



GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ENTRAVANT LA MARCHÉ VERS LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU BURKINA FASO

RAPPORT D'ANALYSE





RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

REMERCIEMENTS

Les consultants tiennent à remercier l'ONG/RAME qui a bien voulu apporter son appui technique et financier à pour la réalisation de cette étude.

Ils tiennent également à exprimer toute leur gratitude et leur reconnaissance à toutes les structures institutionnelles et communautaires qui ont bien voulu recevoir et répondre à leurs questions.

Enfin, merci à tous ceux/celles qui ont apporté leur appui technique à la réalisation de la présente étude, puisse Dieu les bénir au-delà de leurs attentes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
1. INTRODUCTION	7
1.1. PRESENTATION DU RESEAU D'ACCES AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS (RAME)	7
1.2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	8
1.3. RAPPEL SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO	10
1.4. ANALYSE ET CADRES MIS EN PLACE POUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE	11
1.4.1. CADRE DE REFERENCE DE MESURE DES PROGRES	11
1.4.2. CADRE MIS EN PLACE AU BURKINA FASO	12
1.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE	12
2. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	13
2.1. DESCRIPTION DE LA METHODE DE TRAVAIL	13
2.1.1. TYPE DE L'ETUDE	13
2.1.2. ZONE DE L'ETUDE	13
2.1.3. COMPOSANTES DE L'ETUDE	14
2.2. GESTION DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN	16
2.2.1. LA COLLECTE DES DONNEES TERRAIN	16
2.2.2. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	16
2.2.3. LES LIMITES DE L'ETUDE	16
3. RESULTATS DE L'ETUDE	17
3.1. CONTRAINTES DE L'ETUDE	17
3.2. MECONNAISSANCE DE LA CSU	17
3.3. LE TAUX DE REALISATION DES ENTRETIENS	17
3.4. PROGRESSION VERS L'ATTEINTE DES RESULTATS DE LA CSU	18
3.4.1. ACTIVITES REALISEES DANS LE CADRE DE LA CSU PAR LES STRUCTURES CLEFS	18
3.4.2. EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DE LA CSU	19
3.5. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENTS	26
3.5.1. AU NIVEAU DE L'ENGAGEMENT ET VOLONTE POLITIQUE	26
3.5.2. AU NIVEAU DE LA PLANIFICATION ET PRIORISATION PAR LES ACTEURS	27
3.5.3. SUR LE PLAN FINANCIER	29
4. POSSIBILITE D'ENGAGEMENT DE LA SOCIETE CIVILE ET DES COMMUNAUTES	30
4.1. AU NIVEAU DU PARLEMENT	30
4.2. AU NIVEAU DU MINISTERE DES FINANCES	30
4.3. AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE	30
4.4. AU NIVEAU DU MINISTERE DU TRAVAIL	31
4.5. AU NIVEAU DE LA CNAMU	31
4.6. AU NIVEAU DES PARTENAIRES TECHNIQUES AU DEVELOPPEMENT	31

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

5. PROPOSITION DES LEVIERS A ACTIONNER POUR ACCELERER LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO	31
6. CONCLUSION	33
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Echantillon des interviews	15
Tableau 2 : Niveau de réalisation des entretiens	18
Tableau 3 : Effectif de quelques emplois de la santé de 2015 à 2019	20
Tableau 4 : Ratios de quelques emplois de santé	21
Tableau 5 : Quelques indicateurs en lien avec les infrastructures	22
Tableau 6 : Quelques indicateurs des comptes nationaux de santé	24
Tableau 7 : Estimation des dépenses de santé de la population du Burkina en fonction de l'évolution de la population	25
Tableau 8 : Evolution du panier de soins selon les années	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les trois dimensions de progrès vers la CSU	12
Figure 2 : Taux d'occupation des lits dans les structures publiques	23

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACS	:	African Collaborative for Health Financing
AMU	:	Assurance Maladie Universelle
ARV	:	Anti-retroviral
BF	:	Burkina Faso
CARFO	:	Caisse Autonome de retraite des fonctionnaires

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

CNAMU	:	Caisse nationale d'assurance maladie universelle
CNLS	:	Conseil national de lutte contre le sida
CNSS	:	Caisse nationale de sécurité sociale
CSU	:	couverture sanitaire universelle
DGSP	:	Direction générale de la santé publique
MUNASEB	:	Mutuelle nationale de santé des étudiants du Burkina Faso
NESSA	:	Nationale d'entraide et de solidarité africaine
OAPI	:	Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PNDES	:	Plan national de développement économique et social
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RAME	:	Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels
SOBAS	:	Société Burkinabé d'assistance secours
TDR	:	Termes de reference
USAID	:	Agence des États-Unis pour le développement international

est l'agence du gouvernement des États-Unis chargée du développement économique et de l'assistance humanitaire

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet « African Collaborative for Health Financing Solutions (ACS) » qui couvre la période 2017-2022, Le Réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME) a reçu un financement du gouvernement des États-Unis chargée du développement économique et de l'assistance humanitaire (USAID) dans le but de faire avancer la mise en œuvre des politiques, stratégies et processus de financement de la santé afin de contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Un rapport de consultation produit en Mars 2018 a fait une analyse du contexte du Burkina Faso, la dynamique des détenteurs d'enjeux, les barrières et défis de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et des solutions innovantes. Depuis lors le Gouvernement du Burkina Faso a fait des progrès vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle mais force est de constater que les avancées sont lentes. C'est donc dans le but d'identifier les éventuels blocages à l'avancée du Burkina Faso vers l'atteinte de la CSU que le RAME et ses partenaires ont lancé cette étude afin d'accompagner la « création d'un mouvement social en faveur de la CSU au BF »

1.1. Présentation du réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME)

Le RAME (Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels) a été créé en juin 2003 avec pour objectif de contribuer à lever toutes les barrières qui peuvent bloquer l'accès des malades aux médicaments essentiels. Le RAME est une organisation de la société civile Africaine de droit Burkinabé qui regroupe des personnes ressources qui sont engagées à mettre leurs compétences dans la promotion de la santé, la lutte contre la maladie et le renforcement des systèmes de santé et communautaire en Afrique. entre autres mission le RAME s'engage à: promouvoir et/ou soutenir l'application des directives nationales et internationales favorables à l'accès des communautés aux soins de santé en général et aux médicaments essentiels en particulier ; promouvoir le respect des droits humains, surtout le droit des couches sociales les plus vulnérables quant à l'accès aux soins de santé en général et aux médicaments essentiels en particulier ; contribuer à l'analyse des questions d'ordre scientifique, éthique et de politiques soulevées en rapport avec l'accès aux médicaments au Burkina Faso et à l'échelle internationale ; vulgariser l'information sur le médicament, les soins de santé et les stratégies de soins adaptées au contexte du Burkina Faso ; proposer au gouvernement et aux institutions des mesures pouvant favoriser l'amélioration de l'accès des communautés aux médicaments essentiels ; mener des campagnes de sensibilisation et de pression contre toute initiative nationale ou internationale limitant l'accès des communautés aux soins de santé; assurer le renforcement des capacités des communautés pour une participation citoyenne plus accrue en faveur de l'accès à la santé pour tous; s'investir dans tout domaine qui ne soit illégal au regard de la législation nationale et des textes fondamentaux du RAME, et qui contribuent à l'atteinte des objectifs du Réseau. Le siège social du RAME est à Ouagadougou.

1.2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La population du Burkina Faso est estimée à 19 034 397 habitants en 2016. Avec une densité de 51,8 habitants au Km², cette population croît à un rythme de 3,1% l'an (Institut Nationale des Statistiques et de la Démographie, 2006). L'économie est fortement dominée par l'agriculture qui emploie 80% de la population active. En 2014, l'incidence de la pauvreté était estimée à 40,1% et le revenu national brut par habitant à 690,4 dollars. La population est dépendante, c'est-à-dire les moins de 15 ans et les plus de 64 ans, étaient quant à elles, estimée à 49,26% contre 50,74% pour la population active. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,4% pour l'ensemble du pays dont 5,8% pour le milieu rural contre 3,4% pour le milieu urbain (EMC 2015). La proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) au sein de la population féminine est estimée à 45,76% dont la majorité se retrouve en milieu rural. Au sein du groupe vulnérable que constitue le couple mère-enfant, le rapport de mortalité maternelle faisait état de 330 décès pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile était quant à lui de 91,7 décès pour 100 000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité infanto-juvénile était de 141,9 décès pour 1000 naissances vivantes (Op. Cit, 215).

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

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

Ensuite, les mécanismes d'assurance sociale sont un ensemble de dispositifs de protection sociale orientés vers les travailleurs de l'administration publique et privée. La loi 013/98 du 28 avril 1998 stipule à son article 28 que « tous les agents de la fonction publique bénéficient d'une protection sociale en matière de risques professionnels, de prestations familiales, d'assurance vieillesse et de soins de santé dans les conditions définies par la loi » (1998 :2). Selon les termes de cette loi, la protection sociale couvre trois grandes dimensions : la prise en charge des soins de santé relatifs aux risques professionnels survenus, la prestation familiale et la maternité et l'assurance vieillesse. C'est ainsi que le gouvernement donne la priorité à la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale pour les fonctionnaires et/ou les autres travailleurs de secteur formel parce qu'ils seraient plus faciles à identifier et à inscrire. En ce qui concerne la couverture médicale pour les plus pauvres et vulnérable, diverses stratégies ont été expérimentées et mises en œuvre à différentes échelles : exemption de paiement pour les groupes ou pathologies spécifiques, différenciation des prix et subventions ciblées pour les activités qui produisent un niveau d'externalités (vaccination, traitement des maladies infectieuses ...).

A côté de ce système étatique, il y'a les mutuelles sociales qui sont des groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs

RAPPORT D'ANALYSE

RAME 2019 - 2020

conséquences. Elles souffrent d'insuffisances fonctionnelles, organisationnelles qui constituent des limites à leurs rôles sociaux. En 2005, le ministère de la santé avait identifié 25 mutuelles du secteur formel qui comptaient 41 800 bénéficiaires. En milieu rural et urbain, on dénombrait à la même année, 119 mutuelles de l'économie informelle dont le nombre de bénéficiaires était de 18 900. Les plus représentatifs sont : la Société burkinabé d'assistance secours (SOBAS), la Mutuelle burkinabé d'assistance sociale et de solidarité (MUBASS), la Nationale d'entraide et de solidarité africaine (NESSA) (Yoni, 2000), la Mutuelle nationale de santé des étudiants du Burkina Faso (MUNASEB).

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

Enfin, les programmes d'aide sociale sont des initiatives pour la protection des groupes vulnérables à travers des campagnes de sensibilisation, des services d'aides aux handicapés, aux réfugiés et sinistrés, aux enfants en situation particulièrement difficiles, aux exclus sociaux. Les services offerts par le marché des assurances sont inaccessibles aussi bien aux salariés qu'aux travailleurs du monde rural.

De ce fait, l'accès aux services de santé est encore largement assuré par le paiement direct des ménages (32,4% en 2016 alors que l'on vise un plafond de 20% ¹ pour limiter les dépenses catastrophiques en santé des ménages) En outre, la qualité des services de santé est en dessous des besoins et que l'accès aux soins de qualité reste inéquitable. Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle s'avère nécessaire pour garantir l'accès à des soins de qualité à toute la population en général et aux indigents en particulier y compris tout en garantissant la protection financière contre le risque maladie. Le gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Cela s'est illustré par l'adoption de la loi RAMU en septembre 2015, puis l'adoption en mars 2016 de la gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. L'opérationnalisation de la loi sur la RAMU a été marquée par la création et l'adoption des statuts particuliers de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU), en mars 2018, et le lancement, en septembre 2020, du RAMU avec la couverture des personnes indigentes. Un peu plus tard, la gratuité de la planification familiale en décembre 2018. La couverture sanitaire universelle (CSU) est définie comme une approche globale permettant à l'ensemble de la population d'avoir un accès, sans discrimination, à des services de base qui regroupent la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement et de la réadaptation, l'accessibilité à des médicaments de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité ((OMS 2010)) ². Rappelons que selon l'article 48 de la loi N°060-2015 portant régime d'assurance maladie universelle, l'Etat est financièrement responsable de la couverture gratuitement dès décembre 2019.

Dans le processus de transition vers la CSU, les auteurs identifient trois profils étatiques : le modèle étatiste ; le modèle du marché et d'assurance et enfin le modèle subsidiarité (Op.cit, 2012). Trois composantes forment le trépied de la CSU : la

¹ Infrastructures/équipements/logistiques, ressources humaines, prestations de services, produits de santé

² WHO (2010), Health financing: the path to universal coverage, World Report 2010

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

couverture de la population en service de santé ; l'élargissement de paquets de services offerts et la protection financière. Les trois directions du « cube » (Durairaj, Evans, 2011, P.6) dans lesquels il faut progresser en vue d'atteindre la couverture universelle : la proportion de population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin la proportion des coûts qui seront couverts (OMS, 2008). Dans l'idéal, c'est « l'ensemble de la population » qui devrait être en mesure de recevoir les soins de qualité dont elle a besoin à un coût qui ne l'appauvrit pas (Ngabire, 2013). Dans cette perspective, la CSU est d'abord et avant tout un contrat social (OMS, 2018, P15)³ Au niveau du Burkina Faso, quelques orientations ont été données par les acteurs au niveau national mais on constate une insuffisance de communication à tous les niveaux. Cet état de fait entraîne une faible concertation des acteurs qui se retrouvent dans plusieurs Ministères. On note également une absence d'un mouvement social autour de la couverture santé universelle.

C'est pour cette raison que le RAME a trouvé opportun d'actualiser l'information sur les goulots d'étranglement et insuffisances constatées dans la progression du BF vers la couverture santé universelle (CSU).

1.3. RAPPEL SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO

Atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), c'est faire en sorte que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé préventifs, curatifs, promotionnels et de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (1). Un mouvement mondial dénommé Universal Health Coverage (UHC 2030), piloté par l'OMS et plusieurs partenaires dont la banque Mondiale et le Gouvernement du Japon est en cours de mise en œuvre ; l'objectif étant d'amener tous les acteurs concernés (dirigeants des pays, bailleurs de fonds, chercheurs, professionnels de santé et société civiles) à entreprendre les mesures correctrices adaptées à chaque pays pour construire des systèmes de santé forts pour la CSU (2). Le Burkina Faso s'est engagé sur cette voie en ratifiant les objectifs de développement durables (ODD) et de partenariat mondial. L'engagement politique du pays à atteindre la CSU est matérialisé dans le programme présidentiel traduit dans l'axe 2 du PNDES (plan national de développement économique et social) (3) avec les trois premiers effets attendus à savoir : (i) l'accès aux soins de santé de qualité est garanti à tous, (ii) l'accélération de la transition démographique, et (iii) l'alimentation et la nutrition en faveur des groupes spécifiques comme les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes.

Dans le domaine de la protection sociale, le régime d'assurance maladie universelle figure parmi les approches de mise en œuvre des actions pour l'atteinte de la CSU.

Les actions concrètes se sont matérialisées avec les mesures de gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans depuis avril 2016, le recrutement de 17688 agents de santé à base communautaire (ASBC) pour la mise en œuvre d'un paquet de soins et de services communautaires, le renforcement des ressources humaines, matérielles et des financements pour la santé. Par ailleurs, l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle (AMU) devrait permettre de mieux compléter les forces du système de santé.

³ Organisation mondiale de la santé et la banque internationale pour la reconstruction et le développement/ la Banque mondiale ; des systèmes sains pour une couverture santé universelle- une vision commune pour des vies saines ; Genève : 2018² WHO (2010), Health financing: the path to universal coverage, World Report 2010

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

Malgré ces mesures et actions spécifiques et de routine, le Burkina Faso enregistre toujours des niveaux insatisfaisants d'indicateurs de santé ; ce qui pourrait ralentir la marche vers la couverture sanitaire universelle. En 2017, le pays avait obtenu un index CSU de 39 sur 100 pour les soins et services de santé (4). Les maladies infectieuses telles que le paludisme et les infections respiratoires continuent de faire ravage dans certaines populations vulnérables comme les enfants de moins de 5 ans. D'autres maladies non transmissibles sont en cours d'émergence, principalement le diabète, de l'HTA, les cancers.

Face à cette situation, le ministère de la santé a fait l'option de mettre l'accent sur le déploiement des interventions à haut impact afin de booster les progrès vers la CSU à l'horizon 2030.

1.4. ANALYSE ET CADRES MIS EN PLACE POUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE

1.4.1. Cadre de référence de mesure des progrès

Le cadre de référence pour l'analyse de la situation est celui des trois dimensions décrites par l'OMS pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Chaque pays devrait mobiliser et mettre en commun le maximum de ressources financières pour avancer progressivement dans les dimensions suivantes :

- Couvrir tous les cycles de vie (grossesse, naissance, enfance, adolescence, adulte, personnes âgées) des populations en intrants adaptés tels que les ressources humaines, les infrastructures sanitaires, la logistique, les médicaments et consommable,
- Déployer le health benefits package (HBP), c'est-à-dire définir et couvrir les populations en services et soins essentiels afin d'avoir un impact significatif sur les charges de morbidité et de mortalité,
- Réduire les dépenses directes des soins et services de santé effectuées par les populations.

Pour chaque dimension, des indicateurs et normes de référence existent et permettent de suivre les progrès et d'estimer



RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

les GAPS à combler. La figure 1 rappelle ce cadre fondamental de référence de la marche vers la CSU. Plusieurs pays ont déjà atteint la CSU, cas par exemple du Japon, de la France, de la Chine Taiwan) en plusieurs décennies, d'autres par contre l'ont atteint rapidement, cas du Costa Rica (5) et du Cuba (6,7). La leçon apprise est que chaque pays doit développer des initiatives combinées et adaptées à son contexte pour l'atteinte de la CSU. Il n'existe pas de recettes miracles prédéfinies pour une meilleure marche vers la CSU.

L'organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS) accompagne également les pays membres de l'espace de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de Ouest (CEDEAO) dans la construction de la CSU à travers l'élaboration d'un guide d'orientation de mise en œuvre de la CSU et des appuis conseils. Le dernier atelier tenu à Lomé en 2016 a permis aux participants d'amender ce document d'orientation pour sa validation auprès des chefs d'Etat.

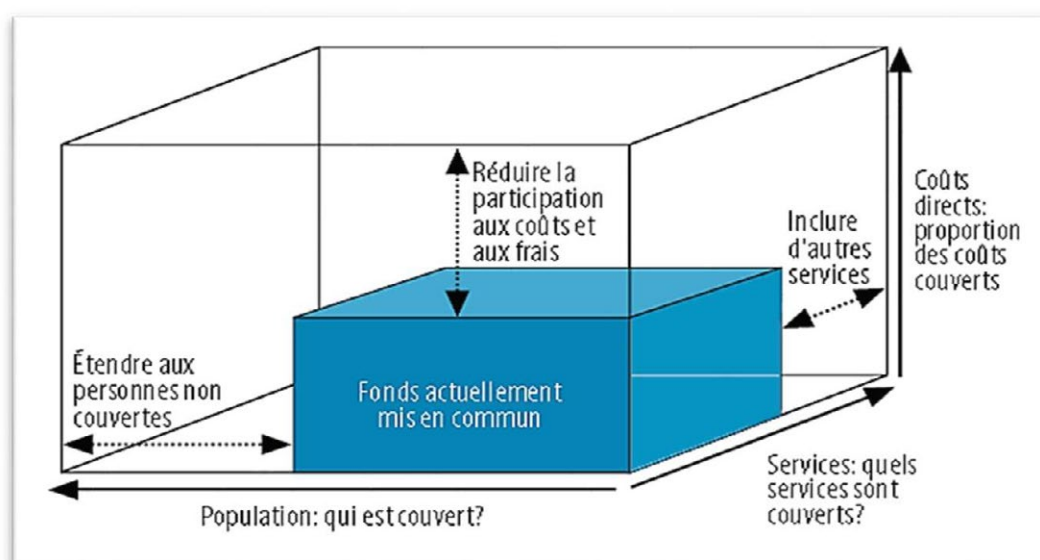


Figure 1 : les trois dimensions de progrès vers la CSU

Source : Organisation Mondiale de la Santé & BM : Banque mondiale (OMS)

1.4.2. Cadre mis en place au Burkina Faso

Pour répondre aux exigences du moment et accélérer la mise en œuvre de la couverture santé universelle, le Burkina Faso a entrepris une série de réformes tant au niveau institutionnel que dans la définition de nouvelles politiques et stratégies. On pourrait citer, entre autres, le passage du budget-objet au budget-programme, le changement de l'organigramme du Ministère de la Santé avec la création de nouveaux organes de régulation, l'adoption de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, l'adoption de la gratuité des soins et services de planification familiale, la mise en place de l'assurance maladie universelle (AMU), le développement de l'achat stratégique des services de santé

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

avec la stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) comme porte d'entrée. Des cadres de dialogue et de collaboration multisectorielles existent. (3)

1.5. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif général :

L'objectif de cette étude est d'analyser les goulots d'étranglement du processus de mise en œuvre efficace de la CSU selon les dimensions de l'accès aux services, de la qualité des services, les coûts des services et le cadre institutionnel et politique.

Objectifs spécifiques :

De manière plus spécifiques il s'est agit de :

- Faire un diagnostic des actions et cadres mis en place pour l'atteinte de la CSU au Burkina Faso ;
- Evaluer le niveau de progression du Burkina Faso en matière de réalisation de la CSU ;
- Identifier les domaines de blocage (financement, planification et priorisation, engagement politique, etc.), leurs causes et conséquences au développement de la stratégie de la couverture santé universelle au Burkina ;
- Identifier des possibilités d'engagements de la société civile et des communautés pour contribuer à accélérer l'atteinte de la CSU ;
- Proposer des leviers ou stratégies à actionner pour l'accélération au Burkina vers la CSU.

2. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La démarche méthodologique qui est proposée est basée sur une approche participative impliquant toutes les différentes sensibilités et acteurs intervenant dans la couverture sanitaire universelle en général et celle relative à la santé impliquée dans la gestion de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso en particulier. Il s'est agi de faire le répertoire des structures et institutions impliquées dans la conception et la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Burkina Faso puis les interviewer. Au sein de ces structures, les personnes les plus impliquées sont sélectionnées par la structure pour un entretien soit physique soit en ligne soit pour remplir le guide puis transmettre par mail.

2.1. DESCRIPTION DE LA METHODE DE TRAVAIL

Après avoir établi la liste des structures et institutions devant intervenir dans cette étude, des appels téléphoniques ont permis de prendre des rendez-vous ou de convenir de la façon de collecter les données compte tenu de la pandémie à COVID-19 et aussi de la disponibilité des acteurs. Il faut souligner que la collecte a eu lieu en fin d'année avec les multiples occupations des cibles. Les acteurs ont donc été interviewés différemment, c'est-à-dire soit en ligne ou en présentiel.

2.1.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude diagnostique et analytique reposant sur une approche purement qualitative. Les techniques utilisées

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

ont été l'exploitation de la documentation et les entretiens individuels. Cette revue documentaire a permis la définition des concepts, l'analyse critique des études déjà réalisées dans ce cadre et l'élaboration des outils de collecte des données.

2.1.2. Zone de l'étude

La zone de couverture de l'étude est nationale même si la collecte a été faite auprès de personnes que se trouvent à Ouaga mais qui ont un mandat national. La majorité des acteurs clefs de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle résident à Ouagadougou. Aussi la région du Centre est une région pilote.

2.1.3. Composantes de l'étude

Revue documentaire

Elle nous a permis de passer en revue les différents documents, rapports produits et publications sur la mise en œuvre de la CSU au BF.

Entre autres documents consultés, nous pouvons citer :

- les principaux résultats du rapport de consultation réalisé par Joël Arthur KIENDREBEOGO en mars 2018
- le rapport de la 6ème rencontre bilan de la gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans tenue le 9 octobre 2020
- la note synthèse sur les principales priorités « Vers la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso » de mars 2019
- le plan d'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso (PO-RAMU) 2015-2017
- la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle 2018 - 2030
- le Plan National d'Accélération de la planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020.

Echantillonnage

L'échantillonnage a été raisonné. Il s'est agi de retenir 37 personnes à interviewer sur la base de leur implication et de leur connaissance de la couverture sanitaire universelle. Les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre de la couverture santé universelle ont été regroupés en cinq niveaux que sont : les acteurs du niveau interministériel et institutionnel, les acteurs au niveau du système de santé, les partenaires techniques au développement, les acteurs de la société civile et les personnalités d'intérêt. Le choix des cibles a été fait de façon raisonnée. Il s'est agi de mener des entretiens avec des cibles identifiées qui ont soit contribué à la conceptualisation de la CSU soit à la rédaction des documents de la CSU. Elle a permis enfin de prendre en compte l'expression des attentes des acteurs ou parties prenantes et de combler les insuffisances de l'approche qualitative.

Ainsi le tableau ci-dessous représente l'échantillon :

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020
Tableau 1 : Echantillon des interviews

Structures	
Acteurs au niveau interministériel et institutionnel	MINEFID
	Ministère du travail et de la sécurité sociale
	Assemblée Nationale
	CNSS
	CARFO
	CNAMU
	PNDES
Acteurs au niveau du système de santé	Cabinet du ministère de la santé
	Secrétaire général du ministère de la santé
	DAF du ministère de la santé
	DGSP
	ST/CSU
	ST/ATD
	GT/SR
Partenaires techniques au Développement	OMS
	UE
	USAID
	UNICEF
	Banque Mondiale
Acteurs de la société civile	RAMS
	ASMADE
	RAME
	UAS (Unité d'action syndicale)
	STEP/BIT
	APIL
	CCVC
	Mutuelles des Douanes
	Ligue des consommateurs
	Ordre des médecins
	Mutuelle de santé Laafi baoré
	MUSESUP : Mutuelle de santé des enseignants des institutions d'enseignement du supérieur
	Société burkinabé d'assistance secours (SOBAS)
	La Mutuelle burkinabé d'assistance sociale et de solidarité (MUBASS)
	La Nationale d'entraide et de solidarité africaine (NESSA)
	La Mutuelle nationale de santé des étudiants du Burkina Faso (MUNASEB)
	Leaders religieux
Personnalités d'intérêt	Ancien SG du ministère de la santé : KARGOUGOU, Traoré
	Anciens ministres de la santé
	Anciens ministres du travail

2.2. GESTION DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN

2.2.1. La collecte des données terrain

Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré, validé et testé avant d'être administré aux personnes retenues pour cette enquête. Des entretiens individuels ont été privilégiés. Pour certains, l'entretien a été réalisé en ligne et d'autres ont rempli le guide puis envoyé par mail. Ces contraintes l'ont été à cause des contraintes de la COVID-19. La collecte s'est déroulée du 20 décembre 2020 au 15 janvier 2021.

2.2.2. Traitement et analyse des données

Les données qualitatives ont été saisies sur le tableur Excel. Pour les enregistrements audios, une retranscription a été faite avant de les saisir dans la base Excel. Une analyse du contenu a été faite selon une grille conçue à cet effet. Les contenus ont été réorganisés pour répondre aux objectifs de l'étude.

2.2.3. Les limites de l'étude

- Nous n'avons pas pu interviewer certains acteurs (indisponibilité, refus catégorique, COVID-19).
- Absence de documents de référence sur la CSU au Burkina Faso.
- Insuffisance de données statistiques récentes pour alimenter cette étude.



RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

3. RESULTATS DE L'ETUDE

3.1. CONTRAINTES DE L'ETUDE

La conduite de l'étude a connu quelques contraintes mais elles n'entachent en rien la qualité du document produit. En effet, la collecte des données s'est déroulée dans un contexte de COVID où l'organisation des entretiens était quasi impossible. Cette situation s'est plus ressentie auprès des partenaires techniques et financiers chez qui le respect de la distanciation physique était obligatoire. La collecte des données s'est parfois réalisée via les réseaux sociaux.

De plus, la collecte s'est déroulée au cours du dernier mois de l'année où certains acteurs étaient préoccupés par les élections nationales. Aussi, les programmes des acteurs étaient très chargés en ces période d'où la difficulté d'avoir un rendez-vous de travail.

3.2. MECONNAISSANCE DE LA CSU

Au cours de cette étude, nous avons constaté que des acteurs importants des directions centrales ont une faible connaissance de la couverture santé universelle. Ainsi, 31% des personnes enquêtées ont affirmé ne pas bien maîtriser le concept de couverture santé universelle. La majorité des acteurs confondent la couverture santé universelle avec l'assurance maladie universelle. Ce constat est confirmé par les propos suivants d'une autorité notamment le secrétaire général d'un ministère clé de la CSU en ces termes.

« Explique-moi ce que c'est la CSU pour que je puisse répondre à tes préoccupations »

Ces personnalités affirment ne pas disposer de documentations sur la CSU. Cette mauvaise connaissance se ressent également par le contenu des réponses apportées par les interlocuteurs qui confondent la couverture santé universelle à l'assurance santé universelle et/ou aux mutuelles de santé. Cela dénote aussi de la non diffusion des documents en lien avec la stratégie de la couverture santé universelle.

« Il y'a une seule personne qui maîtrise la CSU dans notre direction, quand elle n'est pas là c'est fini, Il faut l'attendre ou l'appeler »

3.3. LE TAUX DE REALISATION DES ENTRETIENS

Le tableau suivant ressort le niveau de réalisation des entretiens selon le type d'acteurs prévus.

Tableau 2 : Niveau de réalisation des entretiens

Type d'acteurs	Nombre prévu	Nombre réalisé	Pourcentage de réalisation
Acteurs au niveau interministériel et institutionnel	07	6	85,71
Acteurs au niveau du système de santé	07	5	71,43
Partenaires techniques au Développement	05	2	40,00
Acteurs de la société civile	16	12	75,00
Personnalités d'intérêt	03	2	66,67
TOTAL	38	27	71,05

On constate que 71,05% de la cible initialement prévue a réellement été enquêtée. Cette faible performance est due à plusieurs raisons telle que la faible accessibilité des acteurs, les effets de la COVID et surtout du temps imparti pour la réalisation de cette étude. Certains groupes d'acteurs comme les « personnalités d'intérêt » et les « partenaires techniques au développement » ont été les plus difficiles à être touchés.

3.4. PROGRESSION VERS L'ATTEINTE DES RESULTATS DE LA CSU

Dans cette partie, nous allons examiner les réalisations et mesures prises par les structures clefs dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture santé universelle. De plus nous verrons quelques indicateurs clés qui montrent l'évolution vers la CSU.

3.4.1. Activités réalisées dans le cadre de la CSU par les structures clefs

Au cours de notre étude, les structures ont évoqué la réalisation de certaines activités ou la mise en œuvre de certaines stratégies dans le but d'accélérer la mise en œuvre de la CSU. Ce sont, entre autres :

La CARFO

- La prise en compte intégrale des risques professionnels du personnel public de l'Etat.
- Le suivi de la santé des travailleurs par les visites médicales systématiques annuelles et occasionnelles.

La CNAMU

- La définition des rôles et fonction de chaque service et structure.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



- La coordination des actions des services et structures impliqués.
- La mobilisation des ressources humaines et financières.
- La mise à disposition des ressources financières aux ONG ASMADE et RAMS pour la prise en charge des indigents.

La CNSS

- Le renforcement des actions de prévention, de PECM et de réparation des risques professionnels au profit des travailleurs affiliés.
- La contribution à la construction et l'équipement des structures de santé (SMI, dispensaire...).

La DAF/Santé

- Les données informations contenues dans cette partie regroupent celles reçues auprès de ST/ATD et du ST/CSU.
- Mise en place d'un système de gestion et de suivi de la gratuité.
- Mise en place d'un mécanisme de gestion des fonds de la gratuité.
- Création d'un service technique pour la CSU.
- Mise en place et début de fonctionnement de la CNAMU.
- Effectivité de la gratuité de la Planification Familiale (PF), des soins chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Ministre de l'Économie, des Finances et du Développement

- Mise à disposition des ressources financières pour l'opérationnalisation de la CNAMU.
- Mobilisation des ressources pour le fonctionnement de la CSU.
- Prise de textes pour l'opérationnalisation de la CSU.
- Création d'une ligne budgétaire pour accompagner la mise œuvre de la gratuité.

Ministre de la Fonction publique, du Travail et de la Protection sociale

- Tenue des cadres de concertation sur la CSU.
- Recrutement massif de personnel de santé pour une meilleure couverture des formations sanitaires (recrutement sur mesure nouvelle, augmentation des effectifs de recrutement...).
- Formalisation de la couverture santé universelle à travers une esquisse d'organigramme et définition des postes des structures qui composent la CSU.
- Erection du siège de la CNAMU.

3.4.2. Evolution de quelques indicateurs de la CSU

Dans le but de bien apprécier l'évolution des indicateurs, ceux-ci seront classés selon les trois dimensions définies par l'OMS.

Couverture de tous les cycles de vie des populations en intrants adaptés

Pour mieux apprécier cette dimension, les indicateurs suivants seront examinés : les ressources humaines en santé, les

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

infrastructures sanitaires de base, la disponibilité en médicaments.

Les ressources humaines en santé

La couverture de la population en ressources humaines en santé n'a cessé d'augmenter au fil des années depuis 2016 mais ne couvre pas les besoins des formations sanitaires. Ces effectifs sont non seulement en dessous des normes de l'OMS mais on constate une grande disparité des effectifs entre les formations sanitaires rurales et celles des centres urbains. Le tableau suivant montre l'augmentation progressive de certains emplies de la santé de 2015 à 2019, traduisant l'effort de recrutement de la fonction publique Burkinabé.

	2015	2016	2017	2018	2019
Effectif des AIS	2703	2602	2729	2784	2978
Effectif IB	2564	2516	2099	2199	1824
Effectif Infirmier D'Etat (IDE)	4348	4633	5424	6171	6789
Effectif Médecin	1189	1202	1363	1687	1910
Effectif chirurgien-dentiste	24	22	22	28	62
Effectif Pharmacien	258	235	234	239	313
Ratio population/infirmier	2669	2663	2663	2419	2423

Source : Annuaire statistique 2019 du Ministère de la santé



RAPPORT D'ANALYSE

RAME 2019 - 2020

On constate une augmentation des effectifs au fil des années et pour certains emplois, le Burkina Faso a atteint les normes recommandées par l'OMS. On constate cela chez les Sages-femmes, maïeuticiens d'Etat (SFE/ME). Certains emplois comme les IDE et les médecins sont proches des normes de l'OMS. On constate que l'Etat a fait des efforts considérables dans le recrutement du personnel de santé mais des insuffisances sont constatées sur le terrain quant à la répartition de ce personnel au niveau des formations sanitaires rurales et aussi quant à l'utilisation effective de ce personnel au niveau des soins. En effet plusieurs d'entre eux sont affectés à des tâches de coordination et autres responsabilités. On constate qu'ils ne couvrent pas les besoins en personnel des structures de santé du pays. Le tableau suivant montre les ratios de quelques emplois de la santé par rapport aux normes de l'OMS.

	2016	2017	2018	2019	Norme OMS
Ratio population/médecin	15836	14404	12000	10927	1med /10000 hbts
Ratio population/IDE	4108	3281	3281	3074	1 IDE/3000 hbts
Ratio population/SFE_ME	7378	5874	5510	4831	1SFE/5000 hbts

Source : Annuaire statistique 2019 du Ministère de la santé

Selon le rapport de l'Observatoire national de la santé de la population, en 2016, 7% des CSPS du pays remplissent les normes minimales en personnel. A cela s'ajoute une inégale répartition de ces ressources humaines, accentuée par la difficulté de fidéliser les agents dans les zones difficilement accessibles. 40% des médecins généralistes sont en activité dans la seule Région du Centre où se trouve seulement 14% de la population totale. 50% des personnels infirmiers, et sages-femmes évoluent en zone rurale où résident 80% de la population et seulement 12% des médecins spécialistes exercent dans les 9 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). De plus, il faut préciser que les médecins se consacrent également à de nombreuses tâches administratives, réduisant ainsi leur disponibilité pour prodiguer des soins. Tel est notamment le cas des médecins directeurs centraux, régionaux, des médecins chefs de districts. L'insuffisance des ressources humaines en santé et son inégale répartition ne favorisent pas une prise en charge adéquate des populations cibles de la couverture santé universelle.

Les infrastructures sanitaires de base (CSPS publics et privés)

Le nombre d'infrastructures sanitaires a augmenté au cours de la période de 2016 à 2019 (effectif des CSPS, effectif des établissements privés de soins hospitalier et non hospitalier, officines pharmaceutiques ...) mais le rayon d'action moyen théorique reste toujours élevé (autour de 5,8 y compris le privé). Cela voudrait dire que les formations sanitaires restent assez éloignées des populations notamment dans la région de l'Est. Le tableau suivant ressort quelques indicateurs en lien avec les infrastructures.

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020
Tableau 5: **Quelques indicateurs en lien avec les infrastructures**

	2016	2017	2018	2019
Rayon d'action moyen théorique (en km) sans le privé	6,7	6,5	6,4	6,3
Rayon d'action moyen théorique (en km) y compris le privé	6,1	6,0	5,9	5,8
Pourcentage de FS (CSPS) remplissant les normes minimales en personnel	93,2	91,0	84,8	87,1
Effectif des CMA	46	45	45	45
Effectif des CM	52	57	63	71
Effectif des CSPS	1760	1839	1896	1948
Effectif des établissements sanitaires privés de soins hospitalier	98	133	135	150
Effectif des établissements sanitaires privés de soins non hospitalier	352	397	409	443
Effectif des officines	255	246	151	207
Effectif des dépôts pharmaceutiques privés	542	617	478	595
Ratio population/CSPS	9731	9624	9645	9662

Le GAP en 2017 était estimé à 1 619 (sur la base de la norme de 1 CSPS pour 5 000 habitants) pour un besoin de 3 926 CSPS soit une couverture pays de 58,8%. Ce chiffre a légèrement évolué en 2019 avec 2391 formations sanitaires publiques et privés. Il faut noter que 184 ont été construits et équipés entre 2016 et 2020 et 57 sont en cours de construction. Aussi 32 CSPS des chefs lieu des communes rurales ont été transformés en centre médicaux. Le rayon d'action moyen théorique en km (y compris le privé) est passé de 6,1 en 2016 à 5,8 en 2020.

Le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2019 a montré que la population du Burkina s'élevait à 20 487 979 habitants. Pour couvrir cette population, 4 098 CSPS étaient nécessaires. Le gap en CSPS est donc de 2150 CSPS en 2019. On remarque que le gap devient de plus en plus important au fil des années.

La disponibilité des médicaments

En se focalisant sur la disponibilité des 25 médicaments traceurs des dépôts de vente des médicaments essentiels et génériques (DMEG), on constate une nette évolution de la disponibilité du médicament. En 2016, 28% de DMEG n'ont pas connu de rupture de médicaments traceurs contre 18,2% en 2019 (la norme étant de 100%).

RAPPORT D'ANALYSE

RAME 2019 - 2020

En 2019, on note une légère baisse de la disponibilité d'au moins sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle dont le sulfate de magnésium et l'ocytocine. En effet, le pourcentage de formations sanitaires disposant d'au moins sept (7) médicaments vitaux dont le sulfate de magnésium et l'ocytocine au moment de l'enquête était de 83,7% en 2019, contre 87,6% en 2018. Il reste cependant à un niveau plus élevé qu'en 2017 et 2016 (74,2% en 2017, et 66,2% en 2016). La baisse était plus prononcée dans les formations sanitaires de niveau secondaire avec 92,2% en 2019 contre 98,4% en 2018. Dans les formations sanitaires de premier niveau le pourcentage était de 81,2% en 2019 contre 85% en 2018 ⁴.

L'analyse de la disponibilité d'au moins sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle dont le sulfate de magnésium et l'ocytocine selon les régions montre qu'en 2019 seulement deux régions (Sahel et Centre-Ouest) avaient 100% de leurs formations sanitaires disposant des 7 médicaments contre 5 régions en 2018 (Centre-ouest, Cascades, Centre-nord, Centre-est et Sahel).

Déploiement du health benefits package (HBP)

Dans cette dimension, nous allons examiner un seul indicateur, celui en lien avec le taux d'occupation des lits.

Le niveau de couverture en lits d'hospitalisation

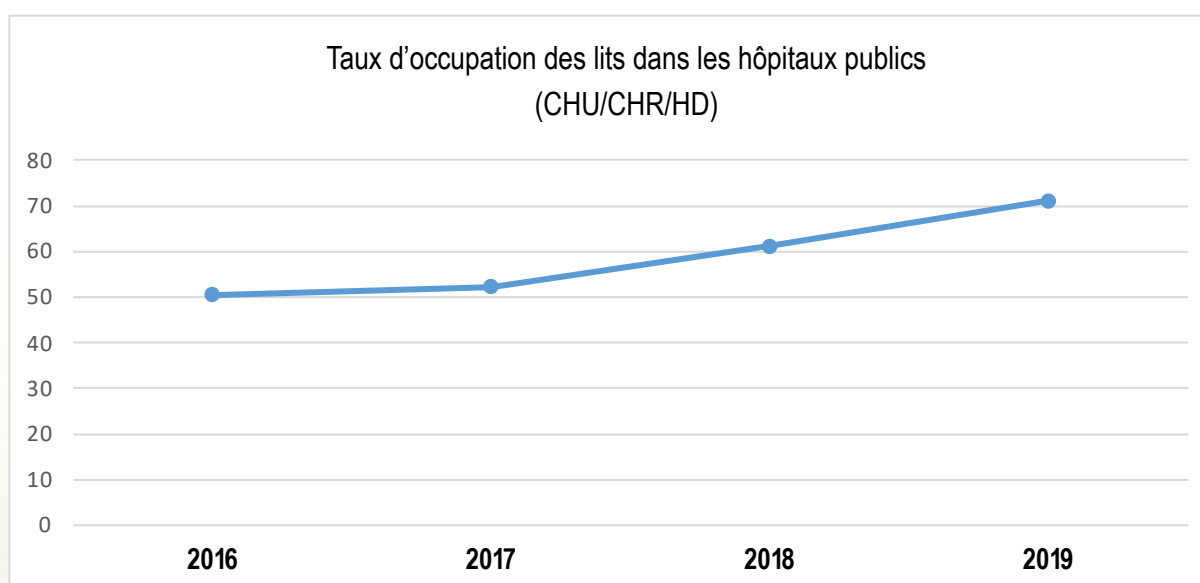


Figure 2 : Taux d'occupation des lits dans les structures publiques

⁴ Rapport 2019 sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les formations sanitaires au Burkina Faso

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

La norme minimale de couverture des populations en lits d'hospitalisation est de 4 lits pour 1 000 habitants et de 10 lits pour 1 000 femmes spécifiquement pour la maternité. En 2017, les données de routine indiquaient une couverture de 89,2% pour les femmes (maternité sans le privé) avec des extrêmes de 45% dans la région du Sahel et de 152,2% dans la région du Sud-Ouest. En 2019, le taux d'occupation des lits dans les HD/CMA, CHR, CHU était de 71,1%. Aussi, selon le RGPH_2019, la population du Burkina Faso étant de 20 487 979 habitants, il aurait fallu disposer de 81 952 lits dans les structures de santé du pays pour répondre à la norme de l'OMS. L'ensemble des structures sanitaires publiques disposaient de 23 721 lits en 2019 soit un gap de couverture de 58 231 lits (sans le privé).

Réduction des dépenses directes des soins et services de santé effectuées par les populations

Dans cette partie, nous allons examiner quelques indicateurs en lien avec le financement de la santé et la contribution des ménages aux dépenses catastrophiques de santé. Le tableau suivant nous donne quelques indicateurs :

Tableau 6 : Quelques indicateurs des comptes nationaux de santé

	2016	2017	2018
Dépense totale de santé (millions de F CFA)	473 827	530 786	477 769
Dépense courante de santé (millions de F CFA)	452 704	496 092	441 727
Dépense des ménages (millions de F CFA)	142 120	157 150	158 296
Dépense de santé par les habitants (F CFA)	25 574	27 886	24 242
Dépense de santé des ménages en pourcentage des dépenses courantes de santé	31,4	31,7	35,8

Source : Compte nationaux de santé

Les fonds pour le secteur de la santé

Les dépenses de santé par tête d'habitant ont connu une croissance ces dernières années, mais restent en deçà de la norme minimale de 86 \$ (48 160 FCFA au taux de change de 560 FCFA le dollar). Si nous considérons la progression de la population du Burkina Faso au cours de 5 dernières années, nous pouvons estimer les besoins des dépenses de santé de l'ensemble de la population.

RAPPORT D'ANALYSE

RAME 2019 - 2020

Tableau 7 : Estimation des dépenses de santé de la population du Burkina en fonction de l'évolution de la population

Année	2016	2017	2018	2019	2020
Population totale	19 034 397	19 632 147	20 244 080	20 870 060	21 510 181
Estimation de dépense de santé selon les normes OMS (86 \$ soit 48 160 FCFA par tête d'habitant)	916 696 559 520	945 484 199 520	974 954 892 800	1 005 102 089 600	1 035 930 316 960
Dépenses Totale de santé (réelle)	473 827 000 000	530 786 000 000	477 769 000 000	528 900 000 000	ND
Gap de financement	442 869 559 520	414 698 199 520	497 185 892 800	476 202 089 600	ND



On constate que le Gap de financement reste assez grand au fil des années malgré les efforts constants de l'Etat du Burkina Faso, on note cependant une baisse du poids des paiements directs des ménages dans les sources de financement de la santé depuis la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Le pourcentage du budget du Ministère de la santé / budget de l'Etat est passé de 12,60 en 2016 à 13,65 en 2019. ⁵

3.5. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

En dépit de l'engagement du gouvernement burkinabè envers la CSU (qui a été reconnu par les enquêtés), la progression vers la CSU connaît une lenteur. Les défis et les principaux goulots d'étranglement rejoignent ceux cités comme barrières et défis dans le rapport de consultation de la plateforme collaborative Africaine ACS pour des solutions de financement de la santé de Mars 2018. Ces goulots sont multiples et multiformes, d'ordre organisationnel, technique, financier, socio-culturel et politique. Nous avons opté de les classer en trois grands groupes :

3.5.1. Au niveau de l'engagement et volonté politique

- Une faible implication du gouvernement (au plus haut niveau) pour accompagner le processus de mise en œuvre de la CSU : Depuis 2016, la décision a été prise pour la mise en place de la couverture santé universelle, la mise en place des structures et l'opérationnalisation de cette stratégie traine car elle n'est pas accompagnée par des décisions fortes. On constate une lenteur dans la mise en place de structures et une faible mobilisation des ressources pour accompagner son opérationnalisation. Les engagements pris connaissent un faible suivi dans leur réalisation. Cet élément constitue pour nous un goulot d'étranglement car sans réel accompagnement politique, la progression vers la CSU ne sera pas effective, même s'il est minimisé par une personne ressource du ministre de la santé par ses propos : « Je ne pense pas que nous soyons en retard dans la mise en œuvre. En effet le processus est long et il faut qu'on aille avec assurance et qu'on s'entoure de toutes les garanties pour bien faire. Ce processus a été retardé par les problèmes de finance et la pandémie à COVID-19. Les échéances ne sont simplement que repoussées. »
- Une absence d'orientations claires et de décisions fortes : la CSU souffre de son manque d'orientations claires. Chaque structure va de sa compréhension dans la mise en œuvre. Il aurait fallu une feuille de route claire qui oriente tous les acteurs et différents ministères sur le processus de mise en œuvre et les résultats attendus par niveau de mise en œuvre. Ce manque d'orientations entraîne une faible compréhension des acteurs sur le concept de la couverture santé universelle. Les entretiens ont révélé que des acteurs clefs ne maîtrisent pas le concept et les étapes de mise en œuvre de la couverture santé universelle. L'absence d'orientation constitue un goulot d'étranglement car sans elle, les différents acteurs ne sauraient poser des actions précises et pertinentes vers sa réalisation. Un acteur de la société civile s'exclamait en ces termes : « Le manque d'orientations claires de la CSU est une plaie pour le suivi de la mise en œuvre des activités. Ça nous empêche aussi d'assurer efficacement la veille sur la mise en œuvre des activités. On ne sait pas quel bout attraper et qui toucher exactement pour avoir l'information juste, c'est très difficile. »
- Conflit de compétence ou de leadership entre le ministère de la santé et celui en charge du travail : lors de nos entretiens, il est ressorti que chacun des deux ministères réclament la paternité de la CSU, toute chose qui entraîne des conflits latents et un faible engagement de certains acteurs.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



3.5.2. Au niveau de la planification et priorisation par les acteurs

- Une faible coordination des acteurs de mise en œuvre et des partenaires : Ce goulot d'étranglement est transversal. Il a été évoqué par les acteurs à tous les niveaux (Politique, acteurs de mise en œuvre et les Partenaires techniques et financiers). Les acteurs qui contribuent à la CSU sont disséminés dans plusieurs secteurs ministériels avec chacun ses partenaires techniques et financiers. Une meilleure coordination de tous ces acteurs permettrait une meilleure communication, une meilleure répartition des tâches et un suivi adéquat des activités de la CSU. Cette insuffisance de coordination entraîne donc une insuffisance de communication des acteurs à tous les niveaux. Au cours de nos entretiens, cette insuffisance est ressortie à tous les niveaux mais avec une acuité au niveau des acteurs de la société civile et des ONG/associations. Certains acteurs des secteurs ministériels l'ont également abordé. Cette insuffisance de coordination se manifeste par la rareté de tenue des cadres de concertations et non disponibilités des informations stratégiques. En effet chaque secteur met en œuvre ses activités et fait ses rencontres sans une réelle coordination d'ensemble une vision harmonisée de la stratégie. Les propos suivants d'un cadre du ministère de la santé est assez évocateur :

« A notre niveau nous avons nos cadres de concertations et nous rendons compte à la hiérarchie. Maintenant la coordination d'ensemble de la CSU, c'est une autre paire de manche. A ce niveau les rencontres sont d'un autre niveau et se font un peu rare. »

En effet, la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle implique plusieurs secteurs ministériels à la fois. Son ancrage institutionnel devrait être plus élevé pour permettre une meilleure coordination des activités. Nous proposons donc qu'il soit ancré soit au premier Ministère soit à la présidence du Faso. L'expérience de la lutte contre le SIDA nous a donné de comprendre que les programmes multisectoriels sont mieux gérés quand l'ancrage est élevé.

Des cadres de dialogue autour de la CSU existent au niveau national, le plus emblématique reste le cadre sectoriel de dialogue (CSD) du secteur de planification santé. Par ailleurs, il existe aussi des cadres de dialogue spécifiques aux ONG et associations, comme par exemple le Groupe Thématique Protection Sociale au niveau du SPONG (Secrétariat Permanent des ONG), ou le Réseau multi-acteurs sur la Protection Sociale conduit par le RAMS (Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé). Les PTF intervenant dans la santé tiennent, quant à eux, des réunions mensuelles d'échanges pour mieux coordonner leurs actions, sous la houlette de leur chef de fil. Une bonne coordination et une bonne communication entre les acteurs seraient une base pour le succès de la couverture santé universelle, comme le reconnaît un technicien du niveau central du Ministère de la Santé : « la CSU atteindra ses objectifs si la coordination des activités était bien conduite et une communication efficace installée ».

Aussi, on note une faible implication des acteurs très importants pour la CSU (ou de façon non optimale) comme les parlementaires, les collectivités territoriales, les autorités coutumières et religieuses, les médias, certaines franges de la société civile, les chercheurs, le secteur privé et la population elle-même dans la définition et la mise en œuvre des activités et des politiques. Ils seraient un atout pour l'atteinte de la CSU.

L'exemple de la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes est très illustratif car très peu d'acteurs du secteur privé l'appliquent en ce moment. Il y aurait donc une grande nécessité d'améliorer la communication et d'impliquer tous les acteurs à la base et au début des différents processus et

RAPPORT D'ANALYSE
RAME 2019 - 2020

de façon continue. Il faudrait notamment éviter que l'implication des acteurs se fasse de façon aléatoire et ponctuelle, un peu comme par défaut ou par formalisme. Pour ce faire, il faudrait développer et mettre en place de véritables outils de communication, au besoin avec l'aide de spécialistes en communication.

- Une absence de document de référence de la CSU : la mise en œuvre de cette stratégie gagnerait en efficacité si les documents d'orientation avaient été élaborés. Ces documents permettraient de définir le rôle de chaque acteur de mise en œuvre avec ses tâches spécifiques. Aussi ces documents déclineraient les liens hiérarchiques et opérationnels entre les structures de mise en œuvre. Ils permettraient également d'identifier les gaps et les actions spécifiques et prioritaires à mener pour les combler. De façon claire, ces documents permettraient de décliner les prérogatives de chaque structure et le chronogramme de mise en œuvre. Seule la loi sur le RAMU oriente sur l'organisation et donne une description des postes de l'assurance maladie universelle.
- Une faible accessibilité des services de la CSU : Une grande partie de la population du Burkina Faso n'a pas encore financièrement accès aux services de la CSU. On constate que jusqu'à ce jour, les prestations couvertes par les subventions dans le cadre de la CSU se résument aux prestations de la santé à travers la gratuité des soins et les prestations de prise en charge des indigents à travers deux structures de la société civile. Les autres structures disent qu'elles sont toujours en train de s'organiser et attendent que le déclic vienne du Ministère en charge de la fonction publique et du CNAMU. Concernant la gratuité des soins et des services des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes, la population couverte est autour de 30% de la population totale du pays. Cette cible est constituée des femmes enceintes, des femmes en per, post accouchement jusqu'à 42 jours, des femmes vivant avec une fistule obstétricale, des enfants de 0 à 5 ans, des femmes de 25 à 55 ans (dépistage des lésions pré cancéreuses) et des personnes désirant une méthode contraceptive. Le panier de soins a progressivement augmenté au cours de ces dernières années selon le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Evolution du panier de soins selon les années

2016	2017	2019	2020
Panier initial (gratuité des accouchements, interventions obstétricales, des soins pendant la grossesse, des soins pour les enfants, du dépistage des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus)	Panier initial + gratuité des soins offerts par les agents de santé à base communautaires (ASBC) dans 5 régions	Ajout de la gratuité de la planification familiale (PF) dans deux régions	Panier initial + soins ASBC + planification familiale

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

Ce panier reste largement insuffisant au vu des besoins des populations du pays. Sur le plan de l'accès géographique, le rayon moyen d'action reste assez élevé au Burkina Faso. Il est passé de 6,7 en 2016 à 6,3 en 2019. Cela voudrait dire que la moyenne des populations du Burkina Faso parcourt 6 kilomètres pour avoir accès à une formation sanitaire, ce qui reste encore très élevé. Aussi il faut souligner une faiblesse de la santé communautaire qui pouvait assurer la relève dans certains domaines. En effet, la définition de la santé communautaire par nos autorités sanitaires est assez restrictive et les textes ne permettent pas une bonne affirmation des ONG et associations dans le domaine de la santé (pourtant très nombreuses). Il faut noter également que le nombre de nouveaux contacts par habitant par an des enfants de moins de 5 ans s'est amélioré et est passé de 2,5 en 2016 à 3,3 en 2019.

3.5.3. Sur le plan financier

- Une faible allocation budgétaire de l'Etat et de ses partenaires : la mise en œuvre de la couverture santé universelle nécessite une allocation budgétaire conséquente pour asseoir une véritable stratégie de communication, couvrir les dépenses de fonctionnement et aussi couvrir les dépenses de prise en charge des cibles. Cette faiblesse des ressources se ressent surtout dans le remboursement des prestations de la gratuité de la planification familiale et de celle des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. A ce niveau, on constate une lenteur dans le remboursement et des remboursements partiels des frais des gratuités. Les dettes occasionnées par la gratuité se chiffrent à des milliards à en croire les propos du représentant de la CAMEG. Ces dettes occasionnent une faible opérationnalité des formations sanitaires périphériques.

« Les formations sanitaires croupissent sous le poids des dettes et si rien n'est fait elles ne seront plus capables de fonctionner ou de remplir leurs fonctions régaliennes ; la vente des médicaments est le socle de la viabilité des formations sanitaires » dit une représentante d'une ONG »



- Une faible implication des PTF : lors des entretiens, nous avons constaté une faible implication des partenaires techniques et financiers (PTF) dans la stratégie de couverture santé universelle. Cette faible implication des PTF est certainement due à une insuffisance d'orientations claires sur la stratégie, à une faible coordination de la stratégie. Au cours de nos entretiens avec les responsables des Ministères, il ressort une faible implication des partenaires financiers dans le panier de la CSU.

Cette faible implication peut être due à la faiblesse de coordination et surtout à l'insuffisance de plaidoyer à leur endroit. Certains partenaires voudraient voir la mise en œuvre avant de s'engager dans cette voie. D'autres aussi voudraient voir un leadership affirmé de l'Etat avant de s'engager franchement dans cette belle initiative. Beaucoup d'entre eux apprécient l'initiative mais tardent à s'engager financièrement.

4. POSSIBILITE D'ENGAGEMENT DE LA SOCIETE CIVILE ET DES COMMUNAUTES

Dans cette partie, nous verrons les actions possibles que la société civile et les communautés peuvent développer pour faire accélérer le processus de la couverture santé universelle. Ce sont entre autres :

4.1. AU NIVEAU DU PARLEMENT

- Réaliser des plaidoyers auprès du parlement pour un accroissement du budget affecté à la santé en rappelant les engagements du gouvernement vis-à-vis de la couverture santé universelle et aussi en montrant les bénéfices ou gains que le pays tirerait si la couverture santé était atteinte.

Le Parlement pourrait ainsi par des questions orales interpeller le gouvernement sur le financement de la CSU.

4.2. AU NIVEAU DU MINISTERE DES FINANCES

- Plaidoyer pour la mobilisation ou levée des fonds conséquents pour le financement de la CSU
- Suivre l'utilisation des ressources

4.3. AU NIVEAU DU MINISTERE DE LA SANTE

- Faire un plaidoyer pour une meilleure coordination des interventions des différents acteurs

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020



- Renforcer son rôle de veille pour l'accès aux services de santé et pour la qualité des soins

4.4. AU NIVEAU DE LA CNAMU

- Plaidoyer pour la fonctionnalité diligente des services
- Informer et sensibiliser les travailleurs et les populations sur les attributions, le fonctionnement de la caisse

4.5. AU NIVEAU DES PARTENAIRES TECHNIQUES AU DEVELOPPEMENT

- Mener un plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires pour accompagner l'Etat dans la mise en œuvre de la CSU

4.6. AU NIVEAU DU PREMIER MINISTRE OU A LA PRESIDENCE DU FASO

- Faire un plaidoyer pour élever l'ancrage institutionnel de la CSU : Cela permettra une meilleure coordination des activités et une meilleure visibilité de la CSU

5. PROPOSITION DES LEVIERS A ACTIONNER POUR ACCELERER LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO

- Elever l'ancrage institutionnelle de la CSU : pour plus de visibilité et de coordination des acteurs des différents ministères impliqués dans la stratégie de couverture santé universelle, il serait mieux d'élever l'ancrage institutionnelle de celle-ci au niveau du premier ministre ou de la présidence du Faso. Cela faciliterait la coordination et la tenue des cadres de concertation
- Il faut que l'Etat réaffirme son leadership dans la CSU : face à certaines décisions à prendre dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, il faut que l'Etat se prononce quant à la direction qu'il veut imprimer à la CSU. Il en est de même quant à la mobilisation des ressources pour financer la CSU. La décision de démarrer les activités avec les insuffisances actuelles dépend de l'Etat. Il faut une action concertée entre acteurs du niveau national, les partenaires techniques et financiers sous le leadership des plus hautes autorités du pays afin d'impulser une dynamique nouvelle à cette belle initiative.
- Renforcer les cadres de concertation avec les acteurs clefs à tous les niveaux : il faut que les cadres de concertation soient réguliers afin d'asseoir une culture de la redevabilité au niveau des acteurs de mise en œuvre de la CSU. Cette façon de faire renforcera la confiance des partenaires et la crédibilité de la CSU aux yeux de la population, toute chose qui incitera leur adhésion à la stratégie.

RAPPORT D'ANALYSE RAME 2019 - 2020

- Définir réellement les rôles de chaque acteur dans la CSU : Il est nécessaire qu'une description des postes et une répartition des tâches soient faites dans le but de mieux coordonner les actions multisectorielles de la stratégie.
- Commencer les prestations de la CNAMU : cette situation est une grande insuffisance de la stratégie. Depuis sa création, les actions posées par la caisse à l'endroit des bénéficiaires sont très peu visibles alors que ses charges de fonctionnement sont élevées ; toute chose qui ne met pas les contribuables en confiance. Commencer les prestations, même avec des insuffisances pour encourager les partenaires financiers et autres acteurs à s'intéresser à la SCU. Il est donc impératif et urgent que la CNAMU commence à poser des actes concrets qui marqueraient le début de la mise en œuvre effective.
- Suivre et évaluer la mise en œuvre des décisions et engagements pris : la CSU doit se doter d'un document de stratégie assorti d'un plan de suivi et d'un cadre de mesure de la performance qui implique tous les secteurs ministériels. Aussi un plan de suivi des engagements devrait accompagner la mise en œuvre de la CSU.
- Créer une cellule de suivi-évaluation : le suivi des indicateurs à tous les niveaux devrait être fait par une cellule opérationnelle. Il en est de même pour le suivi des engagements pris par les autorités.



6. CONCLUSION

La couverture santé universelle est en mouvement au Burkina Faso de par la volonté des plus hautes autorités du pays. Les textes réglementaires ont été pris, des structures mises en place et certains organes de fonctionnement ont été mis en place. Seulement plusieurs goulots d'étranglement freinent la réalisation optimale et complète de la CSU. Cette lenteur est due à un faible accompagnement des autorités politiques, au faible ancrage institutionnel de la CSU, à l'absence d'un document d'orientation de la CSU, à une insuffisance de communication entre acteurs disséminés dans plusieurs secteurs ministériels.

La société civile et les communautés ont un rôle capital à jouer pour faire accélérer l'atteinte de la CSU à travers un rôle de veille citoyenne et de plaidoyer auprès des décideurs et des PTF.

7. Références bibliographiques

1. Organization WH. *Rapport sur la santé dans le monde Le financement de systèmes de la santé ; le chemin vers la couverture universelle.* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=648160>
2. UHC2030 - CSU2030 *Partenariat international de la santé* [Internet]. UHC2030. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.uhc2030.org/>
3. *Burkina Faso : Rapport de consultation, plateforme collaborative africaine pour des solutions de financement de la santé (ACS) Mars 2018*
4. *Burkina Faso. Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016 - 2020* [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.finances.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=468&Itemid=
5. INSD, *projections démographiques de 2007 à 2020, Aout 2009*
- 6- *Rapport 2019 sur la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle dans les formations sanitaires au Burkina Faso*





04 BP : 8038 Ouagadougou 04 Rue 29.77, secteur 04
Tél. : 25 33 41 16 • Email : secretariat@rame-int.org • Site web: www.rame-int.org