



People  
Change  
the World

Diakonia



MINISTÈRE DE LA SANTE

# RAPPORT

CARTOGRAPHIE DE L'ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE DES DIFFÉRENTES  
MESURES D'EXEMPTION EN MATIÈRE DE SANTE AU PROFIT DES  
COUCHES VULNÉRABLES ET INDIGENTES AU BURKINA FASO

## CONSULTANTS

Bapion IDO, Spécialiste en Santé et Sécurité au travail  
Nestor LENGANE, Juriste et spécialiste en protection sociale

AVRIL 2024

## TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES .....	i
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	iii
TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....	vi
DEFINITIONS DE CONCEPTS USUELS .....	vii
RESUME .....	1
INTRODUCTION.....	1
<b>I. BREF APPERCU SUR LE RAME</b> .....	<b>3</b>
<b>II. CONTEXTE</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1. Contexte géographique</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2. Contexte démographique</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3. Contexte socio-économique</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4. Contexte humanitaire et sécuritaire</b> .....	<b>6</b>
<b>2.5. Contexte sanitaire nationale</b> .....	<b>7</b>
<b>2.5.1. Stratégie du secteur de la santé</b> .....	<b>8</b>
<b>2.5.2. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé</b> .....	<b>9</b>
<b>2.5.3. Organisation et fonctionnement du système national de santé</b> .....	<b>9</b>
<b>2.6. Contexte de la protection sociale</b> .....	<b>12</b>
<b>2.6.1. L'exemption et subventions des frais de santé</b> .....	<b>12</b>
<b>2.6.2. Etat des lieux des services d'aide sociale</b> .....	<b>14</b>
<b>2.6.3. Acquis et défis en matière de protection sociale</b> .....	<b>15</b>
<b>III. OBJECTIFS ET RESULTATS DE L'ETUDE</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1. Objectif général</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2. Objectifs spécifiques</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3. Résultats attendus</b> .....	<b>18</b>
<b>IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>19</b>
<b>4.1. Activités préparatoires à la conduite de l'étude</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2. Type et période de l'étude</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3. Cadre de l'étude</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4. Champ de l'étude</b> .....	<b>20</b>
<b>4.5. Echantillonnage – échantillon</b> .....	<b>20</b>
<b>4.6. Sources d'information</b> .....	<b>22</b>
<b>4.7. Approche méthodologique</b> .....	<b>23</b>

4.8.	Validation des outils de collecte .....	23
4.9.	Déroulement de la collecte des données.....	24
4.10.	Aspects éthiques et déontologiques .....	24
4.11.	Traitement et analyse des données.....	24
4.12.	Difficultés rencontrées .....	25
V.	<b>RESULTATS DE L'ETUDE.....</b>	<b>26</b>
5.1.	Répertoire des politiques publiques en faveur des groupes spécifiques .....	26
5.2.	Contenu des mesures d'exemption.....	35
5.2.1.	Les cibles des mesures d'exemption.....	35
5.2.2.	Les prestations offertes .....	36
5.3.	Difficultés de mise en œuvre des mesures d'exemption .....	40
5.3.1.	Difficultés d'ordre organisationnel, financier et juridique.....	40
5.3.2.	Difficultés d'ordre communicationnel.....	44
VI.	<b>ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES.....</b>	<b>47</b>
6.1.	Effectivité des mesures d'exemptions et de gratuité.....	47
6.2.	Impacts des mesures d'exemption.....	49
6.3.	Défis à relever pour la réussite d'une mise en œuvre efficiente des mesures d'exemption et de gratuité au Burkina Faso.....	53
VII.	<b>LIMITES DE L'ETUDE.....</b>	<b>54</b>
VIII.	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>55</b>
IX.	<b>IDENTIFICATION DES MESURES D'EXEMPTION LES PLUS IMPORTANTES A SUIVRE DANS LE CADRE DE LA PRODUCTION CONTINUE DES EVIDENCES DE VEILLE CITOYENNE.....</b>	<b>59</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>61</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>
■	Annexe 1 : Guides d'entretien.....	65
■	Annexe 2 : liste des structures enquêtées .....	78

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACT	Traitement à base de Combinaison d'Artémisinine
ADP	Assemblée des Députés du Peuple
AGIR	Action Gouvernance Intégration Renforcement
AMU	Assurance Maladie Universelle
ARV	Antirétroviraux
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
ASES	Association Semence d'Espérance Sud
ASMADE	Association Songui Managre/Aide au Développement Endogène
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Génériques et de consommables médicaux
CARFO	Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CENOU	Centre National des Œuvres Universitaires
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUR	Centre Hospitalier Universitaire Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CM	Centre Médical
CNAMU	Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNT	Conseil National de la Transition
COGES	Comité de Gestion
CORUS	Centre des Opérations de Réponses aux Urgences Sanitaires
COVID-19	Coronas Virus Deseases
CPN	Consultation Périnatale
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DGPS	Direction Générale de la Protection Sociale
DGSAH	Direction Générale de la Solidarité et de l'Action Humanitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire

DSF	Direction de la Santé de la Famille
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête De Santé
FCFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
FEMUSCO	Fédération des Mutuelles Sociales Communautaires du Burkina Faso
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FS	Formations Sanitaires
GICAR	Gouvernance Inclusive Citoyenneté Active et Responsable
HD	Hôpital de District
HELP	Hilfe zur Helbsthilfe
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MASSN	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MCS	Méningite Cérébro-Spinale
MFPTPS	Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Protection Sociale
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MINEFID	Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement
MSAHRNGF	Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire, de la Réconciliation Nationale, du Genre et de la Famille
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCASS	Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OGD	Organisme de Gestion Délégué
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
OST	Office de Santé des Travailleurs
PDI	Personnes Déplacées Internes
PIB	Produit Intérieur Brut
PF	Planification Familiale
PNAS	Politique Nationale d'Action Sociale

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Protection Sociale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personne vivant avec le Virus de l'immunodéficience humaine
RAME	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
RAMS-BF	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SMNE	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SNDS	Stratégie Nationale de Développement Sanitaire
SOS/JD	SOS Jeunesse et Défis
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
SP/CNPS	Secrétariat permanent du Conseil national pour la protection sociale
ST-Palu	Secrétariat Technique pour l'élimination du Paludisme
ST-RFS	Secrétariat Technique des Réformes sur le Financement de la Santé
TDH	Terre Des Hommes
US	United States
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

## TABLEAUX ET GRAPHIQUES

### Liste des tableaux

Tableau n°1 : acteurs cibles pour les entretiens individuels .....	33
Tableau n° 2 : répertoire des mesures d'exemption au Burkina Faso.....	37
Tableau n°3 : récapitulatif du début et de la fin des prestations .....	51
Tableau n°4 : Synthèse des connaissances des agents de santé sur l'AMU .....	56
Tableau n° 5 : Raisons du temps d'attente.....	59
Tableau n°6 : part des dépenses en santé des ménages par rapport aux dépenses courantes de santé .....	61
Tableau n°7 : principales recommandations en rapport avec les obstacles et difficultés identifiés .....	67

### Liste des graphiques

Graphique 1 : niveau d'effectivité des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans dans la région de la Boucle du Mouhoun .....	58
---	----

### Liste des figures

Figure 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020 .....	23
---	----

## DEFINITIONS DE CONCEPTS USUELS

Cette partie permet de définir un certain nombre de concepts utilisés dans le présent document.

**Exemption en matière de santé :** toute mesure dispensant partiellement ou totalement le paiement des frais de santé à une catégorie ou groupes de personnes données

**Couches vulnérables :** ce sont des segments de la population qui sont plus susceptibles de subir des préjudices, des discriminations ou des désavantages en raison de divers facteurs tels que leur situation sociale, économique, géographique ou physique

**Personnes indigentes :** selon le Larousse, il s'agit d'une personne très pauvre, nettement insuffisant, qui manque des choses les plus nécessaires, nécessaires. De façon opérationnelle, l'indigent est une personne qui vit dans une pauvreté chronique, qui est dépourvue de moyens d'existence et qui a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour subvenir à ses besoins vitaux. Par ailleurs, est considérée indigente, la personne qui remplit cumulativement les critères suivants :

-être dans une situation d'absence ou d'insuffisance de revenu ;

-être dans une situation d'absence ou d'insuffisance d'aide<sup>1</sup>.

**Personne handicapée :** on entend par personne handicapée, toute personne qui présente une ou des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à sa pleine et effective participation à la vie de la société sur la base de l'égalité avec les autres

**Personne âgée :** toute personne âgée de 60 ans et plus

**Cartographie des mesures d'exemption en matière de santé :** répertoire des différentes mesures d'exemptions existantes en matière de santé au Burkina Faso et leurs textes d'application, l'état de leur mise en œuvre, celles qui sont toujours actives, celles plus importantes à suivre pour la production d'évidences scientifiques, les défis, les obstacles/difficultés rencontrées par les différents acteurs.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2019-O965  
/PRES/PM/MFSNFAH/  
MFPTPS/MATDC/MINEFID du 11 octobre 2019

portant détermination des critères  
d'identification de la personne indigente.

## RESUME

Le Burkina Faso est un pays à faible revenu dont le contexte sanitaire est marqué par un accès limité des populations aux soins de santé de base. Dans ce contexte l'accès aux soins pour les personnes vulnérables et indigentes dont les femmes, les enfants, les personnes âgées et handicapées reste une préoccupation importante.

Pour rehausser les différents indicateurs et dans une dynamique d'atteindre la Couverture Sanitaires Universelle (CSU) d'ici 2030, selon l'engagement des États, le Gouvernement a lancé plusieurs mesures d'exemptions ou de gratuité en faveur des couches vulnérables et des personnes indigentes et une politique de remplacement des frais d'utilisation. Ainsi le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a été institué en 2015 en vue d'étendre la protection sociale à toutes les couches sociales au Burkina Faso conformément aux instruments internationaux, notamment la convention N°102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) relative à la sécurité sociale. La politique de gratuité instituée en 2016 est destinée à réduire les obstacles financiers et à améliorer l'accès aux services de santé reproductive et de santé de la mère, du

nouveau-né et de l'enfant (SMNE) pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Ces exemptions de paiement direct des services de soins de santé essentiels s'inscrivent dans la ligne de l'engagement du pays en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) et contribueront à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD).

Toutefois, il y a généralement un écart entre les prévisions des politiques et les réalités vécues par les différents bénéficiaires. D'ailleurs, les résultats de la veille de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) menés par le RAME et ses partenaires associatifs le démontre à travers le rapport annuel 2022 qui a été publié (plus de 700 dysfonctionnements collectés en 2022 dans les centres de soins). Aussi, il n'est pas toujours évident que les différents bénéficiaires ont une bonne compréhension des politiques à leur faveur afin de mieux s'engager pour une mise en œuvre efficace.

C'est pourquoi, il s'est avéré nécessaire de faire une cartographie dynamique des différentes mesures afin de déterminer celles qui sont toujours actives et les difficultés rencontrées par les différents acteurs.

Les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus sont les suivants :

- ❖ Plusieurs mesures, politiques, lois ou textes existent qui instituent des mécanismes d'exemption ou de gratuité en matière de santé au profit des groupes vulnérables ou personnes indigentes au Burkina Faso, même si certaines de ces politiques ou lois manquent de textes d'application. Il s'agit essentiellement de :
  - La Loi N° 012- 2010/AN du 1er avril 2010 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées ;
  - La Loi n°024-2016/AN du 17/10/2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées ;
  - Loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU au Burkina Faso ;
  - Loi 003-2022/ALT portant statut de pupille de la nation ;
  - Loi n°004-2022/ALT portant statut de martyr et d'invalidé de la nation ;
  - Décret n°2019-0040/PRES/PM/MS/MFSNF/MFPTPS/MATDS/MINEFID du 23 janvier 2019 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso ;
  - Décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso ;
  - Décret n°2021-1118/PRES/PM/MS/MINEFID du 4 novembre 2021 portant gratuité du dépistage, du traitement et du suivi biologique des Personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso ;
  - Décret N° 2016 - 310 MFPTPS/MS/MINEFID portant institution d'une visite médicale annuelle gratuite au profit des retraités et des conjoints survivants de retraités décédés de la CARFO et de la CNSS.
- ❖ Les cibles des mesures d'exemption ou de gratuité en matière de santé. Il s'agit des groupes vulnérables ou personnes indigentes au sein desquels les taux de morbidité et de mortalité des différentes pathologies courantes sont élevés. Il s'agit :
  - des élèves, étudiants et leurs encadreurs,
  - des personnes handicapées,
  - des personnes âgées et/ou retraitées,
  - des femmes et enfants de moins de 5 ans,
  - des personnes vivant avec le VIH,
  - des indigents et autres groupes spécifiques,
  - des pupilles, martyrs et invalides de la nation,

- des fonctionnaires de la FPH leur conjoint, leurs ascendants, et enfants mineurs.
  - ❖ Les prestations offertes sont principalement des soins curatifs, préventifs, promotionnels, de réadaptation, de promotion de la santé, les examens complémentaires, les médicaments et consommables médicaux, les actes médicaux (consultations, conseils, dépistage/diagnostic, chirurgie, pansements, injections, hospitalisation, visites médicales annuelles, etc.). En somme, les mesures d'exemptions peuvent être partielles (les personnes âgées, les handicapés et les élèves et étudiants) ou totales (les pupilles, martyrs et invalides de la Nation, les femmes et les enfants de moins de cinq ans).
  - ❖ L'effectivité des mesures d'exemption et de gratuité en matière de santé : il ressort que la plupart des mesures d'exemption en vigueur au Burkina Faso sont effectives sur le terrain, surtout pour ce qui concerne les mesures de gratuité au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans. Toutefois, certaines mesures connaissent des difficultés dans leur application effective, notamment les mesures en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, des élèves, du personnel de santé et des membres de leurs familles. Cela est dû soit au manque de textes d'application ; soit à des difficultés pratiques, des difficultés de ciblage, ou à l'absence de documents y relatifs par les bénéficiaires.
  - ❖ L'objectif des mesures d'exemption c'est de réduire les barrières d'accessibilité financière aux soins de santé afin de favoriser un accès équitable aux services de soins à toutes les couches de la population dans le but d'améliorer leur état de santé. La mise en œuvre des mesures d'exemption engendre les conséquences suivantes :
    - la baisse du taux de paiement direct ;
    - l'augmentation de la fréquentation des services de santé
    - la réduction importante du retard de consultation
    - l'augmentation du nombre d'accouchements assistés
    - la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile
    - l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants
    - l'amélioration du niveau de vie des ménages
    - la justice sociale.
- Cependant, la plupart des agents de santé ou du moins tous les représentants des formations sanitaires considèrent les mesures de gratuité comme étant responsables des problèmes des centres de santé. Certains disent que « La gratuité est bonne et profite aux bénéficiaires

mais toutes les conditions ne sont pas réunies, les engagements ne sont pas respectés. »

❖ Les difficultés de mise en œuvre des mesures d'exemption et/ou de gratuité sont d'ordre organisationnel, financier, juridique et communicationnel. Il s'agit entre autres des difficultés de produire et distribuer les cartes d'indigence ; de conventionnement avec les formations sanitaires, l'inexistence de textes d'applications pour certaines mesures, d'incohérence de certaines politiques de manière générale, le déficit ou l'insuffisance d'information de certains acteurs et des bénéficiaires.

❖ En termes de défis :

- le premier défi à relever est celui relatif au financement. En effet, dans toutes les structures de santé enquêtées, le non-paiement des factures à temps et en

intégralité ainsi que les ruptures de médicaments constituent un sérieux problème qui risque d'hypothéquer le bon fonctionnement des structures sanitaires ;

- il y a également le défi de l'implication effective des acteurs de mise en œuvre. Que cette implication commence depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre.

- En outre, le défi de l'application effective des mesures prises à travers l'adoption des textes d'application des différents textes et la disponibilisation des divers documents et pièces y relatifs auprès des bénéficiaires. Par ailleurs, il s'agira de prendre des mesures permanentes pour s'assurer de l'effectivité des mesures à tous les niveaux (contrôles, etc.)

- Enfin, un autre défi est celui relatif à la communication sous tous ses angles. On pourrait parler ici de mobilisation sociale.

## INTRODUCTION

Le Burkina Faso a fait l'option d'une bonne gouvernance depuis son ascension à l'indépendance. En effet, la moralisation de la vie publique et la réduction du train de vie de l'Etat et l'austérité budgétaire intervenues dans les années 1970 avaient pour objectif d'impulser une nouvelle dynamique de gestion publique qui repose sur les principes de bonne gouvernance. La bonne gouvernance qui est devenue depuis bientôt trois décennies, un concept clé dans les pays en développement est généralement admis et compris comme l'exercice de l'autorité économique, politique et administrative en vue de gérer les affaires d'un pays à tous les niveaux. Elle requiert le respect de principes clés suivants : la primauté du droit, le respect des engagements sous régionaux et internationaux, la transparence, la participation, la responsabilité, l'équité, la lutte contre la corruption, l'efficacité et l'efficience. En outre, le Burkina Faso est un pays à faible revenu dont le contexte sanitaire est marqué par un accès limité des populations aux soins de santé de base. Le rayon moyen de couverture des formations sanitaires est toujours supérieur à la cible de 5km avec des disparités importantes entre les villes et les milieux ruraux. Dans ce contexte

l'accès aux soins pour les personnes vulnérables et indigentes dont les femmes, les enfants, les personnes âgées et handicapées reste une préoccupation importante.

A titre d'exemple, les taux de mortalité restent parmi les plus élevés : le taux de mortalité maternelle (242 pour 100 000 naissances vivantes), le taux de mortalité infanto-juvénile (54,7 décès pour 1 000 enfants de moins de 5 ans), le taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (moins de 1%), le taux de mortalité intra hospitalière (moins de 50 pour 1 000). La couverture vaccinale reste inférieure à 50% en 2020.

Pour rehausser ces différents indicateurs et dans une dynamique d'atteindre la Couverture Sanitaires Universelle (CSU) d'ici 2030, selon l'engagement des États, le Gouvernement a lancé plusieurs mesures d'exemptions ou de gratuité en faveur des couches vulnérables et des personnes indigentes et une politique de remplacement des frais d'utilisation. Ainsi le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a été institué en 2015 en vue d'étendre la protection sociale à toutes les couches sociales au Burkina Faso conformément aux instruments internationaux, notamment la convention

N°102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) relative à la sécurité sociale. La politique de gratuité instituée en 2016 est destinée à réduire les obstacles financiers et à améliorer l'accès aux services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Ces exemptions de paiement direct des services de soins de santé essentiels s'inscrivent dans la ligne de l'engagement du pays en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) et contribueront à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD).

Toutefois, que ça soit le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) que le pays a lancé en 2015<sup>2</sup>, ou les autres formes d'exemptions de paiement en faveur des couches vulnérables et indigentes, il y a généralement un écart entre les prévisions des politiques et les réalités vécues par les différents bénéficiaires. Du reste, les résultats de la veille de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) menés par le RAME et ses partenaires associatifs le démontre à travers le rapport annuel 2022 qui a été publié (plus de 700 dysfonctionnements collectés en 2022 dans les centres de soins). Aussi, il n'est pas

toujours évident que les différents bénéficiaires ont une bonne compréhension des politiques à leur faveur afin de mieux s'engager pour une mise en œuvre efficace.

C'est pourquoi, il s'est avéré nécessaire de faire une cartographie dynamique des différentes mesures afin de déterminer celles qui sont toujours actives et les difficultés rencontrées par les différents acteurs. Cette étude a permis également d'apprécier l'état de mise en œuvre de chaque mesure. Les résultats de l'étude ont permis d'identifier clairement les mesures d'exemption les plus importantes à suivre dans le cadre de la production continue des évidences ; d'obtenir une vision d'ensemble claire sur les mesures prises et de formuler des recommandations adressées aux différents acteurs, notamment les autorités, les prestataires et les bénéficiaires.

Le présent rapport s'articulera autour des éléments principaux ci-dessous :

- Le contexte
- Les objectifs et les résultats attendus de l'étude
- La démarche méthodologique utilisée
- L'analyse des résultats de l'étude
- Les limites de l'étude
- Les recommandations

---

<sup>2</sup> Loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU au Burkina Faso

## I. BREF APPERCU SUR LE RAME

Le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) est une organisation de la société civile, reconnue officiellement le 25 septembre 2003. Sa principale mission est d'influencer les politiques publiques pour un accès équitable aux soins et services de santé de qualité pour tous.

Pour mettre en œuvre sa mission de veille, de plaidoyer et de renforcement des droits des usagers pour un accès aux soins de qualité, le RAME a mis en place le dispositif de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS). L'OCASS est un instrument de démocratie sanitaire qui donne la voix aux communautés bénéficiaires tout en renforçant leur capacité à se prononcer sur la qualité des services qu'elles reçoivent et contribuer à l'amélioration de la qualité des

régions sanitaires à travers ses partenaires associatifs, dénommés points focaux.

En outre, pour renforcer la participation citoyenne dans l'amélioration des soins de santé et atteindre la couverture santé universelle, le RAME avec d'autres organisations de la société civile ont mis en place depuis 2020 des Cellules Citoyennes de Veille Sanitaire (CCVS) dans les secteurs des grandes villes du pays.

Ces CCVS regroupent des acteurs communautaires engagés, des leaders d'opinion, des représentants des collectivités, dont l'engagement et le volontariat et le socle de la construction d'une force locale pour faire la promotion de la santé et contribuer à une veille sanitaire dans les services et communauté.

## II. CONTEXTE

La protection sociale (PS) est communément définie comme un ensemble d'interventions publiques qui aident les ménages et individus à mieux gérer les risques et à réduire leur vulnérabilité et leur pauvreté en leur assurant un meilleur accès aux services sociaux et à l'emploi. La PS est un investissement soutenant le développement du capital humain et la croissance économique et non une forme d'assistance ou de secours. Si les populations pauvres ne sont pas en mesure de participer à l'économie et donc à la création de la croissance économique, l'impact de la crise économique, aussi bien que des crises environnementales et alimentaires, s'en trouverait considérablement amplifié<sup>3</sup>.

Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021 - 2030), la vision de la prospective Burkina 2025 est : « une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale ». Sur le plan de la santé cette vision se décline comme étant : « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant ». Cette réforme majeure entreprise vise l'amélioration de l'efficacité

de l'action publique et l'instauration d'une véritable transparence et de redevabilité dans la gestion publique en rendant notamment plus lisibles les actions de développement à la fois pour le parlementaire que pour le citoyen.

### 2.1. Contexte géographique

Le Burkina Faso, pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, couvre une superficie de 272 960 km<sup>2</sup>. Il partage les mêmes frontières avec le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire au Sud. Le climat est de type tropical avec une saison pluvieuse de cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche de sept mois (d'octobre à avril). La pression de l'homme sur les ressources naturelles accentue la dégradation de l'environnement et le changement climatique (pollution de l'air, élévation de la température, survenues de sécheresses, inondations) avec pour conséquences l'insécurité alimentaire et la propagation des maladies.

Le pays a opté pour la communalisation intégrale en 1995. Il est ainsi subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8902 villages administrativement reconnus. La région et la

<sup>3</sup> Politique nationale de protection sociale 2013 - 2025

commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

## **2.2. Contexte démographique**

La population du Burkina Faso en 2022 est estimée à 22 184 452 habitants selon les Projections démographiques de 2020 à 2035 des Régions et provinces issus du 5<sup>ème</sup> RGPH de 2019 avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%. Les femmes représentent 51,7% de la population totale. Les femmes en âge de procréer constituent 24,14%. La population se caractérise par une forte fécondité : Selon l'EDS 2021, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est à 4,4 enfants par femme. Il est de 4,9 enfants par femme en milieu rural et 3,4 en milieu urbain. Plus de 77,9% de la population a moins de 35 ans, les jeunes de moins de 15 ans représentent 46,4% et les enfants de moins de cinq ans 17,38% de la population totale. La majorité (73, 85%) de la population vit en milieu rural.

Le pays présente une très grande diversité culturelle avec plus d'une soixantaine de groupes ethniques. La religion musulmane (l'Islam) est la plus pratiquée au Burkina (63,8% de musulmans). Suivent dans l'ordre

décroissant les religions catholique (20,1%), animiste (9,0%) et protestante (6,2%).

En 2019, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans ou plus est évaluée à 29,7% au niveau national. Le niveau d'instruction de la population de 3 ans ou plus reste faible en 2019. Environ 63% des personnes âgées de 3 ans ou plus ne sont jamais allés à l'école contre 5,5% qui ont le niveau secondaire ou supérieur. De plus, le pourcentage des enfants âgés de 6 à 16 ans scolarisés s'élève à 45,9%<sup>4</sup>.

## **2.3. Contexte socio-économique**

Sur le plan économique, le Burkina Faso se caractérise par sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques) et externes (flambées du prix de l'énergie, fluctuation des prix de denrées alimentaires). Il fait partie des pays les moins avancés avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant estimé en 2016 à 753 \$ US par an. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, Rapport 2016), le pays occupe le 185<sup>ème</sup> rang sur 188 avec un Indice de développement humain de 0,402 en 2015. Le seuil de pauvreté en 2014 était estimé à 153 530 FCFA par adulte et par an (Annuaire statistique INSD 2015). Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 41,4 % en 2018 contre 40,1%

---

<sup>4</sup> 5<sup>ème</sup> RGPH 2019

en 2015 ; les zones rurales et particulièrement les femmes sont les plus touchées (Banque Mondiale,2018). Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les zones urbaines et rurales et selon les régions du pays (9,3% au Centre le moins pauvre et pour le plus pauvre 70,4% au Nord).

Face aux changements climatiques, on observe ces dernières années, une baisse de la production agricole, aggravée par la situation sécuritaire. Les populations pauvres sont susceptibles d'être privées d'un accès à des services performants de santé et à des informations sur la maladie<sup>5</sup>.

Le pays connaît ces dernières années une expansion considérable dans le secteur minier avec une importante exploitation artisanale. Cette situation a un impact sur l'incidence de maladies.

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. Il existe des pratiques dans ces groupes ethniques qui peuvent avoir des conséquences négatives sur l'état de santé des femmes et des hommes (lévirat, l'excision, le mariage d'enfant, les violences physiques, les mariages précoces et forcés).

#### **2.4. Contexte humanitaire et sécuritaire**

On constate des flux saisonniers des régions arides vers les régions arrosées, des afflux de populations vers les sites aurifères et des mouvements de population du milieu rural vers le milieu urbain. En outre, ces dix dernières années, avec les crises socio-politiques dans la sous-région, le Burkina a accueilli des flux de réfugiés en provenance du Niger et du Mali. Par ailleurs, une émigration vers le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo est de plus en plus constatée. Certaines populations se déplacent de façon périodique entre différents pays frontaliers, ce qui peut influencer les prévisions des intrants nécessaires à la mise en œuvre de certaines interventions ou campagnes.

Le Burkina Faso traverse depuis 2015 une grave crise sécuritaire et humanitaire marquée par une nette augmentation du nombre de personnes déplacées internes (PDI). A la date du 30 Septembre 2022, ce nombre est de 1 719 332 PDI. Il était à 1 407 685 en Septembre 2021, une hausse de presque 22% sur les 12 mois. Les mouvements de population se sont poursuivis après le mois de Septembre notamment dans

---

<sup>5</sup> Mining and risk of tuberculosis in subsaharan Africa. Public health, mars 2011

les régions de la Boucle du Mouhoun, des Cascades, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord, du Sahel et du Sud-Ouest.

Les régions du Centre-Nord, du Sahel, de l'Est, du Nord et de la Boucle du Mouhoun restent les plus affectées. Ainsi les personnes déplacées et leurs populations d'accueils se retrouvent prises au piège des attaques terroristes, de la promiscuité créée par les mouvements de populations, de l'insécurité alimentaire, de la faible résilience des populations face aux effets de la pandémie du COVID-19 et des inondations. La particularité de la région de l'Est est que les populations autochtones essaient tant bien que mal d'absorber les déplacés et de ce fait il n'existe pas clairement des camps ou sites d'accueil temporaires de PDI identifiés comme dans les régions du Sahel, de la Boucle du Mouhoun, Centre-Nord et Nord. Compte tenu que la situation est dynamique, il est difficile d'avoir des chiffres exacts sur les populations déplacées internes dans des camps et celles accueillies par les populations autochtones.

Cette insécurité a entraîné des effets néfastes sur le système de santé notamment la baisse de l'offre de services de santé aux populations du fait de la fermeture de plusieurs formations sanitaires et le fonctionnement à minima d'autres. La situation de la fonctionnalité des

formations sanitaires en septembre 2022 selon le CORUS/ Cluster santé OMS indique qu'au total 664 FS sont soit fermées, soit saccagées soit fonctionnant à minima, ce qui représente 42% des FS de huit (8) régions touchées. Les districts sanitaires concernés sont Djibo, Gorom-Gorom, Sebba et Dori (Sahel), Barsologho, Boulsa, Kaya, Kongoussi, Tougouri (Centre Nord), Titao, Thiou, Ouahigouya, Séguénéga (Nord), Bogandé, Diapaga, Gayeri, Manni, Fada, Pama (Est), Dédougou, Tougan, Toma, Nouna, Solenzo (Boucle du Mouhoun) Ouargaye et Bitou (Centre Est), Banfora et Mangodara (Cascades), Batié, Dano, Diébougou, Kampti, Gaoua (Sud-Ouest)

Cette situation prive plus de 2 millions de personnes de soins de santé. La fermeture des centres de santé concerne surtout les formations sanitaires périphériques (CSPS) qui sont le premier contact entre la population et le système de santé.

## **2.5. Contexte sanitaire nationale**

La Politique nationale de santé (PNS) définit les grandes orientations nationales en matière de santé. Son but est de contribuer au bien-être des populations. L'impact attendu de la mise en œuvre de cette politique est la réduction significative des charges de morbidité et de mortalité générales et spécifiques au sein de la population à travers

l'implication de tous les secteurs et acteurs du développement socio-économique du pays.

Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé a été programmée à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS) actuel qui couvre la période 2021-2030 et notamment la Stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) 2021-2025<sup>6</sup>.

### **2.5.1. Stratégie du secteur de la santé**

Selon le PNDS 2021-2030, phase 2021-2025, la vision du secteur santé se décline comme suit : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2027 ». Cette vision ambitionne d'offrir à l'ensemble de la population un état de bien-être à travers des services de santé optimum pour promouvoir, protéger, restaurer et réhabiliter

leur santé. Pour y parvenir, il faut développer un système de santé national accessible, performant et résilient.

Les principes qui guident la politique nationale de santé sont : la participation, la primauté de la loi, la gestion axée sur les résultats, la transparence, la réactivité et l'intégration.

Les valeurs du PNDS 2021-2030 sont l'équité et le genre, la responsabilité, et la redevabilité ; et l'objectif global du PNDS 2021-2030 est d'améliorer l'état de santé de la population.

Les orientations stratégiques pour la mise en œuvre des interventions sont : (i) renforcement du leadership et de la gouvernance pour plus d'efficacité, d'efficience, de transparence, de redevabilité, d'équité et de prise en compte du genre, (ii) développement des ressources humaines pour la santé, (iii) augmentation de l'utilisation des services de santé et de nutrition de qualité pour toute la population en générale et des groupes spécifiques en particulier sans risque financier afin de garantir la couverture sanitaire universelle, (iv) adoption par la population d'un mode de vie sain et des comportements favorables à la santé et l'accélération de la transition démographique

---

<sup>6</sup> Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021 - 2030

, (v) amélioration de la réponse aux situations d'urgences sanitaires<sup>7</sup>.

La mise en œuvre du PNDS s'opère à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et se traduit par l'élaboration et la mise en œuvre de plans stratégiques et de plans d'action annuels ou plan de travail.

### **2.5.2. Cadre juridique de la santé et du droit à la santé**

Au Burkina Faso, le droit à la santé de la population est soutenu par les textes suivants :

a. La Déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25, alinéa 1 :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

b. La Constitution du Burkina Faso de 1991 en son article 26 :

« Le droit à la santé est reconnu. L'État œuvre à le promouvoir »

c. Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique Titre 1, Article 2.

- L'un des principaux objectifs de la protection et de la promotion de la santé doit être de donner à l'individu et à la

collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable et économiquement productive.

- Mesures sanitaires spécifiques<sup>8</sup> : (i) Protection sanitaire de la famille et de l'enfance (santé maternelle et infantile, planification familiale, avortement et abortifs), (ii) Santé scolaire et universitaire (iii) Protection de la santé des travailleurs, (iv) Protection des personnes handicapées et des personnes âgées, (v) Protection de la santé mentale, (vi) Nutrition et protection de la santé des consommateurs.

### **2.5.3. Organisation et fonctionnement du système national de santé**

Elle prend en compte l'organisation des structures administratives et celle des structures de soins.

#### **Sur le plan administratif**

Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina Faso est organisé de façon pyramidale en trois (3) niveaux :

- le niveau central : organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général, est responsable de la définition des orientations, de l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques, de la

<sup>7</sup> Stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) 2021 - 2025

<sup>8</sup> Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique, Titre II : Chapitre I à Chapitre VI

mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;

- le niveau intermédiaire comprend 13 Directions régionales de la santé (DRS) qui ont pour mission de mettre en œuvre la politique nationale de santé au niveau de la région ; chargées de la coordination et de l'appui aux districts ;
- le niveau périphérique est représenté par 70 Districts sanitaires (DS). Il constitue l'entité opérationnelle du système national de santé. L'ECD est responsable de la planification, de la gestion et de l'organisation de l'offre de soins.

### **Sur le plan de l'organisation de l'offre des soins**

Les structures se répartissent en trois sous-secteurs sanitaires qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

❖ *Au niveau du sous-secteur public*, l'infrastructure de santé comprend, selon l'annuaire statistique 2020, 5 CHU au niveau tertiaire, 9 CHR et 1 CHUR au niveau secondaire et 2 158 établissements de soins au niveau primaire dont 46 CMA fonctionnels, 71 CM et 2 041 CSPS. Par ailleurs, des centres spécialisés pour la cancérologie, neurochirurgie, médecine physique et de

réadaptation, médecine traditionnelle et soins intégrés sont en cours de création. Le positionnement de ces centres dans l'architecture de la pyramide sanitaire reste à déterminer. Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

La grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) relève du secteur public<sup>9</sup>.

❖ *Au niveau du sous-secteur privé*, le pays compte aussi des structures privées concentrées dans les grandes villes (Ouagadougou et Bobo Dioulasso principalement). Les acteurs du sous-secteur privé participent à la prévention et à la prise en charge des maladies. Ils participent également aux cadres de concertation, de planification et de renforcement de capacités aux différents niveaux du système de santé : Le sous-secteur privé s'est développé assez rapidement au cours de ces dernières années : 3 hôpitaux au niveau tertiaire, 8 polycliniques au niveau secondaire, 286 établissements de soins du niveau primaire dont 87 cliniques, 4 CMA/HD, 65 CM, 35 cabinets médicaux, 12 cabinets dentaires, 83 CSPS, 593 autres structures de soins, 243 officines et 661 dépôts pharmaceutiques<sup>10</sup>. Les structures

---

<sup>9</sup> Rapport de l'enquête SARA

<sup>10</sup> Annuaire statistique du MS 2020

privées de santé jouent un rôle appréciable dans l'offre de soins notamment en milieu urbain. Au plan national, les établissements privés de soins représentent 13% des recours aux soins de la population. En somme, les structures privées contribuent à l'amélioration des indicateurs de santé.

❖ ***Le sous-secteur de la médecine traditionnelle et alternative*** : la médecine traditionnelle est l'ensemble de savoirs, connaissances, pratiques, techniques de préparation et d'utilisation des substances végétales, animales et/ou minérales servant à diagnostiquer, prévenir et/ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. En clair, il s'agit de toutes connaissances pharmaceutiques tirées de la nature pour traiter diverses maladies.

Le secteur de la médecine traditionnelle est organisé autour de la direction de la médecine traditionnelle et alternative du ministère de la santé et de l'hygiène publique. Les tradipraticiens de santé assurent la prise en charge de certaines pathologies avec des plantes médicinales locales. Au Burkina Faso, environ 30 000 tradipraticiens de santé exercent individuellement dans des cabinets de soins et dans des herboristeries. Pour valoriser la médecine traditionnelle, deux types de projets sont en cours d'implantation

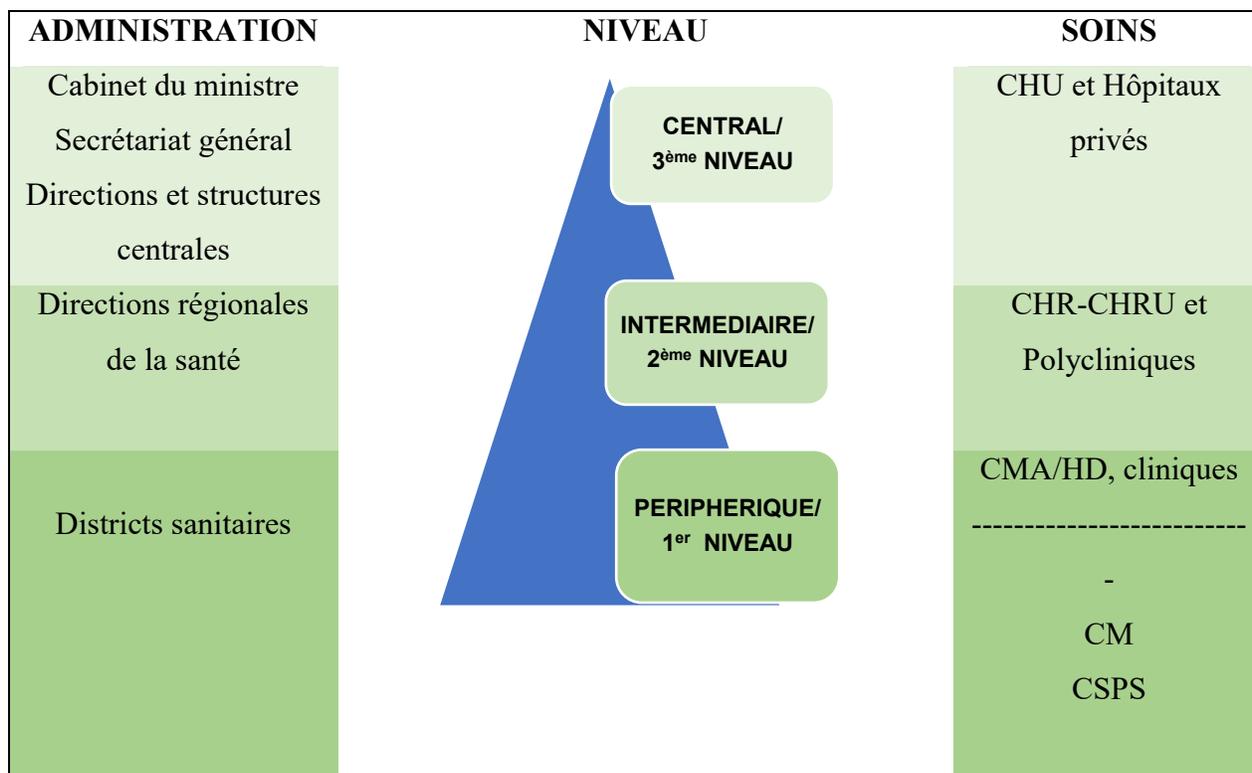
: (i) le Centre de Médecine traditionnelle et de soins intégrés de Ouagadougou et les structures d'interfaces régionales de médecine traditionnelle dont deux sont en cours de mise en place à Ouahigouya et à Tenkodogo.

La médecine alternative qui regroupe toutes les autres formes (exemple : acupuncture, médecine chinoise, médecine indienne etc.) est également en plein expansion.

En outre, il existe une offre communautaire animée par 17 648 agents de santé à base communautaire (ASBC), des organisations à base communautaire (OBC) et d'autres organisations de la société civile (OSC) qui interviennent dans le secteur de la santé. Cette offre devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> PNDS 2021 - 2030



**Figure 1 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso en 2020**

## 2.6. Contexte de la protection sociale

### 2.6.1. L'exemption et subventions des frais de santé

Selon l'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages de 2007, l'une des raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires était la cherté des prestations. En effet, 52,1% des patients interrogés ont évoqué le problème de l'accessibilité financière des populations aux services de santé. En effet, la part des dépenses de santé des ménages en 2021 était de 33,30 % selon

l'annuaire statistique 2022 du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique<sup>12</sup>. Face à cette situation, le Gouvernement a fait du renforcement de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé, une priorité en allégeant les charges financières supportées par les populations à travers l'adoption progressive de mesures de gratuité et de subvention de certaines prestations et soins.

<sup>12</sup> Annuaire statistique 2022 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Ces mesures peuvent être réparties en deux (2) volets essentiels, notamment :

❖ **les mesures de gratuité pour toute la population, qui portent sur :**

- la prise en charge des cas de lèpre ;
- le traitement des cas de tuberculose, de trypanosomiase humaine, de ver de guinée et de la filariose lymphatique ;
- les anti-rétroviraux (ARV) ;
- la prise en charge des maladies à potentiel épidémique : Méningite Cérébro-spinale (MCS), rougeole, fièvre jaune et choléra.

❖ **les mesures de gratuité ou de subvention pour les groupes cibles (femmes et enfants) portent sur :**

- le traitement gratuit du paludisme grave chez la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques ;

Les mesures de subvention et de gratuité ont contribué à améliorer l'utilisation des services de santé. Les indicateurs de la santé de la reproduction tels que les taux de la deuxième consultation prénatale (CPN2) et les accouchements assistés ont connu une évolution soutenue depuis 2006. Ils sont passés respectivement de 57,4% en 2006 à 72,3% en 2010 et de 47,1% à 76%. Ces évolutions favorables démontrent la pertinence des mesures d'accessibilité

- la gratuité de la vaccination des enfants de moins de un an et de la supplémentation gratuite en vitamine A des enfants de moins de cinq (05) ans ;
- la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées longue durée d'action à toute la population à raison de 1 MILDA pour 02 personnes ;
- la gratuité des soins préventifs pour les femmes enceintes (consultation prénatale, vaccination) ;
- la subvention des produits contraceptifs pour les femmes en âge de procréer ;
- les subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), les ACT, les contraceptifs et les soins promotionnels (consultations prénatales, consultation postnatale, suivi des enfants sains, etc.) et leur gratuité pour les femmes indigentes.

financière prises par le Gouvernement pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant lorsqu'elles sont bien planifiées et mises en œuvre. Toutefois, il convient de noter que les mesures de subvention et d'exemption des frais de santé font face à des problèmes majeurs (ciblage, communication, compensation financière, etc.). La politique de subvention des SONU, adoptée en 2006, donnait aux femmes indigentes le droit à des soins obstétricaux gratuits. Cependant, force

est de constater que les critères d'éligibilité à ces avantages ne sont pas déterminés, si bien que ces femmes n'en bénéficient pas suffisamment.

Bien que l'expérience internationale suggère que l'abolition du paiement par l'utilisateur pour les plus pauvres soit équitable, des études complémentaires sont nécessaires pour définir les mécanismes de mise en œuvre. Dans le contexte du financement du système de santé au Burkina Faso, l'exemption des frais de santé doit être considérée dans le cadre d'une stratégie plus large de politique sociale, pour déterminer le modèle à promouvoir et les mécanismes de mise en œuvre nécessaires.

Deux projets pilotes financés par des fonds extérieurs fournissant des services de santé gratuits aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants de moins de 5 ans ont montré de bons résultats sur l'utilisation des services de santé. Ces initiatives, mises en œuvre par les ONG HELP (dans le district de Dori au Sahel depuis septembre 2007), Save the children (dans le district de Kaya au Centre-Nord) et

### **2.6.2. Etat des lieux des services d'aide sociale**

Les services d'aides sociales sont l'ensemble des services de prévention et de réponse à des situations de risque ou de vulnérabilité

Terre des Hommes (dans deux districts du Nord et de la Boucle du Mouhoun depuis octobre 2008) en collaboration avec les COGES, montrent que l'abolition du paiement par l'utilisateur n'est pas seulement juste et équitable mais également faisable à la fois techniquement et financièrement. Les plus pauvres ont des besoins élevés de santé, mais ils manquent de ressources pour l'accès aux soins de base des groupes les plus vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans. Des études récentes suggèrent que les pauvres bénéficient de manière significative de la réduction des barrières financières aux soins de santé. Fondée sur l'expérience, ces études ont évalué le coût du passage à l'échelle de la gratuité des soins de santé pour les moins de cinq ans à 8,4 milliards de FCFA par an.

Au niveau du MASSN, un programme d'assistance des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA est mis en œuvre. Ce programme contribue à la prise en charge psychosociale ainsi que la scolarisation de 2 500 OEV du SIDA par an.

Ils sont généralement destinés aux personnes victimes d'exclusion sociale ou auteurs de comportements déviants. Le Gouvernement a adopté en 2007 la Politique nationale d'action sociale (PNAS) qui définit et oriente les interventions dans ce domaine.

Au Burkina Faso, les services d'aides sont fournis aussi bien par l'Etat, les structures de la société civile et confessionnelles que les collectivités territoriales. Les objectifs poursuivis par les structures d'aides sont de :

- promouvoir l'insertion sociale des enfants, des jeunes et des filles-mères en détresse;
- promouvoir l'autonomie sociale et la réinsertion socioprofessionnelle et scolaire des groupes vulnérables ;
- contribuer à la prise en charge des personnes défavorisées et/ou en difficulté ainsi que des victimes de catastrophes naturelles et de crises humanitaires ;
- former, installer et suivre les jeunes ruraux déscolarisés ou non scolarisés dans leur communauté.

Les services d'aides sociales sont essentiellement fournis par le Ministère en charge de la solidarité nationale à travers plusieurs structures. Ces structures peuvent être regroupées en deux catégories : les structures de réinsertion socio professionnelle et les structures de prévention et de gestion des risques de vie.

### **2.6.3. Acquis et défis en matière de protection sociale**

La politique de protection sociale mise en œuvre au Burkina Faso est constituée de

l'assurance sociale (la branche contributive) et des filets sociaux (la branche non contributive). Au titre de l'assurance sociale, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) gèrent les régimes obligatoires de sécurité sociale des acteurs des secteurs privé et public. Ces deux établissements couvrent principalement les risques professionnels, les prestations familiales et les prestations de retraite. Par ailleurs, il faut noter que les travailleurs indépendants de l'économie informelle sont pris en compte en ce qui concerne uniquement les prestations de la branche des pensions au niveau de la CNSS.

Au 31 décembre 2022, le nombre total de personnes cotisant au régime de sécurité sociale géré par la CNSS est de 545 145 et de 224 014 à la CARFO<sup>13</sup>.

Ces organismes couvrent une faible proportion de la population et les prestations relatives au risque maladie ne couvrent que celle professionnelle.

En plus des régimes obligatoires, des initiatives communautaires se sont mises en œuvre sous forme de mutuelles sociales pour couvrir le risque maladie. Toutefois, ces initiatives sont confrontées à plusieurs

---

<sup>13</sup> Annuaire statistiques 2021 de la CARFO et de la CNSS

difficultés parmi lesquelles la faible capacité de leurs adhérents à payer leurs cotisations, la faiblesse de la taille des pools de bénéficiaires et la faible capacité de gestion technique. Néanmoins, dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU dans les quatre (04) régions pilotes au profit de la population indigente (régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre, des Hauts-Bassins et du Nord de 2019 à 2021), ces mutuelles ont joué un grand rôle notamment dans l'achat des prestations via les organismes de gestion délégués.

En plus de l'Etat et des mutuelles sociales, des compagnies d'assurances privées ne sont pas en reste et couvrent moins de 1% de la population (BIT, 2021).

Nous allons évoquer ici uniquement les acquis et défis en matière de protection sociale en santé. Ainsi :

- ***l'engagement politique*** : la protection sociale en santé a toujours été inscrite dans les différents documents de pilotage du pays depuis la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), le plan national de développement économique et social (PNDES I et II), la politique sectorielle emploi et protection sociale (PS TEPS) et le Plan d'action pour la stabilisation et le développement (PA-SD) ;

- ***l'accompagnement des PTF*** : Il faut également relever la détermination des Partenaires techniques et financiers à accompagner l'action du Gouvernement dans la mise en œuvre du processus de protection sociale ;

- ***l'amélioration de l'accessibilité financière des populations vulnérables aux services de santé*** : la mise en place des programmes de subvention et de gratuité notamment la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la gratuité des soins préventifs a permis de rendre accessibles les soins de santé aux populations vulnérables (femmes et enfants de moins de cinq ans). En effet, les indicateurs de la santé de la reproduction tels que les taux de la deuxième consultation prénatale (CPN2) et les accouchements assistés ont connu une évolution soutenue depuis 2006. Ils sont passés respectivement de 57,4% en 2006 à 72,3% en 2010 et de 47,1% à 76%<sup>14</sup> ;

- ***l'existence de dispositifs formels d'assurance sociale mis en place par l'Etat ou par les communautés elles-mêmes et de mécanismes informels*** s'appuyant sur les réseaux de solidarité familiale, villageoise ou socioprofessionnelle :

***la couverture sociale des travailleurs du secteur privé, des travailleurs***

---

<sup>14</sup> Politique de protection sociale 2013 - 2025

*indépendants des professions libérales et ceux de l'économie informelle* : à travers la loi n°015-2006/AN du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso ;

■ *l'existence d'une structure chargée de la santé au travail* : il s'agit de l'Office de santé des travailleurs (OST) créé par Kiti n° AN IV-429/CNR/SAN du 31 juillet 1987 qui lui assigne comme missions de « promouvoir la santé au travail, d'améliorer la qualité des soins dispensés aux travailleurs et de mobiliser les ressources financières pour son fonctionnement ».

■ *l'existence de mutuelles sociales*<sup>15</sup> : l'inventaire fait en 2021 dénombrait 233 structures de types mutualistes. **181 Mutuelles sociales** répondent à la définition du règlement de l'UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale (2009). Il s'agit des mutuelles qui font de la couverture santé leur principale activité.

Depuis un inventaire réalisé en 2011, **le nombre de mutuelles sociales augmente**. Cette croissance s'accompagne paradoxalement par une baisse des adhésions.

La proportion de bénéficiaires en cours de droit est passée de 19% en 2011 à 83% en 2020. Ceci traduit une nette **amélioration de la gestion technique des adhésions et des recouvrements des cotisations**.

Les mutuelles sociales communautaires bénéficient aujourd'hui de l'appui technique d'ONG nationales. Parallèlement, les mutuelles sociales professionnelles ont développé leurs propres capacités et outils de gestion technique. Malgré cela, 55 mutuelles sociales sur les 181 recensées sont soit non fonctionnelles, soit elles ne sont pas en mesure de mettre en œuvre une gestion technique de qualité.

**Les mutuelles sociales s'adressent à toutes les catégories socioéconomiques de la population**. Elles sont présentes dans 11 des 13 régions du pays. Avec un total de 44.893 bénéficiaires inscrits, la mutualité sociale ne couvre encore que 0,22% de la population Burkinabè, toutes catégories socio-économiques confondues :

- ✓ 171 mutuelles de santé de type classique ;
- ✓ 10 mutuelles professionnelles ;
- ✓ 52 mutuelles d'entraide.

---

<sup>15</sup> MFPTPS, Inventaire des mutuelles sociales au Burkina Faso-2020, Janvier 2022

### III. OBJECTIFS ET RESULTATS DE L'ETUDE

#### 2.1. Objectif général

L'objectif général de l'intervention est de réaliser une cartographie analytique des différentes politiques d'exemptions et/ou de prise en charge des personnes vulnérables et indigentes en matière de santé au Burkina Faso.

#### 2.2. Objectifs spécifiques

Comme objectifs spécifiques, il s'est agi de :

- Faire un répertoire des différentes mesures d'exemption en matière de santé en vigueur au Burkina Faso et les textes d'application ;
- Analyser la situation de la mise en œuvre des différentes exemptions en matière de santé ;
- Identifier les défis et les obstacles institutionnels, organisationnels, juridiques, communicationnels, à la mise en œuvre efficace de ces mesures d'exemption en matière de santé ;
- Evaluer la portée et l'efficacité de chaque mesure d'exemption en termes de couverture et d'impact ;
- Identifier clairement les mesures d'exemption les plus importantes à suivre dans le cadre de la production continue des évidences de veille citoyenne ;

- Proposer des recommandations pour améliorer la mise en œuvre des mesures d'exemption en matière de santé au Burkina Faso.

#### 2.3. Résultats attendus

Les principaux résultats attendus de l'étude :

- La disponibilisation d'un rapport de cartographie des mesures d'exemption incluant l'analyse de l'effectivité et des recommandations après avoir pris en compte les commentaires et les retours des parties prenantes. Ce rapport devra permettre entre autres de :
  - établir une liste des mesures d'exemption les plus importantes à suivre par le suivi citoyen ;
  - catégoriser les différentes cibles des mesures d'exemption ;
  - faire un répertoire des politiques publiques en faveur des groupes spécifiques et leur état de mise en œuvre ;
  - faire un diagnostic des difficultés éventuelles de mise en œuvre des mesures d'exemption ;
  - déceler les éventuels doublons.

## IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

En tenant compte de l'orientation méthodologique proposée dans les termes de

### **4.1. Activités préparatoires à la conduite de l'étude**

Après le recrutement des deux consultants, une rencontre d'échanges entre l'équipe technique du RAME et les consultants fut réalisée le 12 décembre 2023, ainsi qu'une rencontre de cadrage tenue le 04 janvier 2024. Ces rencontres ont permis une meilleure compréhension des objectifs et des résultats (livrables) attendus de l'étude ; ainsi que l'amendement et la validation de la note technique proposée par les consultants, assorti d'un chronogramme de réalisation des différentes étapes de l'étude. Par ailleurs, les consultants ont été invités à privilégier les entretiens avec les acteurs institutionnels de la région du centre, puis ouvrir éventuellement à une autre région si nécessaire. Concernant les bénéficiaires et compte tenu des contraintes budgétaires et de temps, il a été préconisé de réaliser un focus groupe si besoin avec les représentants de certains groupes spécifiques de bénéficiaires. Toutefois, à l'issue d'une rencontre élargie aux membres du comité technique de suivi de l'étude et du partenaire technique et financier

références, notre démarche s'articulera autour des éléments ci-dessous:

tenue le 02 février 2024 pour la validation des outils de collecte, il a été préconisé de revoir les délais de l'étude et prendre en compte les perceptions et ressentis des bénéficiaires dans d'autres régions du pays, afin de rendre les résultats plus représentatifs. Ainsi, les régions du Nord, du Houet, de la Boucle du Mouhoun, du Sud-Ouest et du Centre Ouest ont été ciblées à cet effet.

### **4.2. Type et période de l'étude**

Il s'est agi d'une étude analytique et qualitative à travers une revue documentaire et une enquête auprès des acteurs clés chargés de l'application des différentes politiques et mesures d'exemption; du contrôle de l'effectivité des mesures d'exemption et de gratuité; des responsables de structures de la société civile impliquées dans la veille citoyenne; des organismes de gestion déléguée de l'assurance maladie universelle, ainsi que des représentants de groupes spécifiques de bénéficiaires et des prestataires de soins dans les formations sanitaires publiques ou conventionnées.

L'étude s'est déroulée de janvier à mars 2024.

### **4.3. Cadre de l'étude**

L'étude s'est déroulée essentiellement dans les régions sanitaires du Centre pour ce qui concerne les entretiens individuels pour la collecte des données, puis toutes les autres régions sanitaires du pays, notamment les Haut-Bassins, la Boucle du Mouhoun, le

### **4.4. Champ de l'étude**

L'étude a concerné pour ce qui concerne les entretiens, les directions centrales et services rattachés du ministère de la santé et de l'hygiène publique et la Présidence du Faso (ST-RFS, ST/Palu, DGESS, DSF, PNT, SP/CNLS-IST), de la Primature (SP/CNPS), ainsi que d'autres ministères, notamment ceux en charge de la fonction publique et de la protection sociale (DGPS, CNAMU), de l'action humanitaire (DGSAAH); de l'enseignement supérieur (CENOU), puis des structures de prestations de soins (CHU-YO, CHU-B, CHU-T, CMA de Pissy, Districts sanitaires de Boulmiougou et Bogogodo, CMU de Nagrin, CSPS de Wemtenga, Sondogo et Trempe d'Accueil de Ouaga 2000), des organismes de gestion déléguée (ASMADE, RAMS-BF, LAFI BAORE, LAFI BEOLGO, FEMUSCO), des ONG et structures de la société civile intervenant dans le domaine de la santé, de la protection sociale ou de la veille citoyenne (ASES,

Nord, le Sud-Ouest, le Centre Ouest et le Plateau Central, pour ce qui concerne l'exploitation de données d'études similaires antérieures ou des rapports d'activités.

RAME, SOS/JD, AGIR), des groupes spécifiques de bénéficiaires (CNPA, CNPH). Pour l'analyse documentaire, outre les documents de planification, de politiques et programmes de santé, les lois, décrets et arrêtés ; des rapports d'études antérieures du RAME dans le cadre de la veille citoyenne, réalisées dans toutes les régions du pays à travers 45 districts sanitaires sur les 70 que compte le pays, plus des rapports d'études de l'ONG Terres des Hommes (TDH) Lausanne et d'autres structures et consultants, ont été exploités.

### **4.5. Echantillonnage – échantillon**

Un échantillonnage raisonné non aléatoire a été réalisé, en tenant compte d'une part, des structures impliquées dans le processus de mise en œuvre des mesures d'exemption et/ou de gratuité en matière de santé au profit des personnes vulnérables et indigentes, et d'autre part des différents échelons de la pyramide sanitaire au Burkina Faso. Les prestataires de soins de santé publics des

localités retenues (CSPS, CM/CMA, CHR, CHU), les acteurs étatiques chargés de l'application des différentes politiques et mesures d'exemptions, les acteurs du contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins, les responsables de structures communautaires impliquées dans la veille citoyenne et les organismes de gestion déléguée du RAMU, qui s'élèvent au nombre total de 29, ont constitué l'échantillon pour la collecte des données.

Par ailleurs, 18 807 usagers ont été interviewés par les points focaux du RAME sur l'ensemble du territoire national à travers

825 formations sanitaires (parmi lesquels on note 4 773 bénéficiaires de la gratuité, 733 responsables de formations sanitaires, 1 846 bénéficiaires de la PF, 975 bénéficiaires de l'AMU, 806 patients du VIH, 2 162 patients du paludisme, 3 987 usagers des ASBC, ...); puis 82 formations sanitaires et ménages ont été touchés par l'étude de TDH dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Sud-Ouest et du Plateau Central.

Concernant l'enquête et les entretiens individuels dans la région du Centre, les responsables des structures ci-dessous ont été retenus :

**Tableau n°1 : acteurs cibles pour les entretiens individuels**

N°	STRUCTURES	DIRECTION/STRUCTURES RATTACHEES	DOMAINES D'INTERVENTION
1.	Présidence du Faso	Secrétariat permanent du Conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST)	Gratuité de certaines prestations et produits de santé pour les PVVIH
2.	Primature	Secrétariat permanent du Conseil national pour la protection sociale (SP/CNPS)	Coordination et financement de mesures d'exemption
3.	Ministère de la solidarité, de l'action humanitaire, de la réconciliation nationale, du genre et de la famille (MSAHRNGF)	Direction générale de la solidarité et de l'action humanitaire (DGSAH)	Ciblage, coordination
4.	Ministère de la santé et de l'hygiène publique	ST-RFS, CSPTS (Wemtenga, Trempe d'accueil Ouaga 2000, Sondogo) ; CM/CMA (CMU Nagrin, CMA Pissy) ; CHR/CHU (Bogodogo, Tengandogo, Yalgado Ouedraogo) ; Programme Nationale Tuberculose, DSF ; SP/Palu	Offre de soins, structures de mise en œuvre, coordination
5.	Ministère de la fonction publique, du travail et de la protection sociale	DGPS, CNAMU	Structures de mise en œuvre, coordination
6.	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	CENOU	Ciblage, structures de mise en œuvre
7.	Organismes de gestion déléguée	ONG/ASMADE, RAMS-BF, FEMUSCO, LAFI BAORE, LAAFI-BEOLGO	Structures de mise en œuvre
8.	Structures de veille et autres organisations de défense des droits des cibles	ASES, RAME, SOSJD, Conseil national des personnes âgées, AGIR, conseil national des personnes handicapées, ...	Veille communautaire et défense des droits des cibles

#### 4.6. Sources d'information

Les sources d'informations sont constituées principalement :

- Des sources primaires à travers les entretiens avec les différents acteurs interrogés : les infirmiers chef de postes ; les médecins chefs de districts ; les

directeurs des CHU ; les responsables des structures de contrôles et de gestion des mesures d'exemption et de gratuité, de protection sociale et de programmes spécifiques ; les responsables des ONG et structures de la société civile ;

- Des sources secondaires constituées des lois, décrets, arrêtés, des rapports d'études antérieures dans le domaine, des documents de politiques, de planifications et de programmes ; se rapportant à la thématique.

#### **4.7. Approche méthodologique**

L'enquête a été utilisée comme méthode pour la réalisation de l'étude. Ainsi, des entretiens individuels et une revue documentaire (analyses documentaires) ont été retenus comme techniques de collecte des données. Des guides d'entretien semi-structurés et de revue documentaire ont été utilisés comme outils pour la collecte des données lors des entretiens et la revue documentaire.

La revue documentaire a concerné l'analyse des textes de lois et réglementaires, des documents de politique (documents de stratégie, guides de mise en œuvre et plans d'action) et des rapports d'études. Tous ces documents étaient en lien avec la politique de gratuité des soins, avec la CNAMU et avec le transfert de la politique de gratuité des soins à la CNAMU.

Les entretiens individuels ont concerné des acteurs de la pyramide sanitaire du pays, du niveau central au niveau périphérique ainsi que des acteurs des structures centrales et rattachées du ministère de la santé et de l'hygiène publique, d'autres ministères et

structures intervenant dans la mise en œuvre des politiques d'exemption et de gratuité au profit des couches vulnérables et personnes indigentes.

Au total 19 personnes ont été interrogées (voir annexe 2) sur un total de 29 personnes prévues pour être interrogées, soit un taux de participation de 65,51%. Ces entretiens ont été réalisés à distance via Zoom et par téléphone, et en face-à-face, selon la préférence des personnes interrogées et leur disponibilité. La durée des entretiens variait de 20 minutes à 1 heure 30 minutes. Ces grandes variations s'expliquent par les différences de niveau d'implication des acteurs, de leurs différences de maîtrise des enjeux des politiques d'exemptions et de gratuité ainsi que dans leur processus de mise en œuvre. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de téléphone portable quand un consentement était obtenu ; autrement nous avons pris directement des notes sur papier à l'aide d'un stylo.

Les notes prises lors des entretiens individuels ainsi que les enregistrements ont été saisis à l'aide d'un outil de dépouillement élaboré à cet effet, puis analysé de façon manuelle avec les logiciels Word et Excel.

#### **4.8. Validation des outils de collecte**

Deux (02) rencontres de validation des outils de collecte des données (guides d'entretiens

semi-structurés) proposés par les consultants furent réalisées dans les locaux du RAME.

La première rencontre fut tenue le vendredi 26 janvier 2024 avec l'équipe technique du RAME, et la deuxième le vendredi 02 février 2024 a réuni les représentants des structures publiques, des organisations de la société civile (y compris les représentants de groupes spécifiques de bénéficiaires), des organismes de gestion déléguée de l'assurance maladie universelle, de l'équipe technique du RAME, ainsi que du partenaire financier. Les outils ont été testés auprès de chaque groupe de cibles retenus avant leur validation.

#### **4.9. Déroulement de la collecte des données**

La collecte des données a été réalisée par les deux consultants et a couvert la période du 15 février au 01 avril 2024

#### **4.10. Aspects éthiques et déontologiques**

Cette étude n'a pas fait l'objet d'un protocole soumis à un comité d'éthique ; mais nous avons respecté toutes les exigences en matière d'éthique et de déontologie dans sa conduite. En effet, un consentement oral des acteurs a été préalablement recueilli avant les différents entretiens ; aussi, les données ont été traitées dans la confidentialité et présentés de façon anonyme. Par ailleurs, une demande de collecte des données a été adressée aux

différentes structures concernées par le Directeur Exécutif du RAME ainsi qu'une autorisation du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La coordination globale de l'étude a été assurée par l'équipe technique du RAME et un comité de suivi mis en place par le commanditaire et comprenant, des représentants du Ministère en charge de l'action sociale, du Ministère de la fonction publique, la Caisse nationale de l'assurance maladie universelle, des représentants des organisations de la société civile et de DIAKONIA, partenaire financier de l'intervention.

Ce comité a assuré les validations intermédiaires des différentes productions et a facilité le contact des consultants avec les informateurs clés.

#### **4.11. Traitement et analyse des données**

Les données collectées ont été traitées et analysées par les consultants à travers des méthodes scientifiques, afin de : analyser les politiques et programmes de santé, les barrières socio-culturelles ; évaluer l'accessibilité financière ; identifier les défis et obstacles institutionnels, organisationnels, juridiques et communicationnels ; ainsi que les mesures d'exemptions les plus importantes à suivre puis de formuler des

recommandations pour améliorer l'effectivité de leur mise en œuvre.

#### **4.12. Difficultés rencontrées**

La principale difficulté rencontrée a porté sur à la non disponibilité de certains acteurs ainsi que la réticence d'autres à réaliser les entretiens individuels.

## V. RESULTATS DE L'ETUDE

### 5.1. Répertoire des politiques publiques en faveur des groupes spécifiques

Les politiques d'exemption au Burkina Faso et même dans les pays comme le Mali et le Niger auraient été adoptées au « coup par coup », sans véritable réflexion globale, et sans avoir été prévues dans les politiques de santé et autres plans de développement sanitaire. Des « premières mesures

d'exemption par pathologie, sont donc venues s'ajouter en rafales : la prise en charge et la prévention du sida – ARV (gratuité partout) ; les césariennes [...] les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans<sup>16</sup>. » C'est ainsi que la plupart des politiques d'exemption ont été adoptées, soit, par acte législatif, soit par acte réglementaire. Les textes adoptant ces mesures sont contenus dans le tableau ci-après :

---

<sup>16</sup> Jean-Pierre Olivier de Sardan, Valéry Ridde, L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger, Les contradictions des politiques

publiques, in *Afrique contemporaine* 2012/3 (n° 243), Éditions De Boeck Supérieur

**Tableau n° 2 : répertoire des mesures d'exemption au Burkina Faso**

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
1.	LOI N° 012- 2010/AN du 1er avril 2010 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées.	<p><b>Article 7 :</b> Toute personne handicapée titulaire d'une carte d'invalidité et reconnue indigente bénéficie gratuitement des consultations, des soins, des examens complémentaires, des médicaments, de l'hospitalisation dans les structures publiques de santé.</p> <p><b>Article 8 :</b> Toute personne handicapée titulaire d'une carte d'invalidité et non reconnue indigente bénéficie de la réduction des frais de santé</p>	Personnes handicapées titulaires d'une carte d'invalidité et reconnues indigentes ou pas	Ministère en charge de la solidarité nationale
2.	Loi n° 23/94/ADP du 19/05/1994 portant Code de la Santé publique	<b>Article 95 :</b> Les services de santé scolaire et universitaire sont chargés d'assurer aux élèves, étudiants et leurs encadreurs le meilleur état de santé possible à travers des activités aussi bien promotionnelles préventives, curatives que ré-adaptatives. Ils couvrent tous les établissements scolaires et universitaires, publics, privés,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elèves,</li> <li>- Etudiants,</li> <li>- Encadreurs</li> </ul>	MSHP



N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
		régime de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.		Ministère en charge de la solidarité nationale
4.	Loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU au Burkina Faso	<p><b>Article 48</b> : L'Etat est débiteur vis-à-vis des organismes de gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la totalité de la cotisation des indigents et est responsable de son versement ;</li> <li>- de toute ou partie de la cotisation d'autres catégories d'assurés déterminées par décret pris en Conseil des ministres.</li> </ul>	Indigents et autres groupes spécifiques	CNAMU
5.	Loi 003-2022/ALT portant statut de pupille de la nation	<b>Article 12</b> : le pupille de la nation a droit, jusqu'à sa majorité civile ou son émancipation à la gratuité des soins publics	Pupille de la nation	PRIMATURE

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
6.	Loi n°004-2022/ALT portant statut de martyr et d'invalidé de la nation	<p><b>Article 8 :</b> l'invalidé de la nation bénéficie sans préjudice des droits auxquels il peut prétendre en vertu des textes en vigueur, des droits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La gratuité des soins publics</li> </ul>	Pupille de la nation Invalidé	SP/CNLS-IS
7.	Loi N°057-2017/AN du 19/01/2017 portant statut de la fonction publique hospitalière (FPH)	<p><b>Article 53 :</b> Le fonctionnaire de la fonction publique hospitalière, ses ascendants directs, son conjoint et ses enfants mineurs ou scolarisés à charge bénéficient d'exonérations sur les tarifs des prestations dans les formations sanitaires publiques.</p> <p>Le champ d'application des prestations et les modalités de ces exonérations sont précisés par décret pris en Conseil des ministres.</p>	Fonctionnaires de la FPH et leur conjoint, leurs Ascendants, et enfants mineurs	MSHP
8.	Décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MIN EFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des	<p><b>Article 1 à 5 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratuité des soins suivant un panier de soins défini par arrêté<sup>17</sup>;</li> </ul>	Femmes et enfants de moins de 5 ans	MSHP

<sup>17</sup> Annexes de l'arrêté conjoint N°2018-1211MS/MINEFID du 5 novembre 2018 portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
	femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques, et les formations sanitaires privées conventionnées.</li> </ul>		
9.	Décret n°2019-0040/PRES/PM/MS/MFSNF/MFP TPS/MATDS/MINEFID du 23 janvier 2019 portant gratuité des soins et des services de planification familiale au Burkina Faso	<p><b>Article 1et 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratuité des soins et des services de planification ;</li> <li>- Mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques, par les agents de santé à base communautaire (ASBC) et les formations sanitaires privées conventionnées.</li> </ul>	Femmes	MSHP
10.	Décret n°2021-1118/PRES/PM/MS/MINEFID du 4 novembre 2021 portant gratuité du dépistage, du traitement et du suivi biologique des Personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso	<p><b>Article 2 :</b> la gratuité du dépistage, du traitement et du suivi biologique au profit des personnes vivant avec le VIH est mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques et privées conventionnées du Burkina Faso.</p> <p><b>Article 4 :</b> la liste des prestations concernées par niveau des soins et celle des bénéficiaires sont fixées</p>	Personnes vivant avec le VIH	SP/CNLS-IST

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
		<p>par arrêté conjoint des Ministres chargés de la santé et des finances.</p> <p><b>Article 7 :</b> la mise en œuvre de la gratuité du dépistage, du traitement et du suivi biologique au profit des personnes vivant avec le VIH est progressive au Burkina Faso en ce qui concerne la liste des prestations.</p> <p>Un arrêté conjoint des Ministres de la santé et des finances consacre l'élargissement de la liste des prestations éligibles.</p>		SP/CNLS-IST
11.	<p>Décret N° 2016 310</p> <p>MFPTPS/MS/MINEFID portant institution d'une visite médicale annuelle gratuite au profit des retraités et des conjoints survivants de retraités décédés de la CARFO et de la CNSS.</p>	Visite médicale fixée par arrêté	Retraités et conjoints survivants de retraités décédés, qui sont immatriculés dans les registres de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) et de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)	MFPTPS/MSHP

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
12.	KITI N°AN-VIII-0202/FP/SAN-AS du 08 février 1991 portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso.	<p>Tarifs subventionnés pour les cibles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les Non-Nationaux</li> <li>- Les Travailleurs du Secteur Privé -</li> <li>- Les Travailleurs des Sociétés d'Etat</li> <li>- Les Travailleurs des Etablissements Publics à Caractère Industriel et Commercial (E.P.I.C.)</li> <li>- Les Industriels et les Commerçants et les professions libérales.</li> </ul> <p>Des exemptions totales ou partielles pour les indigents, les étudiants, les handicapés, les retraités ; etc.</p>		MSHP

N°	Références de l'acte/texte instituant la mesure d'exemption	Portée de l'exemption	Cibles	Acteur principal de mise en œuvre
13.	RAABO conjoint N° AN-VIII-0084/FP/-SAN-AS/MF/CAPRO du 31 mai 1991 portant tarification des Actes de Professionnels de la Santé et des Hospitalisations dans les formations sanitaires et des établissements hospitaliers publics du Burkina	<p>Article 4 :</p> <p>Réduction des frais de certaines cibles : retraités, handicapés, étudiants</p> <p>Gratuité des actes et examens pour les élèves du primaire et du secondaire, travailleurs du ministère chargé de la santé et de l'action sociale</p>	<p>Retraités, handicapés, étudiants</p> <p>Élèves du primaire et du secondaire</p> <p>Personnels de santé et de l'action sociale</p>	MSHP

## 5.2. Contenu des mesures d'exemption

### 5.2.1. Les cibles des mesures d'exemption

De l'analyse des textes sur les mesures d'exemption appliquées au Burkina Faso, il ressort que plusieurs catégories de cibles en bénéficient. Il s'agit, entre autres :

- des élèves, étudiants et leurs encadreurs,
- des personnes handicapées,
- des personnes âgées et/ou retraitées,
- des femmes et enfants de moins de 5 ans,
- des personnes vivant avec le VIH,
- des indigents et autres groupes spécifiques,
- des pupilles, martyrs et invalides de la nation,
- des fonctionnaires de la FPH leur conjoint, leurs ascendants, et enfants mineurs.

L'étendue des cibles des mesures d'exemption prévue se justifie, en général, par des raisons de vulnérabilité. Cette vulnérabilité se définit comme la « fragilité de l'existence humaine face aux aléas, risques et agressions dommageables. Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur

intégrité physique et psychique. Elle traduit la réceptivité d'un individu ou d'un ménage à certains facteurs susceptibles de provoquer des effets négatifs, ces effets négatifs pouvant se produire ou non <sup>18</sup>». Cette vulnérabilité pourrait donc exposer les personnes à des risques divers (physique, social, monétaire, psychologique, environnemental, ...).

Pour le cas des vulnérabilités d'ordre physique et/ou physiologique, elles peuvent se comprendre de toutes mesures d'exemption qui viennent répondre à un besoin physique et/ou physiologique de ces cibles comme le processus de croissance, les besoins physiologiques liés, notamment, à un handicap, à la nature de la personne et à sa capacité de reproduction.

Pour les vulnérabilités d'ordre social, ce sont les risques auxquels les cibles peuvent être exposées du fait de la faiblesse du tissu social ou du système de protection sociale. Quant aux vulnérabilités monétaires, elles sont liées à l'insuffisance ou au manque de ressources financières

En ce qui concerne les vulnérabilités d'ordre environnemental, elles sont liées aux risques provenant de l'environnement, au cadre de vie et de travail.

---

<sup>18</sup> Méthodologie consensuelle de ciblage des personnes vulnérables au Burkina Faso, Secrétariat

permanent du Conseil national pour la protection sociale, janvier 2015

Au regard des cibles des mesures d'exemption ci-dessus énumérées, il est clair que certaines d'entre elles sont exposées à une vulnérabilité physique et physiologique (les personnes handicapées, les femmes et les enfants de moins de cinq ans). D'autres cibles sont exposées à des vulnérabilités monétaires et sociales (les personnes âgées, les pupilles de la Nation, les personnes indigentes et autres groupes spécifiques, ...). Enfin, il existe des cibles dont la vulnérabilité est liée à leur environnement de vie ou de travail (les élèves, étudiants, les encadreurs et les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière).

Toutefois, il faut retenir qu'une cible peut être exposée à une ou plusieurs vulnérabilités. C'est le cas par exemple des personnes âgées qui peuvent être, à la fois, exposées à des vulnérabilités physiques, monétaires et sociales.

Cette diversité de cibles dont l'objectif est de réduire la vulnérabilité est conforme aux Objectifs de développement durables (ODD). En effet, les ODD 1.5 obligent les Etats à renforcer, d'ici à 2030, la résilience des pauvres et des personnes en situation de vulnérable et réduire leur exposition et leur vulnérabilité, notamment aux chocs. La Constitution du Burkina Faso dispose également que la santé, la protection de la

maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux constituent des droits sociaux qu'elle reconnaît et vise à les promouvoir.

### 5.2.2. Les prestations offertes

En plus de la diversité des cibles des mesures d'exemptions, nous avons pu noter une diversité des prestations de soins de santé qui sont fonction de la vulnérabilité de chaque cible. A titre illustratif, une présentation de quelques prestations peut être faite :

#### ❖ Les élèves, étudiants et leurs encadreurs

Les prestations sont diverses mais se limitent aux formations sanitaires publiques. Il s'agit :

- des activités de promotion de la santé;
- des soins préventifs ;
- des soins curatifs ;
- des soins de réadaptation.

#### ❖ Les femmes et les enfants de moins de cinq ans

Le décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso renvoie la définition du panier de soins à un arrêté conjoint des Ministres chargés de la santé et des finances. Ainsi, ce panier de soins a été adopté par l'arrêté conjoint N°2018-1211/MS/MINEFID du 5 novembre 2018

portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso. Cet arrêté a été modifié par l'arrêté conjoint n°2020-345/MS/MINEFID du 9 septembre 2020 portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes, des enfants de moins de cinq ans et de la planification familiale au Burkina Faso. Selon cet arrêté, le panier de soins de la gratuité permet la prise en charge des coûts directs des soins curatifs. Il s'agit, notamment, de la prise en charge des coûts suivants :

- des actes médicaux des professionnels de la santé (consultations, conseils, injections, chirurgie, pansements, etc.) liés aux affections couvertes ;
- des médicaments, des consommables médicaux et des consommables d'imagerie médicale.
- des médicaments essentiels génériques sont prioritaires, mais les médicaments spécialisés nécessaires qui n'existent pas sous forme générique sont acceptés conformément à une liste préalablement établie par le comité thérapeutique.

des examens complémentaires qu'impose la prise en charge des cas comprennent : des analyses de laboratoire : hématologie, biochimie, parasitologie, bactériologie, immunologie (recherche du groupe sanguin et du facteur rhésus ; sérologie VDRL (syphilis) ; taux d'hémoglobine ou hémogramme ; dépistage des hépatites virales C et B ; électrophorèse de l'hémoglobine ; test VIH ; détection d'une albuminurie et d'une glycosurie.

des examens d'imagerie (ultrasons, radiographies, scanner, etc.).

de l'observation et l'hospitalisation

Les prestations de soins sont offertes dans toutes les structures sanitaires publiques : Centre de santé et de promotion social (CSPS), Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), Centre hospitalier régional (CHR), Centre hospitalier universitaire (CHU). Elles sont également offertes dans les structures privées de soins ayant une convention avec le Ministère en charge de la Santé. Les soins gratuits sont offerts également dans la communauté par les agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) dans sept (07) régions du BF. Il s'agit des régions du Centre nord, Nord, Boucle du Mouhoun, Sahel, Est, Plateau central et du Centre sud.

### ❖ **Les personnes handicapées, âgées et/ou retraitées**

Pour les personnes handicapées et les personnes âgées titulaires respectivement d'une carte d'invalidité ou de personnes âgées et reconnues indigentes, les prestations de santé sont constituées de la gratuité des consultations, des soins, des examens complémentaires, des médicaments, de l'hospitalisation dans les structures publiques de santé. Par contre, les personnes handicapées et les personnes âgées non indigentes ont droit à une réduction des frais de santé dans les formations sanitaires publiques.

Pour le cas spécifique des personnes âgées, les conditions de bénéfice des prises en charge doivent être définies par un texte d'application de la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU.

En plus de ces prestations, les personnes âgées retraitées affiliées à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ou de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) bénéficient de visite médicale annuelle au titre des prestations relatives aux actions sociales et sanitaires. Les retraités qui ne remplissent pas les conditions d'âge pour être personne âgée bénéficient de ces prestations ainsi que les conjoints survivants des retraités.

### ❖ **Personnes indigentes**

Par ailleurs, sans tenir compte de l'âge ou d'un quelconque handicap des personnes indigentes, la loi instituant le RAMU prévoit le paiement de la totalité des cotisations par l'Etat. Le panier de soins du RAMU dont vont également bénéficier les personnes indigentes est adopté par décret en Conseil des ministres. Au regard de la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU, les bénéficiaires du RAMU sont pris en charge aussi bien dans les structures de santé publiques ou privées.

En attendant le passage à l'échelle de la couverture de la population, la Caisse nationale d'assurance maladie universelle a entamé depuis 2019, une couverture des personnes indigentes dans quatre (04) régions pilotes : la Boucle du Mouhoun, le Centre, les Hauts-Bassins et le Nord. A cet effet, la CNAMU a délégué les fonctions de mobilisation sociale, d'enrôlement et d'achat des prestations des soins de santé, notamment aux structures d'appui aux mutuelles sociales : l'ONG Songui manegre/Aide au développement endogène (ONG ASMADE) et le réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS-BF) en signant des conventions de délégation. Ces structures ont été les principaux acteurs de mise en œuvre de la mesure en partenariat avec leurs mutuelles

sociales partenaires, sous la supervision de la CNAMU.

De manière générale il faut retenir que les mesures d'exemptions peuvent être partielles (les personnes âgées, les handicapés et les élèves et étudiants) ou totales (les pupilles, martyrs et invalides de la Nation, les femmes et les enfants de moins de cinq ans). En outre, les formations sanitaires concernées sont, en principe, celles publiques. Toutefois, pour les mesures de gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans, les structures privées de soins peuvent être retenues, à condition d'avoir signé une convention avec le ministère en charge de la santé. Également, les personnes indigentes prises en charge dans le cadre du RAMU bénéficient des prestations de soins de santé auprès des formations sanitaires conventionnées (publiques ou privées). Initialement, l'objectif était la couverture d'environ 70 000 personnes indigentes, mais c'est environ 17 000 personnes qui ont été couvertes dans les régions pilotes<sup>19</sup>.

#### ❖ **Les personnes vivant avec le VIH**

Pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), le décret N°2021-1118/PRES/PM/MS/MINEFID du 04 novembre 2021, institue la gratuité du

dépistage, du traitement et du suivi biologique dans les formations sanitaires publiques et privées conventionnées au profit des PVVIH sur toute l'étendue du territoire national.

#### ❖ **Les pupilles, martyr et invalide de la Nation**

Aux termes de l'article 2 de la loi N°003-2022 ALT du 10 juin 2022, portant statut de pupille de la Nation, « le pupille de la Nation désigne tout enfant mineur adopté comme tel par la Nation » ; et peut prétendre au statut de pupille de la Nation, toute personne physique remplissant les conditions définies par la présente loi. Selon l'article 12 de la même loi, le pupille de la Nation a droit entre autres, jusqu'à sa majorité civile ou son émancipation à la gratuité des soins publics. En ce qui concerne le martyr et l'invalide de la Nation, la loi N°004-2022 ALT du 10 juin 2022 il est prévu ce qui suit :

- Le martyr de la Nation : toute personne tuée ou décédée des suites de blessures ou de supplices, enlevée ou disparue dans des circonstances mettant en péril sa vie à l'occasion de crises politiques, de soulèvements populaires ou d'une manière générale, pour une cause d'intérêt national.
- L'invalide de la Nation : toute personne ayant mis en péril sa vie et se trouvant

---

<sup>19</sup> CNAMU, rapport bilan, 2021. 27 et 28 décembre 2021

dans une situation de traumatismes graves ou d'incapacité temporaire d'au moins trois mois ou définitive de travail dûment constatée par les services compétents, à l'occasion de crises politiques, de soulèvements populaires ou d'une manière générale pour une cause d'intérêt national. Les termes de l'article 8 de cette loi lui confère le droit à la gratuité des soins publics.

### 5.3. Difficultés de mise en œuvre des mesures d'exemption

#### 5.3.1. Difficultés d'ordre organisationnel, financier et juridique

Les barrières financières d'accès aux soins de santé restent importantes au Burkina Faso, et spécifiquement au niveau des personnes vulnérables. En effet, les taux de mortalité chez la mère, le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant restent élevés malgré d'importants progrès au cours des 20 dernières années<sup>20</sup>.

Le besoin de répondre à ces problèmes réels conduit parfois les autorités politiques à prendre des mesures sans aucune préparation. Dans ce sens, aux termes des entretiens, il ressort que les mesures d'exemption ont été mises en œuvre dans un contexte d'impréparation technique et financière. La

plupart de ces mesures ont été mises en place sans la moindre étude de faisabilité. Cette façon de faire, quoique pragmatique, s'assimile à une précipitation et est en réalité à la base de plusieurs autres difficultés.

En outre, la conception et l'adoption des mesures d'exemption ne se font pas avec l'implication de tous les acteurs. Or, pour adopter une politique publique, il est nécessaire d'impliquer tous les acteurs dont le concours pourrait être nécessaire pour la mise en œuvre et la réussite desdites politiques.

S'agissant du cas spécifique de la couverture des personnes indigentes dans les quatre régions pilotes du Burkina Faso par le RAMU, les difficultés organisationnelles ont beaucoup émaillé le déploiement du dispositif. En effet, aux termes de l'étude monographique sur l'extension de la protection sociale aux acteurs de l'économie informelle, le constat a été fait que le taux de couverture des indigents reste faible « ... du fait de la lenteur de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) dans la délivrance des cartes. En effet, 75% des indigents enrôlés étaient en attente de la délivrance de leurs cartes d'assurés, afin de pouvoir accéder aux prestations.<sup>21</sup> ». Il y a

<sup>20</sup> ThinkWel, Rapport n°1, Présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso, page 11, Septembre 2020

<sup>21</sup> MFPTPS, Etude monographique sur l'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle, page 7, 2023

également eu des difficultés dans le conventionnement avec les formations sanitaires. Aussi, faut-il souligner, que ces difficultés de produire et distribuer les cartes ainsi que celles liées au conventionnement ont impacté la durée de mise en œuvre de

cette politique qui était censée durer douze mois. D'une commune à une autre dans la même région, le début et la fin des prestations de soins étaient différents. A titre d'exemple, nous vous proposons le tableau ci-après :

**Tableau n°3 : récapitulatif du début et de la fin des prestations**

ASMADE		
ZONES	DATES DU DEBUT DES PRESTATIONS	FIN DES PRESTATIONS
PABRE	7 oct. 2020	6 oct. 2021
KOUBRI		
DEDOUGOU	16 mars 2021	15 mars 2022
Bourasso	11 Oct. 2021	10 Oct. 2022
Doumbala		
Nouna		
Safané		
Yaba		
Yé	1er Sept. 2021	31 oct. 2022
NORD		
RAMS		
HOUNDE	15 fév. 2021	14 fév. 2022
	1er Sept. 2021	31 oct. 2022
COUMBIA	15 fév. 2021	14 fév. 2022
BOBO-DIULASSO	DAFRA	1er Sept. 2021
	DO	

*Source : sur la base des échanges avec la CNAMU et les OGD*

En outre, grâce à un financement accordé par le Secrétariat permanent du Conseil national pour la protection sociale, la CNAMU poursuit les prises en charge sanitaires des personnes indigentes. Dans le cadre de cette

deuxième phase, seulement quinze mille (15 000) personnes indigentes sont concernées sur un total de seize mille huit cent vingt-sept (16 827) personnes disposant déjà de cartes d'assuré pour la première

phase<sup>22</sup> du fait des contraintes financières. Cette situation sera de nature à causer de difficultés aux OGD et aux formations sanitaires. En effet, dans les conventions qui lient les OGD à la CNAMU, de même que les conventions qui lient les mutuelles sociales partenaires des OGD aux formations sanitaires, la carte d'assuré est la preuve de la qualité d'assuré des personnes qui les détenaient. Si la deuxième phase ne prend pas tous les détenteurs de ces cartes, ni les mutuelles sociales, ni les formations sanitaires ne pourront empêcher les indigents qui ne sont plus sur les nouvelles listes de bénéficier des prises en charge sanitaires. Aussi, sera-t-il difficile d'expliquer à ces personnes pourquoi elles ne sont plus sur les nouvelles listes transmises par la CNAMU. En plus de ces difficultés, le constat a été fait que les manuels de procédures de certaines des mesures ont parfois mis du temps après le lancement de ces mesures, avant d'être élaborés ou adoptés. C'est le cas du manuel de procédure descriptive de gestion, de contrôle et de suivi des mesures de gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans qui n'a été adopté qu'en

2018, alors que lesdites mesures ont été adoptées en 2016<sup>23</sup>.

Au-delà de ces difficultés d'ordre organisationnel, existaient aussi d'autres d'ordre juridique. Pour ce qui est des mesures d'exemption actuellement en vigueur au Burkina Faso, des difficultés d'ordre juridique se posent. Nous choisissons d'en présenter quelques-unes :

Interaction entre le RAABO conjoint N° AN-VIII-0084/FP/-SAN-AS/MF/CAPRO du 31 Mai 1991 portant tarification des Actes de Professionnels de la Santé et des Hospitalisations dans les formations sanitaires et des établissements hospitaliers publics du Burkina et d'autres normes.

L'article 4 du Raabo ci-dessus visé prévoit une réduction des frais ou une gratuité pour certaines cibles. Il s'agit des retraités, des handicapés et des élèves/étudiants. Or, d'autres lois adoptées plus tard prévoient des mesures d'exemption pour les mêmes cibles. A titre d'exemple, nous pouvons citer la loi n°024-2016/AN du 17/10/2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées. Au regard de cette loi, la personne âgée est celle qui est âgée d'au

modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.

<sup>22</sup> CNAMU, Plan stratégique de développement du RAMU 2024-2028, décembre 2023

<sup>23</sup> Document adopté par l'arrêté conjoint N°2018-1211/MS/MINEFID du 5 novembre 2018 portant adoption du manuel de procédures descriptives des

moins soixante ans. Etant donné qu'au Burkina Faso l'âge minimum de départ à la retraite est d'au moins cinquante-cinq ou cinquante-six ans selon qu'on est respectivement agent public de l'Etat ou travailleur salarié, cela signifie que tous les retraités ne sont pas des personnes âgées.

Cette nouvelle loi prévoit une gratuité pour les personnes âgées indigentes et une réduction des frais de soins pour les personnes âgées non indigentes. Toutefois, ces mesures d'exemption prévues devraient se faire suivant les conditions du RAMU<sup>24</sup>. Or, dans le cadre du RAMU, il n'est pas prévu de gratuité de prise en charge sanitaire. La prise en charge au titre du RAMU se fait sur la base du paiement d'un ticket modérateur de 30%<sup>25</sup>.

Aussi, si une bonne partie du Raabo du 31 mai 1991 portant tarification des actes de professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et des établissements hospitaliers publics du Burkina sont repris dans de nouveaux textes normatifs avec quelques changements et l'indication de l'article 82 de la loi portant

RAMU d'abroger toutes dispositions antérieures, il est pertinent de se poser la question sur l'applicabilité de ce Raabo, même si certains acteurs continuent d'appliquer quelques dispositions.

Interaction du décret n°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso avec la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU.

Au regard du décret instituant la gratuité des soins au Burkina Faso, les cibles sont composées de femmes en âge de procréer, d'enfants de moins de cinq ans et de toute personne éligible à une méthode de planification familiale. Pour ces cibles, il s'agit d'une exemption totale financée par l'Etat.

Or, aux termes de la loi portant RAMU (articles 7, 8 et 10), les bénéficiaires sont constitués des personnes physiques et des membres de la famille à charge. S'agissant des membres de la famille à charge, ils sont constitués des enfants jusqu'à 21 ans et des

---

<sup>24</sup> Article 10 : Toute personne âgée, détentric de la carte de personne âgée, bénéficie d'une réduction des actes des professionnels de la santé et des frais d'hospitalisation dans les structures publiques suivant les conditions définies par le régime de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Article 11 : Toute personne âgée, détentric de la carte de personne âgée, reconnue indigente bénéficie de la

gratuité des actes des professionnels de la santé et des frais d'hospitalisation dans les structures publiques suivant les conditions définies par le régime de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

<sup>25</sup> Article 5 du décret N°2023-1410/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MSHP/MEFP du 20 octobre 2023 portant définition du panier de soins du régime d'assurance maladie universelle

conjointes non-salariés. Il est important de souligner que pour bénéficier des prestations du RAMU, il faut au préalable payer les cotisations.

En analysant ces deux situations, on peut retenir que les cibles des mesures de gratuité sont, soit des assurés directs du RAMU, soit les membres de leur famille à charge. En payant sa cotisation, l'assuré garantit la prise en charge des membres de sa famille. Seulement dans ce cas de figure, il devra payer un ticket modérateur de 30%. Si l'Etat doit continuer à financer les mesures de gratuité dans les mêmes conditions, il se créerait une situation de double paiement. Il faudrait donc une réflexion entre la CNAMU et le Ministère en charge de la santé pour une bonne articulation et réussir le transfert de ces mesures à la CNAMU.

Par ailleurs, on pourrait également noter le cas de la loi relative au code de santé publique qui traite également, notamment, des mesures en faveur des personnes âgées, des handicapés. On peut par conséquent noter un problème de cohérence de nos politiques de manière générale.

### **5.3.2. Difficultés d'ordre communicationnel**

L'information est essentielle à la participation à la vie publique et à la contribution des citoyens à la gestion des politiques publiques.

Ainsi, par la communication, les pouvoirs publics ont l'opportunité de donner des garanties de transparence dans la mise en œuvre des politiques publiques. La communication permet surtout, pour la mise en œuvre des mesures d'exemption, de donner des informations sur le contenu et le champ d'application desdites mesures. Les interactions ou les réactions sur les modalités de mise en œuvre des politiques publiques sont des occasions à saisir pour améliorer lesdites politiques.

Dans cette optique, l'importance de la communication dans la mise en œuvre des mesures d'exemption n'est plus à démontrer. Dans ce cadre, plusieurs canaux de communication sont parfois utilisés selon les cibles : les crieurs publics, l'implication des leaders d'opinions, les réseaux sociaux, les affiches, les médias, etc. Cependant, à travers les différents entretiens que nous avons conduits, le déficit de communication a toujours été relevé par les différents acteurs rencontrés. Par ailleurs, dans le cadre de la couverture des personnes indigentes dans les quatre (04) régions pilotes, l'ONG Diakonia, lors de ses activités de veille citoyenne, a organisé une émission audiovisuelle

dénommée « chrono citoyen »<sup>26</sup>. Au cours de cette émission, un micro trottoir a été réalisé dans les quatre régions pilotes au cours duquel la plupart des interviewés ont affirmé ne pas être au courant de la mesure en cours. En outre, dans le cadre de la mise en œuvre des activités de veille citoyenne, le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels a aussi

réalisé des activités de veille dans la région des Hauts-Bassins. Au cours de ces activités, les comités de veille ont voulu comprendre le niveau de connaissance des agents de santé sur le RAMU et sur les autres mesures d'exemption<sup>27</sup>. Ces activités ont relevé le constat contenu dans le tableau ci-après :

---

<sup>26</sup> Emission réalisée le 24 avril 2021 sur la chaîne de télévision 3TV

<sup>27</sup> RAME, Projet « Promotion de la transparence et de la redevabilité dans la mise en œuvre de l'Assurance

Maladie Universelle dans la région des Hauts Bassins », rapport mensuel et trimestriel de collecte des données du premier trimestre 2022, Avril 2022

**Tableau n°4 : Synthèse des connaissances des agents de santé sur l'AMU**

Items	Nombre de réponses		Commentaire
	Oui	Non	
Est-ce que vous mettez en œuvre l'AMU dans votre FS ?	13	0	Tous les CSPS touchés mettent en œuvre l'AMU
Est-ce que vous connaissez les mesures d'exemption pour les personnes âgées et retraitées ?	13	0	Tous les agents de santé interviewés connaissent les mesures d'exemption
Est-ce que vous connaissez les mesures d'exemption pour les personnes en situation de handicap ?	11	02	Les CSPS de Bohokari et Douhoun dans la commune de Houndé déclarent n'avoir pas connaissance des mesures d'exemption spécifiques aux personnes vivant avec un handicap.
Est-ce que vous connaissez les types de handicap ?	13	0	Tous les agents de santé connaissent les types de handicap
Est-ce que vous connaissez les besoins spécifiques pour chaque type de handicap ?	11	02	Les CSPS de Bohokari et Douhoun dans la commune de Houndé déclarent n'avoir pas connaissance des besoins spécifiques pour chaque type de handicap.
Avez-vous reçu une formation sur la prise en charge des personnes âgées ?	0	13	Tous les agents de santé rencontrés déclarent n'avoir pas reçu spécifiquement de formation sur la prise en charge des personnes âgées.
Avez-vous reçu une formation sur la prise en charge des personnes vivant avec un handicap ?	0	13	Tous les agents de santé rencontrés déclarent n'avoir pas reçu spécifiquement de formation sur la prise en charge des personnes vivant avec un handicap.

*Source : RAME, Projet « Promotion de la transparence et de la redevabilité dans la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Universelle dans la région des Hauts Bassins », rapport mensuel et trimestriel de collecte des données du premier trimestre 2022, page 10, Avril 2022*

L'analyse de ce tableau fait ressortir une bonne connaissance du RAMU par la plupart des responsables des formations sanitaires dans la région des Hauts-Bassins. Toutefois,

l'analyse montre que les agents n'ont pas reçu des formations appropriées sur la prise en charge de certaines personnes vulnérables (handicapés, personnes âgées).

## VI. ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES PARTIES PRENANTES

### 6.1. Effectivité des mesures d'exemptions et de gratuité

L'analyse a concerné les résultats des entretiens que nous avons menés ainsi que les résultats de contrôles et d'autres études déjà réalisées par d'autres acteurs. En effet, il ressort que la plupart des mesures d'exemption en vigueur au Burkina Faso sont effectives sur le terrain. A titre illustratif, les contrôles des mesures de gratuité des soins des femmes et des enfants de moins réalisés, notamment, dans les régions de la Boucle du Mouhoun et du Sahel par l'ONG Terre des Hommes a fait ressortir une effectivité

desdites mesures et une satisfaction relativement significative des bénéficiaires<sup>28</sup>.

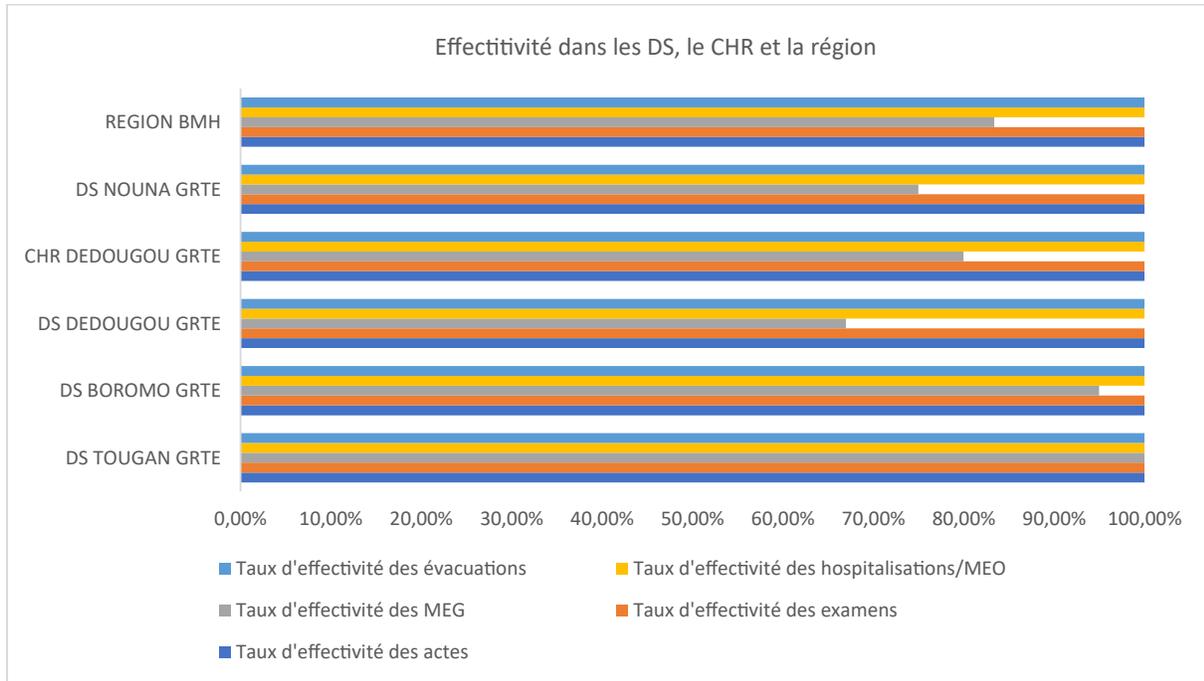
Le rapport susvisé a fait ressortir l'effectivité « des autres mesures de gratuité » sur le terrain. Il s'agissait des différents programmes mis en œuvre par le Ministère en charge de la santé : entre autres, la transfusion sanguine, le programme tuberculose, le programme paludisme, la vaccination des enfants.

Le graphique ci-après donne un aperçu du niveau d'effectivité des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans dans la région de la Boucle du Mouhoun.

<sup>28</sup> Terre des Hommes, Rapport du contrôle de l'effectivité des mesures de gratuité des soins du

Gouvernement, région de la Boucle du Mouhoun, février 2024.

**Graphique 1 : niveau d’effectivité des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans dans la région de la Boucle du Mouhoun**



*Source : In « Terre des Hommes, Rapport du contrôle de l’effectivité des mesures de gratuité des soins du Gouvernement, région de la Boucle du Mouhoun, février 2024, page 28 ».*

En plus de ces mesures d’exemption mises en œuvre sur le terrain, les échanges que nous avons eus avec la CNAMU et ses OGD démontrent également une effectivité du RAMU au profit des personnes indigentes dans les quatre régions pilotes. La plupart des bénéficiaires du RAMU semblent bien satisfaits, comme le démontre bien les résultats de la veille citoyenne réalisés par les comités de veille de l’ONG/RAME.

Malgré ces satisfactions, la veille a pu déceler quelques éléments d’insatisfaction : le temps d’attente. Même si les résultats de la veille ne le relèvent pas, généralement ces temps d’attente sont plus accentués pour les personnes bénéficiaires des mesures d’exemption.

Les raisons du temps d’attente ont été synthétisées dans le tableau ci-après :

**Tableau n° 5 : Raisons du temps d'attente**

Cibles	Retard du personnel	Absence du personnel	Longueur de la file d'attente	Personnel très chargé
Personnes handicapées	13	32	32	56
Personnes âgées	8	36	49	68
Personnes retraitées	9	21	26	41
Bénéficiaires de l'AMU	3	19	38	35
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>108</b>	<b>145</b>	<b>200</b>

Source : In « RAME, Rapport mensuel et trimestriel de collecte des données, premier trimestre 2022, page 15, Avril 2022 »

Toutefois, ces constats d'effectivité de certaines des mesures d'exemption cachent aussi d'autres réalités pas très luisantes. En effet, pratiquement tous les acteurs du système de santé avec qui nous nous sommes entretenus nous ont fait savoir de la non mise en œuvre des autres mesures d'exemption dans les structures de santé. Ces autres mesures sont notamment, celles accordées aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux élèves. Nous avons pu effectivement nous entretenir avec trois Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de la ville de Ouagadougou, deux centres médicaux, deux districts sanitaires et deux hôpitaux. Seul un des acteurs (un hôpital) nous a fait cas de la mise en œuvre des mesures d'exemption en faveur des personnes retraitées et des indigents, sous réserve de la présentation des pièces requises à cet effet.

A travers ces constats, on peut affirmer que les mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq sont les mesures d'exemption majeures pour l'instant au Burkina Faso.

## 6.2. Impacts des mesures d'exemption

L'objectif des mesures d'exemption c'est de réduire les barrières d'accessibilité financière aux soins de santé. La mise en œuvre des mesures d'exemption engendre les conséquences suivantes :

- la baisse du taux de paiement direct ;
- l'augmentation de la fréquentation des services de santé
- la réduction importante du retard de consultation
- l'augmentation du nombre d'accouchements assistés
- la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile

- l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants
- l'amélioration du niveau de vie des ménages
- la justice sociale.

De manière spécifique, la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins des femmes et des enfants de moins de cinq ans aurait engendré de telles conséquences <sup>29</sup>. Également, des rapports d'études et même certains experts de la santé publique tendent d'établir un lien entre les mesures d'exemption de soins et l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé et en conséquence la diminution du taux de paiement direct et/ou de dépenses catastrophiques de santé <sup>30</sup>. Ces experts semblent être sceptiques sur l'impact réel des mesures d'exemption à elles seules sur

l'augmentation de l'utilisation des services de santé et donc, sur les taux de paiement direct. Par contre, d'autres études établissent le lien entre ces mesures et l'augmentation de l'utilisation des services de santé. S'agissant des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans, sa mise en œuvre aurait réduit le total des paiements directs. L'analyse de certaines données du Ministère en charge de la santé a montré que les paiements directs pour les services de soins de santé au Burkina Faso, bien que toujours significatifs, sont passés de 36,2 % des dépenses courantes de santé des ménages à 31,7 % entre 2015 et 2017 au premier moment de la mise en œuvre de ces mesures<sup>31</sup>.

En analysant les deux tendances, nous avons consulté les données des comptes nationaux de la santé de la période 2016 à 2020.

<sup>29</sup> AGIR, Bonnes pratiques de résilience, gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, N°03, août 2019.

<sup>30</sup> YVONNE BEAUGÉ, MANUELA DE ALLEGRI, SAMIRATOU OUÉDRAOGO, EMMANUEL BONNET, NAASEGNIBE KUUNIBE ET VALÉRY RIDDE, L'utilisation des services de santé par les

indigent-e-s du Burkina Faso, In « Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 », page 573, 2021

<sup>31</sup> ThinkWell, Présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso, rapport n ° 1, page 40, Septembre 2020

**Tableau n°6 : part des dépenses en santé des ménages par rapport aux dépenses courantes de santé**

ANNEES	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de la part des dépenses de santé en % des dépenses courantes de santé	31,4	31,7	35,8	34,9	35,0

*Sources : Comptes nationaux de santé de 2016-2020*

A travers ce tableau, on se rend compte que malgré la mise en œuvre des mesures de gratuité dont l'importance n'est plus à démontrer dans l'opinion publique et au niveau individuel, les données statistiques relatives à la part des dépenses de santé des ménages restent croissantes. On pourrait être tenté de penser que les mesures en question n'ont pas d'impact au niveau macro, mais ce serait une erreur. Nous pensons qu'il faudrait plutôt voir en cela comme une insuffisance d'autres mesures censées booster la politique. Il s'agit, entre autres, du paiement à temps des factures des formations sanitaires, de la prise à bras le corps des problèmes de ruptures des médicaments, du renforcement des actions de communication et surtout l'implication réelle des acteurs du système de santé. Des entretiens que nous avons eus, la plupart des agents de santé ou du moins tous les représentants des formations sanitaires considèrent les mesures de gratuité comme étant responsables des problèmes des centres

de santé. Certains disent que « La gratuité est bonne et profite aux bénéficiaires mais toutes les conditions ne sont pas réunies, les engagements ne sont pas respectés. » D'autres vont plus loin en disant que « La mise en œuvre de la gratuité a affaibli les formations sanitaires du fait des remboursements tardifs et non intégral des factures : diminution des capacités financières et opérationnelles des formations sanitaires. » En d'autres termes, les difficultés de paiement des factures semblent être les principales difficultés des mesures d'exemption. Ce sont ces difficultés qui engendrent d'autres et démotivent les agents de santé censés être les premiers acteurs de la mise en œuvre de toute mesure d'exemption en matière de santé.

Par ailleurs, il y a lieu de noter que les questions de santé ont un lien étroit avec la productivité et l'économie. En effet, une population malade ne peut pas produire. Or, les personnes vulnérables, même en cas de

besoin n'ont pas les mêmes facultés financières d'accéder aux soins de santé que les autres personnes non vulnérables. C'est ce qui explique les mesures d'exemption au profit de ces personnes pour une justice sociale. En effet, si tous les Hommes naissent libres, il n'y a pas de raison que l'Etat n'intervienne pas pour permettre à tous d'avoir droit à la santé. Cet état de santé est un préalable pour les autres droits.

Il a été démontré qu'un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l'avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l'enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie et contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté. « Des analyses économétriques estiment qu'une réduction de 5 % du taux de mortalité des enfants entraîne un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra au pays de générer un gain de productivité d'environ 836,83 milliards pendant les 10 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile<sup>32</sup>. »

L'organisation internationale du travail (OIT) qui a défini les neuf (09) branches de la protection sociale, promeut actuellement la protection sociale universelle de sorte à ce qu'on ne laisse personne de côté. Malheureusement, à travers nos entretiens et nos recherches documentaires, nous pouvons faire le constat que plusieurs mesures d'exemption ne sont pas connues des agents de santé des structures de niveau primaire et secondaire. Ces difficultés sont accentuées avec le problème de cohérence de nos politiques sociales qui a été mis en exergue et/ou le défaut d'adoption de textes normatifs opérationnels. Il s'agit par exemple du cas des mesures d'exemption relatives aux personnes âgées, aux personnes handicapées et les personnes indigentes.

Enfin, les politiques sont parfois adoptées sans qu'il ne soit prévu des ressources financières pour leur mise en œuvre. Les mesures de gratuité des soins des femmes et des enfants de moins de cinq ans qui semblent être une des rares mesures d'exemption à disposer d'une ligne budgétaire et d'un circuit de paiement des frais de soins bien clair, sont malgré tout confrontées aux contraintes budgétaires. Cet état de fait signifie

---

<sup>32</sup> Ministère de la santé, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2030, page 116, octobre 2021

clairement que, les mesures d'exemption de paiement ayant pour objectif la levée des barrières financières d'accès aux soins de santé, la principale difficulté semble être la question financière ou budgétaire. Mais la prise en compte ou non d'autres questions peut influencer la mise en œuvre de la mesure.

Pour ce faire, il faudrait relever plusieurs défis dans la mise en œuvre des mesures d'exemption au Burkina Faso.

### **6.3. Défis à relever pour la réussite d'une mise en œuvre efficiente des mesures d'exemption et de gratuité au Burkina Faso**

En termes de défis :

- le premier défi à relever est celui relatif au financement. Plusieurs mesures d'exemption en matière de santé ont été adoptées sans que cette question ne soit abordée clairement ni réglée. Dans la plupart des cas, les pouvoirs publics ne connaissent pas à l'avance les véritables contours des mesures d'exemption qu'ils adoptent. Dans la formulation de ces politiques, on se contente d'écrire que la mesure est « financée par le budget de l'Etat » ;
- il y a également le défi de l'implication effective des acteurs de mise en œuvre. Que cette implication commence depuis la conception jusqu'à la mise en œuvre. Généralement quand on évoque la question d'implication des acteurs, on constate seulement qu'il s'agit des acteurs du niveau central et dans une moindre mesure ceux du niveau déconcentré. Pour ce qui est des mesures d'exemption, l'implication des agents de santé opérationnels est fondamentale, c'est-à-dire ceux qui sont en service au niveau des centres de santé. Qu'on ne se contente plus de « venir les former et les sensibiliser » sur les mesures d'exemption déjà adoptées.
- En outre, le défi de l'application effective des mesures prises à travers l'adoption des textes d'application des différents textes et la disponibilisation des divers documents et pièces y relatifs auprès des bénéficiaires. Par ailleurs, il s'agira de prendre des mesures permanentes pour s'assurer de l'effectivité des mesures à tous les niveaux (contrôles, etc.)
- Enfin, un autre défi est celui relatif à la communication sous tous ses angles. On pourrait parler ici de mobilisation sociale.

## VII. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude présente un certain nombre de limites, notamment le nombre relativement faible de personnes interrogées qui, en rappel, ont été sélectionnées sur la base d'un échantillonnage raisonné. De plus, le délai relativement court de l'étude nous a imposé la méthode et les techniques de la collecte des données, ce qui pourrait induire probablement des biais au niveau des informations collectées, vue la qualité des données recherchées. Enfin, le contexte sécuritaire actuel du pays et le budget prévisionnel de l'étude nous a contraint à limiter la collecte des données à travers les entretiens individuels essentiellement dans la région sanitaire du centre.

Toutefois, pour pallier à cela, des documents, rapports d'études similaires antérieurs menées par d'autres acteurs et couvrant l'ensemble du pays ont été largement exploités. Les perspectives d'un grand nombre d'acteurs n'ont donc peut-être pas pu être recueillies ; mais nous pensons avoir interrogé la majorité des acteurs ayant un rôle prépondérant et une réelle maîtrise des enjeux des mesures d'exemption et de gratuité en matière de santé au profit des couches vulnérables et indigentes au Burkina Faso.

## VIII. RECOMMANDATIONS

Après analyse de la situation des mesures d'exemption au Burkina Faso, nous pouvons faire quelques constats :

- Il n'y a pas eu d'incidence majeure sur le taux de paiement direct (la part des dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses courantes de santé) ;
- Une insuffisance de communication sur les mesures d'exemption en matière de santé ;
- Une faible implication de certains acteurs du système de santé, ce qui fait que ces acteurs considèrent certaines des mesures d'exemption comme responsables des problèmes du système sanitaire ;
- Il n'y a pas de cohérence dans la conception des différentes politiques sociales. C'est ce qui justifie la prise en charge des mêmes cibles dans plusieurs textes émanant des départements ministériels différents ;
- Une contrainte budgétaire pour le financement des mesures d'exemption ;

En dehors des mesures d'exemption au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans, les autres mesures existantes (personnes âgées, handicapés, retraités, personnels de santé, etc.) sont moins connues et mises en œuvre par les acteurs.

De façon globale, nous pouvons conclure que les mesures d'exemption sont bien appréciées, et les populations ainsi que les acteurs attendent plus d'actions des autorités pour leur pérennité.

Aussi, outre les recommandations dans le tableau ci-dessous formulées, nous proposons ce qui suit :

- la Primature à travers le Secrétariat permanent du Conseil national pour la protection sociale mène une réflexion sur les mesures d'exemption en matière de santé afin d'avoir une situation réelle des conditions de mise en œuvre et des difficultés rencontrées. Cette réflexion doit se faire avec le concours de tous les principaux acteurs. Cela permettrait certainement une allocation budgétaire conséquente et adéquate aux mesures d'exemption afin d'éviter les écarts actuels constatés et/ou de simplifier les mécanismes de paiement ;

■ Le Ministère en charge de la protection sociale et le Ministère en charge de la santé anticipent sur l’articulation entre les différentes mesures d’exemption en vigueur et le RAMU.

En effet, la loi instituant le RAMU prévoit le paiement par l’Etat des cotisations des personnes indigentes, qu’elles soient handicapées, personnes âgées ou non. Cette même loi dispose que l’Etat pourrait en plus payer toute ou partie d’autres catégorie de personnes à définir par décret en Conseil des ministres<sup>33</sup>. Le décret qui définit le panier de soins du RAMU<sup>34</sup> prévoit en son article 3, des prestations liées au suivi de la grossesse, à l’accouchement et aux suites de couche.

De ces dispositions, il apparait clairement que plusieurs mesures d’exemption pourraient être fondues dans le RAMU dans le sens de réduire la fragmentation. En effet, les indigents sont pris en compte déjà et le panier de soins prend en compte les mesures de gratuité des femmes et des enfants de moins de cinq ans.

Il faudrait qu’une réflexion soit menée en vue d’éclairer l’autorité publique sur les conditions de mise en œuvre de ces mesures dans le cadre du démarrage du RAMU. Pour

la gratuité des soins, il y a déjà une piste, puisque le Ministère en charge de la santé et la CNAMU sont déjà en contact pour le transfert des mesures de gratuité à la CNAMU. Pour les autres mesures d’exemption, on pourrait penser à une prise en charge du ticket modérateur des bénéficiaires par le budget initialement prévu pour la mesure en question. Ainsi, les personnes vulnérables pourraient bénéficier d’une prise en charge sans payer le ticket modérateur ;

■ Avoir une approche globale dans la prise en charge des personnes vulnérables et/ou indigentes. Les questions d’alimentation et le cadre de vie ont un lien avec la santé de ces personnes. Vouloir aborder la question de santé de manière isolée ne sera pas efficient.

■ Mettre le dialogue social au centre des questions de protection sociale ou de couverture sanitaire universelle. Dans ce sens, il faudrait impliquer les partenaires et mouvements sociaux ;

■ Instituer des prix de récompenses ou de motivations pour les établissements de santé qui excellent dans la mise en œuvre des mesures d’exemption et de gratuité au

<sup>33</sup> Article 48 de la loi

<sup>34</sup> Décret n°2023-1410/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MEFP/MSHP du 20

profit des couches vulnérables et personnes indigentes ;

- Trouver des pistes de financements innovants ou alternatifs. Apprendre à ne pas compter exclusivement sur les financements extérieurs qui ne sont pas stables.

Par ailleurs, nous insistons sur la nécessité de faire la veille citoyenne sur la mise en œuvre des différentes mesures d'exemption. A cet effet, les organisations de la société civile doivent :

- S'approprier les conditions de mise en œuvre des mesures d'exemption pour mieux faire le travail de veille citoyenne ;

- Collaborer avec les structures de mise en œuvre des mesures afin de disposer des informations et des documents relatifs aux différentes politiques. Elles pourront dans ce cas rassurer les différents acteurs sur les objectifs de la veille qui est d'améliorer les pratiques et les politiques ;

- Contribuer au renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre des politiques publiques.

**Tableau n°7 : Principales recommandations en rapport avec les obstacles/difficultés identifiés**

Obstacles/difficultés/défis	Recommandations	Période de MEO	Responsables	Collaborateurs
Difficulté d'obtention des documents de justification de vulnérabilités	Dématérialiser les procédures d'obtention des documents de justification de certaines situations de vulnérabilités (cartes d'invalidité, cartes de personnes âgées, etc.) ; Faciliter l'établissement des documents de justification de certaines situations de vulnérabilités (cartes d'invalidité, cartes de personnes âgées, cartes d'indigence, etc.)	Immédiat et continue	MSAHRNGF	MFPTPS MSHP CNAMU SP-CNPS ST-RSU PTF Associations de défense des droits des groupes spécifiques
Méconnaissance des textes donnant droit à des prises en charges des cibles	Adopter une stratégie nationale de vulgarisation des différentes politiques d'exemption des frais de soins de santé	Au courant de l'année 2025	MFPTPS, MSAHRNGF, MSHP	-
Retard de mise en œuvre du RAMU	Accélérer la mise en œuvre du RAMU	2024	MFPTPS, MEFP	CNAMU CAMA PTF OSC
Manque ou insuffisance d'un mécanisme de financement du	Adopter les financements innovants pour le financement du RAMU et des mesures d'exemption	S2 2024	MFPTPS, MEFP	MSHP CNAMU SP-CNPS ST-RSU PTF

RAMU et des mesures d'exemption				Associations de défense des droits des groupes spécifiques
Insuffisance et/ou rupture des produits de santé et des plateau techniques	Renforcer les capacités des formations sanitaires Prendre des mesures pour une disponibilité effective et permanente des différentes molécules	Tout le long du processus	MSHP	CAMEG CNAMU OSC
Insuffisance d'implication de la communauté dans la mise en œuvre des mesures d'exemptions	Renforcer l'implication de la communauté à travers sa participation effective à tout le processus, la mise en place des systèmes de redevabilité et de gestion des plaintes	Tout le long du processus	MFPTPS MSHP	CNAMU SP-CNPS ST-RSU PTF Associations de défense des droits des groupes spécifiques
Insuffisance et/ou rupture des produits de santé	Renforcer les capacités des formations sanitaires	Tout le long du processus	MSHP	CAMEG CNAMU OSC
Non adoption de certains textes d'application des lois instituant les mesures d'exemption et/ou retard dans l'application desdits textes	Adopter dans les meilleurs délais les textes d'application des lois instituant les mesures d'exemption et application effective desdits textes	Tout le long du processus	MFPTPS MSHP MSAHRNGF	CNAMU SP-CNPS ST-RSU PTF Associations de défense des droits des groupes spécifiques
Non cohérence des différentes mesures d'exemption en matière de santé	Evaluer la mise en œuvre des différentes mesures d'exemption et s'assurer de leur cohérence.	Tout le long du processus	Ministères assurant la tutelle technique et financière des structures de mise en œuvre des mesures d'exemption	CNAMU SP-CNPS ST-RSU PTF Associations de défense des droits des groupes spécifiques
Insuffisance de la veille communautaire	Renforcer et organiser les initiatives de veille citoyenne	Tout le long du processus	MATDS	MFPTPS, MSHP, CNAMU, PTF OSC
Insuffisance de connaissance du personnel de santé sur les mesures d'exemptions	Renforcer et recycler le personnel de santé sur les mesures d'exemptions Intégrer des modules de formation sur les mesures d'exemption et de gratuité dans le programme de formation du personnel de santé	Tout le long du processus	MSHP	ENSP CNAMU, SP-CNPS PTF OSC
Problème de redevabilité	Redynamiser les dispositifs de redevabilité au niveau communautaire	Tout le long du processus	MSHP	MATDS Corps de contrôle de l'Etat OSC

## **IX. IDENTIFICATION DES MESURES D'EXEMPTION LES PLUS IMPORTANTES A SUIVRE DANS LE CADRE DE LA PRODUCTION CONTINUE DES EVIDENCES DE VEILLE CITOYENNE**

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme « Gouvernance inclusive citoyenneté active et responsable (GICAR) », l'ONG RAME met en œuvre le projet « renforcement de la participation citoyenne et de la redevabilité dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé dans les régions des Hauts-Bassins et du Centre : cas de l'assurance maladie universelle et des autres exemptions. A cet effet, il est demandé dans le cadre de cette étude de proposer les mesures d'exemption les plus importantes à suivre.

Pour ce faire, nous estimons qu'il est nécessaire de définir d'abord des critères d'identification de ces mesures. Ainsi nous proposons trois critères :

- l'ampleur de la mesure, en termes de cibles et de portée,
- la sensibilité de la mesure : ce critère fait référence au fait que la mesure soit une réponse à un choc ayant touché des catégories spécifiques de personnes qui se sont engagées dans un combat

patriotique/ayant-droits de ces personnes ou qui ont été sévèrement éprouvées ;  
la pérennité de la mesure : ce critère signifie que la mesure durera dans le temps et ne sera pas absorbée par une autre mesure.

Les deux premiers critères ne sont pas cumulatifs. En d'autres termes, il faut que deux critères au moins soient remplis.

En tenant compte de ces critères, les mesures suivantes sont éligibles dans le cadre de la production continue des évidences de veille citoyenne :

- gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso ;
- mesures d'exemption en faveur des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso ;
- mesures d'exemption de paiement au profit des martyrs, invalides et pupilles de la nation ;
- mesures d'exemption en faveur des personnes handicapées titulaires d'une carte d'invalidité.

Certaines mesures d'exemption bien qu'importantes n'ont pas été retenues pas parce qu'elles ne sont pas dignes d'intérêt. Par exemple, pour ce qui est des mesures d'exemption en faveur des personnes âgées, la loi instituant cette mesure renvoie les conditions et modalités d'application au

RAMU. En plus, s'agissant des exemptions au profit des personnes indigentes, il est important de mentionner qu'elles et les personnes âgées bénéficieront des prestations dans les mêmes conditions que les autres bénéficiaires du RAMU.

## CONCLUSION

Le Burkina Faso dans sa quête de l'accès universel des populations aux services sociaux de base s'est engagé à la mise en œuvre des mesures d'exemption et/ou de gratuité dans le but de permettre une meilleure accessibilité des couches les plus vulnérables aux services de santé. Il est clair que la politique d'exemption avec la levée de la barrière financière, a permis une augmentation de l'utilisation des services de santé. En revanche, des problèmes de logistique, de prévision, d'information et de financement se posent toujours avec acuité. Ils existaient avant les politiques d'exemption, mais ont parfois été aggravés par celles-ci. Les conditions de la mise en œuvre des politiques posent souvent de gros problèmes quant à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes, d'une part, quant à la qualité des soins délivrés, d'autre part, les deux étant liés. En effet, on retrouve dans le secteur de la santé les mêmes difficultés qui pèsent plus généralement sur toutes les politiques publiques dans d'autres départements ministériels : des mesures annoncées parfois de façon « politique », sans études de faisabilité ou projets pilotes, sans que les mesures techniques soient prêtes, sans que les usagers et les professionnels aient été

consultés et suffisamment associés, et qui sont dépendantes de la bonne volonté des bailleurs de fonds ou des ONG.

Un premier enjeu pour les autorités est donc de garantir la pérennité financière des mesures d'exemption et à l'Etat de tenir ses engagements en la matière.

Le dernier aspect est la question de la qualité des soins. Là aussi, une qualité insuffisante préexistait aux politiques d'exemption. Mais celles-ci ont parfois engendré une dégradation relative. Pour les autorités sanitaires et leurs partenaires, c'est donc un second enjeu important, et à divers égards insuffisamment pris en compte, que d'accompagner les mesures d'exemptions, quelles qu'elles soient, par des mesures permettant de garantir et d'améliorer la qualité des soins. Comment faire pour qu'une amélioration de l'accessibilité géographique, d'une part, de l'accessibilité financière, de l'autre, puisse se faire sans baisse de la qualité des soins, et même si possible, avec une amélioration de celle-ci? C'est sans doute la question centrale que doivent se poser tant les politiques d'extension de la couverture sanitaire (accessibilité géographique) que les politiques d'exemption de paiement (accessibilité financière). Il ne faudrait pas

qu'à cause d'effets pervers imprévus, on aboutisse à une médecine à deux vitesses : des soins certes gratuits (au moins en grande partie) pour les plus démunis, mais de mauvaise qualité, et des soins payants mais de meilleure qualité pour les autres.

Les diverses solutions pour promouvoir plus d'équité face à la santé et une meilleure accessibilité financière aux soins (subventions, exemptions sectorielles totales ou partielles, fonds d'aide aux indigents, mutuelles, assurances), doivent donc être aussi envisagées dans une perspective d'amélioration durable de la qualité des soins à l'intérieur du système public. Autrement dit, les politiques d'exemption, et, à plus long terme, les politiques conduisant vers une couverture universelle, doivent être adaptées aux systèmes de santé nationaux tels qu'ils sont dans la réalité, et non sur le papier, en tenant compte de leurs dysfonctionnements,

et surtout de leurs différents goulots d'étranglement.

Une large concertation impliquant tous les acteurs s'avère alors indispensable (dialogue sociale), afin de faire un bilan approfondi de toutes les mesures d'exemption et de gratuité existantes en tenant compte du contexte réel du pays. Cela permettra sans nul doute de nouvelles orientations et la recherche de nouvelles pistes de financements innovants ou alternatifs pour réduire la dépendance aux financements extérieurs qui ne sont pas toujours stables.

Il faudrait enfin mener des réflexions dans une approche anticipative pour une cohérence des politiques publiques de manière générale et de celles relatives à la protection sociale en particulier. Cette démarche permettra d'assurer une articulation entre les différentes mesures d'exemption en matière de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Burkina Faso, Loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015 portant RAMU au Burkina Faso
- Burkina Faso, politique nationale de protection sociale 2013 – 2025
- Burkina Faso, 5<sup>ème</sup> recensement général de la population et de l’habitat, 2019
- Mining and risk of tuberculosis in subsaharan Africa, Public health, mars 2011
- Burkina Faso, plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021 – 2030
- Burkina Faso, stratégie nationale de développement sanitaire (SNDS) 2021 – 2025
- Burkina Faso, Loi n°23/94/ADP portant code de santé publique au Burkina Faso
- Burkina Faso, annuaire statistique du ministère de la santé, 2020
- Burkina Faso, rapport de l’enquête SARA
- Burkina Faso, annuaires statistiques 2021 de la CARFO et de la CNSS
- Burkina Faso, MFPTPS, Inventaire des mutuelles sociales au Burkina Faso-2020, janvier 2022
- Burkina Faso, arrêté conjoint n°2018 – 1211MS/MINEFID du 5 novembre 2018 portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso
- Burkina Faso, Secrétariat permanent du conseil national pour la protection sociale, méthodologie consensuelle de ciblage des personnes vulnérables au Burkina Faso, janvier 2015
- ThinkWel, rapport n°1, présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso, septembre 2020
- Burkina Faso, CNAMU, rapport bilan, 2021. 27 et 28 décembre 2021
- Burkina Faso, CNAMU, plan stratégique de développement du RAMU 2024 – 2028, décembre 2023
- Burkina Faso, décret n°2023 – 1410/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MSHP/MEFP du 20 octobre 2023 portant définition du panier de soins du régime d’assurance maladie universelle

- Burkina Faso, MFPTPS, Etude monographique sur l'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle, 2023
- Diakonia, émission audiovisuelle « chrono citoyen », réalisée le 24 avril 2021 sur la chaîne de télévision 3TV
- Jean-Pierre Olivier de Sardan, Valéry Ridde, L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger, Les contradictions des politiques publiques, in Afrique contemporaine 2012/3 (n° 243), Éditions De Boeck Supérieur
- RAME, projet « promotion de la transparence et de la redevabilité dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle dans la région des Hauts-Bassins », rapports mensuel et trimestriel de collecte des données du premier trimestre 2022, avril 2022
- Terres des Hommes Lausanne, rapport du contrôle de l'effectivité des mesures de gratuité des soins du gouvernement, région de la boucle du Mouhoun, février 2024
- AGIR, bonnes pratiques de résilience, gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, N°03, août 2019
- YVONNE BEAUGE, MANUELA DE ALLEGRI, SAMIRATOU OUEDRAOGO, EMMANUEL BONNET, NAASEGNIBE KUUNIBE ET VALERY RIDDE, l'utilisation des services de santé par les indigent-e-s du Burkina Faso, In « Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 », 2021

## ANNEXES

### ■ Annexe 1 : Guides d'entretien

#### Guide d'entretien N°1 : SP/CNLS-IST, SP-CNPS, MSAHRNGF, MESRI

Date de l'entretien :

#### Identification

- Sexe :
- Emploi :
- Fonction :
- Structure :
- Région :
- Province :
- Commune :

#### Questions

##### 1. Connaissance des attributions de la structure

- a) Votre structure a-t-elle dans ses attributions, la prise en charge des personnes vulnérables/groupes spécifiques ? (si oui, argumenter. Si non, les raisons)
- b) Y a-t-il des mesures d'exemptions en matière de santé en faveur de ces cibles ?

##### 2. Fondements des mesures d'exemption prévues

- c) Les mesures d'exemption sont-elles instituées par un texte normatif ?
- d) Si oui, lequel ? [Si possible, donner les références de cet acte]
- e) Si non, par quel moyen les mesures ont-elles été instituées ?

##### 3. Cibles des mesures d'exemption

- f) Quelles sont les personnes cibles bénéficiaires des mesures d'exemption ?
- g) Comment les bénéficiaires sont-elles ciblées ?
- h) Quelles sont les raisons du choix des bénéficiaires ?

##### 4. Les mesures d'exemption

- i) Quel est le taux d'exemption ?

- j) Quelles sont les conditions de bénéfice des mesures d'exemption (formalité et champ d'application) ?
- k) Quelles sont les formations sanitaires concernées (niveau dans la pyramide sanitaire, public ou privé) ?
- l) Qui finance les mesures d'exemption (l'Etat, ses démembrements ou ses partenaires)?

#### **5. Effectivité et mécanisme de mise en œuvre des mesures**

- m) Pensez-vous que les mesures sont effectives sur le terrain ?  
Si oui, pourquoi ?  
Si non, pourquoi ?
- n) Qui sont les acteurs de suivi des mesures d'exemption ?
- o) Comment organisez-vous ces mesures pour atteindre les cibles ?

#### **6. Communication sur les mesures d'exemption**

- p) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles connues par vos collègues ?
- q) Pensez-vous que les cibles connaissent l'existence de ces mesures ? Si oui/non, quel élément d'appréciation ?
- r) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles vulgarisées ?
- s) Par quels moyens cette vulgarisation se fait-elle ? des actions de sensibilisation à l'endroit des cibles ? des actions de sensibilisation à l'endroit des acteurs (citez les différents canaux utilisés) ?
- t) Disposez-vous des moyens pour la mise en œuvre des actions de communication ?

#### **7. Difficultés relatives aux mesures d'exemption**

- u) Selon vous, y a-t-il des difficultés relatives à la mise en œuvre de ces mesures ? (si oui, citez les difficultés rencontrées)
- v) Y a-t-il des mesures qui ne sont plus mises en œuvre ? Si oui lesquelles ? Et pour quelles raisons ?

#### **8. Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des autorités pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?**

.....  
.....  
.....

**9. Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des organisations de la société civile pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?**

.....  
.....  
.....

**10. Avez-vous d'autres commentaires ?**

.....  
.....  
.....

**Date de l'entretien :**

**Identification**

Sexe :

Emploi :

Fonction :

Structure :

Région :

Province :

Commune :

**Questions**

**1. Connaissance de l'existence de mesures d'exemption**

- a) Votre structure a-t-elle dans ses attributions, la prise en charge des personnes vulnérables/groupes spécifiques ? (si oui, argumenter. Si non, les raisons)
- b) Y a-t-il des mesures d'exemptions en matière de santé en faveur de ces cibles ?
- c) Citez les mesures en faveur de ces cibles ?

**2. Fondements des mesures d'exemption prévues**

- d) Les mesures d'exemption sont-elles instituées par un texte normatif ?
- e) Si oui, lequel ? [si possible, donner les références de cet acte]
- f) Si non, par quel moyen les mesures ont-elles été instituées ?

**3. Cibles des mesures d'exemption**

- g) Quelles sont les personnes cibles bénéficiaires des mesures d'exemption ?
- h) Comment les bénéficiaires sont-elles ciblées ?
- i) Quelles sont les raisons du choix des bénéficiaires ?

**4. Les mesures d'exemption**

- j) Quel est le taux d'exemption ?
- k) Quelles sont les conditions de bénéfice des mesures d'exemption (formalité et champ d'application) ?
- l) Quelles sont les formations sanitaires concernées (niveau dans la pyramide sanitaire, public ou privé) ?
- m) Qui finance les mesures d'exemption (l'Etat, ses démembrements ou ses partenaires) ?

## **5. Effectivité et mécanisme de mise en œuvre des mesures**

- n) Les cibles bénéficient-elles de ces mesures dans vos structures ?
- o) Qu'est-ce qui vous permet de dire que les mesures sont effectives ou non ?
- p) Quelles formalités exigez-vous pour permettre aux cibles de bénéficier des mesures d'exemption ?
- q) Comment organisez-vous ces mesures pour atteindre les cibles ?
- r) Les circuits de prise en charge des bénéficiaires sont-ils différents des autres usagers des formations sanitaires ? Si oui, pourquoi ?

## **6. Paiement des factures :**

- s) Qui paye les factures (ou la quote-part) des frais des soins de santé à la formation de santé ?
- t) Est-il prévu des délais pour le paiement des factures ? Si oui, quels sont ces délais ?
- u) Les factures des frais des soins de santé à la formation de santé sont-elles payées dans les délais ? Si non, donner l'ampleur des retards.
- v) Les factures sont-elles payées en intégralité ? Si non, les raisons ?
- w) Quel est le circuit de paiement des factures ? Quelles appréciations faites-vous de ce circuit ?
- x) Dans quel délai la formation sanitaire doit-elle transmettre les factures pour paiement ?

## **7. Communication sur les mesures d'exemption**

- y) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles connues par vos collègues ?
- z) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles connues par les bénéficiaires ? si oui/non, quel élément d'appréciation ?
- aa) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles vulgarisées au sein de vos structures ?
- bb) Comprenez-vous l'intérêt de ces mesures et le choix des cibles ?
- cc) Contribuez-vous à vulgariser ces mesures auprès des cibles ?
- dd) Par quels moyens (actions) cette vulgarisation se fait-elle auprès des acteurs et des cibles (citez les différents canaux utilisés) ?
- ee) Disposez-vous des moyens pour la mise en œuvre des actions de vulgarisation ?

## **8. Difficultés relatives aux mesures d'exemption et recommandations**

- ff) Selon vous, y a-t-il des difficultés relatives à la mise en œuvre de ces mesures ? (si oui, citez-en quelques-unes)
- gg) Etes-vous parfois confronté à l'incompréhension des bénéficiaires des mesures d'exemption (des plaintes à tort) ?
- hh) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des autorités pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- ii) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des organisations de la société civile pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
  
- jj) Avez-vous autres commentaires ?

**Date de l'entretien :**

**Identification**

Sexe :

Emploi :

Fonction :

Structure :

Région :

Province :

Commune

**Questions**

**1. Connaissance de l'existence de mesures d'exemption**

- a) Quelles sont les principales missions/attributions de votre structure ?
- b) Votre structure a-t-elle dans ses attributions, la prise en charge des personnes vulnérables/groupes spécifiques ?
- c) Y a-t-il des mesures d'exemptions en matière de santé en faveur de ces cibles ?
- d) Citez les mesures en faveur de ces cibles ?

**2. Fondements des mesures d'exemption prévues**

- e) Les mesures d'exemption sont-elles instituées par un texte normatif ?
- f) Si oui, lequel ? [si possible, donner les références de cet acte]
- g) Si non, par quel moyen les mesures ont-elles été instituées ?

**3. Cibles des mesures d'exemption**

- h) Quelles sont les personnes cibles bénéficiaires des mesures d'exemption ?
- i) Comment les bénéficiaires sont-elles ciblées ?
- j) Quelles sont les raisons du choix des bénéficiaires ?

**4. Les mesures d'exemption**

- k) Quel est le taux d'exemption ?
- l) Quelles sont les conditions de bénéfice des mesures d'exemption (formalité et champ d'application) ?

- m) Quelles sont les formations sanitaires concernées (niveau dans la pyramide sanitaire, public ou privé) ?
- n) Qui finance les mesures d'exemption (l'Etat, ses démembrements ou ses partenaires)?

#### **5. Effectivité et mécanisme de mise en œuvre des mesures**

- o) Les cibles bénéficient-elles de ces mesures ?
- p) Si oui, pourquoi ?
- q) Si non, pourquoi ? Quelles formalités exigez-vous pour permettre aux cibles de bénéficier des mesures d'exemption ?
- r) Comment organisez-vous ces mesures pour atteindre les cibles ?

#### **6. Paiement des factures des formations sanitaires :**

- s) Est-il prévu des délais pour le paiement des factures ?
- t) Les factures des frais des soins de santé à la formation de santé sont-elles payées dans les délais ?
- u) Si non, donner l'ampleur des retards.
- v) Quel est le circuit de paiement des factures ? quel commentaire faites-vous de ce circuit ?
- w) Dans quel délai la formation sanitaire doit-elle transmettre les factures pour paiement ?

#### **7. Communication sur les mesures d'exemption**

- x) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles connues par vos collègues ?
- y) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles connues par les bénéficiaires ? si oui/non, quel élément d'appréciation ?
- z) Disposez-vous d'un dispositif de communication ?
- aa) Votre dispositif de communication est-il mis en œuvre ?
- bb) Par quels moyens (actions) cette vulgarisation se fait-elle auprès des acteurs et des cibles (citez les différents canaux utilisés)?
- cc) Disposez-vous des ressources pour la mise en œuvre des actions de vulgarisation ?

#### **8. Difficultés relatives aux mesures d'exemption et recommandations**

- dd) Selon vous, y a-t-il des difficultés relatives à la mise en œuvre de ces mesures ? (si oui, citez les difficultés rencontrées)

- ee) Etes-vous parfois confronté à l'incompréhension des bénéficiaires des mesures d'exemption (des plaintes à tort) ?
- ff) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des autorités pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- gg) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des organisations de la société civile pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- hh) Avez-vous autres des commentaires ?

**Guide d'entretien N°4 : OGD\_STRUCTURES DE VEILLE ET AUTRES  
ORGANISATIONS DE DE DEFENSE DES DROITS DES CIBLES**

**Date de l'entretien :**

**Identification**

- Sexe :
- Emploi :
- Fonction :
- Structure :
- Région :
- Province :
- Commune

**Questions**

**1. Connaissance des attributions de la structure**

- a) Quelles sont les missions de votre structure en matière de protection sociale en santé ?
- b) Contribuez-vous à la prise en charge sanitaire des personnes vulnérables ou à la mise en œuvre de mesures d'exemption ? Si oui, comment ?

**2. Les mesures d'exemption**

- c) Quelles sont les mesures d'exemption auxquelles vous avez contribué à mettre en œuvre ?
- d) Quel rôle avez-vous joué ?
- e) Quelle est la relation que vous entretenez avec les structures de mise en œuvre ?
- f) Quel est le taux d'exemption ?
- g) Quelles sont les conditions de bénéfice des mesures d'exemption (formalité et champ d'application) ?
- h) Quelles sont les formations sanitaires concernées (niveau dans la pyramide sanitaire, public ou privé) ?
- i) Qui finance les mesures d'exemption (l'Etat, ses démembrements ou des partenaires)?

**3. Cibles des mesures d'exemption**

- j) Quelles sont les personnes cibles bénéficiaires des mesures d'exemption ?
- k) Quelles sont les raisons du choix des bénéficiaires ?

**4. Effectivité et mécanisme de mise en œuvre des mesures**

- l) Pensez-vous que les mesures sont effectives sur le terrain ?

- m) Qu'est-ce qui vous permet de dire que les mesures sont effectives ou non ?
- n) Qui sont les acteurs de mise en œuvre des mesures d'exemption ?
- o) Comment organisez-vous ces mesures pour atteindre les cibles ?

#### **5. Communication sur les mesures d'exemption**

- p) Pensez-vous que les cibles connaissent l'existence de ces mesures ? Si oui/non, quel élément d'appréciation ?
- q) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles vulgarisées ?
- r) Par quels moyens cette vulgarisation se fait-elle ? des actions de sensibilisation à l'endroit des cibles ? des actions de sensibilisation à l'endroit des acteurs ? (Citez les différents canaux utilisés)
- s) Disposez-vous des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des actions de communication ?

#### **6. Difficultés relatives aux mesures d'exemption et recommandations**

- a) Selon vous, y a-t-il des difficultés relatives à la mise en œuvre de ces mesures ? (si oui, citez les difficultés rencontrées)
- b) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des autorités pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- c) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des organisations de la société civile pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- d) Avez-vous autres commentaires ?

## Guide d'entretien N°5 : BÉNÉFICIAIRES

Date de l'entretien :

### Identification

- Sexe :
- Profession :
- Statut :
- Structure :
- Région :
- Province :
- Commune

### Questions

#### 1. Connaissance des mesures d'exemption

- a) Êtes-vous au courant de l'existence de mesures d'exemption au Burkina Faso ? si oui, lesquelles ?
- b) Pensez-vous que ces mesures sont mises en œuvre dans votre région ?

#### 2. Les mesures d'exemption

- c) Quel est le taux d'exemption de ces mesures ?
- d) Quelles sont les conditions pour bénéficier de ces mesures d'exemption (formalité et champ d'application) ?
- e) Quelles sont les formations sanitaires concernées (niveau dans la pyramide sanitaire, public ou privé) ?
- f) Qui finance les mesures d'exemption (l'Etat, ses démembrements ou des partenaires) selon vous ?

#### 3. Cibles des mesures d'exemption

- g) Quelles sont les personnes cibles bénéficiaires des mesures d'exemption ?
- h) Quelles sont les raisons du choix des bénéficiaires ?

#### 4. Effectivité et mécanisme de mise en œuvre des mesures

- i) Pensez-vous que les mesures sont effectives sur le terrain ? Pourquoi ?

- j) Pensez-vous que les bénéficiaires de ces mesures d'exemption sont discriminées par rapport aux autres patients ? Pourquoi ?
- k) Quelles expériences avez-vous des mesures d'exemption ?
- l) Etes-vous satisfaits de la mise en œuvre de ces mesures ? Si oui, pourquoi ? Si non, donnez les raisons
- m) Quels sont les éléments couverts par les mesures d'exemption ou de gratuité ? : Consultations, médicaments, actes de soins ?

#### **5. Communication sur les mesures d'exemption**

- n) Les mesures d'exemption et les conditions d'en bénéficier sont-elles vulgarisées ?
- o) Par quels moyens cette vulgarisation se fait-elle ? des actions de sensibilisation à l'endroit des cibles ? des actions de sensibilisation à l'endroit des acteurs ? (Citez les différents canaux utilisés)
- p) Pensez-vous que les formations sanitaires sont au courant de ces mesures d'exemption ? si oui ou non, pourquoi ?
- q) Les agents de santé prennent-ils le temps pour vous expliquer le circuit et les conditions de prise en charge ?

#### **6. Difficultés relatives aux mesures d'exemption et recommandations**

- r) Selon vous, y a-t-il des difficultés relatives à la mise en œuvre de ces mesures ? (si oui, citez les difficultés rencontrées)
- s) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des autorités pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- t) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des agents de santé pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemption ?
- u) Quelles recommandations pouvez-vous faire à l'endroit des organisations de la société civile pour améliorer l'effectivité des mesures d'exemptions ?
- v) Avez-vous autres commentaires ?

■ **Annexe 2 : liste des structures enquêtées**

Numéro	Nom de la structure
1.	District sanitaire de Boulmiougou
2.	District sanitaire de Bogodogo
3.	CHU Bogodogo
4.	CHU Yalgado OUEDRAOGO
5.	CMA Pissy
6.	CM Nagrin
7.	CSPS Sondogo
8.	CSPS Trempe d'accueil Ouaga 2000
9.	CSPS Wemtenga
10.	Direction Générale de la Protection Sociale (DGPS)
11.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU)
12.	Secrétariat Technique des Reformes sur le Financement de la Santé
13.	RAMS-BF
14.	ASMADE
15.	Mutuelle LAAFI BAORE
16.	SOSJD
17.	Conseil National des Personnes Agées (CNPA)
18.	ST/Paludisme
19.	RAME

**Siège : Ouagadougou, Secteur 24, Rue Sœur Delphine, Arrondissement 1, Koulouba**

**25 33 41 16**

**[www.rame-int.org](http://www.rame-int.org)**

**[secretariat@rame-int.org](mailto:secretariat@rame-int.org)**

