

Science et technique

Revue burkinabè de la recherche

Lettres, Sciences sociales et humaines

Vol. 36, n°2 – Juillet - Décembre 2020 – ISSN 1011-6028



Centre national de la recherche scientifique et technologique
03 B.P. 7047 Ouagadougou 03 - Burkina Faso

Science **et** technique

Revue semestrielle de la recherche, éditée par le **Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST)**

Série Lettres, Sciences sociales et humaines

Numéro 2 Volume 36, Juillet - Décembre 2020

Prix : 3 000 FCFA



Institut des Sciences des sociétés (INSS) 03 B.P. 7047 Ouagadougou 03 Burkina Faso
inss@fasonet.bf

Directeur de publication : NEBIE Roger Honorat Charles

Directeur adjoint de publication : KIBORA Ludovic O.

Comité de publication

Président : YAMEOGO Georges

Editeur scientifique : HALPOUGDOU Martial

Secrétaire de rédaction : KABORE Moustapha

Comité de rédaction

Coordonnateur : ZERBO Roger

Rédacteur en chef : COMPAORE Maxime - E-mail : compaore@yahoo.fr

Rédacteur en chef adjoint : NANA Firmin

Membres

KABORÉ S. Luc, Sociologie éducation, INSS

OUATTARA Ardjouma, Sociologie urbaine

OUÉDRAOGO Alain, Linguistique, INSS

PARÉ Cyriaque, Anthropologie, INSS

TRAORÉ Bakary, Histoire, INSS

Comité de lecture

HIEN Pierre Claver, Histoire, INSS
KABORÉ Oger, Musicologie INSS
KIBORA Ludovic O., Anthropologie, INSS
KIÉMA Alfred, Littérature Université de Ouagadougou
KONKOBO/KABORÉ Madeleine, Sociologie éducation, INSS
LOMPO Marius, Santé, IRSS
NANÉMA Emmanuel, énergétique, IRSAT
NÉBIÉ Bétéo, Linguistique, INSS
NIKIÈMA Aude, S.I.G., INSS
OUATTARA Vincent, Culturologie, Université de Koudougou
OUÉDRAOGO Adama, Civilisation arabe, INSS
SALO Samuel, Histoire, Université de Ouagadougou
SANGARÉ Ali, Sociologie urbaine, INSS
SISSAO Alain Joseph, Littérature africaine, INSS
TRAORÉ Hamidou, Agriculture, INERA

Comité scientifique

BALIMA Serge Théophile, Professeur titulaire Communication, Université de Ouagadougou
BATIONO Jean-Claude, Maître de conférence Littérature germanique, Université de Koudougou
BAZÉMO Maurice, Maître de conférence Histoire, Université de Ouagadougou
BISSIRI Amadou, Professeur titulaire Littérature anglophone, Afrique du Sud
FONKOUA Romuald, Professeur titulaire Littérature francophone, Paris 1
GAYIBOR Nicoué, Professeur titulaire Histoire, Université de Lomé
GOMGNIMBOU Mustapha, Directeur de Recherche Histoire, INSS
GUISOU Basile Laetare, Directeur de Recherche Sociologie politique, INSS
IDIATA Franck, Professeur titulaire Psycholinguistique, CNARS/Gabon
IROKO Félix, Professeur titulaire Histoire, Université, Cotonou
KANDJI Mamadou, Professeur titulaire Littérature anglophone, Université Cheik A. D.
KATJA Werthmann, Professeur titulaire Anthropologie, Allemagne
KIBORA O. Ludovic, Maître de Recherche Anthropologie, INSS
KIÉDRÉBÉOGO Gérard, Directeur de Recherche Sociolinguistique, INSS
NAPON Abou, Professeur titulaire Sociolinguistique, Université de Ouagadougou
OUÉDRAOGO Jean-Baptiste, Directeur de Recherche Anthropologie, INSS

PALM D. Jean-Marc, Maître de Recherche Histoire, INSS
SANOGO Mamadou Lamine, Directeur de Recherche Sociolinguistique, INSS
SAWADOGO Mahamadé, Professeur titulaire Philosophie, Université de Ouagadougou
SAWADOGO Filga Michel, Professeur titulaire Droit, Université de Ouagadougou
SISSAO Alain Joseph, Directeur de Recherche Littérature africaine, INSS THIOMBIANO
Taladia, Maître de conférence Economie, Université de Ouagadougou VALÉA Tendaogo,
Maître de conférence Science de l'éducation, Université de Koudougou YONABA Salif,
Maître de conférence Droit, Université de Ouagadougou

Abonnement-Distribution : DIST/DGA-V/CNRST, 03 B.P. 7047 Ouagadougou 03

Rédaction et administration : Comité de rédaction, INSS 03 B.P. 7047 Ouagadougou 03
Tél : (226) 25 35 55 94/95/ 25 35 88 68 Fax : (226) 25 35 55 96

Mise en page : ILBOUDO W. Alassane, Infographe, Presses Universitaires

Impression : Presses Universitaires

Tirage : numéro tiré à 50 exemplaires

Sommaire

**Maurice YAOGO, Koukiyoani KOUTIANGBA, Léa PARE TOE,
Ziemlé Clément MEDA, Ligia PAINA**

Implantation nationale du programme de prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) au Burkina Faso : analyse qualitative d'une expérience de partenariat public-privé.....11

Mangawindin Guy Romuald OUEDRAOGO, Tindaogo Félix VALLEAN

Les déterminants des meilleures performances des écoles primaires privées au Burkina Faso : le cas des écoles catholiques dans la commune de Ouahigouya...43

Rasmata SAMANDOULOUGOU

Analyse critique des Nouvelles Politiques agricoles communes en Afrique.....63

Yacouba CISSAO

La gestion des conflits fonciers dans un contexte de crise de la chefferie coutumière : cas du village de Sabtenga, province du Boulgou (Burkina Faso)...87

Achille Candide Ayayi KOUAWO et Koffi Agbéko AGBOTRO

Construire son identité et apprendre avec le numérique.....109

Désiré Boniface SOME

La fronde syndicale au Burkina Faso: de l'espoir à la désillusion des travailleurs après l'insurrection populaire.....123

**Tenguel Sosthène N'GUESSAN, Yao Eugene KONAN,
N'Guessan Claude KOUTOU, Sacré Régis Mailly DIDI,
Ahou Chimène KOUA-DIEZOU, Mireille Flore AHUI-ANKOTCHE,
Koumi Kassi Roger ANGAMAN, Djeneba TRAORE-COULIBALY,
Solange AMETHIER**

Politique d'offre de soins et soutiens aux OEV et à leurs familles en Côte d'Ivoire.....153

Boulkini COULDIATI

La rivière aux mystères ésotériques de Toussaint Hènènè DAMAN : dialogue des religions ou apostasie ?.....179

Joseph Abo KOBİ

La main-d'œuvre voltaïque dans la Côte d'Ivoire forestière de 1932 à 1947...195

**Aoua Carole CONGO, Palé Sié Innocent Romain YOUL,
Laetitia Malpoa OUALI**

Paradigmes linguistique et didactique de l'éducation inclusive au Burkina Faso : cas des écoles de sourds de la région de l'Est.....215

Ibrahim ABDOU SALAM NIANG

Les ressorts agonistiques de l'épopée dans l'Anthologie bilingue de poésie orale haoussa.....239

Lea Pare TOE, Nourou BARRY

La moustiquaire, entre privilège et contrainte : les défis de la lutte contre le paludisme.....257

Implantation nationale du programme de prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) au Burkina Faso : analyse qualitative d'une expérience de partenariat public-privé

Maurice YAOGO¹,
Koukiyoani KOUTIANGBA²,
Léa PARE TOE³,
Ziémé Clément MEDA⁴
et Ligia PAINA⁵

Résumé

Cet article analyse le recours au partenariat public-privé (PPP) pour l'implantation nationale du programme de prise en charge communautaire du paludisme (PECADO) et tire des leçons des résultats obtenus. La collecte des données a été faite principalement par des entretiens individuels approfondis avec plusieurs catégories socioprofessionnelles. L'observation *in situ* et une revue documentaire sur les thèmes clés de l'étude ont complété l'approche méthodologique. L'analyse de contenu thématique des données a été facilitée par l'utilisation du logiciel NVivo 11 Pro. Le recours au PPP pour l'implantation nationale du programme PECADO s'inscrit dans les options pour améliorer l'accès géographique et financier aux soins dans un contexte favorable. Malgré l'adhésion et l'engouement manifestés initialement par les différents acteurs, deux contraintes majeures ont été relevées : des obstacles logistiques et organisationnels et des insuffisances liées à la préparation de l'intervention. Il ressort que le PPP manquait d'une appropriation pour une coopération dynamique et efficace des acteurs, nécessaire pour réussir l'expérience. Les résultats de l'étude confirment l'intérêt d'impliquer les acteurs non étatiques grâce au PPP pour réussir des actions similaires. Ils plaident aussi pour des réponses résilientes adaptées aux défis sanitaires.

Mots clés : Implantation nationale, programme PECADO, analyse qualitative, partenariat public-privé, Burkina Faso

¹ Maître-assistant en Anthropologie et Sociologie de la santé, Enseignant permanent à l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest-Unité Universitaire à Bobo-Dioulasso (UCAO-UUB), 01 BP 1207 BOBO-DIOULASSO, myaogo.proline21@gmail.com.

² Institut des Sciences des Sociétés (INSS/CNRST), 03 BP 7047 OUAGADOUGOU 03.

³ Institut de recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), 01 BP 545BOBO-DIOULASSO 01.

⁴ Institut National des Sciences de la Santé (INSSA/Université Nazi Boni), 01 BP 1091BOBO-DIOULASSO 01.

⁵ John Hopkins Bloomberg School of Public Health (BALTIMORE, Etats-Unis).

National implementation of the PECADO Programme (Home based malaria treatment) in Burkina Faso: qualitative analysis of a public-private partnership experience

Abstract

This article analyses the use of public-private partnership (PPP) for the national implementation of the Community-Based Management of Malaria (PECADO) programme and draws lessons from the results achieved. Data collection was mainly done through in-depth individual interviews with several socio-professional categories. In situ observation and key themes document review complemented the methodological approach. The data thematic content analysis was facilitated by the use of NVivo 11 Pro software. The use of PPP for the national implementation of the PECADO programme is one of the options for improving geographical and financial access to care in a favourable context. Despite the support and enthusiasm initially shown by the various stakeholders, two major constraints were noted: logistical and organisational obstacles and inadequacies in the preparation of the intervention. It emerged that PPP lacked ownership for dynamic and effective cooperation of the actors necessary to make the experiment a success. The results of the study confirm the value of involving non-state actors through PPP to achieve similar actions. They also plead for resilient responses adapted to health challenges.

Key words: National implementation, PECADO programme, qualitative analysis, public-private partnership, Burkina Faso

Introduction

Pays en développement à faible revenu, le Burkina Faso est confronté à une situation sanitaire marquée par une mortalité maternelle et néonatale élevée, de même qu'un nombre élevé de décès dû au paludisme. Le pays fait face aussi à d'autres défis tels que les maladies non transmissibles et les nouveaux risques liés aux pathologies émergentes. Malgré différentes approches et stratégies, surtout dans le domaine de la lutte contre le paludisme (gratuité pour le paludisme grave depuis 2005, subvention des prix initiaux des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine - CTA), il y a encore plusieurs défis à relever pour un accès équitable à des soins de qualité (Ministère de la santé 2011b, M. Yaogo *et al.* 2014, M. Yaogo 2017). D'où l'intérêt de la mise en œuvre du programme intitulé « Prise en charge à domicile (PECADO) » des cas de paludisme simple par des agents de santé à base communautaire (ASBC) au niveau des villages. Citée parmi les initiatives multiformes de réduction partielle ou totale des frais d'accès aux soins, le programme PECADO consiste en une distribution

à base communautaire de CTA et de moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA), renforcée par la mobilisation sociale. Approche soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle montre la contribution des organisations non étatiques aux objectifs de l'accès universel aux soins de santé.

Les systèmes de santé ont généralement pour objectif d'améliorer la santé, non seulement grâce à la fourniture de soins curatifs et préventifs, mais aussi par la protection et la promotion de la santé publique, la préparation aux situations d'urgence et l'action intersectorielle (M. Mackintosh et M. Koivusalo 2005). Acteur parmi tant d'autres du système de santé, le secteur public de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre et les conditions actuelles et futures les plus propices à la promotion de la santé telle que préconisée par l'OMS à travers la Charte d'Ottawa (1986). Du reste, l'intérêt indéniable de la participation communautaire et des acteurs privés de la santé pour améliorer l'accès aux soins est reconnu, malgré des contraintes et des limites (B. Hours 1992, S. Tizio et Y. Flori 1997). C'est ce qu'illustrent de grandes initiatives internationales, notamment celles de la Conférence de Alma Ata en 1978, pour des soins de santé primaires efficaces et celle de l'Initiative de Bamako (IB) en 1986.

Par ailleurs, la question de l'équité et de l'accessibilité aux soins de santé fait l'objet de plusieurs travaux qui insistent sur les réformes structurelles nécessaires et les défis à relever en Afrique (L. Freedman 2005, M. Mackintosh et M. Koivusalo, 2005, H. S. Yaya 2009), malgré des opportunités d'exemptions du paiement offertes depuis les années 2000 (M. Yaogo et H. S. Yaya 2009, Olivier de Sardan 2012, J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde 2014). Pour atteindre les objectifs de santé publique, la nécessité d'une collaboration entre les secteurs public et privé (Banque Mondiale 2012), par leurs complémentarités, pour aborder les problèmes émergents de santé sont reconnus au niveau international et dans les programmes politiques nationaux. Les partenariats public-privé (PPP) semblent donc à la fois inévitables et impératifs (S. Nishtar, 2004). D'autres auteurs en soulignent également l'intérêt et montrent les mécanismes associés (K. Buse et G. Walt, 2000 ; K. Buse et A. Waxman, 2002).

Cet article propose une analyse socio-anthropologique à la fois de l'émergence et de l'implantation d'une expérience de partenariat public-privé dans le domaine du paludisme en 2009 et sa contribution au passage à l'échelle de l'intervention, avec l'appui financier du Fonds Mondial. L'étude a été réalisée au Burkina Faso, de 2015 à 2018, dans le cadre d'un projet de recherche financé par l'OMS et le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI). Une brève description du

contexte, des aspects théoriques et méthodologiques précède la présentation des résultats et leur analyse.

I. Contexte et problématique de recherche

1.1. Contexte et intérêt de l'étude

Le paludisme demeure le premier problème de santé publique au Burkina Faso et toute la population est exposée au risque d'infection. C'est la première cause de morbidité et de mortalité mais aussi la première cause de consultations, d'hospitalisations, et de décès dans les formations sanitaires du Burkina Faso (Ministère de la santé, 2012). Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont les plus à risque, d'où l'adoption de plusieurs stratégies, dont l'exemption du paiement, pour faciliter l'accès aux soins de ces groupes vulnérables (Ministère de la santé 2009, V. Ridde et A. Bicaba 2009, M. Yaogo *et al.* 2014).

Depuis les années 2000, une intensification de la lutte contre le paludisme est engagée grâce à l'appui financier de plusieurs partenaires dont la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme. Cela a consisté précisément à élargir dans certains cas les actions du niveau local ou régional au niveau national, selon l'appellation admise de « passage à l'échelle » des programmes. Tel est le cas du programme PECADO, destiné à la fois au traitement (cas des CTA) et à la prévention (cas de la distribution gratuite en 2010 et 2013 des MILDA) contre le paludisme. Ces actions ont nécessité le recours à des organisations non étatiques, notamment pour la mise en œuvre des composantes communautaires. Ainsi, une approche de contractualisation a été engagée avec ces acteurs privés depuis 1997 mais les premières interventions ayant nécessité un début de partenariat sont celles initiées en 1990 par la Banque mondiale dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH et le sida (environ 280 ONG et associations, dont deux ONG « ombrelles » qui avaient encadré des organisations plus petites et moins expérimentées). Ce besoin d'associer des organisations non étatiques pour améliorer la couverture de l'offre de services a été pris en compte progressivement dans les interventions mises en place dans le cadre des financements accordés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. L'idée de base était de mettre l'accent sur l'intensification de la lutte à travers le passage à l'échelle nationale des actions initiées. Dans cette perspective, l'Etat a contractualisé avec des ONG nationales actives dans la lutte contre la maladie

en fonction de leurs expériences et de leurs capacités à gérer des ressources importantes qu'imposait cette nouvelle stratégie visant à décentraliser l'offre de soins et à renforcer la riposte en facilitant un meilleur accès aux soins dans tout le pays.

Depuis deux décennies, les financements les plus importants pour l'offre publique de soins subventionnés proviennent des requêtes successives soumises au Fonds Mondial. Pour la 8^e requête du Burkina Faso (Ministère de la santé, 2009), le programme prévoyait trois composantes : premièrement, le passage à l'échelle de la prise en charge à domicile (PECADO) des cas de paludisme simple par les agents de santé à base communautaire (ASBC) ; deuxièmement, la distribution de moustiquaires imprégnées de longue durée d'action (MILDA) lors d'une campagne générale en 2010 renouvelée en 2012 ; troisièmement, la contractualisation avec les organisations non étatiques, essentiellement pour la mise en œuvre des activités communautaires (distributions gratuites des MILDA, vente subventionnée des CTA, mobilisation sociale).

Du rappel du contexte national, il apparaît l'intérêt d'une intervention à l'échelle nationale ciblant essentiellement les zones rurales défavorisées, à cause de l'ampleur du paludisme et ses graves conséquences pour la santé publique et le développement local. Pour cela, l'implication des organisations non étatiques dont l'expérience est reconnue dans la mise en œuvre d'interventions à base communautaire était indispensable pour le passage à l'échelle des activités du programme PECADO. L'analyse socio-anthropologique de l'implantation du programme PECADO proposée ici prend appui sur ces éléments de contexte national.

1.2. Problématique de l'étude

Le programme de prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) vise à améliorer l'accès aux soins pour cette pathologie à travers la vente par les ASBC des CTA à des tarifs subventionnés. L'implantation nationale de ce programme comportait au moins deux grands défis à relever concernant : d'une part, la mise en œuvre conjointe d'une composante communautaire pilotée par l'Organisation Non Gouvernementale Plan International Burkina et ses partenaires ; d'autre part, une deuxième composante relative aux soins habituels dans les structures sanitaires, selon l'organisation hiérarchique du système de santé. Ensuite, il s'agissait d'une première expérience d'implication à large échelle d'organisations non étatiques responsables de tout le processus de préparation et de mise en œuvre de l'intervention communautaire,

en collaboration avec les différentes parties prenantes au niveau régional et district. L'intérêt porte ici sur le partenariat entre l'Etat et des organisations non étatiques pour la mise en œuvre du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) dans le cadre des interventions du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Il est question aussi de stratégies visant à augmenter la couverture géographique des prestations et une réponse plus adaptée à la demande communautaire en misant sur l'implication d'acteurs non étatiques capables de piloter des interventions à large échelle pour lutter efficacement contre le paludisme.

Au sujet du paludisme, les principaux travaux réalisés au Burkina Faso, sous l'angle de l'analyse de la mise en œuvre et des résultats d'interventions complexes dans le domaine de la santé, portent notamment sur deux dimensions : d'une part, l'émergence, la formulation, l'implantation, la mise en œuvre et les effets de la politique nationale d'exemption du paiement des soins liés au paludisme (B. Kouyaté *et al.* 2013, V. Ridde *et al.* 2013, M. Yaogo *et al.* 2014, V. Ridde *et al.* 2017, L. Belaïd *et al.* 2017) ; d'autre part, les interventions communautaires autour de cette politique (S. Zongo *et al.* 2013, T. Druetz *et al.* 2015a, T. Druetz *et al.* 2015b). D'où l'intérêt d'une analyse qualitative complémentaire permettant d'appréhender à la fois les éléments de contexte, de contenu et de processus d'implantation nationale du programme PECADO. En effet, plusieurs approches classiques combinant souvent les méthodes quantitatives et qualitatives se focalisent formellement sur des dimensions comme la fidélité ou la pérennité des interventions. Cela oriente habituellement vers la recherche de déterminants ou de facteurs causaux correspondant à des schémas typiques d'une posture d'analyse des politiques et des programmes de santé. En revanche, peu de place est souvent laissée aux mécanismes internes des interventions, aux confrontations de logiques des acteurs et aux spécificités contextuelles locales. L'ambition affichée ici intègre cela, en mettant l'accent sur les "capacités partenariales" et les enjeux liés à la mise en relation de deux catégories d'acteurs relevant des secteurs public et privé. La responsabilité contractuelle accordée aux acteurs non étatiques pour l'exécution des activités communautaires exposait potentiellement à des conflits de rôles ou d'intérêt qui se sont manifestés dès le démarrage des activités communautaires. Il s'agissait ici d'analyser le phénomène sous l'angle d'un faisceau de preuves pouvant faciliter ou au contraire compliquer la réussite de l'implantation nationale du programme PECADO.

R. Simmons *et al.* (2007, p. 4-6) proposent cinq éléments pour décrire le passage à l'échelle d'une intervention : l'innovation, l'organisme ou l'équipe chargée du passage à l'échelle, l'organisation bénéficiaire, la stratégie de passage à l'échelle et l'environnement. En tenant compte de ces différents aspects, l'implication des secteurs public et privé sur la base de contrats de prestations constitue une innovation majeure qui a influencé la préparation et la mise en œuvre du programme PECADO. A partir de là, nous questionnons deux aspects importants : d'abord, les enjeux et les défis qui entourent l'émergence et l'implantation de ce programme, en considérant les facteurs de succès du partenariat-public-privé abordés par L. Préfontaine *et al.* (2009) ; ensuite, les leçons à tirer pour améliorer les interventions similaires (santé et autres domaines).

L'implantation nationale du programme PECADO constituait en elle-même un défi à relever. Son exécution comportait divers enjeux liés à une première expérience de cette ampleur avec l'implication des organisations non étatiques responsabilisées pour conduire les activités communautaires, en partenariat avec les acteurs des différents échelons du système de santé. Dans ce contexte, notre approche qualitative, socio-anthropologique et interdisciplinaire du phénomène s'est focalisée sur la dynamique interne de l'implantation du programme. L'interdisciplinarité dans notre approche s'est traduite par la collaboration effective entre plusieurs compétences (socio-anthropologie, géographie de la santé, santé publique) et l'utilisation de cadres conceptuels et de repères paradigmatiques propres à l'analyse des politiques et des systèmes de santé et à l'administration publique. L'intérêt était d'analyser à la fois le contexte, les perceptions des rôles des acteurs et la stratégie développée pour le passage à l'échelle du programme avec l'implication des acteurs communautaires. Il s'agissait aussi d'explorer les conditions favorables et défavorables dans la préparation et l'implantation pouvant influencer l'atteinte ou non des objectifs du programme. Sous cet angle, le partage de responsabilités entre des acteurs publics et privés pour une intervention à large échelle et sur une longue durée relevait d'un pari ou d'un défi qui n'était pas gagné d'avance. Les questions de recherche suivantes résument les centres d'intérêts principaux abordés dans ce volet de l'étude : comment le partenariat public-privé pour la mise en œuvre nationale du programme PECADO est mis en place au niveau central et régional ? Quelles sont les forces et les faiblesses de la démarche de collaboration entreprise entre les secteurs public et privé engagés dans cette initiative ?

1.3. Cadres conceptuels pour l'analyse des données de l'étude

Deux cadres conceptuels nous ont servi de référence pour l'analyse du processus d'implantation du programme PECADO. Le premier est relatif au modèle d'analyse des politiques de santé par G. Walt et L. Gilson (1992). Quant au deuxième, il porte sur les caractéristiques relevées par L. Préfontaine *et al.* (2009), pour décrire les facteurs de succès d'un partenariat public-privé. La théorisation de base est celle de G. Walt et L. Gilson (1992) concernant les composantes fondamentales de l'analyse des politiques de santé. Les deux cadres conceptuels ci-après illustrent ces modèles théoriques, en intégrant dans le premier cas des éléments de présentation du programme PECADO :

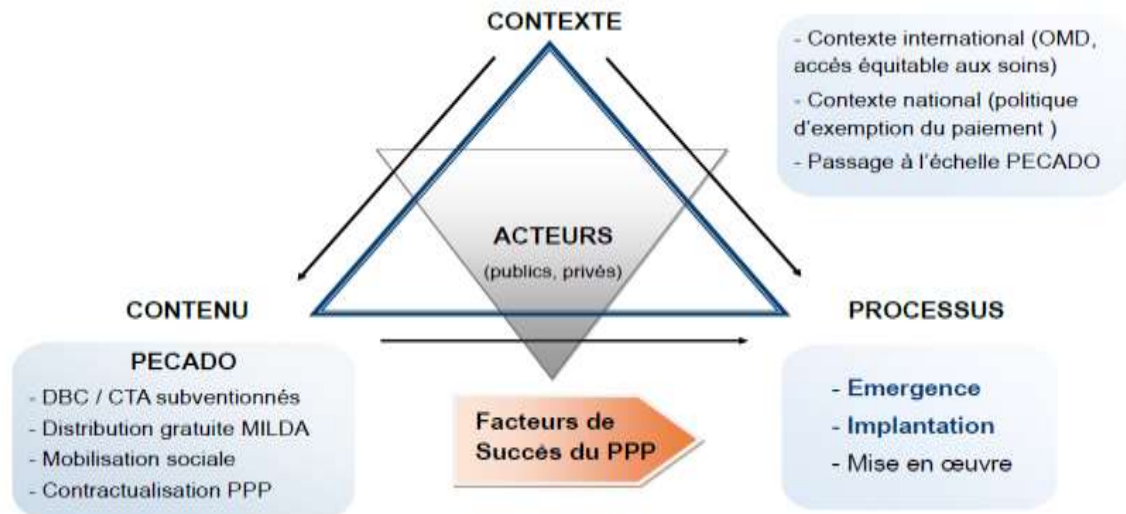


Figure 1 : Cadre conceptuel pour l'analyse du programme PECADO, adapté à partir du modèle de Walt et Gilson (1992)

Les deux extrémités du triangle de Walt et Gilson représentent le contenu du programme à gauche, à droite le processus de mise en œuvre et au sommet le contexte dans le lequel prend place l'implantation nationale de cette grande intervention sanitaire. Quant aux acteurs, ils sont représentés dans la surface du triangle. Ce modèle très simple sert de cadre adéquat pour la description fine de l'implantation du programme PECADO, en insistant sur les étapes, les faits ou les repères significatifs permettant de comprendre en profondeur le cheminement et ses implications pour la suite du processus. Les deux flèches périphériques décrivent l'influence du contexte à

la fois sur le contenu et le processus mais aussi du contenu sur le processus de mise en œuvre. On se situe dans une perspective d'analyse qualitative de l'implantation des activités, à l'étape initiale de la mise en œuvre (M. Yaogo *et al.* 2014, J.-P. Olivier de Sardan 2014, L. Belaid *et al.* 2017). Le contenu de la politique, relatif à la formulation de l'exemption du paiement pour les soins du paludisme, déjà abordé dans d'autres travaux (M. Yaogo *et al.* 2014), ne fera pas l'objet d'une analyse particulière ici.

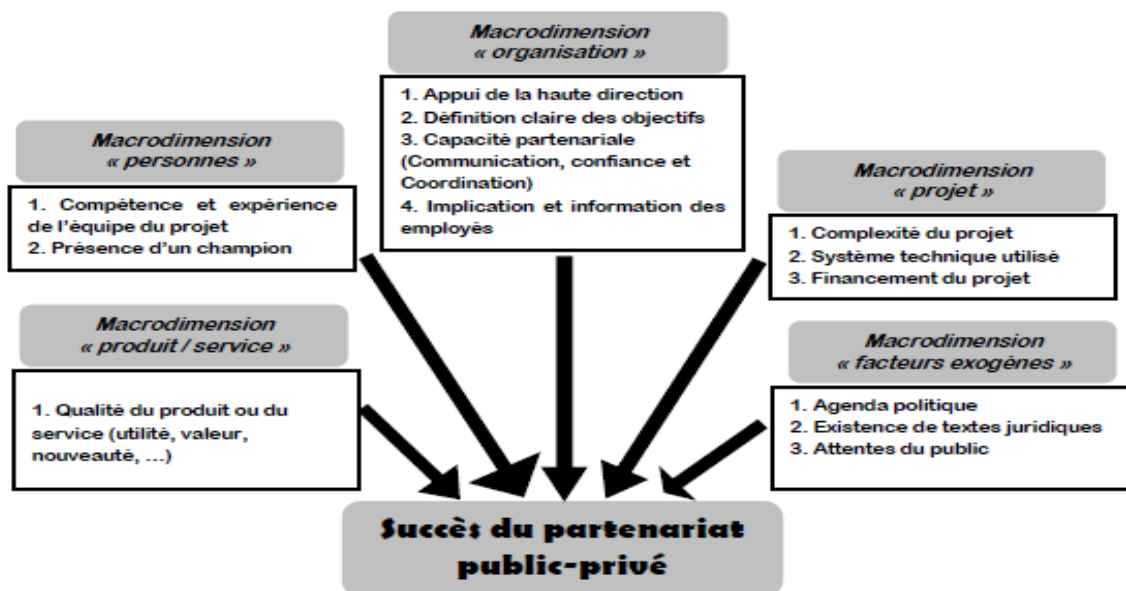


Figure 2 : Modèle conceptuel des facteurs de succès des projets de type partenariat public-privé (L. Préfontaine *et al.* 2009, p. 327)

Ce modèle présente cinq éléments différents qualifiés de « macro-dimensions » (voir figure 2) pouvant influencer diversement le cycle d'une intervention. Ces repères serviront à analyser les facteurs internes ou externes qui influencent le succès des activités d'implantation et les leçons qu'on peut en tirer. La première macro-dimension porte sur la qualité du produit ou du service (utilité, valeur, nouveauté). Pour le cas du programme PECADO, le partenariat entre les structures publiques et privées (contrats de prestations) est une approche formalisée avec la Loi adoptée en 2013 par l'Assemblée Nationale du Burkina Faso (Loi N° 020/AN du 13 Mai 2013). La deuxième macro-dimension met l'accent sur les "personnes" (compétence et expérience de l'équipe de projet, présence d'un champion). Dans le contexte du passage à l'échelle de la PECADO, l'intérêt porte sur les acteurs impliqués dans le

PPP sous la supervision de l'organe de coordination nationale (*Country Coordination Mechanism* ou CCM) et l'autorité institutionnelle du Ministère de la santé. Cela exclut l'influence exclusive d'un leadership charismatique ("champion"). La troisième macro-dimension concernant l'"organisation" prend en compte plusieurs aspects (appui de la haute direction, définition des objectifs clairs du projet, capacité partenariale (communication, confiance et coordination), implication et information des employés). C'est l'une des dimensions importantes qui influence tout le processus d'implantation et de mise en œuvre. La quatrième macro-dimension est relative au "projet" (complexité, système technique utilisé et financement) dont les caractéristiques citées influencent aussi la mise en œuvre et le succès de l'intervention. Enfin, la cinquième macro-dimension évoque les "facteurs exogènes" (agenda politique, existence de textes juridiques, attentes du public) dont l'influence sur l'intervention est indirecte et non systématique.

L'intérêt des deux cadres conceptuels est que leur usage combiné et mis en contexte sort des sentiers battus des analyses classiques des interventions en santé, en insistant sur l'influence de plusieurs éléments du contexte institutionnel, social, politique, ainsi que la nature de l'innovation introduite.

II. Méthode

Notre approche méthodologique s'inspire du modèle de l'évaluation de la mise en œuvre des interventions en santé proposé par l'OMS (D. H. Peters *et al.* 2014). Elle prend en compte aussi les travaux récents sur la contribution de l'évaluation qualitative dans les interventions liées à la santé et aux politiques publiques (J.-P. Olivier de Sardan 2010, L. Belaid *et al.* 2017, V. Ridde et J.-P. Olivier de Sardan 2017, M. Yaogo 2017). Dans cette perspective, une méthodologie mixte combinant une collecte de données qualitatives et une analyse de données quantitatives secondaires est utilisée pour l'ensemble du projet de recherche. Mais les questions spécifiques liées à l'émergence et l'implantation nationale du programme PECADO ont été abordées à partir d'une approche qualitative adaptée aux objectifs poursuivis.

2.1. Sites de l'étude

Les activités du projet de recherche se sont déroulées au niveau central (directions techniques de référence du Ministère de la santé) et dans trois districts de trois régions

sanitaires (Hauts-Bassins, Centre Nord et Sahel). La sélection des sites a tenu compte de trois principaux critères : premièrement, la stratification des zones de prévalence du paludisme, deuxièmement, les indicateurs de performance des structures de santé régionales dans la mise en œuvre des activités de routine du programme dans les structures de santé ; troisièmement, la conduite d'autres expériences antérieures similaires à titre comparatif. C'est le cas notamment des Régions du Centre Nord et du Sahel

Pour la présente étude, les données ont été collectées dans les directions centrales du Ministère de la santé impliquées dans le programme PECADO et auprès des organisations privées membres du consortium mis en place pour le passage à l'échelle nationale des activités. Au niveau régional, les trois districts concernés (Houndé, Kaya et Dori) ont été sélectionnés à partir des données de routine en santé communautaire dans les trois régions ciblées (Hauts-Bassins, Centre Nord et Sahel), en plus de la localisation dans les trois niveaux de transmission du paludisme (forte, intermédiaire et faible).

La collecte des données pour l'ensemble du projet de recherche a été effectuée entre juillet 2016 et février 2017 dans les différents sites en fonction de la disponibilité des informateurs et des aléas pluviométriques. Les activités ont été menées en partant du niveau central vers les niveaux régional et district, en incluant dans ce dernier cas ce qui relève des CSPS et des activités à base communautaire. Pour des raisons aisément compréhensibles, le niveau communautaire n'est pas directement représenté dans ce volet d'étude sur l'émergence et l'implantation du programme. En effet, la nature des informations recherchées non accessibles à tout le monde porte sur des connaissances propres aux personnes de ressource de profil socioprofessionnel plus relevé.

2.2. Population de l'étude

Les vingt informateurs clés impliqués dans cette étude ont fait l'objet d'une sélection raisonnée selon les critères suivants : d'abord, le niveau hiérarchique du système de santé national (central, régional, et district) ; ensuite, les parties prenantes publiques et privées concernées ; enfin, les profils des informateurs et leurs responsabilités professionnelles dans le processus de mise en œuvre du PPP mais aussi leurs capacités à fournir des données pertinentes sur le phénomène étudié. Le tableau ci-dessous renseigne sur les profils socioprofessionnels et la répartition des personnes impliquées :

Tableau 1 : Répartition des informateurs clés selon le profil socioprofessionnel, le type de secteur d'activité et le site de collecte des données

	Public		Privé		Total
	Central	Régional	Central	Régional	
Décideurs	2	3	2	-	7
Acteurs sanitaires	-	4	-	-	4
Acteurs des organisations non gouvernementales et des associations	-	-	4	3	7
Partenaires techniques et financiers	2	-	-	-	2
Total	4	7	6	3	20

La population d'étude était composée de plusieurs catégories socioprofessionnelles des secteurs public et privé, en associant les informateurs issus à la fois du niveau central (Ouagadougou) et régional (autres sites régionaux de l'étude). Les quatre types d'informateurs impliqués sont les décideurs, les acteurs sanitaires, les organisations non gouvernementales (ONG) / associations et les partenaires techniques et financiers (PTF). Les décideurs (sept dont six médecins et un leader associatif) sont des personnes des secteurs public et privé ayant des responsabilités de prise de décision dans les institutions ou les organisations parties prenantes du programme PECADO. Il s'agit précisément de deux directeurs régionaux de la santé, de deux médecins chefs de districts, du directeur d'un programme national au niveau central et de deux leaders de structures privées. Quant aux acteurs sanitaires, il s'agit de techniciens des secteurs public et privé chargés de la mise en œuvre des activités liées à la PECADO au niveau central et régional. Les acteurs partenaires du système de santé pour la mise en œuvre des activités communautaires sont les ONG et les associations légalement reconnues sous contrat au niveau central et régional pour la mise en œuvre du paquet d'activités communautaires de la PECADO. Enfin, les partenaires techniques et financiers sont typiquement représentés ici par deux responsables de services techniques du Fonds Mondial chargés de la facilitation et du suivi de la mise en œuvre des activités du programme national. Parmi les informateurs clés impliqués comprenant deux de sexe féminin et dix-huit de sexe masculin, treize avaient un niveau d'études supérieures contre sept pour le niveau d'études secondaires. Cela s'explique par les profils des personnes concernées par l'étude, en sachant qu'il était demandé des informations

spécialisées détenues seulement par les catégories socioprofessionnelles retenues. Comme on peut s'y attendre pour un programme communautaire, les acteurs sanitaires (prestataires de soins) sont essentiellement issus du public et localisés au niveau régional.

2.3. Techniques et outils méthodologiques

L'entretien individuel approfondi a été utilisé comme technique de base pour la collecte de données intensives (J. P. Olivier de Sardan 1995 et 2008). Cette technique principale a été complétée par l'observation directe et la revue des documents rassemblés au fur et à mesure du déroulement des activités d'enquête de terrain. La démarche du projet de recherche incluait une revue documentaire dont les résultats ont apporté un complément d'éclairage sur l'émergence du programme PECADO et la littérature, typiquement sur le partenariat public-privé appliqué aux interventions de santé. Des guides thématiques ont servi comme outils standards de collecte des données à partir des thèmes clés de l'étude et en fonction des profils socioprofessionnels des informateurs clés. Plusieurs caractéristiques du programme PECADO ont été explorées dans le cadre du projet global. Cependant, la présente étude sur l'implantation de l'intervention s'est focalisée sur trois thèmes clés du guide thématique sur quatre, en fonction informations recherchées : d'abord, le contexte et les mécanismes centraux et régionaux de mise en place du partenariat entre l'Etat et les organisations privées impliquées ; ensuite, les conditions de mise en place du programme PECADO ; enfin, les leçons apprises du partenariat public-privé pour la mise en œuvre du programme PECADO.

L'analyse des données avec le logiciel NVivo 11 Pro a été faite à partir d'un arbre thématique prenant en compte les principaux centres d'intérêt explorés, puis en suivant les différentes procédures rigoureuses de formatage des données avant l'encodage. L'utilisation de quelques fonctions (requêtes textuelles, exploration à partir de mots clés) a permis de mettre en évidence les faits majeurs et les extraits illustratifs rapportés.

Les approbations éthiques ont été obtenues des Comités d'Ethique en santé du Burkina Faso et du Comité d'Ethique de la recherche de l'OMS. Une autorisation officielle a également été accordée par le Ministère de la santé pour l'enquête dans les différentes régions sanitaires concernées. Un consentement éclairé était demandé préalablement pour une participation libre et volontaire des informateurs aux activités d'enquête, en

précisant notamment que l'anonymat et la confidentialité sont garantis dans l'exploitation des données.

III. Principaux résultats

Les résultats présentés portent sur plusieurs aspects de l'implantation du programme PECADO grâce au partenariat public-privé pour le passage à l'échelle nationale et les appréciations des acteurs interrogés.

3.1. Aspects contextuels de l'émergence du PPP pour le passage à l'échelle du programme PECADO

La plupart des écrits définissent le PPP comme un ensemble de relations possibles entre les secteurs public et privé pour assurer la délivrance de services qui sont traditionnellement fournis par l'Etat (Ponty 2007 ; Stuart et al. 2011). K. Buse et A. Waxman (2002) soulignent que près de 70 partenariats mondiaux dans le domaine de la santé ont déjà été recensés dans le cadre de l'initiative en faveur des partenariats publics-privés pour la santé. Selon la Loi N° 20-2013/AN du 23 Mai 2013 portant régime juridique du partenariat public-privé au Burkina Faso (Article 2), c'est une « forme de collaboration qui associe l'autorité publique et une personne physique ou morale de droit privé dans le but de fournir des biens ou des services au public, en optimisant les performances respectives des secteurs public et privé afin de réaliser dans les meilleurs délais et conditions, des projets à vocation sociale ou de développement d'infrastructures et de services publics, dans le respect des principes d'équité, de transparence, de partage de risques et de viabilité à long terme. ».

La chronologie des événements montre que l'émergence du PPP qui a permis le passage à l'échelle de l'intervention PECADO a été possible dans un contexte relativement favorable :

Les conditions qui ont favorisé à l'époque, il faut dire qu'il y avait une difficulté de prise en charge du paludisme du fait qu'il n'y a pas assez de formations sanitaires et qu'il fallait rapprocher le traitement des communautés... avec le financement du Fonds Mondial, le Burkina Faso à travers le Programme national de lutte contre le paludisme a élaboré un plan, un round appelé le « Round 8 », dans lequel justement une des activités d'intervention de ce round-là était la prise en charge communautaire du paludisme (Décideur public 2).

Au départ, le Ministère de la santé avait soumis plusieurs requêtes au Fonds mondial pour les différentes composantes concernées par les financements de cette institution (VIH/sida, tuberculose et paludisme). Avant d'envisager une extension au niveau national, il a été initié préalablement une phase pilote impliquant 5 districts sanitaires :

C'est au round 7 que le Secrétariat permanent du Comité national de lutte contre le sida (SP/CNLS) a assuré la gestion de cette subvention et il a été introduit dans cette subvention la notion de "PECADO" à titre pilote, parce que ça a commencé avec 5 districts... (Acteur public au niveau central).

L'implication des organisations non étatiques pour la mise en œuvre d'un programme d'envergure nationale était nouvelle et indispensable, comme l'illustrent les propos suivants :

(...) c'était le renforcement de la lutte contre le paludisme... je pense effectivement que c'est une nouveauté et le fait que y a effectivement un partenariat public/privé logiquement on se disait que cela allait justement améliorer un peu les choses. Maintenant le problème c'est que à la limite on s'est rendu compte par la suite que les gens, les acteurs n'étaient pas préparés à cela. (Décideur public 1) ;

La mise à l'échelle était vraiment difficile sans associer le niveau communautaire ; or la société civile était assez bien ancrée à ce niveau-là. (Décideur privé 1).

Ces initiatives s'inscrivent dans les plans stratégiques élaborés par le Ministère de la santé depuis 2002 (Ministère de la santé 2006, Ministère de la santé 2011a). Le rôle des organisations internationales et de la Société civile en faveur d'un accès équitable aux soins est également un facteur déterminant (Amnesty International 2009 ; B. Konaté *et al.* 2014). Ainsi, une conjonction de facteurs a facilité le processus d'émergence du PPP et d'implantation de l'intervention PECADO, avec la disponibilité de financements importants au niveau international. Cependant, comme indiqué dans la présentation du contexte, les institutions et les acteurs nationaux (publics et privés) n'avaient pas initialement les capacités opérationnelles adéquates pour la mise en œuvre du paquet d'activités dans les années 1990 :

Le SP/CNLS en son temps n'avait pas les capacités requises pour gérer les subventions, donc c'est pour cela que le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) a été désigné comme récipiendaire principal avec

comme mission de renforcer les capacités, pendant qu'il gérait cette première phase... (Ex Coordonnateur de programme).

3.2. Processus de mise en place (implantation) de l'intervention

L'implantation du programme PECADO s'est faite du niveau central du système de santé au niveau régional en suivant la tendance courante de transfert d'une politique publique d'un échelon supérieur à un moindre échelon ou du niveau international au niveau national. Dans le cas présent, une phase pilote entreprise dans trois districts a précédé le passage à l'échelle de l'intervention. Cette composante du programme a été conduite dans le temps imparti mais ni le processus ni les résultats n'ont été évalués pour fournir des données probantes fondant la décision de passage à l'échelle :

... il s'agissait en fait après cette année de mise en œuvre là de pouvoir effectivement faire une évaluation afin de pouvoir mettre à l'échelle. Et justement à un certain moment étant donné que les contraintes étaient là, lorsque nous avons écrit le huitième round du FM, à l'époque on s'est dit pourquoi justement ne pas aller à l'échelle d'emblée, ce qui fait que la phase d'évaluation a été occultée. (Responsable technique public 1, niveau central).

L'idée de "produit/service" utilisé sous l'angle conceptuel pour décrire les facteurs favorisant le succès du partenariat a consisté pour l'Etat à avoir recours aux organisations privées pour le passage à l'échelle de la PECADO. Cela constitue une innovation pour ce genre d'activités car habituellement les activités courantes de distribution à base communautaire sont dévolues de longue date aux ASBC, sous la supervision des CSPS :

Il faut dire que depuis le temps de la chloroquine il y avait la PECADO ; il y avait les ASBC qui ont toujours vendu la chloroquine au village, donc la PECADO comme on l'entend est venu certes structurer tout ça, sinon ce n'est pas une activité tout à fait nouvelle dans notre pays... (Acteur technique public 1).

Il y a aussi la configuration des parties prenantes du public et du privé (macro-dimension "personnes") qui ont concrétisé cette initiative. A ce sujet, les organisations impliquées qui avaient des compétences inégales et menaient leurs activités dans des zones différentes se sont inspirées de leurs propres expériences et de celles de leurs réseaux professionnels pour réussir leurs attributions contractuelles. Cependant, les formalités administratives préalables ont connu plusieurs contraintes :

- le recrutement des quatre bénéficiaires secondaires (BS) pour le privé a révélé qu'elles avaient des compétences et des capacités différentes mais cela n'a pas été vraiment pris en compte dans la distribution des rôles pour l'implantation ;

- la répartition des rôles et l'organisation pour le démarrage des activités, ont connu quelques imprévus car certains BS ont imposé le choix de leurs zones d'interventions selon la répartition pour couvrir tout le pays.

Les insuffisances dans la sélection ont été relatées en ces termes concernant l'implication des bénéficiaires secondaires :

Quand on faisait leur évaluation, ils n'avaient pas de capacités du tout pour jouer le rôle de bénéficiaires secondaires. Ils ne pouvaient pas si on devait être rigoureux. (Acteur privé 1 au niveau central) ;

On a eu le poste de bénéficiaire principal mais je ne dirai pas que les autres postes ont presque été imposés puisqu'on n'a plus eu le choix. (Acteur privé 2 au niveau central).

A un autre niveau, le bénéficiaire principal (BP) avait en charge le transport des moustiquaires imprégnées mais pas leur distribution confiée aux CSPS, ce qui ne permettait pas un suivi continu et une évaluation rigoureuse de ce volet du programme.

- l'utilisation non autorisée par le Ministère de la santé au profit des établissements publics des intrants accordés par le Fonds Mondial pour les acteurs communautaires a influencé le processus d'implantation (rupture de plusieurs mois de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et épuisement du stock des ASBC). La situation sera rétablie plus tard avec l'achat compensatoire de médicaments par le Ministère de la santé :

On s'est rendu compte qu'il y avait un stock de CTA, les CTA qui étaient là pour le niveau communautaire et à la même période il y avait une rupture au niveau des formations sanitaires... l'Etat a décidé de prioriser les formations sanitaires pour les approvisionner en CTA... (Décideur privé 1) ;

L'Etat a décidé de prioriser les CSPS (les formations sanitaires) pour les approvisionner en CTA parce que quoi qu'on dise c'est là-bas qu'il y a des professionnels assez bien formés pour prendre en charge les cas de paludisme...

On a donc mis ça à la disposition des services de santé (...) aux dépens du niveau communautaire, or c'était les produits destinés au niveau communautaire ; donc du coup on ne pouvait pas avoir de bons résultats... (Acteur privé au niveau central).

L'implantation, surtout administrative, de l'intervention au niveau central a montré des incohérences et des décalages avec certaines clauses techniques contractuelles. En effet, selon l'organisation bicéphale mise en application, le secteur privé avait la responsabilité de la mise en œuvre des activités communautaires mais l'approvisionnement en intrants passait par le circuit logistique classique du système de santé. Dans ce contexte, on comprend que les macro-dimensions relatives à l'organisation, au projet et aux facteurs exogènes ont le plus influencé l'étape de la mise en place du programme.

3.3. Quelques variantes régionales de l'implantation

Le montage institutionnel prévoyait une implication échelonnée des différentes parties prenantes sous la supervision des instances hiérarchisées de coordination de l'intervention au niveau central, régional et local. A la différence du niveau central, des activités préalables d'information et de formation étaient nécessaires avant l'implantation du programme, comme l'indique cet informateur :

Il y a eu d'abord un recrutement au niveau national des organisations communautaires de la société civile et après il y a eu la formation des formateurs, des gens ont été identifiés au niveau région, au niveau district pour la formation des formateurs, et après il y a eu la formation des ICP et ensuite il y a eu la formation des ASBC et ensuite il y a eu la dotation initiale des AS en médicaments et en matériel et c'est à partir de là que la prise en charge a commencé. (Acteur technique régional 1, district 3).

Si le déroulement de la phase initiale de l'implantation n'a pas connu des contraintes majeures, l'appréciation des acteurs avisés est qu'il y avait des lacunes de nature à perturber la suite des activités planifiées :

Je pense que le début n'a pas été très bien préparé, parce qu'on avait été confronté à un certain nombre de difficultés au niveau des ICP. On a vraiment eu des difficultés avec parce qu'ils ont aussi vu que les communautaires se sont substitués à eux. (Acteur communautaire régional 1, district 3)

Comme le suggère cet informateur, le processus d'implantation ne reflétait pas une appropriation adéquate du PPP, en mettant l'accent sur la complémentarité et une collaboration efficace pour aboutir aux résultats attendus. Plusieurs réflexions sur les attitudes des acteurs publics au niveau périphérique du système de santé mentionnaient une réticence et même un refus d'engager une collaboration initialement perçue

comme une dépossession des attributions des agents de santé dans un contexte d'innovation dans l'environnement du travail similaire à ce qui passe pour l'introduction d'un système expert dans une organisation. Une autre manifestation de cette méfiance est le refus d'un district d'implanter l'intervention :

On ne peut pas comprendre qu'un district ait refusé de mettre en œuvre la PECADO et ça passe comme ça et ça a continué comme ça pendant plusieurs années. (Acteur technique privé 3, niveau central).

Au sujet des appréciations sur le processus d'implantation, le tableau suivant donne un aperçu des principales facilités et difficultés rencontrées pendant l'implantation de l'intervention.

Tableau 2 : Conditions favorables et défavorables à l'implantation du programme au niveau central et régional

Niveau d'implantation	Type d'activité	Facilités	Contraintes
Central	<i>Montage institutionnel du passage à l'échelle de l'intervention</i>	- Requête Fonds Mondial (ressources disponibles) - Expériences antérieures de contractualisation entre l'Etat et les organisations privées	- Procédures exigeantes à respecter - Absence d'évaluation de l'intervention pilote - Hétérogénéité des acteurs
	<i>Préparation</i>	- Existence d'un organisme de coordination (CCM) - Implication de tous les échelons du système de santé	- Modalités de sélection bénéficiaires secondaires - Répartition zones d'intervention
	<i>Passage du niveau central au niveau régional</i>	- Autonomie des bénéficiaires secondaires pour le choix des OBC - Recrutement régional / local des OBC et OBCE	- Diversité des contextes d'implantation - Démarrage rapide non suffisamment préparé
	<i>Mise en application du partenariat public-privé (implantation)</i>	- Adoption du passage à l'échelle comme option privilégiée (Etat, bailleurs de fonds) - Intérêt et bénéfices positivement perçus (acteurs publics et privés)	- Mauvaise appropriation du PPP / concurrence perçue avec les acteurs privés (agents publics) - Tensions et conflits d'intérêt (acteurs privés)
Régional	<i>Préparation</i>	- Informations et formations préalables avant l'implantation des activités - Rapports officiels établis entre acteurs publics et privés	- Peu de temps accordé à la formation des acteurs - Non implication initiale des ICP dans l'approche communautaire
	<i>Mise en application du partenariat public-privé (implantation)</i>	- Disponibilité d'acteurs communautaires expérimentés - Engouement initial des acteurs	- Compétences hétérogènes des OBCE impliquées - Faible appropriation des objectifs du PPP non formalisé

Source : données d'enquêtes qualitatives du projet de recherche sur le programme PECADO

Le tableau 2 donne un aperçu des conditions favorables et défavorables à l'implantation nationale du programme PECADO dans les sites d'intervention. Il ressort des éléments rapportés que le montage institutionnel a connu quelques contraintes mais non préjudiciables à l'implantation au niveau central et régional. Au niveau institutionnel, les procédures exigeantes auprès du Fonds Mondial ont été respectées pour l'octroi des financements. Il en est de même des modalités contractuelles de recrutement des différentes parties prenantes malgré quelques attentes et besoins préalables des acteurs privés à prendre en compte préalablement. L'existence d'un organisme officiel de coordination national des activités du programme a facilité la préparation et le passage du niveau central au niveau régional. L'intérêt et l'adhésion des acteurs du public et du privé ont été exprimés et l'implantation a bénéficié de la disponibilité et de l'implication d'acteurs non étatiques expérimentés et de leur engouement initial, notamment au niveau régional. Cependant, deux types de contraintes ont été essentiellement mentionnés. Premièrement, il y a ce qui relève des obstacles logistiques et organisationnels à l'étape de la préparation et de l'implantation du programme (aspects administratifs complexes, modalités de sélection et de partage des responsabilités entre divers acteurs privés impliqués). Deuxièmement, d'autres contraintes se situent au niveau des conditions requises pour une mise en application des dispositions permettant une implantation adéquate du programme. A ce sujet, il est beaucoup plus question de l'absence d'une évaluation préalable de la phase pilote du programme, de l'insuffisance du temps accordé pour la préparation, de la faible appropriation des acteurs de compétences hétérogènes occasionnant des tensions et certains conflits d'intérêt au début de l'implantation :

(...) c'était le renforcement de la lutte contre le paludisme... je pense effectivement que c'est une nouveauté et le fait que y a effectivement un partenariat public/privé logiquement on se disait que cela allait justement améliorer un peu les choses. Maintenant le problème c'est que à la limite on s'est rendu compte par la suite que les gens, les acteurs n'étaient pas préparés à cela. (Décideur public 1).

L'implantation du programme PECADO est intervenue à un moment où l'intérêt de la contribution des acteurs privés de la santé était mis en avant pour améliorer l'accès à moindre coût aux soins du paludisme. Les résultats présentés montrent la complexité de la démarche de mise en place du programme qui répondait aux exigences requises pour l'octroi de financements d'un grand bailleur de fonds international. Ainsi, dès le

départ des imprévus ont été signalés dans les modalités d'implication négociée des partenaires privés qui devaient à leur tour avoir recours à des partenaires de mise en œuvre au niveau régional et local. Les enjeux et les défis figuraient à deux niveaux au moins au démarrage de cette intervention qui associait des acteurs étatiques et non étatiques. Il y a d'abord ce qui relevait de la faisabilité réelle d'un partenariat public-privé pour une action à large échelle et sur une longue durée. A cela s'ajoutait les ajustements nécessaires qui ont été opérés au niveau des conditions pratiques de mise en œuvre et des péripéties de la mise en relation des acteurs publics et privés. C'est cet ensemble d'éléments qui font l'objet de la discussion ci-dessous, dans une perspective interdisciplinaire.

IV. Discussions

Les résultats présentés mettent en évidence l'imbrication de plusieurs facteurs (contexte international et national) qui ont concouru à l'émergence et l'implantation de l'intervention selon le contenu dicté par les accords avec le Fonds Mondial. Que nous enseigne alors ce processus sous l'angle de l'analyse des facteurs de succès du PPP ? Qu'en est-il des défis et des enjeux pour l'accès équitable aux soins des groupes vulnérables que poursuivent les politiques actuelles d'exemption du paiement ?

4.1. Partenariat public-privé pour l'implantation nationale du programme PECADO : une démarche inachevée ?

L'attention porte ici sur l'avènement d'un "paradigme partenariat public-privé" (adoption d'une Loi en 2013) et l'implication nécessaire des acteurs privés dans des interventions sanitaires pour appuyer l'Etat dans ses missions régaliennes de service public, notamment le passage à large échelle de certaines interventions prioritaires ou urgentes de santé publique. Dans le cas présent, le partenariat a été mis en place de manière institutionnelle (Dupont 2007), avec des attributions différentes entre les organisations publiques et privées. Ce partenariat repose sur des clauses contractuelles pour des prestations liées à la mise en œuvre des activités communautaires du programme PECADO. En revanche, le partenariat n'était pas basé sur des objectifs reposant sur l'atteinte de résultats de santé (absence d'indicateurs rigoureusement définis) fixant des exigences pour les différentes parties prenantes, en fonction des échéances planifiées. Cela diffère des cahiers de charges classiques pour la mise en œuvre.

La préparation et l'implantation progressives, au niveau central puis au niveau régional, correspondent à l'organisation classique de type « top-down » (du haut en bas en parlant de l'organisation hiérarchique du système de santé). Cependant, celle-ci a été accentuée ici par l'implication en cascades des parties prenantes qui avaient l'initiative de recruter les exécutants secondaires, d'où une hétérogénéité dans la démarche globale et des capacités inégales d'un partenaire à l'autre. Cette situation pose le problème récurrent des interventions souvent engagées sans une préparation suffisante (I. Sombié *et al.* 2007, M. Yaogo *et al.* 2014) ou sans avoir recours à des évaluations préalables dont l'intérêt n'a pas été perçu dans cette expérience. Or, il est admis dans la littérature sur l'analyse des politiques l'idée que la réussite de l'implantation des interventions influence l'étape de la mise en œuvre. Cependant, il serait déraisonnable d'imputer la responsabilité uniquement aux seuls décideurs et acteurs engagés. En effet, comme dans d'autres interventions similaires, certaines exigences des partenaires techniques et financiers sont de nature à perturber, retarder et, au-delà, impacter négativement le processus de mise en œuvre. Les échéances, les résultats d'étape à fournir et les conditions requises pour l'accès aux ressources financières, notamment au niveau communautaire, font partie de telles difficultés qui entravent le bon déroulement des activités. Olivier de Sardan *et al.* (2015) abordent la question sous l'angle des conditions requises pour le passage à l'échelle sans des contraintes majeures pour le système de santé. L'expérience du programme PECADO montre que le PPP, bien qu'initié par le Ministère de la santé, manquait d'une appropriation engageant les acteurs dans une véritable coopération dynamique et efficace pour la réussite du passage à l'échelle avec des résultats probants.

4.2. Analyse des "macro-dimensions" du PPP dans l'intervention

Le modèle d'analyse proposé par L. Préfontaine *et al.* (2009) permet d'appréhender quelques aspects importants du processus d'implantation selon une analyse similaire à celle conduite pour d'autres interventions évaluées au Burkina Faso (V. Ridde *et al.* 2011 / indigents, M. Yaogo et R. Zerbo 2014, Ridde *et al.* 2017/FBR). C'est une perspective complémentaire à l'analyse des enjeux et des effets attendus ou inattendus sur le système de santé des modalités multiformes des exemptions du paiement des soins (V. Ridde *et al.* 2011, L. Belaid *et al.* 2017). Les deux premières « macro-dimensions » définies par Préfontaine *et al.* (2009) concernent la qualité du service ou du produit et la compétence ou l'expérience de l'équipe du projet. A ce sujet,

l'adoption du PPP pour le passage à l'échelle constitue un événement qui s'inscrit dans les politiques et programmes mis en place les deux dernières décennies pour améliorer l'accès financier et géographique aux soins (M. Yaogo 2017). Mais ces initiatives sont hétérogènes et souvent incohérentes ou mêmes en contradiction avec les réalités locales ou les besoins des destinataires (P. Boiral *et al.* 1985, B. Konaté *et al.* 2014, Olivier de Sardan et Ridde 2014). Quant à la compétence et l'expérience, l'étape de l'implantation révèle des enjeux liés aux compétences insuffisantes de certaines organisations impliquées. Mais il ne s'agit pas de lacunes de nature à mettre en péril le déroulement de l'intervention. Par contre, les trois autres macro-dimensions influencent beaucoup plus directement le processus d'implantation et ultérieurement la mise en œuvre.

4.2.1. Macro-dimension « projet »

Une intervention à l'échelle d'un pays est complexe dans son exécution et son évaluation, ce d'autant plus que le « système technique » utilisé ici (distribution subventionnée ou gratuite des intrants) rendait indispensable un PPP avec l'implication des acteurs non étatiques et des défis organisationnels et logistiques pour l'atteinte des résultats attendus. En revanche, le financement accordé à hauteur des besoins exprimés ne constituait pas une contrainte mais plutôt la non disponibilité des fonds alloués en temps voulu avec des contraintes dues aux procédures complexes du bailleur de fonds.

4.2.2. Macro-dimension « organisation »

Tout le processus de négociation des requêtes du FM et leur exécution sont planifiés et exécutés dans un contexte où le Ministère de la santé met en œuvre plusieurs programmes verticaux sans régulation systémique pourtant admise comme une réforme à entreprendre (B. Dujardin 2003). Cependant, les trois aspects suivants théorisés par L. Préfontaine *et al.* (2009) retiennent particulièrement notre attention : 1. l'appropriation non évidente des objectifs clairement définis dans les requêtes, à tous les échelons du système de santé, mais aussi leur traduction dans les activités à toutes les étapes de l'intervention, à commencer par l'implantation ; 2. l'information et la formation des acteurs d'exécution (OBC et OBCE) constituaient un enjeu organisationnel avec la délégation des tâches d'un niveau à l'autre du partenariat. Les faiblesses à ce niveau ont été relevées pour la phase préparatoire de l'implantation ; 3. il y avait un mécanisme de coordination assuré par le CCM mais cette instance était assez limitée dans un rôle administratif sans responsabilité directe dans l'exécution

technique entre les différentes parties prenantes du PPP. Or l'un des défis, peu intégrée dans l'approche, était aussi d'assurer une mise en relation réussie entre les acteurs publics et privés autour d'objectifs communs à toutes les étapes de l'intervention.

4.2.3. Macro-dimension « facteurs exogènes »

En 2010, l'implantation de la première phase de distribution des moustiquaires imprégnées a coïncidé avec des échéances électorales. Ce volet qui devrait se dérouler normalement avant la saison pluvieuse (à partir de mai-juin à octobre), où l'on enregistre la prévalence la plus élevée du paludisme due au cycle du parasite, a été organisée en novembre. Le retard dans la livraison des produits et les bénéfices électoraux attendus de l'intervention ne sont pas étrangers à ce décalage inopérant. En outre, les attentes du public étaient beaucoup plus focalisées vers la gratuité des services (Amnesty International 2009, M. Yaogo 2017) accordés pour les MILDA mais pas pour les CTA subventionnés, avec des enjeux divers pour la pérennisation des acquis (M. Yaogo et H. S. Yaya 2010, M. Yaogo *et al.* 2014, M. Yaogo 2017).

4.3. Que peut-on retenir de cette expérience ?

Le processus d'implantation du programme PECADO dont quelques résultats ont été décrits suscite la réflexion sur deux aspects majeurs. Premièrement sur la contribution d'une expérience de partenariat public-privé pour l'atteinte d'objectifs concernant l'accès amélioré aux soins des groupes ciblés. Deuxièmement, sur les leçons à tirer pour mieux définir le type de relations entre les acteurs publics et privés dans la politique de santé communautaire (Ministère de la santé 2014).

Au sujet de l'intérêt et l'apport du PPP pour le passage à l'échelle de l'intervention, l'expérience montre que l'implantation a été faite sans une préparation suffisante comme cela est constaté dans la plupart des interventions de cette nature (I. Sombie *et al.* 2007, J. P. Olivier de Sardan 2012, Yaogo 2017). Cela fait partie des lacunes dont la non évaluation préalable de l'expérience pilote déjà mentionnée. Il y a aussi la faible appropriation des acteurs qui hypothèque tout le bénéfice qu'on peut attendre de l'implantation du programme. Quant aux leçons à tirer de l'étape d'implantation de cette intervention communautaire, on retiendra : d'une part, l'intérêt pour la politique nationale et le système de santé d'innover constamment pour trouver des réponses adaptées aux défis sanitaires (J. Brunet-Jailly et A. Rougemont 1994, B. Hours 2001); d'autre part, la nécessité de repenser le partenariat public-privé en l'inscrivant dans les

stratégies pouvant être formalisées pour réaliser des objectifs majeurs de santé. C'est une réflexion à mener pour renforcer les acquis, en recherchant une contribution plus conséquente des acteurs stratégiques non étatiques.

Conclusion

Les recommandations internationales et le financement du Fonds Mondial ont permis le passage à l'échelle de l'intervention communautaire abordée ici, dans un contexte de globalisation des politiques et des interventions sanitaires (B. Hours 2001). Contrairement à d'autres actions similaires (cas de la subvention nationale des SONU et plus récemment de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans), la réussite de l'intervention passait par une implication bien préparée des partenaires privés. Dans cette perspective, il était primordial d'inclure une mise en relation réussie entre les partenaires publics et privés à partir d'objectifs communs bien perçus et assumés concernant l'atteinte de résultats de santé clairement définis.

Des opportunités favorables sont offertes aux décideurs d'implémenter des stratégies que le manque de ressources ne permet pas habituellement. Un double bénéfice peut être tiré de cette expérience : premièrement, au niveau du renforcement des capacités du système de santé pour adresser les défis de l'accès aux soins des plus défavorisés (M. Yaogo 2017) ; deuxièmement au niveau de l'évaluation et de la capitalisation des acquis pour développer des stratégies coût-efficaces à partir de données probantes qui manquent souvent pour mieux réussir les actions planifiées.

Remerciements

L'équipe de recherche remercie particulièrement l'Alliance pour la Recherche sur les Politiques et les Systèmes de Santé (Organisation Mondiale de la Santé / Genève, Suisse) et le Centre de Recherche sur le Développement International (CRDI, Canada) pour le financement accordé. Elle exprime aussi sa gratitude à l'équipe du John Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore, USA) pour l'appui dans la mise en œuvre du projet pluridisciplinaire.

Références bibliographiques

AMNESTY INTERNATIONAL, 2009. *Donner la vie, risquer la mort : la mortalité maternelle au Burkina Faso*, Londres, 110 p.

ASSEMBLEE NATIONALE (Burkina Faso), 2013. Loi 020-2013 / AN portant régime juridique du PPP au Burkina Faso, Ouagadougou.

BANQUE MONDIALE, 2012. *Etude sur le secteur privé de la santé au Burkina Faso*, Washington, D.C. : Banque mondiale. DOI : 10.1596/978- 0-8213-9701-5, 101 p.

BOIRAL P., LANTERI J.F. et OLIVIER DE SARDAN J.P., 1985. *Paysans, experts et chercheurs en Afrique noire : sciences sociales et développement rural*, CIFAGE-Karthala.

BELAID L., BODSON O., SAMB O., RIDDE V. et TURCOTTE-TREMBLAY A.M., 2017. « Nouvelles contributions de l'approche qualitative dans l'évaluation des interventions en santé mondiale », *Cahiers Réalisme*, 2, pp. 1-16.

BRUNET-JAILLY J. et ROUGEMONT A., 1989. *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Paris, ACCT-Doin, 751 p.

BUSE K. et WALT G., 2000. « Partenariats mondiaux public-privé : partie I – Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 3, pp. 184-197.

BUSE K. et WAXMAN A., 2002. « Partenariats public-privé pour la santé : une stratégie de l'OMS », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles N° 6, 7 p.

DRUETZ T., KADIO K., HADDAD S. et KOUANDA S., 2015. « Do community health workers perceive mechanisms associated with the success of community case management of malaria? A qualitative study from Burkina Faso », *Social Science and Medicine*, 124, pp. 232-240.

DRUETZ T., RIDDE V., KOUANDA S., LY A., DIABATE S. et HADDAD S., 2015. « Utilization of community health workers for malaria treatment: results from a three-year panel study in the districts of Kaya and Zorgho, Burkina Faso », *Malaria Journal*, 14: 71.

DUJARDIN B., 2003. *Politiques de santé et attentes des patients: vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala.

FREEDMAN L., WALDMANN R., DE PINHO H. et WIRTH M., 2005. *Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millenium Project Task Force on Child Health and Maternal Health*, London, Earthscan.

HOURS B., 1992. « La santé publique entre soins de santé primaires et management », *Cah. Sci. Hum.*, 28(1), pp. 123-140.

HOURS B., 2001. *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 358 p.

KONATE B., ZERBO R. et YAOGO M., 2014. *Mise en œuvre de la gratuité des traitements contre la tuberculose et le sida au Burkina Faso*, in J. P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (eds), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 199-210.

KOUYATE B., KI S. et DOMBOE A., 2013. *Evaluation de l'implication des agents de santé communautaires pour la prise en charge à domicile du paludisme simple avec les nouveaux médicaments antipaludiques au niveau de trois districts au Burkina Faso*, Ministère de la santé, Rapport d'étude, Ouagadougou, 20 p.

MACKINTOH M. et KOIVUSALO M., 2005. «Health systems and commercialization: in search of good sense», in M. MACKINTOH, M. KOIVUSALO (eds), *Commercialization of health care*, Houndsmill, Basingstone, Palgrave Macmillan, pp. 3-21.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES (Burkina Faso), 2012. *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV)*, INSD, Ouagadougou, 601 p.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2000. *Document de politique sanitaire nationale*, Ouagadougou.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2007. *Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010*, version révisée, PNLP, Ouagadougou, 79 p.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2009. *Requête du Burkina Faso au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*, Composante paludisme (8^e appel), PNLP, Ouagadougou, 82 p.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2011. *Plan stratégique de lutte contre le paludisme (2011–2015)*, PNLP, Ouagadougou.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2011. *Plan national de développement sanitaire (2011-2020)*, Ouagadougou, 49 p.

MINISTERE DE LA SANTE (Burkina Faso), 2014. *Stratégie nationale de promotion de la santé*, 31 p.

NISHTAR S., 2004. « Public private 'partnerships' in health – a global call to action », *Health Research Policy and Systems*, 2004, 2, 5 p.

OLIVIER DE SARDAN J.P., 1995. « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, n°1, pp. 71-109

OLIVIER DE SARDAN J.P., 2008. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Ed. Academia-Bruylant.

OLIVIER DE SARDAN J.P., 2010. « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques : dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... », *Anthropologie et Santé* [En ligne], 1/2010, mis en ligne le 29 Octobre 2010 (URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/86>)

OLIVIER DE SARDAN J.P et RIDDE V., 2012. « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, pp. 11-32.

OLIVIER DE SARDAN J.P et RIDDE V., 2014. *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, 480 p.

OLIVIER DE SARDAN J.P, DIARRA A., KONÉ F.Y., YAOGO M. et ZERBO R., 2015. « Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: medical NGOs vis-à-vis health system », *BMC Health Research Services*, 15 (Suppl. 3), 55 p.

OLIVIER DE SARDAN J.P., 2014. « La quantité sans la qualité ? Mises en forme et mises en œuvre des politiques d'exemptions de paiement au Sahel », in J. P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (eds), *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 51-84.

PETERS D., TRAN N. et ADAM T., 2013. *La recherche sur la mise en œuvre : guide pratique*, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 67 p.

PONTY N., 2007. *Partenariat public privé et accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique*, Rapport d'étude, PNUD, 20 p.

PREFONTAINE L., SKANDER D. et RAMONJAVELO V., 2009. « La capacité partenariale, pilier de la réussite d'un partenariat public-privé : résultats d'une étude canadienne », *Revue française d'administration publique*, n° 130, pp. 323-336.

RIDDE V. et BICABA A., 2009. *Revue des politiques d'exemption-subvention du paiement au Burkina Faso : la stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, UNICEF-IMT, 54 p.

RIDDE V., MEESEN B. et KOUANDA S., 2011. « L'abolition sélective du paiement direct des soins en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? », *Santé publique*, Vol. 23, N° 1, pp. 61-67.

RIDDE V., YAOGO M., KAFANDO Y., KADIO K., OUEDRAOGO M., BICABA A. et HADDAD S., 2011. « Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso », *Evaluation and Program Planning*, 34, pp. 333-342.

RIDDE V., DRUETZ T., POPPY S., KOUANDA S. et HADDAD S., 2013. « Implementation fidelity of the national Malaria Control Program in Burkina Faso », *PLoS ONE*, 8(7).

RIDDE V. et OLIVIER DE SARDAN J.P., 2017. « La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé », *Med Sante Trop*, 27, pp. 6-9.

RIDDE V., YAOGO M., ZONGO S., SOME P.A et TURCOTTE-TREMBLAY A.M., 2017. « Twelve months of implementation of health care performance-based financing

in Burkina Faso: a qualitative multiple case study», *Int J Health Plann Mgmt*, 2017, pp. 1-15.

SOMBIE I., YAOGO M., OUEDRAOGO M., OUEDRAOGO T. et BELEMSAGA D., 2007. *Evaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : rapport préliminaire*, Ouagadougou, DSF-GREFSaD, 59 p.

SIMMONS R., FAJANS P. et GHIRON L., 2007. *Scaling-Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*, Geneva, World Health Organization.

TIZIO S. et FLORI Y., 1997. « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Tiers-Monde*, Vol. 38, No 152, pp. 837-858.

STUART J.B., WALKER J. T. et MINZNER A., 2011. *A critical review of partnership capacity and effectiveness: moving from theory to evidence*, Rapport d'étude (Communities Empowerin Youth Evaluation), US Departement of Health and Human Services.

WALT G. et GILSON L., 1994. « Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis », *Health Policy and Planning*, 9(4), pp. 353-370.

YAOGO M., 2017. « Free versus subsidized healthcare: options for fee exemptions, access to care for vulnerable groups, and effects on the health system in Burkina Faso », *Health Research Policy and Systems*, 15 (Suppl. 1), pp. 21-39.

YAOGO M., KAGAMBEGA A. et DABIRÉ D., 2014. « Emergence et formulation de l'exemption du paiement des services liés au paludisme au Burkina Faso », in J. P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (eds), *Une politique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 87-99.

YAOGO M., SOME T. et KONATE B., 2009, *Evaluation multi-pays du passage à l'échelle de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme avec référence spéciale au Fonds Mondial - enquête auprès des organisations de la société civile : rapport du Volet 3F (interventions communautaires)*, Ministère de la Santé-Macro-GREFSaD, Ouagadougou, 63 p.

YAOGO M. et YAYA H. S., 2010, « Problématique de l'accès aux soins et de l'équité en santé : émergence et enjeux autour de la mise en pratique ». In H. S. YAYA (ed), *Les maux et les choses de la santé : acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le Tiers-Monde*, Québec, Presses de l'Université Laval 2010, pp. 123-146.

YAYA H. S., 2009. *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde : Entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, Paris, Harmattan, 378 p.

ZERBO R. et YAOGO M., 2014, *Les exemptions de paiement par l'ONG Terre des Hommes dans le district sanitaire de Tougan (Burkina Faso)*, in J. P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (eds), *Une politique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Karthala, pp. 281-291.

ZONGO S., RIDDE V. et HADDAD S., 2013. *Les tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme : entre directives officielles et réalités d'utilisation au Burkina Faso*, rapport de recherche, Ouagadougou, CHUM-IRSC-INSS/CNRST, 77 p.