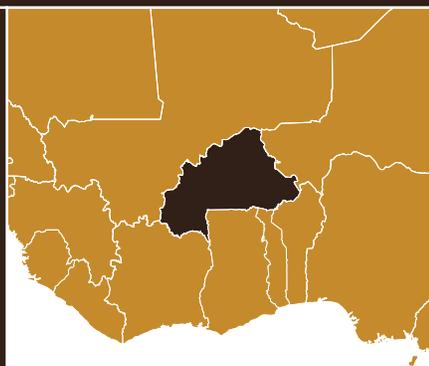


OCTOBRE 2014

REPOSITIONNEMENT
DE LA PLANIFICATION
FAMILIALE AU
BURKINA FASO: ÉTUDE
QUALITATIVE SUR LA
DÉLÉGATION DES TÂCHES



Cette publication a été préparée par Timothée Gandaho (chercheur), Cathryn Striefel, Modibo Maiga, Annie Chen et Sandra Duvall du Projet de politique de santé (HPP).

Référence suggérée : Gandaho, T, C. Striefel, S. Duvall, M. Maiga et A. Chen. 2014. *Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso : étude qualitative sur la délégation des tâches*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

ISBN: 978-1-59560-043-1

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

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso: étude qualitative sur la délégation des tâches

OCTOBRE 2014

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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	iv
Résumé.....	v
Abréviations et acronymes.....	viii
Introduction.....	1
Methodologie	2
Revue documentaire.....	2
Entretiens approfondis.....	2
Analyse des données.....	3
Limites de l'étude.....	3
Résultats	3
Sources d'approvisionnement existantes en contraceptifs.....	3
Disponibilité des contraceptifs au niveau public et communautaire.....	4
L'implication des agents par catégorie dans la proposition de médicaments et de contraceptifs.....	5
Niveau d'éducation et le programme de formation et de suivi des agents.....	9
La mise en œuvre des PNP : les services proposés par les agents de santé communautaire.....	10
La sélection des agents de santé communautaire.....	10
La rémunération des ASC.....	11
La distribution à base communautaire des contraceptifs par le secteur privé.....	12
L'évaluation et le suivi des ASC dans les ONG et les associations.....	12
Les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches des services de PF à base communautaire.....	13
Conclusions	15
Annexe A. Système de Santé au Burkina Faso	17
Annexe B. Liste des Informateurs-cles Pour la Delegation des Tâches au Burkina Faso	18
Annexe C. Guide d'Entretien de la Delegation des Tâches A	20
Annexe D. Guide d'Entretien de la Délégation des Tâches B	28
References	34

REMERCIEMENTS

Le bureau Afrique de l'Ouest du Futures Group remercie le ministère de la Santé du Burkina Faso pour avoir accueilli favorablement le principe de cette étude et donné son soutien politique indispensable à sa réalisation. L'équipe remercie particulièrement le Docteur Djénéba Sanon, directrice de la Santé de la mère et de l'enfant (DSME), pour son implication personnelle et volontariste à l'organisation de l'étude, à l'identification et la mobilisation de personnes ressources dont la contribution fut déterminante à la réussite de l'étude.

L'équipe remercie particulièrement Mme Justine Belem, sans l'appui déterminée de laquelle cette étude n'aurait pu se réaliser. Grace à elle, l'étude s'est déroulée avec une rapidité inespérée, surtout vu le nombre d'entretiens nettement supérieur aux attentes de notre équipe.

Nous remercions les piliers de cette étude, toutes les personnes-clés qui ont accepté nos entretiens malgré leurs calendriers chargés. Leur accueil et disponibilité émouvants nous ont permis de collecter les informations utiles présentées dans ce rapport. Aucun rendez-vous que les 26 répondants nous ont donné n'a été reporté ou retardé par nos interlocuteurs.

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

RÉSUMÉ

Contexte

La planification familiale (PF) a toujours été une préoccupation pour le gouvernement du Burkina Faso. Le recensement de 2006, qui a révélé un taux d'accroissement de la population de 3,1 % au cours de la dernière décennie, a renforcé l'engagement politique en faveur des questions de population. Pour faire face à cette situation, le gouvernement s'est engagé en faveur d'une meilleure accessibilité à l'information et à des services de qualité de PF. Le *Plan national du développement sanitaire, 2011–2020*, repositionne la PF comme action prioritaire, et un document-cadre inclut des actions à entreprendre en faveur de la PF.

Etant donné que la majorité de la population (77 %) vit en milieu rural et a des difficultés pour accéder aux services de PF dans les structures sanitaires, la délégation des tâches et la distribution à base communautaire sont nécessaires à l'atteinte des objectifs de relance de la PF au Burkina Faso. Sous le projet régional AWARE II, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le Burkina Faso avait signé un protocole d'accord pour autoriser la délégation des tâches pour la distribution de certains contraceptifs à base communautaire. Suite à la Conférence de Ouagadougou et dans le cadre de l'affinement de son plan d'action national budgétisé de planification familiale, auquel le Projet de politique de santé (HPP) financé par l'USAID a participé, le Burkina a priorisé la délégation des tâches pour permettre aux agents de santé communautaire (ASC) de faire l'offre initiale de la pilule et aux accoucheuses auxiliaires de fournir des contraceptifs injectables et des implants.

En 2013, afin de renforcer l'accès aux services de PF au Burkina Faso, et en collaboration avec le ministère de la Santé burkinabè, le projet HPP a analysé les politiques de délégation des tâches pour la distribution à base communautaire (DBC) de la pilule, des contraceptifs injectables et la fourniture des méthodes contraceptives de longue durée d'action (LAM) par les prestataires de santé de niveau inférieur. Le projet a également analysé la mise en œuvre de ces politiques. Les informations qui en ressortent comprennent la fourniture de 16 services de planification familiale différents fournis par les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les agents de marketing social, les infirmières auxiliaires, les infirmières sages-femmes auxiliaires, les infirmières, les sages-femmes et les médecins. Les 16 méthodes de planification familiale comprennent les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants, le dispositif intra-utérin (DIU) et des méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes.

Entre le 16 et le 23 juin 2013, le projet HPP a conduit une analyse basée sur des entretiens approfondis avec les informateurs-clés au Burkina Faso impliqués dans la DBC de la pilule et des contraceptifs injectables et la fourniture permanente de LAM par le personnel de santé de niveau inférieur. L'étude s'intéressait non seulement à l'existence ou non des principales politiques, normes et procédures, mais également au niveau de mise en œuvre de celles-ci. Le projet HPP a porté sur la délégation des tâches au Burkina Faso avec pour objectif spécifique celui de documenter :

1. Une meilleure connaissance des sources d'approvisionnement existantes des contraceptifs
2. L'implication des agents par catégorie dans la proposition de médicaments et de contraceptifs
3. Les politiques et directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs
4. Les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches de planification familiale à base communautaire et la distribution des produits de PF

Résultats-clés

L'analyse a révélé l'existence de politiques au Burkina Faso qui soutiennent la distribution à base communautaire ainsi que certaines politiques et pratiques qui ne la facilitent pas. Selon les politiques, toutes les catégories de personnel sont impliquées dans la proposition des services de PF et participent aux activités de promotion de la PF et de la fourniture des préservatifs et spermicides au Burkina Faso. Néanmoins, la délégation des tâches à des limites. Selon les politiques, normes et procédures (PNP), la pratique de la contraception chirurgicale volontaire (CCV) est réservée aux chirurgiens et surtout aux gynécologues dans des centres disposant du plateau technique nécessaire. Seuls les sages-femmes, les maïeuticiens, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les médecins formés sont autorisés à proposer le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants. Les PNP autorisent les accoucheuses auxiliaires à proposer la pilule et les méthodes injectables seulement en absence d'une sage-femme, du personnel infirmier ou du personnel plus qualifié. Pourtant, certains spécialistes interviewés ont déclaré que les accoucheuses auxiliaires doivent pouvoir proposer le DIU et l'implant. Finalement, les PNP autorisent les ASC à réapprovisionner les patientes en pilules déjà prescrites mais, selon les informateurs-clés, le personnel de certains centres de santé publics leur défend d'exécuter cette tâche.

Pour améliorer l'accès aux services de PF à travers des ASC, le pays a opté pour la distribution à base communautaire des produits contraceptifs par les ASC avec l'appui des organisations non gouvernementales (ONG) et des associations sous forme de contractualisation. En plus, le ministère de la Santé, à travers sa Direction de la santé communautaire, a impliqué tous les acteurs concernés dans la production d'un document-cadre pour les services à base communautaire. Ce document exige que les ASC sachent lire et écrire, qu'ils sachent parler la langue de la communauté desservie et qu'ils soient acceptés par celle-ci, changement important qui facilitera la fourniture des services PF par les ASC.

Finalement, les informateurs-clés ont indiqué certains obstacles par rapport au circuit d'approvisionnement en contraceptifs du secteur public au niveau communautaire. Même si la Direction de la santé de la famille a un système pour éviter les ruptures de stock des contraceptifs au niveau communautaire, selon les informateurs-clés, des ruptures se produisent au niveau des dépôts répartiteurs de district et des centres de santé et de la promotion sociale (CSPS), qui distribuent les contraceptifs au niveau communautaire. Cela peut entraîner des retards d'approvisionnement ou de commandes, ou une demande élevée et inattendue lors des journées PF, ou dans les cliniques mobiles (qui proposent gratuitement ces méthodes) si ces activités ne sont pas bien planifiées. Les informateurs-clés ont noté aussi des cas de péremption de certains contraceptifs moins utilisés.

Recommandations

Suite à une revue de la littérature et à des entretiens approfondis avec des représentants du ministère de la Santé du Burkina Faso, des pharmaciens, des agents de marketing social, des infirmières auxiliaires, des infirmières sages-femmes auxiliaires, des infirmières, des sages-femmes et des médecins, le projet HPP formule les recommandations suivantes :

1. Diriger le plaidoyer envers les décideurs du ministère de la Santé afin d'encourager une révision des politiques, normes et procédures qui les adaptera aux nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la Santé sur la délégation des tâches. Il s'agira d'obtenir du ministère de la Santé une convention de collaboration, des directives ou un document de politique spécifique à la délégation des tâches en PF. L'objectif est de permettre aux ASC de donner la première dose de pilule et d'administrer les injections de contraceptifs, et aux accoucheuses et infirmiers brevetés de proposer les méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM).
2. Harmoniser le profil et les critères de choix des ASC quant au niveau de formation scolaire minimum exigé et au curriculum de formation harmonisé pour permettre aux ASC de proposer les contraceptifs oraux et injectables.

3. Relever le niveau de recrutement et de formation des ASC afin qu'ils soient capables d'initier l'offre de la pilule aux clientes et administrer les contraceptifs injectables sous supervision régulière du personnel qualifié.
4. Mettre à échelle la politique de distribution à base communautaire (DBC) de contraceptifs reposant sur le nouveau profil d'ASC.
5. Renforcer le système mis en place par la Direction de la santé de la famille pour éviter les ruptures de stock des contraceptifs.
6. Assurer la disponibilité de toutes les méthodes contraceptives au niveau communautaire, y compris celles dites à longue durée d'action, à travers la distribution à base communautaire, les cliniques mobiles et la présence de personnel qualifiée dans les CSPS.
7. Entreprendre des innovations avec des expériences pilotes s'inspirant des meilleures pratiques pour réduire les besoins non satisfaits de PF en tenant compte les réalités du Burkina Faso.
8. Finaliser le document de base sur la stratégie de santé communautaire du Burkina et le valider.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABBEF	Association burkinabè pour le bien-être familial
AIS	agent itinérant de santé
ASC	agent de santé communautaire
AWARE	Action pour la région Afrique de l'Ouest (Action for West Africa Region)
BEPC	brevet d'études du premier cycle
CAMEG	centrale d'achat des médicaments génériques
CCC	communication pour le changement de comportement
CCV	contraception chirurgicale volontaire
CEDPA	Centre pour les activités de développement et de population (Center for Development and Population Activities)
CEPE	certificat de fin d'études primaires et élémentaires
CHN	centre hospitalier national
CHR	centre hospitalier régional
CHU	centre hospitalier universitaire
CM	centre médical
CMA	centre médical avec antenne chirurgicale
CSPS	centre de santé et de promotion sociale
DBC	distribution à base communautaire
DIU	dispositif intra-utérin
DRS	direction régionale de la santé
DSF	Direction de la santé de la famille
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
HPP	Projet de politique de santé (Health Policy Project)
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IEC	information, éducation et communication
IPPF	Centre international pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation)
LAM	méthodes contraceptives à longue durée d'action (long-acting contraceptive methods)
MCD	médecin-chef de district
MEG	médicaments génériques
MS	ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation ouest-africaine de la Santé
OSC	organisation de la société civile
PF	planification familiale
PNDS	Plan national du développement sanitaire
PNP	politiques, normes et procédures
PRB	Bureau d'information démographique (Population Reference Bureau)
PTF	partenaire technique et financier
SR	santé de la reproduction
TAC	tableaux d'acquisition des contraceptifs
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNFPA	Fonds des Nations-Unis pour la population (United Nations Population Fund, anciennement United Nations Fund for Population Activities)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (US Agency for International Development)

INTRODUCTION

L'utilisation de la contraception moderne est inférieure à 10 % dans de nombreux pays de l'Afrique de l'Ouest francophone. Le taux de fécondité est élevé, avec 6 enfants par femme (INSD et ICF International 2010). Les efforts visant à réduire les taux actuels de besoins non satisfaits en planification familiale (PF) de 24 % (INSD et ICF International 2010) ont été minés par une pénurie de ressources financières doublée d'une répartition inégale du personnel médical et paramédical dans la région. La délégation des tâches est une recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour remédier à la pénurie et à la répartition inégale du personnel de santé. Une répartition plus rationnelle des tâches et des responsabilités entre les différentes catégories d'agents de santé, y compris les agents de santé communautaire (ASC), est selon l'OMS une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès et le rapport coût-efficacité au sein des systèmes de santé (OMS 2013).

La littérature existante montre que les services de distribution à base communautaire (DBC) de contraceptifs peuvent constituer une stratégie efficace dans les zones mal desservies de l'Afrique francophone. Par exemple, un projet pilote visant à déterminer si les ASC peuvent fournir la pilule aux nouvelles utilisatrices et administrer des contraceptifs injectables au Togo a démontré que 27 % des femmes en âge de procréer dans les districts étudiés ont adopté des méthodes modernes de contraception, comparé à 13 % dans le reste du pays, où les ASC ne les fournissent pas (PRB 2012 ; AWARE II 2012). En outre, les programmes de DBC financés par des donateurs qui sont mis en œuvre au Burkina Faso et au Niger révèlent que les populations sont ouvertes aux conseils et prêtes à recevoir des services en matière de PF de la part du personnel de santé non médical. Cela témoigne du niveau élevé des besoins non satisfaits dans ces communautés et de la nécessité de la délégation des tâches pour rendre les services de PF accessibles à davantage de femmes dans ces zones.

Le recensement de 2006 a entraîné un regain d'intérêt du gouvernement du Burkina Faso en faveur des questions de population et de planification familiale. Le recensement avait indiqué un taux d'accroissement de la population de 3,1 % au cours de la dernière décennie. Au Burkina Faso, les taux de mortalité maternelle (341 pour 100 000 naissances vivantes en 2010) et de mortalité néonatale (28 pour 1 000 naissances vivantes) sont encore très élevés (INSD et ICF International 2010). Or, l'augmentation de la prévalence contraceptive a été modérée au cours des dernières années, passant de 8,6 % en 2003 à 15,0 % en 2010, avec des besoins non satisfaits de 23,8 % en 2010 (INSD et ICF International 2010).

Pour faire face à cette situation, les mesures suivantes de renforcement des activités et du cadre légal et réglementaire de la planification familiale au Burkina Faso ont été entreprises :

- Adoption d'une loi relative à la santé de la reproduction en 2005
- Mise en œuvre du Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction pour la période 2009–2015
- Repositionnement de la PF comme action prioritaire du Plan national du développement sanitaire (PNDS) 2011–2020
- Amélioration de l'accès aux services de PF à travers la gratuité des prestations, la subvention des produits contraceptifs et la distribution à base communautaire des produits contraceptifs avec l'appui des organisations non gouvernementales (ONG) et des associations
- Organisation en février 2011 de la Conférence de Ouagadougou, où huit gouvernements de la sous-région, des bailleurs de fonds internationaux et la société civile se sont engagés en faveur d'une meilleure accessibilité à l'information et à des services de qualité relatifs à la PF

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

- Participation en novembre 2011 d'une forte délégation du pays à la Conférence internationale sur la planification familiale de Dakar : « Recherches et meilleures pratiques en matière de planification familiale ». La délégation du Burkina s'est enrichie pendant la conférence des expériences d'autres pays en matière de repositionnement effectif de la PF.
- Déclaration d'engagement du Burkina Faso en faveur de la PF par la première dame au Sommet de Londres en juillet 2012.
- Dans le cadre du protocole d'entente AWARE II, signé avec l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), le Burkina Faso a inscrit comme priorité la délégation des tâches pour permettre aux agents de santé communautaire de fournir le cycle initial de pilules et de permettre aux agents de santé qualifiés d'administrer les contraceptifs injectables en stratégie avancée dans la zone du projet.

Pour soutenir la mise en œuvre du protocole d'entente AWARE II, signé par le Burkina Faso avec l'USAID, le Projet de politique de santé (HPP) de l'USAID a revu les politiques de délégation des tâches et leur mise en œuvre au Burkina Faso. Entre le 16 et le 23 juin 2013, le projet HPP a effectué une étude soutenue par des entretiens approfondis avec les informateurs-clés au Burkina Faso dans le cadre de la distribution à base communautaire de pilules et de contraceptifs injectables et la fourniture permanente de méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM) par le personnel de santé de niveau inférieur. La revue comprenait non seulement l'existence ou non des principales politiques, normes et procédures, mais également le niveau de mise en œuvre de celles-ci.

La présente analyse du projet HPP a pour objectifs spécifiques de documenter (1) les sources d'approvisionnement existantes des contraceptifs ; (2) l'implication des agents par catégorie dans la proposition de médicaments et de contraceptifs ; (3) les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution des contraceptifs et (4) les suggestions des participants pour améliorer le partage des tâches des services de planification familiale à base communautaire et les produits de PF.

METHODOLOGIE

Revue Documentaire

Le projet HPP a réalisé un examen préliminaire des documents liés à la délégation des tâches et la planification familiale au Burkina Faso, incluant les documents de politique nationale de PF comme les politiques des normes et des procédures, les directives de prestation de services de PF et les analyses antérieures concernant la PF et les besoins non satisfaits. Avant d'interviewer les informateurs-clés, le projet HPP a analysé ces documents pour identifier l'absence des politiques ainsi que les politiques qui favorisent et celles qui font obstacle à la DBC et à la délégation des tâches.

Entretiens Approfondis

Un consultant du projet HPP a mené les entretiens approfondis sur la délégation des tâches telle qu'elle est pratiquée au Burkina Faso avec 39 informateurs-clés des secteurs public et privé dans le domaine de la proposition des services de planification familiale. Le chercheur a suivi un guide d'entretien semi-structuré développé par le projet HPP pour cette analyse. Cette approche qualitative a donné aux répondants la possibilité de détailler pleinement et librement leurs opinions, facilitant la collecte d'informations plus complexes et détaillées. La durée de chaque entretien a varié entre 30 et 40 minutes.

L'échantillon des informateurs-clés (n=39) (Annexe A) a été fait au choix raisonné et comprend des responsables centraux du ministère de la Santé (n=8) ; des responsables régionaux du ministère de la

Santé (n=2), des membres du personnel de santé appartenant au secteur public au niveau des districts sanitaires (n=6) ; des partenaires techniques et financiers (PTF) (n=2), des représentants d'ONG locales (responsables et prestataires de services) (n=8), des responsables d'ONG internationales (n=2), des pharmaciens/cliniciens privés (n=2) ; des gynécologues universitaires (CHU) (n=2), des agents de marketing social (n=2) et des agents de santé communautaires (n=5).

Avant de démarrer chaque entretien, le chercheur a présenté les objectifs de l'étude et a obtenu le consentement de l'informateur-clé. Le chercheur a ensuite mené l'entretien à l'aide d'un guide structuré, enregistré la conversation sur dictaphone pour une transcription ultérieure et pris des notes directement sur le guide d'entretien. Avec l'appui d'assistants locaux, le chercheur a analysé les transcriptions et les notes prises pendant les entretiens.

Analyse des Données

Le chercheur a par la suite analysé les transcriptions et notes prises pendant les entretiens et développé des recommandations en matière de délégation des tâches en direction du ministère de la Santé du Burkina Faso et ses partenaires. Les données dans le tableau 2 résument les réponses données au cours des entretiens avec des informateurs-clés. Les informations du tableau comprennent la fourniture de 16 services de planification familiale différents fournis par les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les agents de marketing social, les infirmières auxiliaires, les infirmières sages-femmes auxiliaires, les infirmières, les sages-femmes et les médecins. La liste complète des 16 méthodes de planification familiale comprend les contraceptifs oraux, les préservatifs, les contraceptifs injectables hormonaux, les implants contraceptifs, le DIU et des méthodes permanentes comme la vasectomie et la ligature des trompes.

Limites de L'étude

Une des limites de l'entretien approfondi est la petite taille de l'échantillon, ou le nombre limité de personnes interrogées. Les résultats doivent donc rester dans leur contexte thématique et d'opinion individuelle.

RÉSULTATS

L'analyse des documents et des entretiens par le projet HPP a révélé certaines politiques au Burkina Faso qui soutiennent la distribution à base communautaire des contraceptifs ainsi que certaines politiques et pratiques qui constituent des barrières opérationnelles. Cette analyse a révélé que certaines politiques et barrières à la mise en œuvre d'autres politiques impactent sur la disponibilité et l'accessibilité des contraceptifs au niveau communautaire au Burkina Faso.

Sources D'approvisionnement Existantes en Contraceptifs

L'approvisionnement en contraceptifs au Burkina se fait selon deux circuits, le public et le privé. Pour le secteur public, les partenaires techniques et financiers (PTF) — principalement l'UNFPA — achètent les produits contraceptifs correspondant aux besoins exprimés du pays et les remettent à la centrale d'achat des médicaments génériques (CAMEG) à qui l'Etat a confié ce rôle pour le compte de la Direction de la santé de la famille et ses services décentralisés. Ce circuit d'approvisionnement du secteur public repose donc sur la CAMEG qui approvisionne les dépôts répartiteurs des districts sanitaires, qui à leur tour approvisionnent les dépôts des centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Les directions régionales de la santé ne disposent pas de dépôts de médicaments ou de contraceptifs de la CAMEG du fait qu'ils sont directement stockés dans les magasins au niveau des districts sanitaires. Les dépôts des CSPS sont

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

les dernières structures de la pyramide sanitaire de l'Etat (voir Annexe A) et sont chargés d'approvisionner en contraceptifs les ASC au niveau communautaire.

Pour le secteur privé, les organismes privés à but non lucratif, comme l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), et les ONG de la contractualisation sont autorisés à s'approvisionner au niveau de la CAMEG ou des dépôts répartiteurs de districts ou des CSPS. L'ABBEF reçoit aussi des contraceptifs de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). Les organismes privés à but lucratif, comme les pharmacies, ont leur circuit à part et sont approvisionnés par les grossistes pharmaceutiques qui obtiennent leurs produits auprès des firmes pharmaceutiques étrangères.

Quand les contraceptifs sont disponibles, ils sont proposés aux clients dans les hôpitaux, centres de santé et dispensaires, cliniques mobiles, points de vente à base communautaire (comme les ASC et les magasins de médicaments), structures de marketing social, établissements privés (tels que les cliniques et pharmacies privées), maternités, centres de soins infirmiers et magasins de médicaments au détail.

Disponibilité des contraceptifs au niveau public et communautaire

La Direction de la santé de la famille (DSF) veille sur la disponibilité des contraceptifs à tous les niveaux. Elle quantifie les besoins qu'elle partage avec les partenaires techniques et financiers (PTF) pour l'achat lors des séances des tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC). La DSF veille également sur l'approvisionnement des districts sanitaires et des CSPS, qui ont un dépôt de médicaments géré non par un pharmacien mais par un gérant de dépôts à qui cette tâche a été officiellement déléguée pour ce niveau, à travers un contrôle de la disponibilité des produits au niveau des formations sanitaires. Ce système demande à chaque formation sanitaire de faire le point chaque semaine des stocks de contraceptifs disponibles et d'indiquer si le seuil d'alerte pour une nouvelle commande est atteint.

Néanmoins, les informateurs-clés ont indiqué certains obstacles par rapport au circuit d'approvisionnement en contraceptifs du secteur public. Même avec le contrôle de la DSF, des ruptures se produisent dans les dépôts répartiteurs de district et de CSPS. Les informateurs-clés ont noté aussi des cas de péremption de certains contraceptifs moins utilisés. Selon les informateurs-clés, les préservatifs, la pilule, les contraceptifs injectables, les implants, les DIU et la contraception d'urgence doivent être disponibles en pharmacie privée. Cependant, leur disponibilité varie selon les pharmacies.

Globalement, la non disponibilité des contraceptifs au niveau central ou de la CAMEG est due soit à un retard dans la livraison des produits, soit à un retard dans la commande, soit à une insuffisance de la quantité reçue par rapport aux besoins réels, qui ont été sous-estimés. Il s'agit là d'un problème de gestion que l'UNFPA essaye d'éviter par la gestion informatique des stocks.

La non disponibilité dans les dépôts répartiteurs de district ou des CSPS s'explique par les retards d'approvisionnement ou de commandes ou par des ruptures de stock. Cela peut entraîner des retards d'approvisionnement ou de commandes, ou une demande élevée et inattendue lors des campagnes, des journées PF, ou dans les cliniques mobiles (qui proposent gratuitement ces méthodes) si ces activités ne sont pas bien planifiées.

Néanmoins, la couverture insuffisante du pays en points de prestation de services PF constitue une barrière plus sérieuse à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Si certaines méthodes ne sont pas disponibles dans les localités, les populations ne peuvent pas y accéder, car les femmes doivent parcourir de grandes distances pour en bénéficier, et avec le coût du transport certaines femmes sont démotivées.

~Informateur-clé, responsable de la proposition
des services d'une ONG

L'implication des Agents par Catégorie dans la Proposition de Médicaments et de Contraceptifs

Au Burkina Faso, conformément aux politiques, normes et procédures (PNP), les activités de promotion de la PF sont autorisées pour toutes les catégories de personnel impliquées dans la proposition de services de PF, y compris les ASC. Les ASC peuvent proposer des préservatifs, des spermicides et des pilules — uniquement en renouvellement. L'infirmier breveté, l'accoucheuse auxiliaire, l'agent itinérant de santé (AIS) et les catégories de personnel plus qualifié sont autorisés à offrir la pilule en première prescription et les contraceptifs injectables. Selon les politiques, normes et procédures (PNP), la pratique de la contraception chirurgicale volontaire (CCV) est réservée aux chirurgiens et surtout aux gynécologues dans des centres disposant du plateau technique nécessaire. Seuls les sages-femmes, les maïeuticiens (équivalents masculins des sages-femmes), les infirmiers d'Etat (IDE) et les médecins formés sont autorisés à proposer le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants (voir détails dans le tableau 1 ci-dessous).

Dans l'ensemble, les prestataires des services de PF autres que ceux du public ont en leur sein des personnels qualifiés formés à prescrire et administrer les produits dont ils font la promotion (pilule, contraceptifs injectables, DIU, implants, contraception d'urgence et CCV). Ce personnel varie selon les méthodes. *Infirmier* est le niveau de qualification minimum pour la pilule et les contraceptifs injectables ; *sage-femme* pour le DIU et les implants ; *médecin* et *gynécologue* pour la CCV. Le tableau 1 ci-dessous résume le niveau de délégation de certaines tâches de PF par catégorie de personnel.

Tableau 1: Offre de services de planification familiale au Burkina Faso par catégorie de personnel et de structure de santé

Type de service	Agent de marketing social ¹	Pharmacien	Agent de santé communautaire	Agent itinérant de santé	Infirmier	Sage-femme	Docteur	Centre de santé public (Si compétence requise disponible)	Prestataire privé et ONG (Si compétence requise disponible)
Conseil	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visites à domicile	x		x	x	x	x	x	x	x
Causeries d'éducation pour la santé	x		x	x	x	x	x	x	x
Contraceptifs oraux combinés	x	x	X Renouvellement uniquement	x	x	x	x	x	x
Pilules uniquement progestatives	x	x	X Renouvellement uniquement	x	x	x	x	x	x
Préservatifs	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Injection Depo-Provera				x Sous supervision	x	x	x	x	x
Injection Noristerat				x Sous supervision	x	x	x	x	x
Dispositif intra-utérin						x	x	x	x
Ligature bilatérale des trompes						x ABBEF	x	x	x
Vasectomie						x ABBEF	x	x	x
Insertion de l'implant						x	x	x	x

¹ Pharmaciens : inclus les gérants de dépôts et les pharmaciens des formations sanitaires

Type de service	Agent de marketing social ¹	Pharmacien	Agent de santé communautaire	Agent itinérant de santé	Infirmier	Sage-femme	Docteur	Centre de santé public (Si compétence requise disponible)	Prestataire privé et ONG (Si compétence requise disponible)
Contraception d'urgence						x	x	x	x
Méthodes d'abstinence périodique	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)						x	x	x	x
Supervision des cadres inférieurs						x	x	x	x

NB. Le Burkina n'a pas d'aides-soignants mais des agents itinérants de santé (AIS) qui jouent le même rôle.

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

Même si certaines tâches sont partagées avec les agents de santé de niveaux inférieurs, l'actuelle délégation des tâches selon les PNP et sa mise en œuvre posent souvent des barrières à l'accès aux services, surtout pour les femmes en zones rurales reculées. Le manque de ressources humaines qualifiées à proposer certaines méthodes, selon les PNP, explique en grande partie la non disponibilité des contraceptifs au niveau communautaire. Par exemple, seuls les préservatifs et la pilule en renouvellement sont disponibles auprès des ASC, qui sont obligés de référer les femmes vers les CSPS pour la première dose de pilule, les contraceptifs injectables, le DIU et les implants — ou de leur faire les séances de stratégie avancées menées par l'équipe de district ou des cliniques mobiles des ONG.

D'autres informateurs-clés ont confirmé que certaines méthodes, surtout les DIU et les implants, ne sont pas disponibles au niveau communautaire à cause du manque de personnel qualifié, comme les sages-femmes ou les infirmiers diplômés d'Etat. Certains centres de santé, qui ne disposent que d'une accoucheuse ou d'un infirmier breveté non autorisé à proposer le DIU ou les implants, sont obligés de référer les femmes voulant ces méthodes aux structures de santé de niveau supérieur disposant du personnel qualifié. La majorité des répondants du secteur public et du secteur privé ont aussi affirmé que les pharmacies privées vendent les produits contraceptifs uniquement sur ordonnance et qu'ils n'administrent pas ces produits au sein de leurs structures. De ce fait, pour les communautés, elles ne sont pas pour le moment une option permettant l'accès aux services de PF.

Selon quelques informateurs-clés, la résistance à déléguer à une accoucheuse auxiliaire les insertions du DIU et des implants n'est pas comprise par certains spécialistes, qui trouvent que ces accoucheuses sont autorisées à faire des accouchements en lieu et place de la sage-femme et que cela devait inciter à leur déléguer davantage des tâches pour les méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM). Cette délégation des tâches est d'autant plus nécessaire et urgente que la plupart des points de prestation de PF des CSPS en milieu rural sont gérés par ces accoucheuses auxiliaires. La formation des accoucheuses auxiliaires et des agents itinérants de santé (AIS) — que l'on trouve fréquemment dans les CSPS — pourrait leur permettre de proposer ces LAM. Une telle délégation des tâches augmenterait considérablement la couverture géographique de la proposition des LAM, d'autant plus que celles-ci sont fortement demandées par les clientes des services de PF dans le pays.

Si nous avons délégué l'accouchement, qui comporte plus de risque pour une femme, à une accoucheuse en lieu et place de la sage-femme, nous devons logiquement autoriser cette accoucheuse à insérer le DIU ou l'implant. Ce geste est plus simple et moins risqué. On ne peut pas vouloir une chose et son contraire.

~Informateur-clé, gynécologue

Concernant l'offre initiale de la pilule et l'utilisation des contraceptifs injectables par les ASC, les informateurs-clés ont indiqué que les arguments restrictifs portent sur le faible niveau de formation des ASC et la non autorisation par les PNP. Certains informateurs-clés sont d'accord avec l'actuelle délégation des tâches dans les PNP.

Injectable par l'ASC, non, car ce n'est pas permis. On n'a pas délégué cette tâche pour leur niveau, pour éviter qu'ils se permettent de faire les injections n'importe comment.

~Informateur-clé, médecin chef de district

De même, les ASC pourraient administrer des contraceptifs injectables sous la supervision de personnel qualifié si des dispositions étaient prises dans ce sens en termes de délégation des tâches.

Les injectables, les implants, le DIU ne sont pas encore disponibles au niveau communautaire à cause des normes de la santé !!! Politique pas novatrice !!! Moi je pense personnellement qu'on doit en arriver là. Les seringues préétablies sont déjà disponibles et on peut former les ASC à le faire car les fiches sont là. Comme ça les femmes peuvent recevoir leurs injections à domicile par un ASC au lieu de faire des kilomètres pour venir au CSPS. Il faut juste former les ASC et les suivre. Selon moi, l'accoucheuse doit donner toutes les méthodes sauf la ligature des trompes, qui relève d'un autre niveau. L'AIS lui doit donner tout sauf le DIU.

~Informateur-clé, gynécologue

Pour réduire la proportion de besoins non satisfaits et atteindre le maximum de femmes en milieu rural, il s'avère nécessaire de déléguer la proposition de certaines méthodes offertes jusqu'à présent par des sages-femmes et des médecins à des niveaux inférieurs, vu le nombre limité de ces professionnels médicaux, comme c'est déjà le cas pour la césarienne.

Par exemple, la norme ne prévoyait pas qu'on puisse faire de la césarienne au niveau centre de santé, dans un hôpital, CSPS ou dans un segment, mais depuis qu'on a la possibilité d'avoir des médecins qui savent opérer, on a revu nos normes à la baisse pour dire qu'on pouvait le faire au niveau des districts sanitaires. Donc, c'est le plateau technique qui détermine les activités à mettre en œuvre à un niveau.

~Informateur-clé, responsable central du MS

Niveau d'éducation et le programme de formation et de suivi des agents

Au Burkina Faso, la hiérarchisation des tâches en matière de la proposition de services de PF est reliée à la qualification, elle-même corrélée au niveau d'éducation du personnel de santé. La formation de base des agents aux niveaux plus élevés, comme dans d'autres pays francophones de la sous-région, comprend (1) le cours primaire de six ans sanctionné par le certificat de fin d'études primaires et élémentaires (CEPE), (2) le premier cycle du secondaire qui est de quatre ans sanctionné par le brevet d'études du premier cycle (BEPC) et (3) le second cycle du cours secondaire qui prend fin avec le baccalauréat, diplôme dit universitaire sans lequel l'élève ne peut accéder aux études universitaires qui comprennent la licence (Bac + 2 ans), la maîtrise (Bac + 4 ans) et le doctorat (Bac + 6 à 7 ans). Les formations professionnelles ont lieu dans des écoles et instituts de formation d'où sortent les sages-femmes et infirmiers d'Etat (Bac + 2) ou les infirmiers et accoucheuses auxiliaires (BEPC + 2).

Tableau 2: Niveau d'éducation par catégorie de personnel

CATEGORIE	TYPE FORMATION	NIVEAU
Médecin gynéco-obstétricien	Supérieure	Bac ² + 7
Sage-femme	Secondaire	Bac + 2
Infirmière/infirmier d'Etat	Secondaire	Bac + 2
Accoucheuse auxiliaire d'Etat	Technicien	BEPC + 2
Infirmière/infirmier	Technicien	BEPC + 2
Agent de santé communautaire (ASC)	À des tâches spécifiques et à des techniques	Différents niveaux

² Bac (baccalauréat) : Diplôme qui sanctionne la fin des études secondaires. Ce diplôme sert de repère à partir duquel le décompte du nombre d'années d'études supérieures est fait pour en apprécier le niveau d'accomplissement ; mais aussi pour apprécier la compétence potentielle acquise, qui permet de hiérarchiser les individus selon le niveau d'études achevées.

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

Une fois recrutés, ces agents de santé suivent plusieurs formations en cours d'emploi, souvent organisées par le ministère. Les formations sont considérées comme des activités de renforcement de capacité. Certains informateurs trouvaient que le programme de formation initiale de l'ASC, qui s'étend sur 3 à 7 jours, devrait être renforcé avant qu'on permette à l'ASC de proposer un contraceptif injectable. Pour les ASC il faudrait aussi une formation doublée d'un stage pratique dans des formations sanitaires appropriées.

Si les ASC doivent offrir les injectables, il faut les former à la pratique de l'injection pour ne pas créer d'autres problèmes, identifier les sites appropriés sur lesquels cela doit se faire

~Informateur-clé, médecin chef de district

Pour les supervisions, les normes prévoient une supervision semestrielle (deux fois par an) du niveau central vers les régions et une supervision trimestrielle (quatre fois par an) des régions vers les districts sanitaires. Les districts sanitaires doivent superviser les postes périphériques (CSPS) une fois par mois. Selon les informateurs-clés, faute de ressources financières ces normes ne sont généralement pas respectées. L'Etat a des ressources limitées pour satisfaire ses ambitions. Les informateurs-clés ont également affirmé que les PTF, les projets et les programmes n'aiment pas financer les supervisions, qui donneraient des résultats peu palpables et consommeraient beaucoup d'argent.

Même si une composante importante et reconnue de la délégation des tâches envers les ASC est que les agents bénéficiaires sont formés et suivis régulièrement par des supervisions du personnel de santé du secteur public, les informateurs ont trouvé qu'actuellement le suivi (ou la supervision) et les formations de perfectionnement des ASC sont plutôt rares.

Les ASC sont supervisées par les agents de santé des CSPS dans certains rares cas. De plus, il faut les former, les recycler, et les suivre, mais c'est trop fastidieux comme travail et la DSF en voyant ce travail difficile est démotivée.

~Informateur-clé, médecin chef de district

La mise en œuvre des PNP : les services proposés par les agents de santé communautaire

En principe, les ASC sont impliquées dans plusieurs activités et programmes à la demande et selon leur capacité et disponibilité, notamment : la sensibilisation, les causeries, la visite à domicile, la distribution des contraceptifs oraux en cas de réapprovisionnement, la distribution des préservatifs (masculins et féminins) et la mobilisation sociale avec projection de films. Selon les PNP, quelle que soit la méthode choisie par les clientes des ASC, elles doivent toujours être référées d'abord au centre de santé pour une visite médicale visant à déterminer si elles peuvent adopter la méthode qu'elles ont choisie.

De plus, le réapprovisionnement des femmes en pilules par les ASC ne fait pas l'unanimité. Par exemple, le personnel infirmier d'un centre de santé public enquêté a indiqué qu'on n'autorise pas les ASC à distribuer la pilule dans leur établissement. Ces derniers doivent se limiter à conseiller et à référer, alors que les ASC enquêtés aimeraient ajouter la pilule à leur bouquet de services. Les ASC ont aussi indiqué que les clientes qui les consultent ne comprennent pas cette restriction. De même, des prestataires de services PF du secteur privé qui proposent la pilule n'autorisent pas les ASC à renouveler les provisions de pilules des clients.

La sélection des agents de santé communautaire

La sélection de l'ASC implique souvent la communauté bénéficiaire de ses services. Le document-cadre validé actuel ne met pas l'accent sur le niveau scolaire des ASC. Les critères de choix sont spécifiques au projet ou programme DBC et souvent incluent le niveau d'éducation, l'âge et le sexe. La communauté

ajoute des critères comme l'appartenance au milieu, l'usage de la langue locale, le comportement, le dévouement au travail et la bonne moralité.

J'ai été choisi par les responsables communautaires. Les critères sont la popularité, la courtoisie, le langage facile, avoir un bon comportement et être sociable, tu ne voles pas, tu n'es pas un coureur de jupons, être bon travailleur et respectueux

~Informateur-clé, ASC

Le ministère de la Santé, à travers sa Direction de santé communautaire, a consulté tous les acteurs concernés pour produire un nouveau document-cadre pour les services à base communautaire. Ce document exige que les ASC sachent lire et écrire, qu'ils sachent parler la langue de la communauté desservie et qu'ils soient acceptés par celle-ci.

Les avis des informateurs ne sont pas uniformes en ce qui concerne le niveau de formation nécessaire pour qu'un ASC puisse fournir certaines méthodes de PF. Certains informateurs pensent que le niveau de l'ASC est capital pour qu'il soit performant, et ils recommandent au moins 10 ans d'étude (BEPC). D'autres informateurs estiment que si un ASC atteint un niveau d'éducation élevé, il risque de quitter le milieu rural à la recherche d'une meilleure qualité de vie en ville, et que le programme perdrait ainsi ce qu'il a investi dans le renforcement de la capacité de cet ASC. Ces informateurs ont signalé que les ASC n'ont besoin que de lire, écrire et pouvoir décrire les effets secondaires. Un informateur a soutenu que l'ASC n'a pas besoin d'éducation pour offrir la pilule et le contraceptif injectable mais seulement d'une formation et d'un bon suivi.

Ils doivent être formés en technologie contraceptive et en critères d'éligibilité de l'OMS en matière de PF. Le niveau d'instruction n'est pas nécessaire puisque ils ont affaire à des gens qui ne sont pas allés à l'école. Pour la tenue des statistiques, on leur montre comment cocher les cases sur les fiches, que l'ASC remet ensuite au superviseur qui les comptabilise. Tout le monde sait compter dans sa langue, et les fiches sont envoyées aux CSPS ou dans les ONG de qui ils dépendent.

~Informant-clé, professeur de gynécologie

La rémunération des ASC

Le bénévolat est souvent évoqué pour les ASC du fait que les tâches qui leur sont confiées ne les occupent pas à plein temps. Parfois la communauté desservie leur vient en aide, surtout si l'ASC a été choisi par elle. Selon les informateurs-clés, les ASC, bien que bénévoles volontairement, restent motivés au travail à cause du prestige associé au statut d'agent de santé rendant service à sa communauté et aux femmes pauvres — des éléments qui passent la motivation financière au second plan et qui ont maintenus les ASC au poste depuis 10 ans.

Avant de commencer vous signez des engagements que vous acceptez travailler de façon volontaire sans contrepartie aucune pour les services rendus à la communauté. J'ai accepté et je suis dans ma dixième année. C'est depuis 2003 et ça continue de me plaire surtout que c'est en matière de santé. Je suis content de rendre service à des gens malades. Aider aussi les femmes pauvres à adopter la PF est une joie pour moi.

~Informateur-clé, ASC

Cependant, certains informateurs pensent qu'il faut motiver les ASC financièrement tout en les occupant à temps partiel afin qu'ils n'arrêtent pas leurs propres activités et pour qu'ils soient responsables et engagés. D'autres informateurs craignent que le paiement régulier des ASC pose un problème budgétaire à l'Etat si leur utilisation est mise à l'échelle, car l'Etat a déjà des difficultés à payer ses fonctionnaires.

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

En pratique les ASC perçoivent des ristournes sur les produits contraceptifs vendus et des per diem journaliers pour des activités ponctuelles comme les journées ou campagnes PF, ce qui aide à les motiver, selon d'autres informateurs-clés.

Ils sont motivés sur la base des produits vendus. La première dotation est gratuite et quand ils vendent les contraceptifs, ils gardent le bénéfice et se ravitaillent avec le prix d'achat. Ils ont des ristournes sur les produits vendus et on leur fait appel lors des journées nationales de vaccination ou de campagnes PF, et ils sont motivés à hauteur de 2 500 F par jour. Il y a certains qui sont plus sollicités que d'autres selon l'engouement à répondre aux sollicitations.

~Informateur-clé, responsable santé
communautaire

La distribution à base communautaire des contraceptifs par le secteur privé

Malgré son adoption par le gouvernement, la DBC n'est pas encore mise à l'échelle, et sa couverture géographique est jugée insuffisante, car elle ne couvre pas tous les villages. Pour améliorer l'accès aux services de PF, le pays a opté pour la distribution à base communautaire des produits contraceptifs avec l'appui du secteur privé, surtout les organismes privés à but non lucrative comme les ONG et les associations, sous forme de contractualisation. Ces organismes privés impliquent les ASC et envoient régulièrement les statistiques de leurs activités au district sanitaire dont ils relèvent. Selon un informateur-clé du secteur public, certains acteurs n'ont pas confiance que ces organisations puissent aider avec la PF. D'autres informateurs-clés ont trouvé que certaines associations ont rencontré un succès très appréciable dans ce domaine.

Un exemple est l'ABBEF, qui propose une gamme de services de PF au niveau communautaire.

Chaque secteur à deux ASC et souvent les responsables politiques et religieux nous assistent, mais nous faisons seuls les visites à domicile et les agents de l'ABBEF viennent nous voir en supervision.

~Informateur-clé, ASC

L'ABBEF a six structures de franchise sociale et des centres pour les jeunes. Elle propose la vasectomie à 5 000 FCFA. Ses cliniques organisent des équipes mobiles qui mettent l'accent sur l'implant et le DIU, normalement gratuits, pour desservir les milieux ruraux. L'ABBEF propose aussi la pilule en réapprovisionnement à travers ses ASC, mais pour l'offre initiale de la pilule, la cliente doit aller dans une formation sanitaire ou dans une clinique de l'ABBEF.

L'évaluation et le suivi des ASC dans les ONG et les associations

Selon les informateurs, l'évaluation des ASC qui travaillent pour les ONG et les associations se fait sur la base des rapports qu'ils fournissent et des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires. Les ASC font une auto-évaluation sur la base des appréciations de leurs clientes. Ils sont aussi suivis en fonction d'indicateurs tels que le nombre de nouvelles utilisatrices et de nouvelles clientes référées. Les données d'activités des ASC sont en général intégrées dans les rapports d'activités des structures de santé qui les encadrent.

Un élément capital de la délégation des tâches est le suivi rapproché et régulier de l'ASC pour ces activités. Pour les ASC qui travaillent dans les ONG et les associations, cette supervision est assurée par l'équipe du CSPS une fois par trimestre, et cette équipe rencontre les ASC régulièrement au CSPS.

Les ASC sont supervisées par les agents de santé accompagnés des animateurs des ONG. Les ASC ont des rencontres régulières avec l'équipe du CSPS dont ils dépendent une fois par trimestre théoriquement.

~Informateur-clé, administrateur, programme PF

Selon les informateurs-clés, le suivi des ASC qui travaillent pour les ONG et les associations est plus régulier que pour les ASC bénévoles de l'Etat, car le personnel du CSPS reçoit des per diem du projet quand il réalise cette supervision. Alors, tout le monde, tout au long de la chaîne, trouve son intérêt dans cette supervision des ASC, et elle se fait selon les normes.

Les Suggestions des Participants pour Améliorer le Partage des Tâches des Services de PF à Base Communautaire

Lors des interviews avec les informateurs-clés, le projet HPP leur a demandé comment ils amélioreraient la distribution à base communautaire des contraceptifs, surtout la délégation des tâches des services de planification familiale. Les informateurs ont fait des suggestions que l'un d'eux résume ainsi :

En termes de suggestion, je pense que toutes les méthodes contraceptives doivent être disponibles dans la communauté. Il faut augmenter la participation financière de l'Etat, former et superviser le personnel à tous les niveaux et mettre l'accent sur la distribution à base communautaire.

~Informateur-clé, professeur de gynécologie

Plusieurs répondants ont souligné l'importance d'autoriser les ASC d'offrir le contraceptif injectable et de permettre aux accoucheuses et infirmiers brevetés de proposer les méthodes à longue durée d'action (implants et DIU). Il faudra alors un consensus des partenaires et une souplesse dans l'attitude des prestataires, non disposés à déléguer l'administration des méthodes à longue durée par le personnel moins qualifié.

Pour arriver à une telle délégation des tâches il serait hautement souhaitable de réviser les politiques, normes et procédures. Un répondant a fait une suggestion pertinente pour y arriver.

D'abord il faut que la politique soit révisée. A cet effet il faut élaborer un document de plaidoyer avec beaucoup de preuves scientifiques que ça marche ailleurs et impliquer des acteurs de haut niveau comme les médecins obstétriciens qui doivent venir au cours des conférences défendre cela et dire que quelque part l'OMS l'a recommandé et avoir de bonne référence.

~Informateur-clé, responsable ONG internationale

D'autres informateurs ont aussi proposé un atelier national sur la délégation des tâches. Au cours d'une telle rencontre, le document de l'OMS sur le sujet serait présenté avec les exemples de meilleures pratiques en la matière pour alimenter les débats et aboutir à une solution avantageuse pour le pays. Allant dans le même sens, un répondant a proposé d'avoir un groupe de travail sur la délégation des tâches. Le groupe proposerait de nouvelles normes à essayer en zone pilote et à défendre dans un plaidoyer auprès des acteurs réticents.

D'autres informateurs ont indiqué qu'une fois le changement de politique acquis avec le gouvernement et les partenaires, il faudra anticiper la réaction des populations et les impliquer ou les préparer à accepter cette délégation des tâches.

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

Pour que l'application du changement de politique n'amène pas des réactions au niveau communautaire, réactions qui viendront saper l'effort du gouvernement et de ses partenaires, il faut que la population soit préparée à recevoir l'injectable de l'ASC.

~Informateur-clé, administrateur de programme
PF

Les informateurs-clés ont aussi parlé d'une meilleure gestion des ressources humaines pour limiter ou arrêter la mobilité du personnel. Certains informateurs-clés ont indiqué que plusieurs postes ruraux sont souvent dépourvus de sages-femmes qui à peine arrivées au poste mènent des démarches pour se faire muter dans les villes. Ceci accentue la mobilité du personnel, souvent défavorable à la proposition des méthodes de PF à longue durée d'action. Selon ces informateurs, l'idéal serait de former suffisamment de ressources humaines, mais les ressources financières sont limitées, et c'est là justement que la délégation des tâches prend toute son importance, puisqu'elle permet d'utiliser au mieux le personnel disponible et en place après formation sur le tas ou en cours d'emploi.

...là où les femmes ont besoin de méthodes il n'y a pas de personnel qualifié. Dans le cadre du repositionnement de la PF tous ceux qui sont dans le CSPS doivent être en mesure d'offrir au moins une méthode PF. Cela veut dire que si une femme vient pour la PF, elle ne doit pas repartir sans avoir été servie.

~Informateur-clé, professeur de gynécologie

CONCLUSIONS

La revue documentaire et les entretiens avec les informateurs-clés sur la délégation des tâches au Burkina Faso nous ont permis de constater au niveau communautaire une insuffisance de la disponibilité des contraceptifs injectables, la politique actuelle n'autorise pas. La délégation aux ASC de la tâche d'administrer les contraceptifs injectables pourrait faciliter l'optimisation du rôle des ASC et la réduction du pourcentage des besoins non satisfaits en PF.

Nous avons également constaté que les méthodes à longue durée d'action (implants et DIU) ne sont pas toujours disponibles au niveau des CSPS, base de la pyramide sanitaire, à cause du manque de sages-femmes, seul personnel de ce niveau autorisé par la politique à proposer les implants et le DIU. La délégation des tâches aux accoucheuses auxiliaires et infirmiers brevetés en poste dans les CSPS pourrait augmenter la prévalence contraceptive et réduire le pourcentage des besoins non satisfaits.

Enfin nous avons noté que les ASC volontaires et utilisés sur la base du bénévolat sont très motivés moralement pour une rémunération minimale. Selon les informateurs-clés, ils sont heureux de rendre service à leur communauté et d'aider les clients en milieu rural à planifier leur famille. Ceci est prometteur car la distribution à base communautaire est la voie royale ouvrant l'accès du plus grand nombre, notamment les populations rurales et défavorisées, à des services de PF au Burkina Faso. Une délégation des tâches permettant aux ASC de faire l'offre initiale de la pilule et d'administrer les contraceptifs injectables est souhaitable et indispensable. Elle contribuera à résoudre ne serait-ce qu'en partie le problème d'accessibilité géographique aux services de PF.

Le bénévolat des ASC paraît de plus en plus incompatible avec l'atteinte de résultats escomptés, surtout étant donné que l'ASC au fil des jours se voit confier de plus en plus de tâches provenant de différents programmes. Trouver une forme de paiement régulier pas trop élevé dans une vision de pérennité pourrait tirer des ASC le maximum de résultats. Cependant, les points de vue des personnes interviewées sont assez variables sur cette question.

Le partenariat entre le gouvernement et les organismes privés à but non lucratif comme l'ABBEF fonctionne à souhait. Il en est de même du partenariat sous forme de contrat de l'Etat avec des ONG locales, qui mérite d'être renforcé. Ce partenariat public-privé est un atout majeur pour augmenter la couverture géographique des services PF, surtout à travers la distribution à base communautaire des contraceptifs.

Recommandations

Des constats après l'analyse des documents et les entretiens avec les informateurs-clés au Burkina Faso inspirent les recommandations ci-après :

1. Diriger le plaidoyer vers des décideurs du ministère de la Santé afin d'encourager une révision des politiques, normes et procédures qui les adaptera aux nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la Santé sur la délégation des tâches en matière de PF. Obtenir du ministère de la Santé, le cas échéant, des directives ou un document de politique spécifique à la délégation des tâches en PF. L'objectif est de permettre aux ASC de donner la première dose de pilule et d'administrer les injections de contraceptifs, et aux accoucheuses et infirmiers brevetés de proposer les méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM).
2. Harmoniser le profil et les critères de choix des ASC quant au niveau de formation scolaire minimum exigé et au curriculum de formation harmonisé pour permettre aux ASC de proposer les contraceptifs oraux et injectables.

Repositionnement de la planification familiale au Burkina Faso:
étude qualitative sur la délégation des tâches

3. Relever le niveau de recrutement et de formation des ASC afin qu'ils soient capables d'initier la proposition de la pilule aux clientes et administrer les contraceptifs injectables sous supervision régulière du personnel qualifié.
 4. Mettre à échelle la politique de distribution à base communautaire (DBC) de contraceptifs reposant sur le nouveau profil d'ASC.
 5. Renforcer le système mis en place par la direction Santé de la famille pour éviter les ruptures de stock des contraceptifs.
 6. Assurer la disponibilité de toutes les méthodes contraceptives au niveau communautaire, y compris celles dites à longue durée d'action, à travers la distribution à base communautaire, les cliniques mobiles et la présence de personnel qualifiée dans les CSPS.
 7. Entreprendre des innovations avec des expériences pilotes s'inspirant des meilleures pratiques pour réduire les besoins non satisfaits de PF en tenant compte les réalités du Burkina Faso.
- Finaliser le document de base sur la stratégie de santé communautaire du Burkina et le valider.

ANNEXE A. SYSTÈME DE SANTÉ AU BURKINA FASO

Le gouvernement du Burkina Faso a entrepris des efforts pour améliorer l'organisation, la performance et la gestion de son système de santé. Le **système de santé public** s'articule autour de trois niveaux complémentaires :

Le niveau central comprend le cabinet du ministre de la Santé, le Secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Les trois centres hospitaliers universitaires (CHU) à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso assurent les soins tertiaires, la formation, la recherche, la supervision et le suivi et l'évaluation.

Le niveau intermédiaire correspond aux 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé. Ces directions sont chargées de la coordination et de l'appui aux districts.

Les neuf centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent la prise en charge des cas référés par les centres médicaux avec antenne chirurgicale.

Le niveau périphérique comprend 55 districts sanitaires dont les équipes-cadres gèrent les services de santé de base.

Les districts sanitaires comprennent les 35 centres médicaux (CM) et 20 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), qui sont les structures de références pour le niveau périphérique. Les CMA ont pour vocation la prise en charge des urgences médicochirurgicales et des cas référés par les structures du premier échelon (CSPS, dispensaires, maternités).

Les centres de santé de base (1 172 CSPS, 83 dispensaires, 23 maternités) sont le premier niveau de contact entre les services de santé et la population. Les CSPS assurent la prise en charge des problèmes de santé et organisent un ensemble d'activités curatives, promotionnelles et préventives. Ces activités comprennent le diagnostic et le traitement des affections courantes, les consultations prénatales, les consultations postnatales, le suivi des enfants, le programme élargi de vaccination, les accouchements, la planification familiale, la mobilisation sociale, l'information, l'éducation et la communication (IEC), la communication pour le changement de comportement (CCC) et les activités de gestion. La distribution des médicaments dans le secteur public se fait à travers la CAMEG auprès de laquelle les dépôts répartiteurs des districts et les hôpitaux s'approvisionnent. Les formations sanitaires périphériques publiques, confessionnelles et privées à travers leurs dépôts de vente de médicaments viennent ensuite s'approvisionner auprès des dépôts répartiteurs.

Sur le plan des ressources humaines, le système de santé dispose de personnel qualifié pour assurer les soins de santé, mais en nombre très insuffisant.

À côté du système de santé publique, nous avons le Service de santé des Forces armées nationales (22 structures sanitaires), l'Office de santé des travailleurs (35 structures sanitaires) et la Caisse nationale de Sécurité sociale, qui contribuent à la proposition des soins à travers leurs propres institutions.

À côté du secteur public, il existe un **secteur privé** en pleine croissance qui compte 448 formations sanitaires privées et 44 formations sanitaires confessionnelles. Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif et les institutions de soins relevant des associations et des ONG à but non lucratif.

Le **secteur traditionnel** comprend la médecine et la pharmacopée traditionnelles qui ont été reconnues par la loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la santé publique.

ANNEXE B. LISTE DES INFORMATEURS-CLES POUR LA DELEGATION DES TÂCHES AU BURKINA FASO

Répondant	Sexe	Structure
R 01	F	ONG fournissant des services
R 02	H	ONG fournissant des services
R 03	H	ASC ONG SOS Santé et développement
R 04	F	ASC ONG SOS Santé et développement
R 05	F	Division santé de la mère et de l'enfant (DSME)
R 06	H	MS national
R 07	F	PTF : Coopération bilatérale allemande
R 08	H	MS national
R 09	F	ONG fournissant des services
R 10	F	ONG fournissant des services
R 11	H	MS-District sanitaire Bogodogo
R 12	F	MS-District sanitaire Bogodogo
R 13	F	Agent de marketing social
R 14	H	Clinique privée
R 15	H	Pharmacien responsable régional santé-régionale
R 16	F	Sage-femme responsable. DRS régional
R 17	H	Appui aux ONG pour les services à base communautaire dans 4 districts du Nord
R 18	H	ONG fournissant des services
R 19	H	Centre de santé de promotion sociale (CSPS)
R 20	F	ASC CSPS
R 21	H	ASC CSPS
R 22	H	Organisation internationale de plaidoyer SR/PF, droit des femmes
R 23	H	Agent de marketing social

Annexe B. Liste des Informateurs-cles Pour la Delegation des Tâches au Burkina Faso

Répondant	Sexe	Structure
R 24	H	Assistance technique en logistique contraceptive
R 25	F	Système des Nations-unis
R 26	F	Pharmacienne privée
R 27		MS national
		Service hygiène publique
		Attachée service santé communautaire
		Service Education pour la santé
R 28	H	MS Direction des ressources humaines
R 29	H	MS Direction des établissements de santé
R 30	H	MS DSF responsable de programme PF
R 31	H	MS DSF UNFPA administrateur national-programme PF
R 32	F	Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF) direction des programmes SR/PF
R 33	H	CHU national professeur gynéco conseiller MS
R 34	H	District sanitaire Médecin-chef de district (MCD) Baskuy district sanitaire
R 35	H	JHPIEGO DIR NATIONAL
R 36	H	District sanitaire MCD Nongron Massan district sanitaire
R 37	F	District sanitaire MCD Boulmiougou district sanitaire
R 38	H	CHU national professeur de gynécologie
R 39	H	ASC ABBEF

ANNEXE C. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DELEGATION DES TÂCHES A

Section 1: Introduction

Guide d'entretien de la délégation des tâches A : Pour des entretiens avec des représentants du gouvernement, du ministère de la Santé travaillant dans le domaine de la SR/PF, les membres des équipes décentralisées du MS (en particulier les agents de santé de district) et les dirigeants des organismes de régulation de santé publique (y compris les soins médicaux, infirmiers et conseils en pharmacie).

Avant chaque entretien : présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé, financé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/du Burkina Faso/de la Mauritanie afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaires, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cette entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt à participer à cette évaluation ?

Consentement verbal donné pour participer : Oui () Non () (ne pas continuer)

Section 2: Informations Générales

1. Nom de l'enquêteur: _____
2. Lieu: _____
3. Date de l'entretien: _____
4. Heure de l'entretien suivant: _____
5. Numéro du formulaire d'entretien: _____
6. Catégorie de l'informant(e):
 - a. Ministère de la Santé, niveau national _____
 - b. Responsable du Service de santé de district ou autre service du ministère de la Santé

 - c. Responsable de l'organe de régulation du service médical _____
 - d. Responsable de l'organe de régulation des soins infirmiers _____
 - e. Responsable de l'organe de régulation de la pharmacie _____

- f. Autre, précisez _____
7. Sexe des participants: H/F
8. Date de traduction/transcription complète: _____
- a. Transcription par: _____
9. Date de traduction complète [du français vers l'anglais]: _____
- a. Traduction par: _____

Section 3: Le Questionnaire Guide A

1. Quelles sont les sources existantes de [*inscrivez le type de services de contraception dans la colonne de gauche du tableau 1*] dans votre pays [*pays, région, district ou communauté en fonction de la catégorie de personne interrogée*] ? Lorsque le répondant a fini, demandez-lui si d'autres sources existent pour ce service de Planning Familial/contraception. Répétez jusqu'à ce que le répondant dise « non ».

Instructions: Remplissez le tableau à la page suivante en cochant pour indiquer quelle catégorie du personnel fournit chaque type de service sur la gauche, tels que rapportés au cours des entretiens de cette évaluation. Si différents informateurs-clés fournissent des informations contradictoires (par exemple, si un ou plusieurs informateurs-clés rapportent qu'une catégorie du personnel fournit un service précis et un ou plusieurs autres informateurs-clés signalent que ce type de personnel ne gère pas ce type de service), veuillez le noter dans le rapport final. Dans ce cas, n'oubliez pas d'inclure des informations spécifiques sur la catégorie et la localisation de chaque informateur-clé et exactement ce qu'il a déclaré.

Tableau 1. Offre de Services de Planification Familiale par Catégorie de Personnel

Type de Service	Agent Social Marketing	Pharmaciens	Agent de Santé Communautaire	Aide-soignant	Infirmier	Sage-femme	Responsable Clinique	Docteur	Centre de Santé Public	Prestataire Privé et ONG	Autre Insérer le Type
Conseil											
Visites à domicile											
Causeries d'éducation pour la santé											
Contraceptifs oraux combinés											
Pilules uniquement progestatives											
Préservatifs											
Injection Depo-Provera											
Injection Noristerat											
Dispositif intra-utérin											
Ligature bilatérale des trompes											
Vasectomie											
Insertion d'implant											
Contraception d'urgence											
Méthodes d'abstinence périodique											

Type de Service	Agent Social Marketing	Pharmaciens	Agent de Santé Communautaire	Aide-soignant	Infirmier	Sage-femme	Responsable Clinique	Docteur	Centre de Santé Public	Prestataire Privé et ONG	Autre Insérer le Type
Méthode contraceptive à longue durée d'action (LAM)											
Supervision des cadres inférieurs											

2. Existe-t-il des structures qui fournissent des [contraceptifs oraux/contraceptifs injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes] au niveau communautaire ?
Demandez pour chaque méthode de PF.

a. Contraceptifs oraux Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez les décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

b. Contraceptifs injectables Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

c. Implants Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

d. DIU Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

e. Vasectomie Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires :

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- f. Ligature des trompes Oui ____ Non ____
Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc....) et les catégories de prestataires:
Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?
Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?
3. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?
Type de travailleur communautaire _____
Pilules Oui ____ Non ____
- Si oui*, ces agents sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?
 - Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?
4. Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de médicaments et/ou de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?
Type d'agent communautaire _____
Contraceptifs injectables Oui ____ Non ____
- Si oui*, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et les références en cas de complications ?
 - Si oui*, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?
 - Si oui*, quel est le niveau d'éducation de ces agents et quelle est la durée du programme actuel de formation ?
5. Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce pays/cette région/ce district ?
- Quels services de planification familiale sont-ils fournis ? Veuillez les décrire.
 - Avez-vous des données sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis durant l'année écoulée ? (Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités)
 - Si oui*, demander au participant de fournir une copie des données ou des rapports.
 - Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?
 - Quel est le mode de prestation de services pour des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, centres de santé) ?
 - Quel est le degré de standardisation des tâches entre les agents et les lieux ?

- g. Les ASC sont-ils formés dans le conseil sur les choix éclairés de PF (la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?
 - h. *Si le participant indique que les ASC fournissent des contraceptifs injectables: Les ASC sont-ils formés aux techniques d'injection sécurisées, la prévention des infections et l'élimination sécurisée des déchets ?*
 - i. Les agents de santé de district et les infirmiers superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et la formation des agents de santé communautaires au niveau du district ?
 - j. Des renforcements de capacités sont-ils organisés et gérés chaque année et mis à jour chaque fois que nécessaire pour les agents de santé communautaires ? Veuillez expliquer.
 - k. Quels types de supervision formative sont-ils menés (si nécessaire) pour les ASC fournissant des contraceptifs (si de tels types de supervision existent) ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?
- 6.** Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaires dans votre [pays, région, district ou communauté, en fonction de la catégorie de personne interrogée] reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé avant que les travailleurs communautaires ne commencent à fournir ou continuent de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?
- Encerclez la réponse. Oui Non*
- a. *Si oui, pour quels types de contraceptifs les clients de PF des ASC reçoivent-ils une évaluation clinique dans un centre de santé? Veuillez énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence:*
- 7.** Existe-t-il des programmes de marketing social fournissant des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
- a. *Si oui, quelles méthodes ?*
 - b. *Si oui, quels sont ces programmes de marketing social ?*
 - c. *Si oui, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui donne ces injections/implants/autres ?*
- 8.** Existe-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre pays/région/district ?
- a. *Si oui, quelles méthodes ?*
 - b. *Si oui: concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?*
- 9.** Quelles sont les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution de pilules/contraceptifs injectables/méthodes contraceptives à longue durée d'action/permanentes ? *Demandez pour chaque méthode. Veuillez mieux les décrire sur la base de vos connaissances.*

10. Quelles sont les politiques et les directives actuelles du gouvernement concernant la distribution à base communautaire des contraceptifs en général ? Veuillez décrire.
11. Quelles sont les directives nationales standards sur la correction des erreurs dans la prestation de services de contraception injectable ?
 - a. Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables, comment sont-elles appliquées aux ASC ?
 - b. Si le participant indique que l'ASC fournit des contraceptifs injectables, des services de prophylaxie post-exposition sont-ils offerts aux ASC ? Si oui, veuillez les décrire.
12. Des prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action/permanentes ? Demandez pour chaque méthode.
 - a. Si oui, collaborent-ils avec le ministère de la Santé au niveau national/régional/du district pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu?
13. Lequel des catégories suivantes sont des points reconnus de prestation de services de PF ?
 - a. Points de vente tels que les hôpitaux, les centres de santé et dispensaires Oui___ Non___
 - b. Services de proximité, y compris les cliniques mobiles Oui___ Non___
 - c. Points de vente communautaires (par les ASC, les magasins de médicaments et des machines de distribution, etc.) Oui___ Non___
 - d. Marketing social Oui___ Non___
 - e. Structures de santé privées telles que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail Oui___ Non___
14. Pour le ministère de la Santé ou les responsables des organismes médicaux/soins infirmiers/de pharmacie au niveau national:
 - a. Quel processus est nécessaire pour modifier les politiques et les directives actuelles relatives à l'accès de la communauté aux pilules/contraceptifs injectables ?
 - b. Le ministre de la Santé peut-il seul approuver les nouvelles directives ?
 - c. Quels sont les autres organismes et particuliers susceptibles d'être consultés ?
 - d. Qui sont les décideurs ? Y-a-t-il des moments précis où sont prises les décisions concernant des changements dans les directives de prestation de services, ou ces décisions se prennent-elles quand l'occasion se présente ?

ANNEX D. GUIDE D'ENTRETIEN DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES B

Section 1: Introduction

Guide de l'entretien de délégation des tâches B :

Pour des entretiens avec les agents de santé des secteurs public et privé au niveau du district, national, régional, des représentants des organisations non gouvernementales (prestataires de services) ; pharmaciens, des distributeurs agréés de produits pharmaceutiques et les agents de santé communautaires (ASC).

Avant chaque entretien : Présentation de l'enquêteur et explication de l'entretien

Bonjour/Bonsoir. Je suis ici au nom du Futures Group, un organisme de développement international, et le Projet de politique de santé, appuyé par l'USAID, qui travaille avec les gouvernements pour améliorer la mise en œuvre des politiques et programmes. Nous travaillons avec le gouvernement du Niger/du Togo/du Burkina Faso/de la Mauritanie afin d'identifier les politiques actuelles et la mise en œuvre de la politique de délégation des tâches entre les différentes catégories de prestataires de soins de santé et des services de planification familiale ainsi que des directives pour chaque catégorie de prestataires de soins de santé, y compris les agents de santé communautaires, les agents de marketing social et les pharmaciens.

Avant de commencer le questionnaire, je tiens à vous assurer que nous tiendrons à préserver l'anonymat de tous les informateurs dans le cadre de cette évaluation. Si nous utilisons une de vos citations dans le rapport, nous dirons simplement qu'elle vient d'un répondant, d'un décideur ou d'un représentant du gouvernement. Si vous avez des préoccupations au sujet du processus de l'entretien ou de vos déclarations, qui seront conservées dans la plus stricte confidentialité, veuillez appeler le numéro que je vous ai communiqué pour nous en informer. Cette entretien devrait prendre environ 30 à 45 minutes.

Etes-vous prêt à participer à cette évaluation ?

Consentement verbal donné pour participer - cocher: Oui () ; si Non (), ne pas continuer

Section 2: Informations Générales

1. Nom de l'enquêteur : _____
2. Lieu : _____
3. Date de l'entretien : _____
4. Heure de l'entretien suivant : _____
5. Numéro du formulaire d'entretien : _____
6. Catégorie de l'informant(e) :
 - a. Agent de santé du secteur public _____
Si oui, national _____ régional _____ district _____
 - b. ONG fournissant des services _____
 - c. Pharmacien/fournisseur agréé des produits pharmaceutiques _____
 - d. Agent de marketing social _____

- e. Agent de santé communautaire (ASC) _____
 - f. Autre, précisez _____
7. Sexe des participants : H/F
8. Date de traduction/transcription complète: _____
- a. Transcription par : _____
9. Date de traduction complète [du français vers l'anglais] : _____
- a. Traduction par : _____

Section 3: Le Questionnaire Guide B

1. A quelle catégorie de prestataire de services de santé appartenez-vous ?
- a. Clinicien
 - b. Médecin
 - c. Infirmier
 - d. Sage-femme
 - e. Auxiliaire infirmière/auxiliaire infirmier
 - f. Accoucheuse auxiliaire
 - g. Pharmacien
 - h. Agent de santé communautaire (ASC)
 - i. Agent de marketing social
 - j. Autre, précisez _____
2. Où travaillez-vous/dans quel type d'établissement de soins de santé travaillez-vous ?
- a. Etablissement de santé publique, hôpital
 - b. Etablissement de santé public, centre de santé/clinique
 - c. Etablissement de santé public, dispensaire
 - d. Etablissement de santé privé, hôpital
 - e. Etablissement de santé privé, centre de santé/clinique
 - f. Etablissement de santé ONG, hôpital
 - g. Etablissement de santé ONG, centre de santé/clinique
 - h. Etablissement de santé ONG, dispensaire
 - i. Clinique mobile
 - j. Pharmacie
 - k. Dans la communauté (ASC)
 - l. Autre, précisez _____

3. Des services de planification familiale (PF) suivants, lesquels proposez-vous ? Encerclez toutes les réponses.

- a. Conseil de PF
- b. Visites à domicile
- c. Discussion sur l'éducation sanitaire
- d. Préservatifs
- e. Contraceptifs oraux combinés
- f. Pilules uniquement progestatives
- g. Injection Depo-Provera
- h. Injection Noristerat
- i. Dispositif intra-utérin
- j. Ligature bilatérale des trompes
- k. Vasectomie
- l. Insertion des implants
- m. Contraception d'urgence
- n. Méthodes d'abstinence périodique
- o. Méthodes contraceptives à longue durée d'action (LAM)
- p. Supervision des cadres inférieurs

4. Des catégories suivantes, lesquelles sont reconnues comme points de prestation de services de PF dans votre quartier/communauté ?

- a. Points de prestation basés dans des structures tels que les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires Oui___ Non___
- b. Services de proximité, y compris les cliniques mobiles Oui___ Non___
- c. Points de vente à base communautaire (par exemple, par les ASC, les magasins de médicaments et des machines de distribution) Oui___ Non___
- d. Marketing social Oui___ Non___
- e. Etablissements privés tels que les cliniques, les maternités, les centres de soins infirmiers, les pharmacies et les magasins de médicaments au détail Oui___ Non___

5. Existe-t-il des structures qui fournissent des [contraceptifs oraux /contraceptifs injectables/DIU/implants/vasectomie/ligature des trompes] au niveau communautaire dans le district/la communauté où vous travaillez ? Demandez pour chaque méthode de PF.

- a. Contraceptifs oraux Oui ___ Non ___

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (clinique publique/privée, communautaire, etc.) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- b. Contraceptifs injectables Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- c. Implants Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- d. DIU Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- e. Vasectomie Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- f. Ligature des trompes Oui ____ Non ____

Si oui, veuillez décrire, en notant l'emplacement (par exemple, clinique publique/privée, communautaire, etc...) et les catégories de prestataires:

Si non, pourquoi pensez-vous que cette méthode n'est pas disponible au niveau de la communauté ?

Si non, quels sont les obstacles à la prestation de cette méthode au niveau communautaire ?

- 6.** Des données sont-elles disponibles sur le nombre d'activités réalisées et les services fournis (insérez le type d'organisation où le participant a travaillé au cours de la dernière année) (Données statistiques des services sur le nombre et le type d'activités réalisées, le nombre et le type de contraceptifs distribués, les variations régionales du nombre et du type d'activités)

Si oui, demandez au participant s'il peut fournir une copie des données ou des rapports.

- 7.** Existe-t-il des programmes de marketing social qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?
- Si oui, quelles méthodes ?*
 - Si oui, quels programmes de marketing social ?*
 - Si oui: concernant les injections ou d'autres méthodes de longue durée, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?*

- 8.** Y-a-t-il des pharmacies/pharmaciens qui fournissent des pilules/contraceptifs injectables/contraceptifs à longue durée d'action dans votre quartier/communauté ?

- Si oui, quelles méthodes ?*
- Si oui, concernant les injections ou d'autres méthodes à longue durée d'action, qui administre ces injections/insère les implants/autres ?*

- 9.** Les prestataires privés fournissent-ils actuellement des pilules/contraceptifs injectables/méthodes à longue durée d'action/permanentes dans votre quartier/communauté ? *Demandez pour chaque méthode.*

- Si oui, collaborent-ils avec le ministère de la Santé au niveau national/régional/local pour proposer des services abordables aux groupes à faible revenu ?*

- 10.** *Pour les fournisseurs non ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens): Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de pilules (si de tels agents existent) ?*

Type d'agent communautaire _____

Pilules Oui___ Non ___

- Si oui, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et des références en cas de complications ?*
- Si oui, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?*
- Si oui, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et la durée du programme de formation actuel ?*
- Si non, êtes-vous disposé à déléguer aux ASC la proposition de la pilule?*

- 11.** *Pour les fournisseurs non ASC (médecins, sages-femmes, infirmières, assistants médicaux, pharmaciens): Quelles sont les catégories d'agents communautaires impliqués dans la fourniture de contraceptifs injectables (si de tels agents existent) ?*

Type d'agent communautaire _____

Contraceptifs injectables Oui___ Non___

- a. *Si oui à l'un ou l'autre, ces travailleurs sont-ils liés à des cliniques existantes pour la supervision, l'approvisionnement et des références en cas de complications ?*
 - b. *Si oui, les travailleurs communautaires sont-ils régulièrement employés ou des bénévoles rémunérés ?*
 - c. *Si oui, quel est le niveau de scolarisation de ces agents et la durée du programme de formation actuelle ?*
 - d. *Si non, êtes-vous disposé à permettre aux ASC d'administrer des contraceptifs injectables ?*
- 12. Pour les ASC et leurs superviseurs seulement: Quels sont les services et les tâches des ASC dans ce district/cette communauté ?**
- a. **Quels sont les services de planification familiale qui sont offerts ? Veuillez les décrire.**
 - b. **Qui détermine les tâches de PF qu'effectuent les ASC ?**
 - c. **Quel est le mode de prestation de services des tâches de PF (visites à domicile, réunions de groupe, postes de santé) ?**
 - d. **Quel est le degré de standardisation des tâches entre les travailleurs et les lieux ?**
 - e. **Les ASC sont-ils formés dans le conseil sur les choix éclairés de PF (c'est-à-dire, la gamme complète de méthodes de planification familiale disponibles, en plus des contraceptifs injectables) ?**
 - f. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables: Les ASC sont-ils formés aux techniques sécurisées d'injection, de prévention des infections et d'élimination sécurisée des déchets ?*
 - g. **Les agents de santé de district et les infirmières superviseurs sont-ils responsables de l'organisation et de la formation des agents de santé communautaires au niveau du district ?**
 - h. **Des formations de perfectionnement pour les agents de santé communautaires sont-elles organisées et gérées chaque année et mises à jour chaque fois que cela est nécessaire ? Veuillez expliquer.**
 - i. **Quel est, si nécessaire, le type de supervision formative des ASC qui fournissent des contraceptifs ? Utilisent-ils une liste de contrôle d'évaluation des compétences ?**
 - j. **Les clients de la planification familiale (PF) des agents de santé communautaires dans votre [pays, région, district ou communauté en fonction de la catégorie de personne interrogée] reçoivent-ils une évaluation clinique dans un établissement avant que les agents communautaires ne commencent à fournir ou continuent de fournir des méthodes de PF telles que les contraceptifs oraux ?**
Encercler la réponse : Oui Non
 - k. *Si oui, pour quels types de contraceptifs les clients PF des ASC font-ils l'objet d'une évaluation clinique dans un établissement ? Veuillez bien énumérer tous les types de contraceptifs soumis à cette exigence:*
 - l. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables: Quelles sont les directives, le cas échéant, dont vous disposez (ou dont les ASC disposent) pour procéder à l'élimination des déchets par rapport à la prestation de services de contraception injectable ?*
 - m. *Si le participant a indiqué que les ASC fournissent des contraceptifs injectables, demandez aux ASC: Avez-vous été déjà formés sur les services de prophylaxie post-exposition disponibles aux ASC ?*
Si oui, veuillez décrire.

REFERENCES

DGISS. 2011. *Annuaire statistique de santé*. Ouagadougou: DGISS.

Health Policy Project (HPP). 2011. *RAPID West Africa*. Washington, DC : HPP, Futures Group.

Institut national d'étude démographique. 2012. *Unmet Needs for Contraception in Formal and Informal Neighborhoods of Ouagadougou*. Paris : ISSP.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

Ministère de la Santé (MS). 2001. *Plan national de développement sanitaire du Burkina Faso, 2001–2010*. Ouagadougou : MS.

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

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

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

Population Reference Bureau (PRB). 2012. *Burkina Faso*. Repris le 27 mai 2013 de <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=258>.

Université d'Ouagadougou. 2011. *Comité technique : projection population, 2012*. Ouagadougou : UO.

USAID AWARE II. 2012. *Community-Based Distribution of Hormonal Contraceptives in West Africa*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter:

Projet de Politique de Santé (HPP)
Futures Group
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@futuresgroup.com
www.healthpolicyproject.com