



PLAN STRATÉGIQUE DE PLAIDOYER 2026-2030

RAME : Organisation citoyenne de plaidoyer pour la santé et la souveraineté sanitaire
« Notre santé, notre souveraineté »

TABLE DES MATIERES

Sigles et abréviations	4
I. PRESENTATION DU RAME	5
II. ANALYSE DU CONTEXTE	5
2.1. Contexte général	5
2.2. Contexte sanitaire	7
2.2.1. Cadre règlementaire du droit à la santé	7
2.2.2. Organisation du système de santé	7
III. APPROCHE METHODOLOGIE	8
IV. ANALYSE DES ENJEUX SANITAIRES ET PROPOSITION DES ALTERNATIVES POLITIQUES	9
4.1. Analyse des enjeux du système de santé	9
4.1.1. Insuffisance et iniquité de répartition des Ressources Humaines en Santé (RHS) 9	
4.1.2. Ruptures de produits de santé et faiblesse de la pharmacie hospitalière	9
4.1.3. Financement insuffisant et inadéquat	10
4.1.4. Dépendance pharmaceutique extérieure	10
4.1.5. Infrastructures et équipements insuffisants / mal entretenus	11
4.1.6. Limitation des soins dans les Zones à Accès Difficiles	12
4.1.7. Faible préparation et réponse aux catastrophes et urgences sanitaires	12
4.1.8. Faible articulation intersectorielle	13
4.1.9. Non-appropriation et adhésion limitée des populations au système de santé moderne	13
4.1.10. Insuffisance de leadership et gouvernance sanitaire	14
4.2. Proposition des alternatives politiques	16
4.2.1. Amélioration de la disponibilité des ressources humaines de santé (RHS) de qualité 16	
4.2.2. Ruptures de produits de santé et faiblesse de la pharmacie hospitalière	16
4.2.3. Financement insuffisant et inadéquat	17
4.2.4. Dépendance pharmaceutique extérieure	17
4.2.5. Infrastructures et équipements insuffisants	18
4.2.6. Inaccessibilité des soins dans les zones d'accès difficile	19
4.2.7. Faible préparation et réponse aux catastrophes	19
4.2.8. Faible articulation intersectorielle	20
4.2.9. Non-appropriation et faible adhésion des populations	20
4.2.10. Insuffisance de leadership et gouvernance sanitaire	20
V. STRATEGIE D'INTERVENTION	21
Axe1 : Renforcement de la gouvernance et redevabilité démocratique en santé	21
Axe 2 : Financement équitable et durable de la santé	22
Axe 3 : Souveraineté pharmaceutique et sécurité des produits de santé	23
Axe 4 : Santé communautaire et participation sociale	24

Axe 5 : Qualité des soins, équité et droits humains.....	25
Axe 6 : Mobilisation citoyenne et ancrage culturel en santé	26
Axe 7 : Renforcement institutionnel, stratégique et militant du RAME	27
VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	28
6.1. Instance suprême d'orientation : le Conseil National	28
6.2. Pilotage stratégique : le Conseil d'Administration (CA).....	29
6.3. Organe de gestion et de coordination : La direction Exécutive	29
6.4. Décentralisation de la mise en œuvre	29
6.5. Processus de mise en œuvre	29
VII. CADRE DE SUIVI-ÉVALUATION.....	30
7.1. Objectifs.....	30
7.2. Mécanismes de suivi-évaluation	30
7.3. Outils	30
VIII. BUDGET ET MOBILISATION DE RESSOURCES	30
Axe 1 : Renforcement de la gouvernance et redevabilité démocratique en santé	31
IX. CONCLUSION.....	31
Reference bibliographique.....	33
Annexe 1 : Budget du plan stratégique.....	34
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des activités par axe et par année	39

Sigles et abréviations

AES	Alliance des États du Sahel
AMA	Agence Africaine du Médicament
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
AV	Accoucheuse Villageoise
CA	Conseil d'Administration
CAMEG	Central d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques
CEDEAO	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLM	Community Lead Monitoring
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CN	Conseil National
CNAMU	Caisse National D'Assurance Maladie Universelle
COGES	Comité de Gestion
CONASUR	Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sanitaire
CSU	Couverture Santé Universelle
DE	Direction Exécutif
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
FAO	Food And Agriculture Organisation
IDH	Indice de Développement Humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MEDIFA	Laboratoire des Médicaments du Faso
OCASS	Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RAME	Réseau Accès aux Médicaments Essentiels
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RHS	Ressources Humaines de Santé
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SYSCEBNL	Système Comptable des Entités à But Non Lucratif
UA	Union Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZAD	Zones à Accès Difficiles

I. PRESENTATION DU RAME

Le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) a été reconnu officiellement le 25 septembre 2003, bien que ses activités aient débuté en 2021. L'organisation est née dans le contexte des discussions sur les barrières imposées par les brevets à l'accès des pays pauvres aux médicaments contre le VIH/Sida.

Sa mission est d'influencer les politiques publiques pour un accès équitable des populations aux soins de santé de qualité à travers l'analyse des politiques, la veille sur les dysfonctionnements dans l'offre de soins et le plaidoyer auprès des détenteurs d'enjeux et de décision. Ses moyens d'action sont la mobilisation des communautés, la production d'évidences, la formulation d'alternatives, la recherche et le plaidoyer.

Actuellement le RAME est une organisation de personnes physiques et compte plus de 50 membres.

Depuis mars 2024, le RAME a acquis le statut d'ONG nationale en signant une convention d'établissement (N°48) avec le gouvernement du Burkina Faso à travers le ministère de l'Économie et des finances le 21 mars 2024.

Le RAME occupe une place stratégique dans le domaine de la santé par la constance de son engagement citoyen pour l'amélioration des politiques de santé au Burkina Faso. Il dispose de plus de 20 ans d'expériences dans le recueil et la diffusion continue d'informations sur la situation sanitaire et l'état d'exécution des lois et règles en matière de santé, les campagnes continues d'information et de formation des populations, des propositions aux autorités et partenaires compétents d'initiatives les plus adaptées, des plaidoyers pour l'accès aux soins de santé pour tous, des renforcements de capacités des Organisations de la Société Civile et la mise en œuvre des projets d'intervention en matière de santé.

Fort de son engagement et de sa contribution dans le renforcement du système de santé, le RAME a vu ses mérites reconnus en 2024 à travers une décoration nationale comme chevalier de l'ordre du mérite Burkinabè.

Le RAME a une envergure sous régionale à travers les projets sous régionaux qu'il a portés, notamment l'Observatoire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) sur le Burkina Faso, la Guinée et le Niger, ainsi que la Plateforme régionale du Fonds mondial pour la société civile en Afrique Francophone qui couvrent 23 pays d'Afrique francophone. Ce dernier projet s'est mué en Hub d'apprentissage Régional du Fonds mondial pour l'Afrique francophone.

En matière de gouvernance, les organes statutaires de gestion du RAME comprennent :

- Un Conseil National (CN), composé des membres adhérents qui est l'organe suprême de décision du réseau et se réunit en session ordinaire tous les (03) ans ;
- Un Conseil d'Administration (CA), qui est l'organe d'administration et de direction stratégique du réseau, composé de sept (07) membres. Il se réunit en session ordinaire une (01) fois par semestre, pour valider les rapports semestriels et les plans de travail de la Direction Exécutive ;
- Une Direction Exécutive (DE), composée de techniciens recrutés pour assurer la mise en œuvre quotidienne des activités.

La gestion administrative et financière se fait dans un esprit de redevabilité et de transparence dans le respect des normes et dispositions en vigueur du SYSCEBNL. Actuellement, le siège du RAME est situé à Koulouba non loin de la base aérienne au côté Ouest de l'Archevêché de Ouagadougou. Le secrétariat est joignable au +226 25334116, secretariat@rame-int.org

II. ANALYSE DU CONTEXTE

2.1. Contexte général

Le Burkina Faso est un pays sahélien qui s'étend sur une superficie d'environ 274 200 km². Il est limité par le Mali (Nord-Ouest), le Niger (Nord-Est), le Bénin (Sud-Est) et la Côte d'Ivoire,

le Ghana et le Togo (Sud). Il est subdivisé en 17 régions, 47 provinces, 351 communes dont 49 urbaines et 302 rurales et 8824 villages administrativement reconnus.¹

La politique de décentralisation engagée depuis 1993, a abouti en une communalisation intégrale en 2006, avec le transfert de certaines compétences et des ressources aux collectivités territoriales (régions et communes), dont celle des soins de santé primaire. Cette subdivision jusqu'au niveau village favorise l'autonomie de gestion de la santé au niveau local. Avec un taux d'accroissement de 2,94% par an, la population du Burkina Faso est estimée à 23 701 939 habitants en 2024. Elle est majoritairement jeune et féminine, car, les moins de 15 ans et les femmes représentent respectivement 45,3% et 51,7% de la population totale. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 24,14%.

Sur la période de 2006 à 2019, 73,8% de la population vivaient en milieu rural contre 26,3% en milieu urbain. Seulement 23% des femmes et 38% des hommes sont considérés comme étant alphabétisés.

Le taux brut de natalité est de 39,4 naissances vivantes pour mille habitants et la mortalité générale est de 9,2‰. L'espérance de vie à la naissance est de 61,9 ans².

D'après les résultats des enquêtes démographiques et de santé 2015 et 2021, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,4 en 2015 à 4,4 en 2021. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (4,9 contre 3,4).³

Le fort taux de natalité et la jeunesse de la population impliquent une forte demande de soins de santé maternelle et infantile. D'une manière générale, cette situation nécessite des efforts supplémentaires pour couvrir les besoins de la population en services promotionnels, préventifs et curatifs.

Le Burkina Faso est un pays à faible niveau de développement. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,438, il est classé au 185^{ème} rang parmi 189 pays et territoires classés en 20224.

1 Annuaire statistique 2023 de l'administration du territoire

2 5ème RGPH 2019

3 EDS 2021

4Rapport sur le Développement humain 2024. PNUD.

http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/BFA.pdf

Le Burkina Faso compte une soixantaine de groupes ethniques possédant chacune ses traditions et ses manifestations culturelles. L'organisation sociale fait apparaître deux groupes socioculturels : un groupe fortement hiérarchisé avec un chef à sa tête et un groupe dont l'organisation est essentiellement basée sur le droit d'aînesse.

Les échanges socioculturels intercommunautaires constituent le socle du développement d'un riche patrimoine immatériel ayant conduit à l'émergence de nombreuses activités culturelles modernes.

Aussi, le faible taux d'alphabétisation (29,7%), le taux brut de scolarisation au post primaire (45,2%)⁵ et l'incivisme constituent un frein à l'adoption de comportements favorables à la santé.

Les principales religions sont l'islam (63,8%), le catholicisme (20,1%), le protestantisme (6,2%) et la religion animiste (9%).

Depuis la fin de l'année 2015, le Burkina Faso fait face à une situation sécuritaire difficile marquée par des attaques terroristes qui touchent plusieurs régions avec des conséquences qui sont entre autres, les décès de plusieurs personnes, des déplacements importants de populations (plus de 2 millions⁶), l'inaccessibilité de plusieurs zones par l'administration et les services opérationnels de l'État.

Face à cette situation, des changements politiques ont intervenus en janvier 2022 et Septembre 2022 avec une nouvelle dynamique consacrant le retour à la souveraineté nationale dans le cadre de la Révolution Progressiste populaire (RPP).

Dans ce contexte, les autorités affichent une volonté politique forte de bâtir une souveraineté sanitaire.

Par ailleurs, la création de l'Alliance des États du Sahel (AES) en 2023, suivie du retrait de ses membres (Burkina Faso, Mali et Niger) de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en janvier 2024, constituent une recomposition géopolitique majeure de la région qui doit être prise en compte dans la coopération sanitaire et les interventions d'ONG de plaidoyer comme le RAME.

2.2. Contexte sanitaire

2.2.1. Cadre réglementaire du droit à la santé

Au Burkina Faso, le droit à la santé de la population est soutenu par les textes fondamentaux tel que la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Constitution du Burkina Faso du 02 juin 1991 et la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique.

2.2.2. Organisation du système de santé

Au plan administratif, le système de santé est organisé autour de (03) niveaux :

⁵ Tableau de bord des enseignements post-primaires et secondaire, 2012-2022

⁶ CONASUR

- Le niveau central comprend le cabinet du Ministre, le secrétariat général, les directions générales, les directions transversales, les directions rattachées et les directions de service et les secrétariats permanents et techniques. Ce sont les organes de décisions politiques et les instances d'appui technique et stratégique aux régions ;
- Le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de la santé, assure un appui technique aux districts sanitaires et coordonne les activités de santé dans la région ;
- Le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles d'administration des services de santé.

Sur le plan opérationnel, l'organisation de l'offre de soins concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence. Les soins de base sont essentiellement assurés par le CSPS, le CM et le CMA/HD. Les CSPS et les CM offrent le Paquet minimum d'activités (PMA) et les CMA/HD, le paquet d'activités est complémentaire de celui du CSPS permettant d'offrir des soins de référence et d'urgence. Une initiative existe au niveau du ministère en charge de la santé pour transformer les CSPS des chefs-lieux de communes et les CSPS des villes de Ouagadougou et Bobo en Centres médicaux (CM).

Le pays possède une expérience en matière de services à base communautaire qui devrait se renforcer par la création dans chaque village, d'un poste de santé communautaire animé par un agent de santé communautaire. La santé communautaire a confirmé ses potentialités comme approche pour améliorer la couverture de services et de soins des populations en zones éloignées ou d'accès difficiles.

Les soins de référence sont organisés au niveau des CMA/HD, des CHR, CHUR, des CHU et des centres spécialisés. Le circuit de référence et de contre référence du malade dans le système va de la base vers le sommet et vice versa. Au bout de la chaîne, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du Burkina Faso lorsque les soins nécessaires à leur prise en charge ne sont pas offerts par le système national.

Les soins d'urgence sont surtout organisés dans l'ensemble des formations sanitaires en fonction de leur capacité technique. Pour les grandes villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso, on note l'opérationnalisation du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

L'approvisionnement en produits de santé, notamment les médicaments est assuré par la Central d'Achat des Médicaments Essentiels Générique (CAMEG) qui a été restructurée et la gestion entièrement contrôlée par l'Etat depuis 2024.

III. APPROCHE METHODOLOGIE

L'élaboration du plan stratégique de plaidoyer 2026–2030 s'est appuyée sur une approche méthodologique articulant cocréation participative et collecte structurée de données, dans une logique inclusive et multisectorielle.

Dès le démarrage, des échanges de haut niveau ont été conduits avec des acteurs issus des directions ministérielles, des programmes nationaux de santé et d'institutions clés. Ces concertations ont permis de clarifier les enjeux prioritaires, de consolider les orientations de fond et, surtout, de contribuer à la formalisation du cadre général du plan. Dans la même dynamique, des rencontres de cocréation avec les membres du Conseil d'Administration et le personnel de la Direction exécutive du RAME ont permis d'impliquer pleinement les équipes internes, de discuter les priorités, d'enrichir les propositions et de garantir l'appropriation collective des choix stratégiques.

Afin d'élargir la réflexion au-delà du cadre national et d'ancrer le plan dans les dynamiques et défis partagés à l'échelle de la sous-région, le processus a également intégré une consultation régionale sous forme de webinaire. Cette session a mobilisé des spécialistes de la sous-région qui ont réalisé des présentations thématiques, suivies d'échanges interactifs avec les participants. Les discussions ont porté, d'une part, sur les enjeux sanitaires actuels (tendances, vulnérabilités, contraintes de système, priorités émergentes) et, d'autre part, sur la place et le rôle stratégique de la société civile dans la construction de la souveraineté sanitaire, notamment à travers le plaidoyer, la veille citoyenne, la redevabilité publique, la mobilisation communautaire et la consolidation du dialogue politique. Enfin, pour assurer la

légitimité institutionnelle du document et consolider la redevabilité interne, une validation du plan par le Conseil d'administration du RAME a été réalisée au cours d'une de ses sessions ordinaires.

Sur le plan des données probantes, l'élaboration du plan s'est fondée sur une combinaison de sources primaires et secondaires. Une première source primaire a été un sondage conduit du 01 au 06 octobre 2025, visant à recueillir les perceptions et priorités relatives aux enjeux sanitaires majeurs, ainsi qu'aux engagements attendus du RAME. En complément, une revue documentaire a été réalisée. Elle a notamment consisté à exploiter les statuts et le règlement intérieur du RAME pour garantir l'alignement du plan avec sa mission, ses principes et son cadre de gouvernance. Cette revue a été enrichie par l'analyse de documents nationaux de référence, dont le PNDS, les rapports alternatifs annuels de l'OCASS, ainsi que d'autres documents stratégiques pertinents. Enfin, l'exploitation de documents sous-régionaux et internationaux, de même que de déclarations et engagements majeurs, a permis d'approfondir les analyses, de situer le plan dans un cadre plus large et de renforcer sa cohérence stratégique.

IV. ANALYSE DES ENJEUX SANITAIRES ET PROPOSITION DES ALTERNATIVES POLITIQUES

4.1. Analyse des enjeux du système de santé

4.1.1. Insuffisance et iniquité de répartition des Ressources Humaines en Santé (RHS)

Le système de santé burkinabè est confronté à une insuffisance criante de ressources humaines, tant en nombre qu'en qualité. En 2022, on estimait 0,147 médecin pour 1 000 habitants (soit environ 1,47/10 000) et 1,0 infirmier/sage-femme pour 1 000 (soit 10 /10 000). Ensemble, cela représente environ 11,5 professionnels (médecins + infirmiers/ sage-femmes) pour 10 000 habitants, très en-deçà du seuil OMS « SDG » de 4,45/1 000 (44,5/10 000) nécessaire pour progresser vers la CSU. À titre de repère mondial (2022), la moyenne est d'environ 17,2 médecins/10 000 et 37,7 infirmiers/sage-femmes/10 000.

La répartition des agents est profondément inégalitaire : les grandes villes et les hôpitaux universitaires concentrent la majorité du personnel de haute qualité, tandis que les zones rurales et les zones à accès difficile sont laissées pour compte. Cette situation est aggravée par l'absence d'incitations durables pour attirer et retenir le personnel dans les zones difficiles d'accès, mais aussi par des départs fréquents vers le privé ou l'étranger. Pour atteindre le seuil OMS (44,5/10 000), l'ordre de grandeur de l'effort serait d'environ 76 000 professionnels supplémentaires (médecins, infirmiers et sage-femmes) si l'on applique ce seuil à une population d'environ 23 millions.

A cette insuffisance quantitative s'ajoute le défi de la formation et de la qualité des prestataires de soins. Nous sommes dans un contexte dynamique marqué par l'évolution des pratiques médicales, l'intégration de nouvelles méthodes de soins et l'apparition de nouvelles pathologies qui nécessitent que les agents de santé puissent avoir la possibilité d'un renforcement continu de leur capacité. Malheureusement pour des raisons essentiellement financières, peu de prestataires de soins bénéficient d'opportunité pour la spécialisation ou les mises à jour importantes.

Tout cela abouti à une surcharge de travail pour les agents restants, une baisse de la qualité des soins, et un sentiment d'abandon des communautés rurales et fragiles.

4.1.2. Ruptures de produits de santé et faiblesse de la pharmacie hospitalière

Les ruptures récurrentes de médicaments et d'intrants essentiels (antipaludiques, ARV, vaccins, réactifs de laboratoire) constituent un problème critique documenté dans plusieurs rapports nationaux et internationaux. Selon l'annuaire statistique 2023 du Ministère de la Santé, le taux de rupture des médicaments traceurs au niveau des dépôts régionaux était de 11,6% et seuls 11,3% des dépôts de médicaments essentiels génériques (DMEG)

n'avaient pas connu de rupture, très loin de la cible de 50% fixée par le plan sectoriel. L'OMS recommande un seuil de disponibilité d'au moins 95% des médicaments essentiels pour garantir la sécurité des soins.

Ces ruptures trouvent leur origine dans :

- Une chaîne d'approvisionnement fragile, centralisée autour de la CAMEG, qui importe près de 98% des médicaments utilisés au Burkina Faso et qui n'arrive pourtant pas à satisfaire toutes les commandes des formations sanitaires.
- Les retards chroniques de remboursement de la gratuité des soins par l'État, qui déséquilibrent la trésorerie et limitent la capacité d'achat ;
- La marginalisation de la pharmacie hospitalière, encore dépourvue de systèmes modernes de gestion, de pharmacie clinique et de comités thérapeutiques fonctionnels, contrairement aux recommandations de la stratégie nationale qualité et sécurité des patients (2018),
- Une pharmacie centrale des hôpitaux qui peine à se mettre en place,

Pour les patients, cela se traduit par une errance thérapeutique, des achats onéreux dans le privé, une exposition accrue aux médicaments de rue ou de qualité inférieure et une défiance vis-à-vis du système public. Les ruptures deviennent un symbole d'inefficacité et alimentent la corruption et le recours aux circuits parallèles.

4.1.3. Financement insuffisant et inadéquat

Le financement du secteur reste faible, instable et inéquitable. Malgré quelques efforts, la part du budget national consacrée à la santé n'a jamais atteint l'engagement d'Abuja (2001) de consacrer 15 % du budget national à la santé et stagne autour de 8 à 12 %. Selon les données OMS (Global Health Expenditure Database, 2021), la dépense publique de santé par habitant au Burkina Faso est d'environ 45 USD/an, contre une moyenne africaine proche de 100 USD/an, illustrant l'écart de ressources mobilisées.

Les paiements directs des ménages représentent plus de 34 % des dépenses courantes de santé, exposant les familles à des dépenses catastrophiques et à des renoncements aux soins, alors que la Commission macroéconomie et santé de l'OMS (2001) a souligné que la dépendance excessive aux paiements directs est une source d'iniquité et un frein majeur à la CSU. Elle recommandait que la charge directe des ménages descende sous le seuil de 15-20 % pour ne pas compromettre l'accès aux soins. De même, le Rapport sur la santé mondiale 2010 (OMS) insiste sur la nécessité de privilégier des financements publics prépayés (impôts, assurances sociales) pour progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Les Comité de Gestion des centres de santé (COGES) , censés soutenir la gestion locale, souffrent de gouvernance fragile et opaque. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU), qui devait être le pivot de la couverture sanitaire universelle, reste inachevée, avec un démarrage opérationnel limité et des exigences d'enrôlement qui ne s'accommodent pas totalement avec les réalités socio-économiques des populations. Depuis novembre 2025, les cotisations pour l'assurance maladie ont effectivement démarré pour les travailleurs du public qui ont déjà un minimum de couverture à travers les cotisations sociales, pendant que les communautés locales restent toujours en attente. Cette situation compromet la mise en œuvre de l'ODD 3.8 (Couverture sanitaire universelle).

Il existe une faible contribution financière des collectivités locales (Communes et régions) qui selon le décret n°2014-920/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPTSS du 10 octobre 2014 ont la compétence de gestion des CSPS et des CMA au Burkina Faso.

Cette combinaison de sous-financement et de mauvaise gouvernance entretient la dépendance aux bailleurs, mine la confiance des citoyens, entraîne des dépenses catastrophiques pour les ménages et une dépendance accrue aux financements extérieurs.

4.1.4. Dépendance pharmaceutique extérieure

Le Burkina Faso importe près de 98 % de ses besoins en médicaments et produits de santé. Cette dépendance expose le pays à toutes les crises mondiales (fluctuations monétaires, pandémies, guerres géopolitiques).

Pourtant, le pays a connu plusieurs tentatives et expériences de production locale :

- La SONAPHARM dans les années 1980-1990 avait engagé une dynamique de production de médicaments génériques, vite arrêtée pour des raisons de gouvernance et de soutenabilité économique.
- La mise en place de FASOPHARMA plus récemment, avec l'appui de partenaires, visait à relancer la production de médicaments essentiels, mais les capacités restent limitées à quelques intrants et à des volumes insuffisants pour répondre aux besoins nationaux.
- La production locale de solutés avait été assurée par MEDIFA, mais cette initiative a été progressivement étouffée par les importations massives centralisées via la CAMEG, ce qui a conduit à l'arrêt de ses activités malgré un potentiel important. L'expérience MEDIFA met en évidence plusieurs enseignements : (i) la faisabilité technique d'une production locale conforme aux besoins, (ii) la vulnérabilité des producteurs locaux face à la concurrence des importations si des mécanismes de protection et de quotas d'achat public ne sont pas instaurés, (iii) l'importance d'un appui politique et réglementaire fort pour soutenir la compétitivité, et (iv) la nécessité d'intégrer les producteurs locaux dans les stratégies nationales d'approvisionnement afin de garantir leur viabilité économique et leur contribution à la souveraineté pharmaceutique.
- D'autres initiatives de production de consommables médicaux (par ex. U-Pharma, Gamet Inno Faso, Propharm, Consomed, SOPHACOB, Phyto-Fla,...) ont émergé ponctuellement, mais sans cadre politique ni soutien industriel fort, ce qui les a empêchées d'atteindre une viabilité durable.
- Le secteur privé pharmaceutique reste focalisé sur l'importation et la distribution, faute d'incitations et de protection réglementaire.

Cette situation est aggravée par la faiblesse des politiques industrielles nationales, un cadre réglementaire peu incitatif à l'investissement local ou à l'innovation, et surtout par les contraintes liées à l'évolution continue des normes internationales de production (bonnes pratiques de fabrication – GMP, normes ISO, directives OMS). Ces normes exigent des investissements lourds en infrastructures, équipements, assurance qualité et contrôle réglementaire que le pays peine encore à atteindre. Les écarts entre les standards requis et les capacités locales freinent la mise en place d'une industrie pharmaceutique compétitive et certifiée, surtout si des mesures incitatives douanières n'accompagnent pas les investisseurs. Tout cela occasionne des ruptures aggravées en période de crise, prix élevés pour les patients, dépendance accrue et perte de souveraineté sanitaire.

4.1.5. Infrastructures et équipements insuffisants / mal entretenus

Le maillage sanitaire a progressé avec la multiplication des CSPS, mais une grande partie des infrastructures est vétuste ou inadaptée. Les hôpitaux souffrent de plateaux techniques insuffisants ou d'équipements défectueux faute de maintenance. Selon l'OMS, plus de 50 % des infrastructures de santé dans de nombreux pays à faible revenu ne répondent pas aux normes minimales de sécurité, d'hygiène et d'accessibilité universelle. Les standards internationaux (OMS, ISO, directives de la Banque mondiale) recommandent que chaque structure dispose d'un plan de maintenance préventive, d'un système d'approvisionnement en eau et électricité fiables et de plateaux techniques adaptés aux niveaux de soins. La multitude de marque d'appareils sur le terrain.

Au Burkina Faso, de nombreux CSPS ne disposent pas d'eau potable permanente ni d'électricité fiable, ce qui limite la qualité des soins obstétricaux et néonataux. Les maternités, souvent délabrées, ne respectent pas toujours les normes de sécurité et de confidentialité des soins recommandées par l'OMS dans son initiative « Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets ». Les hôpitaux régionaux manquent fréquemment de scanners ou d'équipements d'imagerie, alors que les standards de l'OMS et de l'Union africaine sur les infrastructures hospitalières prévoient au minimum un accès fonctionnel à l'imagerie de base (rayons X, échographie) pour les hôpitaux de référence.

La planification est souvent déficiente, parfois entachée de corruption dans les marchés publics. Conséquence : salles d'accouchement délabrées, hôpitaux surchargés sans scanner,

patients contraints à de longs déplacements pour un simple examen. Ces écarts entre normes internationales et réalité burkinabè renforcent le sentiment d'abandon et la perte de confiance dans le système.

Ces situations entraînent comme conséquences : soins limités, perte de confiance, non-respect des standards internationaux.

Dans ce contexte, l'Initiative présidentielle pour la santé prévoit une transformation ambitieuse : convertir progressivement les CSPS des chefs-lieux de communes en centres médicaux communaux avec un niveau de plateau technique identique ou supérieur aux centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) actuels, pour rapprocher les services chirurgicaux de base des populations, et construire de nouveaux centres hospitaliers de référence dans les principales régions afin de moderniser l'offre de soins spécialisés. Ces investissements visent à corriger le déficit d'équipements lourds, améliorer la résilience des hôpitaux et aligner les infrastructures nationales sur les standards internationaux.

4.1.6. Limitation des soins dans les Zones à Accès Difficiles

Depuis 2015, l'insécurité a fermé ou paralysé des centaines de CSPS. En 2024–2025, les analyses du Cluster Santé/HeRAMS indiquent qu'environ 31 % des formations sanitaires sont affectées par la crise, dont environ 17,7 % totalement fermées. Dans les 10 régions les plus touchées, plus de 424 formations étaient fermées et 309 ne fonctionnaient qu'à capacité minimale, privant plus de 7 millions de personnes d'un accès régulier aux soins de santé. Parallèlement, le pays comptait au 31 mars 2023, 2 062 534 personnes déplacées forcées selon les statistiques officielles du CONASUR, ce qui accentue la pression sur les structures encore fonctionnelles.

Le personnel de santé est menacé (intimidations, enlèvements, attaques), et de nombreux agents refusent d'exercer dans les zones difficiles d'accès. Les moyens d'évacuation ou de transfert des malades ont été détruits ou confisqués dans certaines zones. A cela s'ajoute la limitation de la circulation vers certaines zones pour les approvisionnements en intrants ou pour le transfert du personnel et des malades.

Ainsi, malgré la réactivation des accoucheuses villageoises (AV), la mise en place des volontaires nationaux, force est de constater que les soins de santé primaires deviennent inexistantes ou très limités dans certaines zones : interruption des vaccinations de routine, baisse du suivi prénatal et postnatal, ruptures dans la prise en charge de certaines pathologies telles que le paludisme et des maladies infantiles, évacuations et références obstétricales difficiles voire impossibles.

Les conséquences de cette situation sont : une mortalité élevée et la rupture du lien État–communautés.

4.1.7. Faible préparation et réponse aux catastrophes et urgences sanitaires

Le pays est exposé à des aléas climatiques et sanitaires récurrents (inondations, sécheresses, épidémies). En 2023, par exemple, les inondations ont affecté plus de 150 000 personnes et détruit des dizaines d'infrastructures de santé, tandis que la sécheresse récurrente accroît l'insécurité alimentaire qui touche près de 3,3 millions de personnes (OCHA 2024). Les épidémies restent fréquentes : en 2023, la dengue a causé plus de 160 000 cas et 724 décès, en 2024 l'épidémie de rougeole a fait 08 décès sur 23557 cas et la méningite continue d'être récurrente.

7 chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.sante.gov.bf/fileadmin/user_upload/storages/fichiers/bulletin_sante_n_2_13-8-1.pdf

Pourtant, la préparation reste faible, centralisée, et souvent limitée à des documents non appliqués. Les plans de contingence élaborés par le ministère de la Santé ou les structures décentralisées sont rarement testés ou financés. Le manque de coordination intersectorielle – entre santé, eau, agriculture, environnement et protection civile – et l'absence de financement d'urgence aggravent la vulnérabilité. Chaque crise entraîne des pertes humaines et matérielles évitables, en contradiction avec les engagements du Cadre de Sendai (2015-2030) qui oblige les États à préparer et réduire les risques par des systèmes multisectoriels, et avec les Règlements sanitaires internationaux (RSI, OMS 2005) qui exigent des capacités minimales de surveillance, d'alerte et de réponse. De plus, la Banque mondiale et l'OMS (2019) recommandent de consacrer au moins 5 % des dépenses de santé à la préparation et à la résilience, alors que le Burkina Faso reste en-deçà de ce seuil (<1 % du budget national en 2022).

Tout ceux-ci s'ajoutent à la situation sécuritaire actuelle qui a engendré une crise sanitaire importante dans les zones touchées avec la fermeture des centres de santé, la suspension des soins primaires essentiels comme la vaccination, les consultations, etc. Dans ce contexte, l'information sanitaire est devenue partielle, impactant négativement la surveillance sanitaire avec les conséquences de recrudescences des épidémies comme évoquées ci-dessus.

4.1.8. Faible articulation intersectorielle

La santé est affectée par des déterminants multiples (finances, travail, protection sociale, environnement, collectivités, sécurité, habitudes, ...). Pourtant, une étude menée par le RAME en 2021 sur les goulots d'étranglement entravant la marche vers la CSU⁸, a relevé une faible coordination intersectorielle et l'absence d'un leadership fédérateur.

Les normes et initiatives internationales insistent sur la nécessité d'intégrer la santé dans toutes les politiques (Health in All Policies – HiAP) et d'adopter une approche One Health, qui lie santé humaine, santé animale et protection de l'environnement. L'OMS et la FAO soulignent que près de 60 % des maladies infectieuses émergentes proviennent de l'interface homme-animal-environnement, ce qui impose une coordination accrue entre secteurs de la santé, de l'agriculture, de l'élevage et de l'environnement. De plus, l'Agenda 2030 et les ODD appellent explicitement à des politiques transversales pour atteindre la CSU.

Au Burkina Faso, la faible articulation intersectorielle se traduit par des plans et actions parallèles : programmes de lutte contre les zoonoses, menés isolément, interventions environnementales non reliées aux plans sanitaires, initiatives sociales ou de protection sans intégration avec les politiques de santé. Cela conduit à une dispersion des ressources et à une inefficacité dans la mise en œuvre de la CSU et a pour conséquence : inefficacité, fragmentation, perte d'impact, vulnérabilité accrue aux crises sanitaires et climatiques.

4.1.9. Non-appropriation et adhésion limitée des populations au système de santé moderne

Une étude socio-anthropologique menée par le RAME en 2021 sur la perception des problématiques liées à la santé⁹, mettent en évidence une faible appropriation du système de santé moderne par les populations, en raison d'un déficit de communication et d'une méconnaissance de la CSU. Les représentations sociales de la santé et de la maladie,

⁸ Goulots d'étranglement entravant la marche vers la CSU, rapport d'analyse

⁹ Représentation de la santé, les moyens pour la sauvegarder ou la restaurer et la responsabilité des acteurs au Burkina Faso, RAME, 2021

influencées par les traditions, le mysticisme et les pratiques endogènes (y compris la médecine traditionnelle), ne sont pas suffisamment prises en compte dans les politiques publiques et dans les messages institutionnels.

Cette situation crée un écart entre les politiques de santé, les attentes et les perceptions populaires, entraînant incompréhension, adhésion limitée et parfois rejet ou résistance. Les communautés perçoivent souvent la CSU et les réformes sanitaires comme des initiatives technocratiques éloignées de leurs réalités culturelles et sociales. Ce qui se traduit par : adhésion faible, résistances sociales, légitimité limitée des réformes.

4.1.10. Insuffisance de leadership et gouvernance sanitaire

La gouvernance sanitaire est instable et fragmentée : changements fréquents d'organigrammes, rotations rapides des responsables, absence de continuité des réformes. Depuis 2022, le Burkina Faso a connu pas moins de 4 secrétaires généraux du ministère de la Santé en trois ans, ce qui illustre l'instabilité institutionnelle et la difficulté à assurer une mise en œuvre cohérente des politiques. Selon l'OMS, la stabilité du leadership et la redevabilité sont des conditions essentielles pour atteindre la CSU.

Les cadres de concertation sont multipliés mais peu fonctionnels. Les organes de dialogue (comités sectoriels, cadres de concertation régionaux) se réunissent rarement et produisent peu de décisions contraignantes. La société civile et les communautés sont marginalisées dans les décisions, malgré les engagements internationaux (Déclaration d'Alma-Ata, 1978 ; Déclaration d'Astana, 2018) qui insistent sur la participation communautaire comme pilier des systèmes de santé résilients.

La corruption dans la gestion des fonds, des affectations et des marchés continue d'affaiblir la légitimité du système. Transparency International place régulièrement le Burkina Faso dans la moyenne basse de l'indice de perception de la corruption, ce qui affecte la confiance des citoyens dans les institutions sanitaires. De plus, le non-respect des bonnes pratiques de gouvernance (transparence, redevabilité, efficacité) s'éloigne des standards de l'OMS en matière de gouvernance sanitaire.

Le rapport du RAME, ci-dessus cité, soulignent aussi la confusion persistante entre CSU et AMU jusque dans les directions centrales, et un manque de vision politique claire pour la CSU. Cette confusion retarde la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle et fragilise la crédibilité du pays vis-à-vis des partenaires techniques et financiers.

Tableau 1: Synthèse des conséquences des insuffisances du système de santé

Insuffisances	Conséquences sanitaires sociales	et	Conséquences macro-systémiques	Références internationales
Insuffisance et iniquité de répartition des Ressources Humaines de Santé (RHS)	- Surcharge de travail, démotivation - Exode vers privé/étranger - Désertification zones rurales/ZADS - Baisse qualité services		- Incapacité à atteindre seuil OMS (44,5/10 000) - Frein CSU et développement socio-économique	OMS (seuil densité RHS), ODD 3.c
Ruptures de produits de santé et faiblesse de la pharmacie hospitalière	- Errance thérapeutique - Dépenses directes accrues - Recours médicaments de rue - Morbidité/mortalité évitable		- Perte de confiance - Corruption accrue - Iniquité territoriale	OMS (95% disponibilité médicaments), Abuja 2001

Financement insuffisant inadéquat	et	- Renoncements aux soins - Dépenses catastrophiques ménages - Sous-financement santé primaire	- Non-respect Abuja (15%) - Dépendance bailleurs - Faible protection sociale	Commission macroéconomie santé (OMS), Abuja 2001
Dépendance pharmaceutique extérieure		- Ruptures aggravées en crises - Prix élevés - Vulnérabilité patients	- Perte de souveraineté - Fragilisation initiatives locales (SONAPHARM, FASOPHARMA, MEDIFA) - Non-conformité GMP/ISO	Normes GMP/ISO/OMS, ODD 3.b
Infrastructures équipements insuffisants / mal entretenus	et	- Soins limités - Retards de référence - SONU incomplets - Vies évitables perdues	- Ecart avec standards OMS/UA - Gaspillage ressources (corruption) - Faible attractivité public	OMS (SONU complets), UA normes hôpitaux
Inaccessibilité des soins dans les ZADS		- Surmortalité maternelle/infantile - Interruption EPI, SONU - Épidémies non contrôlées - Pression sur structures d'accueil	- Rupture lien Etat-communautés - Inégalités territoriales - Dépendance humanitaire	Sphere (2018), MISP/IAWG, OMS Health Cluster
Faible préparation et réponse aux catastrophes	et	- Pertes humaines - Propagation épidémies - Destructures infrastructures	- Non-respect Cadre Sendai - Vulnérabilité chronique - Retard développement	Cadre Sendai 2015-2030, RSI (OMS 2005), OMS/BM (5% budget santé)
Faible articulation intersectorielle		- Actions parallèles - Dispersion ressources - Inefficacité politiques	- Non-intégration One Health - Vulnérabilité zoonoses/climat - Faible atteinte ODD	OMS One Health, HiAP, ODD 3,13,15
Non-appropriation et adhésion limitée des populations	et	- Faible recours services - Recours tradipraticiens - Résistance réformes	- Echec réformes faute d'appropriation - Légitimité limitée institutions - Inégalités culturelles/sociales persistantes	Alma-Ata (1978), Astana (2018), UHC2030
Insuffisance leadership de gouvernance	et	- Réformes incohérentes - Marginalisation société civile - Corruption - Faible participation	- Perte de confiance citoyenne - Faible crédibilité PTF - Eloignement standards	OMS (gouvernance santé), UHC2030, Transparency Intl., GGM OMS

Il faut noter que les insuffisances ci-dessus analysées pour le Burkina Faso sont aussi rencontrées dans les autres pays de l'AES qui sont du reste des pays limitrophes et qui partagent plusieurs aspects culturels, économiques et sociaux.

4.2. Proposition des alternatives politiques

4.2.1. Amélioration de la disponibilité des ressources humaines de santé (RHS) de qualité

- **Recrutement massif et planifié** : élaborer un plan national aligné sur le seuil OMS (44,5/10 000) avec des quotas annuels obligatoires, une cartographie fine des besoins par région et des mécanismes de suivi transparents. Ce plan doit également préciser les spécialités prioritaires à recruter (médecins généralistes, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, sage-femmes, pharmaciens, techniciens de laboratoire, etc.) en fonction des déficits identifiés par niveau de soins.
- **Répartition équitable des ressources humaines** : Il doit aussi veiller à équilibrer la répartition des ressources humaines selon les besoins spécifiques de chaque localité, sur la base d'évaluations régulières des charges de travail et des indicateurs de performance des structures de santé. Les concours de recrutement devraient être organisés régulièrement, avec des mécanismes d'intégration rapide pour les jeunes diplômés et la diaspora.
- **Incitations pour zones rurales/ZADS** : renforcer le paquet incitatif complet comprenant des primes de risque, logements sociaux adaptés, accès facilité à des écoles de qualité pour les enfants du personnel, ainsi qu'un suivi psychosocial. Un fonds spécial de soutien au personnel en zone à défi sécuritaire pourrait être créé.
- **Task-shifting** : déléguer certains actes médicaux aux paramédicaux, et certains actes paramédicaux aux agents de santé communautaire, de manière encadrée et progressive. Cela inclut par exemple les soins préventifs, certains dépistages ou la gestion de maladies simples, sur le modèle du programme HEW en Éthiopie. Cette délégation doit être sécurisée par des textes réglementaires nationaux, accompagnée de formation certifiante, de supervision structurée et d'une intégration dans le système officiel de carrière.
- **Télémédecine** : développer des plateformes de e-santé et de télé-expertise pour réduire l'isolement des professionnels en zones difficiles. Cela inclut la mise en place de centres régionaux de télémédecine, des applications mobiles sécurisées, et des partenariats avec les universités pour assurer un mentorat à distance.

4.2.2. Ruptures de produits de santé et faiblesse de la pharmacie hospitalière

- **Mise en place d'une politique de commande groupée sous régionale ou Africaines** : organiser l'achat conjoint de médicaments et intrants de santé au niveau régional pour renforcer le pouvoir de négociation, réduire les coûts et sécuriser les approvisionnements. Cette politique pourrait s'inspirer du modèle de l'UNICEF (achats groupés de vaccins), du Fonds mondial (contrats-cadres internationaux) ou encore de la plateforme africaine de l'AMA (Agence Africaine du Médicament). Elle impliquerait la mise en place d'un mécanisme institutionnel AES de pooling des besoins, d'harmonisation des listes nationales de médicaments essentiels, et d'un fonds commun pour garantir les paiements. Un volet de renforcement des capacités en passation de marchés, suivi logistique et contrôle qualité serait également intégré.
- **Opérationnalisation de la pharmacie hospitalière** : instaurer des comités pharmacothérapeutiques obligatoires dans tous les hôpitaux, chargés d'orienter les prescriptions, de contrôler l'usage rationnel des médicaments et de contribuer à la pharmacovigilance.

- **Digitalisation de la chaîne logistique** : utilisation de logiciels type OpenLMIS pour la traçabilité en temps réel, avec tableaux de bord automatisés, alertes de rupture et interconnexion entre CAMEG, hôpitaux et districts.
- **Promotion de la production locale** : instaurer des quotas d'achat public réservés à la production nationale, accompagnés de mécanismes de soutien aux producteurs locaux (allègements fiscaux, assistance technique, certification qualité) afin de renforcer la compétitivité et de réduire la dépendance extérieure.

4.2.3. Financement insuffisant et inadéquat

- **Augmentation du budget de l'État alloué à la santé** : augmenter progressivement la part du budget santé à 15 %, en cohérence avec les recommandations de la Commission macroéconomie et santé de l'OMS qui préconisent un accroissement soutenu des ressources publiques (au moins +1 % du PIB à court terme et +2 % à moyen terme) pour financer un paquet essentiel de services. Actuellement, la part budgétaire allouée à la santé au Burkina Faso varie est de 12%, ce qui reste en deçà de la cible, et la dépense publique de santé par habitant demeure inférieure aux 30–40 USD/hab/an recommandés par la Commission. Un plan d'ajustement chiffré sur 5 ans est donc nécessaire pour combler cet écart, avec un suivi annuel transparent et participatif.
- **Adoption d'innovations fiscales** : mise en place d'un ensemble de taxes santé ciblées et orientées vers un Fonds dédié à la santé et à la CSU. L'objectif est de mobiliser de nouvelles ressources publiques stables tout en limitant les effets négatifs sur les populations vulnérables. Ce dispositif peut inclure des accises spécifiques sur certains produits nocifs pour la santé, des prélèvements modérés sur des secteurs à forte capacité contributive, ou encore des mécanismes de contribution liés à l'utilisation de services modernes. Pour être légitimes et efficaces, ces mesures doivent être adossées à des études d'impact ex ante, assorties d'exemptions pour les indigents, et suivies régulièrement à travers des rapports publics transparents. L'accent doit être mis sur le fléchage des recettes vers le financement de la santé primaire, des médicaments essentiels et des urgences sanitaires, avec un mécanisme de reddition de comptes participatif.
- **Opérationnalisation effective de l'assurance maladie universelle (CNAMU) et mutuelles communautaires** : ces deux mécanismes doivent être conçus de façon complémentaire et intégrée. La CNAMU doit définir une feuille de route d'opérationnalisation claire (24 mois) avec un panier prioritaire de soins de santé primaires, des modes de financement adaptés (capitation, forfaits), et une gouvernance solide (régulation, audits publics, portabilité inter-régions). Les mutuelles communautaires, quant à elles, doivent jouer un rôle d'interface territoriale pour favoriser l'adhésion et l'activation de la demande, en s'appuyant sur des subventions d'amorçage, la réassurance par la CNAMU, la digitalisation (enrôlement biométrique, cotisations via mobile money, e-cartes, intégration DHIS2), ainsi que sur l'engagement communautaire (agents relais, scorecards, éducation aux droits des assurés). L'ensemble doit former un dispositif cohérent permettant la couverture universelle avec une forte implication des communautés.

4.2.4. Dépendance pharmaceutique extérieure

- **Accélération de la mise en place de la technopole pharmaceutique de Kokologo** : mobiliser des partenariats publics-privés et des incitations ciblées pour renforcer la production locale et réduire la dépendance extérieure, tout en veillant à ce que cette initiative n'étouffe pas les efforts et investissements privés déjà présents dans d'autres régions. La technopole devrait au contraire jouer un rôle de catalyseur, en créant des synergies, en favorisant la sous-traitance et en accompagnant les PME locales afin de garantir un développement pharmaceutique équilibré sur l'ensemble du territoire.

- **Concrétisation du projet de construction et d'équipement d'une unité de production de produits de santé prioritaires.** Ce projet a déjà franchi les étapes de sélection et d'enregistrement comme projet majeur du Gouvernement du Burkina Faso et les études de faisabilité sont en phase de lancement avec un prestataire identifié. C'est un projet qui s'intègre dans le Technopole Pharmaceutique et qui devrait permettre de produire du générique à la distribution de la CAMEG au niveau national et dans la sous-région. L'objectif est de réduire la dépendance pharmaceutique du pays et assurer convenablement la mise en œuvre des politiques sanitaires comme la gratuité des soins et l'assurance maladie universelle.
- **Imposition d'un quota d'achat public local et certification progressive :** réserver un minimum de 20 % des achats publics aux producteurs locaux, tout en accompagnant techniquement ces derniers pour atteindre progressivement les normes GMP/ISO. Ces normes doivent toutefois être contextualisées afin de tenir compte du niveau de maturité du tissu industriel national et permettre aux entreprises de grandir en apprenant. L'objectif est de renforcer la compétitivité des acteurs nationaux, d'assurer la qualité des produits et de sécuriser la chaîne d'approvisionnement, tout en soutenant une progression réaliste et inclusive.
- **Mise en place de mesures incitatives douanières sur les intrants liés à la production pharmaceutique afin de rendre les entreprises nationales compétitives et viables.** Par exemple, les produits pharmaceutiques sont détaxés à l'importation alors que l'importation des intrants liés à la fabrication locale des médicaments sont taxés. La conséquence est que les produits importés restent toujours moins chers que des produits fabriqués sur place, d'où la faillite de certaines des entreprises.
- **Partenariats Sud-Sud et recherche sur la pharmacopée traditionnelle :** développer des mécanismes structurés de transfert de technologie et de coopération avec d'autres pays émergents, afin de diversifier l'expertise, mutualiser les bonnes pratiques et renforcer l'autonomie pharmaceutique de la région. Cette coopération devrait inclure à la fois les échanges de savoir-faire, le renforcement de capacités, et la mise en place de projets conjoints de recherche et de production pour créer un socle industriel régional robuste. Elle devrait également intégrer un volet spécifique de recherche et développement sur la pharmacopée traditionnelle, afin de valoriser les savoirs endogènes, de développer des produits conformes aux standards de qualité internationaux, et d'encourager l'innovation locale.

4.2.5. Infrastructures et équipements insuffisants

- **Accélération de la transformation des CSPS :** accélérer la mise en œuvre de l'initiative présidentielle visant la transformation progressive des CSPS dans les chefs-lieux de communes en Centres Médicaux Communaux (CMC), afin d'offrir des soins plus complets, y compris des interventions chirurgicales de base, directement accessibles aux communautés.
- **Systématisation de la maintenance préventive :** Mettre en place un programme structuré de maintenance préventive assuré par des unités biomédicales régionales, avec un appui de partenariats solides avec le secteur privé pour garantir la durabilité et la fonctionnalité des équipements.
- **Développement de partenariats territoriaux :** Développer des partenariats actifs avec les collectivités territoriales pour cofinancer les infrastructures de santé et renforcer la coresponsabilité dans la gestion et l'entretien des services de santé.
- **Promotion des énergies renouvelables :** Prioriser l'intégration systématique des énergies renouvelables, notamment l'électrification solaire, afin d'améliorer la résilience énergétique des structures, réduire les coûts de fonctionnement et assurer la continuité des services, même dans les zones reculées.

4.2.6. Inaccessibilité des soins dans les zones d'accès difficile

- **Mise en place d'équipes mobiles** : multiplier et diversifier les équipes de santé itinérantes, composées de personnel médical, paramédical et, si nécessaire, de forces de sécurité pour garantir la couverture des zones difficiles d'accès. Elles doivent assurer les services de santé primaire, les vaccinations, la santé maternelle et infantile, ainsi que les soins d'urgence de proximité. Chaque équipe devrait disposer d'un paquet minimum standardisé, de moyens logistiques adaptés (véhicules, motos, kits médicaux) et être suivie par un dispositif d'évaluation de ses performances.
- **Mise en place de cliniques mobiles digitales** : déployer des unités de soins équipées de kits connectés permettant la télémedecine, la consultation à distance et la transmission sécurisée de données. Cela facilitera le suivi médical, les consultations spécialisées à distance et la collecte de données sanitaires pour le pilotage national. Ces cliniques doivent être intégrées dans le système national de référence et contre-référence, afin d'assurer la continuité des soins.
- **Systématisation de la protection du personnel** : instaurer des protocoles clairs de coordination entre santé, défense et sécurité civile pour protéger le personnel soignant, sécuriser leurs déplacements et garantir la continuité des services. Cette protection devrait inclure un appui psychosocial, des assurances spécifiques, ainsi que la mise en place de cellules de crise locales pour le suivi de la sécurité.
- **Systématisation de l'intégration de l'humanitaire** : formaliser et institutionnaliser des partenariats entre l'État et les ONG ou agences humanitaires pour intervenir dans les zones inaccessibles. Il s'agit de créer une articulation claire entre les actions humanitaires d'urgence (cliniques mobiles, vaccination de masse, distribution de médicaments) et le renforcement durable du système de santé local (formation, dotation en équipements, intégration des données dans le système national).

4.2.7. Faible préparation et réponse aux catastrophes

- **Sécurisation des financements** : mettre en place un fonds national d'urgence sanitaire, doté d'un pourcentage défini du budget de la santé, afin de garantir une capacité de réponse rapide et durable face aux crises sanitaires et climatiques. Ce fonds devrait être accessible rapidement, avec des procédures simplifiées, et permettre de financer aussi bien l'achat de matériel d'urgence, le déploiement de ressources humaines que le soutien aux populations affectées.
- **Mise en place de systèmes d'alerte précoce** : renforcer les mécanismes communautaires et institutionnels de veille et d'alerte précoce, intégrant santé, agriculture, environnement et protection civile, pour anticiper les crises et limiter leurs impacts. Cela inclut la mise en place de réseaux de surveillance communautaires, l'utilisation d'outils numériques et de canaux de communication locaux pour diffuser rapidement les alertes.
- **Simulations et coordination intersectorielle** : organiser régulièrement des exercices de simulation et améliorer la coordination entre les différents secteurs afin d'assurer une réponse multisectorielle cohérente et efficace. Ces simulations doivent impliquer aussi bien les autorités nationales que les acteurs locaux et communautaires, afin de tester la réactivité, la logistique et la coordination entre services.
- **Renforcement de la résilience des hôpitaux résilients** : renforcer la résilience des infrastructures de santé grâce à des normes de construction adaptées, des dispositifs énergétiques de secours et des plans de continuité des services. Les hôpitaux doivent être conçus ou rénovés pour résister aux chocs climatiques et sanitaires, disposer de systèmes de stockage d'eau et d'énergie autonomes, et prévoir des protocoles de fonctionnement en cas de crise prolongée.

4.2.8. Faible articulation intersectorielle

- Opérationnalisation et décentralisation de l'approche « One Health » : consolider et rendre opérationnel le cadre interministériel déjà existant associant santé, agriculture, élevage et environnement, en mettant l'accent sur son effectivité et sa décentralisation. L'objectif est de garantir que ce mécanisme fonctionne pleinement à tous les niveaux, dispose de ressources dédiées et soit doté d'un mandat clair pour coordonner la prévention et la réponse contre les zoonoses et les risques climatiques.
- **Promotion de la Santé dans toutes les politiques (HiAP)** : intégrer systématiquement la dimension santé dans les politiques publiques des secteurs clés comme l'urbanisme, l'éducation, les infrastructures et les transports, via l'adoption d'outils d'évaluation d'impact sanitaire lors de la conception de projets majeurs.
- **Mise en place de plateformes de coordination multisectorielle** : créer et animer des plateformes de coordination sous l'égide de la Primature afin de favoriser les synergies intersectorielles et le partage de données. Ces plateformes doivent être régulières, dotées d'indicateurs de suivi et impliquer les collectivités locales pour un meilleur ancrage. L'Initiative présidentielle sur la santé pourrait jouer ce rôle de plateforme nationale, en fédérant les différents secteurs autour d'objectifs communs de santé et de développement.

4.2.9. Non-appropriation et faible adhésion des populations

- **Développement d'une communication sociale et éducation sanitaire** : mettre en place des stratégies de communication multilingues et culturellement adaptées, utilisant les radios locales, les leaders traditionnels et religieux, ainsi que les réseaux sociaux pour favoriser l'adhésion des populations. Ces actions doivent être combinées avec des programmes d'éducation sanitaire dans les écoles et au niveau communautaire, afin d'améliorer la compréhension des enjeux de santé, de promouvoir la prévention et de renforcer la confiance dans le système de santé. L'accent doit être mis sur la co-responsabilisation des communautés, avec des messages participatifs, des outils pédagogiques adaptés et des mécanismes d'évaluation de l'impact sur les comportements de santé.
- **Valorisation des pratiques endogènes** : établir des passerelles concrètes entre médecine moderne et pharmacopée traditionnelle, en intégrant les tradipraticiens dans des programmes de référence, de sensibilisation et de formation. Cela inclut la mise en place de mécanismes de certification de certaines pratiques, la création de centres de recherche conjoints sur les plantes médicinales et le suivi de la qualité des produits dérivés de la pharmacopée. L'objectif est de reconnaître les savoirs et savoirs-faires locaux, de sécuriser leur utilisation et de les inscrire dans une dynamique de complémentarité avec la médecine moderne.
- **Co-construction des politiques de santé** : associer les communautés et les collectivités territoriales dès la conception des réformes et des programmes, à travers des consultations régulières, des forums participatifs et des enquêtes de perception. Cette approche permettra de renforcer la légitimité des décisions prises, d'accroître l'adhésion des populations et d'améliorer la pertinence des politiques de santé en tenant compte des réalités locales.

4.2.10. Insuffisance de leadership et gouvernance sanitaire

- **Promotion d'une stabilité institutionnelle** : instaurer des mandats stables pour les responsables de la santé et réduire la fréquence des changements organisationnels afin d'assurer la continuité des politiques et programmes. Un dispositif clair de planification des successions et de maintien des réformes prioritaires doit accompagner cette stabilité, en veillant à ce que toute réforme institutionnelle repose

sur des évaluations solides produisant des évidences et servant de base à la prise de décision.

- **Promotion de la transparence et redevabilité** : publier de manière régulière et accessible les budgets, dépenses et résultats du secteur de la santé, avec des canaux de communication adaptés aux citoyens (rapports publics, plateformes en ligne, forums communautaires). Des mécanismes de reddition de comptes participatifs doivent être instaurés, permettant aux usagers et aux OSC de suivre et d'interpeller les autorités.
- **Participation citoyenne et communautaire** : renforcer les cadres de concertation (comités de santé, plateformes communautaires) afin d'assurer une meilleure implication de la société civile et des populations dans la gouvernance du secteur. Cela inclut en particulier l'évaluation et la réforme des COGES, afin qu'ils deviennent de véritables leviers d'un engagement communautaire éclairé et efficace. Les membres de ces structures doivent être formés, dotés d'outils de suivi pertinents, et leurs recommandations intégrées de manière systématique dans les politiques de santé.
- **Lutte contre la corruption** : adopter et appliquer les standards internationaux en matière de gouvernance du médicament et des marchés publics de la santé, avec un dispositif d'audits réguliers, de publication des contrats et d'outils de suivi citoyen. Le renforcement des capacités des organes de contrôle et la protection des lanceurs d'alerte sont essentiels pour crédibiliser la lutte anticorruption. Cette dynamique doit aussi s'articuler avec les organes nationaux de régulation, tels que la Commission de régulation des dysfonctionnements récemment installée par les autorités, afin de garantir une coordination efficace et une crédibilité accrue des mécanismes de contrôle.

V. STRATEGIE D'INTERVENTION

La présente stratégie est conçue comme une réponse directe aux insuffisances majeures identifiées dans le système de santé national et dans la gouvernance sanitaire au Burkina Faso et dans la région. Elle s'appuie sur une analyse critique des faiblesses structurelles, telles que le déficit en ressources humaines, la dépendance pharmaceutique extérieure, l'insuffisance des financements, la faible préparation aux crises ou encore le manque de participation communautaire. Mais au-delà du constat, elle se fonde également sur l'exploration d'alternatives politiques innovantes et adaptées, inspirées des expériences réussies au niveau régional et international.

L'ambition est de proposer une vision transformatrice qui articule des réformes institutionnelles et opérationnelles avec des leviers de participation citoyenne et de coopération intersectorielle. Cette stratégie vise à l'horizon 2030 à contribuer au renforcement de la souveraineté sanitaire, à garantir l'accès équitable aux soins de qualité, à accroître la résilience face aux crises et à promouvoir une gouvernance inclusive et transparente des systèmes de santé. Elle s'inscrit ainsi dans une dynamique de rupture avec les modèles centralisés et inefficaces, en valorisant les approches communautaires, la complémentarité avec la médecine traditionnelle et la construction d'alliances régionales pour l'autonomie sanitaire.

Axe1 : Renforcement de la gouvernance et redevabilité démocratique en santé

La gouvernance et la redevabilité démocratique constituent le socle d'un système de santé fort et crédible. Ce sont elles qui garantissent une gestion transparente, participative et intègre, où les décisions sont fondées sur des évidences et ouvertes au contrôle citoyen. Renforcer la gouvernance et la redevabilité signifie consolider la confiance des populations, améliorer l'efficacité des politiques publiques et garantir que les ressources mobilisées servent réellement l'intérêt général afin d'atteindre la santé pour tous.

Objectif stratégique : Promouvoir une gouvernance sanitaire transparente, basée sur la redevabilité, la décentralisation et la participation communautaire citoyenne.

Résultats attendus

1. Une harmonisation des différents cadres de gouvernance est effective à tous les niveaux afin de réduire leur nombre et rendre plus efficace leur fonctionnalité,
2. Les COGES sont réformés en comités représentatifs et redevables.
3. La veille citoyenne produit régulièrement des données sur la gouvernance sanitaire.
4. Les capacités des acteurs locaux et des organisations de la société civile sont renforcées sur la veille et le plaidoyer basé sur les évidences.

Actions prioritaires

- Plaidoyer pour l'harmonisation des cadres de gouvernances et la prise en compte effective de la multisectorialité de la santé,
- Évaluation indépendante des COGES et proposition d'une réforme participative.
- Renforcement de l'Observatoire Citoyen sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) dans toutes les régions et dans la zone AES
- Renforcement des capacités des OSC locales à l'audit social et à la communication des résultats et au plaidoyer basés sur les évidences.

Indicateurs

- Nombre de cadres multisectoriels fonctionnels
- Disponibilité du rapport d'étude sur la réforme des COGES et recommandations,
- Nombre de rapports citoyens produits et diffusés
- Nombre de COGES reformés et fonctionnels.

Axe 2 : Financement équitable et durable de la santé

Cet axe met en lumière la nécessité d'assurer des ressources financières suffisantes, prévisibles et bien réparties pour bâtir un système de santé solide. Le financement équitable signifie que chaque citoyen contribue selon ses moyens et accède aux soins selon ses besoins, sans risque d'appauvrissement. Le financement durable garantit, quant à lui, la stabilité des investissements dans le temps et la résilience du système face aux chocs économiques et sanitaires. Renforcer cet axe, c'est créer les conditions d'une couverture sanitaire universelle effective, réduire les inégalités et permettre une meilleure qualité de services de santé pour l'ensemble de la population.

Objectif stratégique : Garantir un financement pérenne, équitable et souverain de la CSU et de la santé communautaire.

Résultats attendus

1. Les allocations budgétaires à la santé atteignent au moins 15 % du budget national (engagement d'Abuja).
2. L'AMU est effectivement opérationnelle et couvre progressivement toutes les catégories sociales.
3. Des sources innovantes de financement (taxes santé, contributions solidaires) sont instaurées et suivies.

Actions prioritaires

- Plaidoyer auprès du Parlement et du Ministère des Finances pour la sanctuarisation de la ligne budgétaire santé/CSU.
- Mobilisation citoyenne pour suivre la transparence dans la mobilisation et l'utilisation des financements de la santé.
- Campagne pour la taxation santé des produits nocifs (alcool, tabac, boissons sucrées) en faveur d'un fonds pour la CSU.

Indicateurs

- Pourcentage du budget national alloué à la santé.
- Nombre de cibles couvertes par le RAMU
- Nombre de rapport de suivi budgétaire citoyen produits
- Nombre de personnes touchées par les actions de mobilisation citoyenne,
- Nombre de taxes institués.
- Nombre de décisions politiques influencées par les actions du RAME

Axe 3 : Souveraineté pharmaceutique et sécurité des produits de santé

Le Burkina Faso demeure dépendant à plus de 98 % des importations pour ses besoins pharmaceutiques et médicaux. Cette dépendance expose le pays aux chocs extérieurs, aux ruptures récurrentes de médicaments et à la hausse des prix.

L'expérience de la CAMEG, la disparition de MEDIFA et la fragilité des initiatives de production locale illustrent l'urgence de repenser la politique pharmaceutique sous l'angle de la souveraineté et de la coopération régionale.

Au-delà de l'accès, il s'agit de bâtir une chaîne pharmaceutique intégrée de la recherche à la distribution ancrée dans les réalités nationales et panafricaines, capable de répondre aux besoins du peuple et de soutenir la résilience sanitaire collective.

Cet axe vise à assurer la sécurité sanitaire du pays et de la région, stimuler l'innovation et la production locale, protéger le marché national contre les circuits parallèles, et affirmer le leadership du Burkina Faso dans la construction d'une industrie pharmaceutique souveraine.

Objectif stratégique : Renforcer la souveraineté pharmaceutique nationale et régionale afin de garantir la disponibilité continue, la qualité, la traçabilité et l'accessibilité équitable des produits de santé essentiels au Burkina Faso et dans la sous-région.

Résultats attendus :

1. Une cartographie complète et actualisée des capacités de production locale est disponible.
2. Des opportunités, goulots d'étranglement et besoins d'investissement sont identifiés
3. Existence d'une base factuelle permettant d'orienter les politiques de soutien à l'industrie locale.
4. Un système d'alerte précoce fonctionnel permettant de détecter les ruptures est disponible.
5. Une mesure corrective rapide par les autorités et partenaires est mise en place
6. Les textes réglementaires favorisant la production locale sont adoptés ou mise à jour
7. Le cadre de régulation du marché pharmaceutique est renforcé.
8. Des produits issus de la pharmacopée nationale sont intégrés progressivement dans le système de santé
9. Des partenariats avec les praticiens et chercheurs sont développés
10. Des unités de production locale sont fonctionnelles au niveau de l'Agence Faso Pharma,

11. Des médicaments traditionnels sont valorisés dans la production locale,
12. Une coordination des approvisionnements est effective entre les pays de l'AES
13. LA pharmacie hospitalière et la dispensation individuelle au lit du malade sont effectives dans tous les centres de soins.

Actions prioritaires

- Production d'évidences sur la production pharmaceutique locale ;
- Mise en place d'une veille citoyenne sur la disponibilité des médicaments ;
- Plaidoyer pour une régulation des quotas pour les produits locaux pharmaceutiques ;
- Plaidoyer pour un renforcement de la pharmacie hospitalière ;
- Appuyer les comités thérapeutiques hospitaliers ;
- Plaidoyer pour le développement de la pharmacopée et la médecine traditionnelle.

Indicateurs

- Rapport d'étude sur la production locale validé et diffusé
- Nombre de rapports de veille citoyenne sur la disponibilité des médicaments produits annuellement.
- Nombre de rencontres de plaidoyer avec les décideurs.
- Nombre de partenariats scientifiques pour la pharmacopée soutenus par le RAME.
- Nombre de produits de pharmacopée intégrés dans les structures de santé.

Axe 4 : Santé communautaire et participation sociale

La santé communautaire représente l'un des fondements les plus essentiels d'un système de santé souverain, résilient et équitable. Au Burkina Faso, elle a toujours constitué un pilier historique de l'action sanitaire, mais elle reste aujourd'hui fragilisée par plusieurs défis : une faible valorisation des acteurs communautaires, une structuration insuffisante des mécanismes de participation, des ressources limitées, une faiblesse de vision d'intégration des activités communautaires dans le système de santé (ASBC, CLM, etc) et une absence de reconnaissance pleine et entière du rôle stratégique des communautés dans la gouvernance sanitaire.

Pourtant, dans un contexte marqué par les crises sécuritaires, humanitaires et socioéconomiques, les acteurs communautaires, ASBC, leaders locaux, femmes, jeunes, tradipraticiens, comités villageois — sont devenus les premiers acteurs de la continuité des soins, les premiers relais d'information, et souvent les seuls points d'accès aux services essentiels dans les zones les plus reculées ou fragilisées.

Le renforcement de la santé communautaire n'est donc pas seulement une priorité opérationnelle : c'est un choix politique fort qui conditionne l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU), la réduction des inégalités territoriales et sociales, la lutte contre les crises sanitaires, et la reconstruction d'un lien de confiance entre l'État et les populations.

Objectif stratégique : Faire des communautés les actrices centrales de la conception, mise en œuvre et suivi des politiques de santé.

Résultats attendus

1. Les ASBC sont institutionnalisés et disposent d'un mécanisme régulier de motivation.

2. Les cellules d'animation communautaire sont fonctionnelles dans au moins 70 % des villages et communes.
3. Les savoirs endogènes sont valorisés et intégrés dans les programmes de santé.

Actions prioritaires

- Plaidoyer pour une loi/réglementation nationale consacrant le statut et la motivation des ASBC.
- Plaidoyer pour une intégration des centres de santé communautaire dans le système de santé,
- Déploiement de cellules d'animation communautaire multisectorielles avec élus locaux, associations et leaders traditionnels/religieux.
- Documentation et vulgarisation des pratiques de santé traditionnelles positives (plantes, rituels préventifs, etc.).
- Formation des leaders communautaires aux droits en santé et à la CSU.

Indicateurs

- Nombre d'ASBC bénéficiant d'un mécanisme de motivation durable.
- Pourcentage de villages dotés de cellules d'animation communautaire.
- Nombre de pratiques endogènes valorisées et intégrées.
- Nombre de centres de santé communautaire intégrés dans le système national de santé.
- Prise en compte du financement du CLM/OCASS dans le système de santé

Axe 5 : Qualité des soins, équité et droits humains

L'amélioration de la qualité des soins constitue un enjeu central pour la transformation du système de santé au Burkina Faso. Malgré les efforts entrepris ces dernières années, la qualité, la sécurité et l'équité dans l'accès aux services demeurent largement insuffisantes, particulièrement dans les zones rurales, les régions en proie à l'insécurité et au sein des populations vulnérables. Les inégalités persistantes, les ruptures de produits de santé, la surcharge des structures, les comportements professionnels inadaptés ou la méconnaissance des droits des patients contribuent à alimenter une perte de confiance entre les communautés et le système de santé.

Dans ce contexte, garantir la qualité des soins ne se limite pas à améliorer les infrastructures ou les compétences techniques : c'est également un impératif de justice sociale et de respect des droits humains fondamentaux. Un système de santé véritablement souverain et résilient doit offrir à chaque citoyen sans distinction de statut social, d'âge, de sexe, de localisation ou de vulnérabilité des soins sûrs, dignes, accessibles et respectueux de son intégrité physique et morale.

Objectif stratégique : Assurer l'accès universel à des soins de qualité, sûrs et respectueux des droits humains.

Résultats attendus

1. Des standards nationaux de qualité sont appliqués dans au moins 80 % des formations sanitaires.
2. Les discriminations et violations de droits dans l'accès aux soins sont documentées et réduites.
3. Le déploiement équitable du personnel de santé est amélioré.

4. La mise en œuvre d'approches différenciées pour la prestation des services de santé les zones d'accès difficiles
5. L'application des services de santé humanisés est effective

Actions prioritaires

- Mise en place d'un mécanisme citoyen de signalement des discriminations en santé.
- Plaidoyer pour des incitations spéciales au personnel en zones rurales et fragiles.
- Campagnes de sensibilisation sur les droits des patients et la sécurité des soins.
- Identification des approches différenciées à mettre en place selon les régions ou zones,
- Renforcement des capacités du personnel de santé sur la santé mentale

Indicateurs

- Pourcentage de structures certifiées qualité.
- Nombre de cas de violations documentées et traitées.
- Ratio personnel de santé urbain/rural.
- Nombre de services de santé mise en place dans les zones d'accès difficiles
- % du personnel de soins formés sur la santé mentale,
-

Axe 6 : Mobilisation citoyenne et ancrage culturel en santé

L'adhésion des populations aux politiques de santé demeure faible en raison d'un déficit de communication, d'une méconnaissance de la CSU et d'une faible prise en compte des représentations culturelles locales de la santé. En parallèle, les campagnes d'information et les dynamiques de plaidoyer manquent souvent de relais communautaires enracinés dans les réalités sociales et symboliques. Cet axe vise à réconcilier le système de santé moderne avec les savoirs, les langues, les croyances et les valeurs des communautés, en plaçant la culture au cœur du mouvement social pour la souveraineté sanitaire.

Objectif stratégique : Construire une adhésion populaire durable à la souveraineté sanitaire à travers une communication sociale inclusive, une mobilisation citoyenne structurée et la valorisation des savoirs endogènes en santé.

Résultats attendus :

1. Les populations disposent d'une compréhension claire de la CSU, de leurs droits et devoirs en santé, et participent activement aux initiatives sanitaires locales
2. Les stratégies et messages de santé sont adaptées aux langues, cultures et perceptions locales.
3. Les pratiques endogènes et la pharmacopée traditionnelle sont valorisées, encadrées et intégrées dans le système de santé.
4. Un mouvement social national et régional (AES) structuré porte de manière continue le plaidoyer pour la souveraineté sanitaire.

Actions prioritaires :

- Élaboration et mise en œuvre des campagnes multilingues, participatives et culturellement adaptées (radios communautaires, théâtre-forum, réseaux sociaux, leaders d'opinion).
- Création d'un programme national de documentation et de certification des pratiques locales de santé, en partenariat avec les tradipraticiens, les universités et les instituts de recherche.
- Organisation des forums communautaires réguliers, des « assises citoyennes de la santé » et des plateformes régionales d'échanges intersectoriels pour renforcer la confiance entre populations, autorités et partenaires.
- Structuration et animation d'un réseau panafricain AES de plaidoyer citoyen « Santé = Souveraineté », mobilisant artistes, syndicats, jeunes, femmes et influenceurs culturels.

Indicateurs de performance :

- Pourcentage de la population ayant une compréhension claire de la CSU et de ses droits (baromètre annuel).
- Nombre de campagnes multilingues et supports culturels produits et diffusés.
- Nombre de pratiques endogènes documentées et intégrées dans le système national de santé.
- Existence et fonctionnalité du réseau AES de mobilisation citoyenne.
- Niveau d'engagement communautaire mesuré par la participation aux dialogues citoyens et forums.

Axe 7 : Renforcement institutionnel, stratégique et militant du RAME

Le RAME est avant tout un mouvement citoyen militant, né de la conviction que la santé est un droit fondamental et un pilier de la souveraineté des peuples. Pour assumer pleinement son rôle d'acteur de référence dans la transformation des politiques de santé, il doit renforcer ses fondements institutionnels, sa gouvernance interne et ses capacités opérationnelles.

Cet axe vise à professionnaliser le RAME sans diluer son âme militante, à consolider sa gouvernance sur des bases démocratiques et éthiques, et à ancrer l'esprit d'engagement citoyen dans l'ensemble de ses structures et programmes. Il s'agit de faire du militantisme non seulement une valeur, mais aussi une méthode de travail, une culture organisationnelle et un levier d'action politique et sociale.

Le renforcement institutionnel du RAME doit ainsi allier rigueur administrative, autonomie financière, compétence technique et ferveur militante. Il permettra à l'organisation d'être à la fois un acteur technique crédible auprès des décideurs, un porte-voix légitime des communautés, et un moteur de la souveraineté sanitaire au Burkina Faso et dans l'espace AES.

Objectif stratégique : Faire du RAME une organisation forte, crédible et militante, dotée de capacités institutionnelles, techniques et financières solides, et ancrée dans une gouvernance participative, transparente et engagée pour la souveraineté sanitaire.

Résultats attendus :

1. Le RAME dispose d'une gouvernance militante, participative et efficace.
2. Le militantisme guide la mise en œuvre des actions et la mobilisation citoyenne.
3. Les équipes techniques et membres disposent des compétences nécessaires pour conduire le plaidoyer et la gestion stratégique.
4. L'organisation est financièrement autonome et numériquement performante.
5. Le RAME rayonne comme mouvement citoyen panafricain pour la souveraineté sanitaire.

6. La notoriété et la reconnaissance du RAME sont accrues grâce à une stratégie de communication institutionnelle renforcée, cohérente et adaptée aux différents publics.

Actions prioritaires :

- Renforcement de la gouvernance interne du RAME sur la base des valeurs de militantisme, de transparence et de redevabilité.
- Institutionnalisation du militantisme et de la culture de résultats comme principes d'action et moteurs de la mise en œuvre des activités du RAME.
- Renforcement des capacités techniques, managériales et militantes des membres, du personnel et des instances dirigeantes.
- Élaboration d'analyse politique d'interpellation sur les situations de santé au Burkina Faso et dans l'AES
- Développement d'une stratégie de diversification des ressources et la promotion de mécanismes solidaires d'autofinancement du RAME
- Digitalisation des systèmes de gestion, d'information et de suivi-évaluation
- Renforcement de la communication institutionnelle et la visibilité du RAME.
- Développement des alliances militantes et stratégiques au niveau national, sous régional et international.

Indicateurs de performance :

- Nombre de politiques et procédures internes actualisées et mises en œuvre.
- Pourcentage de réunions statutaires tenues conformément aux dispositions des textes du RAME.
- Taux de participation des membres militants aux instances de gouvernance et de planification.
- Nombre de membres et de cadres formés sur le leadership, la gouvernance et le plaidoyer militant.
- Taux de couverture du budget annuel par les ressources propres et solidaires.
- Existence et fonctionnalité d'un système de gestion numérique intégré (administration, finances, suivi-évaluation).
- Taux de digitalisation des outils et procédures internes.
- Nombre de campagnes de communication institutionnelle et militante réalisées par an.
- Nombre de partenariats stratégiques et alliances militantes formalisés au niveau national, régional et international.
- Niveau de reconnaissance du RAME comme organisation citoyenne de référence (citations, collaborations, invitations dans les cadres nationaux et régionaux)

VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

6.1. Instance suprême d'orientation : le Conseil National

Le Conseil National constitue l'organe suprême d'orientation stratégique du RAME. Il incarne la légitimité du Réseau et assure la continuité de sa mission historique : être une force de vigilance, de mobilisation citoyenne et de plaidoyer pour la souveraineté sanitaire et la justice sociale.

Le rôle du Conseil National :

- Définir les grandes orientations stratégiques.
- Adopter le Plan stratégique 2026-2030 et ses révisions éventuelles.

- Confier au Conseil d'Administration les mandats opérationnels nécessaires.
- Valider les rapports de mise en œuvre,
- Contribuer à la mobilisation de nouveaux membres
- Préserver l'indépendance et l'intégrité du RAME, surtout en période de crise.

6.2. Pilotage stratégique : le Conseil d'Administration (CA)

Le CA assure la gestion stratégique du RAME entre deux sessions du Conseil National.

Les responsabilités du CA :

- Définir les orientations politiques du plaidoyer national et continental.
- Valider le positionnement stratégique du RAME après appréciation du contexte
- Approuver les plans de travail annuels (PTA) et les budgets.
- Superviser la Direction Exécutive.
- Veiller à la bonne articulation entre les comités techniques et les priorités du Plan stratégique.
- Garantir la conformité éthique, administrative et financière du Réseau.
- Assurer la représentativité du RAME
- Contribuer à la mobilisation des ressources

Conformément à l'organigramme, le CA s'appuie sur ses comités spécialisés :

- Comité Juridique et Éthique
- Comité Scientifique
- Comité Politiques et Systèmes de santé
- Comité Communication et Mobilisation sociale

Ces comités soutiennent l'analyse, la prise de décision et la qualité stratégique des actions.

6.3. Organe de gestion et de coordination : La direction Exécutive

La Direction Exécutive (DE) est responsable de la mise en œuvre quotidienne du Plan stratégique. Elle assure la cohérence opérationnelle entre les axes stratégiques, les priorités annuelles et les moyens disponibles.

Les responsabilités de la DE :

- Élaborer les plans annuels, les budgets et les rapports de performance.
- Coordonner les départements techniques et superviser les équipes.
- Assurer les relations institutionnelles et le plaidoyer opérationnel.
- Gérer administrativement et financièrement le Réseau.
- Garantir la redevabilité envers le CA et le Conseil National.
- Contribuer à la mobilisation des ressources
- Mise en œuvre des activités

6.4. Décentralisation de la mise en œuvre

Pour assurer une présence plus proche des réalités sociales, sanitaires et citoyennes, le RAME envisage, au cours de la mise en œuvre du Plan stratégique, de définir un système de représentation souple, pragmatique et efficace dans les régions du Burkina Faso, et dans les pays africains où il mènera des interventions ou des actions de plaidoyer.

Ce dispositif sera construit progressivement afin d'assurer :

- Une proximité réelle avec les communautés,
- Une meilleure réactivité aux enjeux locaux,
- Et une amplification territoriale des actions du RAME.

A ce stade, le Réseau opte volontairement pour une approche flexible, afin d'adapter le modèle de représentation aux réalités de chaque contexte.

6.5. Processus de mise en œuvre

- **Planification**
 - Élaboration annuelle des plans de travail annuel et des budgets.

- Mobilisation des financements et partenaires nécessaires à la mise en oeuvre
- Implication des comités techniques du CA et de la DE à chaque étape.
- **Coordination interne**
 - Réunions hebdomadaires de bilan et planification,
 - Réunions mensuelles de la DE, avec les chefs de départements.
 - Réunion trimestrielle de bilan et revue du planning,
 - Réunions Semestrielle CA–DE.
 - Rencontre annuelle de redevabilité avec le Conseil National.
- **Mise en œuvre des actions**
 - Exécution des activités par les départements.
 - Coordination avec les partenaires, OSC membres, institutions nationales et africaines.
 - Mise en œuvre du plaidoyer, de la mobilisation sociale et des projets communautaires.

VII. CADRE DE SUIVI-ÉVALUATION

Le suivi-évaluation est structuré autour de la performance, de la transparence et de l'amélioration continue.

7.1. Objectifs

- Suivre l'atteinte des objectifs du Plan stratégique.
- Produire des données fiables pour orienter les décisions stratégiques.
- Renforcer la redevabilité interne et externe.
- Identifier les changements, succès, défis et ajustements nécessaires.

7.2. Mécanismes de suivi-évaluation

- Suivi mensuel et trimestriel des activités et indicateurs.
- Rapports semestriels soumis aux conseils d'administration ;
- Rapports annuels consolidés par la DE et validés par le CA.
- Revue annuelle stratégique impliquant le Conseil National.
- Évaluation à mi-parcours (2028).
- Évaluation finale (2030) par un dispositif indépendant

7.3. Outils

- Cadre de performance du plan stratégique.
- Tableau de bord trimestriel.
- Fiches de collecte et canevas de rapportage.
- Mécanismes de retour communautaire (consultations, enquêtes, plateformes digitales).
- Rapports financiers et techniques consolidés.

VIII. BUDGET ET MOBILISATION DE RESSOURCES

Le budget du présent plan stratégique de plaidoyer pour la souveraineté 2026–2030 est estimé à 2 730 333 318 Francs CFA. Il est présenté de manière structurée et traçable, en ventilant les coûts par axes stratégiques et années, afin de garantir la lisibilité des priorités et la maîtrise de l'exécution (Voir tableau ci-dessous). Cette budgétisation distingue clairement les dépenses de coordination et gouvernance, de production d'évidences, de communication et actions de plaidoyer, de renforcement des capacités, ainsi que de suivi-évaluation et capitalisation, avec des hypothèses de coûts explicites et des regroupements cohérents. Sur cette base, la mobilisation des ressources vise une diversification volontaire des sources de financement pour réduire la dépendance et sécuriser la continuité des actions : contributions propres du RAME (cotisations, prestations, contributions volontaires), partenariats avec les acteurs nationaux et techniques, mais aussi élargissement vers les collectivités territoriales, le secteur

privé, les ONG/associations, les partenaires techniques et financiers, les particuliers dont la diaspora et les communautés. Conformément aux bonnes pratiques de financement durable, le plan prévoit également un dispositif de plan de mobilisation des ressources, appuyé par une cartographie régulière des appuis et un suivi des engagements. Enfin, dans le respect des règles de gouvernance interne, le Conseil d'administration joue un rôle clé d'orientation, d'appréciation du budget prévisionnel, et de contribution active à la mobilisation des ressources, tout en veillant à la transparence et à la redevabilité.

Le tableau ci-dessous donne la situation des grandes masses du budget par axe stratégique du plan

Axes stratégiques	Budget estimatif en FCFA	Ressources disponibles	Gap à mobiliser
Axe 1 : Renforcement de la gouvernance et redevabilité démocratique en santé	328 730 095	49 691 295	261 409 800
Axe 2 : Financement équitable et durable de la santé	100 000 000	–	100 000 000
Axe 3 : Souveraineté pharmaceutique et sécurité des produits de santé	26 190 800	–	26 190 800
Axe 4 : Santé communautaire et participation sociale	340 766 416	51 946 100	270 439 926
Axe 5 : Qualité des soins, équité et droits humains	670 387 372	102 193 197	568 194 175
Axe 6 : Mobilisation citoyenne et ancrage culturel en santé	176 855 547	12 010 759	164 844 788
Axe 7 : Renforcement institutionnel, stratégique et militant du RAME	1 087 403 088	43 402 800	1 033 869 188
Total	2 730 333 318	259 244 151,00	2 424 948 677,30

IX. CONCLUSION

Le Plan stratégique 2026–2030 marque une nouvelle étape de maturité, de responsabilité et d'audace pour le RAME. Héritier d'un combat commencé il y a plus de deux décennies contre les inégalités sanitaires et les dérives des firmes pharmaceutiques, le Réseau affirme aujourd'hui une vision renouvelée : faire de la souveraineté sanitaire un pilier du développement social, économique et politique du Burkina Faso et du continent africain.

Ce plan trace une trajectoire claire, réaliste et profondément engagée. Il articule une ambition politique forte, défendre les droits, protéger les communautés, influencer les réformes avec une capacité opérationnelle renforcée de professionnalisation interne, de structuration des départements, d'amélioration du suivi-évaluation et consolidation de la gouvernance. Ce double dynamique donne au RAME les moyens d'être à la fois une boussole stratégique, un moteur de mobilisation sociale, et un partenaire crédible dans l'écosystème sanitaire africain.

L'horizon 2030 qui se dessine est celui d'un RAME :

- Plus proche des populations,
- Plus structuré dans son action,
- Plus influent dans son plaidoyer,
- Plus présent dans les débats nationaux et continentaux,
- Plus résilient face aux pressions extérieures qui compromettent l'accès équitable aux soins et aux médicaments.

Ce plan reconnaît aussi que la bataille pour la santé n'est pas seulement technique : elle est politique, économique et géopolitique. Elle exige que les OSC se positionnent avec lucidité, courage et indépendance. En choisissant de rester fidèle à sa mission de départ – *être la voix des sans-voix et le rempart des communautés* –, le RAME s'engage à demeurer vigilant, exigeant et sans complaisance face à toutes les forces qui menacent la justice sanitaire.

L'engagement du RAME pour les cinq prochaines années repose également sur une compréhension profonde du contexte actuel : crises sécuritaires, pressions internationales, fragilités du système de santé, mais aussi montée du panafricanisme, renaissance citoyenne et consolidation des dynamiques de solidarité dans la région. Le Réseau est convaincu que ces défis offrent aussi des opportunités pour repenser nos modèles et affirmer des positions africaines fortes, adaptées et souveraines.

Enfin, ce plan n'est pas seulement un document technique : il est un outil de transformation :

- Un outil qui donne du sens.
- Un outil qui invite à l'action.

Un outil qui appelle chaque membre, chaque partenaire, chaque citoyen engagé, à prendre sa part dans la construction d'un système sanitaire plus juste, plus autonome, et plus protecteur des populations.

En adoptant le Plan stratégique 2026–2030, le RAME fait un choix clair :

- Le choix de la cohérence,
- Le choix du courage,
- Le choix d'une Afrique debout,
- Le choix d'une souveraineté sanitaire conquise et non concédée.

C'est avec cette détermination que le Réseau entame ce nouveau cycle stratégique, convaincu qu'ensemble (communautés, OSC, décideurs, partenaires et militants) nous pouvons faire de la justice sanitaire une réalité, et non une promesse.

Reference bibliographique

Les références ci-dessous constituent la bibliographie de travail mobilisée pour l'élaboration du présent plan stratégique.

- Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). (2026). *Projet de Plan stratégique 2026–2030 (Draft 1 – version compilée amendements)*. Ouagadougou.
- Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). (2019). *Statuts du Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)*. Ouagadougou.
- Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). (2019). *Règlement intérieur du Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)*. Ouagadougou.
- Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). (2021). *Rapport d'analyse socio-anthropologique des représentations de la santé, des moyens pour la sauvegarder ou la restaurer et de la responsabilité des acteurs au Burkina Faso (RAME 2019–2020)*. Ouagadougou.
- Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME). (2021). *Rapport d'analyse des goulots d'étranglement entravant la mise en œuvre efficace de la couverture santé universelle (RAME 2019–2020)*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé (Burkina Faso). (2021). *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021–2030*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé (Burkina Faso). (2024). *Stratégie nationale de santé communautaire 2024–2028*. Ouagadougou.
- Burkina Faso. (2023). *Plan d'action pour la stabilisation et le développement (PA-SD)*. Ouagadougou.
- Union africaine. (2001). *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses*. Abuja.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1978). *Déclaration d'Alma-Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires*. Alma-Ata.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). *Déclaration d'Astana : Conférence mondiale sur les soins de santé primaires*. Astana.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Règlement sanitaire international (2005), troisième édition*. Genève : OMS.
- Nations Unies. (2015). *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015–2030*. New York : Nations Unies.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (s.d.). *Global Health Expenditure Database (GHED)*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (s.d.). *Renforcement de la sécurité sanitaire mondiale à l'interface homme-animal (One Health)*. Genève : OMS. Sites de référence : Union africaine (au.int) ; OMS (who.int) ; Nations Unies (un.org)

Annexe 1 : Budget du plan stratégique

LIBELLES		MONTANT	TOTAUX	
AXE 1 : Gouvernance, Redevabilité et Transparence				328 730 095,00
	1. Évaluation des COGES et mécanismes locaux		98 619 028	
	- Enquêtes terrain sur le fonctionnement des COGES :	59 171 417		
	- Rencontres communautaires de restitution :	39 447 611		
	2. Fonctionnement des cadres multisectoriels		65 746 019,00	
	- Ateliers thématiques (gouvernance, financement, santé communautaire) :	39 447 611		
	- Participation aux cadres nationaux :	26 298 408		
	3. Renforcement des OSC locales		82 182 524	
	- Petits appuis aux OSC en gouvernance sanitaire :	49 309 514		
	- Mini-formations sur la redevabilité sanitaire :	32 873 010		
	4. Production d'analyses et rapports		82 182 524	
	- Notes de position et analyses de politiques :	49 309 514		
	- Rapports de suivi budgétaire :	32 873 010		
AXE 2 : Financement de la Santé et CSU				100 000 000
	1. Plaidoyer parlementaire et médiatique		31 818 182	
	- Sessions de plaidoyer avec députés / ministères :	13 636 364		
	- Campagnes médias (radios, web, TV locale) :	18 181 818		
	2. Campagnes citoyennes CSU		36 363 636	

	- Mobilisation sociale (marches, caravane santé) : - Outils pédagogiques (affiches, jingles, vidéos) :	22 727 272 13 636 364		
	3. Analyses budgétaires du secteur santé		13 636 364	
	- Suivi de l'exécution budgétaire (5 ans) : - Publication annuelle du bulletin budgétaire :	9 090 909 4 545 455		
	4. Financement innovant et fiscalité sanitaire		18 181 818	
	- Études sur taxes santé : - Forums de concertation :	10 909 091 7 272 727		
AXE 3 : Souveraineté Pharmaceutique et Médicaments Essentiels				26 190 800
	1. Études sur la production locale		6 984 213	
	- Cartographie des capacités industrielles : - Étude coût-prix vs importations : - Atelier de validation :	3 142 896 2 095 264 1 746 053		
	2. Veille sur les ruptures de médicaments		4 365 133	
	- Plateforme digitale de signalement communautaire : - Missions de vérification et collecte :	2 619 080 1 746 053		
	3. Plaidoyer régulation et quotas locaux		4 365 133	
	- Lobbying auprès institutions régionales : - Rencontres pharmaciens et CNAMU :	2 619 080 1 746 053		
	4. Appui aux Comités thérapeutiques hospitaliers		5 238 161	
	- Formations (bon usage, pharmacovigilance) : - Supervision interne :	3 492 108 1 746 053		

	5. Pharmacopée et médecine traditionnelle - Inventaire national : 2 619 080 - Ateliers scientifiques avec tradipraticiens : 1 746 053 - Capsules de valorisation culturelle : 873 027		5 238 160	
AXE 4 : Santé Communautaire et Participation Sociale				340 766 416
	1. Plaidoyer pour le statut des ASBC - Études sur motivation : 20 045 083 - Ateliers gouvernement-OSC : 40 090 167 2. Appui aux cadres communautaires - Renforcement des CAC/AV/Comités : 60 135 250 - Matériel de mobilisation : 30 067 625 3. Formations des leaders communautaires - Leadership, gouvernance, genre : 50 112 708 - Modules santé et droits : 30 067 625 4. Études anthropologiques et mobilisation - Investigations sociales : 40 090 167 - Ateliers de restitution : 30 067 625 5. Documentation et capitalisation - Guides pratiques : 20 045 083 - Boîte à outils numérique : 20 045 083		60 135 250 90 202 875 80 180 333 70 157 792 40 090 166	
AXE 5 : Qualité des Soins et Droits Humains				670 387 372,00
	1. Mécanisme de signalement citoyen - Hotline et plateforme web	73 133 168	182 832 920	

	- Formations OSC relais - Analyse et suivi des cas	60 944 307 48 755 445		
	2. Plaidoyer qualité/sécurité		121 888 613	
	- Entretiens avec hôpitaux - Note de position	73 133 168 48 755 445		
	3. Études sur violations de droits		152 360 765	
	- Enquêtes sur stigmatisation - Rapport "État des droits des patients"	91 416 458 60 944 307		
	4. Sensibilisation droits humains		121 888 614	
	- Radios et vidéos : - Ateliers jeunes et femmes :	60 944 307 60 944 307		
	5. Suivi équité services		91 416 460	
	- Supervisions participatives - Mini-indicateurs d'équité	60 944 307 30 472 153		
AXE 6 : Mobilisation Citoyenne et Culture				176 855 547
	1. Campagnes multilingues		66 918 315	
	- Radios communautaires - Théâtre-forum et caravane - Supports visuels	38 239 037 19 119 519 9 559 759		
	2. Mobilisation jeunes et artistes		43 018 917	
	- Compétitions culturelles : - Clips et spots : - Influence citoyen :	19 119 519 14 339 639 9 559 759		
	3. Forums et assises citoyennes		38 239 037	

	- Forums nationaux : - Dialogues régionaux :	23 899 398 14 339 639		
	4. Réseau panafricain "Santé = Souveraineté"		28 679 278	
	- Réunions sous-régionales : - Manifeste continental : - Mobilisation digitale :	14 339 639 9 559 759 4 779 880		
AXE 7 : Renforcement Institutionnel				200 000 000
	1. Leadership et plaidoyer 2. Digitalisation 3. Mobilisation des ressources 4. Communication institutionnelle		50 000 000 80 000 000 30 000 000 40 000 000	
FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL				887 403 088,00
	1. Salaires et charges 2. Organes et gouvernance 3. Locaux et utilités 4. IT et communication 5. Audits et conformité		667 979 567 58 254 032 112 624 462 25 890 681 22 654 346	
	TOTAL GÉNÉRAL			2 730 333 318,00

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des activités par axe et par année

Axe Stratégique	Action Clé	Activités	2026	2027	2028	2029	2030	Indicateur (quelques indicateurs pour le suivi de la performance)	Source de Vérification	Responsable de Mise en Œuvre (à désagréger davantage selon la définition claire des activités)
AXE 1 : Renforcement de la gouvernance et redevabilité démocratique en santé	Revue citoyennes et audits sociaux	Organisation de 10 audits sociaux (5 ans)	X	X	X	X	X	Nombre de rapports d'audit social publiés annuellement (Cible : 2/an)	Rapports d'audit publiés (physique/web), Procès-verbaux de lancement et de restitution publique.	DE et OSC Partenaires et PF CLM OCASS
		Formation de comités citoyens régionaux	X		X		X		Liste des participants, Modules de formation validés.	DE et OSC partenaires
		Production des rapports publics et diffusion	X	X	X	X	X		Fichiers des rapports, Comptes-rendus de diffusion média.	DE et OSC Partenaires
	Évaluation des COGES et mécanismes locaux	Enquêtes terrain sur le fonctionnement des COGES		X		X		Nombres de COGES réformés avec une redevabilité communautaire confirmée.	Rapports d'enquête, Décrets/textes de réforme des COGES, PV des rencontres communautaires de restitution.	DE, PF CLM OCASS
		Rencontres communautaires de restitution		X		X			Fiches de présence des leaders communautaires.	DE

	Fonctionnement des cadres multisectoriels	Ateliers thématiques (gouvernance, financement, santé communautaire)	X		X		X	Nombre de cadres multisectoriels effectivement décentralisés et fonctionnels.	Procès-verbaux des cadres de concertation (nationaux et décentralisés), Notes de participation officielle du RAME.	DE et CA
		Participation aux cadres nationaux	X	X	X	X	X			DE et CA et OSC partenaires
	Renforcement des OSC locales	Petits appuis aux OSC en gouvernance sanitaire	X	X	X	X	X		Conventions d'appui signées, Rapports d'activités des OSC bénéficiaires.	DE
		Mini-formations sur la redevabilité sanitaire	X	X	X	X	X			DE
	Production d'analyses et rapports	Notes de position et analyses de politiques	X	X	X	X	X		Notes de position publiées et diffusées, Rapports de suivi budgétaire annuel.	DE et CA et expert
		Rapports de suivi budgétaire	X	X	X	X	X			DE et OSC expert
AXE 2 : Financement équitable et durable de la santé	Plaidoyer parlementaire et médiatique	Sessions de plaidoyer avec les députés et ministères	X	X	X	X	X	Pourcentage du budget national consacré à la santé.	Loi de finances initiale (LFI) annuelle, Comptes-rendus des sessions de plaidoyer.	CA
		Campagnes médias (radios, web, TV locale)	X	X	X	X	X		Planning de diffusion, Archives des clips/spots médias.	DE
	Campagnes citoyennes CSU	Mobilisation sociale (marches, caravane santé)	X	X	X	X	X	Nombre actions citoyennes (Cible : 4/an)	Rapports d'événements, Photos, Articles de presse, Liste des outils	DE et OSC partenaires

								pédagogiques produits.	
	Outils pédagogiques (affiches, jingles, vidéos)	X		X		X			
Analyses budgétaires du secteur santé	Suivi de l'exécution budgétaire (5 ans)	X	X	X	X	X		Bulletins budgétaires RAME publiés, Rapports d'exécution budgétaire (Ministère des Finances).	DE et OSC partenaires
	Publication annuelle du bulletin budgétaire	X	X	X	X	X			
Financement innovant et fiscalité sanitaire	Études sur taxes santé		X		X		Montants mobilisés via les taxes santé (à partir de l'année d'instauration).	Rapports d'étude publiés, Textes de loi instaurant les taxes, Données de recettes fiscales (Ministère).	DE et expert
	Forums de concertation		X		X			PV des forums de concertation avec les acteurs étatiques et privés.	DE et OSC partenaires
Appui aux mutuelles communautaires	Formation des comités de gestion	X	X	X	X	X	Nombre de personnes couvertes par le RAMU/CSU (indicateur de résultat national).	Rapports de formation, Liste des mutuelles/comités appuyés, Inventaire des kits de gestion.	DE et OSC partenaires

AXE 3 : Souveraineté pharmaceutique et sécurité des produits de santé	Études sur la production locale	Cartographie des capacités industrielles	X					Rapport d'étude final validé et diffusé.	Rapport d'étude RAME final, PV de l'atelier de validation intersectoriel.	DE et Expert
		Étude coût-prix vs importations				X				DE et Expert
	Veille sur les ruptures de médicaments	Plateforme digitale de signalement communautaire	X	X	X	X	X	Nombre de rapports de veille citoyenne produits annuellement (Cible: 4/an).	Base de données de la plateforme, Rapports de synthèse de veille RAME.	DE, OSC partenaires et PF CLM OCASS
		Missions de vérification et collecte	X	X	X	X	X			DE, OSC partenaires Et partenaires du MS
	Plaidoyer régulation et quotas locaux	Lobbying auprès institutions régionales (AES, CEDEAO)		X			X	Nombre de rencontres de plaidoyer avec les décideurs.	Procès-verbaux de rencontres, Communiqués de presse post-plaidoyer, Textes réglementaires influencés.	DE, CA et expert
	Pharmacopée et médecine traditionnelle	Inventaire national (5 ans)	X			X		Nombre de partenariats scientifiques pour la pharmacopée soutenus par le RAME.	Conventions de partenariat signées, Liste des plantes documentées/validées , Rapports d'ateliers scientifiques.	DE et partenaires MS
		Ateliers scientifiques avec tradipraticiens		X			X			DE et CA, partenaires MS

AXE 4 : Santé communautaire et participation sociale	Plaidoyer pour le statut des ASBC	Études sur motivation	X	X	X	X	X	Nombre d'ASBC bénéficiant d'un mécanisme de motivation durable.	Rapports d'étude RAME, Texte de loi/réglementation (Journal Officiel), Liste des bénéficiaires du mécanisme.	DE et CA
		Ateliers gouvernement et OSC	X		X		X			DE OSC partenaires et PF CLM OCASS
	Appui aux cadres communautaires	Renforcement des CAC/AV/Comités	X	X	X	X	X	Pourcentage de villages dotés de cellules d'animation communautaire (Cible : 15%/an).	Rapports de formation, Liste des comités appuyés, Données statistiques gouvernementales de couverture.	DE OSC partenaires et PF CLM OCASS
	Formations des leaders communautaires	Leadership, gouvernance, genre		X		X			Liste de présence, Modules de formation.	DE et OSC partenaires
	Documentation et capitalisation	Guides pratiques	X	X	X	X	X	Nombre de pratiques endogènes valorisées et intégrées.	Guides pratiques publiés (physique/numérique), Boîte à outils numérique (URL fonctionnelle).	DE
AXE 5 : Qualité des soins et droits humains	Mécanisme de signalement citoyen	Hotline et plateforme web	X	X	X	X	X	Nombre de cas de violations documentées et traitées.	Rapports d'analyse des cas (Hotline/Web), Registre de suivi des plaintes (traitement et résolution).	DE, OSC partenaires et PF CLM OCASS
	Plaidoyer qualité et sécurité	Entretiens avec hôpitaux	X	X	X	X	X	Pourcentage de structures certifiées qualité (ou appliquant les standards).	Notes de position RAME, Rapports des organismes de certification qualité (si disponibles).	DE et PF CLM OCASS partenaires du MS
		Note de position	X		X		X			DE

	Suivi équité services	Supervisions participatives	X	X	X	X	X	Ratio personnel de santé urbain/rural.	Rapports des supervisions participatives, Données du Ministère de la Santé (DRH).	DE et partenaires du MS et OSC partenaires
AXE 6 : Mobilisation citoyenne et ancrage culturel en santé	Campagnes multilingues	Radios communautaires / Théâtre-forum	X	X	X	X	X	Nombre de campagnes multilingues et supports culturels produits et diffusés.	Plan de communication, Archive des supports (audio/vidéo), PV des événements (théâtre-forum).	DE, OSC partenaires et PF CLM OCASS
		Supports visuels		X			X			DE, OSC partenaires et PF CLM OCASS
	Forums et assises citoyennes	Forums nationaux / Dialogues régionaux		X		X		Niveau d'engagement communautaire mesuré par la participation aux dialogues citoyens et forums.	Fiches de présence (nombre et diversité), PV des forums/dialogues.	DE, CA et expert
	Réseau panafricain "Santé égale à Souveraineté"	Réunions sous-régionales		X			X	Existence et fonctionnalité du réseau AES de mobilisation citoyenne.	Acte de création, PV des réunions régionales, Manifeste continental publié, Rapport de mobilisation digitale.	DE, CA et expert
		Manifeste continental			X					DE, CA et expert
AXE 7 : Renforcement institutionnel, stratégie et militant du RAME	Leadership et plaidoyer	Renforcement des capacités techniques, managériales et militantes.	X		X		X	Nombre de membres et de cadres formés sur le leadership, la gouvernance	Rapports de formation, Liste des participants formés, Programmes/modules de formation.	DE et CA

							et le plaidoyer militant.		
Digitalisation	Modernisation des systèmes de gestion	X	X	X	X	X	Taux de digitalisation des outils et procédures internes.	Inventaire des outils numériques, Rapport d'audit des systèmes d'information (SI).	DE
Mobilisation des ressources	Diversification des ressources	X	X	X	X	X	Taux de couverture du budget annuel par les ressources propres et solidaires.	Rapports financiers annuels, Registres des contributions solidaires/propres.	DE et CA
Communication institutionnelle	Campagnes de communication	X	X	X	X	X	Nombre de campagnes de communication institutionnelle et militante réalisées par an.	Plan de communication, Archives médiatiques, Rapports d'analyse de visibilité.	DE et OSC partenaires
Gouvernance et Militantisme	Renforcement de la gouvernance interne	X	X	X	X	X	Pourcentage de réunions statutaires tenues conformément aux dispositions des textes du RAME.	PV des réunions des instances dirigeantes (CA, AG), Politiques et procédures internes actualisées.	DE et CA

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels

Siège social du RAME : Ouagadougou, Secteur 24,
Rue Soeur Delphine, Arrondissement 1, Koulouba. 04 BP 8038 Ouagadougou 04.

Téléphone : 25 33 41 16 .

Numéro vert : 80 00 11 20

Email: secretariat@rame-int.org

www.rame-int.org

www.des-ici.org

<http://prf-fondsmondial.org>