



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA-FASO



DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU BURKINA-FASO

CONTEXTE

Le Burkina Faso ou Pays des hommes intègres est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest, dont la partie extrême Nord est sahélienne. Il est entouré du Mali au nord, du Niger à l'Est, du Bénin au Sud-Est, du Togo et du Ghana au sud et de la Côte d'Ivoire au Sud-Ouest. D'une superficie de 274 500 Km², le Burkina Faso fait partie des pays à revenu faible avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0.434, qui le classe 182e sur un total de 189 pays en 2018. D'une population totale estimée à 21 510 181 d'habitants en 2020¹ et un taux de croissance démographique de 2,9% en 2018 (Banque Mondiale, 2018), le Burkina à l'image de beaucoup de pays en développement, présente une structure par âge de la population dominée par les jeunes. Ainsi, les jeunes de moins de 15 ans représentent 45% de la population en 2018 (WDI, 2019), alors que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus fait un peu moins de 2,5%. Cette structure de la population est en partie expliquée par l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est de 5,4 enfants par femme en 2015 (INSD, 2017).

Conscient de l'importance de la santé, dans la croissance et le développement économique et social d'une nation, l'Etat a mis en place une Politique sanitaire nationale adoptée depuis 2000. Celle-ci est mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 a été révisée en vue de prendre en compte les changements intervenus durant la décennie. Cela a conduit à l'élaboration d'une Politique nationale de santé (PNS) et d'un PNDS 2011- 2020 dont la vision principale est celle d'un « meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant » (PNDS, 2011). La volonté politique du gouvernement en faveur de la santé et du bien-être des populations s'est également traduite à travers l'adoption du Code de la santé publique, du Code de l'hygiène publique, du Code des personnes et de la famille, de la loi sur la santé de la reproduction et celle relative à l'infection à VIH.

Au niveau de la couverture sanitaire de la population, il est noté une amélioration du nombre d'infrastructures sanitaires publiques qui est passé de 1897 en 2011 à 2060 en 2015. Celle-ci s'est accompagnée d'une amélioration du rayon moyen d'action théorique qui est passé de 7,3 km en 2001 à 6,8 km en 2015 (cible de 6 km). Cependant, les disparités en santé entre les régions persistent. En 2015, l'étendue de l'écart entre la région la plus favorisée et la moins favorisée était de 9 km et atteint 15 km pour les districts. La disponibilité du personnel de santé est encore insuffisante. En 2017, le nombre de médecins disponibles est relativement faible de 0,08 médecins pour 1000 habitants (soit 8 pour 100 000 habitants) (WDI, 2017). Le nombre de sages-femmes et Maïeuticiens de 3342, soit une sage-femme ou maïeuticiens d'Etat pour 5 696 habitants, est largement en deçà de la norme de l'OMS qui est de 1 pour 3 000 habitants. De plus, le taux de couverture du risque maladie reste très faible, soit 6,5% en 2015, et l'indice d'utilisation des services de santé, en dessous des attentes (soit 15,6% en contre 20,2% en 2012). L'indice de disponibilité des services de santé, calculé à partir de l'indice de l'infrastructure sanitaire, de l'indice du

personnel de santé et de l'indice de l'utilisation des services, demeure également faible, soit 25,5% en 2014. Au niveau des régions, il varie de 18,1% au Sahel à 34,6% dans la région du Centre (OMS, 2017)

L'évolution de certains indicateurs de santé montre que de nombreux efforts ont été fournis à mi-parcours de l'exécution de la deuxième phase du PNDS, entre 2010 et 2015. En effet, un enfant né dans les conditions de santé du moment peut espérer vivre 60 ans. Ce niveau de l'espérance de vie est élevé comparé à l'année 2000 et à l'année 2010 où il n'était que de 50 à 57 ans. Concernant la mortalité générale, elle est passée de 10,6 à 8,8 décès pour 1000 habitants sur la période. Plus particulièrement, la mortalité infanto-juvénile et celle maternelle, lesquelles respectivement de 81,6 pour 1000 et 330 pour 100 000 en 2015 ont connu une amélioration par rapport à 2010 où on comptait respectivement 129/1000 et 341/100 000 décès (Profil sanitaire du Burkina-Faso 2015, module 2).

Le taux de prévalence contraceptive est estimé à 24% en 2015 dont 22,5% pour les méthodes modernes. La méthode la plus populaire est l'implant qui est utilisée par un peu plus d'une femme sur dix mariées au Burkina Faso (10,4 pour cent). La méthode suivante la plus populaire est l'injectable, qui est utilisée par 7,3% pour cent des femmes en union. Ensuite vient la pilule (3%). Entre 0,1% pour cent et 1% pour cent des femmes mariées ont mentionné l'utilisation de la stérilisation masculine, du DIU et du préservatif masculin. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux par un prestataire formé a nettement augmenté entre 2003 et 2010, passant de 73 % à 95 %, mais elle légèrement baissé en 2015 où elle est estimée à 93%. Les accouchements se sont en majorité déroulés dans des établissements de santé (66% en 2010, et 82% en 2015). Aussi en 2015, 80% des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé et en majorité par les accoucheuses auxiliaires (39%) et dans une moindre mesure, par les sages-femmes (29%). (INSED, 2016).



BRÈVE REVUE DE LITTÉRATURE

L'importance de la santé dans le développement économique et sociale d'une nation a été démontrée et prise en compte dans de nombreux travaux théoriques et empiriques de la littérature économique notamment avec Becker (1964), Sen (1990) et autres. Définie par l'OMS comme « un état complet de bien-

1 Projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).

être physique, mental et social » (OMS, 1948), elle appartient aux éléments minima d'une vie humaine digne d'être vécue (Lafaye, 2005). La santé reproductive, qui s'inscrit dans le cadre de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS, s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent.

A partir des développements d'Amartya Sen (1990) sur les Capabilities, la santé (pas uniquement l'absence d'infirmités ou de douleurs) est érigée en élément essentiel du développement humain. La prise en compte du genre dans les analyses économiques depuis les années 90 fait que la santé sexuelle et reproductive occupe une place importante dans l'étude du développement humain de la femme. A cet effet, un certain nombre d'études empiriques ont été menées parmi lesquelles on retrouve Samb et Ridde (2017) qui ont analysé l'effet de la gratuité des soins sur les capacités des femmes dans la zone rurale du Burkina Faso. A l'aide d'une étude qualitative, ils montrent que les politiques de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence mises en œuvre par l'Etat en 2006, en partenariat avec les Organisations non gouvernementales, ont un effet positif sur le bien-être des femmes. En effet, l'effet transformateur qui résulte de l'élimination des frais de soins obstétricaux porte sur le renforcement de la capacité des femmes à prendre des décisions en matière de santé tout en éliminant leur besoin de négocier l'accès aux ressources des ménages, ce qui à son tour contribue à la réduction des retards dans l'utilisation des services de santé. Comme effet additionnel, ils ont observé un meilleur estime de soi chez les femmes et plus de respect dans leurs relations conjugales.

D'autres études se sont concentrées sur d'autres aspects de la santé de la reproduction tels que les mutilations génitales féminines (MGF) ont été faites. C'est à l'image du travail de Traoré et al. (2007) qui montrent l'exposition plus importante des parturientes qui ont subi l'excision comparé aux complications à l'accouchement. Sur un échantillon de 227 parturientes excisées à la maternité du CHU YO de Ouagadougou, ils trouvent une fréquence des déchirures périnéales de 10,13 % dans le groupe des femmes excisées contre 5,73 % dans le groupe des non excisées. Pour ce qui concerne la souffrance néonatale et la mortinatalité, elles sont plus observées chez les nouveau-nés de mères excisées respectivement 4,4 % et 22,03 pour 1 000 naissances contre 0,2 % et 8,81 pour 1 000 naissances pour les nouveau-nés de mères non excisées.

ANALYSE DU CYCLE DE VIE ÉCONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transferts (NTA ou National Transfer Accounts). Les NTA sont un nouvel outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci soit privée ou publique, et d'épargne (United Nations, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA du Burkina Faso a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD du Burkina Faso, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

Un déficit global de 1 121,45 milliards de F CFA, soit 18,1% du PIB, à financer

Encadré 1 : Notion de déficit de cycle de vie

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge a donné, noté LCD , se définit comme la différence de leur consommation $C(a)$ et leur revenu du travail $YL(a)$:

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation $C(a)$ comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

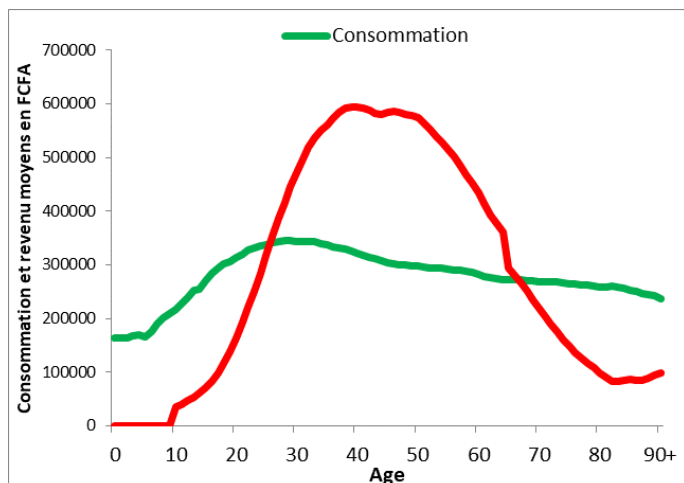
Le revenu du travail $YL(a)$ est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

D'après les graphiques ci-après, la consommation moyenne est élevée dans les classes d'âge 15-40 ans où elle dépasse les 300 000 F CFA avec un pic vers le groupe d'âge 30 ans. En particulier, le groupe d'âge 26-33 ans, juste quand il commence à bénéficier du revenu du travail, atteint un maximum de consommation, destinée essentiellement à son équipement et aux dépenses dans le processus du mariage. Au-delà de 33 ans, sa consommation baisse de manière continue traduisant le reflet de réalités socio-culturelles et anthropologiques visant à réorienter la consommation vers les biens durables tels que le logement. Ainsi, les jeunes réduisent leur propension marginale à consommer pour investir dans l'immobilier. Le revenu du travail connaît une évolution rapide dans la tranche d'âge de 15 ans à 40 ans avec un revenu du travail qui va de moins de 100 000 F CFA en moyenne pour les plus jeunes à près de 600 000 F CFA pour les 35-40 ans. Cependant, ce revenu de travail des plus jeunes ne permet pas pour plusieurs raisons de satisfaire les besoins de consommation. En effet, jusqu'à 26 ans, le burkinabè ne génère pas un revenu du travail suffisant pour couvrir ses besoins de consommation. En conséquence, le déficit de vie économique du Burkina Faso selon l'âge en 2014 est relativement élevé et dû en grande partie aux besoins en ressources économiques dans la jeunesse.

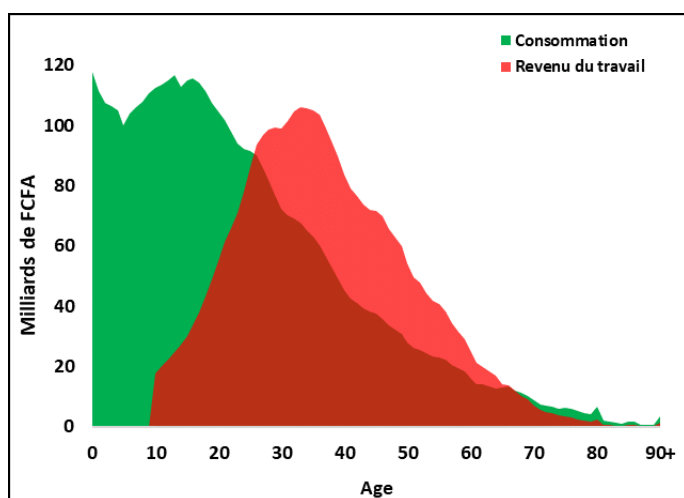
Au niveau agrégé, le Burkina Faso dégage un déficit global de 1 121,45 milliards de F CFA (surface en rouge) représentant 18,1% du PIB. Ce déficit est essentiellement observé chez les personnes de moins de 26 ans (2 067,9 milliards F CFA) et chez celles âgées de plus de 66 ans (39,2 milliards F CFA). L'excédent (surplus économique) n'est observé qu'entre 26 et 66 ans et cet excédent est estimé à 985,3 milliards F CFA. Les données de 2014 montrent dès lors que le déficit à la jeunesse à lui seul représente 33,3% du PIB.

Graphique 1 : Profils moyens de consommation et de revenu du travail



Source : CREG 2020, Policy Brief : Jeunesse et dividende démographique au Burkina Faso.

Graphique 2 : Profils agrégés de consommation et de revenu du travail



Source : CREG 2020, Policy Brief : Jeunesse et dividende démographique au Burkina Faso.

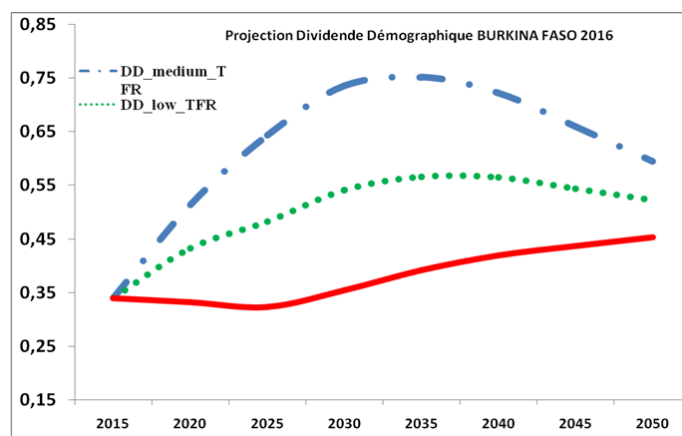
Le déficit du cycle de vie résume donc l'activité économique en une production et une consommation. Dans ce sens, seule une catégorie d'âge de la population est chargée d'assumer le rôle de la production afin de nourrir l'ensemble de la population : il s'agit des adultes actifs. Cette tranche d'âge dégage un surplus de revenu du travail grâce aux activités de production qu'elle exerce, au moment où les jeunes et les personnes âgées enregistrent un déficit de leur cycle de vie. En utilisant cette variation de la production et de la consommation en fonction de l'âge, l'approche des NTA permet de donner également une mesure du dividende démographique suivant les différents scénarii de fécondité.

Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 2,8 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 3,3 enfants à l'horizon 2050, soit 0,5 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 3,8 enfants jusqu'à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projections du dividende démographique du Burkina Faso suivant les scénarii de fécondité



Source : Rapport sur la mesure du dividende démographique du Burkina Faso, 2017.

Les projections sur le dividende démographique permettent de prévoir selon les politiques de fécondité menées au Burkina Faso, les tendances en la matière à l'horizon 2050. De 35% en 2015, le taux de croissance du ratio de soutien atteindrait 59%, 52% et 45% en 2050 respectivement selon que la fécondité est faible, moyenne et élevée. Cela traduit l'impact potentiel d'une réduction de la fécondité sur la croissance économique.

Ce déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. **En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une prioritaire particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents.** Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

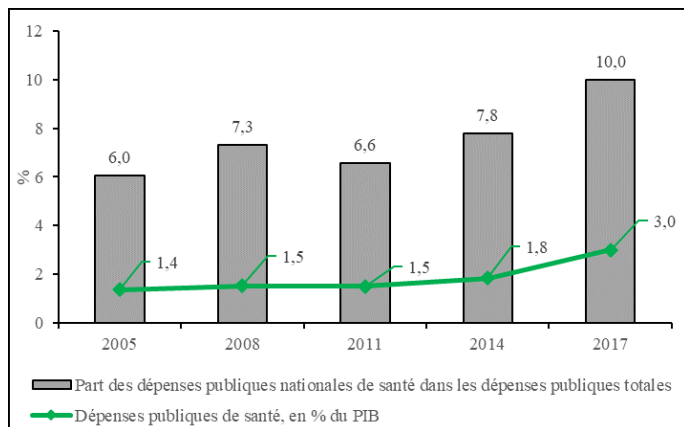
ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Une part faible mais croissante des dépenses de l'Etat consacrées à la santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé (Ministère de la santé², 2013). Le graphique 4 ci-dessous montre l'évolution des dépenses publiques de santé entre 2005 et 2017. La part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques connaît une augmentation progressive sur la période. De 6% en 2005, elle passe à 7,3% en 2008 et 7,8% en 2014 après une légère baisse en 2011 de 0,9 points de pourcentage. En 2017, la part des dépenses en santé dans les dépenses publiques totales est de 10% soit une moyenne de 7,5% sur la période.

La structure des dépenses publiques en santé exprimée en pourcentage du PIB montre une même tendance avec une stabilité entre les années 2008 et 2011 durant lesquelles, la part des dépenses publiques dans le PIB est de 1,5%. En 2014, elle est de 1,8% contre 3% en 2017. Cette tendance progressive des dépenses publiques de santé témoigne de la volonté politique du gouvernement à améliorer l'état de santé de la population notamment sur la période 2010-2020, durant laquelle, la deuxième phase du PNDS est exécutée.

Graphique 4 : Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales



Source : CREG 2020.

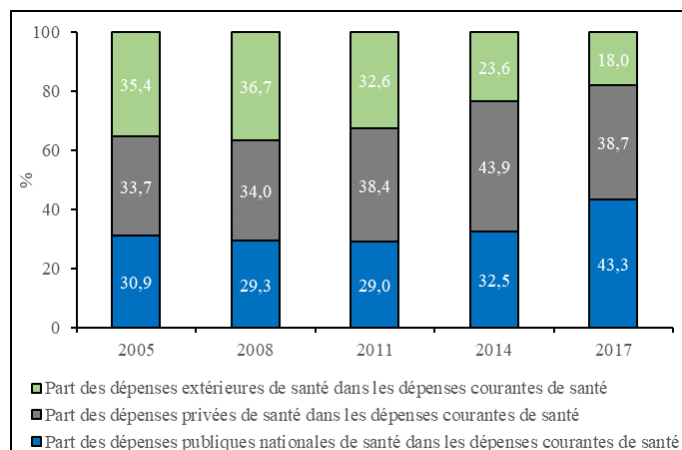
Part remarquable de l'Etat dans le financement de la santé

Les dépenses courantes de santé évaluent les efforts des différents financeurs de la santé. Au Burkina Faso, les partenaires extérieurs sont les principales sources de financement du secteur de la santé entre 2005 et 2008.

Malgré les efforts consentis par l'Etat et les partenaires extérieurs pour améliorer l'accessibilité des ménages aux services de santé, le poids de ces derniers dans le financement de la santé est particulièrement plus important entre 2011 et 2014. Cependant, l'Etat prend le dessus en 2017, avec une proportion

de 43,3% des dépenses courantes, suivi des ménages avec 39% et des partenaires extérieurs dont le financement pour l'année représente 18% du total des dépenses courantes.

Graphique 5 : Part (en %) des dépenses de santé d'origine publique intérieure, privée et extérieure dans les dépenses courantes de santé



Source : CREG 2020.

Cette situation rend compte d'une part de l'implication de la population dans leur bien-être sanitaire ce qui peut traduire une insuffisance des infrastructures en santé et l'accès limité aux services de santé (coût élevé des soins). D'autre part, elle montre les efforts considérables de la part du gouvernement en matière de santé, lesquels sont traduites en politiques de gratuité des soins pour les moins de 5 ans, pour les femmes enceintes et en gratuité de certaines prestations telles que le dépistage du col de l'utérus, les Anti Rétroviraux³... (CREG, 2020).

Faible niveau des dépenses publiques en santé de la reproduction

Le graphique ci-dessus montre l'évolution des dépenses moyennes de santé et des dépenses en santé de la reproduction par habitant entre 2005 et 2017. Sur la période, il est constaté une augmentation progressive des dépenses de santé par habitants. En 2005, celles-ci étaient de 15,5 USD par habitant, 20,5 USD en 2008 et 22,3 USD en 2011 avec une différence d'amplitude d'environ 3,5 USD. Entre 2011 et 2017, on note une augmentation plus importante des dépenses en santé par tête qui passent de 30,6 USD à 55,9 USD respectivement entre 2014 et 2017. Cette augmentation est tributaire de la bonne santé de l'économie qui enregistre un taux de croissance de 4,3 % en 2015 et 5,9% en 2016 (DGESS⁴, 2018).

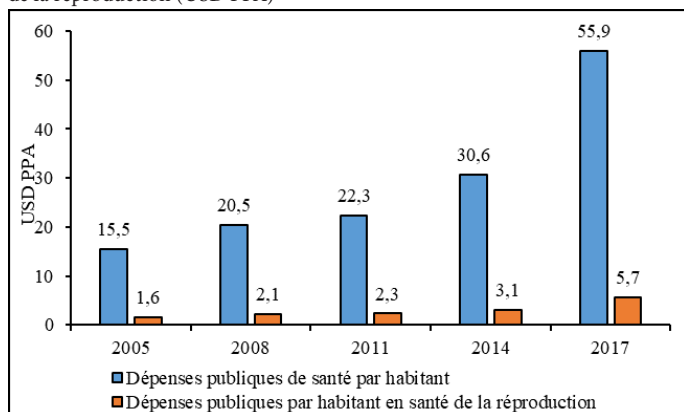
Entre 2005 et 2017, la part des dépenses en santé de la reproduction dans les dépenses totales en santé par habitant est marginale. Ainsi en 2015, seules 1,6 USD sont consacrées à la santé de la reproduction sur un total de dépenses par tête en santé de 15,5 USD. Les dépenses en santé de la reproduction sont en augmentation progressive et s'établissent à 5,7USD en 2017. Cette augmentation est parallèle à l'augmentation des dépenses en santé par habitant, telle qu'indiqué dans le graphique 6 ci-dessous.

2 RAPPORT CNS 2011-2012.

3 Dans CREG, 2020 : Policy Brief n°1 sur le profil de santé du Burkina Faso.

4 Direction générale des études et des statistiques sectorielles : Annuaire statistique 2017.

Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en santé générale et en santé de la reproduction (USD PPA)



Source : CREG 2020.

Cependant, bien que la part des dépenses en santé de la reproduction ait une tendance croissante entre 2005 et 2017, leur poids demeurent quasi le même sur la période.

Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

En statistique, l'**élasticité** mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive (SR_1)
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux (SR_2)
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (SR_3)
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos (SR_4)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes (SR_5)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans (SR_6)
- Risque de décès maternel (SR_7)
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an (SR_8)
- Prévalence des mutilations génitales féminines (SR_9)
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (SR_{10})

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite **ISR**, à l'exception des deux derniers (SR_9 et SR_{10}) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

Encadré 2 (suite et fin) : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et élasticité budgétaire

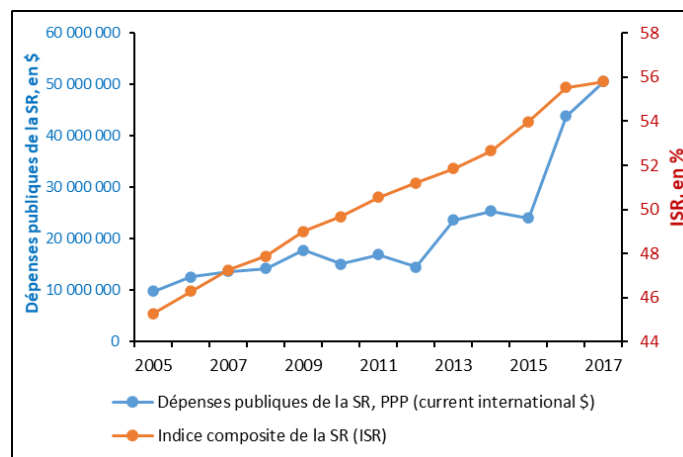
L'**ISR** est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left(\prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left(1 - \frac{SR_8}{10} \right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'**ISR** est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise entre 0 et 1. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'**ISR** tend vers 1, et médiocre lorsque l'**ISR** tend vers 0.

Il existe une corrélation positive prononcée entre les dépenses publiques de la santé de reproduction et les indicateurs de la SR regroupés dans l'indice ISR. En d'autres termes, on assisterait une amélioration sensible des indicateurs de la SR et donc une amélioration du bien-être sanitaire des populations à travers d'un accroissement des dépenses publiques en SR au Burkina Faso.

Graphique 7 : Evolution des dépenses de la SR et l'ISR



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

Une analyse de l'élasticité des dépenses en santé de la reproduction (SR) par rapport à l'indice composite de la SR, montre qu'une augmentation des dépenses de la SR de 10% entrainerait un accroissement de l'indice de la SR de 2,3%. Autrement-dit, l'augmentation des investissements en santé de la reproduction aurait engendré une amélioration au niveau de la santé maternelle et infantile. Il favoriserait une plus grande utilisation des méthodes contraceptives et ainsi une lutte plus efficace contre les maladies sexuellement transmissibles. En termes de comparaison avec certains pays limitrophes et membres du Partenariat de Ouagadougou, l'élasticité budgétaire de la santé de la reproduction est légèrement en-deçà de celle du Bénin (0,25), du Burkina Faso (0,28) et du Mali (0,24).

RECOMMANDATIONS

La santé est un élément incontournable dans la quête du développement économique et social. Conscient de son importance, l'Etat Burkinabé a consenti de nombreux efforts en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, en atteste le poids des dépenses publiques courants dans les dépenses en santé totales soit 42.3% contre 38,9% pour les ménages et 18% pour les partenaires extérieurs en 2017.

Cependant la part importante des dépenses privées de santé demeure importante et témoigne d'une part de la cherté des soins au Burkina et d'autre part, de l'insuffisance de l'offre en santé. Les dépenses en santé de la reproduction, plus particulièrement, sont très marginales, comparées aux dépenses en santé totale par tête. Cela traduirait un faible recours aux services de santé de la reproduction dû aux réalités socioculturelles, et le faible taux d'utilisation des services de santé, malgré les efforts consentis par l'Etat.

Ainsi, pour une meilleure prise en compte de la santé en générale, et de la santé reproductive en particulier, le Burkina Faso doit :

- Assurer une plus grande mobilisation des ressources financières en faveur de la santé afin de garantir un plus grand accès aux soins de santé ;
- Renforcer les performances du système de santé notamment au niveau de l'offre de soins dans les hôpitaux à travers la disponibilité d'infrastructures et de ressources humaines en santé de qualité et en quantité suffisante ;
- Accentuer le plaidoyer sur la SR et la promotion de l'autonomisation de la femme, pour une plus grande efficacité dans les politiques relatives à la santé de la reproduction.

RÉFÉRENCES

Burkina-Faso (2013) : *Comptes de la sante, Comptes Globaux Dépenses de santé du Paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction.*

Burkina Faso (2017) : *Profil de santé du Burkina-Faso. Policy Brief n°1*

Burkina Faso (2017) : *Le dividende démographique : Pour un développement inclusif au Burkina-Faso ; Policy-Brief Synthèse analytique*

Burkina Faso (2017) : « *Jeunesse, marché du travail et Dividende Démographique Au Burkina Faso : plus de 30% du PIB pour financer la consommation des jeunes* » ; *Policy-Brief Jeunesse et dividende démographique*

Burkina-Faso (2017) : *Profil sanitaire complet du Burkina Faso 2015, Module 2 : Système de santé du Burkina Faso.*

Burkina-Faso (2018) : *Annuaire statistique 2017. Direction générale des études et des statistiques sectorielles.*

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs.* Editions L'Harmattan

Institut National de la Statistique et de la Démographie (2011) : *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010.*

Institut National de la Statistique et de la Démographie (2016) : *Rapport du Module Démographie et Santé (MDS) de l'Enquête Multisectorielle Continue (EMC) - 2015.*

Millogo-Traore F., S.T.A. Kaba, B. Thieba, M. Akotiongba, J. Lankoande, *Pronostic maternel et fœtal au cours de l'accouchement chez la femme excisée, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 36, Issue 4, 2007, Pages 393-398, ISSN 0368-2315, <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.03.002>.*

Samb, Oumar.Mallé. Ridde, V., *The impact of free health-care on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso, Social Science & Medicine (2017), doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.045.*

UNFPA-UNICEF (2013) : *Évaluation conjointe du programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/excision : Accélérer le changement (2008-2012) : Etude de cas de pays : Burkina Faso. New York 2013*

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy». Department of Economic and Social Affairs, Population Division*

United Nations (2017). « *World Population Prospects: The 2017 Revision* », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani	Dr Sam Agbahoungba	Gustave Bambara
Dr Sam Agbahoungba	Edem Akpo	Mame Diaara Samb
Edmée Ndoye		
Sabin Nendobe Dobah		

