	Riche
Connaissances								
% de femmes qui connaissent une méthode contraceptive moderne	75,9	96,9	71,6	68,7	64,4	75,7	80,4	94,0
% de femmes qui connaissent des moyens de se protéger contre le SIDA	61,1	86,9	55,9	51,0	52,7	59,8	63,1	82,3
% de femmes qui connaissent la réhydratation orale	68,3	91,6	63,6	69,0	60,1	65,5	67,7	87,3
Comportement — Santé de la reproduction								
% de femmes qui sont excisées	71,4	81,4	69,4	64,8	65,8	73,0	73,8	78,7
% de femmes qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive traditionnelle	10,9	8,6	11,3	8,6	9,0	12,0	13,8	9,6
% de femmes qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive moderne	13,1	40,0	7,6	8,4	6,0	8,5	12,2	38,7
% de naissances des 5 dernières années après au moins une visite prénatale avec un personnel formé	60,7	95,7	56,8	55,0	53,4	58,0	64,6	86,6
% de naissances des 5 dernières années ayant été assistées à l'accouchement au niveau d'une structure moderne de santé	32,1	90,0	25,8	30,9	24,2	27,0	34,0	67,0
Comportement — Santé de l'enfant								
% de naissances des 5 dernières années, la mère ayant reçu une injection de tétanos au cours de la grossesse	53,5	82,2	50,4	49,1	46,8	52,5	57,1	71,7
% d'enfants 21-23 mois vaccinés contre la rougeole	45,8	75,5	42,3	31,1	35,1	46,4	51,4	70,1
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines	17,0	17,4	16,9	18,4	14,5	18,0	17,2	17,5
% d'enfants traités auprès d'un prestataire moderne parmi les enfants ayant eu la diarrhée	19,3	39,5	17,0	15,6	16,2	16,7	19,7	37,9
% d'enfants ayant reçu ORS ou RHS parmi les enfants ayant eu la diarrhée	18,2	40,7	15,7	20,3	12,8	17,2	17,2	32,7
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre ou la toux au cours des 2 dernières semaines	40,7	42,2	40,5	40,6	40,4	40,9	41,3	39,8
% d'enfants traités auprès d'un prestataire moderne parmi les enfants ayant eu la fièvre ou la toux	13,8	34,8	11,4	8,9	11,2	10,1	18,1	31,0

Source : EDS 1999.

teurs couvrent la prévalence de la pratique de l'excision parmi les femmes en âge de procréer, l'utilisation des méthodes contraceptives, le suivi professionnel de la grossesse et l'accouchement au sein de institutions sanitaires modernes. La proportion de femmes en âge de procréer qui rapportent avoir subi l'excision s'élève à 71 % dans le pays : la prévalence de l'excision semble être plus élevée en milieu urbain (81 %), comparé au milieu rural (69 %). Ces disparités milieu urbain-rural sont cohérentes avec le schéma d'augmentation de la prévalence de l'excision aussi bien parmi les plus pauvres (65 % parmi les 20 % les plus pauvres) que parmi les plus aisées de la population (79 % parmi les 20 % les plus aisées). En d'autres termes, l'excision des femmes est une pratique très répandue au Burkina Faso et ne semble pas reculer avec l'urbanisation, le niveau d'instruction et le statut socio-économique des femmes et des ménages.

Dans l'ensemble du pays, l'utilisation de la contraception est relativement faible : en effet, 11 % des femmes en âge de procréer ont déjà utilisé une méthode traditionnelle ; par ailleurs, 13 % déclarent avoir déjà utilisé une méthode moderne. L'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles touche autant les femmes urbaines que les femmes rurales, par ailleurs les différents groupes socio-économiques de femmes sont affectés à des niveaux comparables. Les disparités sont importantes relativement à l'utilisation de la contraception moderne : si en milieu urbain, 40 % des femmes en âge de procréer déclarent avoir déjà utilisé la contraception moderne, cette proportion n'atteint que 8 % en milieu rural. De même, 8 % des femmes provenant des 20 % de ménages les plus pauvres ont déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, comparée à 39 % parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus aisés, qui sont pour leur majorité des femmes vivant en milieu urbain.

La recherche de soins au cours de la grossesse et l'assistance au cours de l'accouchement présentent des disparités similaires à celles observées quant à l'utilisation de la contraception moderne (voir annexe 6). Dans l'ensemble du pays, 61 % des naissances des cinq dernières années font suite à une grossesse au cours de laquelle la femme a eu au moins une visite prénatale auprès d'un personnel formé ; cependant, 32 % seulement des naissances

ont eu lieu au sein d'une structure sanitaire moderne, ce qui révèle un écart important entre la couverture du suivi de la grossesse et la couverture obstétricale dans le pays. Cet écart est cependant très faible en milieu urbain, car 96 % des naissances font suite à une grossesse au cours de laquelle la femme a eu au moins une visite prénatale auprès d'un personnel formé et 90 % des naissances ont eu lieu au sein d'une structure sanitaire moderne. En revanche dans le milieu rural, si au moins la moitié des femmes une femme sur deux a eu recours à la consultation prénatale au cours de la grossesse, une sur quatre seulement accouche dans une formation sanitaire moderne. C'est ce comportement des femmes rurales qui est observé parmi les femmes provenant des 60 % de ménages les plus pauvres ; à l'autre extrême, parmi les femmes provenant des 20 % de ménages les plus aisées, 87 % des naissances font suite à une grossesse au cours de laquelle la femme a eu au moins une visite prénatale auprès d'un personnel formé et 67 % des naissances ont eu lieu au sein d'une structure sanitaire moderne.

Dans le troisième panel du tableau 6, pour dresser un état des pratiques et comportements en matière de santé de l'enfant dans le pays ont été utilisés des indicateurs de la vaccination contre la rougeole, la prise en charge des enfants en cas de diarrhée et la prise en charge en cas de fièvre ou de toux, associées respectivement au paludisme ou aux infections respiratoires. Dans l'ensemble du pays, 40 % des enfants issus nés au cours des cinq dernières années ont été vaccinés contre la rougeole : cette proportion atteint 61 % en milieu urbain et seulement 38 % en milieu rural. Parmi les enfants provenant des 20 % de ménages les plus pauvres, 35 % des enfants ont reçu le vaccin contre la rougeole, comparés à 58 % parmi les enfants issus des 20 % de ménages les plus aisés.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de disparités importantes relativement à la prévalence de la diarrhée, de la fièvre ou de la toux parmi les enfants de moins de cinq entre les groupes socio-économiques. Des disparités importantes prévalent, cependant, dans la prise en charge des maladies des enfants. En milieu urbain, 40 % des enfants ayant eu une épisode de diarrhée ont été traités auprès d'un prestataire moderne ; en milieu rural, seuls 17 % des

enfants ont été traités auprès d'un prestataire moderne. Les mêmes disparités entre les milieux urbain et rural sont observées relativement à l'utilisation de solutions de réhydratation pour la prise en charge de la diarrhée des enfants. Parmi les enfants provenant des 20 % de ménages les plus pauvres, rien que 16 % ont été traités au niveau d'un prestataire moderne, comparés à 33 % parmi les enfants provenant des 20 % de ménages les plus aisés.

Dans l'ensemble du pays, seulement 14 % des enfants ayant eu la fièvre ou la toux ont été traités auprès d'un prestataire moderne : en milieu urbain, le recours aux prestataires modernes en cas de fièvre ou de toux s'élève à 35 %, comparé à 11 % en milieu rural. Parmi les enfants provenant des 20 % de ménages les plus pauvres, environ 9 % ont été traités par un prestataire moderne, comparés à 31 % parmi les enfants provenant des 20 % de ménages les plus aisés.

En d'autres termes, les comportements de recours aux prestataires modernes pour remédier à la diarrhée chez l'enfant partagent les mêmes disparités que les comportements de recherche de soins en cas de paludisme ou d'infections respiratoires. Il existe des écarts importants entre le milieu rural et le milieu urbain d'une part, entre les sections les plus pauvres et les sections plus aisées de la population d'autre part, quant au recours aux prestataires modernes pour traiter la maladie.

Les informations issues de l'enquête sur les priorités (EP 1998) sur le recours aux soins en cas de maladie parmi la population générale sont cohérentes avec les informations de l'EDS 1999 (voir graphique 8). Les niveaux de recours des ménages aux prestataires modernes sont relativement bas dans le pays en conséquence de niveaux élevés d'automédication. Par ailleurs, une part importante des individus n'utilisent pas les prestataires pour des raisons économiques, dont les coûts d'opportunité associés à l'éloignement des centres de santé en général, en milieu rural en particulier, le coût élevé des prestations et le manque d'argent autant en milieu urbain qu'en milieu rural.

Par ailleurs, la variabilité des structures d'offre de soins entre le milieu urbain et le milieu rural se traduit dans les choix des prestataires en cas de maladie. En milieu rural, autant pour les ménages les plus pauvres que pour les plus aisés, la princi-

pale source de soins reste de loin le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) : l'utilisation des autres sources de soins est très faible en milieu rural. En effet, l'utilisation combinée des autres sources ne représente qu'environ le 1/3 de l'utilisation des CSPS dans les zones rurales.

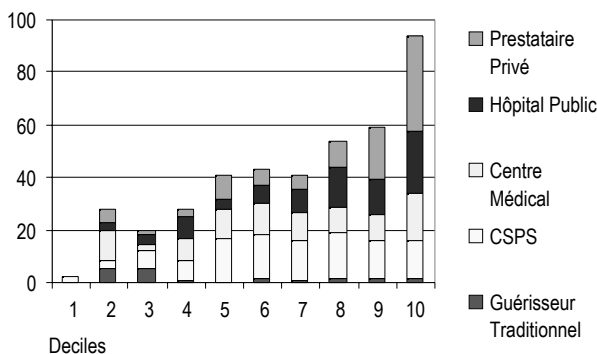
En contraste, l'installation des centres médicaux et des hôpitaux publics dans les villes et l'émergence des pratiques privées dans les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso élargissent les choix de prestataires des ménages en cas de maladie. En effet, en milieu urbain, plus le niveau de revenus du ménage est élevé, plus la probabilité de recourir à un prestataire moderne pour traiter la maladie est élevée. Cependant, l'hôpital public ou le prestataire privé se substituent progressivement au CSPS ou au centre médical au fur et à mesure que le niveau de revenus du ménage augmente. Ainsi, parmi les 20 % les plus aisés en milieu urbain, les prestataires privés deviennent la première source de soins en cas de maladie.

En résumé, l'analphabétisme et le faible accès aux moyens d'information affectent de façon disproportionnée les ménages et les femmes pauvres qui se traduisent sur les connaissances et les comportements des ménages et des femmes en matière de santé et de soins. Si les pratiques telles que l'excision affectent sans discrimination la majorité des femmes en conséquence de leur origine culturelle, les disparités entre les groupes socio-économiques quant à l'utilisation des services modernes de santé, autant pour les soins préventifs que pour les soins curatifs, traduisent les contraintes auxquelles sont confrontées les femmes et les ménages. La section actuelle a mis l'accent sur les contraintes liées à l'analphabétisme et au faible accès aux moyens d'information et les variations d'un groupe socio-économique à un autre. Par ailleurs, les analyses multivariées de l'annexe 6 suggèrent que les comportements des ménages en matière de demande des soins de santé varient d'un groupe ethnique à l'autre, et d'un groupe religieux à l'autre. Ainsi, des interventions vigoureuses d'IEC pour contribuer aux changements de comportements seront nécessaires pour faire face aux problèmes de santé dans le pays.

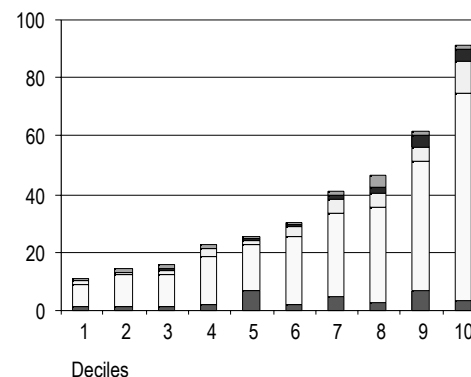
Les mêmes analyses montrent que, quelque soit le lieu de résidence ou le niveau d'instruction des

**Graphique 8**  
**Proportion d'individus ayant utilisé un prestataire donné au cours des 2 dernières semaines avant l'enquête selon le groupe de revenus du ménage et le milieu de résidence (EP 1998)**

**Graphique 8a**  
**Zone urbaine (per 1000)**



**Graphique 8b**  
**Zone rurale (per 1000)**



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

femmes, l'utilisation des institutions sanitaires modernes varie significativement d'un groupe socio-économique à l'autre : le niveau d'utilisation des services baisse systématiquement des 20 % les plus aisés de la population aux 20 % les plus pauvres. Ces résultats sont obtenus de façon cohérente à travers le spectre des services de santé reproductive ou de santé de l'enfant. Ils suggèrent des effets importants des contraintes économiques et financières sur l'utilisation des services de santé. Ainsi, dans la section suivante, l'accent sera mis sur l'origine des contraintes économiques et financières des ménages pour accéder aux services de santé.

### Dépenses de santé des ménages

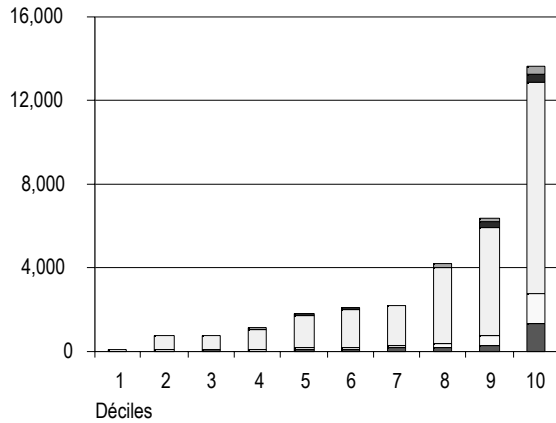
Parmi les raisons citées par les malades qui n'ont pas utilisé un prestataire moderne d'après l'enquête sur les priorités de 1998, les raisons économiques figuraient en deuxième position après l'automédication : les malades ont cité le coût élevé, le manque d'argent et l'éloignement comme facteurs économiques ayant freiné l'utilisation des prestataires modernes. En plus des facteurs socioculturels, les larges disparités observées relativement à l'utilisation des services de santé entre les milieux urbains et les milieux ruraux, entre les sections les plus pauvres et les sections les plus aisées de la population,

exposées précédemment, sont liées dans une large mesure aux contraintes économiques et financières pour accéder aux soins de santé. Il s'agit d'une part des coûts d'opportunité associés au temps nécessaire pour se rendre aux centres de santé, au temps d'attente avant la consultation par le personnel soignant et, d'autre part, des paiements exigés des usagers des frais de consultation, des examens, des médicaments, de l'hospitalisation ou autres services médicaux.

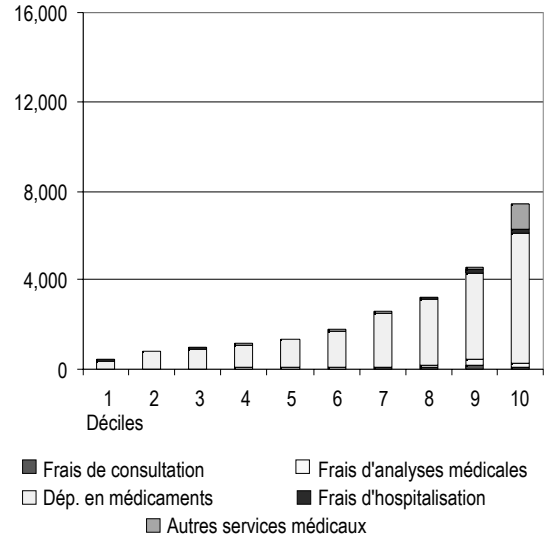
La présente sous-section fournit un résumé des niveaux et de la structure des dépenses de santé des ménages au Burkina Faso sur la base des données de l'EP 1998. Le graphique 9, représente les dépenses mensuelles moyennes des ménages selon le type de dépense, le groupe de revenus et le milieu de résidence. Comme on peut le constater, les ménages Burkinabé engagent des ressources importantes pour traiter la maladie. Dans l'ensemble du pays, les ménages dépensent en moyenne 2.800 FCFA par mois pour faire face à la maladie : en d'autres termes, 33.000 FCFA par an par ménage ou 6.300 FCFA par tête et par an. Comme on pouvait s'y attendre, les ménages urbains dépensent 3 fois plus pour traiter la maladie que les ménages ruraux : en moyenne, un ménage urbain dépense 6.100 FCFA par mois pour la santé, comparé à 1.800 FCFA chez les ménages ruraux. Sur une base annuelle, les ménages urbains

**Graphique 9**  
**Dépenses (FCFA) mensuelles de santé des ménages selon le type de dépense, le groupe de revenu et le milieu de résidence**

**Graphique 9a**  
**Zone urbaine**



**Graphique 9b**  
**Zone rurale**



Source : EP 1998.

dépensent en moyenne 73.000 FCFA; les ménages ruraux, 21.000 FCFA. Par an, les ménages urbains dépensent 16.600 FCFA par tête et par an; les ménages ruraux, 3.300 FCFA par tête et par an.

Que ce soit en zone urbaine ou en zone rurale, les dépenses de santé des ménages augmentent avec le niveau de revenus du ménage. Ce n'est que parmi les 20 % de ménages les plus aisés que les niveaux de dépenses mensuelles diffèrent entre les zones rurales et les zones urbaines; au niveau des autres groupes de revenus, cependant, les niveaux de dépenses mensuelles de santé sont comparables entre les zones urbaines et les zones rurales malgré les disparités observées entre les niveaux et les schémas d'utilisation des services de santé notés dans la sous-section précédente.

Cette comparabilité des niveaux et schémas de dépenses de santé selon le revenu du ménage entre les zones rurales et les zones urbaines parmi les 80 % les plus pauvres est une conséquence de la structure des dépenses de santé, en particulier la prédominance des dépenses de médicaments dans les dépenses de santé. En effet, les médicaments représentent en moyenne 83 % des dépenses de santé des ménages sur l'ensem-

ble du pays ; 78 %, en zone urbaine et 89 % en zone rurale. Le coût des médicaments se situe donc au cœur du problème de l'accès aux services de santé et de leur utilisation dans le pays.

Sur la base des données de l'EP 1998, les dépenses de santé représentent environ 3,2 % des dépenses totales des ménages. La part de la santé dans les dépenses du ménage augmente de façon soutenue de 1,6 % chez les 10 % des ménages les plus pauvres à 5,3 % parmi les 10 % des ménages les plus aisés ; par ailleurs, les dépenses de santé sont comparables entre les zones urbaines et les zones rurales.

Finalement, les dépenses de santé auxquelles font face les ménages, et l'incertitude qui leur est associée, non seulement constituent des barrières pour accéder aux soins, mais aussi une source d'endettement ou d'appauvrissement pour les ménages. Les dépenses moyennes indiquées, constituent juste un indicateur brut des risques financiers associés à la maladie. Les dépenses de santé liées à une catastrophe en particulier, affectent généralement un nombre restreint de ménages durant une période donnée et peuvent devenir un fardeau insupportable dans un contexte où il n'existe pas de



mécanismes formels de partage du risque. Toujours en l'absence de tels mécanismes de soutien, les dépenses de santé des ménages peuvent se traduire par plusieurs formes d'exclusion, exclusion temporaire, partielle ou saisonnière, en conséquence du caractère aléatoire de la maladie, de la faiblesse et de la fluctuation saisonnière des revenus des ménages au Burkina Faso. Les faibles niveaux d'utilisation des services de santé analysés dans la sous-section précédente sont généralement une manifestation de tels phénomènes d'exclusion.

---

1. Ministère de l'Environnement et de l'Eau (1999) : *op. cit.*

2. Au Burkina Faso, la principale langue d'alphabétisation est le Français (INSD, EP 1998).

3. Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (2001) : *op. cit.*

4. La probabilité inconditionnelle d'utiliser un prestataire donné est utilisée dans le graphique car l'auto-déclaration de la maladie au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête semble être sous-estimée dans l'EP 1998 comparée aux informations disponibles dans les EDS. En effet, les taux d'auto-déclaration de la maladie dans l'EP 1998 montrent des niveaux presque 2 fois plus élevés parmi les plus riches comparés aux plus pauvres, de même qu'entre les zones urbaines et les zones rurales.

# 5

## Ressources sanitaires

**P**our alléger les contraintes des ménages et des communautés dans le domaine de la santé, le système de santé déploie toute une gamme de ressources physiques, humaines, matérielles et financières. Dans un pays comme le Burkina Faso où l'essentiel de l'offre de services et de soins de santé modernes est public, les niveaux de ces ressources, leur combinaison et leur distribution influent sur l'équité des dépenses publiques de santé. Pour les ménages pauvres dont une des principales ressources reste le temps des membres du ménage, l'accessibilité géographique des infrastructures de santé est critique car elle contribue aux coûts d'opportunité auxquels ils doivent faire face pour y recourir. Les dimensions de l'accessibilité géographique, cependant, ne se limitent pas aux infrastructures physiques : la disponibilité et la combinaison de ressources humaines et matérielles suffisantes pour supporter la prestation de services de santé de qualité sont clé si les ménages doivent substituer la consommation de services modernes dont l'utilisation nécessite de longs déplacements aux services traditionnels qui sont plus proches d'eux.

Enfin, dans le cadre spécifique du Burkina Faso où la pauvreté est rurale, des ressources financières suffisantes pour assurer durablement la disponibilité des ressources humaines et des ressources matérielles font une grande différence pour les ménages pauvres. Car si les ressources financières des structures de santé doivent être complétées par des mécanismes de partage de coûts qui peuvent accroître les contraintes des ménages, les ménages pau-

vres risquent de pâtir les premiers de telles mesures du fait de la faiblesse de leurs revenus d'une part, et des contraintes de liquidité saisonnière auxquelles ils font face en raison de la saisonnalité de leurs sources de revenus d'autre part.

C'est dans cette perspective que la disponibilité et la répartition des ressources sanitaires sont analysées dans les sous-sections suivantes. La première sous-section couvre la répartition des infrastructures sanitaires et l'accessibilité géographique ; la deuxième présente la disponibilité et la répartition des ressources humaines; la troisième traite de la disponibilité des ressources matérielles. La quatrième sous-section couvre les niveaux et la répartition des ressources financières. Enfin, une cinquième sous-section aborde la gestion des services de santé en mettant l'accent sur la proximité et la participation des populations.

### Infrastructures et accessibilité géographique

Le système public de prestation de soins est en train de se développer ; trois niveaux se dégagent déjà qui assurent les soins primaires, secondaires et tertiaires. Après une présentation des organisations de prestation publiques, l'accessibilité géographique des structures publiques est résumée selon le degré de pauvreté des zones desservies.

Les soins de santé de base sont assurés essentiellement au niveau du district sanitaire. L'organisation de la prestation des soins au niveau du district sanitaire est basée sur les centres de santé et de pro-

motion sociale (CSPS) qui constituent le premier échelon des soins où un « paquet » minimum d'activités (PMA) défini par le MS est fourni par un infirmier assisté d'une accoucheuse auxiliaire, un agent itinérant de santé et un manœuvre. En 2000, le Burkina Faso comptait 759 CSPS : parmi les structures de base, cependant, près de 130 dispensaires et 21 maternités attendent d'être transformés en CSPS dans le cadre de la normalisation des structures de santé publiques. Au deuxième échelon du district sanitaire, les centres médicaux sont en cours de transformation en centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui servirait de référence aux institutions sanitaires périphériques. Le CMA dispose d'un « paquet » complémentaire d'activités (PCA) défini pour renforcer ses capacités de prise en charge des urgences médicales dont les césariennes, les hernies, les grossesses extra-utérines et l'appendicectomie ; sa capacité d'hospitalisation varie de 40 à 60 lits et son personnel comprend au moins une vingtaine de personnes<sup>1</sup>. Le Burkina Faso compte déjà 25 CMA et 44 centres médicaux dont une partie sera transformée en CMA.

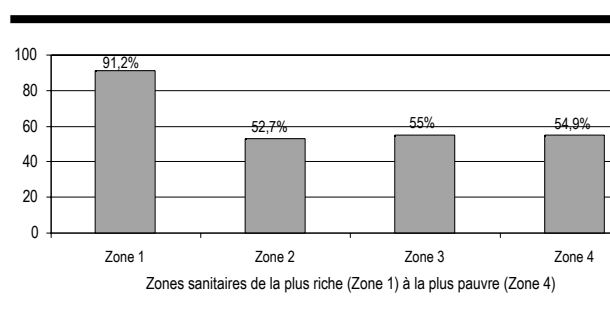
Les deuxième et troisième niveaux de soins sont constitués respectivement par les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers nationaux (CHN). Les 9 CHR que compte le pays sont des structures hospitalières moyennes d'une capacité d'hospitalisation d'environ 140 lits et disposant de quelques services techniques où apparaissent des services spécialisés (service de médecine, service de pédiatrie, service de gynéco-obstétrique, service de chirurgie, service maladies infectieuses, service de santé mentale) : les CHR servent de référence aux centres médicaux et aux centres de santé et de promotion sociale. Les CHN constituent le niveau le plus élevé de soins de santé modernes dans le pays qui servent de référence pour les soins spécialisés et assurent la formation des professionnels de santé et la recherche. Le Burkina Faso compte 2 CHN dont celui de Ouagadougou, avec une capacité de 750 lits, et celui de Bobo-Dioulasso, avec une capacité de 600 lits.

Au delà de l'organisation et du contenu de la prestation de soins, une des dimensions du système de santé critiques pour l'amélioration de la prise en charge des problèmes de santé des pauvres reste l'accessibilité des services de santé, l'accessibilité

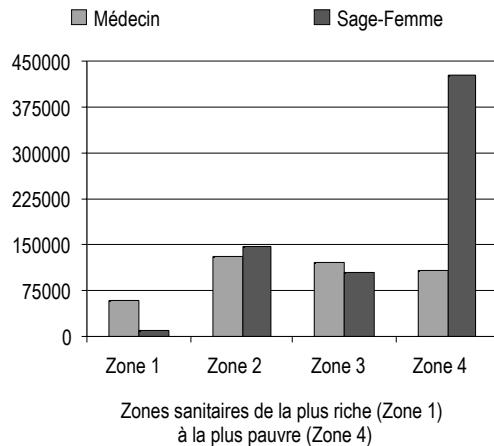
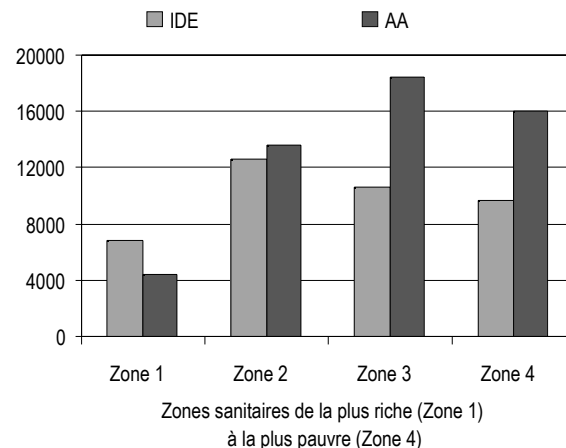
géographique en particulier. L'accessibilité géographique est d'autant plus importante pour les sections les plus pauvres de la population en raison des coûts d'opportunité liés à leur ressource principale, à savoir le temps des membres du ménage : ces coûts d'opportunité peuvent être particulièrement élevés durant certaines saisons critiques (saisons de pluies et de récolte) pour la majorité des agriculteurs vivriers qui constituent l'essentiel des pauvres dans le pays. Au Burkina Faso, le MS de la santé utilise le rayon moyen d'action pour apprécier l'accessibilité des institutions sanitaires de base<sup>2</sup>.

Le rayon moyen d'action des institutions sanitaires de base (CSPS, dispensaires et maternités confondus) était de 9,6 km en 1999 : le rayon moyen d'action est utilisé ci-dessous pour apprécier l'accessibilité géographique des structures et révèle l'absence d'équité dans la distribution des infrastructures sanitaires. Le graphique 10 représente l'accessibilité géographique dans les districts sanitaires répartis selon leur degré de pauvreté. Comme on le voit, le taux d'accessibilité dans les districts urbains de Bobo et de Ouagadougou (zone 1) est de 91,2 %. Pour l'ensemble des autres zones, le taux d'accessibilité n'est pas supérieur à 55 % ce qui conduit à penser que la couverture en infrastructure du reste du pays où réside la majorité des pauvres est insuffisante. En d'autres termes, ce sont dans les zones où la population est plus aisée et les moyens de transport plus développés que l'accessibilité géographique est plus élevée. Ainsi, un des défis de l'amélioration de la santé au Burkina Faso reste d'améliorer l'accessibilité géographique aux services de santé de base dans les zones les plus pauvres du pays.

**Graphique 10**  
**Taux d'accessibilité géographique (%) des structures sanitaires par zone**



Source : Tableau A3.1 en annexe.

**Graphique 11****Nombre d'habitants par personnel de santé selon le type de personnel et la zone****Graphique 11a**  
Médecin et sage-femme**Graphique 11b**  
Infirmier diplômé d'Etat et AA

AA = accoucheuse auxiliaire  
Source : Tableau A3.2 en annexe.

**Ressources humaines****Disponibilité du personnel**

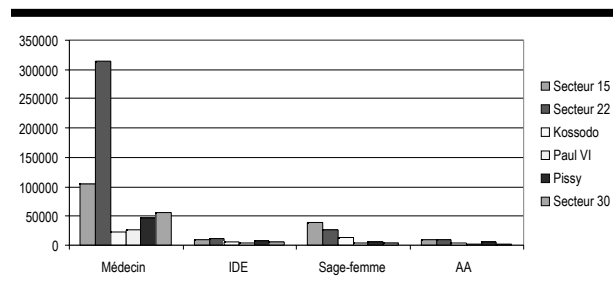
Plus encore que les infrastructures sanitaires, le développement et la répartition des ressources humaines démontre et l'importance des efforts qui ont été engagés dans le cadre du développement des ressources du secteur de la santé et les disparités qui continuent de caractériser le système de santé. En 1975, le secteur de la santé comptait environ 100 médecins et 11 pharmaciens; en 1985, le nombre de médecins a été multiplié par 2, le nombre de pharmaciens par 9; en 1999, le nombre de médecins a été porté à 400 médecins<sup>3</sup>. De même, le nombre d'infirmiers diplômés d'État est passé de 260 en 1975 à 800 en 1985 et 1050 en 1999; de même, le nombre de sages-femmes diplômées d'État est passé de 80 en 1975 à 290 en 1985 et 350 en 1999. Ainsi, les ressources humaines du secteur de la santé ont globalement connu une expansion importante au cours des années 1980 et 1990.

Toutefois, des disparités importantes subsistent dans la répartition et l'utilisation des ressources humaines. Le graphique 11 présente la disponibilité du personnel de santé dans les zones les plus aisées

et les zones les plus pauvres. On constate que la zone 1 (Bobo-Dioulasso et Ouagadougou) est de loin plus favorisée que les autres zones : si dans la zone la plus aisée, on compte 1 médecin pour moins de 60.000 habitants, dans les autres zones qui sont plus pauvres le ratio s'établit à 1 médecin pour plus de 100.000 habitants. Les disparités sont encore plus importantes relativement à la disponibilité des sages-femmes : en effet, on dénombre 1 sage-femme pour environ 8.000 habitants dans la zone de Bobo-Dioulasso et Ouagadougou contre 1 sage-femme pour près de 430.000 habitants dans la zone la plus pauvre, les zones intermédiaires (zones 2 et 3) disposant d'1 sage-femme pour environ 100.000 à 150.000 habitants. Enfin plusieurs districts sanitaires dans les zones 2, 3 et 4 ne disposent pas encore de sage-femme. Seule la disponibilité des infirmiers diplômés d'État, et dans une moindre mesure celle des accoucheuses auxiliaires, démontre un certain équilibre entre les zones les plus aisées et les zones les plus pauvres.

Même à l'intérieur de la zone 1 où est concentré le personnel de santé, la répartition des médecins et des sages-femmes entre les districts sanitaires est déséquilibrée (voir graphique 12). En dehors de ces deux catégories de personnel, la répartition du per-

**Graphique 12**  
**Nombre d'habitants par personnel de santé et par district dans la zone 1**



sonnel de santé est presque identique dans les districts de la zone. (Voir répartition du personnel et nombre d'habitants par personnel de santé en Annexe 3.)

En somme, si des efforts pour augmenter globalement les ressources humaines du secteur de la santé ont été manifestes durant les deux dernières décennies, il ne semble pas que des efforts comparables aient été fournis pour en faire bénéficier les segments les plus pauvres de la population. Les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent pas encore les besoins du pays. Cependant, autant que l'utilisation des ressources existantes est concernée, il y a une disparité notoire dans la répartition du personnel entre les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso d'une part, et le reste du pays d'autre part. Ces deux villes regroupent à elles seules 54 % des médecins, 57 % des sages-femmes, 59 % des pharmaciens et 33 % des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10 % de la population du pays. Si 60 % seulement des CSPS répondent aux normes établies en personnel, les CMA et les institutions sanitaires en zone urbaine ont un excédent en personnel toutes catégories confondues sans satisfaire pour autant aux normes qualitatives.

### Formation et gestion du personnel

Les faiblesses de la disponibilité du personnel reflètent en grande partie les insuffisances du cadre stratégique de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. L'importance accordée à la formation et la gestion des ressources humaines du secteur s'est manifestée par la création

d'une direction chargée des ressources humaines. Celle-ci, cependant, n'est pas encore opérationnelle ; par ailleurs, il n'existe pas encore de plan de développement des ressources humaines.

Trois écoles contribuent à la formation de base du personnel technique du personnel de santé dans le pays. La formation de base du personnel paramédical se fait à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP). Les effectifs par promotion ont augmenté en général depuis 1993 grâce à la priorité accordée aux secteurs sociaux dans le cadre du programme d'ajustement sectoriel. Au niveau de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), seules existent actuellement les sections de médecine, de pharmacie et de techniciens supérieurs de laboratoire. Le rythme annuel de sortie est en moyenne de 30 médecins et de 15 pharmaciens à la FSS et d'environ 800 paramédicaux à l'ENSP, ce qui est insuffisant au regard des besoins du ministère de la santé même si les contraintes budgétaires ne permettent pas toujours d'absorber le personnel ainsi formé. Enfin, L'École Nationale d'Administration et de Magistrature et l'ENSP forment toutes deux des administrateurs des hôpitaux et des gestionnaires des services de santé : dans ce cadre, on se retrouve devant deux institutions publiques dispensant les mêmes formations, souvent avec les mêmes enseignants ; malgré tout, cette catégorie de personnel est formée en quantité insuffisante.

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

L'administration et la gestion des ressources humaines sont centralisées et non rationalisées. Le recrutement des agents se fait sur titre ou sur concours et la promotion en grade est très liée à la formation en cours d'emploi. Ceci constitue un acquis positif indéniable à maintenir et à consolider, mais encore faudrait-il qu'il soit combiné avec des plans de carrière pour la promotion et la motivation des agents. Le système de rémunération, par contre, se caractérise par sa rigidité : les indemnités

allouées ne tiennent compte que des conditions physiques d'exercice de l'activité alors qu'aucune possibilité de rémunérer la performance ou la productivité n'est offerte par le système de rémunération. Il en résulte un découragement des initiatives et entraîne à terme une démotivation dont les effets pervers sont toujours difficiles à juguler.

Enfin, jusqu'ici les postes budgétaires des agents de la santé, comme ceux des autres agents de l'Etat, sont associés aux agents et non à une localité ou zone géographique donnée. Cette structure de la gestion des ressources humaines du secteur résulte en un régime d'incitation où les allocations de ressources publiques, au lieu de cibler et de suivre les populations, suivent plutôt les agents de santé. Etant données les disparités qui existent entre les grandes villes et le reste du pays et l'inexistence de mesures spécifiques de motivation pour aller servir dans les zones les plus pauvres, la volonté du personnel de santé d'aller dans une zone donnée n'est fonction que de la facilité à s'y rendre, de sa proximité d'une grande ville, ou des opportunités de revenus complémentaires. Comme observé plus haut, les comportements des agents, les médecins et les sages-femmes en particulier, et la distribution des ressources humaines qui résultent d'un tel régime d'incitation pénalisent les zones et les régions où vivent les pauvres.

Ainsi les faiblesses dans la gestion des ressources humaines sont parmi les problèmes les plus importants que le Burkina Faso devrait résoudre si les augmentations de ressources dans le secteur doivent se traduire par une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services de santé de base, et par conséquent une amélioration des indicateurs de santé de l'enfant et de santé reproductive, parmi les secteurs les plus pauvres de la population. Améliorer la gestion des ressources humaines est d'autant plus urgent que dans le secteur de la santé, la distribution des ressources humaines est déterminante.

### **Ressources matérielles**

La gestion des ressources matérielles, à l'exception de la gestion du médicament, est à l'image de la gestion des ressources humaines. Au niveau des institutions sanitaires périphériques, les équipements prévus par les normes sont assez complets

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

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

Le réseau de distribution du médicament s'est amélioré de manière significative depuis 1993 aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce réseau est organisé en distribution de gros et en vente au détail. La distribution de gros est assurée par trois sociétés grossistes dont deux privées et une parapublique. La vente en détail des MEG est assurée par les dépôts répartiteurs des dis-

tricts, les dépôts de vente des institutions sanitaires, les dépôts villageois. En 1999, 92 % des institutions sanitaires disposaient d'un dépôt de vente des MEG. La disponibilité des médicaments dans les centres de santé est effective toutefois on observe quelque rupture de stock de certains produits essentiels, liée probablement à une mauvaise gestion des stocks.

Si la disponibilité des MEG dans le pays est effective, on ne peut en dire autant de leur accessibilité financière. Comme révélé dans la sous-section 4.3, les médicaments constituent de loin le premier poste de dépenses de santé des ménages, situant ainsi l'accessibilité financière du médicament au cœur de la problématique de la pauvreté et de la santé dans pays.

### Ressources financières

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

### Niveaux de dépenses publiques de santé

La pauvreté et la structure de l'économie du Burkina Faso continuent de limiter les ressources financières qui peuvent être mobilisées par l'Etat pour soutenir le secteur de la santé. D'après le rapport mondial sur la santé de 2001, les dépenses de santé au Burkina Faso représentent 4 % du PIB en 1998 à l'image des pays les plus pauvres en Afrique au Sud du Sahara (ASS)<sup>4</sup>. Bien que ce niveau situe favorablement le Burkina Faso comparé aux pays en ASS ayant des niveaux de PIB par tête inférieurs à US\$ 300, où les dépenses de santé représentent entre 2 % et 4 % du PIB, il se traduit en termes de dépenses par tête à environ US\$ 9. Au cours de la même année, les dépenses publiques de santé, y inclue l'aide publique, représentaient 2,3 % du PIB (voir tableau A3.4 dans l'Annexe 3).

Durant la première moitié des années 1990, le ratio dépenses publiques de santé/PIB a fluctué entre 1,5 % et 2 %. Il faudra attendre l'année 1996, pour observer une augmentation soutenue des dépenses publiques de santé relativement non seulement au PIB, mais aussi aux dépenses publiques totales<sup>5</sup>. En effet, le ratio des dépenses publiques de santé sur le PIB s'est situé entre 2,3 % et 2,5 % entre 1996 et 1999, reflétant essentiellement la reprise des investissements dans le secteur ; il a chuté à 1,9 % en 2000, cependant, en conséquence toujours de la baisse des investissements.

Cette évolution des dépenses publiques de santé reflètent plus ou moins la priorité qui a été accordée au secteur de la santé durant la deuxième moitié des années 1990. Avant 1996, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales se situaient à 7,5 % ; à partir de 1996, la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques a fluctué à des niveaux plus élevés entre 8,9 % et 10,8 %. Durant la même période, la part relative de la santé dans le budget de l'Etat sur ressources propres, comparée à celle de l'éducation de base et de la défense, semble indiquer qu'une plus grande priorité a été accordée à la défense. Cependant, la progression du budget de la santé sur ressources propres sur la période et l'engagement de l'Etat à porter la part du budget de la santé à 12 % du budget de l'Etat suggèrent que la position de la santé dans l'échelle des priori-

tés du gouvernement a favorablement changé. Malgré cet effort, les dépenses publiques de santé par tête d'habitant restent toujours à environ 3.000 FCFA, comparés à environ 3.300 FCFA par tête dépensés par les ménages ruraux, et 16.600 FCFA par tête, par les ménages urbains.

### Répartition des dépenses publiques

La priorité accordée au secteur de la santé s'est manifestée de façon variable selon les différentes composantes des dépenses publiques de santé (voir tableau A3.5 dans l'Annexe 3). La première moitié des années 1990 a été marquée par un faible niveau d'investissement dans le secteur de la santé<sup>6</sup>. A partir de 1996, cependant, les dépenses d'investissement ont connu une augmentation drastique jusqu'à dépasser les dépenses de fonctionnement du secteur en 1997 et 1999. Entre 1996 et 2000, le niveau absolu des investissements a fluctué annuellement entre 14 et 20 milliards de FCFA et a constitué plus de 50 % des dépenses totales 4 années sur 5. L'investissement sanitaire a été soutenu dans une large mesure par les partenaires extérieurs dont les apports ont représenté 84 % des 83 milliards investis dans la santé entre 1996 et 2000. La reprise des investissements après 1996 a largement contribué à la structuration des organisations de prestation de soins et du système de référence du district sanitaire, avec la construction de centres de santé et de promotion sociale, la construction des centres médicaux avec antenne chirurgicale et la transformation de centres médicaux en CMA. Il ne semble pas, cependant, que les charges récurrentes de tels investissements aient été anticipées.

En réalité, le budget de fonctionnement de la santé a connu une augmentation importante en conséquence de la priorité accordée au secteur de la santé, avec notamment la poursuite du recrutement du personnel, dans le cadre du programme d'ajustement structurel. Le budget de fonctionnement de la santé, qui s'élevait à 8,5 milliards de FCFA en 1992, est passé à 13,2 milliards de FCFA en 1996 pour atteindre 19,5 milliards de FCFA en 2000. Cette augmentation a bénéficié largement au poste des *transferts* courants, dont près de 80 % des crédits couvrent les subventions au fonctionnement des hôpitaux nationaux et régionaux transformés en

établissement public d'une part, et aux évacuations sanitaires à l'extérieur du pays d'autre part. En effet, entre 1996 et 2000 le taux de croissance annuel des dépenses de transferts a été de façon systématique 2 fois plus élevé que le taux de croissance annuel des dépenses de fonctionnement, portant ainsi la part des transferts dans le budget de fonctionnement de 33 % en 1996 à 56 % en 2000. Les évacuations sanitaires à l'extérieur ont aussi continué à commander une part importante des dépenses de matériel du secteur : elles ont atteint un pic de 1,2 milliards de FCFA en 1998 ; elles ont amorcé, cependant, une baisse soutenue depuis cette année pour s'établir à 771 millions en 2000.

Les parents pauvres de la forte augmentation des dépenses publiques de santé sont restés les postes qui devaient transformer les importants investissements sanitaires de la décennie en meilleures qualité et accessibilité des services de santé, à savoir les salaires du personnel, dont la majorité est constituée par le personnel des districts sanitaires, le poste de biens et services qui incluent les lignes de crédit qui supportent le fonctionnement des régions et des districts sanitaires. En dehors d'une augmentation de 21 % entre 1996 et 1997, comparée à une augmentation des transferts de 37 %, le poste de salaires est resté presque constant entre 1997 et 2000 alors que le poste de transfert continuait son expansion. Par ailleurs, le poste de biens et services n'a pas significativement changé durant la période.

Ces schémas d'allocation des ressources internes dans le secteur ont des implications importantes sur l'efficacité et l'équité des dépenses publiques de santé. En 1999 par exemple, les deux centres hospitaliers nationaux ont disposé d'une enveloppe de 3,9 milliards de FCFA du budget du ministère de la santé, alors que les neuf hôpitaux régionaux ont eu une dotation totale de 2,8 milliards de FCFA : soit une enveloppe globale de 6,7 milliards de FCFA pour le sous-secteur hospitalier. En revanche, les dépenses de biens et services des 53 districts sanitaires se situaient à 1,7 milliards de FCFA au cours de la même année. En d'autres termes, les districts sanitaires, où les soins et services essentiels de santé sont fournis, continuent de recevoir une part des ressources internes du budget de la santé qui n'est pas à la mesure de la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires.



Par ailleurs, les informations sur l'utilisation des services de santé par les ménages présentées dans le chapitre 4 suggèrent que les hôpitaux sont utilisés essentiellement par les groupes les plus aisés des zones urbaines. La combinaison de schémas d'allocation de ressources qui favorisent les centres hospitaliers aboutissent à cette situation : les sections les plus aisées de la population capturent une part disproportionnée des ressources.

Les prévisions pour l'année 2001 semblent annoncer une réorientation importante au niveau des allocations budgétaires au secteur de la santé reflétant une plus haute priorité accordée à la santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. En effet, le budget de fonctionnement a connu une augmentation importante de 16,4 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, le budget personnel s'est accru de 30,8 % après avoir connu deux années de croissance négative en 1999 et 2000. Les transferts, qui bénéficient essentiellement aux hôpitaux, après avoir connu une baisse tendancielle du taux de croissance des crédits entre 1997 et 2000, semblent continuer à occuper un niveau de priorité plus élevé que les biens et les services qui bénéficient aux districts sanitaires. Il faudra attendre les prochaines années, cependant, pour une réorientation plus vigoureuse et soutenue de l'allocation des ressources en faveur des services de santé auxquels ont accès les pauvres et les zones les plus pauvres du pays.

### **Autres sources internes de financement**

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

des dépenses de biens et services) et la commune en ce qui concerne la matériel. Le centre hospitalier pédiatrique est le fruit de la complémentarité entre la commune de Ouagadougou et l'Etat.

Le niveau et les mécanismes du concours des collectivités locales au financement de la santé sont cependant mal connus : à la veille des réformes de décentralisation administrative et politique, ce manque d'information constitue certes une des faiblesses institutionnelles du système de santé. Les collectivités sont appelées à jouer un rôle plus important dans le secteur de la santé avec la mise en œuvre des réformes de décentralisation administrative et politique, dont une des composantes inclurait la dévolution par l'Etat de la compétence de la santé aux collectivités locales. D'où la nécessité d'une meilleure connaissance du financement de la santé par les collectivités locales et des contraintes de capacités auxquelles elles seraient confrontées dans le cas où la prise en charge de la compétence de la santé leur serait dévolue.

Les ONG et associations contribuent également au financement des activités de santé. En effet, parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important d'associations, d'organisations confessionnelles et de comités de jumelage. Cet apport est prioritairement orienté vers les groupes vulnérables de la population que constituent les enfants et les femmes. Leur contribution serait passée d'environ 5,5 milliards de FCFA durant la période 1991-1995 à près de 8,7 milliards FCFA sur la période 1996-2000<sup>7</sup>.

Les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages de 1998, présentés dans la sous-section 4.3, montrent qu'un ménage du Burkina Faso consacre annuellement au niveau national en moyenne 33.000 FCFA aux dépenses de santé : la moyenne en milieu urbain atteint 73.000 FCFA, comparée à 21.000 FCFA en milieu rural. Ces dépenses sont essentiellement destinées à l'achat de médicaments. Ce sont ces ressources internes privées que le MS tente de capturer avec plus ou moins de succès et de recycler à travers le financement communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako ; par ailleurs, des stratégies alternatives de financement communautaire fondées sur le partage

des risques et la mutualité sont en train d'émerger dans certaines parties du pays.

L'encadré 1 fournit un résumé des acquis et des faiblesses de l'Initiative de Bamako du double point de vue de la participation des populations au financement d'une part et à la gestion des services de santé de base d'autre part. L'exemple des districts sanitaires de la région sanitaire de Kaya est utilisé ci-dessous pour illustrer la contribution du paiement par les usagers dans le cadre de l'Initiative de Bamako dans le financement des services de santé de base<sup>8,9</sup>. Sur 26 institutions sanitaires périphériques appliquant la tarification, les recettes moyennes provenant de la tarification des actes et de la vente de médicaments s'élevaient à 4,8 millions de FCFA par formation sanitaire, soient 124,2 millions de FCFA pour l'ensemble des 26 institutions sanitaires périphériques. Une extrapolation de cette moyenne à l'ensemble des institutions sanitaires périphériques du pays fournirait une estimation entre 4,5 et 5 milliards de FCFA de la contribution des ménages au financement des institutions sanitaires périphériques : ainsi, les institutions sanitaires périphériques mobiliseraient des ressources importantes à travers le paiement par les usagers ; elles ne capturent pas, cependant, une part importante des dépenses de santé des ménages<sup>10</sup>. Si ces ressources contribuent significativement au fonctionnement des services de santé de base, il n'en demeure pas moins que le mécanisme de leur mobilisation, le paiement par les usagers, constitue une des barrières financières de l'accès aux soins de santé et une source potentielle d'appauvrissement pour les plus pauvres. Ce sont ces barrières que tentent de lever les initiatives de mutuelles de santé qui se développent dans le pays.

La mutualisation du risque maladie est en émergence au Burkina Faso<sup>11</sup>. Plusieurs modalités de mutualisation du risque maladie sont entrain d'émerger dans le pays, caisses de solidarité, mutuelles de santé, mécanismes de couplage du micro-crédit et de prise en charge des soins de santé par les groupements féminins, et systèmes de prépaiement gérés par les organisations de prestation de soins. La diversité des modalités traduisent et la phase d'émergence du phénomène, la pluralité des promoteurs, l'hétérogénéité des organisations sur lesquelles sont fondées les initiatives, et la diversité

des objectifs visés. Cette diversité, cependant, ouvre un champ d'expérimentation assez large qui pourrait être instructif pour le système de santé. Ainsi, bien que les organisations de mutualisation du risque maladie ne constituent pas encore un mécanisme important de financement de la santé autant du point de vue de la population couverte que de la mobilisation de ressources, le MS et les partenaires du secteur de la santé envisagent déjà la mutualité comme une option de stratégie de financement de la santé qui pourrait contribuer à la mobilisation des ressources internes et une meilleure accessibilité financière des soins de santé dans le pays. En tant qu'organisation de gestion de la consommation des soins de santé, elles pourraient devenir des porte-parole des populations face aux organisations de prestation de soins : ce rôle ne pourrait être effectif et renforcer le pouvoir des pauvres dans la santé que si ces organisations couvraient une part importante des pauvres.

### **Gestion des ressources sanitaires**

La façon dont les ressources sanitaires sont allouées aux différents niveaux du secteur de la santé et dont elles sont combinées dans le cadre de la prestation des services dépend dans une large mesure de la structure du secteur public de santé en général, des rôles et des responsabilités des différents niveaux central, régional et opérationnel dans la gestion des ressources en particulier. Depuis l'initiation du mouvement de déconcentration qui a animé les réformes sanitaires au cours des années 1990, la structure administrative du secteur de la santé est en train de passer d'une administration centralisée, à l'image de l'organisation administrative du pays durant les années 1970 et 1980, à une structure décentralisée. Ces réformes de décentralisation internes au secteur de la santé ont initié un processus de responsabilisation des acteurs locaux et de mise en place de partenariats entre les services de santé et les communautés de base. Alors que ces réformes ont commencé à contribuer à l'amélioration de la mobilisation et de la gestion des ressources dans le secteur, les acteurs de la santé devront faire face dans les années à venir aux défis de l'harmonisation des réformes de décentralisation internes au secteur de la santé avec les

**Encadré 1****Participation communautaire dans les services de santé de base**

Une des opérations appuyées par la Banque Mondiale, le Projet de Développement Santé et Nutrition (PDSN), a largement contribué à la mise en œuvre des mécanismes de financement au niveau des services de santé de base, à la décentralisation de la gestion des ressources générées pour assurer la disponibilité des ressources matérielles au niveau des structures de base et enfin à la participation des populations dans la gestion des services de santé. L'instauration du paiement par les usagers a été promue comme mode de participation des populations au financement des services de santé de base, en complément du financement public des institutions sanitaires périphériques de l'Etat.

Certaines faiblesses, cependant, sont à noter dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de partage des coûts. Le champ du paiement par les usagers a été invariablement étendu à l'ensemble des prestations et produits délivrés par les institutions sanitaires périphériques sans tenir compte de la nature des services (paiement pour les services préventifs comme la vaccination et les consultations prénatales) et la faible demande des dits services. Par ailleurs, dans un environnement où les offres traditionnelles restaient dominantes et où des circuits illicites de vente de médicaments se développaient tandis que la capacité de payer des ménages dans les zones rurales était faible, les niveaux et la structure de la tarification ont limité les possibilités d'accès aux services de santé. Enfin, laisser un instrument de politique majeur, comme la détermination de la tarification des services de santé publique, à la discrétion des comités de gestion peut être ajouté aux faiblesses de la politique de partage des coûts.

Parmi les forces et les acquis, il faut compter la gestion décentralisée des ressources générées par les paiements par les usagers ainsi que la participation des populations dans la dite gestion. En effet, si les ressources doivent permettre des améliorations durables de la qualité des services des institutions sanitaires publiques, la rétention des dites ressources au niveau local était nécessaire : cependant, il semble bien que les techniciens de la santé et les membres des comités de gestion n'ont pas encore fait preuve de beaucoup d'imagination pour apporter des améliorations de la qualité qui répondent aux besoins des populations<sup>12</sup>. La gestion et l'utilisation des ressources au niveau local est un domaine où les capacités devront être renforcées.

Les réformes de décentralisation interne au secteur de la santé ont contribué à la mise en place et au renforcement des capacités des cadres à participer à travers les comités de gestion des institutions sanitaires publiques : ceci est un acquis majeur. Cependant, les comités de gestion ne sont pas encore un instrument de mobilisation des communautés de base : jusqu'ici, ils ont essentiellement servi à affirmer l'autonomie financière et de gestion des institutions sanitaires publiques. Des efforts devraient être menés pour qu'ils soient mieux ancrés sur les formes actuelles d'organisation des communautés (associations et groupements à base communautaire) et sur les parties prenantes clés des services de santé au niveau de la communauté que sont les femmes.

réformes générales de décentralisation que le gouvernement a lancées à la fin des années 1990.

En engageant la mise en place des districts sanitaires pour permettre la revitalisation des soins de santé primaires au début des années 1990, le MS a initié un processus de décentralisation du système de santé qui a été renforcé au cours de la décennie avec la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, la réforme pharmaceutique et la réforme hospitalière. Toutes ces réformes ont pour thèmes dominants autonomie et participation communautaire qui se traduisent au niveau des organisations de prestation de soins par une plus grande autonomie financière et de gestion d'une part, et une plus grande participation des populations et de la communauté au financement, à travers le paiement par les usagers, et à la gestion des services à tra-

vers la représentation dans les comités de gestion des structures de santé, d'autre part (voir Encadré 1).

Ainsi, la structure du système de santé publique présente maintenant un schéma distinct au double point de vue fonctionnel et administratif. La base du système de santé publique est organisée en 53 districts sanitaires axés sur les deux échelons du système de prestation de soins de santé de base que sont les CSPS et le CMA. Le district sanitaire sert non seulement de cadre à l'organisation et l'intégration des services périphériques de santé, de cadre opérationnel des programmes prioritaires de santé, mais aussi de cadre de l'auto responsabilisation et l'auto promotion des communautés de base en matière de santé. Le développement des systèmes de soutien

**Encadré 2****Innovations dans le système de planification et de suivi**

Une des contributions du projet PDSN, soutenu par la Banque Mondiale, dans la mise en œuvre des réformes sanitaires au Burkina Faso et la décentralisation dans le système de santé en particulier, est l'expérimentation d'un système participatif de planification et de financement décentralisé, axé sur les performances en responsabilisant sur le plan opérationnel les parties prenantes clés (techniciens de la santé et membres des comités de gestion). Le système de planification de la base a été étendu aux directions régionales de la santé et aux districts sanitaires et a été expérimenté au niveau le plus périphérique des centres de santé et de promotion sociale. Des outils de planification ont été développés et les acteurs locaux formés à l'utilisation des dits outils. Des accords de mise en œuvre entre le comité directeur du PDSN d'une part, et les directions régionales de la santé et les districts sanitaires d'autre part, contribuent à la familiarisation des acteurs de la santé (autant au niveau central que local) avec des instruments de contractualisation et des mécanismes de suivi des performances (rapports financiers trimestriels, rapports d'activités trimestriels, rapports de progrès trimestriels, audits). L'expérimentation du système de planification et de suivi a contribué de façon tangible à la redéfinition des rôles et des responsabilités entre les acteurs des différents niveaux du système public de santé en cours de décentralisation.

Parmi les faiblesses qui peuvent être mentionnées dans cette évolution, cependant, figure la faiblesse de la participation des organisations du mouvement associatif local, en plus des comités de santé, et des collectivités territoriales existantes au processus de planification et de suivi au niveau local. Cette faible participation doit sans nul doute être liée à la perspective restreinte des cadres de partenariats locaux dans la santé fondés sur les comités spécifiques au secteur de la santé. Le secteur de la santé pourrait tirer profit du mouvement de décentralisation politique et administrative en cours pour promouvoir une plus grande implication des communautés de base dans la santé en se fondant sur les propres structures de gouvernance et les capacités de planification qu'elles ont développées au niveau opérationnel au cours des dernières années.

(système d'information, planification et suivi, IEC, financement et gestion, participation communautaire, logistique, approvisionnement et distribution des médicaments) qui accompagnent la mise en place du district sanitaire contribue non seulement à renforcer l'autonomie et la flexibilité dans la gestion des services de santé périphériques, mais aussi à élargir le cadre de la participation des populations aux questions de santé.

Au niveau intermédiaire, les centres hospitaliers régionaux du Burkina Faso sont devenus des établissements publics à caractère administratif, comme les hôpitaux nationaux, en conséquence du mouvement de réforme hospitalière. Ils jouissent de l'autonomie de gestion et de l'autonomie financière et sont dirigés par des conseils d'administration.

Au niveau central, le MS a maintenu ses prérogatives dans le domaine de la formulation des politiques et la planification. Le MS s'est doté de moyens pour appuyer le mouvement de décentralisation par la mise en place d'une cellule d'appui à la décentralisation et l'organisation des régions sanitaires. Par ailleurs, les fonctions de planification et de suivi sont en cours de restructuration selon une approche partant de la base vers le sommet dans le

cadre des réformes de décentralisation (voir Encadré 2). Enfin, plus de flexibilité a été introduit dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments pour appuyer la décentralisation dans le système de santé.

En plus des problèmes internes à la décentralisation dans le système de santé, le financement et la gestion des services de santé périphériques seront face à un tournant décisif d'ici 2003 avec la mise en œuvre des réformes politiques et administratives initiées par les textes d'orientation de la décentralisation de 1998<sup>13</sup>. L'Etat va transférer une dizaine de domaines de responsabilité aux collectivités territoriales, dont la santé et la planification. Dans le secteur de la santé, la province sera responsable de la construction et de la gestion des institutions sanitaires de base et intermédiaires (CSPS, CM et CMA) dans les agglomérations non érigées en commune, de l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique et de la participation à l'élaboration de la tranche provinciale de la carte sanitaire. La commune reçoit les mêmes compétences que la province mais qu'elle exerce dans le périmètre communal. La dévolution de responsabilités va être accompagnée de mesures compensatoires destinées

à donner des moyens financiers aux collectivités locales pour qu'elles puissent assumer leurs nouvelles responsabilités dans les domaines dévolus.

La dévolution de la prise de décision en matière de santé aux collectivités territoriales, qui sont plus proches des besoins des communautés de base, ouvre de nouvelles opportunités pour renforcer les services de santé de base. Contrairement aux comités de gestion dont les seules ressources proviennent de la prestation des soins et de la vente de médicaments, en d'autres termes du paiement par les usagers et les ménages, ce qui peut constituer pour les plus pauvres une barrière pour accéder aux soins, les collectivités territoriales, auxquelles le domaine de la santé va être dévolu, disposeront de ressources propres, de transferts de l'Etat central et des produits de la coopération décentralisée qui pourraient offrir des opportunités pour renforcer le financement public des services de santé de base.

Par ailleurs, les textes d'orientation de la décentralisation de 1998 prévoient des partenariats et des instruments contractuels pour asseoir la coopération et la solidarité entre l'Etat et les collectivités territoriales, et entre les collectivités territoriales et les partenaires extérieurs dans les efforts de développement économique et social, dont la santé. Les ressources des CT, les partenariats et les instruments contractuels peuvent être utilisés par le secteur de la santé pour renforcer le financement public et coordonner les interventions des différents acteurs dans le domaine de la santé.

Enfin, les textes d'orientation de la décentralisation 1998 identifient les organisations du mouvement associatif local comme étant les premiers partenaires des collectivités territoriales dans leurs efforts de développement. Le secteur de la santé pourrait saisir ces opportunités pour un meilleur ancrage de la participation communautaire aux problèmes de santé dans les structures de gouvernance locale et les formes d'organisation qui existent dans les communautés de base, en particulier groupements féminins et mutuelles. Un tel ensemble d'actions contribuerait au renforcement de la participation des populations dans le domaine de la

santé et à celui de la responsabilisation des acteurs des services de santé de base.

---

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

2. Un centre de santé est accessible à 100% si son rayon d'action moyen est inférieur à 5 km. Ainsi le taux d'accessibilité est calculé de la façon suivante : Taux d'accessibilité (en %) =  $100 \times 5/R$  où R est le rayon d'action moyen en km du district sanitaire. Voir Annexe 1 sur la classification des districts sanitaires selon le gradient de pauvreté et les informations sur les taux d'accessibilité géographique en Annexe 3.

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

4. WHO, 2001. *World Health Report*. Geneva

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

6. Traore Abdoulaye *et al.*, 2000.

7. Traore, Abdoulaye *et al.*, (2000) : *op. cit.*

8. Traore, Abdoulaye *et al.*, (2000) : *op. cit.* : 49-50

9. Parmi les quatre districts sanitaires de Kaya, trois (Barsalogho, Boulsa et Kongoussi) sont parmi les cinq districts sanitaires classés dans la zone 4, la zone la plus pauvre du pays. En d'autres termes, l'exemple donné ici fournit une estimation du niveau des ressources contribuées par les populations au financement des formations sanitaires périphériques dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

10. Des comptes nationaux de la santé ne sont pas disponibles au Burkina Faso pour permettre une estimation de la part des flux financiers des ménages vers les formations sanitaires périphériques dans les dépenses de santé des ménages. Sur la base des expériences des autres pays, cependant, où l'automédication est importante, la part la plus importante des flux financiers des ménages dans le système de santé est capturée par les officines de pharmacie. Ces hypothèses restent à tester, cependant, dans le cadre du Burkina Faso.

11. Zett, Jean-Baptiste, 2000. « Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso », dans *Banque de données sur les mutuelles de santé et de leurs structures d'appui : travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*. Par Concertation entre les Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé en Afrique. (Septembre).

12. Centre National d'Expertise en Sciences Sociales, 2001. *Evaluation par les Bénéficiaires et Acteurs des Interventions de Santé au Burkina Faso : Rapport de Synthèse Provisoire*. Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, Projet de Développement Santé et Nutrition. Ouagadougou : (Septembre).

13. Burkina Faso, 1998. Textes d'Orientation de la Décentralisation.

## 6

# Couverture et qualité des services essentiels

**C**omme on l'a vu en conclusion de la sous-section 3.1, les tendances des indicateurs de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de fécondité du Burkina Faso au cours de la dernière décennie ont inscrit le pays dans une trajectoire qui l'a plutôt éloigné des objectifs de développement international pour 2015. L'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA au cours des années 1990 a certainement contribué à ces tendances ; cependant, une large part de ces tendances pourraient s'expliquer par la situation des pauvres en ce qui concerne les interventions essentielles de santé. La section précédente suggère déjà que la distribution de l'infrastructure et des ressources humaines, qui sont à la base de la prestation des interventions essentielles de santé, est défavorable aux régions et aux zones où résident les pauvres. Il s'agit dans la présente section de voir comment cela se traduit dans la situation des pauvres en ce qui concerne des interventions essentielles dont il est prouvé qu'elles contribuent significativement à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile. Dans cette perspective, la santé reproductive et la santé de l'enfant sont utilisées comme traceurs pour apprécier l'accès des pauvres à ces interventions essentielles de santé.

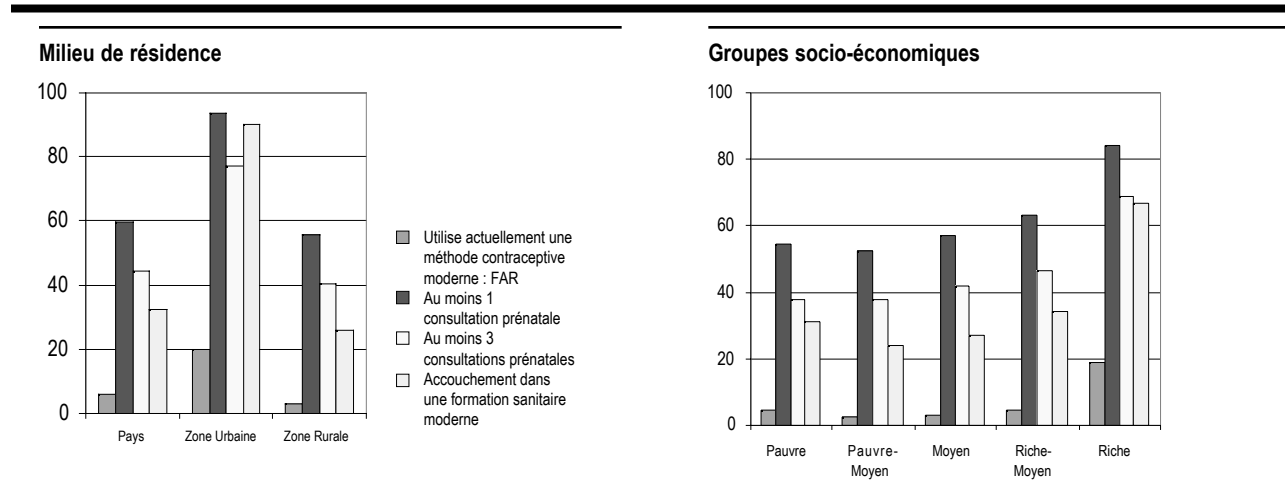
### Santé reproductive

L'accès des pauvres aux services de santé reproductive de qualité est parmi les facteurs les plus impor-

tants non seulement pour la réduction de la mortalité maternelle et la fécondité, mais aussi pour la réduction de la mortalité infantile. Les services de santé de la reproduction au Burkina Faso combinent le suivi de la grossesse et les services obstétricaux, y inclus les soins obstétricaux essentiels, et les services de planification familiale. Les premiers types de services sont fournis aux différents niveaux du système public de prestation de soins depuis des décennies. La mise en place des soins obstétricaux d'urgence aux niveaux secondaires du système de prestation de soins, cependant, est beaucoup plus récente et explique le renforcement des plateaux techniques au niveau des centres hospitaliers régionaux et la transformation des centres médicaux existants en centres médicaux avec antenne chirurgicale. Enfin, les services modernes de planification familiale sont toujours en cours d'implantation. Si des médecins formés en chirurgie sont nécessaires pour la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence, la ressource sanitaire clé pour l'extension de la couverture des services de santé de la reproduction reste un réseau étendu de sages-femmes professionnelles. En conséquence, on peut s'attendre à ce que la distribution des ressources sanitaires décrites dans la section précédente aient des implications importantes sur la couverture et la qualité des services de santé reproductive.

Le graphique 13 et le premier panel du tableau 7 fournissent un état des services de santé reproductive dans le pays en 1999. Comme on peut le cons-

**Graphique 13**  
**Couverture des pauvres par les services de santé de la reproduction**



Source : DHS 1999.

tater, l'utilisation des services de planification familiale est toujours faible sur l'ensemble du pays : sur la base des données du système d'information sanitaire de routine, cependant, une légère augmentation de la couverture des services de planification familiale a pu être observée entre 1995 et 1999. La couverture des services de planification familiale, telle qu'indiquée par la proportion de femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne, est essentiellement un phénomène urbain ; dans les zones rurales où vivent la majorité des femmes Burkinabé, les femmes pauvres en particulier, la prévalence contraceptive est très faible. Les pauvres sont faiblement couverts par les services de planification familiale : si près de 20 % des femmes dans les 20 % de ménages les plus aisés utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne, l'utilisation tombe à moins de 5 % dans 80 % des ménages les plus pauvres.

La faible couverture des pauvres et des zones rurales par les services de planification familiale n'est pas surprenante en raison de la faible interaction entre les services de santé et les communautés de base. En effet sur l'ensemble du pays, moins de 5 % des femmes ont reçu une visite à domicile d'un agent de santé communautaire dans le cadre de la promotion de la planification familiale. Par ailleurs, 27 % seulement des femmes en âge de procréer ont fréquenté une institution sanitaire moderne au

cours de l'année, moins de 25 % des femmes les plus pauvres, réduisant ainsi leurs opportunités d'entendre une causerie et de bénéficier de conseils sur la planification familiale au niveau des structures de soins. En d'autres termes, les efforts pour augmenter la demande et changer les comportements en matière de planification familiale et de contrôle de la fécondité n'atteignent pas encore les plus pauvres de la population.

Comparée à la prévalence contraceptive, la couverture du suivi de la grossesse est relativement élevée dans le pays ; elle souffre, cependant, d'une déperdition relativement élevée. En effet, sur la base des données de EDS 1999, environ 60 % des femmes en état de grossesse ont au niveau national au moins une consultation prénatale, mais 44 % seulement ont eu au moins trois consultations prénatales. La couverture et la continuité du suivi de la grossesse sont beaucoup plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural : en effet, 94 % des femmes urbaines en état de grossesse ont eu au moins une consultation prénatale, 77 % en ont eu au moins trois ; en revanche, seules 56 % des femmes rurales en état de grossesse ont eu au moins une consultation prénatale et 41 % en ont eu au moins trois. Non seulement, la couverture du suivi de la grossesse est plus faible parmi les femmes les plus pauvres comparativement aux femmes les plus aisées, mais aussi la déperdition

**Tableau 7**  
**Couverture des pauvres par les services essentiels de santé**

Indicateurs	Milieu de résidence			Groupe socio-économique					Ratio riche/pauvre
	Pays	Urbain	Rural	Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Riche-moyen	Riche	
<b>Santé de la reproduction</b>									
Planification familiale									
Proportion (%) de femmes âgées de 15-49 ans qui									
• Ont reçu une visite d'un agent de santé communautaire au cours des 12 derniers mois	4,7	5,7	4,5	4,8	3,2	4,5	5,4	6,5	1,4
• Ont visité une institution sanitaire moderne au cours des 12 derniers mois	31,1	51,6	26,9	23,1	24,9	28,9	32,0	50,4	2,2
• Utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne	5,8	19,7	3,0	4,7	2,5	3,3	4,5	18,9	4,0
• Utilisent actuellement une méthode contraceptive traditionnelle	6,2	7,2	5,9	4,0	4,3	6,4	7,7	8,3	2,1
Suivi de la grossesse									
Naissances-vivantes des 5 dernières années									
• Proportion (%) de femmes ayant eu 1 CPN (CPN1)	59,6	93,7	55,9	54,6	52,8	57,0	63,3	84,1	1,5
• Proportion (%) de femmes ayant eu 3 CPN (CPN3)	44,1	77,0	40,5	38,0	38,0	41,8	46,3	69,0	1,8
• Ratio CPN3/CPN1	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	1,2
• Nombre moyen de consultations prénatales	2,0	3,2	1,8	1,8	1,7	1,8	2,1	2,9	1,7
Assistance à l'accouchement									
• Proportion (%) de femmes ayant accouché au niveau d'une institution sanitaire moderne	32,1	90,0	25,8	30,9	24,2	27,0	34,0	67,0	2,2
<b>Santé de l'Enfant</b>									
Vaccination									
• % d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le BCG	72,3	96,4	69,5	67,4	64,2	71,8	76,6	88,0	1,3
• % d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le DTC1 (DPT1)	78,1	86,2	77,2	73,6	73,5	79,6	80,4	83,7	1,1
• % d'enfants de 12-23 mois ayant reçu le DTC3 (DPT3)	41,2	73,3	37,5	40,2	30,5	39,6	45,6	63,0	1,6
• Ration DPT3/DPT1	0,5	0,9	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6	0,8	1,4



**Tableau 7 (suite)**

Indicateurs	Milieu de résidence			Groupe socio-économique					Ratio riche/pauvre
	Pays	Urbain	Rural	Pauvre	Pauvre-	Moyen	Riche-	Riche	
					moyen		moyen		
Prise en charge des maladies diarrhéiques									
• Enfant de moins de 5 ans traité auprès d'un prestataire moderne en cas de diarrhée	19,3	39,5	17,0	15,6	16,2	16,7	19,7	37,9	2,4
• Enfant de moins de 5 ans ayant reçu ORS ou RHS en cas de diarrhée	18,2	40,7	15,7	20,3	12,8	17,2	17,2	32,7	1,6
Prise en charge des infections respiratoires et du paludisme									
• Enfant de moins de 5 ans n'ayant pas reçu de traitement en cas de fièvre ou de toux	43,1	27,4	44,9	47,0	51,9	42,3	39,4	26,7	0,6
• Enfant de moins de 5 ans traité à la maison ou tradipraticien en cas de fièvre ou de toux	10,0	4,9	10,6	6,7	8,4	13,3	10,3	5,4	0,8
• Enfant de moins de 5 ans traité auprès d'un prestataire moderne en cas de fièvre ou de toux	13,8	34,8	11,4	8,9	11,2	10,1	18,1	31,0	3,5

Sources de données : Enquête Démographie et Santé de 1999 si non spécifiée.

dans le cadre du suivi de la grossesse est plus élevée parmi les femmes les plus pauvres.

Sur la base des données de routine du système d'information sanitaire, la couverture du suivi de la grossesse a stagné ou baissé entre 1995 et 1998 dans la majorité des régions du pays, à l'exception de la région la plus aisée, la région de Ouagadougou, où la couverture a continué à s'améliorer. A partir de 1998, cependant, la couverture des soins prénatals a connu une amélioration sur l'ensemble du pays, à l'exception des régions sanitaires de Fada, Gaoua et Tenkodogou.

A la déperdition dans le cadre du suivi de la grossesse est associée une faible couverture de l'accouchement au niveau des institutions sanitaires modernes : en effet, 32 % seulement des accouchements ont lieu dans un établissement sanitaire moderne dans l'ensemble du pays. Cette proportion atteint, cependant, 90 % dans les zones urbaines, mais ne dépasse pas 26 % en milieu rural. Parmi les femmes appartenant aux 80 % de ménages les plus pauvres, la proportion des accouchements qui ont eu lieu au niveau des institutions sanitaires

modernes s'établit entre 24 % et 34 % ; parmi les femmes appartenant aux 20 % de ménages les plus aisés, cependant, cette proportion atteint 67 % chez les plus aisés.

En résumé, non seulement la couverture des services de santé de la reproduction est faible dans le pays, mais aussi les inégalités entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus pauvres d'autre part, sont importantes. Ces écarts dans la couverture des services de santé de la reproduction sont encore plus marqués pour les services de planification familiale et les soins obstétricaux.

L'analyse des causes de ces écarts, présentée dans l'annexe 4, suggère qu'une grande part résulte de la disponibilité des ressources humaines, la disponibilité des sages-femmes en particulier. Les écarts en matière de couverture obstétricale s'expliquent dans une large mesure non seulement par les limites de l'accès aux services de santé, mais aussi par la disponibilité des sages-femmes. La disponibilité des sages-femmes constitue un obstacle systématique de taille pour la santé de la reproduction

dans les zones les plus pauvres, les zones 2, 3 et 4, sauf dans quelques districts comme Koudougou. La couverture obstétricale est très faible pour l'ensemble des zones et ce qui est peut-être la résultante de plusieurs facteurs dont les causes sous-jacentes devront être recherchées avec minutie afin de contribuer de façon notable à l'amélioration de la santé reproductive.

### Santé de l'enfant

La protection des enfants contre les maladies transmissibles grâce à la vaccination est une des interventions essentielles pour l'amélioration de la santé des enfants. Il est prouvé que, combinées à la prise en charge de cas d'infections respiratoires aiguës, de diarrhée, de paludisme, de rougeole et de malnutrition, ces interventions contribuent significativement à la réduction de la mortalité des moins de cinq ans. Etant donné que ces maladies affectent disproportionnellement les enfants des pauvres, une couverture étendue et une qualité soutenue de ces interventions contribueraient à l'amélioration des conditions sanitaires des plus pauvres.

La couverture des pauvres par les interventions essentielles pour améliorer la santé de l'enfant est analysée dans cette sous-section sur la base des indicateurs de couverture vaccinale et de la prise en charge de la maladie chez les enfants de moins de cinq ans. Le graphique 14 et le deuxième panel du tableau 7 synthétisent la couverture des pauvres en ce qui concerne les interventions essentielles de santé de l'enfant, ceci sur la base des données de l'EDS de 1999.

Les indicateurs de la couverture vaccinale décrivent non seulement le niveau de couverture de la vaccination (BCG, DTC1, DTC3), mais aussi la continuité qui peut être appréciée à travers le ratio de la couverture du DTC3 et de la DTC1. Comme on peut le constater, la couverture vaccinale est relativement faible sur l'ensemble du pays. Les enfants des milieux urbains, cependant, semblent être adéquatement couverts par les services de vaccination ; par ailleurs, la continuité de la vaccination est relativement élevée en milieu urbain. En revanche, la couverture des enfants ruraux est faible ; par ailleurs, la déperdition des enfants est très élevée parmi les enfants des zones rurales. En effet, si 77 %

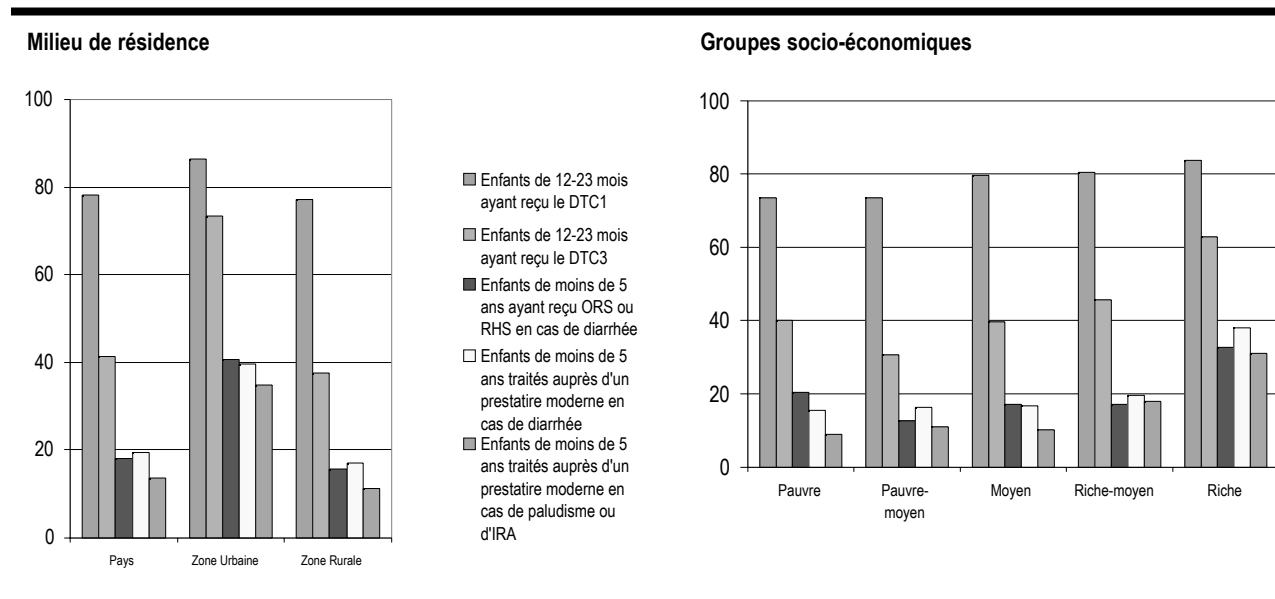
des enfants de 12 à 23 mois ont reçu le DTC1, 38 % seulement ont reçu le DTC3 en milieu rural : en d'autres termes, la moitié des enfants ruraux qui commencent la série des doses de DTC ne bénéficient pas de la troisième dose.

Les inégalités de la couverture et de la continuité observées entre le milieu urbain et le milieu rural sont aussi observées entre les secteurs les plus aisés de la population et les secteurs les plus pauvres. En effet, plus on est pauvre, plus la couverture et la continuité de la vaccination est faible. En définitive, seuls les enfants issus des 20 % de ménages les plus aisés bénéficient d'une couverture relativement adéquate des interventions de vaccination.

Les écarts dans la couverture des services de vaccination persistent malgré les améliorations de la couverture vaccinale enregistrées au cours des dernières années : en effet, les données de l'EDS de 1999 décrivent les gains réalisés en 1998 et en 1999. Les séries des indicateurs de couverture vaccinale couvrant la deuxième moitié des années 90s compilées par le MSP sur la base des données de routine, suggèrent que la couverture vaccinale a connu un recul très important entre 1995 et 1997 pour reprendre une tendance à la hausse entre 1997 et 2000. Sur 11 régions sanitaires, la couverture du DTC3 était tombée à moins de 30 % dans 8 régions en 1997 ; elle avait atteint un plancher de 16 % dans les régions de Dedougou et de Fada au cours de la même année. La reprise entre 1997 et 2000, cependant, a été soutenue dans toutes les régions à l'exception des régions de Ouahigouya et de Tenkodogou.

L'analyse des obstacles systémiques de la vaccination présentée dans l'annexe 4 suggère que l'accessibilité des sessions de vaccination est relativement adéquate pour l'ensemble des districts de la zone la plus aisée du pays et ne constitue pas un obstacle pour la vaccination sauf pour le district du secteur 15. La disponibilité des ressources humaines, cependant, constitue un goulot d'étranglement dans les secteurs 15 et 22. Par ailleurs, il peut être constaté que l'utilisation des services de vaccination constitue un problème crucial dans tous les districts sauf à Paul VI. Dans les zones les plus pauvres et les zones rurales, cependant, autant l'accessibilité, la disponibilité des ressources humaines et l'utilisation (des sources constituent des obstacles à une meilleure couverture des enfants. Dans ces zones les plus pau-

**Graphique 14**  
**Couverture des pauvres par les services de santé de l'enfant**



Source : DHS 1999.

vres, le renforcement des ressources humaines et l'élaboration de stratégies avancées et une plus grande implication des communautés sont une urgence pour améliorer la couverture des plus pauvres par les services de vaccination.

En plus de la vaccination, la prise en charge de la maladie chez les enfants est une stratégie clé pour améliorer les indicateurs de santé des enfants des plus pauvres. La prise en charge de la diarrhée, du paludisme et des IRA chez les enfants de moins de 5 ans est présentée dans le graphique 14 et le tableau 7 à titre d'exemple de la prise en charge des maladies des enfants par les services de santé. Dans l'ensemble du pays, la proportion des cas de diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans pris en charge par les services de santé est relativement faible : en effet, non seulement moins de 20 % des cas de diarrhée reçoivent un traitement de réhydratation orale, mais moins de 20 % sont traités auprès d'un prestataire moderne. Parmi les enfants urbains, cependant, environ 40 % des cas de diarrhée reçoivent un traitement de réhydratation orale ou sont traités auprès d'un prestataire moderne ; en milieu rural, cette proportion ne dépasse pas 16 %.

Les disparités observées entre le milieu urbain et le milieu rural sont aussi observées entre les

groupes socio-économiques. La vraisemblance que les services de santé prennent en charge les cas de diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans est 2,4 fois plus élevée parmi les enfants des 20 % de ménages les plus aisés comparativement aux enfants des 20 % de ménages les plus pauvres. En dehors des enfants des 20 % de ménages les plus aisés, la couverture de la prise en charge de la diarrhée atteint à peine 20 % parmi les enfants des autres groupes socio-économiques.

Les disparités dans la prise en charge des maladies des enfants entre les milieux urbains et les groupes socio-économiques sont encore plus profondes dans le cadre de la prise en charge des cas de paludisme ou d'IRA. Sur l'ensemble du pays, environ 14 % des cas de fièvre ou de toux parmi les enfants de moins de 5 ans sont pris en charge par les services de santé : parmi les enfants urbains, cette proportion s'élève à 35 %, comparée à 11 % parmi les enfants ruraux. Parmi les enfants des 20 % de ménages les plus pauvres, environ 9 % des enfants sont couverts en cas de paludisme ou d'IRA ; cette proportion se maintient à environ 10 % parmi les enfants provenant de 60 % des ménages les plus pauvres. Parmi les enfants des 20 % de ménages les plus aisés, la proportion d'enfants pris en charge

s'élève à 31 %. En d'autres termes, la vraisemblance qu'un enfant provenant d'un ménage relativement aisé soit pris en charge par les services de santé en cas de paludisme ou d'IRA est 3,5 fois plus élevée que la vraisemblance que tel soit le cas pour un enfant provenant d'un ménage pauvre.

En somme, malgré les efforts qui ont été fournis pour accroître la couverture géographique des services de santé, la couverture effective des enfants par les services de santé est très faible au Burkina Faso. Après une période de recul durant la deuxième moitié des années 1990, les services de vaccination semblent avoir repris de l'élan en conséquence de l'accent mis de plus en plus sur la responsabilisation des acteurs locaux et le suivi de

la performance dans le cadre de la gestion des services de santé de base. Des disparités importantes persistent cependant, dans la couverture des enfants des plus pauvres et des enfants ruraux par les services de vaccination. Les écarts dans la couverture des enfants pauvres sont plus importants encore dans la prise en charge en cas de maladie, notamment celles qui sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, la diarrhée, le paludisme et les IRA. En conséquence, il faudra des actions et des mesures plus énergiques dans le secteur de la santé si les services de santé doivent contribuer à améliorer les conditions sanitaires des enfants des pauvres et la lutte contre la pauvreté dans le pays.

# 7

## Axes stratégiques de lutte contre la pauvreté

L'analyse des relations entre la pauvreté et la santé présentée dans les sections précédentes montre que celles-ci reflètent dans une large mesure non seulement une des caractéristiques principales de la pauvreté dans le pays, la pauvreté rurale, mais aussi les manques dans la couverture des pauvres ruraux par le système de santé. La pauvreté rurale se manifeste par la vulnérabilité des ménages pauvres des zones rurales aux aléas de la pluviométrie et l'insécurité alimentaire qui se traduisent par l'endémicité de la malnutrition dans le pays. Par ailleurs, les ménages pauvres des zones rurales résident dans des communautés où l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est réduit, et les coûts d'opportunité d'accès aux services sociaux de base relativement élevés. Enfin, l'analphabétisme en milieu rural favorise la survivance de pratiques et coutumes qui nuisent à la santé des femmes pauvres et leurs enfants. Ainsi, les actions à mener pour améliorer les conditions sanitaires des pauvres devraient renforcer des actions multi-sectorielles axées sur l'intégration de la santé dans les stratégies et programmes d'amélioration de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable, de l'éducation de base et de l'alphabétisation. Le Programme d'Action National de Lutte Contre la Désertification de 1999 et le Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base 2000-2009 se situent offrent déjà dans cette perspective.

Dans le secteur de la santé proprement dit, il est important que l'État et ses partenaires s'engagent au cours des prochaines années à réduire les inéga-

lités du système de santé et à mieux orienter les services de santé vers les populations vulnérables. Dans cette perspective, les stratégies de lutte contre la pauvreté dans le secteur santé peuvent s'articuler autour de trois axes :

- Axe 1: améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres
- Axe 2: limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis
- Axe 3: impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé

Il s'agit premièrement de renverser les tendances actuelles de détérioration des conditions sanitaires des pauvres pour remettre le pays dans une trajectoire de progression vers les objectifs internationaux 2015 et d'amélioration de la santé des pauvres en tant qu'une des principales dimensions de la réduction de la pauvreté. Deuxièmement le secteur de la santé devrait contribuer à la protection des revenus des pauvres en veillant à ce que la maladie et les risques financiers qui lui sont associés ne soient pas une source d'exclusion, d'endettement ou d'appauvrissement des ménages. Enfin, troisièmement le secteur de la santé devrait contribuer à la réduction de la pauvreté en renforçant la participation et l'implication des pauvres dans la prise de décisions en matière de santé qui les concernent.

### **Axe 1: Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres**

Face au défi posé par la dégradation des indicateurs de santé, en particulier l'augmentation de la mortalité infantile parmi les populations les plus défavorisées, le gouvernement du Faso devra s'attacher à donner priorité aux interventions qui répondent aux problèmes de santé des plus pauvres. Pour cela une réorientation du secteur santé sera nécessaire pour assurer la fourniture de services de base aux populations rurales, réorienter la dépense publique vers les groupes les plus pauvres et répondre aux problèmes liés à la demande des ménages. Cette réorientation devra prendre en compte le processus de réforme de l'Etat et de décentralisation actuellement en cours en utilisant les opportunités qu'il comporte de modifier profondément les mécanismes d'allocation et de gestion de la dépense publique. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté a défini les stratégies prioritaires suivantes : (i) améliorer l'accès géographique des plus pauvres aux services de santé maternels et infantiles essentiels à la réduction de la mortalité infantile-juvénile et maternelle, (ii) améliorer la disponibilité de ressources humaines qualifiées en milieu rural, (iii) développer des mécanismes de financement liés à la performance en terme de provision de services de santé maternels et infantiles essentiels, (iv) assurer la micro-planification et le monitoring participatif au niveau local des activités prioritaires, et (v) soutenir les ménages à travers les activités multi-sectorielles en matière de santé de l'enfant et de la mère, de nutrition, de lutte contre le SIDA et d'information pour la santé. La mise en oeuvre de ces stratégies peut se traduire de différentes manières mais il est important que le processus de réforme se place résolument dans une dynamique d'orientation vers la performance en terme de réponse aux besoins des ménages et de couverture des besoins de santé des populations les plus défavorisées en particulier les populations rurales.

#### **Améliorer l'accès géographique des plus pauvres aux services de santé maternels et infantiles essentiels à la réduction de la mortalité infantile-juvénile et maternelle**

L'atteinte des objectifs de santé de 2015 nécessite tout d'abord que le système de santé développe

significativement sa capacité d'augmenter la couverture avec un ensemble de soins répondant aux maladies des plus pauvres en particulier en milieu rural. Au vu des taux élevés de mortalité infantile-juvénile et maternelle actuels, cet ensemble devra comprendre les services essentiels répondant aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, la tuberculose, et le SIDA, aux problèmes de santé maternelle et infantile et aux problèmes nutritionnels, carences en micro-nutriments (fer, vitamine A et iode), allaitement non exclusif avant 6 mois, maladies de l'enfant et problèmes de santé reproductive (MST, Planning Familial, maternité sans risques). L'accès à cet ensemble sera amélioré en milieu rural en rendant fonctionnels les CSPS qui ne le sont pas encore, en développant et soutenant systématiquement la stratégie avancée. Il faudra assurer l'accès (à moins de 5 km) à 90 % de la population aux soins préventifs, et aux soins curatifs de base, assurer le transport des urgences obstétricales par les ambulances villageoises ou par un autre moyen et développer les services à base communautaires en particulier pour la prévention de la malnutrition et la prise en charge précoce et adéquate des maladies de l'enfant. Les efforts d'amélioration de l'accès impliqueront de cibler les financements en terme d'investissement sur les zones rurales et pauvres, pour rétablir un équilibre en particulier par rapport aux régions de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso, où l'offre est actuellement à un niveau satisfaisant.

#### **Améliorer la disponibilité des ressources humaines en milieu rural**

La disponibilité de compétences minimales pour la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des mères et des enfants est une des plus grandes urgences stratégiques du système de santé Burkinabé. Il s'agit aujourd'hui de faire face à cette urgence en mettant en place une politique de développement des ressources humaines pour un meilleur service des populations rurales soutenue par une augmentation majeure des financements pour la ressource humaine. Cette politique devra permettre tout d'abord de redéfinir les profils et compétences pour la fourniture de services en milieu rural en particulier les profils liés à la prise

en charge de l'accouchement et de la mortalité périnatale. La formation de personnels appelés à demeurer dans les zones rurales est une priorité ; les auxiliaires d'accouchement mises en place avec succès dans des pays comme l'Indonésie, les Philippines ou certains états de l'Inde peuvent constituer un modèle. La deuxième priorité est de développer des mécanismes permettant de retenir les personnels en milieu rural, en particulier des personnels clés comme les infirmiers, les médecins et les chirurgiens. Plusieurs mesures ou mieux une combinaison de mesures doivent être rapidement mises en place pour introduire des mécanismes de flexibilité dans la gestion de la ressource humaine par le secteur public. Les mesures possibles comportent la décentralisation du recrutement, la contractualisation externe et interne, complète ou partielle des personnels, le développement de partenariats entre les secteurs public et privé et l'institutionnalisation et la codification des pratiques mixtes du personnel et enfin la mise en place de motivation financière et non financières des personnels de santé postés en zones rurales. Le financement de primes de zones permettant de compenser les différentiels de rémunération existant pour les catégories à haut niveau de formation entre le secteur privé et le marché international et le secteur public doit être envisagé de façon prioritaire. Enfin après définition de ces nouvelles politiques il sera important de procéder à un recrutement soutenu—préférentiellement local et sous régime contractuel—de personnel en particulier d'infirmiers, d'auxiliaires et de médecins pour le milieu rural pour la prise en charge des services de santé de premier niveau et de la chirurgie essentielle en particulier les soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans tous les districts.

### **Développer des mécanismes de financement liés à la performance de services de santé maternels et infantiles essentiels**

Le Burkina a développé au cours des dernières années une approche de financement des districts de santé sur base contractuelle qui a permis de définir les indicateurs et les critères de performance sur lesquels baser le financement des services. Cette approche a permis de mieux définir les produits clés du secteur et de lier les ressources aux objectifs.

Il sera important dans le futur de promouvoir plus activement et de généraliser cette approche contractuelle pour la mise en œuvre des interventions prioritaires, avec paiement des districts mais surtout des prestataires de santé en fonction de la performance. La généralisation et la formalisation de cette approche nécessitera cependant de la définir plus en détail et de la rendre encore plus opérationnelle en définissant les composantes fixes (intrants essentiels) et variables (mécanismes incitatifs) des budgets transférés aux districts afin d'intégrer cette expérience dans la réforme budgétaire. Cette approche nécessitera cependant de profondes réformes des modes d'allocation et de transferts du budget de l'Etat aux institutions sanitaires périphériques. La liaison des intrants à la performance nécessitera en effet le développement de budgets programmes et le passage progressif du contrôle ex ante actuel à un contrôle a posteriori systématique. Il serait important que le Ministère de la Santé puisse de ce côté être un ministère pilote de la réforme budgétaire associant décentralisation et passage à une budgétisation de programmes.

### **Assurer la micro-planification et le monitoring participatif au niveau local des activités prioritaires**

La faible couverture des populations vulnérables telles les femmes et les enfants résulte également d'une faiblesse récurrente de la planification, du monitoring et de la supervision des services périphériques. Il sera important pour la mise en œuvre de la stratégie qu'un effort particulier porte sur l'élaboration des micro-plans au niveau district et au niveau centre de santé pour la mise en œuvre d'activités permettant d'élever les taux de couverture des pauvres par des interventions les plus à même d'améliorer leur état de santé. Le système de micro-planification et de monitoring local (CSPS) de la performance sur les objectifs clés (vaccination, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant—PECIME—paludisme, activités SIDA, santé de la mère, micro-nutriments etc.) doit ainsi être consolidé au niveau district, régions et pays. Ce monitoring des progrès devra dans toute la mesure du possible impliquer les usagers et les populations.

### **Soutenir les ménages à travers les activités multi-sectorielles en matière de santé de l'enfant et de la mère, de nutrition, de lutte contre le SIDA et d'information pour la santé**

L'analyse a montré l'importance grandissante de la problématique de la malnutrition et du SIDA dans la santé infantile et reproductive et la nécessité de répondre énergiquement à ces problèmes pour inverser la tendance actuelle des indicateurs. Il sera donc important (i) d'assurer aux groupes les plus vulnérables (militaires, chauffeurs routiers, femmes libres, etc.) 100 % d'accès aux condoms, test VIH conseil et traitement des maladies sexuellement transmissibles, (ii) de développer de façon systématique des approches nutritionnelles à base communautaire, et de (iii) renforcer l'information des ménages et en particulier des femmes sur les comportements clés à adopter pour la prise en charge de leur santé et de celle de leurs enfants. Pour cela, les politiques du Ministère de la Santé et des instances de planification nationales devront envisager de développer des plans d'actions soutenant la mise en œuvre de ces actions au niveau local. L'expérience de Gaoua en terme de lutte contre le SIDA en particulier est une première application de ce type d'approche sur laquelle l'ensemble de la politique nationale pourrait être bâtie.

#### **Axe 2 : Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis**

Le coût abordable des soins essentiels, le niveau d'utilisation des services de santé de base et l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages résultent dans une large mesure des mécanismes de mobilisation des ressources financières dans le secteur de la santé. Au Burkina Faso, le seul mécanisme à travers lequel les ménages engagent des ressources dans la santé reste le paiement direct par les malades et les ménages que ce soit dans les institutions sanitaires publiques ou privées, les officines pharmaceutiques modernes ou les marchands ambulants de médicaments : le niveau des dépenses de santé par tête des ménages, qu'ils soient ruraux ou urbains, est plus élevé que les dépenses publiques par tête pour la santé dans le pays. La combinaison de tels mécanismes de financement privé

basés sur les ménages et des niveaux de financement public insuffisants se traduit par des barrières à l'accès aux soins des plus pauvres, de la population en général en cas de maladie catastrophique, le maintien de la maladie parmi les sources d'appauvrissement et d'endettement, et la capture des dépenses publiques de santé par les secteurs les plus aisés de la population.

Plusieurs mesures politiques pourraient être combinées pour réduire le coût des soins essentiels pour les ménages et limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis, augmenter l'utilisation des services de santé de base et améliorer l'équité des dépenses publiques pour la santé. Ces mesures s'articulent autour de (i) l'augmentation des ressources publiques pour soutenir les opérations des services de santé de base, (ii) l'amélioration de l'utilisation des ressources au niveau des districts sanitaires, (iii) la réduction des prix d'accès aux services essentiels clé, (iv) la mise en place de prise en charge des indigents, et (v) la promotion de mécanismes locaux de financement basés sur le pré-paiement et le partage de risques. Les quatre premières mesures pourraient être combinées dans le court-moyen terme pour réduire les barrières financières d'accès aux soins et relancer l'utilisation des services de santé en se basant sur le renforcement du financement public. Dans le même temps, à travers la cinquième mesure, des efforts seraient engagés pour élargir les opportunités des ménages et des communautés de se protéger contre les risques financiers associés à la maladie à travers la participation à des mécanismes de pré-paiement basés sur la communauté.

#### **Augmenter les ressources publiques pour soutenir les opérations des services de santé de base**

Il s'agira à travers cette mesure de traduire dans les allocations budgétaires la priorité accordée aux soins de santé primaires et d'en assurer la prise en charge par le financement public d'une part de plus en plus importante des services utilisés par les plus pauvres. Le gouvernement devrait inverser l'orientation prise par le financement des services de santé durant les années 1990 selon laquelle le fonctionnement des services de santé périphériques dépend de



plus en plus des recettes générées par le paiement par les usagers, tandis que les augmentations du budget de fonctionnement du secteur de la santé ne bénéficient qu'aux transferts aux hôpitaux. Le gouvernement devrait augmenter l'allocation des ressources budgétaires au profit des districts sanitaires où sont localisés les centres de santé et de promotion sociale et les centres médicaux qui sont les institutions sanitaires les plus proches des pauvres. Des ressources publiques accrues permettraient les améliorations de la qualité et de la couverture des services essentiels exposées dans la sous-section précédente et les mesures de réduction des prix présentées ci-dessous. Ces mesures devraient être coordonnées avec l'utilisation d'instruments contractuels basés sur la performance recommandés dans la sous-section précédente.

La mise en œuvre de telles mesures dans le court et moyen terme devrait amorcer la recherche de solutions à long-terme au problème de la viabilité du financement des services de santé de base et des interventions de santé publique. La santé figurant parmi les domaines de compétence transférés aux collectivités décentralisées (provinces et communes), les solutions à long-terme de la viabilité du financement des services de santé périphériques devraient être recherchées dans le cadre de ce nouvel environnement institutionnel et des réformes de décentralisation fiscale qui leurs sont associées, dans le cadre des réformes générales de décentralisation administrative et politique.

### **Améliorer l'utilisation des ressources au niveau des districts sanitaires**

Le gouvernement devrait prendre des mesures pour améliorer la gestion des ressources au niveau des districts sanitaires. Elles devraient inclure la fixation des charges essentielles des services de santé de base, l'identification des différentes sources de financement, la définition d'orientations en matière d'utilisation des ressources et des directives de partage des coûts pour les CSPS et les districts. Dans cette perspective, la disponibilité continue des médicaments essentiels et des vaccins au niveau CSPS et la disponibilité de sang et de tests VIH au niveau de l'hôpital de district devraient être prioritaires dans l'allocation des ressources, et être

suivies régulièrement par les structures communautaires des CSPS et du district sanitaire. Afin que des ressources accrues destinées aux districts sanitaires arrivent au niveau des structures les plus périphériques, le gouvernement devrait mettre en place un dispositif de répartition des ressources entre les institutions sanitaires et des processus ouverts de planification, de budgétisation et de suivi impliquant les parties prenantes clés (collectivités décentralisées, comités de gestion, personnel de santé, et représentants de l'Etat) au niveau des districts sanitaires.

### **Réduire le coût de l'accès aux services essentiels clé**

On ne peut espérer que les services de santé contribuent à l'amélioration de l'état de santé des populations en général et l'état de santé des plus pauvres en particulier, si les niveaux actuels d'utilisation des services de santé n'évoluent pas. Une part importante des populations déclarent que les coûts des services constituent la raison principale pour laquelle elles n'ont pas utilisé les institutions sanitaires en cas de maladie. Le gouvernement devrait réduire les tarifs pour les usagers afin de lever les barrières financières d'accès aux services de santé de base et d'augmenter l'utilisation des services de santé. Les tarifs des services essentiels de santé reproductive et de santé de l'enfant devraient être réduits : le coût des interventions préventives que sont la vaccination, la consultation prénatale, l'accouchement, l'imprégnation des moustiquaires, ainsi que les services PECIME aux enfants de 0 à 5 ans, devraient être réduits significativement. Les prix devront être ainsi standardisés dans l'ensemble du pays. Par ailleurs, le gouvernement devrait en outre assurer la prise en charge gratuite de la tuberculose, la dracunculose et la lèpre.

Des mesures devraient être prises par le gouvernement pour assurer le suivi de la réduction des tarifs. Les niveaux d'utilisation des services de santé devraient figurer parmi les premiers critères de performance des centres de santé et des districts sanitaires en liaison avec l'adoption de l'approche contractuelle comme on l'a vu dans la sous-section précédente. Par ailleurs, des mesures administratives devraient être mises en place pour assurer le

suivi de la mise en œuvre de la réduction des prix aux usagers. Enfin, le gouvernement devrait réaliser périodiquement des opérations d'analyse de la demande de soins de santé et d'évaluation de l'utilisation des services, combinant des études quantitatives et qualitatives, afin de disposer d'un mécanisme de feedback sur les comportements des ménages et des bénéficiaires, le coût abordable, la qualité et l'utilisation de services essentiels.

### **Mettre en place de mesures pour la prise en charge des indigents**

Si les mesures 1, 2, et 3 vont accroître l'accessibilité financière au niveau des soins de santé de base pour l'ensemble de la population, pour certaines catégories de la population (moins de 5 ans) et certaines catégories de besoins (par exemple la vaccination ou la tuberculose), d'autres mesures devraient être mises en place pour la prise en charge des indigents non seulement au niveau des services de santé de base, mais aussi au niveau des hôpitaux. Le gouvernement devrait élaborer une politique explicite d'exonération et mettre en place les moyens administratifs et financiers pour l'identification et la prise en charge des indigents. Le gouvernement devrait saisir l'opportunité de la décentralisation dans le système de santé pour expérimenter des systèmes d'exonération impliquant les communautés dans l'identification des indigents. En l'absence de telles mesures, les plus pauvres et les ménages moyens qui font face à une maladie catastrophique risquent de continuer à être exclus des services de santé en cas de besoin ou encore appauvris par les dépenses de santé.

### **Promouvoir des mécanismes locaux de financement basés sur le pré-paiement et le partage de risques**

Des mécanismes alternatifs de financement communautaire basés sur le pré-paiement et le partage des risques font leur apparition dans plusieurs communautés du Burkina Faso. L'intérêt de tels mécanismes de financement communautaire dans le cadre de la lutte contre la pauvreté repose sur la contribution qu'ils peuvent apporter à la protection contre les risques financiers associés à la maladie, à

l'augmentation de l'utilisation des services de santé et au renforcement du pouvoir des membres des communautés dans le système de santé (voir axe 3). A court-moyen terme, cependant, il est invraisemblable que de tels mécanismes couvrent une part importante de la population en général, une part importante des pauvres en particulier ; on peut espérer, cependant, que les expériences se multiplient et se diversifient dans les années qui viennent.

Le gouvernement devrait saisir l'opportunité ouverte par ces expériences et cette diversité pour commencer à élaborer une stratégie d'appui au développement de la mutualité dans le secteur de la santé et renforcer une approche basée sur la demande dans le développement sanitaire du pays. Il s'agirait dans le court-moyen terme de capitaliser les expériences actuelles et de promouvoir le développement de capacités internes que nécessite l'extension des mécanismes de financement communautaire basés sur le pré-paiement. Dans cette perspective, le gouvernement devrait collaborer avec les organisations non-gouvernementales, qui appuient les expériences actuelles, et les organisations du mouvement associatif pour tirer les leçons des expériences en cours et mettre en place des expériences pilotes dans diverses communautés dans le court-moyen terme. Ces expériences pilotes serviraient de plate-forme à l'élaboration des stratégies de mise en place de mécanismes de pré-paiement à base communautaire, le développement de systèmes de support de tels mécanismes (y inclus le cadre juridique, les interrelations entre le financement communautaire et le financement public), le recueil systématique d'informations sur les conséquences ces mécanismes alternatifs dans le système de santé, et le renforcement des capacités internes de mise en œuvre dans le pays.

### **Axe 3 : Impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé**

Le renversement des tendances des indicateurs de santé durant les années 1990 reflète dans une large mesure les faiblesses quant à la durabilité des interventions sanitaires dans le pays en général, l'appropriation des interventions sanitaires et la

responsabilisation des communautés dans la santé en particulier. Les structures de participation mises en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako, les comités de gestion en particulier, ont contribué à renforcer l'autonomie des institutions sanitaires périphériques et la gestion financière mais elles n'ont que rarement été un outil de mobilisation des communautés pour le développement sanitaire, la promotion de la santé et leur responsabilisation en matière de santé.

Remettre les tendances des indicateurs de santé dans une trajectoire vers l'atteinte des objectifs de développement international dans le pays va nécessiter la mobilisation durable des ressources internes, le renforcement de la participation et la responsabilisation dans les services de santé afin de promouvoir l'implication des pauvres dans la prise de décisions en matière de santé qui les concernent. Dans cette perspective, les structures de partenariat en matière de santé au niveau local devraient être mieux ancrées dans les structures de gouvernance mises en place par le mouvement de décentralisation en cours dans le pays et dans les organisations communautaires de base. Il s'agit de saisir les opportunités de l'environnement institutionnel et de mettre en place un partenariat au niveau local qui crée la synergie entre les capacités techniques d'un personnel de santé mieux motivé, le capital politique des provinces et des communes et les capacités de mobilisation et d'auto-organisation des organisations à base communautaire: un partenariat effectif au niveau local pourrait soutenir durablement un service de santé de base bien financé, qui fonctionne bien, et qui répond aux besoins des communautés de base.

Le gouvernement devrait soutenir davantage la participation des usagers et des communautés dans la gestion et le développement des activités de santé. Dans cette perspective, le gouvernement pourrait combiner des mesures pour assurer (i) la formalisation des partenariats entre l'Etat et les communautés, (ii) le renforcement de la participation des populations dans la santé, et (iii) le développement des actions sanitaires à base communautaire. Les deux premières types de mesure permettraient la mise en place de cadres et de processus pour une compréhension partagée des problèmes locaux de santé, de consensus sur les solu-

tions aux problèmes prioritaires et d'engagement des acteurs locaux dans leur mise en œuvre avec l'appui des ressources de la communauté ; dans le même temps le troisième type de mesure donnerait un contenu programmatique orienté sur l'amélioration de la santé grâce à l'implication des communautés et des populations dans la santé.

### **Formaliser le partenariat Etat — communauté**

Le gouvernement devrait utiliser les opportunités créées par l'initiation des réformes de décentralisation générale, y inclus le transfert de la compétence santé aux provinces et aux communes, pour formaliser le partenariat entre l'Etat et les communautés dans la santé. Avec les réformes de décentralisation, les interventions de l'Etat au niveau des communautés seront assurées par deux agents, les personnels de santé et les collectivités décentralisées ; par ailleurs, le ministère de la santé a déjà mis en place des comités de gestion au niveau des institutions sanitaires périphériques supposés servir d'interface entre les populations et les services de santé. Afin de faciliter la mobilisation des ressources internes, la plus grande implication des populations dans la prise de décision en matière de santé, la mise en œuvre et le suivi des activités sanitaires à base communautaire, le gouvernement devrait prendre des mesures pour clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs locaux dans la santé.

Les mesures devraient inclure la définition de structures et de processus de planification et de suivi participatifs pour renforcer la coordination, la transparence et la responsabilisation dans la gestion des interventions sanitaires au niveau local. Un comité de santé du district sanitaire, qui serait une émanation de la province, des comités de gestion des institutions sanitaires périphériques de la province, du personnel de santé et des organisations non-gouvernementales qui interviennent dans la province, pourrait coordonner les interventions des différents acteurs au niveau local. Le gouvernement pourrait s'appuyer sur les compétences de planification de la base-au sommet accumulées au cours des dernières années au niveau des districts sanitaires. La proximité de la prise de décision avec la mise en place des provinces et des communes, et

des comités de gestion mieux ancrés dans les organisations à base communautaire permettront l'identification des problèmes de santé, la mise en œuvre de solutions avec l'appui des moyens de la communauté, du niveau central et des partenaires extérieurs. Dans cette perspective, la formalisation du partenariat entre l'Etat et les communautés devrait s'effectuer au moyen de conventions spécifiant les responsabilités en termes de résultats mesurée par l'amélioration des indicateurs de santé, l'exécution des activités, l'exercice des responsabilités financières, de tutelle et de gestion des bâtiments et équipements sanitaires, et par la gestion du personnel. De telles mesures viendraient non seulement donner un contenu opérationnel à l'harmonisation des réformes de décentralisation générale et des réformes de décentralisation internes au secteur de la santé, mais aussi clarifier les rôles et les lignes de responsabilité parmi les acteurs sanitaires.

### **Renforcer la participation des populations dans le domaine de la santé**

Les comités de gestion ne pourraient servir d'outil de mobilisation des communautés et de promotion de la santé dans la communauté et participer à la responsabilisation des acteurs locaux dans ce domaine que s'ils sont mieux ancrés dans les organisations à base communautaire qui existent. Le gouvernement pourrait prendre des mesures pour que le comité de gestion devienne une émanation à la fois des groupements de femmes, qui prennent en charge la santé des enfants et leur propre santé au sein de la famille et de la communauté, des associations de jeunes, et compte parmi ses membres des représentants de personnes vivant avec une maladie chronique dans les villages et les quartiers de l'aire de responsabilité des institutions sanitaires périphériques. Une telle restructuration des comités de gestion permettrait que soient mieux représentés les besoins et les préférences en matière de santé des communautés de base, de mobiliser les populations dans le cadre d'activités sanitaires à base communautaire et d'informer les populations sur des décisions les concernant prises par les acteurs locaux de la santé.

Dans cette perspective, les compétences des comités de gestion en matière de sensibilisation, de

micro-planification participative et de monitoring des activités prioritaires de santé devraient être renforcées. Le gouvernement pourrait s'appuyer sur les réseaux d'organisations non-gouvernementales présents au niveau de toutes les régions pour mettre en place les moyens nécessaires au renforcement de ces compétences.

### **Développer des actions sanitaires à base communautaire**

Des interventions sanitaires qui se limitent aux centres médicaux et aux centres de santé et de promotion sociale ne seront pas suffisantes pour renverser les tendances des indicateurs de santé dans le pays : la détérioration des indicateurs de santé durant les années 1990 une période au cours de laquelle l'infrastructure sanitaire de base a été augmentée le montre clairement. Le gouvernement devrait prendre des mesures pour situer l'action à base communautaire comme une des premières stratégies d'intervention sanitaire dans le pays non seulement pour rapprocher l'offre de services de santé des ménages et des communautés, mais aussi pour les impliquer dans la mise en œuvre des interventions sanitaires et la promotion des changements souhaitables de comportement.

Le gouvernement devrait capitaliser sur les expériences locales et les expériences des autres pays en développement et veiller à un meilleur ancrage des comités de gestion dans les organisations à base communautaire (voir plus haut) pour élaborer les stratégies d'intervention des districts sanitaires. Quatre domaines programmatiques méritent une attention particulière dans le cadre d'interventions à base communautaire dans le pays : le paludisme, les maladies des enfants, la malnutrition protéino-énergétique, la planification familiale et le VIH/SIDA. Le gouvernement devrait initier un inventaire et une évaluation des expériences dans le pays et appuyer la mise en œuvre sur une grande échelle les expériences dont les résultats ont été probants ; par ailleurs, le gouvernement devrait multiplier les expériences pilotes pour renforcer les capacités internes d'élaboration et de mise en œuvre de stratégies à base communautaire dans les domaines ci-dessus.

La Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

devraient servir de cadres pour la mise en œuvre de ces stratégies et actions afin d'inscrire l'action sanitaire dans la décennie à venir dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. L'annexe 7 fournit un

tableau synoptique de l'articulation des orientations stratégiques et des axes d'intervention du PNDS et des trois axes de contribution du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté.

# 8

## Conclusion

**L**e rapport actuel sur la pauvreté et la santé au Burkina Faso s'inscrit dans le processus d'élaboration de la composante santé de la stratégie de réduction de la pauvreté et d'articulation de la dimension de la lutte contre la pauvreté dans la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire. Pour une meilleure compréhension de ces relations et une meilleure articulation des politiques et des interventions sanitaires dans la stratégie de lutte contre la pauvreté, le rapport s'est fondé sur les travaux d'analyse de la situation sanitaire, les enquêtes démographiques et santé (EDS 1993, EDS 1999), les enquêtes sur les conditions de vie des ménages (EP 1998), et les travaux stratégiques du secteur de la santé, travaux d'évaluation des interventions sanitaires, revues de dépenses publiques de santé, études du système d'information sanitaire, travaux de préparation du plan national de développement sanitaire et enfin la littérature « grise » du MS.

La deuxième section du rapport a situé le contexte dans lequel se développent les relations entre la pauvreté et la santé au Burkina Faso. Celles-ci sont marquées par un cadre physique où le climat soudano-sahélien dominant dans le pays, caractérisé par des sécheresses récurrentes et l'irrégularité pluviométrique, se traduit en un profil de la pauvreté essentiellement rural qui se manifeste, entre autres, par l'insécurité alimentaire, le faible accès à l'eau potable et l'endémicité de la malnutrition. Par ailleurs, le contexte géographique est propice au paludisme, aux infections respiratoires et autres

maladies transmissibles comme la rougeole et la méningite. Le taux d'urbanisation et les niveaux d'instruction étant très faibles, la transition des régimes démographiques touche une faible minorité de la population. Enfin, la dynamique externe de la population, héritée de l'époque coloniale, continue d'être dominée par des flux migratoires importants vers les pays voisins du sud qui sont devenus une source de vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA.

La troisième section a analysé les indicateurs de santé, leurs tendances récentes et les conditions sanitaires des pauvres. Il ressort de cette analyse que le Burkina Faso présente un des profils sanitaires les plus pauvres dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. A des niveaux relativement élevés de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de fécondité s'est associée une prévalence relativement élevée du VIH/SIDA au cours des années 1990 qui situe le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés dans la sous-région. Les tendances des indicateurs de santé du Burkina Faso au cours de la dernière décennie ont inscrit le pays dans une trajectoire qui l'a plutôt éloigné des objectifs de développement international pour 2015. En effet, la mortalité infantile est restée quasi constante au cours de la décennie, alors que le taux de la mortalité juvénile s'est élevé chez les plus pauvres ; par ailleurs, l'état nutritionnel des enfants se serait détérioré au cours des années 1990.

La troisième section fait ressortir que les principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays sont constituées par les maladies transmissi-

bles, dont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. L'association de ces maladies à un niveau élevé de malnutrition et aux épidémies récurrentes de rougeole et de méningite cérébro-spinale contribue pour une large part au lourd fardeau de la morbidité et au niveau élevé de la mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans. A ce profil épidémiologique typique de la phase pré-transitionnelle dans laquelle se situe l'évolution sanitaire du pays, s'est ajouté une progression inquiétante de la prévalence du VIH/SIDA ; par ailleurs, la tuberculose est déjà en ré-émergence dans le pays en conséquence de son association avec le SIDA. Enfin, les infections, les hémorragies, les dystocies, les avortements provoqués et les faiblesses de la prise en charge de la grossesse continuent de contribuer au niveau élevé de la mortalité maternelle.

Pour mieux comprendre les relations entre la pauvreté et la santé, la quatrième section a mis l'accent sur les facteurs environnementaux au niveau des communautés, les contraintes et les comportements des ménages qui sont des déterminants proches de la santé. La précarité des conditions sanitaires est avant tout une conséquence directe des facteurs environnementaux dans les communautés où vivent la majorité des ménages en général, les ménages pauvres en particulier. L'approvisionnement en eau reste insuffisant et l'utilisation d'eau polluée importante, surtout en zone rurale, contribuant ainsi à la fréquence élevée des maladies diarrhéiques et des parasitoses. En matière d'hygiène et d'assainissement, le réseau d'évacuation des eaux pluviales est faible, ce qui provoque des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies. Ces conditions environnementales défavorables à la santé s'observent plus spécialement dans les communautés où vivent les plus pauvres. C'est exactement dans ces mêmes communautés que les coûts d'opportunité pour remédier à la maladie sont les plus élevés.

Au delà des facteurs environnementaux qui contribuent à la variabilité de l'exposition aux maladies et des coûts d'opportunité pour y remédier, certaines caractéristiques sociales et culturelles des communautés Burkinabé contribuent à la détermination des comportements des ménages et des individus. Le faible statut de la femme et les pratiques

coutumières, telles que mariages précoces, excision, lévirat et interdits alimentaires, se traduisent dans les comportements des ménages en matière de santé et portent préjudice à la santé des femmes et des enfants. Cependant, des valeurs socioculturelles positives de solidarité et de réciprocité continuent de cimenter la cohésion sociale et les organisations à base communautaire dans les communautés qui constituent des systèmes de support pour les ménages et les individus. Si elles sont mises à profit par le système de santé, elles constitueront des ressources importantes pour le développement sanitaire et les capacités de réponse aux problèmes de santé au niveau communautaire.

L'analphabétisme et le faible accès aux moyens d'information affectent de façon disproportionnée les ménages et les femmes pauvres qui nuisent aux connaissances et aux comportements des ménages et des femmes en matière de santé. Si les pratiques telles que l'excision affectent sans discrimination la majorité des femmes en conséquence de leur origine culturelle, les disparités entre les groupes socio-économiques au niveau de l'utilisation des services modernes de santé, autant pour les soins préventifs que pour les soins curatifs, révèlent les contraintes auxquelles sont confrontées les femmes et les ménages, les femmes et les ménages pauvres en particulier. La variation des dépenses de santé des ménages selon le revenu du ménage et les raisons évoquées par les populations pour la non-utilisation des services de santé en cas de maladie indiquent que les contraintes d'ordre économique et financier contribuent au faible accès des plus pauvres aux services et soins de santé.

La cinquième section a attiré l'attention sur la disponibilité et la distribution des ressources sanitaires pour apprécier si les ressources sanitaires couvrent les communautés où vivent les pauvres et les services de santé auxquels les pauvres ont accès. Il ressort de l'analyse que les contraintes des ménages en matière de santé sont exacerbées par les failles qui existent dans le système de santé. Ce sont dans les zones où la population est plus aisée et les moyens de transport plus développés que l'accessibilité géographique est plus élevée. Par ailleurs, si des efforts pour augmenter les ressources humaines du secteur de la santé ont été manifestes durant les deux dernières décennies, il ne semble pas que des

efforts comparables aient été fournis pour en faire bénéficier les segments les plus pauvres de la population. En effet, en l'absence de politiques et mesures incitatives pour servir dans les zones les plus pauvres du pays, le personnel de santé en général, les médecins et les sages-femmes en particulier, continuent d'être attirés et concentrés dans les deux grandes villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Ainsi, les faiblesses de la gestion des ressources humaines sont parmi les problèmes les plus importants que le Burkina Faso devrait résoudre si les augmentations de ressources dans le secteur doivent se traduire par une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services de santé de base offerts aux communautés les plus pauvres du pays.

Améliorer la gestion des ressources humaines est d'autant plus indispensable que dans le secteur de la santé, la distribution des ressources humaines détermine dans une large mesure la distribution et l'utilisation des autres ressources du secteur. En effet, des schémas d'allocation de ressources qui favorisent les centres hospitaliers, utilisés essentiellement par les couches les plus aisées de la population, résultent en une distribution des bénéfices apportés par les organisations publiques de prestation de soins qui fait que les sections les plus aisées de la population capturent une part disproportionnée des dépenses publiques de santé. En conséquence, les districts sanitaires, où les soins et services essentiels de santé sont fournis, continuent de recevoir une part des ressources publiques de santé qui n'est pas conforme à la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires. Par ailleurs, ces écarts dans le financement public des services de santé base se traduisent par des pressions pour mobiliser des ressources additionnelles à savoir le paiement par les usagers ce qui limite encore plus l'accessibilité financière aux services des plus pauvres.

La sixième section a examiné la couverture des pauvres par les interventions essentielles de santé. Il n'a pas été possible de recueillir et donc de fournir des informations sur les interventions de nutrition. Ainsi, la section a été centrée sur l'analyse de la couverture des services de santé reproductive et de santé de l'enfant, utilisés comme des traceurs des interventions essentielles de santé. Il a pu être cons-

taté que malgré les efforts qui ont été fournis pour accroître la couverture géographique et les ressources humaines des services de santé, non seulement la couverture des services de santé reproductive est faible dans le pays, mais aussi que les inégalités entre le milieu urbain et le milieu rural d'une part, entre les groupes les plus aisés et les groupes les plus pauvres d'autre part, sont importantes. L'analyse des sources de ces écarts suggère qu'ils résultent pour une grande part de la répartition des ressources humaines, celle des sages-femmes en particulier.

Par ailleurs, la couverture effective des enfants par les services de santé est très faible au Burkina Faso. Les services de vaccination semblent avoir repris de l'élan en conséquence de l'accent mis sur la responsabilisation des acteurs locaux et le suivi de la performance dans le cadre de la gestion des services de santé de base. Des écarts importants s'observent cependant encore dans la couverture des enfants des plus pauvres et des enfants ruraux par les services de vaccination. Par ailleurs, les lacunes dans la couverture des enfants pauvres sont toujours importants dans le cadre de la prise en charge en cas de maladie, dont diarrhée, paludisme et infections respiratoires aiguës qui sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

La septième section a tiré des implications politiques des résultats présentés dans les sections précédentes. On en conclut qu'il faudra des actions et des mesures plus énergiques dans le secteur de la santé si les services de santé doivent contribuer à améliorer les conditions sanitaires des femmes et des enfants des pauvres et la lutte contre la pauvreté dans le pays. L'analyse des relations entre la pauvreté et la santé présentée dans le rapport suggère que les actions à mener pour améliorer les conditions sanitaires des pauvres devraient renforcer des actions multi-sectorielles et l'intégration de la santé dans les stratégies et programmes d'amélioration de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable, d'éducation de base et d'alphabétisation. Le Programme d'Action National de Lutte Contre la Désertification de 1999 et le Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base 2000-2009 s'inscrivent déjà dans cette perspective.



Dans le secteur de la santé proprement dit, il est important que l'Etat et ses partenaires s'engagent au cours des prochaines années à combler les lacunes du système de santé et à mieux orienter les services de santé vers les populations vulnérables pour remettre le Burkina Faso dans une trajectoire permettant d'atteindre les objectifs de développement international pour 2015. Dans cette perspective, les stratégies de lutte contre la pauvreté dans le secteur santé peuvent s'articuler autour de trois axes: (i) améliorer les indicateurs de santé des plus

pauvres, (ii) limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis, et (iii) impliquer les usagers et les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé. Les mesures politiques autour de chacun des axes sont esquissées ; par ailleurs, l'annexe 7 met en relation le cadre d'orientation du plan national de développement sanitaire et les trois axes de contribution de la santé à la stratégie de réduction de la pauvreté pour faciliter le dialogue entre les intervenants.

# Références bibliographique

Macro-International Inc : *Enquête Démographique et de Santé*, MSP Burkina Faso, 1996.

Ministère de l'Economie et des Finances : *Lettre d'intention de politique de développement humain durable 1995-2005*, MEF Burkina Faso

Ministère de l'Economie et des Finances : *Rapport sur l'économie du Burkina Faso* ; DEP. Ouagadougou, 1999.

Ministère de l'Economie et des Finances : *Profil et Evolution de la Pauvreté au Burkina Faso*. Première édition. INSD, Ouagadougou, mars 2000.

Ministère de l'Economie et des Finances : *Cadre de Dépenses à Moyen terme (CDMT) 2001*, MEF/STC Ouagadougou, 2001.

Ministère de la Santé Publique : *Budget du Ministère de la santé 1998-2000*.

OMS : *Rapport sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant*. OMS Genève, 2000.

PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain : droit de l'homme et développement humain*, PNUD, 2000.

UNICEF : *La situation des enfants dans le monde 2001, la petite enfance*, UNICEF, 2001.

# Annexe 1

## Classification de la population, des régions et des districts sanitaires selon le gradient de pauvreté

### Dimensions spatiales de la de pauvreté

**L**es données utilisées dans la présente étude proviennent de deux enquêtes nationales détaillées sur les conditions de vie des ménages. La première enquête fut réalisée d'octobre 1994 à janvier 1995 et, la seconde de mai à août 1998. Toutes les deux ont utilisé un questionnaire basé sur le modèle standard de l'Enquête Prioritaire (Marchand *et al.*, 1987) avec de très légères différences.

L'approche de la pauvreté par le seuil de pauvreté vise à définir de manière relativement objective un résultat chiffré. L'approche de la pauvreté par le biais des seuils relatifs repose sur une démarche de découpage de la population totale en percentiles d'un ordre donné sur l'échelle de niveaux de vie. L'option des quintiles dans l'étude du profil de pauvreté au Burkina Faso, permet de décomposer sur l'échelle des niveaux de vie, la population en 5 fractions de 20 % chacune évoluant ainsi : pauvres, 1er quintile ; pauvres-moyen, 2ème quintile ; moyen, 3ème quintile ; riche moyen, 4ème quintile ; riche, 5ème quintile.

En effet, pour classer les individus selon le degré de pauvreté (pauvres ou non pauvres), un indicateur du niveau de vie proche du revenu par tête dans un ménage a été calculé. L'indicateur est le niveau des dépenses et se détermine, par ailleurs, comme étant la somme des principales utilisations des revenus du ménage. Ainsi, nous avons les dépenses en achats (acquisitions payantes) ou en autoconsommation des biens ou services alimen-

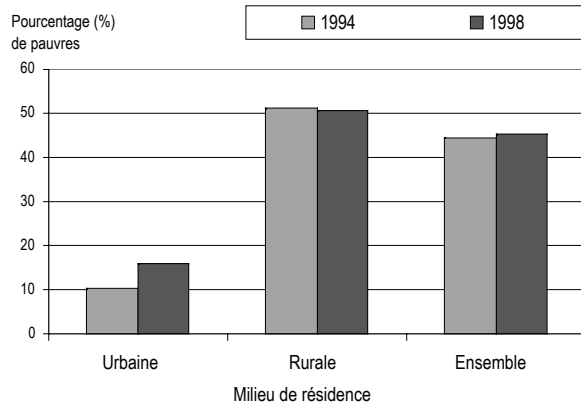
taires et non alimentaires (santé, habillement, éducation ...). Ces dépenses sont donc, effectuées par les membres du ménage et visent à la satisfaction de leurs besoins individuels ou collectifs.

Comme le montre le graphique A1, l'incidence de la pauvreté au niveau national a connu une légère augmentation de 1994 à 1998. En milieu urbain elle s'est accrue de 5 points entre les deux périodes. Par contre, en milieu rural, l'incidence a connu une baisse marginale d'environ un demi-point. Cependant, l'incidence de la pauvreté rurale (environ 51 %), laisse percevoir que la pauvreté demeure encore un phénomène essentiellement rural.

Sur le plan des régions économiques, l'incidence de la pauvreté s'est sensiblement accrue au Centre-Nord et au Centre-Est (voir graphique A2). A contrario, le Sahel, l'Est et le Centre-Ouest ont connu une baisse notable de la pauvreté de près de 6 à 8 points.

Pour compléter l'indicateur d'incidence de la pauvreté (qui compte uniquement le nombre de pauvres), le concept de profondeur ou d'intensité de la pauvreté incorpore le gap qui sépare « le pauvre moyen » du seuil de pauvreté. L'intensité de la pauvreté est restée stable entre les deux périodes, s'établissant environ à 14 %. Cet écart n'est pas très élevé (suggérant que si beaucoup de gens sont pauvres, ils sont concentrés assez près du seuil de pauvreté), comparativement au Ghana où l'incidence de la pauvreté est estimée à 43 % en 1998-1999 et la profondeur de la pauvreté à 36 % (montrant que les pauvres se trouvent en moyenne plus

**Graphique A1**  
**Incidence de la pauvreté selon le milieu de résidence en 1994–1998**



Source : Tableau A1.1.

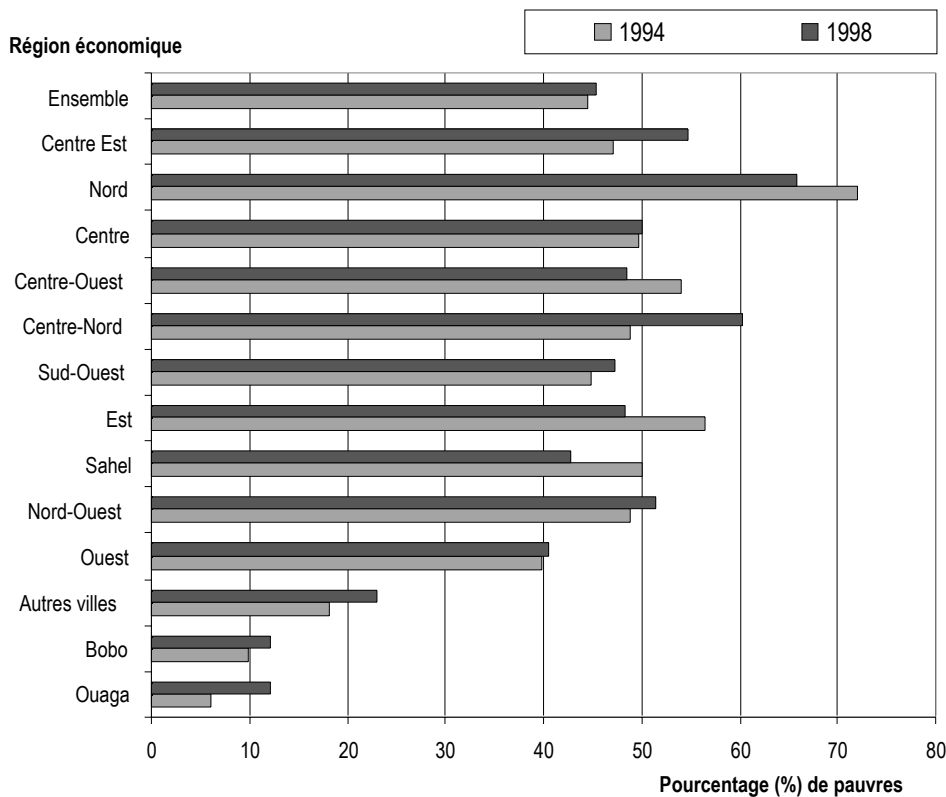
éloignés du seuil de pauvreté que dans le cas du Burkina Faso).

La profondeur de la pauvreté a connu une légère baisse en milieu rural d'un demi point et d'une hausse de 1,5 points en milieu urbain. Ceci montre que l'accroissement du nombre de pauvres entre 1994 et 1998 s'accompagne d'un creusement de l'écart entre le « pauvre moyen » et le seuil de pauvreté.

**Classification des districts sanitaires selon l'indice de pauvreté**

La répartition du pays en gradients de pauvreté est faite en fonction de la situation géographique (Sahel, Centre-Nord, Nord, Centre, Centre-Ouest, Nord-Ouest, Ouest, Sud-Ouest, Centre-Est, Est) et

**Graphique A2**  
**Evolution de l'indice de pauvreté entre 1994 et 1998 selon la région économique**



Source : Tableaux A1.2a et A1.2b.

**Tableau A1.1**  
**Indices de la pauvreté selon le milieu de résidence**

	Incidence	Contribution à la pauvreté	Profondeur	Contribution à la profondeur	Sévérité	Contribution à la sévérité
<b>1994</b>						
Urbain	10,37	3,8	2,5	2,9	9	2,6
Rural	51,05	96,2	16,1	97,1	7	97,4
Total	44,5	100	13,9	100	6	100
<b>1998</b>						
Urbain	15,87	6,1	4	4,9	1,5	4,5
Rural	50,66	93,9	15,7	95,1	6,8	95,5
Total	45,27	100	13,7	100	5,9	100

**Tableau A1.2a**  
**Indices de la pauvreté selon la région économique en 1994**

	Incidence	Contribution à la pauvreté	Profondeur	Contribution à la profondeur	Sévérité	Contribution à la sévérité
Ouagadougou	6	1,1	1,1	0,6	0,4	0,4
Bobo-Dioulasso	9,9	0,7	2,5	0,6	0,9	0,4
Autres villes	18,1	2	4,9	1,7	1,9	1,5
Ouest	39,9	11,1	11,2	10	4,3	8,9
Nord-Ouest	48,8	10,7	17,2	12	8,1	13,1
Sahel	50,1	6,1	18,7	7,2	9,5	8,6
Est	56,5	8,4	19,4	9,2	8,6	9,5
Sud-Ouest	44,8	5,2	12,7	4,7	4,9	4,2
Centre-Nord	48,9	8,5	12,6	7,1	4,4	5,8
Centre-Ouest	54,1	11,7	18,9	13,1	8,6	13,9
Centre	49,7	13,2	12,5	10,6	4,4	8,6
Nord	72,1	14,6	27,1	17,5	13,3	20
Centre Est	47,1	6,7	12,5	5,7	4,8	5,1
Total	44,5	100	13,9	100	6	100

du développement du milieu (urbain et rural). Ainsi le pays est divisé en 12 zones de pauvreté. On note 53 districts sanitaires au Burkina. Afin de faci-

liter l'analyse de la présente étude, les districts ont été classés en quatre zones de pauvreté en fonction de leur indice de pauvreté :

**Tableau A1.2b**  
**Indices de la pauvreté selon la région économique en 1998**

	Incidence	Contribution à la pauvreté	Profondeur	Contribution à la profondeur	Sévérité	Contribution à la sévérité
Ouagadougou	12,2	2	3,1	1,6	1,1	1,4
Bobo-Dioulasso	12,2	0,8	2,7	0,6	1	0,5
Autres villes	23,1	3,3	5,7	2,7	2,2	2,4
Ouest	40,6	8,9	11,4	8,2	4,4	7,4
Nord-Ouest	51,5	11,1	16,6	11,9	7,4	12,3
Sahel	42,7	5,9	12,1	5,5	4,7	4,9
Est	48,3	8,7	12,5	7,4	5	6,8
Sud-Ouest	47,2	4,2	15,3	4,5	6,6	4,6
Centre-Nord	60,2	11,1	16,6	10,1	6,5	9,1
Centre-Ouest	48,4	10,2	14,4	10	6,1	9,8
Centre	50,1	13,2	17,9	15,5	9,2	18,7
Nord	65,8	11,9	21,7	13	9,6	13,4
Centre Est	54,8	8,7	17,1	9	7,1	8,7
Total	45,3	100	13,7	100	5,9	100

Zone	Indice de pauvreté
Zone 1	00–20
Zone 2	20–40
Zone 3	40–60
Zone 4	60 et plus.

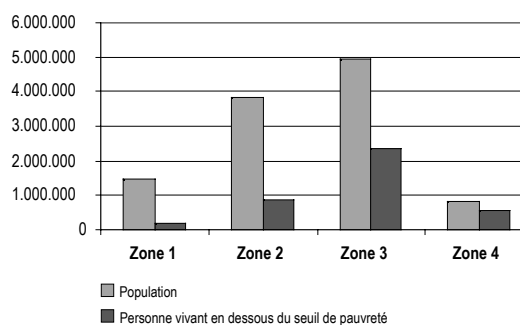
Certains districts regroupant à la fois le milieu urbain et le milieu rural se retrouvent avec deux indices de pauvreté ; celui du milieu urbain et du milieu rural. L'indice de pauvreté de ce district est calculé en tenant compte du pourcentage de personne vivant dans ces deux milieux ainsi nous avons :

Iu = Indice de pauvreté du milieu urbain  
 Ir = Indice de pauvreté du milieu rural  
 Pu = % de la population vivant en milieu urbain  
 Pr = % de la population vivant en milieu rural  
 Id = Indice de pauvreté du district  
 $Id = Iu \times Pu + Ir \times Pr$

Le tableau A1.3 nous donne la classification des districts sanitaires selon l'indice de pauvreté.

La population totale est estimée à 11.093.781 en 2001. La zone 1 constitue les districts sanitaires du milieu urbain de Bobo et Ouaga, où l'indice de pauvreté est de 12,20 %. La zone 2 et la zone 3 regroupent les districts sanitaires des milieux semi-urbains où respectivement 23,10 % et 47,95 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La zone 4, compte 852.449 habitants dont 63 % sont pauvres.

**Graphique A3**  
**Répartition de la population par zone et du nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté**



**Tableau A1.3**  
**Classification des districts sanitaires selon l'indice de pauvreté**

Indice de pauvreté (0-20)	Zone 1	Population (13,2%)	Indice de pauvreté (suite) (40-60)	Zone 3	Population (44,4%)	
Moyenne 12,20%	Secteur 15	314.103	Moyenne 23,10%	Sapone (Boulgou)	182.279	
	Secteur 22	315.188		Sindou (Leraba)	101.991	
	Kossodo	130.377		Ouargaye (Koulpelogo)	214.964	
	Paul VI	104.649		Dande (Houet)	207.336	
	Pissy	380.921		Hounde (Tuy)	185.085	
	Secteur 30	223.139		Boromo (Bale)	178.036	
	Total Zone 1	1.468.377		Solenzo (Banwa)	224.888	
Indice de pauvreté (20-40)	Zone 2	Population (34,7%)		Moyenne 23,10%	Toma (Nayala)	170.308
Banfora (Comoe)	264.247	Gorom Gorom (Oudalan)			129.278	
Orodara (Kenedougou)	210.320	Sebba (Yagha)			150.374	
Dédougou (Mahoun)	252.117	Koupela (Kouritenga)			292.596	
Nouna (Kossi)	241.709	Bogande (Gnagna)			354.145	
Tougan (Sourou)	203.654	Diapaga (Tapoa)			252.680	
Dori (Seno)	219.775	Pama (Kompienga)			46.756	
Fada (Gourma)	303.775	Batie (Noumbiel)	54.319			
Moyenne 23,10%	Gaoua (Poni)	257.467	Diebougou (Bougouriba)		87.513	
	Kaya (Samnatenga)	381.775	Dano (Ioba)		178.106	
	Koudougou (Boulkiemde)	322.987	Leo/To (Sissili)		161.554	
	Réo (Sanguie)	263.725	Nanoro (Boulkiemde)		113.761	
	Ouahigouya (Yatenga)	439.976	Ziniare (Oubritenga)		267.305	
	Pô (Nahouri)	130.687	Zorgho (Ganzourgou)		285.237	
	Tenkodogo (Boulgou)	352.715	Total Zone 3	4.928.026		
Indice de pauvreté (40-60)	Zone 3	Population (44,4%)	Indice de pauvreté (60 et plus)	Zone 4	Population (34,7%)	
Moyenne 63%	Yako (Passore)	282.216	Moyenne 63%	Barsalogo (Sanmatenga)	128.697	
	Djibo (Soum)	268.288		Boulsa (Sanmatenga)	260.284	
	Boussé (Kourweogo)	120.560		Kongoussi (Bam)	196.937	
	Kombissiri (Bazega)	210.087		Seguenega (Yatenga)	146.137	
	Manga (Zoundweogo)	208.364		Titao (Loroum)	120.394	
			Total Zone 4	852.449		

## Annexe 2

# Facteurs communautaires, ménages et santé

**Tableau A2.1**  
**Facteurs environnementaux. Source d'approvisionnement en eau de boisson des ménages selon le niveau de revenus du ménage**

Déciles des dépenses mensuelles par tête du ménage	Proportion (%) de ménages dont la source principale d'eau de boisson est :			
	Forage	Fontaine Publique	Robinet	Ensemble des trois sources
1	32,14	5,53	0,00	37,67
2	33,26	5,49	0,33	39,09
3	38,25	7,33	0,33	45,91
4	35,79	9,13	0,63	45,55
5	35,11	8,75	0,57	44,44
6	33,15	15,21	0,82	49,18
7	32,66	20,06	2,94	55,66
8	31,74	25,88	5,48	63,10
9	16,89	34,02	17,48	68,39
10	13,65	33,44	33,68	80,77
<b>Total</b>	<b>30,83</b>	<b>15,65</b>	<b>5,44</b>	<b>51,92</b>
<b>Nombre de menages</b>	<b>8478</b>			

Source: EP 1998.



**Tableau A2.2**  
**Facteurs environnementaux. Proportion (%) de ménages selon la source d’approvisionnement en eau de boisson, le niveau de revenus du ménage et la région économique**

Région économique		Groupe de revenus : quintiles des dépenses mensuelles par tête du ménage					Ensemble	Nombre de ménages
		Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Riche-moyen	Riche		
Ouest	Forage	22,12	20,02	14,74	17,53	5,64	14,70	
	Fontaine publique	3,85	7,73	11,75	19,27	22,84	15,04	
	Robinet	0,00	0,75	2,67	10,57	31,39	11,65	
	Ensemble des trois sources	25,97	28,51	29,16	47,37	59,87	41,39	1075
Nord-Ouest	Forage	8,13	9,12	10,29	10,42	5,83	9,00	
	Fontaine publique	0,93	3,71	3,03	5,79	14,70	4,12	
	Robinet	0,00	0,00	0,00	0,00	1,07	0,10	
	Ensemble des trois sources	9,06	12,83	13,33	16,21	21,60	13,23	789
Sahel	Forage	27,58	34,43	35,73	41,96	24,60	34,19	
	Fontaine publique	2,81	2,92	4,08	2,35	12,28	4,47	
	Robinet	0,80	0,54	0,00	1,49	4,93	1,35	
	Ensemble des trois sources	31,19	37,89	39,81	45,80	41,81	40,01	584
Est	Forage	49,71	53,31	59,68	54,54	46,81	53,72	
	Fontaine publique	1,92	1,97	3,55	12,10	32,32	7,21	
	Robinet	0,00	0,00	0,00	2,63	4,05	0,92	
	Ensemble des trois sources	51,63	55,28	63,23	69,27	83,18	61,84	720
Sud-Ouest	Forage	24,72	20,72	19,50	26,88	54,72	24,84	
	Fontaine publique	0,78	0,00	0,00	4,25	3,82	1,19	
	Robinet	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Ensemble des trois sources	25,50	20,72	19,50	31,14	58,54	26,03	403
Centre-Nord	Forage	59,25	58,37	59,06	46,43	33,32	54,46	
	Fontaine publique	0,00	2,16	3,05	4,83	15,14	3,57	
	Robinet	0,00	0,00	0,66	0,95	13,42	1,42	
	Ensemble des trois sources	59,25	60,53	62,77	52,21	61,87	59,45	775
Centre-Ouest	Forage	44,13	40,98	34,92	31,92	21,82	35,70	
	Fontaine publique	2,45	2,54	7,40	16,10	20,72	8,88	
	Robinet	0,00	0,61	0,00	3,89	18,85	3,88	
	Ensemble des trois sources	46,58	44,12	42,32	51,91	61,39	48,47	780

(suite)

**Tableau A2.2 (suite)**

Région économique		Groupe de revenus : quintiles des dépenses mensuelles par tête du ménage					Ensemble	Nombre de ménages
		Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Riche-moyen	Riche		
Centre	Forage	49,84	49,02	39,09	34,06	11,63	32,18	
	Fontaine publique	17,15	24,24	33,98	48,50	49,35	38,71	
	Robinet	0,00	0,49	0,69	5,27	34,61	12,18	
	Ensemble des trois sources	66,99	73,75	73,75	87,83	95,59	83,07	1966
Nord	Forage	25,96	22,70	23,03	21,33	6,27	21,94	
	Fontaine publique	2,97	8,82	11,14	28,23	38,38	12,92	
	Robinet	1,28	1,95	1,85	2,79	29,99	4,60	
	Ensemble des trois sources	30,21	33,48	36,02	52,35	74,64	39,46	605
Centre-Est	Forage	26,30	36,41	35,70	32,15	22,98	29,71	
	Fontaine publique	9,05	15,50	15,35	24,33	39,64	14,61	
	Robinet	0,00	0,54	0,00	1,36	17,83	1,53	
	Ensemble des trois sources	35,35	52,45	51,05	57,84	80,45	45,85	779
Ensemble	Forage	32,68	37,01	34,15	32,21	15,32	30,83	
	Fontaine publique	5,51	8,24	11,92	22,94	33,74	15,65	
	Robinet	0,16	0,48	0,69	4,19	25,31	5,44	
	Ensemble des trois sources	38,36	45,73	46,77	59,33	74,38	51,92	8478

Source : EP 1998.

**Tableau A2.3**

**Facteurs environnementaux. Proportion (%) de ménages qui disposent de fosse ou de latrines selon le niveau de revenus du ménage et la région économique**

Région économique	Groupe de revenus : quintiles des dépenses mensuelles par tête du ménage						Nombre de ménages
	Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Riche-moyen	Riche	Ensemble	
Ouest	21,61	32,13	43,65	57,15	78,50	51,93	1075
Nord-Ouest	11,97	14,20	17,50	31,37	46,55	20,09	789
Sahel	8,07	4,81	11,10	7,94	30,71	11,55	584
Est	0,00	6,09	9,04	18,22	63,32	13,33	720
Sud-Ouest	2,24	3,98	10,14	27,75	69,46	12,96	403
Centre-Nord	7,57	11,37	14,79	14,08	43,82	14,74	775
Centre-Ouest	1,93	5,19	14,24	29,63	66,06	20,55	780
Centre	12,81	25,90	37,80	52,25	84,01	50,74	1966
Nord	18,80	30,41	30,89	47,42	89,01	34,99	605
Centre-Est	3,19	11,17	16,52	32,19	66,94	13,43	779
Ensemble	8,42	15,73	23,51	37,20	72,81	29,74	8478

Source : EP 1998.

**Tableau A2.4**  
**Facteurs des ménages. Proportion (%) de membres des ménages âgés de 10 ans et plus qui savent lire et écrire selon le niveau de revenus du ménage, et le milieu de résidence et le sexe**

Groupe de revenus: Déciles dépenses mensuelles par tête du ménage	Sexe			Groupe de revenus: Déciles dépenses mensuelles par tête du ménage	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total		Masculin	Féminin	Total
Zone urbaine				Zone rurale (suite)			
1	37,40	17,06	26,78	7	22,07	9,68	15,52
2	28,18	17,22	22,47	8	25,93	14,97	20,14
3	32,77	20,70	26,88	9	34,05	21,50	27,46
4	35,69	24,01	29,62	10	51,42	32,61	42,14
5	38,31	24,34	31,17	Total	17,00	8,04	12,21
6	50,19	29,21	39,76	Ensemble			
7	50,73	41,41	46,10	1	11,09	4,40	7,40
8	61,80	47,60	54,57	2	15,86	7,49	11,30
9	71,93	58,36	65,42	3	14,96	7,01	10,76
10	83,99	74,10	79,51	4	17,21	8,44	12,57
Total	59,14	44,77	52,09	5	18,81	9,01	13,68
Zone rurale				6	23,56	12,24	17,69
1	10,19	4,02	6,78	7	29,72	17,39	23,30
2	14,87	6,79	10,46	8	38,45	25,80	31,85
3	13,24	5,89	9,33	9	57,79	43,00	50,43
4	14,93	6,60	10,51	10	74,81	60,99	68,38
5	16,48	7,28	11,65	Total	25,40	14,39	19,61
6	17,98	9,03	13,31				

Source : EP 1998.

**Tableau A2.5**  
**Facteurs des ménages. Proportion (%) de membres des ménages âgés de 10 ans et plus qui savent lire et écrire selon le niveau de revenus du ménage, le sexe et la région économique**

Sexe/Groupe socio-économique	Région économique										
	Ouest	Nord-Ouest	Sahel	Est	Sud-Ouest	Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre	Nord	Centre-Est	Total
Masculin											
Pauvre	18,65	16,11	6,93	15,12	8,30	10,25	15,63	19,45	13,70	7,18	13,45
Pauvre-moyen	20,98	17,52	4,30	19,28	10,41	10,73	19,49	18,52	18,37	9,83	16,04
Moyen	22,96	26,90	7,86	16,23	11,15	15,00	25,30	31,56	16,03	15,95	21,18
Riche-moyen	36,26	36,48	8,55	36,60	22,28	15,60	39,38	41,81	27,25	31,03	33,67
Riche	57,04	44,81	24,23	68,99	44,08	66,81	68,67	75,49	74,96	62,57	65,20
Ensemble	31,19	23,35	8,42	23,75	12,88	13,88	27,70	41,33	20,17	12,94	25,40
Féminin											
Pauvre	9,55	5,52	1,34	9,28	5,02	4,02	5,13	9,36	5,26	4,28	5,91
Pauvre-moyen	11,14	7,11	1,11	7,95	9,03	3,58	10,60	9,09	7,91	7,11	7,69
Moyen	10,00	15,11	2,98	10,16	4,80	4,82	9,40	19,15	6,16	10,05	10,61
Riche-moyen	20,71	22,93	4,10	24,59	19,20	11,40	22,11	28,35	13,25	24,32	21,21
Riche	39,41	30,61	8,62	52,70	42,54	33,84	45,24	64,32	69,49	43,17	50,25
Ensemble	17,55	11,64	2,91	13,62	9,26	6,08	13,08	27,71	9,26	8,90	14,39
Deux sexes											
Pauvre	14,05	10,60	4,09	12,09	6,47	7,02	9,40	13,79	8,76	5,57	9,31
Pauvre-moyen	16,26	12,22	2,71	13,27	9,66	6,91	14,37	13,57	12,55	8,40	11,63
Moyen	16,56	20,99	5,43	12,99	7,90	9,55	17,04	24,84	10,75	12,65	15,67
Riche-moyen	28,52	29,92	6,26	30,51	20,64	13,18	29,95	34,77	19,74	27,18	27,18
Riche	48,86	37,65	16,91	61,51	43,31	47,51	56,79	70,14	72,44	51,69	57,97
Ensemble	24,53	17,40	5,66	18,47	10,93	9,70	19,53	34,22	14,08	10,72	19,61

Source : EP 1998.

**Tableau A2.6**  
**Recours aux soins de santé des ménages selon le milieu de résidence et le niveau de revenus du ménage**

Groupe de revenus: Déciles dépenses mensuelles par tête du ménage	Proportion (pour 1000) des membres du ménage ayant cherché des soins pour remédier à la maladie au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête selon le premier prestataire choisi :				
	Guérisseur traditionnel	Centre de santé et de promotion sociale	Centre médical	Hôpital public	Prestataire privé
Zone urbaine					
1	0,00	2,40	0,00	0,00	0,00
2	5,39	2,72	11,91	3,07	4,95
3	5,06	7,31	2,04	4,08	1,15
4	1,04	7,25	8,13	8,35	3,29
5	0,00	16,99	10,89	4,27	8,67
6	1,70	16,25	12,65	6,54	5,82
7	0,65	15,01	11,03	8,61	5,25
8	1,28	17,89	9,72	15,32	9,40
9	1,78	14,23	9,97	13,64	19,73
10	1,50	14,05	18,58	23,44	36,24
Total	1,69	13,31	11,02	11,68	13,51
Zone rurale					
1	1,33	7,91	1,06	0,12	0,38
2	1,61	10,44	0,99	0,10	1,39
3	1,05	11,16	1,58	0,40	1,41
4	2,12	16,34	2,47	0,45	0,92
5	6,82	15,60	1,74	0,57	0,58
6	2,14	23,28	3,29	0,76	0,63
7	5,09	28,44	4,68	1,85	0,97
8	2,85	32,61	4,70	2,34	4,02
9	6,95	44,27	5,20	3,98	1,27
10	3,40	71,23	10,84	4,34	1,00
Total	2,71	17,34	2,37	0,75	1,09

Source : EP 1998.

**Tableau A2.7**  
**Dépenses mensuelles moyennes (FCFA) de santé des ménages selon le type de dépense, le milieu de résidence et le groupe de revenus du ménage**

Groupe de revenus: Déciles dépenses mensuelles par tête du ménage	Type de dépense					Total
	Frais de consultation	Frais d'analyses médicales	Dépenses en médicaments	Frais d'hospitalisation	Autres services médicaux	
Zone urbaine						
1	0	0	102	0	0	102
2	34	39	669	0	0	742
3	99	15	625	0	0	740
4	46	60	933	0	106	1.145
5	119	28	1.563	132	6	1.849
6	93	61	1.889	20	22	2.085
7	178	95	1.883	68	11	2.234
8	202	210	3.557	51	154	4.174
9	266	515	5.162	211	240	6.393
10	1.309	1.460	10.051	408	369	13.598
Total	460	535	4.737	173	178	6.083
Zone rurale						
1	15	3	378	27	8	430
2	31	5	752	14	7	810
3	26	4	903	31	47	1.011
4	36	11	1.037	9	28	1.121
5	37	10	1.266	22	47	1.381
6	34	44	1.644	15	31	1.769
7	72	54	2.350	30	113	2.617
8	130	80	2.931	33	45	3.219
9	213	190	3.923	159	92	4.577
10	127	170	5.771	152	1.229	7.449
Total	54	36	1.568	33	80	1.771

(suite)

**Tableau A2.7 (suite)**

Groupe de revenus: Déciles dépenses mensuelles par tête du ménage	Type de dépense					Total
	Frais de consultation	Frais d'analyses médicales	Dépenses en médicaments	Frais d'hospitalisation	Autres services médicaux	
Ensemble						
1	14	3	370	26	7	421
2	31	8	746	13	7	805
3	32	5	881	29	43	990
4	37	17	1.025	8	36	1.124
5	46	12	1.299	34	42	1.433
6	44	47	1.688	16	29	1.825
7	99	64	2.228	40	86	2.518
8	154	124	3.142	39	82	3.542
9	243	373	4.624	188	176	5.604
10	940	1.057	8.716	328	637	11.678
Total	146	149	2.285	65	102	2.746

Source : EP 1998.



# Annexe 3

## Ressources sanitaires

**Tableau A3.1**  
**Accessibilité géographique des services de santé de base selon le district sanitaire et la zone**

	Rayon d'action moyen (km)	Taux d'accessibilité (%)		Rayon d'action moyen (km)	Taux d'accessibilité (%)
Zone 1			Zone 3		
Secteur 15	7,86	63,6	Yako	6,37	78,5
Secteur 22	3,22	100	Djibo	15,63	32
Kossodo	5,98	83,6	Boussé	6,58	76
Paul VI	4,13	100	Kombissiri	7,19	69,5
Pissy	0,64	100	Manga	7,17	69,7
Secteur 30	1,29	100	Sapone	13,17	38,0
Total zone 1		91,2	Zone 3 (suite)		
Zone 2			Sindou	7,88	63,5
Banfora	15,16	33	Ouargaye	7,44	67,2
Orodara	9,39	53	Dande	7,69	65
Dédougou	9,53	52,5	Hounde	9,68	51,7
Nouna	12,19	41	Boromo	8,16	61,3
Tougan	10,2	49	Solenzo	10,37	48,2
Dori	9,7	51,5	Toma	10,88	46
Fada	15,31	32,7	Gorom Gorom	14,85	33,7
Gaoua	10,52	47,5	Sebba	25,24	19,8
Kaya	8,08	61,9	Koupela	9,26	54
Koudougou	6,23	80,3	Bogande	11,87	42,1
Réo	9,07	55,1	Diapaga	17,73	28,2
Ouahigouya	7,22	69,3	Pama	25,24	19,8
Pô	10,55	47,4	Batie	13,47	37,1
Tenkodogo	7,86	63,6	Diebougou	1	100
Total zone 2		52,7	Dano	1	100

(suite)

**Tableau A3.1 (suite)**

	Rayon d'action moyen (km)	Taux d'accessibilité (%)		Rayon d'action moyen (km)	Taux d'accessibilité (%)
Zone 3 (suite)			Zone 4		
Leo/To	8,73	57,3	Barsalogho	10,84	46,1
Nanoro	6,43	77,8	Boulsa	11,25	44,4
Ziniare	6,7	74,6	Kongoussi	8,43	59,3
Zabre	8,79	56,9	Seguenega	6,74	74,2
Zorgho	6,81	73,4	Titao	9,91	50,5
Total zone 3		55,1	Total zone 4		54,9

**Tableau A3.2**  
**Répartition des ressources humaines par district sanitaire et par zone**

	Population	Médecin	IDE	Sage- femme	AA		Population	Médecin	IDE	Sage- femme	AA
Zone 1						Zone 3 (suite)					
Secteur 15	314.103	3	34	8	31	Sapone	182.279	1	10	2	6
Secteur 22	315.188	1	29	12	37	Sindou	101.991	2	13	1	6
Kossodo	130.377	6	20	10	41	Ouargaye	214.964	0	16	0	15
Paul VI	786.45	3	24	22	55	Dande	207.336	1	20	2	15
Pissy	380.921	8	58	63	73	Hounde	185.085	2	22	2	18
Secteur 30	223.139	4	46	60	95	Boromo	178.036	2	22	3	19
Total zone 1	1.442.373	25	211	175	332	Solenzo	224.888	1	20	1	10
Zone 2						Toma					
Banfora	264.247	2	27	0	13	Gorom Gorom	129.278	2	16	1	3
Orodara	210.320	3	35	1	16	Sebba	150.374	2	15	2	9
Dédougou	252.117	2	17	2	16	Koupela	292.596	3	24	7	20
Nouna	241.709	2	17	1	18	Bogande	354.145	1	29	1	7
Tougan	203.654	2	26	2	15	Diapaga	252.680	1	25	1	11
Dori	219.775	1	12	0	10	Pama	46.756	1	9	0	7
Fada	303.775	3	21	1	26	Batie	54.319	1	8	0	3
Gaoua	257.467	2	22	1	10	Diebougou	87.513	2	12	1	7
Kaya	381.775	3	18	1	21	Dano	178.106	1	24	1	13
Koudougou	322.987	2	34	11	66	Leo/To	161.554	3	32	1	13
Réo	263.725	2	20	3	12	Nanoro	113.761	1	10	2	5
Ouahigouya	439.976	2	41	2	38	Ziniare	267.305	3	13	4	11
Pô	130.687	3	15	2	10	Zabre	143.613	1	11	1	11
Tenkodogo	588.734	2	19	1	30	Zorgho	285.237	3	24	1	4
Total zone 2	4.080.948	31	324	28	301	Total zone 3	5.071.639	42	474	49	275
Zone 3						Zone 4					
Yako	282.216	2	27	7	13	Barsalogo	128.697	2	15	1	11
Djibo	268.288	1	20	1	11	Boulsa	260.284	2	23	0	13
Boussé	120.560	1	7	3	10	Kongoussi	196.937	2	23	1	13
Kombissiri	210.087	1	9	2	11	Seguenega	146.137	1	15	0	8
Manga	208.364	2	21	1	8	Titao	120.394	1	12	0	8
						Total zone 4	852.449	8	88	2	53

(suite)

IDE : infirmier diplome d'Etat  
AA : agent auxiliaire

**Tableau A3.3****La disponibilité du personnel au niveau des districts sanitaires selon les normes nationales du Burkina Faso** (voir note en bas de tableau)

	Médecin	IDE	Sage-femme	AA		Médecin	IDE	Sage-femme	AA
Zone 1					Sapone				
Secteur 15	95,5	65	102	69		54,9	33	44	23
Zone 2					Zone 3 (suite)				
Banfora	76	61	0	34	Sindou	196,1	76	39	41
Orodara	143	100	19	53	Ouargaye	0,0	45	0	49
Dédougou	79	40	32	44	Dande	48,2	58	39	51
Nouna	83	42	17	52	Hounde	108,1	71	43	68
Tougan	98	77	39	52	Boromo	112,3	74	67	75
Dori	46	33	0	32	Solenzo	44,5	53	18	31
Fada	99	41	13	60	Toma	58,7	53	23	37
Gaoua	78	51	16	27	Gorom Gorom	154,7	74	31	16
Kaya	79	28	10	39	Sebba	133,0	60	53	42
Koudougou	62	63	136	143	Koupela	102,5	49	96	48
Réo	76	46	46	32	Bogande	28,2	49	11	14
Ouahigouya	45	56	18	60	Diapaga	39,6	59	16	30
Pô	230	69	61	54	Pama	213,9	115	0	105
Tenkodogo	34	19	7	36	Batie	184,1	88	0	39
Total zone 2	76	48	27	52	Diebougou	228,5	82	46	56
Zone 3					Zone 4				
Yako	70,9	57	99	32	Barsalogo	155	70	31	60
Djibo	37,3	45	15	29	Boulsa	77	53	0	35
Boussé	82,9	35	100	58	Kongoussi	102	70	20	46
Kombissiri	47,6	26	38	37	Seguenega	68	62	0	38
Manga	96,0	60	19	27	Titao	83	60	0	47
					Total zone 4	94	62	9	44

(suite)

Notes : La disponibilité du personnel est calculée à partir des normes nationales du Burkina Faso : Normes = Population nationale / besoins requis au niveau national ; Réel = Population du district/effectif réel dans le district ; Disponibilité en personnel (en %) = (Réel/Norme) x 100.

**Tableau A3.4**  
**Dépenses publiques de la santé dans les dépenses de l'Etat**

Année	Population (millions)	Produit Intérieur Brut (PIB)			Dépenses publiques (milliards de FCFA)		
		En termes courants (milliards de FCFA)	Taux de croissance (%)	Par tête (FCFA)	Fonctionnement	Investissement	Total
1996	10,3	1227,8	6,2	119.204	124,5	161,0	285,5
1997	10,6	1374,9	5,5	129.708	132,2	186,8	319,0
1998	10,8	1446,5	5,7	133.935	148,5	228,2	376,7
1999	11,1	1532,2	5,8	138.036	183,0	201,2	384,2
2000	11,3	1724,0	12,5	152.566	173,5	182,2	355,7
2001					188,9	175,6	364,5

**Tableau A3.4 (suite)**

Année	Dépenses d'investissement par source				Pourcentage (%) de la dépense publique de santé		
	Dépenses récurrentes	Trésor	Extérieur	Total	Dépenses récurrentes totales	Dépenses totales d'investissement	Dépenses totales
1996	13,2	1,1	16,4	17,5	10,6	10,9	10,8
1997	15,7	1,5	14,5	16,0	11,9	8,6	9,9
1998	17,2	3,6	12,6	16,2	11,6	7,1	8,9
1999	19,0	4,2	15,1	19,3	10,4	9,6	10,0
2000	19,5	3,5	10,5	14,0	11,2	7,7	9,4
2001	22,8	3,8	3,9	7,7	12,1	4,4	8,4

**Tableau A3.4 (suite)**

Année	Dépenses de santé en % du PIB		Dépenses publiques par tête	
	Dépenses récurrentes	Dépenses totales	(FCFA)	(US \$)
1996	1,1	2,5	2.981	
1997	1,1	2,3	2.991	
1998	1,2	2,3	3.093	
1999	1,2	2,5	3.450	
2000	1,1	1,9	2.965	
2001				

**Tableau A3.5**  
**Evolution du budget du Ministère de la Santé (milliards de FCFA)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Fonctionnement</b>						
Salaires	5,3	6,4	6,8	6,7	6,5	8,5
Biens et services	3,6	3,5	3,4	4	4,1	4,4
Transferts courants	4,3	5,9	7,1	8,4	8,9	9,8
Sous-total Fonctionnement (A)	13,2	15,8	17,3	19,1	19,5	22,7
<b>Investissement</b>						
Ressources propres (B)	1,1	1,5	3,6	4,2	3,5	3,8
Financement extérieur (C)	16,4	14,5	12,6	15,1	10,5	3,9
Sous-total Investissement (B+C)	17,5	16	16,2	19,3	14	7,7
<b>Total Interne (A+B)</b>	<b>14,3</b>	<b>17,3</b>	<b>20,9</b>	<b>23,3</b>	<b>23</b>	<b>26,5</b>
<b>Total (A+B+C)</b>	<b>30,7</b>	<b>31,8</b>	<b>33,5</b>	<b>38,4</b>	<b>33,5</b>	<b>30,4</b>
<b>Structure (%)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Fonctionnement</b>	<b>43</b>	<b>49,7</b>	<b>51,6</b>	<b>49,7</b>	<b>58,2</b>	<b>74,7</b>
Salaires	17,3	20,1	20,3	17,4	19,4	28
Biens et services	11,7	11	10,1	10,4	12,2	14,5
Transferts	14	18,6	21,2	21,9	26,6	32,2
<b>Investissement</b>	<b>57</b>	<b>50,3</b>	<b>48,3</b>	<b>50,2</b>	<b>41,7</b>	<b>25,3</b>
Interne	3,6	4,7	10,7	10,9	10,4	12,5
Extérieur	53,4	45,6	37,6	39,3	31,3	12,8
<b>Taux d'accroissement (%)</b>						
<b>Total</b>		<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>14,6</b>	<b>-12,8</b>	<b>-9,3</b>
<b>Total Interne</b>		<b>21</b>	<b>20,8</b>	<b>11,5</b>	<b>-1,3</b>	<b>15,2</b>
<b>Fonctionnement</b>		<b>19,7</b>	<b>9,5</b>	<b>10,4</b>	<b>2,1</b>	<b>16,4</b>
Salaires		20,8	6,3	-1,5	-3	30,8
Biens et services		-2,8	-2,9	17,6	2,5	7,3
Transferts		37,2	20,3	18,3	6	10,1
<b>Investissement</b>		<b>-8,6</b>	<b>1,3</b>	<b>19,1</b>	<b>-27,5</b>	<b>-45</b>
Interne		36,4	140	16,7	-16,7	8,6
Extérieur		-11,6	-13,1	19,8	-30,5	-62,9

(suite)

**Tableau A3.5 (suite)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Absorption (%)</b>						
<i><b>Fonctionnement</b></i>						
Engagement	96,6	91,7	89,8	105,1	106,4	
Exécution	100,2	97	95,9	95	101,5	
<i><b>Investissement interne</b></i>						
Engagement	98,7	96,9	99,8	84,2	91,5	
Exécution	98,7	96,9	99,8	60,5	71,8	

## Annexe 4

# Efficiace technique et obstacles systémiques des services de santé

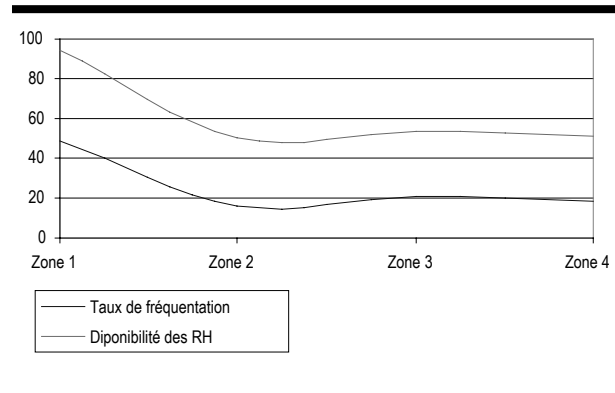
### Taux d'utilisation des services de santé par rapport à la disponibilité des ressources humaines

**D**e l'allure des deux courbes, on déduit qu'il y a une forte corrélation entre la disponibilité des ressources humaines et le taux de fréquentation des services de santé du premier niveau. De la zone 1 (la plus riche) vers la zone 4 (la plus pauvre) on constate une décroissance des deux courbes de la zone 1 à la zone 2 et presque une stabilité entre la zone 3 et la zone 4. Ceci montre d'une part le déséquilibre existant dans la répartition des ressources humaines entre la zone 1 (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et les autres zones (voir tableau A3.3 sur la répartition des ressources humaines par district sanitaire dans l'Annexe 3) ; et d'autre part le faible taux de fréquentation des services de santé. Cette forte concentration des ressources humaines dans les villes de Bobo et de Ouagadougou au détriment des autres zones mérite une attention particulière dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre la pauvreté ; les milieux ruraux doivent être préférentiellement ciblés dans chaque zone.

### Taux de consultation prénatale (CPN) et de couverture obstétricale (CO) par rapport à la disponibilité des sages-femmes

Le taux de consultation prénatale est lié à la disponibilité de la sage-femme dans la zone 1 tandis que la couverture obstétricale est liée à la disponibilité

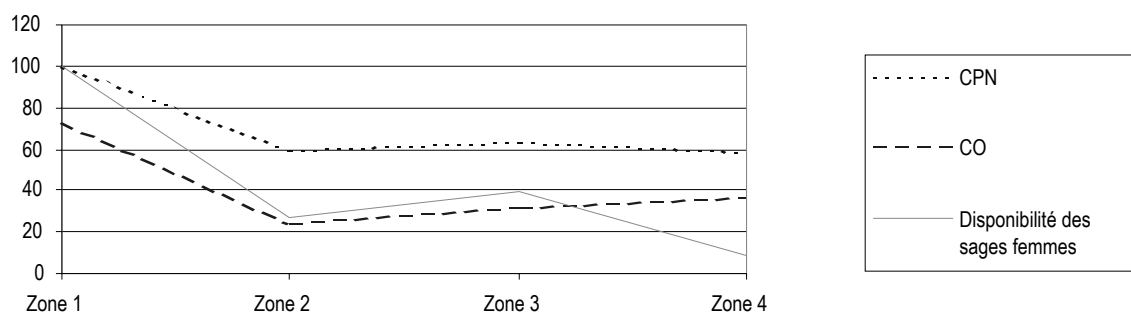
**Graphique A4.1**  
**Taux de fréquentation des services de santé par rapport à la disponibilité des ressources humaines**



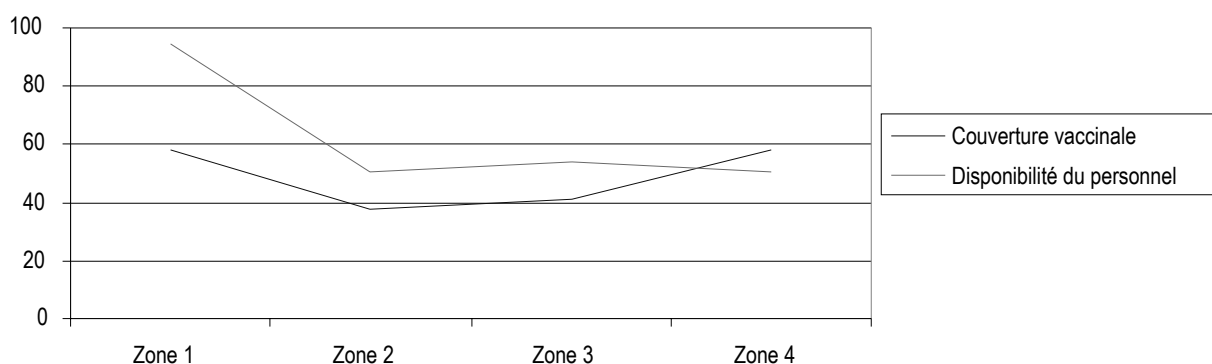
de la sage-femme dans les zones 2 et 3. Dans la zone 4, on constate qu'il n'y a aucune corrélation entre ces facteurs. Environ 30 % des femmes venant en consultation pré natale ne bénéficie pas d'un accouchement assisté ; mais ce pourcentage se réduit en allant de la zone riche vers les zones pauvres. La disponibilité de la sage femme est faible dans la zone 4. ( voir tableau A3.3 de l'annexe 3). Une stratégie visant à pourvoir les zones 2, 3, et 4 en sages-femmes s'avère nécessaire pour la réduction de la pauvreté. Les raisons sous-jacentes de la grande déperdition de femmes bénéficiant d'une consultation prénatale et non d'un accouchement assisté dans la zone 1 doivent être identifiées dans la stratégie de lutte contre la pauvreté.



**Graphique A4.2**  
**Consultation prénatale et de couverture obstétricale par rapport à la disponibilité des sages-femmes**



**Graphique A4.3**  
**Couverture vaccinale par rapport à la disponibilité du personnel**



Source : Tableaux de couverture vaccinale et de disponibilité du personnel en annexes.

### Couverture vaccinale par rapport à la disponibilité du personnel de santé

Le taux de couverture vaccinale est faible par rapport à la disponibilité du personnel. Les deux courbes ont presque la même allure ; ce qui témoigne d'un lien étroit entre ces deux indicateurs.

### Identification des obstacles systémiques à la performance du secteur à l'aide d'indicateurs traceurs

Afin d'identifier les obstacles systémiques à la performance du secteur, quelques interventions essentielles telle que la vaccination, la consultation prénatale, et la couverture obstétricale ont été choisies. Ceci permettra de voir si les goulots d'étranglements

se trouvent au niveau de l'accessibilité géographique, de la disponibilité du personnel de santé, de l'utilisation et de la continuité dans l'utilisation. Les causes de ces obstacles devront être recherchées et permettront de réduire la pauvreté au sein de la population générale et du monde rural en particulier.

### Comparaison des obstacles systémiques dans la zone 1 pour la vaccination

D'une manière générale, la disponibilité des vaccins est effective dans tous les districts sanitaires de la zone 1. Le pourcentage du temps où la chaîne de froid est fonctionnelle est généralement satisfaisante ; ce qui est rassurant quant à la meilleure conservation de la qualité du produit. En outre la technique vaccinale étant bien maîtrisée par le personnel de santé, la

**Tableau A4.1**  
**Analyse systémique de trois interventions essentielles**

	Vaccination	CPN et CO	Paludisme
Population cibles en 2000	Enfants de 0 à 11 mois	Femmes enceintes	Population générale <b>11 338 834</b>
Accessibilité des services PMA< 5Km	% accès aux sessions de vaccination	% accès aux CS	% accès aux CS
Disponibilité du personnel	% infirmier actuels/prévus	% sages femmes actuelles/ prévues	% infirmier et médecins actuels /prévus
Disponibilité des médicaments et vaccins	% de temps où les vaccins sont disponibles	% de temps où le fer est disponible	% de temps où la chloroquine est disponible
Utilisation des services	% utilisation du BCG et Polio 0	% de CPN1	Nombre de visite pour paludisme par habitant
Continuité et adhérence	% DTC3	% de CPN4 et CO	% de taux de retour
Qualité	% de temps où la chaîne de froid est fonctionnelle	% de femme ayant reçu de un supplément en fer	% de traitement adéquat

**Tableau A4.2**  
**Comparaison des obstacles systémiques dans la zone 1**

Santé de l'enfant	Sect.15	Sect.22	Kossodo	Paul VI	Pissy	Sect.30
Enfants de 0-11 mois						
Accessibilité aux sessions de moins de 5 Km	63,6	100	83,6	100	100	100
% disponibilité infirmiers	65	55	92	100	91	100
% disponibilité des vaccins	100	100	100	100	100	100
Utilisation du DTCP3 et Rouvax	41,4	53,6	38,5	93,1	43,9	78,5
% du temps où la chaîne de froid est fonctionnelle	99	99	99	99	99	99

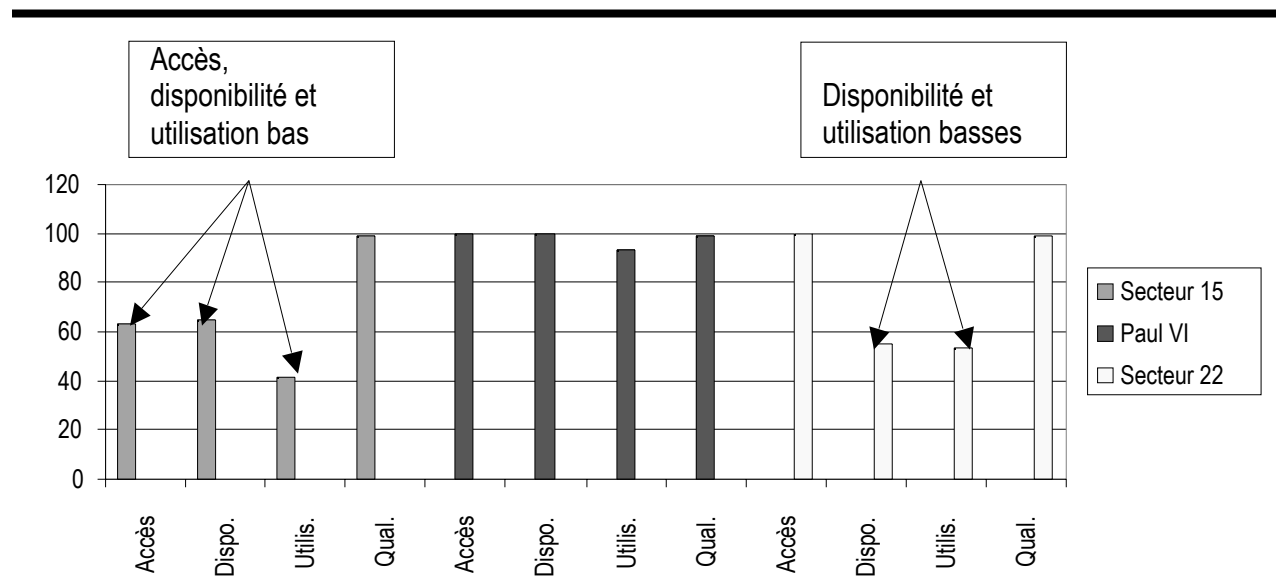
comparaison des obstacles systémiques se fera beaucoup plus sur l'accessibilité géographique, la disponibilité du personnel et l'utilisation des services.

L'accessibilité des sessions de vaccination est bonne pour l'ensemble des districts de la zone 1 et ne constitue pas un obstacle pour la vaccination sauf pour le district du secteur 15. En ce qui concerne la disponibilité humaine (nombre réel d'infirmier sur nombre d'infirmiers prévus), elle constitue un goulot d'étranglement pour le secteur 15 (65 %) et le secteur 22 (55 %). L'utilisation des services de vaccination constitue un problème crucial dans tous les districts sauf à Paul VI ; il serait intéressant de rechercher les causes sous-jacentes de cette faiblesse d'utilisation de la vaccination.

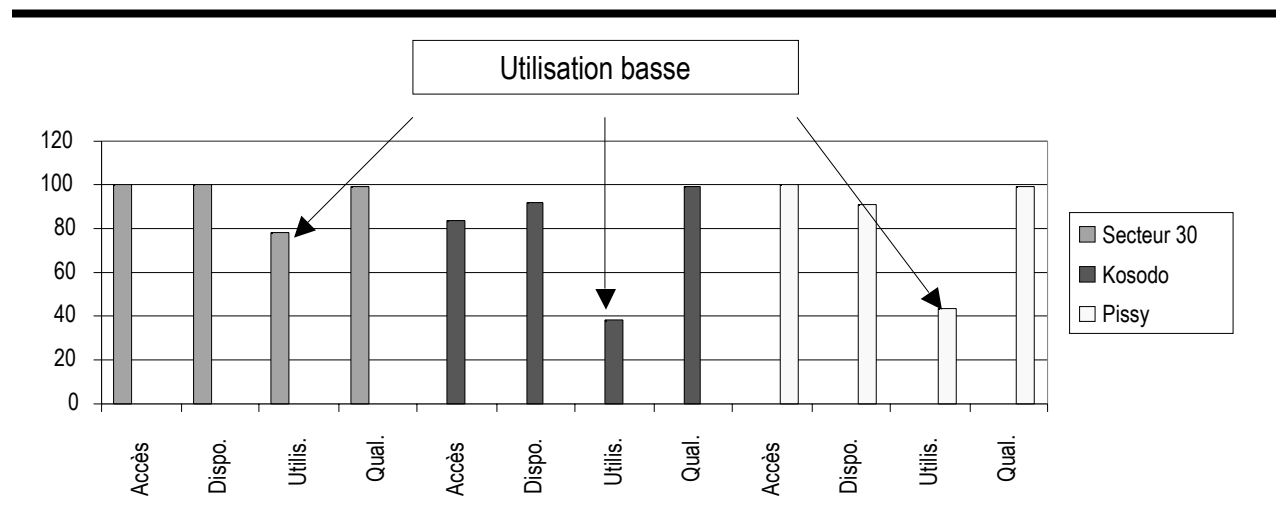
### Comparaison des obstacles systémiques dans la zone 1 pour la santé reproductive

L'accès aux services de santé pour les accouchements assistés est très bas ; comme le montre l'exemple des districts de Fada, de Dori et de Réo. Il constitue un obstacle pour l'amélioration des accouchements assistés dans les zones 2, 3 et 4. Quant à la disponibilité des sages-femmes, elle constitue un véritable obstacle systémique pour la santé de la reproduction dans les zones 2, 3 et 4 sauf dans quelques districts comme Koudougou (Voir disponibilité du personnel par district en annexe). La couverture obstétricale est très faible pour l'ensemble des zones et peut être la résultante de plusieurs facteurs

**Graphique A4.4**  
**Comparaison des obstacles systémiques dans la zone 1 pour la vaccination**



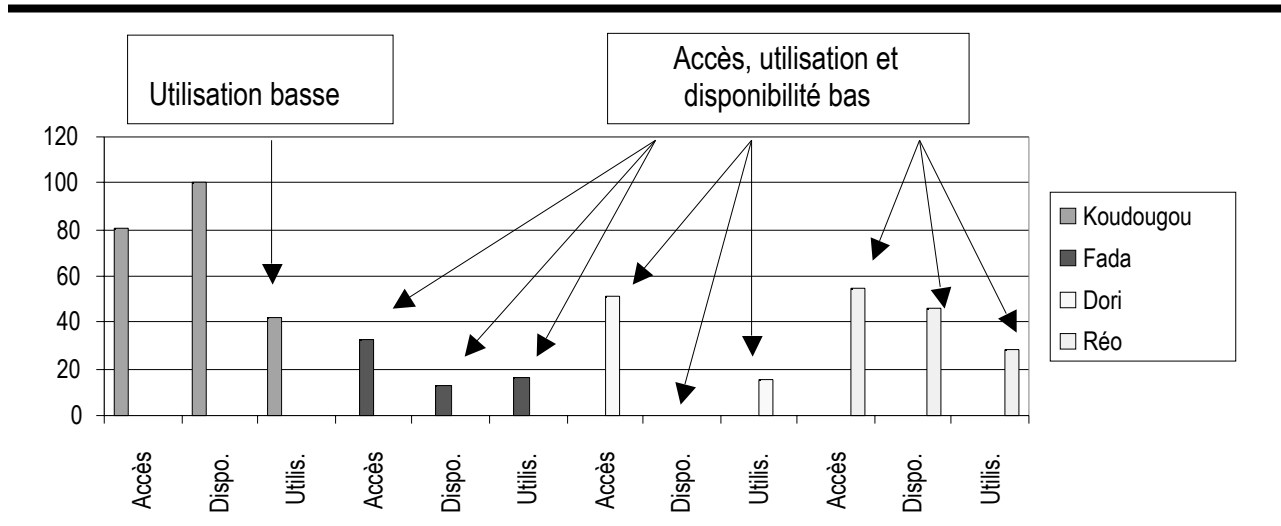
**Graphique A4.5**  
**Comparaison des obstacles systémiques dans la zone 1 pour la vaccination (suite)**



**Tableau 4.3**  
**Comparaison des obstacles systémiques par district pour la santé reproductive**

Santé de la reproduction	Koudougou	Fada	Dori	Réo	Po	Kaya	Gaoua
Accès aux services de santé	80,3 %	32,7 %	51,6 %	55,1 %	47,4 %	61,9 %	47,5 %
Disponibilité de la sage-femme	100 %	13 %	0 %	46 %	61 %	10 %	16 %
CPN	75,83 %	54,8 %	44,9 %	80,8 %	60,6 %	60,5 %	29 %
Couverture Obstétricale	41,83 %	16,3 %	15,2 %	28 %	35,7 %	36,6 %	7,21 %

**Graphique A4.6**  
**Comparaison des obstacles systémiques par district pour l'accouchement assisté**



dont les causes sous-jacentes devront être recherchées avec minutie afin de contribuer de façon notable à l'amélioration de la santé reproductive.

### Constats

Il ressort de tout ce qui précède que l'accessibilité géographique des services préventifs et curatifs de base constitue un véritable problème pour les populations pauvres des zones 2, 3, et 4 en particulier celles vivant en milieu rural, près de 50 % n'ayant pas accès aux soins. Dans ces services de santé peu accessibles, la disponibilité du personnel de santé n'est pas effective ; par exemple aucune sage-femme dans les districts sanitaires de Banfora, de Boulsa, de Dori et de Titao. La disponibilité du personnel qualifié est faible pour l'ensemble des zones 2, 3 et 4 :

- 50,67 % en zone 2
- 53,87 % en zone 3
- 2,17 % en zone 4.

Par contre on note une pléthore de personnel en zone 1 (226,88%). Quant à la disponibilité des sages femmes, elle est très basse :

- 27 % pour la zone 2
- 39 % pour la zone 3
- 9 % pour la zone 4.

Ceci constitue un véritable problème pour la santé reproductive. Par ailleurs, l'analyse des indicateurs montre une corrélation entre la disponibilité du personnel et les taux de couverture des interventions essentielles telles que la consultation pré natale, la vaccination, la couverture obstétricale ... Ainsi donc, un renforcement des ressources humaines et, une répartition équitable de ces dernières pourraient contribuer de façon tangible à la réduction de la pauvreté. La population continue de payer un lourd tribut pour certaines maladies transmissibles comme le SIDA, le paludisme ... L'allaitement maternel non exclusif avant 6 mois, les maladies de l'enfant sont encore présents de façon notable chez les pauvres. L'allocation des ressources budgétaires au profit des districts est effective et doit être renforcée ; il en est de même pour la disponibilité des vaccins et des médicaments au niveau des CSPS.

La participation des usagers et des communautés dans la gestion des activités sanitaires est effective à travers les comités de gestion et les comités de santé. Il faudrait revoir un temps soit peu la composition de ces équipes afin que les pauvres et les groupes vulnérables (souvent absents) participent aux prises de décision. Les quelques axes stratégiques proposés ci-après peuvent concourir à la réduction de la pauvreté de façon notable.

## Annexe 5

# Tendances et déterminants de la mortalité des enfants au Burkina Faso

**L**e cadre analytique qui supporte la production du rapport actuel postule que la pauvreté contribue aux indicateurs de santé à travers plusieurs mécanismes dont les comportements de ménages en matière de reproduction et de santé, la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau potable, parmi d'autres. Chacun de ces mécanismes est d'une complexité qui contribue à la difficulté non seulement d'identifier et de mesurer les variables pertinentes, mais aussi de résumer les relations entre la pauvreté et la santé. Cette annexe reconnaît cette complexité et vise un objectif beaucoup plus mesuré : il s'agit sur la base des données des deux DHS disponibles d'arriver à des conclusions plus robustes sur les inégalités en matière de santé des enfants entre les groupes les plus pauvres et les groupes les plus aisés de la population.

En d'autres termes, il s'agit de répondre aux questions suivantes : les inégalités en matière de santé des enfants entre les plus pauvres et les riches sont-elles liées uniquement au fait qu'une part importante des pauvres vivent en milieu rural ou sont moins instruits ? les inégalités en matière de santé résultent-elles des différences des schémas de comportements en matière démographique, de l'accès aux services de santé ou à l'eau potable entre les pauvres et les riches ?

### Données et méthodes d'analyse

Les analyses de cette annexe sont basées sur les données de l'enquête sur la démographie et la santé

(EDS) réalisée au Burkina Faso en 1993 et 1999. La disponibilité des informations pour la mesure des indicateurs d'impact de santé et de population est meilleure que la disponibilité des informations sur leurs déterminants dans le cadre des EDS : ceci est une contrainte pour une analyse de la détermination de la mortalité des enfants. En effet, contrairement à des enquêtes EDS réalisées dans d'autres pays, les EDS du Burkina Faso n'incluent pas de module communautaire permettant une approximation des contraintes, dont les contraintes physiques ayant des implications sur l'accessibilité des services sociaux de base, auxquelles sont confrontés les ménages. Par ailleurs, pour identifier la localisation des ménages dans l'échelle de revenus, l'absence d'une mesure directe du revenu dans les EDS est comblée par approximation sur la base des informations sur les biens durables et les conditions physiques de logement du ménage.

La variable dépendante dans les modèles ajustés dans cette annexe est la survie entre la naissance et le cinquième anniversaire : la survie dans cet intervalle est décrite par l'occurrence du décès et l'âge au décès. Parmi les 11.781 naissances intervenues au cours des 5 années précédant les deux EDS, 1.585 décès ont été observés avant l'âge de 5 ans. L'échantillon de l'analyse est limitée aux naissances intervenues au cours des 5 années précédant l'enquête, car se sont les seuls événements de naissance décrits dans les enquêtes qui contiennent des informations sur l'utilisation de services de santé au cours de la grossesse associée à la naissance.

Les variables indépendantes incluent trois catégories de variables : des proxy des déterminants proches de la survie des enfants, et des caractéristiques de la mère et du ménage de l'enfant. Trois déterminants proches de la survie des enfants sont considérés dans les modèles. Premièrement, les facteurs démographiques sont mesurés approximativement par la longueur de l'intervalle de naissances ayant précédé la naissance de l'enfant et le rang de la naissance de l'enfant. Deuxièmement, la source d'eau potable sert d'approximation aux facteurs environnementaux de la communauté de l'enfant. Troisièmement, le nombre de consultations prénatales au cours de la grossesse qui s'est terminée avec la naissance de l'enfant est utilisé comme proxy de l'utilisation des services de santé.

Les caractéristiques de la mère et du ménage de l'enfant incluent la région de résidence du ménage, le type de lieu de résidence du ménage, le niveau d'instruction de la mère de l'enfant et la groupe socio-économique du ménage de l'enfant. Enfin, une variable *temps* est introduite dans les modèles pour identifier respectivement les périodes de 5 ans précédant l'EDS 1993 et l'EDS 1999.

En raison de la nature de la variable dépendante, le modèle de risque proportionnel de Cox a été ajusté aux données pour une analyse contrôlée des relations entre les déterminants de la mortalité et la mortalité des moins de cinq ans (voir la note sous le tableau A5.1). Quatre modèles sont ajustés sur les données. Le modèle 1 fournit un résumé quantitatif des relations entre les proches déterminants et la survie des enfants et des tendances de la mortalité durant les années 90s. En plus des variables indépendantes du modèle 1, le modèle 2 inclut les caractéristiques de la mère et du ménage de l'enfant. Le modèle 3 est limité aux caractéristiques de la mère et du ménage de l'enfant ; le modèle 4, au groupe socio-économique du ménage de l'enfant et la variable *temps*.

## Résultats

Les résultats de l'analyse sont résumés dans le tableau A5.1. Les résultats du modèle 1 fournissent une description attendue des relations entre les comportements démographiques, les facteurs environnementaux, l'utilisation des services de santé

d'une part et la survie des enfants d'autre part. Premièrement, les données suggèrent que les comportements de fécondité des ménages contribuent à la survie des enfants non seulement à travers les intervalles de naissance, mais aussi le nombre de naissance. Plus l'intervalle ayant précédé la naissance de l'enfant est long, plus les chances de survie avant son cinquième anniversaire sont élevées. Autant que le nombre de naissance est concerné, les naissances de rang 7 et plus ont une vraisemblance plus élevée de décéder avant l'âge de cinq ans comparées aux naissances de rang inférieur. Deuxièmement, l'accès à une source d'eau potable est associé avec des meilleures chances de survie des enfants. Enfin, l'utilisation des services de santé, capturée par le nombre de consultations prénatales, a un effet positif sur les chances de survie de l'enfant comme attendu.

*Les inégalités en matière de santé résultent-elles des différences des schémas de comportements en matière démographique, de l'accès aux services de santé ou à l'eau potable entre les pauvres et les riches ?* Les résultats observés dans le modèle 1, autant que les proches déterminants sont concernés, sont maintenus dans le modèle 2 suggérant des relations relativement robustes dans le pays entre les comportements démographiques et l'utilisation des services de santé d'une part et la survie des enfants d'autre part. Lorsque l'on contrôle pour les effets de ces déterminants proches, cependant, les effets de la résidence urbaine et de la catégorie socio-économique du ménage sont relativement faibles ; ces derniers ne deviennent significatifs que lorsque les proches déterminants sont exclus de l'analyse (voir modèle 3) suggérant qu'une part significative des inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales, entre les ménages les plus pauvres et les moins pauvres, en matière de survie des enfants sont associées aux disparités relativement aux comportements démographiques, d'utilisation des services de santé et d'accès à l'eau potable.

*Les inégalités en matière de santé des enfants entre les plus pauvres et les riches sont-elles liées uniquement au fait qu'une part importante des pauvres vivent en milieu rural ou sont moins instruits ?* Les résultats du modèle 3 suggèrent qu'après avoir contrôlé les effets du lieu de résidence et du niveau d'instruction de la mère de l'enfant, des inégalités significa-

tives en matière de survie des enfants sont observées entre les 20% les plus riches de la population et le reste de la population sont observées. Cependant, les effets du groupe socio-économique du ménage sur la survie des enfants sont beaucoup moindres en la présence du lieu de résidence et du niveau d'instruction de la mère de l'enfant comparés aux effets dans le modèle 4 où ces variables sont absentes. En d'autres termes, une part significative des inégalités en matière de survie entre les plus

pauvres et les plus riches de la population ne sont pas associés à la résidence urbaine ou rurale, ou le niveau d'instruction de la mère.

Enfin, la variable *temps* démontre un effet cohérent à travers les quatre modèles qui supporte les conclusions sur les tendances de mortalité basées sur la mesure directe de la mortalité au début et à la fin des années 90s. La mortalité des enfants de moins de 5 ans a significativement augmenté durant la période des années 90s.

**Tableau A5.1**  
**Résultats de la régression logistique sur la mortalité entre 0 et 5 ans : Naissances des 5 dernières années (11.781 naissances ; 1.585 décès de moins de 5 ans).**

Variables	Catégorie de référence	Ratio de la force de mortalité : Exp(B)			
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
<b>Temps</b>					
Période 1994-1999	Période 1987-1992	1,161***	1,150***	1,160***	1,189***
<b>Facteurs démographiques</b>					
Intervalle de naissance	Moins de 2 ans				
2 ans		0,660***	0,658***		
3 ans		0,511***	0,505***		
4 ans et plus		0,385***	0,384***		
Rang de naissance	Première naissance				
2-3		1,127	1,123		
4-6		0,996	0,983		
7 et plus		1,207**	1,198**		
<b>Facteurs communautaires</b>					
Robinet dans la résidence	Autres sources d'eau pour boire	0,666***	0,953		
Fontaine publique		0,864*	1,118		
Puits dans la résidence		0,880	1,004		
<b>Utilisation des services de santé</b>					
Une CPN	Aucune consultation	0,701***	0,713**		
Deux CPN		0,755***	0,780***		
Trois CPN		0,762***	0,814***		
Quatre CPN ou plus		0,705***	0,737***		

(suite)

**Tableau A5.1 (suite)**

Variables	Catégorie de référence	Ratio de la force de mortalité : Exp(B)			
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
<b>Région</b>					
Nord	Ouagadougou		1,030	1,056	
Est			0,930	0,900	
Ouest			0,942	0,948	
Centre-sud			1,115	1,056	
<b>Type de lieu de résidence</b>					
Urbain	Rural		0,793*	0,753***	
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>					
Primaire ou plus	Aucun		0,964	0,968	
<b>Groupe socio-économique</b>					
Très pauvre	Riche		1,173	1,242*	1,531***
Pauvre			1,222*	1,260**	1,544***
Moyen			1,223*	1,275**	1,564***
Moyen-riche			1,104	1,125	1,286***

Source : Enquêtes Démographie et Santé 1992 et 1999

\*\*\* P-value inférieur à 0,01 ; \*\* P-value inférieur à 0,05 ; \* P-value inférieur à 0,10

Note : Le modèle de régression multiple basé sur l'approche du risque proportionnel de Cox est spécifié dans le cadre de la mortalité des enfants comme suite :

$h(t)$  = Probabilité de décéder entre  $t$  et  $t+_t$

$(_t)$ (probabilité de décéder après  $t$ )

Où  $h(t)$  est la fonction de la force de mortalité qui mesure la probabilité conditionnelle de décéder dans l'intervalle infinitésimal  $(t, t+_t)$  pour les individus qui ont survécu jusqu'à  $t$ , Il est postulé que l'effet des variables  $X$  sur le niveau de la force de mortalité est proportionnelle à une force de mortalité de base,  $h_0(t)$ , selon la relation suivante :

$$h(t) = h_0(t) \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k).$$

La statistique  $\exp(B)$  utilisée pour résumer les résultats est interprétée comme le risque relatif (hazard ratio) par rapport à la catégorie de référence, C'est une statistique comparable au ratio Pauvre/Riche utilisé dans le texte pour mesurer l'inégalité entre les pauvres et les riches. Dans le cadre du modèle de régression multiple, l'effet d'une variable  $X_k$  donnée est ajusté en tenant compte de l'effet des variables qui sont dans le modèle. Ainsi, si dans le modèle 4, le ratio respectif du risque de mortalité des différentes catégories socio-économiques sur le risque de mortalité des 20% les plus riches n'est ajusté que pour les effets de la variable 'temps', dans le modèle 3, l'analyse contrôle aussi pour les effets d'autres variables sociales telles que la région de résidence, le type de lieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère de l'enfant.



## Annexe 6

# Analyses multivariées de l'utilisation des services de santé — santé reproductive et de santé de l'enfant

### Introduction

**C**ette annexe présente un résumé des résultats des analyses multivariées de l'utilisation des services de santé sur la base des données de l'EDS 1999. Les données sont basées sur la description de l'utilisation des services de consultation prénatale, des services obstétricaux, des services de vaccination parmi les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête, et des soins curatifs associés au paludisme et aux infections respiratoires parmi les enfants de moins de cinq ans au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Les données n'incluent pas d'informations sur les prix (tarifs et coûts d'opportunités du temps associés à l'utilisation des services de santé) et la qualité des services : ceci est une faiblesse des résultats présentés ci-dessous. Les données permettent, cependant, de répondre aux questions suivantes. Les disparités observées entre les groupes socio-économiques relativement à l'accès et l'utilisation des services de santé, entre les plus pauvres et les plus riches, sont-elles significatives après le contrôle des effets d'autres caractéristiques des ménages (groupe ethnique, religion, résidence urbaine et rurale, et le niveau d'instruction de la mère) ? Etant donné le caractère rural de la pauvreté dans le pays, par exemple, les disparités non-ajustées entre les groupes socio-économiques peuvent refléter les disparités milieu rural-urbain, ainsi est-il nécessaire de contrôler les effets de la zone de résidence, et

d'autres variables, pour arriver à des conclusions plus robustes sur les disparités entre les groupes socio-économiques.

Une autre question intéressante est liée aux effets de l'ethnicité et de la religion, deux variables qui servent d'approximation des effets de la diversité culturelle des ménages et des communautés sur l'utilisation des services de santé. Plusieurs sources d'inefficience de la consommation des services de santé observées dans les systèmes de santé africains n'ont pas de relation avec la capacité des ménages de payer ou les barrières économiques pour accéder aux services de santé, mais aux croyances, coutumes et aux représentations de la grossesse et de la maladie qui varient d'un groupe ethnique ou religieux à un autre et contribuent par conséquent aux schémas de comportements des ménages et des individus<sup>1</sup>. Ces sources comptent parmi les raisons d'être des investissements dans les campagnes d'IEC qui soutiennent les stratégies de changement de comportement des ménages dans les interventions sanitaires : l'attention est portée sur ces sources pour encore une fois mettre l'accent sur les contraintes des ménages et leurs implications sur la demande des services de santé.

Plusieurs modèles sont ajustés sur les données essentiellement pour arriver à des conclusions plus robustes sur les deux questions ci-dessus<sup>2</sup>. La deuxième sous-section présente les résultats portant sur l'utilisation des services de santé reproductive ; la troisième sous-section, sur l'utilisation des services de santé de l'enfant.

## Services de santé de la reproduction

Le tableau A6.1 résume les résultats de la régression logistique sur l'utilisation des services de santé reproductive. Le modèle 11 présente les résultats portant sur l'entrée dans le système de suivi de la grossesse à travers les services de consultation prénatale dans les institutions sanitaires modernes ; le modèle 12, la continuité du suivi de la grossesse. Les modèles 13 et 14 présentent respectivement des résultats sur le lieu d'accouchement et sur l'assistance au cours de l'accouchement.

La résidence urbaine ou rurale et le niveau d'instruction de la femme ont des effets importants sur la probabilité que la femme entre dans le suivi de la grossesse dans les services modernes de santé. La probabilité qu'une femme urbaine ait au moins une consultation prénatale est 5 fois plus élevée que cette même pour une femme rurale. Les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et plus ont significativement beaucoup plus de chance d'utiliser les soins prénatals que les femmes qui ne sont jamais à l'école. Après avoir contrôlé les effets de la résidence et du niveau d'instruction, on constate que les femmes parmi les 20 % les plus pauvres ont une probabilité d'entrer dans le suivi de la grossesse 3 fois inférieure à cette probabilité pour les femmes parmi les 20 % les plus aisées : la probabilité d'entrer dans le suivi de la grossesse augmente des groupes les plus pauvres aux groupes les plus aisés. Les mêmes schémas sont observés autant que la continuité du suivi de la grossesse est concerné : les différences sont moins accentuées, cependant, comparées aux différences observées relativement à l'entrée dans le suivi de la grossesse.

Comparées aux soins prénatals, les disparités milieu rural-urbain sont plus importantes dans le cadre des soins obstétricaux suggérant que l'effet important du lieu de résidence capture non seulement les différences due à la proximité des institutions sanitaires modernes, mais aussi les contraintes plus ou moins sévères des moyens de transport du domicile aux institutions sanitaires. La probabilité qu'une femme urbaine accouche dans un centre sanitaire moderne est près de 10 fois plus élevée que pour une femme rurale. Un niveau d'instruction plus élevé est aussi associé à une probabilité plus élevée d'accoucher dans une formation sanitaire

moderne. Encore une fois, après avoir ajusté les effets des autres variables incluses dans le modèle, les femmes parmi les 20 % les plus pauvres ont une probabilité d'accoucher dans les institutions sanitaires modernes qui est 4 fois plus faible que la probabilité des femmes parmi les 20 % les plus aisées : à l'instar des soins prénatals, la probabilité d'accoucher dans une formation sanitaire moderne augmente des groupes les plus pauvres aux groupes les plus aisés.

Le groupe ethnique et la religion d'appartenance de la femme ont un effet relativement important sur la vraisemblance d'entrer dans le suivi de la grossesse. On constate, par exemple, que les femmes Bobo ont une vraisemblance d'entrer dans le suivi de la grossesse qui est 4 fois plus élevée que celle des femmes Peulh, et 2 fois plus élevée que les femmes Mossi. Les femmes Gourounsi, aussi, ont une propension relativement élevée d'entrer dans le suivi de la grossesse que les femmes Peulh et les femmes appartenant aux autres groupes que les Bobo. De même, les femmes catholiques, protestantes et musulmanes ont une propension plus élevée d'entrer dans le suivi de la grossesse que les femmes qui déclarent appartenir à une religion traditionnelle.

Les disparités selon le groupe ethnique et la religion d'appartenance de la femme observées au niveau des soins prénatals sont aussi reproduites au niveau de l'assistance au cours de l'accouchement. Les femmes Peulhs se distinguent encore une fois comme ayant une propension relativement faible d'accoucher dans les institutions sanitaires modernes. Ces schémas suggèrent que les caractéristiques culturelles ont un effet important dans la consommation des soins de santé reproductive dans le pays. Par conséquent, changer les contraintes économiques et financières pour améliorer l'accès aux institutions sanitaires modernes (réduction des distances géographiques et réduction des tarifs) ne va pas suffire pour augmenter l'utilisation de ces services de santé, beaucoup d'efforts seront nécessaires pour changer les comportements en matière de santé reproductive parmi certains groupes de la population.

## Services de santé de l'enfant

Le tableau A6.2 résume les résultats de la régression logistique de l'utilisation des services de santé de

**Tableau A6.1**  
**Résultats de la regression logistique sur l'utilisation des services de santé de la reproduction :**  
**Naissances des 5 dernières années**

Variable		Probabilité que la femme a eu au-moins une (1) consultation prénatale (modèle 11) Exp(B)	Probabilité que la femme a eu au-moins trois (3) consultations prénatales parmi les femmes qui ont eu au-moins une (1) consultation prénatale (modèle 13) Exp(B)	Probabilité que la femme a accouché au niveau d'une formation sanitaire moderne (modèle 12) Exp(B)	Probabilité que la femme a été assistée à l'accouchement par un personnel de santé formé (modèle 14) Exp(B)
Age de la mère (ref: 35 ans et plus)	Moins de 20 ans	1,05985	0,91032	1,30860**	1,23182*
	20-24 ans	1,05985**	0,91791	1,19447*	1,19819*
	25-29 ans	1,12271	0,96536	1,07450	1,11360
	30-34 ans	0,86528	0,94058	0,96645	0,88024
Groupe Ethnique (ref: Autres)	Bobo	2,89849***	1,45011*	1,22529	1,18562
	Peulh	0,72117**	1,11997	0,53450***	0,55623***
	Gourounsi	1,64505***	0,59800***	0,82563	0,90209
	Mossi	0,98946	0,90193	0,74688***	0,89276
Religion (ref:Autres)	Catholique	2,96454***	1,11096	2,04824***	2,53099***
	Protestant	2,15340***	0,96625	1,92133***	2,14509***
	Musulman	2,10305***	1,09094	2,14903***	2,25123***
Région (ref:Ouagadougou)	Nord	0,58565*	0,75768	0,45133***	0,42824***
	Est	1,70439*	1,42190*	0,80428	0,68056
	Ouest	0,65163	0,75073	0,32665***	0,30955***
	Centre/Sud	1,32280	1,25269	0,63215*	0,46468***
Zone de résidence (ref:Rural)	Urbain	5,47616***	1,43804**	9,86256***	7,69224***
Niveau d'Instruction (ref:Aucun)	Primaire	1,69921***	1,63642***	1,49648***	1,52993***
Groupe Socio-économique (ref:Riche)	Pauvre	0,36353***	0,57624***	0,25727***	0,28592***
	Pauvre-moyen	0,36233***	0,72008**	0,28083***	0,27868***
	Moyen	0,45313***	0,84755	0,37796***	0,32758***
	Moyen-Riche	0,52393***	0,70314**	0,53754***	0,47487***
	Constante	1,22728	3,24067***	0,85509	0,96215
Nombre d'observations		5.953	3.693	5.953	5.953
Chi-Square du modèle		1118,27919	117,56402	1904,70399	1848,2126
Degrés de liberté		21	21	21	21
Niveau de signification		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000

Source : Enquête Démographie et Santé 1999.

\*\*\* P-value inférieur à 0,01 \*\* P-value inférieur à 0,05 \* P-value inférieur à 0,1

l'enfant. Les modèles 21 et 22 résument les résultats portant sur la probabilité que l'enfant reçoive le BCG et la première dose de DPT (DPT1) : le BCG et le DPT1 sont utilisés dans ces analyses comme des

marqueurs de l'entrée de l'enfant dans la prise en charge par les services de vaccination. Le modèle 23 résume les résultats portant sur la continuité de la vaccination telle qu'indiquée par la probabilité que

**Tableau A6.2**

**Résultats de la régression logistique sur l'utilisation des services de santé de l'enfant :  
Enfants survivants parmi les naissances des 5 dernières années**

Variable		Vaccination		Soins Curatifs	
		Probabilité que l'enfant reçoit le BCG (modèle 21) Exp(B)	Probabilité que l'enfant reçoit la première dose de DPT (modèle 22) Exp(B)	Probabilité que l'enfant reçoit la troisième dose de DPT étant donné qu'il a reçu la première dose {DPT3   DPT1} (modèle 23) Exp(B)	Probabilité que l'enfant soit traité dans une formation sanitaire moderne parmi les enfants qui ont eu la fièvre et la toux (modèle 24) Exp(B)
Age de l'enfant (ref:Moins d'1 an)	1 an révolu	2,84970***	3,54452***	4,35064***	0,84255
	2 ans révolus	3,15624***	4,52998***	4,63427***	0,84625
	3 ans révolus	3,47701***	4,27447***	4,65088***	0,80539
	4 ans révolus	3,69808***	4,47366***	5,79330***	0,51289***
Age de la mère (ref: 35 ans et plus)	Moins de 20 ans	0,82086*	0,98495	0,80356*	0,82002
	20-24 ans	0,94875	1,09717	0,94639	0,76216
	25-29 ans	1,05399	1,11641	0,94275	0,83176
	30-34 ans	0,98879	1,16182	1,06808	0,78899
Groupe Ethnique (ref: Autres)	Bobo	1,72836***	1,86679***	1,48919**	1,23615
	Peulh	0,98593	1,39976**	1,09459	0,61574
	Gourounsi	0,75264	0,88760	0,82227	0,62270
	Mossi	1,16292*	0,99127	1,25842**	0,84714
Religion (ref:Autres)	Catholique	1,86924***	1,71108***	1,37909**	0,87948
	Protestant	1,76052***	1,52683***	1,57679***	0,93415
	Musulman	1,70365***	1,56905***	1,31986**	1,03681
Zone de résidence (ref:Rural)	Urbain	4,79183***	1,57150**	1,48235**	2,01526***
Région (ref:Ouagadougou)	Nord	0,41073***	0,64502**	0,42659***	1,18095
	Est	0,80687	1,01501	0,53086***	1,33603
	Ouest	0,60611	0,53763***	0,33785***	0,89934
	Centre/Sud	1,10567	0,90582	0,65936**	1,16069
Niveau d'Instruction (ref:Aucun)	Primaire	1,55836***	1,30832*	1,81314***	1,89499***
Groupe Socio-économique (ref:Riche)	Pauvre	0,51056***	0,66582***	0,48532***	0,31255***
	Pauvre-moyen	0,57679***	0,86070	0,55486***	0,43186***
	Moyen	0,65782***	0,89904	0,70173**	0,53024***
	Moyen-Riche	0,70805**	0,87840	0,72794**	0,54181***
	Constante	0,99608	0,85760	0,48060***	0,37364***
Nombre d'observations		5076	5076	3784	2433
Chi-Square du modèle		796,48701	537,45405	589,314924	177,591309
Degrés de liberté		25	25	25	25
Niveau de signification		0,00000	0,00000	0,00000	0,00000

\*\*\* P-value inférieur à 0,01

\*\* P-value inférieur à 0,05

\* P-value inférieur à 0,10

Source : Enquête Démographie et Santé 1999.

l'enfant reçoive la troisième dose de DPT (DPT3) étant donné qu'il a reçu la première dose. Enfin, le modèle 24 porte sur les résultats de l'utilisation des soins curatifs parmi les enfants, indiquée par l'utilisation des institutions sanitaires modernes en cas de fièvre ou de toux, symptômes associés respectivement au paludisme et aux infections respiratoires chez l'enfant malade.

Les effets de la zone de résidence et du niveau d'instruction de la mère sur l'entrée dans les services de vaccination sont aussi significatifs. Un enfant urbain a une probabilité de recevoir le BCG t près de 5 fois plus élevée qu'un enfant rural ; bien qu'elles restent significatives, les disparités sont moins importantes entre les enfants dont la mère n'a jamais fréquenté l'école et les enfants dont la mère a au-moins un niveau d'instruction primaire. Après l'ajustement pour les effets des variables incluses dans le modèle, la probabilité que les enfants provenant des groupes les 20% les plus pauvres reçoivent le BCG est 2 fois moins élevée que celle des enfants provenant des groupes les 20% les plus aisés. Comme pour les services de santé reproductive, la vraisemblance de l'entrée des enfants dans les services de vaccination augmente des plus pauvres aux plus aisés. Des schémas similaires sont observés en ce qui concerne la continuité de la vaccination.

Les effets du groupe ethnique de la mère de l'enfant sont relativement plus faibles sur l'occurrence de la vaccination chez l'enfant. L'appartenance au groupe Bobo, cependant, est associée à une vraisemblance plus élevée de la vaccination de l'enfant, y compris la continuité de la vaccination. Les effets de la religion sont aussi faibles, mais sont significativement observés autant que le BCG et le DPT1 sont concernés, de même que la continuité de la vaccination.

Les effets du groupe ethnique et de la religion d'appartenance de la mère de l'enfant ne sont pas significatifs en ce qui concerne l'utilisation des soins curatifs en cas de maladie de l'enfant. En effet, seuls le type de lieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le groupe socio-économique contribuent significativement à la probabilité qu'un enfant soit traité dans une institution sanitaire moderne en cas de maladie. Les enfants dont la mère réside en milieu urbain ont une probabilité

d'être traités dans une institution sanitaire moderne 2 fois plus élevée que les enfants dont la mère réside en milieu rural. De même, les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au-moins égal au primaire ont une vraisemblance d'être traités dans une institution sanitaire moderne 2 fois plus élevée que les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction. Après le contrôle des effets du milieu de résidence et du niveau d'instruction de la mère, les enfants provenant des 20 % de ménages les plus pauvres ont une probabilité 3 fois moins élevée d'utiliser les institutions sanitaires modernes en cas de maladie que les enfants provenant des 20% de ménages les plus aisés.

---

1. Voir Barlow, R. and F.P. Diop (1995). "Increasing the Utilization of Cost-effective Health Services through Changes in Demand", *Health Policy and Planning*. Vol. 10, No 3-(September):284-295.

2. Etant données la nature dichotomique des variables dépendantes, donc qui prennent des valeurs de 0 ou 1, et l'observation que la principale source de soins de santé dans le pays est constituée par les centres de santé et de promotion sociale, les modèles ajustés dans cette annexe sont des modèles de régression logistique de la forme générale :

$$\ln (P/(1-P)) = \alpha + \beta X.$$

où P est la probabilité que l'événement d'intérêt ait lieu, X est un vecteur de variables indépendantes qui contribuent à l'occurrence de l'événement d'intérêt, et  $\beta$ , un vecteur de paramètres associés à X qui mesurent respectivement l'effet des variables X sur l'occurrence de l'événement d'intérêt.

Les estimations des paramètres  $\beta$  sont présentées dans le résumé des résultats sous une forme exponentielle qui fournit une statistique comparable aux ratios Pauvre/Riche des tableaux dans le texte qui résument les inégalités entre les riches et les pauvres. Le plus proche la statistique  $\exp(\beta)$  est de 1, le plus faible est l'effet de la variable qui lui est associée sur l'occurrence de l'événement d'intérêt ; quand la statistique est significativement inférieure (supérieure) à 1, la caractéristique associée est supposée inférieure (supérieure) d'avoir un effet négatif (positif) sur l'occurrence de l'événement comparé au groupe de référence.

Il n'y a aucune raison théorique de s'attendre à un comportement comparable de la demande des soins prénatals et des soins obstétricaux, ni entre la demande des services de vaccination et des soins curatifs chez les enfants. Au contraire, la perception des bénéfices que confèrent ces services de santé et les contraintes associées à la décision de leur consommation sont de nature très différente qui rend assez difficile la généralisation d'un service à un autre. Par conséquent, la lecture des résultats sera inscrite dans les limites de chaque service.

# Annexe 7

## Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le Cadre de Lutte Contre la Pauvreté

### CSLP/Mesures Spécifiques de Lutte Contre la Pauvreté dans le Secteur de la Santé : Principaux Axes

Orientation Stratégique du PNDS	Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres	Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis	Impliquer les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé
<b>Objectif 1 : Accroître la couverture sanitaire nationale</b>			
1.1 Développer les infrastructures sanitaires et les équipements	Normalisation des infrastructures incomplètes (CSPS) ; Construire 605 nouveaux CSPS d'ici à l'an 2010 ; Construire le Centre National de Transfusion Sanguine ; Réhabiliter 183 CSPS vétustes sur les 759 CSPS existants en 1999 ; Définir une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements ; Elaborer un plan de maintenance des infrastructures et des équipements		
1.2 Opérationnaliser les districts sanitaires	Allouer les ressources nécessaires au fonctionnement des districts ; Poursuivre la formation des médecins de district en gestion et en chirurgie essentielle	Allouer les ressources nécessaires au fonctionnement des districts	Mettre en place/dynamiser des structures de gestion du district (CSD, COGES)

(suite)

**CSLP/Mesures Spécifiques de Lutte Contre la Pauvreté  
dans le Secteur de la Santé : Principaux Axes**

<b>Orientation Stratégique du PNDS</b>	<b>Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres</b>	<b>Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis</b>	<b>Impliquer les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé</b>
1.3 Développer les services à base communautaire	Elaborer une stratégie nationale de mobilisation sociale en collaboration avec les secteurs connexes ; Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication ; Former et encadrer les agents SBC impliqués dans la mise en œuvre de certains programmes ; Apporter un appui technique et financier aux initiatives communautaires visant à promouvoir les activités de santé		Elaborer une stratégie nationale de mobilisation sociale en collaboration avec les secteurs connexes ; Former et encadrer les agents SBC impliqués dans la mise en œuvre de certains programmes ; Apporter un appui technique et financier aux initiatives communautaires visant à promouvoir les activités de santé ; Former les membres des COGES pour la gestion des activités des institutions sanitaires
1.4 Renforcer la collaboration avec les secteurs sanitaires privé et traditionnel dans l'offre de soins			
<b>Objectif 2 : Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé</b>			
2.1 Développer une stratégie nationale d'assurance qualité des services	Elaborer et mettre en œuvre d'un plan global de développement des ressources humaines ; Développement d'un réseau national de laboratoires fonctionnels ; Supervision des prestataires	Réviser/compléter les Guides de Diagnostic et de Traitement (GDT), les protocoles hospitaliers et autres outils de soins préventifs et de prise en charge des cas de maladie, ce qui facilitera application des normes et standards au niveau des prescripteurs, notamment ceux des districts	
2.2 Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité et leur accessibilité	Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique : Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité ; Promotion de l'usage rationnel des médicaments ; Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	Renforcement du cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique : Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité ; Promotion de l'usage rationnel des médicaments ; Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels améliorés	
2.3 Renforcer les activités de soutien et de promotion de la santé	Renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ; Développement de l'IEC/Santé ; Promotion de l'hygiène et de l'assainissement		Renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ; Développement de l'IEC/Santé ; Promotion de l'hygiène et de l'assainissement

(suite)

**CSLP/Mesures Spécifiques de Lutte Contre la Pauvreté  
dans le Secteur de la Santé : Principaux Axes**

Orientation Stratégique du PNDS	Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres	Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis	Impliquer les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé
<b>Objectif 3 : Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles</b>			
3.1 Promouvoir la santé des groupes spécifiques	Promotion des prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables ; Amélioration des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables		Promotion des prestations préventives à l'endroit des groupes vulnérables ; Amélioration des prestations curatives à l'endroit des groupes vulnérables
3.2 Réduire l'incidence et la prévalence des maladies d'intérêt en santé publique	Amélioration de la conception des programmes de santé pour les publique ; Amélioration de la gestion des programmes de santé ; Amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois et des femmes en âge de procréer ; Renforcement de la surveillance épidémiologique ; Amélioration de la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques		Amélioration de la gestion des programmes de santé
<b>Objectif 4 : Réduire la transmission du VIH</b>			
4.1 Renforcer les mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH	Développement de l'IEC en IST/VIH/SIDA ; Prévention de la transmission par voie sexuelle des IST et du VIH ; Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH ; Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant		
4.2 Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA	Renforcement du counselling et de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA ; Mise en place de mécanismes et de structures de prise en charge	Mise en place de mécanismes et de structures de prise en charge	Mise en place de mécanismes et de structures de prise en charge
<b>Objectif 5 : Développer les ressources humaines en santé</b>			
5.1 Définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé	Elaborer et mettre en œuvre d'un plan global de développement des ressources humaines		
5.2 Satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines	Amélioration de la répartition du personnel ; Formation des personnels de santé ; Optimisation de la gestion des ressources humaines en santé		

(suite)



**CSLP/Mesures Spécifiques de Lutte Contre la Pauvreté  
dans le Secteur de la Santé : Principaux Axes**

Orientation Stratégique du PNDS	Améliorer les indicateurs de santé des plus pauvres	Limiter l'impact du paiement des soins sur les revenus des ménages démunis	Impliquer les communautés les plus pauvres dans les décisions de santé
<b>Objectif 6 : Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé</b>			
6.1	Améliorer l'efficacité des services de santé	Rationalisation des soins ; Rationalisation de la gestion des ressources mobilisées	Rationalisation des soins ; Rationalisation de la gestion des ressources mobilisées ; Réduction des coûts des prestations sanitaires et des médicaments essentiels
6.2	Promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé	Promotion des modes communautaires de partage des risques	Promotion des modes communautaires de partage des risques ; Promotion de l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel ; Prise en charge des indigents
<b>Objectif 7 : Accroître les financements du secteur de la santé</b>			
7.1	Mobiliser des ressources financières additionnelles en faveur du secteur de la santé	Augmentation de la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat ; Renforcement du partenariat	Augmentation de la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat ; Renforcement du partenariat
7.2	Améliorer le recouvrement des coûts	Révision de la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les hôpitaux publics ; Réorganisation du circuit de paiement des frais médicaux	
<b>Objectif 8 : Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé</b>			
8.1	Améliorer le cadre organisationnel du Ministère de la Santé	Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la santé	
8.2	Renforcer le cadre juridique du Ministère de la Santé		
8.3	Accroître les capacités d'administration, de gestion et d'appui technique du Ministère de la Santé	Rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles ; Amélioration des capacités de communication du ministère ; Promotion de l'approche contractuelle	Amélioration des capacités de communication du ministère ; Promotion de l'approche contractuelle
8.4	Améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé	Renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires du développement sanitaire	Renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires du développement sanitaire
8.5	Renforcer la collaboration intersectorielle	Renforcement des cadres de concertation /collaboration ; Promotion de mécanismes de planification intégrée	





