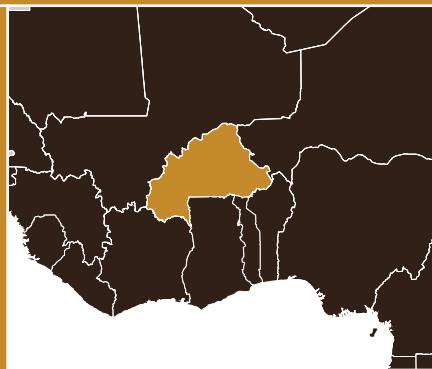


# policy

Octobre 2014

## REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO



*La Politique de  
Tarification des  
Contraceptifs*

Cette publication a été préparée par Timothée Gandaho, Cathryn Streifel, Modibo Maïga et Annie Chen du Projet de politique de santé (HPP).

---

Citation suggérée : Gandaho, T., C. Streifel, M. Maiga et A. Chen. 2014. *Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso : La Politique de Tarification des Contraceptifs*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN : 978-1-59560-057-8

Le Projet de Politique Sanitaire est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a pris effet le 30 septembre 2010. Ce projet est mis en oeuvre par le Futures Group en collaboration avec le Plan International USA, Avenir Health (anciennement Futures Institute), Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et la l'Alliance du Ruban Blanc pour une Maternité sans Risque (WRA).

---

---

# Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso : La Politique de Tarification des Contraceptifs

---

**OCTOBRE 2014**

Cette publication a été préparée par Gandaho, T.<sup>1</sup>, C. Streifel<sup>2</sup>, M. Maiga<sup>2</sup> et A. Chen.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultant, <sup>2</sup> le Projet de politique de santé (HPP)

Les informations fournies dans ce document ne sont pas officielles et n'émanent pas du gouvernement américain. Elles ne représentent ni le point de vue ni la position de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.



# TABLE DES MATIÈRES

Remerciements .....	iv
<b>Résumé Analytique</b> .....	<b>v</b>
Aperçu du Contexte.....	v
Synthèse des Résultats .....	vi
Sommaire des Recommandations.....	ix
<b>Abreviations et Acronymes</b> .....	<b>xi</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
Contexte : L'organisation des Services de Santé du Burkina Faso .....	3
Objectifs de L'étude .....	5
<b>Méthodologie</b> .....	<b>7</b>
Revue Documentaire .....	7
Entretiens Approfondis .....	7
Echantillon .....	7
Analyse des Données .....	8
Limites de L'étude.....	8
<b>Résultats</b> .....	<b>9</b>
L'impact des Politiques de Tarification Courantes de SR/PF sur les Programmes de PF .....	9
Les Obstacles Financiers et Autres D'accès aux Services de PF .....	18
L'impact du Secteur Privé sur la PF et la SR .....	18
Le Processus de Gestion et du Suivi/Evaluation des Programmes de PF .....	19
Les Suggestions des Participants pour Améliorer la Politique de Tarification des Contraceptifs au Burkina Faso.....	20
<b>Conclusion</b> .....	<b>24</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>25</b>
<b>Annexe A : Liste des Informateurs-clés pour L'étude des Politiques de Tarification au Burkina Faso</b> .....	<b>27</b>
<b>Annexe B : Guide d'Entretien pour une Politique de Tarification en Afrique de l'Ouest</b> ..	<b>29</b>
<b>References</b> .....	<b>35</b>

## REMERCIEMENTS

Le bureau Afrique de l'Ouest du Futures Group remercie le ministère de la Santé du Burkina Faso d'avoir accueilli favorablement le principe de cette étude et donné son soutien politique indispensable à sa réalisation. L'équipe remercie particulièrement le docteur Djénéba Sanon, directrice nationale de la Santé, et le docteur Isabelle Bicaba pour leur implication personnelle et volontariste à l'organisation de l'étude, et à l'identification et la mobilisation des personnes-ressources, dont la contribution fut déterminante à la réussite de l'étude.

L'équipe remercie particulièrement Mme Justine Belem, sans l'appui volontariste et déterminée de laquelle cette étude n'aurait pu se réaliser. Grâce à elle, l'étude s'est déroulée dans un délai d'une brièveté inespérée avec un nombre d'entretiens nettement au-delà des attentes de notre équipe.

Nos remerciements s'adressent également aux piliers de cette étude, toutes les personnes-clés qui ont accepté nos entretiens malgré leurs calendriers chargés. Tous nous ont fait preuve d'une hospitalité et d'une disponibilité émouvantes, ce qui a beaucoup facilité la collecte des informations utiles présentées dans ce rapport. Parmi les rendez-vous que les 30 répondants nous ont donnés, aucun n'a été reporté ou retardé par nos interlocuteurs.

Le bureau Afrique de l'Ouest du Futures Group remercie enfin le Bureau Régional de l'USAID/Afrique de l'Ouest pour son soutien financier à la réalisation de cette étude.

# RESUME ANALYTIQUE

## Aperçu du Contexte

Le taux d'accroissement de la population du Burkina Faso, 3,1 % par an, est un des cinq plus élevés au monde, avec un taux de fécondité de six enfants par femme. Le Burkina Faso connaît aussi des taux de mortalité maternelle (341 pour 100 000 naissances vivantes) et néonatale (28 pour 1 000 naissances vivantes) très élevés (INSD et ICF International, 2012a). Toutefois, 30 % des cas de mortalité maternelle pourraient être évités grâce à un renforcement de la planification familiale (PF) (INSD et ICF International 2012b).

Or, l'augmentation de la prévalence contraceptive a été modérée au cours des dernières années, passant de 8,6 % en 2003 à 15,0 % en 2010, avec des besoins non satisfaits de 23,8 % en 2010. Le gouvernement a déjà pris des mesures de renforcement de la PF, dont l'adoption d'une loi relative à la santé de la reproduction (SR) en 2005, la mise en œuvre du Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction pour la période 2009–2015, l'amélioration de l'accès aux services de PF avec gratuité de certaines prestations de PF, la subvention des produits contraceptifs et la distribution à base communautaire des produits contraceptifs à travers des ONG et des associations par la contractualisation. Le gouvernement a aussi démontré son engagement fort en matière de PF par la création d'une ligne budgétaire nationale dédiée à l'achat de contraceptifs modernes, de 500 millions de FCFA par an.

Le gouvernement pourrait utiliser ses propres ressources pour les produits de planification familiale et améliorer la coordination entre le secteur public et les secteurs privés à but lucratif et non lucratif afin de renforcer l'accès aux produits de planification familiale. En théorie, les initiatives de marché total (TMI) sont « destinées à réorienter les décideurs gouvernementaux et les responsables des programmes de la santé de la reproduction en partant de la focalisation sur un seul secteur du marché à une perspective plus globale et ainsi, accroître l'accès aux produits et aux services de santé de la reproduction de façon plus efficace et plus équitable » (Barnes, Vail et Crosby 2012, 1). L'approche du marché total ne consiste pas seulement à mettre en œuvre des politiques. Elle exige aussi que le gouvernement crée une relation forte entre le secteur public et les secteurs privés à but lucratif et non lucratif. Les politiques du gouvernement doivent ouvrir un marché pour le secteur public et lui permettre de réaliser des bénéfices, un marché pour la planification familiale dont les produits répondent aux besoins de toutes les femmes qui veulent utiliser la PF (HIP 2014). Elles doivent faciliter le développement d'un marché public et privé pour des produits de planification familiale qui répondent aux besoins de toutes les femmes qui veulent utiliser la PF.

Afin de soutenir cet effort, en janvier 2014, le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a formé une équipe intervenant aux niveaux national, régional, district et communautaire pour évaluer les obstacles de tarification entravant l'accès aux services de PF et les implications des politiques connexes. Dans ce contexte, la présente enquête qualitative commanditée par le projet HPP a été menée auprès de 30 informateurs-clés au mois de décembre 2013 dans des services et institutions du niveau national, régional et du district au Burkina Faso, avec pour objectif spécifique d'étudier les domaines suivants :

1. L'effet des politiques de tarification courantes de la SR/PF sur l'accessibilité et durabilité des programmes de PF
2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF qui existent par suite de la mise en œuvre des politiques de tarification existants pour les contraceptifs

3. L'effet du secteur privé sur l'utilisation de la PF et la SR
4. Les suggestions des informateurs-clés pour améliorer la situation de la PF au Burkina Faso

## Synthèse des Résultats

Voici les principaux résultats :

1. L'impact des politiques courantes de tarification des contraceptifs en SR/PF sur les programmes de PF

La tarification au Burkina Faso est régie par un arrêté conjoint signé par le ministre de la Santé et celui de l'Economie et des finances. Les prix sont révisés de façon annuelle. Un comité multisectoriel de révision des prix est mis en place. L'arrêté conjoint sort et communique les prix ainsi fixés pour application. Tous les produits génériques et tous les contraceptifs font objet de cette tarification où les produits contraceptifs sont subventionnés jusqu'à hauteur de 80 % pour certains.

Les partenaires techniques et financiers, tels que le Fonds des Nations-Unies pour la population (UNFPA), l'USAID et l'Organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS), sont les principaux bailleurs pour l'achat des contraceptifs du Burkina Faso. Les produits achetés sont alors remis gratuitement à la Centrale d'achat des médicaments essentielles génériques (CAMEG), qui en assure la distribution aux dépôts répartiteurs de districts (DRD), et des DRD dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) puis dans la communauté (agents de santé communautaire, ONG et associations féminines) et autres structures périphériques. Avant leur distribution, les prix de cession pour les différents niveaux et programmes font l'objet d'une politique de tarification. Cette politique de tarification tente de réduire les coûts pour rendre les produits accessibles à la population. Malgré toutes ces dispositions, les tarifs appliqués varient selon les structures de proposition des services de PF, comme le démontre le tableau 1 ci-dessous.

*Pour les populations rurales dans les villages reculés, s'il n'y a pas une bonne saison de pluie, il leur sera difficile de déboursier même 100 F ou 600 F pour acheter un contraceptif.*

-Informateur-clé,  
responsable régional



**Tableau 1 : Les Prix Pratiqués dans la Mise en Œuvre de la Politique de la Tarification des Contraceptifs au Burkina Faso (en FCFA)**

Produits PF	Prix Officiels	ABBEF	PSI/ PROMACO	MSI	ASC	Pharmacie Privée	District Sanitaire CSPS	DRD/ CHR/ CHU	CAMEG
Pilule (1 cycle)	100	100	200 (Planif)	100	$\frac{100}{75}$ (achat)	1 100 à 3 000	100	75	60
Contraceptif injectable	500	800 700(jeunes)	N/D	800	N/A	N/D	500	325	300
Implant	1 000	1 000	N/D	$\frac{600(\text{mobile})}{3\,000(\text{fixe})}$	N/A	N/D	1 000	1000	500
DIU	1 000	1 000	N/D	$\frac{500(\text{mobile})}{1\,000(\text{fixe})}$	N/A	N/D	1 000	537,5	500
Spermicides	200	1 000	N/D	N/D	200	N/D	N/D	N/D	N/D
Préservatif masculin/ unité	10	10 5(jeunes)	18,7 (4 à 75) Prudence	10	$\frac{10}{5,4}$ (achat)	100 à 333	18,7 (4 pour 75)	5.4	5
Préservatif féminin/ unité	100	100	100 (Saramani)	100	$\frac{100}{75}$ (achat)	N/D	100	64,5	60
Collier du cycle	500	500	N/D	N/D	$\frac{500}{375}$ (achat)	N/D	500	349,4	325

N/D = non disponible ; N/A= non applicable

NB = Les prix officiels ont une marge bénéficiaire de 10 % sur les prix de cession par la CAMEG au bénéfice du recouvrement des coûts. Au Burkina Faso, PSI, sous le nom de Promotion et marketing des contraceptifs (PROMACO), fait le marketing de la pilule sous le nom de Planif, du préservatif masculin sous le nom de Prudence et du préservatif féminin sous le nom de Saramani.

Ainsi le prix de cession de la pilule à la femme varie de 100 F (public) à 3 000 F (pharmacie privée) ; le contraceptif injectable de 500 F à 800 F ; et les méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) non disponibles en pharmacie privée coûtent 1000 F partout. Il en est de même pour la méthode du collier, qui se vend à 500 F. Le préservatif masculin varie de 10 F l'unité dans le public à 333 F l'unité en pharmacie privée. Le préservatif féminin est à 100 F l'unité mais n'est pas disponible en pharmacie privée.

## 2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF et la sécurisation des produits

*« Pour la population de façon globale, à cause de la subvention une grande partie de la population pense que les coûts sont supportables. Mais pour les populations rurales reculées dans les villages, s'il n'y a pas une bonne saison de pluie, il leur sera difficile de déboursier même 100 F ou 600 F pour acheter un contraceptif. »*

~Informateur-clé, responsable régional

Une alternative en pratique se trouve dans des stratégies au cours desquelles toutes les méthodes sont offertes gratuitement. Ce sont les cliniques mobiles vers les milieux ruraux, les journées de PF, les campagnes de PF et les stratégies avancées.

Les besoins non satisfaits en PF résultent de problèmes d'accessibilité financière (le coût élevé des méthodes contraceptives à longue durée d'action), des obstacles géographiques et plusieurs autres facteurs, dont le manque d'information ou de sensibilisation, les ruptures de stock et les barrières socioculturelles, dont l'opposition du mari et l'opposition des religieux et des leaders communautaires.

Le Burkina Faso dispose d'une ligne budgétaire dédiée pour l'achat des contraceptifs, au montant annuel de 500 millions de FCFA. Un comité multisectoriel veille sur la politique de tarification et sur la sécurisation des produits contraceptifs et son amélioration. La politique de tarification des contraceptifs au Burkina Faso, avec des prix de cession des contraceptifs reçus gratuitement des partenaires techniques et financiers (PTF), vise la sécurisation des contraceptifs à travers un genre de recouvrement des coûts.

## 3. L'impact du secteur privé sur la PF et la SR

Dans le plan de relance de la PF du Burkina Faso, l'impact prévu d'ici 2015—celui de faire passer la prévalence contraceptive moderne de 15 % à 25 %—envisage que la distribution à base communautaire (DBC) contribue pour 19 % aux résultats nationaux attendus. Cette contribution est fixée à 6 % pour le secteur privé, à 25 % pour les stratégies mobiles et à 50 % pour l'Etat. Le gouvernement encadre les prix pratiqués par les acteurs privés. Il y a donc une politique de tarification aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. En outre, il existe un certain nombre d'associations privées à base communautaire qui rentrent dans le cadre de la contractualisation avec la région ou le district. Les ONG de renforcement de capacité ayant des associations qui interviennent sur le terrain ont des partenariats avec les formations sanitaires pour la distribution à base communautaire des produits contraceptifs. Le partenariat entre le gouvernement et les acteurs privés fonctionne à souhait avec les contractualisations d'ONG et mérite d'être renforcé. Les ONG d'envergure nationale en partenariat avec l'Etat sont l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), membre du Centre international pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation, IPPF) ; MSI et PROMACO.

## 4. Le processus de gestion et du suivi/évaluation des programmes de PF

Pour éviter les ruptures de stocks des contraceptifs, la direction de la Santé de la famille (DSF) a mis en place un suivi hebdomadaire de la situation des stocks des contraceptifs, sur l'ensemble du territoire. Les constats permettent d'approvisionner en urgence s'il y a risque de rupture ou de transférer le surstock de

produits proches de la date de péremption. Pour faciliter la gestion des contraceptifs et le suivi des stocks, l'UNFPA a mis à la disposition de la CAMEG des ordinateurs avec le logiciel Tandem et utilisé un chercheur pour les formations à l'amélioration de la sécurisation des produits. Un certain nombre d'indicateurs sont aussi utilisés pour le suivi, comme le nombre de personnes touchées par les activités de sensibilisation, les produits contraceptifs utilisés effectivement (couples-années-protection), le taux d'utilisation des méthodes contraceptives par méthode, la disponibilité des produits contraceptifs, le nombre de clients (anciens-nouveaux), le nombre de services de PF ouverts, les besoins non satisfaits, le taux de transmission des rapports, le taux de rupture, les péremptions, la disponibilité hebdomadaire des stocks, la consommation moyenne mensuelle, les entrées et sorties et l'évolution des financements. Ces indicateurs sont collectés et exploités pour ajuster les programmes et les services de PF offerts.

#### **5. Les suggestions des informateurs-clés pour améliorer la situation de la PF au Burkina Faso.**

Les résultats de cette étude seront utilisés pour informer le gouvernement et éclairer ses décisions en matière de politique de tarification pour les contraceptifs au Burkina Faso. En outre ils amèneront le gouvernement à réviser sa politique en santé communautaire, ainsi que ses politiques, normes et procédures (PNP) en la matière ou tout au moins à élaborer une directive afin d'autoriser de manière explicite et formelle la révision de la politique de tarification des produits contraceptifs pour prendre en compte les suggestions des participants. Ces suggestions tournent autour de quatre points : (1) la création de la demande pour les services de PF, (2) l'assurance d'une proposition de services de qualité disponibles et rapprochés des populations par des agents formés, (3) la création d'un environnement favorable à la PF et (4) la révision des prix des contraceptifs.

Il ne suffit pas de créer la demande. Encore faudrait-il prendre des dispositions pour la satisfaire par la proposition de services à sa hauteur. L'Etat, ne pouvant pas à lui seul satisfaire la demande pour les services de PF, collabore avec les ONG locales sous forme de partenariat ou de contractualisation.

## **Sommaire des Recommandations**

Suite aux entretiens avec 30 informateurs-clés et la revue documentaire au Burkina Faso sur la tarification des produits contraceptifs on peut faire les recommandations ci-après :

### **En direction de la direction de la Santé de la famille (DSF)**

1. Prendre des dispositions pour appliquer les suggestions faites par les informateurs-clés afin d'améliorer les services de PF en termes de création de la demande, assurer la proposition de services de PF de qualité et créer un environnement favorable à la PF.
2. Renforcer la gestion et le suivi du programme de PF et former le personnel à tous les niveaux pour assurer la proposition de services de PF de qualité à la satisfaction des clients.

### **En direction des intervenants en PF (groupes de SR/PF, ONG/associations/organisations de la société civile, responsables de programmes de SR/PF, etc.)**

3. Faire le plaidoyer pour le maintien et l'augmentation chaque année de la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs.
4. Faire le plaidoyer pour le renforcement de la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des populations les plus démunies, en particulier les femmes des milieux ruraux et les jeunes, aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer celles qui en ont les moyens pour la sécurisation des contraceptifs.

5. Faire le plaidoyer pour la délégation des tâches aux ASC, permettant à ceux-ci d'offrir la pilule en première ordonnance et le contraceptif injectable dans la communauté et la délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmières autorisant celles-ci à proposer les méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) afin d'améliorer l'accessibilité géographique des populations à ces méthodes.
6. Faire le plaidoyer en faveur des actions proposées par les informateurs-clés pour créer la demande, améliorer l'offre et renforcer un environnement favorable à la PF.

#### **En direction du ministère de la Santé**

7. Maintenir et augmenter chaque année la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs et renforcer les mesures de sécurisation des produits contraceptifs.
8. Renforcer la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des plus démunis aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer les populations qui en ont les moyens pour maintenir le système de recouvrement des coûts mis en place pour la sécurisation des contraceptifs.
9. Renforcer le programme de distribution à base communautaire des contraceptifs en autorisant les ASC à offrir les pilules en première ordonnance et les contraceptifs injectables afin d'augmenter la couverture géographique des services de PF.

#### **En direction des partenaires techniques et financiers**

10. Augmenter le financement pour l'achat des contraceptifs avec la mise en place d'un système pour assurer la sécurisation des contraceptifs à moyen et à long terme.
11. Appuyer financièrement le MS, la CAMEG et la DSF pour la gestion et le suivi du programme de PF et le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux, y compris les équipements, matériels et consommables, pour assurer l'offre des services de PF de qualité.
12. Financer des recherches d'évaluation périodique des progrès du programme de PF et de la prévalence contraceptive et son évolution.

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABBEF	Association burkinabè pour le bien-être familial
ASC	agent de santé communautaire
ASEC	Association Ecole des citoyens
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques
CCC	communication pour le changement de comportement
CEDPA	Centre pour les activités de développement et de population (Center for Development and Population Activities)
CHN	centre hospitalier national
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
CM	centre médical
CMA	centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	consultations prénatales
CSPS	centre de santé et de promotion sociale
DBC	distribution à base communautaire
DIU	dispositif intra-utérin
DRD	dépôt répartiteur de district
DRSP	direction régionale de la santé publique
DSF	direction de la Santé de la famille
EDS	enquête démographique et de santé
FCFA	franc des Communautés financières d'Afrique
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IEC	information, éducation, communication
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IPPF	Centre international pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation)
ISF	indice synthétique de fécondité
IST	infections sexuellement transmissibles
MS	ministère de la Santé
MSI	Marie Stopes International
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation ouest-africaine de la Santé
OSC	organisation de la société civile
PF	planification familiale
PNP	politiques, normes et procédures
PROMACO	Promotion et marketing des contraceptifs
PSI	Services démographiques internationaux (Population Services International)
PTF	partenaire technique et financier
SR	santé de la reproduction
TMI	initiative de marché total (total market initiative)
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des Nations-Unies pour la population (United Nations Population Fund)
URCB	Union des religieux et coutumiers du Burkina
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (United States Agency for International Development)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine



## INTRODUCTION

L'utilisation de contraceptifs est restée faible au Burkina Faso, avec une prévalence contraceptive chez les femmes en union, augmentant seulement de 9 % en 2003 à 15 % en 2010 (INSD et ICF International 2012). Dans l'ensemble, seulement 14 % des femmes utilisent actuellement une méthode moderne de contraception et 1 % des femmes utilisent une méthode traditionnelle de contraception. Les contraceptifs injectables (6 %), les implants (3 %), la pilule (3 %) et le préservatif masculin (2 %) sont les méthodes contraceptives modernes les plus couramment utilisées. Bien que l'utilisation de la contraception soit faible, 24 % des femmes en union indiquent un besoin non satisfait en services de PF (INSD et ICF International 2012).

En outre, avec un âge moyen de 21,8 ans et 47 % de la population âgée de moins de 15 ans, la population du Burkina Faso se caractérise par sa jeunesse. De plus, les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) représentent 24 % de la population totale. A 3,1 % par an, le taux d'accroissement de la population du Burkina Faso est un des plus élevés au monde (INSD et ICF International 2012; Central Intelligence Agency 2013a). Comme dans beaucoup de pays en Afrique de l'Ouest, les taux de fécondité sont extrêmement élevés au Burkina Faso, où chaque femme donne naissance à une moyenne de six enfants. Au rythme actuel d'accroissement, la population du Burkina Faso devrait doubler en 22 ans (INSD et ICF International 2012).

Le gouvernement du Burkina Faso consacre 6 % de son produit intérieur brut à la santé chaque année, ce qui revient à une moyenne de 88 \$ US par personne (Maiga 2012). Seuls 10 gouvernements sur 48 en Afrique subsaharienne dépensent un niveau similaire ou supérieur du produit intérieur brut pour la santé (DELIVER 2010). Une ligne budgétaire nationale dédiée à l'achat de contraceptifs modernes et qui couvre 30 % des coûts totaux des contraceptifs existe depuis 2008 (Maiga 2012). En 2009, le gouvernement a versé près de 36 % du coût des besoins prévus en contraceptifs pour 2009, contribuant ainsi d'une part importante aux besoins estimés (DELIVER 2010).

Jusqu'en 2003, l'essentiel du financement des contraceptifs au Burkina Faso a été assuré par les bailleurs de fonds comme la Banque mondiale, l'UNFPA et l'USAID (Kagone et al. 2005). Alors que leur soutien continue d'être une source importante pour l'acquisition des contraceptifs, il fluctue d'année en année (DELIVER 2010). Plusieurs partenaires soutiennent actuellement les programmes de PF, y compris l'UNFPA, l'USAID, la Kreditanstalt für Wiederaufbau, la Banque mondiale et plusieurs ONG internationales (Maiga 2012). Les ressources mobilisées pour la PF ont augmenté ces dernières années. Par exemple, l'Agence française de développement a annoncé qu'elle allait financer des activités de PF en 2013.

Les ONG telles que l'ABBEF et EngenderHealth reçoivent également diverses formes d'assistance pour les programmes de PF au Burkina Faso. A la fin de 2011, la Banque mondiale, avec un budget de 28,9 millions de dollars sur quatre ans, a lancé un projet SR qui fournit un ensemble de services de santé de la reproduction à travers le financement axé sur les résultats dans cinq régions du pays. Marie Stopes International a une clinique centrale qui propose des services de PF/SR complets, ainsi que des équipes de proximité qui fournissent des dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants pour les femmes dans les zones reculées. En outre, Marie Stopes International (MSI) a prévu de presque doubler son financement en 2013, avec 1 428 969 831 FCFA pour le lancement d'un réseau de franchise sociale en partenariat avec les prestataires du secteur privé de santé pour la proposition de services de PF (Maiga 2012).

La politique nationale de population du Burkina Faso, révisée en 2010, témoigne d'un environnement favorable à la PF. Elle comprend également un plan stratégique visant à sécuriser l'accès aux contraceptifs et les consommables médicaux de 2006 à 2015. En outre, un plan stratégique visant à

sécuriser l'accès à des produits SR de base pour 2009–2015 a été adopté en 2010. Ce plan intègre le plan existant pour les produits contraceptifs et vise à assurer un approvisionnement stable et fiable en contraceptifs, ainsi qu'à répondre aux besoins des clients en matière de services essentiels de SR (Maiga 2012). En réponse aux fluctuations de l'appui des bailleurs de fonds, le Burkina Faso a mis en place une stratégie novatrice de diversification des ressources dans le secteur public pour les contraceptifs qui assure un approvisionnement continu en produits sans dépendre d'une seule source de financement (DELIVER 2010).

Le gouvernement du Burkina Faso utilise simultanément plusieurs sources de financement du secteur public. A l'intérieur il mobilise des fonds pour le panier commun, crédit de la Banque mondiale en appui à la réduction de la pauvreté, et les frais pour le recouvrement des coûts pour préfinancer l'achat des contraceptifs en réponse aux défis. Par exemple, en 2009, lorsque les retards dans les livraisons des donateurs ont conduit à des pénuries généralisées en contraceptifs oraux, le gouvernement du Burkina Faso a utilisé des fonds collectés par le système de recouvrement des coûts pour commander des contraceptifs oraux en milieu d'année. Enfin, le ministère de la Santé a établi un partenariat avec la Centrale d'achats des médicaments essentiels génériques (CAMEG) pour canaliser les fonds d'approvisionnement en contraceptifs. La CAMEG prête des ressources au gouvernement du Burkina Faso afin que, si nécessaire, le gouvernement puisse avoir des ressources disponibles avant les décaissements budgétaires trimestriels (DELIVER 2010).

Actuellement, au Burkina Faso les clients doivent payer pour les services de PF offerts par les prestataires tant du secteur public que du secteur privé. Selon la lettre circulaire n° 0754/MS/SG/DGS/DSF du 7 avril 2011 du gouvernement, les femmes sont exemptés du paiement des frais pour l'insertion et le retrait des implants et du DIU. Cependant, une évaluation en 2012 a révélé que cette lettre circulaire/décret n'est pas réellement mise en œuvre dans de nombreux établissements publics de santé. Le système actuel exige des clientes 1 000 FCFA pour l'implant et 800 FCFA pour le DIU. Les coûts des services de contraception restent un obstacle pour les adolescents, les jeunes et les femmes pauvres, en particulier dans les zones périurbaines et rurales (Maiga 2012).

Au Burkina Faso, près de 90 % des femmes dans le quintile le plus bas du niveau socioéconomique qui souhaitent éviter une grossesse ont un besoin non satisfait pour une contraception moderne, contre 36 % de ceux de la catégorie du niveau socioéconomique le plus élevé (Guttmacher Institute 2011). En outre, à 3,9 enfants par femme, les femmes urbaines ont un taux de fécondité nettement inférieur à celui des femmes dans les zones rurales, qui ont une moyenne de 6,7 enfants par femme. L'utilisation de la contraception est trois fois plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (INSD et ICF International 2012). De plus, alors que les besoins de PF sont satisfaits dans 62 % des cas en milieu urbain, ils ne sont satisfaits que dans 32 % des cas en milieu rural ; ce qui met en évidence la nécessité de faciliter l'accès aux services de PF dans les zones rurales (INSD et ICF International 2012). Cela démontre le potentiel de la segmentation du marché entre le secteur public, les ONG et le secteur privé. En effet, en milieu urbain non seulement l'accessibilité aux services de PF est meilleure qu'en milieu rural, mais il y a aussi une meilleure disponibilité en produits et en prestataires qualifiés, ainsi qu'une plus grande variété de programmes, de projets et de services avec le matériel nécessaire. Mieux, le milieu urbain a une proportion plus élevée de femmes de niveau d'éducation secondaire et plus et un meilleur accès à l'information sur les méthodes à la télé, la radio ou autre média.

Selon une étude sur la volonté de payer menée au Burkina Faso en 1994, les ménages ont déclaré qu'ils étaient plus enclins à payer pour l'amélioration de la qualité des soins et de l'équipement que pour les contraceptifs (Sow 1994). C'est peut-être parce que les contraceptifs ont été considérés comme un élément de dépense discrétionnaire, plutôt que d'une médecine de soins d'une maladie aiguë. Le Population Council et Marie Stopes International ont récemment mené une étude au Burkina Faso pour évaluer la volonté des clients de payer une fourchette de prix pour les trois méthodes de PF—les



implants, la stérilisation féminine, et les DIU—et ont abouti à de nouvelles recommandations de prix. Cette étude a déterminé que, dans l'ensemble, les clients étaient prêts à payer plus pour les services. En effet, alors que seulement 5 % des clients n'étaient pas disposés à accepter une hausse des prix, 80 % des clients étaient prêts à payer la plus grande augmentation de prix. Grâce à ces données, les chercheurs ont recommandé que les prix des contraceptifs soient augmentés pour améliorer la pérennité, sans réduction de l'accès aux clients déjà existants (Population Council 2012). Une recommandation-clé issue d'un rapport de 2012 du Futures Group sur l'évaluation des progrès du Burkina Faso dans le repositionnement de la PF était de promouvoir le partenariat public/privé. Futures Group recommande le lancement d'un cadre paritaire ministère de la Santé et ONG intervenant dans le secteur. La société civile pourrait plaider pour que ce mécanisme soit mis en place (Maiga 2012).

Le gouvernement du Burkina Faso a démontré un engagement fort en faveur de la PF à travers des politiques vigoureuses de financement de l'achat des contraceptifs. Les résultats commencent à se faire sentir, car même si la prévalence contraceptive reste faible elle a progressé entre les deux dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS) à un rythme encourageant : quasiment de 1 % par an alors que la tendance dans la région est autour de 0,3 à 0,5 % par an. Aussi, suite à la déclaration d'engagement du Burkina Faso faite au Sommet de Londres en juillet 2012 par la Première Dame, le ministère de la Santé vient de procéder à la réduction de 50% du prix des contraceptifs.

La présente étude qualitative auprès de 30 informateurs-clés du niveau national, régional et de district, menée en décembre 2013 par une équipe de chercheurs et sur demande du projet HPP avec un financement de l'USAID, vise à évaluer les obstacles de tarification entravant l'accès aux services de planification familiale et les implications des politiques connexes du gouvernement. L'objectif de l'étude est de mesurer l'impact de ces politiques de tarification des contraceptifs sur les programmes et dans le secteur privé, d'identifier les obstacles financiers et autres d'accès aux services afin de faire des suggestions pour améliorer la situation de la PF au Burkina Faso.

## Contexte : L'organisation des Services de Santé du Burkina Faso

L'utilisation de la contraception moderne dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest est inférieure à 10 %. Les taux de fécondité sont élevés aussi, de l'ordre de cinq à sept enfants par femme (USAID DELIVER PROJECT 2011). Au Burkina Faso, un total de 64 % des femmes avaient des besoins non satisfaits en contraception moderne : 4 % utilisaient une méthode traditionnelle (principalement les méthodes du retrait et de la continence périodique) et 60 % n'utilisaient aucune méthode (Gutmacher Institute 2011).

Le Burkina Faso est confronté à plusieurs défis qui influencent les grands déterminants de la planification familiale : la création de la demande, l'offre (disponibilité des produits), l'accès aux services de PF et le suivi et évaluation des activités. Les besoins non satisfaits en PF s'expliquent en partie par la politique de tarification actuelle des contraceptifs dans le pays.

### *Le système de santé du Burkina Faso*

Pour faire face à ses nombreux défis sanitaires, le pays dispose d'un système de santé pyramidal dont nous décrivons les différents niveaux dans cette section. En effet, le gouvernement burkinabè a entrepris des efforts pour améliorer l'organisation, la performance et la gestion du système de santé. Celui-ci s'articule autour de trois niveaux complémentaires :

1. **Le niveau central** comprend le cabinet du ministre de la Santé, le Secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. Les trois centres hospitaliers universitaires (CHU) à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso assurent les soins tertiaires, la formation, la recherche, la supervision et le suivi-évaluation.

2. **Le niveau intermédiaire** correspond aux 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé qui sont chargées de la coordination et de l'appui aux districts. Les neuf centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent la prise en charge des cas référés par les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA).
3. **Le niveau périphérique** comprend 55 districts sanitaires dont les équipes-cadres gèrent les services de santé de base. Les districts sanitaires comprennent les centres médicaux et les centres de santé de base.

Les 35 centres médicaux (CM) et 20 CMA sont les structures de référence pour le niveau périphérique. Le CMA a pour vocation la prise en charge des urgences médicochirurgicales et des cas référés par les structures du premier échelon (CSPS, dispensaires, maternités).

Les centres de santé de base (1 172 CSPS, 83 dispensaires, 23 maternités) sont le premier niveau de contact entre les services de santé et la population. Les CSPS assurent la prise en charge des problèmes de santé et organisent un ensemble d'activités curatives, promotionnelles et préventives. Ces activités comprennent le diagnostic et le traitement des affections courantes; les consultations prénatales; les consultations postnatales; le suivi des enfants; le programme élargi de vaccination; les accouchements; la planification familiale; la mobilisation sociale; l'information, éducation, communication (IEC) ; la communication pour le changement de comportement (CCC) et les activités de gestion.

A côté du secteur public, il existe un **secteur privé** en pleine croissance qui compte 448 formations sanitaires privées et 44 formations sanitaires confessionnelles. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif ainsi que les institutions de soins relevant d'associations et d'organisations non gouvernementales (ONG) à but non lucratif.

### ***La santé maternelle et infantile au Burkina Faso***

Au Burkina Faso, la situation sanitaire se caractérise par une morbidité et une mortalité générales élevées. Cette situation est marquée par une plus grande vulnérabilité des femmes et des enfants de moins de cinq ans. La situation de la santé de la mère et de l'enfant reste préoccupante. Le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 129 pour 1 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile à 65 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 28 pour 1 000 naissances vivantes (INSD 2012). Le ratio de mortalité maternelle est de 341 pour 100 000 naissances vivantes. Toutes les régions sanitaires du Burkina Faso sont touchées par cette tragédie.

Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80 % de ces décès maternels (hémorragies, infections et dystocies, etc.). D'autres facteurs sont le faible statut de la femme, l'état nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale et la faible utilisation des services de santé, en particulier les services de santé de la reproduction et de la planification familiale, ou encore le paludisme grave et le VIH. Enfin, ce taux élevé de mortalité maternelle est due en partie à trois grands retards : (1) le retard pour décider de consulter les services de santé, (2) le retard pour arriver à l'établissement de santé et (3) le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé. Les causes de mortalité néonatales sont essentiellement les infections sévères, la prématurité, l'asphyxie et le tétanos néonatal. La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la malnutrition.

Des taux élevés de fécondité associés à des besoins non satisfaits en matière de planification familiale contribuent aussi à ces décès maternels et infanto-juvéniles. En 2010, l'indice synthétique de fécondité (ISF) était de six enfants par femme (INSD 2012), contre 6,9 en 1993 et 6,2 en 2003. Ce taux est marqué par une forte différence entre les milieux rural (6,7) et urbain (3,9) et selon le niveau d'instruction des femmes, 3,1 enfants par femme chez les femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus contre 6,6

enfants chez celles sans instruction. Ces taux révèlent le faible accès aux services de planification familiale lié au manque d'information des femmes et/ou à la non disponibilité des services de planification familiale : 23,8 % des femmes burkinabè ont des besoins non satisfaits en planification familiale. La prévalence contraceptive moderne n'est que de 15 % au niveau national, avec des différences marquées selon le milieu de vie (11 % en milieu rural et 29 % en milieu urbain) et le niveau d'instruction (11 % pour les femmes sans instruction contre 44 % pour les femmes de niveau secondaire ou plus). Enfin, les femmes burkinabè entrent en union à un âge très précoce, avec un âge médian de moins de 18 ans, s'exposant ainsi très tôt à la vie féconde. L'âge médian des femmes à la première naissance est de 19,5 ans.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile au Burkina Faso passe par la résolution d'un certain nombre de problèmes prioritaires, à savoir :

1. L'accessibilité des prestations des soins de santé maternelle et néonatale, limitée par l'insuffisance de la couverture sanitaire géographique, le coût élevé des prestations et la pauvreté des groupes-cibles de même que le faible niveau d'instruction ou d'éducation des populations.
2. La qualité faible des prestations de soins (organisation, compétence, ressources humaines, structures, application des politiques, normes et procédures).
3. La persistance des pratiques traditionnelles néfastes à la santé maternelle et néonatale.
4. La capacité insuffisante de coordination des interventions et de collaboration intra- et extra-sectorielle (insuffisance d'organisation et de coordination).
5. L'engagement insuffisant des acteurs à tous les niveaux.
6. Le repositionnement de la planification familiale vu le taux de prévalence contraceptive, qui est très bas, et celui des besoins non satisfaits en PF, qui reste élevé. Il s'agit de rendre accessibles toutes les méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses précoces, nombreuses et/ou non désirées. La planification familiale, si elle est bien conduite et accessible à tous, en particulier aux jeunes et aux adolescentes, peut contribuer à réduire la mortalité maternelle de 30 % (PRB 2012). La mise en œuvre du plan de sécurisation des contraceptifs sera capitale.

La tarification des médicaments et contraceptifs dans un pays relève du leadership du ministère de la Santé, qui en discute avec les partenaires. Pour éviter de créer des circuits parallèles qui pourraient mettre en danger la distribution des produits contraceptifs, le ministère de la Santé du Burkina Faso a confié cette distribution à la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques.

Pour garantir l'accessibilité géographique et financière des produits contraceptifs, notamment aux couches vulnérables, aux paysans et aux jeunes, des tarifs ont été fixés de façon consensuelle avec les différents partenaires consultés sur la base de comparaisons sous-régionales avec des tarifs de certains pays. Entre les gratuités au Niger et les chiffres bas du Sénégal se trouvent les chiffres relativement élevés du Burkina Faso qui font partie de la politique de tarification du pays. Fort heureusement, le gouvernement du Burkina Faso vient de prendre des mesures importantes pour réduire de manière drastique les prix des contraceptifs.

## Objectifs de L'étude

Depuis le recensement de 2006, la PF est devenue une priorité pour le gouvernement. Ce recensement a donné un taux d'accroissement de la population de 3,1 % au cours de la dernière décennie. En réponse, la politique gouvernementale actuelle a intégré un document-cadre qui souligne que des actions énergiques en faveur de la PF seront nécessaires afin de ralentir ce taux d'accroissement rapide de la population. Les taux de mortalité maternelle et infantile encore élevés viennent renforcer cette nécessité

d'action du gouvernement en faveur de la PF. C'est ainsi que pour relancer la PF conformément à ses engagements régionaux et internationaux, le gouvernement du Burkina Faso a opté pour l'amélioration de l'accès aux services de PF avec gratuité de certaines prestations de PF et subvention des produits contraceptifs. Il a aussi autorisé la distribution à base communautaire des produits contraceptifs avec l'appui des ONG et des associations sous forme de contractualisation. Le gouvernement a mis un accent particulier sur l'accès financier des femmes et des couples aux services de PF par la mise en œuvre de plusieurs initiatives. Celles-ci comprennent la subvention des produits contraceptifs variant de 69 % à 97 %, la note de service de 2011 relative à la gratuité des consommables médicaux pour les méthodes contraceptives à longue durée d'action et la contribution du budget de l'Etat à l'achat des produits contraceptifs, ainsi deux nouveaux arrêtés interministériels qui réduisent de moitié (50 %) les prix des contraceptifs oraux, les injectables, les implants à deux sets et le dispositif intra-utérin. Cette réduction s'appliquerait à tous les niveaux du système public.

Afin de soutenir ces efforts, le Projet de politique de santé (HPP), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), a engagé un consultant international assisté de ressources humaines locales en décembre 2013 aux niveaux national, régional, district et communautaire pour évaluer les obstacles tarifaires d'accès aux services de planification familiale et les implications des politiques connexes par une enquête qualitative auprès de 30 informateurs-clés. De manière plus spécifique, l'étude s'est penchée sur les domaines suivants :

1. L'impact des politiques de tarification courantes de la SR/PF sur les programmes de PF
2. Les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF
3. L'impact du secteur privé sur la PF et la SR
4. Le processus de gestion et du suivi/évaluation des programmes de PF
5. Les suggestions des informateurs-clés pour améliorer la situation de la PF au Burkina Faso

Les résultats de cette étude seront utilisés pour informer le gouvernement et éclairer ses décisions en matière de politique de tarification pour les contraceptifs au Burkina Faso. En outre ils amèneront le gouvernement à réviser sa politique en santé communautaire, ses politiques, normes et procédures (PNP) en la matière ou tout au moins à élaborer une directive afin d'autoriser de manière explicite et formelle la révision de la politique de tarification des produits contraceptifs pour prendre en compte les suggestions des participants. Ces suggestions des participants tournent autour de quatre points : (1) la création de la demande pour les services de PF, (2) l'assurance d'une offre de services de qualité disponible et rapprochée des populations par des agents formés, (3) la création d'un environnement favorable à la PF et (4) la révision des prix des contraceptifs.

## METHODOLOGIE

Le projet HPP a réalisé une revue de la littérature des documents de politique sur la tarification et les coûts actuels des produits contraceptifs au Burkina Faso. Une fois cette revue achevée, le projet HPP a conduit des entretiens approfondis avec des informateurs-clés afin de recueillir des données qui étaient plus tard leur analyse des politiques de délégation des tâches et de la mise en œuvre de celles-ci.

### Revue Documentaire

Le projet HPP a fait un examen préliminaire des documents liés aux obstacles de tarification entravant l'accès aux services de planification familiale et les implications politiques connexes au Burkina Faso, y compris les documents de politique nationale de PF comme les politiques, normes et procédures, les directives de prestation de services de PF et les analyses antérieures concernant la PF et les besoins non satisfaits. La revue de la littérature inclut les politiques nationales de santé et les procédures et directives de prestation de services, en particulier les services de planification familiale et de santé de la reproduction (1994–2013). Avant de faire les entretiens avec les informateurs-clés, le projet HPP a analysé les documents pour identifier l'absence des politiques ainsi que les politiques qui favorisent et celles qui constituent des obstacles à la tarification et à l'accès aux services de planification familiale, ainsi que les implications politiques connexes au Burkina Faso.

### Entretiens Approfondis

Un chercheur a mené des entretiens approfondis sur la tarification et les coûts actuels des produits contraceptifs, en utilisant comme approche de recherche primaire des questionnaires semi-structurés. Le chercheur a rencontré 30 informateurs-clés appartenant aux secteurs public et privé de mise en œuvre de la planification familiale au Burkina Faso. Le chercheur a couvert les niveaux national et régional, ainsi que quelques districts, agents de santé communautaire et partenaires techniques et financiers. Cette approche qualitative donnait aux répondants la possibilité de détailler au maximum et librement leurs opinions. Le chercheur a utilisé une liste structurée de points de discussions (guide d'entretien) et a veillé à ce que les entretiens répondent globalement aux questions de recherche suivantes : (1) Quel est l'impact des politiques de tarification courantes de la SR/PF sur les programmes de PF ? (2) Quels sont les obstacles financiers entravant l'accès aux services de PF ? (3) Quel est l'impact du secteur privé sur la PF et la SR ? (4) Quel est le processus de gestion et du suivi/évaluation des programmes de PF ? et (5) Quelles sont les suggestions des informateurs-clés pour améliorer la situation de la PF au Burkina Faso ?

La durée de chaque entretien approfondi a varié entre 40 et 60 minutes. Les entretiens ont été réalisés en français, enregistrés et transcrits en français pour l'analyse. Au préalable le chercheur a obtenu le consentement oral des participants. Les identifiants personnels des participants n'ont pas été recueillis.

### Echantillon

Le chercheur a mené des entretiens approfondis avec des informateurs-clés aux niveaux national, régional et de district. L'échantillon des informateurs-clés (n=30) dont 16 hommes et 14 femmes (Annexe A) est détaillé dans le tableau 1 bis. La moyenne d'âge est de 45 ans, variant entre 30 ans et 58 ans.

**Tableau 1 Bis : Echantillon des Informateurs-clés Rencontrés**

Informateurs-clés	Nombre
Responsables centraux du ministère de la Santé	5
Responsables régionaux du ministère de la Santé	4
Membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des districts sanitaires	7
Partenaires techniques et financiers (PTF)	1
Représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) locales (responsables et prestataires de services)	4
Responsables d'ONG internationales	2
Pharmaciens privés	2
Agents du marketing social	2
Agents de santé communautaires (ASC)	3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

## Analyse des Données

Les transcriptions des notes prises pendant les entretiens ont ensuite été analysées et ont étayé les recommandations pour le ministère de la Santé du Burkina Faso. Les informations dans le tableau 2 ci-dessous comprennent la fourniture de 13 types de contraceptifs par les ONG, les cliniques et pharmacies privées, ainsi que les centres de santé publics. Cette synthèse comprend aussi la liste complète des 16 services de planification familiale, à savoir les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants contraceptifs, le DIU et des méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes.

## Limites de L'étude

Une des limites de l'entretien en profondeur est le nombre limité de personnes interrogées (30 pour l'étude de la politique de tarification au Burkina Faso). Les résultats doivent donc rester dans leur contexte thématique et d'opinion individuelle. Chaque entretien est unique et les résultats ne sont pas comparables directement entre répondants.

## RESULTATS

### L'impact des Politiques de Tarification Courantes de SR/PF sur les Programmes de PF

#### *La tarification et sa mise en œuvre*

Les partenaires techniques et financiers tels que l'UNFPA, l'USAID et l'OOAS sont les principaux bailleurs pour l'achat des contraceptifs du Burkina Faso. L'UNFPA estime sa contribution à 300 millions de dollars US chaque année pour l'achat de contraceptifs.

Les produits achetés sont alors remis à la CAMEG, qui en assure la distribution selon un schéma décrit par l'informateur-clé suivant :

*La distribution des médicaments et contraceptifs dans le secteur public se fait à travers la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques auprès de laquelle les dépôts répartiteurs des districts (DRD) et les hôpitaux s'approvisionnent. Les formations sanitaires périphériques publiques CSPS, confessionnelles et privées à travers leurs dépôts de vente de médicaments viennent ensuite s'approvisionner auprès des DRD.*

~Informateur-clé, district sanitaire

C'est dire donc que les contraceptifs vont des partenaires techniques et financiers à la CAMEG, qui les envoie aux dépôts répartiteurs de districts et des DRD dans les CSPS puis dans la communauté (par l'intermédiaire des ASC et des ONG/associations féminines et autres structures périphériques).

Avant leur distribution il faut indiquer les prix de cession aux différents niveaux (CAMEG, DRD, CSPS et ASC). Ces prix ont fait l'objet d'une politique de tarification. Le propos ci-dessous d'un répondant nous renseigne sur la tarification des contraceptifs dans le pays.

*La tarification au Burkina est régie par un arrêté conjoint signé par le ministre de la Santé et celui de l'Economie et des finances. Ces prix sont révisés de façon annuelle. Un comité multisectoriel de révision des prix est mis en place. L'arrêté conjoint sort et communique les prix ainsi fixés pour application. Tous les produits génériques et tous les contraceptifs font objet de cette tarification où les produits contraceptifs sont subventionnés jusqu'à hauteur de 80 % pour certains.*

~Informateur-clé, responsable du niveau centrale du MS

Ainsi les prix officiels des contraceptifs aux clients selon cette politique de tarification sont pilule 1 cycle, 100 FCFA ; contraceptif injectable (Depo-Provera), 500 FCF ; implant (Jadelle), 1 000 FCFA ; DIU 1 000 FCFA ; préservatif masculin (unité), 10 FCFA ; préservatif féminin (unité), 100 FCFA ; collier du cycle, 500 FCFA.

Des conditions ont été fixées pour la mise en œuvre de cette politique de tarification comme le stipule une femme responsable centrale du ministère :

*Normalement les prix sont affichés à tous les niveaux et c'est le même coût pour un même niveau ; si par exemple c'est le CSPS, qu'il soit rural ou urbain, c'est le même coût. Le dépôt répartiteur des districts, qu'il soit rural ou urbain, c'est encore le même coût. La CAMEG aussi, que ce soit l'agence de Ouaga, de Banfora, de Bobo, c'est le même prix.*

~Informateur-clé, responsable du niveau centrale du MS

Cette politique de tarification tente à réduire les coûts pour rendre les produits accessibles à la population. Le ministère a trouvé que c'était un effort et qu'un autre effort devrait être fait plus tard pour baisser encore les coûts des contraceptifs. En 2011, pour garder les prix de cession aux clientes intacts, une note signée du secrétaire général du ministère de la Santé a précisé que les « consommables » (gants, compresses, liquide antiseptique) nécessaires à l'administration des méthodes contraceptifs devraient être pris en charge par les districts et non par les clientes. En effet, en plus du coût du DIU ou de l'implant, une ordonnance était faite parfois à la femme pour acheter ces consommables. Tout récemment les prix des contraceptifs ont été être revus à la baisse afin de les rendre plus accessibles.

Malgré toutes ces dispositions, les tarifs appliqués varient aussi selon les structures d'offre des services de PF comme il apparaît dans le tableau 2. Il présente les prix de cession à la CAMEG, qui sont les moins chers, et les prix officiels de cession aux clients fixés par le ministère de la Santé avec environ 10 % de marge bénéficiaire dans les structures publiques dans le cadre du système de recouvrement des coûts en place dans les districts sanitaires et les CSPS. Pour garder les prix officiels et faire quand même un bénéfice pour leur motivation, les ASC achètent les contraceptifs (préservatifs et pilules) à un prix légèrement moins cher que le prix officiel. Les ONG à but non lucratif comme l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF) s'approvisionnent aussi auprès de la CAMEG et appliquent les tarifs officiels sauf pour le Depo-Provera (contraceptif injectable). Marie Stopes International (MSI), ayant une source d'acquisition des contraceptifs différente de la CAMEG, pratique des prix plus élevés que les tarifs officiels en stratégie fixe, mais en stratégie mobile ses prix sont moins chers que les prix officiels. Les pharmacies privées ont des prix 10 à 30 fois plus élevés que les prix officiels pour la pilule et le préservatif mais ne disposent pas des contraceptifs injectables, des implants et du DIU. Population Services International (PSI) fait le marketing social de la pilule sous le nom de Planif, du préservatif masculin sous le nom de Prudence et du préservatif féminin sous le nom de Saramani.

Ainsi le prix de cession de la pilule à la femme varie de 100 F (public) à 3 000 F (pharmacie privée) et le contraceptif injectable de 500 F à 800 F. Les méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) non disponibles en pharmacie privée coûtent 1 000 F partout. Il en est de même pour le collier du cycle, qui se vend à 500 F. Le préservatif masculin varie de 10 F l'unité dans le public à 333 F l'unité en pharmacie privée. Le préservatif féminin est à 100 F l'unité mais n'est pas disponible en pharmacie privée.



Tableau 2. Les Prix Pratiqués dans la Mise en Œuvre de la Politique de Tarification des Contraceptifs au Burkina Faso (en FCFA)

Produits PF	Prix Officiels	ABBEF	PSI/ PROMACO	MSI	ASC	Pharmacie Privée	District Sanitaire CSPS	DRD/ CHR/ CHU	CAMEG
Pilule (1 cycle)	100	100	200 (Planif)	100	$\frac{100}{75}$ (achat)	1 100 à 3 000	100	75	60
Depo-Provera	500	$\frac{800}{700}$ (jeunes)	N/D	800	N/A	N/D	500	325	300
Noristerat	500	500	N/D	N/D	N/A	N/D	500	325	300
Jadelle	1 000	1 000	N/D	$\frac{600}{3 000}$ (mobile) 3 000 (fixe)	N/A	N/D	1 000	1 000	500
DIU	1 000	1 000	N/D	$\frac{500}{1 000}$ (mobile) 1 000 (fixe)	N/A	N/D	1 000	537,5	500
Pharmatex comprimé/ spermicide	200	1 000	N/D	N/D	200	N/D	N/D	N/D	N/D
Préservatif masculin/unité	10	$\frac{10}{5}$ (jeunes)	18,7 (4 à 75) Prudence	10	$\frac{10}{5,4}$ (achat)	100 à 333	18,7 (4 pour 75)	5.4	5
Préservatif féminin/unité	100	100	100 (Saramani)	100	$\frac{100}{75}$ (achat)	N/D	100	64,5	60
Contraception d'urgence/1 comprimé	N/D	N/D	N/D	2 000	N/A	2 150 à 25 200	N/D	N/D	N/D
Collier du cycle	500	500	N/D	N/D	$\frac{500}{375}$ (achat)	N/D	500	349,4	325
Vasectomie	N/A	5 000	N/D	$\frac{500}{5 000}$ (mobile) 5 000 (fixe)	N/A	N/A	N/D	variable	N/A

N/D = non disponible ; N/A= non applicable

NB : Les prix officiels ont une marge bénéficiaire de 10 % sur les prix de cession par la CAMEG au bénéfice du recouvrement des coûts. Au Burkina Faso, PSI, sous le nom de Promotion et marketing des contraceptifs (PROMACO), fait le marketing de la pilule sous le nom de Planif, du préservatif masculin sous le nom de Prudence et du préservatif féminin sous le nom de Saramani.

Le Noristerat n'est pas commercialisé. Jadelle est le seul implant disponible à la CAMEG.

Le spermicide (Pharmatex) crème n'est pas commercialisé. Seul le comprimé est commercialisé, mais il n'est pas disponible à la CAMEG.

La ligature des trompes est pratiquée à la demande ou sur indication par les gynécologues à des tarifs variables selon la clinique ou l'hôpital.

Ayant constaté des dérapages au cours des supervisions le ministère a pris une note de rappel à l'ordre :

*Nous avons vu des gens qui n'appliquent pas la politique au point qu'en 2012 on a refait un rappel par une note signée du secrétaire général pour dire qu'on a constaté que cela n'était pas appliqué, qu'il faut impérativement l'appliquer.*

~Informateur-clé, responsable du niveau centrale du MS

Les prix sont aussi fixés et réglementés pour les pharmacies privées par la Direction générale des pharmacies et laboratoires, une structure du ministère de la Santé. La marge bénéficiaire est déterminée sous forme de coefficient ou multiplicateur du prix d'achat (1,24). Les prix de cession aux clients sont remis aux pharmaciens par les grossistes lors des livraisons :

*Notre marge bénéficiaire est de 24 % car le facteur de multiplication est 1,24 fixé par le ministère de la Santé par le biais de la Direction générale des pharmacies et laboratoires. Mais ça c'est depuis que la vie était moins chère. Quand j'étais étudiante c'était le même taux. Depuis 1987 ça n'a pas changé. Les impôts ont monté, la qualité de la vie a monté mais le prix des médicaments n'a pas monté.*

~Informateur-clé, pharmacie privée

### **Ces coûts sont-ils abordables ?**

Nous avons également cherché à déterminer si les tarifs en pratique sont abordables à la majorité des femmes utilisatrices. Un répondant interrogé nous dit :

*C'est plus ou moins abordable. Le prix de la pilule est abordable. Mais ce n'est pas le cas quand on va vers le Jadelle ou le DIU. Souvent certaines femmes viennent et disent qu'elles veulent du Jadelle ou le DIU mais n'ont pas l'argent quand on leur dit le coût. Donc elles sont obligées de changer d'avis et font seulement l'injectable ou bien la pilule.*

~Informateur-clé, SR de district sanitaire

Une alternative à ces cas est d'envisager des stratégies au cours desquelles toutes les méthodes sont offertes gratuitement. Selon un de nos répondants, ce sont les cliniques mobiles vers les milieux ruraux, les journées de PF, les campagnes de PF et les stratégies avancées.

*Oui ! Lors des semaines de sensibilisation que nous appelons semaines de planification familiale, nous faisons des tapages et on donne les produits gratuitement aux gens qui viennent. Quelle que soit la méthode qui est choisie par la personne, c'est gratuit. Il y a aussi des occasions où nous nous rendons dans les établissements pour des conférences et nous y distribuons gratuitement les préservatifs. Nous organisons aussi des cliniques mobiles.*

~Informateur-clé, ONG internationale

La situation décrite par le répondant suivant est encore plus dramatique et réelle :

*Pour la population de façon globale, à cause de la subvention une grande partie de la population pense que les coûts sont supportables. Mais pour les populations rurales dans les villages reculés, s'il n'y a pas une bonne saison de pluie, il leur sera difficile de déboursier même 100 F ou 600 F pour acheter un contraceptif.*

~Informateur-clé, responsable régional

Un autre répondant le dit encore mieux en se référant aux taux de pauvreté élevé au Burkina Faso :

*C'est là où je voulais en venir, les produits sont subventionnés, mais il faut reconnaître que ça constitue encore un problème pour une partie des populations, compte tenu du niveau de pauvreté. Nous avons plus de 40 % de la population qui vit en-dessous du seuil de pauvreté. Cela veut dire qu'il y a toujours un problème d'accessibilité financière pour une certaine catégorie de la population qui sera couverte si on pourrait baisser davantage les prix des contraceptifs.*

~Informateur-clé, responsable régional MS

Un agent de santé communautaire a trouvé la solution pour satisfaire ses clientes du village qui ont besoin de contraceptifs mais qui n'ont pas d'argent immédiatement disponible. L'ASC dans ces cas vend le produit à crédit.

*Il y a des femmes souvent qui nous disent qu'elles ont besoin des contraceptifs pour des rapports sexuels avec leur mari qui ne veut pas faire recours au condom à cause de manque d'argent ; dans ce cas nous leur offrons le produit. Après si la personne trouve de l'argent elle peut venir payer. Si non nous perdons mais nous l'aidons.*

~Informateur-clé, ASC, zone urbaine

Ce qu'on peut retenir est que les tarifs apparemment abordables constituent encore une barrière pour une frange importante des populations du pays. Il faudra donc revoir les prix à la baisse si on espère atteindre les objectifs fixés dans le cadre de la relance de la PF.

Le gouvernement, grâce aux négociations avec des PTF et d'autres acteurs, est allé récemment vers une nouvelle diminution des prix actuels des contraceptifs. C'est ce que rapporte un répondant :

*Mais il faut dire que récemment il y a eu une initiative du ministère de la Santé pour réduire les coûts des contraceptifs à 50 %, mais l'arrêté n'est pas encore sorti pour être appliqué.*

~Informateur-clé, SR niveau central

### **Impact sur l'environnement PF : création de la demande**

Le Burkina dans sa stratégie de relance de la planification familiale a initié une activité qu'on appelle la Semaine nationale de la planification familiale. C'est une semaine où toutes les structures sanitaires au niveau du pays organisent des activités de plaidoyer, de sensibilisation et d'offre de services de PF de sorte à éveiller davantage la conscience des populations sur la question. C'est ce que nous confirme un participant :

*Il y a des activités de création de la demande, les activités de sensibilisation à travers l'appel à l'éducation et à travers la mobilisation sociale et communautaire, des émissions de radio et de télé, des causeries et théâtres et autres en impliquant des leaders religieux et d'opinion.*

~Informateur-clé, ONG locale

Les ONG et associations qui ont des contrats avec l'Etat mènent des actions et spots publicitaires avec les médias, laissent des affiches aux formations sanitaires et entreprennent beaucoup d'autres activités de communication pour créer la demande et informer la population sur la PF.

Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso : La Politique de Tarification des Contraceptifs

En soutien à ces activités publicitaires une pharmacienne privée propose d'aller au-delà des formations sanitaires :

*Il faut impliquer les hommes et mettre les moyens pour la sensibilisation dans les marchés, les écoles, les établissements et collèges. On peut faire des campagnes PF lors desquelles on donnera les produits gratuitement ou même demi-tarif.*

~Informateur-clé, pharmacie privée

### **Impact sur l'environnement PF : offre des services**

Il ne suffit pas de créer la demande. Encore faudrait-il prendre des dispositions pour proposer des services de PF à hauteur de la demande. L'Etat, ne pouvant pas à lui seul satisfaire la demande pour les services de PF, collabore avec les ONG locales sous forme de partenariat ou de contractualisation. L'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF) est une ONG affiliée à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), qui propose des services de SR/PF, comme nous le dit un homme travaillant pour une ONG locale :

*Pour l'offre de services, nous avons six cliniques fixes dans le pays dotées de personnel qualifié composé de sages-femmes, d'infirmiers, de filles de salles, d'agents sociaux formés en PF et supervisés par des médecins spécialisés vacataires. Nous avons également l'approche de cliniques mobiles qui offrent les services de PF aux communautés avec la participation des formations sanitaires de la localité. Une mobilisation sociale est faite au préalable par les leaders communautaires. En plus de cela, il y a des centres d'écoute pour jeunes. Ce sont des espaces aménagés pour offrir des services aux jeunes. Au niveau communautaire, nous avons des ASC pour faire la DBC des produits contraceptifs non prescriptibles comme les préservatifs et les pilules en réapprovisionnement.*

~Informateur-clé, ONG locale

Un problème majeur dans l'offre des services de PF au Burkina Faso est la résistance des autorités du ministère à autoriser la délégation des tâches pour que les agents communautaires puissent donner les pilules en première ordonnance et administrer le contraceptif injectable, et pour que les accoucheuses auxiliaires puissent offrir des méthodes contraceptives à longue durée d'action comme les implants et le DIU. C'est la préoccupation du répondant suivant quand il dit :

*Ce sont les deux points essentiels qui constituent pour nous des freins à l'élargissement des offres de services de PF. Si l'Etat martèle la raison de l'insuffisance du personnel, ces personnels-là peuvent être formés pour aider à suppléer cette insuffisance en personnel.*

~Informateur-clé, ONG locale

Or, ces ASC sont très motivés pour leur travail et le décrivent avec enthousiasme :

*On fait beaucoup d'animation sur le terrain sur la PF, des causeries, des séances de débat, des théâtres, forums. Nous intervenons dans le cadre de la polio, de la tuberculose, on fait des visites à domicile. Nous travaillons environ deux heures par jour, sauf les dimanches.*

~Informateur-clé, ASC

Les ASC sont des bénévoles mais bénéficient d'un ristourne sur les produits vendus ou sont pris en charge de façon ponctuelle et quotidienne pour des activités communautaires organisées qui les impliquent. C'est ce que décrit l'un d'eux dans ses propos :

*En fait, par exemple pour les condoms que nous vendons à 10 F, 5F vont à l'ABBEF et les autres 5 F nous reviennent car nous sommes des bénévoles de l'ABBEF et nous n'avons pas de salaire en tant que telle. Dans le mois nous avons deux causeries, chaque causerie nous gagnons 2 000 F ce qui fait qu'à la fin du mois nous prenons 4 000 F plus 1 000 F pour le carburant.*

~Informateur-clé, ASC, ONG locale

### **Sécurisation des contraceptifs, ligne budgétaire dédiée**

Le rôle du comité d'acquisition est de prendre des mesures pour améliorer la sécurisation des produits contraceptifs. Ceci passe par une estimation des besoins en contraceptifs pour le pays sous la coordination de la DSF et en collaboration avec DELIVER. En effet la politique de tarification du pays avec des prix de cession des contraceptifs reçus gratuitement des PTF vise la sécurisation des contraceptifs à travers un système de recouvrement des coûts. C'est ce que confirme une femme responsable au niveau central du MS, qui donne ici son avis personnel :

*Nous ne sommes pas à la gratuité, mais le recouvrement des coûts n'est pas grand, ces coûts sont réinjectés pour l'achat des produits contraceptifs. La gratuité n'est vraiment pas notre stratégie, même si dans certaines occasions comme la semaine PF les produits sont offerts gratuitement au niveau local. C'est un choix motivé du pays car on est convaincu qu'un produit totalement gratuit ne devrait pas être apprécié [rires].*

~Informateur-clé, responsable centrale MS

Une autre femme responsable du MS renforce cette idée dans son propos :

*Nous mettons les recettes dans un compte et lorsque nous avons une situation d'urgence, nous disons à la CAMEG de prendre cet argent et de nous faire une commande d'urgence, et tous les partenaires sont d'accord avec la méthode. Nous demandons le point de ce compte chaque trimestre.*

~Informateur-clé, responsable central MS

En 2013, face à l'urgence d'acquérir des DIU et implants, une partie de ces recettes avaient servi à l'achat en urgence de ces contraceptifs. C'est ce que précise notre informateur :

*Cette année, pour améliorer la contribution de l'Etat dans l'achat des produits contraceptifs de 2013, j'ai demandé de faire le point car depuis 2008 on n'avait pas touché aux recettes et cela faisait 1 milliard de francs CFA. Nous avons exprimé les besoins pour les produits en difficultés de disponibilité [DIU et implants] et une requête de 1 milliard et quelques pour achat de ces contraceptifs fut soumise au ministre, qui l'a transmise à la CAMEG, qui les a achetés.*

~Informateur-clé, responsable central MS

Les partenaires interdisent que ces fonds issus de la vente des contraceptifs servent à d'autres besoins que ceux de la DSF. En voici une illustration :

*En 2008 la DSF a fait une réunion et voulait au moins 5 % de ces fonds pour son fonctionnement. Mais la Direction des finances a été catégorique : votre fonctionnement dépend du ministère de la Santé, mais l'argent que nous avons eu avec les produits que les partenaires nous ont aidé à acheter doit être réinvesti dans l'achat des produits et pas pour un fonctionnement. Ainsi depuis 2009 ce débat est clos.*

~Informateur-clé, responsable central MS

Le comité de pilotage du plan stratégique de sécurisation des produits étudie aussi les requêtes relatives au réexamen des tarifs pour améliorer l'accès financier des femmes démunies aux contraceptifs, tout en maintenant le principe de recouvrement des coûts. C'est ce que dit ce répondant :

*Le Burkina a mis en place un comité de pilotage du plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs. Nous faisons partie de ce comité. A la dernière réunion qui est organisée par la DSF, nous avons examiné un dossier relatif à la réduction des prix des produits contraceptifs. Des échanges il est ressorti [qu'à] compter de 2014, nous allons baisser les prix des produits contraceptifs. Par exemple le Norplant passera de 1 000 F à 500 F, les pilules de 100 F à 50 F. En général, les propositions du comité passent.*

~Informateur-clé, ONG locale

Avec ces dispositions il y a déjà un pas vers la sécurisation des contraceptifs. L'idéal serait d'avoir aussi une ligne budgétaire consacrée entièrement à l'achat des produits contraceptifs. Ceci est une réalité depuis quelques années, et le montant de cette ligne budgétaire clairement inscrite est de 500 millions de francs CFA chaque année.

*Je sais que c'est 500 millions par an [le budget gouvernemental pour les contraceptifs]. [Le gouvernement] est en train de travailler pour que ce montant [de la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs] soit aussi augmenté. Ce n'est pas mal, car quand tu vois les pays de la sous-région, sur les neuf, il n'y a que le Burkina Faso pour le moment.*

~Informateur-clé, ONG internationale

Un autre répondant ajoute les 1 milliard de FCFA de contraceptifs achetés en urgence en 2013 sur fond des recettes issues de la vente des contraceptifs et dit :

*Quand on parle de la contribution de l'Etat, on peut prendre l'Etat en tant qu'entité mais si on le prend dans la globalité, on voit la contribution plus élevée en 2013 car cette année l'Etat aura contribué de 1 milliard 500 millions de francs CFA avec l'achat de DIU et implants en urgence.*

~Informateur-clé, SR niveau national

### **Approvisionnement en contraceptifs**

Pour le secteur public l'approvisionnement est fait principalement par les PTF, l'UNFPA et l'USAID, qui achètent et importent les produits contraceptifs conformément aux besoins estimés lors des séances des tableaux d'acquisition des contraceptifs. L'achat est fait sans paiement de taxe ou de frais de douane (seuls les frais du transitaire sont payés) et les contraceptifs sont mis à la disposition de la CAMEG, qui a un magasin central et des magasins dans les régions pour approvisionner les dépôts répartiteurs des districts sanitaires, comme le précise un responsable d'ONG locale :

*Nous sommes exonérés des taxes au point de vue de notre statut en raison de l'utilité publique et d'association qui travaille dans la santé. Mais la prestation du service de transitaire est payée.*

~Informateur-clé, ONG locale

Le secteur public a un problème crucial au niveau des magasins des DRD, qui aujourd'hui sont devenus exigus pour la quantité de médicaments et produits contraceptifs à stocker. C'est ce que nous dit ici un pharmacien de DRD :

*Magasin de stockage des produits, il n'y a pas de solution. Nos districts n'ont pas les magasins adaptés pour les produits. Peut-être les gens n'ont pas pensé au début qu'il y*

*aurait autant de succès dans la vente des médicaments. Maintenant tous les DRD ont accru et ces magasins deviennent inadaptés.*

~Informateur-clé, pharmacienne de DRD

Généralement les projets ne prévoient pas ce volet des infrastructures. Ils financent les programmes et les produits mais ne pensent pas aux magasins adaptés au stockage et à la conservation des produits. Or, comme le dit un adage, « Sans médicaments ni d'intrants il n'y a pas de projet ni de programme ». S'il y a des produits il faut nécessairement assurer leur conservation et stockage dans de meilleures conditions.

Pour les pharmacies privées, vue la concurrence, ce sont les grossistes qui prennent les commandes au téléphone et livrent lesdits produits directement aux pharmacies privées. C'est ce qui ressort du propos suivant :

*Les grossistes sont des succursales des multinationales dans lesquelles les pharmaciens nationaux sont actionnaires. Ce sont des structures qui ont leurs faitières en France en général. Pour notre approvisionnement ils nous appellent, on les appelle, ils nous livrent sauf quand on fait la bagarre [rires]. Mais c'est rare.*

~Informateur-clé, pharmacienne privée

### **Pérennisation du système**

La pérennité est une préoccupation du programme de PF, qui est à l'origine de la vente des contraceptifs mais à des coûts réduits. Le problème se pose quand il s'agit de la gratuité des produits afin d'étendre la couverture géographique ou de lever les obstacles financiers à l'accès.

*Est-ce que ça sera pérenne cette histoire de gratuité ? Encore que dans nos contrées il y a certaines mentalités qui refusent la gratuité sous prétexte que ce sont des produits prohibés que l'Occident vient nous déverser. Il faut nuancer ça et trouver des coûts acceptables.*

~Informateur-clé, PTF

Mais quand on met des prix, des gens diront qu'il y a toujours une barrière financière. Cette barrière, il faut la comprendre sous deux angles. Il y en a qui ne disposent effectivement pas d'argent suffisant. Il faut trouver une politique de prise en charge des indigents et des personnes qui estiment que les coûts sont toujours chers.

L'autre aspect, c'est que la sensibilisation de la communauté devrait pouvoir amener les uns et les autres à comprendre l'importance de la PF, même si ce n'est pas une urgence. Si les couples et les individus intègrent cela comme étant d'une importance dans leur vie familiale et pour leur santé, peut-être la question du coût ne se posera plus avec autant d'acuité.

Voici les propos d'un répondant qui vont dans le même sens :

*Même si les prix sont réduits, certaines les trouveront toujours moins abordables. A moins qu'on ne pratique la gratuité. Alors que la gratuité du produit laisse croire sa mauvaise qualité. C'est donc mieux de toujours leur demander une contribution.*

~Informateur-clé, ONG internationale

Il faut retenir que le service gratuit a aussi un coût, et que si on ignore ce coût on va vers le blocage ou l'insuffisance dans la pérennisation des services de PF.

## Les Obstacles Financiers et Autres D'accès aux Services de PF

Des entretiens avec les informateurs-clés nous avons recueilli quatre raisons principales expliquant les besoins non satisfaits en PF : (1) l'inaccessibilité financière (manque de moyens financiers, pauvreté ou faible pouvoir d'achat des femmes, coût élevé de certaines méthodes), (2) l'inaccessibilité géographique (distances trop grandes par rapport au point de prestation, coût du transport), (3) l'inaccessibilité fonctionnelle (non disponibilité de certains produits dans la communauté comme les contraceptifs injectables, ruptures de stock, insuffisance de personnel qualifié dans les CSPPS pour offrir les méthodes contraceptives à longue durée d'action, manque de matériels et équipements adéquats pour offrir la méthode choisie, mauvaise qualité des services et de l'accueil) et (4) des facteurs socioculturels (religion, prêche des religieux, rumeurs et effets secondaires des produits, contraception clandestine, opposition du mari).

*Il y a aussi le coût du produit qui fait que certaines femmes s'abstiennent. D'autres pensent qu'il y a le risque de l'infidélité de la femme. La qualité des services aussi peut les décourager à venir. Les femmes n'adhèrent pas au DIU à cause des fausses rumeurs sur le DIU. Elles disent que le DIU peut disparaître dans l'organisme et entraîner des maladies comme le cancer du col de l'utérus et autres types de cancer.*

~Informateur-clé, ONG internationale

Pour le répondant suivant l'homme est l'obstacle socioculturel majeur puisqu'il tient des propos démobilisateurs :

*Il y a aussi l'homme qui constitue un frein à l'utilisation de ces méthodes contraceptives parce qu'il a des conceptions qui ne sont pas du tout justifiées. « Laisser ma femme utiliser ces méthodes c'est la pousser à l'infidélité ; laisser ma fille adolescente utiliser les produits contraceptifs c'est la pousser à la prostitution. » Autant de conceptions qui poussent à des hésitations dans l'utilisation des produits.*

~Informateur-clé, ONG locale

En plus des coûts et de la qualité des services qui découragent certaines femmes, les raisons socioculturelles et les rumeurs et craintes des effets secondaires et l'opposition des maris semblent prédominer chez certaines femmes pour expliquer les besoins non satisfaits en PF.

*Il y a les effets secondaires aussi. Par exemple, le retour du cycle normal des règles se fait lentement et il y a aussi l'absence de règles. Avec les comprimés, il y a des nausées et il y a des femmes qui prennent du poids. Pour le Jodelle, les implants là, il y a des femmes qui disent que les hommes arrivent à détecter ça et les somment de les retirer.*

~Informateur-clé, pharmacienne de district sanitaire

## L'impact du Secteur Privé sur la PF et la SR

Dans le plan de relance de la PF, l'impact prévu d'ici 2015, qui ferait passer la prévalence contraceptive moderne de 15 % à 25 %, envisage que la DBC contribue pour 19 % aux résultats nationaux attendus ; Cette contribution est fixée à 6 % pour le secteur privé, à 25 % pour les stratégies mobiles et à 50 % pour l'Etat.

Le gouvernement encadre les prix pratiqués par les acteurs privés. Il y a donc une politique de tarification aussi bien pour le secteur public que pour le secteur privé. C'est au niveau de la Direction des pharmacies et laboratoires du MS que les prix aux clients sont fixés pour les pharmacies privées et les



acteurs privés à but lucratif. Les acteurs privés à but non lucratif comme l'ABBEF et PROMACO suivent les tarifs du public déterminé par la CAMEG.

L'ABBEF est une association qui travaille dans la santé en soutien à la politique nationale de santé. Voici le propos d'un répondant qui décrit l'impact de l'ABBEF en SR/PF :

*Comme une association privée reconnue d'utilité publique, les prix de l'ABBEF riment avec ceux fixés pour les formations sanitaires publiques. L'ABBEF offre des services en direction des populations vulnérables comme les femmes, les élèves, les personnes âgées, les plus démunies et les jeunes en difficulté [jeunes de la rue], les populations rurales, les hommes marginalisés. Son but poursuivi est l'amélioration des conditions de vie des communautés.*

~Informateur-clé, responsable ONG locale

L'impact de cette ONG locale sur la PF et la SR se profile à travers ses activités relayées par les ASC au sein de la communauté comme le décrit l'informateur-clé suivant:

*Nous faisons des sensibilisations sur les méthodes de PF, les IST [infections sexuellement transmissibles] et l'excision au moins trois fois par mois. Nous les faisons dans les lieux publics, les établissements ou dans les domiciles des leaders. Nous demandons les avis des femmes par rapport au thème et nous le préparons avant l'arrivée de l'équipe mobile. On le fait en groupe car nous sommes deux ASC par secteur et souvent il y a du monde, surtout les femmes et les jeunes. Nous faisons aussi du porte à porte pour sensibiliser les familles.*

~Informateur-clé, ASC, ONG locale

Au Burkina Faso, un certain nombre d'associations privées à base communautaire rentrent dans le cadre de la contractualisation avec la région ou le district. Les ONG de renforcement de capacité, qui ont des associations qui interviennent sur le terrain, ont également des partenariats avec les formations sanitaires pour la distribution à base communautaire des produits contraceptifs. Le programme d'appui au développement sanitaire dans le cadre de la contractualisation les finance.

Le ministère de la Santé est en partenariat avec des organismes bilatéraux (l'USAID et ses projets DELIVER, HPP, AGIR PF), l'Agence française de développement, des multilatéraux (l'UNFPA, l'OOAS, etc.) et des ONG (l'ABBEF, PROMACO, MSI) pour la relance de la PF au niveau du secteur public et en partenariat avec les organisations de la société civile (OSC).

## **Le Processus de Gestion et du Suivi/Evaluation des Programmes de PF**

Pour éviter les ruptures de stocks des contraceptifs, la DSF fait chaque semaine une situation des stocks des contraceptifs sur l'ensemble du territoire. Les constats permettent d'approvisionner en urgence s'il y a risque de rupture ou de transférer le surstock des produits proches de la date de péremption.

*Pour ces dernières années nous ne connaissons pas de rupture des contraceptifs, car un système de suivi hebdomadaire de stock est mis en place au niveau des régions pour éviter les ruptures. Nous nous réunissons deux fois pour voir la disponibilité des stocks et les besoins. C'est seulement les délais de livraison au niveau de certaines firmes qui peuvent nous causer des problèmes. Nous arrivons donc à maîtriser les besoins et à contrôler les ruptures.*

~Informateur-clé, responsable centrale MS

Pour faciliter la gestion des contraceptifs et le suivi des stocks, l'UNFPA a mis à la disposition de la CAMEG le logiciel Tandem et utilisé un chercheur pour les formations à l'amélioration de la sécurisation des produits.

*Les agents de la CAMEG formés ont aidé cette année à former les pharmaciens d'autres pays comme le Mali, le Cap-Vert, etc. Il y a eu une grande réunion régionale pour les gestionnaires des logiciels qui ont recommandé de modifier les logiciels pour prendre certaines dimensions en compte. On a contribué à la formation des informaticiens qui essaient de travailler pour faire des modifications afin de prendre en compte les attentes.*

~Informateur-clé, PTF

Un certain nombre d'indicateurs sont aussi utilisés pour le suivi, comme l'indique l'informateur-clé suivant :

*Nous avons un mécanisme de collecte de données sur les produits contraceptifs. On définit les indicateurs par rapport aux personnes touchées par nos activités de sensibilisation et aux produits contraceptifs utilisés effectivement (couples-années-protection), le nombre de services de PF ouverts, le nombre de clients (anciens-nouveaux). Cela nous permet d'évaluer le poids de nos activités.*

~Informateur-clé, ONG nationale

Une autre ONG nationale assure son suivi comme le détaille l'informateur-clé suivant :

*Chaque année nous avons une étude de mesure d'accès et de performances qui mesure notre couverture, sa qualité, qui prend en compte le prix et tout ce qui est publicité sur le lieu de vente. Le niveau de prix pratiqué se relève tous les six mois. Les indications sont les fiches d'animation, de supervision, les statistiques que sont les sorties, la quantité vendue et les dates de péremptions.*

~Informateur-clé, agent de marketing social

En plus des indicateurs cités par cet informateur, d'autres—comme le taux d'utilisation des méthodes contraceptives par méthode, la disponibilité des produits utilisés, les nouvelles inscriptions, les besoins non satisfaits, le taux de transmission des rapports, le taux de rupture, les péremptions, la disponibilité hebdomadaire des stocks, la consommation moyenne mensuelle, les entrées et sorties et l'évolution des financements—sont collectés et exploités pour ajuster les programmes et les services offerts.

## **Les Suggestions des Participants pour Améliorer la Politique de Tarification des Contraceptifs au Burkina Faso**

Les suggestions des participants tournent autour de quatre points : (1) la création de la demande pour les services de PF, (2) l'assurance d'une offre de services de qualité disponibles et rapprochés des populations par des agents formés, (3) la création d'un environnement favorable à la PF et (4) la révision des prix des contraceptifs. Un responsable d'un district sanitaire évoque ces besoins dans les termes suivants :

*Il faut continuer la communication au sein des populations pour qu'elles sachent les bienfaits de la contraception ; il faut rendre disponibles toutes les méthodes et à tous les niveaux, mettre à niveau les agents de santé ; il faut des matériels pour certaines méthodes comme les implants et les DIU, réduire le coût parce qu'il y a des méthodes qui nécessitent un acte du praticien et leurs coûts peuvent constituer une barrière. [Il*

*faut] fournir des matériels informatiques dans les grosses structures pour améliorer le suivi.*

~Informateur-clé, district sanitaire

1. **Création de la demande** : Les suggestions mettent l'accent sur l'information, l'éducation et la communication, ainsi que la sensibilisation des hommes, des maris, des femmes et des clients potentiels. Cette sensibilisation devrait se faire dans la communauté, dans les points de prestation avec utilisation de tous les moyens de communication : causerie, théâtre, visites à domicile, sensibilisation de proximité, counseling, etc. Elle devrait porter sur des thèmes tels que l'espace des naissances, les avantages de la PF pour la santé de la mère et de l'enfant et pour le bien-être familial et le développement, les effets secondaires et leur gestion. Voici deux propos des informateurs-clés qui illustrent ces suggestions :

*Bon, c'est la communication. Ici, nous demandons aux prestataires de communiquer beaucoup sur le terrain avec les femmes, les maris et avec tous les clients. Lors des séances, quand une femme vient dans une formation sanitaire, il ne faut pas qu'elle reparte sans aucune information. C'est l'occasion de parler de la PF avec elle lors des CPN [consultations prénatales], de la pesée des enfants. Il faut communiquer par exemple sur les effets secondaires, leur expliquer que ça peut arriver et qu'il faut respecter les conditions d'utilisation.*

~Informateur-clé, pharmacienne d'un district sanitaire

*Il faut sensibiliser les leaders communautaires, politiques et religieux, sensibiliser les couples à tous les niveaux. L'Etat doit mettre des moyens dans les structures, intervenant dans le domaine de la PF pour que la majeure partie de la population puisse bénéficier de ce service qui est un droit pour eux.*

~Informateur-clé, ONG nationale

2. **Assurance de l'offre** : Ici les répondants suggèrent que les contraceptifs soient disponibles dans la communauté pour répondre à la création de la demande. La distribution à base communautaire devrait être privilégiée et mise à l'échelle. Une délégation des tâches avec formation et supervision des ASC devrait leur permettre de fournir les pilules en première ordonnance et les contraceptifs injectables. Ceci permettrait d'améliorer l'accessibilité géographique des populations à ces méthodes. Les accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés devraient se voir délégués les tâches liées à l'offre des méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) en l'absence de la sage-femme, comme c'est souvent le cas dans les CSPP ruraux. Il importe alors de renforcer les capacités du personnel à travers des formations de recyclage et des supervisions formatives. Les stratégies avancées, les cliniques mobiles et les campagnes ou journées de PF reconnues pour attirer beaucoup de clientes et lever les obstacles financiers et géographiques devraient être vulgarisées et plus fréquentes et les ressources nécessaires allouées. Il faut développer des actions en direction des jeunes. Il faut éviter les ruptures de stock, assurer la disponibilité permanente des contraceptifs à des coûts très abordables. Voici des propos qui vont dans le sens de ces suggestions.

*Rapprocher les produits des communautés à travers les agents de santé communautaire, les cliniques mobiles. Faire en sorte que la délégation des tâches soit effective pour pallier l'insuffisance du personnel. Plus de 55 % de la population est jeune. Il faut développer des actions en direction des jeunes car cela peut vraiment faire avancer la question de PF.*

~Informateur-clé, ONG nationale

*Pour moi, il faut consolider les acquis, il faut la délégation des tâches. Il faut qu'un mécanisme soit mis en place pour que toutes les méthodes soient disponibles. Si le gouvernement accepte que les agents de santé communautaire peuvent faire les injections comme ailleurs, on l'accompagnera pour mettre en place ce choix. Il faut mettre en place toutes les stratégies pour que toute la gamme de contraceptifs soit disponible au niveau communautaire.*

~Informateur-clé, PTF

Pour assurer l'offre des services il est important de renforcer les compétences des agents en termes de qualité des soins et de l'accueil, en gestion des produits pour éviter les ruptures de stock. C'est ce que précise le répondant suivant :

*Il faut aussi renforcer les compétences des agents en termes de qualité des soins. Il faut éviter au maximum les ruptures de stock en estimant les besoins. Il faut une amélioration de l'accueil et du cadre des services de PF. Rendre les produits contraceptifs disponibles pour tous les clients, éviter les ruptures en remédiant à la mobilité du personnel ; réduire le coût des produits surtout en milieu rural.*

~Informateur-clé, ONG nationale

3. **Création d'un environnement favorable à la PF** : Les suggestions ici mettent l'accent sur des actions de sensibilisation et de plaidoyer en direction des obstacles potentiels au développement d'un environnement favorable à l'utilisation des contraceptifs. Il s'agit de suggestions pour obtenir l'adhésion des hommes et spécifiquement des maris, des leaders religieux, des leaders communautaires et des parents à l'utilisation des contraceptifs par les jeunes. Il s'agit aussi d'actions pour dissiper les rumeurs sur les produits de PF. L'informateur-clé suivant cite deux possibilités :

*L'école des Maris, qui est une stratégie d'implication des hommes en faveur de la PF, peut servir d'exemple. On peut impliquer l'Union des religieux et coutumiers du Burkina (URCB) pour faire des plaidoyers parce qu'ils sont très favorables à accompagner le ministère de la Santé dans la PF, et toutes les religions y sont représentées (musulmans, catholiques, protestants) avec des chefs coutumiers. C'est un bon partenaire pour le plaidoyer en faveur de la PF.*

~Informateur-clé, ONG internationale

Le pouvoir du chef religieux musulman sur ses fidèles est très puissant dans nos milieux, et les propos d'un répondant ayant vécu un tel cas sont illustratifs :

*Il faut impliquer les religieux dans le processus car ils constituent une vraie entrave. Ils ont des décisions strictes et les populations les suivent. J'étais une fois en mission à Barani. Quand je suis arrivé dans un petit village l'imam du village est sorti prêcher un vendredi et a décrété qu'il ne voulait pas voir une femme au niveau du centre de santé parce que les gens sont venus pour stériliser les femmes. Du coup le centre était devenu vide. L'agent du centre s'asseyait toute la journée et personne n'y venait. Il faut les sensibiliser pour qu'ils soient avec nous.*

~Informateur-clé, PTF

Pour créer un environnement favorable à la PF il faut aussi veiller à ce que les prix des produits soient abordables. Certains répondants proposent de subventionner les méthodes et les consommables pour faciliter aux groupes marginalisés et aux populations rurales l'accès à la contraception. Un informateur-clé de district sanitaire propose de revoir les prix des contraceptifs à la baisse, mettant par exemple le Jadelle à 300 F et le DIU à 500 F. Le ministère vient de réviser à la

baisse les prix des contraceptifs pour mettre en œuvre certains engagements pris au Sommet de Londres de juillet 2012.

D'autres en faveur de la gratuité des produits proposent de multiplier les occasions où les contraceptifs sont offerts gratuitement comme l'intensification des journées de consultation gratuite, des cliniques mobiles, des campagnes de PF avec augmentation conséquente du financement de ces activités.

Un répondant résume les suggestions pour créer un environnement favorable à la PF en ces termes :

*Il faut multiplier les partenariats, renforcer un plan de communication, continuer la sensibilisation de la population, surtout en milieu rural, pour faire tomber certaines barrières, baisser davantage les prix des produits contraceptifs, renforcer les capacités du personnel, mettre l'accent sur la sécurisation des contraceptifs pour éviter les ruptures [et] faire des activités de plaidoyer et de formation. Quand on suscite la demande il faut assurer que l'offre est aussi au rendez-vous.*

~Informateur-clé, région MS

Une ASC d'une ONG nationale parle de l'environnement favorable à la PF en termes de l'amélioration des conditions de travail des ASC :

*Nous proposons qu'on nous aide avec des moyens pour que nous mettions le paquet dans la sensibilisation, rabaisser encore les prix des produits, faire des t-shirt et des casquettes pour faire connaître l'ONG, mettre du matériel de communication à la disposition des ASC tel que les mégaphones, des moyens de déplacement comme vélos et motos, du crédit et téléphones portables de communication pour ceux qui n'en ont pas. Que l'ONG nous aide en nous donnant un salaire par mois pour nous encourager.*

~Informateur-clé, ASC, ONG nationale

En résumé, les répondants ont suggéré d'augmenter la demande et d'améliorer l'offre ; d'impliquer les hommes, les leaders d'opinion, les leaders religieux et les leaders communautaires ; de renforcer les capacités des prestataires ; de réduire les coûts des produits pour les rendre plus accessibles et de continuer les stratégies et campagnes où les produits sont gratuits.

## CONCLUSION

Pour éviter de créer des circuits parallèles qui pourraient mettre en danger la distribution des produits contraceptifs, le ministère de la Santé du Burkina Faso a confié cette distribution à la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG).

Les partenaires techniques et financiers (PTF) tels que l'UNFPA, l'USAID et l'OOAS sont les principaux bailleurs pour l'achat des contraceptifs du Burkina Faso. Les contraceptifs achetés sont remis par les PTF à la CAMEG, qui les envoie aux dépôts répartiteurs de districts (DRD), où viennent s'approvisionner les CSPS qui approvisionnent les ASC et les ONG/associations féminines et autres structures périphériques. Néanmoins, des difficultés liées à la logistique pour le transport des produits contribuent aux ruptures en contraceptifs pour lesquelles d'autres dispositions sont prises. Des cas de péremption des contraceptifs, quoique rares, sont parfois enregistrés en raison d'une insuffisance en gestion et suivi des stocks mais aussi d'une insuffisance de la demande pour les produits achetés parfois en surstock.

La politique de tarification a fixé des prix de cession pour les différents niveaux (CAMEG, DRD, CSPS et ASC). Le prix de cession de la pilule à la femme varie de 100 F (public) à 3 000 F (pharmacie privée), le contraceptif injectable de 500 F à 800 F. Les méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) non disponibles en pharmacie privée coûtent 1 000 F partout. Il en est de même pour le collier du cycle, qui se vend à 500 F. Le préservatif masculin varie de 10 F l'unité dans le public à 333 F l'unité en pharmacie privée. Le préservatif féminin est à 100 F l'unité mais n'est pas disponible en pharmacie privée.

Mais malgré cette forte subvention des prix des contraceptifs, certaines méthodes comme les implants et le DIU restent inaccessibles aux femmes du milieu rural, et des stratégies de distribution gratuite des contraceptifs semblent apporter une solution également insuffisante car ces stratégies ne couvrent pas toutes les zones rurales et c'est dans ces zones que vivent la plupart des femmes ayant des besoins non satisfaits en PF.

Le Burkina Faso dispose d'une ligne budgétaire dédiée pour l'achat des contraceptifs au montant annuel de 500 millions de FCFA. C'est un effort louable du gouvernement burkinabè par rapport aux autres pays de la sous-région. Néanmoins, une augmentation annuelle de ce niveau de financement de l'achat des contraceptifs est indispensable à la sécurisation des produits, surtout avec les stratégies de gratuité et de réduction des tarifs qui vont à long terme minimiser la contribution des fonds issus du recouvrement des coûts.

Les besoins non satisfaits en PF sont entretenus par des problèmes d'accessibilité financière et géographique et des facteurs socioculturels. Les coûts des méthodes contraceptives à longue durée d'action restent encore non abordables pour les populations rurales. Cette situation nécessite des actions énergiques de création de la demande et d'un environnement favorable à la PF comme les informateurs-clés l'ont suggéré.

## RECOMMANDATIONS

Les auteurs de cette analyse estiment qu'il est d'une importance capitale de poursuivre la courageuse politique de révision des prix des contraceptifs entreprise par les autorités du Burkina Faso. Elle devrait s'intéresser notamment aux adolescents, jeunes et aux femmes des milieux pauvres et défavorisés dont l'accès aux produits contraceptifs n'est pas facile. On peut faire les recommandations ci-après :

### En direction de la direction de la Santé de la Famille (DSF)

1. Prendre des dispositions pour appliquer les suggestions faites par les informateurs-clés pour l'amélioration des services de PF en termes de création de la demande (IEC, DBC, médias) ; d'assurance de l'offre des services de PF de qualité (disponibilité des produits, formation des prestataires, supervision formative, suivi et coordination, cliniques mobiles, délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires), création d'un environnement favorable à la PF (obtenir l'adhésion des hommes, des maris, des leaders religieux et communautaires et des parents à la PF).
2. Renforcer la gestion et le suivi du programme de PF et former le personnel à tous les niveaux pour assurer l'offre des services de PF de qualité à la satisfaction des clients.

### En direction des intervenants en PF (groupes de SR/PF, ONG/associations/OSC, responsables de programmes de SR/PF, etc.)

3. Faire le plaidoyer pour le maintien et l'augmentation de la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs.
4. Poursuivre le plaidoyer pour le renforcement de la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des populations les plus démunies, en particulier les femmes des milieux ruraux et les jeunes, aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer celles qui en ont les moyens pour la sécurisation des contraceptifs. Après la récente réduction des prix des contraceptifs par le ministère de la Santé, les efforts devraient s'intensifier pour les rendre gratuits pour les adolescents/jeunes et les femmes en milieu rural.
5. Faire le plaidoyer pour la délégation des tâches aux ASC permettant à ceux-ci d'offrir la pilule en première ordonnance et la contraceptif injectable dans la communauté et la délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmières autorisant celles-ci à proposer les méthodes contraceptives à longue durée d'action (DIU et implants) afin d'améliorer l'accès géographique des populations à ces méthodes.
6. Faire le plaidoyer en faveur des actions proposées par les informateurs-clés pour créer la demande, améliorer l'offre et renforcer un environnement favorable à la PF.

### En direction du ministère de la Santé

7. Maintenir et augmenter chaque année la ligne budgétaire dédiée à l'achat des contraceptifs et renforcer les mesures de sécurisation des produits contraceptifs.
8. Renforcer la politique de tarification et sa segmentation pour garantir l'accès des plus démunis aux produits contraceptifs de leur choix, tout en faisant payer les populations qui en ont les moyens pour maintenir le système de recouvrement des coûts mis en place pour la sécurisation des contraceptifs.
9. Renforcer le programme de distribution à base communautaire des contraceptifs en autorisant les ASC à offrir les pilules en première ordonnance et les contraceptifs injectables afin d'augmenter la couverture géographique des services de PF.

**En direction des partenaires techniques et financiers**

10. Augmenter le financement pour l'achat des contraceptifs avec mise en place d'un système pour assurer la sécurisation des contraceptifs à moyen et à long terme.
11. Appuyer financièrement le MS, la CAMEG et la DSF pour la gestion et le suivi du programme de PF et le renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux, y compris les équipements, matériels et consommables, pour assurer l'offre des services de PF de qualité.
12. Financer des recherches d'évaluation périodique des progrès du programme de PF et de la prévalence contraceptive et son évolution.



## ANNEXE A : LISTE DES INFORMATEURS-CLES POUR L'ETUDE DES POLITIQUES DE TARIFICATION AU BURKINA FASO

N°	INSTITUTION
P 01	District sanitaire de Boulmiougou
P 02	ABBEF
P 03	District sanitaire de Baskuy
P 04	District sanitaire de Baskuy
P 05	Marie Stopes International
P 06	UNFPA
P 07	AGIR PF
P 08	Groupe technique SR
P 09	District sanitaire de Boulmiougou
P 10	Pharmacie St.-Hilaire
P 11	Direction régionale de la Santé du Centre
P 12	Direction régionale de la Santé du Centre
P 13	District sanitaire de Bogodogo
P 14	District sanitaire de Bogodogo
P 15	ABBEF
P 16	District sanitaire Nongremaasom
P 17	DELIVER
P 18	Direction générale de la Santé
P 19	Association Ecole des citoyens (ASEC)
P 20	Association Ecole des citoyens (ASEC)
P 21	ABBEF
P 22	ABBEF
P 23	Direction régional de la Santé
P 24	PROMACO
P 25	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
P 26	Direction Santé de la famille
P 27	Direction Santé de la famille
P 28	Centre jeune ABBEF
P 29	Président du syndicat des pharmaciens

Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso : La Politique de Tarification des Contraceptifs

N°	INSTITUTION
P 30	DSF

---

# ANNEXE B : GUIDE D'ENTRETIEN POUR UNE POLITIQUE DE TARIFICATION EN AFRIQUE DE L'OUEST

Futures Group  
 Guide d'entretien des informateurs-clés  
 pour une politique de tarification en Afrique de l'Ouest  
 Politique de tarification en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Togo, Niger et Mauritanie

Des entretiens avec des informateurs-clés tels que les responsables du ministère de la Santé (MS) travaillant au MS dans le domaine de la planification familiale (PF)/santé de la reproduction (SR), les membres d'équipes décentralisées du MS (en particulier les agents de santé du district) et les responsables de structures de régularisation (y compris les ordres des médecins, des infirmiers et des pharmaciens)

PI :

Titre de l'étude : Politique de tarification au Burkina Faso, au Togo, au Niger et en Mauritanie

Date/version : 2 juillet 2013

Date de l'entretien : (jour/mois/an) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Criteres d'eligibilite

1.	Age (18 ans et plus)	O/N
2.	Sexe (M = masculin ; F = féminin)	M/F
3.	A fourni un consentement verbal informé avant de participer	O/N
4.	A consenti à l'enregistrement de l'entretien	O/N
5.	Numéro du formulaire d'entretien (copier le numéro figurant sur la fiche d'entretien)	
6.	Nom de l'enquêteur	
7.	Nom du preneur de notes	
8.	<b>Description de l'implication de l'informateur-clé dans la politique de tarification :</b> Ministère de la Santé, niveau national _____ Agent de santé du district ou autre équipe décentralisée du MS _____ Directeur d'une entité sanitaire médicale régulatrice _____ Directeur d'une entité régulatrice pour les infirmiers _____ Directeur d'une entité pharmaceutique régulatrice _____ Autre, veuillez préciser _____	
9.	Date de traduction/transcription complète : _____ Transcription par : _____	

### **Introduction & instructions pour l'enquêteur**

- Souhaitez la bienvenue au participant et remerciez-le.
- Demandez au participant de s'asseoir, assurez-vous qu'il/elle est confortablement installé(e) et offrez-lui de l'eau ou des rafraîchissements.
- Présentez-vous (enquêteur).

*Bonjour/Bon après-midi. Je suis ici au nom du Futures Group, une organisation de développement international, et du Projet de politique de santé, financé par l'USAID, un projet qui collabore avec les gouvernements pour améliorer l'application des politiques et des programmes. Nous travaillons avec les gouvernements du Niger, du Togo, de la Mauritanie et du Burkina Faso pour identifier les politiques actuelles, l'application des politiques concernant la division des tâches parmi les diverses catégories de prestataires de soins de santé chargés des services de planification familiale et les lignes directrices pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaire, les agents de marketing social et les pharmaciens.*

*Avant de vous poser des questions, j'aimerais vous assurer que nous préservons l'anonymat de tous les informateurs participant à cette évaluation. Si nous utilisons certaines de vos déclarations dans ce rapport, nous ne citerons pas la source de ces déclarations qu'en indiquant si vous êtes un informateur, un décideur ou un fonctionnaire. Si vous avez des questions concernant le déroulement de l'entretien ou le respect de l'anonymat de vos déclarations, merci d'appeler le numéro que je vous ai donné pour parler avec \_\_\_\_\_. Cet entretien durera de 45 à 60 minutes.*

- Allez à « Consentement oral pour l'entretien de l'informateur-clé ».

*Etes-vous d'accord pour participer à cette évaluation ?*

- Questions, suggestions, remerciements.

*Je vous remercie de partager des idées avec nous aujourd'hui. Avez-vous des questions avant que nous commençons ? Parfait. Allons-y.*

---

### **Section 1 : guide d'entretien**

#### **A. Situation générale :**

**A.1.1. Quelles sont les politiques ou positions officielles (du gouvernement) sur les prix des produits de planification familiale et services pour la santé de la reproduction ?**

**A.1.2. Pensez-vous que ces politiques ou positions officielles soient mises en œuvre sous la forme de programmes qui fournissent des financements suffisants pour les services de planification familiale et de santé de la reproduction ? Comment ces programmes sont-ils mis en œuvre et quelles sont les conséquences pour les politiques de tarification actuelles et la prestation de services de planification familiale et de santé de la reproduction ?**

**A.1.3. Existe-t-il des politiques concernant les prix qui imposent des limites sur la distribution de contraceptifs ? Existe-t-il des taxes ou des droits de douane sur ces produits et services (octroi, droits de douane, TVA) ou des exemptions qui affectent le secteur public ? La publicité est-elle interdite ou restreinte ?**

Questions plus détaillées :

- Ces politiques de prix diffèrent-elles entre le secteur public, le secteur privé et les ONG qui offrent des services ou des produits de planification familiale ?

**A.1.4.** Y a-t-il des politiques en place pour garantir la capacité des prestataires de services de santé à fournir des contraceptifs et autres produits de planification familiale ou contraceptifs à des prix abordables ?

Questions plus détaillées :

- Y a-t-il des politiques qui financent les produits et services de planification familiale pour les personnes qui n'ont pas les moyens de les payer ?
- Les prix des services et des produits de planification familiale varient-ils parmi certains groupes ? Le cas échéant, quels sont les critères justifiant des prix plus ou moins élevés ? (par exemple : prix plus bas pour revenus plus bas, prix différents dans les zones rurales et urbaines, prix différents sur les marchés public et privé ou pour des services et produits différents)
- Ces produits et services de planification familiale sont-ils gratuits ou divers services et produits sont-ils payants ?
- Ces politiques de tarification pour la santé de la reproduction diffèrent-elles d'un niveau de personnel à l'autre ? (Par exemple, y a-t-il des services où les produits de planification familiale coûtent moins cher s'ils sont administrés par des agents de santé de niveau moins élevé et du personnel non médical plutôt que par les docteurs, infirmiers et sages-femmes ?)
- Pensez-vous que ces prix soient abordables et accessibles pour tous ?
- Si non, quelles populations ont un accès plus facile ou difficile aux services et produits de planification familiale à cause de la politique de tarification (zone urbaine ou rurale) ?

**A.1.5.** Quelle proportion des dépenses le gouvernement consacre-t-il aux contraceptifs et comment ce montant a-t-il évolué dans le temps ? Existe-t-il une ligne budgétaire du gouvernement pour les diverses options de contraception ?

Questions détaillées :

- Quel pourcentage du budget de l'Etat est-il alloué à la planification familiale/la santé de la reproduction ?
- De quelle somme dispose le gouvernement pour financer des contraceptifs et d'autres services de planification familiale afin de répondre à la future demande ? Quel est le déficit prévu ?
- Le gouvernement a-t-il des politiques en place qui fournissent des subventions ou de l'aide pour rendre accessibles à certains groupes des services ou produits de planification familiale ? Quel est leur montant et quels sont les critères de distribution de l'aide ?
- Ces politiques de tarification sont-elles appliquées de façon cohérente sur le terrain ? Sinon, pouvez-vous indiquer des obstacles ou défis affectant l'application de ces politiques de tarification que vous avez remarqués ?

**A.1.6.** Quels systèmes de recouvrement des coûts sont en place pour les services et produits de planification familiale dans le secteur public ? Comment ces systèmes fonctionnent-ils et comment les fonds sont-ils utilisés ? Les pauvres ont-ils droit à des exemptions ou existe-t-il d'autres systèmes de protection sociale pour les pauvres ?

**A.1.7.** Comment les clients paient-ils les services et/ou les produits de planification familiale ? Grosso modo, quel pourcentage du coût est couvert par les patients et quel pourcentage est couvert par le gouvernement ou d'autres fonds (par exemple, les frais payés par les patients) ? Si possible, donnez des informations détaillées pour chaque produit et service.

Questions détaillées :

- Le pourcentage de frais couvert par les patients pour les produits et services de planification familiale diffère-t-il d'une population à l'autre (par exemple, clients aux revenus plus ou moins élevés) ?

**A.1.8.** Quelles sont les principales raisons financières qui expliquent le besoin non satisfait de contraception (par exemple, manque d'accès, prix/frais, ruptures de stock) ? Veuillez préciser et expliquer.

**A.1.9.** Quelle est la valeur des dons et des subventions du gouvernement, des bailleurs internationaux et du secteur privé et quelle est la valeur des frais d'achat de contraceptifs dans le secteur public ? Quelle source a l'impact le plus important et pourquoi ?

## B. Accès

**B.1.1.** Existe-t-il des politiques qui permettent aux centres de santé d'engager certaines actions pour leur permettre d'avoir le droit d'établir les prix des services ou produits de planification familiale lors de décisions budgétaires ?

Questions détaillées :

- Des politiques existent-elles qui permettent aux centres d'offrir certains produits et services à des prix différents ?
- Des politiques existent-elles qui permettent aux centres de répondre aux questions d'approvisionnement en ressources ou achats de planification familiale, par exemple la possibilité d'acheter « localement » ?

**B.1.2.** Quelles sont les politiques qui affectent l'importation de contraceptifs et autres produits de santé de la reproduction ? Des droits de douane s'appliquent-ils aux produits importés pour la santé de la reproduction ?

**B.1.3.** Quels facteurs créent des obstacles financiers et limitent l'accès des clients aux services et produits de planification familiale dans la chaîne d'approvisionnement ? Quelles questions de financement soulèvent le plus souvent les clients ?

**B.1.4.** La politique de tarification des contraceptifs ou les politiques de tarification projetées pour les services de planification familiale (ou les achats) à court terme sont-elles basées sur des besoins nationaux escomptés ?

Questions détaillées :

- Pensez-vous que les prix actuels des contraceptifs soient abordables et correspondent aux besoins réels ?
- Sinon, votre centre ou un programme autre que le gouvernement fait-il des dons privés de contraceptifs pour suppléer à ce besoin ? Quel pourcentage des besoins couvrent-ils ?

**B.1.5.** En général, les prix des contraceptifs qu'ils proposent correspondent-ils aux politiques de tarification nationales actuelles pour les contraceptifs au niveau suivant ?

- a. Central ?  Oui  Non  N/A  
b. Régional ?  Oui  Non  N/A  
c. District ?  Oui  Non  N/A  
d. Lieu de distribution ?  Oui  Non  N/A

Veillez préciser les produits, le cas échéant, qui suivent des politiques de tarification différentes et/ou indiquez pourquoi ces prix diffèrent pour les divers produits, services et niveaux. Veuillez expliquer pourquoi.

B.1.6. Comment le centre de santé détermine-t-il les prix à l'achat et à la vente ? (par exemple, le montant est prédéterminé par le ministère de la Santé, les prévisions de budget incluent des comparaisons de prix à l'achat et à la vente, il utilise le prix d'achat, il achète auprès d'un seul fournisseur, autre – veuillez préciser)

### C. Secteur privé

C.1.1. Quel est l'impact du secteur privé sur l'approvisionnement de produits ou la prestation de services pour la santé de la reproduction ou la planification familiale ?

C.1.2. Quelles politiques concernant les prix ont un impact, positif ou négatif, sur la capacité du secteur privé de fournir des contraceptifs ou d'autres produits et services de planification familiale ? Ces prix font-ils l'objet d'un suivi ?

C.1.3. Où les prestataires de planification familiale du secteur privé s'approvisionnent-ils en contraceptifs (par exemple, auprès des producteurs locaux, du secteur privé ou d'une ONG) ? Combien paient-ils selon le secteur ? Veuillez préciser.

C.1.4. Au sein du secteur privé, des champions/dirigeants fournissent-ils des services de planification familiale et des contraceptifs abordables aux principaux employeurs ou syndicats ?

C.1.5. Quel type de partenariat existe-t-il entre le secteur public et le secteur privé pour l'approvisionnement de services de planification familiale (par exemple, faire appel à des sources extérieures) ?

C.1.6. Le marché des services de planification familiale et des contraceptifs est-il segmenté ?

Questions détaillées :

- Où peut-on obtenir des contraceptifs à des prix plus bas (fournisseurs locaux, privés ou centres du gouvernement) ?
- Quelle est la qualité de ces produits et services de PF ?
- Rencontre-t-on des problèmes avec les dates d'expiration ?
- Y a-t-il des différences entre les prix pratiqués par le gouvernement et ceux pratiqués par le secteur privé concernant les services ou produits de PF ?

C.1.7. Existe-t-il une politique de tarification explicite pour les produits et services de planification familiale dans un cadre privé ?

Questions détaillées :

- Cette politique est-elle appliquée/mise en œuvre ?
- Taxes ?

*Archivage et évaluation*

**D.1.1.** Quelles données financières concernant les produits contraceptifs les décideurs-clés possèdent-ils ? Comment utilisent-ils ces données et suivent-ils les fluctuations des prix des produits de planification familiale ?

**D.1.2.** Existe-t-il une unité de gestion logistique nationale dont la responsabilité est de garantir que les services et produits de planification familiale sont disponibles ? Existe-t-il un mécanisme ou une unité qui coordonne l'approvisionnement et le transport des produits avec des bailleurs pour garantir que les contraceptifs sont offerts à un prix équitable ?

**D.1.3.** Quel est le budget annuel du programme de planification familiale et quels sont les coûts des médicaments, contraceptifs et de la logistique ?

**D.1.4.** Qui finance le budget annuel du programme de planification familiale (par exemple, le gouvernement, les ONG, les bailleurs privés) ? Quel est le processus utilisé pour établir le budget du programme ?

**D.1.5.** Le budget du programme inclut-il des fonds pour les activités logistiques telles que les produits, l'entreposage et le stockage, la gestion des systèmes de données logistiques, le transport, la formation du personnel logistique, la gestion des salaires du personnel et l'élimination des produits utilisés ?

**D.1.6.** Qui détermine le montant et le financement que le centre de santé recevra pour les produits de planification familiale ?

Questions détaillées :

- Le financement des intrants est-il incorporé au budget annuel de l'Etat ?
- Quels sont les indicateurs liés à la logistique et/ou la disponibilité des produits cités dans le système de gestion des données (par exemple, la fréquence des ruptures de stock, le pourcentage de rapports rédigés, la justification des rédactions d'ordonnance, etc.).
- Qui assure le suivi de ces indicateurs et quelle est la fréquence ?



## REFERENCES

- Barnes, J., J. Vail et D. Crosby. 2012. *Initiatives de marché total pour la santé de la reproduction*. Bethesda, MD: Renforcement des performances de la santé par les projets du secteur privé, Abt Associates.
- Central Intelligence Agency. 2013a. *The World Factbook : Population Growth Rate*. Consulté le 27 mai 2013 sur <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2002rank.html>.
- Central Intelligence Agency. 2013b. *The World Factbook : Total Fertility Rate*. R Consulté le 27 mai 2013 sur <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook//rankorder/2127rank.html>.
- Ciszewski, R. L., et P. D. Harvey. 1995. “Contraceptive Price Changes : The Impact on Sales in Bangladesh.” *International Family Planning Perspectives* 21 : 150–54.
- DELIVER. 2010. *Continuous Financing Helps Advance Contraceptive Security in Burkina Faso*. Washington, DC : John Snow, Inc.
- DGISS. 2011. *Annuaire statistique de santé*. Comité technique. Ouagadougou.
- DGISS. 2012. *Projection population 2012*. Comité technique interministériel. Ouagadougou.
- Guttmacher Institute. 2011. *Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso*. Washington, DC : Guttmacher Institute.
- High-Impact Practices in Family Planning (HIP). 2014. *Financing Commodities and Services : Essential for Meeting Family Planning Needs*. Washington, DC : USAID.
- Institut national d'études démographiques et Université de Ouagadougou. 2011. *Unmet Needs for Contraception in Formal and Informal Neighborhoods of Ouagadougou*. Paris : ISSP.
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et ICF International. 2012a. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Burkina Faso, 2010*. Calverton, MD : INSD et ICF International.
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) et ICF International. 2012b. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Niger : Rapport préliminaire*. Calverton, MD : INSD et ICF International.
- Kagone, M., E. Takang, A. Ndiaye, O. Sankara et E. Ouedraogo. 2005. *West Africa Reproductive Health Commodity Security—Country Assessment Report: Burkina Faso*. Arlington, VA : John Snow, Inc./DELIVER, pour USAID.
- Maiga, Modibo. 2012. *Repositioning Family Planning in Burkina Faso : A Baseline*. Washington, DC : Futures Group et William and Flora Hewlett Foundation.
- Ministère de la Santé. 2001. *Plan national de développement sanitaire du Burkina Faso, 2001–2010*. Ouagadougou : MS.
- Ministère de la Santé. 2006. *Plan d'accélération de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso*. Ouagadougou : MS.

Repositionnement de la Planification Familiale au Burkina Faso : La Politique de Tarification des Contraceptifs

Ministère de la Santé. 2010. *Politiques et normes en matière de santé de la reproduction au Burkina Faso*. Ouagadougou : MS.

Ministère de la Santé. 2013. *Plan national de relance de la planification familiale, 2013–2015*. Ouagadougou : MS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2013. *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale : Recommandations de l'OMS*. Genève : OMS.

Population Council. 2012. *Quality of Care and Client Willingness to Pay for Family Planning Services at Marie Stopes International Facilities in Burkina Faso*. Consulté le 25 juin 2013 sur [http://www.popcouncil.org/projects/360\\_WTPBurkinaFaso.asp](http://www.popcouncil.org/projects/360_WTPBurkinaFaso.asp).

Population Reference Bureau (PRB). 2012a. *Family Planning: Francophone West Africa—A Call to Action*. Consulté le 28 mai 2013 sur [http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership\\_en.pdf](http://www.prb.org/pdf12/ouagadougou-partnership_en.pdf).

Sow, Boubacar. 1994. *Survey on Willingness and Ability of Households to Pay for Health Care in Three Provinces of Burkina Faso*. Washington, DC : Abt Associates.

USAID DELIVER PROJECT, Task Order 1. 2009. *Contraceptive Security Index 2009 : A Tool for Priority Setting and Planning*. Arlington, VA : USAID DELIVER PROJECT, Task Order 1.

USAID DELIVER PROJECT, Task Order 1. 2010. *Measuring Contraceptive Security Indicators in 36 Countries*. Arlington, VA : USAID DELIVER PROJECT, Task Order 1.

USAID DELIVER PROJECT, Task Order 4. 2011. *How Contraceptive Security Indicators Can Be Used to Improve Family Planning Programs*. Arlington, VA : USAID DELIVER PROJECT, Task Order 4.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank et United Nations Population Division. 2014. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Genève : World Health Organization. Consulté le 29 septembre 2014 sur <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>.



