

BURKINA FASO

RAPPORT DE CONSULTATION

Principaux résultats

MARS 2018

Joël Arthur Kiendrébégo

PLATEFORME COLLABORATIVE AFRICAINE
POUR DES SOLUTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTE (ACS)



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



RESULTS FOR
DEVELOPMENT

Duke

GLOBAL HEALTH
INNOVATION CENTER



**FEED THE
CHILDREN.**

Ce rapport a été préparé dans le cadre de la consultation de 5 pays pour le projet plateforme collaborative africaine pour des solutions de financement de la santé ACS. Ce rapport a produit grâce à la contribution d'une équipe de rédacteurs, analystes et les membres de l'équipe ACS qui se sont rendus au Burkina pour conduire des interviews individuelles.

Kathleen Axelrod, Trufena Ogol et Katie Van Es ont fourni un soutien à la rédaction, Neetu Hariharan et Cheickna Toure ont codés les interviews, Neetu Hariharan a procédé à l'analyse préliminaire des données.

Sommaire

Résumé exécutif	3
1. Contexte du Burkina Faso et de son système de santé	5
2. Résultats obtenus	7
2.1. Définition de la CSU et contexte au Burkina Faso	7
2.2. Dynamique des détenteurs d'enjeux	9
2.3. Barrières et défis	13
2.5. Solutions et innovations	18
2.6. L'approche ACS	21
3. Annexes	24

Résumé exécutif

1. Introduction

African Collaborative for Health Financing Solutions (ACS) est un projet de cinq ans (2017-2022) financé par l'USAID, avec pour objectif de faire avancer la mise en œuvre des politiques, stratégies et processus de financement de la santé qui font avancer la couverture sanitaire universelle (CSU) en Afrique subsaharienne. Pour ce faire, le projet compte travailler avec des organismes nationaux et régionaux en vue de développer, renforcer et promouvoir des plateformes favorisant la collaboration multisectorielle, le partage de connaissances et l'apprentissage, ainsi que les mécanismes de redevabilité. Avant le déploiement du projet, il a paru indispensable de consulter les parties prenantes au niveau local, régional et international afin d'identifier les défis et obstacles et d'évaluer les besoins et les priorités en matière de CSU, aussi bien à l'échelle nationale que régionale. Le Burkina Faso fait partie des cinq pays retenus pour cette phase de consultation, avec le Nigeria, l'Ouganda, le Sénégal et la Tanzanie.

2. Methodologie

La phase de consultation au Burkina a eu lieu du 4 au 14 octobre 2017, en deux étapes.

- i. L'équipe de collecte de données (composée de 5 personnes) a d'abord assisté à deux ateliers : le premier, organisé par le bureau-pays de l'OMS, sur le contenu de la stratégie nationale de financement de la santé en cours d'adoption et sur le processus de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AMU) ; le second, organisé par le Ministère de la Santé, qui a donné un aperçu général des acquis et des défis du système de santé burkinabè dans sa marche vers la CSU. Le projet ACS et ses objectifs ont fait l'objet d'une présentation au cours de ce dernier atelier.
- ii. L'équipe, les jours suivants, a procédé à des interviews de 27 détenteurs d'enjeux au niveau national (acteurs politiques, techniciens, prestataires de soins du public et du privé, chercheurs, acteurs de la société civile, partenaires techniques et financiers) qu'au sein d'organisations sous régionales. Parmi ces informateurs clés ... étaient de sexe féminin.

3. Principaux résultats

Cette phase de consultation a tout d'abord montré que les différents détenteurs d'enjeux n'avaient pas une compréhension commune de ce qu'est la CSU ; l'absence de document référentiel de la CSU au niveau national pourrait expliquer cette situation. Elle a surtout mis en évidence la panoplie de réformes actuellement en cours dans le pays, tant au niveau institutionnel que dans la définition de nouvelles politiques et stratégies. Le passage du budget-objet au budget-programme, le changement de l'organigramme du Ministère de la Santé avec la création de nouveaux organes de régulation, l'adoption de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la mise en place de l'assurance maladie universelle (AMU), le développement de l'achat stratégique des services de santé avec la stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) comme porte d'entrée sont des exemples,

entre autres. Des cadres de dialogue et de collaboration multisectorielle existent, mais souffriraient de certains dysfonctionnements : ils seraient assez fragmentés, peu coordonnés et documentés, et les décisions prises ne seraient pas toujours effectivement appliquées.

En plus de ces dysfonctionnements, les principaux autres barrières et défis identifiés seraient : (i) une faible qualité du dialogue et de la communication entre les différents acteurs (y compris au sein même du Ministère de la Santé), (ii) une faible cohérence/coordination dans l'utilisation de divers mécanismes de financement de la santé, (iii) une faible culture du partage des connaissances ainsi que de la documentation et de la capitalisation des expériences passées, (iv) l'inexistence et/ou la non utilisation de plateformes d'apprentissage formelles, aussi bien dans le pays qu'au niveau sous régional, (v) un manque de souplesse/flexibilité au niveau organisationnel avec l'accent plus souvent mis sur les procédures que sur l'obtention de résultats concrets, (vi) une offre de soins pas toujours adaptée aux besoins réels de la population, (vii) une faiblesse des mécanismes de redevabilité, actuellement perçus comme faibles malgré des initiatives développées çà et là pour les promouvoir.

Les principales solutions identifiées pour faire face à ces difficultés sont, entre autres : (i) le renforcement des mécanismes de coordination des acteurs et des plateformes de dialogue déjà existantes afin de les rendre plus efficaces, plus efficaces et plus inclusives, (ii) le développement d'outils de communication sur la CSU, (iii) le développement d'outils visant à promouvoir l'exploitation des leçons apprises et des solutions trouvées (au Burkina Faso ou ailleurs), (iv) la création de cadres de partage (informatisés) des connaissances en matière de CSU, (v) la création de cadres et/ou le renforcement de ceux existants visant à promouvoir les mécanismes de redevabilité.

4. Conclusion

Dans tous les cas, le projet ACS est perçu par tous comme pertinent pour le Burkina Faso et pourrait être d'un grand apport pour relever tous ces défis. Mais il lui faudrait d'abord trouver sa place dans un écosystème déjà bruyant de beaucoup d'assistance technique en matière de CSU. La solution serait d'identifier des champions et de développer une relation de proximité avec les différents acteurs afin qu'ils comprennent bien la démarche et les objectifs du projet.

1. Contexte du Burkina Faso et de son système de santé

A l'instar des autres pays d'Afrique sub-Saharienne, l'agenda de la couverture sanitaire universelle (CSU) est au cœur des politiques et des réformes de santé en cours (ou à venir) au Burkina Faso. Au titre des politiques et stratégies, nous citeront surtout : (i) les différentes subventions et mesures de gratuité des soins de santé prises par le gouvernement (en faveur des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes – visites prénatales, postnatales et accouchements –, du dépistage du cancer des seins et du col de l'utérus, des femmes souffrant de fistules obstétricales, des patients souffrant du VIH/SIDA, de la tuberculose, ou nécessitant une transfusion sanguine etc.) ; (ii) le développement de la santé communautaire avec le recrutement et la rémunération d'agents de santé à base communautaire (ASBC), sans oublier l'adoption d'un document définissant le profil de ces ASBC ainsi que la place et le rôle des acteurs communautaires dans le système de santé ; (iii) la mise en place d'une assurance maladie universelle (AMU) à vocation obligatoire ; (iv) le développement de l'achat stratégique des services de santé avec la stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) comme porte d'entrée. Au titre des réformes beaucoup plus institutionnelles, nous pouvons principalement citer : (i) la réorganisation du Ministère de la Santé (organigramme, création de nouveaux organes de régulation et techniques, réorganisation administrative et technique du niveau périphérique etc.) à l'ère du budget-programme ; (ii) le transfert des compétences et des ressources (dont la santé) aux communes ; (iii) la création de nouveaux districts sanitaires et la transformation progressive des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux (CM); (iv) la réforme du sous-secteur de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale avec l'adoption d'une stratégie nationale et de textes règlementant l'exercice de la profession. Cependant, la mise en œuvre de toutes ces politiques et réformes se heurte parfois à des difficultés d'ordres divers, mais relatives principalement à l'insuffisance de ressources humaines, matérielles, financières et logistiques. L'appui technique et financier de partenaires extérieurs s'avère donc nécessaire.

En effet, il faut dire que le financement de la santé reste faible au Burkina Faso. Les comptes nationaux de la santé (CNS) 2016 montrent que les dépenses totales de santé (DTS) étaient de 473,8 milliards de FCFA en 2016 contre 379,6 milliards de FCFA en 2015, soit un taux d'accroissement de 24,8%. Ceci est principalement dû à une augmentation des dépenses courantes de santé (DCS), qui sont passées de 358,9 milliards de FCFA en 2015 à 449,4 milliards de FCFA en 2016, soit une augmentation de 25,2%. Cette hausse est due au financement du Fonds Mondial pour une campagne de distribution de masse de MILDA (moustiquaires imprégnés à longue durée d'action) et au financement de politiques publiques par le gouvernement, notamment la gratuité en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes, ainsi que l'augmentation des salaires résultant du reversement des agents de la fonction publique dans la loi n°081 portant statut général de la fonction publique d'Etat. Le tableau 1 ci-dessous donne une vue synoptique des principaux indicateurs de financement de la santé en 2015 et en 2016.

Tableau 1. Principaux indicateurs de financement de la santé au Burkina Faso

Indicateurs	2015	2016
Population (millions d'habitants)	18,4	19,0
Dépense totale de santé (DTS) (millions de FCFA)	379.684	473.827
Dépenses publiques en santé (DPS) (millions de FCFA)	100.994	180.368
DPS en % des DTS	26,6	38,3
Dépenses courantes de santé (millions de FCFA)	358.297	452.704
Dépenses des ménages (millions de FCFA)	129.912	142.120
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	21.141	25.574
DTS en % du PIB	6,2	7,1
Dépenses de santé des ménages en % des DCS	36,3	31,4
Budget alloué au Ministère de la Santé en % du budget de l'Etat	12,1	12,4
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	6,5	4,6
Dépenses salaires payés par l'Etat en % des dépenses santé de l'Etat	46,3	35,1

Source : Compte nationaux de la santé 2016

Le profil épidémiologique du Burkina reste dominé par une forte mortalité maternelle et infantile (le ratio de mortalité maternelle était de 371 pour 100.000 naissances vivantes en 2015 et le taux de mortalité infanto-juvénile de 84,6 pour 1.000 naissances vivantes en 2016¹). Les principales causes de décès maternels restent les causes indirectes (29%), les hémorragies (25%) et l'hypertension artérielle (16%). Chez les enfants de moins de cinq ans, nous avons le paludisme, les infections respiratoires basses et les diarrhées avec la malnutrition en toile de fond. Dans la population générale, les causes de décès restent dominées par les maladies infectieuses, mais de plus en plus aussi par les complications de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, bronchopneumopathies chroniques obstructives, cancers etc.).

¹ WDI

3. Résultats obtenus

2.1. Définition de la CSU et contexte au Burkina Faso

a. Description de la CSU selon les détenteurs d'enjeu

Encadré 1 : La CSU reste un concept appréhendé de diverses manières et/ou difficilement par les différents acteurs interrogés. En outre, des notions clés comme l'équité, la protection contre le risque financier, le droit à la santé ou les déterminants de la santé ne ressortaient pas de façon systématique. Aussi, la confusion est parfois faite avec l'assurance maladie universelle (AMU).

La compréhension disparate de la CSU n'est pas nouvelle, du fait notamment d'une relative imprécision du sens de chacun des trois mots qui la compose et aussi de la diversité des instruments (politiques) pouvant être mis en œuvre pour l'atteindre, dans le contexte propre à chaque pays.² C'est un « *concept interprété différemment par le monde des chercheurs, des décideurs et au niveau des bénéficiaires ; cela crée la confusion totale dans la façon de comprendre ce que c'est* », nous affirme un chercheur. Un acteur de la société civile avoue, pour sa part, que c'est une « *notion pas claire, diverse ; je suis confus* ». Pour conclure, un haut responsable du Ministère de la Santé confirme le tout de la manière suivante : « *Au Ministère de la Santé on n'est toujours pas clair de ce que c'est la CSU ! Objectivement, il n'y a pas de document référentiel de la CSU pour le Burkina Faso. Le défi pour nous est de théoriser ce que nous comprenons de la CSU et voir comment faire pour l'opérationnaliser* ».

Néanmoins, la **prise en compte de l'ensemble de la population** (notion d'universalité) et l'**accessibilité financière à des soins de qualité** étaient les éléments qui revenaient souvent dans les différentes définitions fournies, indépendamment du profil des répondants.

Il faut cependant noter que des notions clés comme l'**équité**, la **non-discrimination**, les **besoins de la population**, les **soins/services de santé essentiels**, l'**efficacité des soins**, la **protection contre le risque financier**, le **droit à la santé** ou encore les **déterminants sociaux de la santé** étaient très peu ou pas du tout explicitement ressortis. En outre, il semble, d'après les acteurs interrogés, que la connaissance des acteurs communautaires et de la population en général sur la CSU est plutôt faible et très souvent confondue avec l'assurance maladie, y compris les mutuelles de santé communautaires.

b. Description des actions prioritaires pour le financement de la santé dans le pays

Encadré 2 : Le renforcement et l'accès aux Soins de Santé Primaires (SSP), y compris l'approche communautaire, sont les priorités de base du Burkina Faso dans sa marche vers la CSU.

² O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? *Lancet* 2014; **383**: 277–9.

Le Ministre de la santé, dans le cadre de la transformation du Ministère de la Santé qu'il a entreprise à sa nomination en février 2017, décline sa nouvelle vision pour la période 2017-2020 en ces termes : « *Je veux un système national de santé qui valorise la prévention et qui fait de l'approche communautaire des soins de santé primaires le socle de la marche du Burkina Faso vers la couverture sanitaire universelle* ».

Trois axes prioritaires d'intervention sont clairement : (i) l'accélération de la transition démographique ; (ii) l'amélioration de la situation nutritionnelle des femmes et des enfants ; (iii) le renforcement de la sécurité alimentaire et l'élimination de certaines maladies à forte morbidité et mortalité comme le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires chez les enfants, la tuberculose, les maladies tropicales négligées etc.

Mais une préoccupation constante reste l'amélioration de la faible performance du système de santé où des insuffisances sont notées dans chacun de ses six piliers selon l'OMS : (1) une gouvernance qui est peu tournée vers une dynamique de performance et l'atteinte de résultats tangibles ; (2) les ressources humaines qui sont insuffisantes en quantité et en qualité et mal distribuées dans le pays ; (3) une faible qualité des prestations de service avec un manque d'infrastructures et d'équipements adéquats ; (4) une faible valorisation de l'information sanitaire existante ; (5) des inefficiences dans la gestion des approvisionnements et des stocks des médicaments et produits de santé, matérialisées par des ruptures de molécules parfois essentiels ; (6) un financement de la santé qui reste faible dans l'ensemble.

Concernant le financement de la santé, en 2014, les dépenses publiques représentaient 52,3% et les paiements directs par les ménages 39% des dépenses totales de santé. Une des priorités du gouvernement serait donc de réduire l'incidence des coûts catastrophiques et appauvrissants en développant les mécanismes de protection contre le risque financier (via par exemple des politiques d'exemption de paiement ou d'assurance maladie à vocation universelle et obligatoire). Le financement de ces mécanismes suppose toutefois que l'Etat puisse mobiliser davantage de ressources (aussi bien intérieures via une meilleure politique fiscale qu'extérieures à travers ses PTF) pour la santé, que la mise en commun de ces ressources se fasse avec le moins de fragmentation possible, et que l'achat des services de santé soit plus stratégique. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU) récemment créée en Conseil des Ministres du 1^{er} mars 2018 pourrait être une grosse opportunité pour relever grand nombre de ces défis. Le rapport de ce Conseil de Ministre stipule que « La CNAMU a pour objectifs la promotion du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale, la création des conditions d'accès des populations à des soins de santé de qualité à moindre coût et l'atteinte des résultats de l'objectif stratégique "Promouvoir l'emploi décent et la protection sociale pour tous, particulièrement pour les jeunes et les femmes" de l'axe 2 du PNDES ».

c. Description des activités organisationnelles en rapport avec la CSU

Encadré 3 : Plusieurs actions sont entreprises pour accélérer la marche vers la CSU, allant de réformes institutionnelles à la mise en place de mécanismes de financement de la santé comme par exemple l'exemption du paiement des soins de santé et l'AMU. Mais ces actions nécessitent d'être mieux coordonnées, évaluées et capitalisées.

Les activités organisationnelles en lien avec la CSU et fortement soutenues par l'Etat ont trait, d'une part, aux différentes réformes en cours ou envisagées (voir ci-dessus à la section 1 « Contexte du pays et du système de santé », à la page 2), et d'autre part aux différentes politiques et stratégies mises en œuvre. Sur ce dernier point, les deux politiques les plus fréquemment citées étaient la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et l'assurance maladie universelle (AMU) qui est en cours de formulation.

L'adoption de ces politiques a nécessité l'engagement d'acteurs clés. *« J'ai contribué à l'élaboration des outils utilisés pour la gratuité et à faire en sorte que les autres ONG qui mettent en œuvre la gratuité [lors des phases pilotes] utilisent ces outils. Je suis acteur de la promotion de la maîtrise des coûts de la gratuité à travers l'initiation d'un mécanisme de contrôle de la gratuité et la promotion de l'usage rationnel des médicaments qui consiste à préférer le conditionnement thérapeutique au conditionnement commercial »*, nous affirme un acteur de la société civile. Ainsi, des ONG comme *Save The Children*, Action Contre le Faim (ACF), Terre des Hommes, HELP ou *Amnesty International* ont produit un document commun de capitalisation qui a servi d'outil de plaidoyer auprès du gouvernement. Un autre acteur de la société civile nous révèle que *« l'adoption de la loi sur l'AMU a été possible suite à une double action : d'une part à l'Assemblée Nationale, d'autre part au sein d'une coalition Société civile/bailleurs de fonds auprès du Président de la République »*.

Mais de tels processus prennent du temps et il faut savoir être patient. D'autres organisations font la promotion des mutuelles de santé, comme par exemple l'ONG ASMADE ou le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS). En général toutes ces expériences, y compris les mécanismes de partage du risque financier au niveau communautaire et la contractualisation des services de santé mériteraient d'être évaluées et capitalisées. Les expériences d'autres pays sont aussi parfois mis à profit par le biais de voyages d'étude financés par l'Etat, le défi restant leur adaptation au contexte local et aux réalités du Burkina Faso.

2.2. Dynamique des détenteurs d'enjeux

Encadré 4 : Différents cadres de dialogue autour de la CSU existent ; cependant, tous les acteurs pertinents ne sont pas toujours impliqués dans les discussions dès le début et de façon continue. On peut, entre autres, citer les parlementaires, les collectivités territoriales, les autorités coutumières et religieuses, les médias, certaines franges de la société civile, les chercheurs, le secteur privé et la population elle-même. En outre, la qualité du dialogue, quand il existe, reste généralement faible et la collaboration entre les différents acteurs n'est pas toujours optimale, aussi bien au niveau intersectoriel qu'au sein même du Ministère de la Santé. Ceux-ci seraient dus à un déficit de communication, des conflits d'intérêt, des conflits d'agenda (beaucoup d'acteurs dispersés car submergés par de multiples activités, résultant en un manque de continuité, de vision commune pour cristalliser, approfondir, suivre des choses importantes) ou encore à une approche trop centralisée et technocratique des questions de la CSU. La conséquence de tout ceci est parfois le manque de vision d'ensemble du secteur de la santé face à des questions spécifiques touchant à la marche du pays vers la CSU.

a. Collaboration entre les détenteurs d'enjeu

Des cadres de dialogue autour de la CSU existent au niveau national, le plus emblématique étant le cadre sectoriel de dialogue (CSD) du secteur de planification santé, décrit plus en détail à la section 5 « solutions et innovations » du présent rapport à la page 11. Par ailleurs, il existe aussi des cadres de dialogue spécifiques aux ONG et associations, comme par exemple le Groupe Thématique Protection Sociale au niveau du SPONG (Secrétariat Permanent des ONG), ou le Réseau multi-acteurs sur la Protection Sociale conduit par le RAMS (Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé). Les PTF intervenant dans la santé tiennent, quant à eux, des réunions mensuelles d'échanges pour mieux coordonner leurs actions, sous la houlette de leur chef de file qui est en ce moment l'USAID. Une bonne collaboration entre les acteurs serait bénéfique, comme le reconnaît un technicien du niveau central du Ministère de la Santé en ce qui concerne par exemple la société civile : *« les OSC [Organisations de la Société Civile] ont des avantages comparatifs : ils ont plus d'expérience de terrain que l'Etat, la capitalisation de leurs expériences facilite la mise en œuvre de la CSU en ce qu'elle permet un gain de temps et ressource »*.

Cependant, des acteurs très importants pour la CSU mais peu impliqués (ou de façon non optimale) dans la définition et la mise en œuvre des activités et des politiques seraient les parlementaires, les collectivités territoriales, les autorités coutumières et religieuses, les médias, certaines franges de la société civile, les chercheurs, le secteur privé et la population elle-même. Quand il arrive que ces acteurs soient impliqués, cela se ferait parfois de façon passive et/ou leurs préoccupations ne seraient pas toujours prises en compte. Ceci ferait qu'on n'observerait pratiquement donc pas de débats au niveau national sur les questions touchant à la CSU. Ces constats sont basés sur certains témoignages : *« pour le moment on travaille entre techniciens ; il y a une insuffisance de communication envers la population en ce qui concerne l'AMU »* ; affirme un acteur de la société civile ; *« il n'y a pas de dynamique communautaire pour identifier les problèmes et interpréter les solutions possibles avec les professionnels de la santé ; les professionnels font tout à la place des populations »* ; nous dit un acteur politique ; *« les bureaucrates travaillent entre eux et oublient d'associer les bénéficiaires des réformes »* ; révèle un technicien.

Concernant le secteur privé, le niveau central du Ministère de la santé trouve qu'ils sont assez bien impliqués. *« il y a beaucoup d'actions pour reconnaître la place du privé dans le secteur [via l'organigramme du ministère de la santé]. Tout ce qui se fait dans le public n'est pas destiné seulement au public, on invite le secteur privé par exemple pour les formations. Ils [public et privé] travaillent ensemble. Il y a des privés qui ne bénéficient pas d'une subvention de l'Etat mais les confessionnelles oui. La santé ne doit pas être considérée comme un bien marchand. Mais on n'y est pas encore. Il faut arriver à des tarifs qui montrent ceci. (...) Les acteurs du privé sont organisés en association professionnelle qui est dynamique et il y a un lien privilégié avec eux ; la FASPB [Fédération des Associations professionnelles de la Santé Privée du Burkina Faso] »* ; nous affirme un haut cadre du Ministère. Mais de l'avis de certains acteurs du privé, l'Etat ne les associerait pas dans les prises de décision mais voudrait les impliquer dans la mise en œuvre d'actions déjà décidées. *« On fait appel à nous quand c'est déjà ficelé (la politique/stratégie) ; vous êtes mis devant le fait accompli ; difficile de s'insérer dans le système ; si on nous associait dès le début, notre perspective serait prise en compte ;*

(...) *surtout comme nous sommes des grands producteurs de services* » ; se plaint un acteur du privé.

Ces divergences d'appréciation illustrent parfaitement les incompréhensions qui peuvent exister entre acteurs et entraveraient une pleine participation de tous à la mise en œuvre des politiques nationales. Cela aurait été le cas pour la politique de gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes que très peu d'acteurs du secteur privé appliquent en ce moment.

Il y aurait donc une grande nécessité d'améliorer la communication et d'impliquer tous les acteurs à la base et au début des différents processus et de façon continue (il faudrait notamment éviter que l'implication des acteurs se fasse de façon aléatoire et ponctuelle, un peu comme par défaut ou par formalisme). Pour ce faire il faudrait développer et mettre en place de véritables outils de communication, au besoin avec l'aide de spécialistes en communication.

b. Description des perceptions des détenteurs d'enjeu sur la nature collaborative et inclusive des plateformes

Les plateformes au niveau national

La plupart des acteurs interrogés pensent que les plateformes de collaboration au niveau national (que ça soit au niveau étatique ou de la société civile) existent mais sont assez fragmentés, très peu coordonnés et documentés, avec peu de continuité et de suivi sur la mise en œuvre effective des décisions prises. Les propos suivants illustrent ces constats : « *Il n'y a pas un cadre formel dédié à la CSU sur toutes ses dimensions* », affirme un acteur de la société civile. « *Nous avons pu mettre place un cadre permanent de dialogue avec des échanges autour des résultats de recherche avec le programme national de lutte contre le paludisme et la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DGESS). On a également pu faire une présentation lors de la réunion bilan de la gratuité pour montrer que la gratuité a un effet bénéfique sur la santé des enfants. Cependant, il faut noter qu'il n'y a pas de plateforme de dialogue, chacun construit sa chapelle de son côté, sans synergie. Il n'y a pas non plus une vision multisectorielle de la santé. Enfin ces cadres ne sont pas documentés. (...) On est toujours dans des enjeux de mode, des fora, pas de continuité dans la discussion et pas de dynamique de partage de connaissance. Au total il faut noter que le dialogue autour de la CSU n'est pas organisé, systématisé et coordonné* » ; affirme un chercheur. Un partenaire technique et financier, lui, affirme de son côté que « *des choses produites [dans les plateformes] mais on ne prend pas le temps d'en discuter [après]. On évite les réels débats, les discussions qui fâchent au sein des Directions Centrales. Une fois qu'on se met ensemble, on ne cristallise pas des choses* ».

Aussi, le dialogue entre les différents acteurs n'est pas toujours de bonne qualité, particulièrement celui entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement. « *La problématique est de développer une vision commune. Les acteurs du Ministère des Finances ne raisonnent pas dans la perspective du malade – on applique les règles du marché. La question de la santé n'est pas bien comprise par tous les acteurs. Dans*

l'échelle des considérations, la santé est mise en bas. Dès qu'ils se replient sur les textes, on bute sur une barrière – faut changer des textes, mais trop pénible et long » ; déplore un haut cadre du Ministère de la Santé. Un autre haut cadre du même ministère affirme ceci : « la qualité du dialogue n'est pas là ; si on instaure un dialogue permanent et de qualité, on peut faire beaucoup de choses ; on est à la recherche d'outils pour mieux dialoguer ; [avec l'aide d'une méthodologie développée à Harvard on veut que] des agents de santé et des finances fassent une immersion croisée pour mieux se connaître et comprendre les contraintes des deux côtés ; on doit inscrire un dialogue dans la durée autour du fruit de cette expérience, dans l'optique d'instaurer la 'résultologie' ».

En outre, les échanges qui ont lieu dans ces plateformes n'aboutissent pas toujours à des résultats probants . *« Les échanges sont passionnés, il y a des partis pris. Les échanges ne se font pas toujours dans un esprit de collaboration, faisant que la participation n'est pas toujours optimale » ; constate un PTF. Aussi, certains acteurs clés sont peu ou pas représentés dans ces plateformes. Un problème fondamental serait que les décideurs politiques et les acteurs de la CSU sont submergés par de multiples activités (inauguration/participation à des séminaires ou à des ateliers, discussions avec les partenaires sociaux etc.). Ils seraient trop pris et trop dispersés si bien qu'ils auraient du mal à rester focalisés et à assurer le suivi des décisions prises et leur mise en œuvre (dialogues peu productifs), ou bien à faire des analyses techniques approfondies de sujets importants. « Les gens semblent très occupés et passent facilement d'une chose à une autre ; ils courent d'une urgence à une autre », affirme un PTF. En outre, les cadres de dialogue restent souvent très centralisés et technocratiques, les acteurs au niveau opérationnel et la population restant en marge du processus et ne participant pas aux prises de décisions. « Même au niveau local, la question n'est pas dans les débats publics. Ça parle dans les couloirs. La population ne sait pas de quoi il s'agit. Ça fait dix ans depuis qu'on en parle. Quelques OSC [Organisation de la Société Civile] sont dans le domaine, mais ça discute politique, technique et on ne voit pas grande chose », affirme un chercheur.*

La conséquence de tout ceci est un manque de vision d'ensemble du secteur de la santé prenant en compte tous les déterminants sociaux de la santé, si bien que sa dimension multisectorielle peine à se matérialiser par des activités conjointes et concrètes avec d'autres ministères. Néanmoins, ces cadres de rencontre arrivent souvent à produire des documents ou des résultats fort intéressants et utiles. C'est le cas notamment de la stratégie nationale de financement de la santé ou la définition du panier de soins dans le cadre de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), pour ne citer que ceux-là.

Les plateformes au niveau sous régional

De l'avis des personnes interrogées, des organisations sous régionales comme l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) pourraient être d'une grande utilité dans l'accompagnement des pays vers la CSU. Cela pourrait se faire notamment par une meilleure harmonisation des politiques et des stratégies et par la mise en place de mécanismes de partages d'expérience entre pays. Mais les dynamiques de ces acteurs sous régionaux autour des questions de la CSU restent timides dans l'ensemble, peu visibles et coordonnées, et pas toujours efficaces.

2.3. Barrières et défis

Les défis et barrières à la marche vers la CSU au Burkina Faso sont multiples et multiformes, d'ordre organisationnel et technique, socio-économique et financier, socio-culturel et politique, entre autres. Ceux-ci font qu'en dépit de l'engagement fort du gouvernement burkinabè envers la CSU (qui a été reconnu par tous nos interlocuteurs), le rythme de progression vers la CSU est jugé lent. Les principaux barrières et défis identifiés sont :

Au plan organisationnel et technique

Encadré 5 :

- 1) Absence de document de référence de la CSU (pour identifier les gaps et les actions spécifiques et prioritaires à mener pour les combler)*
- 2) Faible régulation/gouvernance pour accompagner les processus*
- 3) Faible cohérence/coordination dans l'utilisation de divers mécanismes de financement de la santé*
- 4) Faible qualité du dialogue et de la communication entre les différents acteurs, y compris au sein même du Ministère de la Santé*
- 5) Faible culture de la documentation et de la capitalisation des expériences passées*
- 6) Manque de souplesse/flexibilité au niveau organisationnel avec l'accent plus souvent mis sur les procédures que sur l'obtention de résultats concrets*
- 7) Offre de soins pas toujours adaptée aux besoins réels de la population*
- 8) Non-respect de la pyramide sanitaire par la population*

Un premier grand vide qui a été signalé est l'absence de document référentiel pour la CSU au Burkina Faso. Il n'y a pas eu de travail préalable pour définir la CSU, identifier ses grandes composantes et décliner chaque composante en programmes et plans d'action.

D'une manière générale, l'orchestration au niveau du système de santé devrait être améliorée pour en assurer une bonne régulation. En effet, une gouvernance forte est cruciale pour, par exemple, éviter que des prestataires de soins du secteur public, pour des raisons de gains financiers personnels ou un motif de manque de matériel ou d'équipement, ne délaissent pas indûment ce secteur au profit du privé comme c'est le cas actuellement. « *Le secteur public a des gens [ressources humaines] qu'il n'arrive pas à faire travailler. Les agents du public sont doublement payés parce qu'ils travaillent dans les deux secteurs, mais réellement peu au niveau du public* », affirme un acteur du secteur privé. Aussi, avec les nouvelles mesures prises par le gouvernement comme la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, le niveau de l'offre de soins n'est pas toujours prêt à répondre à la 'nouvelle' demande créée. Cette déclaration d'un acteur du privé l'atteste : « *...pour la gratuité, nous n'avons pas trouvé de terrain d'entente [avec l'Etat] pour pouvoir l'appliquer [chez nous]. Certaines décisions sont politiques, ça précipite les choses – donc ils se sont contentés de faire la gratuité dans le public seulement. Il faut maintenant mettre de l'argent dedans pour associer le privé. Notre activité a augmenté en fait avec la déclaration de la gratuité – les gens ne pouvaient pas attendre dans le public : longues files d'attente et capacité d'accueil insuffisante ; donc ils sont revenus vers nous avec les moyens qu'ils avaient. Ça nous a même*

obligé à nous réorganiser ». Il faut de ce fait une gouvernance forte et efficace pour accompagner le processus en impliquant tous les acteurs afin de pouvoir, par exemple, faire face aux longues files d'attentes, faire en sorte que les médicaments soient toujours disponibles ou que les remboursements des formations sanitaires se fassent à temps. Ce qui n'est pas toujours le cas à ce jour.

En outre, il apparaîtrait une faible cohérence (en fait certains mécanismes de financement semblent contradictoires, comme la juxtaposition 'gratuité des soins' et 'mutuelles de santé') et coordination dans l'utilisation des divers mécanismes de financement de la santé, liée entre autres à leur forte fragmentation. Il existe parfois des problèmes de coordination et de canalisation des financements vers la réalisation d'objectifs spécifiques définis de commun accord, liés entre autres à la faible qualité du dialogue entre les différents acteurs. Cette faiblesse du dialogue existerait même au sein du Ministère de la Santé où des agents travailleraient parfois de façon « cloisonnée », et aussi entre secteurs. « *Il y a eu une réunion aujourd'hui même sur l'AMU, mais plein de gens n'étaient pas au courant ; ça reste quand même à huit clos* », nous dévoile un PTF. L'information ne circulerait pas toujours de façon fluide, aussi bien de façon horizontale (entre structures de même niveau) que verticale (entre les différents niveaux du système de santé). On a aussi parfois des problèmes de mémoire institutionnelle, causés par exemple par le départ d'une personne clé au sein du ministère. Tous ces éléments aboutissent à une duplication et/ou à une fragmentation des efforts, générant ainsi des inefficiences.

En réalité, la faible culture de documentation et de capitalisation des expériences passées expliquerait en partie ces situations. Cette faiblesse du dialogue entre acteurs expliquerait aussi que le point de vue des techniciens ne soit pas toujours pris en compte par les décideurs politiques. A titre d'illustration, il apparaîtrait que la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes aurait été décidé sans une réelle concertation avec le Ministère de l'Economie, des Finances et Développement et sans une évaluation financière préalable et approfondie.

Par ailleurs, les personnes interrogées ont relevé qu'il y a une trop forte tendance au Burkina à se focaliser sur les textes et les procédures, avec parfois beaucoup d'acteurs intermédiaires, ce qui bien souvent entrave la fluidité des opérations et l'absorption des ressources. En fait, il faudrait plus de souplesse/flexibilité au niveau organisationnel en mettant beaucoup plus l'accent sur l'obtention de résultats concrets que sur ces procédures. « *Il faudrait un peu plus de flexibilité, de délégation de pouvoir, d'autonomie pour les agents d'exécution. Il y a trop de recours aux textes, trop de formalités. (...) Les gens ont peur de laisser partir une petite part de leur pouvoir. Il faudrait faire une relecture des textes, une réorganisation des procédures au sein des établissements sanitaires* », nous confie un technicien du Ministère de la Santé. C'est à ce prix qu'on pourrait arriver à une productivité meilleure et plus organisée, plus cohérente, mieux capitalisée. Aussi, il faudrait souvent aller au bout des efforts. A titre d'exemple, beaucoup de lois sont prises mais les décrets d'application manquent.

En rapport avec l'offre de soins, il est ressorti qu'il y a une trop grande uniformisation à ce niveau (en termes de paquets de services délivrés, de normes en ressources humaines et en

équipements etc.). Cette offre ne serait donc pas toujours adaptée aux besoins réels de la population, du fait que les réalités ne sont pas les mêmes d'une zone géographique à l'autre. Aussi, on observe fréquemment un non-respect de la pyramide sanitaire (la filière de soins). Une explication pourrait être que le paquet d'activités fourni dans les services de santé du premier échelon ne satisferait pas la demande. La population, par exemple, préférerait aller se soigner au centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) où il y a des possibilités de faire des investigations complémentaires plutôt que d'aller au CSPS.

Au plan socio-économique et financier

Encadré 6 : Le financement de la santé est notoirement insuffisant, matérialisé entre autres par la faiblesse des salaires, des infrastructures et des équipements. Il existe aussi des difficultés à financer des politiques publiques favorables à la santé ou des politiques de santé visant l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins.

Des problèmes liés à la faiblesse du financement de la santé apparaissent, matérialisés par exemple par la faiblesse des infrastructures sanitaires et des plateaux techniques, l'indisponibilité des médicaments, le manque de financement pour la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou pour boucler le budget de l'assurance maladie universelle. Il existe aussi des difficultés conjoncturelles et structurelles à faire face aux déterminants sociaux de la santé et à améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre de soins, aussi bien de base que spécialisées (par exemple inaccessibilité géographique ou physique des services de santé, indisponibilité de ressources humaines en quantité et en qualité etc.). Enfin, il faut relever les fortes frustrations chez beaucoup d'agents de santé, liées entre autres aux bas salaires et autres avantages matériels. Ceci entamerait leur motivation et se manifesterait par des grèves répétées et un mouvement vers le secteur privé afin d'y proposer leurs prestations de service. En fait, chacun serait préoccupé par son gain personnel ; on ne pense pas toujours à l'intérêt collectif et cela joue négativement sur la CSU.

Au plan socio-culturel et politique

Encadré 7 : La résistance au changement est forte et les intérêts personnels prennent souvent le pas sur l'intérêt collectif. En outre, les changements fréquents de ministres à la tête du Ministère de la Santé ont joué négativement sur la planification des activités. Aussi, il existe une forte politisation dans le choix des acteurs devant conduire le processus de la CSU, aussi bien au niveau des postes de responsabilité que des invitations à participer à des dialogues politiques ou à des voyages d'étude (critères de choix pas toujours transparents). Enfin, la situation sécuritaire marquée par les attaques terroristes que le pays a connues commande des réallocations et des arbitrages budgétaires qui ne se font pas toujours en faveur du secteur de la santé.

La résistance au changement est assez prégnante au Burkina, du fait, entre autres, d'une forte hiérarchisation du processus de décision, de la « non libération » de la parole lors des assemblées ou réunions (surtout quand le supérieur hiérarchique est présent), et de l'absence d'une culture de remise en cause permanente. On préfère rester dans son 'confort'. En effet, peu de gens osent exprimer des idées audacieuses ; peu d'idées nouvelles sont testées pour en

tirer des leçons et apprendre des échecs. Il y a peu d'anticipation et les problèmes sont résolus au fur et à mesure qu'ils se présentent. Tout ceci contribue à ce que peu de choses avancent comme espéré ou prévu, malgré le potentiel énorme observé au niveau national.

Aussi, la situation socio-politique actuelle (insécurité, bouleversements politiques, mouvements sociaux etc.) fait qu'il y a par exemple eu une chute des lignes d'investissements du budget alloué à la santé entre 2016 et 2017, avec une réorientation du budget de l'Etat pour faire face à ces nouveaux défis. Aussi, le turnover important au niveau gouvernemental et particulièrement au niveau du Ministère de la santé, du fait des crises politiques, fait que les priorités changent souvent d'un Ministre à l'autre, jouant négativement sur la planification et la mise en œuvre des activités.

Enfin, il existerait parfois une forte politisation dans le choix des acteurs qui ne se ferait pas toujours selon des critères transparents, aussi bien au niveau des postes de responsabilité que les invitations à participer à des dialogues politiques ou à des voyages d'étude. *« Certains acteurs s'acapèrent de la parole. On choisit des gens de façon sélective et pas les mieux placés [compétents] ; chacun se pose comme expert. Ce sont les questions électorales qui préoccupent les politiciens – ils pourraient dire qu'ils ont couvert tel nombre de personnes ; c'est politiquement rentable et on n'est pas prêt à revenir en arrière [même si ça ne marche pas bien] comme pour le cas de la gratuité »,* nous relate un chercheur. De ce fait, les acteurs n'auraient pas toujours les mains libres et il y aurait trop d'interventions et de trafic d'influence. Certains seraient même obnubilés par la conservation de leur poste ou de leur position. *« L'enjeu est grand. Tout le monde fait comme il peut, pour en profiter et garder ses privilèges. Il y a eu parfois des voyages d'études mais on n'a pas vu de solutions [en émerger] »,* affirme un autre chercheur.

Le cas de l'utilisation des évidences scientifiques

Encadré 8 : Il existe une faible utilisation des évidences scientifiques dans la planification des activités et les processus de prise de décision. Mais cette situation serait plus due au manque d'engagement des chercheurs et à l'absence de cadres formels pour promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche qu'à leur rejet par les différents acteurs.

Il est ressorti de nos entretiens que les résultats de la recherche sont peu utilisés dans la prise de décision nationale sur la CSU. Cette situation ne signifie pas pour autant que les décideurs politiques les rejettent ou ne voient pas leur utilité – en fait, ils les utiliseraient chaque fois que c'est possible. *« Le Premier Ministre est très exigeant sur l'intégration des évidences avant toute décision »,* nous confie un technicien. Par exemple, il y a un large consensus que pour une utilisation efficiente des rares ressources en faveur de la CSU et pour une priorisation pertinente des interventions, le critère coût-efficacité devrait occuper une place centrale dans l'allocation des ressources. Cela nécessite donc d'utiliser (si elles existent déjà) ou de produire des résultats de recherche, y compris *« l'implementation research »* pour une mise en œuvre effective et efficace.

En fait, la faible utilisation des évidences scientifiques s'expliquerait par le fait que les chercheurs ne feraient pas toujours l'effort qui devrait être le leur pour porter leur voix au débat politique et amener les décideurs à utiliser les résultats de la recherche (tout ce qui demande de l'effort n'est pas facilement accepté et les gens ne sont pas toujours prêts à le consentir). « *Dans notre bulle francophone où tout est cloisonné, nous ne savons pas toujours ouvrir notre savoir-faire pour partager avec les décideurs et les intéresser* », avoue un chercheur. Il faudrait donc beaucoup plus d'engagement et plus 'd'agressivité' de la part des chercheurs. Mais plus fondamentalement, c'est le mode même de fonctionnement de l'administration et du processus de prise de décision qui ne permettraient pas une utilisation optimale des évidences scientifiques. Il faudrait donc peut-être questionner ce mode de fonctionnement. La réalité est que les instituts et centres de recherche sont rarement formellement impliqués dans les différents processus soutenant la CSU et dans les cadres de concertation et de décision. S'ils le sont, c'est souvent de façon informelle à travers leurs chercheurs qui ne les représentent pas officiellement. Ceci fait que souvent les informations restent au niveau des individus et ne sont pas capitalisées au niveau des organisations. « *Il faut être dans les milieux [de décision]. Parfois on l'est comme dans les CASEM [Conseil d'Administration du Secteur Ministériel]. Nous ne faisons pas de contributions personnelles parce qu'on n'a pas eu l'opportunité* », confie un chercheur.

Mais le gros souci de la recherche au Burkina reste son financement qui, de nos jours, est assuré à grande majorité par l'extérieur. Cela ferait que la redevabilité des chercheurs vis-à-vis de la partie nationale serait faible, les thématiques de recherche ne s'alignant d'ailleurs pas toujours sur les priorités nationales mais sur celles des bailleurs. Parfois, les instituts et centres nationaux de recherche ne sont pas associés à la conception des études auxquelles ils participent – ils servent le plus souvent d'appui local à la collecte de données. Le financement national de la recherche, quand il existe, reste faible, peu stable et surtout orienté vers le milieu agricole.

Une faible redevabilité du système de santé

Encadré 9 : Le manque de culture de redevabilité est l'un des maillons les plus faibles dans le processus de la CSU. Cependant, ses causes profondes sont à rechercher parfois au-delà du secteur de la santé. En fait, la solution à ce problème devrait davantage s'inscrire dans le processus plus global du développement de la démocratie au Burkina Faso.

De l'avis de nos interlocuteurs la redevabilité constituerait l'obstacle majeur pour avancer vers la CSU au Burkina, loin devant la collaboration multisectorielle et les plateformes d'échanges et d'apprentissage (qui restent néanmoins importants). La population n'a pas toujours confiance au système de santé, en partie à cause de la faible qualité des soins (dans toutes ses dimensions) et à sa faible implication dans les processus de planification. « *Au niveau des populations, les plaintes concernent surtout le manque de services acceptables. Les populations sont le plus souvent résignées, dans une sorte de fatalisme. Il faut susciter, porter des discussions et des débats beaucoup plus ouverts [sur ces questions]* », nous confie un acteur de la société civile. Un autre acteur de la société affirme : « *C'est mitigé, difficile à dire car les populations elles-mêmes ne perçoivent pas bien le concept de qualité des services. Pour*

elles, cette qualité se résume à l'accueil, dimension sur laquelle elles sont satisfaites. Ces populations ne prennent pas en compte les autres dimensions de la qualité ».

Une première hypothèse qui a été émise est que la faible redevabilité serait le reflet du retard et des difficultés constatées dans le processus de décentralisation. La décentralisation, en effet, constituerait un élément clé sur lequel on pourrait agir pour avoir des résultats et acquis majeurs en matière de redevabilité. Une seconde hypothèse serait la faible appropriation des politiques et stratégies par les acteurs de terrain et surtout par la population. En effet, la plupart des décisions sont prises entre techniciens et dans les bureaux sans réellement impliquer les usagers des services de santé. « *Je ne sais pas comment ça (la CSU) peut se créer dans un bureau* », s'exclame un de nos informateurs clés. En réalité, on décide à leur place (sans forcément se soucier de leurs besoins ou sans s'assurer que l'on répond à leurs besoins réels), ce qui est un frein à la redevabilité.

En réalité, la redevabilité envers la population devrait s'inscrire plus largement dans les concepts développés dans la démocratie sanitaire. Il y aurait même une attitude délibérée de ne pas trop communiquer sur la question de l'AMU en cours de développement afin, dit-on, de ne pas susciter auprès de la population des attentes qui seraient difficiles à satisfaire ou à contrôler. De nos jours, le moyen d'expression le plus utilisé par la population (une infime partie, il faut le reconnaître) sont les réseaux sociaux. Mais ceci a tout de même besoin d'être parfois canalisé pour que cette voix puisse être entendue et que les gens aient aussi la bonne information. Plus fondamentalement, il faudrait trouver/développer d'autres mécanismes et à tous les niveaux (en plus des réseaux sociaux) pour améliorer la communication avec la population et permettre à chacun de pouvoir réellement s'exprimer.

2.5. Solutions et innovations

Au niveau de la collaboration multisectorielle

Le Burkina a mis en place des cadres formels pour la collaboration multisectorielle. En effet, dans le référentiel de développement du Burkina Faso qu'est le Programme National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020, il a été défini 14 secteurs de planification. Chaque secteur organise un **cadre sectoriel de dialogue (CSD)** et celui de la santé (qui est le 8^{ème} secteur de planification) comprend le Ministère en charge de la Santé (chef de file), celui en charge de l'Action Sociale et celui en charge de l'Agriculture. Mais le Ministère de la Santé intervient également dans le 12^{ème} secteur de planification « travail, emploi et protection sociale » et dans le 14^{ème} qui est « recherche et l'innovation ». Normalement, chaque CSD devrait se décliner au niveau déconcentré par des cadres régionaux de dialogue (CRD) disposant de plans locaux de développement (Plan régionaux de développement – PRD – et Plans communaux de développement – PCD –). Les conseils de santé de district (cadres de collaboration multisectorielle par essence au niveau district), chargés d'assurer la mise en œuvre et le suivi du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), sont également commis au suivi de la politique sectorielle santé.

Le secteur de planification santé est mis en œuvre par divers programmes budgétaires logés au sein des trois ministères concernés. Pour le Ministère de la Santé, il s'agit de ses trois programmes : (i) 056 – *Accès aux services de santé* ; (ii) 057 – *Prestations de services de santé* ; (iii) 057 – *Pilotage et soutien aux services du Ministère de la Santé*. Pour le Ministère de l'Agriculture et des aménagements hydrauliques, il s'agit d'un seul programme : 076 – *Prévention et gestion des crises alimentaires et nutritionnelles*. Concernant le Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille, il n'a pas été déterminé quels programmes répondent au CSD du secteur de planification santé. Mais il faut savoir que ce ministère gère quatre programmes qui sont : (i) 048 – *Femme et genre* ; (ii) 049 – *Enfance et famille* ; (iii) 050 – *Solidarité nationale et gestion des catastrophes* ; (iv) 051 – *Pilotage et soutien des services du Ministère*.

Chaque secteur de planification doit élaborer une politique sectorielle pour mettre en œuvre les divers programmes qu'il couvre. Cette politique sectorielle se veut une mise en cohérence des dynamiques sectorielles existantes dans les ministères composant le secteur de planification et non une réécriture de documents référentiels comme la Politique Nationale Sanitaire (PNS) ou le PNDS. La politique sectorielle santé a été élaborée en septembre 2017. Le CSD est l'organe suprême qui pilote et assure le suivi-évaluation de cette politique sectorielle, dans une logique de gestion axée sur les résultats (GAR). Le CSD au niveau de la santé est composé des structures centrales et déconcentrées des trois ministères concernés, des représentants des collectivités territoriales, du secteur privé, de la société civile, des PTF et de toute personne physique ou morale, au regard de son expertise, en tant qu'observateur. Ce CSD est présidé par le Ministre de la santé, avec la Ministre de la Femme, de la Solidarité Nationale et de la Famille et celui de l'Agriculture et des Aménagements Hydrauliques comme respectivement 1^{ère} et 2^{ème} vice-président(e).

Au niveau de secteur de planification santé le CSD est organisé en **groupes thématiques (GT)**, eux-mêmes organisés autour des programmes budgétaires et présidés par les responsables de programme. Ces GT doivent assurer la coordination de la mise en œuvre et le suivi des indicateurs de la politique sectorielle. Pour faciliter le travail de ces GT (qui sont assez lourds avec des difficultés à réunir tous les acteurs, notamment les PTF), il a été mis en place des **équipes fonctionnelles** beaucoup plus souples, au nombre de sept³, qui doivent s'assurer que toutes les mesures (sorte de petits projets très circonscrits dans le temps) préconisées sont mises en œuvre et selon le chronogramme établi. Ces équipes fonctionnelles doivent rendre régulièrement compte aux GT qui restent les premiers responsables de la réalisation des activités planifiées. Toutefois, ces équipes fonctionnelles attendent toujours d'être formalisées par des arrêtés ministériels.

³ Equipes fonctionnelles : (1) gestion intégrée du développement des services de santé ; (2) accès et qualité des services de santé ; (3) coordination des actions autour d'une vision commune du système d'approvisionnement en médicaments essentiels ; (4) gestion coordonnée de la préparation et de la réponse aux épidémies, catastrophes, crises alimentaires et urgences ; (5) gestion intégrée de la mobilisation, de l'allocation, de l'information et du redéploiement des ressources sanitaires ; (6) gestion multisectorielle de la nutrition ; (7) gestion de l'espace des naissances.

Encadré 10 : Dans tous les cas, il y a une forte nécessité de renforcer les mécanismes de coordination des acteurs et de ces plateformes de dialogue déjà existantes afin de les rendre plus efficaces, plus efficientes et plus inclusives.

Au niveau des plateformes d'échanges et d'apprentissage

Au-delà des rencontres physiques formelles (ateliers, forums, séminaires, commissions ou comités ad hoc etc.), il faudrait aussi davantage exploiter le potentiel des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), comme les sms ou les plateformes électroniques. En ce sens, les communautés de pratiques (CoP) sont aussi une opportunité d'échanges et d'apprentissage entre acteurs. Il existe même un Hub CoP propre au Burkina qui a été créé en 2016. Mais son dynamisme (organisation, facilitation/animation et contenu des messages partagés) devrait être davantage amélioré afin qu'il puisse réellement jouer ce rôle.

Il y a aussi les radios communautaires qui ne sont pas exploitées comme il se doit – exemple de l'UNALFA (Union Nationale de l'Audiovisuel Libre du Faso). Pourtant, elles utilisent les langues locales et sont beaucoup écoutées. On peut par exemple y mener des débats sur la CSU, mettre en place des programmes d'éducation sur les fonctions du système de santé, faire prendre conscience aux gens de leurs droits en matière de santé (la permanence et continuité des soins par exemple).

Encadré 11 : Il y a une forte nécessité de développer des outils de communication sur la CSU, des outils pour favoriser l'exploitation des leçons apprises et des solutions trouvées (ici ou ailleurs), et de créer des cadres de partage (informatisés) des connaissances en matière de CSU.

Sur le plan de la redevabilité

La dynamique de la décentralisation pourrait être exploitée, en impliquant mieux le Ministère de Tutelle (celui de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation) et en accordant un plus grand rôle, par exemple, aux conseils municipaux, à l'association des municipalités du Burkina Faso (AMBF) ou aux comités villageois de développement.

Plus généralement, il faudrait mobiliser davantage de personnes (les leaders politiques – élus locaux et parlementaires –, coutumières et religieuses ; les associations et organisations de la société civile – OSC – ; le secteur privé ; les membres du gouvernement et surtout la population) autour de la CSU en abordant les questions dans un langage accessible à tous. Pour faciliter l'implication et l'adhésion des leaders d'opinion, il faudrait régulièrement initier des visites de courtoisie chez eux et privilégier les relations interpersonnelles, multiplier les échanges informels.

Un réel dialogue et une large concertation entre acteurs devrait s'organiser avec l'aide d'experts en communication. Il faudrait notamment utiliser des fora pour communiquer directement avec

la population et prendre en compte ses attentes. En fait, un renforcement des capacités de la population est nécessaire pour lui permettre d'être bien outillée pour réellement contribuer aux débats en apportant des idées/propositions concrètes et pertinentes lors et discussions au lieu de se contenter de faire des critiques.

Pour renforcer la redevabilité, il faudrait aussi développer les processus de veille communautaire pour identifier les failles du système et les rectifier. Il existe déjà au Burkina Faso une expérience intéressante de veille communautaire, l'Observatoire Communautaire d'Accès aux Services de Santé (OCASS), mis en œuvre par le Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). L'OCASS est un dispositif de veille citoyenne sur les dysfonctionnements de services de santé qui agit à travers trois volets :

- La conscientisation de la population sur leurs droits et comment les services de santé doivent normalement fonctionner.
- La veille proprement dite, c'est-à-dire la collecte de données et d'information sur des dysfonctionnements observés. Cela se fait à travers des structures à base communautaire, deux lignes vertes et les médias.
- Le plaidoyer et le dialogue politique pour corriger les dysfonctionnements constatés. Pour ce faire il existe des cadres d'échanges au niveau communautaire pour trouver des solutions déjà à ce niveau. Les questions qui ne peuvent pas réglées à ce niveau remontent plus haut et parfois même au niveau national. L'objectif de l'OCASS n'est pas seulement de dénoncer, mais il a aussi un rôle de régulation.

Ces activités de l'OCASS pourraient être mises à profit et renforcées.

Autres solutions/innovations

Un document national de l'achat stratégique est en cours de développement au Burkina Faso. Il devrait montrer comment les trois politiques majeures que sont la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, le financement basé sur les résultats (FBR) et l'assurance maladie universelle (AMU) pourraient être combinés. Cette perspective offre également l'opportunité de tester des approches innovantes comme l'accréditation des hôpitaux ou celles ayant trait à la nature des prestations objet d'achat, aux modalités de paiement des prestataires (y compris le financement des structures d'encadrement) ou encore aux arrangements institutionnels à mettre en place (y compris les structures de gouvernance).

2.6. L'approche ACS

Le projet ACS vise à faire avancer vers la CSU en conviant les praticiens aux niveaux régional et mondial pour soutenir la redevabilité, encourager l'apprentissage et le partage de connaissances, construire des espaces de collaboration autour des processus et politiques de financement de la santé. Grâce à ces domaines d'intervention, le projet ACS entend favoriser les prises de décision basées sur des preuves scientifiques, faire remonter la voix de ceux qui sont généralement mis à l'écart des processus de financement de la santé et de CSU, et appuyer

pour une grande capacité pour la redevabilité des acteurs en vue d'accélérer une mission en œuvre partagée des programmes et politiques de CSU.

Les détenteurs d'enjeu étaient interrogés au sujet de la collaboration, l'apprentissage et le partage de connaissances et la redevabilité lors de la période de consultation pour sonder cette approche et identifier les défis, solutions et priorités liés aux domaines d'intervention suggérés.

Il existe un grand consensus que le projet ACS peut être d'un grand apport dans la marche du Burkina Faso vers la CSU.

Sa plus-value :

Au niveau de la collaboration entre acteurs

- Servir de relais entre les différents acteurs qui ne communiquent pas ou ne coopèrent pas assez jusque-là, alors qu'ils devraient le faire. Il faudrait notamment renforcer les mécanismes de coordination des acteurs et les plateformes de dialogue déjà existantes pour les rendre plus efficaces et efficientes. Le projet pourrait aussi aider à renforcer la voix de la communauté et de la population qui est peu entendue jusque-là, ainsi que les capacités des différents acteurs.

Au niveau du partage de connaissances et des plateformes d'apprentissage

- Créer de nouveaux cadres de partage d'expérience au niveau national et régional. En effet, il existerait une culture limitée dans le pays et au niveau sous régional du partage de connaissances et de l'utilisation de plateformes d'échanges. Le projet pourrait par exemple développer des plateformes informatiques bien animés, dynamiques et régulièrement mises à jour qui documenteraient les expériences-pays avec leurs forces, leurs faiblesses, les leçons apprises et les solutions trouvées. Mise en place de plateforme sur un site où l'on peut retrouver des expériences avec les forces et faiblesses, voyages d'étude, facilitation la sensibilisation au niveau de la population, formation des acteurs sur la CSU. Centralisation et vulgarisation toutes les informations, nécessité d'une coordination nationale, engagement des acteurs à transmettre la bonne information et à bonne date
- Favoriser l'exploitation de ces leçons apprises et solutions trouvées, qui pourraient par exemple servir à l'élaboration et à la mise à disposition de boîtes à outils. Ces boîtes à outils pourraient être utiles non seulement pour les techniciens, mais pourraient aussi être de puissants outils de plaidoyer auprès des décideurs politiques.

Au niveau de la redevabilité

- Dans une perspective de renforcement de la redevabilité qui est perçue comme très faible au Burkina, le projet pourrait favoriser l'accès à l'information stratégique et utile pour faire avancer la CSU par divers supports de communication. Plus spécifiquement, il pourrait aider à renforcer la voix de la communauté et de la population ainsi qu'à

documenter, capitaliser, renforcer et vulgariser les initiatives citoyennes de promotion de la redevabilité.

Les défis auxquels elle doit faire face :

La prise en compte des éléments ou suggestions suivants pourrait aider le projet à mieux atteindre ses résultats :

- Ne pas oublier que les changements espérés vont se faire de façon incrémentale. Les causes de certains problèmes sont (très) profondes et il faudrait les aborder avec beaucoup de prudence et de modestie. Il faudrait identifier des leviers d'action et ne pas se décourager si les résultats tardent à venir car les défis sont immenses. En fait, c'est la somme de petites batailles gagnées qui donnera un grand résultat à la fin.
- Le projet doit développer une relation de proximité avec les différents acteurs. Il faudrait identifier des champions et membres influents au sein du Ministère de la Santé (ou autres ministères), parmi les hommes politiques, au sein de la société civile ou de partenaires techniques et financiers avec qui le projet va avoir des interactions très fortes. Une cartographie des acteurs peut être nécessaire.
- Il est crucial qu'un grand nombre d'acteurs comprennent bien le projet, y adhèrent, se l'approprient et appréhendent les enjeux et défis. Pour cela il faudrait arriver à bien faire comprendre la pertinence de l'approche et être un vrai centre d'intérêt pour les acteurs, arriver à susciter une demande réelle pour ce genre d'approche et faire un travail ciblé sur les acteurs. C'est vrai qu'il est difficile de mobiliser les gens sans argent, mais il faut savoir être persuasif et persistant car il y aura toujours des sceptiques qui mettront en doute l'approche.
- Il faudrait que le projet ACS arrive à se positionner par rapport à toutes les autres initiatives en faveur de la CSU qui existent déjà. Il faudrait alors faire une cartographie des initiatives et des acteurs et faire les choses différemment, c'est-à-dire apporter une touche innovante. Il faudrait arriver à identifier les besoins réels des Etats et faire des offres/appui adaptées et au besoin ciblés.

4. Annexes

A. Acteurs interrogés

Profil des personnes interviewées	Nombre de personnes interviewées
Acteurs régionaux	2
Acteurs politiques	3
Techniciens (niveau central)	5*
Prestataires dans le secteur public	3
Prestataires dans le secteur privé	3*
chercheurs	3
Société civile	5
Partenaires techniques et financiers	3
Total	27

** Une interview dans chacun de ces profils d'acteurs a pris l'allure d'un focus group car il y avait 5 acteurs présents à la fois. Mais ceci n'a pas été pris en compte pour déterminer le nombre de personnes interviewées.*

B. Questionnaire générique utilisé pour la collecte des informations

Country consultation Interview guide

Section 1: Stakeholders dynamics

Knowledge and perceptions

GC.1.1 How would you define UHC?

GS.1.2 Do you know of platforms that facilitate stakeholder engagement in UHC dialogue? (if “no” skip to GS.1.3)

GS.1.2.1 Please describe including who organizes, how often they meet, who participates, and what they most often discuss (i.e. IHP+, National coalition for UHC, Parliament members network for UHC, etc.)?

GS.1.2.2 How productive do you think these exchanges are?

Own contribution

GS.1.3 Do your current roles and responsibilities at your job relate to advancing UHC? If so, how?

GC.1.4 On a scale of 1-10, how involved is your organization in the dialogue around UHC? If 1 being not at all, and 10 being highly involved (if ranking less than 3, skip to GS.1.7)

GS.1.5 What collaborations do you currently have with the private sector?

Bottlenecks and challenges

GS.1.6 There are various stakeholders who could be considered to have a real stake in the UHC dialogue. In your opinion, are they currently at the table to decide and act together in a coordinated way? Who is left out?

GS.1.7 What are the main barriers and challenges to getting all legitimate stakeholders around the table? (i.e. lack of capacity or financing, lack of perception of value-added, organizational issues, resistance to change, others, etc.)

Solutions and innovations

GS.1.8 What solutions to these barriers or challenges to participation have you seen applied in your country or regionally?

GS.1.8.1 Do you think these approaches can help overcome the barriers and challenges you described?

GS.1.9 Are there different modalities for dialogue that you think would be more fruitful than what currently exists? How would you change current arrangements if you could?

Section 2: Enabling environment

Knowledge and perceptions

GS.2.1 On a scale of 1-10, how committed would you say your country is to reach UHC? If 1 being not at all, and 10 being highly involved

GS.2.2 Based on your knowledge, what are the main policies/strategies that have been put in place to support progress towards UHC?

GC.2.3 On a scale of 1-10, how would you characterize the pace of progress toward UHC? if 1 being very slow, and 10 being very fast?

GS.2.4 How supportive are your organization practices towards advancing UHC goals? (Low, Somewhat supportive, Fairly supportive, Very supportive, Don't know) (if answer is Low or Somewhat, skip to GS.2.4.1 else skip to GS.2.4.2)

GS.2.4.1 Why?

GS.2.4.2 What activities your organization is undertaken for such a support?

Own contribution

GS.2.5 To what commitments on UHC at the national or international level has your organization subscribed or signed on? (i.e. IHP+, National coalition for UHC, Parliament members network for UHC, etc.)?

GS.2.5.1 From your knowledge, is there any legal enforcement built into those commitments?

GS.2.5.2 How do you expect these commitments to help advance UHC?

GS.2.5.3 Have you seen any positive change based on these commitments?

Bottlenecks and challenges

GS.2.6 Do you think these commitments result in concrete actions?

GS.2.6.1 If not, why?

GS.2.7 Based on your experience, what are the main environmental factors that hamper progress toward UHC? Which factors are they related to? (i.e. political will, policies, social and economic situation, lack of legal backing)

GS.2.8 What are the biggest barriers you're facing in your work to contributing to advance UHC goals?

Solutions and innovations

GS.2.9 What solutions or innovations have you seen applied or do you think should be applied to address the barriers that you have described?

GS.2.10 What operational changes could you make in your own work to help mobilize additional or reallocate existing financial resources for interventions to advance UHC?

Section 3: Technical implementation

Knowledge and perceptions

GS.3.1 In your opinion, are decision-makers and implementing partners sufficiently taking to account your point of view when designing and implementing UHC policies or strategies?

GS.3.2 Do you think evidence is being used sufficiently to inform decision-making processes around UHC today? Why or why not?

GS.3.3 Is there a culture of learning and knowledge sharing that exists in country around technical priorities for UHC?

GC.3.4 Are you aware of regional organizations/initiatives (i.e. project, funding, technical assistance, etc.) that support your country in moving UHC forward? If so, which ones? What does their support look like?

Own contribution

GS.3.5 How could the ACS project help the country in implementing activities to advance UHC? a) on collaboration with others b) knowledge sharing and learning c) accountability

Bottlenecks and challenges

GS.3.6 Do you see the lack of accountability as one of the key barriers to implementation progress for UHC?

GS.3.6.1 Please rank these in order of its importance (1 being low and 5 being high)

GS.3.6.2 Describe why you have ranked in this way.

GS.3.7 Do you see limited opportunities for learning as one of the key barriers to implementation progress for UHC?

GS.3.7.1 Please rank these in order of their importance (1 being low and 5 being high)

GS.3.7.2 Describe why you have ranked in this way.

GS.3.8 Do you see the lack of functional platforms for exchange as one of the key barriers to implementation progress for UHC?

GS.3.8.1 Please rank these in order of their importance (1 being low and 5 being high)

GS.3.8.2 Describe why you have ranked in this way.

GS.3.9 Are there other key barriers you would add?

GS.3.10 What challenges do you see to ACS providing support to facilitate broader stakeholder engagement in the UHC process?

GS.3.11 What would you say are main challenges to supporting a culture of learning both within country from other stakeholders, and among countries in your region?

GS.3.12 What would you say are the main challenges in trying to make the design of UHC policies/strategies more transparent and accountable?

GS.3.12.1 What are the challenges to make their implementation process well-funded?

Solutions and innovations

GC.3.13 In your opinion, what are the largest technical priorities for health financing in country?

GC.3.13.1 What are your top technical priorities in other areas (for instance, PFM, service delivery, generating/sustaining demand, etc.)

GC.3.14 Do you have ideas/suggestions about how regional organizations/initiatives could support a) the activities your organization is implementing and b) advancing UHC in your country more broadly?

GS.3.15 In what ways could the ACS project spur better use of data/evidence to support a) the activities your organization is implementing and b) advancing UHC policies/strategies?

GC.3.16 Do you have suggestions for ways to build a more accountable and transparent UHC process?

GC.3.17 Do you have suggestions for how the ACS project should be held accountable?

Country consultation Interview guide – Supplement component

1. Politicians

Sample interviewees: Ministries, Parliament, Local government

- S.1.1 How do you currently support coordination between the public and private sector (implementers or funders)?
- S.1.2 What key activities could be done to support donors' coordination and alignment in moving forward UHC in your country?
- S.1.3 How much do considerations around health policy objectives and population needs impact the way that public financial management rules are applied to health budgets formulation, execution and monitoring?
- S.1.4 What are the most challenging barriers (e.g., financial, institutional, etc.) to your ability to maintain political commitment for UHC?
- S.1.5 What political action or policy reform could be taken to secure more public financial resources or reallocate existing ones for interventions to advance UHC?
- S.1.6 What information from other stakeholders in the health system (technicians, providers, donors, advocacy groups) would be most helpful for you to build a case towards supporting UHC?

2. Technicians

Sample interviewees: Central directorates, specialists in government office, planning and regulatory bodies

- S.2.1 How do you work with civil society? What do you see as the value add to these collaborations?
- S.2.2 How does the economic situation impact UHC expansion?
- S.2.3 What are the main public financing mechanisms (PFM) used to mobilize health sector budget?
- S.2.4 What are specific adaptations in your public financing mechanisms (PFM) system for mobilizing additional resources for UHC expansion?
- S.2.5 How do public financial management rules around budgets formulation, execution and monitoring either positively impact or hinder your ability to implement your work?
- S.2.6 What are the biggest implementation barriers in country around the following areas as they relate to UHC
1) Public financing mechanisms PFM, 2) Health financing, 3) Service delivery, and 4) generating and sustaining population demand?

3. Public sector implementers

Sample interviewees: Public providers, support staff (health workers, nurses) and administrators

- S.3.1 What involvement do you have with local civil society and their work around UHC?

4. Private sector implementers

Sample interviewees: For-profit/not-for-profit providers, support staff and administrators, investment group representatives

- S.4.1 What are the biggest barriers to this sort of engagement?
- S.4.2 What incentives would motivate you to be more engaged in national health policies implementation?

5. Development partners

Sample interviewees: Donors, technical assistants, implementing partners

- S.5.1 What factors do you think are critical to ensuring a sustainable, country- owned response to UHC and how do you build this into your programming?
- S.5.2 In your opinion, what are the most effective actions that the government could take to secure more public financial resources or reallocate existing ones for interventions to advance UHC?
- S.5.3 What steps could be taken to reduce fragmentation in health financing?

6. Civil society

Sample interviewees: advocacy organizations and activists, professional organizations, community representatives

- S.6.1 Do you feel like community knowledge around UHC is high or low? (1 being low and 5 being high)
- S.6.2 What solutions or innovations have you seen applied to improve community participation to UHC process?

- S.6.3** Is service delivery adequate to meet health needs in your area?
- S.6.4** How satisfied would you say that your community is generally with the quality of services that they receive? (1 strong dissatisfaction, 5 completely satisfied)
- S.6.5** Do you feel like community engagement around UHC is high or low? (1 being low and 5 being high)
- S.6.6** What do you feel are the most effective community engagement methods around UHC?

7. Researchers

Sample interviewees: consultants, academics, specialists in public and/or private research centers

- S.7.1** On a scale of 1-10, how would you characterize your interaction with policy makers on these specific research activities related to UHC? If 1 being little or none and 10 being close involvement