

ANALYSE DE LA FORMULATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS AU BURKINA FASO

Mohamadi ZEB

*Doctorant en sciences politiques à l'Université
de Liège en Belgique*

*Ingénieur de recherche à Institut des sciences des
sociétés (INSS) du Centre national de
la recherche scientifique et technologique au Burkina Faso
zebahfils@yahoo.fr*

Résumé

En mars 2016 le Président du Faso a, dans le cadre de son programme présidentiel, institué une politique de gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des personnes âgées. Dans une approche séquentielle des politiques publiques, le processus de formulation, négligée des études sur les politiques publiques, nécessite une compréhension. Dans cet article la démarche qualitative a été utilisée. L'analyse faite, suite à une collecte de données, montre une centralité de l'acteur politico-administratif dans le processus de formulation de la gratuité. La décision précipitée a connu une certaine concertation qui a abouti à un arrangement politico-administratif et un manuel de procédures taillés sur mesure. L'étude montre aussi que l'enjeu social de la politique et sa cohérence d'avec les politiques existantes ont permis d'aboutir à une formulation de la politique et de l'inscrire dans une approche « Learning by doing ». Les interactions d'acteurs se sont faites à travers des ateliers d'élaboration et de validation au cours desquels les contestations et les jeux d'acteur ont été encadrés. Cependant, les controverses non épuisées et contingentes au cours du processus de formulation peuvent émailler la phase de mise en œuvre.

Mots clés : *Gratuité des soins, processus de formulation, acteurs, Burkina Faso.*

Abstract

In March 2016, the President of Faso instituted a policy of free health care for children under 5, pregnant women, and the elderly as part of his presidential programme. In a sequential approach to public policy, the formulation process neglected in public policy studies needs to be understood. In this paper, the qualitative approach was used. Following a data collection, the analysis shows a centrality of the political-administrative actor in the process of formulating free health care. The abrupt decision was subject to some consultation, resulting in a tailor-made political-administrative arrangement and procedures manual. The study also shows that the social stakes of the policy and its coherence with existing policies led to the formulation of the policy and its inclusion in a "learning by doing" approach. Stakeholder interactions took place through development and validation workshops, during which contestations and stakeholder games were framed.

However, controversies that were not exhausted and contingent during the formulation process can still occur during the implementation phase.

Key words: *Free health care, formulation process, actors, Burkina Faso*

Introduction

Au Burkina Faso, depuis la séance du Conseil des Ministres du 02 mars 2016 qui a échangé sur la mise en œuvre du programme présidentiel, une mesure forte a été prise pour instituer une politique de gratuité des soins au profit des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des personnes âgées. Cette politique vient rompre avec l'approche de l'Initiative de Bamako qui consistait à faire payer les populations au point de délivrance des soins de santé ; contribuant ainsi à exclure les populations pauvres du système de santé (Ridde, 2007). Or l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dispose dans le préambule de sa constitution que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ».

Cependant, si dans le passé la mise en œuvre de cette responsabilité consistait en la réglementation de l'exercice de la médecine, la lutte contre les épidémies et l'aménagement urbain en matière d'assainissement, aujourd'hui la santé est sans doute l'un des domaines de l'action publique dans lequel la formulation d'une politique est l'exercice le plus délicat (Tabuteau, 2010). En effet, le champ de la santé est investi par plusieurs parties prenantes constituées en « réseau de politiques publiques » qui mettent la pression sur les décideurs (Buton et Pierru, 2012; Gilson *et al.*, 2012) dans le processus de formulation des politiques publiques. De ce fait, ceux-ci doivent dans le processus de formulation des politiques publiques concilier entre une demande sociale toujours croissante et les intérêts des groupes stratégiques notamment les lobbys professionnels, industriels ou politiques et les experts des « modèles voyageurs » Olivier de Sardan (2021).

Les politiques de gratuité ont fait l'objet de plusieurs études en Afrique et au Burkina Faso. Toutefois, ces études se sont appesanties sur leur émergence (Diallo, 2017; Guihard, 2013; de Sardan et Ridde, 2014), leur mise en œuvre (Loubna Belaid et Valéry Ridde, 2014; Ridde et Turcotte-Tremblay, 2019), et l'évaluation de leur impact (Dagenais & Ridde, 2018).

L'étude de Kadio Kadidiatou (2019) a abordé la question de la formation au Burkina Faso mais son cas d'étude a porté sur la Politique nationale de protection sociale au Burkina Faso. Du reste, il y a un déficit de connaissance dans l'étude des politiques publiques notamment celle portant sur la formulation (Berlan et al., 2014; Lavigne Delville, 2017). Or, de la formulation d'une politique publique dépend la réduction des écarts de mise en œuvre (Howlett et Mukherjee, 2017; de Maillard & Kübler, 2015).

C'est ainsi que le présent article est envisagé pour apporter une compréhension au processus de formulation de la politique de gratuité des soins au Burkina Faso.

Ainsi, la problématique de cet article s'interroge sur la question suivante : comment la politique de gratuité des soins, décidée de façon non concertée (Valéry Ridde & Pierre Yaméogo, 2018), a-t-elle été formulée ? Il s'agit d'identifier les acteurs en présence pour analyser leur interaction et leur logique d'intervention. L'analyse de ce processus donne à voir comment le gouvernement dans un contexte de gouvernance multiniveaux (François-Mathieu Poupeau, 2017) est arrivé à prendre les mesures nécessaires en cohérence avec les référentiels existants.

Le cadre d'analyse de l'étude est centré sur le comportement des acteurs et des groupes stratégiques impliqués dans la formulation de la politique (Hassenteufel, 2011; Howlett et Mukherjee, 2014; Larrue et al., 2006; Vincent Lemieux, 2002)

Il y a formulation d'une politique quand des mesures visant à réguler les situations mises à l'agenda sont élaborées puis finalement adoptées par l'instance compétente en ce domaine (Lemieux, 1994). C'est ce que Knoepfel *et al.*, (2005) nomment le programme politico-administratif (PPA) et les arrangements politico-administratifs (APP). C'est un processus d'interaction entre acteurs au cours duquel le contenu de la politique, les instruments d'action publique, les ressources nécessaires, les ressortissants de la politique et les responsabilités sont précisés (Bobrow, 2006; Hassenteufel, 2011; Howlett et Mukherjee, 2014). Comme les autres séquences des politiques publiques (Jones, 1970), le processus de formulation est aussi parsemée d'alliances et d'oppositions des acteurs qui y participent. Les oppositions sont aussi bien internes qu'externes à l'Etat. Il s'agit d'un jeu d'acteurs au cours duquel chacun utilise ses ressources pour influencer la formulation dans le sens de ses intérêts, de ses croyances ou de ses représentations.

La méthodologie utilisée est essentiellement qualitative inscrite dans un « paradigme compréhensif » (Coman et al., 2016), avec pour objectif d'ouvrir la boîte noire du processus de formulation contraint par des contextes, des rapports de pouvoir et des ressources limitées. Pour ce faire, une revue documentaire a été conduite. Ce qui a permis d'identifier au sein des groupes stratégiques des informateurs clés auprès desquels dix-huit entretiens individuels approfondis ont été réalisés à Ouagadougou entre mai et juin 2019. L'ensemble des personnes interrogées provient des groupes stratégiques des organisations de la société civile, des acteurs politico-administratifs, des chercheurs, du réseau des journalistes en santé, des responsables de formations sanitaires et du parti au pouvoir. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse thématique de contenu (Coman et al., 2016; PAILLE & Mucchielli, 2012) du matériau empirique a été faite et a permis la compréhension du phénomène bâtie au tour des deux sections ci-dessous.

1. Le rôle central de l'acteur politico-administratif dans la mise en forme de la politique

Cette section analyse comment le processus de formulation de la gratuité des soins a été endossée par la bureaucratie de la santé. Elle explique aussi les arguments qui fondent la cohérence de la politique adoptée.

1.1. La politique de gratuité, une décision politique précipitée ou non concertée ?

La nouvelle de l'annonce de la décision à la sortie du Conseil des ministres du 2 mars 2016 a suscité de l'incrédulité. D'un côté, les ressortissants de la politique qui attendaient de voir la mise en œuvre pour croire et de l'autre coté la bureaucratie technocratique du Ministère de la Santé qui se posait beaucoup de questions sur sa mise en œuvre. Les partenaires sociaux du Ministère de la Santé, notamment le Syndicat des Travailleurs de la Santé Humaine et Animal (Syntsha), qui s'opposent le plus souvent à l'Etat, semblent approuver la mesure. La mesure est en phase avec leur vision du monde et leur idéologie marxiste, celle d'un Etat providence qui interviendra activement dans les domaines social et économique en vue d'assurer des prestations aux citoyens. Le Syntsha voit là une satisfaction d'un point de leur plateforme revendicative même

s'il ne manque pas de caractériser la mesure de politique que sociale. Au sein du Ministère de la Santé, la nouvelle a surpris plus d'un en dépit de la finalité des documents de stratégie en matière de la santé à savoir l'amélioration de la santé des populations. Le premier responsable du département qui l'a aussi appris lors du conseil des ministres a marqué son mécontentement à lui faire appliquer une mesure qu'il juge populiste et difficile à opérationnaliser dans un contexte d'austérité budgétaire. Mais pour le décideur politique, explique un conseiller spécial du président,

« si le margouillat demande à un tailleur de lui coudre un pantalon, alors il sait par où faire passer sa queue. Si le président a pris la mesure il sait comment la financer. Quant à toi, tu t'occupes à l'opérationnaliser. Il n'y a pas de débat, c'est le bon sens. Pour assurer des soins de santé aux populations vulnérables, il ne faut pas attendre qu'un système soit mis en place pour en débattre ».

Le rapport de force semble être engagé mais il reste en faveur du chef de l'Etat qui a la ressource administration à sa disposition. La mesure de gratuité annoncée devant le grand nombre de ministres et adoptée par ceux-ci place le ministre de la santé dans un contexte contraignant. La haute bureaucratie n'étant pas sensible aux besoins des couches vulnérables, le Président s'est trouvé une seconde ressource : celle du secret de la maturation de la mesure (Bezes, 1994). La stratégie du décideur a été de rechercher la collaboration des acteurs disposant de ressources. Selon un conseiller spécial du président, celui-ci n'a consulté que les acteurs qui seront très influents dans le processus de mise en œuvre au regard de la ressource financière dont ceux-ci disposent. Des structures comme le Fonds des Nations Unies pour L'enfance (Unicef), la Banque mondiale (BM) et l'Union Européenne (UE) ont pu être sensibilisés et impliqués pour accompagner le chef de l'Etat dans cette décision ». En effet, sur la période 2010-2018 le Burkina Faso consacre 7,9 % de son budget national à la santé (CIFOEB, 2018) loin des 15 % que les Chefs des États africains se sont engagés à accorder lors du Sommet d'Abuja en 2001. Le recours à la solidarité internationale devient une nécessité. Les PTF contribuent beaucoup pour le système de santé burkinabè. Le Secrétariat Technique de la Couverture Sanitaire Universelle, l'organe de pilotage et de suivi de la mesure, estime la contribution des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à hauteur

de 35% dans le budget de l'Etat en plus de leur intervention sous forme d'appui budgétaire global dans les 30 milliards de francs CFA que l'Etat utilise pour payer à la place des malades.

Le président avait-il encore besoin d'une concertation quelconque pour une action qu'il a, selon le conseiller spécial, « minutieusement fait mûrir la réflexion lors de l'élaboration de son programme politique » et promis aux « *policy brokers* », d'adopter la décision dans les cent premiers jours de sa mandature ? Théoriquement, la réponse est affirmative mais dans la pratique le contexte recommandait une mesure de ce genre pour une double raison. Premièrement, dans la composante Rochmètre du programme de monitoring citoyen des politiques publiques par les TIC, des citoyens ont évalué les actions du président du Faso par rapport à ses engagements pris pendant la campagne électorale et donné leur niveau de satisfaction sur la gestion de certaines questions majeures. Il ressort de cette évaluation une baisse de la légitimité du gouvernement. En effet, l'on retient que 48,5 % contre 43,10 % des Burkinabè qui se sont exprimés ne font pas confiance à l'action du gouvernement. Deuxièmement, il y'a le contexte d'insatisfaction des populations de la gouvernance des cent premiers jours du Président du Faso (CGD et al., 2016) à l'approche d'une consultation électorale, notamment les élections municipales en perspectives pour se tenir le 23 avril 2016. Dans une logique de rationalité politique, il est d'un intérêt évident pour le Président de rechercher cette confiance de son électorat. L'action trouvée est celle qui consiste à redistribuer les fruits de la croissance à travers la gratuité des soins dont aucun Burkinabè ne peut nier en profiter d'une manière ou d'une autre. Jacques de Maillard, souligne cette stratégie des acteurs politiques qui consiste à adopter des mesures qui leur font gagner de la popularité surtout à l'approche de consultations électorales afin de pouvoir tirer des bénéfices politiques (Maillard, 2006). La prise en compte de la variable marché politique pour adopter la politique conforte certains détracteurs dans leur position lorsqu'il qualifie la politique de « précipitée ». En réalité la rapidité avec laquelle la politique a été mise en œuvre fait croire à une politique dont le processus a été précipité. Pour paraphraser Valéry Ridde et Pierre Yaméogo (2018), il est plus indiqué de parler d'une politique non concertée que précipitée car entre les premières expériences pilotes destinées à éclairer la prise de décision et l'adoption de la politique huit années se sont écoulées. Le gouvernement issu des premières élections post insurrectionnelles a su utiliser la santé

pour se faire une santé politique importante. De toutes les couches sociales de la population la politique était appréciée. Celles qui s'y opposaient marmonnaient leur frustration sans être capable de la manifester publiquement. C'est le cas de l'ordre des pharmaciens qui sort léser avec l'avènement de la politique. Selon un de leur responsables, « les médicaments de la gratuité sont importants dans le stock des officines ». Il ne reste qu'au Ministère de la Santé d'élaborer un programme politico-administratif de mise en œuvre en cohérence avec les objectifs des politiques de santé, les valeurs et croyances partagées, etc.

1.2. Un programme politico-administratif au bénéfice de la population

Le programme politico-administratif ou le matériel normatif regroupe « les objectifs normatifs de la solution envisagée pour résoudre le problème, la définition des groupes cibles et de leurs rôles dans la réalisation de la gratuité, les moyens mis à la disposition à cet effet et les principes de l'organisation administrative, (Peter Knoepfel et al., 2016) élaborés afin de conférer à une politique une autorité légitime (Hassenteufel, 2011). Les actes de la politique de gratuité portent sur cinq éléments. Il s'agit de l'acte de consultation, l'intervention chirurgicale, les médicaments, les examens complémentaires et les frais d'hospitalisation. Avant la politique de gratuité, tout ceci était payé par la population. Selon le manuel de procédures de la gratuité des soins (Ministère de la Santé, 2018), les ressortissants de la politique sont les :

- ✓ enfants de 0 à 5 ans ;
- ✓ femmes enceintes ;
- ✓ femmes en post partum jusqu'à 42 jours après accouchement ;
- ✓ femmes vivant avec une fistule obstétricale ;
- ✓ femmes âgées de 25 à 55 ans pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus ;
- ✓ les femmes âgées de 25 ans ou plus pour l'examen physique des seins

Toutes ces personnes bénéficient d'un panier de soins gratuits offerts pendant les maladies des enfants de 0-5 ans, la grossesse, l'accouchement et le post partum, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus et l'examen des seins. Dans la pratique, la formation sanitaire continue de les facturer mais la personne responsable du

paiement n'est plus le malade. C'est l'Etat qui le paie en se constituant en tiers payeur.

L'objectif général est d'améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé. Spécifiquement, il s'agit de favoriser l'accès des groupes vulnérables aux services et soins de santé de qualité, de réduire de façon significative les dépenses de santé ainsi que les décès maternels et infanto-juvéniles évitables.

Cependant, la réussite de toute politique publique dépend de sa cohérence d'avec les valeurs perçues par les ressortissants de celle-ci (Sen, 2000) et de son caractère facilement intégrable à l'idéologie des acteurs de mise en œuvre. En effet, « Dans le choix de leurs objectifs et de leurs priorités, les politiques publiques doivent non seulement prendre en compte les exigences de justice et la portée des valeurs, mais elles doivent aussi tenir compte des valeurs auxquelles adhèrent les gens, y compris de leurs sens de la justice » (Sen, 2000, p. 359). Les valeurs dont parle Amartya Sen sont des « Construits socio-culturels partagés (à des degrés divers) par les membres d'une communauté [...] comme des normes de référence à travers lesquelles sera apprécié le sens de l'agir » (Massé, Saint-Arnaud, 2003, p. 48). L'adage selon lequel la santé n'a pas de prix met bien en exergue l'importance qu'il y'a à accorder à ce besoin qui se situe au bas de l'échelle de la pyramide de l'économiste anglais Abraham Maslow. C'est un domaine social pour lequel l'adoption d'une politique publique rencontrerait l'assentiment populaire. La perception des bénéficiaires sur le bienfondé de la politique est constante. Une accompagnatrice de malade affirme ceci : « c'est une bonne chose de rendre gratuits les soins. Nous et nos enfants sommes soignés au major (CSPS du secteur 30) systématiquement dès que nous sommes malades. » C'est la même croyance partagée chez les ordres professionnels de santé pour qui la gratuité permet « d'oser » dans la prescription de certains examens parce qu'avant, quand ils le font, les parents des enfants éprouvaient des difficultés à les payer. Toute cette appréciation positive de la gratuité par les acteurs et les bénéficiaires n'est pas fortuite. Elle résulte du discours de cadrage fait par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) à la phase de l'émergence.

Aussi, il convient de souligner que la politique de gratuité aligne une certaine cohérence d'avec les différentes politiques de santé préexistantes. Que ce soit le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES1), en tant que référentiel national des

interventions de l'État et de ses partenaires sur la période 2016-2020, la Politique nationale de santé (PNS) ou le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020), la politique de gratuité s'ajuste avec les objectifs de ces référentiels. En effet, la question de réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile occupe une place dans les axes stratégiques de ces documents. Par ailleurs, dans la dynamique de l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) au Burkina Faso, la gratuité des soins est vue comme une passerelle et un tremplin. Selon un des directeurs de département de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU) :

« A l'origine, avant l'avènement de la gratuité, il y a des débats mûris sur l'AMU qui devait plus ou moins prendre en compte cette mesure de gratuité. Mais, l'AMU qui a commencé depuis 2006-2007, n'a pas encore vu le jour. C'est un sujet qui était là depuis longtemps. Si l'AMU avait vu le jour, ça prenait en compte la gratuité. La cible de l'AMU prend en compte celle de la gratuité des soins, les personnes vulnérables exemptées de paiement ».

Toutefois, cette cohérence de la politique n'a pas empêché les acteurs d'utiliser les ressources en leur possession pour défendre des intérêts stratégiques lors de l'élaboration du cadre normatif et institutionnel.

2. Les interactions d'acteurs dans la définition du cadre normatif et institutionnel

Tous les produits d'une politique publique résultent de facto d'un processus de formulation spécifique mettant en scène des idées et des ressources des acteurs. La définition des objectifs et l'identification des moyens d'action ne sont pas toujours consensuelles. Elles créent par moments des frustrations au sein des groupes stratégiques.

Cette section traite du jeu des acteurs dans la l'élaboration du cadre normatif et aborde la contrainte institutionnelle de la politique de gratuité.

2.1. Les ateliers de validation comme lieu d'interaction des acteurs

La mesure instituant la gratuité avait été décidée sans texte. En effet, suite de l'affirmation de la volonté politique du Chef en conseil des ministres le six mars 2016, c'est le 29 avril 2016 que le décret portant institution de la gratuité a été adopté. Ce décret a fait place à l'adoption d'autres instruments de mise en œuvre contenus dans ce que les acteurs appellent « le manuel de procédures de la gratuité des soins ».

La stratégie de l'acteur politico-administratif pour aboutir aux différents documents a suivi une démarche ouverte aux acteurs. Des ateliers d'élaboration ont précédé des ateliers de validation. Avant la signature des ministères en charge des finances et de la santé, le cabinet du Ministre de la Santé a entériné les moyens d'action. Ce fut le lieu où les acteurs qui ont travaillé à la mise à l'agenda ont été impliqués. Cette phase de rencontres entre l'équipe technique de suivi et les autres acteurs a permis d'avoir une compréhension commune et similaire de la politique. Lors de l'atelier du 25 au 26 juillet 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Tingoando, le Synsha faisait le constat à côté d'autres acteurs qu' :

« il y avait des directeurs régionaux de la santé qui n'en savaient pas plus que tout le monde. Ensuite, il y avait un groupe ou un petit comité qui en savait tout et qui répondait aux questions. Cela veut dire qu'on n'a pas utilisé le système et son appareil pour la mise en œuvre, on a travaillé en groupe politique. »

Une analyse croisée des différents entretiens permet de rattacher les divergences aux mécanismes de mise en œuvre. En résumé, l'atelier devrait répondre aux inquiétudes sur les délais de démarrage, l'étendue de la couverture géographique, la grandeur de la cible (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans), la charge de travail, l'enveloppe financière, la pérennité même de cette enveloppe et la capacité du système de santé à gérer cette gratuité. Il y'avait aussi des interrogations sur la rationalisation des prescriptions, la captation de la rente financière et donc la capacité de l'Etat à contrôler l'effectivité de la gratuité. En clair, c'était l'espace public offert aux acteurs pour donner du contenu à la politique. Ce fut le lieu pour chaque acteur de défendre ses enjeux spécifiques. La rencontre a eu un effet stabilisateur de certaines oppositions et permis à d'autres acteurs de découvrir leur interdépendance. Ainsi, les PTF, conduits par leur chef de file, l'Unicef,

ont demandé qu'il y'ait beaucoup d'évidences afin qu'on n'aboutisse pas à un résultat contreproductif. Ces PTF disposaient d'un soutien dans la revendication de leurs enjeux. Il s'agit de celui des ONG comme HELP, Terre des Hommes, Action contre la Faim et Médecins du Monde, qui ont constitué la ressource expertise. En réalité, le travail des ONG a été assuré financièrement par l'Unicef et l'UE. Le Syntsha, qui a été impliqué dès l'élaboration du décret, a gardé une attitude revendicative dans une logique de défense de l'intérêt général. Sans s'opposer à la politique, il a de façon stratégique demandé des mesures d'accompagnement notamment la disponibilité des médicaments et consommables, l'augmentation des effectifs du personnel, etc.

Si pour certaines de ces revendications, le gouvernement a fait des contrepropositions, d'autres par contre ont été satisfaites. En effet, le gouvernement a trouvé nécessaire de redéployer le personnel, de conduire une étude pour déterminer la charge de travail supplémentaire. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques (Cameg) reste l'acteur qui bénéficie des retombées financières de la mesure nonobstant son statut d'association à but non lucratif. Elle est chargée de l'acquisition, de la mise à disposition et de l'accessibilité des médicaments essentiels génériques, des consommables médicaux, du petit matériel médical, des réactifs de laboratoire et des intrants stratégiques de santé aux meilleures conditions au Burkina Faso. Jouissant d'un monopole de droit, elle est l'acteur stratégique sur lequel repose l'opérationnalisation des instruments d'action. Selon un des chefs de département, la CAMEG s'est voulue prudente en attirant l'attention de l'Etat sur le défi qu'il y'a « à payer les fournisseurs dans les délais contractuels si on veut qu'ils livrent aussi dans les délais souhaités ».

Cependant, la stratégie d'endiguement utilisée par l'acteur politico-administratif n'a pas créé une véritable confrontation d'idées eu égard à la qualité des participants à l'atelier et à l'absence d'autres acteurs privés comme l'ordre des pharmaciens, la Fédération des Associations de Santé privé. L'absence de telle confrontation d'idées aboutit à une politique qui ne prend pas en compte la mise en œuvre de la politique dans les formations sanitaires privées alors que l'article 4 du décret 2016-311 PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID portant gratuité de soins les assimile.

Dans la pratique quand l'Etat dit que quelque chose est participatif, c'est qu'il a pris le soin de sélectionner ceux qui sont de son côté pour

entretenir son jeu. Cela est tout autant logique au regard de la problématique que pose la gouvernance horizontale qui propose une discussion à égalité entre l'Etat et les autres acteurs afin d'aboutir à une décision consensuelle (Hermet, Kazancigil et al, 2005). Un grand nombre d'acteurs impliqués suppose un grand nombre d'intérêts à manager. Les acteurs dans la logique de défense de leurs intérêts ou de leurs idées peuvent entrer en contradiction avec la vision de la politique, surtout que la flamme de la contestation allumée lors de l'insurrection populaire du 30 et 31 octobre 2014 ne s'est pas encore éteinte. En effet, ces deux dates marquent l'apothéose de plusieurs jours de manifestations de citoyens, assoiffés entre autres de la bonne gouvernance, contre le régime d'un président qui a duré 27 ans au pouvoir. Le contexte sociopolitique de la formulation de la politique de gratuité correspondait à ce que Jacques Theys une appelle la situation de « basse gouvernabilité » où « des problèmes caractérisés, entre autres, par une « pluralité anarchique d'acteurs opposés », peuvent connaître la capacité de blocage d'un acteur majeur, etc. » (Theys, 2003, p. 5). Ainsi, en s'ouvrant à une concertation plus large, la mesure amenuise ses chances d'être opérationnalisée. Mais, comme une politique publique est faite d'action de pédalage et de rétropédalage, le choix du mécanisme de mise en œuvre fera l'objet d'un rapport de force.

2.2. Une contestation autour du mécanisme de mise en œuvre

Dans la formulation de la politique de gratuité, les idées ont joué un rôle déterminant. Le court délai qui avait été donné au Ministère de la santé pour débiter l'implémentation sur le terrain a facilité le recours à l'approche « *learning by doing* » ou apprendre en faisant. Pour Daniel Kübler et Jacques de Maillard (2015), l'apprentissage en tant que notion utilisée dans les approches qui mettent en exergue le rôle des idées dans l'action publique, désigne les capacités des acteurs à modifier leurs objectifs et leurs instruments d'action en fonction de l'expérience. C'est une « mise en discussion répétée d'une politique qui ne témoigne pas d'une faiblesse de l'Etat (Lascoumes et Le Galès, 2012).

Les ressources cognitives qui ont servi d'expérience pour asseoir la politique de gratuité sont celles issues des expériences pilotes d'exemption des soins de santé et plus particulièrement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (Sonu) bien connus de tout le système de santé. Dans l'objectif d'abaisser les barrières à l'utilisation des

services de santé maternelle, le gouvernement burkinabè a mis en place en 2006 une politique nationale de subvention des Sonu qui prend en charge 80 % des frais normalement exigés aux patientes (Samb et al., 2013). Dans certains districts, des ONG ont pris en charge les 20 % restants des frais d'accouchement normaux. Ce qui a permis d'instituer une gratuité au profit des femmes de ces districts. A cela, s'ajoutent les projets pilotes de gratuité expérimentés par les mêmes ONG. Toutefois, certains acteurs, notamment les partenaires sociaux du Ministère de la Santé, les ordres professionnels, les agents de santé contestent le choix de l'approche Sonu pour formuler la politique de gratuité en l'absence d'une évaluation finale de cette dernière après dix ans de mise en œuvre. Ces acteurs sont unanimes que calquer la politique de gratuité sur les instruments d'action publique du Sonu aboutirait aux mêmes résultats. Mais, ils ne partagent pas les mêmes intérêts. Il s'agit d'une configuration de circonstance. Chacun défendait en filigrane un intérêt. Les acteurs syndicaux dans leur logique de défense de l'intérêt général, ont demandé une évaluation de ces subventions pour comprendre si les populations en ont réellement bénéficié. Le personnel administratif de la santé se rappelle encore combien les Sonu avaient posé beaucoup de difficultés dans les formations sanitaires. Il ne voulait pas une reconduction des erreurs des Sonu car selon un des responsables du Synsha, « au temps des Sonu, il y a eu beaucoup de ruptures. L'Etat qui payait n'arrivait plus à payer. Il y avait des CSPS que l'Etat a endettés. Ils ont utilisé la dotation gratuite de l'Etat, quand c'est fini ils ont puisé dans leur propre caisse pour payer en attendant le remboursement et le remboursement n'est pas venu. Actuellement, l'Etat doit à des formations sanitaires ». C'est d'ailleurs l'argument d'inquiétude exprimé par la Camég qui voudrait continuer à bénéficier de la confiance permanente des firmes pharmaceutiques en évitant une difficulté de trésorerie liée au retard de remboursement du tiers payeur. Les propos d'un des chefs de département sont évocateurs :

« Là où nous étions réticents c'est comment est-ce cette personne (l'Etat) va régler à la place du bénéficiaire à temps ? Les mécanismes de mise en œuvre suggèrent un certain nombre de préalables dont le principal est la disponibilité des ressources financières à temps pour permettre à chaque acteur de la chaîne d'offrir la prestation de façon gratuite à la cible. Nous à notre niveau le défi se trouve dans la

capacité de quantifier les produits, mais surtout la capacité d'obtenir l'argent chez les clients pour payer le fournisseur. Vous savez, nous sommes une structure d'achat des produits et comme la plupart des produits pharmaceutiques viennent de l'extérieur, il faut les délais pour les obtenir et il y a les conditions aussi pour les obtenir. L'une des conditions est de payer les fournisseurs dans les délais contractuels si on veut qu'ils livrent aussi dans les délais souhaités. Ça, c'est un défi que nous cherchons aussi à relever parce que de ce côté effectivement, ça ne suit pas toujours ».

Partant de la ressource informationnelle dont elle dispose et de sa position centrale dans l'élaboration du programme politico-administratif, la Camed a insisté et obtenu le changement de la procédure d'acquisition des produits pharmaceutiques auprès de ses dépôts. Le mécanisme de financement basé sur le remboursement a été substitué à celui du préfinancement. Il consiste à pré positionner des crédits sur le compte des districts sanitaires. Chaque district dispose ainsi d'une enveloppe budgétaire dont il devra assurer la gestion rationnelle. A la différence du remboursement, le district sanitaire ne pourra pas excéder le plafond de son enveloppe. Ce mécanisme a l'avantage de permettre à tous les acteurs de la chaîne d'avoir une maîtrise des dépenses liées à la gratuité et offre particulièrement à l'Etat la possibilité d'être solvable vis-à-vis de la Camed.

Conclusion

En somme, l'analyse du processus de formulation de la politique de gratuité des soins est un processus interactionniste où les acteurs ont fait valoir leurs idées et leurs ressources de pouvoir pour intégrer leurs intérêts dans le développement des solutions possibles. Cette analyse a aussi permis de comprendre que si le processus de formulation de tout politique est un lieu d'exercice de pouvoir, celui d'une politique de santé l'est plus au regard de ses multiples enjeux.

Aussi, contrairement à bon nombre de politiques pour lesquelles le processus abouti à un « *non-design* », (Howlett et Mukherjee 2014), le processus de la formulation de la gratuité des soins est parvenu à un manuel de procédures et à un arrangement institutionnel. Mais, il s'agit

d'une « sous formation » (Kadio, 2019 ; Maor, 2020). La multiplicité des acteurs n'a pas empêché l'acteur politico-administratif d'exercer un pouvoir important pour imposer ses options politiques à travers la sélection ciblée des participants aux ateliers d'élaboration et de validation. Contrairement aux résultats de l'étude de Kadio Kadidiatou, (2019) qui ont montré que l'absence de leadership et de volonté politique a entraîné une sous formulation de la politique nationale de protection sociale, dans notre étude, l'acteur politico-administratif a occupé une centralité durant tout le processus. Il a exercé un rapport de force dominant en tant qu'organisateur et propriétaire des ressources juridiques, informationnelles, matérielles, etc. Au regard de la portée sociale de la politique, certains acteurs de la société civile ont coopéré avec l'Etat dans la formulation des solutions. Il n'y a pas eu à un véritable débat au fond sur les différentes options politiques susceptibles de modifier les indicateurs socio-sanitaires peu reluisants.

Bibliographie

Berlan, D., Buse, K., Shiffman, J., & Tanaka, S. (2014). The bit in the middle: A synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29 (suppl_3),

Bobrow, D. B. (2006). Policy design : Ubiquitous necessary and difficult. *Handbook of public policy*. Sage, Los Angeles, 75-96.

Buton, F., & Pierru, F. (2012). Les dépolitisations de la santé. *Les Tribunes de la sante*, n° 34(1), 51-70.

CGD, C., DIAKOINA, & CODEL. (2016, mai). *Rapport de l'évaluation des 100 premiers jours du président Roch Kabore a la présidence du Faso*.

CIFOEB. (2018). *Analyse budgétaire dans les domaines de l'éducation, de la santé et des infrastructures* (p. 64) [Version finale]. CIFOEB

Coman, R., Crespy, A., Louault, F., Morin, J.-F., Pilet, J.-B., & Van Haute, E. (2016). *Méthodes de la science politique : De la question de départ à l'analyse des données*. De Boeck.

Dagenais, C., & Ridde, V. (Éds.). (2018). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (Nouvelle édition revue et augmentée). Presses de l'Université de Montréal.

Diallo, I. (2017). Émergence et mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant au Mali : Le cas de

trois structures du district sanitaire de Bamako. *Revue malienne de Langues et de Littératures*, 001, 150-163.

François-Mathieu Poupeau. (2017). *Analyser la gouvernance multi-niveau*. Presses universitaires de Grenoble.

GILSON, L., CHE, A. for H. P. and S. R. W. H. O. G., & Organisation (WHO), W. H. (2012). *Recherche en matière de politique et systèmes de santé : un recueil méthodologique*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Guihard, N. (2013). La gratuité des soins en question. Collectif, *Gratuité des soins : Une évaluation des politiques publiques*, Afrique contemporaine n° 243, 2012. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 35, 117-119.

Hassenteufel, P. (2011). *Sociologie politique : L'action publique*. Paris, édition Armand Colin.

Hermet, G., Kazancigil, A., & Prud'homme, J.-F. (2005). *La gouvernance. Un concept et ses applications*. Paris, Editions Karthala.

Howlett, M., et Mukherjee, I. (2014). Policy design and non-design : Towards a spectrum of policy formulation types. *Politics and Governance*, 2(2), 57-71.

Howlett, M., et Mukherjee, I. (2017). *Handbook of policy formulation*. Edward Elgar Publishing.

Jacques de Maillard. (2006). La conduite des politiques publiques à l'épreuve des temporalités électorales. Quelques hypothèses exploratoires. *Pôle Sud*, 25(2), 39-53.

Jacques de Maillard & Daniel Kübler. (2015). *Analyser les politiques publiques* (Deuxième édition). Presses Universitaires de Grenoble.

Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala.

Jean-Pierre Olivier de Sardan. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures en ingénierie sociale en Afrique et au-delà*, Paris, Karthala.

Jones, C. O. (1970). *An introduction to the study of public policy*. Belmont, Calif, Wadsworth Pub. Co.

Kadio, K. (2019). *Politique publique de protection sociale au Burkina Faso : Vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en forme et de la mise en œuvre*. Thèse de Doctorat unique en Sciences humaines appliquées, Faculté des arts et des sciences Université de Montréal, 350 p.

Larrue, C., Varone, F., & Knoepfel, P. (2006). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Somedia Buchverlag.

Lavigne Delville, P. (2017). Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays 'sous régime d'aide'. *Anthropologie & développement*, 45, 33-64.

Loubna Belaid & Valéry Ridde. (2014). Analyse de la mise en œuvre de la politique de subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence en prenant le cas du district sanitaire de Djibo au Burkina Faso. In *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Karthala.

Ministère de la Santé. (2018). *Manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso*.

Pailé, P., et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.

Phillipe Bezes. (1994). *L'action publique volontariste. Analyse d'une politique de délocalisation*, Paris, (L'Harmattan).

Pierre Lascoumes & Patick Le Galès. (2012). *Sociologie de l'action publique* (2^{ème}), Paris, Armand Colin.

Ridde, V., et Turcotte-Tremblay, A.-M. (2019). *L'analyse des processus de mise en œuvre : une intervention complexe au Burkina Faso, le financement basé sur les résultats*.

Ridde Valéry. (2007). *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.

Samb, O. M., Belaid, L., & Ridde, V. (2013). Burkina Faso : La gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 35, 34-43.

Tabuteau, D. (2010). Loi de santé publique et politique de santé. *Santé Publique*, Vol. 22(2), 253-264.

Theys, J. (2003). La Gouvernance, entre innovation et impuissance. Le cas de l'environnement. *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, Dossier 2.

Valéry Ridde & Pierre Yaméogo. (2018). How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 15.

Vincent Lemieux. (2002). *L'étude des politiques publiques : Les acteurs et leur pouvoir* (2^{ème} édition). Les Presses de l'Université Laval.

Vincent Lemieux & dir Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. (1994). Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. In *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* (p. 370). Les Presses de l'Université Laval.