



## Appel à candidature

**Recrutement d'un consultant indépendant pour  
Conduire une analyse socio-anthropologique sur  
la représentation de la santé, les moyens pour la  
sauvegarder ou la restaurer et la responsabilité  
des acteurs**

Mobiliser les citoyens pour accélérer la transition vers la  
couverture sanitaire universelle au Burkina Faso

**Février 2020**

## 1. Problématique

La population du Burkina Faso est estimée à 19 034 397 habitants en 2016. Avec une densité d'environ 51,8 habitants au km<sup>2</sup>, cette population croît à un rythme de 3,1% l'an (Institut national des statistiques et de la démographie, 2006). L'économie est fortement dominée par l'agriculture qui emploie près de 80 % de la population active. En 2014, l'incidence de la pauvreté était estimée à 40,1% et le revenu national brut par habitant à 690,4 dollars. La population dépendante, c'est-à-dire les moins de 15 ans et les plus de 64 ans, était quant à elle estimée à 49,26 % contre 50,74 % pour la population active. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,4 pour l'ensemble du pays dont 5,8 en milieu rural contre 3,7 en milieu urbain (INSD [EMC] 2015). La proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au sein de la population féminine est de 45,76 % dont la majorité se retrouve en milieu rural. Au sein du groupe vulnérable que constitue le couple mère-enfant, le rapport de mortalité maternelle faisait état de 330 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile était quant à lui de 91,7 décès pour 1000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile était de 141,9 pour 1000 naissances vivantes (op.cit, 2015).

Les politiques de protection sociale, héritées du système colonial n'ont pas pu être réformées pour s'adapter aux nouveaux risques sanitaires et sociaux des individus. Le système de protection sociale se compose de plusieurs programmes d'action qui se fondent sur un renforcement de l'Etat-providence.

D'abord, le programme des filets sociaux constitue un ensemble de prestations et de services délivrés à l'endroit des personnes vulnérables ou les ménages pauvres par les services publics ou des organisations non gouvernementales. La mise en œuvre de ce programme consiste entre autres à la vente des produits alimentaires à des prix subventionnés, à la dotation des écoles de cantine scolaire, à la distribution de coupons alimentaires, aux transferts monétaires (Sawadogo 2010).

Ensuite, les mécanismes d'assurance sociale sont un ensemble de dispositifs de protection sociale orientés vers les travailleurs de l'administration publique et privée. La loi 013/98 du 28 Avril 1998 stipule à son article 28 que " tous les agents de la fonction publique bénéficient d'une protection sociale en matière de risques professionnels, de prestations familiales, d'assurance vieillesse et de soins de santé dans les conditions définies par la loi» (1998 :12). Selon les termes de cette loi, la protection sociale couvre trois grandes dimensions : la prise en charge des soins de santé relatifs aux risques professionnels survenus, la prestation familiale et la maternité et l'assurance vieillesse. C'est ainsi que le gouvernement donne la priorité à la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et/ou les autres travailleurs du secteur formel parce qu'ils seraient plus faciles à identifier et à inscrire. En ce qui concerne la couverture médicale pour les plus pauvres et vulnérables, diverses stratégies ont été expérimentées et mises en œuvre à différentes échelles : exemption de paiement pour des groupes ou pathologies spécifiques, différenciation des prix et subventions ciblées pour les activités qui produisent un niveau élevé d'externalités (vaccination, traitement des maladies infectieuses...).

A côté de ce système étatique, il y a les mutuelles sociales qui sont des groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de

mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences. Elles souffrent d'insuffisances fonctionnelles, organisationnelles qui constituent des limites à leurs rôles sociaux. En 2005, le ministère de la santé avait identifié 25 mutuelles du secteur formel qui comptaient 41 800 bénéficiaires. En milieu rural et urbain, on dénombrait à la même année, 119 mutuelles de l'économie informelle dont le nombre de bénéficiaire était de 18.900. Les plus représentatifs sont : la Société Burkinabé d'Assistance Secours (SOBAS), la Compagnie d'Assistance et de Secours d'Urgence du Burkina (CASUB), la Mutuelle Burkinabé d'Assistance Sociale et de Solidarité (MUBASS), la Nationale d'Entraide et de Solidarité Africaine (NESSA) (Yoni, 2000)

Conscient des insuffisances et des limites de l'action publique en matière de sécurité sociale, une politique nationale de sécurité et de santé au travail a été adoptée pour prendre en compte les autres catégories sociales à travers la loi N°15-2006/AN portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs et assimilés au Burkina Faso. Elle vise à étendre la protection sociale à la majorité de la population, en élargissant le régime de sécurité sociale aux travailleurs indépendants, des professions libérales et de l'économie informelle par la souscription d'une assurance volontaire auprès de la CNSS.

Enfin, les programmes d'aide sociale sont des initiatives pour la protection des groupes vulnérables à travers des campagnes de sensibilisation, des services d'aides aux handicapés, aux réfugiés et sinistrés, aux enfants en situation particulièrement difficiles, aux exclus sociaux.

Les services offerts par le marché des assurances sont inaccessibles aussi bien aux salariés qu'aux travailleurs du monde rural.

De ce fait l'accès aux services de santé est encore largement assuré par le paiement direct des ménages (31,4 % en 2016 alors que l'on vise un plafond de 20%<sup>2</sup> pour limiter les dépenses catastrophiques en santé des ménages). En outre la qualité des services de santé<sup>1</sup> est en dessous des besoins et que l'accès aux soins de qualité reste inéquitable. Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle s'avère nécessaire pour garantir l'accès à des soins de qualité à toute la population en général et aux indigents en particulier y compris en garantissant la protection financière contre le risque maladie.

Le gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Cela s'illustre d'abord par l'adoption de la loi RAMU et la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU). La couverture sanitaire universelle (CSU) est définie comme une approche globale permettant à l'ensemble de la population d'avoir un accès, sans discrimination, à des services de base qui regroupent la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement et de la réadaptation, l'accessibilité à des médicaments de base, sûrs,

---

<sup>1</sup> infrastructures/équipements/logistiques, ressources humaines, prestations de services, produits de santé,

abordables, efficaces et de qualité ((OMS 2010).<sup>2</sup>). Rappelons que selon l'article 48 de la loi n 060-2015 du 5 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle, l'Etat est financièrement responsable de la couverture des personnes indigentes. Il était prévu que cette cible soit couverte gratuitement dès décembre 2019.

Dans le processus de transition vers la CSU, les auteurs identifient trois profils étatiques : le modèle étatiste ; le modèle du marché et d'assurance et enfin le modèle subsidiariste (Op.cit, 2012). Trois composantes forment le trépied de la CSU : la couverture de la population en services de santé ; l'élargissement de paquets de service offerts et la protection financière. Les trois directions du « cube » (Durairaj, Evans, 2011, p. 6) dans lesquelles il faut progresser en vue d'atteindre la couverture universelle : la proportion de population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin la proportion des coûts qui seront couverts (OMS, 2008). Dans l'idéal, c'est « l'ensemble de la population » qui devrait être en mesure de recevoir les soins de qualité dont elle a besoin à un coût qui ne l'appauvrit pas (Ngabire, 2013). Dans cette perspective, la CSU est d'abord et avant tout un contrat social (OMS, 2018, p.15<sup>3</sup>).

La CSU peut se définir comme un référentiel de politique publique (Muller, 1987) dont les processus d'implantation dans les contextes variés sont bien analysés et documentés (Ride, 2010 ; Darbon et al, 2019)<sup>4</sup>. Cependant, ces travaux n'ont pas suffisamment mis en évidence le rôle de la société civile, en tant que groupe de pression et de veille dans le processus d'implantation des politiques publiques. Ainsi, en l'absence d'un mouvement social, capable d'impulser le démarrage la CSU, les porteurs de projet sont souvent confrontés à des conflits d'intérêts, à des luttes de positionnement institutionnels qui retardent l'accélération vers la CSU. En outre un des enjeux est la participation des citoyens, des communautés, de la société civile et du secteur privé dans la construction de la CSU. Leur participation est fonction de la confiance que les communautés manifestent à l'endroit des gestionnaires de projet, de la perception des bénéfices de la CSU par les familles et des représentations sociales de la santé et de la maladie par les individus.

## 2. Objectifs de l'étude

### 2.1. Objectif général

Explorer les dynamiques actuelles des comportements des acteurs individuels et collectifs en matière de partage de risque en santé exploitable pour la création d'un mouvement social pour accélérer la transition vers la CSU.

---

<sup>2</sup> WHO (2010), Health financing: the path to universal coverage, World Health Report 2010.

<sup>3</sup>Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale; Des systèmes sains pour une couverture santé universelle – une vision commune pour des vies saines [Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives]. Genève : 2018.

<sup>4</sup> DARBON D., R. NAKANABO DIALLO, O. PROVINI, S. SCHLIMMER (2019), "Un état de la littérature sur l'analyse des politiques publiques en Afrique", Papiers de Recherche AFD, n° 2019-98, Février.

## 2.2. Objectifs spécifiques de l'étude

- Analyser les représentations par les populations de la santé, des moyens pour y accéder et la sauvegarder ou la restaurer, et aussi de la responsabilité des acteurs impliqués dans l'offre de soins ;
- Obtenir des informations sur la façon dont les individus et les groupes sociaux interagissent et agissent sur les stratégies de partage de risque en santé ;
- Identifier les leviers, liés aux représentations de la santé et aux interactions dans le partage de risque en santé, exploitables pour susciter un mouvement social en faveur de la CSU
- Proposer des orientations de stratégies comprenant des canaux et les messages clés capables d'assurer une mobilisation des populations sur les questions de la santé.

## 2.3. Livrable/ Production du rapport et valorisation des résultats de l'étude

Au terme de l'étude, un rapport final provisoire sera produit sous la coordination de l'investigateur principal. Ce rapport fera l'objet d'une restitution auprès des différents partenaires qui y apporteront les amendements nécessaires pour sa finalisation pour aboutir à un rapport final définitif.

## 3. Chronogramme indicatif d'exécution de l'étude

N°	Livrables	Date limite de soumission
<b>Préparation : développement de protocoles et d'outils</b>		
N°1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocole, outils, formulaires finalisés, prêts à être soumis au comité Ethique de Recherche en Santé</li><li>• Mise en place d'un comité de suivi</li></ul>	28 février 2020
<b>Formation des enquêteurs et des superviseurs</b>		
N°2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recrutement des enquêteurs et superviseurs de l'étude</li><li>• Formation des enquêteurs et superviseurs</li><li>• Plan de pré-test</li><li>• Rapport sur la formation des enquêteurs et des superviseurs</li><li>• Rapport du pré-test des outils d'étude</li></ul>	05 mars 2020
<b>Collecte</b>		
N°3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Collecte des données</li><li>• Rapport d'étape n°1 résumant les activités de collecte des données, les défis et les solutions et les prochaines étapes</li></ul>	15 Mars 2020
<b>Analyse et gestion des données</b>		

N°	Livrables	Date limite de soumission
N°4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conception des nœuds</li> <li>• Encodage des données</li> <li>• Transcription des données</li> <li>• Rapport d'étape n°2 résumant les activités de retranscription des données collectées, les défis, les solutions et les prochaines étapes</li> <li>• Analyse préliminaire des données</li> </ul>	25 Mars 2020
<b>Rapports</b>		
N°5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport préliminaire de l'étude</li> </ul>	05 Avril 2020
N°6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier de validation du rapport préliminaire</li> </ul>	10 Avril 2020
N°7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport final</li> <li>• Transmission de toutes les archives des notes/ journaux de terrain, transcriptions d'interviews, enregistrement audio</li> </ul>	15 Avril 2020

#### 4. Profil/qualification et expériences requises

Pour cet appui l'expert, communautaire doit :

- être titulaire d'un doctorant en sociologie ou en anthropologie,
- Avoir une bonne connaissance du système national de santé, des politiques et protocoles des priorités de planifications et des défis en matière de santé publique,
- Avoir une bonne connaissance de la couverture santé universelle ;
- Avoir une expérience d'au moins cinq (05) ans dans les conduites d'études qualitatives et au moins trois (03) ans dans l'analyse des thématiques sur la santé, CSU ou les ODD ;
- Avoir une bonne maîtrise en matière d'analyse des documents,

Il devra en plus avoir :

- une excellente capacité d'analyse et de rédaction
- une grande capacité de travail en équipe et une aptitude à établir des relations de travail efficaces avec les acteurs du monde communautaire, du secteur privé, du secteur public et des partenaires techniques et financiers ;
- une très bonne capacité à interagir et à communiquer oralement et par écrit,
- Une bonne maîtrise des outils d'analyse qualitative comme N-Vivo ou autres.

#### 5. Durée et conditions générales de la mission

Le consultant travaillera en étroite collaboration avec l'équipe technique du RAME durant toute la durée de la mission

Le consultant sera engagé pour 15 jours de travail effectif. La durée globale de la mission ne pourra pas excéder 30 jours.

## 6. Déroulement du recrutement

Une présélection sera faite sur la base des dossiers de candidature complets déposés dans les délais. Seuls les candidats présélectionnés seront contactés.

Les candidats retenus à cette phase de présélection subiront un entretien oral dans les locaux du RAME pour le recrutement définitif du consultant.

## 7. Méthodologie et période de candidature

Toutes personnes intéressées répondants aux critères définis ci-dessus peuvent postuler à cet offre en déposant une demande contenant :

- un curriculum vitae détaillé et signé,
- une copie légalisée de son diplôme,
- une proposition technique de la compréhension des TDR et une revue opérationnelle de la méthodologie de l'étude, un chronogramme détaillé,
- une proposition financière

Les dossiers de candidatures peuvent être reçus :

- au Secrétariat du RAME aux jours et heures ouvrables (lundi à vendredi de 7h30mn à 16h 30 mn
- par mail à [secretariat@rame-int.org](mailto:secretariat@rame-int.org) avec copie à [crip@rame-int.org](mailto:crip@rame-int.org).

La date limite de dépôt des candidatures est fixée au 04 mars 2020. Aucun dossier ne pourra être reçu après cette date.

Pour toutes autres informations veuillez contacter le secrétariat du RAME au 25 33 41 16.

**NB :** Le RAME se réserve le droit de ne donner suite à tout ou une partie du présent appel à candidature.

OUAGADOUGOU, le 26 février 2020