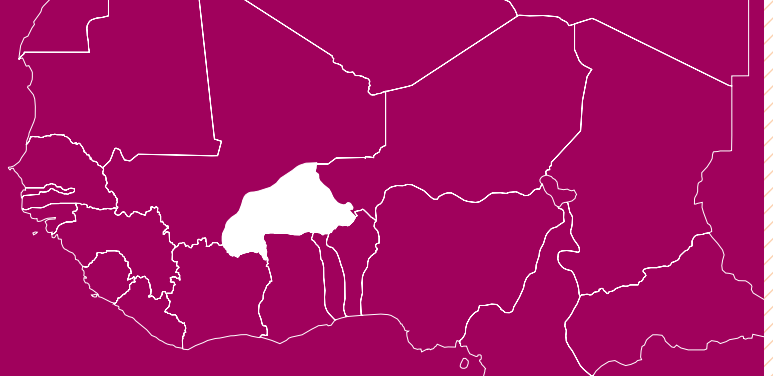


BURKINA FASO



Les soins post avortement (SPA) fournissent une approche globale pour la prévention de la morbidité et de la mortalité causées par les complications liées à l'avortement. (Consortium SPA, 2014). Quant au modèle de SPA de l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) qui est une composante essentielle des SPA, il fournit un accès aux séances de conseils en planification familiale entre autres services de SPA. La fourniture de ces services permet de répondre aux intentions de reproduction des femmes qui la plupart du temps manifestent clairement un besoin en planification familiale (PF) non satisfait, elle réduit les grossesses non désirées, et prévient les avortements à répétition ce qui réduit de ce fait la mortalité maternelle (Curtis, Huber, et Moss-Knight, 2010). Les informations ci-dessous mettent en exergue l'engagement du Burkina Faso dans la fourniture de services de SPA et de PF aux femmes qui en ont besoin.

LES POLITIQUES, LE LEADERSHIP, ET LA GOUVERNANCE

La politique du Burkina Faso en matière de santé de PF et de santé de reproduction (SR) apparaît dans un certain nombre de documents y compris les Politiques et les Normes de Santé Reproductive (2010), le Programme de Développement Sanitaire National 2011–2020 (2011), le plan de Relance du Programme National de Planification Familiale 2013–2015 (2013), et la Loi sur la Santé Reproductive (2005). La Loi sur la Santé Reproductive garantit le droit des individus et des couples à une santé reproductive, un accès équitable aux soins de santé reproductive, et le respect de l'intégrité physique des femmes et des filles. Cependant, ceci reste à être pleinement appliqué, et beaucoup—même certains prestataires de service—ignorent ces dispositions (Futures Group, 2013). Le dernier Plan de Relance du Programme de Planification Familiale 2013–2015 (2013), met en exergue huit actions prioritaires pour étendre et améliorer les services de planification et d'éducation (Futures Group, 2013). Grâce à cette politique, le Burkina Faso vise à accroître la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées à hauteur de 25% en 2015 (Ministère de la Santé, [aucune date]).

Les SPA ont été mis en place au Burkina Faso en 1998. Entre 1998 et 2005, les SPA ont été intégrés dans les documents de politique nationale, les normes, et les protocoles qui sont révisés une fois tous les 3 ans. La Direction de la Santé

de la Mère et de l'Enfant (DMSE) du Ministère de la Santé du Burkina Faso (MS) supervise les programmes de PF et donne des orientations et assure la coordination pour à la fois les organisations publiques et privées qui sont engagées dans les activités de PF. Grâce au renforcement des SPA pour inclure la PF, le pays adopte une approche centralisée pour l'intensification des services, avec une orientation émanant des niveaux national et infranational (RamaRao et al. 2011) et avec l'appui des partenaires y compris Jhpiego, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et le programme d'EngenderHealth's *Agir pour la Planification Familiale* (Dieng et al, 2008). Le protocole national des SPA précise l'utilisation de l'aspiration manuelle sous vide (AMUI) pour les SPA au cours des 12 semaines suivant les dernières règles (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

Statut juridique de l'avortement

L'article 21 du code pénal (1920, révisé en 1996) autorise l'avortement dans les cas de viol et d'inceste, pour sauver la vie de la mère, pour préserver sa santé physique, ou en cas de déficience fœtale (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LA FORMATION ET LES NORMES DES SOINS POST AVORTEMENT

Les services de SPA au Burkina Faso étaient initialement limités à l'enseignement primaire de l'hôpital universitaire, aux



PAC-FP THE POSTABORTION CARE
FAMILY PLANNING PROJECT
Expanding contraceptive methods and informed choice to PAC clients



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



EngenderHealth
for a better life

13 hôpitaux régionaux, et quelques institutions sanitaires des districts. A partir de 2008, les services de SPA étaient inclus dans le programme annuel de district, des registres nationaux de SPA ont été créés, et les activités de SPA étaient intégrées avec le programme de formation de l'École Nationale de Santé Publique et d'autres services de santé (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014). **Les organisations internationales telles que le FNUAP, Jhpiego, et Ipas ont en plus renforcé la formation des agents de santé et leur ont fourni des kits AMUI pour les SPA et les services de santé connexes.**

En 2010, la réponse d'EngenderHealth aux besoins de PF à travers les Choix Elargis de Contraceptifs et les programmes du projet des services (RESPOND) a été de renforcer davantage la fourniture de services de SPA au Burkina Faso en formant les docteurs et sages-femmes sur l'utilisation des AMUI pour les SPA, les séances de conseils ou counseling de la FP et les prestations de services, et la prévention des infections (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

Le Burkina Faso a également accompli des progrès considérables dans la fourniture de services de SPA de qualité en renforçant les programmes de formation initiale et continue à l'intention des sages-femmes, y compris les SPA dans ses normes et protocoles nationaux (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

RENFORCEMENT DES PRESTATIONS DE SERVICES

Afin de renforcer les prestations de service, le MS du Burkina Faso a fait des efforts pour la décentralisation des SPA vers les districts sanitaires et a intégré les SPA dans le volet des soins d'urgence obstétriques et néonataux de leur programme de maternité sans risques (Sedgh et al., 2011). A la suite de cette expansion, la PF volontaire est dorénavant offerte à tous les centres de santé communautaires, avec l'appui des organisations de la société civile et certaines structures sanitaires privées (Futures Group, 2013).

Le Burkina a également renforcé la présence des sages-femmes qui fournissent des services essentiels, notamment les SPA, en augmentant le nombre annuel de sages-femmes recrutées, en ouvrant des écoles nationales de santé dans les quatre régions, et en formant et en recrutant des sages-femmes qui sont spécialisées en soins obstétriques et gynécologiques (Sedgh et al., 2011).

Enfin, en tant que partie intégrante du plan de mise en œuvre des produits de la santé reproductive et du rétablissement de la planification familiale, le Burkina Faso a depuis 2012 institutionnalisé une surveillance hebdomadaire de stock pour les produits sanitaires vitaux, y compris les produits contraceptifs. Depuis lors aucune rupture de stock pour les produits essentiels n'a été signalée à la Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG). Afin de renforcer davantage cette initiative, le Burkina Faso a installé en 2016 un Logiciel de Gestion des produits contraceptifs au niveau du district en vue de permettre une gestion multi-site des services de points de livraison et d'améliorer la disponibilité des produits en cas de rupture de stock (FP2020, 2016).

LES OBSTACLES AUX SPA

Les femmes Burkinabé font face à de multiples obstacles pour l'accès aux services de SPA et de PF; Le coût élevé des services de PF est l'un des principaux obstacles pour l'accès à ces soins importants. Dans les établissements de santé publique, les femmes doivent payer—quand bien même à un prix qui est subventionné—des produits contraceptifs (Bankole et al, 2013). Les femmes du Burkina Faso font également face à la stigmatisation des prestataires et craignent une persécution en accédant aux services de SPA (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016).

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT

En 2015, le Burkina Faso a adopté la couverture maladie universelle pour appuyer l'accès équitable à des soins de santé de qualité. Cependant, le plan national d'assurance sanitaire ne rembourse pas ou ne couvre pas la PF présentement. Actuellement, il n'existe aucun mécanisme de financement qui peut rendre les SPA abordables pour les clientes. Alors que les donateurs fournissent des contraceptifs gratuits, le coût des produits demeure élevé à cause du système de recouvrement des coûts du gouvernement (Fikree, Mugore, et Forrester, 2014).

Depuis 2008, le Burkina Faso a intégré une ligne de crédit dans son budget national qui est consacrée à l'achat de contraceptifs. Cette ligne de crédit est dans l'ordre d'environ 1 million USD (500 millions CFA) (Turner, Senderowicz, et Marlow, 2016). Pourtant, avec l'instabilité politique régnante en 2015 et la mise en place d'un nouveau gouvernement, la ligne budgétaire consacrée à la PF a diminué, les groupes de plaidoyer travaillent à présent pour rétablir le financement et mettre en place un appui financier afin de restaurer les services et produits de PF à leur niveau initial (FP2020, 2016).

BURKINA FASO		Année	Source
Indicateurs démographiques/contextuel			
Population	18,106,000	2017	Nations Unies
Taux global de fécondité	5.2	2015-20	Données des NU sur les perspectives démographiques mondiales
Age au premier accouchement	19.5	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 de naissances vivantes	341		
Mortalité des nouveau-nés pour 1,000 de naissances vivantes	28		
Mortalité infantile pour 1,000 de naissances vivantes	65		
Mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1,000 de naissances vivantes	129		
Accouchement dans les établissements sanitaires	86.2%		
Au moins une visite prénatale lors de la grossesse précédente	95%		
Au moins une visite post-natale lors de la grossesse précédente	36.8%		
Avortement et les indicateurs liés au PF			
Nombre d'avortements	105,000	2012	Institut Guttmacher, 2013
Avortements pour 1000 femmes	25	2008	Institut Guttmacher, 2013
Nombre de grossesses non-désirées	600,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Proportion de grossesses non désirées qui se terminent par un avortement (2014)	1/3	2014	Institut Guttmacher, 2013
Nombre de grossesses non désirées qui ont été évitées grâce à des méthodes contraceptives modernes	397,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre d'avortements non sécurisés qui ont été évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	142,000	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Nombre de décès maternels évités grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes	960	2017-18	Indicateurs de base FP2020, fiche de synthèse, 2017-18
Taux de prévalence de l'ensemble des méthodes contraceptives (l'ensemble des femmes en âge de procréer)	31.7	2017-18	PMA2020, R5
Taux de prévalence, méthodes modernes	30.1		
Connaissances de la planification familiale	97.6%	2010	Enquête démographique et sanitaire, 2010
Utilisation de contraceptifs par type			
Méthodes à long-terme et méthodes permanentes			
Stérilisation (femelle)	Voir d'autres méthodes modernes	2017-18	PMA2020, R5
Stérilisation (mâle)	Voir d'autres méthodes modernes		
DIU	4.2%		
Implant	50.3%		

continued next page

BURKINA FASO		Année	Source
Méthodes à court-terme			
Injection (intramusculaire et sous-cutanée)	28.6%	2017-18	PMA2020, R5
Comprimés	11.7%		
Préservatifs (mâles)	3.7%		
Préservatifs (femelles)	0.0%		
MAMA/ autres méthodes	1.5%		
Besoin non satisfait en ce qui concerne la planification familiale (2018)	20.2%	2017-18	PMA2020, R5
Besoin non satisfait en ce qui concerne l'espacement des naissances	16.2%		
Besoin non satisfait en ce qui concerne la limitation des naissances	4.0%		
Pourcentage de femmes qui ont reçu des informations sur la planification familiale lors de leur dernière visite chez un prestataire de santé	38.0%	2017-18	PMA 2020, R5

Les femmes qui ont un besoin non satisfait sont celles qui sont en état de fécondité et qui sont sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, et qui déclarent qu'elles ne désirent plus une grossesse ou qui désirent retarder leur prochaine maternité. Le concept de besoin non satisfait désigne l'écart entre les intentions de reproduction et le comportement contraceptif.

RÉFÉRENCES

Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., et al. 2013. Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: *Causes et conséquences*. New York: Guttmacher Institute. Récupéré à: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-burkina-eng.pdf.

Curtis, C., Huber, D., et Moss-Knight, T. 2010. Planification familiale post avortement: Gestion du cycle de grossesse non désirée à répétitions et de l'avortement. *Perspectives Internationales sur la Santé sexuelle et génésique* 36(1):44-48. doi: 10.1363/ipsrh.36.044.10.

Dieng T., Diadhiou M., Diop J. N., et Faye Y. 2008. Evaluation des progrès accomplis concernant l'initiative des soins post avortement en Afrique francophone Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), *Frontières dans la santé reproductive*. Récupéré à : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnndl826.pdf.

Planification familiale 2020 (FP 2020). 2016. Burkina Faso: Auteur d'Engagement depuis 2012. Washington, DC. Récupéré à: www.familyplanning2020.org/entities/91.

Fikree, F. F., Mugore, S., and Forrester, H. 2014. Renforcement de la Planification post avortement au Burkina Faso: *Formation initiale et continue sur les soins post avortement*. Washington, DC: Preuve du Projet d'Action. Récupéré sur: www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/strengthening-pac-fp-burkina.pdf.

Futures Group. 2013. *Repositionnement de la Planification familiale au Burkina Faso: Etat d'avancement des programmes de Planification familiale au Burkina Faso*. Policy Brief. Washington, DC. Récupéré à: www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Burkina_Faso_WestAfricaBriefs_Final.pdf.

Ministère de la Santé. [Aucune date]. Programme de stimulation de la planification familiale (2013-2015). Ouagadougou. Récupéré sur: http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/04/Burkina_Faso_National_FP_Plan_ENGLISH1.pdf.

Les Soins Post-avortement (PAC) Consortium. 2014. *Misoprostol pour les soins post avortement: Extension de la fourniture de services de SPA et de l'accès à un traitement très efficace pour l'avortement incomplet*. Consortium PAC

Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A., et Mikulich, M. 2011. Estimation de l'incidence de l'avortement au Burkina Faso en utilisant deux méthodologies. *Etudes sur la planification familiale* 42(3):147-154.

Turner, K. L., Senderowicz, L., and Marlow, H. M. 2016. *Besoins globaux en soins d'avortement et les opportunités en Afrique de l'Ouest francophone: Résultats de l'évaluation de la situation*. Chapel Hill, NC: Ipas.

