



**Master Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

**Impliquer les acteurs dans la mise en
œuvre du Plan Communal de
Développement Sanitaire à
Ouagadougou/Burkina Faso :
*Freins et leviers d'action pour garantir sa réussite***

Lucie VIGIER

Remerciements

Nombreuses sont les personnes qui ont jalonné mon parcours jusqu'à l'aboutissement de ce travail, qu'ils en soient tous chaleureusement remerciés.

En premier lieu, je remercie Monsieur François PETITJEAN, sans qui ce séjour n'aurait pu avoir lieu, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de ce projet.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à Monsieur Benoît KAFANDO, mon tuteur de stage, pour son accueil chaleureux, pour m'avoir intégré au sein de la structure et du temps qu'il m'a consacré tout au long de cette période, répondant à mes interrogations.

Merci également à la cellule projet, particulièrement à Mesdemoiselles Jessica NARDONE et Christiane OUEDRAOGO, ainsi qu'à tout le personnel de la Direction des Etudes et de la Planification qui font de cet espace un lieu accueillant et agréable.

Merci à mes compagnons de bureau, Messieurs Ismaël ILBOUDO et Philippe WENMENGA pour leurs conseils et leurs amitiés.

Je remercie le personnel de l'EHESP, Mesdames Régine MAFFEI, Laurence HOUARI et Anne ROCHER pour leurs aides précieuses à la préparation de ce projet.

Ce travail n'aurait pas été possible sans les personnes qui m'ont ouvert leurs structures et ont su se rendre disponible pour répondre à mes questions, qu'ils en soient tous chaleureusement remerciés.

Je remercie tous les amis rencontrés au Burkina Faso qui ont apporté une aide essentielle à mon intégration et à la réussite de cette expérience à l'étranger.

Mes dernières pensées vont à ma famille, à mes parents, mon frère et ma sœur, qui ont su me soutenir malgré la distance, ainsi qu'à la famille DERME sans qui ce séjour n'aurait pas été le même et qui m'ont offert des souvenirs inestimables.

Réaliser ce stage a été une expérience professionnelle et humaine, que j'ai vécue avec plaisir et qui m'a permis de me conforter dans mon projet professionnel.

Sommaire

Liste des sigles utilisés.....	1
Introduction	2
Première partie : Présentation du contexte de l'étude.....	9
1. Caractéristiques générales du Burkina Faso.....	9
1.1. Le Burkina Faso, un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest.....	9
1.1.1. Surmonter les contraintes du territoire.....	9
1.1.2. Tentatives d'émergence sur la scène internationale.....	10
1.2. Profil socioéconomique d'un pays les moins avancés	10
1.2.1. Croissance démographique soutenue et pauvreté généralisée	11
1.2.2. Une nation pluriethnique	11
1.2.3. Une économie vulnérable et déséquilibrée.....	12
1.2.4. Une urbanisation toujours plus importante	13
1.3. Ouagadougou : une capitale macrocéphale.....	14
1.3.1. Organisation politique et administrative de Ouagadougou.....	14
1.3.2. Des indicateurs plus favorables que le reste du pays.....	15
1.3.3. Une croissance urbaine importante qui soulève de nouveaux enjeux de Santé Publique.....	15
1.4. Profil épidémiologique du Burkina Faso	16
1.4.1. Des indicateurs sanitaires relativement faibles, marqués par une différence entre Ouagadougou et le reste du pays.....	16
1.4.2. Les enjeux sanitaires du Burkina Faso.....	17
2. Le système de santé burkinabè : une structure héritée de la période coloniale et influencée par les politiques internationales..	18
2.1. La reproduction du modèle occidental.....	18
2.2. La stratégie des soins de santé primaires et la conférence d'Alma-Ata	18
2.3. Un revirement libéral : l'Initiative de Bamako.....	20
2.4. Les réformes récentes	21
2.5. Organisation de l'offre de soins.....	21
3. La décentralisation administrative et sanitaire	22
3.1. Le concept de décentralisation.....	22
3.2. La décentralisation administrative.....	22
3.3. La décentralisation sanitaire	24
3.4. Le transfert de compétences.....	25
4. Le projet Paris-Bamako-Ouagadougou	27
4.1. Présentation du projet	27
4.2. Les objectifs du projet	27
4.3. Les acteurs du projet.....	28
4.4. Les grands axes du projet et les actions planifiées	29
5. La planification sanitaire et le plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou : une réponse territoriale aux besoins de santé	30
5.1. La planification sanitaire	30
5.1.1. La démarche de planification.....	30

5.1.2. Le plan comme outil de la planification.....	30
5.1.3. Facteurs de réussite de la mise en œuvre du plan	31
5.2. Le PCDS de la commune de Ouagadougou	32
5.2.1. L'élaboration du PCDS : une action concertée	32
5.2.2. Le diagnostic situationnel	35
5.2.3. La mise en œuvre d'une politique sanitaire communale entraîne des changements majeurs dans l'organisation locale.....	36
 Deuxième partie : Préparation et déroulement de l'étude.....	38
 1. Mode et outil de recueil de l'information : une approche qualitative	38
1.1. Revue de littérature et collecte de l'information déjà existante.....	38
1.2. Entretiens exploratoires avec les personnes ressources	38
1.3. Entretiens semi directifs.....	39
1.4. Observation participative	40
2. Le recueil des données.....	40
3. Traitement de l'information	41
2.1. L'analyse de contenu.....	41
2.2. Construction de l'analyse thématique.....	41
4. Difficultés rencontrées	42
 Troisième partie : Analyse des résultats.....	44
 1. Le point de vue des acteurs	44
1.1. Le processus participatif : clé de voute de la motivation et de l'appropriation du plan par les acteurs	44
1.2. La délicate question des ressources financières	48
1.2.1. Une menace constante : l'incertitude du financement	48
1.2.2. Insuffisance de communication sur le transfert des ressources.....	49
1.3. Ambiguïté autour de la notion de compétence	Erreur ! Signet non défini.
1.4. La mise en œuvre du PCDS suscite une réflexion plus large sur l'organisation du système sanitaire communal	53
1.4.1. Légitimité de la commune à agir en santé	53
1.4.2. Une organisation à restructurer	54
1.4.3. Des relations cordiales à renforcer	55
1.5. Un engagement politique marqué pour les problématiques de santé qui pourrait être déstabilisé par un changement politique lors des prochaines élections	56
2. Outil d'analyse stratégique SWOT	57
 Discussion.....	60
 Sources et bibliographie.....	62
 Annexes.....	69

Liste des sigles utilisés

APD	Aide Publique au Développement
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
COGES	COmité de GESTion
CSLP	Cadre Stratégie de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAFB	Direction des Affaires Financières et du Budget
DAS	Direction de l'Action Sanitaire
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DRI	Direction des Relations Internationales
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECD	Equipe Cadre du District
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FFOM	Forces – Faiblesses – Opportunités - Menaces
FODECOM	FOND de DEMarrage des COMMunes
ICP	Infirmier Chef de poste
IDH	Indice de Développement Humain
MCD	Médecin Chef de District
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONTB	Office Nationale du Tourisme Burkinabè
PBO	Paris-Bamako-Ouagadougou
PCDS	Plan Communal de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Pays les moins avancés
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SAGEDECOM	Service d'Appui à la GESTion et au DEVELOppement COMMunal
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable
SSP	Soins de Santé Primaires
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SWOT	Strengths – Weaknesses – Opportunities - Threats
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africain

Introduction

Pendant longtemps, a dominé l'idée que le développement était nécessaire à l'amélioration de l'état de santé des populations¹, car l'augmentation des revenus permettait l'amélioration des conditions alimentaires et d'hygiène, d'accès aux soins et du niveau de vie en général. La réciprocité de la relation entre la santé et le développement est progressivement établie². La santé améliore la productivité et l'absence de frais liés à la santé permet de libérer des ressources supplémentaires, d'accélérer la transition démographique, d'investir dans le capital humain... Le bénéfice de la santé sur le développement économique a été soutenu par Jeffrey Sachs qui reconnaît que « *l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme*³. »

Aujourd'hui, la santé est au cœur des dispositifs de développement, elle fait partie des secteurs prioritaires des bailleurs de fonds internationaux et des organismes internationaux de développement. En témoigne, les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), promus par les Nations Unies, visant à réduire l'extrême pauvreté dans le monde d'ici 2015, inscrivent quatre des huit objectifs dans la dimension sanitaire. Il en est de même pour la stratégie de croissance accélérée pour le développement durable (SCADD) 2011-2015 de la Banque Mondiale qui accordent une place importante au secteur de la santé.

La politique de décentralisation est reconnue comme un moyen d'atteindre les OMD et elle est soutenue par toutes les institutions internationales⁴. Le Mali et le Burkina Faso sont engagés dans des processus de déconcentration / décentralisation depuis plus de dix ans en vue d'apporter une réponse plus satisfaisante aux besoins des populations. La santé primaire fait partie des secteurs délégués aux collectivités locales, la politique nationale restant fixée par l'Etat. Ce transfert de compétences nécessite une bonne coordination entre les structures de l'Etat et celles des collectivités territoriales.

Face à ces nouveaux défis, la municipalité de Ouagadougou et la mairie du district de Bamako se sont associées à la ville de Paris pour bénéficier de son expertise dans le domaine de la gestion des services de santé municipaux. Cette démarche s'est effectuée

¹ MOATTI J.P. et VENTELOU B., 2009. « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation ». *Revue économique*, vol. 60, pp. 241-56.

² SEN A., 2000. *Santé et développement*. Bulletin de l'OMS, recueil d'article n°2, OMS.

³ SACHS J., 2002. *Macroéconomie et santé ; Investir dans la santé pour le développement économique*, Rapport de la commission macroéconomie et santé, Genève : OMS.

⁴ OUEDRAOGO M., MILLOGO E., GUIRE M., et al., 2009. *Les capacités des communes rurales au Burkina Faso : naviguer entre l'apprentissage et le pré-requis*. Sous la direction de SANOU B.W., HILHORST T. Amsterdam : KIT Publishers, 76 p.

dans le cadre d'un appel à propositions de la Commission Européenne, intitulé « *Les acteurs non étatiques et les autorités locales dans le développement* ». Le programme de coopération entre Paris, Bamako et Ouagadougou (PBO), prévu sur 3 ans, a débuté le 1^{er} janvier 2010.

Le projet PBO accompagne les villes de Ouagadougou et Bamako dans la mise en œuvre des réformes de décentralisation. L'enjeu majeur du projet est de créer une synergie entre les différents acteurs de santé et de favoriser une meilleure gouvernance des systèmes de santé primaire au niveau territorial.

Le projet PBO a été élaboré en partenariat avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) qui intervient en tant qu'expert en Santé Publique sur le dispositif général et, est membre du comité de pilotage. La collaboration s'est établie tout au long du projet, l'EHESP intervenant en mission d'appui pour les différentes activités prévues dans le projet. C'est dans le cadre de ce partenariat que j'ai pu effectuer mon stage au sein du projet PBO.

Pour répondre à ses objectifs, le projet dispose de structures et de personnes qualifiées dans chaque ville. C'est au sein de la cellule projet de Ouagadougou que j'ai réalisé mon stage, dans le cadre de l'activité « *définition concertée de plans communaux de développement sanitaire, consultation des populations et ajustement des diagnostics, des priorités et des outils* » du projet et plus précisément à propos de l'action « *élaboration de plans locaux de santé et aide à leur initiation* ».

Au-delà d'un intérêt personnel pour l'Afrique subsaharienne, réaliser mon stage au sein d'un projet novateur et pertinent⁵ de coopération⁶ m'a permis d'appliquer sur le terrain les connaissances acquises jusqu'alors, tout en découvrant le système de santé d'un pays en développement. De plus, les missions confiées m'ont permises d'acquérir des compétences en matière de santé urbaine, de décentralisation et de planification du système de santé. Cette expérience a conforté mon choix d'inscrire mon projet professionnel dans la dimension internationale. Ma volonté de m'orienter vers la gestion de projet en santé publique dans les pays en voie de développement rend ce stage pertinent et très enrichissant.

⁵ La pertinence du projet PBO provient de son adéquation avec le contexte des pays dans lequel il est mis en œuvre et avec les OMD et la SCADD et l'innovation résulte de sa volonté participative des acteurs au projet, démarche encore faiblement adoptée dans les projets de coopération mais qui est cependant valorisée par les institutions internationales.

⁶ Avec la valorisation des échanges Nord/Sud et Sud/Sud

Problématique

En tenant compte de la mission qui m'a été confiée, les questionnements et les recherches effectuées à partir des travaux existants m'ont permis de dégager une problématique générale : quels sont les éléments à considérer pour garantir la réussite de la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire (PCDS), en termes d'implication des acteurs du système de santé communal à Ouagadougou ?

Objectif principal

La stage consistait à intégrer la cellule projet et à mener une étude afin d'identifier les leviers et les difficultés relatives à l'implication des acteurs dans la mise en œuvre du PCDS de la ville de Ouagadougou.

Objectifs secondaires/opérationnels

Pour se faire, des objectifs opérationnels ont été fixés :

- Analyser les principales stratégies et rôles définis dans le PCDS en identifiant les acteurs pertinents. Cette identification s'effectue à une recherche documentaire et avec l'aide de l'Equipe Projet.
- Recueillir le point de vue des acteurs quant au PCDS en tant qu'outil et par rapport à la mise en œuvre des activités.
- Analyser les données recueillies, à travers le modèle SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ou FFOM (Forces – Faiblesses – Opportunités – Menaces)
- Emettre des recommandations, préconisations à destination de la cellule projet PBO et des instances en charge de la mise en œuvre et du pilotage du PCDS.

Les termes de références de mon stage ont été élaborés avec mon tuteur de stage, Monsieur Kafando, mon directeur de mémoire, Docteur Petitjean et moi-même en tenant compte du calendrier des activités du projet et des besoins exprimés par la cellule projet. L'un des objectifs principal de PBO est le renforcement des capacités des communes en matière de santé, le projet accorde une dimension centrale aux ressources humaines, il est donc pertinent d'inscrire la mission de stage dans cette perspective. Ce sujet est apparu compte tenu de l'importance de l'implication des acteurs pour la réussite de la mise en œuvre du PCDS.

Hypothèses de travail

La littérature scientifique établie que la réussite et la légitimité d'un plan local va dépendre de l'implication et de la volonté des acteurs⁷. Au cours de mes travaux préparatoires, j'ai pu identifier plusieurs composantes de l'implication des acteurs. En collaboration avec mon directeur de stage, j'ai pris le parti de définir l'implication des acteurs en six catégories : l'engagement politique, la motivation des acteurs, la compétence des acteurs, le financement, l'organisation institutionnelle et la coordination des acteurs.

Les hypothèses retenues sont, compte tenu des éléments théoriques et empiriques, qu'ils existent, en termes d'implication des acteurs du système de santé communal, un panel de leviers et de difficultés de la mise en œuvre du PCDS.

Il s'agit de vérifier la validité de ses hypothèses afin de savoir sur quels éléments le projet va pouvoir s'appuyer et au contraire sur lesquels il va falloir mener des actions afin de ne pas entraver et compromettre la bonne mise en œuvre du plan.

Tableau n° 1 : Présentation des différentes hypothèses étudiées pendant le stage

	Leviers/forces	Difficultés/faiblesses
Engagement politique	<ul style="list-style-type: none">- La mairie et le maire de la commune de Ouagadougou se sont engagés volontairement dans le projet PBO.- L'intérêt pour le projet a été marqué à plusieurs reprises par la mairie.- Mobilisation importante des élus locaux lors des ateliers d'élaboration du plan.	<ul style="list-style-type: none">- Prochaine élections municipales en novembre 2012. Si changement, de pouvoir alors il y a une incertitude autour de la volonté politique des prochains responsables politiques.
Motivation des acteurs	<ul style="list-style-type: none">- La volonté de concertation et d'implication des acteurs, mise en avant tout au long du processus d'élaboration du plan favorise son appropriation.	<ul style="list-style-type: none">- L'insuffisance de motivation des acteurs, notamment des agents de santé.- Les rôles, les fonctions, prérogatives de chacun dans la mise en œuvre du plan ne sont pas encore clairement définies. L'interprétation personnelle reste importante est sera inégale selon la volonté des acteurs.
Financement	<ul style="list-style-type: none">- Mobilisation de nouveaux financements (le plan peut-être utilisé comme un objet marketing qui permet	<ul style="list-style-type: none">- Aucun budget <i>a priori</i> n'a été établi par la mairie pour la mise en œuvre du plan.

⁷ DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE (DIV). 2007. *Ateliers Santé Ville*. Saint-Denis : les éditions de la DIV.

	de lever des fonds).	
Organisation institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de services municipaux en lien avec la santé (direction de la propreté, centre municipal bucco-dentaire, maison communale pour les jeunes de Ouagadougou, etc.) - Le transfert des compétences est effectif. - Au niveau de la commune, réflexions antérieures au PCDS en matière de santé, grâce à l'existence d'une direction de l'action sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Les statuts des agents des formations sanitaires ne sont pas encore unifiés. - Faiblesse structurelle de la direction de l'action sanitaire (manque d'opérationnalité).
Coordination des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - L'expérience de la gestion communautaire va faciliter la mise en œuvre de certains axes stratégiques. - Liens existants avec la Direction régionale de la santé - Les différentes instances de délibérations organisées par le projet PBO (conférences locales de santé, ateliers d'élaboration du plan...) ont favorisé les liens entre les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de coordination des activités entre les acteurs (commune, district, direction régionale de la santé, Ministère de la santé, associations, etc.) Par l'absence d'instance de coordination des différents acteurs. - Importance du secteur informel ⇒ beaucoup d'acteurs ne sont pas pris en compte dans le processus.
Compétences des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Opérationnalité des équipes cadres de district - Expérience des médecins chefs de district dans la gestion de district - Nombreuses ONG/associations sur lesquels s'appuyer pour la mise en œuvre du plan, notamment en matière d'éducation et de promotion de la santé - La volonté de concertation et d'implication des acteurs, mise en avant tout au long du processus d'élaboration du plan favorise son appropriation 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de compétences des certains acteurs pour participer de manière effective à la mise en œuvre du plan - Absence de culture commune de santé publique dans la commune de Ouagadougou - Insuffisance de culture et de compétences en management de la direction de l'action sanitaire

La population d'étude

La population d'étude ou population cible est la population sur laquelle s'applique les hypothèses et sur laquelle on veut recueillir de l'information. Il faut la distinguer de la population source, c'est-à-dire, la population sur laquelle on peut recueillir l'information.

Une des missions de mon stage, consistait à identifier les acteurs pertinents pour la mise en œuvre du plan communal et ainsi constituer la population d'étude. Compte tenu des éléments empiriques et théoriques, on peut distinguer deux types d'acteurs :

- Les **acteurs opérationnels du système de santé**, sont les agents qui travaillent au sein de structures prodiguant des soins. Compte tenu de l'organisation du système de soins burkinabè, les éléments pertinents retenus sont le médecin-chef de district (MCD) de l'équipe cadre de district (ECD), le personnel des centres de santé et de promotion sociale (CSPS), c'est-à-dire les infirmiers chef de poste (ICP) et éventuellement leurs adjoints et les membres des comité de gestion (COGES)⁸.

Bien que le transfert de compétences ne concerne que les CSPS publics, étant donné la diversité de l'offre de soins à Ouagadougou, il est pertinent d'intégrer les agents des formations sanitaires privées, des associations/ONG et les tradipraticiens. Car ces acteurs sont directement concernés par la politique communale sanitaire, dont le plan est l'outil stratégique. En tant qu'acteurs de santé, ils ont également un rôle sur l'état sanitaire de la population communale.

- Les **acteurs institutionnels du système de santé**, sont les agents qui participent à l'organisation du système de santé et à la décentralisation. A la lecture des textes relatifs à la décentralisation ainsi que les documents produits par le gouvernement⁹, les acteurs pertinents retenus sont les élus locaux¹⁰ et les cadres administratifs des collectivités territoriales. Cette dernière catégorie concerne les agents de la direction régionale de la santé (DRS) et ceux des différents services municipaux qui seront mobilisés pour la mise en œuvre du plan. Dans une approche multisectorielle et globale de la santé, il s'agit de la direction de l'action sanitaire (DAS), de la direction des études et de la planification, de la propreté, du centre de santé municipal bucco-dentaire, des affaires financières et du budget

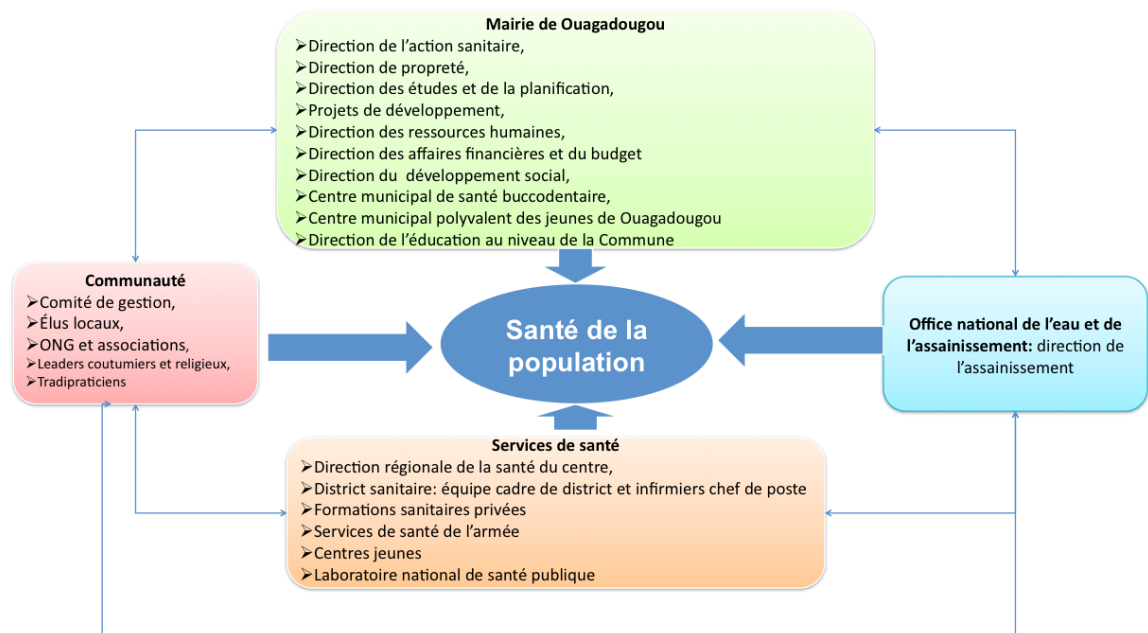
⁸ Selon l'article 2 du Décret n°95-462/PRES/MS/MEFP/MAT du 31 octobre 1995 portant Statuts des Comités de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat. Le Comité de gestion du CSPS est « un organe de gestion participative Etat-Communauté à but non lucratif ». Il a pour mission d'assurer le fonctionnement efficace du CSPS ; promouvoir la pleine participation de la communauté aux activités sanitaires ; assurer l'accessibilité de tous aux soins de santé ; assurer le paquet minimum d'activité ; élaborer et adopter le micro plan annuel et le budget de la formation sanitaire.

⁹ SECRETARIAT GENERAL DU PREMIER MINISTRE, 2010. Guide pour l'exercice des compétences et la gestion des ressources transférées de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé.

¹⁰ L'organisation de la mairie centrale et des mairies d'arrondissements se présente comme suit : le maire, les adjoints au maire, les présidents de commissions (affaires économiques et financières, affaires générales et environnement et développement local) et les conseillers municipaux.

et du secrétariat général. Les services cités pourront être mobilisés pour le transfert de ressources ou pour travailler en partenariat avec le service de santé pour la mise en œuvre du PCDS (voir en annexe les fonctions des différentes directions).

La sélection de la population source, s'est effectuée en tenant compte de l'organisation administrative et territoriale de la ville, c'est-à-dire par arrondissement.



Source: KAFANDO B., PETITJEAN F., DJIGUEMDE P.A., et al. 2012. « Les conférences locales de santé, un processus participatif pour l'élaboration d'une politique de santé de la commune de Ouagadougou ». *Journée Scientifique de la Santé de Bobo (JSSB)*, Bobo-Dioulasso.

Graphique n°1: Identification des principaux acteurs intervenant dans la mise en oeuvre du PCDS

Première partie : présentation du contexte de l'étude

1. Caractéristiques générales du Burkina Faso

1.1. Le Burkina Faso, un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest

1.1.1. Surmonter les contraintes du territoire

Le Burkina Faso, pays situé entre le désert du Sahara et la forêt tropicale s'étend sur une superficie de **274 200 km²**. Il est entouré du Mali au nord, du Niger à l'est, du Bénin au sud-est, du Togo et du Ghana au sud et de la Côte d'Ivoire au sud-ouest. Sans accès à la mer, il se situe à 500 km des côtes du Golfe de Guinée¹¹.

Le Burkina Faso est un pays du Sahel, les pluies y sont donc substantielles. Le climat, de type tropical est marqué par deux saisons : la saison sèche et la saison des pluies¹².



Source : Dessous de cartes.

[Internet] : <http://www.arte.tv/fr/BURKINA-FASO/392,CmC=498834,view=maps.html>

Carte n°1: Carte du Burkina Faso et de l'Afrique de l'Ouest

¹¹ Dessous de cartes (consulté le 24/01/2012). [Internet] : <http://www.arte.tv/fr/BURKINA-FASO/392,CmC=498834,view=maps.html>

¹² KLOTCHKOFF J.C., 2008. *Le Burkina Faso*. Paris : Ed. Jaguar, Coll. Aujourd'hui, 270 p.

1.1.2. Tentatives d'émergence sur la scène internationale

Afin de surmonter les contraintes liées à l'enclavement, le Burkina Faso a développé une stratégie visant à s'imposer comme pôle régional au sein de l'Afrique de l'Ouest. Trois axes constituent le socle de l'action diplomatique du Burkina Faso : la consolidation de la place du pays en Afrique et dans le monde, la promotion de la paix et de la sécurité en Afrique et dans le monde et la contribution du Burkina Faso à l'intégration régionale.

Le Burkina Faso entretient d'assez bonnes relations avec les pays donateurs membres de l'Union Européenne (UE), le Canada et les Etats-Unis. Il s'illustre par un **politique étrangère ouverte et volontariste**. Il cherche à s'affirmer comme **médiateur et facilitateur en l'Afrique de l'Ouest**. Le Président, Blaise Compaoré s'est positionné sur différentes crises ouest africaines (notamment Togo et Guinée)/ Le Burkina Faso se veut moteur de **l'intégration régionale** : il fait partie de plusieurs organisations régionales dont la Communauté économique des états de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union économique et monétaire ouest africain (UEMOA).

Le pays a développé une **politique de rayonnement** à travers l'organisation d'évènements tels que le festival panafricain du cinéma et de la télévision de Ouagadougou, le salon international de l'artisanat de Ouagadougou – plus grande manifestation artisanale du continent africain - et une politique de marketing urbain, comme l'illustre l'émergence du quartier « Ouaga 2000 », qui réunit centres de conférences, hôtels de standing et ambassades¹³.

1.2. Profil socioéconomique d'un pays les moins avancés (PMA)

Le Burkina Faso appartient en terme de développement économique et social à un **PMA** : revenu par habitant faible, taux d'alphabétisation faible, taux de natalité et de mortalité élevés, vulnérabilité économique... Le pays tend à progresser mais il lui reste un long chemin à parcourir^{14,15}.

¹³ Promotion Valparaiso, MASTER INGENIERIE DES SERVICES URBAINS EN RESEAUX DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT, 2012. *Rapport Ouagadougou*, Rennes : Sciencespo Rennes (Non publié)

¹⁴ ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, *Burkina Faso : Perspectives économiques en Afrique* (consulté le 13/02/2012). [Internet] : <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/40568810.pdf>

¹⁵ BANQUE MONDIALE, 2010. *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015*. [Internet] : http://www.unpei.depiweb.org/PDF/Burkina_Faso_PRSP_2011.pdf

1.2.1. Croissance démographique soutenue et pauvreté généralisée

La population du Burkina Faso est estimée à 15 730 977 habitants¹⁶. Avec un **taux de croissance démographique de 3,1 %**, le pays n'est qu'à la première étape de sa transition démographique et un accroissement important de la population au cours des prochaines années est à prévoir. Il enregistre un des taux de fécondité les plus élevés d'Afrique de l'Ouest, environ 6,2 enfants/femme¹⁷.

La structure de la population burkinabè est marquée par **l'importance des moins de 15 ans**, qui forment environ 48 % de la population.

Le Burkina Faso est un des pays les plus pauvres de la planète avec 46 % de la population vivant en dessous du **seuil de pauvreté** et un PIB/habitant parmi les plus faibles de l'Afrique de l'Ouest¹⁸. En 2010, le classement **indice de développement humain (IDH)** réalisé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) le place à la 161^{ème} position sur 169 pays avec un score de 0,305¹⁹.

Malgré une politique de scolarisation, qui a permis d'atteindre un **taux brut de scolarisation** de 76,0 %, **l'analphabétisme** reste important avec seulement 28,3 % de la population de plus de 15 ans sachant lire et écrire. De plus, il faut souligner un important écart entre les hommes et les femmes (respectivement 36,7 % et 21,0 %) et entre le milieu rural et urbain. Des progrès futurs dans le domaine devraient être enregistrés au cours des prochaines années grâce à la mise en œuvre d'une politique dans ce domaine²⁰.

1.2.2. Une nation pluriethnique

Le Burkina Faso est un pays dans lequel cohabite une **soixantaine d'ethnies**, chacune ayant sa langue, ses coutumes... Outre le français, seule langue officielle, les langues les plus parlées sont le mooré (environ 50 % de la population le parle), le dioula (langue du commerce parlée dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, environ 8 % de la population) et le peul.

¹⁶ Projection suite au recensement exhaustif de la population réalisé en 2006

¹⁷ MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), juillet 2011. *Annuaire statistique 2010*. 204 p. [Internet] : http://www.sante.gov.bf/images/stories/pdf/annuaire_statistique_sante_2010.pdf

¹⁸ Cf. Annexe n°1.

¹⁹ BANQUE MONDIALE, *op.cit.*

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), juin 2011. *Tableaux de bord 2010*. 80 p.

[Internet] : http://www.sante.gov.bf/images/stories/pdf/Tableau%20de%20bord%202010_amendements%20final%20du%2015-11%202011.pdf

Selon les estimations, environ 30 à 40 % de la population serait musulmane et 15 à 20 % chrétienne. Cependant, les croyances animistes persistent dans la majorité de la population, même chez les convertis²¹.

Contrairement à d'autres pays africains, le Burkina Faso ne connaît pas de violences interethniques.

1.2.3. Une économie vulnérable et déséquilibrée

Tableau n°2 : Situation économique du Burkina Faso

	Burkina Faso
PIB en Mds \$ (2010)	8,8
PIB par habitant en parité de pouvoir d'achat en \$ (2010)	1360
Taux de croissance du PIB (2010)	5,7
Dette extérieure en % du PIB (2010)	25
Ratio de la population vivant sous le seuil de pauvreté nationale % de la population totale (2010)	46,4
Coefficient de Gini ²² (2005)	0,395
Aide publique au Développement (APD) nette reçue en % du PIB (2009)	13,5
IDH (2010)	0,305

Source : Banque Mondiale/PNUD

Le Burkina Faso souffre de **faiblesses structurelles** qui se traduisent par des déséquilibres économiques chroniques. Le bilan des **programmes d'ajustement structurel qui se sont succédés de 1991 à 2002** est mitigé. La SCADD 2011-2015 de la Banque Mondiale a pris le relais des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) adoptés depuis 2000²³. Si des améliorations sensibles sont perceptibles, les défis demeurent très importants.

Trois handicaps majeurs pour l'économie du pays peuvent être développés :

- **La déforestation** dégrade une économie qui repose essentiellement sur le secteur agricole, entraînant une baisse de la production céréalière, un appauvrissement des sols, la sous nutrition, etc. ;

- **La forte dépendance au coton**, premier produit d'exportation du pays, peut menacer l'équilibre du pays, car de nombreux facteurs sont susceptibles de menacer cet équilibre : fluctuation des pluies, des cours mondiaux, concurrence des autres pays ;

²¹ OFFICE NATIONAL DU TOURISME BURKINABE (consulté le 24/01/2012). [Internet] :

http://www.populationdata.net/index2.php?option=pays&pid=35&nom=burkina_faso

²² Le coefficient de Gini est un indicateur permettant d'évaluer la répartition des revenus, c'est un indicateur d'égalité.

²³ BANQUE MONDIALE, *op.cit.*

- **L'enclavement** entraîne des coûts des transports plus élevés qui rend les produits moins compétitifs pour l'exportation. Cette situation rend également le pays dépendant de la situation des pays frontaliers (exemple : pendant la crise en Côte d'Ivoire, la ligne de chemin de fer a été fermée, coupant ainsi l'axe principal pour accéder au Golfe de Guinée).

Pays enclavé, pauvre en ressources naturelles et faiblement industrialisé, le Burkina Faso a une **économie fragile et vulnérable aux chocs exogènes** : chocs climatiques, fluctuations des cours des matières premières, conflit régional...²⁴ Malgré un taux de croissance annuel de 5 % entre 2000 et 2010²⁵, ce dernier reste très volatile et le Burkina Faso demeure fortement dépendant des apports en capitaux étrangers et notamment de l'APD, car le montant des investissements directs à l'étranger reste faible²⁶.

Le secteur agricole demeure prépondérant et emploie environ 85 % de la population active. Mais en 2010, la croissance du PIB a reposé essentiellement sur le dynamisme du secteur tertiaire et secondaire. Il faut souligner l'importance du secteur informel dans l'économie, particulièrement à Ouagadougou²⁷.

L'analyse du taux de chômage ou la part active de la population ne me semble pas particulièrement pertinent à présenter. En effet, compte tenu de l'importance du secteur informel, du travail ménager... qui ne sont pas intégrés dans ces statistiques, mais représentent pourtant une part très importante de l'activité économique.

1.2.4. Une urbanisation toujours plus importante

Le Burkina Faso est un pays à dominance rurale. En effet, environ 77 % de la population vit en zone rurale²⁸. Cependant, l'urbanisation est de plus en plus forte, essentiellement concentrée sur la capitale Ouagadougou. Une différence importante persiste en termes de développement, d'accès aux services de base, de pauvreté... entre les zones urbaines et les zones rurales.

²⁴ DESSOUS DE CARTES, *op.cit.*

²⁵ OCDE, *op.cit.*

²⁶ BANQUE MONDIALE, *op.cit.*

²⁷ OCDE, *op.cit.*

²⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Burkina Faso), 2011. *Annuaire statistique 2010, op.cit*

1.3. Ouagadougou : une capitale macrocéphale

Consacrée capitale des royaumes mossis en 1441 « Wogdo » (« venez m'honorer »), rebaptisée Ouagadougou par les colonisateurs qui l'élisent comme chef-lieu, Ouagadougou a toujours eu un rôle central dans l'histoire nationale²⁹.

En 50 ans, Ouagadougou a connu une augmentation importante de sa population, passant de 60 000 habitants en 1960 à plus de **1,5 million aujourd'hui**³⁰. Selon les estimations, on prévoit à 3 millions le nombre d'habitants en 2030. Cette hausse de la population entraîne une **extension spatiale importante**, en effet, face à la saturation du centre, la ville ne cesse de s'étendre et de repousser sa périphérie. La ville concentre environ 10 % de la population burkinabè. Le Burkina Faso se caractérise par la disproportion entre la taille de sa capitale et de ses autres « grandes villes ». On parle de la « **macrocéphalie** » de Ouagadougou³¹.

1.3.1. Organisation politique et administrative de Ouagadougou

Située au centre du pays, Ouagadougou est la capitale économique et administrative du Burkina Faso. Elle appartient à la région sanitaire et administrative du Centre et à la province de Kadiogo. De part sa taille et son activité économique, elle dispose d'un **statut particulier**. Les communes urbaines à statut particulier sont organisées en arrondissements regroupant plusieurs secteurs et villages³². Avant l'entrée en vigueur du décret portant sur le découpage de la capitale en 12 arrondissements et 55 secteurs³³, Ouagadougou compte 5 arrondissements³⁴ (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongremassom et Sig-Nonghin) subdivisés en 30 secteurs avec 17 villages rattachés^{35,36}.

²⁹ KLOTCHKOFF J.C, *op.cit.*

³⁰ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2010. *La région du centre en chiffre*, 7 p. [Internet] : <http://www.insd.bf/fr/>

³¹ Promotion Valparaiso, MASTER INGENIERIE DES SERVICES URBAINS EN RESEAUX DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT, *op.cit.*

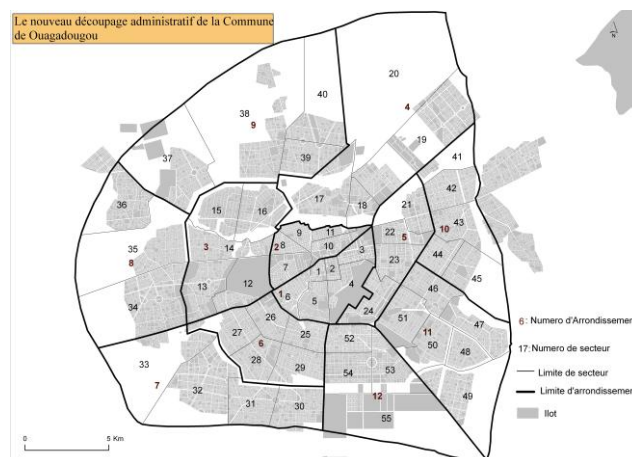
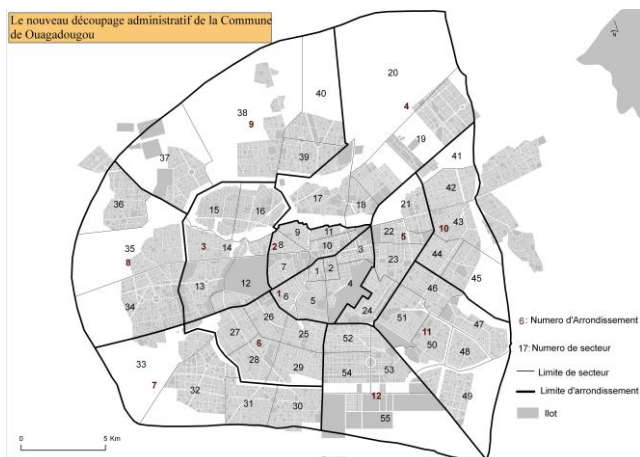
³² Art. 23 et 24. Loi n° 055-2004/AN portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso. JO spécial n°02 du 20 avril 2005

³³ Entrée en vigueur du nouveau découpage prévu en décembre 2012, en application de la loi 2009-065/AN

³⁴ Chaque arrondissement compte un maire d'arrondissement

³⁵ CENTRE D'EXCELLENCE EN PRATIQUE STATISTIQUE ET INFORMATIQUE (CEPSI), 2011. *Recensement des formations sanitaires primaires de la commune de Ouagadougou*. 115 p. (Non publié)

³⁶ Découpage encore en vigueur lors de la réalisation du stage



Source : Projet PBO. 2012. *Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017* (rapport provisoire, non publié)

Carte n°2 : Ancien et nouveau découpage administratif de Ouagadougou

1.3.2. Des indicateurs plus favorables que le reste du pays

Les rapports montrent que la région du Centre et Ouagadougou présentent, de façon générale une situation plus favorable que le reste du pays.

En effet, elle dispose de meilleurs indicateurs en termes de **scolarisation et d'alphabétisation** (60 % pour la région du Centre contre 28 % pour la moyenne nationale), de **pauvreté**³⁷ (22 % des Ouagalais vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 46,6 % sur l'ensemble du pays), **d'accessibilité aux services de base** (école, formations sanitaires, marché) et présente une situation sanitaire nettement supérieure à la moyenne nationale³⁸.

Bien que les indicateurs montrent une situation plus favorable au reste du pays, l'urbanisation croissante de Ouagadougou soulève de nouveaux problèmes et accroît la vulnérabilité des personnes.

1.3.3. Une croissance urbaine importante qui soulève de nouveaux enjeux de Santé Publique

Dans un contexte **d'urbanisation croissante**, Ouagadougou s'impose comme une capitale macrocéphale dont le développement exponentiel s'avère difficile à maîtriser, soulevant de nouveaux enjeux :

- L'extension de la ville et la **hausse de l'habitat spontané dans les zones périurbaines et non aménagées** de la capitale entraînent des défis colossaux en termes

³⁷ Le seuil de pauvreté est fixé à 82 672 francs CFA par personne et par an

³⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Burkina Faso). *Annuaire statistique 2010 et tableaux de bord 2010, op.cit.*

d'équipements collectifs et d'accès aux services urbains (et donc services de santé, mais aussi éducation, transports...), notamment pour les périphéries.

- Face à l'urbanisation galopante, les habitants doivent faire face à un **déficit croissant de logement et à l'augmentation du chômage.**

- **Nouveaux problèmes de Santé Publique** : il faut appréhender les questions d'insalubrité des logements, gestion des déchets, assainissement et traitement de l'eau, risque épidémique plus fort du fait de la proximité des individus, pollution de l'air, sécurité routière...

La mise en place de programmes sanitaires s'effectue dans un contexte d'urbanisation très fort, nécessitant un dispositif sanitaire renforcé, diversifié et convenablement réparti pour prendre en charge les besoins de santé des populations.

1.4. Profil épidémiologique du Burkina Faso

1.4.1. Des indicateurs sanitaires relativement faibles, marqués par une différence entre Ouagadougou et le reste du pays

Tableau n°3 : Situation sanitaire du Burkina Faso et de la région du Centre

	Burkina Faso	Région Centre
Espérance de vie à la naissance (en années) - 2006	56,7	
Taux brut de natalité (en %) - 2006	46,0	
Taux brut de mortalité (en %) - 2006	11,8	
Quotient de mortalité infantile	91,7	55,0
Quotient de mortalité juvénile	55,3	23,0
Quotient de mortalité infanto-juvénile	141,9	80,0
Rayon moyen d'action théorique (en km) - 2010	7,4	3,0
Ratio habitant/CSPS* - 2010	9 765,0	20 039,0
Taux d'accouchement assisté en district (en %) - 2010	73,5	87,4

* CSPS = Centre médical + CSPS + dispensaires isolés + maternités isolées

Source : MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), juillet 2011. *Annuaire statistique 2010*. 204 p. [Internet] : http://www.sante.gov.bf/images/stories/pdf/annuaire_statistique_sante_2010.pdf
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2010. *La région du centre en chiffre*, 7 p. [Internet] : <http://www.insd.bf/fr/>

Comme pour les autres indicateurs généraux, la région du Centre semble bénéficier d'une situation sanitaire plus favorable que les autres régions et présente pour la majorité des indicateurs des taux largement supérieurs à la moyenne nationale. De façon générale, la majorité de la population a recours aux CSPS. Dans la région Centre cet indicateur est moins puissant compte tenu d'une diversité de l'offre de soins plus importante.

1.4.2. Les enjeux sanitaires du Burkina Faso

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la **prédominance des maladies infectieuses, respiratoires et nutritionnelles**³⁹. Le paludisme reste la première cause de consultation (48,4 %), d'hospitalisation (63,4 %) et de mortalité (54,1 %) dans les formations sanitaires, en 2010⁴⁰. Le maintien des maladies infectieuses, tels que la méningite, la rougeole, le choléra, etc. entraîne chaque année des flambées épidémiques. La fréquence des infections sexuellement transmissibles et l'avancée du VIH/Sida sont également préoccupantes. Les maladies respiratoires sont la seconde cause de consultation, d'hospitalisation et de décès en 2010⁴¹. La malnutrition est à l'origine de nombreuses consultations et hospitalisations et engendre des anémies, retard de croissance chez les enfants ou des insuffisances pondérales. Il ne faut toutefois pas négliger **l'accroissement des maladies chroniques** tels que le diabète, l'hypertension artérielle qui introduit de nouvelles problématiques en termes de prise en charge.

La santé maternelle demeure une question fondamentale et fait l'objet d'une attention soutenue ces dernières années avec la mise en place de programmes spécifiques permettant la gratuité des soins des femmes enceintes.

Le Burkina Faso reste confronté à des problèmes récurrents tels que **le déficit des ressources humaines en santé, l'insuffisance en quantité et en qualité des infrastructures et la question de l'accessibilité géographique et financière des populations aux services sanitaires.**

Il ne faut pas négliger le recours important d'une large frange de la population à **la médecine traditionnelle** qui joue pleinement son rôle dans le système sanitaire⁴². Pour cette raison, il est essentiel d'intégrer les tradithérapeutes à la réflexion engagée sur la structuration de l'espace sanitaire municipal.

³⁹ MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso). *Annuaire statistique 2010 et tableaux de bord 2010*, op.cit

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Commune de Ougadougou, 2012. *Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017* (rapport provisoire, non publié)

2. Le système de santé burkinabè : une structure héritée de la période coloniale et influencée par les politiques internationales

Selon R. Monné, l'évolution du système de santé burkinabè peut-être appréhendée en quatre étapes⁴³.

2.1. La reproduction du modèle occidental

De l'indépendance (1960) au milieu des années 70 : cette période est marquée par la **reproduction de la médecine occidentale** dominée par l'hospitalo-centrisme, l'approche sectorielle, la valorisation des programmes verticaux et l'approche curative. A cette époque la santé est gratuite et prise en charge par les Etats⁴⁴.

2.2. La stratégie des soins de santé primaires (SSP) et la conférence d'Alma-Ata

En 1978, est promulguée la **déclaration D'alma-Ata**⁴⁵. Elle promeut la **valorisation des soins de santé primaires**⁴⁶ et elle est proposée comme un guide pour mener les politiques de santé dans les pays en développement⁴⁷. Cette stratégie a été élaborée suite à la reconnaissance de l'inadaptation des modèles sanitaires occidentaux face à la réalité des pays émergents. La stratégie des SSP est élaborée en vue de répondre davantage aux besoins de la majorité de la population tout en considérant les ressources (financières,

⁴³ MONNE R, « Politiques publiques de santé au Burkina Faso : Contexte historique, institutionnel, politique et socioculturel ». In MAISON INTERNATIONALE DE RENNES, *Politiques publiques de santé au Burkina Faso et méthodologie de projet de santé*, 26 juin 2010, Rennes.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1978. Charte d'Alma-Ata. [Internet] : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french

⁴⁶ Les SSP sont définis par l'OMS (1978) comme « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* ».

⁴⁷ Selon BARBIERI M. et CANTRELLE P., les objectifs d'une politique de santé sont « *de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction, d'une part, de cet état de santé et, d'autre part, des moyens disponibles.* » Une politique de santé doit identifier les priorités, déterminer les objectifs à atteindre, définir les instruments mobiliser pour la politique et instaurer une structure institutionnelle. En se référant à cette définition, on peut dire que la stratégie de soins de santé primaires est la première politique de santé élaborée et préconisée par l'OMS. BARBIERI M., CANTRELLE P., 1991. « Politiques de santé et population ». In VIMARD P., GENDREAU F., *Politique de population*, ORSTOM, pp. 51-65.

humaines, matérielles) disponibles des pays émergents⁴⁸. La déclaration repose sur une **approche globale de la santé**. La stratégie des SSP s'appuie sur un important personnel de santé « de base » engagé pour prodiguer les soins essentiels, notamment sur les employés paramédicaux, infirmiers et médecins traditionnels⁴⁹. La vision démedicalisée de la santé permet de déléguer certaines tâches et responsabilités au personnel « non médical »⁵⁰. La stratégie des soins de santé primaire **s'appuie sur le développement de la prévention, valorise le rôle des communautés et reconnaît les médecines traditionnelles**. Cette position traduit l'idée que le développement repose sur *l'empowerment*, la « *capacité des populations* » à mobiliser leurs ressources, acteurs de leur évolution. La perspective soutenue ici est donc celle du développement endogène⁵¹. La déclaration d'Alma-Ata est très bien accueillie par les représentants des pays du Sud et de nombreux Etats vont construire leur programme sanitaire selon cette proposition. La déclaration d'Alma-Ata propose dans le cadre de son programme l'organisation et la structuration du système de santé dans les pays émergents, qui devait soutenir l'objectif de « *la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Cette conception de « *la santé pour tous* » suppose « *un libre accès aux soins et une égalité de traitement*⁵² » et des services sanitaires de base accessibles à l'ensemble de la population. Lors de la conférence, est véhiculée une conception interventionniste de l'Etat : la gestion étatique de la santé par un financement collectif, et obligatoire assure le maintien de l'intérêt général⁵³.

Seulement, cette politique va très vite se heurter aux obstacles économiques. Le développement des programmes d'ajustements structurels et de stabilisation ont des répercussions directes sur les dépenses sociales. Les restructurations budgétaires entreprises dans de nombreux Etats sont défavorables au budget de la santé⁵⁴. Le secteur manque de moyen de financement et les pénuries en ressources humaines, financières, matérielles et institutionnelles ne permettent pas d'assurer une politique de santé gratuite pour tous⁵⁵.

⁴⁸ BEIGBEDER Y., 1997. *L'OMS*. 1^{ère} édition, Paris : Puf, coll. Que sais-je?, 127p.

⁴⁹ Cette position suscitera d'ailleurs de vives critiques de la part des médecins occidentaux.

⁵⁰ DOZON J-P., 1987. « Ce que valoriser les médecines traditionnelles veut dire ». *Politique Africaine*, n°28, ORSTOM, pp. 9-20

⁵¹ *Ibid.*

⁵² TIZIO S., FLORI Y.A., 1997. « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ». *Tiers-Monde*, tome 38 n°152. pp. 837-58.

⁵³ TIZIO S., 2004. « *Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ?* ». *Tiers-Monde*, tome 45, n°179, pp. 643-63.

⁵⁴ CISSE B., LUCHINI S., MOATTI J-P., 2004. « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED ». *Revue française d'économie*, vol 18, n°4, p. 111-149

⁵⁵ TIZIO S., FLORI Y.A., (1997), *op.cit.*

2.3. Un revirement libéral : l'initiative de Bamako

En 1987, dans un contexte de remise en cause de la gratuité des soins et de retour de l'idéologie libérale est adoptée l'**Initiative de Bamako**. Elle a comme objectif proclamé l'accès universel des SSP. Elle est une réponse aux restrictions budgétaires drastiques entraînées par l'application des plans d'ajustements structurels. La réforme propose d'agir sur le financement de la santé et sur l'organisation du système, les principes directeurs sont :

- **Le recouvrement des coûts** : « *la contribution des usagers aux coûts des services fournis par l'état*⁵⁶ ». La réforme vise à organiser la **tarification des soins** dans les structures de santé publiques par les usagers de ce système (*tarification à l'activité*). L'Etat se désengage du système de santé et le financement doit être assuré par les bénéficiaires des prestations sanitaires (*paiement à l'acte*). Cette politique s'appuie sur la régulation marchande⁵⁷.

- **Réorganisation du système de santé** : augmentation de la **participation communautaire** pour assurer le fonctionnement et la qualité des systèmes de santé. Le second processus mobilisé est la **décentralisation** du système qui consiste à transférer le pouvoir de l'Etat aux autorités locales. La décentralisation est présentée lors de la conférence comme un gage de d'indépendance, d'équité et d'efficacité⁵⁸. L'Initiative de Bamako incite également au développement d'une politique de médicaments essentiels génériques.

Aujourd'hui, les grands principes de l'Initiative de Bamako restent toujours en vigueur au Burkina Faso :

- le financement du système de santé est assuré par la tarification à l'activité et le paiement à l'acte (excepté dans certaines situations comme les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ou la prise en charge des indigents) ;
- les CSPS sont gérés de façon communautaire par les COGES ;
- le processus de décentralisation est amorcé avec la création des régions et districts sanitaires et la délégation de SSP aux collectivités locales.

⁵⁶ CISSE B., LUCHINI S., MOATTI J-P., (2004), *op.cit.*

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ TIZIO S., 2005. « Trajectoires socio-économiques de la régulation de systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle ». *Mondes en développement*, vol.33, n°131, pp. 45-58.

2.4. Les réformes récentes

Aujourd'hui, le système de santé burkinabè s'aligne aux discours des grandes institutions internationales qui encouragent :

- La **planification sanitaire**, en 2001 est adopté le premier **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)** couvrant une période de 10 ans. Un nouveau plan a été adopté pour la période 2011-2020. Le plan est un outil stratégique pour la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale. Il est intégré à la **SCADD** 2011-2015 de la Banque Mondiale.

- La politique sanitaire du Burkina s'est inscrite dans les **OMD** dont quatre des huit objectifs ont trait à la santé : éliminer l'extrême pauvreté et la faim, réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

- La poursuite du processus de **décentralisation** du système de santé ;

- Le renforcement des partenariats, notamment publics-privés avec l'adoption de la **Politique Nationale de Contractualisation** en 2008. L'une des finalités de la politique de contractualisation est de canaliser les apports des autres partenaires aussi bien nationaux qu'étrangers vers les objectifs du PNDS⁵⁹ ;

- La politique nationale tient compte de la **déclaration de Ouagadougou**, promulguée en 2008 lors de la conférence organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle a pour vocation de **réaffirmer les principes d'Alma-Ata**.

2.5. Organisation de l'offre de soins

Le système de santé burkinabé est composé de plusieurs strates sur le plan administratif et opérationnel.

Le décret du 28 janvier 1983 structure l'offre de soins en trois niveaux. L'organisation pyramidale des services de santé est une réponse à la stratégie des SSP :

- 1^{er} niveau de contact avec la population: les CSPS et les Centres Médicaux

- 2^{ème} niveau : les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale et les Centres Hospitaliers Régionaux

- 3^{ème} niveau doté d'une certaine autonomie : les Centres Hospitaliers Nationaux⁶⁰

⁵⁹ MONNE R., 2010, *op.cit.*

⁶⁰ Cette organisation est reprise dans l'article 13, Arrêté n°2003 109/MS/CAB Portant organisation, attributions et fonctionnement des structures déconcentrées du Ministère de la Santé

3. La décentralisation administrative et sanitaire

3.1. Le concept de décentralisation

La décentralisation est définie par D. Polton comme « *l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central*⁶¹ ». C'est un processus qui peut revêtir d'autres formes que le transfert de compétences à des collectivités territoriales. Plusieurs termes sont affiliés à la décentralisation, je ne présenterais ici que ceux qui ont trait au processus entrepris au Burkina Faso.

La **déconcentration** consiste en une délégation de pouvoir à des niveaux territoriaux plus bas, au sein des gouvernements centraux et des agences centrales. Le pouvoir central décide toujours pour les affaires locales, mais décide sur place, via ses services implantés sur le territoire, et non plus depuis le niveau central.

La **dévolution** (employé ici comme le terme « décentralisation » évoqué plus haut) consiste à confier des pouvoirs à des gouvernements territoriaux autonomes.

La décentralisation est une mesure appuyée par toutes les institutions internationales (Banque Mondiale, Fond Monétaire International, OMS...). Elle est perçue comme le moyen d'atteindre « *la bonne gouvernance* », de lutter contre les lourdeurs administratives et d'améliorer l'efficacité et la réactivité du système, en particulier sanitaire. La décentralisation serait un gage de croissance et de développement des pays émergents. Elle est un moyen d'atteindre les OMD et, est intégrée dans le CSLP.

3.2. La décentralisation administrative

Le Burkina Faso s'est engagé dans un processus de décentralisation/déconcentration des institutions politiques, économiques et sociales. L'organisation du territoire a été complètement redéfinie et se découpe en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 359 communes et 8000 villages⁶².

⁶¹ POLTON D., 2004. « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international ». *Revue française des affaires sociales*, vol.4, n°4, pp. 267-99.

⁶² Seules les régions et les communes sont des collectivités locales, dotées d'une personnalité morale et de l'autonomie financière. Les autres entités ne sont que des circonscriptions administratives



Source : OFFICE NATIONAL DU TOURISME BURKINABE. [Internet] :
http://www.populationdata.net/index2.php?option=pays&pid=35&nom=burkina_faso
 Carte n°3 : Carte administrative du Burkina Faso en 2007

Plusieurs instruments ont été élaborés pour encadrer le transfert de compétences.

- Les lois-cadres de décentralisation de 1993 institutionnalisent le processus de déconcentration/décentralisation.
- La loi d'orientation de 1998 énumère les principes de la décentralisation, porte sur les modalités d'intervention de l'Etat et répartit les compétences entre l'Etat et les autres acteurs⁶³.
- Le code général des collectivités territoriales, adopté en 2004, transforme les régions et les communes en collectivités territoriales dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière⁶⁴, c'est le principal texte qui régit la décentralisation au Burkina Faso.

⁶³ La loi n°040/98-AN portant orientation de la décentralisation. Il s'agit d'une loi qui fixe les principes de base de la décentralisation au Burkina Faso. La loi n°041/98-AN portant organisation de l'administration du territoire. Cette loi distingue les circonscriptions administratives (village- département- province) d'une part, les collectivités locales (commune, province) d'autre part. La loi n°042/98- AN portant organisation et fonctionnement des collectivités locales. Cette loi traite des organes de gestion (exécutif et délibérant) des collectivités locales, de l'administration locale, des représentants de l'Etat dans les collectivités locales, des organes consultatifs et de concertation. La loi n°043/98-AN portant programmation de la mise en œuvre de la décentralisation. Il s'agit d'une loi qui sert de tableau de bord avec un échéancier pour la mise en application effective des dispositions contenues dans les T.O.D

⁶⁴ Article 8, LOI N° 055-2004/AN portant sur le Code Général des collectivités territoriales du Burkina Faso.

- De nombreux arrêtés ministériels viennent étayer les modalités de mise en place du processus.

- Les décrets de 2003 portent sur le transfert des compétences et ressources de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé et sur les modalités de mise à disposition des agents de la fonction publique auprès des collectivités territoriales et de gestion de leur carrière⁶⁵.

- **Deux structures ont été mises en place pour renforcer le processus de décentralisation** : le service d'appui à la gestion et au développement communal (**SAGEDECOM**) et le fond de démarrage des communes (**FODECOM**).

3.3. La décentralisation sanitaire

Historiquement, la décentralisation du système de santé apparaît avant la décentralisation administrative, en réponse à la stratégie des SSP et à l'initiative de Bamako. La décentralisation sanitaire s'est traduite par la mise en place des districts sanitaires en 1993⁶⁶ et par la création des régions sanitaires en 1996⁶⁷.

L'objectif de la décentralisation sanitaire est d'améliorer l'efficacité du système de santé et d'assurer une meilleure accessibilité et qualité des services de santé aux populations.

Le système de santé est organisé administrativement en trois niveaux :

- **Premier niveau** : Niveau périphérique – **Les districts sanitaires**⁶⁸ sont administrés par une ECD, placée sous la responsabilité d'un médecin chef (nommé par le ministre). L'ECD est chargée de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières allouées au district, de la planification des soins cliniques, de la formation et de la recherche en santé. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle de gestion des soins la plus décentralisée. En parallèle de l'ECD, il existe un **comité de santé de district**. Sa mission est d'adopter des plans de développement sanitaire et le budget du district, de contrôler la gestion, et d'assurer le suivi de la mise en œuvre des plans du district. Le district sanitaire apparaît comme « la clef de voûte » du système de santé⁶⁹.

⁶⁵ Décret n°2009-08/PRES/PM/MATD/MS/MFPRE du 03 mars 2009 portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé

⁶⁶ Arrêté ministériel du 30 novembre 1993

⁶⁷ Décret du 3 juillet 1996

⁶⁸ Cf. Annexe n°2.

⁶⁹ HARANG M., 2007. *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation : le cas de Ouagadougou*. Ecole doctorale : milieux, cultures et sociétés du passé et du présent, Université de Paris X Nanterre

- Deuxième niveau : Niveau intermédiaire ou déconcentré – **Les régions sanitaires**⁷⁰ **sont** « *le relais obligatoire entre le niveau central et les districts sanitaires* ». **Chaque région sanitaire est composée de plusieurs districts. Elle a pour mission** de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement, et d'assurer la coordination, la supervision et le contrôle des districts sanitaires.

- Troisième niveau : les directions centrales du ministère de la santé, déterminent la politique sanitaire nationale.

Tableau n°4 : Récapitulatif des différents échelons de l'organisation administrative et sanitaire au Burkina Faso et à Ouagadougou en 2011

Administrative	
Entité	Position de Ouagadougou
13 Régions	Centre
45 Provinces	Kadiogo
350 Communes	Ouagadougou
5 arrondissements ⁷¹	Baskuy, Bodogo, Nongr-Massom, Boulmiougou, Sig-Noghin ⁷²
30 secteurs	
Sanitaire/ 3 niveaux d'organisation	
63 Districts sanitaires	Baskuy, Bodogo, Nongr-Massom, Boulmiougou, Sig-Noghin
13 Régions sanitaires	Centre
Niveau central	

Notes : La région du Centre correspond exactement aux limites territoriales de la province du Kadiogo. C'est la seule région du pays qui abrite une seule province.

3.4. Le transfert de compétences

Le décret publié en 2009 encadre le **transfert des compétences** et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé⁷³. Selon Ouedraogo, le transfert de compétences peut être défini comme « *la responsabilisation des personnes publiques morales (organisme publique personnalisé ou collectivités territoriales décentralisées) par l'Etat dans des matières et domaines d'intervention préalablement définis par la loi, tout en se réservant le droit de contrôle de l'application de la législation et de la réglementation* ⁷⁴».

Suite au processus de décentralisation, les communes ont désormais les compétences de planification, de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et de l'habitat. En matière de

⁷⁰ Les directions régionales de la santé sont des administrations déconcentrées de l'Etat Burkinabè disposant d'un positionnement proche des agences régionales de la santé françaises

⁷¹ Ouagadougou dispose du statut particulier, elle est composée d'arrondissements. L'arrondissement est seulement un découpage administratif ce n'est pas une collectivités locales

⁷² Découpage en vigueur au moment de la réalisation du stage. Un nouveau découpage est prévu en décembre 2012, organisant la ville en 12 arrondissements et 55 secteurs, en application de la loi 2009-065/AN

⁷³ Décret 2009, *op.cit.*

⁷⁴ OUEDRAOGO M., MILLOGO E., GUIRE M., et al., (2009). *Op.cit.*

santé, la santé primaire fait partie des secteurs délégués aux communes. Elles sont chargées de la construction et de la gestion des formations sanitaires de base ; de l'organisation et l'approvisionnement pharmaceutique et de la prise de mesure relative à la prévention des maladies à l'hygiène et à la salubrité dans leur ressort territorial ; du contrôle et de l'application des règlements sanitaires et de la participation à la résolution des problèmes de santé. La politique sanitaire nationale reste sous la responsabilité de l'Etat.

Au Burkina Faso, le transfert des compétences et de ressources a été conduit par les principes de subsidiarité⁷⁵, de progressivité⁷⁶, d'exclusivité⁷⁷ et d'intangibilité de l'unité nationale⁷⁸.

Pour que le transfert de compétences soit effectif, il doit s'accompagner d'un **transfert de ressources**, afin que les collectivités territoriales puissent assumer leurs nouvelles missions. Selon les dispositions du code général des collectivités, il concerne les ressources matérielles, financières, de patrimoine et humaines. Il peut prendre la forme de **dotations budgétaires** et/ou **transfert de fiscalité** pour les ressources financières⁷⁹. Concernant les ressources matérielles, leur transfert correspond à une **mise à disposition** pour utilisation (et donc temporaire) ou une cession de la propriété. Enfin les ressources humaines peuvent également être mises à disposition des collectivités, tout en relevant statutairement de l'Etat pour la gestion des plans de carrière⁸⁰.

Par les changements fondamentaux qu'elle engendre, la décentralisation doit faire face à de nombreux défis, dont il va falloir tenir compte pour la rendre effective. Bien que des avancées aient été observées, des efforts doivent encore être fournis afin de rendre le processus opérationnel. D'une part, le transfert de compétences a fait apparaître de nouvelles missions et responsabilités aux acteurs des municipalités et des districts sanitaires qu'il va falloir accompagner dans leurs nouvelles fonctions. D'autre part, la décentralisation sanitaire et administrative reposent sur des bases juridiques différentes et ne couvrent pas la même réalité en termes d'organes de décisions et de territoires. Il est donc nécessaire d'assurer une bonne coordination entre les différentes structures. Le projet PBO a pour

⁷⁵ La compétence est prioritairement transférée à l'échelon le mieux adapté pour l'exercée efficacement

⁷⁶ Les compétences sont transférées aux collectivités au fur et à mesure en tenant compte de leur capacité à les assumer

⁷⁷ Le transfert ne se fait ni aux communautés, ni aux associations et autres groupements mais aux collectivités territoriales

⁷⁸ Les compétences qui fondent l'existence de l'état, l'intégrité du territoire national e peuvent être transférés. Il s'agit des prérogatives régaliennes (défense, justice, politique extérieure...)

⁷⁹ Article 16, Décret 2009, *op.cit.*

⁸⁰ DECRET N°2009-109/PRES/PM/MFPRE/MATD/MEF portant modalités de mise à disposition des agents de la fonction publique auprès des collectivités territoriales et de gestion de leur carrière.

mission d'accompagner les municipalités afin de mettre en œuvre le processus tout en tenant compte de cette réalité.

4. Le projet PBO

4.1. Présentation du projet

Dans le cadre des OMD, l'UE a réalisé un appel à projet intitulé « *Les acteurs non étatiques et les autorités locales dans le développement* ». La candidature de la ville de Paris a été retenue, afin d'établir un partenariat avec les villes de Bamako (Mali) et de Ouagadougou (Burkina Faso), deux villes aux profils socio-économique et sanitaire proches. Le projet a débuté le premier janvier 2010, pour une durée de trois ans. Il est financé à 75 % par l'UE et à 25 % par la ville de Paris. Le coût total de l'action est estimé à 1 241 219 euros. Des comptes spécifiques au projet, alimentés par Paris, ont été ouverts dans chaque ville⁸¹.

Le projet PBO vise à accompagner les villes partenaires dans la mise en œuvre des réformes de décentralisation et des stratégies municipales de santé. Ce partenariat renforcé entre les trois villes permet des échanges de pratiques, d'expériences et d'expertises sur la gouvernance des systèmes de santé.

4.2. Les objectifs du projet

Trois objectifs principaux ont été fixés au projet :

- renforcer les capacités humaines et administratives des collectivités locales afin qu'elles puissent exercer pleinement leur nouvelles compétences dans le cadre de la décentralisation ;
- faciliter l'appropriation par ces collectivités d'un savoir faire ;
- développer des liens entre usagers et décideurs locaux par le renforcement de la participation de la population.

⁸¹ Cette précision me semble nécessaire car, d'une part, cela signifie que l'UE verse les financements à Paris, qui « centralise » le budget. La ville de Paris est donc engagée moralement et financièrement vis-à-vis de l'UE. D'autre part, cela permet aux villes d'administrer elles-mêmes les dépenses liées aux ressources humaines, transport...

Au final, le projet doit participer au renforcement de la gouvernance locale afin de permettre une meilleure coordination des actions de santé de la ville avec les politiques nationales et avec les acteurs non étatiques impliqués au niveau local.

4.3. Les acteurs du projet

Pour réaliser ses missions, le projet dispose de structures et personnes qualifiées dans chaque ville :

- **La Cellule projet**⁸² : est placée sous l'autorité hiérarchique du maire dans chaque ville. Elle a pour principales attributions la mise en place des activités et le suivi de la bonne mise en œuvre du projet en relation avec la cellule de coordination et le comité pédagogique. Elle est l'interlocuteur privilégié de la municipalité et de la DRS.

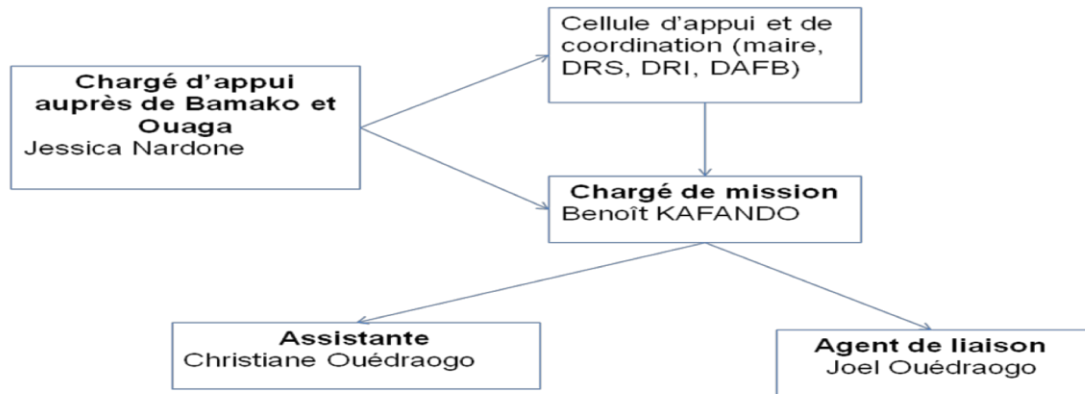
- **La Volontaire internationale** : est rattachée à la mairie de Paris. Elle assure la liaison entre l'ensemble des acteurs.

- **La Cellule d'appui et de coordination** : est présidée par le maire de la commune et est composée des membres des directions de l'étude et de la planification (DEP), de la santé, des finances et du budget (DAFB), des relations internationales (DRI), ainsi que des services techniques municipaux.

- **Les partenaires du projet** : entre autre, l'EHESP assure un rôle de conseil et d'expertise en santé publique, Metis Partners et le GIP ESTHER fournissent également un appui technique.

⁸² Une question reste en suspens : quel avenir pour la cellule à la fin du projet ? Elle sera dissoute à la fin du projet. Cependant, on peut la considérer comme une préfiguration d'un service de la future organisation de la DAS (notamment pour son aspect planification).

L'organigramme de la délégation burkinabè peut-être présenté comme suit :



Source : BOUCHAREU C., 2011. L'identification des besoins de formation dans le contexte de la gestion municipale de la santé et le recensement des formations existantes en gestion des systèmes de santé à Ouagadougou (Burkina Faso). Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social : EHESP, 58 p.
Graphique n°2 : Organigramme de la délégation de Ouagadougou du projet PBO

4.4. Les grands axes du projet et les actions planifiées

Pour atteindre les objectifs fixés, trois grandes activités sont prévues.

Ma mission de stage consistait à prendre part à l'activité 1/Planification. Les capitales du Burkina Faso et du Mali sont accompagnées dans **l'élaboration des plans locaux de développement sanitaire.**

Au préalable de la rédaction du plan local, il faut construire un diagnostic. Pour cela, le projet a initié un recensement de l'offre de soins primaire⁸³ sur la commune et a organisé cinq conférences locales de santé (une par arrondissement) et une communale⁸⁴. Elles se sont tenues en novembre 2011. Les résultats obtenus servent de base à l'élaboration du PCDS.

- Activité 2/Formation : Des **formations en politique de santé publique** sont proposées aux élus locaux, agents territoriaux et fonctionnaires de l'Etat.

- Activité 3/Appui à la mise en place de programmes de Santé : Des **services dédiés à la santé sont créés au sein des collectivités partenaires.**

Les résultats attendus sont :

⁸³ La réalisation du recensement de l'offre de soins a été confiée à un prestataire extérieur.

⁸⁴ Dans une perspective concertée et participative, les conférences locales et communales se sont tenues en présence des ECP, ICP, membres de COGES, agents de santé des secteurs publics et privés, tradipraticiens, personnels de l'enseignement de base, membre des associations/ONG, office nationale de l'eau et de l'assainissement (ONEA), chefs coutumiers et religieux, services techniques de la mairie...

- l'amélioration de la connaissance mutuelle et les relations entre les différents groupes d'opérateurs de la décentralisation en matière de santé ;
- la définition des priorités politiques ;
- l'amélioration des compétences des opérateurs au sein des structures territoriales ;
- l'amélioration de la structuration de la réponse sanitaire aux besoins des habitants offerts par différents types d'opérateurs ;
- l'amélioration de l'expertise territoriale en matière de santé ⇒ faire des municipalités de véritables partenaires de l'état ;
- la viabilisation financière des centres de santé de base.

5. La planification sanitaire et le plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou : une réponse territoriale aux besoins de santé

5.1. La planification sanitaire

5.1.1. La démarche de planification

La planification est le processus **d'aide à la décision** visant à atteindre des objectifs prédéfinis pour répondre aux besoins de santé d'une population dans un ordre de priorité en s'appuyant sur une démarche rigoureuse. La planification recherche l'efficacité et accorde une place importante à la concertation⁸⁵. Elle repose sur la programmation stratégique des actions de santé.

Entreprendre un processus de planification, nécessite d'adopter une démarche de priorisation des actions à mener. La définition des priorités, dépend de l'importance du problème, de la capacité à agir sur ce problème, de la faisabilité économique, de la volonté politique et de la légitimité du problème⁸⁶.

5.1.2. Le plan comme outil de la planification

L'activité 1 « *définition concertée de plans communaux de développement sanitaire, consultation des populations et ajustement des diagnostics, des priorités et des outils* » du projet comprend une action « *élaboration de plans locaux de santé et aide à leur initiation* ».

⁸⁵ PINEAULT R. et DAVELUY C. 1995. La planification de la santé : concept, méthodes, stratégies. Montréal : éditions nouvelles.

⁸⁶ DIV, (2007). *Op.cit.*

Dans le cadre du projet PBO est entrepris l'élaboration d'un **PCDS à 5 ans pour le pilotage de la mise en œuvre des SSP au niveau de la commune de Ouagadougou.**

Elaborer un plan sanitaire nécessite de se tenir à une méthodologie rigoureuse, comprenant cinq phases incontournables : le diagnostic partagé, la définition des priorités, la rédaction du plan d'action, la mise en œuvre du plan et son évaluation.

Un plan communal peut-être défini comme un **outil stratégique** pour la mise en œuvre de la politique sanitaire locale, qui va permettre d'agir sur les insuffisances sanitaires de la commune. Le PCDS est une **démarche partenariale** qui s'appuie sur une **dimension globale, multisectorielle et transversale de la santé** (dans la continuité d'une prise en charge des soins primaires), dans laquelle sont nécessairement impliqués les professionnels de santé. Le PCDS va permettre de **guider la municipalité**, en lui fixant des objectifs, dans la prise en charge de ses nouvelles compétences sanitaires. Elaborer un PCDS est l'occasion de répertorier les actions prioritaires et d'amorcer une réflexion et une **structuration des actions communales** en vue d'améliorer la santé des habitants⁸⁷.

5.1.3. Facteurs de réussite de la mise en œuvre du plan

La réussite de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan suppose qu'un certain nombre d'éléments soient rassemblés :

- Le PCDS doit s'appuyer sur un **diagnostic** et une identification des conditions préalables à l'élaboration du plan.

- Les actions proposées doivent être **cohérentes** avec les objectifs fixés et doivent être **réalisables, mesurables, priorisées** dans le temps et **budgétisées**. De façon à ce que le plan soit opérationnel et réaliste (notamment par rapport aux réalités locales).

- La mise en place d'une politique communale sanitaire suppose la définition d'un **territoire**⁸⁸ de mise en œuvre des actions. Pour le PCDS il a été retenu une approche communale, mais d'autres territoires étaient possibles, par secteur, par arrondissement, etc.

⁸⁷ DIV, Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. 6 au 8 octobre 2008, Bordeaux, Saint-Denis : Les éditions de la DIV, 2009, 318 p.

⁸⁸ Selon P. Alphantery et M. Bergues, la notion de territoire désigne « *une forme de découpage de l'espace plus ou moins institutionnalisé.* » Ce terme polysémique est abordé par les auteurs selon deux perspectives. D'une part, le territoire peut-être appréhendé comme un cadre lié à la représentation politique et à l'action publique. Dans ce cas, le territoire est construit à des fins de gestion et d'administrations locales, pour organiser l'action. D'autre part, le territoire peut-être envisager comme un espace issu de la production sociale. Les individus et les groupes sociaux produisent et transforment le territoire dans le cadre de leurs relations sociales. Dans ce cas, le territoire est un espace approprié, la dimension sociale et culturelle est primordiale. Ces deux perspectives ne sont donc pas antagonistes, mais elles peuvent se compléter. Les collectivités territoriales ne sont pas simplement des institutions de l'action publique ce sont également des territoires qui incarnent des cadres de vie, qui impactent et conditionnent la santé des habitants. Dans ALPHANDERY P. et BERGUES M., 2004. « Territoires en questions. Pratiques des lieux, usages d'un mot ». *Ethnologie française* ; 1 (vol. 34) : pp. 5-12.

- Le PCDS doit tenir compte et être **compatible** avec les stratégies et les décisions mises en place à l'échelle régionale et centrale. Il doit être en cohérence avec le PNDS et la politique sanitaire nationale ainsi qu'avec les directives de la DRS.

- L'engagement volontaire des communes dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan est un facteur essentiel de réussite.

- La réussite et la légitimité du PCDS va dépendre de **l'implication et de la volonté des différents acteurs** : élus, professionnels de santé, membres des COGES, agents des différents services municipaux⁸⁹... Il est donc essentiel que les rôles soient clairement identifiés et définis vis-à-vis de la mise en œuvre du plan. Attention, cependant, des tensions peuvent naître des différentes temporalités qui guident les acteurs. Un élu par exemple, a besoin d'une visibilité rapide des actions, afin de pouvoir en faire un atout lors d'une campagne électorale, ce qui n'est pas le cas d'un professionnel de santé.

- Ouagadougou dispose d'un tissu associatif relativement dense, sur lequel il ne faut pas hésiter à s'appuyer pour favoriser la mise en œuvre du plan.

- **Mutualiser les expériences** au maximum sous différentes formes ; soit en développant des **partenariats** entre les différents acteurs institutionnels, afin d'engager une dynamique entre les différents services de la commune et de favoriser un fonctionnement transversal. De plus, ces partenariats renforcent la légitimité du PCDS auprès des différentes institutions et permet de mobiliser les différentes sources de financement ; soit par la création de **réseaux**, telles que les villes santé OMS en Europe ou l'association *Elus, santé, territoires* en France.

- Il faut tenir compte de l'antériorité et du niveau de structuration de l'engagement des villes dans ce domaine. Pour Ouagadougou, bien qu'une direction de l'action sanitaire existe depuis un certain temps, ce niveau est faible puisque le transfert de compétences au niveau de la municipalité vient juste d'être effectif.

- Le PCDS doit s'inscrire dans une **démarche à long terme**⁹⁰.

5.2. Le PCDS de la commune de Ouagadougou

5.2.1. L'élaboration du PCDS : une action concertée

La mobilisation des acteurs peut se faire selon différentes modalités, Fourniau distingue quatre niveaux de participation :

– **La communication**, permet d'énoncer et d'expliquer ; elle vise à faire adhérer aux choix ; peut se limiter à une simple information ou susciter des réactions

⁸⁹ Cf. Annexe n°5.

⁹⁰ DIV, (2009), *op.cit.*

– **La consultation**, permet de soumettre à discussion des propositions ; elle vise à obtenir des éléments avant d'effectuer le choix.

– **La concertation**, permet d'élaborer une solution en collaboration avec les acteurs concernés, elle vise la recherche de solutions communes ou de connaissances nouvelles.

– **La codécision**, qui permet de partager la décision avec les intervenants ; elle implique la négociation pour rechercher un accord⁹¹.

Le PCDS a été élaboré dans une démarche multisectorielle et de concertation tout au long des différentes étapes de la planification. Les acteurs ont été mobilisés au cours de deux événements afin d'identifier les actions à engager : les conférences locales et communales de santé et les ateliers d'élaboration du PCDS.

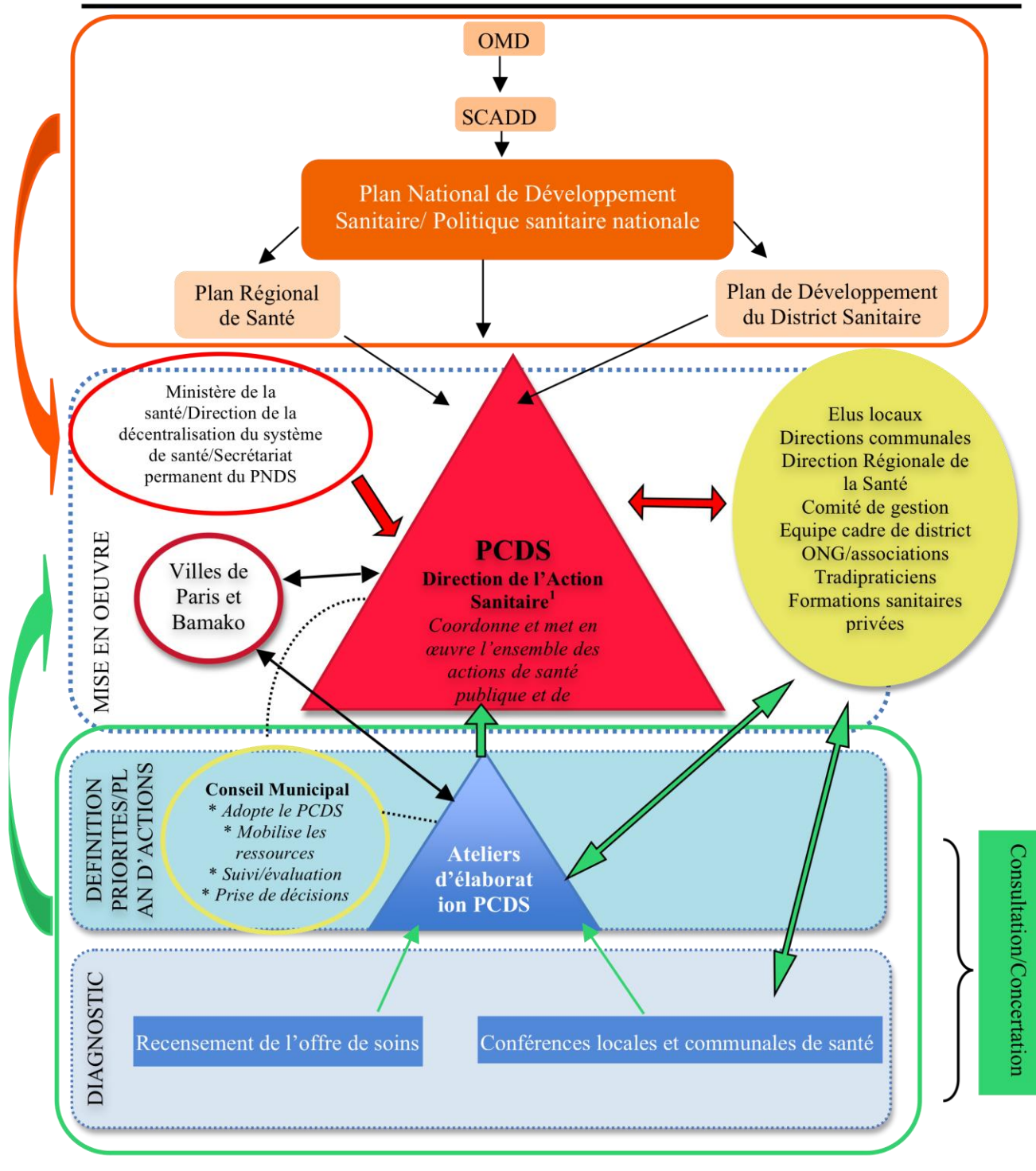
Toutefois, une logique descendante est également observable. En effet, le PCDS tient compte des préoccupations des organisations et bailleurs de fonds internationaux, mais également des décisions prises aux niveaux national et régional.

La mutualisation d'expérience avec les villes de Paris et Bamako a également participé à donner sa forme définitive au PCDS.

Compte tenu des éléments rassemblés, le PCDS tient compte des besoins exprimés, priorités, objectifs... en prenant la forme d'un projet communal.

⁹¹ FOURNIAU J.M., 1996. In « Le Plan régional de santé publique (PRSP), un cadre de planification de la politique régionale en santé publique », *Santé Publique*, 2004/4 Vol. 16, p. 679-686. DOI : 10.3917/spub.044.0679

Logique descendante



Logique ascendante – démarche participative

¹ L'opérationnalité de cette direction sera renforcée afin de lui permettre d'assumer ses nouvelles fonctions

Graphique n°3: Elaboration du PCDS de la commune de Ouagadougou : un cadre de planification de la politique sanitaire communale

5.2.2. Le diagnostic situationnel

Afin de repérer les principaux déterminants des problèmes sur lesquels on veut agir, il est nécessaire de construire un diagnostic. Il s'appuie sur :

- le PNDS ;
- la politique sanitaire nationale ;
- les documents produits dans le cadre du projet PBO (les documents des conférences locales de santé et la conférence communale de santé, un audit organisationnel des formations sanitaires⁹², le recensement de l'offre de soins primaires⁹³, les missions d'expertises réalisées dans le cadre du projet) ;
- autres documents officiels du Ministère de la santé, de la DRS et de la mairie (annuaire statistiques, tableaux de bord statistique...).

L'élaboration de ce diagnostic s'appuie sur une concertation avec les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des actions de santé (cf. schéma page précédente).

Les principaux problèmes identifiés ont été classés en quatre catégories :

Tableau n°5: Classification des principaux problèmes identifiés lors de l'élaboration du PCDS de la commune de Ouagadougou

Catégories	Problèmes identifiés
Catégorie 1: Gouvernance et leadership	Faible capacité opérationnelle des équipes de santé, Insuffisance de la collaboration intra et intersectorielle, Faible mobilisation des ressources
Catégorie 2: Organisation des services de soins, l'offre des soins de santé et l'accès aux ressources	Insuffisance/vétusté du matériel, logistique, équipements et infrastructures dans les Formations Sanitaires, Faible qualité des soins dans les districts sanitaires, Insuffisance du système d'information sanitaire, Faible niveau de mise en œuvre des services à base communautaire
Catégorie 3: Lutte contre les maladies et les comportements à risques	Prévalence élevée des maladies endémo épidémiques, Faible promotion de la santé des groupes spécifiques, Insuffisance des mesures de prévention et de PEC des IST, du VIH et SIDA, Persistance des comportements à risque et pratiques néfastes à la santé
Catégorie 4: risques environnementaux	Précarité de l'hygiène publique, Insuffisance d'évacuation des eaux pluviales, Insuffisance d'accès à l'eau potable, Insuffisance de gestion des déchets (ordures ménagères, déchets biomédicaux), Insuffisance de gestion des eaux usées et excréta, Pollution de l'eau des barrages, Forte pollution atmosphérique, Fortes nuisances sonores

Source : Commune de Ouagadougou, 2012. *Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017* (rapport provisoire, non publié)

⁹² VIAL G., 2010. *Promouvoir un accès à des soins primaires de qualité par la décentralisation du système sanitaire burkinabè*. Directeur d'hôpital : EHESP, 79 p.

⁹³ Cf. Annexe n°3 et 4.

Compte tenu des résultats obtenus, six axes stratégiques ont été défini afin d'atteindre les objectifs fixés. Ils sont ensuite déclinés en objectifs spécifiques, résultats attendus, stratégies et activités. Les grands axes et objectifs du plan communal sont présentés en annexe n°13.

5.2.3. La mise en œuvre d'une politique sanitaire communale entraîne des changements majeurs dans l'organisation locale^{94,95}

« On peut naturellement penser que le changement d'échelle du mode territorial d'appréhension des problèmes et celui du dispositif institutionnel de l'action publique ne vont pas l'un sans l'autre. C'est-à-dire que la transformation des représentations du territoire pertinent pour le politique, d'une part, et celle de l'agencement organisationnel des actions publiques, d'autre part, sont corrélées.⁹⁶ »

Le processus de décentralisation a profondément transformé l'action publique locale, car il fait de l'échelon local le niveau pertinent pour mettre en œuvre des actions de santé. Car le transfert de la gestion des SSP de l'Etat vers les collectivités doit s'accompagner de la mise en œuvre d'une politique de santé au niveau territorial. La mise en place d'une politique municipale de santé engage, d'une part, de nouvelles responsabilités pour la ville, ses élus et ses agents. On voit apparaître de nouvelles compétences pour les acteurs en matière de programmation, de pilotage et d'évaluation. Pour mener à bien ses missions la municipalité va devoir entreprendre des partenariats avec les différents acteurs locaux de la santé (notamment professionnels de santé).

D'autre part, cela implique une nouvelle organisation décisionnelle, politique et municipale. Afin d'assurer une complémentarité et une non concurrence entre les différentes stratégies, il est essentiel que tous les échelons participent au processus.

Si les collectivités territoriales apparaissent comme un gage de développement, de meilleure gestion publique et d'amélioration de l'état de santé de population c'est qu'elles présentent un certain nombre d'avantages. D'une part, la planification communale permet de s'adapter aux besoins locaux, de tenir compte des critères localement pertinents (notamment pour la distribution des ressources par l'Etat et les DRS) et d'accorder une place importante au processus participatif. D'autre part, l'implication des collectivités territoriales facilite une approche intersectorielle et multi-acteurs en matière de santé. La spécificité de

⁹⁴ KONATE M., KONE B., CAMARA I., et al. 2008, *Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé. L'expérience de Koulikoro au Mali*. Sous la direction de LODESTEIN E., HILHORST T. Bulletin 383. Amsterdam : KIT Publishers, 64 p.

⁹⁵ DIV, 2009, *op.cit.*

⁹⁶ BALME R., 1996. *Les politiques du néo-régionalisme*. Paris : Economica, p.20.

Ouagadougou en termes de problématiques sanitaires⁹⁷, d'équipements collectifs, de diversité de la population, etc. lui a valu d'obtenir le statut particulier. L'échelle communale semble donc particulièrement pertinente à la situation burkinabè, car elle permet d'apporter des réponses locales aux besoins spécifiques de la commune.

⁹⁷ Le PCDS s'inscrit dans une démarche de santé urbaine qui est très différente de celle du reste du pays, à majorité rural.

Deuxième partie : Préparation et déroulement de l'étude

1. Mode et outil de recueil de l'information : une approche qualitative

Le choix d'une méthode va dépendre de la nature des données que l'on souhaite recueillir et de ce que l'on souhaite produire. Dans le cadre de mon stage, j'ai choisi l'approche qualitative.

1.1. Revue de littérature et collecte de l'information déjà existante

Afin d'encadrer mon travail et préalablement à toute démarche empirique, j'ai réalisé une revue de la littérature. Ce travail m'a permis, de définir mon sujet mais également de mieux cerner mon terrain de stage. Ma revue de littérature est composée de :

- documents produits dans le cadre du projet PBO (rapports d'expertise, compte rendu des comités de pilotage, recensement de l'offre de soins, Compte rendu des conférences locales de santé, etc.) ;
- documents publics sur la politique nationale ;
- revue de littérature scientifique ;
- rapports des autres stagiaires de l'EHESP, ayant réalisé un stage au sein du projet PBO ;
- textes législatifs en vigueur ;
- données statistiques.

1.2. Entretiens exploratoires avec les personnes ressources

Ces entretiens avaient pour but de mettre en lumière le projet PBO, le contexte de la mission et les éléments de l'élaboration du PCDS. Ils ont permis de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects encore confus. Ce qui m'a permis de m'approprier le projet et le plan, de comprendre le contexte de mise en œuvre du plan, mais également de tester mon guide d'entretien et de dégager des

pistes d'amélioration de mon outil de recueil⁹⁸. Blanchet et Gotman parlent de l'entretien exploratoire comme d'un « *processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses*⁹⁹ ».

Les personnes rencontrées dans le cadre des entretiens exploratoires sont des chercheurs de l'institut de recherche et de développement (A. Nikiema) et de l'institut supérieur des sciences de la population (C. Rossier), un conseiller municipal et mon directeur de stage, B. Kafando.

1.3. Entretiens semi-directifs

Dans le cadre du stage, j'ai mené des entretiens semi-directifs individuels en face à face¹⁰⁰. Cette méthode permet de recueillir le ressenti des personnes interrogées tout en respectant leurs cadres de références et leurs représentations sociales. Elle permet de centrer le discours des personnes interrogées autour des différents thèmes définis dans la grille d'entretien¹⁰¹. Cela semble approprié pour donner une dimension humaine aux faits sociaux observés et comprendre le sens que les individus donnent à leur action. De plus, cette technique d'enquête offre une grande liberté d'échange entre l'enquêteur et la personne interrogée.

Des limites peuvent être associées à cette méthode et il convient de prendre des précautions avant d'entreprendre cette démarche. En tant qu'acteur social, l'enquêteur est guidé par des valeurs qui vont orienter le sens de la recherche. Il convient donc « *d'écarter systématiquement les prénotions* » et « *de rompre avec le sens commun*¹⁰² ». L'enquêteur doit s'éloigner automatiquement de ce que Bourdieu nomme « *l'illusion du savoir immédiat*¹⁰³ », qui est lié au fait que la personne appartient au monde qu'il étudie, ce qui peut donner l'impression de connaître immédiatement et intuitivement cette réalité. Cependant, un des atouts de cette recherche est qu'en tant qu'étudiante, stagiaire et française je suis extérieure au projet PBO et au système de santé burkinabè, il est donc probable qu'il soit plus facile d'objectiver ce que j'étudie.

Comme dans toutes méthodes qui se déroulent en face à face, il demeure un risque de biais de prévarication. Face à un enquêteur, la personne interrogée va avoir tendance à donner des réponses socialement acceptables.

⁹⁸ Le guide d'entretien utilisé se trouve en Annexe.

⁹⁹ BLANCHET A, GOTMAN A. *L'entretien*. Paris : Armand Colin ; 2007 : p39-54.

¹⁰⁰ Cf. Annexes 7 et 8.

¹⁰¹ Voir guide d'entretien en annexe n°XX et n°XX.

¹⁰² DURKHEIM E., 1873. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Puf, 18^{ème} éd.

¹⁰³ BOURDIEU P., PASSERON J-C., CHAMBOREBON J-C., 2005, *Le métier de sociologue : préalable épistémologique*, Berlin, Mouton de Gruyter, 5^{ème} éd..

1.4. Observation participative

Tout au long du stage j'ai pu prendre part à des activités du projet qui sont venues nourrir ma connaissance du projet et du terrain d'étude, mais qui m'ont également permis de prendre part au monde professionnel. Il s'agit entre autre de :

- la participation aux ateliers d'élaboration du PCDS (Cf. schéma d'élaboration du plan p.38) ;
- la visite du centre municipal de santé bucco dentaire et d'autres formations sanitaires ouagalaises ;
- la participation à des réunions entre l'équipe projet et des acteurs, partenaires ou prestataires du projet sur les différentes activités.

2. Le recueil des données

Une fois la phase exploratoire achevée, le recueil de l'information s'est déroulé en plusieurs étapes :

Dans un premier temps, j'ai interrogé ceux que j'ai identifiés comme « les acteurs institutionnels du système de santé », c'est-à-dire les acteurs principaux de la municipalité de Ouagadougou (agents et conseillers municipaux). Cette étape a favorisé la compréhension de l'organisation administrative en vigueur et de la répartition des compétences entre les services centraux de la mairie et ceux des mairies d'arrondissement. En effet, si l'appropriation des textes en vigueur est indispensable, ceux-ci restent par nature généraux et n'abordent pas les aspects pratiques de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire municipale.

Dans un second temps, les « acteurs opérationnels du système de santé » ont été rencontrés. Cela m'a permis de comprendre les liens qu'il existe entre la municipalité, chargée de la mise en œuvre de la politique sanitaire locale et de la gestion des formations sanitaires publiques, et les acteurs de ce système, de saisir la perception de ces relations entre municipalité et centre de santé. La liste de personnes rencontrées se trouve en annexe n°XX.

3. Traitement de l'information

2.1. L'analyse de contenu

L'analyse des entretiens relève d'une analyse de contenu. Dans la définition donnée par Laurence Bardin, l'analyse de contenu est « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés*¹⁰⁴ ». Il s'agit d'objectiver les données obtenues, de leur donner un sens afin de pouvoir les utiliser. Plusieurs techniques existent pour analyser le contenu, dans ce cas de figure, la technique retenue est celle de l'analyse thématique.

2.2. Construction de l'analyse thématique

Le but de l'analyse thématique comme méthode d'analyse de contenu est de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'enquêté. Dans ces conditions, il s'agit de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : *le repérage* des idées significatives et leur *catégorisation*¹⁰⁵. Ainsi, par la catégorisation, nous obtenons une modalité pratique pour le traitement des données brutes.

Comme il a été recommandé au cours des ateliers méthodologiques de préparation au mémoire, l'analyse de contenu s'est déroulée en deux temps :

- une analyse entretien par entretien qui se centre essentiellement sur le discours individuel de l'enquêté ;
- une analyse thématique tous acteurs confondus qui se centre sur les différences et points communs, les éléments qui font corps ou non. Il s'agit de faire ressortir les éléments les plus pertinents.

Dans les différents thèmes abordés au cours de l'entretien, il convient de différencier ce qui relève des acteurs eux-mêmes et ce qui relève de leur environnement. Dans le premier cas, on retrouve la coordination entre les acteurs et leurs compétences. Dans le second cas,

¹⁰⁴ BARDIN L., 1977. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, p.43.

¹⁰⁵ *Ibid.*

il s'agit de l'engagement politique, du financement et de l'organisation institutionnelle. La catégorie caractéristiques de l'enquêté appartient aux deux catégories puisqu'on y retrouve des éléments relatifs à l'enquêté mais également à la structure dans laquelle il exerce.

4. Difficultés rencontrées

Au cours de mon travail j'ai été confrontée à plusieurs difficultés qu'il a fallu surmonter afin de mener cette étude.

La première difficulté, indépendante de toute volonté de la cellule projet, a été la livraison tardive du PCDS par le prestataire extérieur. Alors que le plan devait être prêt au début de mon stage, il ne sera finalisé qu'à la fin de celui-ci. Par conséquent, il m'a été beaucoup plus difficile de m'approprier cet outil et de constituer mon guide d'entretien à propos d'un outil qui, pour moi, n'avait encore pas de consistance et que je ne maîtrisais pas. Cette difficulté a été surmontée grâce aux membres de la cellule projet et à la participation aux ateliers d'élaboration du plan qui m'ont permis de distinguer le contenu général du plan.

La seconde difficulté a été l'accès difficile à la littérature scientifique sur le sujet de mon mémoire. D'une part, par l'insuffisance de données sur le sujet, notamment en Afrique de l'Ouest ; cela provient principalement du caractère novateur de la démarche entreprise par le projet PBO. Et d'autre part, par la difficulté à se procurer les documents existants, car peu de ressources sont disponibles et accessibles à Ouagadougou et les conditions techniques ne permettaient pas toujours d'accéder aux fichiers électroniques.

La troisième difficulté relève du recueil des données. Tout d'abord, cela découle des deux premières difficultés énoncées : l'arrivée tardive du plan et les difficultés d'accès à la littérature m'ont obligé à démarrer mon terrain relativement tard dans le stage. Par conséquent, le temps imparti à la récolte des données a été réduit. Car afin de consacrer un temps suffisant à l'analyse des informations et à l'élaboration des recommandations, il a fallu restreindre certaines étapes afin de respecter le calendrier imposé.

De plus, l'absence de magnétophone m'a contraint à mener les entretiens en faisant de la prise de notes. La qualité de la retranscription de l'entretien est donc amoindrie, car il n'est pas possible de rendre compte avec autant de fidélité et de précision un entretien mené de cette façon. L'analyse et le traitement de l'information ont donc été plus ardues.

Enfin, il faut souligner les difficultés liées à la rencontre avec les acteurs. Principalement, celles de mener des entretiens semi-directifs auprès des agents municipaux et élus locaux. En effet, certains acteurs, ont vu notre entretien comme l'occasion de faire le plaidoyer de sa direction ou de son arrondissement. Certains enquêtés m'ont exigé de leur fournir mon guide

d'entretien avant la rencontre. Dans ce cas, l'intérêt de la méthode de l'entretien semi directif est altéré. De plus, il faut noter l'oubli et les reports fréquents des enquêtés à nos rendez-vous ce qui m'a obligé à réorganiser mon temps de travail en conséquence.

Troisième partie : Analyse des résultats

Les termes d'implication et de motivation sont couramment utilisés dans le langage commun et il convient dans un premier temps de préciser le sens accordé à ces mots dans cette étude. *L'implication* dans son acception la plus consensuelle se définit ainsi : « *attribuer à quelqu'un une part de responsabilité dans une affaire* ». La *motivation* quant à elle peut-être présentée comme suit : « *ensemble de motifs qui expliquent un acte – raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action* ». Ce sont les définitions élaborées par le dictionnaire le Petit Robert et qui restent les plus couramment utilisées. On peut donc distinguer l'implication qui est le fait de prendre part (plusieurs formes possibles : financière, temporelle, politique, organisationnelle...) à une activité, à un projet et la motivation qui inclut la notion d'engagement et d'investissement personnel dans une activité.

L'échantillon sélectionné¹⁰⁶ se caractérise par une forte représentation masculine (16 personnes sur 21 interrogées sont des hommes), un niveau de formation relativement élevé (l'échantillon est composé de médecins, infirmiers, professeur de français, ingénieur, etc.) et une majorité de personnes ayant pris part à des activités du projet PBO, ce qui a facilité la conduite des entretiens. Les femmes de l'étude sont principalement des agents de santé (docteur, infirmière et sage-femme) excepté une secrétaire.

1. Le point de vue des acteurs

1.1. Le processus participatif : clé de voute de la motivation et de l'appropriation du plan par les acteurs

Dans cette partie, on distinguera les **éléments qui montrent que les acteurs sont motivés** et ceux qui peuvent **expliquer le degré de motivation**.

Le PCDS a été construit dans une démarche participative, à travers deux activités principales : les conférences locales de santé et les ateliers d'élaboration du plan. Il y a eu une **forte mobilisation** de la part des acteurs autour des activités organisées dans le cadre du projet. Une partie des acteurs rencontrés (conseillers municipaux et DRS) ont également pris part aux échanges d'expérience à Bamako.

¹⁰⁶ Cf. Annexe n°6

La démarche participative a été saluée par tous les acteurs et, elle est l'élément principal de l'appropriation du plan par les acteurs. Ces activités, par les effets engendrés, ont eu pour conséquence de **contribuer à motiver les personnes concernées**.

Le projet PBO est la première expérience qui **réunit tous les acteurs** agissant dans le champ sanitaire¹⁰⁷. Chaque structure et arrondissement étaient représentés. Cela a permis aux individus de se (re)connaître et de développer un sentiment d'appartenance à un champ, celui de la santé. Ainsi les enquêtés, toutes fonctions confondues, déclarent :

« Tout ceux qui devaient être concernés étaient là ». « C'étaient bien, on a inclus les techniciens, les attachés, les médecins... On a intégré toutes les couches ». « Réunir tout le monde d'horizons diverses c'est la première fois que je vois ça ». « Tout les acteurs étaient là. Tout ceux qui interviennent dans la santé en général. [...] C'étaient l'occasion de voir très large ». « Je crois que c'est la première fois qu'on étaient tous rassemblés, c'est la première expérience qui réunit tous les acteurs. »

Ces activités ont offert la possibilité **aux acteurs de s'exprimer** sur les problèmes auxquels ils devaient faire face dans la réalisation de leurs tâches.

« Tout le monde a pu donner son point de vue ». « Le processus est bon. J'ai participé pleinement, je disais ce que je pensais en tout cas ». (Propos recueillis auprès d'un élu local et d'un agent municipal)

La reconnaissance par les acteurs d'une **bonne identification et priorisation des besoins et des solutions proposées**, ce qui confère une légitimité au plan nécessaire à son appropriation. Le plan a été construit sur la base des problèmes que les acteurs ont identifiés. Les personnes interrogées s'accordent sur ce point :

« C'est nous qui avons dit la réalité qu'on vivait, c'est adapté ». « Ca prend vraiment en compte la réalité, c'est exprimé de la base au lieu que l'information vienne d'en haut ». « Ca a permis de faire ressortir les réels besoins ». « Ca a permis de faire ressortir la situation qu'on vit dans le district. Car les gens au niveau de la mairie ne savaient pas quels étaient les réels problèmes ». « Le processus participatif est un processus visant à avoir une photocopie des besoins réels ». « La somme de tous les acteurs a permis de faire ressortir les vrais besoins et de donner une vision d'ensemble assez juste ».

¹⁰⁷ La notion de champ est employée ici telle qu'elle a été développée par P. Bourdieu : la société est constituée d'une pluralité de champs (champ économique, culturel, politique, sportif, sanitaire etc.). Chaque champ est organisé selon une logique propre déterminée par la spécificité des enjeux et des atouts que l'on peut y faire valoir. Le champ est un espace social de position où tous les participants ont à peu près tous les mêmes intérêts mais où chacun a en plus des intérêts propres à sa position occupée dans le champ. Chaque champ a ses règles spécifiques. Dans BOURDIEU P., 1996. *Sur la télévision*. Paris : Liber, coll. « Raisons d'agir », 95 p.

Les différents échanges tenus au cours des activités, ont permis une **clarification des rôles**. Lors des entretiens j'ai pu constaté que les acteurs avaient une vision consensuelle des rôles que chacun devaient tenir dans la mise en œuvre du plan. L'identification et la connaissance des rôles à jouer sont, selon les acteurs, parmi les éléments principaux de la réussite de la mise en œuvre du plan. Les **élus locaux** ont un rôle de mobilisation sociale et de sensibilisation de la population. Ils vont avoir notamment pour missions de faire connaître le plan.

« L'élu doit être au service du plan. Il a un rôle de mobilisation sociale, par des contacts permanents avec la population, il peut participer à faire connaître le plan et changer les comportements ». « Les élus locaux sont impliqués dans certaines activités menées par la DRS. Ils aident à la mobilisation sociale et à la sensibilisation ».
(Témoignage d'un élu local et d'un agent de la DRS)

Les **ECD** tiennent un rôle technique et opérationnel. Ils sont responsables de la mise en œuvre des activités sanitaires et servent d'appui à la structure responsable du pilotage du PCDS (la DAS). Les **agents de santé** consultés pendant l'élaboration du plan servent de relais d'information auprès des autres agents de santé, afin de faire connaître l'existence d'un plan. Un médecin déclare :

« Faire comprendre aux autres agents et surtout au chef de service, notamment ceux qui n'ont pas été invité aux différentes activités, de l'existence d'un plan communal ».

Les **agents municipaux**, en fonction de la direction et de leurs fonctions, participent à la mise en œuvre du plan. Ils servent également de soutien technique à la DAS. La **DAS** a pour mission la mise en œuvre du plan, elle coordonne et assure le pilotage du PCDS. Elle a un rôle de leader. La **DRS** sert d'appui technique aux différents acteurs, notamment pour l'organisation et le pilotage du PCDS.

Ces activités ont été très appréciées par les acteurs et ont constitué l'élément fondamental de l'appropriation du plan et du projet PBO par les acteurs. Les effets engendrés viennent expliquer le degré de motivation des acteurs. Toutefois, il faut souligner que le niveau de participation des acteurs aux activités n'est pas un indicateur fiable pour juger de la motivation des acteurs dans le projet. Car il faut considérer les variables financières (les individus perçoivent des indemnités de participation) et la capacité à agir de la personne (qui va dépendre du niveau de compétence, cf. partie 1.3.2.) qui peuvent expliquer en partie la présence de certains acteurs. Pour juger de la motivation, il semble donc plus pertinent de considérer les discours des enquêtés, qui transmet une forte volonté d'être présent et de s'investir dans les activités organisés par le projet PBO, avec notamment l'utilisation de termes affectifs :

« On m'a toujours invité et j'ai toujours répondu présent ». « Je souhaite de tout mon cœur que la mise en œuvre soit effective ». « Je me sens impliqué personnellement dans le projet ». « Ce sera le bonheur de la population ». « En tant que citoyen, j'ai commis, réalisé des actes, donc je suis responsable de l'aboutissement du projet, même si je ne suis plus conseiller municipal, je serai disponible à tout moment pour cela (à propos du projet) ». « Nous avons foi en ce projet. Il ne mérite pas de tomber à l'eau mais que ce soit une action soutenue, que chacun s'investisse ». « Nous sommes des acteurs du plan du moment que c'est nous qui l'avons fait ».

Tout au long des activités d'élaboration du plan les acteurs ont été impliqués à travers la démarche participative. Ce processus vient justifier la motivation des acteurs, car elle leur a permis de s'appropriier le PCDS, ils ont envie d'y prendre part car ils se sentent concernés dans sa mise en œuvre.

Aux vues des résultats obtenus, certaines recommandations peuvent être formulées, afin d'agir sur les facteurs négatifs développés.

➤ **Maintenir des cadres de concertation**

Les espaces de rencontres et les cadres de concertations offerts par le projet PBO ont été très bien accueillis. Les acteurs ont exprimé leurs souhaits que soient maintenus ces espaces d'échanges tout au long de la mise en œuvre du plan. Ces espaces présentent des avantages à plusieurs niveaux : ils permettent de renforcer les relations entre les acteurs, de maintenir les acteurs motivés dans le projet, au cours des discussions la connaissance des individus évolue, il y a donc un renforcement des capacités et enfin, cela permet au PCDS de rester en cohérence avec la réalité du terrain.

MCD : *« Il faut des cadres de concertation permanents pour ajuster nos erreurs, nos efforts. (...) De la même manière qu'ils nous ont impliqués depuis la base, il faut que nous soyons impliqués dans la mise en œuvre et tout au long du processus. »*

➤ **Etablir un plan de communication afin de mieux faire connaître le plan à la population et aux agents de santé, notamment à travers la radio municipale**

Pour une mise en œuvre efficace, l'existence d'un PCDS doit être largement connue de tous les acteurs du champ sanitaire et de la population. Afin que toutes les actions entreprises aillent dans le sens des objectifs du PCDS.

➤ **Inclure des agents de santé et membres ECD dans le comité de pilotage**

Les agents de santé et les membres de l'ECD sont les acteurs opérationnels du système sanitaire. Pour que le PCDS garde une cohérence et un lien avec la réalité et les besoins du terrain, ces acteurs doivent prendre part au comité de pilotage, afin que les décisions prises soient éclairées des besoins formulés par la base.

➤ **Redéfinir le rôle et l'organisation des arrondissements par rapport à la mairie centrale dans la mise en œuvre du PCDS**

Avec le passage au nouveau découpage et la création de douze arrondissements, il apparaît nécessaire de normaliser le rôle et l'organisation des arrondissements, notamment vis-à-vis de la mise en œuvre du plan. A l'heure actuelle, en matière de santé, l'arrondissement accompagne les districts sanitaires dans la mise en œuvre de leurs activités (exemple : campagne de vaccination contre la poliomyélite au moment de l'étude), il bénéficie d'un représentant de la DAS à sa disposition et il est présent dans les formations sanitaires via les COGES. Cependant, les arrondissements ne disposent toujours pas de l'autonomie financière ce qui limite leur marge d'action. Il conviendrait de formaliser leur rôle en matière de santé. Cela permettra une mise en œuvre plus efficace du plan, mais également aux élus de se positionner plus facilement vis-à-vis de leur rôle dans la mise en œuvre du PCDS, notamment pour les élus qui n'ont pas pris part à l'élaboration du plan.

➤ **Inclure le secteur traditionnel et privé dans la mise en œuvre du plan**

La médecine traditionnelle et le secteur privé représentent une part essentielle de l'offre sanitaire sur la commune de Ouagadougou. Pour atteindre les objectifs fixés, il est essentiel de les inclure dans la mise en œuvre du plan. Se contenter du seul secteur public limiterait l'impact du PCDS. De plus, dans la dynamique, de constitution d'un champ sanitaire, établie depuis le début de l'élaboration du plan, il convient de considérer tous les acteurs de ce champ.

1.2. La délicate question des ressources financières

1.2.1. Une menace constante : l'incertitude du financement

La **préoccupation du financement** du PCDS est apparue dans tous les entretiens. Toutes les réserves émises sur la mise en œuvre du plan proviennent d'un risque de manque de financement. Ces inquiétudes découlent d'un manque de communication autour de cette question. En effet, la façon dont le plan va être financé n'a toujours pas été abordée par les acteurs. Cette préoccupation est exprimée par tous les enquêtés :

« C'est bien de faire un plan, mais il faut que les ressources accompagnent. C'est souvent la mise en œuvre qui pose problème, même si le plan est bien construit ». « La réalisation des actions va dépendre du financement. C'est LE frein principal ». « Le nerf de la guerre c'est les fonds. Si les financements sont là, la mise en œuvre va suivre immédiatement. » « Le financement du plan n'est pas clair ». « Franchement je ne sais pas (à propos du financement du plan) le sujet a été peu abordé au cours des rencontres ».

Selon un membre de la direction des affaires financières et du budget, il est envisageable que le PCDS soit financé par un budget annexe, mais ne soit pas voté dans le budget de la municipalité. Dans un premier temps, la commune de Ouagadougou rechercherait des financements extérieurs (notamment par la voie de la direction des relations internationales). Dans ce sens, le PCDS est employé comme un « *outil marketing*¹⁰⁸ » pour mobiliser des fonds. Par la suite, en fonction des ressources obtenues, la mairie apportera sa contribution au budget du plan. Dans ce scénario, il n'y a pas de budget établi *a priori* par la mairie pour la mise en œuvre du PCDS et si le financement extérieur est suffisant alors « *la mairie n'investit pas* ».

Un second scénario est possible, et dépendra de la volonté de la prochaine équipe municipale, dans lequel le conseil municipal vote un budget spécifique à la mise en œuvre du plan.

Pour réduire les incertitudes quant au financement du plan et traduire l'engagement politique dans le plan, il me semble nécessaire de :

➤ Construire un plan budgétaire *a priori* par la commune de Ouagadougou pour la mise en œuvre du PCDS

Afin de montrer son intérêt dans le projet du PCDS, auprès des acteurs locaux et des bailleurs de fonds nationaux et internationaux, il est nécessaire que la municipalité s'engage financièrement dans le projet avant même la recherche de fonds extérieurs.

1.2.2. Insuffisance de communication sur le transfert des ressources

Au cours des entretiens, j'ai pu constater une **mauvaise connaissance des acteurs autour de la question du transfert des ressources**. Pour certains, le processus n'a pas encore commencé, pour d'autres il est en cours mais ce n'est pas encore effectif et pour d'autres il est abouti. Certains acteurs déplorent le fait que le Ministère de la Santé continue

¹⁰⁸ Propos recueillis lors de mon entretien avec ACID

d'indiquer à la commune où affecter les fonds, où construire et réhabiliter alors que définir les besoins prioritaires devraient désormais relever de la responsabilité de la mairie.

Agent municipal : « *Pour le moment je peux dire que le transfert des ressources financières n'est pas effectif. Ils sont toujours en phase d'expérimentation, ce n'est pas encore clair* ». Agent de santé : « *Rien a changé car on en est encore au démarrage* ».

En réalité, depuis 2010, le transfert des ressources financières est effectif. Pour accompagner, les compétences transférées il est établi par arrêté ministériel, le montant des ressources transférés aux communes.

Tableau n° XX : Transfert des ressources financières du Ministère de la santé à la commune de Ouagadougou en accompagnement des compétences transférées¹⁰⁹.

	2010	2011	2012
Constructions nouvelles (Fcfa)	247 000 000	517 000 000	342 000 000
Réhabilitation (Fcfa)	15 873 015	20 000 000	48 000 000
Electrification des formations sanitaires de base (Fcfa)	6 000 000	2 000 000	2 000 000
Total FCFA	268 873 015	539 000 000	392 000 000
Total €	410 493	822 901	598 473

➤ Communiquer sur l'état d'avancement des ressources transférées

Ces informations vont notamment être transmises au cours des formations entreprises dans le cadre du projet PBO. De façon générale, pour la bonne mise en œuvre de tout projet, il convient de renforcer la transparence des questions liées aux ressources financières.

¹⁰⁹ Arrêté interministériel n°2010-265 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme de huit cent soixante et onze millions francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

Arrêté interministériel n°2011 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme d'un milliard quatre cent cinquante millions francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

Arrêté interministériel n°2012 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme de trois milliards deux cent cinquante mille francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

1.3. Ambiguïté autour de la notion de compétence

La question de la compétence des acteurs a été le sujet le plus délicat à explorer et celle qui a fait l'objet de plus de contradictions au sein des discours. Dans la majorité de la littérature, les auteurs mentionnent les difficultés du Burkina Faso en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé. Toutefois, la commune de Ouagadougou n'est pas du tout confrontée à la même problématique que le reste du pays sur cette thématique. Il faut donc distinguer les écrits scientifiques qui mettent en avant une pénurie criarde de personnel sanitaire, technique et administratif sur l'ensemble du pays¹¹⁰, et la capitale, Ouagadougou qui concentre une grande partie des compétences du pays.

Dans son étude sur les besoins de formations, C. Bouchareu a montré que les besoins portés essentiellement sur les principes de la décentralisation et les compétences transférées. Or, au cours de mon travail, j'ai pu constater que les connaissances dans ce domaine avaient fortement évoluées, avant même que les formations entreprises dans le cadre du projet PBO aient commencé. Les principes de la décentralisation et les compétences transférées sont bien intégrés par les acteurs. De plus, le processus de décentralisation est très bien accueilli par les acteurs qui y voit le moyen de rapprocher les administrateurs et les administrés, de lutter contre les lourdeurs administratives et la corruption et comme un gage d'efficacité. Cette évolution des connaissances laisse penser que c'est à travers les différents ateliers et cadres de rencontres que les acteurs se sont enrichis mutuellement de leurs connaissances et que c'est à travers leur implication dans le projet qu'ils ont acquis un certain niveau de connaissances.

Le problème de la compétence des acteurs a surtout été abordé à propos des **élus locaux et des membres de COGES**. En effet, les individus peuvent occuper ces postes sans qu'aucun niveau de formation minimum ne soit requis. Par conséquent, il demeure des élus analphabètes et des trésoriers de COGES dans l'incapacité de tenir un cahier des comptes. Pour de nombreux acteurs, cette situation est intolérable et doit faire l'objet de mesures strictes afin de faire évoluer la situation.

« Dans une phase où on responsabilise de plus en plus les communes, ce n'est pas possible, car certains n'ont pas les compétences requises ».

¹¹⁰ OUEDRAOGO M., MILLOGO E., GUIRE E., et al. (2009), *op.cit.*

MEDA N. et SONDO B., 2003. *Le pilotage du système de santé au Burkina Faso : analyse des stratégies systémiques et individuelles*. Direction Générale de Coopération au Développement (DGCD) du Royaume de Belgique. 38 p.

La question de la compétence des acteurs est intrinsèquement liée à celle de la motivation. En effet, quand on parle de la motivation des acteurs dans le projet, il ne faut pas seulement y voir l'engagement personnel de l'individu, il faut aussi prendre en compte sa capacité à s'investir dans le projet, à y prendre part. Et certains acteurs n'ont pas les moyens de tenir le rôle qui leur a été confié. Par exemple, lorsque certains élus ne comprennent pas le français, ils ne peuvent pas participer efficacement aux activités organisées, car elles se déroulent en français.

Pour limiter ces effets, certains acteurs proposent :

➤ **Introduire un niveau d'instruction minimum pour exercer les fonctions de conseillers municipaux et membres de COGES**

Concernant le **personnel technique et administratif**, particulièrement au niveau de la mairie centrale, le problème de la compétence est principalement abordé dans le sens du « *renforcement des capacités* ». Le personnel en poste possède les compétences requises pour exercer leurs fonctions, mais compte tenu du transfert de compétences et des nouvelles responsabilités, des formations continues doivent être mises en place afin de les préparer à ses nouvelles missions. De plus, la commune de Ouagadougou doit faire face à un autre enjeu, celui de l'entrée en vigueur du nouveau découpage de la ville qui passe de cinq à douze arrondissements¹¹¹. Ce changement entraîne des enjeux en ressources humaines considérables, car il va falloir mobiliser du personnel technique et administratif compétent et formé pour douze structures. Or, à l'heure actuelle, ce personnel n'est pas disponible.

Le problème de la gestion des **ressources humaines dans le domaine de la santé** a fait l'objet de nombreux écrits et a été largement abordé au cours des ateliers d'élaboration du plan. Certains acteurs s'accordent pour dire qu'il y a une « *pénurie criarde* » des agents de santé. Pour d'autres, cela provient surtout d'une mauvaise gestion des ressources disponibles. Dans tout les cas, les formations sanitaires doivent faire face à un manque de personnel compétent pour assurer l'ensemble de leurs missions. D'autant plus, que face à une charge importante de travail, le manque d'unité dans le statut du personnel et une rémunération souvent en dessous de la norme minimale, il est très difficile de mobiliser les agents de santé.

Deux recommandations peuvent être formulées :

¹¹¹ Entrée en vigueur du nouveau découpage administratif en décembre 2012, qui découpe la ville en 12 arrondissements et 55 secteurs.

- **Harmoniser le statut des personnels de santé en supprimant la notion de personnel communautaire au profit de personnel contractuel ou salarié**¹¹².

La précarité de la situation de nombreux agents de santé et la persistance d'inégalités statutaires entre agents découle de la diversité des employeurs dans les formations sanitaires (Etat, COGES, commune) et de l'existence de personnels communautaires considérés comme participant au fonctionnement des CSPS et pourtant non référencés par le manuel de gestion des CSPS (ces agents ne bénéficient pas du minimum salarial et des cotisations aux droits à la retraite). Cela nuit non seulement à la qualité des soins, mais également à la motivation des équipes. Uniformiser les statuts du personnel permettra de contrôler le niveau de formation des agents travaillant dans les formations sanitaires mais également de renforcer la motivation des agents.

- **Renforcer le dispositif de formation continue des personnels**

Le renforcement des capacités apparaît comme l'un des enjeux majeurs de la réussite du plan. Un certain nombre de formations est d'hors et déjà mis en place par le projet PBO, mais il convient de poursuivre cette dynamique même à la fin du projet. Cela permettra notamment de renforcer les capacités des agents et donc l'effectivité et l'efficacité de la mise en œuvre du plan, mais également d'accroître la motivation et l'appropriation du plan par les acteurs.

1.4. La mise en œuvre du PCDS suscite une réflexion plus large sur le système sanitaire communal

1.4.1. Légitimité de la commune à agir en santé

Dans les discours, les acteurs s'accordent pour reconnaître une légitimité de la municipalité à agir en santé. Tout d'abord, cette légitimité est renforcée car elle s'inscrit dans la continuité du transfert de compétences. De plus, de nombreux acteurs reconnaissent que la bonne santé de la population est nécessaire au développement de la commune. Et enfin, les acteurs, particulièrement les membres des ECD, reconnaissent que la commune est un territoire pertinent pour mener des actions en santé, car cette échelle permet d'adopter une vision globale de la santé et d'agir sur des volets plus larges que purement sanitaires sur lesquels les districts ne peuvent pas agir et qui pourtant contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population. L'exemple cité à plusieurs reprises est celui de l'hygiène publique.

¹¹² Recommandations déjà émises par VIAL G., 2010, *op.cit.*

Car la mairie peut mener des actions en matière d'assainissement et de gestion des déchets de façon beaucoup plus efficace qu'à l'échelle du district sanitaire. Des MCD déclarent :

« Quand vous regardez nos plans (de district), il y a des problèmes qu'on ne peut pas traiter car ça dépasse notre cadre ». « Notre intervention (les districts) se limite aux centres de santé avec la municipalité on va pouvoir aller plus loin, au plus proche de la communauté ».

1.4.2. Une organisation à restructurer

Dans la perspective de préparer la commune à la gestion des ressources et des compétences transférées en ce qui concerne le domaine de la santé, la mairie a mis en place une structure en charge des questions sanitaires : la DAS. Elle est composée de trois services :

- hygiène alimentaire¹¹³, salubrité et formations sanitaires ;
- consultation et médecine légale ;
- vaccination.

Cette direction, à sa création, avait pour missions essentielles la conception et la mise en œuvre de la politique sanitaire de la commune conformément à la politique nationale en la matière. Seulement aujourd'hui, elle assure principalement des activités de prévention au niveau communautaire¹¹⁴ et de nombreux acteurs émettent des réserves quand à sa capacité, sous sa forme actuelle, à piloter la mise en œuvre du plan. Les acteurs lui reprochent sont manque de leadership au sein du champ sanitaire. En atteste, le fait que certains acteurs aient appris l'existence d'une direction communale lors des ateliers d'élaboration du plan.

« On ne les a jamais vu venir mener une activité, ce n'est qu'au moment des conférences locales qu'on a appris l'existence d'un service sanitaire au niveau municipal [...] On ne sent pas leur existence ». (Propos recueillis auprès d'un ICP)
« J'avoue qu'au niveau de la DAS, on n'a pas de collaboration, je ne connaissais pas la structure, c'est au cours des ateliers du CIFAL que je l'ai connu ». (Propos recueilli auprès d'un membre de l'ECD)
« La DAS n'est pas assez visible [...] Elle devra renforcer son action de coordination, notamment entre les arrondissements ». « Il faut passer par un renforcement de la DAS ». « On n'a pas de relations à proprement parler avec la DAS ».

¹¹³ Pour mettre en œuvre ses actions, le service de l'hygiène alimentaire est réparti sur la commune en bureau par arrondissement.

¹¹⁴Information obtenue au cours des entretiens avec les agents de la DAS

Il apparaît que la DAS n'ait pas réussi à établir de relations fortes avec les autres acteurs, particulièrement avec les districts sanitaires. Les propos recueillis au cours des entretiens avec des membres de ces deux structures témoignent d'un manque de confiance et de reconnaissance mutuelle.

Ainsi un membre de la DAS tient pour propos: « *On se méfie des districts sanitaires et ils se méfient de nous.* » En réponse, un des membre de l'ECD : « *Il ne faut pas qu'ils s'enferment (à propos de la DAS), il faut laisser la parole aux districts* ».

Alors que pour une mise en œuvre efficace du plan ces acteurs vont devoir apprendre à travailler ensemble et renforcer leurs liens.

Malgré des relations délicates avec la DAS, les acteurs reconnaissent la direction municipale de la santé comme la structure la mieux appropriée pour piloter le plan. Si elle est restructurée, la direction aura une légitimité à agir auprès des acteurs.

Conseiller municipal : « *On peut trouver une structure qui va dans le même sens, mais qui soit plus lisible, plus transparente, plus organisée qui va permettre de piloter le projet* ».

Pour la réussite du PCDS, il apparaît nécessaire de mener en priorité :

➤ **Restructurer la DAS¹¹⁵**

En la recentrant sur les missions qui lui étaient initialement confiées afin de la rendre plus opérationnelle et de renforcer son leadership auprès des autres acteurs.

1.4.3. Des relations cordiales à renforcer

Les acteurs du champ sanitaire entretiennent des relations cordiales mais manquent d'espaces pour pouvoir échanger et construire des activités ensemble. Le projet PBO a offert la possibilité aux acteurs de se rencontrer et d'échanger sur des problématiques communes. (cf. partie 1.1.)

« *Le projet PBO est un moment fort, il a permis de créer des espaces de rencontres et de concertation* ».

Le PCDS développe une approche globale de la santé et à ce titre regroupe un certain nombre d'acteurs, de champs variés, pour sa mise en œuvre. Pour une réalisation efficace, les acteurs vont devoir travailler ensemble, mais pour cela, il est nécessaire de leur offrir des espaces de rencontres et d'échanges.

¹¹⁵ Cette action est en cours d'élaboration dans le cadre du projet PBO, mais doit être poursuivie après la fin du projet. Lors des premières rencontres, un organigramme provisoire a été proposé et est présenté en annexe n°14.

- **Maintenir des cadres de concertation** (Recommandation n°1)
- **Renforcer la coordination entre les différentes échelles (DRS, Commune, District)**

Les avantages de la décentralisation administrative et sanitaire ont largement été présentés dans la première partie, mais pour que les bienfaits soient réellement visibles, il est nécessaire de tirer profit de cette organisation. Pour cela, il faut considérer que chaque échelle d'organisation présente ses avantages et son champ d'action et, il est essentiel de décloisonner les différents niveaux afin de contourner les risques de chevauchement des différents plans (plan régional, communal, de district).

1.5. Un engagement politique marqué pour les problématiques de santé qui pourrait être déstabilisé par un changement politique lors des prochaines élections

Simon Compaoré, à la tête de la commune de Ouagadougou depuis 1995, ne se représentera probablement pas aux prochaines élections municipales qui se dérouleront en novembre prochain¹¹⁶. Il faut donc envisager, très certainement un changement politique. Les entretiens menés avec les élus locaux, tous partis politiques confondus, ont traduit le véritable engagement de la part de l'équipe municipale actuelle dans le projet PBO. Dans la perspective d'un changement politique, une question reste en suspens : quels sera l'engagement et la volonté politique de la prochaine équipe municipale ?

Comme je l'ai montré au cours de mon développement, beaucoup d'activités nécessaires à la bonne mise en œuvre du plan sont dépendantes de la volonté politique. Car c'est la municipalité qui va porter la restructuration de la DAS, qui va décider ou non de s'investir financièrement dans la mise en œuvre du plan, qui peut communiquer sur le PCDS à travers la radio municipale, etc. Un changement politique pourrait venir déstabiliser le processus établi grâce à un engagement politique fort dans le projet PBO.

Toutefois, cette perspective n'est pas partagée par tous les acteurs rencontrés, particulièrement chez les agents municipaux. Pour certains, le processus est suffisamment établi pour ne pas être compromis par un changement politique.

Selon un conseiller municipal : « *On est dans un mouvement général.* »

Certes, les enquêtés prévoient que la mise en application du plan sera retardée par le temps d'adaptation et de transfert d'informations nécessaire aux nouveaux élus mais

¹¹⁶ Aucune décision officielle n'a encore été annoncée, mais plusieurs conseillers municipaux m'ont confirmé cette version. De plus, la prolongation de l'hospitalisation du maire en France renforce cette hypothèse.

l'administration elle ne sera pas renouvelée et c'est elle qui est en charge de l'application du plan.

« *L'administration c'est la continuité* » a été prononcé par plusieurs agents municipaux.

La santé est certes devenue une préoccupation majeure pour de nombreux hommes politiques, mais il faut espérer que cela reste une priorité politique.

2. Outil d'analyse stratégique SWOT

Dans le cadre de ce travail, l'analyse SWOT est utilisée pour juger de la pertinence et éventuellement de la cohérence du PCDS. On distingue quatre facteurs :

- Les forces sont les aspects positifs internes au PCDS.
- Les faiblesses sont les aspects négatifs pour lesquels des marges d'amélioration existent.
- Les opportunités sont les possibilités extérieures positives, dont on peut éventuellement tirer parti, dans le contexte des forces et des faiblesses actuelles.
- Les menaces sont les problèmes, obstacles ou limitations extérieures, qui peuvent empêcher ou limiter la bonne mise en œuvre du PCDS et son appropriation par les acteurs.

Tableaux n° 6 : Présentation des principaux résultats obtenus selon le modèle SWOT du PCDS

Forces (Strenghts)	Faiblesses (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> - Forte participation aux activités organisées dans le cadre du projet PBO - Elaboration sur le mode participatif très bien accueilli par les acteurs et a permis une bonne appropriation du projet - Consensus autour de la priorisation des besoins - Légitimité du plan auprès des acteurs - Activités de renforcement des capacités à travers les formations organisées par le projet PBO de tous les acteurs - Le plan va permettre de mobiliser de nouvelles ressources financières - Bonne identification des rôles à tenir par 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de sources de financement identifiées a priori par la commune de Ouagadougou - Insuffisance d'information des acteurs à propos du transfert des ressources - Insuffisance organisationnelle et de leadership de la DAS afin d'assurer le pilotage du plan - Manque de relations entre la DAS et les autres acteurs du champ sanitaire, particulièrement avec les districts sanitaires - Les statuts des agents de santé ne sont pas unifiés

les acteurs	
- Volonté d'inclure le secteur privé et les tradipraticiens	
Opportunités (Opportunities)	Menaces (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> - Transfert effectif des compétences et des ressources - Offre de soins satisfaisante : 267 formations sanitaires, dont 57 publiques, sur lesquelles s'appuyer : rayon d'action théorique faible et diversité de l'offre de soins - Possibilités de partenariats et de jumelages avec d'autres communes - Nombreuses ONG/Associations sur lesquelles s'appuyer en matière d'éducation et de promotion de la santé - Existence d'un COGES dans toutes les formations sanitaires publiques - Révision des textes d'organisation et de fonctionnement des COGES intégrant les collectivités territoriales (élus) - Existence d'une radio municipale - Approvisionnement en eau potable par l'ONEA - Stabilité politique du pays - Des indicateurs sanitaires plus favorables que dans le reste du pays 	<ul style="list-style-type: none"> - Elections municipales en novembre 2012 - Mauvaise gestion en ressources humaines¹¹⁷ - Croissance démographique et spatiale de la ville très forte (avec une urbanisation galopante et mal contrôlée) - Nouveau découpage administratif de la commune, risque de déstabilisation des acteurs et des activités et augmentation du besoins en ressources humaines - Contexte général de pénurie des ressources - Manque d'équipements des formations sanitaires - Faible fréquentation des formations sanitaires modernes par la population ⇒ Médecine traditionnelle reste le premier recours (importance du secteur informel) - Changement épidémiologique : apparition des maladies chroniques et dégénératives qui soulèvent de nouvelles problématiques de prise en charge - Différence de mortalité infantile très élevée entre les zones loties et non loties¹¹⁸

Pour conclure cette partie, il se dégage des entretiens la nécessité d'une mise en œuvre rapide du PCDS. Les acteurs ont été mobilisé et se sont investis dans les différents ateliers d'élaboration du plan. De plus, pour l'instant, la réussite des activités provient essentiellement de l'efficacité du projet PBO et de sa capacité à unir les acteurs en leur offrant des cadres de rencontres et de concertations. Seulement le projet PBO n'est prévu que jusqu'en décembre 2012 et en l'absence d'une autre structure leader, la lenteur de la

¹¹⁷ Selon MEDAN. et SONDO B. , l'amélioration de la gestion des ressources humaines est l'un des éléments clés de l'amélioration du système de santé

¹¹⁸ Voir entretien Clémentine ROSSIER

mise en œuvre risquerait d'affaiblir la dynamique et l'engouement général autour du PCDS et de démotiver les acteurs vis-à-vis du projet.

« Le plan est avant tout stratégique, maintenant il faut le rendre opérationnel ». « Il faut rapidement donner des preuves d'effectivité du plan aux acteurs. »

Discussion

Avant de conclure, il convient de relativiser les résultats obtenus.

Tout d'abord, beaucoup d'enquêtés ont perçu l'entretien comme un moyen de valoriser leur direction. La perspective de bénéficier des retombées financières entraînées par le plan a influencé le discours de nombreux enquêtés, particulièrement chez les agents municipaux.

De plus, il faut souligner que mon échantillon est en grande partie composé de personnes ayant été associées au projet PBO. Ce sont donc des acteurs déjà sensibilisés aux questions de santé et qui disposent d'un certain niveau de compétences puisqu'ils ont été désigné par leur chef (MCD, maire d'arrondissement...) pour représenter leur structure au sein du projet. Il aurait pu être intéressant de compléter mon échantillon avec des personnes complètement extérieures au projet et n'ayant pris part à aucune des activités organisées dans le cadre de PBO (cela a été fait pour le personnel municipal mais pas pour les agents de santé). Par manque de temps, je n'ai pu mener plus d'entretiens. Il faut donc regarder les résultats en tenant compte de la composition de l'échantillon.

Pour conclure, cette étude répond à une demande de la cellule projet de Ouagadougou, suite à l'activité 1 du projet PBO « *définition concertée de plans communaux de développement sanitaire, consultation des populations et ajustement des diagnostics, des priorités et des outils* ». Ce travail a permis d'identifier les principaux freins et leviers d'actions pour la mise en œuvre du PCDS, en termes d'implication des acteurs. Cette identification va permettre d'agir sur les difficultés potentielles et de s'appuyer sur les forces en vue de garantir la réussite de sa mise en œuvre.

Le principal levier d'action est la légitimité du plan auprès des acteurs. En effet, grâce au processus participatif le PCDS a acquis une légitimité auprès des acteurs qu'il faut maintenir et renforcer car c'est l'adhésion au plan qui peut garantir son succès. Les principaux freins identifiés sont le manque de leadership et de reconnaissance de la DAS et l'incertitude du financement.

Compte tenu de ses résultats, trois éléments se dessinent comme étant des enjeux fondamentaux de la réussite de la mise en œuvre du plan :

- maintenir la démarche participative et renforcer les cadres de concertations pour garder la dynamique influer par les activités d'élaboration du PCDS ;
- éclaircir les modes de financements du plan ;
- restructurer la DAS afin d'assurer efficacement le pilotage des activités et la coordination des acteurs.

Sans transition, j'aimerais terminer sur une réflexion qui est apparue au cours de mon stage. Le caractère novateur du projet PBO a été souligné à plusieurs reprises au cours de ce travail et les retombées positives sont nombreuses. Dans la mesure où la gestion municipale des stratégies sanitaires s'avère efficace, quelle serait la possibilité que cette expérience soit exportée dans d'autres villes du Burkina Faso ou de l'Afrique de l'Ouest ?

Sources et bibliographie

➤ Ouvrages et Articles spécialisés

ALPHANDERY P. et BERGUES M., 2004. « Territoires en questions. Pratiques des lieux, usages d'un mot ». *Ethnologie française* ; 1 (vol. 34) : pp. 5-12.

BALME R., 1996. *Les politiques du néo-régionalisme*. Paris : Economica, p.20.

BARBIERI M., CANTRELLE P., 1991. « Politiques de santé et population ». In VIMARD P., GENDREAU F., *Politique de population*, ORSTOM, pp. 51-65.

BEIGBEDER Y., 1997. *L'OMS*. 1^{ère} édition, Paris : Puf, coll. Que sais-je?, 127p.

BOURDIEU P., 1996. *Sur la télévision*. Paris : Liber, coll. « Raisons d'agir », 95 p.

BRUNET-JAILLY J. (dir), 1997. *Innovier dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.

CISSE B., LUCHINI S., MOATTI J-P., 2004. « Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED ». *Revue française d'économie*, vol 18, n°4 : pp. 111-49.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, 2007. *Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Saint-Denis : Les éditions de la DIV, 270 p.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. 6 au 8 octobre 2008, Bordeaux, Saint-Denis : Les éditions de la DIV, 2009, 318 p.

DOZON J-P., 1987. « Ce que valoriser les médecines traditionnelles veut dire ». *Politique Africaine*, n°28, ORSTOM : pp. 9-20.

FOURNET F. (dir.), MEUNIER-NIKIEMA A. (dir.), SALEM G. (dir.), 2008. *Ouagadougou (1850-2004), une urbanisation différenciée*. Marseille : IRD, Coll. Petit atlas urbain, 143 p.

KONATE M., KONE B., CAMARA I., et al. 2008, *Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé. L'expérience de Koulikoro au Mali*. Sous la direction de LODESTEIN E., HILHORST T. Bulletin 383. Amsterdam : KIT Publishers, 64 p.

« Le Plan régional de santé publique (PRSP), un cadre de planification de la politique régionale en santé publique », Santé Publique, 2004. N°4, vol. 16, pp. 679-86. DOI : 10.3917/spub.044.0679

MOATTI J.P. et VENTELOU B., 2009. « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation ». *Revue économique*, vol. 60, pp. 241-56.

ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, 2008. *Burkina Faso : Perspectives économiques en Afrique* (consulté le 13/02/2012). [Internet] : <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/40568810.pdf>

OUEDRAOGO M., MILLOGO E., GUIRE M., et al., 2009. *Les capacités des communes rurales au Burkina Faso : naviguer entre l'apprentissage et le pré-requis*. Sous la direction de SANOU B.W., HILHORST T. Amsterdam : KIT Publishers, 76 p.

PINEAULT R. et DAVELUY C. 1995. *La planification de la santé : concept, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions nouvelles

POLTON D., 2004. « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international ». *Revue française des affaires sociales*, vol.4, n°4 : pp. 267-99.

SEN A., 2000. *Santé et développement*. Bulletin de l'OMS, recueil d'article n°2, OMS.

SACHS J., 2002. *Macroéconomie et santé ; Investir dans la santé pour le développement économique*, Rapport de la commission macroéconomie et santé, Genève : OMS.

TIZIO S., FLORI Y.A., 1997. « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ». *Tiers-Monde*, tome 38 n°152 : pp. 837-58.

TIZIO S., 2004. « Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ? ». *Tiers-Monde*, tome 45, n°179 : pp. 643-63.

TIZIO S., 2005. « Trajectoires socio-économiques de la régulation de systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle ». *Mondes en développement*, vol.33, n°131 : pp. 45-58.

➤ Ouvrages généraux

JANIN S., 2010. *Burkina Faso*. Paris : Ed. Olizane, coll. Découverte, 320 p.

KLOTCHKOFF J-C., 2008. *Le Burkina Faso*. Paris : Ed. Jaguar, coll. Aujourd'hui, 270 p.

➤ Ouvrages méthodologiques

BARDIN L., 1977. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

BLANCHET A., GOTMAN A., (1992) 2007. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, 128p.

BOURDIEU P., PASSERON J-C. CHAMBOREBON C., (1968) 2005. *Le métier de sociologue : préalable épistémologique*. 5^{ème} édition, Berlin : Mouton de Gruyer.

DURKHEIM E., (1894) 1973. *Les règles de la méthode sociologique*. 18^{ème} édition, Paris : Puf.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., (1988) 2006. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 268 p.

➤ Documents produits dans le cadre du projet PBO

Projet Paris-Bamako-Ouagadougou (PBO), Novembre 2011. *Rapport synthèse des conférences locales de santé dans la commune de Ouagadougou*. 38 p. (Non publié)

Projet PBO, Novembre 2011. *Analyse de la situation sanitaire de l'arrondissement de Sig-Nonghin*. 46 p. (Non publié)

Projet PBO, Novembre 2011. *Analyse de la situation sanitaire de l'arrondissement de Baskuy*. 60 p. (Non publié)

Projet PBO, Novembre 2011. *Analyse de la situation sanitaire de l'arrondissement de Nongr-Massom*. 67 p.

Projet PBO, Novembre 2011. *Analyse de la situation sanitaire de l'arrondissement de Bogodogo.* 36 p. (Non publié)

Projet PBO, Novembre 2011. *Analyse de la situation sanitaire de l'arrondissement de Boulmiougou.* 36 p. (Non publié)

BOUCHAREU C., 2011. *L'identification des besoins de formation dans le contexte de la gestion municipale de la santé et le recensement des formations existantes en gestion des systèmes de santé à Ouagadougou (Burkina Faso).* Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social : EHESP, 58 p.

CENTRE D'EXCELLENCE EN PRATIQUE STATISTIQUE ET INFORMATIQUE (CEPSI), 2011. *Recensement des formations sanitaires primaires de la commune de Ouagadougou.* 115 p. (Non publié)

KAFANDO B., PETITJEAN F., DJIGUEMDE P.A., et al. 2012. « Les conférences locales de santé, un processus participatif pour l'élaboration d'une politique de santé de la commune de Ouagadougou ». *Journée Scientifique de la Santé de Bobo (JSSB), Bobo-Dioulasso.*

COMMUNE DE OUAGADOUGOU. 2012. *Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017* (rapport provisoire, non publié)

VIAL G., 2010. *Promouvoir un accès à des soins primaires de qualité par la décentralisation du système sanitaire burkinabè.* Directeur d'hôpital : EHESP, 79 p.

➤ Rapports et documents publics

BANQUE MONDIALE, 2010. *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015.* [Internet] : http://www.unpei.depiweb.org/PDF/Burkina_Faso_PRSP_2011.pdf

EUROPE Aid/127764/C/ACT/TPS DCI/NSAPVD/2009/49 PBO Santé (dossier de demande d'aide à la Commission européenne dans le cadre de la coopération PBO)

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2010. *La région du centre en chiffre,* 7 p. [Internet] : <http://www.insd.bf/fr/>

HARANG M., 2007. *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation : le cas de Ouagadougou.* Ecole doctorale : milieux, cultures et sociétés du passé et du présent, Université de Paris X Nanterre.

MEDA N. et SONDO B., 2003. *Le pilotage du système de santé au Burkina Faso : analyse des stratégies systémiques et individuelles.* Direction Générale de Coopération au Développement (DGCD) du Royaume de Belgique. 38 p.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), juillet 2011. *Annuaire statistique 2010.* 204 p.
[Internet] : http://www.sante.gov.bf/images/stories/pdf/annuaire_statistique_sante_2010.pdf

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), juin 2011. *Tableaux de bord 2010.* 80 p.
[Internet] : http://www.sante.gov.bf/images/stories/pdf/Tableau%20de%20bord%202010_ame ndements%20final%20du%2015-11%202011.pdf

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), Juillet 2001. *Plan national de développement sanitaire 2001-2010,* Adopté par décret n°2001-381/PRES/PM/MS. 56 p.
[Internet] : http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=50:programme-national-de-developpement-sanitaire&catid=34:projets-et-programmes&Itemid=29

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), *Plan national de développement sanitaire 2011-2020,* 59 p. (Non publié)

MONNE R., « Politiques publiques de santé au Burkina Faso : Contexte historique, institutionnel, politique et socioculturel ». In MAISON INTERNATIONALE DE RENNES, *Politiques publiques de santé au Burkina Faso et méthodologie de projet de santé,* 26 juin 2010, Rennes.

MOUGUIN F., 2008. Vers une assurance maladie pour tous au Burkina Faso ? [en ligne], Certificat « Santé publique et développement », Conservatoire national des Arts et Métiers.
[Internet] : <http://www.gipspsi.org/Veille-strategique/Veille-par-pays/Burkina-Faso/Vers-une-assurance-maladie-pour-tous-au-Burkina-Faso>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1978. Charte d'Alma-Ata. [Internet] : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french

Promotion Valparaiso, MASTER INGENIERIE DES SERVICES URBAINS EN RESEAUX DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT, 2012. *Rapport Ouagadougou*, Rennes : SciencesPo Rennes. (*Non publié*)

SECRETARIAT GENERAL DU PREMIER MINISTRE, 2010. Guide pour l'exercice des compétences et la gestion des ressources transférées de l'Etat aux communes dans le domaine de la santé.

Séminaire « les politiques de santé », Groupe Santé et développement. Promotion 2002-2004 « Léopold Sedar Senghor ». (*Non publié*)

➤ Textes juridiques (ordre chronologique)

LOI n°003/93/ADP du 7 mai 1993 portant organisation de l'administration du territoire au Burkina Faso, la loi n°004/93/ADP du 12 mai 1993 portant organisation municipale.

LOI n°040/98-AN portant orientation de la décentralisation. Il s'agit d'une loi qui fixe les principes de base de la décentralisation au Burkina Faso.

ARRETE n°2003 109/MS/CAB portant organisation, attributions et fonctionnement des structures déconcentrées du Ministère de la Santé.

LOI n° 055-2004/AN portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso. JO spécial n°02 du 20 avril 2005.

LOI n°065-2009/AN portant modification de la Loi n°055-2004/AN21 décembre 2004 portant Code général des Collectivités Territoriales au Burkina Faso. JO N°10 du 11 Mars 2010.

DECRET n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE portant transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé. JO n°14 du 2 avril 2009.

DECRET n°2009-109/PRES/PM/MFPRE/MATD/MEF portant modalités de mise à disposition des agents de la fonction publique auprès des collectivités territoriales et de gestion de leur carrière. JO n°14 du 02 avril 2009.

ARRETE interministériel du 29 décembre 2010 n°2010-429 portant sur le statut des COGES, des CSPS et des CM.

ARRETE interministériel n°2010-265 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme de huit cent soixante et onze millions francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

ARRETE interministériel n°2011 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme d'un milliard quatre cent cinquante millions francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

ARRETE interministériel n°2012 MEF/MATD/MS portant sur la répartition de la somme de trois milliards deux cent cinquante mille francs CFA représentant les ressources financières transférées en 2011 aux commune en accompagnement des compétences transférées dans le domaine de la santé.

➤ Webgraphie

BANQUE MONDIALE, *Fiche Pays Burkina Faso*, (consulté le 27/01/2012) [Internet] : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/PAYSEXTN/AFRICAINFRENCHEXT/BURKINAFASOINFRENCHEXTN/0,,menuPK:463467~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:463455,00.htm>

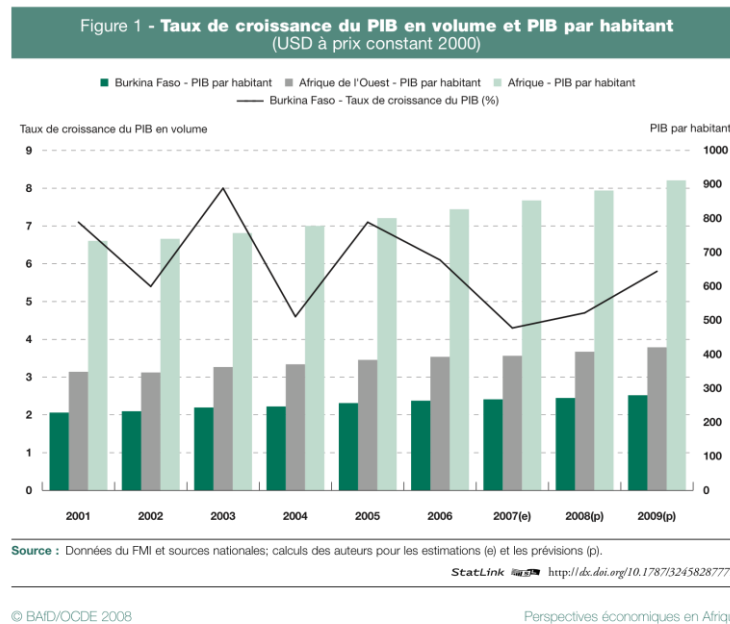
DESSOUS DES CARTES (consulté le 24/01/2012). [Internet] : <http://www.arte.tv/fr/BURKINA-FASO/392,CmC=498834,view=maps.html>

OFFICE NATIONAL DU TOURISME BURKINABE (consulté le 24/01/2012). [Internet] : http://www.populationdata.net/index2.php?option=pays&pid=35&nom=burkina_faso

Liste des annexes

Annexe n°1	Situation économique du Burkina Faso
Annexe n°2	Les districts sanitaires au Burkina Faso
Annexe n° 3	Les infrastructures sanitaires de la ville de Ouagadougou
Annexe n° 4	Cartographie de l'offre de soins publique à Ouagadougou
Annexe n°5	Présentation des directions municipales mobilisées pour la mise en œuvre du PCDS
Annexe n°6	Liste des personnes interrogées
Annexe n°7	Guide d'entretien élus locaux
Annexe n°8	Guide d'entretien agents municipaux
Annexe n°9	Retranscription d'entretien 1 (Conseiller municipal)
Annexe n°10	Retranscription entretien 2 (Direction régionale de la santé)
Annexe n°11	Retranscription entretien 3 (Médecin chef de district)
Annexe n°12	Retranscription entretien 4
Annexe n°13	Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017
Annexe n° 14	Organigramme provisoire de la future organisation de la direction de l'action sanitaire

Annexe n°1 : Situation économique du Burkina Faso



Source : ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE, 2008. *Burkina Faso : Perspectives économiques en Afrique* (consulté le 13/02/2012). [Internet] : <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/40568810.pdf>

Graphique n°4 : Taux de croissance du PBI en volume et PBI par habitant en Afrique, Afrique de l'Ouest et Burkina Faso en 2000.

Annexe n° 3 : Les infrastructures sanitaires de la ville de Ouagadougou

Tableau n°7 : Répartition des établissements de santé selon l'arrondissement et le statut de la commune de Ouagadougou en 2011

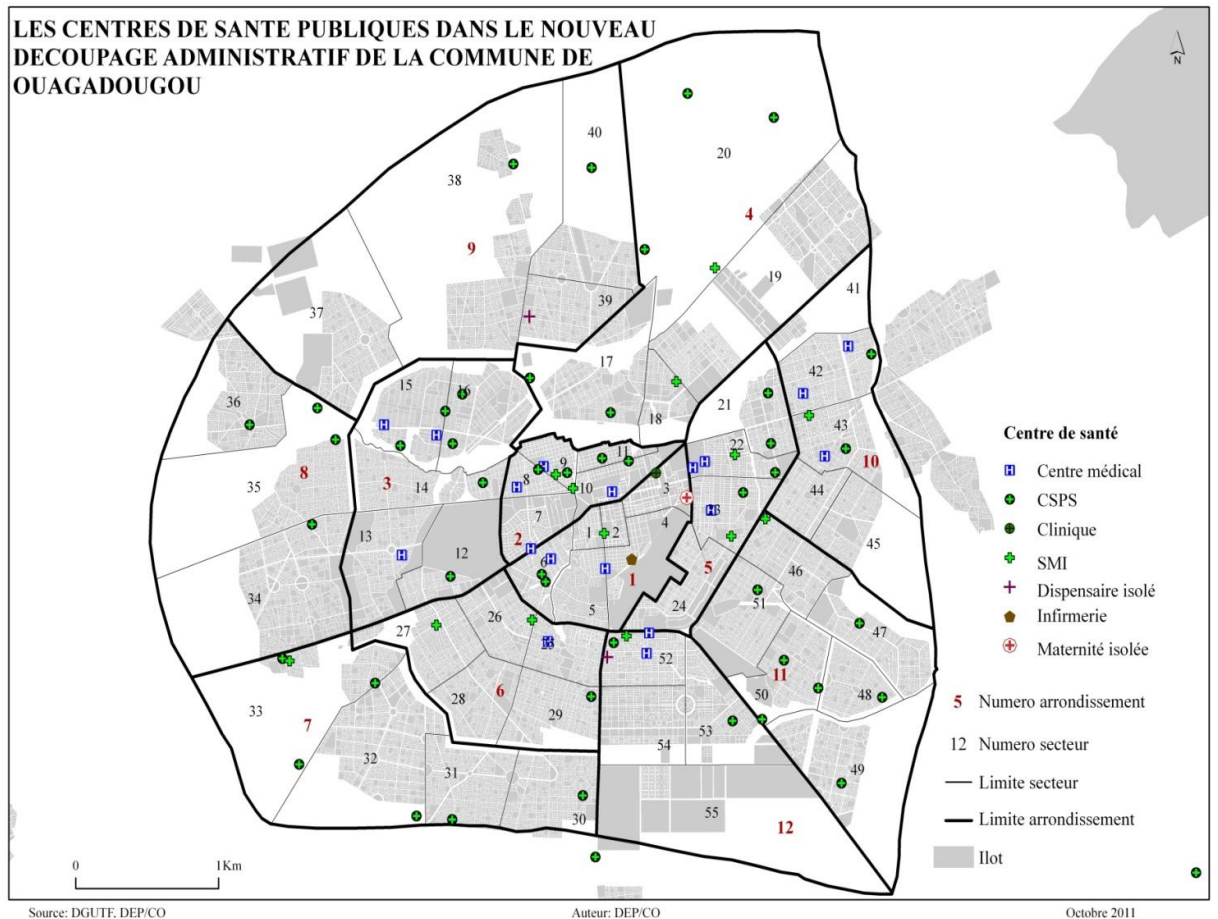
	Arrondissements					Ville de Ouagadougou
	Baskuy	Bogo-dogo	Boulmi-ougou	Nongre-massom	Sig-nonghin	
Publics	14	17	9	10	7	57
Établissement Public	12	16	9	10	7	54
Parapublic	2	1	0	0	0	3
Privés à but lucratif	38	49	39	20	15	161
Privés à but non lucratif	10	10	12	9	8	49
Confessionnel	2	5	6	5	3	21
ONG / Associations	6	5	5	4	5	25
Communautaire	2	0	1	0	0	3
Ensemble	62	76	60	39	30	267

Source : CENTRE D'EXCELLENCE EN PRATIQUE STATISTIQUE ET INFORMATIQUE

(CEPSI), 2011. Recensement des formations sanitaires primaires de la commune de Ouagadougou.

115 p. (Non publié)

Annexe n° 4 : Cartographie de l'offre de soins publique à Ouagadougou



Source : CENTRE D'EXCELLENCE EN PRATIQUE STATISTIQUE ET INFORMATIQUE (CEPSI), 2011. Recensement des formations sanitaires primaires de la commune de Ouagadougou.

115 p. (Non publié)

Carte n° 5 : Les centres de santé publics dans le nouveau découpage administratif de la commune de Ouagadougou, en 2011.

Annexe n°5 : Présentation des directions municipales mobilisées pour la mise en œuvre du PCDS

Tableaux n°8: Fonctions et organisation des directions municipales mobilisées dans la mise en œuvre du PCDS de la commune de Ouagadougou

Nom de la direction	Fonctions
Direction de l'Action Sanitaire	Conception et mise en œuvre de la politique sanitaire de la commune conformément à la politique nationale. Trois services : - service de l'hygiène alimentaire et de l'Education pour la santé - service de consultation et de la vaccination - service des formations sanitaires
Secrétariat Général	Coordination administrative et technique des services municipaux ainsi que la gestion du personnel et du matériel de la commune
Etude et Planification	Elaborer et mettre en œuvre la politique de planification communale
Affaires Financières et Budget	Gestion des finances et élaboration du budget de la commune
Propreté	Depuis 2001, assure le nettoyage des voies publiques et la gestion des déchets (collecte, transport, valorisation, prévention...) et coordonne le schéma directeur de la gestion des déchets. Trois services : - Nettoyement et collecte des déchets - Service traitement et valorisation/Recherche et des innovations technologiques - Service assainissement et de l'entretien des ouvrages de drainage
Ressources humaines	Gestion des ressources humaines de la commune Trois services : - recrutement et gestion administrative - gestion des carrières - développement des compétences (formations)
Centre municipal polyvalent des jeunes	Depuis 2004, assure plusieurs missions : - lutter contre la propagation des IST/VIH/SIDA à travers la sensibilisation et le dépistage volontaire, - coordonner les actions des associations de lutte contre les IST/VIH/SIDA, - offrir un cadre de travail et d'échanges aux associations, ONG et autres acteurs intervenant dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA, - offrir un cadre de détente, d'épanouissement, d'éveil, d'éducation et de formation.
Centre municipal bucco-dentaire	Depuis 2000, possède différents services de soins : bucco-dentaire, dispensaire, laboratoire d'analyse et ophtalmologique Mission principale : contribuer à l'amélioration des conditions de santé des populations de Ouagadougou, notamment dans les domaines de la santé les moins étoffés en l'occurrence la santé bucco-dentaire et l'optique.

Annexe n°6 : Liste des personnes interrogées

Tableau n°9 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'étude

Nom Prénom	Qualité	Arrondissement/secteur
NEKEYMA Clarisse	Chargée du suivi, de la planification et de l'évaluation – Direction Régional de la Santé	
OUEDRAOGO François	Conseiller municipal, point focal PBO, membre de la commission finance	Sig-Noghin
GANDEMA Bernadette	Conseiller municipal, point focal PBO, membre de la commission « environnement et développement local »	Baskuy
SAGAN Hubert	Conseiller municipal, point focal PBO, président de la commission « affaires générales, sociales et culturelles »	Boulmiougou
CISSE El Hadj Sidi Mahamadou	Directeur de la propreté	Mairie de Ouagadougou
SAWADOGO Ouesmane	Chef du service budget – direction des affaires financières et du budget	Mairie de Ouagadougou
Dr DJAOUGA Mariama	Chirurgien dentiste – chef du service clinique du Centre municipal bucco-dentaire	Mairie de Ouagadougou
BANAON Emmanuel	Directeur des Ressources Humaines	Mairie de Ouagadougou
Dr SIMPORE Lambert	Directeur de l'Action Sanitaire	Mairie de Ouagadougou
OUEDRAOGO Saidou	Infirmier major - Direction de l'Action Sanitaire	Mairie de Ouagadougou
KABORE Boureima	Directeur des Etudes et de la Planification	Mairie de Ouagadougou
GARANE Alice	Chargée d'étude du Secrétariat Général	Mairie de Ouagadougou
Dr OUANGRE P. Angèle	Médecin chef de district	Sig-Noghin
Dr KUIRE Marcel	Médecin chef de district	Bogodogo
Dr KODOMBO Jean Charlemagne	Médecin chef de district	Boulmiougou
MILLOGO Etienne	Chargé de planification – Equipe cadre de district	Nongremassom
Dr KONFE Salifou	Directeur de la direction de la décentralisation du système de santé	
OUEDRAOGO Amadé	Président COGES	Sig-Noghin
SOME Rigobert	Président COGES	Boulmiougou
ZOMBRE Salfo	Infirmier chef de poste - CSPS	Secteur 10
IDIANNE Dieudonné	Infirmier chef de poste - CSPS	Wemtenga
Entretiens exploratoires		
NIKIEMA Aude	Institut de recherche et de développement	

ROSSIER Clémentine	Institut Supérieur des Sciences de la Population	
KAFANDO Benoit	PBO	
OUEDRAOGO Ousmane	Conseiller municipal, point focal PBO, président de la commission « affaires générales, sociales et culturelles »	Bogodogo

Annexe n°7 : Guide d'entretien élus locaux

- Date
- Durée de l'entretien
- Lieux et conditions générales du déroulement de l'entretien
- Type d'organisme/fonction/statut et nom de l'organisme, arrondissement et de la personne interrogée
- Secteur et arrondissement
- Sexe de la personne interrogée

Caractéristiques de l'enquêté

- Depuis quand êtes vous élu ?
- Quelles sont vos fonctions ?
- Quel a été votre parcours professionnel ?

Motivation des acteurs

- Avez-vous participé aux conférences locales de santé ? A la conférence communale ?
Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
Si non, pourquoi n'y avez vous pas participé ?
- Avez-vous participé aux ateliers organisés pour l'élaboration du PCDS ?
Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
Si non, aviez-vous déjà pris connaissance du PCDS avant notre rencontre
- Qu'est ce que vous en reprenez ?
- Vous sentez-vous impliqué dans le processus d'élaboration du PCDS ?
- Trouvez-vous que vous ayez été suffisamment informé/consulté à propos de la conception du PCDS ?
- Comment définiriez vous un PCDS ? Qu'est ce cela représente pour vous ?
- Que pensez-vous que le PCDS va changer :
 - Pour vous
 - Pour votre service/organisme (au niveau du fonctionnement)
 - Pour la population
- Le PCDS vous semble t-il adapté aux besoins (insuffisances du terrain) ? Selon vous, le PCDS aborde t-il les actions prioritaires à mener ?
 - Les solutions proposées vous semble t-elles adaptées ?
- Selon vous, quelles sont les difficultés à envisager pour la mise en place du PCDS ?

Compétences des acteurs

- De façon générale, qu'est ce que vous pensez de la décentralisation ?
- La décentralisation sanitaire vous semble t-elle être pertinente pour :
 - répondre aux besoins de santé de la population
 - organiser la politique sanitaire
- Qu'est ce que la décentralisation et le transfert de compétences a changé pour votre pratique professionnelle, surtout dans le domaine de la santé ?

• Vous sentez vous prêts (compétences suffisantes) pour assumer ces nouvelles fonctions ? Si non, le PCDS a t-il prévu la mise en œuvre d'actions nécessaires pour renforcer vos compétences ?

Engagement politique

• Comment envisagez vous la suite du projet PBO et du plan s'il y a un changement de pouvoir aux élections municipales en novembre 2012 ?

• Comment envisagez vous votre rôle en tant qu'élu/citoyen dans la mise en œuvre du plan ?

• Est-ce que la commune vous semble t-elle être une échelle pertinente pour mener des actions de santé ?

Financement

• Comment se déroule le transfert des ressources ?

• Comment va être financé le plan ? Avez vous un budget de disponible pour la mise en œuvre des activités du plan ?

Organisation institutionnelle/Coordination des acteurs

• Quel rôle pensez vous que l'arrondissement va t-il joué dans la mise en œuvre de la stratégie communale ?

• Quelles relations entretenez-vous avec la Direction de l'Action Sanitaire (DAS) de la commune ?

• Pensez-vous que la DAS soit la structure la mieux indiquée pour veiller à la mise en œuvre de la politique communale de santé ? Pourquoi ?

• Quels liens entretenez vous avec les autres services municipaux de la mairie centrale ? Avec les élus des autres arrondissements ?

• Selon vous, le plan peut-il favoriser les articulations entre les différents acteurs ?

• Des contrats, partenariats sont-ils prévus pour la mise en œuvre du plan ?

• Est-ce que vous pensez que le PCDS peut renforcer vos liens avec les autres structures et institutions ?

Commentaires :

Des phrases de relance seront utilisées pour chaque thème et adaptées selon le déroulement de l'entretien

Annexe n°8 : Guide d'entretien agents municipaux

- Date
- Durée de l'entretien
- Lieux et conditions générales du déroulement de l'entretien
- Type d'organisme/fonction/statut et nom de l'organisme, arrondissement et de la personne interrogée
- Sexe de la personne interrogée

Caractéristiques de l'enquêté

- Présentation du service
- Définition du statut/poste occupé
- Quel a été votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps exercez-vous vos fonctions ? (fonctions antérieures le cas échéant)

Motivation des acteurs

- Avez-vous participé aux conférences locales de santé ? A la conférence communale ?
Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
Si non, pourquoi n'y avez vous pas participé ?
- Avez-vous participé aux ateliers organisés pour l'élaboration du PCDS ?
Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
Si non, aviez-vous déjà pris connaissance du PCDS avant notre rencontre
- Qu'est ce que vous en reprenez ?
- Vous sentez-vous impliqué dans le processus d'élaboration du PCDS ?
- Trouvez-vous que vous ayez été suffisamment informé/consulté à propos de la conception du PCDS ?
- Comment définiriez vous un PCDS ? Qu'est ce cela représente pour vous ?
- Que pensez-vous que le PCDS va changer :
 - Pour vous
 - Pour votre service/organisme (au niveau du fonctionnement)
 - Pour la population
- Le PCDS vous semble t-il adapté aux besoins (insuffisances du terrain) ? Selon vous, le PCDS aborde t-il les actions prioritaires à mener ?
 - Les solutions proposées vous semble t-elles adaptées ?

Compétences des acteurs

- Qu'est ce que la décentralisation et le transfert de compétences a changé pour votre pratique professionnelle, surtout dans le domaine de la santé ?
- Vous sentez vous prêts (compétences suffisantes) pour assumer ces nouvelles fonctions ? Si non, le PCDS a t-il prévu la mise en œuvre d'actions nécessaires pour renforcer vos compétences ?

Engagement politique

- Comment envisagez vous la suite du projet PBO et du plan s'il y a un changement de pouvoir aux élections municipales en novembre 2012 ?

Financement

- Comment se déroule le transfert des ressources ?
- Comment va être financé le plan ? Avez vous un budget de disponible pour la mise en œuvre des activités du plan ?

Organisation institutionnelle/Coordination des acteurs

- Selon vous, quel est le rôle de la commune dans le domaine de la santé ?
Est-ce que la commune vous semble t-elle être une échelle pertinente pour mener des actions de santé ?

- Quelles relations entretenez vous avec les élus locaux ?
- Quelles relations entretenez-vous avec la Direction de l'Action sanitaire de la commune?
- Pensez-vous que la DAS soit la structure la mieux indiquée pour veiller à la mise en œuvre de la politique communale de santé ? Pourquoi ?

- Quels liens entretenez vous avec les autres services municipaux de la mairie centrale ?

- Est-ce que vous pensez que le PCDS peut renforcer vos liens avec les autres structures et institutions ?
Selon vous, le plan peut-il favoriser les articulations entre les différents acteurs ?

- Des contrats, partenariats sont-ils prévus pour la mise en œuvre du plan ?
- Selon vous, quelles sont les difficultés à envisager pour la mise en place du PCDS ?
- Comment envisagez vous votre rôle et celui de votre service dans la mise en œuvre du plan ?

Commentaires :

Des phrases de relance seront utilisées pour chaque thème et adaptées selon le déroulement de l'entretien

Annexe n°9 : Retranscription d'entretien 1 (Conseiller municipal)

Thèmes	Sous thèmes	Entretien 1
Date		18 mai
Thème 1 – Caractéristiques de l'enquête	Structure Secteur et arrondissement Fonctions/missions Parcours professionnel Sexe	Mairie d'arrondissement XXX Conseiller municipal – membre de la commission finance – point focal PBO <i>Pour des raisons de confidentialité je masque ces informations</i> Homme
Thème – Participation au processus d'élaboration/mot ivation des acteurs	- Participation aux conférences locales et communales de santé - Participation aux ateliers d'élaboration du plan - Processus participatif - Informations reçues/Consultation au cours des différentes étapes - Changement entraîné par le PCDS - Adaptation du PCDS aux besoins/ Solutions	<ul style="list-style-type: none"> • A participé à toutes les réunions du projet PBO, conférences et ateliers et à l'atelier d'échange d'expériences à Bamako A propos des conférences : « on sent l'adhésion totale de la population, le besoin réel que le projet aboutisse » ⇒ volonté affichée et même les autorités compétentes adhèrent au projet • Il se sent très impliqué, tout le monde a pu donner son point de vue, partage d'expérience de part et d'autre • « Tous ceux qui devaient être concernés étaient là » • Il est satisfait des informations reçues. « Dès les premières réunions et pour toutes les réunions, on m'a toujours invité et j'ai toujours répondu présent ». Il a beaucoup apprécié le processus participatif ⇒ « je salue l'équipe qui pilote le projet et le dynamisme de l'équipe ». Pour lui la réussite du projet vient en partie de la cellule projet PBO • Il perçoit le processus participatif comme « un processus visant à avoir une photocopie des besoins réels ». • « Sa mise en application (à propos du plan) va soulager vraiment la population » - Car va rapprocher la population des différentes formations sanitaires, les coûts vont diminuer - Va favoriser la prise de conscience collective - « Va mettre fin à beaucoup de choses négatives » • Le PCDS lui semble très bien adapté réels, « et encore mieux, même plus qu'aux besoins attendus »

	<p>proposées</p> <p>- Difficultés de mise en œuvre</p>	<p>- Solutions OK , car « ce sont les besoins de la base qui ont été évoqués avec tous les acteurs (...) On a pas les mêmes expériences, les mêmes formations... » ⇒ par conséquent la somme de tous les acteurs a permis de faire ressortir les vrais besoins et de donner une vision d'ensemble assez juste</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Le nerf de la guerre c'est les fonds. Si les financement sont là, la mise en application va suivre immédiatement » + Cf. Compétence des acteurs - Pour lui tout est une question d'organisation, cela dépend de comment la mairie et le projet s'entendent pour atteindre leur objectif.
<p>Thème – Engagement politique</p>	<p>- Engagement de la municipalité dans le projet</p> <p>- Rôle dans la mise en œuvre</p> <p>- Perspectives élections municipales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une volonté affichée et même mes autorités compétentes adhèrent au projet - Les arrondissements ont un rôle participatif « il y a un engagement total pour la mise en œuvre du projet ». • Ne se représente pas aux prochaines élections – Car il souhaite se consacrer à son entreprise. « Je vais laisser place aux autres compétences et les accompagner » « En tant que citoyen j'ai commis réalisé des actes, donc je suis responsable de l'aboutissement du projet même si je suis plus conseiller municipal, donc je serai disponible à tout moment pour cela (à propos du projet) ». - Elu doit être au service du plan. Rôle de mobilisation sociale, par des contacts permanents avec la population il peut participer à faire connaître le plan et faire changer les comportements. « Nous avons foi en ce projet. Il ne mérite pas que ca tombe à l'eau, mais que ce soit un action soutenue, que chacun s'investisse. » •- « Un homme en tant que lui-même ne peut pas tout. C'est l'équipe, tout ce qui a été tracé en voie positive, ca va continuer, on ne va pas abandonner. »
<p>Thème – Compétences des acteurs</p>	<p>- Connaissance de la décentralisation/Perception de la décentralisation</p> <p>- Transfert de compétences</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « L'administration centrale c'est rendu compte qu'il ne fallait plus attendre la main-tendue, ca l'a obligé à s'organiser ». A rapprocher l'administration et les administrés. « Avant il fallait faire des km pour établir un acte de naissance ». « Le personnel est la, mais les moyens ne suivent pas » • Pour lui, il possède les compétences suffisantes pour participer correctement à la mise en œuvre du plan. « un aspect purement technique, je n'ai pas de formation sanitaire mais ma conscience, mon bon sens, me permettent de contribuer à ma façon. Et chacun selon c'est

	- Sentiment compétence/Besoins de formation	compétences, le tout rassemblés, je pense que l'objectif sera atteint ». - Discours contradictoire sur l'alphabétisation des élus locaux « Je ne pense pas que l'analphabétisation soit un frein pour la mise en œuvre du plan ». « Les CM analphabètes ne sont pas nombreux et même s'ils ne sont pas analphabétisés, il suffit de leur donner leur rôle, de leur indiquer la voie à suivre et ils pourront prendre part. » Mais plus loin dans l'entretien : Est favorable pour établir un niveau de formation minimal pour exercer certaines fonctions au niveau de la mairie. « Car beaucoup ne savent pas lire un rapport, monter un budget... »
Thème – Financement	- Transfert des ressources - Financement du plan	<ul style="list-style-type: none"> • « Le personnel est là, mais les moyens ne suivent pas » - « Pour le moment je peux dire que le transfert des ressources financières n'est pas effectif. Ils sont toujours en phase d'expérimentation, ce n'est pas encore clair. » - Financement des mairies d'arrondissement :le système est centralisé u niveau de la commune. <ul style="list-style-type: none"> • « Le nerf de la guerre c'est les fonds. Si les financement sont là, la mise en application va suivre immédiatement » - Les financements pour le plan vont aller au niveau de la mairie centrale.
Organisation institutionnelle/Coordination des acteurs	- Rôle de la commune/ Perception DAS - Relations avec les autres acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • « Avant même le projet PBO, il y avaient déjà des actons pour faire comprendre aux populations qu'elles devaient se prendre en charge au niveau sanitaire, le projet n'a fait que les renforcer . » - La commune est incontournable à ce niveau là. - La DAS est présente chaque réunion, ils partagent nos préoccupations. « On essaie de travailler ensemble pou faire évoluer les choses. C'est un partenariat donnant-donnant. » - « On peut trouver une structure qui va dans le même sens, mais qui soit plus lisible, plus transparente, plus organisée qui va permettre de piloter le projet. » ⇒ « Car si on rajoute un fardeau au fardeau on va se casser le coût » <ul style="list-style-type: none"> • relations amicales, de complémentarités, d'amitiés avec les autres élus
Commentaires généraux		Importance des valeurs communautaires (++)

Annexe n°10 : retranscription entretien 2 (Direction régionale de la santé)

Thèmes	Sous thèmes	Entretien 2
Date		9 mai
Thème 1 – Caractéristiques de l'enquête	Structure Fonctions/missions Parcours professionnel Sexe	Direction régionale de la santé <i>Pour des raisons de confidentialité je masque ces informations</i> <i>Pour des raisons de confidentialité je masque ces informations</i> Femme
Thème – Participation au processus d'élaboration/motivation des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux conférences locales et communales de santé/Participation aux ateliers d'élaboration du plan - Processus participatif - Informations reçues/Consultation au cours des différentes étapes - Changement entraînaient par le PCDS - Adaptation du PCDS aux besoins/ Solutions proposées 	<ul style="list-style-type: none"> • A participé à toutes les conférences locales, à la conférence communale et à leur restitution à la mairie ⇒ avis assez positif, était assez participatif (dans la démarche et la réalisation) - A participé aux ateliers d'élaboration du PCDS ⇒ salue le fait qu'il y ait beaucoup d'acteurs de différents services ⇒ Mais manque de temps pour apporter des éléments vraiment significatifs et produire un bon travail + Nouveaux acteurs qui n'avaient jamais participé aux conférences ⇒ il a fallu les intégrer, leur expliquer le projet ⇒ a ralenti le programme + document n'a pas été disponible assez tôt ⇒ beaucoup n'avaient pas eu le temps de lire le document ⇒ perte de temps • Se sent impliquée dans le processus d'élaboration • N'a pas encore été « trop informée » pour la conception du plan. Aurais aimé être plus consultée. - Elle aurait trouvé plus pertinent de plus impliquer les agents des districts « eux, ils n'ont pas été assez impliqués » • PCDS représente bcp pour eux, car s'il arrive à être mis en œuvre ⇒ va résoudre beaucoup de problème - C'est un outil très pertinent. S'il arrive à être bien mis en place ⇒ va soulager la DRS et la population • Le plan a été bien priorisé, les solutions lui semblent adaptées à la réalité su terrain

	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mise en œuvre - Rôle dans la mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de mise en œuvre : la réalisation des actions va dépendre du financement ⇒ C'est LE frein principal PCDS est un outil novateur ⇒ Pour elle, le plan est avant tout stratégique, mais ce qui est important c'est de le rendre opérationnel • DRS a un rôle technique dans le pilotage du PCDS, vont apporter des compétences techniques, mais pas de financement
Thème – Engagement politique	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement de la municipalité dans le projet - Perspectives élections municipales 	<ul style="list-style-type: none"> • Si changement politique en 2012 ⇒ pourrait freiner, mais « l'administration c'est la continuité », les agents opérationnels eux ne vont pas changer, ca ne va pas bouleverser le processus
Thème – Compétences des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la décentralisation/Perception de la décentralisation - Transfert de compétences - Sentiment compétence/Besoins de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • On en est qu'au début de la décentralisation. Le transfert des ressources a moins d'un an ⇒ tout n'est pas encore effectif • Selon elle, les acteurs sont compétents pour mettre en œuvre le plan - Il faut que les gens soient formés, pour leurs nouveaux rôles. La formation est nécessaire pour identifier le rôle de chacun, va permettre de clarifier les rôles - Elle a déjà participé à des formations - Pour l'instant les rôles ne sont pas assez clairs
Thème – Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert des ressources - Financement du plan 	<ul style="list-style-type: none"> • transfert des ressources : tout n'est pas encore effectif • Absence de financement de la DRS pour le PCDS
Organisation institutionnelle/Coordination des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de la commune/ Perception DAS - Relations avec les autres acteurs - Synchronisation MS/DRS/District 	<ul style="list-style-type: none"> • Commune est un partenaire de la DRS, l'échelle communale est pertinente ⇒ « c'est une bonne chose que la commune soit investie dans la santé ». Car pour elle,, la DRS seule ne suffit pas. • Il faut une réorganisation de la DAS ⇒ « car si elle reste comme ca... » (elle rigole) Car vu la structure actuelle, n'est pas pertinent pour piloter le plan - On a essayé de mener à plusieurs reprises des activités avec la DAS, mais ce qui a bloqué à chaque fois ce sont les ressources financières » ⇒ « - Le PCDS peut renforcer les liens, mais pour que cela soit possible, il faut d'abord passer par un renforcement de la DAS • Elus locaux sont impliqués dans certaines activités organisés par la DRS (ex : au moment de l'entretien, journée de vaccination contre la polyio). Ils aident à la mobilisation sociale, à la sensibilisation De même, la DAS participe à certains cadres de concertation (mais relations pas très fortes)

		<ul style="list-style-type: none"> • N'a pas peur du chevauchement avec la DRS et le district « car chacun connaît ses limites » ⇒ pour elle, le rôle de la commune et de la DRS sont bien distincts ⇒ c'est la différence territoriale qui marque le plus la différence
Commentaires généraux		Il est ressortit au cours de l'entretien la nécessité d'exprimer rapidement, les actions concrètes mise en œuvre par le plan. De donner des preuves de l'effectivité du plan aux acteurs

Annexe n°11 : retranscription entretien 3 (Médecin chef de district)

Thèmes	Sous thèmes	Entretien 3
Date		25 mai
Thème 1 – Caractéristiques de l'enquête	Structure Secteur et arrondissement Fonctions/missions Parcours professionnel Sexe	ECD XXX MCD – Ensemble de missions, chargé de beaucoup de choses : coordination, gestion RH et financière, mise en œuvre du PDDS... <i>Pour des raisons de confidentialité je masque ces informations</i> Homme
Thème – Participation au processus d'élaboration/motivation des acteurs	- Participation aux conférences locales et communales de santé - Participation aux ateliers d'élaboration du plan - Processus participatif - Informations reçues/Consultation au cours des différentes étapes - Changement entraînaient par le PCDS - Adaptation du PCDS aux besoins/ Solutions proposée - Difficultés de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • a participé à la conférence locale de son arrondissement (XXX) + communale ⇒ « moment où nous avons beaucoup discuté en groupe, nous avons échangé sur les besoins prioritaires à prendre en compte dans le cadre du PCDS. » • Ateliers : a délégué son gestionnaire + planificateur + responsable de collecte du SIS ⇒ discussion fréquente au sein de l'équipe ECD. Tous les membres ECD savent qu'il va y avoir un plan, à travers le projet PBO. <p>⇒ Ces activités ont permis de dégager le cadre, le contexte dans lequel va s'insérer la politique municipale et ça vraiment ça peut être salué</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui parce que nos équipes ont été impliqués, même si au final le document a souffert d'un certains nombres d'infidélités/ Mais on était mis au parfum de tout ce qui allé se passer. » • Prise en compte des besoins réels de la population, ciblé sur les districts qui connaissent bien les problèmes de santé de la population. Maintenant à voir si les moyens vont suivre. <p>- On attend qu'à travers ce cadre on prenne en compte la pénurie en RH (notamment en personnel d'appui gardien, vigile, agents de liaison, filles de salles... ⇒ car eux peuvent dépendre de la mairie), soutien en logistique roulante, appui en formation du personnel pour combler les insuffisances dans certains programmes.</p> <p>⇒ « On attend du PCDS qu'il prenne en compte nos besoins. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut instituer un cadre réglementaire et normatif de concertation des acteurs ⇒ pour voir les goulots d'étranglement qui se pose. + planning opérationnel qui prend en compte les attentes des différents acteurs directement du terrain.

		⇒Condition de réussite : que le agents de terrain soient concertés, impliqués continuellement dans la mise en œuvre
Thème – Compétences des acteurs	- Sentiment compétence/Besoins de formation	•Les compétences existent. Surtout à l'échelle du district je peux dire que ca existe les compétences.
Organisation institutionnelle/C oordination des acteurs	- Rôle de la commune/ Perception DAS - Synchronisation DRS/MS/District - Rôle dans la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement, d'intérêt majeur, car sans la santé la commune sera paralysé, en termes éco... La commune doit promouvoir et accomgner la mise en œuvre de toutes les activités Elle a un rôle de levier : faciliter la mise en œuvre, lever les blocages, regard sur les difficultés inhérentes. C'est perinent car sur certains égards, la commune a plus d'égards pour accompagner. Ex : les vendeurs ambulants, rôle de sensibilisation + on peut plus agir au niveau de la commune + mobilise d'autres ressources que purement sanitaire. • DAS : Importance de l'existence et d'un rôle fort de la cellule de coordination. Sinon le PCDS ne sera que référentiel et pas opérationnel. - Pour tout dire en vérité, il n'y a pas de lien sauf occasionnel. Alors que ca ne devrait pas être le cas. - La DAS n'est pas la bonne structure : « non pas du tout, il faut revoir l'organisation fonadamentale du service du système communale. C'est désordonné, ce n'est pas opérationnel. » • On peut avoir des doublons, mais si c'est bien coordonner, pas de problème. C'est juste un renforcement de l'action, mais c'est possible que ca arrive. • Rôle district : « Chacun joue sa contrepartie. Le PCDS compte 5 districts et chaque district doit jouer sa part. » • Rôle en tant que MCD : <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à la mise en œuvre du plan - Suivi-Evaluation - Obligation de rendre compte à la hiérarchie

Annexe n°12 : retranscription entretien 4

Thèmes	Sous thèmes	Entretien 4
Date		28 mai
Thème 1 – Caractéristiques de l'enquête	Structure Secteur et arrondissement Fonctions/missions Parcours professionnel Sexe	XXX XXX Président COGES (mais ne l'ai plus à l'heure actuelle avec le renouvellement des COGES, ne s'est pas représenté) ⇒ « j'ai passé la main ca faisait 8 ans ». « Avant la gestion du CSPS était mauvaise, je suis entré pour corriger certaines erreurs. » A passé 6 ans président COGES et avant 2 ans à la trésorerie Est agent commercial dans les assurances Homme
Thème – Participation au processus d'élaboration/motivation des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux conférences locales et communales de santé - Participation aux ateliers d'élaboration du plan - Processus participatif - Informations reçues/Consultation au cours des différentes étapes - Changement entraînaient par le PCDS - Adaptation du PCDS aux besoins/Solutions proposées - Difficultés de mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • a participé à toutes les conférences + ateliers du CIFAL ⇒ « Il y a beaucoup de choses qui ont été dites, maintenant il faut les faire. » • Info : Sans problème, j'ai participé pleinement, je disais ce que je pensais en tout cas. • Changement : Plan peut améliorer la gestion des CSPS <ul style="list-style-type: none"> - Chacun va jouer son rôle (clarification) ⇒ pour être efficace il faut que le personnel soit conscient des missions qui leur a été assigné - Rackettages vont disparaître • Besoins ⇒ Ok « car c'est nous qui avons dit la réalité qu'on vivait, c'est adapté. » • La question de la gestion des CSPS est très fréquente, car les textes ne sont pas respectés. » <ul style="list-style-type: none"> - Pb de compétences des membres de COGES ⇒ notamment l'illettrisme. « Si un trésorier ne peut pas remplir le cahier de trésorerie c'est déjà un faux pas. » ⇒ cette situation peut évoluer grâce au plan. « Que chacun assume ses responsabilités pour atteindre les objectifs fixés - Problème général au BF : « tout le monde veut placer son parent même s'il n'a pas les compétences. » - Le COGES du BF sont politisés ⇒ il faut séparer la politique de la gestion

		<p>communautaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a un problème d'harmonie entre COGES et agents de santé du CSPS - Manque d'unité des statuts ⇒ entrave car chacun fait ce qu'il veut ⇒ plus on ne peut pas les contrôler + manque de motivation ⇒ Donc il faut être rigoureux et faire appliquer les textes - Accepter ce qui est dit - La gestion proprement dites ⇒ Il ne suffit pas de faire un plan, pour le faire, il faut l'appliquer. Pour cela, il faut de la rigueur et de la compétence.
Thème – Compétences des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la décentralisation/Perception de la décentralisation - Transfert de compétences - Sentiment compétence/Besoins de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation : « rien a changé, car on en est encore au démarrage. » • Problème de compétences dans la gestion des COGES + grandes inégalités de compétences dans les COGES. Certains membres de COGES viennent sous couverts politique. • Besoin de formation en gestion « que chacun connaisse son rôle et ses limites.
Thème – Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert des ressources - Financement du plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Budget des FS va être annexé à la mairie ⇒ mais ce n'est pas encore arrivé. • Transfert des ressources pas encore effectif.
Organisation institutionnelle/Coordination des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de la commune/ Perception DAS - Relations avec les autres acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut que la commune s'investisse dans la santé « si la commune est malade alors elle est handicapée. » ⇒ elle doit jouer un rôle crucial dans la santé. « Santé et éducation doivent être les secteurs prioritaires de la commune. » • Il faut que le président de COGES connaisse tous les paramètres du plan ⇒ il faut de la rigueur. • Bonnes relations avec les CM, districts... « ce sont des relations obligatoires. - Nos interlocuteurs directs sont les districts. • Bien sur que ce peut se chevaucher mais si chacun joue son rôle ce n'est pas un problème. ⇒ le problème c'est qu'il y en a qui veulent intervenir dans le rôle des autres.

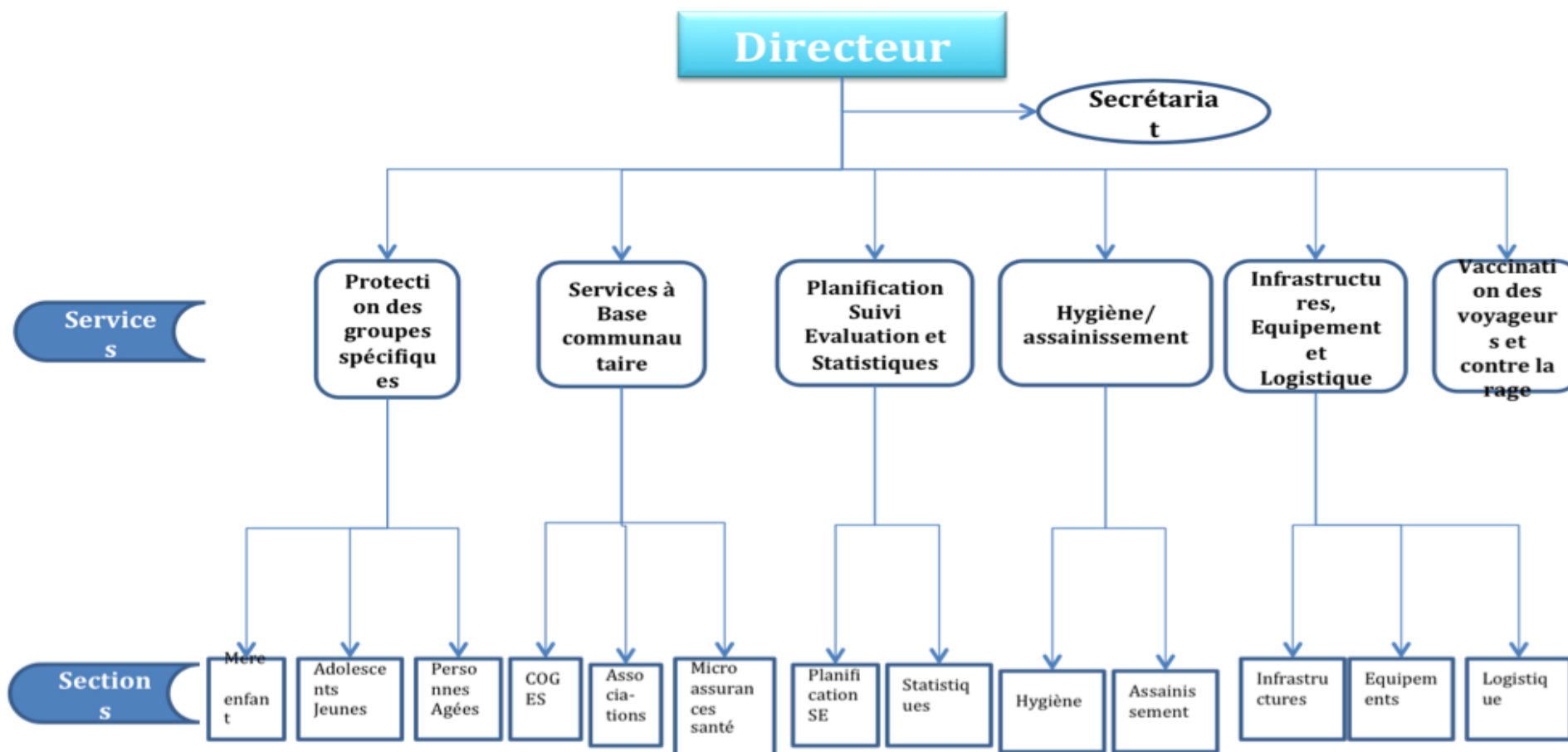
Annexe n°13 : Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017

Tableau n° XX :

Axes d'intervention	Objectifs spécifiques
Axe stratégique 1 : Développement du leadership et gouvernance dans le secteur de la santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les capacités managériales de la Direction de l'Action Sanitaire de la Commune de Ouagadougou 2. Rendre fonctionnels tous les COGES 3. Renforcer la coordination des actions mises en œuvre par les différents acteurs en matière de santé dans la Commune de Ouagadougou
Axe stratégique 2 : Renforcement des infrastructures et équipements sanitaires et les produits de santé	<ol style="list-style-type: none"> 4. Renforcer la Direction de l'action Sanitaire, les autres structures en charge de la santé et l'environnement de la Commune et les ECD en infrastructures, logistiques et d'équipements 5. Rendre disponible et accessibles les produits de santé (médicaments, produits sanguins, vaccins)
Axe stratégique 3 : lutte contre la maladie et promotion de la santé	<ol style="list-style-type: none"> 6. Réduire la prolifération des vecteurs des maladies transmissibles notamment l'anophèle 7. Renforcer la mise en œuvre des activités à base communautaire dans la Commune 8. Renforcer l'éducation sanitaire sur les méfaits de certaines pratiques néfastes telles que l'excision, le sororat, le lévirat, les comportements sexuels à risques, l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie 9. Renforcer les activités de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST/VIH et le SIDA 10. Promouvoir la santé des groupes spécifiques dans la Commune 11. Promouvoir l'hygiène/assainissement dans la Commune de Ouagadougou
Orientation stratégique 4 : Développement des ressources humaines pour la santé	<ol style="list-style-type: none"> 12. Mettre en place un système de gestion efficace des ressources humaines 13. Améliorer la qualité et la motivation des ressources humaines
Axe stratégique 5 : Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé	<ol style="list-style-type: none"> 14. Mobiliser les ressources financières pour une mise en œuvre efficace et efficiente du plan communal de développement sanitaire de la Commune de Ouagadougou 15. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé d'ici la fin de la mise en œuvre du plan
Axe stratégique 6 : Amélioration des prestations des services de santé	<ol style="list-style-type: none"> 16. Améliorer la qualité des prestations des services de santé d'ici la fin de la mise en œuvre du plan. 17. Organiser la prise en charge des urgences sanitaires dans la Commune Ouagadougou

Source : COMMUNE DE OUAGADOUGOU. 2012. *Plan communal de développement sanitaire de Ouagadougou 2013-2017* (rapport provisoire, non publié)

Annexe n° 14 : Organigramme provisoire de la future organisation de la direction de l'action sanitaire



VIGIER

Lucie

Juillet 2012

Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique

Promotion 2012

**Impliquer les acteurs dans la mise en œuvre du Plan
Communal de Développement Sanitaire à Ouagadougou/Burkina
Faso :**

Freins et leviers d'action pour garantir sa réussite

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sciencespo Rennes

Le projet de coopération Paris-Bamako-Ouagadougou (PBO), initié en 2010 pour une durée de trois ans, vise à accompagner la mise en œuvre de la décentralisation en matière de santé et à renforcer la gouvernance locale des systèmes de santé dans ces deux communes.

Dans le cadre du projet PBO et pour guider sa politique de santé, Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, a entrepris d'élaborer, sur le mode participatif, un Plan Communal de Développement Sanitaire (PCDS).

La présente étude s'intéresse aux freins et aux leviers d'action, en termes d'implication des acteurs de la mise en œuvre du PCDS. A partir de l'analyse des différentes informations recueillies auprès des acteurs mobilisés pour l'élaboration du plan, trois éléments se dessinent comme étant des enjeux fondamentaux de la réussite de la mise en œuvre du plan :

- maintenir la démarche participative et renforcer les cadres de concertations pour garder la dynamique influer par les activités d'élaboration du PCDS ;
- éclaircir les modes de financements du plan ;
- restructurer la direction communale de la santé afin d'assurer efficacement le pilotage des activités et la coordination des acteurs.

Mots clés :

Planification sanitaire – Politique de la ville – Décentralisation – Transfert de compétences – Territorialisation – Coopération internationale (intercollectivités) – Ouagadougou – Burkina Faso

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.