

**BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE**

**Direction de la Santé
de la Famille
(DSF)**

**The Population Council
Projet de Recherche
Opérationnelle et
d'Assistance Technique
en Afrique**

Deuxième

***Analyse Situationnelle du
Programme de Planification
Familiiale
au Burkina Faso***

Juillet 1996

RAPPORT FINAL

Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso

Ministère de la Santé
Secrétariat Général
Direction Générale de la Santé Publique
Direction de la Santé de la Famille
BURKINA FASO

Mars, 1995 -Juillet, 1996

Ministère de la Santé

Azara Bamba
Brice Millogo
Jeanne Nougara

The Population Council

Youssouf Ouédraogo
Placide Tapsoba
Inoussa Kaboré

Le POPULATION COUNCIL, organisme international à but non lucratif créé en 1952, réalise des programmes de recherches dont l'objectif vise à améliorer la santé génésique et le bien être des générations présentes et futures, ainsi qu'à réaliser un équilibre humain, équitable, et durable entre les populations et les ressources disponibles. Le Council, dont le siège se trouve à New York, analyse les questions et les tendances démographiques, et mène des recherches biomédicales afin de développer de nouvelles techniques contraceptives. Il travaille en collaboration avec les agences publiques et privées en vue d'améliorer la qualité des services de planification familiale et de santé génésique et de promouvoir leur vulgarisation. L'organisation apporte une assistance technique aux gouvernements afin de les aider à exercer une influence sur les comportements démographiques, communique les résultats des recherches menées dans le domaine de la population aux groupes concernés, et aide à la mise en place de structures de recherches dans les pays en développement. Le Council, qui est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont originaires de divers pays, apporte un soutien à tout un réseau de bureaux nationaux et régionaux.

Cette étude a été réalisée par le Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique en Afrique du Population Council. Le Projet RO/AT est financé par le Bureau de la Population de l'USAID sous le contrat N° CCP-3030Q-00-300Q-00 Stratégies destinées à Améliorer les Prestations des Services de Planification Familiale.

Juillet 1996

REMERCIEMENTS

Le présent travail est le fruit d'une participation multi-institutionnelle dont les principaux acteurs sont le personnel de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et du Population Council à qui nous manifestons notre profonde gratitude.

Nous tenons aussi à remercier les représentants des institutions et organismes intervenant dans le domaine de la Planification Familiale et les personnes ressources qui ont participé à l'amendement des instruments de collecte des données, clé du succès de cette étude.

L'étude a tiré profit de l'expérience acquise dans le cadre de l'implémentation de l'Etude d'Analyse Situationnelle de Dakar grâce à la participation active du Dr. Diouratié Sanogo, Directeur Adjoint du Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique en Afrique, The Population Council, Dakar.

Il convient de rendre hommage au Dr. Penda N'Diaye, Représentante du Population Council à Ouagadougou, qui n'a ménagé aucun effort pour le suivi et la coordination administrative et financière du projet en collaboration avec la Direction de la Santé de la Famille.

Nos remerciements vont également aux consultants Dr. Kanon Souleymane, Directeur Provincial de la Santé du Passoré et Monsieur Kéré Christophe, consultant dont l'expérience et l'expertise ont contribué à la réalisation de la recherche.

Aux enquêteurs qui, deux mois durant ont contribué corps et âme à l'étude sur le terrain, sincères remerciements.

Nous saisissons cette opportunité pour traduire toute notre reconnaissance au FNUAP pour le financement de l'analyse secondaire par province qui va aboutir à l'élaboration de plan d'action spécifique et aussi pour sa participation financière pour la mise en oeuvre des recommandations de l'étude.

Nous ne saurons terminer sans traduire nos sincères remerciements à l'USAID pour le soutien financier qui a permis la réalisation de cette deuxième Analyse Situationnelle.

SOMMAIRE

Pages

Abréviations	i
Résumé	ii
Graphiques	iv
Tableaux	vi
I. INTRODUCTION	
A. Présentation du Programme de PF du Burkina Faso	2
B. Objectifs de l'étude	4
II. METHODOLOGIE	5
A. Concept de l'Analyse Situationnelle	6
B. Echantillonnage	7
C. Collecte des données	8
D. Préparation et conduite de l'enquête sur le terrain	9
E. Traitement et analyse de données	12
F. Discussion des résultats	12
G. Séminaire de diffusion des résultats	12
III. RESULTATS	13
A. Présentation globale de l'échantillon	15
B. Capacité fonctionnelle des Formations Sanitaires	18
C. Qualité des services	27
D. Autres questions relatives à la santé de la reproduction	37
IV. CONCLUSIONS-RECOMMANDATIONS	41
A. Capacité fonctionnelle des Formations Sanitaires	43
B. Qualité des services	44
C. Santé de la reproduction	45
D. Recommandations d'ordre général	46
E. Recommandations de recherches opérationnelles	47

ABREVIATIONS

ABBEF	: Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial
AIS	: Agent Itinérant de Santé
AS	: Analyse Situationnelle
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CAP	: Connaissance, Attitudes et Pratiques
CHN	: Centre Hospitalier National
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CM	: Centre Médical
CMAC	: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CSPS	: Centre Social de Promotion de la Santé
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DPS	: Direction Provinciale de la Santé ou Directeur Provincial de la Santé
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
ENSP	: Ecole Nationale de la Santé Publique
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
FS	: Formation Sanitaire
IEC	: Information, Education et Communication
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée
MS	: Ministère de la Santé
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
PF	: Planification Familiale
RVO	: Réhydratation par Voie Orale
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
USAID	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International

RESUME

INTRODUCTION: En 1978, le Burkina Faso, à l'instar de tous les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaires dont la composante santé maternelle et infantile comprend un volet relatif à la planification familiale. De 1978 à 1984, les activités de planification familiale étaient menées de façon éparse, au niveau des maternités des hôpitaux et par quelques agents de santé formés à l'étranger. Ces activités étaient aussi exécutées par des associations pionnières en matière de planification familiale. En 1984, un séminaire de réflexion organisé par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, actuelle Direction de la Santé de la Famille (DSF), a permis de recenser de nombreux problèmes de santé et de problèmes socio-économiques qui nécessitent la planification familiale. Ce qui a conduit à l'adoption d'un plan d'action national en matière de PF le 10 avril 1984 la même année en Conseil des Ministres. Présentement les services de planification familiale sont offerts dans 750 formations sanitaires dispersées dans les 30 provinces, sous l'égide du Ministère de la Santé. La DSF entreprend, pour l'amélioration de son intervention, une deuxième analyse de la situation du système de prestation de services de PF.

OBJECTIF DE L'ETUDE: L'objectif général de cette étude est d'aider le Ministère de la Santé (MS) dans la planification de l'expansion et de l'amélioration des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF) au Burkina Faso. L'étude a eu pour objectif immédiat d'effectuer une Analyse Situationnelle du programme de planification familiale en vue de décrire la capacité fonctionnelle des formations sanitaires (FS) à offrir les services de PF et la qualité des services offerts.

METHODOLOGIE: La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude est celle de l'Analyse Situationnelle. Cinq

niveaux d'échantillons ont été considérés dans le cadre de l'Analyse Situationnelle du Burkina Faso: les provinces, les formations sanitaires, le personnel des FS, les clientes des FS, les décideurs politiques et directeurs du programme de planification familiale. L'étude a couvert toutes les trente (30) provinces du pays afin de permettre une analyse extensive de la situation dans chacune d'elle. A l'intérieur de chaque province il a été possible de visiter 45% des Formations Sanitaires offrant des prestations de services de PF. Tout le personnel responsable de planification familiale et offrant des services de PF dans chaque FS a été interrogé et, si possible, observé lors de leur interaction avec les clients. Pendant les visites aux FS un certain nombre de clientes a été interrogé. L'interview a intéressé les femmes venues pour un service PF et celles venues pour des services de Santé Maternelle et Infantile. Cinq sources de données ont été utilisées pour collecter des informations permettant de décrire les trois aspects suivants du programme PF: la capacité fonctionnelle, la qualité des services et la performance des FS. Il s'agit de:

- a. Inventaire des installations disponibles, des services offerts dans la FS PF et mode de fonctionnement dans les FS;
- b. Guide d'observation de l'entretien clientes-prestataires de services PF et d'interview de la cliente à la fin des prestations de services PF;
- c. Guide d'entretien à l'attention du personnel chargé des services PF dans les FS; et
- e. Questionnaire à l'attention des clientes se rendant à la FS pour des consultations SMI.

RESULTATS DE L'ETUDE: Les résultats portent sur plusieurs aspects du programme; Il apparait que la disponibilité des infrastructures est satisfaisante; cependant on note que les salles d'examen ne disposent pas d'eau en quantité suffisante; les FS accusent une insuffisance du matériel essentiel pour la PF. En ce qui concerne le personnel, la majorité des prestataires a reçu une formation théorique. On relève surtout un besoin en formation pratique dans des domaines techniques, de

counseling IEC/PF, de gestion et planification. L'étude a permis de constater que les échantillons de produits contraceptifs sont surtout utilisés pour le counseling; les supports IEC sont presque inexistantes. Au titre de la gestion des contraceptifs, il convient de souligner la disponibilité réduite surtout des méthodes de barrière et de DIU. Il a été relevé des ruptures de méthodes de PF dues à un mauvais système d'approvisionnement. Aussi, les activités d'IEC ne sont pas planifiées de façon formelle; la supervision est quasi inexistante dans les FS. L'examen des registres d'activités révèle un besoin de sensibilisation des prestataires pour un meilleur remplissage.

L'observation a permis de voir que dans le processus de choix des méthodes par les clientes, les prestataires ne privilégient pas une méthode quelconque. Il en ressort aussi que les clientes en générale ont des connaissances limitées sur la gamme des méthodes contraceptives; le niveau de connaissance est faible sur les méthodes autres que la pilule compte tenu du fait que les méthodes non disponibles ne sont pas citées par les prestataires; aussi, lorsque la méthode est choisie, les informations données par les prestataires (effets secondaires, inconvénients, contre indications etc.) aux clientes sont insuffisantes. Pendant la consultation on note une faible utilisation du matériel IEC. On note que le temps d'attente est satisfaisant; la durée du contact est également acceptable; durant la consultation PF, le personnel s'intéresse aux autres problèmes de santé des clientes même s'ils ne sont pas abordés en profondeur. La majorité des prestataires négocie la date de la prochaine visite ou contrôle. L'appréciation de l'organisation des services atteste que la majorité des FS offrent des services de PF au moins cinq jours par semaine, quoi que l'on puisse noter que les activités IEC sont faibles. D'autres aspects de la santé de la reproduction ont été abordés: le niveau de pratique de l'avortement a été mentionné par les prestataires comme étant élevé dans la communauté; pour ce qui est du SIDA le personnel est disposé à mener des activités IEC sur le SIDA; l'excision est largement pratiquée au niveau des différentes provinces.

CONCLUSION: Cette deuxième Analyse Situationnelle a permis d'évaluer le programme national de planification familiale. Elle a permis également d'aborder d'autres questions de la santé de la reproduction. Une table ronde a été organisée pour discuter les résultats de l'analyse afin d'en tirer des conclusions et de proposer des recommandations y afférentes. Notons que cette table ronde tenue du 25 au 26 Janvier 1996 a connu la participation des hauts responsables du Ministère de la Santé chargés de la planification et de la mise en oeuvre des services de PF/SMI, des intervenants et des spécialistes en matière de PF. Les conclusions ont été traduites en termes de forces (points forts) et faiblesses (points faibles) du programme de PF. Des recommandations ont ainsi été formulées par rapport aux faiblesses constatées, les points forts ayant été considérés comme des acquis à sauvegarder. Un comité

de suivi de la mise en oeuvre des recommandations a été mis en place. La DSF a entrepris une analyse secondaire des données par province en vue de l'élaboration de plan d'action spécifique.

GRAPHIQUES

- Graphique N°1 : Répartition des clientes SMI (connaissant des méthodes contraceptives) selon les méthodes connues
- Graphique N°2 : Caractéristiques des infrastructures dans les Formations Sanitaires visitées
- Graphique N°3 : Caractéristiques des lieux d'examen dans les Formations Sanitaires visitées
- Graphique N°4 : Pourcentage de FS où le matériel essentiel pour la PF est disponible
- Graphique N°5 : Pourcentage des prestataires ayant reçu une formation formelle en PF par méthode
- Graphique N°6 : Répartition des prestataires de services selon le type de formation reçue
- Graphique N°7 : Répartition des prestataires ayant fourni des services PF au cours des 3 derniers mois parmi ceux qui ont reçu une formation formelle selon la méthode
- Graphique N°8 : Disponibilité du matériel IEC sur la PF/SMI dans les FS visitées
- Graphique N°9 : Disponibilité des méthodes contraceptives dans les FS qui en offrent
- Graphique N°10 : Caractéristiques du système de gestion des contraceptifs dans les FS visitées
- Graphique N°11 : Répartition des FS selon la rupture de stock constatée au cours des 6 derniers mois par méthode
- Graphique N°12 : Répartition des FS selon l'existence de documents de gestion
- Graphique N°13 : Répartition des FS selon le nombre de visites de supervision reçue
- Graphique N°14 : Répartition des FS selon l'existence d'archives et rapports
- Graphique N°15 : Répartition des nouvelles clientes PF selon la méthode contraceptive choisie
- Graphique N°16 : Méthodes mentionnées par les prestataires à 126 nouvelles clientes durant la consultation

Graphique N°17	:	Type d'informations données par les prestataires aux nouvelles clientes PF ayant choisi d'utiliser une méthode
Graphique N°18	:	Type de matériel IEC utilisé au cours des consultations avec 126 nouvelles clientes PF
Graphique N°19	:	Répartition des prestataires selon le type de conseils donnés aux clientes allaitantes désirant adopter une méthode contraceptive
Graphique N°20	:	Actes effectués par les prestataires durant l'examen pelvien
Graphique N°21	:	Temps d'attente des clientes PF avant d'être reçues par les prestataires
Graphique N°22	:	Durée des consultations selon le type de Cliente
Graphique N°23	:	Proportion de clientes de PF avec lesquelles les prestataires ont abordé d'autres problèmes de santé
Graphique N°24	:	Répartition des clientes SMI selon qu'elles aient reçu/vu ou non un message de PF lors de leur visite à la FS et la source de l'information
Graphique N°25	:	Niveau de satisfaction des clientes par rapport à l'organisation des services
Graphique N°26	:	Typologie des grossesses des clientes PF et l'attitude qu'elles ont adopté face aux grossesses indésirables
Graphique N°27	:	Age au premier avortement provoqué
Graphique N°28	:	Répartition des clientes de PF et de SMI selon qu'elles aient entendu ou non parler de SIDA dans les Formations Sanitaires visitées
Graphique N°29	:	Approbation de l'excision par les clientes PF et SMI
Graphique N°30	:	Répartition des prestataires selon l'existence d'activités de lutte contre l'excision et leur prédisposition à offrir des prestations contre sa pratique
Graphique N°31	:	Type d'allaitement pratiqué selon les clientes de PF

TABLEAUX

Tableau N°1 : Sources de données utilisées pour la collecte des informations

Tableau N°2 : Répartition de l'échantillon de l'étude

Tableau N°3 : Typologie des Formations Sanitaires visitées

Tableau N°4 : Utilisation des méthodes contraceptives par les clientes SMI

Tableau N°5 : Répartition de 685 prestataires selon les tests jugés nécessaires par eux avant d'offrir les méthodes

Tableau N°6 : Répartition des prestataires selon les restrictions liées à l'allaitement, le statut matrimonial et le consentement du conjoint

Tableau N°7 : Disponibilité des services PF par nombre de jour dans la semaine

I. INTRODUCTION A L'ETUDE

- A. Présentation du Programme de PF du Burkina Faso**
- B. Objectif de l'étude**

INTRODUCTION A L'ETUDE

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé confronté d'une part aux problèmes de désertification et de croissance rapide de sa population (2,5 %) et d'autre part à ceux des taux élevés de mortalité maternelle (610/100 000) et infantile (134/1 000). Ces problèmes de santé ont été reconnus dans un Plan d'Action de 1985 comme étant des facteurs critiques dans le développement social, ce qui a amené à préconiser l'intégration de la planification familiale dans le programme sanitaire national.

A partir de 1985, l'éducation et les services en matière de planification familiale ont commencé à être offerts par les centres de santé maternelle et infantile de la capitale du pays, Ouagadougou; avant cette date ces services étaient offerts seulement par quelques médecins privés. Dans les mois qui ont suivi, ces services ont été étendus d'abord à une autre grande zone urbaine (Bobo-Dioulasso) et ensuite dans les autres centres urbains du pays. Depuis lors le programme a connu une expansion constante.

Présentement les services de planification familiale sont offerts dans environ 750 formations sanitaires dispersées dans les 30 provinces, sous l'égide du Ministère de la Santé.

A. PRESENTATION DU PROGRAMME DE PF DU BURKINA FASO

1. POLITIQUE DE POPULATION DU BURKINA FASO

La politique de population du Burkina Faso adoptée le 10 juin 1991 met au centre de ses préoccupations le droit fondamental des individus et des couples de décider de façon responsable de la taille de leur famille. D'une manière générale, elle vise à long terme l'amélioration du niveau de la qualité de vie des populations, et la promotion des femmes.

De façon spécifique, la politique de population du Burkina se fixe les objectifs suivants en matière de santé:

- ! réduire de 134‰ à 70‰ d'ici l'an 2005 le taux de mortalité infantile et le taux brut de mortalité de 17,5‰ à la même date;
- ! accroître d'ici l'an 2000 la prévalence de la contraception de 4,4% à 60%;
- ! prévoir la baisse de la fécondité de 10% tous les cinq ans à partir de 2005 et procéder périodiquement à son évaluation en vue de l'adapter aux besoins du pays dans le respect du droit fondamental des individus et des couples de décider de façon responsable de la taille de leur famille.

Parmi les stratégies d'exécution de cette politique, celles relatives à la santé porte sur les principaux axes suivants:

- ! santé maternelle et infantile
- ! morbidité et mortalité des adultes
- ! fécondité et planification familiale
- ! information, éducation et communication en matière de population

Comme on peut le constater, l'adoption de la politique de population du Burkina Faso est récente. Mais avant cela, en 1985, une politique de planification familiale a été définie pour permettre le lancement du programme.

2. PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE

a) Historique

En 1978, le Burkina Faso, à l'instar de tous les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaires dont la composante santé maternelle et infantile comprend un volet planification familiale. Cependant, jusqu'en 1984, aucune disposition particulière allant dans le sens de l'application de cet engagement n'a été prise en ce qui concerne la planification familiale. De 1978 à 1984, les activités de planification familiale étaient menées de façon éparse, au niveau des maternités des hôpitaux et par quelques agents de santé formés à l'étranger et par des associations pionnières en matière de planification familiale.

En 1984, un séminaire de réflexion organisé par la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (actuelle Direction de la Santé de la Famille) a permis de recenser de nombreux problèmes de santé et de problèmes socio-économiques qui nécessitent la planification familiale. Ce qui a conduit à l'adoption d'un plan d'action national en matière de PF le 10 avril en conseil des ministres.

b) Objectifs

Les objectifs visés par le plan d'action en matière de PF du Burkina Faso sont:

- i) Réviser la loi de 1920, en élaborant des textes législatifs adaptés à la politique nationale de PF du Burkina Faso;
- ii) Multiplier les formations sanitaires pour la protection de la santé maternelle et infantile et intégrer la PF dans les activités de ces structures;
- iii) Former le personnel nécessaire à l'application de la politique nationale de PF;
- iv) Informer et sensibiliser les familles sur le rôle de l'espacement convenable des naissances et faciliter leur accès aux méthodes contraceptives les plus appropriées;

INTRODUCTION A L'ETUDE

- v) Définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires, et un programme de PF dans les écoles de formation professionnelle, les centres d'apprentissage, les écoles supérieures, et les universités;
- vi) Amener la population à comprendre le rôle de la PF dans l'amélioration de la vie des familles;
- vii) Conscientiser et éduquer les hommes et les femmes de manière à ce qu'ils assument leur sexualité avec responsabilité et clairvoyance;
- viii) Assurer la lutte contre les MST et la stérilité, étant donné que l'enfant est une composante essentielle du bien-être de la famille burkinabè.

3. STRATEGIES DU PROGRAMME PF

Les stratégies adoptées pour l'atteinte des objectifs du programme PF sont:

- ! la sensibilisation,
- ! les prestations de services,
- ! la formation et la supervision du personnel,
- ! la recherche opérationnelle, et
- ! la coordination des interventions sur le terrain.

La stratégie retenue pour la mise en place des prestations de services de PF est leur intégration aux autres activités des formations sanitaires tels que les centres SMI et maternités isolés, les hôpitaux, les centres médicaux, les CSPS et les cliniques du secteur privé.

B. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de cette étude est d'aider le Ministère de la Santé (MS) dans la planification de l'expansion et de l'amélioration des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF) au Burkina Faso.

2. OBJECTIF IMMEDIAT

L'étude a eu pour objectif immédiat d'effectuer une Analyse Situationnelle du programme de planification familiale en vue de décrire la capacité fonctionnelle des Formations Sanitaires à offrir les services de PF et la qualité des services offerts.

II. METHODOLOGIE

- A. Concept de l'Analyse Situationnelle**
- B. Echantillonnage**
- C. Méthode de collecte des données**
- D. Préparation et conduite de l'enquête sur le terrain**
- E. Traitement et analyse des données**
- F. Discussion des résultats**
- G. Séminaire de diffusion des résultats**

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude est celle de l'Analyse Situationnelle. Aussi, est-il de nécessaire de présenter la description de ce concept en prélude à celle de la méthode.

A. CONCEPT DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE

En 1989 une nouvelle approche en matière d'étude en recherche opérationnelle, appelée Analyse Situationnelle a été initiée par le Projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique (RO/AT) en Afrique du Population Council financé par la division Population de l'Agence Américaine de Développement (l'USAID). Une Analyse Situationnelle peut viser trois grands objectifs.¹ Le premier objectif est de décrire l'efficacité, le fonctionnement et la qualité des activités dans le domaine de la santé et de la planification familiale dans un échantillon représentatif des points de prestation de services (PPS) (ou dans tous les PPS) dans un pays donné. Au delà de ce premier objectif fondamental, un second objectif est de chercher à analyser les rapports entre le fonctionnement des sous-systèmes et la qualité des services offerts ou reçus. Enfin, l'évaluation de l'impact de la qualité des prestations de services sur la satisfaction du client, la dynamique de l'utilisation de contraceptifs, la satisfaction des objectifs en matière de procréation et, en fin de compte, sur la fécondité qui peut être un troisième objectif d'une Analyse Situationnelle. L'Analyse Situationnelle du Burkina Faso se limite au premier objectif.

Une Analyse Situationnelle utilise tant les techniques d'observation que celles d'enquête et emploie le système d'échantillonnage pour choisir un nombre représentatif de points de prestation de services à examiner. Dans chaque PPS, l'information est recueillie auprès des directeurs et des prestataires et porte sur certains indicateurs clés de chacun des sous-systèmes de PF tels que: logistique/approvisionnement, équipements, personnel, formation, supervision, information, éducation et communication (IEC), et Système d'archives et de tenue de registres.

Ces indicateurs ont trait à l'aspect approvisionnement de la planification familiale et aident à offrir aux directeurs et aux gérants de programmes des réponses à trois questions fondamentales:

- Ø Chaque sous-système est-il bien en place, c.à.d., à même d'offrir des services?
- Ù Si oui, chaque sous-système est-il fonctionnel, c.à.d., à même d'offrir des services de qualité? Une réponse affirmative à ces questions constitue une condition nécessaire mais non suffisante pour établir l'existence de services de qualité. Aussi est-il nécessaire de recueillir des données auprès des prestataires, des nouvelles utilisatrices de services de PF, des anciennes et fidèles clientes, et, dans certains cas, auprès de non utilisatrices de services de PF pour répondre à une troisième question:

¹. Fisher, Andrew A. et al. 1992. "Standard protocol and guidelines for a family planning situation analysis study. New York: The Population Council.

U Si chaque sous-système est fonctionnel, les services offerts ou reçus sont-ils effectivement de qualité à en juger selon le cadre des six facteurs de qualité des soins développés par Bruce et autres,^{2,3} à savoir:

- a) Choix des méthodes de contraception
- b) Informations données aux clientes
- c) Compétence du prestataire
- d) Relations interpersonnelles entre cliente et prestataire
- e) Continuité et suivi
- f) Organisation des services

En ce qui concerne le sous-système logistique par exemple, on peut se demander si un mécanisme de commande et de livraison de contraceptifs a été mis en place. Deuxièmement, si le système a été mis en place, est-il fonctionnel et permet-il de fournir régulièrement un large éventail de contraceptifs aux PPS? Enfin, dans le domaine de la qualité des soins, le personnel du PPS fournit-il toute la gamme des informations nécessaires à une cliente pour opérer un choix éclairé entre les différentes méthodes disponibles?

C'est dans ce contexte que l'échantillonnage, la collecte, le traitement et l'analyse des données ont été réalisés.

B. ECHANTILLONNAGE

Cinq niveaux d'échantillons ont été considérés dans le cadre de l'Analyse Situationnelle du Burkina Faso: les provinces, les formations sanitaires (FS), le personnel des FS, les clientes des FS, et les concepteurs de politique et directeurs du programme de planification familiale.

1. LES PROVINCES

Le programme national de santé du Burkina Faso est décentralisé, de sorte que chacune des 30 provinces est autonome. La direction provinciale de la santé (DPS) est chargée de la coordination de toutes les activités du MS dans la province où elle se trouve, y compris les prestations de services en SMI/PF. L'étude a couvert toutes les trente (30) provinces du pays afin de permettre une analyse extensive de la

². Kumar, Sushil, Anrudh Jain and Judith Bruce. 1989. "Assessing the quality of family planning services in developing countries." *Programs Division Working Paper*, N° 2. New York: The Population Council.

³. Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework." *Studies in Family Planning*, Vol. 21(2): 61-91.

situation dans chacune d'elle.

2. FORMATIONS SANITAIRES

Il a été possible de visiter environ 45 % des formations sanitaires offrant des prestations de services de PF dans les 30 provinces du pays.

3. LE PERSONNEL DES FS

Les FS sont situées à des niveaux différents dans le système de soins de santé et ont par conséquent une répartition différente de personnel. La configuration exacte dans chaque FS et la/les personne(s) désignée(s) à l'intérieur comme responsable de la planification familiale ou offrant des prestations ont été prises en compte lors de l'identification et du choix du personnel dans la collecte des données. Tout le personnel responsable de planification familiale et offrant des services de PF dans chaque FS a été interrogé et, si possible, observé lors de leur interaction avec les clients.

4. LES CLIENTES

Pendant les visites aux FS un certain nombre de clientes a été interrogé. L'échantillonnage de ces personnes a été, nécessairement un échantillonnage fortuit en ce sens que l'on n'a interrogé que les femmes qui se présentaient à la FS le jour de la visite de l'équipe de recherche. Dans les FS qui recevaient un plus grand nombre de clientes, il a été pris au hasard un échantillon de clientes venues pour divers services. Dans les FS relativement moins importantes, il a été possible d'interroger toutes les femmes venues le jour de la visite compte tenu de leur nombre réduit. L'interview a intéressé les femmes venues pour un service PF et celles venues pour des services de Santé Maternelle et Infantile.

5. LES CONCEPTEURS DE POLITIQUE

Etant donné le nombre limité de concepteurs (ou décideurs) et de directeurs de programmes, il a été possible de collecter des données de l'étude selon leur disponibilité. Cela inclut le personnel du MS au niveau central (DSF), des responsables des associations de PF (ABBEF, ABSF, OST) et au niveau provincial ceux qui sont chargés du programme à la Direction Provinciale de la Santé (DPS) et responsables SMI/PF. Les données de ces instruments sont entièrement présentées dans un document indépendant de celui-ci.

C. COLLECTE DES DONNEES

Ce point traite des techniques et instruments de collecte des données ainsi que la population enquêtée.

METHODOLOGIE

1. Les **techniques** sont au nombre de quatre:
 - ! L'inventaire des installations et équipements
 - ! L'observation de l'interaction entre clientes/prestataires
 - ! L'interview avec prestataires de services de PF et clientes
 - ! La collecte de données statistiques
2. **Instruments** de collecte des données et **population** enquêtée

Comme l'indique le *Tableau N°1*, cinq sources de données ont été utilisées pour collecter des informations permettant de décrire les trois aspects suivants du programme PF: la capacité fonctionnelle, la qualité des services et la performance des FS.

TABLEAU N°1: *Sources de données utilisées pour la collecte des informations.*

SOURCE DE DONNEES	NOMBRE
a. Inventaire des installations disponibles, des services offerts dans la FS PF et mode de fonctionnement dans les FS	337 Formations Sanitaires visitées (45% des formations sanitaires offrant des services de PF)
b. Guide d'observation de l'entretien clientes-prestataires de services PF et d'interview de la clientes à la fin des prestations de services PF	Observation/interview de 509 clientes dont 126 nouvelles clientes de PF, 376 anciennes clientes de PF observées et 7 clientes de stérilité ou infécondité
c. Guide d'entretien à l'attention du personnel chargé des services PF dans les FS	685 prestataires de services PF interviewés
e. Questionnaire à l'attention des clientes se rendant à la FS pour des consultations SMI	1282 clientes interviewées
f. Questionnaire à l'attention des décideurs et administrateurs chargés des programmes de PF	32 décideurs

D. PREPARATION ET CONDUITE DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

1. PREPARATION DE L'ENQUETE

Le travail préliminaire aux sorties sur le terrain a essentiellement porté sur:

a) **L'élaboration et l'adoption des instruments de travail**

Les questionnaires, les guides d'observation et de collecte de données statistiques ont été élaborés

à partir d'instruments similaires conçus et proposés par le Population Council et ayant déjà été utilisés dans la sous-région, notamment au Burkina Faso, au Bénin et au Sénégal. Ces questionnaires ont fait l'objet de réajustement au contexte du programme national de planification familiale selon les attentes des différentes parties concernées.

b) La mission d'information et de collecte d'informations de base

Des équipes d'information ont été envoyées dans les trente (30) provinces du Burkina Faso en vue de préparer l'étude de l'Analyse Situationnelle du programme de planification familiale. Cette activité s'est déroulée du 1er au 26 avril 1995.

c) La formation des superviseurs et des enquêteurs

Elle a duré cinq jours et a porté sur:

- ! une étude du projet afin de mieux comprendre les objectifs visés;
- ! un rappel sur la méthodologie et les exigences d'une enquête;
- ! l'étude approfondie des questionnaires, leurs amendements et leur traduction en langues nationales (mooré et dioula);
- ! le prétest des questionnaires: il a eu lieu dans trois centres de santé maternelle et infantile de Ouagadougou;
- ! l'organisation pratique de la conduite de l'enquête.

e) Constitution des équipes de travail et répartition des zones de travail

Pour couvrir les sites d'enquête, 10 équipes ont été constituées; chacune d'elles était composée de deux personnes au moins ayant une formation en planification familiale clinique (médecin, sage femme); la plupart de ce personnel avait reçu une formation en supervision des activités de PF ou évaluation des activités; d'une à deux personnes spécialistes en sciences sociales (sociologue). Les équipes ont été constituées en tenant compte de la langue parlée par les enquêteurs et du profil socio-linguistique des provinces.

2. ORGANISATION PRATIQUE SUR LE TERRAIN

a) Au niveau des provinces

Dès l'arrivée de l'équipe d'enquête sur un site, une séance de travail est organisée avec le Directeur Provincial de la Santé (DPS) pour un rappel sur les objectifs de l'Analyse Situationnelle, une identification finale des formations sanitaires fournissant des prestations de PF et l'élaboration du calendrier de travail dans la province; ce calendrier est ensuite communiqué aux formations sanitaires. Un rendez-vous est

ensuite fixé avec le DPS pour l'administration du questionnaire à l'attention des décideurs.

b) Au niveau du Centre de Santé

Une répartition initiale des tâches affectait les rôles suivants aux membres de l'équipe en ce qui concerne l'administration des questionnaires:

- ! Superviseurs (médecin ou sage-femme)
 - inventaire du matériel et équipement
 - administration du questionnaire aux décideurs

- ! Sage-femme/médecin
 - évaluation du guide d'observation
 - guide d'entretien à l'attention du personnel

- ! Spécialiste en sciences sociales
 - interview des clientes de PF
 - interview des clientes autres que PF

c) Le protocole d'enquête

i. Vérification du remplissage des questionnaires

Il a été établi quatre niveaux de vérification des questionnaires qui sont la vérification par l'enquêteur, par une tierce personne de l'équipe, par le superviseur de l'équipe et enfin par le coordonnateur technique et le consultant.

ii. Protocole d'enquête

En fin de journée, l'équipe d'enquête faisait régulièrement le protocole d'enquête qui consistait essentiellement en:

- ! La comptabilisation des questionnaires administrés: une grille permettait de faire journalièrement la comptabilisation des instruments remplis.

- ! Les discussions sur les difficultés rencontrées: elles portaient sur l'utilisation des guides et l'organisation du travail en général.

- ! Les discussions des résultats enregistrés, l'identification des zones d'ombre à éclaircir et des éventuels compléments d'informations à faire.

- ! L'extraction des données qualitatives et leur classification dans les chemises de synthèse.

d) Supervision des enquêtes sur le terrain

La supervision a couvert plusieurs domaines dont les principaux sont les suivants:

- ! Mise en oeuvre de la méthodologie de l'étude
- ! Vérification des questionnaires remplis
- ! Résolution des problèmes physiques, matériels et moraux
- ! Tenue quotidienne des protocoles d'enquête
- ! Collecte continue des données qualitatives
- ! Préparation des rapports provinciaux de données qualitatives

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie et le traitement des données ont été effectués à Ouagadougou dès le retour des enquêteurs. Un consultant a été engagé à cette fin et les données ont été traitées par ordinateur. Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse; des tableaux de fréquences des données quantitatives ont été élaborés et commentés avec l'apport additionnel de données qualitatives. Les deux types de données ont été combinés et interprétés pour faire ressortir la production du rapport préliminaire.

F. DISCUSSION DES RESULTATS

Un rapport préliminaire a été produit et a fait l'objet de discussion et d'amendements au cours d'une table ronde. Des discussions intenses ont été menées avec les hauts responsables du Ministère de la Santé chargés de la planification et de la mise en oeuvre des services de PF/SMI, des intervenants et des spécialistes en matière de PF, sur les résultats préliminaires pour aider à la formulation de recommandations de politiques et à l'élaboration de programmes en vue de faciliter l'utilisation des résultats dans des activités ultérieures de planification. Une équipe de suivi a été mise en place pour la planification de la mise en oeuvre et le suivi des recommandations. Cette activité a eu lieu les 25 et 26 janvier 1996.

G. SEMINAIRE DE DIFFUSION DES RESULTATS

Un atelier national d'un jour s'est tenu le 14 février 1996. Il a réuni les responsables d'ONGs intervenant en matière de PF, les différents bailleurs de fonds, les directeurs provinciaux de la santé et les cadres moyens du MS chargés de la gestion des Formations Sanitaires pour une diffusion plus large et plus directe des résultats. Cet atelier a connu la participation de chercheurs d'institutions, de l'université ou isolés. Les participants ont discuté les recommandations issues de la table ronde.

III. RESULTATS

- A. Présentation globale de l'échantillon**
- B. Capacité fonctionnelle des formations sanitaires**
- C. Qualité des services**
- D. Autres questions relatives à la santé de la reproduction**

La présentation globale de l'échantillon est articulée autour de quatre points essentiels:

- ! la typologie des formations sanitaires;
- ! le profil des clientes de SMI et de PF;
- ! le profil des prestataires de services; et
- ! les Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de PF des clientes de SMI.

1. TYPOLOGIE DES FORMATIONS SANITAIRES

Comme le montre le tableau suivant, l'essentiel de l'échantillon des FS est constitué de CSPS (75% des cas). Les résultats seront par conséquent plus sensibles pour les CSPS.

Tableau N°2: Typologie des Formations Sanitaires visitées

Types	CHN	CHR	CMAC	CM	CSPS	Maternité/S MI/PF	Clinique Sages- Femmes	Clinique ABBEF	Autres ¹	Total
Nombre visité	1	3	16	48	254	6	2	2	5	337

Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Inventaire

2. PROFIL DES PRESTATAIRES DE SERVICES

L'âge moyen des prestataires de services est de 33 ans. Ils sont mariés dans 63% des cas. Pour ceux qui ont des enfants (76%), le nombre moyen de ces derniers est de 2 avec un âge médian de 36 mois. Dans l'ensemble, 59% des prestataires désirent avoir soit leur premier enfant soit davantage d'enfants.

3. PROFIL DES CLIENTES SMI/PF

L'échantillon des clientes SMI était constitué de femmes relativement jeunes par rapport aux clientes PF. En effet, l'âge moyen était de 25 ans chez les clientes SMI contre 29 ans pour les clientes PF. On note malgré cette jeunesse, que les clientes SMI étaient mariées dans 91% des cas contre 79% chez les clientes PF. La répartition des clientes SMI et PF selon la religion est presque identique: 57% des clientes SMI et 56% de clientes PF étaient musulmanes, 28% des clientes sans distinction étaient des

¹Il s'agit des cliniques de l'Office National des Travailleurs et des missions religieuses de santé

catholiques. Les protestantes représentent 8% et 9% des clientes SMI et PF.

Les clientes SMI avaient moins d'enfants que celles de PF. Le nombre moyen est de 2 chez les clientes SMI et de 3 chez les clientes PF. Au moment de l'étude, les clientes SMI et PF allaitaient au sein dans 43% et 54% des cas respectivement. Une proportion de 74% des clientes SMI et 63% des clientes PF désiraient soit avoir leur premier enfant soit avoir davantage d'enfants.

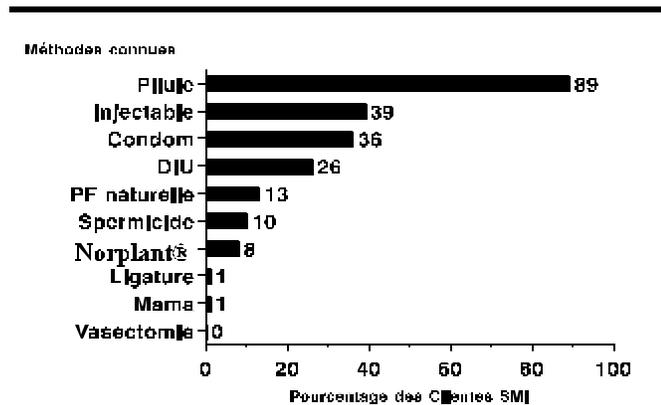
Ü CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PF DES CLIENTES SMI

Un peu plus de la moitié des clientes SMI (56%) ont affirmé connaître (et peut citer au moins une méthode) des méthodes contraceptives. Parmi ce groupe de clientes SMI (au nombre de 722), la pilule apparaît comme étant la méthode la plus connue. Leur niveau de connaissance par rapport aux autres contraceptifs est faible (*Graphique N°1*).

L'interview des clientes SMI a montré d'une part, qu'environ 24% de celles-ci (soit 305 clientes) avait déjà utilisé une méthode contraceptive et d'autre part, que 9% d'elles (soit 113 clientes) en utilisent actuellement. Ces chiffres traduisent une baisse du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives parmi les clientes SMI.

Parmi celles qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, la pilule et la PF naturelle ont été les méthodes les plus utilisées, respectivement dans 53% et 20% des clientes. Les autres méthodes ont été rarement utilisées. Il en est de même pour celles qui utilisent actuellement une méthode (*Tableau N°3*)

Graphique 1: *Répartition des clientes SMI (connaissant des méthodes contraceptives) selon les méthodes connues*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes SMI
 N=722 pour chaque méthode.

PRESENTATION GLOBALE DE L'ECHANTILLON

Tableau N°3 : Utilisation des méthodes contraceptives par les clientes SMI

Méthodes	Pourcentage de clientes ayant <u>déjà utilisé</u> (N=305)	Pourcentage de clientes qui <u>utilisent actuellement</u> (N=113)
Pilule	53%	32%
DIU	9%	3%
Condom	19%	17%
Spermicide	1%	0%
Injectable	6%	12%
Ligature des trompes	1%	1%
PF naturelle	20%	33%
PF traditionnelle	0%	3%
MAMA	1%	0%
Autres	5%	0%

Analyse Situationnelle, Burkina 1995

Source : Interview des clientes SMI

L'analyse de la capacité fonctionnelle des formations sanitaires a été réalisée par rapport aux éléments suivants:

- ! la disponibilité des infrastructures et des équipements;
- ! la capacité des prestataires à offrir les services de PF;
- ! la disponibilité du matériel IEC;
- ! le système de gestion des contraceptifs;
- ! le système de gestion et de supervision des activités de PF; et
- ! la disponibilité et l'utilisation des archives et rapports.

1. INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS

a) Infrastructures

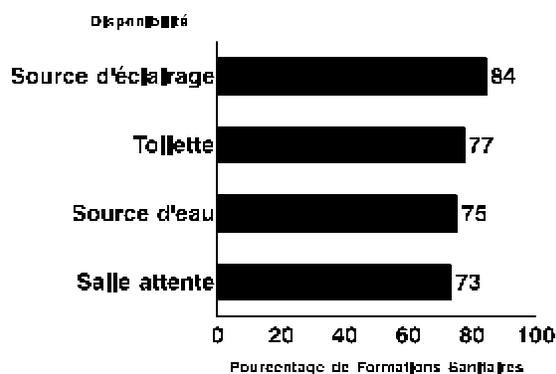
Les infrastructures jugées nécessaires comprennent une source d'eau et d'éclairage, une salle d'attente et des toilettes pour les clientes. Ces différents éléments doivent être tous fonctionnels.

Selon le *Graphique N°2* la situation des infrastructures dans les formations sanitaires visitées est acceptable. En effet, elles disposent d'une source d'eau (75% des cas), d'une source d'éclairage (84%), d'une salle d'attente (73%). Notons enfin que 77% de ces FS sont pourvues en toilettes fonctionnelles.

Toujours dans ce volet, il est important que les lieux d'attente soit protégés de la pluie et du soleil. Dans les salles d'attente, les clientes doivent disposer de bancs ou de sièges pour s'asseoir.

L'inventaire a montré que les lieux d'attente des clientes au niveau des formations sanitaires sont en général protégés de la pluie et du soleil (88% des cas) et sont équipés de sièges ou de bancs pour s'asseoir dans 95% des cas.

Graphique 2: Caractéristiques des infrastructures dans les formations sanitaires visitées



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Inventaire
N=337 pour chaque infrastructure

Pour l'examen, le prestataire doit pouvoir mettre ses clientes à l'aise et en confiance. A ce propos, les indicateurs qui ont servi à apprécier la qualité des lieux d'examen sont:

- ! la discrétion auditive et visuelle;
- ! la propreté¹, un bon éclairage²;
- ! de l'eau en quantité suffisante³;
- ! une bonne aération⁴.

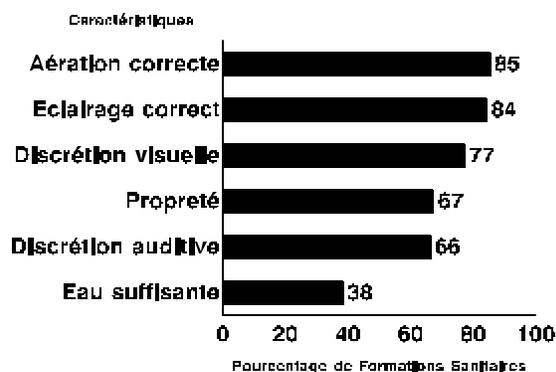
Au regard du *Graphique N°3*, il apparaît que ces conditions sont justes satisfaisantes dans plus de la moitié des formations sanitaires. Un grand effort reste à faire au niveau de l'eau où 62% des formations sanitaires n'en disposent pas en quantité suffisante.

b) Equipements

Au niveau des équipements, une liste de 12 équipements a été établie par la DSF. Celle-ci a tenu compte du nombre minimal, par équipement nécessaire pour une formation sanitaire. L'inventaire présente deux situations (Voir *Graphique N°4*).

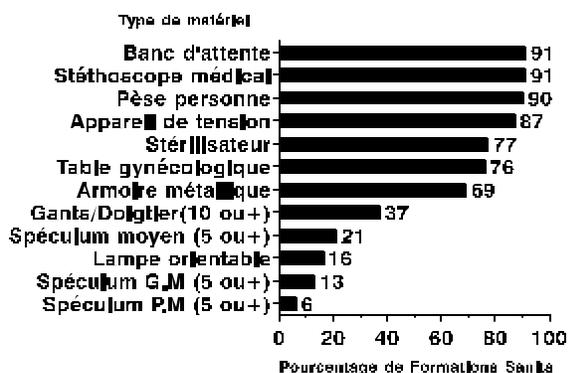
D'une part, une disponibilité acceptable pour la table gynécologique, le pèse-personne, le tensiomètre, le stéthoscope médical, l'armoire métallique, le stérilisateur et les bancs d'attente. D'autre part, une non

Graphique 3: Caractéristiques des lieux d'examen dans les formations sanitaires visitées



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire
 N=337 pour chaque cas

Graphique 4: Pourcentage des FS où le matériel essentiel pour la PF est disponible



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire
 N=337 pour chaque type de matériel

1 "Propre" signifie nouveau linge en début de journée, les sols balayés et essuyés, pas de poussière sur les fenêtres, escaliers et tables; tout le matériel est propre.

2 "Bien éclairé", signifie lumière électrique qui fonctionne ou lumière suffisante.

3 "Eau en quantité suffisante" signifie eau en quantité suffisante pour laver les mains et les équipements.

4 "Bien aéré" signifie salle suffisamment grande permettant la libre circulation des personnes et de l'air.

disponibilité dans la majorité des formations sanitaires du matériel ci-après en quantité nécessaire:

- ! spéculum (G.M, P.M et Moyen)(minimum=5 pour chaque type);
- ! gants ou doigts stérilisés (minimum =10);
- ! lampe orientable (minimum=1).

2. PERSONNEL

La qualification, la formation et l'expérience des prestataires constituent l'ossature de ce point.

a) Nombre et qualification

Au total 685 prestataires de services de PF ont été interviewés. Leur répartition par fonction est la suivante:

- ! 225 Infirmiers d'Etat ou Brevetés;
- ! 173 Accoucheuses Auxiliaires;
- ! 129 Sages-Femmes ou Maeuticiens;
- ! 92 Matrones;
- ! 55 Agents Itinérants de Santé;
- ! 6 Agents de Santé Communautaire; et
- ! 5 Médecins.

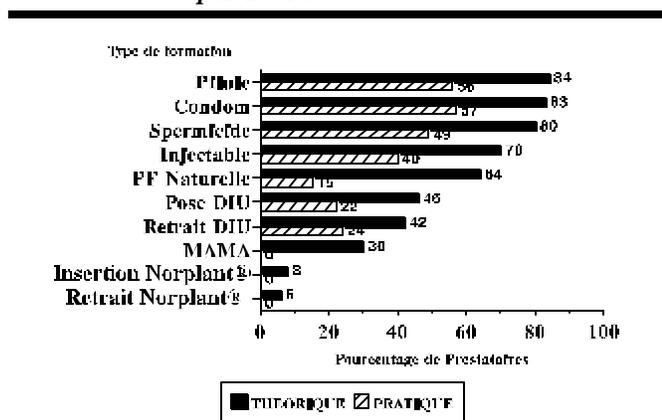
b) Expérience et formation en PF

i) Formation

La formation formelle théorique en PF par méthode des prestataires est juste acceptable pour la pilule (84%), les condoms (83%), les spermicides (80%), les injectables (70%) et la PF naturelle (64%).

Cette formation théorique n'est pas toujours suivie d'une formation pratique. A titre d'exemple, tandis que 84% déclarent avoir reçu une formation théorique pour la pilule, seulement 56% affirment avoir fait la pratique (Voir Graphique N°5).

Graphique 5: Pourcentage des prestataires ayant reçu une formation formelle en PF par méthode



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Prestataires
 N=685 pour chaque type de formation formelle

Ces prestataires ont été formés à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) dans 69% des cas. Trente huit pour cent l'ont été dans le cadre d'une formation organisée par la DSF. Il apparaît également que 50% des prestataires ont reçu une formation sur le tas.

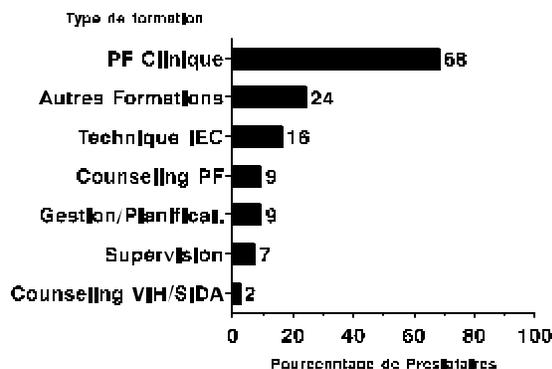
Dans le cadre de la gestion des programmes de PF, l'interview des prestataires a montré que ces derniers ont surtout reçu une formation en PF clinique. Très peu de prestataires (16% des cas) ont reçu une formation en technique IEC. La situation est encore moins intéressante en ce qui concerne la formation sur le counseling en PF ou la gestion et la planification des services PF (Voir *Graphique N°6*). Ces résultats indiquent un besoin de formation.

ii) *Expérience en PF*

L'expérience des prestataires de services en PF, se situe entre 1 à 5 ans pour la majeure partie (66% des cas). Ceux qui ont moins d'une année d'expérience représentent 13% de l'échantillon. Il faut également remarquer que 21% des prestataires ont entre six et vingt ans d'expérience.

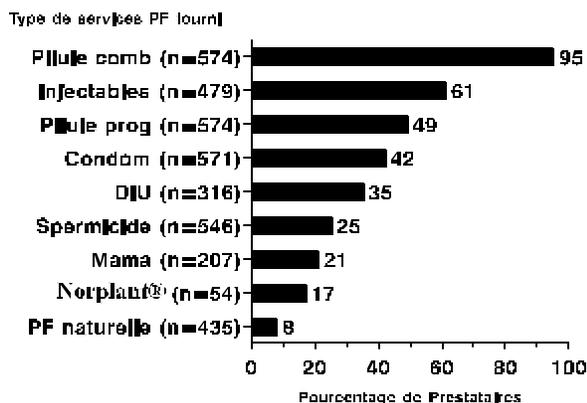
L'étude a cherché à voir la nature des méthodes offertes au cours des 3 derniers mois qui ont précédé l'étude, par les prestataires ayant bénéficiés d'une formation formelle. Le *Graphique N°7* permet de voir que la pilule combinée, les injectables et la pilule progestative constituent les méthodes ayant été les plus offertes.

Graphique 6 : *Répartition des prestataires de services selon le type de formation reçue*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Prestataires
 N=685 pour chaque type de formation

Graphique 7 : *Répartition des prestataires ayant fourni des services PF au cours des 3 derniers mois parmi ceux qui ont reçu une formation formelle selon la méthode*

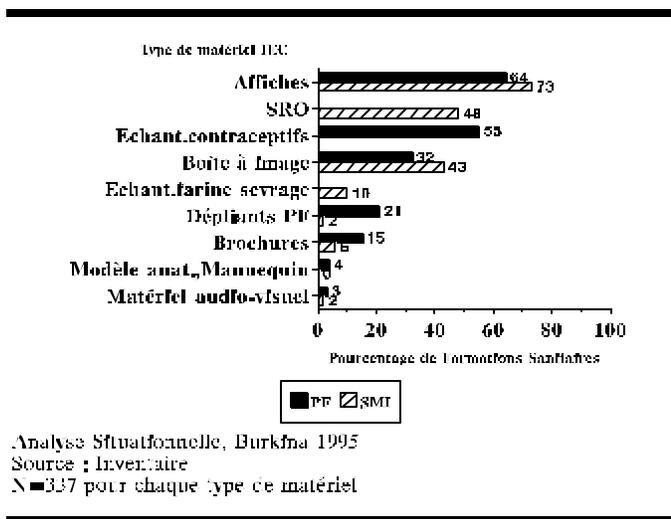


Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Prestataires

3. MATÉRIEL IEC

Le matériel IEC généralement utilisé pour les activités IEC est constitué d'affiches, d'échantillons de contraceptifs, de boîtes à image, de dépliants, de brochures, de modèles anatomiques/mannequins et de matériel audio-visuel. Les résultats montrent qu'à l'exception des affiches et des échantillons de contraceptifs, la disponibilité du matériel IEC sur la PF est insuffisante. Le problème est beaucoup plus accentué en ce qui concerne les modèles anatomiques ou mannequins et de matériel audio-visuel (*Graphique N°8*). Sur la SMI, les affiches sont les plus disponibles (73% des cas), suivies des échantillons de SRO (48%) et des boîtes à images (43%). Le problème au niveau du matériel audio-visuel et des mannequins est analogue au cas de la PF.

Graphique 8: Disponibilité du matériel IEC sur la PF/SMI dans les FS visitées



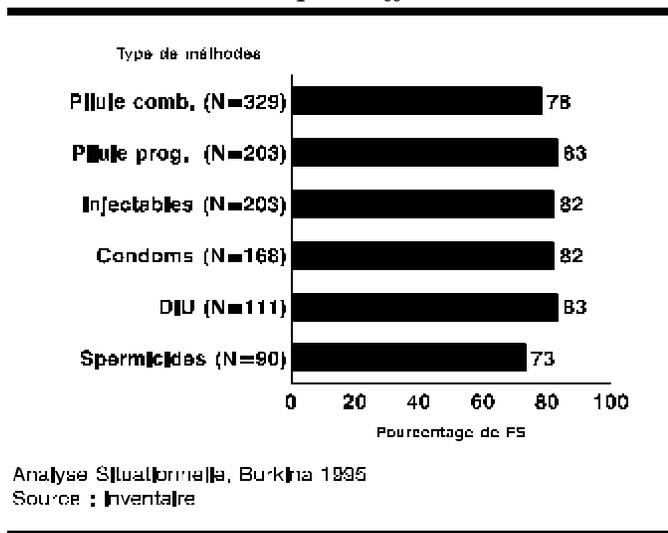
4. GESTION DES STOCKS DES CONTRACEPTIFS

Il a été vu la disponibilité effective des méthodes contraceptives avant d'apprécier la manière dont les stocks sont gérés.

a) Disponibilité des contraceptifs

L'inventaire a montré que les pilules et les injectables étaient les méthodes contraceptives les plus offertes par les formations sanitaires. Sur 329 FS (98% des FS) qui ont affirmé offrir la pilule combinée, une proportion de 78% en disposait effectivement pendant la visite. Les injectables étaient disponibles dans 82% des 203 FS ayant déclaré l'offrir. Ainsi, la disponibilité des méthodes contraceptives n'est pas systématique même lorsque qu'elles sont offertes (*Graphique 9*). Les spermicides constituent les méthodes rarement offertes (seulement dans 27% des FS). Il faut noter

Graphique 9: Disponibilité des méthodes contraceptives dans les FS qui en offrent



l'absence totale de formation sanitaire offrant toutes les méthodes.

b) Système de gestion des contraceptifs

Le système de gestion regroupe, dans ce contexte, les activités suivantes: l'inventaire, l'approvisionnement et le stockage. Les résultats de l'analyse sont les suivants (Voir *Graphique N°10*):

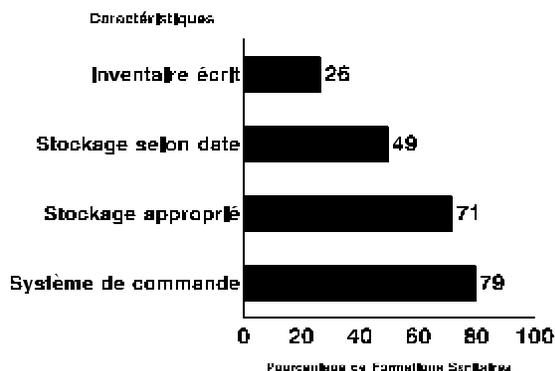
Au niveau de l'inventaire, les formations sanitaires devraient disposer d'un inventaire écrit sur un registre ou une fiche de stock. Les résultats ont montré que seulement 26% des formations sanitaires remplissent cette condition.

A propos du système d'approvisionnement, la plupart des formations sanitaires visitées (79%) déclarent en avoir. Parmi elles, seulement 46% lancent une nouvelle commande lorsque le seuil d'alerte est atteint. Il est à noter que près de 17% attendent que le stock s'épuise avant de procéder à un réapprovisionnement.

Les conditions d'un bon stockage ont été définies par les critères suivants: stockage selon la date de péremption, protection contre le soleil, la pluie, les rats et animaux nuisibles, non soumission à une forte chaleur ou humidité.

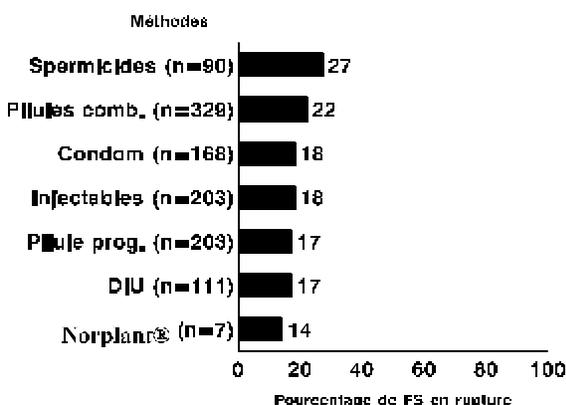
Les résultats de l'inventaire indiquent que le stockage est approprié dans 71% des cas. Cependant, un peu plus de la moitié ne stockent pas selon la date de péremption des contraceptifs. Ce résultat pourrait confirmer les ruptures de stocks constatées dans certaines formations sanitaires. En effet, au cours des 6 derniers mois qui ont précédé l'étude, des ruptures de stocks ont été observées⁵ dans 27% des

Graphique 10: *Caractéristiques du système de gestion des contraceptifs dans les FS visitées*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire
 N=337 pour chacun des caractéristiques

Graphique 11 : *Répartition des FS selon la rupture de stock constatée au cours des 6 derniers mois par méthode*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire

⁵ Il est à préciser que, la question sur la rupture de stocks pour une méthode donnée a intéressé seulement les formations sanitaires qui offrent effectivement ladite méthode. C'est ce qui justifie la variation de l'effectif des formations sanitaires par méthode.

formations sanitaires pour les spermicides, 22% pour les pilules combinées. La rupture de stock pour les injectables et les condoms a été enregistrée dans 18% des cas. D'autres cas de rupture ont été notifiés (Voir *Graphique N°11*).

5. GESTION ET SUPERVISION DES ACTIVITÉS DE PF

a) Gestion

Quatre indicateurs ont été retenus pour apprécier la qualité de la gestion et planification des activités de PF dans les formations sanitaires. Ce sont d'une part, l'existence d'un programme d'activités avec des objectifs de nombre de clientes à servir, l'existence d'un document définissant les attributions et les responsabilités du personnel et d'autre part, l'existence d'un système de supervision interne des activités.

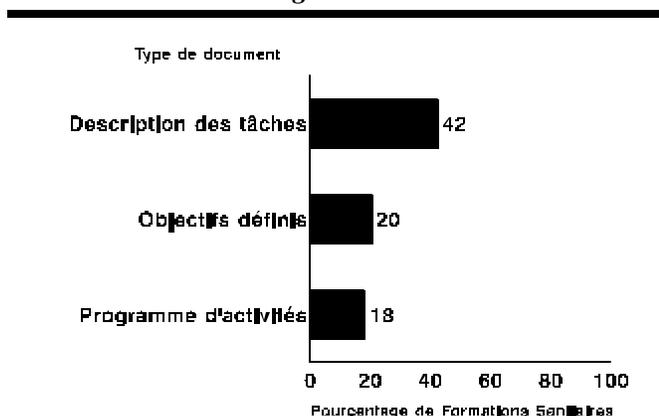
Par rapport à l'objectif en terme de nombre de clientes à servir, seulement 20% des formations Sanitaires ont déclaré l'avoir fait. Il a été cependant constaté que 46% de ces FS n'avait pas une preuve écrite.

Au sujet de la description des attributions et des responsabilités du personnel, 42% ont déclaré en disposer. Toutefois, 19% de ces formations Sanitaires n'ont pas pu montrer un document relatif à cette description des tâches dont chaque FS doit se doter. Au titre de l'existence d'un programme d'activités, 18% des FS ont affirmé en avoir et 79% des ces FS ont pu présenter ledit document (Voir *Graphique N°12*).

b) Supervision

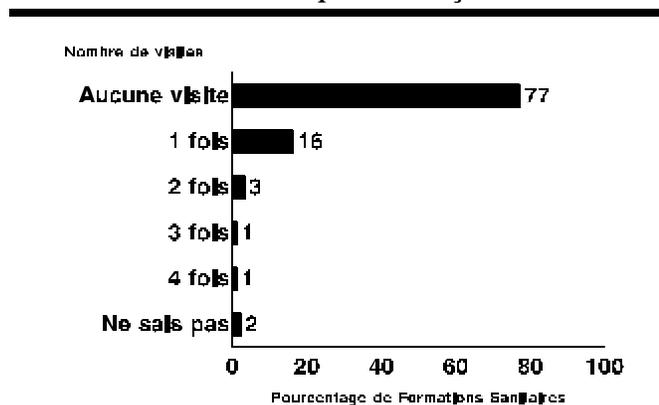
Au regard des résultats, les activités de supervision ne sont pas satisfaisantes. En effet, pendant les 6 mois qui ont précédé l'enquête, la plupart des formations sanitaires n'ont pas reçu de visite de supervision (77% des cas).

Graphique 12 : *Répartition des FS selon l'existence de documents de gestion*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire
 N=337 pour chaque cas

Graphique 13: *Répartition des FS selon le nombre de visite de supervision reçue*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Inventaire
 N=337

Seulement 16% ont reçu une seule visite (*Graphique N°13*).

6. ARCHIVES ET RAPPORTS

Trois instruments de collecte des informations ont été examinés: la fiche de consultation, le registre quotidien d'activités et le rapport mensuel. Les résultats sont donnés par le *Graphique N°14*.

Les différentes visites de la cliente doivent être enregistrées dans la même fiche (et non pas une fiche par visite). Ceci permet un meilleur suivi de la cliente. A ce niveau, l'inventaire a révélé que 89% des formations sanitaires disposaient de fiches individuelles pour plusieurs visites. L'état physique de ces fiches étaient satisfaisant dans 98% des cas. Il faut remarquer que dans 26% des cas, il n'existait pas un système de classement de ces fiches. Ceux qui en disposent le font par rendez-vous (10%) ou par ordre numérique (60%). L'idéal serait que le classement des fiches soit fait par une seule personne. Mais dans 47% des cas, il se faisait par tout membre du personnel.

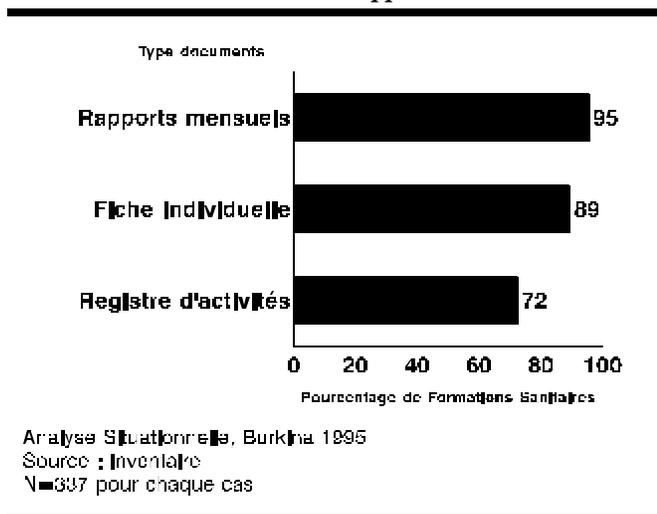
Pour le registre quotidien d'activités, sa disponibilité a été observée dans 72% des cas. Des registres disponibles, 87% étaient en bon état physique. Par contre, près de 68% de ces registres étaient mal remplis.

Presque toutes les formations sanitaires (95% des cas) ont déclaré posséder des rapports mensuels. Au moment de la vérification, 14% étaient dans l'impossibilité de produire une preuve visible de l'existence de ces rapports.

Selon les prestataires, les supports (registres et fiches) seraient utilisés pour l'envoi de rapports (61%) et au suivi de l'expérience médicale des clientes (62%). Pour 34% des formations sanitaires, ils servent à l'évaluation de la performance du centre, ou au suivi des clientes perdues de vue (20%).

Cette analyse de la capacité fonctionnelle des formations sanitaires aurait permis de cerner leur capacité à offrir des services de PF. La partie suivante de l'analyse cherche à mesurer la qualité des services offerts.

Graphique 14: Répartition des FS selon l'existence d'archives et rapports



Les éléments qui ont été retenus pour apprécier la qualité des services offerts par les prestataires sont les suivants:

- ! le choix des méthodes;
- ! les informations données aux clientes;
- ! la compétence des prestataires;
- ! les relations interpersonnelles;
- ! le mécanisme de continuité et de suivi des clientes;
- ! l'organisation des services.

1. LE CHOIX DES METHODES

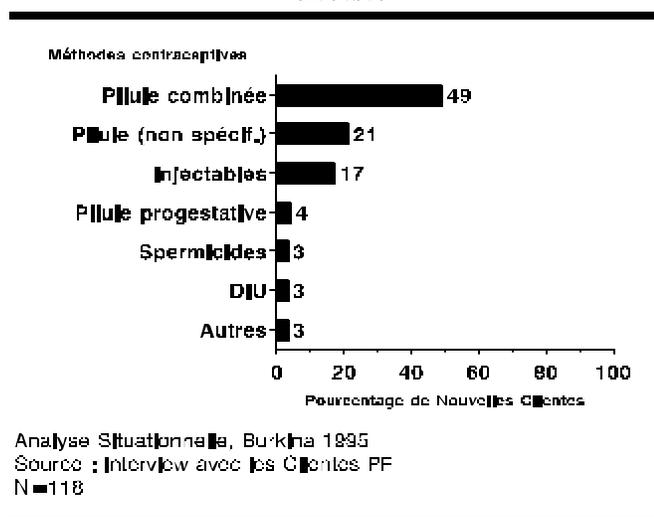
Le choix d'une méthode est en partie lié à sa disponibilité et à son accessibilité en terme de coût. Les données sur l'accessibilité relative au prix des contraceptifs ne sont pas significatives. Cependant les résultats avaient montré que les pilules et les injectables constituaient les types de contraceptifs les plus disponibles. Au cours de leur visite dans les FS, 92% des clientes (soit 118 clientes PF) avaient décidé de commencer ou de continuer à utiliser une méthode contraceptive.

Selon les résultats obtenus, le choix de 69% de ces nouvelles clientes a porté sur la pilule combinée et 17% sur les injectables.

Les 8% de clientes n'ayant pas accepté une méthode contraceptive ont avancé les raisons suivantes: besoin d'informations, suspicion de grossesse ou d'autres raisons de santé.

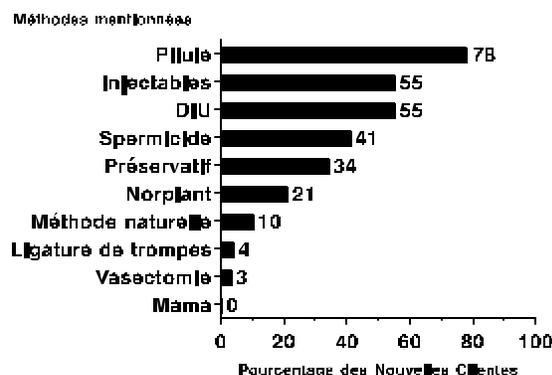
Au vu de ces résultats, on pourrait penser que les choix opérés par les clientes ont pu être influencés par les prestataires. Pourtant les résultats montrent que seulement 11% des prestataires de services avaient mis l'accent sur une méthode donnée lors de la présentation des méthodes aux clientes. Dans ce cas précis, l'accent a été mis sur la pilule combinée dans 84% des cas, la pilule progestative ou les injectables dans 8% des cas.

Graphique 15 : *Répartition des nouvelles clientes PF selon la méthode contraceptive choisie*



L'observation de l'interaction entre prestataires et les nouvelles clientes PF a permis de noter les méthodes contraceptives mentionnées par les prestataires à ces clientes. Il en ressort que la pilule vient en tête des méthodes mentionnées aux clientes (78% des cas), suivi du DIU ou des injectables (dans 55% des cas). Les spermicides, les préservatifs et le norplant ont été quelques fois cités, rarement les autres méthodes (*Graphique N°16*). Ces résultats montrent que les prestataires ne présentent pas toutes les méthodes avec le même intérêt.

Graphique 16 : *Méthodes mentionnées par les prestataires à 126 nouvelles clientes durant la consultation*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Observation de l'interaction entre Prestataires et Clientes PF N=126 pour chacune des méthodes

Cette situation peut être liée aussi au manque de matériel, au niveau de compétence des prestataires et à la non disponibilité de certaines méthodes.

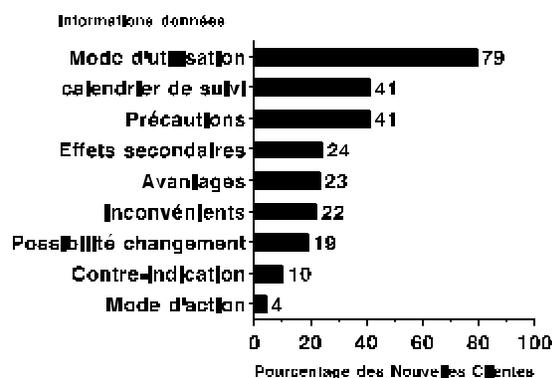
2. INFORMATIONS DONNEES AUX CLIENTES

Savoir bien utiliser la méthode PF choisie est très important pour l'obtention des résultats escomptés. Aussi, les prestataires doivent-ils fournir aux clientes toutes les informations afférentes à la méthode choisie.

a) Informations données aux clientes

Cette variable a été analysée parmi les 113 nouvelles clientes ayant décidé, au cours de la consultation, d'utiliser une méthode contraceptive (*Graphique N°17*). Ainsi, après le choix de leur méthode, la majeure partie des prestataires (79%) donnent aux clientes des informations sur le mode d'utilisation, 41% sur les précautions à prendre ou le calendrier de suivi. Les effets secondaires de la méthode ont été mentionnés dans 24% des cas. Peu de prestataires indiquent aux clientes les avantages ou les inconvénients de la méthode. De même, les

Graphique 17 : *Type d'informations données par les prestataires aux nouvelles clientes PF ayant choisi d'utiliser une méthode*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Observation de l'interaction entre Prestataires et Clientes PF N=113 Pour chaque cas

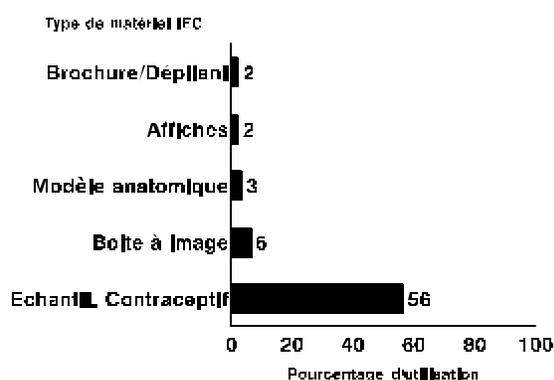
informations sur la contre-indication et la possibilité de changement de méthode sont rarement mentionnées.

b) Type de matériel utilisé lors des consultations

Au cours de la consultation avec les nouvelles clientes de PF, un peu plus de la moitié des prestataires (56%) ont fait usage d'échantillon de contraceptifs comme support d'IEC. Quelques-uns (6%) ont fait recours aux boîtes à images. Les brochures et les affiches ont été rarement utilisées (*Graphique N°18*).

Graphique 18 :

Type de matériel IEC utilisé au cours des consultations avec les 126 nouvelles clientes PF



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Observation de l'interaction entre Prestataires et Clientes PF
 N=126 pour chaque type de matériel

3. COMPÉTENCE DES PRESTATAIRES

Les critères ayant servi pour mesurer la compétence des prestataires portent sur la qualité technique de l'interrogatoire et de l'examen pelvien. De même le problème lié aux restrictions médicales a été examiné.

a) La qualité technique de l'interrogatoire

Ce point a été examiné chez les nouvelles clientes comme chez les anciennes.

i) Chez les nouvelles clientes PF

Pour une nouvelle cliente de PF, les questions des prestataires ont porté sur l'âge du dernier enfant (77% des cas), le nombre total des enfants désirés (64% des cas). Dans cinquante huit pour cent des cas, le Prestataire a voulu savoir si la Cliente allaitait au sein. Moins de la moitié des prestataires (42% des cas) ont demandé à leur Cliente si elle avait une préférence pour une méthode donnée. Cette question devrait cependant être systématique.

ii) Chez les anciennes clientes PF

A ce niveau, il est surtout question de savoir si l'objet de la visite de la Cliente est un réapprovisionnement ou un problème rencontré avec sa méthode contraceptive. Les résultats montrent que la question sur le réapprovisionnement a été posée dans 44% des cas. Celle sur les problèmes éventuels rencontrés l'a été dans 59% des cas.

L'aspect de la prise en charge est assez satisfaisant (96% des cas) pour les clientes ayant connu un problème avec leurs méthodes. Dans 50% des cas, le Prestataire a effectué un examen physique. Un traitement médical a été réalisé dans 38% des cas.

On a noté également l'attitude des prestataires face aux clientes allaitantes et qui souhaitent utiliser une méthode de PF. Au vu du *Graphique N°19*, il apparaît que les prestataires recommandent à cette catégorie de clientes l'utilisation de pilules progestatives tout en continuant l'allaitement (31% des cas). Dans 27% des cas les conseils sont donnés en fonction de l'âge du nourrisson.

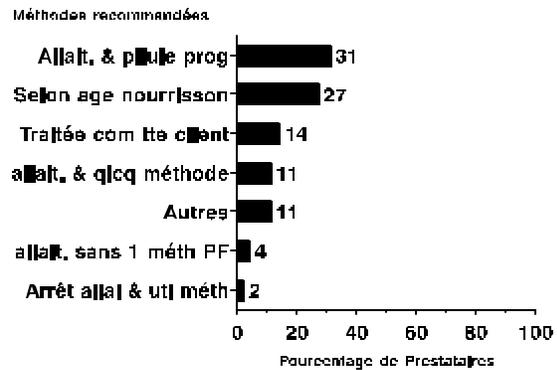
b) L'examen pelvien

Les résultats de l'observation ont montré que les prestataires ne demandent pas à leurs clientes, de vider leur vessie avant le début de l'examen pelvien. Moins de la moitié des clientes sont informées des procédures de l'examen. Très peu de prestataires ont lavé leurs mains avant de commencer.

Sipour les nouvelles clientes, tous les Prestaires ont eu à utiliser des gants ou des doigtiers, près de 14% ne l'ont pas fait pour les anciennes clientes. Le spéculum a été utilisé respectivement dans 58% et 57% des cas avec les anciennes et les nouvelles clientes. Enfin, Comme le *Graphique N°20*

Graphique 19 :

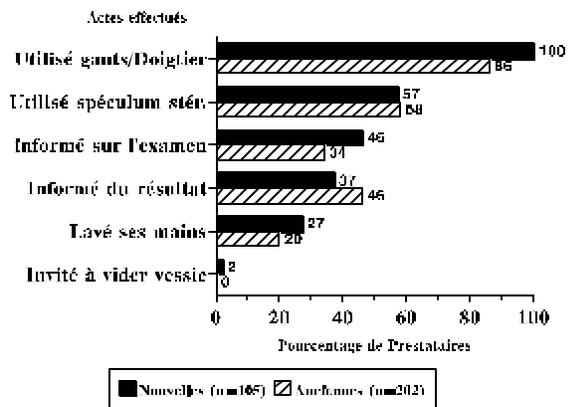
Répartition des prestataires selon le type de conseils donnés aux clientes allaitantes désirant adopter une méthode contraceptive



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Interview des Prestataires
N=885

Graphique 20 :

Actes effectués par les prestataires durant l'examen pelvien



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Observation de l'interaction entre Prestataires et Clientes PF

le montre, l'annonce des résultats n'est pas systématique.

c) Barrières médicales

Les barrières médicales imposées par certains prestataires peuvent constituer un frein au choix des méthodes. L'interview des prestataires montre que 20% d'eux jugent l'examen d'urine nécessaire avant de fournir la pilule ou les injectables. Le *Tableau N°4* récapitule le niveau d'exigence des tests.

Tableau N°4 : *Répartition de 685 prestataires selon les tests jugés nécessaires par eux avant d'offrir les méthodes*

Méthodes	Examen d'urine	Examen de sang: Taux d'hémoglobine	Analyse de sang: Test d'Emmel	Dépistage MST	Frottis cervico vaginal
Pilule	20%	2%	1%	9%	1%
DIU	4%	0%	0%	4%	0%
Injectables	20%	1%	1%	6%	0%
Norplant	0%	0%	0%	0%	0%

Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des prestataires
 N=685 pour chaque méthode

Les restrictions liées à l'allaitement, le statut matrimonial de la cliente et le consentement du conjoint sont donnés par le tableau ci-dessous. Parmi ces restrictions, celle liée au consentement du mari prédomine. L'allaitement constitue un frein pour l'utilisation de la pilule.

Tableau N°5 : *Répartition des prestataires selon les restrictions liées à l'allaitement, le statut matrimonial et le consentement du conjoint*

Méthodes	Allaitement	Cliente non mariée	Sans le consentement du conjoint
Pilule progestative	12%	6%	24%
Pilule combinée	55%	5%	32%
Condoms	1%	1%	18%
Spermicides	1%	1%	17%
DIU	2%	12%	24%
Injectables	9%	10%	26%
Norplant	1%	3%	7%
Ligature de trompes	2%	17%	30%
Vasectomie	0%	13%	24%

Analyse Situationnelle, Burkina 1995

Source : Interview des prestataires

N=685 pour chaque méthode

4. RELATIONS INTERPERSONNELLES

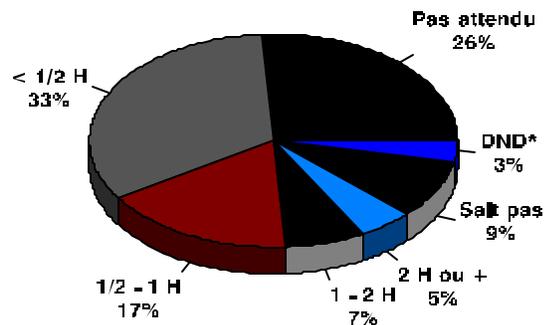
La prédisposition des clientes à fréquenter les formations sanitaires peut dépendre de la qualité de leurs contacts avec les prestataires. Ce facteur a été analysé par rapport à trois indicateurs:

- ! la durée du contact de la cliente avec le prestataire;
- ! l'intérêt que le prestataire porte aux autres problèmes de santé des clientes;
- ! la satisfaction des clientes par rapport au service reçu

a) Durée du contact entre prestataires et clientes

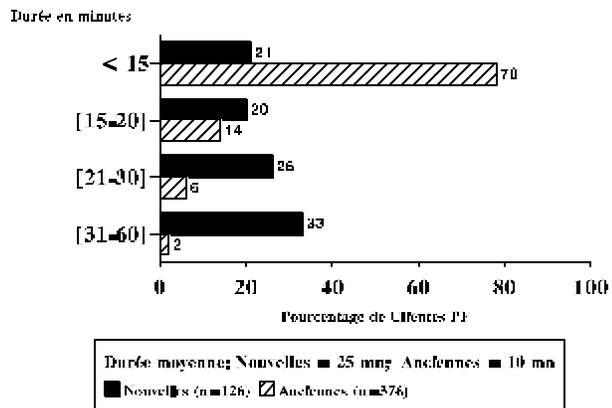
Avant d'être reçues, les clientes sont habituellement dans une salle d'attente. Sur la base de l'interview des clientes de PF, l'attente a duré moins de 30 minutes pour 33% d'entre elles tandis que 26% des clientes déclarent n'avoir pas attendu aussi longtemps. Celles qui ont attendu 30 minutes ou plus représentent 29% de l'échantillon (*Graphique N°21*).

Graphique 21 : Temps d'attente des clientes PF avant d'être reçues par les prestataires



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF
 N=509 ; * Données non disponibles

Graphique 22 : Durée des consultations selon le type de Cliente



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Observation de l'interaction Prestataires et Clientes PF

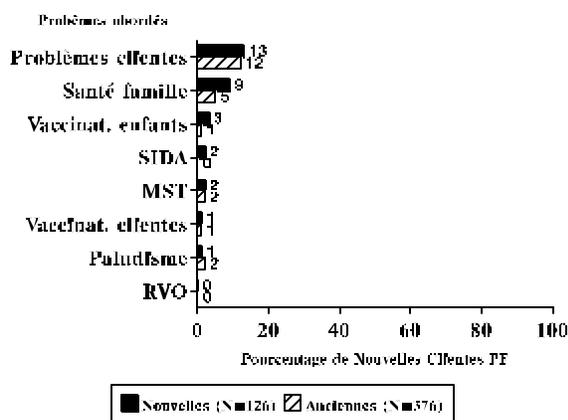
Le standard pour la durée de consultation oscille entre 15 et 20 minutes. Ce temps de consultation a été enregistré avec 20% des nouvelles et 14% des anciennes. La consultation a duré moins de 15 minutes pour 21% des nouvelles clientes et la majorité des anciennes (78% des cas). Toutefois, 59% des nouvelles clientes ont bénéficié d'une consultation de plus de 20 minutes (*Graphique N°22*).

b) Intérêt des prestataires par rapport à d'autres problèmes de santé des clientes

L'observation a permis de remarquer qu'en dehors des questions de PF, quelques prestataires ont abordé d'autres problèmes de santé avec les clientes. Les résultats sont donnés par la *Graphique N°23*.

La santé de la famille et d'autres problèmes spécifiques à chaque cliente ont été les sujets les plus abordés (respectivement 9% et 13% des cas pour les nouvelles, 5% et 12% pour les anciennes). Les sujets liés aux MST et au SIDA, par exemple, ont été rarement abordés. Ces résultats montrent la nécessité de l'intégration des services dans les prestations de services SMI/PF au sein des FS.

Graphique 23 : *Proportion des clientes de PF avec lesquelles les prestataires ont abordé d'autres problèmes de santé*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Observation de l'Interaction entre Prestataires et Clientes PF

c) Satisfaction des clientes par rapport au service reçu

A l'issue de la consultation, les clientes ont été sollicitées pour donner leur avis sur la qualité du service reçu. D'une manière générale, les clientes sont satisfaites sur plusieurs points: l'information voulue a été reçue; les explications du prestataire étaient compréhensibles; les réponses étaient satisfaisantes pour celles qui ont eu à poser des questions. Enfin, elles trouvent convenable le temps qui leur a été accordé. A ce niveau, il faut entre autres reconnaître que les clientes par politesse (et pour des raisons culturelles) ont tendance à répondre oui sur la satisfaction par rapport aux services reçus.

5. MECANISME DE CONTINUITÉ ET DE SUIVI

Les prestataires devraient pouvoir amener leurs clientes, soit à se réapprovisionner régulièrement, soit à effectuer les contrôles selon les dates prévues. Aussi, les lieux d'approvisionnement ou de contrôle devraient-ils être mentionnés aux clientes. Assurer ce préalable favorise un meilleur suivi des clientes.

Les résultats obtenus montrent que les prestataires ont informé leurs clientes (nouvelles dans 81% contre 88% chez les anciennes) de la prochaine date de réapprovisionnement ou négocié la date de la visite de contrôle. Dans 65% des cas le lieu d'approvisionnement ou de contrôle était dans la même FS.

6. ORGANISATION DES SERVICES

La qualité de l'organisation des services a fait l'objet d'une analyse à quatre niveaux. La première s'est intéressée à la planification de la semaine de travail pour les services de PF. Elle a été évaluée sur la base du nombre de jours disponibles dans la semaine pour les services de PF. La seconde a porté sur les activités IEC et plus particulièrement les causeries de santé. La diffusion des messages sur la PF a été appréciée chez les clientes potentielles de PF (clientes SMI). La dernière présente l'appréciation des clientes sur l'organisation des services.

a) Disponibilité des services de PF

Le *Tableau N°6* resume les résultats par rapport à l'accessibilité des services de PF dans les Formations Sanitaires. Ce tableau indique que dans 46% des Formations Sanitaires, les services de PF sont disponibles tous les jours de la semaine. Dans 27% des cas le niveau de la disponibilité est de 5 jours dans la semaine.

Tableau N°6: Disponibilité des services PF par nombre de jours dans la semaine

Nombre de jours par semaine	Nombre de FS	Pourcentage de FS %
Moins de 3 jours	62	18.4
De 3 à 5 jours	27	8
5 jours	92	27.3
De 6 à 7 jours	156	46.3
Total=N	337	100

Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Inventaire

b) Activités IEC

Très peu de Formations Sanitaires (16% des cas), avaient réalisé une causerie sur la santé avec leurs clientes le jour de la visite de l'équipe. Cette causerie a porté effectivement sur la PF dans moins de la moitié de ces cas (49%).

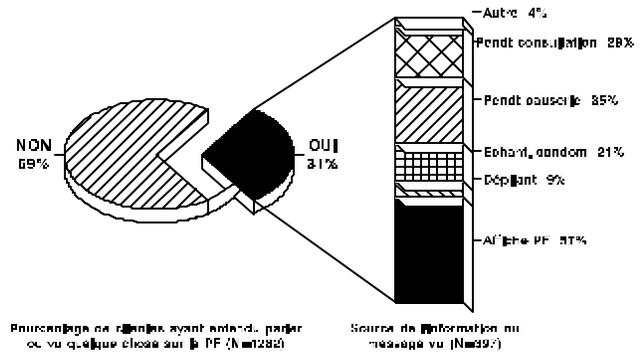
c) La diffusion des messages de PF

Il s'agit dans ce contexte, de l'utilisation des supports potentiels et appropriés de communication dans le but de porter les messages de PF aux clientes de SMI. Ces supports peuvent être entre autres: les causeries de santé, les affiches ou dépliants, la consultation.

Les résultats ont montré que 69% des clientes de SMI n'ont pas reçu/vu de message sur la PF durant leur passage dans les Formations Sanitaires respectifs. Parmi celles qui en ont reçu/vu, la majeure partie (57%) a vu une affiche PF, 35% ont participé à une causerie éducative et 28% ont entendu parler de PF au cours de la consultation (*Graphique N°24*).

Graphique 24 :

Répartition des clientes SMI selon qu'elles aient reçu ou non un message de PF lors de leur visite à la FS et la source de l'information



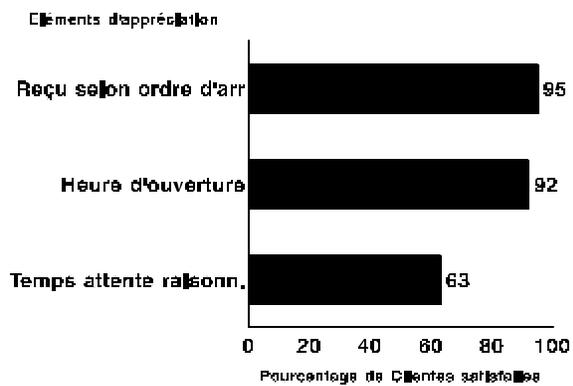
Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Interview des Clientes SMI

d) L'avis des clientes sur l'organisation des services

Du point de vue de l'organisation des services, la majorité des clientes sont satisfaites. Deux raisons l'expliquent: pour elles, la consultation a été faite selon leur ordre d'arrivée (95% des cas) et les heures d'ouverture sont convenables dans 92% des cas. Dans le même sens, 63% des clientes trouvent leur temps d'attente raisonnable (*Graphique N°25*).

Graphique 25 :

Niveau de satisfaction des clientes PF par rapport à l'organisation des services



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
Source : Interview des Clientes de PF
N=509 pour chacun des éléments

Bien que l'objet de cette analyse porte sur les activités de PF, un regard a été jeté à l'endroit d'autres questions liées à la santé de la reproduction: l'avortement, le SIDA, l'excision et l'allaitement. L'analyse approfondie de ces volets dépasse le cadre de ce document. Aussi, ont-ils été abordés de façon synthétique.

1. L'AVORTEMENT

La question de l'avortement a concerné à la fois les clientes de PF et celles de SMI. Au préalable, les prestataires ont été sollicités pour donner leur opinion sur le problème.

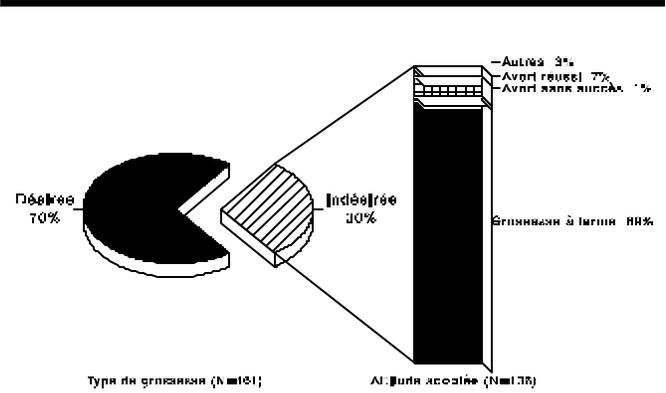
a) Opinion des prestataires sur la pratique de l'avortement

De l'avis de 60% des prestataires, les femmes ont recours à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse pour réguler leur fécondité. Dans le même sens, la majorité des prestataires (80% des cas) affirment que des clientes viennent à eux, pour demander des conseils dans le but de mettre fin à une grossesse non désirée. L'écart est important entre les assertions des prestataires et celles des clientes.

b) L'avortement chez les clientes PF et SMI

Parmi les clientes PF, 94% (soit 461 clientes) avaient déjà eu une grossesse. La grossesse était non désirée dans 30% des cas. Quarante vingt neuf pour cent de ces grossesses non désirées ont été menées à terme contre seulement 7% ayant connu un avortement réussi (Voir *Graphique N°26*). Ce taux est en effet faible par rapport aux affirmations des prestataires. C'est probable aussi que les clientes aient pu retenir l'information du fait que la pratique de l'avortement est prohibée.

Graphique 26 : *Typologie des grossesses des clientes PF et l'attitude qu'elles ont adopté face aux grossesses non désirées*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF

Le taux des grossesses non désirées était relativement faible chez les clientes SMI. En effet, parmi les clientes SMI ayant déjà eu une grossesse (1126 clientes) 21% d'entre elles ont connu des grossesses non désirées. Dans 91% de ces cas, la grossesse a été menée à terme tandis que 4% d'elles ont eu recours à un avortement ayant réussi.

Que ce soit au niveau des clientes PF ou des clientes SMI, les cas d'avortements provoqués étaient au nombre de 12. La moitié des premiers avortements provoqués ont été effectués à un âge précoce chez les clientes de SMI (Moins de 20 ans). Par contre, 50% des avortements provoqués des clientes PF sont intervenus à un âge compris entre 20 et 25 ans chez les clientes PF. (Voir *Graphique N°27*).

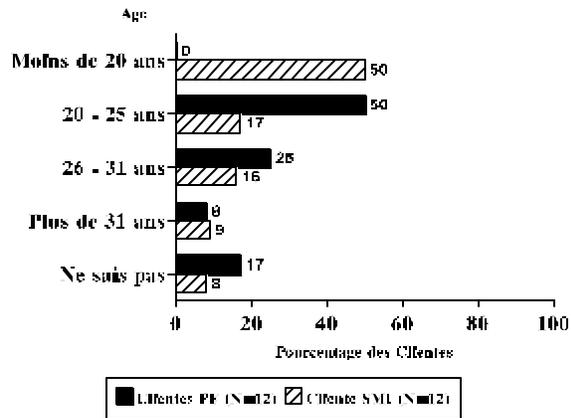
Ces résultats sont probablement liés à une insuffisance d'activités IEC sur la pratique de l'avortement et ses conséquences.

2. Le SIDA

Bien que les activités SIDA fassent partie du paquet minimum d'activités, on constate au niveau des formations sanitaires le manque d'activités de sensibilisation relatives au problème du SIDA. En effet, 55% des clientes de PF n'avaient pas entendu parler de SIDA dans les Formations Sanitaires visitées. Ce pourcentage est de 63% pour les clientes de SMI (*Graphique N°28*).

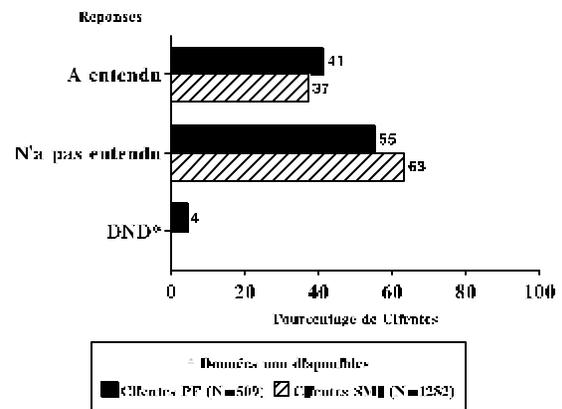
Cette situation peut être améliorée dans la mesure où les prestataires sont disposés à offrir des prestations de counseling sur le SIDA. De même les clientes de PF (95% des cas) et de SMI (89% des cas) ne trouvent pas d'inconvénients à discuter des questions relatives au SIDA avec les prestataires.

Graphique 27 : Age au premier avortement provoqué



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF et Clientes SMI

Graphique 28 : Répartition des clientes selon qu'elles aient entendu ou non parler de SIDA dans les FS visitées



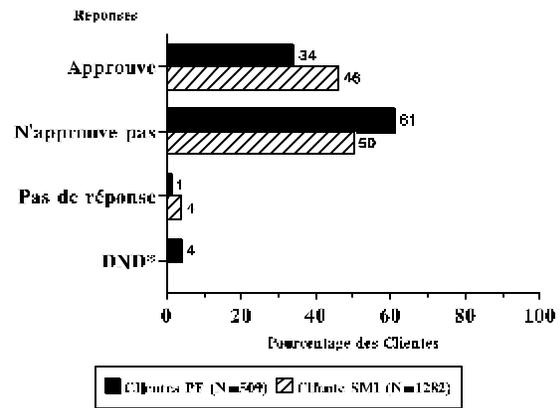
Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF et des Clientes SMI

3. L'EXCISION

L'interview des clientes de PF et de SMI révèle la nécessité d'une intensification des efforts de lutte contre la pratique de l'excision. Pour preuve, 34% des clientes de PF et 46% des clientes de SMI approuvent, de nos jours, sa pratique (*Graphique N°29*).

L'une des raisons de cette attitude pourrait être l'insuffisance des activités de sensibilisation au niveau des formations sanitaires.

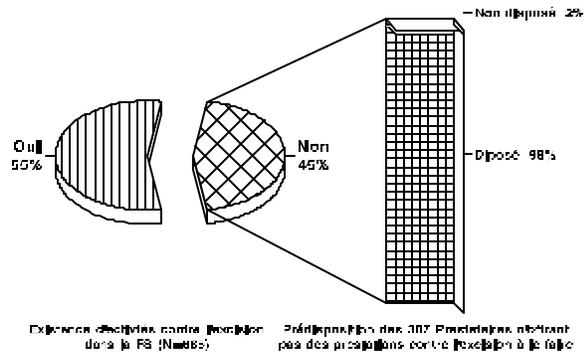
Graphique 29 : *Approbation de l'excision par les clientes PF et SMI*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF et Clientes SMI

En effet, selon la *Graphique N°30*, 45% des prestataires n'offrent pas de prestations sur la lutte contre la pratique de l'excision. On note que dans 55% des FS l'existence d'activités IEC de sensibilisation de lutte contre l'excision. La prédisposition exprimée de ces derniers (98% des cas) doit être transformée en opportunité pour une dynamisation de la lutte contre la pratique de l'excision.

Graphique 30 : *Répartition des prestataires selon l'existence d'activités de lutte contre l'excision et leur prédisposition à offrir des prestations contre sa pratique*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Prestataires

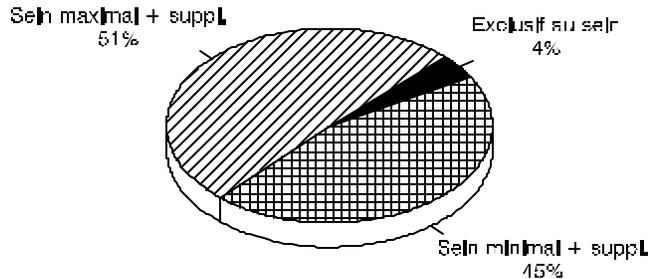
Le dernier point sur la santé de la reproduction porte sur l'allaitement.

4. ALLAITEMENT

Trente cinq pour cent des clientes PF allaitaient au sein au moment de l'étude (Soit 179 clientes PF). L'interview de ces clientes allaitantes a montré que rares étaient celles qui pratiquaient l'allaitement exclusif au moment de l'enquête (4% des cas).

L'allaitement maximum au sein, soutenu par un complément d'aliments ou de liquides étaient pratiqué par un peu plus de la moitié des clientes de PF. Le reste des clientes (45% des cas) avaient opté pour un allaitement minimal et beaucoup plus d'aliments ou de liquides (*Graphique N°31*).

Graphique 31 : *Type d'allaitement pratiqué selon les clientes de PF*



Analyse Situationnelle, Burkina 1995
 Source : Interview des Clientes PF
 N=179

Le faible taux de la pratique de l'allaitement exclusif constaté trouve sa justification dans la faiblesse de la proportion des clientes allaitantes dont l'âge de l'enfant était compris entre 0 et 6 mois (26 clientes allaitantes des 179). On remarque cependant que de ces 26 clientes qui devraient idéalement pratiquer l'allaitement exclusif au sein, seulement 15% le font.

L'analyse des quatre aspects retenus de la santé de la reproduction montre des insuffisances à tous les égards. Pour y pallier, des recommandations spécifiques à ces volets ont été formulées dans la partie conclusions-recommandations.

IV. CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

- A. Capacité fonctionnelle des formations sanitaires**
- B. Qualité des services**
- C. Santé de la reproduction**
- D. Recommandations d'ordre général**
- E. Recommandation de recherche opérationnelle**

Cette deuxième Analyse Situationnelle a permis, une fois de plus, d'apprécier les aspects des points suivants de prestation de services du programme national de planification familiale: la capacité fonctionnelle des formations sanitaires et la qualité des services offerts. Elle a permis également d'aborder d'autres questions de la santé de la reproduction.

Une table ronde a été organisée pour discuter les résultats de l'analyse afin d'en tirer des conclusions et de proposer des recommandations y afférentes. Notons que cette table ronde tenue du 25 au 26 janvier 1996 a connu la participation des hauts responsables du Ministère de la Santé chargés de la planification et la mise en oeuvre des services de PF/SMI, des intervenants et des spécialistes en matière de PF.

Les conclusions ont été traduites en termes de forces (points forts) et faiblesses (points faibles) du programme de PF. Les recommandations ont ainsi été formulées par rapport aux faiblesses constatées, les points forts ayant été considérés comme des acquis à sauvegarder. Les recommandations ont un axe tridimensionnel:

- ! les recommandations spécifiques à la capacité fonctionnelle, la qualité des services et la santé de la reproduction;
- ! celles d'ordre général et enfin;
- ! des recommandations pour la recherche opérationnelle.

Afin d'assurer un succès à la mise en oeuvre de ces différentes recommandations, un "Comité de suivi de la mise en place des recommandations" a été constitué sur proposition de la table ronde.

CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

A. CAPACITÉ FONCTIONNELLE DES FORMATIONS SANITAIRES

RUBRIQUES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS
1. Infrastructures et équipements	1. La disponibilité des infrastructures est satisfaisante	1. Les salles d'examen ne disposent pas d'eau en quantité suffisante 2. Le matériel essentiel pour la PF est insuffisant dans les FS	1. Améliorer les conditions de travail dans les salles d'examen 2. Améliorer l'équipement des FS en matériel de PF
2. Personnel	2. La majorité des prestataires a reçu une formation théorique en PF	3. La formation des prestataires est insuffisante en formation formelle pratique et dans les volets suivants : technique et counseling I E C / P F , gestion/planification, supervision	3. Former les prestataires en IEC/PF: counseling, gestion et planification 4. Former les gestionnaires et prestataires en supervision
3. Matériel IEC	3. Les échantillons de contraceptifs sont utilisés pendant le counseling	4. Les supports IEC sont insuffisants	5. Doter suffisamment les FS en matériel IEC et en assurer une utilisation effective 6. Confectionner et/ou diffuser les boîtes à images
4. Gestion des contraceptifs		5. La disponibilité des méthodes n'est pas suffisante, surtout pour les méthodes de barrière et de DIU 6. Il y a des ruptures de méthodes PF dans les FS dues à un mauvais système d'approvisionnement	7. Assurer une disponibilité permanente et suffisante des méthodes contraceptives dans les FS 8. Mettre en place un meilleur système d'approvisionnement pour prévenir les ruptures de stocks
5. Gestion et supervision des activités		7. Les activités d'IEC ne sont pas planifiées de façon formelle. 8. La supervision est quasi inexistante dans les FS	9. Exécuter les recommandations 3 et 4 et mener une recherche sur les causes de la non exécution des supervisions
6. Archives et rapports		9. Les registres d'activités sont mal remplis	10. Sensibiliser les prestataires au bon remplissage des registres et fiches

CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

B. QUALITÉ DES SERVICES

RUBRIQUES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS
1. Choix des méthodes	1. Les prestataires ne privilégient pas une méthode quelconque	1. Les clientes ont une connaissance limitée sur la gamme des contraceptifs 2. Le niveau de connaissance est faible sur les méthodes autres que la pilule due entre autre au fait que les méthodes non disponibles sont très peu citées par les prestataires	11. Renforcer les activités IEC dans les FS et dans la communauté 12. Développer des activités IEC à l'endroit des clientes de SMI
2. Informations données aux Clients		3. Les informations données par les prestataires aux clientes, par rapport à une méthode choisie, sont insuffisantes (Effets secondaires, inconvénients, contre indication...) 4. Il y a une faible utilisation du matériel IEC	13. Cibler l'IEC sur l'insuffisance constatée 14. Assurer une utilisation systématique des échantillons de contraceptif 15. Utiliser les relais dans la diffusion des messages de PF
3. Compétence des prestataires		5. Il existe des prestataires qui jugent certains examens (urine, sang...) nécessaires avant d'offrir la pilule et les injectables	16. Diffuser la lettre circulaire y afférente et s'assurer de l'application du texte 17. Assurer une supervision formative régulière 18. Former les agents non formés 19. Diffuser le document de politique, standards et protocoles PF
4. Relations interpersonnelles	2. Le temps d'attente est dans l'ensemble satisfaisant 3. La durée de contact est également acceptable 4. Les prestataires s'intéressent aux autres problèmes de santé des clientes	6. Les autres problèmes de santé ne sont pas suffisamment abordés par les prestataires	20. Privilégier l'intégration des services SMI/PF au sein des FS
5. Mécanisme de continuité et de suivi	5. La majorité des prestataires négocient la date de la prochaine visite ou contrôle		21. Renforcer le mécanisme de continuité et de suivi à l'aide d'un meilleur système d'information sanitaire
6. Organisation des services	6. La majorité des FS ouvrent au moins 5 jours dans la semaine	7. Le niveau de diffusion des messages de PF est faible chez les clientes de SMI 8. Les activités IEC ne sont pas suffisantes	22. En plus de la recommandation N°11 il faut informer tout utilisateur des services de santé sur la PF

CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

C. SANTE DE LA REPRODUCTION

RUBRIQUES	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS
1. Avortement		1. Selon les prestataires, le niveau de pratique de l'avortement est élevé dans la communauté	23. Intensifier les activités IEC sur les risques liés à l'avortement dans les FS
2. SIDA	1. Les prestataires sont disposés à mener des activités IEC sur le SIDA 2. Les clientes sont également disposées à discuter du SIDA avec les prestataires	2. Plus de la moitié des clientes PF et SMI n'ont pas entendu parler du SIDA dans les FS qu'elles fréquentent	24. Intensifier les activités d'IEC/SIDA dans les FS dans le cadre de la politique de l'intégration des services
3. Excision	3. Les prestataires sont disposés à réaliser des activités de lutte contre la pratique de l'excision	3. Un pourcentage assez élevé des clientes approuve l'excision	25. Organiser des rencontres de concertation entre les différents intervenants pour harmoniser et coordonner les activités de lutte contre l'excision 26. Intégrer les activités de lutte contre l'excision dans les FS par la formation des prestataires 27. Organiser les activités de lutte contre l'excision au niveau communautaire
4. Allaitement	4. La majorité des clientes utilisent le colostrum	4. Très peu de clientes allaitent exclusivement au sein	28. Intensifier l'IEC sur les bienfaits de l'allaitement au sein au niveau des FS

D. RECOMMANDATIONS D'ORDRE GENERAL

En rapport avec les conclusions et recommandations précédentes, la table ronde a exprimé la nécessité et le besoins d'analyses complémentaires: une analyse secondaire des données de l'Analyse Situationnelle 1995, selon le type de formation sanitaire (CSPS, CM/CMA etc.); une étude comparative entre l'Analyse Situationnelle de 1991 et celle actuelle et; une étude pour cerner les préoccupations des prestataires et les attentes des clientes. Ces analyses ont été jugées indispensables pour les raisons suivantes.

a) *Etude comparative des deux Analyses Situationnelles:*

- ! Mesurer le degré d'exécution des recommandations de la première analyse;
- ! Mettre en évidence les progrès enregistrés par le programme de PF, depuis la première analyse à la deuxième;
- ! Fournir des explications relatives aux recommandations non mises en oeuvre ou partiellement appliquées.

b) *Une analyse par type de formation sanitaire des données de l'Analyse Situationnelle 1996:*

L'inventaire s'est adressé à au moins huit types de formations sanitaires. La représentation de chaque catégorie de formation sanitaire n'a pas été équitable. Aussi, les résultats ont-ils un caractère globaliste. Dans la pratique, les Centres Médicaux sont mieux équipés que les CSPS. Pour supprimer ce biais dû à la composition de l'échantillon, Il apparaît important de réaliser un traitement analytique des données recueillies. Ce traitement permettra de connaître les capacités réelles de chaque type de FS à offrir les services de PF d'une part; et la qualité des services qu'on peut attendre de chaque type de FS d'autre part.

c) *Etude pour cerner les préoccupations des prestataires et les attentes des clientes*

Dans l'optique de pouvoir offrir des services de qualité en PF, il est primordial de bien connaître les attentes des clientes ciblées. De même, doivent être cernées les motivations ou préoccupations de ceux qui sont chargés de mettre lesdits services à la disposition des clientes.

E. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES OPERATIONNELLES

Les résultats de l'analyse ont montré une forte approbation de l'excision par les clientes. Considérant l'ampleur du problème, la table ronde a recommandé qu'une recherche opérationnelle soit faite pour comprendre les fondements socio-économiques et culturels de la pratique de l'excision à un niveau national. Cette recherche permettrait de mieux orienter la stratégie nationale de lutte contre l'excision et se fera en collaboration avec le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE).

Dans le cadre du programme de décentralisation des services sanitaires au niveau du District et au niveau communautaire, besoin est de mener des recherches opérationnelles sur l'approche de distribution à base communautaire (DBC).

Par ailleurs, l'Initiative de Bamako et le paquet minimum de services intégrés de santé au niveau communautaire mériteraient de faire l'objet de recherches opérationnelles.