

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT

SECRETARIAT GENERAL

**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE
(I . N . S . D)**

SONDAGE D'OPINION

**AUPRES DES UTILISATEURS DES SERVICES PUBLICS DE BASE
(Santé et Education)**

Enquête réalisée dans le cadre du test de reformulation des conditionnalités

Ouagadougou, juillet 2002

Sommaire

Introduction	3
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE.....	6
I.1. Structure par sexe et âge de la population enquêtée.....	7
I.2. Groupe de profession de la population enquêtée	7
I.3. Niveau d'instruction de la population enquêtée.....	7
I.4. Population scolarisable des ménages enquêtés	8
I.5. Les activités extrascolaires des enfants scolarisés des ménages.....	9
I.6. Etat de santé dans les ménages.....	10
II. Opinion DES UTILISATEURS SUR LES SERVICES DE SANTE.....	11
II.1. L'utilisation des services de santé	12
II.2. Les structures d'appui.....	17
II.3. L'opinion des utilisateurs vis-à-vis des services de santé.....	24
II.4. La satisfaction des usagers	25
II.5. Les attentes des usagers des services de santé	29
III. Opinion DES UTILISATEURS DES SERVICES D'EDUCATION.....	31
III.1. L'utilisation des services d'éducation.....	32
III.2. Les opinions des utilisateurs des services d'éducation	37
III.3. La satisfaction des usagers	39
III.4. Les attentes des usagers.....	40
CONCLUSION GENERALE.....	42

INTRODUCTION

Contexte de l'étude

Dans le cadre du Programme Spécial pour l'Afrique (SPA), la réunion du groupe de travail du 3 Juin 1996 a choisi le Burkina Faso pour servir de pays pilote pour expérimenter une nouvelle approche en matière d'aide au développement. Ce «test sur la reformulation de la conditionnalité» qui a couvert la période de janvier 1998 à juillet 2000 a été menée sous la coordination de l'Union Européenne. Cette nouvelle approche vise quatre objectifs majeurs : : **i)** améliorer et renforcer l'appropriation par le gouvernement du processus de définition, de suivi et d'évaluation des politiques ; **ii)** lisser les flux d'aide et réduire les suspensions d'aide qui provoquent de brutales perturbations dans la gestion de la trésorerie de l'Etat ; **iii)** améliorer l'efficacité de l'aide grâce à un suivi des programmes sur la base d'indicateurs de performance mesurables et préalablement identifiés ; **iv)** améliorer la coordination des actions entre les bailleurs de fonds.

En ce qui concerne le secteur de la santé et de l'éducation, certains indicateurs de performances définis doivent être obtenus par voie d'enquête. C'est ainsi qu'il a été retenu la réalisation d'un «*sondage d'opinion semestriel auprès des utilisateurs des services publics (Santé/Education)*», objet du présent rapport.

Objectifs du sondage d'opinion

Ce sondage d'opinion a pour objectif essentiel de recueillir l'opinion des usagers des services de santé et d'éducation sur la qualité des services qui leur sont offerts afin d'élaborer des indicateurs permettant d'apprécier leur degré de satisfaction et de recueillir leurs attentes et suggestions pour guider les actions futures.

Méthodologie sommaire de l'enquête

Echantillonnage

L'unité d'observation choisie est le ménage résident, consommateur potentiel des services de santé et d'éducation L'approche «ménage» a été ainsi préférée à l'approche «individu» qui consisterait à interviewer les utilisateurs des services de base sur les lieux de consommation de ces services (centre de santé, hôpitaux, écoles, etc.). Cette dernière approche ne sied pas à la présente étude qui prend en compte tous ceux qui, pour des raisons divers, ont déserté les services de santé et d'éducation. En d'autres termes cette enquête concerne aussi bien, ceux qui utilisent présentement les services de santé et d'éducation, ceux qui les ont utilisés et qui ne les utilisent plus pour une raison ou pour une autre, ceux qui ne les ont jamais utilisés pour quelle que raison que ce soit.

Le sondage stratifié à deux degrés a été l'option choisie. Au premier degré, un échantillon de villages a été tiré et au second degré, des ménages ont été tirés dans chaque village échantillon.

La base de sondage au premier degré est constituée de l'ensemble des villages du Burkina Faso stratifiée par région sanitaire et par région de l'enseignement de base. Au total, 60 villages ou secteurs ont été tirés de façon raisonnée en tenant compte des critères ci-après : la dispersion des unités à enquêter dans l'espace géographique national ; l'éloignement des zones d'enquête par rapport au niveau central ; l'existence ou non d'une formation sanitaire et/ou d'une école dans la zone ; l'accessibilité des zones d'enquêtes. Au second degré, 15 ménages ont été tirés dans chaque village échantillon de façon aléatoire, suivant la méthode des itinéraires. Un pas de tirage a été déterminé pour chaque village. Au total, 891 ménages ont été tirés ; 572 ménages ont été concernés par le questionnaire éducation et le questionnaire individuel santé a été administré à 1 733 personnes appartenant aux 891 ménages. Cet effectif se justifie par le fait que certains villages n'avaient un nombre suffisant de ménages.

Questionnaire

Le questionnaire comporte trois volets : un volet «caractéristique des ménages et identification des besoins en service de santé et d'éducation», un volet «éducation» et un volet «santé ».

Les volets «caractéristiques du ménage et identification des besoins en service de santé et d'éducation» et «éducation» sont destinés aux chefs de ménage, tandis que le volet «santé» s'adresse à l'ensemble des personnes ayant éprouvé des besoins en services de santé. Il s'agit notamment des personnes du ménage ayant été malade pendant la période de référence (six derniers mois) et les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

Les principales variables retenues

- ✓ **Volet « caractéristiques du ménage et identification des besoins en service de santé et d'éducation».**

Cette partie recueille l'ensemble des caractéristiques du ménage et permet d'identifier les personnes à enquêter dans le volet santé et d'éducation. Les principales variables de ce volet sont : Sexe, âge, fréquentation actuelle, niveau d'instruction , dernier diplôme, type d'école fréquentée, motif de fin ou de non scolarisation, raison du motif, occupation actuelle, religion, situation matrimoniale, lien de parenté avec le CM, exercice d'une activité rémunératrice, appartenance à des groupements, profession.

- ✓ **Volet Education**

Ce volet vise à identifier le niveau d'utilisation des services d'éducation, la volonté des parents à accompagner leurs enfants dans la scolarisation, la capacité à supporté les coûts d'éducation, les préférences en matière de type d'école, les opinions des utilisateurs des services d'éducation sur la qualité du service, les perceptions sur l'éducation, les attentes des usagers.

✓ Volet Santé

Les questions portent sur la connaissance des prestations fournies et l'utilisation des services de santé, les coûts et la capacité des ménages à les supporter, la satisfaction vis-à-vis des services reçus et les attentes des usagers.

Organisation de la collecte

La collecte s'est déroulée du 18 au 27 juin 2002. Elle a été exécutée par l'équipe suivante :

- Superviseurs : 01 cadres (INSD)
- Contrôleurs : 05 statisticiens
- Enquêteurs : 15 agents de niveau BAC

Ont contribué pour les autres phases de l'enquête :

- Conception de l'enquête : 02 cadres (INSD)
- Agents de codification et de saisie : 04 secrétaires et statisticiens
- Informaticiens-statisticiens : 02 cadres
- Analystes : 04 dont un de la DEP/Santé.

Le présent rapport, fruit du travail de ces équipes, s'articule autour de trois points :

- I. Caractéristiques de la population enquêtée
- II. Opinions sur les services de santé
- III. Opinions des enquêtés sur les services d'éducation.

I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE

I.1. Structure par sexe et âge de la population enquêtée

La population enquêtée est en majorité jeune à l'instar de la population burkinabé dans son ensemble

Le sondage d'opinion auprès des utilisateurs des services publics de la santé et de l'éducation a touché 886 ménages sur l'ensemble du territoire. Ce qui représente une population de 6170 individus. Elle est composée en majorité de jeunes (Tableau 1) avec cependant une proportion non négligeable de personnes âgées. La taille moyenne des ménages est de 7 personnes.

Tableau 1 : Structure par groupe d'âge spécifique de la population selon le sexe

Groupes d'âges	Sexe			Rapport de masculinité
	Hommes	Femmes	Ensemble	
0-14	48,6	46,5	47,5	101,9
15-64	46,6	50,6	48,6	89,6
65 +	4,8	2,9	3,8	160,4
Total	100,0	100,0	100,0	
Ensemble	107,2	99,9	103,5	
Effectifs	3044	3126	6170	97,4
Ménages	835	51	886	
Taille moyenne	7,1	5,7	7,0	

I.2. Groupe de profession de la population enquêtée

L'exercice d'une activité quelconque ou rémunérée oriente quand aux capacités de se prendre en charge. Ainsi, des informations concernant la profession ont été collectées sur la population de plus de 7 ans. Pour notre analyse, nous avons retenu les actifs de 15 ans et plus. Il en ressort que plus de 4/5 sont des cultivateurs (83,8 %). Pour l'essentiel, les salariés à 81,8 % sont des hommes.

I.3. Niveau d'instruction de la population enquêtée

Plus de la moitié de la population de 7 ans et plus n'a pas été à l'école et environ 2 % seulement ont été alphabétisés dans les langues nationales. On retrouve seulement 1 personne sur 4 de niveau primaire (*Tableau 2*). Quel que soit le niveau, le déséquilibre entre homme et femme est net et est même plus marqué dans les niveaux supérieurs au regard des rapports de masculinité.

Tableau 2 : Répartition de la population de 7 ans et plus selon le niveau d'instruction par sexe et les rapports de masculinité (Rm)

Niveau d'instruction	Hommes	Femmes	Ensemble	Rm
Aucun	56,5	72,8	64,9	75,0
Primaire	30,0	20,4	25,1	141,8
Secondaire 1 ^{er} cycle	5,6	3,1	4,3	174,7
Secondaire 2 nd cycle	1,6	1,0	1,3	159,3
Supérieur	0,4	0,0	0,2	
Alphabétisé	2,3	1,4	1,9	157,5
Autre	3,6	1,3	2,4	272,2
Total	100,0	100,0	100,0	96,6
Effectif	2715	2812	5527	

I.4. Population scolarisable des ménages enquêtés

Sur l'ensemble des ménages enquêtés environ 2/3 ont des enfants scolarisables (67,4 %) et 39,8 % des enfants scolarisés. Plus de la moitié des ménages ont au moins 2 enfants scolarisables et il y en a presque autant pour les enfants scolarisés (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des ménages selon le nombre moyen d'enfants scolarisables et le nombre moyen d'élèves (7-12 ans)

Nombre d'enfants	Scolarisable			Scolaire		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
1	39,7	48,5	40,2	57,2	68,4	57,8
2	35,8	27,3	35,3	28,7	26,3	28,6
3	14,9	15,2	14,9	9,6	0,0	9,1
4	6,0	6,1	6,0	3,0	5,3	3,1
5	3,5	3,0	3,5	1,5	0,0	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	564	33	597	334	19	353
Aucun	32,5	35,3	32,6	60,0	62,7	60,2

En faisant le rapprochement entre le nombre d'enfants scolarisables et le nombre d'enfants scolarisés, on définit un profil scolaire des ménages. On observe ainsi que 2 ménages sur 5 qui

ont des enfants scolarisables ne les scolarisent pas (Tableau 4). Dans les ménages de femme où les enfants sont moins nombreux on scolarise plus les enfants.

Tableau 4 : Répartition des ménages selon le nombre moyen d'enfants scolarisables et le nombre moyen d'élèves (7-12 ans)

Sexe du CM	Profil scolaire du ménage				Effectifs
	Nul	Partiel	total	Ensemble	
Hommes	40,8	21,3	37,9	100,0	564
Femmes	42,4	9,1	48,5	100,0	33
Ensemble	40,9	20,6	38,5	100,0	597

Lorsque les enfants de 7-12 ans ne sont pas scolarisés, ils sont en général occupés dans l'agriculture et l'élevage (76,1%). (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des enfants de 7-12 ans non scolaires selon le type d'occupation et le sexe

Situation d'occupation actuelle	Enfants non scolaires		
	Garçons	Filles	Ensemble
Agriculteur/Éleveur	73,8	78,1	76,1
Autre inactif	8,2	5,6	6,8
Sans emploi/Chômeur	9,7	7,2	8,4
Aide familial	7,1	6,9	7,0
Autre	1,1	2,2	1,7
Total	100,0	100,0	100,0
Effectifs	267	319	586

I.5. Les activités extrascolaires des enfants scolarisés des ménages

Des occupations multiples pour les filles après les classes

A la question «Après les classes, quelles sont les occupations principales de vos garçons ? et ... de vos filles ? », il ressort que plus de garçons que de filles se consacrent aux études (apprentissage et révision des leçons). Ceux qui, après les cours, exercent des activités extrascolaires sont en proportion plus forte chez les filles que chez les garçons. Ainsi, si chez les garçons ils sont 56,5 % à aider leurs parents pour les travaux domestiques et champêtres, cette proportion passe à 71,1 % chez les filles (Tableau 6).

Sur l'ensemble des ménages soumis au «questionnaire éducation», ceux qui n'occupent pas leurs garçons après les cours sont aussi nombreux (33,3 %). Par contre, ils sont seulement 28,9 % à ne pas occuper leurs filles après les classes. Cette situation s'explique par la grande propension à utiliser les filles dans les travaux domestiques. En effet, quel que soit le sexe de la personne interviewée on a plus de 70 % qui l'affirment. Les filles sont occupées à plusieurs

choses en même temps. Elles doivent concilier travail extrascolaire et études ou apprentissage des leçons. A l'inverse, les garçons très souvent ne s'occupent qu'à une seule chose.

Tableau 6 : Proportions d'enquêtés par sexe selon les activités extrascolaires des garçons et des filles (en %)

Activités après les classes (*)	Garçons			Filles		
	CM Hommes	CM Femmes	Ensemble	CM Hommes	CM Femmes	Ensemble
Travaux champêtres/ménagers	57,8	29,6	56,5	70,6	80,8	71,1
Etudes	38,9	14,8	37,7	28,3	42,3	28,9
Loisirs, divertissement	14,0	11,1	13,9	3,5	7,7	3,7
Autre	1,7		1,6	1,3		1,2
Aucune	32,4	51,9	33,3	29,4	19,2	28,9
Effectifs	543	27	570	541	26	567

(*) l'exercice de plusieurs activités est possible. Les valeurs ne sont donc pas cumulables.

I.6. Etat de santé dans les ménages

Sur les 6 derniers mois précédant l'enquête (période de référence retenue), 62,1 % des enquêtés sont tombés malades au moins une fois (Tableau 7). L'état de maladie étant laissé à l'appréciation de l'enquêté, les résultats de cette enquête sont donc le reflet de sensation d'un mal être physique des populations. Ils sont donc environ 2 ménages sur 3 à déclaré une personne malade ou tombée malade au cours de la période de référence, avec une moyenne d'environ 2 malades par ménage. on relève que les malades représentent ainsi 17,9 % de la population.

Tableau 7 : Répartition des ménages selon le nombre de malades par sexe du chef de ménage

Nombre de malades	Sexe du chef de ménage		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1	50,6	47,4	50,4
2	25,4	26,3	25,5
3	11,3	10,5	11,3
4	6,4	7,9	6,5
5 +	6,3	7,9	6,4
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	512	38	550
Moyenne	2,0	2,1	2,0
Proportion de ménages avec malades	61,3	74,5	62,1
Proportion de ménages sans malade	38,7	25,5	37,9
Proportion de population malade	15,9	19,8	17,9

II. Opinion DES UTILISATEURS SUR LES SERVICES DE SANTE

L'implication de la population dans la planification et la gestion des services et programmes de santé de base est devenue une priorité qui s'impose à tous. Les résultats mitigés des indicateurs doivent nous amener à percevoir la santé comme un phénomène multisectoriel et pluridimensionnel. Son appropriation et la participation des bénéficiaires constituent une approche qui permettra de rendre les soins et les services de santé de base plus acceptables et accessibles sur le plan culturel, social et économique.

En adoptant l'initiative de Bamako, le Burkina Faso a pour principal objectif d'assurer en plus de la couverture sanitaire, des soins de qualité aux populations. L'opinion que les utilisateurs se font des services de soins de base est un indice majeur d'évaluation de la proximité et de la qualité des soins.

Cette opinion sera évaluée à travers : l'utilisation des services de santé, le fonctionnement des comités de gestion, la représentation des femmes dans ces comités, l'appréciation du fonctionnement de ces comités par les populations, la volonté et la capacité des patients à payer les services de santé (médicaments, soins), la perception que les utilisateurs ont de la médecine moderne et traditionnelle et les raisons de non utilisation des services de santé par la population et en particulier par les femmes en âge de procréer.

II.1. L'utilisation des services de santé

Il sera abordé dans cette première section, la fréquentation des services de santé et l'accessibilité.

II.1.1 La fréquentation des services de santé

L'analyse sera essentiellement axée sur les réponses aux questions relatives à :

- la fréquentation et raison de non fréquentation des formations sanitaires
- la fréquentation récente des formations
- la disponibilité des prestations dans le centre de santé le plus proche.

II.1.1.1. La fréquentation et les raisons de non fréquentation

Environ 90 % des personnes concernées fréquentent les formations sanitaires soit environ 9 personnes sur 10. Seulement 10 % ne fréquentent pas les formations sanitaires et les raisons sont entre autres le coût (30,3 %), l'éloignement (19,2 %) et le manque de confiance vis-à-vis des prestataires (18,8 %).

Les comportements entre hommes et femmes sont quasi-similaires en ce qui concerne la fréquentation sanitaire et certaines raisons de non fréquentation sanitaire (Tableau 8). S'agissant des coûts, il y a 41,1 % des hommes qui l'affirment pour 27 % des femmes.

Selon les enquêtés l'usage des produits pharmaceutiques sans consultation dans les formations sanitaires est une de leurs pratiques. En effet, ¼ des enquêtés font de l'automédication. Les hommes (26,6 %) la pratiquent plus que les femmes (24,0 %)

Tableau 8: Répartition (en %) par sexe des utilisateurs des services de santé selon la raison de non fréquentation des FS

RUBRIQUES	SEXE		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Fréquentation des FS	90,3	89,3	89,6
Raison de non fréquentation des FS			
Manque de confiance aux acteurs	19,6	18,5	18,8
Eloignement	21,4	18,5	19,2
Manque de confiance en la médecine	3,6	5,1	4,7
Accès difficile		1,7	1,3
Coût	41,1	27,0	30,3
Autre	14,3	29,2	25,6
Total	100,0	100,0	100,0

II.1.1.2. *Fréquentation récente des formations sanitaires*

au cours des 6 derniers mois, il y a eu 41,1 % des personnes interviewées soit 2 personnes sur 5 sont allées au moins une fois en consultation. Cette proportion est respectivement de 3 personnes sur 5 (61,6 %) chez les hommes, contre un peu plus de 1 personnes sur 3 (34,9 %) chez les femmes (Tableau 9).

Tableau 9: Répartition (en %) par sexe des utilisateurs des services de santé selon le lieu de la consultation

Consultation au cours des 6 derniers mois	61,6	34,9	41,1
FS où consultation a été effectuée			
CSPS le plus proche	89,9	88,0	88,7
Autres CSPS	1,6	2,8	2,4
FS des ONG		0,2	0,1
Clinique/Cabinet	0,4	0,9	0,7
CMA le plus proche	5,6	5,6	5,6
Autres CMA	0,4	1,1	0,8
Autre	2,0	1,5	1,7
Total	100,0	100,0	100,0

Pour ce qui est de *la formation sanitaire où l'utilisateur s'est rendu lors de sa dernière consultation*, on note ce qui suit : dans l'ensemble, près de 9 utilisateurs des services de santé sur 10 (88,7 %) sont allés dans le CSPS le plus proche et moins d'un utilisateur sur 10 (5,6 %) dans le CMA le plus proche. Les proportions relatives aux autres formations sont faibles.

Selon le sexe, ces proportions sont pratiquement les mêmes entre hommes et femmes (respectivement, 89,9 % et 88 % pour ce qui est du CSPS le plus proche, et 5,6 % et 5,6 % pour ce qui est du CMA le plus proche).

II.1.1.3 Prestations sollicitées dans le centre de santé le plus proche

Les principales prestations sollicitées par la population sont : les consultations (84,6 %) et les soins infirmiers (77,6 %). D'autres prestations sont sollicitées dans de moindres proportions (Tableau 10). Les prestations les moins sollicitées sont selon les usagers, les IEC IST/VIH/SIDA (1,3 %), l'intervention chirurgicale (1 %) et les soins dentaires (0,7 %).

Tableau 10: Proportions (en %) par sexe des utilisateurs des services de santé selon la prestation sollicitée

PRESTATIONS SOLLICITEES	SEXE		
	Masculin	Féminin	Ensemble
Consultations	90,9	81,3	84,6
Soins infirmiers	84,1	74,1	77,6
Vaccination	11,0	21,5	17,8
Autres soins curatifs	19,5	12,6	15,0
Surveillance grossesse	0,4	16,1	10,6
Consultation postnatale	1,2	13,9	9,5
Consultation médecin	10,2	6,1	7,5
Suivi des enfants sains	2,0	7,6	5,7
Accouchement		8,7	5,7
Examen de laboratoire	8,1	3,5	5,1
Planning familial	1,2	5,9	4,2
IEC nutrition	1,6	4,3	3,4
Soins ophtalmologiques	3,3	2,6	2,8
Causerie en PF	0,4	3,9	2,7
Prise en charge des affections courantes y compris les IST	0,4	2,6	1,8
Récupération nutritionnelle	0,4	1,7	1,3
IEC IST/VIH/SIDA	1,2	1,3	1,3
Intervention chirurgicale	0,8	1,1	1,0
Soins dentaires	0,8	0,7	0,7

II.1.2. L'accessibilité

L'accessibilité est appréhendée, par le biais des questions portant d'une part, sur l'appréciation par l'utilisateur, de la distance qui sépare son habitation du centre de santé le plus proche, et

l'accessibilité dudit centre de santé en saison pluvieuse, et d'autre part, sur le temps mis pour accéder à la formation sanitaire.

II.1.2.1. l'Accessibilité géographique

Dans l'ensemble, la distance qui sépare les habitations du centre de santé le plus proche est considérée comme proche pour environ 3 utilisateurs sur 5, pour 17,2 % elle est très proche, et pour un peu plus de 1 utilisateur sur 3, elle est longue ou très longue (Tableau 11). Indépendamment de cette opinion, plus de 4 utilisateurs sur 5 trouvent que ce centre de santé le plus proche est accessible en saison pluvieuse.

Tableau 11 : Répartition (en %) par sexe des utilisateurs des services de santé selon l'appréciation de la distance au centre de santé et proportion d'utilisateurs accédant au centre de santé en saison pluvieuse.

Distance au centre de santé	Masculin	Féminin	Ensemble
Très longue	9,2	9,8	9,7
Longue	27,4	30,6	29,8
Courte/proche	45,5	42,7	43,3
Très courte/proche	17,9	16,9	17,2
Total	100,0	100,0	100,0
Accès en saison pluvieuse	81,4	81,8	81,7

Lorsqu'on examine ces aspects selon le sexe du répondant, on s'aperçoit qu'à quelques différences près, on a quasiment les mêmes proportions.

L'examen du tableau 12 montre que les Coefficients de Variation (CV) par localité sont partout élevés et sont supérieurs ou égal à 80 % excepté le district de Orodara. C'est le signe d'une forte dispersion du temps d'accès autour de la moyenne. En d'autres termes, les utilisateurs d'un centre de santé donné viennent de diverses contrées plus ou moins éloignées.

De fortes disparités existent entre les localités. Les dispersions sont très fortes à Zabré (131,6%), Yako (126,8%), Titao (125,1%) et Konkoussi (122,1%) et moindres à Diébougou (80,0%) et à Orodara (77,2 %). Malgré ces fortes dispersions, les moyennes estimées donnent une idée sur l'éloignement des formations sanitaires des lieux d'habitation des usagers de ces services.

Tableau 12 : Temps moyen d'accès par localité (chef-lieu)

District sanitaire	Coefficient de variation (CV) en %	Std. Deviation	Etendue (E) en mn	Moyenne (TMA dans les cellules ou M au niveau du total) en m	Médiane en mn
Orodara	77,2	9,3	29	12,1	10
Diébougou	80,0	20,4	88	25,4	20
Sebba	89,8	47,9	148	53,3	30
Paul VI	105,1	16,6	95	15,8	10
Diapaga	106,1	19,8	98	18,6	10
Nouna	108,8	24,6	118	22,6	15
Houndé	116,6	31,0	118	26,6	15
Léo	119,1	32,5	149	27,3	15
Kongoussi	122,1	24,1	128	19,7	12
Titao	125,1	32,0	143	25,6	15
Yako	126,8	30,4	148	24,0	15
Zabré	131,6	18,7	118	14,2	10
Total	119,5	27,9	149	23,3	15

Ainsi, le temps moyen d'accès les plus élevés se rencontrent à Sebba (53,3 mn), Léo (27,3 mn), Houndé (26,6 mn) et dans une moindre mesure, à Zabré (14,2 mn) et à Orodara (12,1 mn).

On peut d'ailleurs regrouper les localités en trois groupes autour de la moyenne (M) :

- Pour 6 Districts Sanitaires (DS) le Temps Moyen d'Accès (TMA) inférieur à la Moyenne (M) de l'ensemble des Districts qui est de 23 minutes. Il s'agit des Districts de Diapaga, Kongoussi, Nouna, Paul VI, Zabré et Orodara (TMA le plus bas (12,1 mn).
- Les 6 autres districts sanitaires ont un TMA supérieur à la moyenne M et Sebba se distingue nettement des autres par un TMA de 53,3 mn.
- Seul Nouna a un TMA qui avoisine la Moyenne (23,3 %).

II.1.2.2. Temps moyen d'accès selon le moyen de déplacement utilisé

En excluant la charrette et la voiture, on peut dire que non seulement la dispersion relative du TMA est grande mais aussi qu'elle est du même ordre de grandeur d'un moyen de déplacement à un autre. En effet, on a : $111 < CV < 130$ (Tableau 13). Les moyennes peuvent donc être directement comparées malgré certains faibles effectifs (ambulance, mobylette).

A l'exception du vélo et de la voiture dont le TMA est supérieur à la moyenne de l'ensemble (M=27,6 mn). En dehors de l'ambulance avec laquelle le TMA est de 12,3 mn, avec les autres moyens de déplacement, les TMA sont proches de la moyenne. Il s'agit notamment de la

charrette (18,5 mn), de la mobylette (24,5 mn), à pieds (20,9 mn). Le coefficient de variation (CV) de 2001 est sensiblement égal à celui de 2000 soit respectivement 118,7 % et 117 %. Au regard des données du tableau 9, on s'aperçoit que l'utilisateur en voiture met 2 fois plus de temps que celui qui est à pieds pour atteindre une formation sanitaire. Cela pourrait s'expliquer par le manque d'infrastructures routières dans certaines localités rendant difficiles les déplacements des véhicules.

Tableau 13: Temps moyen d'accès selon le moyen de déplacement utilisé

Moyen de déplacement	Coefficient de Variation (CV) en %	Etendue (E) en mn	Moyenne (TMA dans les cellules ou M au niveau du total) en mn	Médiane (Md) en mn	Moyen de déplacement
Charrette	82,2	40	18,5	22,5	20
Voiture	96,2	148	39,5	41,0	24
Ambulance	111,7	23	12,3	11,0	6
Vélo	112,1	149	32,7	29,2	15
A pied	112,4	118	20,9	18,6	15
Mobylette	123,3	143	24,5	19,8	10
Autres	130,2	140	78,1	60,0	20
Total	118,7	149	27,6	23,2	15

II.2. Les structures d'appui

Cette deuxième partie sera consacrée aux Comités de Gestion (COGES) existant dans les formations sanitaires, et particulièrement à leur fonctionnement vu sous une multitude d'aspects que l'on pourrait ranger dans deux groupes : connaissance et appréciation (du fonctionnement).

II.2.1. Connaissance des COGES

Les questions visent aussi bien la connaissance et les motifs de méconnaissance de l'existence du COGES, que la connaissance du mode d'élection des membres du COGES, les personnes habilitées à faire partie du bureau du COGES, l'invitation à une assemblée générale (ainsi que le nombre de fois que la personne y a été conviée), l'utilisation et la réutilisation des fonds du COGES, le domaine d'intervention du COGES, etc.

- *Sur la connaissance de l'existence d'un comité de gestion dans la formation sanitaire la plus proche*

Les utilisateurs qui connaissent l'existence d'un comité de gestion de santé (COGES) au niveau de la formation sanitaire la plus proche représentent seulement 20,40 %. Cette proportion représente 29,70 % chez les hommes contre 17,60 % chez les femmes (Tableau 14).

- *Sur la connaissance du mode d'élection des membres du COGES*

Les utilisateurs qui connaissent le mode d'élection des membres du COGES représentent 50,30%. Cette proportion est de 57,50% chez les hommes contre 46,60% chez les femmes. Les hommes sont donc proportionnellement plus nombreux que les femmes à s'intéresser au mode d'élection des membres du COGES car ils sont les plus nombreux à connaître son existence (Tableau 14).

Tableau 14 : Proportions (en %) par sexe des utilisateurs des services de santé selon leur connaissance sur les COGES.

Modalités	Masculin	Féminin	Ensemble
Connaissance de l'existence de COGES au niveau de la FS	29,7	17,6	20,4
Connaissance du mode d'élection des membres du COGES	57,5	46,6	50,3
Connaissance de l'éligibilité de toute personne au COGES	83,6	88,9	86,9
Invitation à une AG du COGES	45,0	37,2	39,9
Représentation des femmes au COGES	37,3	34,5	35,5
Réutilisation des fonds du COGES pour les activités du centre	59,0	46,1	50,4

- *Sur la personne habilitée à faire partie de l'équipe dirigeante*

Selon 86,9 % des personnes interrogées (environ 4 personnes sur 5) toute personne du village peut être membre du bureau du COGES. Cette proportion est de 83,60 % chez les hommes contre 88,90 % chez les femmes (Tableau 14).

- ◆ *Sur l'invitation à une assemblée générale du COGES*

Environ 2 personnes sur 5 déclarent avoir été informés de la tenue d'une AG du COGES (39,9 %). Les femmes sont moins informées (37,20 % contre 45,00 % pour les hommes).

- *Sur le nombre de fois que l'utilisateur a été convié à une AG au cours des 6 derniers mois*

Au cours des 6 derniers mois, environ 75% des concernés ont été conviés à trois AG au plus. En effet, 34,30 % des intéressés ont été conviés à une AG dont 28,30 % des hommes et 38,10 % des femmes ; ensuite 21,90 % ont été conviés deux fois et 17,50% trois fois dont 15,10 % des hommes et 19,00 % des femmes). On note que plus le nombre d'invitation à une AG augmente, plus le nombre d'invités diminue (Tableau 15).

Tableau 15 : Répartition par sexe des enquêtés selon le nombre d'invitations à une assemblée générale du COGES

Nombre d'invitations	Masculin	Féminin	Ensemble
0	17,0	11,9	13,9
1	28,3	38,1	34,3
2	22,6	21,4	21,9
3	15,1	19,0	17,5
4	1,9	2,4	2,2
5 +	15,1	7,2	10,3
Total	100,0	100,0	100,0

- *Sur la représentation des femmes*

Environ 2 personnes sur 5 (soit 35,5%) estiment que les femmes sont suffisamment représentées. Les premières concernées estiment qu'elles ne sont pas suffisamment représentées au sein des COGES à l'instar des hommes.

- *Sur la connaissance de la provenance des ressources du COGES et leurs utilisations*

Pour 44,5 % des enquêtés (soit environ 2 personnes sur 5) ils n'ont aucune idée sur la provenance des fonds du COGES. Les proportions sont respectivement de 21,50 % pour «vente du dépôt et tarification des actes » et 20,30% qui pensent que la vente du dépôt est l'unique source de revenu du COGES (Tableau 16).

Tableau 16 : Répartition par sexe des enquêtés selon la connaissance sur l'origine des fonds du COGES

Origine des fonds du COGES	Masculin	Féminin	Total
Les deux	28,0	18,1	21,5
Vente de dépôt	19,5	20,8	20,3
Tarification des actes	5,9	10,6	9,0
Autres	5,9	4,0	4,7
NSP	40,7	46,5	44,5
Total	100,0	100,0	100,0

- *Sur la réutilisation des fonds*

Environ 2 personnes sur 5 soit 42,90 % estiment que les fonds sont réutilisés pour les activités du centre de santé et près de 3 personnes sur 5 soit 57,10 % disent ne rien savoir sur la réutilisation de ces fonds.

- *Sur le domaine d'intervention des COGES*

Pour 35,8 % des personnes interviewées, le COGES intervient dans le domaine de l'entretien des infrastructures et d'équipement et 60,10 % estiment qu'il intervient dans l'achat de produits et la prise en charge des démunis. En définitive, la quasi-totalité de la population enquêtée (95,9%) déclare que le domaine d'intervention du COGES reste dans le cadre des activités propres du centre de santé.

II.2.2. Appréciation du fonctionnement des COGES

Cette appréciation est fondée sur les réponses aux questions relatives aux comptes rendus régulièrement faits par le COGES, sur l'utilisation des fonds, à la satisfaction vis-à-vis du fonctionnement du COGES, aux motifs de satisfaction ou d'insatisfaction, et à la nécessité du COGES pour la bonne marche du centre de santé.

Tableau 17 : Proportions par sexe des enquêtés selon la connaissance du fonctionnement du COGES et la répartition selon les raisons de satisfaction

Rubriques	Masculin	Féminin	Ensemble
Compte rendu du COGES sur l'utilisation des fonds	53,0	48,2	49,9
Satisfaction vis-à-vis du fonctionnement du COGES	78,0	79,9	79,2
Nécessité du COGES	94,7	93,4	93,7
Prestation payante	65,4	65,4	65,4
Raison de satisfaction vis-à-vis du fonctionnement du COGES			
Bonne gestion	48,3	50,0	49,4
Soutien/Apports au centre de santé	54,2	52,6	53,2
Mauvaise gestion et organisation	11,9	10,5	11,0
Autre	7,6	11,8	10,4
NSP, Rien, Aucun	5,1	4,4	4,6

- *Des comptes rendus du COGES sur l'utilisation des fonds*

A la question de savoir « est-ce que le COGES vous rend régulièrement compte de l'utilisation des fonds ? » il s'avère que près de la moitié des enquêtés (49,9 %) déclarent recevoir régulièrement un compte rendu (Tableau 17).

- *Satisfaction vis-à-vis du fonctionnement du COGES*

A la question « êtes-vous satisfait du fonctionnement du COGES ? », 79,2 % des enquêtés ont répondu par l'affirmative. Cette satisfaction trouverait son explication dans la « bonne gestion » (49,4 %), « au soutien par le COGES au centre de santé » (53,2 %). Quant aux motifs de non-satisfaction, les 20 % d'insatisfaits pensent essentiellement à la « mauvaise gestion et organisation » (Tableau 17).

- *Avis des enquêtés sur la nécessité des COGES pour les centres de santé*

Le COGES, estimé par les hommes et femmes interrogés est indispensable pour la bonne marche du centre de santé. En effet, près de 94 % partagent cet avis dont 94,7 % sont des hommes et 93,4 % des femmes.

II.2.3 La capacité des usagers à faire face aux dépenses de santé

Plusieurs variables comme le coût moyen des prestations, la capacité à payer les prestations sollicitées et le coût moyen des ordonnances, contribueront à apprécier ce volet.

II.2.3.1. Coût moyen des prestations

- *la tarification des actes*

La plupart des personnes ayant été en consultation déclarent que la plupart des prestations qu'elles ont sollicitées étaient payantes. Que ce soit les hommes ou les femmes, il y a 65,4 % des enquêtés qui l'affirment.

II.2.3.2. Capacité à payer les prestations

- *Opinion sur le coût de la prestation sollicitée*

Les enquêtés ont donné leur opinion sur le coût des prestations reçues. A ce sujet, près de 2 personnes sur 5 estiment que le coût est élevé avec un coût moyen de 1 190 F. Par contre, près de 60 % pensent qu'il reste acceptable avec un coût moyen de 237 F.

Tableau 17 : Proportions par sexe des enquêtés selon l'opinion sur le coût de la prestation

Opinion sur le coût	Moyennes			Répartition			CV		
	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.	Masculin	Féminin	Ens.
Chère	1213	1177	1190	38,1	38,4	38,3	310,4	556,2	481,8
Acceptable	176	270	237	60,0	58,9	59,3	125,9	193,6	186,9
Pas d'opinion	450	108	194	1,9	2,6	2,4	15,7	34,7	84,4
Total	580	619	605	100,0	100,0	100,0	411,9	664,6	596,0

- *Capacité à payer la prestation*

Pour ce qui concerne la capacité à honorer le coût de la prestation, on remarque que la quasi-totalité des enquêtés (femmes 99,4 % et hommes 100 %) ont pu s'acquitter du coût de leur prestation (99,4 %).

- *Coût moyen des prestations selon le lieu de consultation et le sexe*

Le coût de la prestation le plus élevé est observé au niveau du CMA le plus proche (3 371 F) avec un coût moyen chez les femmes à peu près 5 fois plus élevé que chez les hommes (4 300 F chez les femmes contre 931 F chez les hommes). Dans l'ensemble, le coût moyen d'une

prestation est de 607 F indépendamment du sexe de l'utilisateur (Tableau 21). A l'exception du CMA le plus proche, le coût de la prestation des autres formations sanitaires sont inférieurs à la moyenne.

Tableau 21 : Coût moyen des prestations selon le lieu de consultation et le sexe

Coût de la prestation	Moyenne			Mediane			Masculin	Féminin	Total
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total			
CSPS le plus proche	520	338	402	100	125	100	469,96	245,33	396,9
Autres CSPS	233	150	192	300	150	150	49,49	0,00	44,93
Clinique/Cabinet	300	1000	650	300	1000	650			76,15
CMA le plus proche	931	4300	3371	500	500	500	105,01	350,72	381,1
Autres CMA		250	250		250	250			
Autre	4000	650	1767	4000	750	1000	35,36	67,06	106,0
Total	578	622	607	100	150	137,5	411,82	663,07	595,1

▪ *Nombre de prestations par sexe et par types de prestations*

Pour les motifs tels que la consultation, les soins infirmiers, la vaccination, la consultation médecin et examen de laboratoire, les enquêtés de sexe masculin se sont rendus au total 5 fois pour recevoir des prestations. Pour le même nombre de visites, les femmes se retrouvent avec 11 types de prestations (Tableau 23). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes compte tenue de leur maternité, sollicitent beaucoup plus les centres de santé. C'est ainsi que l'on peut citer en plus des consultations ordinaires pour cause de maladies, la surveillance de la grossesse, les consultations postnatales, le suivi des enfants sains etc.

Tableau 22 : Coût de la prestation par sexe des enquêtés selon le nombre de prestation

Nombre de prestations	Moyenne			Médiane			Coefficient de variation		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
1	1053	28697	18274	125	112,5	125	301,7	565,3	701,1
2	543	7413	4944	100	150	100	524,4	1143,9	1373,2
3	315	339	329	150	200	200	160,9	151,6	154,5
4	1077	564	725	200	300	250	155,1	180,7	173,4
5	220	844	768	100	175	150	81,3	211,9	219,7
Total	592	7552	5132	100	150	150	408,4	1100,4	1308,8

Tableau 23 : Proportions par sexe des enquêtés selon la prestation sollicitée et le nombre de prestation

Prestation sollicitées	Nombre de prestations									
	Hommes					Femmes				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Consultations	6,3	21,2	32,2	20,2	20,2	5,6	28,7	30,7	18,1	17,0
Soins infirmiers	5,6	22,6	29,2	19,5	23,1	5,2	25,8	31,0	19,7	18,4
Planing familial		33,3		66,7		11,8	17,6	23,5	29,4	17,6
Causerie en PF				100,0			60,0	20,0	13,3	6,7
Surveillance grossesse		100,0				6,0	46,3	20,9	16,4	10,4
Consultation postnatale			66,7	33,3		10,0	34,0	32,0	18,0	6,0
IEC nutrition			25,0	50,0	25,0	11,8	47,1	23,5	11,8	5,9
Récupération				100,0		14,3	42,9	14,3		28,6
Vaccination	3,7	18,5	40,7	22,2	14,8	6,0	37,3	28,9	13,3	14,5
IEC IST/VIH/SIDA			33,3		66,7	20,0	20,0	40,0		20,0
Prise en charge des							33,3	33,3	33,3	
Suivi des enfants sains		20,0	40,0	40,0		11,1	22,2	25,9	18,5	22,2
Accouchement						12,1	39,4	15,2	24,2	9,1
Intervention chirurgicale					100,0	25,0		50,0	25,0	
Consultation médecin	13,6	22,7	13,6	4,5	45,5	10,7	21,4	17,9	25,0	25,0
Soins dentaires			50,0	50,0			50,0	50,0		
Examen de laboratoire	5,9	11,8	23,5	17,6	41,2		7,7	30,8	23,1	38,5
Autres soins curatifs		14,9	29,8	21,3	34,0	7,5	18,9	32,1	26,4	15,1
Soins ophtalmologiques		14,3	42,9		42,9		18,2	36,4	18,2	27,3

- *Prise en charge des «nécessiteux»*

Pour les personnes n'ayant pas pu honorer la somme qui leur a été demandée (98,9 %), elles déclarent avoir été prises en charge. Ceci est peut-être dû aux actions salvatrices des COGES.

- *Nécessité de la tarification des prestations*

Selon 42,3 % des hommes et 46,7 % des femmes, les prestations de santé doivent être facturées. Les populations souhaitent donc plus la gratuité des prestations. Mais pour le bon fonctionnement du centre de santé il y a la nécessité à tarifier les prestations.

II.2.3.3. Coût moyen des ordonnances

Les utilisateurs s'approvisionnent en produits pharmaceutiques de diverses manières. Dans l'ensemble, près de 4 utilisateurs sur 5 (72,4 %) ont eu leurs produits au dépôt du centre de

santé et environ 25 % les ont eu en pharmacie. D'autres s'approvisionnent dans la rue avec les commerçants ambulants.

Les utilisateurs paient 2,5 fois plus cher en pharmacie qu'au niveau des dépôts des centres de santé (Tableau 24). On note par ailleurs que le coût moyen des ordonnances au niveau des autres lieux est de 5 970 F. Indépendamment du lieu d'achat, on note que les ordonnances coûtent 2 fois plus chères aux hommes qu'aux femmes.

Tableau 24 : Coût moyen des ordonnances selon le lieu d'achat et le sexe

Lieu d'achat des produits	Moyen			Médian			CV		
	Masculi	Féminin	Ens.	Masculi	Féminin	Ens.	Masculi	Féminin	Ens.
Pharmacie	21977	6712	12388	4000	5000	4500	448,9	104,1	488,7
Dépôt du centre	5867	4219	4816	2950	2500	2500	293,7	153,5	240,7
Autre	4522	7096	5970	4530	7500	5715	61,6	81,7	79,9
Total	9906	4902	6735	3300	3000	3000	524,1	136,1	473,9

En somme, le prix moyen à la pharmacie est strictement supérieur au prix moyen d'ensemble. Ce qui est confirmé par les coefficients de variation. Les coûts moindres dans les centres de santé s'expliqueraient par le fait que les produits sont en majorité du générique, et les usagers ont recours à la pharmacie pour l'achat des produits en spécialité.

II.3. L'opinion des utilisateurs vis-à-vis des services de santé

- **La médecine traditionnelle** : *une perception de complémentarité et de coût favorable par rapport au moderne.*

Pour appréhender ce volet, les enquêtés ont répondu à la question «Avez-vous recours à la médecine traditionnelle ? » Ainsi, un peu plus de 6 personnes sur 10 se réfèrent à la médecine traditionnelle pour leurs besoins de santé (Tableau 25).

Tableau 25 : Le recours à la médecine traditionnelle selon le sexe et les raisons

Rubriques	Masculin	Féminin	Ensemble
Recours à la médecine traditionnelle	65,8	64,2	64,6
Raisons du recours à la médecine traditionnelle			
Confiance en la médecine traditionnelle	45,1	41,3	42,2
Proximité de la médecine traditionnelle	25,7	24,4	24,8
Coût de la médecine traditionnelle	51,1	50,3	50,5
Meilleure qualité de la médecine traditionnelle	18,8	19,4	19,2
Complémentarité de la médecine traditionnelle	72,6	72,8	72,8
Autre de la médecine traditionnelle	12,8	12,9	12,9

Pour trouver les raisons de recours de cet autre moyen de se soigner, les populations enquêtées dans leur grande majorité (72,8 %) déclarent que la médecine traditionnelle et la médecine moderne se complètent. Au delà de cette complémentarité, un peu plus de la moitié (50,5 %) pensent plutôt au coût faible de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne. Tout ceci ne s'explique-il pas lorsque l'on constate que pour les personnes tombées malades au cours des six derniers mois, une des principales raisons de la non fréquentation des centres de santé est le manque de moyens (Tableau 25). A côté de ces deux raisons, beaucoup ont évoqué la situation de proximité (24,8 %), de confiance (42,2 %), et de meilleure qualité (19,2 %).

▪ **La non utilisation des services de santé par les femmes**

Par rapport aux questions de nutrition et de santé génésique, il est opportun de faire une analyse de la non utilisation des services de santé par les femmes. Ce sont elles principalement qui sont les premières demandeuses de soins de santé pour diverses raisons ; notamment la consultation prénatale et postnatale, le planning familial et la vaccination etc.

✓ **La non utilisation des services de consultations prénatales et des nourrissons**

Selon 28,3 % des femmes la non utilisation des services de consultation prénatale est son inutilité. Le coût élevé est évoqué par 19,6 % des femmes. Par rapport à la non consultation postnatale, les femmes à 31,3 %, la trouvent inutile. Un nombre non négligeable de femmes (18,1 %) voient le coût élevé des prestations. Le problème de vivres se situe en dernière considération avec 6 % des femmes. Que se soit en consultation prénatale ou des nourrissons, 2 femmes sur n'ont pas de raisons précises. Elles ont des réticences inavouées.

✓ **Pratique de la Planification familiale**

Plus de la moitié des femmes enquêtées (57,8 %) sont favorables à la planification familiale. Elle le justifie du fait que cela participe à l'amélioration des conditions de vie. Pour les femmes qui n'expriment pas une envie de suivre cette méthode (42,2 %). Les raisons sont diverses. Au nombre de ces raisons, l'on peut citer par expérience les raisons religieuses, les traditions, la réticence du père et/ou du mari (9,1 %), le désir d'avoir un enfant et les problèmes de maternités (18,2 %). Une bonne proportion des femmes avancent d'autres raisons (45,5 %).

II.4. La satisfaction des usagers

La satisfaction des usagers est appréciée ici à partir des variables comme le cadre d'accueil, le temps d'attente, la disponibilité des produits, la qualité des prestataires et des prestations, et la satisfaction des usagers.

✓ **Le cadre d'accueil**

Près de 75 % des usagers pensent que les services de santé sont propres. A l'inverse, 6,4% trouvent les services de santé insalubres (Tableau 26). Quant au reste des utilisateurs les services sanitaires sont acceptables.

Tableau 26 : Répartition par sexe des enquêtés selon et l'état de salubrité des lieux de consultation

Etat de salubrité des lieux	Masculin	Féminin	Total
Insalubre	6,5	6,3	6,4
Acceptable	15,4	20,5	18,7
Propre	78,0	73,2	74,9
Total	100,0	100,0	100,0

✓ **Qualité des prestations**

La majorité des utilisateurs des services de santé estiment que le temps d'attente est court (66,9 %). Cependant une proportion non négligeable (28,6 %) le jugent long et seulement 4,6 % le trouvent même très long (Tableau 27).

Tableau 27: Répartition par sexe des enquêtés selon leur avis sur le temps d'attente et l'appréciation des conditions de travail

Temps d'attente	Masculin	Féminin	Total
Très long	5,8	4,0	4,6
Long	23,9	31,1	28,6
Court	70,4	65,0	66,9
Total	100,0	100,0	100,0
Appréciation des conditions de travail			
Mauvaise	4,9	7,8	6,8
Acceptable	44,0	43,1	43,4
Bonne	51,0	49,1	49,8
Total	100,0	100,0	100,0

De l'appréciation des conditions de travail, il ressort que près de 7 personnes sur 10 ont une mauvaise appréciation des centres de santé. Le reste des usagers, apprécie positivement ainsi, 49,8 % en ont une bonne appréciation et 43,4 % une appréciation acceptable (Tableau 27).

Une chose est certes d'assurer de bonnes prestations, une autre est de disposer des médicaments prescrits et d'une capacité de paiement.

✓ **La disponibilité et la capacité de paiements des produits.**

Les données de l'enquête révèle que 80,6 % des utilisateurs déclarent trouver les produits sur place c'est-à-dire dans les structures de vente des formations sanitaires contre seulement 9,1 % qui déclarent que les médicaments sont absents dans les dépôts du centre de santé. On observe aussi que c'est dans les dépôts des centres de santé que les enquêtés (77,2 %) s'approvisionnent en général en médicaments (Tableau 28). Ce constat louable est à mettre au compte des dépôts MEG, structure décentralisée d'approvisionnement de la Centrale d'Achat

des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux (CAMEG) qui a pour objectif premier au Burkina Faso de rendre disponible les produits de première nécessité auprès des populations.

Tableau 28: Répartition par sexe des enquêtés selon la disponibilité et l'achat des médicaments dans les dépôts MEG

Disponibilité des médicaments dans les FS	Masculin	Féminin	Ensemble
Oui	79,1	81,6	80,6
Non	10,9	8,0	9,1
Partiellement	8,4	7,8	8,0
NSP	1,7	2,7	2,3
Total	100,0	100,0	100,0
Achat des médicaments			
Totalement	90,8	88,5	89,4
Partiellement	6,7	8,8	8,0
Pas du tout	2,5	2,7	2,6
Total	100,0	100,0	100,0
Manque de matériel	41,7	43,6	42,9
Lieu habituel d'approvisionnement en médicaments			
Dépôt du centre de santé	78,1	76,7	77,2
Pharmacie	17,4	19,6	18,8
Dans la rue/marché	3,2	3,1	3,1
Autre	1,2	0,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

En ce qui concerne la capacité de paiement des produits par les usagers, malgré le fait que près de 90 % des usagers aient pu honorer totalement leurs ordonnances, il reste à déplorer qu'une frange non négligeable de la population (2,6 %) n'ont pas du tout pu acheter leurs produits (Tableau 28). On peut noter en passant qu'un autre paramètre pouvant détériorer la santé des populations reste l'automédication qui est pratiquée par près d'un quart (1/4) des usagers.

✓ **La qualité des prestataires**

La qualité des prestataires est appréciée d'une part par la compétence du personnel et d'autre part par les infrastructures et équipements dont disposent les centres de santé. Il ressort de cette analyse que de 72,7 % des usagers pensent que les prestataires sont compétents (70 % chez les hommes et 74,1 % chez les femmes). Cette compétence se justifierait parce que 72,8 % des enquêtés reconnaissent que les prestataires font de bonnes prestations (Tableau 29).

Tableau 29: Répartition des enquêtés selon la justification des compétences du personnel

Justification	Masculin	Féminin	Ensemble
Bonne prestation	70,4	74,2	72,8
Mauvaise prestation	8,2	4,2	5,6
Autre	2,1	2,0	2,0
NSP, Rien	19,3	19,6	19,5
Total	100,0	100,0	100,0

✓ **Le nombre moyen de produits prescrits**

Le nombre moyen de produits prescrits varie entre 3 à 4 produits (Tableau 30). Les écarts-types calculés renseignent que le nombre de produits prescrits par prestation ne s'écartent pas trop de la moyenne.

Tableau 30: Nombre moyen de produits prescrits par prestation reçues

Prestations	Moyenne	Médiane	Std. Deviation	N	CV
Récupération nutritionnelle	3	2,5	1,51	8	50,3
IEC IST/VIH/SIDA	3,38	3	1,51	8	44,7
Accouchement	2,79	2	1,22	33	43,7
Intervention chirurgicale	3,5	3,5	1,52	6	43,4
Consultation médecin	3,38	3,5	1,46	50	43,2
IEC nutrition	2,81	3	1,17	21	41,6
Surveillance grossesse	2,78	2	1,12	68	40,3
Suivi des enfants sains	3,19	3	1,26	32	39,5
Planing familial	3,25	3,5	1,25	20	38,5
Vaccination	3,01	3	1,14	110	37,9
Consultation postnatale	2,79	3	1,04	53	37,3
Consultations	3,18	3	1,17	550	36,8
Soins infirmiers	3,25	3	1,19	505	36,6
Causerie en PF	2,75	2	1	16	36,4
Autres soins curatifs	3,47	3	1,15	100	33,1
Soins ophtalmologiques	3,61	3	1,14	18	31,6
Examen de laboratoire	3,83	4	1,18	30	30,8
Prise en charge des affections courantes y compris les IST	3	3	0,87	9	29,0
Soins dentaires	3	3	0,82	4	27,3

II.5. Les attentes des usagers des services de santé

Pour une amélioration des prestations au niveau des centres de santé, les attentes des usagers devraient être prises en compte. Au nombre de ces attentes, les enquêtés ont surtout insisté sur l'apport d'infrastructures et d'équipements (38,5 %) dont 42,5 % d'hommes, la disponibilité des produits (21,6 %), la réduction des coûts de prestations et des produits (20,2 %) et l'attente d'une meilleure prestation de la part du personnel de santé (18,5 %). Le premier choix sur l'apport en infrastructures et d'équipements de santé s'explique puisque 42,9 % estimaient déjà que les centres de santé manquaient de matériels (Tableau 31)

Tableau 31: Proportions par sexe des enquêtés selon leurs attentes des services de santé

Attentes des usagers des services de santé	Masculin	Féminin	Ensemble
Apport d'infrastructures et d'équipements	42,5	36,3	38,5
Disponibilité des produits	24,7	19,9	21,6
Réduction des coûts	19,4	20,6	20,2
Meilleure prestation	20,2	17,5	18,5
Plus de personnel qualifié et spécialisé	14,2	15,5	15,0
Autres attentes	4,0	7,1	6,0
NSP, Rien	19,4	19,5	19,5
Total	247	452	699

✓ Les suggestions

Quant bien même les usagers sont satisfaits des services de santé, ils aspirent à des prestations encore meilleure. Ainsi, ils ont fait des suggestions pour une amélioration des services de santé (Tableau 32). Ces suggestions qui pourraient être prises en compte dans les différentes politiques sanitaires.

Tableau 32 : Proportions par sexe des enquêtés selon leurs suggestion pour une amélioration des services de santé

Suggestions	Masculin	Féminin	Total
Recrutement/Formation de personnel	27,9	19,7	22,6
Financement	25,0	20,8	22,3
Prise en charge des soins	11,9	16,6	15,0
Approvisionnement/Diversification des produits	11,9	13,5	12,9
Personnel compétent et consciencieux	13,1	10,0	11,1
Autres	12,3	17,1	15,4
NSP, Rien, Aucun	29,9	28,4	28,9
Total	244	451	695

Les suggestions se résument entre autre au recrutement/Formation du personnel (22,6 %), au financement des services de santé (22,3 %), à la prise en charge des soins (15 %) et à l'approvisionnement/Diversification des produits (12,9 %). Le besoin d'un personnel compétent et consciencieux soutient aussi la suggestion de recrutement et de formation du personnel.

La quête permanente du changement social prend en compte un volet très important : la santé des Burkinabé. L'opposition souvent faite entre les différents secteurs du système de santé apparaît plus théorique que réelle. Ce qui demeure important au delà de ces considérations, c'est la prise en compte effective du choix et des décisions de nos populations de sorte que l'inégalité sociale de décès due à une maladie quelconque soit minimisée. Cela introduit un aspect important des fréquentations dans les centres de santé.

Nombreux sont les populations qui fréquentent les structures de santé. Cependant, on remarque que celles qui font de l'automédication ne correspondent pas de façon absolue à celles qui ne fréquentent pas les centres de santé. On peut de ce fait conclure que certaines personnes se traitent avant d'aller par la suite en consultation dans une formation sanitaire. Cette attitude est quelquefois cause de désagrément.

Très souvent le manque de moyens pour le paiement des prestations, ou pour l'achat des médicaments est évoqué. Le souhait pour une gratuité des prestations a été manifeste. Une reconsidération de certaines normes dans la prestation des services de santé s'avère nécessaire si l'on veut lutter contre certaines pratiques tels que l'automédication et l'usage abusif des médicaments.

Par rapport au fonctionnement des formations sanitaires, on retient que le COGES est peu connu. Il y a lieu que sa gestion déborde le cadre administratif pour que les populations y aient une plus grande participation.

III. Opinion DES UTILISATEURS DES SERVICES D'EDUCATION

III.1. L'utilisation des services d'éducation

III.1.1. La fréquentation scolaire

Avec un effectif de 1184 enfants scolarisables, il y en a seulement moins de la moitié qui est inscrit à l'école, soit 49,4 % d'élèves. On estime à 44,4 % le taux net de fréquentation scolaire au primaire. La répartition des élèves par classe fréquentée est relativement homogène avant le CE2 à partir duquel elle est décroissante jusqu'au CM2 (Tableau 33). Il surtout retenir que d'ordinaire, la classe de CM2 est un goulot d'étranglement. Ici, la non prise en compte des enfants de plus de 12 ans en est la justification.

Tableau 33 : Répartition des élèves de 7-12 ans par classe et par sexe en juillet 2001.

Classe fréquentée	Garçons	Filles	Ensemble
CP1	23,3	20,0	21,9
CP2	23,3	18,7	21,3
CE1	20,3	19,6	20,0
CE2	15,0	15,1	15,0
CM1	12,0	16,9	14,1
CM2	6,3	9,8	7,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	301	225	526
Scolarisables	602	582	1184
Taux net %	50,0	38,7	44,4

Le taux de fréquentation scolaire des 7-15 ans est de 45,4 % avec respectivement 50,8 % pour les garçons et 39,8 % pour les filles. La sous-scolarisation reste un fait, car il y a toujours plus de la moitié des enfants qui ne sont pas scolarisés. De plus, il y a des enfants plus âgés au niveau primaire.

III.1.2. L'implication des usagers dans l'éducation

L'implication des parents au niveau des différents centres de décision est un indicateur de l'intérêt accordé par ceux-ci à l'école. Environ 3 personnes sur 10 s'impliquent au niveau des structures d'appui à l'école (29,9 %) ; les femmes l'étant plus que les hommes (34,6 % contre 29,7 %). L'implication se résume principalement à la participation aux rencontres (Tableau 34). Pour ce qui est des cotisations, 1 personne seulement sur 5 ne s'exécute pas. Il y a ici aussi une nette amélioration par rapport à l'année 2001 où la situation était inverse.

Tableau 34 : Proportions d'enquêtés par nature de l'implication dans les structures d'appui et par sexe

Nature de l'implication	Hommes	Femmes	Ensemble
Participation aux rencontres	90,3	88,9	90,2
Cotisations	89,7	88,9	89,6
Membre de bureau	36,1	11,1	34,8
Autres	8,4		7,9

- ***Volonté des parents à accompagner leurs enfants dans la scolarisation***

La réussite scolaire, une préoccupation des parents

Dans le suivi de la scolarisation des enfants, les parents sont nombreux à en faire une préoccupation. Il y a 2/3 des parents qui suivent la scolarité de leurs enfants (67,8 %) et encore qui font quelque chose pour l'amélioration de leurs résultats scolaires (64,2 %). En cette matière, il n'y a pas de divergence entre les hommes et les femmes.

Tableau 35 : Répartition d'enquêtés selon les actions pour améliorer les résultats scolaires et par sexe

Actions pour améliorer les résultats scolaires	Hommes	Femmes	Ensemble
Encadrement à domicile	41,5	65,0	42,6
Promesses et cadeaux	29,4	25,0	29,2
Conseils	26,2	10,0	25,5
Sacrifices, géomancie	1,0		0,9
Autres	1,9		1,9
Total	100,0	100,0	100,0

Parmi les actions pour améliorer les résultats scolaires des enfants, on a l'encadrement à domicile, les promesses et cadeaux ainsi que les conseils (Tableau 35). Chez les femmes, l'encadrement à domicile tient une place de choix.

- ***Communication avec le personnel d'encadrement***

Plus de 2/5 des parents (41,7 %) n'ont pas rencontré le directeur d'école, ni le maître de leurs enfants. Parmi eux, 1/5 a été convoqué. Il semble qu'il y ait un désintérêt pour prendre connaissance des activités à l'école et pour suivre les recommandations des encadreurs. Une telle situation engendre un déficit de communication entre les encadreurs et les parents d'élèves. Il y a donc 1/4 des parents d'élève qui se désintéresse de ce qui se passe à l'école. Pour ceux qui ont rencontré le directeur d'école ou le maître (58,3 %), la raison majeure était la prise de connaissance des résultats ou en plus pour des réunions (Tableau 36).

Tableau 36: Répartition des enquêtés par sexe selon le motif de rencontre du directeur d'école ou du maître

Motifs de la rencontre	Hommes	Femmes	Ensemble
Prendre connaissance des résultats	42,7	28,6	42,0
Pour les deux	36,0	42,9	36,3
Réunion	16,0	21,4	16,2
Autres	5,3	7,1	5,4
Total	100,0	100,0	100,0

▪ ***Des contributions financières supportables***

Les cotisations APE et le paiement de la cantine sont les principales contributions supportées par les parents d'élèves (Tableau 37). Ils sont respectivement dans des proportions de 71,9 % et 52,5 % à supporter ces deux types de contribution.

Tableau 37 : Proportions d'enquêtés par type de contribution et par sexe

Type de contribution	Hommes	Femmes	Ensemble
APE	71,2	88,0	71,9
Cantine	52,1	60,0	52,5
Cotisations extraordinaires	36,8	40,0	37,0
Autres	4,0	4,0	4,0

Les contributions sont bien acceptées par la population. En effet, il ressort de l'enquête que 71,3 % des personnes interrogées trouvent les différentes contributions supportables. Pour 26,7 %, elles sont élevées et pour seulement 2,1 % elles sont peu élevées.

▪ ***Connaissance du mode de fixation des cotisations des femmes***

Pour 61,5 % de la population enquêtée, les cotisations sont fixées par l'APE (Tableau 38). Par ailleurs près du quart de cette population ignore le mode de fixation des cotisations. Les femmes semblent l'être moins que les hommes.

Tableau 38 : Répartition des enquêtés selon le mode de fixation des cotisations par type de contribution et par sexe

mode de fixation des cotisations	Hommes	Femmes	Ensemble
APE	62,4	42,3	61,5
Directeur de l'école	9,9	30,8	10,8
Maître	4,0	3,8	4,0
Autres	5,5	11,5	5,8
NSP	18,2	11,5	17,9
Total	100,0	100,0	100,0

▪ *Les préférences en matière de type d'école*

La proximité, premier critère en matière de choix de l'école, mais pas suffisant pour les femmes.

La proximité est le principal critère utilisé par les parents pour choisir l'école d'accueil de leurs enfants (Tableau 39). Néanmoins une proportion importante de femmes (26,7 % et 23,1 %), est plus attentive à la qualité de l'enseignement dispensée. Pour les hommes, cela compte peu. Apparemment, le problème des hommes, c'est que l'enfant soit à l'école. Alors que les femmes, quel que soit le type d'école sont très soucieuses (environ 30 %) de ce qui est donné comme enseignement aux enfants.

Tableau 39 : Répartition des enquêtés selon la justification du choix du type d'école et par sexe

Justification du choix du type d'école	Public			Privée		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Proximité	85,6	66,7	84,6	76,9	69,2	76,4
Qualité	3,5	26,7	4,7	8,0	23,1	8,9
Eviter le double flux		6,7	0,3	0,5	7,7	0,9
Coût	5,6		5,4	6,6		6,2
Unique	5,3		5,0	8,0		7,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les nouvelles méthodes d'enseignements telles que le double flux ou les classes multigrades se révèlent sans grand effet sur la décision d'inscription des enfants dans les écoles publiques. Cela n'est même pas signalé par les hommes. Pour certains néanmoins, la fréquentation de l'école par leurs enfants est une contrainte car ils n'avaient pas de choix : l'école étant l'unique dans les environs.

Sur le plan de l'implication économique des tiers dans la prise en charge de l'éducation, il ressort que cela incombe principalement au père (81,7 %). Les autres personnes ressources sont par ordre d'importance, d'autres parents (6,7 %), l'oncle ou la tante (4,8 %), la mère (4,3 %), le frère ou la sœur (2,5 %).

III.1.3. La dotation, un palliatif au manque de fournitures scolaires (capacité des ménages à faire face aux dépenses d'éducation)

Environ 221/699 des élèves passeront l'année scolaire sans le livre de lecture, et près de la moitié (45,9%) de ceux qui en possèdent le doivent à la dotation de l'Etat (Tableau 40). Ces dotations sont pour deux élèves. En prenant en compte cette réalité, on peut affirmer que plus de la moitié des écoliers burkinabé restent sans livre de lecture durant l'année scolaire.

Tableau 40 : Répartition des élèves du primaire possédant un livre selon le mode d'acquisition et par sexe

Sexe	Mode d'acquisition du livre					Effectifs
	Dotation	Legs	Achats	Autres	Total	
Garçon	43,7	3,2	52,1	1,1	100,0	271
Fille	48,7	3,9	46,7	0,7	100,0	232
Ensemble	45,9	3,5	49,7	0,9	100,0	503
Effectif	210	19	267	7	503	

Les ménages burkinabé payent en moyenne 4.526 Francs de frais de fournitures scolaires par an pour leurs enfants inscrits au primaire. Ce coût varie de 3.481 Francs pour ceux ayant des enfants au CP1 à 7.341 Francs pour le CM2 (Tableau 41). On note parallèlement une grande dispersion des coûts due probablement à la différence du nombre d'enfants à charge par ménage, au fait que certains ménages ne prennent pas en charge les dépenses scolaires de leurs enfants, ou au type d'école.

Tableau 41 : Coût de revient moyen des fournitures par ménage et par niveau

Classe fréquentée actuellement	Mean	Minimum	Maximum	N	CV	Std. Deviation
CP1	3481	400	75022	162	51,0	6823,3
CP2	3284	500	19751	118	93,3	3520,4
CE1	4005	800	35001	114	96,0	4171,4
CE2	3791	1250	20000	87	151,1	2509,1
CM1	5895	1350	53501	103	90,2	6533,4
CM2	7341	1250	65001	106	96,9	7575,8
Total	4526	400	75022	690	77,8	5815,7

III.2. Les opinions des utilisateurs des services d'éducation

Dans ce paragraphe, il sera surtout question de la connaissance des actions que mènent les structures d'appui, des comportements discriminatoires vis-à-vis de la scolarisation et de leurs justifications.

Pour ce qui est des actions, on a vu que 76,1 % des enquêtés les trouvent efficaces. Ces actions se résument aux appuis divers (appui aux parents, aux élèves, aux enseignants, etc.), à la sensibilisation des parents et aux apports financiers à travers les dons, le financement des activités et la participation à la gestion (Tableau 42). Pour ce qui est de l'implication qualifiée d'inefficace, les principales justifications avancées sont la mauvaise gestion et l'inertie des structures (absence d'activité). En somme, il reste beaucoup à faire pour améliorer le fonctionnement des structures d'appui telles que les APE.

Tableau 42 : Répartition des enquêtés selon les actions des structures par jugement et par sexe

Actions des structure	Implication des structures dans la gestion des écoles									Ensemble
	Efficace			Moyenne			Inefficace			
	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.	Fem.	Ens.	Hom.		Ens.	
Appui divers	64,9	60,0	64,7	54,4	40,0	53,6	20,0		19,2	60,3
Autres actions efficaces	26,7	33,3	27,0	12,7	20,0	13,1				23,3
Sensibilisation	7,5		7,2	3,8		3,6				6,1
Autres actions inefficaces				16,5	40,0	17,9	32,0		34,6	4,9
Mauvaise gestion				7,6		7,1	28,0		26,9	2,7
Aucune activité	0,3		0,3	1,3		1,2	12,0		11,5	1,1
NSP	0,9	6,7	1,1	5,1		3,6	8,0		7,7	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0
Effectif	351	15	366	82	5	87	27		28	481

▪ Les discriminations dans la scolarisation

Au Burkina Faso, le taux de scolarisation est inférieur à 50 %. Parmi les facteurs qui expliquent cette situation se trouvent l'insuffisance des infrastructures et la réticence des parents face à la scolarisation surtout des filles.

Le mariage et l'utilisation de la fille pour les travaux domestiques poussent certains parents à la discrimination sexuelle.

Pour 13,8 % des hommes enquêtés, la scolarisation des garçons plutôt que les filles reste d'actualité. Les femmes sont catégoriques dans leur opposition. Elles sont défavorables à une discrimination sexuelle dans l'enseignement. Pour les hommes, dans leur majorité (80 %), les

filles doivent rester au foyer et s'occuper des travaux ménagers. Ils avancent aussi le fait que les garçons réussissent mieux à l'école que les filles (57,3 %).

▪ **Raisons de l'inscription discriminatoire**

Pour la non discrimination entre garçons et filles, les enquêtés à 94,0 % pensent que les enfants ont les mêmes chances ou les mêmes droits. Cependant, le mariage et les charges domestiques sont cités comme raisons principales de l'inscription discriminatoire (plus de 60,9 % des enquêtés). Le manque de moyen vient en seconde position (Tableau 43). Le choix étant toujours en défaveur de la fille. Ce sont des raisons avancées par 64,1 % des enquêtés.

Tableau 43 : Raison de l'inscription discriminatoire

Raison de l'inscription discriminatoire	Masculin	Féminin	Ensemble
Mariage	47,8	28,6	46,8
Manque de moyens	18,7	21,4	18,8
Ignorance	14,6	21,4	15,0
Travaux ménagers	13,9	17,9	14,1
Autre	5,0	10,7	5,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	540	28	568

▪ **Raisons de non-scolarisation des enfants**

Le manque de moyen et l'ignorance sont les principaux facteurs de non-scolarisation des enfants par les parents. En effet 46,5 % des personnes interviewées pensent que la raison principale de non-scolarisation des enfants par certains parents est le manque de moyens (Tableau 44) et 41,8 % se prononcent pour l'ignorance, soit presque 9 personnes sur 10 pour ces deux raisons. Profiter du travail des enfants reste une moindre justification de la non scolarisation des enfants.

Tableau 44 : Répartition des enquêtés par sexe selon la raison de non-scolarisation des enfants

Raison de non inscription des enfants	Hommes	Femmes	Ensemble
Manque de moyens	45,6	64,3	46,5
Ignorance	42,7	25,0	41,8
Profiter du travail des enfants	3,8	7,1	4,0
Religion	1,1	3,6	1,2
Inutile	2,9		2,8
Autre	3,8		3,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	548	28	576

▪ **Les perceptions sur l'éducation**

Si on peut comprendre le travail des enfants non scolarisés ou déscolarisés, pour ce qui est du travail extrascolaire, les avis sont partagés. En effet, un peu plus de la moitié des enquêtés (54,9 %) considèrent le travail extrascolaire comme bénéfique pour la réussite scolaire. Pour eux, il favorise l'initiation aux métiers et constitue un complément à l'éducation des enfants (86,6 %). Il y a aussi le fait que pour eux, le travail extrascolaire ouvre d'autres débouchés aux enfants. Pour les enquêtés qui considère le travail extrascolaire comme un obstacle à la réussite scolaire (23,9 %), ils soulignent le fait que c'est une entrave (85,8 %).

III.3. La satisfaction des usagers

Selon 67,1 % des interviewés, l'école actuelle permet aux sortants de mieux participer au développement. Ils en sont satisfaits. Pour ceux qui ont des enfants à l'école, 2/3 sont satisfaits de l'enseignement donné à leurs enfants (67,3 %).

Tableau 45 : Proportions d'enquêtés selon les reproches faits à l'école burkinabé et par sexe

Reproches faits à l'école burkinabé	Hommes	Femmes	Ensemble
Mauvais comportement. absentéisme. manque de motivation	24,2	30,8	24,5
Manque d'infrastructures et d'équipements	20,1	26,9	20,4
Autre reproche	18,6	11,5	18,3
Système inadapté	17,5	19,2	17,6
Pas de reproche	17,8	7,7	17,4
Chèreté de l'éducation	14,9	23,1	15,2
Manque de personnel	9,7	11,5	9,8
NSP	11,0	23,1	11,5
Total	538	26	564

Il y a seulement 17,4 % des personnes interrogées qui ne font pas de reproches à l'école burkinabé (Tableau 45). Pour la plupart, le système scolaire burkinabé connaît des insuffisances. Il y a le mauvais comportement, l'absentéisme et le manque de motivation des enseignants (24,5 %). L'insuffisance des infrastructures et des équipements (20,4 %), l'inadaptation du système et la cherté de l'éducation (coûts élevés, cotisations APE et expulsions pour non paiement de cotisation) qui sont aussi citées. Pour certains, l'inefficacité du système provient du personnel qui est insuffisamment formé et qui n'est pas motivé.

III.4. Les attentes des usagers

L'instruction est un investissement en capital humain et l'école est un cadre pour sa constitution. Les retombés de l'école vues par les parents se situent principalement à trois niveaux : l'éveil de l'esprit, l'aptitude à la lecture et à l'écriture et l'aptitude à s'insérer dans la vie active et sociale (Tableau 46).

Tableau 46 : Justification de la capacité des enfants formés à l'école à mieux participer au développement

Justification de l'efficacité	Hommes	Femmes	Ensemble
Eveil, ouverture d'esprit	42,2	53,3	42,6
Apte à s'insérer, opportunité	39,8	20,0	39,0
Lire et écrire	11,6	20,0	11,9
autres	6,2		5,9
NSP	0,3	6,7	0,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	372	15	387

Les burkinabés ont besoin d'une réforme de leur système éducatif. Parmi ceux qui pensent que l'école burkinabé ne permet pas aux sortants de mieux participer au développement, près de la moitié propose une réforme du système (76,5 %). Pour eux le système doit s'orienter vers une intégration des métiers dans la formation des écoliers.

Après les critiques des populations dans le domaine de l'éducation, il est opportun d'apprécier les voies pour répondre aux différentes préoccupations. C'est dans ce sens que les enquêtés ont fait des suggestions pour une amélioration de l'éducation au Burkina Faso (Tableau 47).

Tableau 47 : Proportions d'enquêtés selon les stratégies à leurs aspirations de l'éducation au Burkina Faso et par sexe

Stratégies	Hommes	Femmes	Ensemble
Intégrer la production à l'école	58,4	34,6	57,3
Formation pré-professionnelle	50,6	53,8	50,8
Baisser les coûts de la formation des enseignants	47,4	61,5	48,0
Relever le niveau des enseignants	33,8	46,2	34,4
Suivi et motivation du personnel d'encadrement	24,1	7,7	23,3
Apport d'infrastructures et d'équipements	19,2	34,6	19,9
Réduire les effectifs dans les classes	18,6	19,2	18,6
Soutien aux élèves et aux parents	15,4	3,8	14,8
Recrutement de personnel	14,4	7,7	14,1
Adaptation des programmes éducatifs	14,2	3,8	13,7
Réduction du coût de l'éducation	12,0	19,2	12,3
Faire du cycle primaire un cycle terminal	9,3	7,7	9,2
Autre	25,9	21,7	25,8
Aucune solution	15,4	3,8	14,8
NSP	16,1	30,8	16,8
Total	527	26	553

Auparavant, retenons que plus de 1/4 des enquêtés n'ont pas fait de suggestion. Ce qui est illustratif d'une certaine indifférence vis-à-vis de l'éducation en général. A l'inverse, ceux qui ont fait des suggestions ont insisté sur l'intégration de la production à l'école, la formation pré-professionnelle et la baisse des coûts de formation des enseignants constituent leurs principales attentes. Les femmes ont plus insisté sur le relèvement du niveau des enseignants. Ce qui est compréhensible car pour elles, la qualité de l'enseignement est un des critères de choix de l'école.

Au terme de cette analyse, il apparaît que les parents s'impliquent de plus en plus dans l'éducation en participant aux rencontres et en payant les cotisations. Ils suivent leurs enfants et les encadrent ou les font encadrer pour de meilleurs résultats scolaires.

Les femmes particulièrement mettent l'accent sur la qualité de l'école. Cette considération est la justification de l'école de fréquentation de leurs enfants. Elles sont de façon catégorique, opposées à la discrimination sexuelle dans l'éducation. Si les hommes justifient cela par le mariage, les femmes par contre ne partagent totalement cet avis. Elles indexent le manque de moyens et l'ignorance. Ces deux facteurs sont fondamentaux de la sous scolarisation en général.

Malgré les critiques actuelles du système éducatif, nombreux sont les parents qui en sont satisfaits. Ils proposent néanmoins quelques aménagements pour une éducation meilleure de leurs enfants.

CONCLUSION GENERALE

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté met un accent particulier sur la santé et l'éducation des populations. Le système de santé et d'éducation au Burkina Faso sont diversement appréciés par les populations.

D'une manière générale, aussi bien le système éducatif que sanitaire a connu des critiques acerbes ces dernières années. On a souvent souligné leur dégradation. Malgré tout, les populations en demeurent satisfaites. Les centres de santé et les écoles sont utilisés. Si pour certains ils n'ont pas de choix, pour bon nombre c'est une question de proximité.

L'utilisation des services de santé et d'éducation pourrait être améliorée si les questions d'insuffisance du personnel, des équipements et des infrastructures, et principalement des coûts trouvaient des solutions idoines. En effet, ces éléments sont les justifications avancées pour soutenir la non fréquentation des différentes structures ou pour critiquer les systèmes.

Les structures d'appui tels que les COGES et les APE gagneraient à se faire mieux connaître par les populations afin que celles-ci puissent y contribuer pour une bonne visibilité. Dans le domaine sanitaire particulièrement, la prise en compte des préoccupations des plus démunis pourraient trouver de meilleures issues si les populations y sont associées pour sa définition.

S'agissant du secteur de l'éducation, la sensibilisation des populations et la prise en compte de leur environnement immédiat restent nécessaires pour un changement des comportements afin de réduire la sous scolarisation et la discrimination sexuelle qui perdurent.

Les suggestions qui ont émanées des différentes critiques reposent plus sur l'économique. Que ce soit pour la santé ou l'éducation, le recrutement et la formation du personnel, la réduction des coûts, le meilleur encadrement du personnel, la disponibilité du matériel et la conscientisation du personnel sont les propositions majeures.

Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté trouvera donc ses marques à travers la prise en compte de ces préoccupations. Il marquera ainsi de façon positive, des secteurs qui depuis quelques années ont du mal à répondre aux besoins des populations de par l'insuffisance des financements et de leur considération.