

Présentation de la politique de Gratuité au Burkina Faso

Septembre 2020

BREAKING NEW GROUND



REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à exprimer leur sincère gratitude à toutes les personnes et organisations au Burkina Faso et ailleurs qui ont accordé de leur temps précieux pour commenter ce rapport. Ils souhaitent en particulier remercier le Dr Pierre Yaméogo (Secrétaire Technique pour la Couverture Sanitaire Universelle au Ministère de la Santé du Burkina Faso).

Citation recommandée :

Boxshall Matt, Joel Arthur Kiendrébéogo, Yamba Kafando, Charlemagne Tapsoba, Sarah Straubinger, Pierre-Marie Metangmo, 2020. *Présentation de la politique de gratuité au Burkina Faso*. Washington, DC. Recherche pour la Santé et le Développement et ThinkWell.

Le présent rapport a été produit par ThinkWell dans le cadre de la subvention SP4PHC (achat stratégique pour les soins de santé primaires) de la Fondation Bill & Melinda Gates. ThinkWell met en œuvre le projet SP4PHC en partenariat avec des agences gouvernementales et des institutions de recherche locales dans cinq pays. Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Web de ThinkWell : <https://thinkwell.global/projects/sp4phc/>. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les envoyer par courriel à l'adresse suivante : sp4phc@thinkwell.global.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Abréviations	4
Résumé analytique	5
Présentation générale de la Gratuité	5
Principaux résultats	6
Recommandations	8
I. Introduction	9
II. Contexte	9
Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	11
Planification familiale	13
Financement du système de santé	15
III. Objectifs et méthodologie de l'étude	18
Objectifs	18
Méthodologie	18
Analyse des données	20
IV. Résultats et constatations	21
Aperçu de la politique de Gratuité.....	21
Examen des coûts, des mécanismes de paiement et des dettes	30
Points de vue des parties prenantes sur les mécanismes de paiement de la Gratuité	36
L'impact/les retombées de la Gratuité	40
Défis, opportunités et avenir de la Gratuité	41
V. Conclusion	48
Références bibliographiques	49
Annexe A : Guide d'entretien des informateurs clés	54
Annexe B: Liste des articles, rapports et documents sur la politique nationale de la Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes	55
Annexe C : Summary of articles, reports, and documents on the Gratuité policy	57
Annexe D : Outils de gestion et de reporting du Gratuité	60
Annexe E : Type d'informations collectées et stockées sur la plateforme « E-Gratuité »	72
Annexe F : Etat des factures des établissements de santé vs. Paiements par trimestre, 2016-19	73
Annexe G : Résultats de l'enquête des agents de santé du secteur public sur la compréhension du mécanisme Gratuité	74

ABREVIATIONS

AMU	Assurance maladie universelle
ASBC	Agents de santé à base communautaire
BMGF	Fondation Bill & Melinda Gates
CAMEG	Centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNAMU	Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
DAF	Directeur Administratif et Financier
DHIS2	District Health Information Software 2 (logiciel de gestion des informations sanitaires au niveau du district)
DRD	Dépôt répartiteur de district
DSC	Dépenses de santé courantes
EIC	Entretiens avec des informateurs clés
FBR	Financement basé sur les résultats
MS	Ministère de la Santé
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs de développement durable
ONG	Organisations non gouvernementales
OSC	Organisation de la société civile
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
RESADE	Recherche pour la Santé et le Développement
RMA	Rapport mensuel des activités
SIS	Système d'information sanitaire
SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SP4PHC	Achat stratégique pour les soins de santé primaires
SPN	Soins prénatals
SSP	Soins de santé primaires
ST-ATD	Secrétaire Technique pour l'Accélération de la Transition Démographique
ST-CSU	Secrétaire Technique Pour La Couverture Sanitaire Universelle
TDR	Test de diagnostic rapide
TLOH	Télégramme lettre officielle hebdomadaire
TM-5	Taux de mortalité chez les moins de 5 ans
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMN	Taux de mortalité néonatale
TPCm	Taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes

RESUME ANALYTIQUE

En 2016, le Gouvernement du Burkina Faso a instauré la Gratuité, une politique de remplacement des frais d'utilisation, visant à augmenter l'accès et le recours aux services de soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Le Burkina Faso, qui compte parmi les pays les plus pauvres au monde, continue de faire face à un taux élevé de mortalité chez la mère et chez l'enfant. Bien que la couverture par les interventions essentielles de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) se soit améliorée, les obstacles financiers à l'accès aux soins empêchent encore de nombreuses familles d'avoir recours aux services dont elles ont besoin, quand elles en ont besoin, limitant par là-même les futurs progrès en vue de réduire les taux de mortalité élevé. À travers cette politique, le Gouvernement du Burkina Faso prend en charge l'intégralité du coût d'un ensemble défini de services de SMNE. Il assure le pré positionnement de fonds destinés à remplacer les paiements directs à la charge des usagers et permet aux établissements de santé publics de dispenser gratuitement les services de SMNE.

ThinkWell et son partenaire de recherche RESADE (Recherche pour la Santé et le Développement) ont conduit une analyse détaillée de la politique de gratuité en collaboration avec le Ministère de la Santé (MS). Cette analyse s'inscrit dans le cadre du projet SP4PHC (Achat stratégique pour les soins de santé primaires) de ThinkWell visant à améliorer les soins de santé primaires, qui a été mis en œuvre dans cinq pays avec le soutien d'une subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates. L'équipe a examiné la politique de gratuité afin de mieux comprendre comment elle fonctionne sur le terrain, quels sont les défis auxquels elle est confrontée et quelles leçons peuvent être tirées pour aller de l'avant. L'évaluation a été menée à partir d'une analyse documentaire, d'une analyse de données et d'entretiens avec des informateurs clés (EIC).

PRESENTATION GENERALE DE LA GRATUITE

La politique de gratuité au Burkina Faso a une longue histoire. Le système de soins de santé du Burkina Faso a fourni des services gratuitement jusqu'aux années 1980. L'augmentation des déficits budgétaires a entraîné une baisse de la qualité des services de santé subventionnés par l'État, ce qui a finalement conduit à l'introduction de frais d'utilisation par le biais de l'Initiative de Bamako en 1990 (McPake, Hanson, et Mills 1993). Les premiers projets pilotes d'exemption de frais d'utilisation ont commencé au Burkina Faso en 2008. Plusieurs autres s'en sont suivis jusqu'en 2015 (Ridde 2015), souvent en partenariat avec des organisations non gouvernementales (ONG).

La politique de gratuité a été conçue pour lever les barrières financières aux services de SMNE et a été adoptée par le Conseil des ministres du Burkina Faso le 2 mars 2016. La Gratuité est mise en œuvre dans tous les établissements de santé publics et dans un petit nombre d'établissements privés. Les établissements sous contrat fournissent gratuitement un ensemble défini de services de SMNE, entièrement financés par le budget de l'État. Au lieu de facturer des paiements directs, des paiements équivalents à l'acte sont versés aux établissements par le gouvernement central. Les fonds sont prépositionnés pour les établissements sur une base trimestrielle, et les paiements subséquents sont ajustés en fonction des rapports de service. 60 à 80 % de ces fonds sont près affectés aux médicaments et les établissements peuvent utiliser le montant restant pour l'achat de consommables ou les frais de fonctionnement. Le programme est géré par le Secrétariat Technique en charge de la Couverture Sanitaire Universelle (ST-CSU) au sein du Ministère de la Santé ; la vérification et la validation des données sont sous-traitées à des tiers.

La Gratuité profite à tous les enfants de moins de 5 ans, ainsi qu'aux femmes enceintes et en période de post-partum et ne nécessite pas d'enregistrement préalable du patient. L'ensemble de services inclut les

services pédiatriques définis dans les protocoles pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Pour les femmes enceintes, la Gratuité comprend les soins prénatals et postnatals, les accouchements, les soins obstétricaux d'urgence et les césariennes. Le traitement des fistules obstétricales ainsi que le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du cancer du sein sont pris en charge pour toutes les femmes.

PRINCIPAUX RESULTATS

La Gratuité semble avoir atteint ses principaux objectifs, à savoir améliorer l'accès aux services et réduire les dépenses directes de santé à la charge des patients. Par exemple, le nombre moyen de contacts entre les enfants de moins de 5 ans et les services de santé formels est passé de 1,7 par an en 2015 à plus de 3 par an en 2017, après l'instauration de la Gratuité. (Ministère de la santé du Burkina Faso¹ et Institut National de la Statistique et de la Démographie²). Les paiements directs, bien qu'encore significativement élevés, sont passés de 36,2 % des dépenses de santé courantes (DSC) à 31,7 % sur la même période, mais elles ont connu un rebond en 2018 lorsque les paiements publics versés aux établissements de soins dans le cadre de la politique de gratuité ont été interrompus (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2019). Les données systématiques sur la Gratuité ne permettent pas d'effectuer d'analyse de l'équité, mais la majorité des paiements de cette politique vont aux établissements de santé périphériques et aux zones rurales.

La Gratuité n'a pas pour objectif d'induire directement une amélioration de la qualité des services. Sans surprise, aucune donnée factuelle ne montre que leur qualité s'est améliorée consécutivement à l'adoption de la Gratuité. La Gratuité a été mise en œuvre dans un contexte de défis sécuritaires croissants, conduisant à plus d'un million de personnes déplacées au sein du pays en août 2020, et de troubles sociaux importants (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés 2020). Ces deux facteurs compromettent l'amélioration de la qualité et des résultats sanitaires. Néanmoins, la qualité des services est un défi sous-jacent important pour la santé au Burkina Faso. Le fait que la Gratuité ne soit pas explicitement liée à la qualité peut être une occasion manquée.

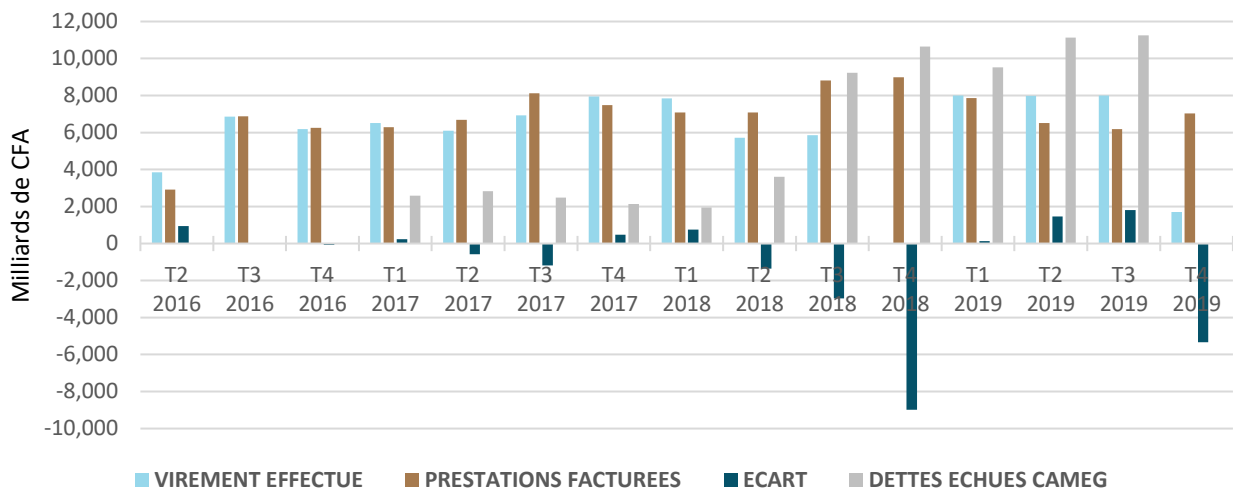
La Gratuité n'a pas été adéquatement financée en 2018 et 2019, ce qui a probablement entraîné une augmentation des dettes à la Centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG).

L'analyse montre des écarts importants entre les demandes de Gratuité soumises au gouvernement et les paiements reçus, notamment vers la fin des exercices financiers 2018 et 2019. Les dettes envers la CAMEG suivent le même schéma, et augmentent rapidement lorsque les paiements de la Gratuité sont insuffisants.

¹ Ministère de la Santé du Burkina Faso

² Institut National de la Statistique et de la Démographie

Figure A : Evolution des factures émises et des paiements reçus ainsi que des dettes échues à la CAMEG de 2016 à 2019 au Burkina Faso



Source : Données ST-CSU du e-Gratuité

Le choix du mécanisme de facturation à l'acte de la Gratuité a été motivé par le fait qu'il soit perçu comme « équitable » par les prestataires et que cela évitait d'amoindrir la qualité des services. Le ST-CSU reconnaît un compromis entre cette option et celle d'un autre mécanisme de paiement des prestataires afin de maîtriser les coûts et de gagner en efficacité administrative. Le paiement à l'acte ne favorise pas directement la qualité, mais il présente le mérite de ne pas encourager une réduction des coûts et ne devrait pas nuire à la qualité des services. Le paiement à l'acte risque toutefois de se traduire par une augmentation des dépenses de santé (Langenbrunner, O'Duagherty, et Cashin 2009). Si certaines données montrent une augmentation du coût moyen par facture, l'inflation du coût de la Gratuité ne semble toutefois pas être le premier facteur du déficit de financement.

Les perceptions de paiement tardif ou insuffisant suscitent l'insatisfaction à l'égard de la Gratuité parmi les prestataires de services. Les entretiens qualitatifs ont révélé peu de compréhension du mécanisme de la Gratuité sur le terrain, mais un sentiment constant que le paiement était devenu moins fiable au fil du temps, réduisant ainsi l'autonomie, la flexibilité des établissements de santé et, finalement, leur capacité à fournir des services de qualité. Tous les établissements ont signalé des insuffisances de paiement, et les personnes interrogées n'avaient pas été informées de la raison pour laquelle le paiement intégral n'avait pas été versé.

Les systèmes de contrôle et de validation de la Gratuité sont pertinents, tant que les contrats avec les exécutants sont maintenus. Les contrats avec des tierces parties pour valider l'effectivité des activités et des rapports de la Gratuité fournissent des contrôles importants, et les résultats sont généralement positifs ; environ 90 % des factures ou demandes de remboursement sont valides. Cependant, la plupart de ces contrats sont arrivés à échéance courant 2018, ce qui réduit le contrôle et augmente le risque.

RECOMMANDATIONS

Assurer une allocation budgétaire adéquate pour la Gratuité. La gratuité des services de SMNE essentiels constitue un pas important dans la démarche du Burkina Faso vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Le programme de gratuité est une approche pragmatique qui a démontré son efficacité. Bon nombre des difficultés rencontrées résultent plus d'un financement inadéquat et incertain que de la conception du programme. Changer la structure du programme, notamment en y ajoutant en complexité, pourrait exacerber le problème plutôt que le résoudre. Un renforcement supplémentaire du système ne sera pas possible sans un financement suffisant.

Envisager de simplifier les mécanismes de paiement. La mise en œuvre de paiements fondés sur les forfaits (ou paiements par cas) dans le cadre de la Gratuité pourrait simplifier les systèmes, réduire la charge administrative et maîtriser l'inflation des demandes de remboursement. Bien qu'il soit peu probable que cela réduise les coûts totaux à court terme, cela devrait être soigneusement examiné. Cependant, les paiements par cas risquent de nuire à la qualité des services et ne devraient donc pas être mis en œuvre à moins que des liens efficaces entre paiement et qualité ne soient en place.

Relier la Gratuité à la qualité et récompenser les établissements de santé qui appliquent des normes de qualité plus élevées. L'amélioration de la qualité des services de santé est un enjeu fondamental au Burkina Faso. La Gratuité a certes amélioré l'accès, mais le personnel de terrain dit avoir le sentiment de devoir prendre en charge plus de patients malgré des recettes incertaines pour l'établissement, ce qui met sans aucun doute la qualité en péril. Des liens plus efficaces entre la gratuité et les programmes conçus spécifiquement pour améliorer la qualité, tels que le financement basé sur les résultats (FBR), permettraient de gagner en efficacité et de renforcer les deux programmes.

I. INTRODUCTION

Le Burkina Faso a commencé à mettre en œuvre la politique de gratuité et une politique de remplacement des frais d'utilisation en avril 2016. La politique de gratuité est destinée à réduire les obstacles financiers et à améliorer l'accès aux services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Ces exemptions de paiement direct des services de soins de santé essentiels s'inscrivent dans la ligne de l'engagement du pays en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) et contribueront à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). Cependant, leur mise en œuvre se heurte à un environnement où l'insécurité est croissante et les troubles sociaux compliquent la prestation des services de santé. Dans ce contexte, il est essentiel de garantir l'efficacité de la Gratuité dans la promotion de l'accès aux soins et de la qualité des soins de santé primaires (SCP) pour répondre aux problématiques les plus pressantes en matière de santé au Burkina Faso, notamment les taux élevés de mortalité chez la mère et chez l'enfant et la faible prévalence de la contraception moderne.

ThinkWell aide le Burkina Faso à renforcer la Gratuité à travers le projet d'Achat stratégique pour les soins de santé (SP4PHC). Le SP4PHC est mis en œuvre en partenariat avec des agences gouvernementales et des institutions de recherche locales dans cinq pays, avec l'appui d'une subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates. Au Burkina Faso, le SP4PHC travaille en collaboration avec le Ministère de la Santé pour soutenir des réformes à travers des étapes pragmatiques visant à rendre l'achat plus stratégique pour les services de planification familiale et de SMNE. L'achat renvoie à l'allocation de fonds de financement communs aux prestataires de services de santé (Organisation mondiale de la Santé 2000). Dans le cadre de l'achat stratégique, il est reconnu que le processus d'achat peut être utilisé comme un outil destiné expressément à soutenir la réalisation de certains objectifs fixés pour le système de santé (Resilient & Responsive Health Systems 2014 ; Organisation mondiale de la Santé 2010). L'approche de l'achat stratégique déployée au Burkina Faso par ThinkWell cible l'amélioration de l'efficacité de la Gratuité pour l'achat de services de santé primaires de haute qualité, en améliorant la cohérence entre la Gratuité et d'autres mécanismes d'achat et en aidant le Gouvernement du Burkina Faso à préparer la transition de la gestion de la Gratuité du Ministère de la Santé vers la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU).

Afin d'éclairer cette stratégie et de faire progresser la mise en œuvre du projet, ThinkWell et son partenaire de recherche RESADE ont mené un examen détaillé de la politique de gratuité, politique de suppression et de remplacement des frais d'utilisation. Ce rapport a pour objectif de décrire succinctement le fonctionnement de la politique de gratuité, d'identifier les défis qui se posent et de tirer des leçons pouvant orienter les discussions actuelles autour de l'achat stratégique de soins de santé primaires et orienter les futures réformes politiques. Les résultats de cette analyse seront présentés aux principaux acteurs lors d'une réunion consacrée à la diffusion de cette première version du rapport où celle-ci sera discutée et validée. ThinkWell espère ouvrir le débat et qu'un consensus se dégage autour des possibilités permettant d'améliorer l'efficacité de la politique. Ces possibilités pourraient inclure la simplification de l'administration des mécanismes de paiement, l'amélioration de l'intégration et de l'harmonisation (avec le FBR notamment) et, enfin, la transition de la gestion de la Gratuité du Ministère de la Santé vers la CNAMU.

II. CONTEXTE

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres au monde. Classé 182^e sur 189, il affiche un Indice de développement humain de 0,434 (Programme des Nations Unies pour le Développement 2019). Ce pays soudano-sahélien enclavé d'Afrique de l'Ouest compte une population estimée à 21,5 millions d'habitants (Ministère de la Santé du Burkina Faso et Institut National de la Statistique et de la Démographie 2020). Environ 63,9 % des habitants ont moins de 25 ans, et 33,2 % ont entre 15 et 35 ans (Banque mondiale

2020). Au Burkina Faso, l'espérance de vie moyenne à la naissance est de 61,8 ans pour les femmes et de 60,4 ans pour les hommes (voir le Tableau 1). (Banque mondiale 2020).

Tableau 1 : Indicateurs démographiques de base

Indicateur (2019)	Taux
Population total (million)	21.5 (2020)
Accroissement de la population (annuel %)	3.1 (2020)
Population urbaine (% de la population totale)	29.4
Esperance de la vie a naissance (années)	61.2 (2018)
Produit interior brut (annuel %)	6.1
PIB par habitant, parité de pouvoir d'achat (international actuel \$)	1975.40
Pauvreté a \$1,90 par jour (% de la population)	43.7 (2016)
Indices de développement humain (de 189)	182

Source: Ministère de la santé du Burkina Faso and Institut national de la statistique et de la démographie 2020; World Bank 2019; United Nations Development Programme 2019

Depuis 2012, le Burkina Faso a adopté une politique de décentralisation qui offre plus de pouvoir aux autorités locales. Le pays est subdivisé en 13 régions administratives, chacune dirigée par un gouverneur régional. Ces régions comprennent 45 provinces subdivisées en 301 départements composés de 351 municipalités. Au cours des 10 dernières années, le Burkina Faso a adopté plusieurs lois et réglementations visant à promouvoir une gouvernance plus autonome des districts de santé et des hôpitaux. La Politique nationale de Santé 2011³ mise en œuvre à travers le Plan national de développement sanitaire 2016-2020⁴ (PNDS) confirme que les soins de santé primaires sont une priorité pour le pays (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2016b ; 2011a). Le PNDS s'articule autour de trois programmes : l'accès aux services de santé, la fourniture des services de santé, et la gestion et le soutien des services du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2016b).

Le Burkina Faso est confronté à une augmentation des menaces sécuritaires intérieures comme extérieures liées au terrorisme et à l'instabilité sévissant au Mali et au Niger voisins (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés 2019). Alors que la situation en matière de sécurité continue de se dégrader, on dénombre plus d'un million de personnes déplacées dans le pays (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires 2020). Le changement soudain de régime en 2014 a également laissé place à de profondes divisions politiques dans le pays, avec pour conséquence une plus grande vulnérabilité à tous les niveaux. Le Gouvernement du Burkina Faso travaille en collaboration avec la communauté internationale pour renforcer sa résilience et améliorer la capacité du pays à résister à ces chocs.

³ Politique nationale de santé

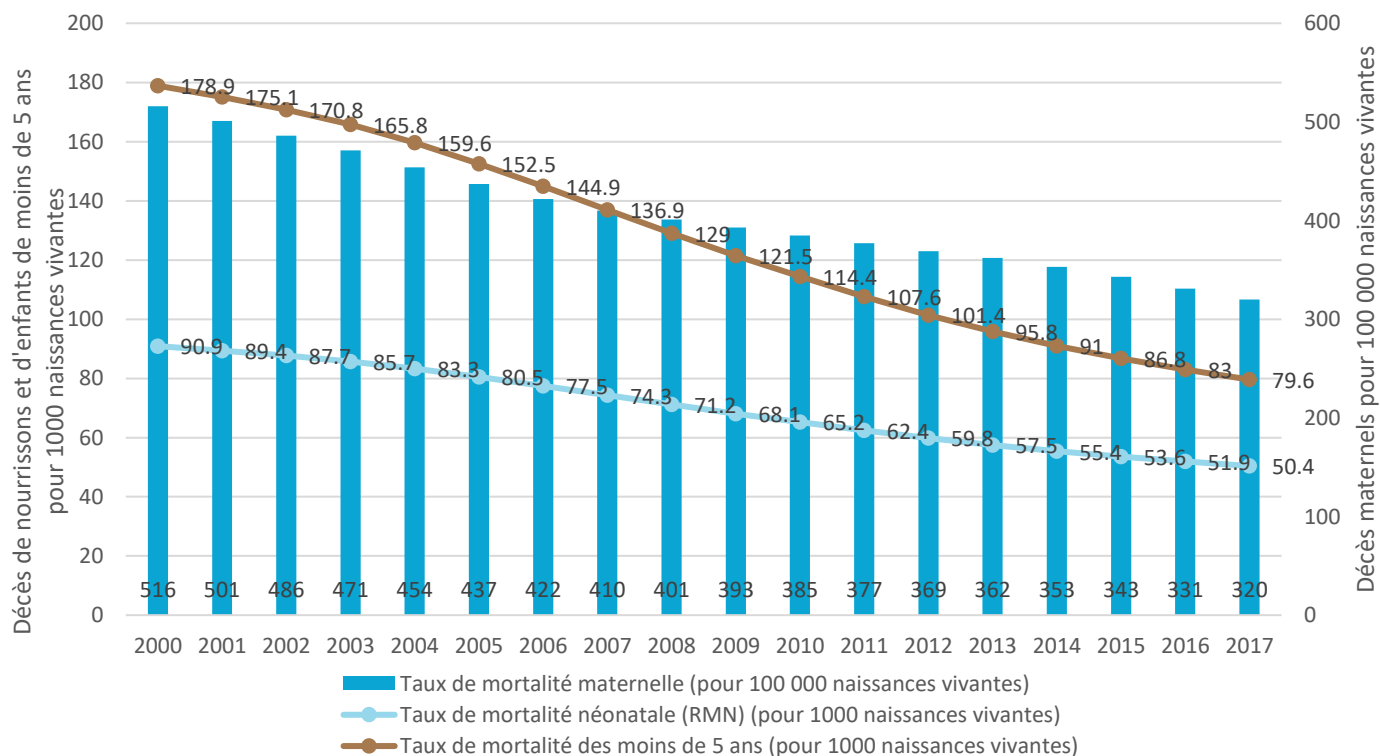
⁴ Plan national de développement sanitaire

SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT

Les taux de mortalité chez la mère, le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant restent élevés au Burkina Faso, malgré d'importants progrès au cours des 20 dernières années. L'amélioration de l'accès aux services de SMNE a permis de faire reculer la mortalité qui avait atteint des niveaux très élevés, mais d'autres avancées seront nécessaires pour faire progresser l'équité et l'accès et il conviendra de prêter une attention accrue à la qualité des services de soins de santé primaires.

Les taux élevés de mortalité chez la mère et chez l'enfant restent majoritairement liés à des causes évitables. Entre 2000 et 2016, le taux de mortalité néonatale (TMN) a reculé, passant de 90,9 à 51,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité chez les moins de 5 ans (TM-5) a été divisé par deux, passant de 178,9 à 83 décès pour 1 000 naissances vivantes (Banque mondiale 2020). Chez le nourrisson et chez l'enfant, les décès sont principalement dus au paludisme (23,8 %), aux infections respiratoires aiguës (13,4 %), à la diarrhée (11,5 %), à des causes néonatales (22,2 %), à la rougeole (3 %) et au VIH/sida (0,7 %) (Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International 2012). Le taux de mortalité maternelle (TMM) reste élevé, à 320 décès pour 100 000 accouchements en 2016, mais en déclin par rapport à l'an 2000 où il atteignait 516 décès pour 100 000 accouchements (voir la Figure 1) (Banque mondiale 2020). Parmi les causes directes de ces décès maternels, dont la plupart sont évitables, figurent l'hémorragie (30 %), l'infection (23 %), la rétention placentaire (11,40 %), la rupture utérine (10 %), les complications à la suite d'un avortement (10 %) et l'éclampsie (4 %) (Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International 2012).

Figure 1 : Évolution des tendances de la mortalité maternelle, des moins de 5 ans et néonatale, 2000-2017

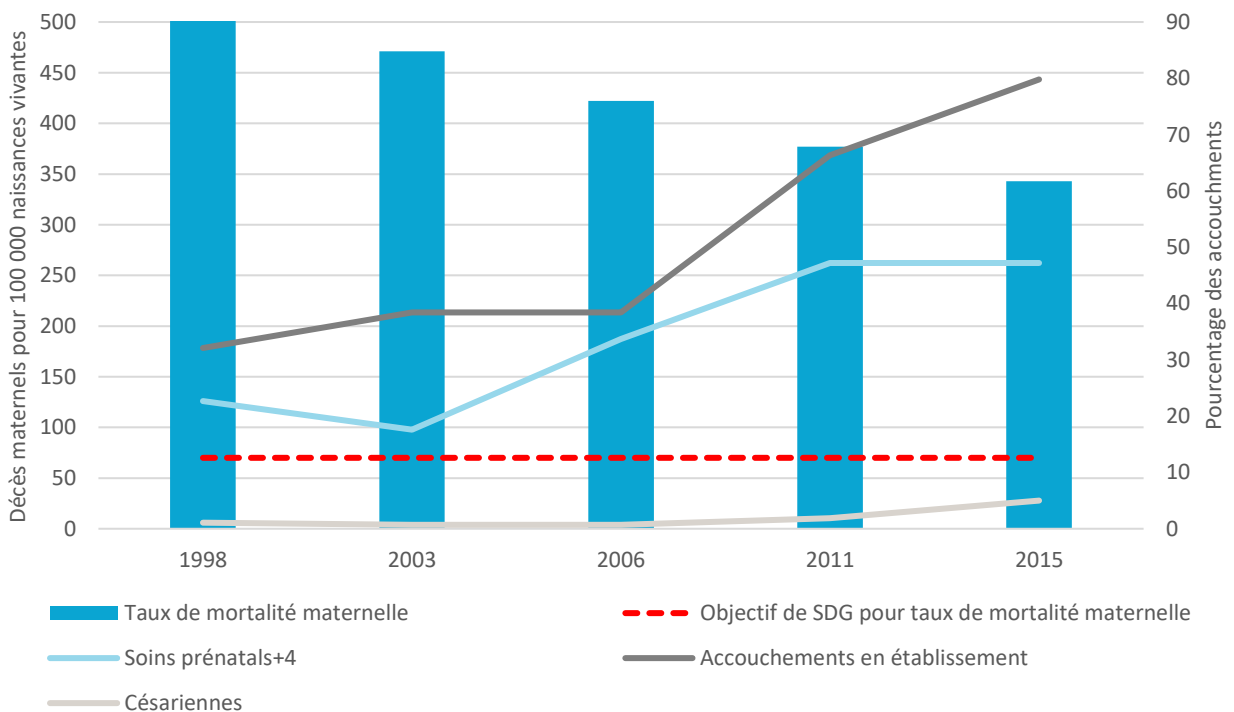


Source: World Bank 2019

D'après l'Enquête démographique et de santé, 94,9 % des femmes ont reçu de soins prénatals à un certain moment de leur grossesse, mais moins de la moitié de ces femmes avaient bénéficié de quatre

consultations prénatales (Figure 2) (Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International 2012). En 2016, les estimations de la couverture nationale étaient les suivantes : 80 % des femmes enceintes avaient eu une consultation prénatale, 70 % deux consultations prénatales et 47 % quatre consultations prénatales ou plus, juste au-dessus de la cible de 45 % fixée par le PNDS 2011-2020 pour la réalisation d'au moins quatre consultations prénatales (Ministère de la santé du Burkina Faso et Institut National de la Statistique et de la Démographie 2018). Les obstacles à l'accès aux soins prénatals sont associés à un manque d'information et de connaissance, à la perception d'une mauvaise qualité des soins et aux conditions socioéconomiques entravant le recours aux services (Ministère de la Santé du Burkina Faso et Organisation mondiale de la Santé⁵ 2017 ; Ministère de la Santé et Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles⁶ 2014).

Figure 2 : Tendances des soins prénatals, des accouchements qualifiés, des accouchements en établissement, des césariennes et du taux de mortalité maternelle, 1998-2015



Source: World Health Organization 2019; World Bank 2019

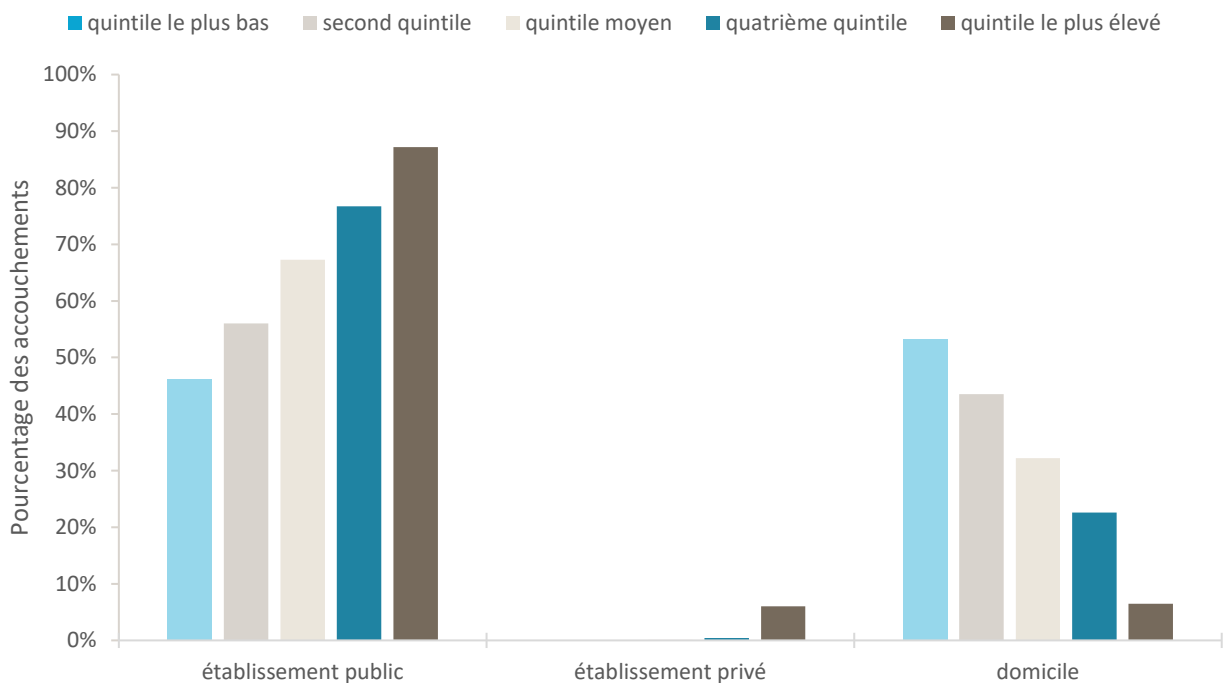
L'accès aux services de maternité s'est amélioré au cours des dix dernières années, mais les accouchements en établissement de santé restent fortement associés au niveau de richesse, et la moitié des femmes appartenant au quintile de population le plus défavorisé accouchent toujours à domicile (Figure 3). Entre 2005 et 2015, la proportion des accouchements assistés par une accoucheuse qualifiée a augmenté, passant de 53,57 % à 79,8 % (Banque mondiale 2020). Ce gain de 26 points de pourcentage en 10 ans représente un progrès remarquable qui place le pays en très bonne voie pour atteindre la cible fixée à 85 % d'accouchements assistés par un personnel qualifié (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2016b). Presque toutes les femmes ayant accouché dans un établissement de santé (99,6 %) ont été assistées par un

⁵ Organisation mondiale de la Santé

⁶ Direction générale des études et statistiques sectorielles

prestataire de santé qualifié (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2016b). Environ les deux-tiers (65,3 %) des femmes enceintes dans le pays accouchent dans un établissement de santé, la grande majorité privilégiant le secteur public (1 % seulement ayant accouché dans un établissement privé) (Figure 3) (Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International 2012). Malgré les progrès réalisés dans la couverture par les services de SMNE essentiels, les taux de mortalité maternelle sont extrêmement décevants. Cela s’explique par la disponibilité et l’état de préparation limités des services (Ministère de la Santé et Direction Générale des Études et des Statistiques Sectorielles 2014 ; Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International 2012).

Figure 3 : Proportion de tous les accouchements par lieu d’accouchement et quintiles de richesse



Source: Institut National de la Statistique et de la Démographie and ICF International 2012

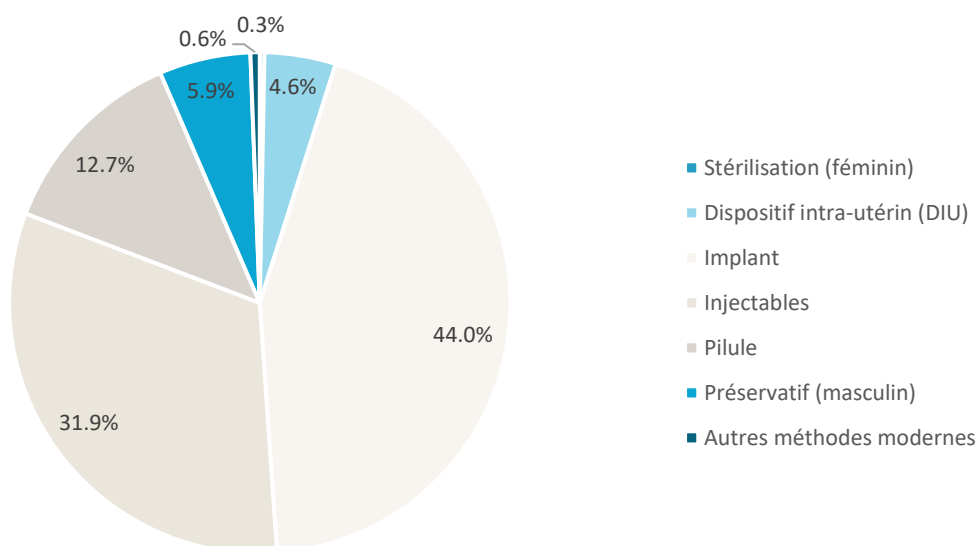
La malnutrition est en partie responsable de nombreux décès chez les nourrissons et les enfants, puisque 21,2 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, 8,6 % de cachexie et 16,2 % d’insuffisance pondérale (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2016a). Plus de la moitié (52,2 %) des nourrissons de moins de six mois ne bénéficient pas d’un allaitement maternel exclusif, et 17,9 % et 17,5 % seulement des bébés âgés de 6 à 23 mois jouissent d’une bonne diversification alimentaire et d’un apport alimentaire minimum acceptable, respectivement. Le pays a été certifié exempt de poliomyélite et les campagnes de vaccination de masse MenAfricvac organisées par le Ministère de la Santé depuis 2010 ont réduit drastiquement l’épidémie de méningite. Cependant, malgré ces bons résultats en matière de vaccination, l’objectif visant à atteindre une couverture d’au moins 80 % pour tous les antigènes dans au moins 80 % des districts sanitaires n’est pas encore atteint. (Ministère de la Santé du Burkina Faso et Institut National de la Statistique et de la Démographie 2018).

PLANIFICATION FAMILIALE

Au Burkina Faso, le recours à la planification familiale (FP) est relativement élevé comparativement à la norme régionale, bien qu’il reste une grande marge d’amélioration. La fécondité demeure élevée, puisque

le taux de fécondité total s'élevait à 5,2 enfants par femme en 2018 (Banque mondiale 2020). Dans le Plan National d'accélération de planification familiale du Burkina Faso 2017-2020, la cible visée pour le taux de prévalence contraceptive, méthodes modernes (TPCm) chez les femmes mariées a été fixée à 32 % à l'horizon 2020 (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2017). Les données collectées par PMA2020 en décembre 2018 et janvier 2019 font état d'un TPCm de 27,3 % pour l'ensemble des femmes et de 30,7 % chez les femmes mariées (PMA2020 et al. 2019). Les jeunes femmes mariées de 15 à 19 ans ont le TPCm le plus faible, à 12,4 %, contre 33,3 % chez les femmes entre 30 et 34 ans (Track20 2019). Parmi les méthodes modernes, ce sont les méthodes hormonales qui prédominent. Les trois méthodes contraceptives les plus utilisées sont les implants (44,0 %), les injectables (31,9 %) et la pilule (12,7 %) (voir Figure 4) (Track20 2019).

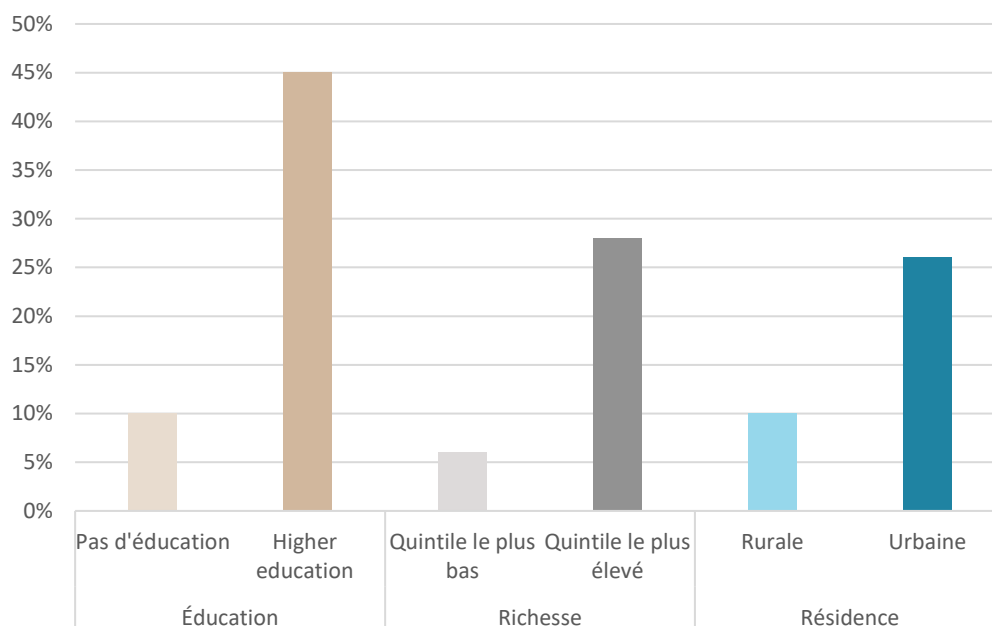
Figure 4 : Mélange de méthodes contraceptives modernes (les femmes mariées) en 2018



Source: Track20 2019

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes mariées étaient de 23,3 % en 2018 et les méthodes modernes satisfaisaient à 55,0 % de la demande (PMA2020 et al. 2019). La plupart des besoins non satisfaits concernent l'espace des naissances, tandis qu'une proportion plus faible de femmes cherche à limiter les naissances. Les besoins non satisfaits sont fortement associés au statut socioéconomique ; ils sont représentés à la Figure 5, ventilés en fonction des niveaux d'éducation, des lieux de résidence et des quintiles de richesse.

Figure 5 : Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (toutes les femmes) dans les domaines clés



Source: Track20 2020

FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Au Burkina Faso, le financement du secteur de la santé provient de trois sources principales : le budget de l'État, l'aide internationale et les frais d'utilisation acquittés par les ménages. Bien que le Gouvernement du Burkina Faso alloue traditionnellement une grande partie du budget national au financement des services de soins de santé, les paiements à la charge des usagers restent conséquents (voir Tableau 2). La part des dépenses de santé publique en pourcentage du budget de l'État a augmenté, passant de 6,2 % en 2014 à 10,3 % en 2016 (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018a). La contribution des ménages reste élevée, atteignant 36,2 % des dépenses de santé courantes en 2015. Elle a diminué après l'instauration de la Gratuité mais les progrès ont été entravés par la hausse de l'insécurité depuis la mi-2018 – voir la Figure 14 dans la section [Examen des coûts, des mécanismes de paiement et des dettes](#) du rapport (Ministère de la Santé du Burkina Faso et Institut National de la Statistique et de la Démographie 2020). Entre 2007 et 2016, les dépenses de SMNE se sont élevées à 260,723 milliards de francs CFA, soit 8,3 % des dépenses de santé courantes (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018a).

Tableau 2 : Indicateurs clés du financement de la santé 2017

Indicateur	Valeur
Dépenses de santé courantes par habitant en USD (\$)	\$44.40
Dépenses de santé des administrations publiques nationales en% des dépenses courantes de santé (%)	43.3%
Ressources externes en% des dépenses courantes de santé (%)	17.9%

Paiements directs en% des dépenses courantes de santé (%)	31.7%
Dépenses courantes de soins de santé primaires en% des dépenses courantes de santé (%)	69%

Source: World Health Organization 2020; Primary Health Care Performance Initiative 2018

Le gouvernement central reste le premier acheteur public de services de soins de santé primaires au Burkina Faso. En 2017, le Gouvernement du Burkina Faso a adopté une approche budgétaire programmatique, s'éloignant ainsi des présentations budgétaires par postes budgétaires traditionnels. Le Ministère de la Santé a créé un budget incluant trois grands programmes budgétaires, qui reprennent les priorités fixées dans le PNDS (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2011b). Les agents de santé salariés du secteur public sont gérés séparément du processus budgétaire du Ministère de la Santé ; de fait, ils relèvent de la responsabilité du Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement.

Bien que le processus de décentralisation ait officiellement commencé en 2012, cette dernière est encore incomplète à ce jour et l'autorité reste centralisée pour de nombreuses questions. L'autonomie financière au niveau des districts est limitée ; les districts reçoivent du Directeur Administratif et Financier ⁷ (DAF) du Ministère de la Santé des fonds qu'ils transfèrent aux établissements de soins primaires pour couvrir en partie leurs frais de fonctionnement. Les frais d'utilisation acquittés directement par les usagers participent également au règlement des frais de fonctionnement des établissements. Le Ministère de la Santé prépositionne des fonds qui sont près affectés aux établissements pour l'approvisionnement en médicaments et en produits auprès de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG). Les programmes verticaux achètent des produits pour la lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme et des vaccins auprès de la CAMEG et les distribuent gratuitement aux districts.

La Caisse nationale d'assurance maladie universelle, CNAMU, est un nouvel acteur dans le paysage du financement de la santé. En 2015, le Burkina Faso a adopté une loi désignant l'assurance maladie universelle (AMU) comme l'instrument permettant de parvenir à la couverture totale de la population d'ici 2025 (Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale et Secrétariat Technique pour la Couverture Maladie Universelle 2018). Cette loi vise à regrouper les mécanismes d'achat des services de santé sous une même coupe, à organiser des *mutuelles*⁸ sociales et à établir un régime pour les travailleurs du secteur formel. L'objectif est d'harmoniser l'assurance santé à base communautaire au sein de la CNAMU et d'élargir la couverture qui reste à un faible niveau actuellement (les estimations varient, mais la couverture totale par les mutuelles est inférieure à 10 %) (Barroy, Andre, et Nitiema 2018 ; Parmar et al. 2014). Les contributions à la CNAMU reposeront sur les principes de solidarité ; les travailleurs du secteur formel paieront des cotisations en fonction de leur salaire, les travailleurs du secteur informel paieront probablement une cotisation fixe par personne, tandis que les indigents seront totalement pris en charge. Le Gouvernement du Burkina Faso a également prévu de transférer la gestion du programme Gratuité du Ministère de la Santé vers la CNAMU. La CNAMU pourrait devenir un acheteur stratégique majeur des services de santé au Burkina Faso, mais à ce jour, les progrès en ce sens restent limités.

Depuis 2011, le Gouvernement du Burkina Faso a mis en œuvre plusieurs programmes de FBR successifs visant à combler les lacunes en matière de qualité. L'actuel Projet de renforcement des services de santé (2018-2023) financé par la Banque mondiale soutient un ensemble de réformes de l'achat et du financement de la santé contribuant à la mise en place de la couverture sanitaire universelle, et inscrit un programme révisé de FBR géré par le Ministère de la Santé au cœur de ce programme plus vaste (Groupe

⁸ Assurance santé à base communautaire

Banque mondiale 2018). Dans le cadre des précédents programmes de FBR au Burkina Faso, les établissements étaient rémunérés sur la base à la fois de la quantité et de la qualité des services fournis. Compte tenu de l'impact de la Gratuité qui récompense le volume de services, l'approche actualisée se concentrera uniquement sur la qualité. Le processus de définition, de mesure et de remboursement des établissements basé sur la qualité est en cours mais les versements aux établissements n'ont pas encore commencé.⁹

⁹ Au moment de la finalisation de ce rapport, des discussions avaient lieu entre la Banque mondiale et le Ministère de la Santé en vue de restructurer les investissements pour appuyer l'achat stratégique selon une méthode qui s'inscrit plus formellement dans la ligne de la politique de gratuité.

III. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

OBJECTIFS

L'objectif de cet état des lieux était de documenter comment la politique de gratuité est mise en œuvre dans la pratique. En élaborant et affinant ce rapport, l'équipe s'est rapprochée des acteurs intéressés afin d'acquérir une compréhension commune de la façon dont la Gratuité est appliquée. Au cours de ce processus, nous avons identifié les principaux défis et les principaux axes qui permettraient de renforcer la Gratuité, de mieux l'intégrer au sein du système de santé du Burkina Faso et de s'appuyer sur ses réussites.

METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour cette étude était descriptive et non expérimentale. Les méthodes incluaient une analyse des documents de politique, l'administration d'un questionnaire en ligne, l'analyse des données de la plateforme e-Gratuité et d'autres sources gouvernementales ainsi qu'une recherche qualitative et quantitative sur le terrain.

Les principaux extrants issus de cette méthodologie, résumés dans ce rapport, sont les suivants :

- Une description succincte de la façon dont le mécanisme de la Gratuité devrait fonctionner, au niveau national et au niveau des districts ;
- Une analyse quantitative des données sur la Gratuité au fil du temps, incluant les coûts, l'allocation des fonds, les factures/demandes de remboursement, et les dettes ;
- Une évaluation qualitative du mode de fonctionnement de la Gratuité dans la pratique, couvrant notamment la compréhension qu'ont les acteurs intéressés de la politique et de sa mise en œuvre, et les perceptions relatives à la charge de travail et aux difficultés rencontrées.

Les documents examinés sont détaillés en annexe B et en annexe C. L'équipe a passé en revue 12 documents de politique, les minutes de réunions/d'ateliers, des rapports d'études et d'activités, des lois, décrets et arrêtés conjoints publiés par le Gouvernement.

Un questionnaire semi-structuré a été utilisé pour interroger à distance des informateurs clés et des acteurs intéressés au niveau central et au niveau périphérique. Parmi les répondants, à ces deux niveaux, figuraient des directeurs régionaux de santé, des directeurs généraux d'hôpitaux, des médecins chefs de district et des infirmiers chefs de poste. Il était demandé aux participants de répondre directement au questionnaire en ligne. Le formulaire incluait des questions ouvertes, fermées et à choix multiples. Le questionnaire a été soumis à 300 participants sur une période d'un mois. 260 personnes y ont répondu. Il visait à déterminer les éléments suivants :

- Comment les établissements de santé accèdent aux fonds, les utilisent et en rendent compte ;
- Quelles sont les données requises par le Ministère de la Santé pour déclencher les remboursements liés à la Gratuité (y compris les formulaires utilisés) et quel est le dispositif de notification ;
- Comment le Ministère de la Santé vérifie les données rapportées par les districts et les établissements ;
- Comment et dans quel délai le Ministère de la Santé verse les fonds aux établissements ;
- Comment les établissements s'approvisionnent en produits ;
- Quels sont les liens entre la Gratuité et les mécanismes d'amélioration de la qualité et d'assurance qualité ;
- Quelles sont les principales difficultés et problématiques liées à l'accès aux soins et à l'équité/la qualité des services ;

- L'identification des structures de gouvernance connexes à l'échelon des établissements, au niveau des districts et à l'échelle nationale ;
- L'identification des points de divergence entre la pratique et la politique ainsi que des principaux goulets d'étranglement et des axes d'amélioration connexes.

Les données sur la performance quantitative reposent sur l'analyse de la base de données e-Gratuité.

Cette base de données collecte les données de toutes les unités de soins de santé publiques à tous les niveaux du système de prestation de services de santé publics. Le premier ensemble de données portait sur des indicateurs importants tels que l'utilisation des services, le coût de la prestation des services de santé, le coût des produits et des services et le taux de satisfaction depuis l'instauration de la Gratuité. L'équipe s'est appuyée sur d'autres sources afin d'évaluer les dépenses à la charge des patients sur la même période. Le second ensemble de données se concentrait sur les flux financiers et les dettes envers la CAMEG. Il incluait une comparaison entre les montants des factures réclamées/des demandes de remboursement et les montants payés, les commandes de médicaments, la variation des dettes envers la CAMEG et les contrôles des ONG.

Afin de recueillir les avis d'autres acteurs, des entretiens approfondis ont été organisés en présentiel dans huit établissements de santé. Une sélection d'établissements des différents niveaux de soins du système de santé a été établie afin de réunir un éventail de retours d'expérience sur la Gratuité. Ont été sélectionnés pour les entretiens approfondis sur site quatre centres de soins et de promotion sociale (CSPS), deux centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), un centre hospitalier régional (CHR), et un centre hospitalier universitaire (CHU). Les entretiens ont été menés auprès de 21 informateurs clés impliqués dans la mise en œuvre de la Gratuité dans les huit établissements de santé sélectionnés. Le questionnaire visait à examiner les points suivants (voir [l'annexe A](#)) :

- Quels sont les effets du modèle de paiement de la Gratuité sur le fonctionnement des établissements de santé, en particulier concernant la disponibilité des ressources financières et des médicaments dans les établissements de santé ;
- Quel est, en moyenne, le montant payé par les ménages en dehors des établissements de santé pour des médicaments qui sont supposés être délivrés gratuitement dans le cadre de la politique de gratuité ;
- Quels sont les points de vue des acteurs concernant les mécanismes de paiement de la Gratuité et si ces derniers sont adaptés aux besoins des établissements de santé ;
- Quelles sont les approches et options proposées par les acteurs pour améliorer les mécanismes de la Gratuité.

Les données quantitatives ont été collectées auprès de six de ces huit établissements. Elles incluaient des données sur les fonds reçus du Ministère de la Santé par les établissements de santé (paiements dans le cadre de la politique de gratuité) et sur les rapports de dépenses (« factures » ou demandes de remboursement dans le cadre de la politique de gratuité) renvoyés au Ministère. Des données supplémentaires ont été réunies sur le montant des dettes envers la CAMEG pour la période comprise entre 2016 et 2019. Il a été convenu par consensus de sélectionner des établissements issus de deux districts de santé enregistrant des niveaux de dettes élevés envers la CAMEG et de deux autres districts de santé ayant des dettes moins importantes à son égard. Les centres médicaux avec antenne chirurgicale n'ont pas été en mesure de produire des rapports financiers précis et ont été exclus de cette analyse.

ANALYSE DES DONNEES

Cette étude à méthodes mixtes associait une évaluation quantitative des données financières à une analyse des données qualitatives. L'analyse des données quantitatives (flux financiers, dépenses supplémentaires à la charge des ménages, opinions des acteurs sur le modèle gratuit) a été effectuée avec les logiciels Excel 2010 et STATA 15. En ce qui concerne les données qualitatives, les notes prises lors des entretiens ainsi que les transcriptions intégrales des échanges tenus à cette occasion ont été utilisées pour réaliser une analyse thématique manuellement en vue du rapport final.

IV. RESULTATS ET CONSTATATIONS

APERÇU DE LA POLITIQUE DE GRATUITE

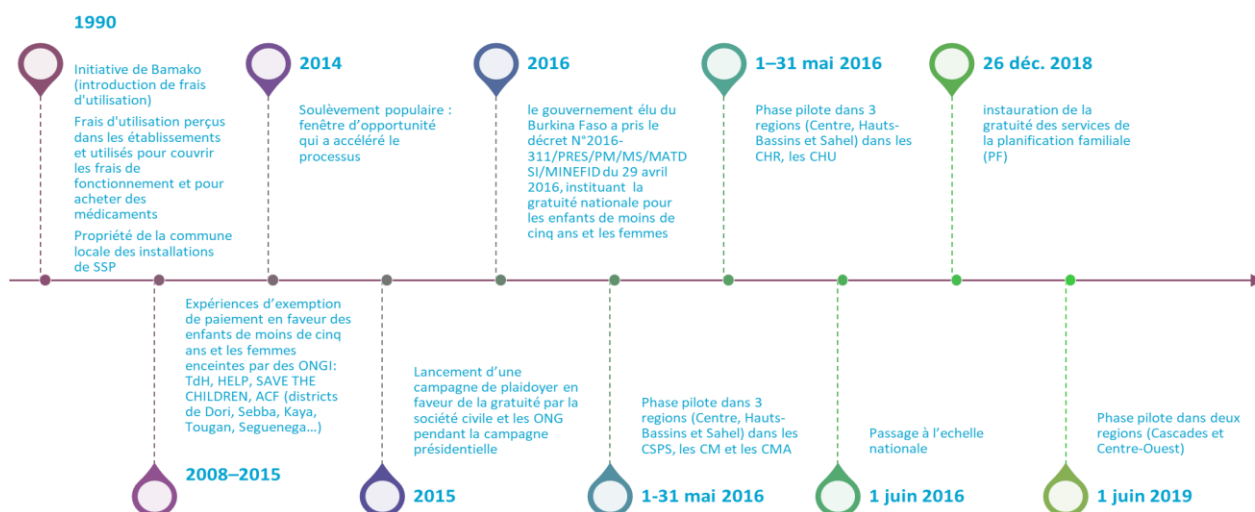
Chronologie des principales réformes de santé qui ont conduit à la Gratuité

Jusque dans les années 1980, le système de santé du Burkina Faso s'inspirait d'un modèle datant de l'époque coloniale qui prévoyait la gratuité des services. Mais l'augmentation des déficits budgétaires entraînant une baisse de la qualité des services de santé subventionnés par l'État a finalement conduit à l'introduction de frais d'utilisation par le biais de l'Initiative de Bamako en 1990, aux fins de mobiliser le financement communautaire pour les soins de santé primaires (McPake, Hanson, and Mills 1993).

Les inquiétudes relatives aux frais d'utilisation pour les soins primaires, qui compromettent l'accès et l'équité, ont conduit aux premiers projets pilotes d'exemption des frais d'utilisation au Burkina Faso à partir de 2008. Plusieurs autres projets pilotes ont suivi le projet initial jusqu'en 2015 (Ridde 2015) dans le cadre d'un processus long et complexe qui a finalement conduit à l'adoption de la politique de gratuité (voir Figure 6).

Le 2 mars 2016, le Conseil des ministres du Burkina Faso a adopté une politique nationale d'exemption des frais d'utilisation des soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans : la politique de gratuité. Ce changement de politique traduit un consensus croissant sur le fait que les frais d'utilisation sont rétrogrades et qu'ils compromettent l'équité en matière d'accès aux services de santé essentiels. Dans le cadre de la Gratuité, les établissements publics fournissent gratuitement un ensemble défini de services de SMNE, entièrement financés par le budget de l'État. Récemment, la Gratuité a été étendue aux services de planification familiale ; un projet pilote a été lancé dans deux régions (Cascades et Centre-Ouest) en juin 2019 avec l'espoir d'en tirer des leçons pour l'étendre à l'ensemble du pays en 2020 (Koulidiati et al. 2020).

Figure 6 : Chronologie des principales réformes des frais d'utilisation vers la Gratuité au Burkina Faso



Source: Ridde and Yaméogo 2018, adapté par ThinkWell 2020

Parallèlement à la politique de gratuité, le gouvernement du Burkina Faso a récemment adopté la Stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018e) et le Document d'orientation d'achat stratégique (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018c). Ces initiatives, qui sont le résultat de nombreuses discussions entre les hauts responsables politiques, fournissent le cadre général de la politique de financement de la santé au Burkina Faso, mais les réformes envisagées ne sont toujours pas mises en œuvre.

Les mesures de gratuité sont détaillées dans le *Manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de Gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso*, publié par le Ministère de la Santé en 2018 (Ministère de la Santé du Burkina Faso et Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement¹⁰ 2018). Dans les sections ci-dessous, nous expliquons les principaux aspects des mesures de gratuité telles qu'elles sont pratiquées. Il est important de noter que tout ce qui figure dans le manuel n'a pas été mis en œuvre. Le cas échéant, sur la base du retour d'expérience des chargés de mise en œuvre, nous mettons l'accent sur les mesures prévues qui ne se sont pas encore concrétisées ou sur celles qui sont, dans la pratique, gérées différemment du manuel.

Population bénéficiaire, ensemble de services, prestataires de services

Population

La population visée par la politique de gratuité pour les services de SMNE comprend :

- Les enfants de moins de 5 ans.
- Les femmes enceintes.
- Les parturientes.
- Les femmes en post-partum jusqu'à 42 jours après la naissance.
- Les femmes présentant une fistule obstétricale.
- Les femmes âgées de 25 à 55 ans, pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus.
- Les femmes âgées de 25 ans ou plus, pour l'examen physique des seins (dépistage du cancer du sein).

Le manuel des mesures de gratuité comprend des services de planification familiale gratuits, qui, au-delà d'un projet pilote déployé dans deux régions, n'ont pas encore été mis en place. Un groupe beaucoup plus large de bénéficiaires de ces services est proposé et des populations cibles spécifiques sont définies.

Ensemble de services

Pour les enfants de moins de 5 ans, la politique de gratuité couvre les affections et les maladies visées par la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans le pays (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2003). La stratégie de PCIME est une approche systématique de la santé des enfants qui comprend des actions préventives au niveau de la famille et de la communauté et des actions curatives relevant des agents de santé tant dans les établissements de santé que dans la communauté. Les principes de la PCIME ont été adoptés par le Burkina Faso comme base de l'ensemble des services du programme de gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, bien que les maladies chroniques des enfants ne soient pas

¹⁰ Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement.

prises en charge. Les composantes communautaires et préventives de la PCIME figurent dans le manuel des mesures de gratuité, mais dans la pratique, la mise en œuvre de la Gratuité s'est clairement centrée sur les services proposés en établissements et les services curatifs.

La politique de gratuité couvre tous les soins préventifs et curatifs (y compris les analyses de laboratoire) pour les affections liées à la grossesse. Cela comprend le suivi prénatal, les services de maternité et les soins post-partum. Le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus ainsi que le dépistage du cancer du sein sont également pris en charge.

L'ensemble des services du programme Gratuité comprend les produits et services spécifiques suivants :

- Les « actes » médicaux des professionnels de la santé (consultations, conseils, injections, chirurgie, pansements, etc.) liés aux affections couvertes.
- Les médicaments, les consommables médicaux et les consommables d'imagerie médicale. Les médicaments essentiels génériques sont prioritaires, mais les médicaments spécialisés nécessaires qui n'existent pas sous forme générique sont acceptés conformément à une liste préalablement établie par le comité thérapeutique.
- Les examens complémentaires qu'impose la prise en charge des cas comprennent :
 - Les analyses de laboratoire : hématologie, biochimie, parasitologie, bactériologie, immunologie (recherche du groupe sanguin et du facteur rhésus ; sérologie VDRL (syphilis) ; taux d'hémoglobine ou hémogramme ; dépistage des hépatites virales C et B ; électrophorèse de l'hémoglobine ; test VIH ; détection d'une albuminurie et d'une glycosurie.
 - Les examens d'imagerie (ultrasons, radiographies, scanner, etc.).
- L'observation et l'hospitalisation.
- Le carburant pour les évacuations médicales à l'intérieur du pays, y compris pour les soins obstétricaux d'urgence.

Les services de planification familiale sont détaillés dans la politique de gratuité mais doivent encore être mis en place. Le forfait de gratuité des services de planification familiale a été testé dans deux districts à la fin de 2019 et pourrait être déployé à l'échelle nationale en 2020. Cet ensemble de services comprend les contraceptifs et les frais de pose et de retrait des implants et des DIU.

Les coûts liés aux activités de soutien (suivi-contrôle-évaluation, communication, production d'outils, formation) sont inclus dans la politique mais ne sont pas actuellement financés par le programme Gratuité.

La politique de gratuité comprend des services clés au niveau communautaire, mais leur mise en œuvre n'a commencé qu'en 2019 et à une échelle limitée. En 2019, les demandes de remboursement liées à des services au niveau communautaire ont été évaluées à moins d'un dixième d'un pour cent du total des demandes. Les médicaments et consommables médicaux éligibles pour les services communautaires gratuits doivent comprendre :

- Des sels de réhydratation orale (SRO) + kit ZINC ;
- Des médicaments antipaludiques pour les enfants :
 - Artéméher + luméfantrine
 - Amodiaquine + artésunate

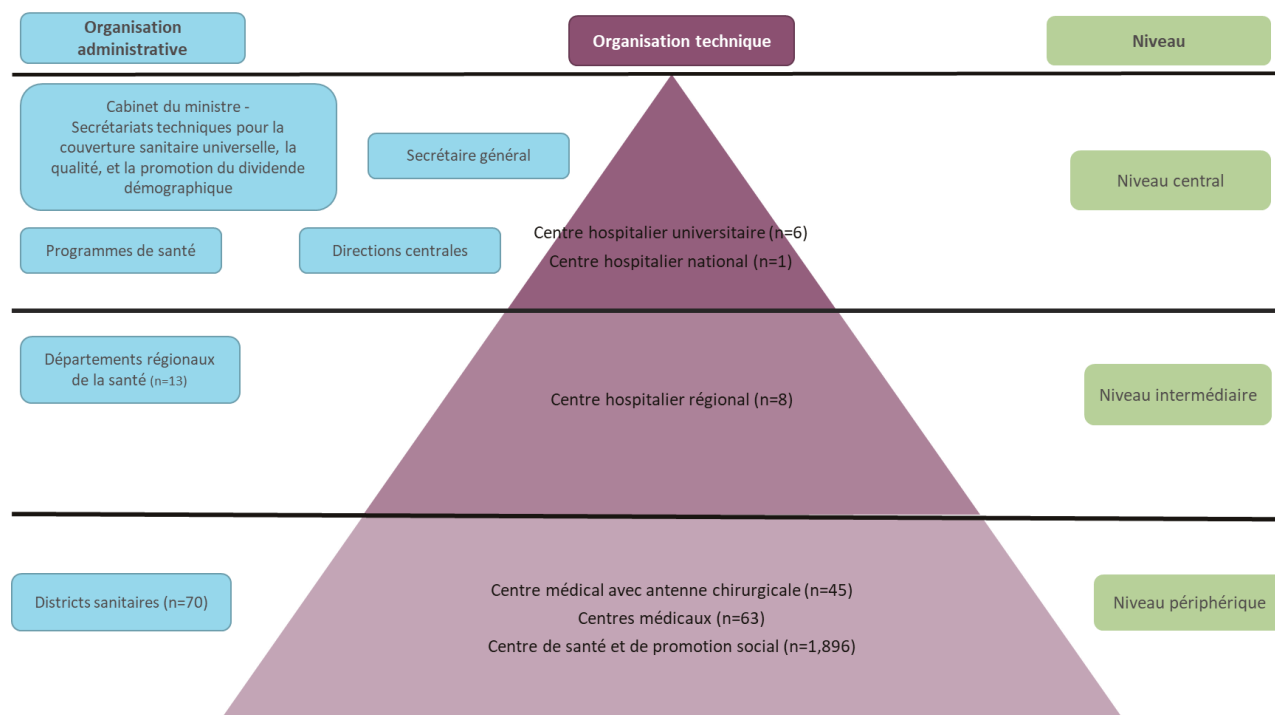
- Dihydroartémisinine + pipéraquline
- Suppositoires d'artésunate
- De l'amoxicilline en comprimés (dispersibles) pour enfants ;
- Du paracétamol 500 mg en comprimés sécables ;
- Des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme ;
- Des préservatifs masculins et féminins, pilules contraceptives, Sayana Press.

Le plan pour des services communautaires gratuits prévoit de motiver les agents de santé à base communautaire (ASBC) bénévoles en leur versant une allocation d'environ 40 dollars par mois sur le budget du programme Gratuité (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018b). Ce plan n'a pas encore été mis en œuvre, mais le fait de lier la rémunération des ASBC aux résultats obtenus est toujours au centre de l'élaboration des politiques au Burkina Faso, et un plan global a été publié fin 2019 (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2019).

Prestataires de services de soins de santé

La politique de gratuité est mise en œuvre dans tous les établissements de santé publics et dans un petit nombre d'établissements privés ayant signé un accord avec le Ministère de la Santé (voir Figure 7). La mise en œuvre du programme Gratuité est facultative pour les établissements de santé privés mais obligatoire pour tous les établissements de santé publics.

Figure 7 : Organisation administrative et technique du système de santé publique au Burkina Faso



Source: ThinkWell Strategic Purchasing for Primary Health Care 2020

Le système de santé du Burkina est organisé selon une pyramide à trois niveaux de gouvernance : l'administration centrale, sous l'autorité du cabinet du ministre, qui est chargée de définir les

politiques nationales ; le niveau intermédiaire composé de 13 régions dirigées par les administrations régionales de la santé, qui sont chargées de la supervision des opérations sur le terrain ; et le niveau périphérique ou opérationnel composé de 70 districts sanitaires, dirigés par des équipes de gestion sanitaire de district qui mettent en œuvre les programmes et assurent les prestations.

À l'échelon communautaire, les services de santé sont fournis par les ASBC, les organisations communautaires et les organisations de la société civile (OSC) impliquées dans le secteur de la santé. Le responsable de chaque établissement de santé (CSPS, CM et CMA) dresse une liste exhaustive des ASBC qui fournissent des services à l'échelon communautaire dans sa zone de compétence. Ce responsable supervise ces ASBC et assure leur approvisionnement en médicaments et en produits nécessaires. Seuls les ASBC des villages situés à cinq kilomètres au moins d'une structure de santé sont, en principe, habilités à fournir des services dans le cadre du programme Gratuité.

Structure de gestion, mouvement, suivi et contrôle des fonds

La structure de gestion de Gratuité est composée d'institutions et de personnel du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances ayant des rôles et des responsabilités spécifiques en matière de mouvement de fonds :

- Le ST-CSU supervise toutes les activités d'achat du programme Gratuité liées à la SMNE.
- La DAF s'occupe de l'administration et des opérations au sein du Ministère de la Santé.
- Le Trésor national gère toutes les activités financières et monétaires du gouvernement.
- La CAMEG est chargée de l'approvisionnement en médicaments et en produits de base.
- Des comptes bancaires spéciaux de Gratuité, distincts des comptes utilisés pour d'autres sources de financement, sont mis en place au niveau des districts et des hôpitaux.
- Les établissements de santé appliquent le programme Gratuité.

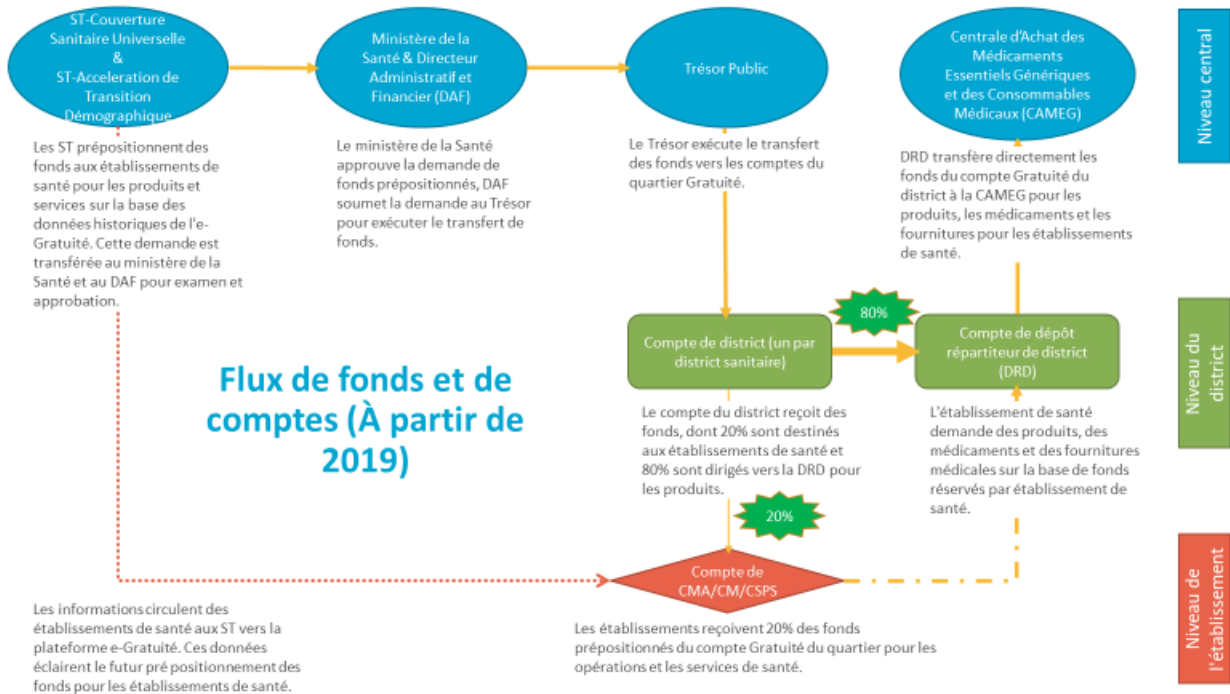
Mouvements de fonds

Les mouvements de fonds suivent un circuit prédéterminé dans lequel tous les acteurs énumérés ci-dessus jouent un rôle (voir Figure 8). Les fonds destinés aux services de soins de santé couverts par la politique de gratuité sont prépositionnés tous les trimestres sur des comptes Gratuité spéciaux des districts ou des hôpitaux pour couvrir les frais de services éligibles, le cas échéant. Les montants qui doivent être prépositionnés pour chaque établissement sont calculés par le ST-CSU à l'aide des données sur les prestations de services provenant des rapports des trimestres précédents. Ce calcul tient compte des soldes des transferts précédents, en ajoutant des fonds pour couvrir le déficit ou en soustrayant lorsqu'il reste de l'argent du versement précédent. Le résultat de cet exercice est enregistré sur la plateforme e-Gratuité et les établissements de santé sont informés de leur affectation.

Les informations sur l'allocation des fonds du programme Gratuité aux établissements sont transmises par le ST-CSU à la DAF après approbation du Ministère de la Santé. La DAF émet les ordres de virement correspondants au Trésor national, qui transfère ensuite les montants demandés sur les comptes Gratuité des districts ou des hôpitaux désignés. Les fonds Gratuité pour tous les établissements de santé périphériques (CMA, CM et CSPS) d'un district donné sont prépositionnés sur un compte commun Gratuité spécial pour le district. L'agent de la DAF du district transfère ensuite les fonds à chaque établissement de santé sur la base des rapports d'activité chiffrés, jusqu'à épuisement du montant total prépositionné de cet établissement. Si les fonds destinés aux établissements de santé périphériques transitent par les comptes des districts de la même manière que les virements des budgets détaillés (et contrairement à des systèmes

comme le PBF qui transfère les fonds directement aux établissements de santé), dans la pratique, les fonds du programme Gratuité sont réservés à des établissements particuliers et les districts ont donc peu de contrôle sur leur utilisation. Le circuit des fonds Gratuité pour les établissements de santé publics au niveau des districts est présenté dans la Figure 8 ci-dessous.

Figure 8 : Mécanisme de paiement pour les établissements de santé au niveau du district sanitaire



Source: ThinkWell Strategic Purchasing for Primary Health Care 2020

Pour les établissements de santé publics, 70 % à 80 % du montant prépositionné correspondent généralement au coût des médicaments et des consommables, et ces fonds sont directement virés à la CAMEG par le dépôt répartiteur de district¹¹ (DRD). Chaque établissement de santé du district reçoit du DRD un préavis l'informant du montant prépositionné pour leur consommation de médicaments et de consommables. Les 20 % à 30 % restants sont versés aux établissements afin de couvrir les frais de fonctionnement et autres frais de service : l'utilisation de ces fonds est régie par les règles de gestion des finances publiques. Les établissements de santé privés qui souscrivent à la politique de gratuité perçoivent le montant total calculé pour les médicaments, les consommables et le fonctionnement. Les fonds destinés aux établissements privés transitent par les comptes des districts, mais sans déduction pour la CAMEG. Les établissements privés sont libres d'acheter des médicaments chez le fournisseur de leur choix.

Circulation des rapports de décompte des coûts

¹¹ Entrepôt de district

La circulation des rapports de décompte des coûts liés aux activités dans le cadre de Gratuité suit une démarche en quatre étapes :

Étape 1. Élaboration de rapports mensuels d'activités dans le cadre du programme Gratuité

À la fin de chaque mois, les établissements de santé (CMA/CSPS/CM) préparent un rapport mensuel d'activités (RMA) chiffré¹² à l'aide des formulaires de rapport Gratuité. Ces rapports récapitulent tous les services, produits et consommables (par exemple, les « actes », les médicaments, les examens de laboratoire, le carburant) utilisés dans le cadre de la Gratuité au cours du mois, y compris le coût de chaque poste, et sont compilés avec les reçus et les pièces justificatives (voir l'**annexe D** pour la liste complète des formulaires de rapport). D'après les agents de santé interrogés sur le terrain, rassembler les reçus et les pièces justificatives pour remplir le formulaire peut prendre une journée pour les établissements bien organisés, voire quelques jours pour ceux qui le sont moins. Une RMA distincte est remplie pour les rapports de routine du système d'information de gestion de santé (SIGS) qui doivent être saisis dans le système d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) au niveau du district.

Étape 2. Transmission des RMA au district

Les RMA collectés auprès de tous les établissements de santé et hôpitaux du district sont adressés sous format papier à l'unité de SIGS du district chargée de les saisir dans la base de données e-Gratuité. Les rapports des établissements de santé doivent être soumis au plus tard le cinquième jour du mois suivant.

Étape 3. Données des RMA vérifiées et informatisées

Après avoir reçu le RMA, l'unité de SIGS s'assure qu'il est complet et saisit les données sur la plateforme e-Gratuité en ligne. Cette procédure de saisie des données se déroule au niveau du district uniquement pour les centres de santé. Les hôpitaux et les grands établissements disposant d'un équipement informatique fonctionnel peuvent accéder à la base de données pour la saisie des données directement depuis leur site. En cas de questions ou de données manquantes, l'unité de SIGS peut alerter les établissements de santé. Cette unité produit un rapport trimestriel qui sert de base au paiement. Le rapport trimestriel est signé par le responsable sanitaire du district et envoyé sous forme imprimée au ST-CSU, même si les données sont saisies sur la plateforme e-Gratuité ; les rapports signés sont juridiquement contraignants pour l'établissement et le district en cas de falsifications et d'actes répréhensibles identifiés lors du contrôle. Les districts n'envoient pas de copies aux établissements de santé ; ce qui est regrettable car les contrôles montrent que de nombreuses erreurs sont commises lors de la saisie des données au niveau des districts.

Étape 4. Estimations des paiements ST-CSU

Le ST-CSU vérifie l'exactitude des données des RMA saisies dans le système, procède à leur nettoyage et réclame les données manquantes afin que le dossier soit complet. Sur la base de ces évaluations et de l'orientation des rapports précédents, le ST-CSU calcule, chaque trimestre, les montants à prépositionner sur les comptes de Gratuité pour chaque district. De ce fait, les allocations témoignent des décomptes de coûts transmis (demandes de remboursement), mais si le budget dont dispose le ST-CSU est insuffisant, il est impossible d'honorer toutes les factures. En cas de budget insuffisant, le ST-CSU donne la priorité aux paiements aux hôpitaux (considérés comme fournissant des « services essentiels »). Les décisions relatives aux paiements aux établissements de niveau inférieur sont influencées par les performances passées ; les établissements peuvent être pénalisés pour de mauvais résultats lors des contrôles, par exemple. Les résultats qualitatifs suggèrent que ces informations ne sont pas toujours communiquées aux établissements

¹² Rapports mensuels d'activités

de santé ; la plupart du temps, le personnel de ces établissements ne comprend pas la raison de ces fonds, ni leur mode de calcul. Cela risque de nourrir des incertitudes au lieu d'une boucle de rétroaction vertueuse.

Plateforme d'information et de suivi (e-Gratuité)

Une plateforme électronique d'information et de suivi distincte, appelée e-Gratuité, a été mise au point pour la gestion de la Gratuité (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2020). Cette plateforme parallèle est construite à partir du DHIS-2, à l'instar du SIGS national. Outre les rapports d'activité mensuels et le *télégramme lettre officielle hebdomadaire*¹³ (TLOH) partagés avec le SIGS national, des outils spécifiques ont été conçus pour la collecte des données Gratuité au niveau des établissements et sont énumérés de **l'annexe D à l'annexe E**. Le circuit de notification, la périodicité et les délais de transmission de ces outils sont identiques à ceux du SIGS national, mais pour le reste, les systèmes sont distincts.

La plateforme e-Gratuité est accessible pour la saisie, le traitement et l'analyse des données par les responsables de l'information sanitaire de l'ensemble des régions, districts et hôpitaux. À l'échelon central, le traitement et l'analyse des données sont principalement effectués par le ST-CSU. Les données de la PF sont gérées par le Secrétaire Technique pour l'Accélération de la Transition Démographique¹⁴ (ST-ATD). Mais la plateforme est ouverte à tout responsable ou organisation partenaire disposant d'un compte d'accès.

À partir des rapports mensuels reçus des districts et des hôpitaux, le ST-CSU et le ST-ATD élaborent des rapports trimestriels et annuels sur la mise en œuvre de la Gratuité. Ces rapports sont envoyés à la DAF pour rendre compte des fonds déboursés et utilisés par le biais des comptes Gratuité des établissements et des districts.

Supervision et contrôle

La surveillance des activités du programme Gratuité est intégrée au système de surveillance de routine en chaîne du Ministère de la Santé, de l'échelon central jusqu'au niveau des régions et des districts. En collaboration avec le Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement, le Ministère de la Santé est censé effectuer des visites régulières sur le terrain, tant pour la surveillance que pour le contrôle des dépenses des établissements de santé, dans le but de :

- Observer et analyser la mise en œuvre des activités et l'utilisation des fonds alloués ;
- Identifier les établissements de santé en difficulté et proposer des actions correctives ;
- Fournir un soutien continu aux établissements de santé, en mettant l'accent sur ceux qui connaissent des difficultés.

Outre la surveillance de routine, le Ministère de la Santé applique des mesures spécifiques de contrôle aux activités Gratuité. Ces contrôles commencent par une analyse des services, des médicaments, des consommables et des coûts connexes en s'appuyant sur les données de la plateforme e-Gratuité. Cet examen mensuel permet au Ministère de la Santé de repérer les établissements de santé qui connaissent des problèmes potentiels et de sélectionner les établissements qui feront l'objet d'une enquête plus approfondie. Dans la première étape de cette analyse, le Ministère de la Santé détermine des moyennes pour le coût des services par type et par niveau d'établissement. Pour chaque type de service, les coûts des

¹³ Télégramme hebdomadaire officiel

¹⁴ Secrétariat Technique pour l'Accélération de la Transition Démographique

services indiqués par les établissements sont comparés aux moyennes calculées et les valeurs aberrantes sont identifiées. En principe, le Ministère de la Santé gère également un système de plaintes qui permet aux patients et aux autres membres de la communauté de recenser les établissements qui appellent des vérifications supplémentaires, mais ce système ne semble pas être fonctionnel.

Le Ministère de la Santé a passé des contrats avec des ONG qui effectuent des contrôles et des évaluations sur demande dans les 13 régions (voir Tableau 3). Les rôles et les responsabilités sont clairement définis, le Ministère de la Santé identifiant les établissements à visiter et les ONG effectuant le contrôle sur le terrain. Les ONG sont engagées par contrat pour visiter au moins un tiers de l'ensemble des établissements de leur région chaque année. Les visites de contrôle sur le terrain commencent par un examen des registres de soins de santé et des documents comptables afin de comparer les résultats in situ aux données d'e-Gratuité. Cet examen est suivi d'un entretien avec les agents de santé pour s'enquérir des écarts identifiés. Un échantillon de bénéficiaires extraits du registre sont ensuite interrogés dans la communauté pour vérifier qu'ils ont réellement bénéficié des services inscrits dans le registre et qu'ils n'ont pas payé de frais directs pour ces services ou produits. Cette occasion est ensuite mise à profit pour discuter de la façon dont les personnes interrogées perçoivent l'obligation de payer les produits ou les médicaments du programme Gratuité lorsque ceux-ci sont en rupture de stock. La visite de contrôle est complétée par une réunion de restitution, au cours de laquelle les conclusions sont discutées, et par des mesures de suivi convenues. Le ST-CSU tient également compte des données des visites de contrôle des ONG dans le calcul des paiements ultérieurs, mais le lien formel entre les conclusions des contrôles et les paiements – par exemple par l'application de sanctions en cas de mauvaise performance – n'est pas clair.

Tableau 3: List of NGOs and associations contracted for the control of Gratuité, and regions covered

ONG/Association	Etat	Régions socio sanitaires
Terre des Hommes (TdH)	ONG internationale	Boucle du Mouhoun, Plateau Central
Action Contre la Faim (ACF)	ONG internationale	Est, Centre-Est
Save the Children	ONG internationale	Centre-Nord, Cascades
Help	ONG internationale	Centre, Hauts-Bassins, Sahel
SOS Sahel International	ONG internationale	Nord
Association Vision Nouvelle	Association nationale	Centre-Ouest
Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME)	Association nationale	Centre-Sud
Association Songui Manégré/Aide au développement endogène (ASMADE)	ONG nationale	Sud-Ouest

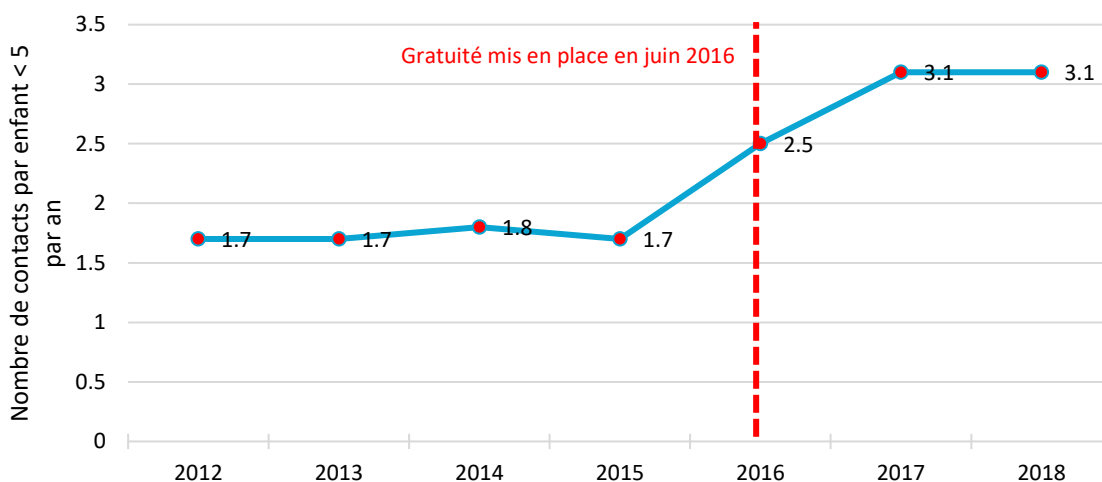
Source: Ministère de la santé du Burkina Faso and Ministère de l'économie des finances et du développement 2018

EXAMEN DES COUTS, DES MECANISMES DE PAIEMENT ET DES DETTES

Utilisation accrue des services et fonds insuffisants

Les données sur l'utilisation des services suggèrent que la politique de gratuité a permis d'accroître l'accès aux services de SMNE. Cela correspond aux résultats d'études menées dans plusieurs pays à faible revenu, qui montrent que la suppression des frais d'utilisation au point de service accroît généralement le recours aux services de soins de santé de la mère et de l'enfant (Bassani et al. 2013 ; Lagarde M 2011 ; Ridde et Morestin 2011). C'est également conforme aux études portant sur l'utilisation des services dans les zones pilotes de Gratuité avant un déploiement national (Zombré et al. 2019 ; Nguyen et al. 2018). Les Figures 9 et 10 ci-dessous montrent une augmentation du nombre de contacts par enfant de moins de 5 ans et de la part de femmes effectuant quatre consultations de soins prénatals après l'introduction de la politique de gratuité.¹⁵ Nous reconnaissons que cette simple analyse de tendance ne nous permet pas d'exclure d'éventuels facteurs confondants.

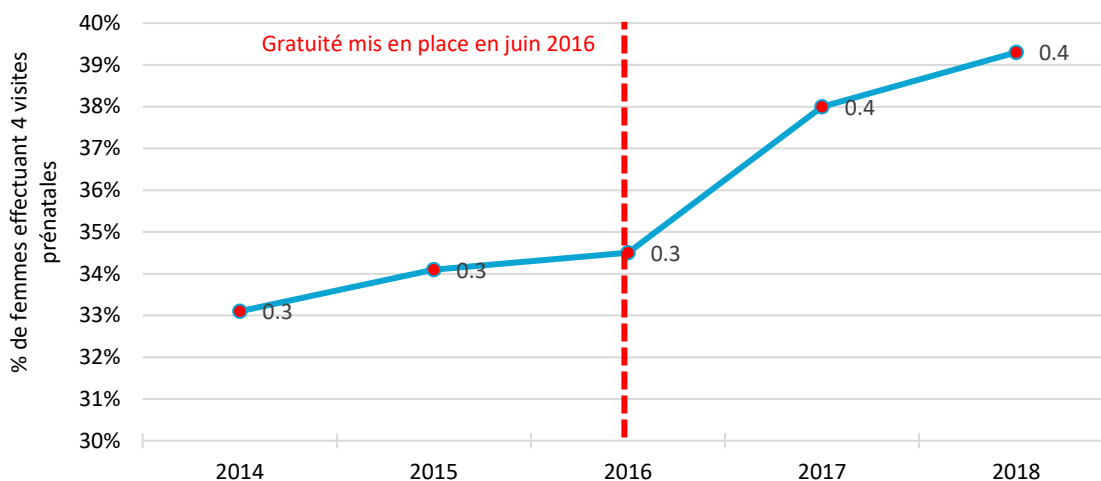
Figure 9 : L'utilisation des services de santé dans les établissements publics pour les enfants de moins de 5 ans, 2012-2018



Source: Ministère de la santé du Burkina Faso and Institut national de la statistique et de la démographie 2019

¹⁵ En 2019, la notification des données sur les services a été gravement affectée par l'action syndicale des travailleurs de la santé. Les données sur les services n'ont pas encore été officiellement publiées au moment de la rédaction de ce rapport, et bien que certaines présentations initiales de ces données suggèrent une baisse de l'utilisation, une analyse plus approfondie sera nécessaire pour tirer des conclusions définitives.

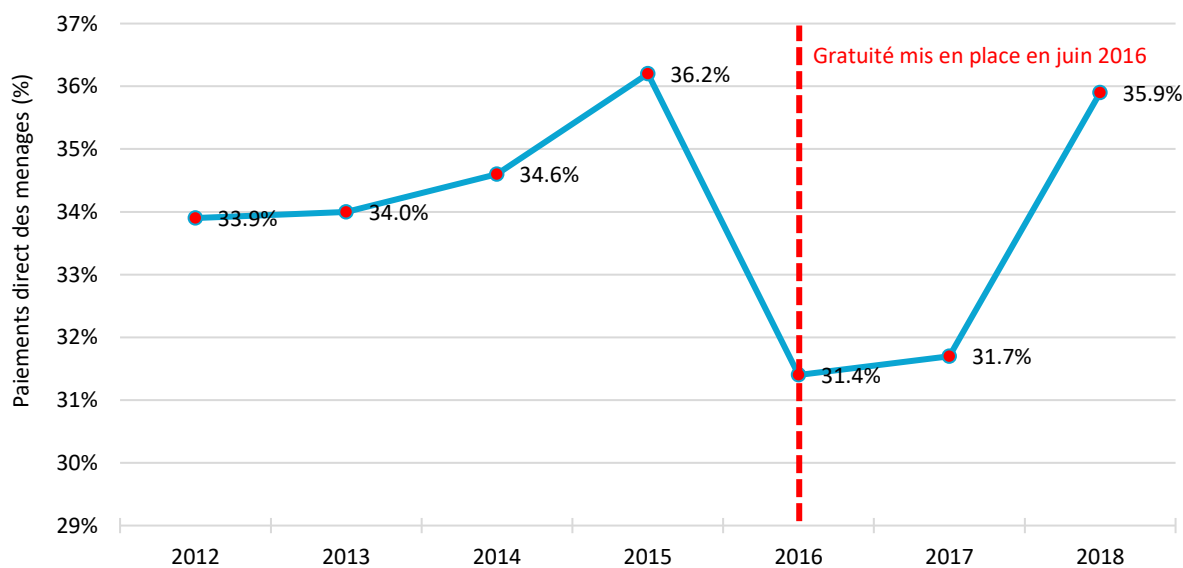
Figure 10 : La proportion de femmes effectuant quatre consultations prénatales, 2014-201



Source: Ministère de la santé du Burkina Faso and Institut national de la statistique et de la démographie 2019

La Figure 11 laisse entendre que l'introduction de la Gratuité en 2016 a initialement réduit les dépenses directes en pourcentage des DSC. Les dépenses de santé directes des ménages burkinabés, bien qu'elles restent importantes, sont passées de 36,2 % des DSC en 2015 à 31,7 % en 2017, après l'introduction de la Gratuité. Les dépenses directes ont ensuite augmenté pour atteindre près de 36 % des DCS en 2018. Une analyse plus approfondie sera nécessaire pour comprendre ce rebond, mais les données de 2018 pourraient traduire l'effet de l'insuffisance des paiements au titre de la Gratuité vers la fin de 2018, des dettes envers la CAMEG et des pénuries de médicaments. L'augmentation des dépenses directes pourrait également avoir été aggravée par des facteurs extérieurs au secteur de la santé, notamment l'insécurité croissante et les déplacements internes.

Figure 11 : Evolution des dépenses de santé des ménages, 2012-2018



Source: Ministère de la santé du Burkina Faso and Institut national de la statistique et de la démographie 2019

La Gratuité accompagne principalement les établissements de niveau périphérique et les sites ruraux. Les informations sur les bénéficiaires ne sont pas collectées dans le cadre du programme Gratuité, une analyse formelle de l'équité n'est donc pas possible sans recherches complémentaires. Toutefois, comme les données relatives aux demandes de remboursement sont spécifiques à chaque établissement, on peut constater que la majorité des factures proviennent d'établissements de santé périphériques (96 % des contacts dans les établissements CSPS ou CM) (Figure 13) et de zones rurales (76,5 % des contacts dans les zones rurales, en comparaison de 70 % de la population) (Figure 12) (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2020 ; Banque mondiale 2020). Cette répartition n'a guère changé entre 2017 et 2019.

Figure 12: Pourcentage de contacts bénéficiaires de Gratuité par lieu, 2017-2019

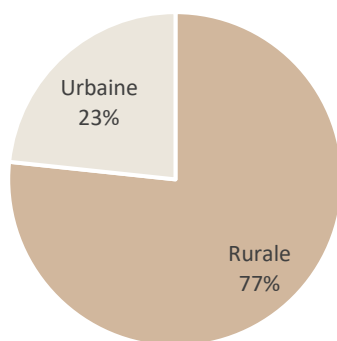
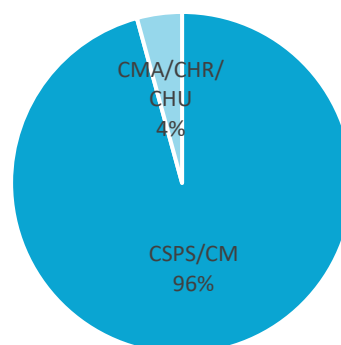


Figure 13: Pourcentage de contacts bénéficiaires de Gratuité entre les niveaux périphérique et hospitalier, 2017-2019



Source: Ministère de la santé du Burkina Faso 2020

La valeur des demandes de remboursement est répartie plus uniformément, comme on pouvait s'y attendre avec un coût par contact plus élevé dans les hôpitaux et les milieux urbains. 51,7 % des paiements au titre de la Gratuité en valeur vont aux zones rurales et 68,8 % aux établissements périphériques (voir les Figures 14 et 15) (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2020).

Figure 14: Proportions des frais de Gratuité par lieu, 2017-2019

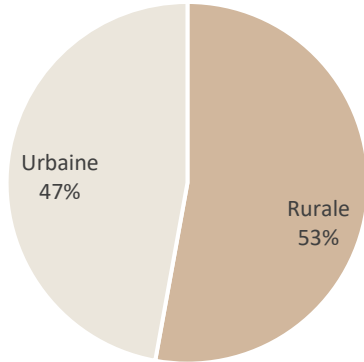
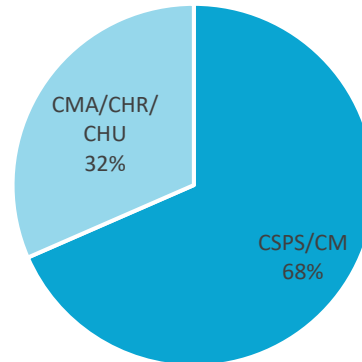


Figure 15: Proportions des coûts de Gratuité entre les niveaux périphérique et hospitalier, 2017-2019



Source: Ministère de la santé du Burkina Faso 2020

La politique de gratuité est financée par le budget public, qui prend en charge toutes les dépenses de santé directes des services couverts. Le Tableau 4 résume les demandes de remboursement annuelles présentées par les établissements pour les services couverts par la Gratuité. Les services destinés aux enfants de moins de 5 ans représentent la majeure partie des demandes et environ la moitié de la valeur totale des demandes. Le coût moyen de ces services est stable entre 2017 et 2019. Les autres coûts importants sont liés aux services destinés aux femmes enceintes, en particulier les soins prénatals et les accouchements. Les coûts des césariennes ont rapidement augmenté et représentent près de la moitié du coût total des accouchements normaux. Mais dans l'ensemble, les coûts associés aux demandes de remboursement de la Gratuité sont plutôt bien maîtrisés ;¹⁶ le montant moyen par demande pour l'ensemble des services a augmenté de 6,8 % entre 2017 et 2019 et le coût total de toutes les demandes a augmenté de 4,5 % entre 2017 et 2019.

¹⁶ Par rapport à l'inflation de l'indice des prix à la consommation, qui a été négligeable (0,3 % net) entre 2016 et 2019 <https://www.theglobaleconomy.com/Burkina-Faso/inflation/>.

Tableau 4 : Exemples de données sur les quantités et les coûts des services de santé couverts par Gratuité

	2016 (juin - décembre)			2017			2018			2019			2017 - 2019			% du coût total 2019
	# services (x1,000)	Réclamations (million CFA)	Coût moyen par	# services (x1,000)	Réclamations (million CFA)	Coût moyen par	# services (x1,000)	Réclamations (million CFA)	Coût moyen par	# services (x1,000)	Réclamations (million CFA)	Coût moyen par	# services (x1,000)	Réclamations (million CFA)	Coût moyen par	
Accouchement dystociques	75	914	12.2	138	1,720	12.5	142	1,975	13.9	146	1,923	13.2	5%	203	11.8%	6.4%
Accouchement eutociques	351	1,263	3.6	577	2,169	3.8	586	2,259	3.9	568	2,129	3.7	0%	(40)	-1.8%	7.1%
Césariennes	14	1,119	79.9	21	1,838	87.5	24	2,226	92.8	18	1,864	103.6	15%	26	1.4%	6.2%
Fistules obstétricales	0	3	7.5	0	3	15.0	1	7	8.1	0	4	12.7	-18%	1	26.7%	0.0%
Laparotomie pour grossesse extra-utérine	1	25	41.7	1	46	76.7	1	68	68.0	2	87	37.8	-103%	41	89.1%	0.3%
Laparotomie pour ruptures utérines	0	55	275.0	0	16	80.0	0	23	115.0	0	22	110.0	27%	6	37.5%	0.1%
Soins curatifs du post partum	165	288	1.7	424	451	1.1	350	527	1.5	319	451	1.4	25%	-	0.0%	1.5%
Soins d'urgences aux nouveaux nés	24	115	4.8	42	280	6.7	51	445	8.7	48	505	10.5	37%	225	80.4%	1.7%
Soins obstétricaux d'urgence	25	274	11.0	42	507	12.1	42	605	14.4	39	550	14.1	14%	43	8.5%	1.8%
Soins préventifs grossesse	2,568	3,391	1.3	4,836	6,708	1.4	5,062	7,596	1.5	4,747	7,517	1.6	12%	809	12.1%	24.9%
Soins chez les enfants de moins de 5 ans	7,068	9,039	1.3	10,815	15,088	1.4	11,692	16,090	1.4	10,557	15,036	1.4	2%	(52)	-0.3%	49.9%
Depistage et du traitement des lésions précancéreuses	8	12	1.5	23	33	1.4	32	56	1.8	34	70	2.1	30%	37	112.1%	0.2%
Toutes les réclamations	10,299	16,498	1.60	16,919	28,859	1.71	17,983	31,877	1.77	16,479	30,158	1.83	6.8%	1,299	4.5%	100.0%

Source: Ministère de la santé du Burkina Faso 2020

Au début de la mise en œuvre de la politique de gratuité en 2016, les fonds alloués par le gouvernement étaient suffisants pour couvrir les factures, mais les choses ont changé en 2018. À partir de la mi-2018, peut-être en raison d'une détérioration de la situation sécuritaire, le gouvernement a éprouvé de plus en plus de difficultés à allouer les montants demandés. Un déficit important est apparu au troisième trimestre 2018, puis aucun paiement n'a été effectué au quatrième trimestre (comme décrit dans le Tableau 5). Les districts ont demandé ou réclamé 32 milliards de francs CFA pour 2018, mais le gouvernement n'a pu verser que 16 milliards de francs CFA. Une partie de ces retards de paiement a été rattrapée aux deuxièmes et troisièmes trimestres de 2019, lorsque les paiements étaient supérieurs aux demandes de remboursement. Cependant, fin 2019, un déficit important a de nouveau été constaté ; sur un montant total de demandes de remboursement à hauteur de 32 milliards de francs CFA en 2019, seuls 26 milliards ont été payés.

Tableau 5 : Gratuité Pré-positionné vs montants facturés et écarts par trimestre au niveau national

Year	Trimestre	Fonds pré-positionné (CFA)	Montant facturé (CFA)	Fonds pré-positionné / Montant facturé
2016	Trimestre 2	3,854,268,853	2,910,340,204	132%
	Trimestre 3	6,853,542,789	6,872,854,824	100%
	Trimestre 4	6,176,217,124	6,261,495,309	99%
	Total	16,884,028,766	16,044,690,337	105%
2017	Trimestre 1	6,516,153,050	6,280,809,687	104%
	Trimestre 2	6,106,070,012	6,690,750,408	91%
	Trimestre 3	6,923,616,405	8,114,342,425	85%
	Trimestre 4	7,956,545,982	7,480,753,872	106%
	Total	27,502,385,450	28,566,656,392	96%
2018	Trimestre 1	7,838,585,843	7,083,096,117	111%

	Trimestre 2	5,714,838,596	7,079,584,821	81%
	Trimestre 3	5,850,000,000	8,817,250,543	66%
	Trimestre 4	-	8,987,176,357	-
	Total	19,403,424,439	31,967,107,839	61%
2019	Trimestre 1	8,000,000,000	7,866,469,904	102%
	Trimestre 2	7,984,589,363	6,520,057,693	122%
	Trimestre 3	8,000,000,000	6,187,318,377	129%
	Trimestre 4	1,700,000,000	7,030,507,377	24%
	Total	25,684,589,364	27,604,353,350	93%

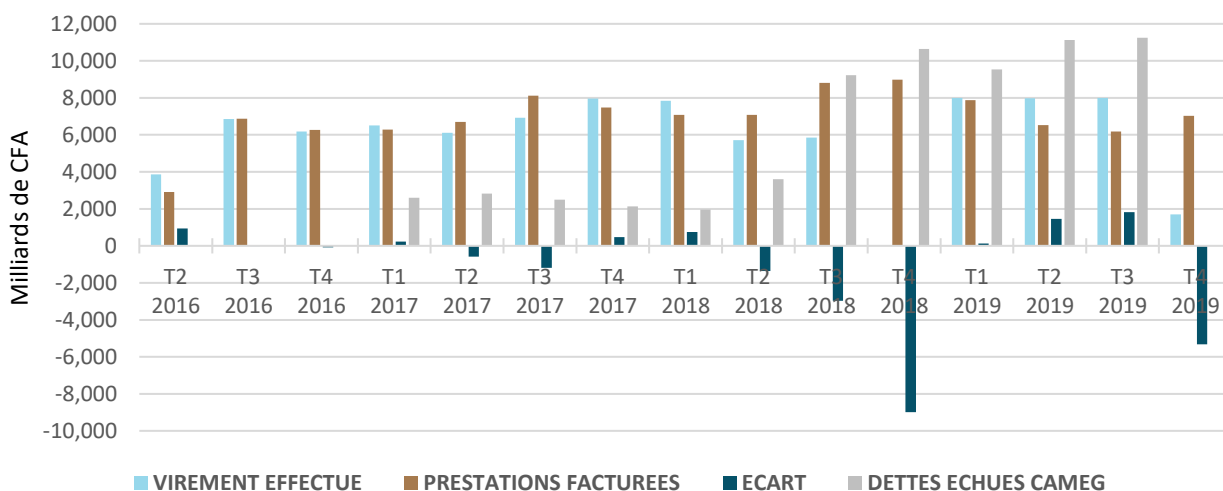
Source : Ministère de la santé du Burkina Faso 2020

Dettes envers la CAMEG

La CAMEG est la centrale d'achat de médicaments du Burkina Faso. La CAMEG est une association à but non lucratif dotée d'une personnalité juridique indépendante et d'une autonomie financière. Elle est responsable de la gestion des achats et des approvisionnements de médicaments et de produits médicaux. La CAMEG fournit des médicaments à crédit aux districts de santé publique et leur facture les coûts. L'encours de la dette envers la CAMEG limite sa capacité à se procurer efficacement des médicaments sur le marché international. La dette croissante envers la CAMEG est une préoccupation importante pour les parties prenantes nationales et les partenaires de développement, et les informateurs clés interrogés ont souvent associé cette dette au développement de la Gratuité.

La hausse de la dette des districts envers la CAMEG suit l'écart croissant entre les factures émises au titre de la Gratuité et les virements reçus. Durant les premières années de fonctionnement du programme Gratuité en 2016 et 2017, les virements couvraient presque toutes les factures, et les dettes de la CAMEG étaient très faibles, voire inexistantes. Mais à la mi-2018, l'écart entre les virements effectués et les factures réclamées s'est accru. Cet écart allait de pair avec une hausse des dettes envers la CAMEG, indiquée en jaune dans la Figure 16. Les dettes envers la CAMEG s'élevaient à moins de 2 milliards de francs CFA au premier trimestre 2018, et ce chiffre est passé à plus de 10 milliards à la fin de l'année.

Figure 16 : Evolution des factures émises et des paiements reçus ainsi que des dettes échues à la CAMEG de 2016 à 2019 au Burkina Faso



Source : Données ST-CSU du e-Gratuité

POINTS DE VUE DES PARTIES PRENANTES SUR LES MECANISMES DE PAIEMENT DE LA GRATUITE

Les enquêtes menées au niveau des établissements ont mis en évidence des irrégularités dans le paiement des décomptes de coûts de la Gratuité. Ces irrégularités vont des retards de paiement – parfois de plusieurs mois – aux écarts entre les factures soumises et les remboursements reçus. Dans tous les établissements de santé visités, l'analyse des données a montré que le montant des paiements reçus ne couvrait pas les dépenses déclarées.

« Les structures sanitaires vivent, et en plus de cela, vous travaillez et on n'est pas en mesure de vous rembourser ce que vous avez dépensé. C'est donc une situation à revoir. Il arrive même qu'on fasse cinq à sept mois sans recevoir un seul copeck, on nous dit de continuer avec la gratuité et on ne nous rembourse jamais intégralement, pendant que la CAMEG nous exige le paiement de nos factures. Comment peut-on payer ces factures si la gratuité même ne nous rembourse pas ? » (Code du répondant : RTP 06)

La grande majorité des personnes interrogées ont mentionné l'irrégularité des paiements aux établissements comme un problème majeur dans la mise en œuvre de la politique de gratuité. Au cours de la première année de mise en œuvre, les paiements étaient réguliers, mais cela n'a pas duré longtemps, comme l'a déclaré une personne interrogée :

« Au début, ils procédaient par pré-positionnement. Ils pouvaient disposer pour trois mois. A chaque moment l'argent des trois prochains mois était déjà disponible, mais cela n'a pas duré. » (Code du répondant : RTP02)

Une autre personne a ajouté :

« Le paiement n'est jamais régulier. Par exemple, depuis le mois de novembre (2019), il n'y a plus de paiement. Il y a environ six (06) à sept (07) mois maintenant que nous n'avons pas de paiement » (Code du répondant : RAK 01)

Le Tableau 6 ci-dessous illustre ces écarts pour six des huit établissements de santé figurant dans l'analyse détaillée des parties prenantes.¹⁷ Un tableau détaillé comprenant des chiffres et des pourcentages répartis par trimestre est fourni en [annexe F](#).

Tableau 6 : Situation globale des factures émises et des paiements reçus par formation sanitaire enquêtée de 2016 à 2019 (CFA)

Formation sanitaire	Factures émises	Paiements reçus	Ecart
CHR 1	1,385,057,110	1,206,948,215	-178,108,895
CHU 1	3,736,942,562	3,353,939,895	-383,002,667
CSPS 1	35,877,758	30,527,010	-5,350,748
CSPS 2	33,685,468	28,684,002	-5,001,466
CSPS 3	189,498,985	158,425,531	-31,073,454
CSPS 4	5,956,880	4,729,103	-1,227,777

Source : Ministère de la santé du Burkina Faso 2020; Kafando, Kiendrébéogo, and Tapsoba 2020

Outre les retards de plusieurs mois, le remboursement est imprévisible ce qui complique particulièrement la planification et la gestion des établissements de santé. Les irrégularités entraînent des perturbations majeures dans les opérations quotidiennes, comme l'a souligné un répondant :

« Imaginez un CSPS qui a un capital d'un million (1.000.000) de francs CFA et il prend cinq cent mille francs (500.000) mettre dans la gratuité. La gratuité prend du temps avant de payer. Le CSPS va utiliser l'autre moitié pour fonctionner en espérant être payé plus tard. Ils (CSPS) se débrouilleront pour fonctionner comme ça mais à un certain moment ils seront obligatoirement dans le rouge »
(Code du répondant : RTP 06)

Le système d'information de la Gratuité est perçu comme complexe, un certain nombre d'opérations comptables et d'outils de gestion nécessitant des fiches d'enregistrement, des factures et des bordereaux à des fins diverses. Le besoin de systèmes informatisés, et ce dès les établissements de santé, a été clairement exprimé. Par exemple, le prestataire de soins de santé pourrait bénéficier d'une tablette pour enregistrer toutes les informations et données relatives aux consultations et aux traitements des patients, en vue d'une utilisation ultérieure. L'un des répondants a déclaré :

« Il faut un système informatisé qui permettra d'inscrire tous les actes dispensés sur un malade, ainsi que les prescriptions. Vous imaginez quand un soignant prescrit 3 boîtes de bétadine pour le même malade pour la même journée... C'est le genre de chose qu'on doit pouvoir voir directement sur la plateforme et interpeler l'agent pour comprendre » (Code du répondant : CDC 02)

¹⁷ Les données cumulées sur les factures et les paiements des CMA étudiés n'ont pas été prises en compte dans cette analyse en raison de la mauvaise qualité ou de l'absence de données.

La CAMEG est tenue par la loi de fournir aux établissements de santé publique les médicaments et les produits de base, même en cas de dettes ou de retards de paiement. Cela n'a pas changé avec l'introduction de la Gratuité. Malheureusement, certains agents de district et des employés de la CAMEG ne connaissent pas ces lois ou sont réticents à les appliquer. Ils font couramment valoir que puisque le programme Gratuité vire de l'argent aux districts et aux établissements de santé, il appartient alors aux établissements de régler à la CAMEG les médicaments et les produits consommables commandés. Cela n'est pas toujours possible lorsque les établissements de santé pour une raison ou une autre, se trouvent à court de fonds.

« Pour bénéficier des MEG à crédit au niveau du district, il faut joindre le carnet de caisse qui prouve que vous n'avez plus d'argent et que vous n'êtes plus à mesure de faire des commandes. Il faut également suivre une longue procédure (4 avis à savoir le président du COGES, la mairie, le RAF, la pharmacienne), plus la décision du MCD. Cette longue procédure, fait que nous avons jusque-là évité de faire une demande de crédits en médicaments » (Code du répondant : RTP 01)

L'enquête en ligne de ThinkWell auprès des professionnels de santé du secteur public a révélé une compréhension limitée des modalités précises du mécanisme de la Gratuité (voir les résultats en annexe G). Seuls 44 % (106 sur 243) des personnes interrogées savaient que le mécanisme de paiement consistait en un pré positionnement des fonds sur le compte spécial Gratuité et 12 % (31 sur 243) n'avaient aucune idée de ce qu'est le mécanisme de remboursement. Bien que les établissements soient informés du montant des fonds Gratuité mis à leur disposition sur le compte du district, rien n'explique comment ce montant est calculé, ni même quelle période il couvre. De nombreuses personnes interrogées associaient effectivement la Gratuité à la rupture des stocks de médicaments, mais de la même manière le mode de paiement actuel n'était pas perçu comme la principale cause des difficultés rencontrées par les établissements de santé. En conséquence, les personnes interrogées n'étaient pas favorables à des changements en profondeur. Elles ont plutôt exigé que les paiements soient effectués plus régulièrement et intégralement, comme en témoigne la déclaration suivante d'une personne interrogée :

« En tout cas si vous pouvez être notre porte-voix, demandez à l'État de nous rembourser à hauteur de ce que nous avons déclaré sous validation des contrôleurs, et surtout à temps. [...] Du moment où il y a un contrôle qui est là pour valider ce que nous déclarons, en principe il ne devrait plus y avoir de problème. [...] Sinon ça joue beaucoup sur les indicateurs de santé. Quand il n'y a pas de médicaments c'est compliqué pour les formations sanitaires de toujours devoir donner des explications aux patients et aussi pour les patients qui sont obligé de faire de plus longues distances pour se rendre dans des CSPS susceptibles de leur donner des soins adéquats » (Code du répondant : RTP 01).

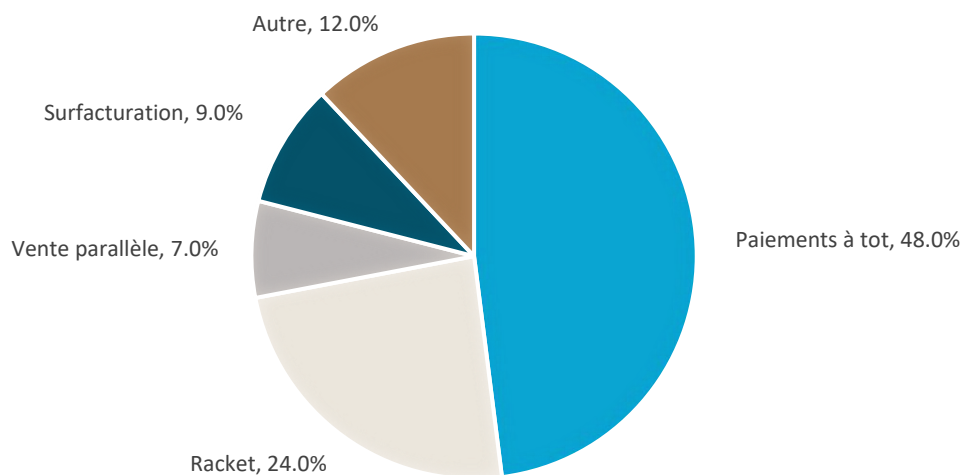
À tous les niveaux, la plupart des parties prenantes interrogées dans le cadre de cette enquête ont perçu des synergies positives entre la Gratuité et le FBR ; plusieurs ont expliqué que la première tend à accroître le recours à des services, tandis que le second indemnise les travailleurs de la santé pour l'augmentation de la charge de travail et incite à l'amélioration de la qualité des services. Le programme du FBR a été introduit au Burkina en 2011 à titre de réforme majeure du système de santé afin d'aider à améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé. Il s'est concentré sur la SMNE tout en intégrant des éléments relatifs à la nutrition et à la surveillance des maladies. En 2016, lorsque le Gouvernement du Burkina Faso a adopté la politique de gratuité, les deux programmes n'ont pas été intégrés, représentant peut-être une

occasion manquée. Les deux programmes ont fonctionné en parallèle jusqu'en 2018, avec des mécanismes de gestion et d'information séparés. Bien que le programme du FBR ait officiellement cessé avant les entretiens, les personnes interrogées ont néanmoins signalé que les systèmes parallèles avaient entraîné une charge de travail accrue pour les travailleurs de la santé dans les établissements mettant en œuvre les deux programmes.

« Une des raisons peut être l'absence de contrôle régulier dans les CSPS. Avant le contrôle était financé par le PADS où les gestionnaires et la pharmacie sortaient dans les CSPS pour contrôler les médicaments et la situation de leur trésorerie. Mais maintenant que ces contrôles ne sont plus financés et donc non effectués, on se rend compte qu'un travail n'est pas fait [...]..... Certaines formations ont souvent de l'argent dans leur compte, mais peut-être que c'est dû à un problème de planification. C'est aussi un point très important parce que si ce n'est pas bien planifié vous allez toujours être en rupture. » (Code du répondant : RTP03)

Lors des contrôles effectués par Terre des Hommes en 2017 dans 530 établissements de santé, 13 % des patients interrogés ont signalé des irrégularités dans la mise en œuvre du programme Gratuité. Les irrégularités les plus courantes consistaient en paiements injustifiés (paiement direct par les bénéficiaires pour des services supposés être gratuits) et en extorsions (surfacturation, vente parallèle de médicaments, vol ou détournement de médicaments du programme Gratuité). Les contrôles ont également mis au jour d'autres irrégularités, telles que des patients fictifs, le non-respect des prix des médicaments et des « actes » médicaux, ainsi que des divergences entre les données transmises au niveau supérieur et celles constatées par les contrôleurs (Nebie. et al. 2017). La ventilation des irrégularités et des dysfonctionnements signalés lors de ces contrôles est présentée à la Figure 17.

Figure 17 : Répartition des irrégularités pour les résultats de contrôle des ONG



Source: Dabire et al. 2017; Nebie. and Guissou 2017; Nebie. et al. 2017; Secrétariat Technique pour la Couverture Maladie Universelle 2020

Lorsque les contrôles font état d'une surfacturation, le montant est soustrait du paiement ultérieur versé aux établissements de santé concernés. Les résultats des contrôles sont partagés lors de réunions de

restitution organisées dans les établissements de santé. De plus, une liste des établissements de santé ayant subi des réductions de paiement est communiquée à l'équipe de gestion sanitaire du district. Toutefois, les paiements indus persistent parfois malgré les contrôles effectués par les ONG et les associations sous-traitantes. Cette situation peut résulter d'un certain nombre de facteurs, mais on peut raisonnablement affirmer que l'impact des sanctions pourrait être mis à mal par une compréhension limitée du programme Gratuité et par l'incertitude liée aux paiements.

La politique de gratuité vise à réduire les obstacles financiers qui limitent l'accès aux soins, avec à la clé une augmentation de l'utilisation et, par conséquent, une amélioration des résultats en termes de santé. Dans les sections suivantes, nous nous appuyons sur ce cadre pour discuter des forces et des faiblesses de la Gratuité, examiner les opportunités potentielles et enfin pour suggérer des recommandations destinées à renforcer la politique.

L'IMPACT/LES RETOMBÉES DE LA GRATUITÉ

La Gratuité a-t-elle permis de réduire les obstacles financiers ?

Peu de personnes déclarent payer directement pour des services couverts par la politique de gratuité.

ThinkWell a constaté que 13 % des patients signalaient des irrégularités, tandis que seulement 10 % environ (63 sur 652) des personnes interrogées par les ONG lors des contrôles dans la région du Centre-Ouest avaient payé directement des médicaments et des produits pris en compte dans le forfait Gratuité (Nebie. et al. 2017). Dans une étude plus formelle sur le programme Gratuité, peu après son lancement en 2016, Meda et ses coauteurs ont constaté qu'environ 30 % des femmes payaient directement les services de maternité, en particulier (2019). Bien qu'elles soient loin d'être parfaites, ces données se comparent avantageusement aux autres initiatives déployées pour supprimer les frais d'utilisation dans la région (Kruk et al. 2008). Il convient toutefois de noter que l'incidence potentielle des insuffisances de paiement de Gratuité à partir de la fin 2018 sur ces irrégularités n'a pas encore été évaluée.

La politique de gratuité peut ne pas répondre aux attentes des usagers en termes de produits ou de prestations censés être gratuits. Dans une étude qualitative d'évaluation du projet pilote de planification familiale gratuite (Koulidiati et al. 2020), ThinkWell a constaté que le paiement des produits consommables non disponibles ou en rupture de stock était considéré comme une pratique courante à la fois par les prestataires et les patients. Souvent, il est conseillé au patient d'acheter ce dont il a besoin chez un vendeur de médicaments local. Comme ces types de paiement ne sont pas forcément frauduleux, ils ne sont pas considérés comme inappropriés, et il est possible que l'ampleur de cette pratique soit sous-estimée dans le cadre des vérifications effectuées par les ONG. Cette question est examinée plus en détail par Meda et ses coauteurs (2019), qui suggèrent que la persistance des paiements directs dans le contexte de la Gratuité pourrait s'expliquer par l'indisponibilité des médicaments dans les établissements de santé, la vente parallèle de médicaments et le paiement de services censés être gratuits. En outre, les femmes qui sollicitent des services se heurtent encore à des obstacles financiers sous la forme de coûts indirects tels que les frais de transport, ainsi que de coûts d'opportunité. La suppression des paiements directs pour une gamme restreinte de services ne constitue qu'une solution partielle aux obstacles financiers (Kruk et al. 2008).

La Gratuité semble également avoir réduit le total des paiements directs. Les données du Ministère de la Santé montrent que les paiements directs pour les services de soins de santé au Burkina Faso, bien que toujours significatifs, sont passés de 36,2 % des DSC à 31,7 % entre 2015 et 2017 (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018a). Des études supplémentaires seraient nécessaires pour attribuer avec certitude cette réduction à la Gratuité, mais ces données sont encourageantes. Cependant, les dépenses directes ont rebondi à 35,9 % en 2018. Cette situation pourrait être liée à l'insuffisance des paiements au titre de la

Gratuité aux établissements et aux dettes envers la CAMEG, mais là encore, une analyse plus approfondie est nécessaire pour mieux comprendre le phénomène.

La suppression des obstacles financiers a-t-elle permis d'accroître le recours aux services de santé ?

L'utilisation des principaux services de SMNE a connu une augmentation impressionnante grâce à la Gratuité. Les consultations déclarées pour les enfants de moins de 5 ans ont presque doublé entre 2015 et 2018. La proportion de femmes effectuant les quatre consultations de soins prénatals reste faible, mais la Gratuité est associée à une augmentation de 34,1 % en 2015 à 39,3 % en 2019. Les accouchements en établissement sont en hausse et ont atteint près de 85 % des naissances en 2017. L'incidence de la Gratuité sur ces derniers n'est pas évidente ; les données annuelles de l'Annuaire Statistique montrent une progression continue, mais pas d'évolution fulgurante. Des études menées ailleurs en Afrique de l'Ouest montrent que les interventions visant à réduire les obstacles financiers se sont souvent avérées efficaces pour accroître l'utilisation des services de soins de santé (Witter et al. 2016 ; Nguyen et al. 2018), de sorte que ces résultats auraient pu être anticipés, tout en restant impressionnants et importants.

En supprimant les frais d'utilisation, on pourrait s'attendre à ce que la Gratuité favorise l'équité en matière d'accès aux services de santé. La localisation géographique et le type des établissements d'où proviennent les demandes de remboursement laissent penser qu'il pourrait en être ainsi ; plus de 90 % des contacts ont lieu dans des établissements périphériques de niveau inférieur, et principalement dans les zones rurales (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2020). C'est encourageant ; cela suggère que les personnes pauvres pourraient bénéficier du programme. Toutefois, le programme Gratuité ne recueille pas d'informations sur les bénéficiaires et, sans études supplémentaires, il n'est pas possible de déterminer de manière définitive si elle atteint les plus pauvres, ni comment l'équité pourrait être améliorée.

L'utilisation accrue des services a-t-elle entraîné une amélioration des résultats en matière de santé ?

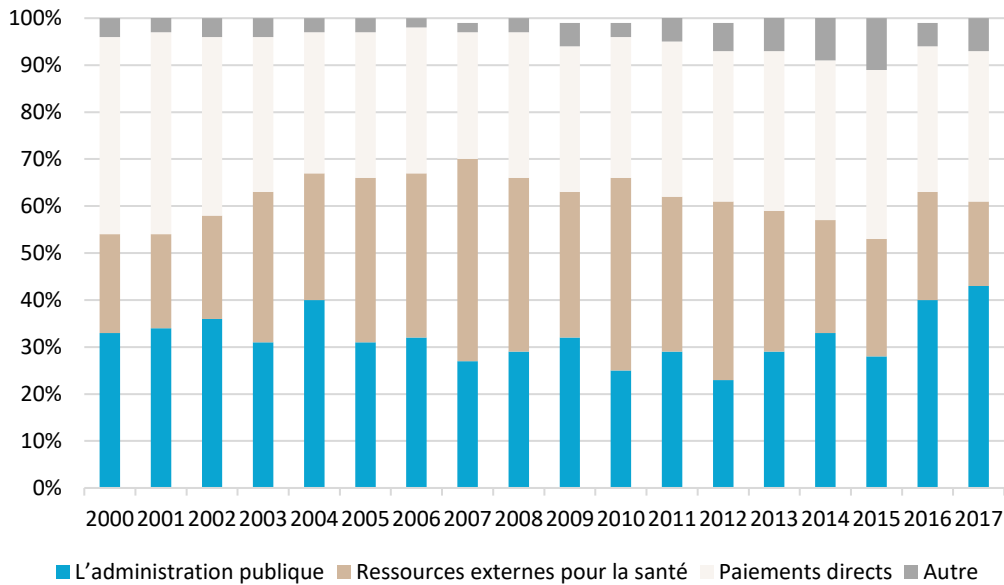
Aucune enquête représentative au niveau national n'a encore été publiée qui permettrait de mesurer l'évolution des résultats en matière de santé depuis l'introduction de la Gratuité. Le Burkina Faso a été confronté à de nombreuses difficultés au cours des quatre dernières années, et il semble probable que toute incidence positive de la Gratuité sur les résultats serait noyée dans ces problèmes plus vastes. La Gratuité a été mise en œuvre dans un contexte de défis sécuritaires croissants et d'importants conflits du travail. En effet, la situation sécuritaire s'est détériorée ; le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés décrit le Burkina Faso comme « connaissant une crise humanitaire complexe et sans précédent ... qui a entraîné d'importants déplacements internes » (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés 2019) et les données actuelles recensent plus d'un million de personnes déplacées à l'intérieur du pays (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés 2020). Par ailleurs, les revendications syndicales ont entravé le fonctionnement des services de santé : « pendant près de huit mois, d'avril à novembre [2019], les grèves souvent non accompagnées d'un service minimum ont fait place au boycott des gardes et des bureaux ainsi qu'au refus de fournir des rapports statistiques ou d'effectuer des visites et des missions sur le terrain ». (Bonkougou 2020).

DEFIS, OPPORTUNITES ET AVENIR DE LA GRATUITE

Le Gouvernement du Burkina Faso donne la priorité aux soins de santé primaires, mais la marge de manœuvre budgétaire est limitée. Au regard des normes régionales, le gouvernement affecte une part impressionnante de son budget aux services de santé en général avec en moyenne 12 % des dépenses publiques totales entre 2012 et 2015 (Barroy, Andre, et Nitiema 2018). La Figure 18 montre que de façon particulière, le Burkina Faso alloue 83 % aux soins primaires, contre une moyenne régionale de 65 % (Organisation mondiale de la Santé 2020a). Mais les dépenses publiques de santé ne s'élèvent qu'à environ 320 millions de dollars (Banque mondiale 2020), soit environ 16 dollars par personne et par an. Les

demandes de remboursement liées au programme Gratuité en 2017 et 2018 s'élevaient à environ 50 millions de dollars par an, soit environ 15 % des dépenses publiques totales de santé.

Figure 18 : Les sources de financement de la santé au Burkina Faso



Source: World Health Organization 2020b

Les menaces transnationales croissantes qui pèsent sur la sécurité ont imposé une importante réorientation des priorités gouvernementales à partir du début de 2018. Cette situation s'est conclue par la dissolution du gouvernement à la suite de la démission du Premier ministre Paul Kaba Thiéba et de tous les membres de son gouvernement, y compris le Ministre de la Santé, en janvier 2019 ("Burkina Faso: Prime Minister and Cabinet Resign from Office" n.d.). Il semble probable que cette réorientation en matière de dépenses de sécurité ait été associée à une réduction des fonds publics disponibles pour la santé. Le processus de hiérarchisation des dépenses au sein du Ministère de la Santé n'est pas clair ; la Gratuité est une priorité présidentielle, mais le ministère aurait dû se plier à des compromis difficiles.

Le Ministère de la Santé n'a pas été en mesure de mettre à disposition des fonds suffisants afin que le programme Gratuité puisse couvrir les demandes de remboursement en 2018 et 2019, ce qui a probablement entraîné une augmentation des dettes envers la CAMEG. Il s'avère qu'il existe des écarts importants entre les demandes de remboursement soumises au gouvernement et les paiements reçus, notamment vers la fin des exercices 2018 et 2019. Les dettes envers la CAMEG suivent un schéma similaire, augmentant rapidement lorsque les paiements au titre du programme Gratuité sont insuffisants.

Les perceptions de paiements tardifs ou insuffisants suscitent l'insatisfaction des prestataires de services à l'égard de la politique de gratuité. Les entretiens qualitatifs ont révélé peu de compréhension du mécanisme de Gratuité sur le terrain, mais un sentiment constant que le paiement était devenu moins fiable au fil du temps, et que cela avait réduit l'autonomie, la flexibilité des établissements de santé et, finalement, leur capacité à fournir des services de qualité. Tous les établissements ont signalé des insuffisances de paiement et les personnes interrogées n'avaient pas été informées de la raison pour laquelle le paiement intégral n'avait pas été versé.

Recommandation n° 1. Assurer une allocation budgétaire adéquate

La gratuité des services de SMNE essentiels constitue un pas important dans la démarche du Burkina Faso vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Le programme de gratuité est une approche pragmatique qui a démontré son efficacité. Bon nombre des difficultés rencontrées résultent plus d'un financement inadéquat et incertain que de la conception du programme. Changer la structure du programme, notamment en y ajoutant en complexité, pourrait exacerber le problème plutôt que de le résoudre. Un renforcement supplémentaire du système ne sera pas possible sans un financement suffisant.

Les informateurs clés estiment qu'il est peu probable qu'il soit mis fin au programme Gratuité, qui est populaire d'un point de vue politique, mais il semble probable que, privé de fonds, il n'existe qu'en apparence. Les programmes de soins de santé gratuits sous-financés retrouvent un équilibre en conjuguant le rationnement implicite des services et les paiements informels (Chuma et al. 2009). Compte tenu des préoccupations exprimées par les parties prenantes au niveau national concernant les dettes envers la CAMEG, il est également possible que le gouvernement réoriente une part importante du financement des services gratuits directement vers la CAMEG au lieu de le lier à la performance dans le cadre de la Gratuité.

Pour préserver et profiter de l'incidence positive de la Gratuité, il faudra soit trouver des fonds supplémentaires, soit réduire les coûts, ou les deux. Ces options sont examinées dans les sections suivantes.

Quelles sont les options possibles afin de générer des fonds supplémentaires en faveur de la Gratuité ?

La Gratuité est financée par les recettes générales du gouvernement. La Gratuité est budgétisée comme une activité spécifique dans le cadre de l'approche de budgétisation par programme du Burkina Faso ; depuis 2017, elle est définie comme l'activité « assurant la mise en œuvre de la stratégie Gratuité des soins de santé » dans l'action « promotion des mécanismes de partage des risques sanitaires » du programme d'accès. La solution la plus simple au défi du financement de la Gratuité consistera à augmenter l'allocation de cette ligne budgétaire, et à en assurer l'exécution, mais bien sûr, le gouvernement doit composer avec des priorités concurrentes. D'autres options complémentaires devraient-elles être explorées ?

L'augmentation des recettes fiscales en faveur du programme Gratuité n'entre pas dans le cadre de cette revue, mais l'expérience régionale pourrait fournir des options utiles. Des taxes sur la santé, affectées à un poste précis, pourraient susciter un soutien populaire en faveur de la Gratuité. Le Ghana voisin a expérimenté un prélèvement de TVA pour son régime national d'assurance maladie, et il pourrait être utile de réfléchir à des exemples puisés dans les pratiques internationales de taxes réservées efficaces pour des programmes de santé spécifiques (Doetinchem 2010). Les parties prenantes au Burkina ont laissé entendre

que le co-paiement sera un élément important d'un système d'assurance maladie (Yameogo, Kagonesalou et Sorgho 2019). Aucune discussion spécifique n'a évoqué l'idée d'une petite taxe fixe de consultation au Burkina Faso, mais l'exemple du programme « 30 Baht » en Thaïlande pourrait être pertinent (Tangcharoensathien et al. 2018).

L'assurance maladie (par l'intermédiaire de la CNAMU) a été proposée comme alternative à la Gratuité, qui permettrait au gouvernement du Burkina Faso de lever des fonds supplémentaires pour la santé, tout en continuant à verser aux établissements des paiements en fonction des résultats. Cependant, peu d'éléments indiquent que l'assurance maladie financée par des levées sur les salaires soit un mécanisme efficace pour collecter des fonds supplémentaires en faveur de la santé dans les économies qui dépendent fortement des travailleurs du secteur informel (Kutzin, Yip, and Cashin 2016). En effet, certaines publications récentes mettent en garde contre cette approche (Yazbeck et al. 2020). L'assurance maladie est également une option plus complexe du point de vue administratif, et si l'accès aux services nécessite une preuve d'adhésion, il existe des risques importants en matière d'équité. Il convient d'y réfléchir avec attention. Néanmoins, la gestion de la Gratuité par la CNAMU pourrait constituer une étape intermédiaire utile vers un modèle national d'assurance maladie. La séparation des fonctions administratives de la Gratuité et du rôle de gouvernance du Ministère de la Santé pourrait améliorer l'efficacité, tout en conférant à la CNAMU l'expérience précieuse de la gestion de programmes d'achat de gros volumes sans la complexité d'un mécanisme contributif.¹⁸

Quelles sont les options disponibles pour contrôler ou réduire le coût du programme Gratuité, et quels sont les risques associés à ces options ?

Les demandes de remboursement au titre du programme Gratuité augmentent d'année en année, mais sans exagération, et ce n'est pas la cause des insuffisances de paiement. Les mécanismes de paiement des prestataires de services à l'acte peuvent stimuler l'inflation de la demande en réduisant les incitations à contrôler les coûts (Langenbrunner, O'Duagherty et Cashin 2009). Dans le cas de la gratuité, le coût moyen par demande pour l'ensemble des services a augmenté de 6,8 % entre 2017 et 2019 ; cette tendance est certainement à surveiller, bien qu'il n'y ait pas de quoi de s'alarmer. Le montant de cette augmentation est évalué à environ 3 milliards de francs CFA entre 2017 et 2018, soit moins d'un tiers de l'écart entre les demandes de remboursement et les paiements en 2018. Le coût total de l'ensemble des demandes a augmenté de 10,5 % entre 2017 et 2018, résultat d'une combinaison de l'augmentation du coût par demande et de l'augmentation du nombre de demandes. Le montant total des demandes a diminué en 2019 en raison d'une réduction du nombre de demandes, probablement en lien avec des actions syndicales des travailleurs de la santé. La comparaison entre les coûts moyens associés aux demandes par district sanitaire et par établissement de santé fait partie de la surveillance de routine et permet d'identifier les établissements à considérer en priorité dans le cadre des visites de vérification et de validation.

Les demandes de remboursement au titre du programme Gratuité sont essentiellement dominées par le coût des soins aux enfants de moins de 5 ans (49,5 % du total des demandes en 2019). En comparaison, les coûts des soins prénatals représentent 24,9 % du total, et l'ensemble des accouchements 19,6 %. Baser l'ensemble des services de santé de l'enfant inclus dans la Gratuité sur les protocoles de la PCIME semble judicieux, mais une analyse plus détaillée des demandes pourrait être utile pour déterminer s'il existe des facteurs de coût particuliers au sein de cet ensemble qui mériteraient d'être examinés. La croissance des coûts des césariennes est également à noter, car ils représentent déjà un tiers des coûts de maternité et pourraient augmenter rapidement. Parvenir à un équilibre entre la protection des femmes contre les coûts

¹⁸ ThinkWell a procédé à une analyse des parties prenantes étudiant les opinions sur le passage de la Gratuité à la CNAMU et prévoit d'en publier les résultats dans les prochaines semaines.

catastrophiques des césariennes d'urgence tout en veillant à ce que les césariennes non nécessaires ne drainent pas les maigres ressources publiques est un défi auquel sont confrontés les acheteurs (Sombie et al. 2017 ; Leone et al. 2016). Dans l'ensemble, cependant, la Gratuité est conçue sur la base d'interventions dont le rapport coût-efficacité a été prouvé (Ridde et Yaméogo 2018), et il semble que la marge de manœuvre pour réduire l'ensemble des interventions de la Gratuité en vue de la maîtrise des coûts soit limitée.

Au Burkina Faso, la Gratuité est un droit qui met des services gratuits à la disposition de toute personne qui en a besoin. Réserver les subventions aux personnes les plus nécessiteuses est clairement un moyen de maîtriser les coûts. Cependant, ce ciblage peut être politiquement et administrativement complexe et risque d'exclure ceux qu'il est censé atteindre ; les exemples régionaux ne sont pas encourageants à cet égard (Dake 2018). Au Burkina Faso, où près de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et où l'insécurité s'est accrue, le ciblage peut sembler théoriquement attrayant, mais il est peu probable qu'il constitue une option pratique à court terme. Les efforts à long terme visant à recenser et à tenir un registre des pauvres, financés par la Banque mondiale et d'autres organismes dans le cadre du projet de filet de sécurité sociale (Independent Evaluation Group 2011) pourraient être un moyen prometteur d'approche intégrée du ciblage.

Recommandation n° 2. Envisager de simplifier les mécanismes de paiement

La mise en œuvre de paiements fondés sur les forfaits (ou paiements par cas) dans le cadre de la Gratuité pourrait simplifier les systèmes, réduire la charge administrative et maîtriser l'inflation des demandes de remboursement. Bien qu'il soit peu probable que cela réduise les coûts totaux à court terme, cela devrait être soigneusement examiné. Cependant, les paiements par cas risquent de nuire à la qualité des services et ne devraient donc pas être mis en œuvre à moins que des liens efficaces entre paiement et qualité ne soient en place.

Les paiements fondés sur les forfaits, basés sur un coût standard par cas, pourraient être une solution pour maîtriser l'inflation des coûts associés aux demandes de remboursement. La mise en œuvre de paiements fondés sur les forfaits dans le cadre de la Gratuité pourrait simplifier les systèmes et réduire la charge administrative, tout en permettant de maîtriser l'inflation des demandes de remboursement. Le Burkina Faso a approuvé les plans visant à passer aux paiements fondés sur les forfaits ou paiements par cas en 2018, mais ne les a pas encore mis en œuvre (Ministère de la Santé du Burkina Faso, Ministère de la Fonction publique du travail et de la Protection sociale, et Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement 2017). Une fois mis en œuvre, les coûts des cas seraient calculés à partir des coûts moyens déclarés par service à partir des données de l'e-Gratuité, ce qui semble pragmatique et raisonnable (Ministère de la Santé du Burkina Faso, Ministère de la Fonction publique du travail et de la Protection sociale, et Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement 2017). Bien qu'il soit peu probable que la mise en œuvre des paiements fondés sur les forfaits réduise les coûts totaux à court terme, cette option devrait être soigneusement examinée en raison de son potentiel à long terme. Cependant, les paiements fondés sur les forfaits incitent à réduire l'utilisation des ressources par cas, ce qui risque de nuire à la qualité des services (Langenbrunner, O'Duagherty, and Cashin 2009). Par conséquent, ils ne devraient pas être mis en œuvre à moins que des liens efficaces entre le paiement et la qualité ne soient en place.

Les systèmes de contrôle et de validation de la Gratuité sont pertinents, tant que les contrats avec les exécutants sont maintenus. Les contrats avec des tierce parties pour valider les demandes de remboursement au titre du programme Gratuité fournissent des contrôles importants, et les résultats sont généralement positifs ; environ 90 % des factures sont valides. Les systèmes de contrôle et de validation sont essentiels pour vérifier la bonne exécution des activités prévues et l'utilisation des fonds alloués, tout en identifiant les difficultés et en apportant un soutien aux actions correctives. Toutefois, les activités de contrôle et les contrats avec des ONG tierces ont été suspendus pendant une grande partie de l'année 2019, peut-être en raison d'un manque de fonds. Il est important de savoir qu'un contrôle est en place et des niveaux de contrôle réduits peuvent entraîner une inflation et donc représenter une fausse économie. Il pourrait également être utile de formaliser les sanctions pour les déclarations erronées et de clarifier les communications à ce sujet ; les travaux qualitatifs ont laissé entendre que ce processus était peu compris, ce qui limitera sa capacité à changer sur les comportements.

L'équipe n'a pas eu accès aux données sur les coûts administratifs du programme Gratuité.

L'administration centrale du Ministère de la Santé semble efficace ; d'une certaine façon, des ressources supplémentaires pourraient réduire les risques d'une trop grande dépendance à l'égard d'un très petit nombre de personnes. La validation et le contrôle sont sous-traités pour un coût annuel d'environ 1,5 million de dollars, soit 3 % du coût du programme. Cette approche permet également d'exploiter le soutien des partenaires de développement et, en raison de son incidence sur le contrôle des coûts, elle est de nature à constituer un bon investissement. Le travail sur le terrain suggère que le personnel de santé passe un temps important (au moins un ou deux jours par mois) à préparer les demandes de remboursement au titre de la Gratuité. Le coût d'opportunité de cette charge administrative n'a pas été formellement estimé, mais il semble probable qu'il soit important. Les paiements fondés sur les forfaits, qui ne nécessitent pas de pièces justificatives détaillées, pourraient réduire cette charge, et donc – sans réduire immédiatement les coûts directs de la Gratuité – améliorer le rapport coût-efficacité.

Quelles sont les options disponibles pour accroître l'incidence de la Gratuité sur la santé ?

L'amélioration de la qualité sera essentielle afin que l'utilisation se traduise par de meilleurs résultats.

Dans le cadre de la *Lancet Global Health commission on high-quality health systems in the SDG era* (Kruk et al. 2018), Margaret Kruk affirme de façon convaincante que « les soins de mauvaise qualité sont aujourd'hui un obstacle plus important à la réduction de la mortalité que le manque d'accès ». Le Burkina Faso obtient de mauvais résultats pour certains indicateurs, tels que la mortalité maternelle, malgré des taux de couverture relativement élevés. Ce lien entre les mauvais résultats et la qualité est reconnu dans le document de stratégie nationale de 2018 sur la qualité des soins et services intégrés axés sur la personne et la sécurité des patients (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2018d).

La Gratuité a vocation à améliorer l'accès, mais pourrait également être mise à profit pour améliorer la qualité (Philibert et al. 2014). La qualité des services est un défi sous-jacent important pour la santé au Burkina (Millogo et al. 2020), et le fait que la Gratuité ne soit pas explicitement liée à la qualité peut être une occasion manquée. Les approches visant à tirer parti de la Gratuité pour encourager la qualité n'exigent pas nécessairement d'élaborer des systèmes entièrement nouveaux, mais pourraient être menées à bien par le biais de liens plus efficaces entre les mécanismes existants. Le Ministère de la Santé, par l'intermédiaire de la Direction de la qualité des soins et de la sécurité des patients,¹⁹ élabore actuellement un nouveau cadre de qualité, avec l'intention de l'utiliser pour mesurer et motiver les établissements de santé dans le cadre d'une démarche de FBR. Dans le même temps, le Ministère de la Santé a approuvé (mais pas mis en œuvre) une proposition visant à faire passer les paiements Gratuité de la rémunération à l'acte à des paiements fondés sur les forfaits, et à modifier ces paiements sur la base d'un critère de qualité à 1, 2 ou 3 étoiles pour chaque établissement. L'harmonisation de ces approches, voire leur lien avec les fonctions de contrôle et de validation sous-traitées aux ONG, offre des gains d'efficacité potentiels ainsi qu'une meilleure visibilité des critères de qualité.

Recommandation n° 3. Relier la Gratuité à la qualité

Récompenser les établissements de santé qui appliquent des normes de qualité plus élevées. L'amélioration de la qualité des services de santé est un enjeu fondamental au Burkina Faso. La Gratuité a certes amélioré l'accès, mais le personnel de terrain dit avoir le sentiment de devoir prendre en charge plus de patients malgré des recettes incertaines pour l'établissement, ce qui met sans aucun doute la qualité en péril. Des liens plus efficaces entre la gratuité et les programmes conçus spécifiquement pour améliorer la qualité, tels que le financement basé sur les résultats (FBR), permettraient de gagner en efficacité et de renforcer les deux programmes.

¹⁹ Service de la qualité des soins et de la sécurité des patients

V. CONCLUSION

La politique de gratuité du Burkina Faso constitue une initiative courageuse en vue de supprimer les obstacles financiers aux services de santé essentiels et améliorer ainsi l'accès aux soins de santé dans l'un des pays les plus pauvres du monde. La Gratuité a pu être imposée grâce à la passion et à l'engagement de nombreuses personnes talentueuses au cours de la dernière décennie et elle est techniquement en parfaite conformité avec les principes de l'achat stratégique ; il s'agit d'une tentative délibérée de mettre en adéquation le financement et les incitations avec les services de santé promis.

La Gratuité a connu un succès optimal lorsque des fonds suffisants étaient disponibles, mais elle a échoué lorsque des contraintes budgétaires ont interrompu les paiements et sapé la confiance des prestataires dans le système. Le programme peut également être renforcé en améliorant la cohérence avec d'autres éléments du système de santé du Burkina Faso. En effet, la Gratuité peut s'imposer comme un principe d'organisation sur lequel s'appuient d'autres interventions, par exemple en mettant en œuvre un mécanisme permettant d'encourager la qualité des services ou en démontrant l'efficacité de la séparation des responsabilités en matière d'achat et de fourniture des services. Si les difficultés de financement peuvent être résolues, la Gratuité est à même de constituer un pilier essentiel d'un système de santé plus solide.

ThinkWell et RESADE restent engagés à soutenir le Ministère de la Santé dans ses efforts visant à développer et améliorer le programme de gratuité. Nous espérons que ce rapport constituera une référence utile et favorisera une discussion et un débat constructifs. Nous sommes impatients de collaborer en vue d'aider le Burkina Faso sur la voie de la création d'une CSU.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barroy, Hélène, Françoise Andre, and Abdoulaye Nitiema. 2018. "Transition to Programme Budgeting in Health in Burkina Faso: Status of the Reform and Preliminary Lessons for Health Financing." Geneva.
- Bassani, Diego G., Paul Arora, Kerri Wazny, Michelle F. Gaffey, Lindsey Lenters, and Zulfiqar A. Bhutta. 2013. "Financial Incentives and Coverage of Child Health Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Public Health* 13 (SUPPL.3): 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S30>.
- Bonkougou, Justine. 2020. "Secteur de La Santé Au Burkina : 2019, Une Année Mouvementée !" Lefaso.Net. 2020. <https://lefaso.net/spip.php?article94144>.
- "Burkina Faso: Prime Minister and Cabinet Resign from Office." n.d. BBC News. Accessed June 4, 2020. <https://www.bbc.com/news/world-africa-46930537>.
- Chuma, Jane, Janet Musimbi, Vincent Okungu, Catherine Goodman, and Catherine Molyneux. 2009. "Reducing User Fees for Primary Health Care in Kenya: Policy on Paper or Policy in Practice?" *International Journal for Equity in Health* 8: 1–10. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-15>.
- Dabire, S.J., Bruno Nebie., S Panzani-Ancellin, F Bamogo, A Ouedraogo, I Ky, B Ouedraogo, S Sama, K Kabore, and A Nacoulma. 2017. "Capitalisation de l'expérience Accumulée Par Terre Des Hommes En Contrôle Médicale Des Prestations Sociales Entre 2008 et 2016." Ouagadougou, Burkina Faso.
- Dake, Fidelia A.A. 2018. "Examining Equity in Health Insurance Coverage: An Analysis of Ghana's National Health Insurance Scheme." *International Journal for Equity in Health* 17 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0793-1>.
- Doetinchem, Ole. 2010. "Hypothecation of Tax Revenue for Health: World Health Report (2010) Background Paper, No 51." Geneva.
- Independent Evaluation Group. 2011. "Social Safety Nets: An Evaluation of World Bank Support, 2000–2010." Washington, DC. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199689248.003.0046>.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie, and ICF International. 2012. "Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples Du Burkina Faso 2010." Calverton, Maryland. <https://doi.org/february 2008>.
- Kafando, Yamba, Joel Arthur Kiendrébéogo, and Charlemagne Tapsoba. 2020. "Evaluation Du Système de Paiement de La Politique Nationale de Gratuité Des Soins Au Burkina Faso." Ouagadougou, Burkina Faso.
- Koulidiati, Jean-Louis, Sarah Straubinger, Pierre-Marie Metangmo, and Matt Boxshall. 2020. "Removing User Fees for Family Planning Services in Burkina Faso: A Review of the Gratuité Pilot Program." Ouagadougou, Burkina Faso.
- Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Catherine Arseneault, Keely Jordan, Hannah H. Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi, et al. 2018. "High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution." *The Lancet Global Health* 6 (11): e1196–1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).
- Kruk, Margaret E., Godfrey Mbaruku, Peter C. Rockers, and Sandro Galea. 2008. "User Fee Exemptions Are Not Enough: Out-of-Pocket Payments for 'free' Delivery Services in Rural Tanzania." *Tropical Medicine and International Health* 13 (12): 1442–51.

- <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x>.
- Kutzin, Joseph, Winnie Yip, and Cheryl Cashin. 2016. "Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage." *World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy*, 267–309. https://doi.org/10.1142/9789813140493_0005.
- Lagarde M, Palmer N. 2011. "The Impact of User Fees on Access to Health Services in Low- and Middle-Income Countries." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009094>.
- Langenbrunner, John C., Sheila O'Duagherty, and Cheryl S. Cashin. 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington: World Bank. <https://doi.org/https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7815-1>.
- Leone, Tiziana, Valeria Cetorelli, Sarah Neal, and Zoë Matthews. 2016. "Financial Accessibility and User Fee Reforms for Maternal Healthcare in Five Sub-Saharan Countries: A Quasi-Experimental Analysis." *BMJ Open* 6 (1): 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009692>.
- McPake, Barbara, Kara Hanson, and Anne Mills. 1993. "Community Financing of Health Care in Africa: An Evaluation of the Bamako Initiative." *Social Science Medicine* 36 (11): 1383–95.
- Meda, I.B., A. Baguiya, A. Coulibaly, T. Millogo, and S. Kouanda. 2019. "Les Effets Du Changement Du Mode de Paiement Des Centres de Santé Sur Les Coûts Des Accouchements Au Burkina Faso : Une Étude Avant-Après." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 67 (February): S47. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.12.017>.
- Millogo, Tieba, Marie Laurette Agbre-Yace, Raissa K. Kourouma, W. Maurice E. Yaméogo, Akoua Tano-Kamelan, Fatou Bintou Sissoko, Aminata Soltie Koné-Coulibaly, Anna Thorson, and Seni Kouanda. 2020. "Quality of Maternal and Newborn Care in Limited-Resource Settings: A Facility-Based Cross-Sectional Study in Burkina Faso and Côte d'Ivoire." *BMJ Open* 10 (6): e036121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036121>.
- Ministère de la fonction publique du travail et de la protection sociale, and Secrétariat Technique pour la Couverture Maladie Universelle. 2018. "Plan Stratégique de Développement 2018-2027 Du Régime National d'assurance Maladie Universelle: Rapport Définitif." Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ministère de la Santé, and Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles. 2014. "Enquête Nationale Sur Les Prestations Des Services de Santé et La Qualité Des Données Sanitaires (EN-PSQD/SARA II)." Ouagadougou, Burkina Faso. apps.who.int/healthinfo/systems/datacatalog/index.php/ddibrowser/50/download/152.
- Ministère de la santé du Burkina Faso. 2003. "Prise En Charge Intégrée Des Maladies de l'enfant: Une Stratégie Pour Réduire Le Taux de Mortalité." Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2011a. "La Politique Sanitaire Nationale." Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2011b. "Plan National De Développement Sanitaire 2011-2020." Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2016a. "Enquête Nutritionnelle Nationale 2016." Ouagadougou, Burkina Faso. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/file>

- s/documents/files/smart_2016.pdf.
- . 2016b. “Plan National De Développement Sanitaire 2011-2020, Phase 2016-2020.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2017. “Plan National d’accélération de Planification Familiale Du Burkina Faso 2017-2020.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2018a. “Comptes de La Santé 2017.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2018b. “Directive Pour La Dispensation Gratuité Des Médicaments et Consommables Médicaux Par Les Agents de Santé à Base Communautaire Dans Le Cadre de La Gratuité Des Soins Communautaires.” Ouagadougou, Burkina Faso. <https://doi.org/10.1145/2505515.2507827>.
- . 2018c. “Document d’Orientation de l’Achat Stratégique Pour Le Secteur de La Santé.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2018d. “La Stratégie Nationale de La Qualité Des Soins et Services Intégrés Centrés Sur La Personne et La Sécurité Des Patients Au Burkina Faso.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2018e. “Stratégie Nationale de Financement de La Santé Pour La Couverture Sanitaire Universelle de 2018-2030.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2019. “Dossier d’investissement En Santé Communautaire Au Burkina Faso.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2020. “E-Gratuité.” Gratuité Des Soins. 2020. <http://e-sante.gov.bf:8080/gratuitédessoins/>.
- Ministère de la santé du Burkina Faso, and Institut national de la statistique et de la démographie. 2018. “Annuaire Statistique 2017.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2019. “Annuaire Statistique 2018.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- . 2020. “Annuaire Statistique 2019.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ministère de la santé du Burkina Faso, and Ministère de l’économie des finances et du développement. 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 Ans Vivant Au Burkina Faso.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ministère de la santé du Burkina Faso, Ministère de la fonction publique du travail et de la protection sociale, and Ministère de l’économie des finances et du développement. 2017. “ARRETE CONJOINT N° 2017- MS/MFPTPS/MCIA/MINEFID/ Portant Tarification Des Actes Des Professionnels de La Santé et Des Hospitalisations Dans Les Formations Sanitaires et Établissements Hospitaliers Publics Du Burkina Faso.” Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Ministère de la santé du Burkina Faso, and Organisation mondiale de la Santé. 2017. “Profil Sanitaire Complet Du Burkina Faso.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Nebie., Bruno, and Fabrice R. Guissou. 2017. “Exemption de Paiement : Pour Un Accès Universel Aux Soins de Santé Des Enfants de Moins de Cinq Ans et Des Femmes Enceintes. Guide Du Contrôleur.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Nebie., Bruno, Lassina Ouattara., Sam J. Dabrie, and David Taminy. 2017. “Exemption de Paiement : Pour Un Accès Universel Aux Soins de Santé Des Enfants de Moins de 5

- Ans et Des Femmes Enceintes. Manuel Du Commissaire Aux Comptes Coges.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Nguyen, Hoa Thi, David Zombré, Valery Ridde, and Manuela De Allegri. 2018. “The Impact of Reducing and Eliminating User Fees on Facility-Based Delivery: A Controlled Interrupted Time Series in Burkina Faso.” *Health Policy and Planning* 33 (8): 948–56. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>.
- Parmar, Divya, Manuela De Allegri, Germain Savadogo, and Rainer Sauerborn. 2014. “Do Community-Based Health Insurance Schemes Fulfil the Promise of Equity? A Study from Burkina Faso.” *Health Policy and Planning* 29 (1): 76–84. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs136>.
- Philibert, Aline, Valéry Ridde, Aristide Bado, and Pierre Fournier. 2014. “No Effect of User Fee Exemption on Perceived Quality of Delivery Care in Burkina Faso: A Case-Control Study.” *BMC Health Services Research* 14 (1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-120>.
- PMA2020, Institut Supérieur des Sciences de la Population, Démographie, and Institut national de la statistique et de la démographie. 2019. “PMA2020/Burkina Faso: Family Planning Brief.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Primary Health Care Performance Initiative. 2018. “Burkina Faso: Primary Health Care Vital Signs Profile.” Washington, DC.
- Resilient & Responsive Health Systems. 2014. “What Is Strategic Purchasing?” London, United Kingdom.
- Ridde, Valéry. 2015. “From Institutionalization of User Fees to Their Abolition in West Africa: A Story of Pilot Projects and Public Policies.” *BMC Health Services Research* 15 (Suppl 3): S6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>.
- Ridde, Valéry, and Florence Morestin. 2011. “A Scoping Review of the Literature on the Abolition of User Fees in Health Care Services in Africa.” *Health Policy and Planning* 26 (1): 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq021>.
- Ridde, Valéry, and 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* 4 (1). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>.
- Secrétariat Technique pour la Couverture Maladie Universelle. 2020. “No Title.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Sombie, Issiaka, Ziemlé Clément Méda, Gueswendé Blaise Léon Savadogo, Gwladys Sanou, and Moussa Dadjoari. 2017. “Trends in Caesarean Section Rates and Places of Delivery in Burkina Faso.” *Sante Publique* 29 (1): 133–39. <https://doi.org/10.3917/spub.171.0133>.
- Tangcharoensathien, Viroj, Woranan Witthayapipopsakul, Warisa Panichkriangkrai, Walaiporn Patcharanarumol, and Anne Mills. 2018. “Health Systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage.” *The Lancet* 391 (10126): 1205–23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3).
- ThinkWell Strategic Purchasing for Primary Health Care. 2020. “Burkina Faso: Strategic Purchasing Strategies and Early Results.” Washington.
- Track20. 2019. “Burkina Faso: FP2020 Core Indicators Country Fact Sheet.” Glastonbury.

- . 2020. “Exploring Opportunities for MCPR Growth in Burkina Faso.” Glastonbury. United Nations Development Programme. 2019. *Human Development Report 2019: Beyond Income, beyond Averages, beyond Today*. New York: United Nations Development Programme.
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2019. “Burkina Faso: Country Operation Update November-December 2019.” Geneva. [http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR Burkina Faso Operational Update - December 2019.pdf](http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR_Burkina_Faso_Operational_Update_-_December_2019.pdf).
- . 2020. “Refugee Situations: Burkina Faso.” Operations Portal: Refugee Situations. 2020. <https://data2.unhcr.org/en/country/bfa>.
- United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs. 2020. “Burkina Faso Situation Report.” Ouagadougou, Burkina Faso.
- Witter, S., C. Boukhalfa, J. A. Cresswell, Z. Daou, V. Filippi, R. Ganaba, S. Goufodji, I. L. Lange, B. Marchal, and F. Richard. 2016. “Cost and Impact of Policies to Remove and Reduce Fees for Obstetric Care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco.” *International Journal for Equity in Health* 15 (1): 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0412-y>.
- World Bank. 2020. “World Development Indicators | DataBank.” World Bank Data. 2020. <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>.
- World Bank Group. 2018. “Project Appraisal Document: Burkina Faso - Health Services Reinforcement Project.” Washington, DC.
- World Health Organization. 2000. “The World Health Report 2000.” Geneva. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12212>.
- . 2010. “The World Health Report 2010.” Geneva.
- . 2019. “Global Health Observatory.” Global Health Observatory. 2019. <https://www.who.int/gho/database/en/>.
- . 2020a. “Global Health Expenditure Database.” Global Health Expenditure Database. 2020. <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
- . 2020b. “Health Expenditure Profile: Burkina Faso.” Global Health Expenditure Database. 2020. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en.
- Yameogo, Pierre, Adeline Kagonesalou, and Claudine Lougue Sorgho. 2019. “Note Conceptuelle Santé Communautaire.” Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Yazbeck, Abdo S., William D. Savedoff, William C. Hsiao, Joe Kutzin, Agnès Soucat, Ajay Tandon, Adam Wagstaff, and Winnie Chi-Man Yip. 2020. “The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries.” *Health Affairs* 39 (5): 892–97. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00874>.
- Zombré, David, Manuela De Allegri, Robert W. Platt, Valéry Ridde, and Kate Zinszer. 2019. “An Evaluation of Healthcare Use and Child Morbidity 4 Years After User Fee Removal in Rural Burkina Faso.” *Maternal and Child Health Journal* 23 (6): 777–86. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-02694-0>.

ANNEXE A : GUIDE D'ENTRETIEN DES INFORMATEURS CLES

- 1) Pouvez-vous expliquer comment les prestataires de soins de santé sont rémunérés pour la prestation des services de gratuité, y compris la planification familiale ?
- 2) Pouvez-vous expliquer le circuit financier de Gratuité, y compris la planification familiale ?
 - a. Au niveau central ?
 - b. Au niveau hospitalier ?
 - c. Au niveau du district ?
 - d. Au niveau communautaire ?
- 3) Pouvez-vous me dire quels sont les outils disponibles pour assurer le suivi et rapporter les données / informations relatives à la gratuité, y compris la planification familiale ?
- 4) Pouvez-vous me dire quelles procédures sont en place pour le suivi (supervision / supervision) de la gratuité, y compris la planification familiale ? Expliquez comment ils fonctionnent.
- 5) Pouvez-vous me dire quelles procédures sont en place pour le contrôle de la gratuité, y compris la planification familiale ? Expliquez comment ils fonctionnent.
- 6) Pouvez-vous me dire à quel stade en sont les discussions pour le transfert de Gratuité à la CNAMU ?

**ANNEXE B : LISTE DES ARTICLES, RAPPORTS ET DOCUMENTS
SUR LA POLITIQUE NATIONALE DE LA GRATUITE DES SOINS
POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET LES FEMMES**

N°	Auteur (s)	Titre	Références de publication	Nature du document
1	V. Ridde and P. Yaméogo	How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016	2018. Palgrave Communications 4 (119) ; http://dx.doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x	Article
2	T. Druetz, A. Bicaba, T. Some, S. Kouanda, A. Ly, S. Haddad	La Gratuité des soins améliore grandement l'accessibilité aux services de santé, mais les gains demeurent fragiles	L'Université de Laval (2018)	Rapport
3	I.B. Meda, A. Baguiya, V. Ridde, H.G. Ouédraogo, A. Dumont, S. Kouanda	Out-of-pocket payments in the context of a free maternal health care policy in Burkina Faso: a national cross-sectional survey	2019. Health Economics Review. 9 (11) ; https://doi.org/10.1186/s13561-019-0228-8	Article
4	I.B. Meda, A. Baguiya, A. Coulibaly, T. Millogo, S. Kouanda	Les effets du changement du mode de paiement des centres de santé sur les coûts des accouchements au Burkina Faso : une étude avant-après appariée	2019. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 67. https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.12.017	Article
5	D. Zombré, M. De Allegri, R.W. Platt, V. Ridde, K. Zinszer	An Evaluation of Healthcare Use and Child Morbidity 4 Years After User Fee Removal in Rural Burkina Faso	2019. Maternal and Child Health Journal. 23:777–786. https://doi.org/10.1007/s10995-018-02694-0	Article
6	S. Nikiema	Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de Gratuité des soins : Cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso	2018	Mémoire de Master

7	S. Kouanda, A. Bado, I.B. Meda, G. S.Yameogo, A. Coulibaly, S. Haddad	Home births in the context of free health care: The case of Kaya health district in Burkina Faso	2016. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 135: S39–S44. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.009	Article
8	Ministère de la santé	Plan national de communication sur la stratégie de Gratuité des soins et des services de planification familiale	Mai 2019	Rapport
9	Ministère de la santé	Plan d’opérationnalisation de la stratégie nationale de Gratuité des soins et services de planification familiale	Février 2019	Rapport
10	Ministère de la santé	Stratégie nationale de mise en œuvre de la Gratuité des soins et des services de planification familiale	Février 2019	Rapport
11	Ministère de la santé, Ministère de l’économie des finances et du développement	Arrêté conjoint N° 2018-1211 portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, du suivi et du contrôle des mesures de Gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso.	Novembre 2018	Arrêté
12	Gouvernement du Burkina Faso	Décret présidentiel N°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID portant Gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso	Avril 2016	Décret

ANNEXE C : SUMMARY OF ARTICLES, REPORTS, AND DOCUMENTS ON THE GRATUITÉ POLICY

Les articles et documents analysés dans cette section portent en grande partie sur la politique nationale de gratuité des soins qui est mise en œuvre depuis 2016 mais aussi sur des expériences antérieures de gratuité qu'ont connu certains districts sanitaires du Burkina Faso ;

D'une manière générale, les articles se sont focalisés sur les effets de la politique en dehors d'une étude qui retrace le processus de formulation et d'élaboration de la politique nationale de gratuité.

En effet, l'étude conduite par **V. Ridde et P. Yaméogo (2018)** fait le point du long processus qui a conduit à la mise en place de la politique nationale de gratuité des soins. Elle indique notamment que contrairement aux autres pays, la décision de mettre en œuvre la politique nationale de gratuité au Burkina Faso a été basée à la fois sur des évidences (résultats des projets pilotes des ONG) mais aussi sur un fort plaidoyer continu d'un certain nombre d'acteurs. Il y a également eu une fenêtre d'opportunité politique qui a été le soulèvement populaire d'octobre 2014 qui a permis d'accélérer le processus.

Les auteurs ont retenu quelques leçons principales de ce processus. Il s'agit de :

- La formalisation d'activités de transfert de connaissances ;
- L'identification et l'établissement rapide et régulier des partenariats avec les entrepreneurs politiques ;
- La production de connaissances rigoureuses et utiles ; l'évaluation indépendante du processus utilisant des méthodes mixtes ;
- La formation des chercheurs aux processus décisionnels et des décideurs aux questions de production de connaissances ;
- L'adaptation (contenu, format, vocabulaire, langue, etc.) des données aux besoins des utilisateurs de connaissances en étroite collaboration avec les chercheurs et les diffuser aux publics cibles ;
- L'analyse régulière des processus de prise de décisions politiques spécifiques au contexte national,
- Ainsi que la prise en compte des contextes sociaux et politiques favorables (ou non) à la prise de décision.

Les autres articles ont abordé les effets de la politique de gratuité de soins sur les dépenses supplémentaires de santé, la charge de travail du personnel soignant, la morbidité des populations, les accouchements à domicile.

D'abord **T. Druetz et al. (2018)** ont démontré que les effets des politiques ou des mesures de gratuité restent fragiles si la mise en œuvre n'est pas continue et pérenne. Les auteurs ont analysé les expériences du DS de Kaya qui a connu plusieurs phases d'introduction et de suppression de la gratuité entre 2011 et 2016. Les résultats de l'étude révèlent que la fréquentation des centres de santé en milieu urbain ou rural dans le DS de Kaya double immédiatement après l'introduction de la gratuité. Mais la suspension de la mesure se traduit également par une chute immédiate de la fréquentation des services de santé. Ce qui suggère que pour garantir des effets à long terme, la durabilité de la mise en œuvre et la pérennité du financement des politiques de gratuité sont nécessaires.

Ensuite **I. B. Meda et al. (2019)**, se sont intéressés aux dépenses effectuées par les bénéficiaires de la politique de gratuité malgré que les soins soient gratuits. L'étude qui a uniquement couvert les femmes montre que celles-ci déboursent entre 0,08 et 98,67 USD pour payer les soins au niveau des formations sanitaires. Près du tiers (29,6%, n = 174) des femmes ont déclaré avoir payé pour leurs soins ; parmi elles, 17,5% des femmes avaient acheté des médicaments dans des pharmacies privées et 11,4% avaient acheté des produits de nettoyage pour une chambre ou un équipement. L'étude montre que les paiements directs en dépit de la gratuité étaient plus élevés chez les femmes âgées, les plus instruites, en milieu urbain, et dans les hôpitaux.

Les effets du passage du mode de remboursement au mode de pré-positionnement des ressources aux formations sanitaires sur les coûts des accouchements ont été également analysés par **I. B. Meda et al. (2019)**. Les résultats de l'étude montrent que les coûts moyens des accouchements (eutociques, dystociques, césariennes) de 2016 étaient supérieurs à ceux de 2014. Le mode de pré-positionnement des ressources aux formations sanitaires a contribué à un meilleur succès de la politique de gratuité en évitant les ruptures de médicaments et de consommables liées aux retards de remboursement. Cependant, en levant le risque lié aux retards de remboursement, cela a conduit probablement à des prescriptions médicales moins rationnelles du personnel de santé.

David Zombré et al. (2019), quant à eux font la relation entre la politique de gratuité des soins et la probabilité de survenue des maladies ou la morbidité des bénéficiaires. Il ressort de cette étude que la gratuité des soins est efficace pour maintenir l'utilisation des services de santé par les enfants de moins cinq ans, mais la politique n'a pas d'effets sur la probabilité de survenue des maladies infantiles les plus courantes. De même, la gratuité des soins permet de réduire les inégalités géographiques dans l'accès aux services de santé, mais son effet est nul sur les inégalités d'accès selon le statut socio-économique.

Les effets de la politique sur la charge de travail du personnel soignant ont été abordés par **S. Nikiema (2018)** dans son mémoire de master. L'étude a été réalisée selon la méthode WISN dans 11 centres de santé en milieu rural, péri-urbain et urbain du District Sanitaire de Bogodogo dans la région du centre au Burkina Faso. Les résultats montrent que les formations sanitaires situées en milieu péri-urbain et urbain avaient suffisamment de personnel soignant pour faire face à la forte augmentation de la fréquentation induite par la politique de gratuité. A ce niveau la gratuité n'a pas induit une forte pression de charge de travail en comparaison avec la disponibilité du personnel soignant. Par contre, les centres de santé situés en milieu rural disposaient de moins de personnel soignant pour faire face à la forte demande des soins induite par la politique de gratuité. La charge de travail pour le personnel soignant y était plus élevée. Ce qui suggère une mauvaise répartition du personnel soignant entre le milieu rural, péri-urbain et urbain.

Enfin, **S. Kouanda et al. (2016)** se sont intéressés aux accouchements qui ont lieu dans les domiciles malgré la mise en œuvre de la gratuité des soins. Les résultats de l'étude montrent que près d'une femme sur huit (12%) enquêtée dans le DS de Kaya au centre nord du Burkina Faso continuait d'accoucher à domicile malgré que les accouchements soient gratuits dans les centres de santé, les exposant ainsi à beaucoup de risques de décès. Les principales raisons relevées par les auteurs sont l'accouchement immédiat, les expériences antérieures d'accouchement à domicile, les expériences négatives avec les centres de santé, la peur des accouchements par césarienne et le manque de moyens de transport. En plus de la gratuité des soins, d'autres mesures supplémentaires sont nécessaires pour réduire considérablement le taux d'accouchements à domicile.

Les rapports d'étude et autres documents concernent les loi et décrets d'application de la gratuité, l'arrêté conjoint du manuel de procédures qui précisent le fonctionnement de la politique. Les plans de communication et d'opérationnalisation des gratuités de soins et de la PF ont été également analysés.

Le plan de communication présente les potentialités de l'espace audiovisuel du Burkina et définit les actions et les stratégies à mettre en œuvre pour une communication harmonisée et réussie sur la politique de gratuité des soins et de la PF. Il vise à contribuer à une mise en œuvre réussie des mesures de gratuité en accroissant la visibilité des actions de la politique et en renforçant la sensibilisation des populations sur la politique.

Le plan d'opérationnalisation quant à lui décrit les modalités de mise en œuvre de la stratégie de gratuité des soins et services de planification familiale au Burkina Faso. Il présente également les principales étapes d'opérationnalisation de la politique que sont la planification, le lancement, l'exécution, et l'évaluation.

ANNEXE D : OUTILS DE GESTION ET DE REPORTING DU GRATUITE

- I. La fiche de soins individuelle, qui précise principalement :
 - a. Les « actes » médicaux accomplis (date, type de prestation, montant et observations).
 - b. Les médicaments et consommables prescrits (date et heure et prescription, nom / prénom du prescripteur + signature et cachet du service, médicaments et / ou contraceptifs et / ou consommables prescrits avec posologie, quantité prescrite, quantité servie, montant et identité et signature du distributeur).
 - c. Les examens complémentaires prescrits (date de prescription, nom / prénom du prescripteur + signature, examens demandés, montant et observations).
 - d. Hospitalisation, le cas échéant, en précisant le jour d'entrée, le jour de sortie, la durée d'hospitalisation en jours et le montant.
 - e. Évacuation, le cas échéant, en indiquant la quantité de carburant.
- II. Le bulletin d'examen paraclinique, qui précise les tests diagnostiques prescrits.
- III. La fiche de prescription médicale, indiquant le type de soins / service et la population cible, les médicaments et / ou contraceptifs et / ou consommables prescrits, les « actes » médicaux réalisés, et l'observation / hospitalisation, le cas échéant
- IV. Le ticket de sortie de l'établissement de santé, qui est établi pour tenir le patient informé des soins / services dont il a bénéficié et pour les besoins de suivi et de contrôle. Il précise le type de soins / service et la population cible, le jour d'entrée, le jour de sortie, la durée du séjour et le résumé des soins / services fournis.
- V. Le livret de médicaments gratuit pour les ASBC, indiquant les médicaments et / ou contraceptifs et / ou consommables concernés, la quantité servie, leur coût unitaire et le montant total.
- VI. Le Gratuité TLOH, un rapport hebdomadaire sur la mise en œuvre de Gratuité. Il indique le nombre d'enfants de moins de 5 ans traités médicalement, d'enfants de moins de 5 ans traités chirurgicalement, de nouveau-nés traités, d'accouchements vaginaux, de césariennes, de femmes traitées pendant la grossesse, d'examens d'imagerie effectués, de DIU insérés, de retraits de DIU, d'implants insérés, de retrait d'implant, de pilules distribuées, les femmes ont reçu des injectables, des colliers distribués, des préservatifs masculins distribués et des préservatifs féminins distribués. Les pénuries de médicaments au dépôt pharmaceutique doivent également être signalées, ainsi que les difficultés rencontrées et les solutions trouvées pour y faire face.
- VII. Les rapports d'activité mensuels de Gratuité, précisant les détails des activités réalisées dans chacune des grandes composantes suivantes: (i) accouchements et interventions obstétriques majeures, (ii) soins pendant la grossesse, (iii) services de planification familiale, (iv) soins aux enfants 5 (soins curatifs ambulatoires et hospitaliers), (v) dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus (VIA / VILI, cryothérapie, excision de l'anse de diathermie), (vi) Services de gratuité fournis par les ASBC (soins curatifs pour la diarrhée, la pneumonie, et paludisme non sévère; soins avant le transfert du paludisme grave; TDR pour le paludisme; planification familiale). Par ailleurs, les biens et services accompagnant ces activités (« actes » médicaux, médicaments et consommables, observation / hospitalisation, carburant pour évacuations médicales et tests complémentaires) sont également rapportés.

MAQUETTE DE LA FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE GRATUITÉ

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DU....

DIRECTION PROVINCIALE DE LA SANTE DU.....

HOPITAL DE.....

DOSSIER N° :

FICHE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE
Hospitalisations

1. INFORMATIONS GENERALES

NOM et PRENOMS DU PATIENT :N° enregistrement :

2. ACTES

DATE	PRESTATIONS	MONTANT	OBSERVATIONS
TOTAL 1			

3. MEDICAMENTS PRESCRITS

4. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Date	Nom/prénom prescripteurs/signature	Examens demandés	Montant	Observations
TOTAL 3				

5. HOSPITALISATION

Entré le : Sortie le :Durée :jours Montant total :FCFA

6. MODE DE SORTIE : Guéri/ Décédé/ Référé/ Décharge/ Transféré/
Evadé /

7. RECAPITULATIF

Désignation	Montant
1. Acte (= T1)	
2. Médicaments et consommables (=T2)	
3. Examens complémentaires (=T3)	
4. Hospitalisation	
5. Carburant	
TOTAL dépensé par la FS	

Visa du responsable des guichets de paiement

DRS DE :
FS/Unité de soins :

Burkina Faso
Unité – Progrès – Justice

BULLETIN D'EXAMEN

Nom, prénom (s) : Age : Sexe : Profession :

N° dossier :

Nature de l'examen	Résultats de l'examen
Date : Identité, visa du prescripteur	Date : Identité, visa du spécialiste

Date :

N°

(série).....

DRS :

FS :

UNITE DE SOINS :

Nom & Prénom :Village/secteur.....

Enfant<5ans / Femme enceinte / Accouchement / Dépistage lésions pré cancer (Col de l'utérus) /

Age : Sexe : M / F /

N° (sur le Registre de consultation).....

Nom du père/mère (pour enfants<5 ans)Téléphone

ORDONNANCE MEDICALE

Désignation	Quantité	Montant
Actes (préciser)		
Mise en observation (niveau CSPS)		
Total		

*Nom & Prénom du Gérant
Signature et cachet*

*Nom & Prénom du prescripteur
Signature et cachet*

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE.....

HOPITAL DE

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

Date :

BILLET DE SORTIE N°.....

Nom & Prénom : Village/secteur.....
 Enfant<5ans / Femme enceinte / Accouchement / Dépistage du cancer (Col de l'utérus et du sein) /
 Age : Sexe : M / F / N° (sur le Registre hospitalisation).....
 Nom du père/mère (pour enfants<5 ans) Téléphone :

Date d'entrée : Date de sortie : Durée de séjour :
 Mode de sortie : guéri / décédé / évacué / référé / SCAM (Sortie Contre Avis Médical) /

RECAPITULATIF DES PRESTATIONS OFFERTES

Désignation	Montant
1- Consultation	
2- Hospitalisation	
3- Médicaments	
4- Examens complémentaires	
5- Carburant évacuation	
Montant total	

NB : Ce billet est établi à titre d'information pour le bénéficiaire et pour des besoins de suivi et de contrôle.

Etabli par la caisse, Nom Prénom, signature et cachet	Le Bénéficiaire ou son représentant, Nom Prénom et signature

MAQUETTE DU CARNET DE DISPENSATION GRATUITE DE MEDICAMENTS PAR LES ASBC

Date : N° (série).....

Commune :
 Formation sanitaire :

Nom & Prénom(s) : Village.....
 Age (en mois): / ____/

Sexe : M / F / N° (sur le Registre ou cahier de consultation de l'ASBC).....

Nom du père/mère : Contact

Carnet de dispensation gratuite de médicaments et consommables médicaux

Désignation	Cocher si servi	Quantité	Coût unitaire	Montant total
1. KIT SRO_ZINC				
2. Amoxicilline dispersible				
3. Artémether + Luméfantrine (AL)				
4. Amodiaquine + artésunate (ASAQ)				
5. Dihydroartémisinine + Pipéraquline (DH-PPQ)				
6. Artésunate suppositoire				
7. Paracétamol				
8. TDR paludisme				
9. Préservatifs				
10. Pilules				
11. Sayana Press				
Total				

Nom & Prénom de l'ASBC

Signature

MAQUETTE DU TLOH GRATUITÉ

Région:..... Formation sanitaire :.....

Unité de soins:

RAPPORT HEBDOMADAIRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS

SEMAINE : __/__/ DU __/__/201... AU __/__/201...

Items	Nombre	Observations
1. Nombre d'enfants de 0 à 5 ans traité médicalement		
2. Nombre d'enfants de 0 à 5 ans opérés		
3. Nombre de nouveau-nés pris en charge		
4. Nombre d'accouchements par voie basse		
5. Nombre de césariennes réalisées		
6. Nombre de femmes soignées pendant la grossesse		
7. Rupture d'au moins un médicament au DMEG (1 = OUI ou 0 = NON)		
8. Nombre total d'examens de laboratoire réalisés		
9. Nombre total d'examens d'imagerie réalisés		

Commentaires, difficultés, solutions:

CANVAS DU RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES GRATUITÉ

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE

DISTRICT DE

CSPS DE Date d'établissement du rapport :

BURKINA FASO

UNITE - PROGRES - JUSTICE

RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES SUR LA GRATUITE DES SOINS

Mois de : Année :

PRESTATIONS	QUANTITE	COUT
I. Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales majeures		
I.1. Prestations		
I.1.1. Accouchements eutociques		
I.1.2. Accouchements dystociques par voie basse		
I.1.3. Césariennes		
I.1.4. Soins obstétricaux d'urgence		
I.1.5. Soins curatifs du post partum		
I.1.6. Soins d'urgence aux nouveau-nés		
I.1.7. Laparotomie pour rupture utérine		
I.1.8. Laparotomie pour GEU		
I.1.9. Cure de fistules obstétricales		
Sous-total I.1.		
I.2. Biens et services		
I.2.1. Carburant évacuation		
I.2.2. Montant total des médicaments et consommables médicaux		
I.2.3. Examens complémentaires		
I.2.4. Actes (Consultation, accouchement)		
I.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total I.2.		
II. Gratuité des soins pendant la grossesse		
II.1. Prestations		
II.1.1. Soins préventifs		
II.1.2. Soins curatifs en ambulatoire		
II.1.3. Soins curatifs en interne		
Sous-total II.1.		
II.2. Biens et services		
II.2.1. Carburant évacuation		
II.2.2. Montant total des médicaments et consommables		

médicaux		
I.2.3. Examens complémentaires		
II.2.4. Actes (consultations)		
II.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total II.2.		
III. Gratuité de la Planification Familiale		
III.1 Prestations		
III.1.1 Personnes vues pour PF		
Sous-total III.1		
III.2 Biens et services		
III.2.1 Montant total des médicaments et consommables médicaux		
III.2.2 Examens complémentaires		
III.2.3 Actes (consultation, pose/retrait implant, pose/retrait DIU)		
Sous-total III.2		
IV. Gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans		
IV.1. Prestations		
IV.1.1. Soins curatifs en ambulatoire		
IV.1.2. Soins curatifs en observation		
Sous-total IV.1.		
IV.2. Biens et services		
IV. 2.1. Carburant évacuation		
IV. 2.2. Montant total des médicaments et consommables médicaux		
IV. 2.3. Examens complémentaires		
IV.2.4. Actes (consultations, chirurgies)		
IV.2.5. Mise en observation/Hospitalisation		
Sous-total IV.2.		
V. Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus		
V.1. Prestations		
V.1.1. Dépistage par IVA/IVL		
V.1.2. Cryothérapie		
V.1.3. Résection à l'Anse Diathermique (RAD)		
Sous-total V.1.		
V.2. Biens et services		
V.2.1. Montant total des médicaments		
V.2.2. Examens complémentaires		
V.2.2. Actes (consultations, mise en observation)		
Sous-total V.2.		
Total formation sanitaire		
VI. Gratuité des soins ASBC		
VI.1. Soins curatifs contre la diarrhée		
VI.2. Soins curatifs contre la pneumonie		
VI.3. Soins curatifs contre le paludisme simple		

VI.4. Soins pré-transfert du paludisme grave		
VI.5. TDR paludisme		
VI.6. Planification familiale		
Total ASBC		
TOTAL GENERAL (Formation sanitaire + ASBC)		

Le responsable du poste

ANNEXE E : TYPE D'INFORMATIONS COLLECTÉES ET STOCKÉES SUR LA PLATEFORME « E-GRATUITE »

1. Données
 - a. Indicateurs (coût de la prestation des services de santé, coût des biens et services, taux de satisfaction)
 - b. Éléments de données (commandes de médicaments, données de contrôle des ONG, données fournies par les établissements de santé, montants des paiements de factures des établissements de santé, données TLOH, nombre d'employés par catégorie et niveau de soins)
 - c. Ensembles de données (taux de notification, taux de notification dans les délais, rapports réels, taux de notification réel dans les délais, rapports attendus sur les commandes et livraisons de médicaments, données de vérification des ONG, rapports d'activité mensuels des établissements de santé, suivi des dettes de la CAMEG, suivi des médicaments périmés)
 - d. Éléments de données d'événement (pas de sous-catégories)
 - e. Indicateurs de programme (pas de sous-catégories)
2. Périodes
 - a. Les données peuvent être extraites par jour, semaines, mois, deux mois, trimestres, six mois, années
3. Unités organisationnelles
 - b. Les données peuvent être extraites selon le niveau de prise en charge (niveau communautaire, CSPS, CM, CMA, CHR, CHU), par district, par région, mais aussi au niveau national
4. Dettes envers la CAMEG
 - c. Dettes échues
 - d. Dettes non échues
 - e. Le montant payé
5. Quantité de matériel
 - f. Fonctionnel, en bon état
 - g. Fonctionnel, en bon état
 - h. Besoins de service
 - i. Disponible en magasin à l'état neuf
 - j. Non fonctionnel, cassé et réparable
 - k. Non fonctionnel, hors d'usage
6. Quantité de matière mensuelle
 - l. Fonctionnel, en bon état
 - m. Fonctionnel, en état de fonctionnement
 - n. Besoins de service
7. Quantité et coût des services
 - o. Quantité
 - p. Coût

ANNEXE F : ETAT DES FACTURES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE VS. PAIEMENTS PAR TRIMESTRE, 2016-19

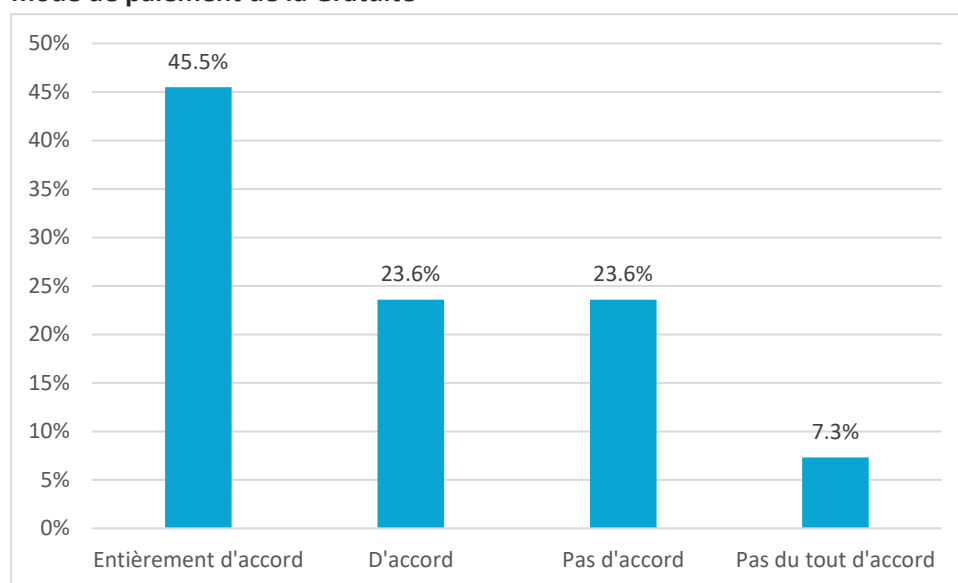
Période	CHU 1			CHU 2			CSPS			CSPS 2			CSPS 3			CSPS 4		
	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)	Montant des factures	Montant payés	Ecart (%)
T2 2016	17,563,613	0	-00	148,970,305	57,291,199	38	641,810	0	-00	429,425	0	-00	10,726,670	11,019,877	103	251,490	420,355	167
T3 2016	95,378,679	88,762,960	93	276,307,579	171,873,598	62	3,278,480	3,201,681	98	2,572,235	1,480,586	58	16,811,945	17,189,381	102	474,400	617,186	130
T4 2016	94,917,742	88 541 968	93	295,970,343	386,782,691	131	2,733,840	4,029,857	147	2,235,110	4,263,299	191	16,925,795	9,045,760	53	327,260	0	-00
T1 2017	87,017,547	92,682,655	107	214,612,872	302,733,811	141	1,989,200	1,713,486	86	2,564,455	1,295,808	51	8,825,780	20,237,788	229	274,300	315,505	115
T2 2017	102,031,819	117,972,838	116	240,832,466	242,429,074	101	2,025,076	1,751,854	87	2,351,110	3,819,856	162	12,319,665	5,126,500	42	248,825	349,004	140
T3 2017	106,933,245	106,288,779	99	264,711,124	235,521,960	89	3,574,300	2,208,459	62	3,521,320	2,392,170	68	15,363,350	15,147,114	99	307,480	139,170	45
T4 2017	101,401,945	114,711,530	113	235,467,472	291,271,482	124	2,776,175	3,533,352	127	2,564,080	3,265,451	127	11,922,930	14,396,014	121	408,020	352,746	86
T1 2018	91,351,240	105,917,096	116	93,771,107	238,884,794	255	2,826,190	3,456,689	122	2,353,700	2,773,628	118	10,517,450	14,174,792	135	321,364	441,565	137
T2 2018	111,059,719	52,805,060	48	175,382,974	100,872,244	58	2,625,540	2,591,118	99	2,573,018	1,166,540	45	12,920,550	6,904,521	53	450,335	303,089	67
T3 2018	110,196,627	62,569,048	57	300,149,483	168,272,516	56	3,044,736	1,983,908	65	2,856,685	2,461,925	86	12,702,070	11,325,536	89	551,145	508,431	92
T4 2018	122,707,976	0	-00	350,366,603	0	-00	2,519,378	0	-00	2,222,370	0	-00	11,963,860	0	-00	562,745	0	-00
T1 2019	113,409,652	137,521,096	121	251,141,645	268,528,651	107	2,020,455	2,337,962	116	1,992,175	2,180,487	109	13,366,525	10,778,831	81	405,410	479,038	118
T2 2019	93,415,679	145,861,521	156	297,548,376	436,012,378	147	2,136,578	1,879,088	88	1,560,830	1,834,182	118	12,084,450	10,538,675	87	297,070	404,621	136
T3 2019	46,866,210	93,313,664	199	276,850,320	283,502,539	102	1,967,140	1,839,556	94	2,116,185	1,750,069	83	12,300,350	12,540,741	102	530,380	398,394	75
T4 2019	90,805,417	0	-00	314,859,893	169,962,958	54	1,718,860	0	-00	1,772,770	0	-00	10,747,595	0	-00	546,656	0	-00
TOTAL	1,385,057,110	1,206,948,215	87	3,736,942,562	3,353,939,895	90	35,877,758	30,527,010	85	33,685,468	28,684,002	85	189,498,985	158,425,531	84	5,956,880	4,729,103	79

Source : Ministère de la santé du Burkina Faso 2020; Kafando, Kiendrébéogo, and Tapsoba 2020

ANNEXE G : RESULTATS DE L'ENQUETE DES AGENTS DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC SUR LA COMPREHENSION DU MECANISME GRATUITE

L'enquête en ligne a indiqué que la plupart des personnes interrogées ont lié la rupture de stock et la pénurie de médicaments et de consommables dans les établissements de santé au « mécanisme de paiement » actuel. Cette association entre les ruptures de stock de médicaments et Gratuité a été pleinement approuvée par 45% des répondants (109 sur 243) et 24% étaient d'accord (voir la figure 19). Seul un petit nombre de répondants estiment que les ruptures de stock sont plutôt dues aux insuffisances constatées dans la commande de médicaments et de produits ainsi qu'à la gestion des stocks disponibles au niveau des établissements de santé.

Figure 19 : Points de vue des acteurs sur la relation entre causes des ruptures des médicaments et le mode de paiement de la Gratuité



Source: Kafando, Kiendrébéogo, and Tapsoba 2020

Les résultats de l'enquête en ligne sur les modes de paiement montrent que tous les agents de santé sur le terrain ne connaissaient pas les exigences et les procédures de flux de paiements et de déclaration des demandes de gratuité (voir tableau 7). Par exemple, seulement 44% (106 sur 243) des répondants savaient que le mécanisme de paiement était un pré-positionnement des fonds à l'avance sur le compte spécial Gratuité au niveau du district pour qu'ils les utilisent au besoin pendant le trimestre. De plus, jusqu'à 12% (31 sur 243) n'avaient aucune idée du mécanisme de remboursement.

Tableau 7 : Etat de connaissances des acteurs sur les conditions de paiement des factures de la gratuité

Selon vous, quelle est la bonne condition à remplir pour bénéficier des paiements des factures de la Gratuité	Nombre de répondants	%
<i>Bonne réponse : pré positionnement complet du montant dans les comptes spéciaux Gratuité des districts et hôpitaux, suivi du transfert de 29% à 30% aux établissements de santé et de 70% à 80% à la CAMEG pour les médicaments et consommables à utiliser pendant le quartier</i>	106	44%

<i>Incorrect : Remboursement des dépenses faites à chaque établissement de santé à la fin de chaque trimestre</i>	82	34%
<i>Incorrect : pré positionnement complet du montant dans les comptes spéciaux Gratuité des districts et hôpitaux suivi du transfert du montant total aux établissements de santé</i>	19	8%
<i>Incorrect : Pré-positionnement complet du montant dans les comptes spéciaux Gratuité du district et de l'hôpital</i>	5	2%
<i>Ne sait pas</i>	31	12%
Total	243	100%

Source: Kafando, Kiendrébéogo, and Tapsoba 2020