

Université de Montréal

**Politique publique de protection sociale au Burkina Faso :
Vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en
forme et de la mise en œuvre**

Par

Kadidiatou Kadio

Département de sciences humaines appliquées
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la faculté des études supérieures et postdoctorales

En vue de l'obtention du grade de

Philosophie Doctor (Ph.D)

En sciences humaines appliquées

Novembre 2018

© Kadidiatou Kadio, 2018

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Politique publique de protection sociale au Burkina Faso :

Vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en forme et de la mise en œuvre

Présentée par :

Kadidiatou Kadio

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Anne-Emmanuèle Calvès, Ph.D. Présidente-rapporteuse

Christian Dagenais, Ph.D. Directeur de recherche

Valéry Ridde, Ph.D. Co-directeur de recherche

Alain Noël, Ph.D. Membre du jury

Sanni Yaya, Ph.D. Examineur externe

Patricia Martin, Ph.D. Représentante du doyen de la FES

Résumé

La réalisation des politiques de protection sociale en Afrique soulève des questions complexes, notamment leur raison d'être et le choix des contenus (Merrien, 2013). L'originalité de cette thèse tient au fait qu'elle soit la première du genre à analyser l'élaboration des politiques de protection sociale au Burkina Faso autre que celles dans le domaine de la santé.

À travers une analyse de la politique nationale de protection sociale et programme pilote de protection sociale en santé des personnes démunies, la thèse répond aux questions suivantes : pourquoi et comment la protection sociale est devenue une priorité gouvernementale et quels sont les facteurs qui ont influencé la mise en forme de ces deux politiques publiques et la mise en œuvre du programme de solidarité ?

À partir de cadres d'analyse issue de diverses perspectives disciplinaires (science politique, sociologie, anthropologie), la réalisation des politiques publiques de protection sociale est considérée comme le fruit de l'interaction d'une multitude d'acteurs et de leurs intérêts divers : organisations internationales, coopération bilatérale, structure étatique, associations et ONG locales. La méthodologie est essentiellement qualitative. L'entrevue semi-dirigée approfondie, l'analyse documentaire et l'entrevue informelle ont été utilisées pour collecter les données.

Les résultats sont structurés en cinq articles scientifiques. La décision de formuler ces deux politiques était principalement motivée par la recherche d'une cohésion sociale pour maintenir la paix et l'ordre social (article 1 et 4). Le processus de la formulation n'a pas permis de conduire une réflexion sur le problème à résoudre, d'identifier les besoins spécifiques des bénéficiaires, d'évaluer la capacité des solutions pour choisir celles appropriées. Les logiques des acteurs nationaux étaient de maintenir leurs acquis financiers et de mobiliser des ressources supplémentaires. Les acteurs internationaux ont été guidés par la logique de promotion d'instrument de protection sociale en adéquation avec leurs valeurs, leurs idées, leurs missions, et ce pour la mise en œuvre de leur mandat institutionnel. Cela a donné lieu au constat empirique de « non-design » ou de non-formulation (article 2 et 4), a révélé l'influence des idées et des intérêts des acteurs dans le choix des solutions, mais a aussi montré qu'une volonté politique est importante pour que les choix puissent répondre aux besoins des populations pauvres et vulnérables. Par ailleurs, les connaissances issues de la recherche scientifique ont été très peu utilisées pour éclairer les choix comparativement aux connaissances issues de la littérature grise

(article 3). Les gains politiques, c'est-à-dire la perception des conséquences sociales et politiques associées à une recommandation fondée sur des connaissances scientifiques, influencent la prise en compte de cette dernière. L'analyse de la mise en œuvre montre que des lacunes de formulation influencent l'efficacité d'une politique. Aussi, la mise en œuvre offre des circonstances opportunes d'adaptation et de reformulation pour intégrer les spécificités du contexte et les besoins des bénéficiaires en vue d'améliorer l'efficacité (article5).

Mots-clés : Politique de protection sociale, Analyse de politique publique, Émergence, Non-design, Formulation de politique, Utilisation des connaissances scientifiques, Mise en œuvre, Cohésion sociale, Personnes démunies, Burkina Faso

Abstract

The development of social protection policies in Africa raises complex issues, including its rationale and choice of content (Merrien, 2013). This thesis is the first of its kind to analyze the development of social protection policies in Burkina Faso other than those in the field of health.

Through an analysis of the National Social Protection Policy and pilot program of Social Protection in the Health of the Poor, this thesis answers the following questions: why and how social protection has become a government priority; and what factors have influenced the shaping of these two public policies and the implementation of the solidarity program?

Based on analytical frameworks from various disciplinary perspectives (political science, sociology, anthropology), the process of developing public social protection policies is the result of the interaction of a multitude of actors and their diverse interests: international organizations, bilateral cooperation, state structure, associations, and local NGOs. The methodology is essentially qualitative. This thesis collects data thorough semi-structured interviews, literature review, and informal interviews.

The results are structured in five scientific articles. The desire for social cohesion to maintain peace and social order motivated the decision to formulate these two policies (Articles 1 and 4). The formulation process did not lead to a reflection on the problem to be solved, to identify the specific needs of the beneficiaries, to evaluate the capacity of the solutions to choose the appropriate ones. The motive of the national actors was to maintain their financial assets and to mobilize additional resources. International actors have been guided by the logic of promoting a social protection instrument in line with their values, their ideas, and their missions, for the implementation of their institutional mandate. This implementation gave rise to the empirical observation of "non-design" or non-formulation (Article 2 and 4), revealed the influence of the ideas and interests of the actors in the choice of solutions, but also showed that it is important for choices to meet the needs of the poor and vulnerable. In addition, knowledge derived from research data was used very little compared to knowledge from gray literature (Article 3). Political gains, that is, the perception of social and political consequences associated with a recommendation based on scientific knowledge, influence the latter's consideration. The

analysis of the implementation of the solidarity program shows that formulation gaps influence the effectiveness of a policy. Thus, the implementation offers opportune circumstances for adaptations and reformulations to integrate the specificities of the context and the needs of the beneficiaries with an aim of improving efficiency (Article 5). However, these opportunities have not been utilized by program implementers, helping to keep those who are impoverished excluded from health services.

Key words: Social protection policy, Public policy analysis, Emergence, Non-design, Policy formulation, Use of scientific knowledge, Implementation, Social cohesion, Poor people, Burkina Faso

Table des matières

RÉSUMÉ.....	I
ABSTRACT.....	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES.....	XIV
LISTE DES SIGLES.....	XV
REMERCIEMENTS.....	XVII
AVANT-PROPOS.....	XIX
PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE/ÉTATS DES CONNAISSANCES ET PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE.....	1
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	2
1.1 LA PERTINENCE D’ANALYSER LES PROCESSUS D’ÉLABORATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	4
1.2 FAIBLE ATTENTION ACCORDÉE AUX PROCESSUS D’ÉLABORATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE.	6
1.3 PRÉSENTATION DE LA THÈSE	8
CHAPITRE 2 LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE ET AU BURKINA FASO	10
2.1 DES POLITIQUES D’AJUSTEMENT STRUCTUREL AU CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ.....	11
2.2 DES FILETS DE SÉCURITÉ SOCIALE À L’INITIATIVE SOCLE DE PROTECTION SOCIALE.....	13
2.3 PROMOTION DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE.	15
2.4 LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO.	17
2.4.1 <i>Le système de protection sociale au moment de l’adoption de la PNPS en 2012.....</i>	<i>18</i>
2.4.1.1 Le régime public d’assurance sociale	18
2.4.1.2 Mutuelles sociales de santé et assurances privées	18
2.4.1.3 L’assistance sociale et la solidarité familiale.	19
2.4.2 <i>Très faible couverture de la population par la protection sociale</i>	<i>22</i>
CHAPITRE 3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET FONDEMENT THÉORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE.....	25
3.1 SÉCURITÉ SOCIALE ET PROTECTION SOCIALE	25
3.2 LES DÉFINITIONS DE LA PROTECTION SOCIALE	26
3.3 PROTECTION SOCIALE COMME GESTION DU RISQUE SOCIAL OU APPROCHE INSTRUMENTALE POUR LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE.....	29

3.3.1	<i>Pauvreté monétaire, vulnérabilité.....</i>	30
3.3.2	<i>Protection sociale pensée comme gestion du risque social.....</i>	31
3.4	PROTECTION SOCIALE FONDÉE SUR LES DROITS ET LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN.....	32
3.4.1	<i>Pauvreté structurelle émergente du contexte sociopolitique.....</i>	32
3.4.2	<i>La protection sociale transformatrice (PST).....</i>	34
CHAPITRE 4	LA RECHERCHE SUR LES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALES EN AFRIQUE.....	37
4.1	LA RECHERCHE SUR L'ÉLABORATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	37
4.1.1	<i>Émergence des politiques de protection sociale.....</i>	37
4.1.2	<i>Formulation des politiques de protection sociale.....</i>	39
4.1.3	<i>Mise en œuvre de programme de protection sociale en santé.....</i>	40
4.2	LES CONNAISSANCES EXPLICITES DANS LA MISE EN FORME DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	42
4.2.1	<i>Définition des concepts.....</i>	43
4.2.2	<i>Types d'utilisations des connaissances explicites.....</i>	44
4.2.3	<i>Comment les connaissances explicites peuvent-elles éclairer l'émergence et la formulation des politiques de protection sociale.....</i>	46
CHAPITRE 5	OBJECTIFS DE LA THÈSE.....	48
5.1	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	48
5.2	PNPS ET PROGRAMME DE SOLIDARITÉ : DES POLITIQUES PUBLIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	49
5.3	PRÉSENTATION DES CAS.....	50
CHAPITRE 6	CADRE D'ANALYSE DE LA RECHERCHE.....	52
6.1	L'ANALYSE SÉQUENTIELLE OU CYCLES DE POLITIQUE.....	54
6.1.1	<i>Émergence.....</i>	55
6.1.2	<i>Formulation.....</i>	56
6.1.3	<i>Mise en œuvre.....</i>	56
6.2	LE CADRE DES COURANTS MULTIPLES ET L'ANALYSE DE L'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	57
6.2.1	<i>Les trois courants.....</i>	58
6.2.2	<i>La rencontre des courants : acteurs et fenêtre d'opportunités.....</i>	60
6.3	LA PERSPECTIVE « POLICY DESIGN » POUR L'ANALYSE DE LA FORMULATION.....	63
6.3.1	<i>Policy design : un processus de raisonnement sur le choix du contenu des politiques.....</i>	63
6.3.2	<i>Influence du contexte sur le processus de formulation : éventail des types de processus de « Policy design.....</i>	65
6.4	PERSPECTIVE POLITIQUE DE L'UTILISATION DES CONNAISSANCES EXPLICITES POUR INFORMER LA MISE EN FORME DES POLITIQUES.....	68

6.4.1	<i>La pertinence d'une perspective politique pour analyser l'utilisation des connaissances explicites dans la mise en forme des politiques</i>	68
6.4.2	<i>Adaptation du cadre RAPID de Court et Young (2003)</i>	70
CHAPITRE 7	DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	75
7.1	STRATÉGIE ET DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE	75
7.1.1	<i>Identification des participants et des documents</i>	75
7.1.2	<i>Cueillette des données</i>	79
7.1.2.1	L'entretien semi-dirigé	79
7.1.2.2	Entretien informel	81
7.1.2.3	L'analyse documentaire	82
7.1.3	<i>Analyse des données</i>	83
7.2	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	85
	DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS-DISCUSSIONS ET CONCLUSION	87
CHAPITRE 8	ARTICLE 1 : POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE DU BURKINA FASO : CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET STRATÉGIES DES ACTEURS	90
	RÉSUMÉ	90
	ABSTRACT	90
8.1	INTRODUCTION.....	91
8.2	FACTEURS D'ÉMERGENCE ET CADRE D'ANALYSE	92
8.3	METHODOLOGIE DE RECHERCHE	94
8.4	RESULTATS DISCUTES	95
8.4.1	<i>Courant des problèmes : déficit de protection sociale, un problème public</i>	95
8.4.2	<i>Courant des orientations : la réceptivité du gouvernement à élaborer une politique de protection sociale</i>	98
8.4.3	<i>Courant des solutions : la nécessité d'une PNPS intégrant des programmes cohérents de filets sociaux et d'assurances sociales</i>	100
8.4.4	<i>L'importance des fenêtres d'opportunités et des entrepreneurs politiques engagés</i>	102
8.4.5	<i>Rencontre des courants et stratégies des entrepreneurs</i>	104
8.4.5.1	Alliance d'entrepreneurs avec des acteurs gouvernementaux réceptifs	105
8.4.5.2	Susciter un dialogue entre entrepreneurs sur la nécessité d'une PNPS.....	106
8.4.5.3	L'élaboration d'une PNPS comme mesure prioritaire de la SCADD	107
8.5	CONCLUSION.....	108
	LISTE DES ACRONYMES.....	109
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	110

**CHAPITRE 9 ARTICLE 2 : DE LA FORMULATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE À LA COMPILATION
D' ACTIONS DE PROTECTION SOCIALE : UN CAS DE « NON DESIGN » AU BURKINA FASO 115**

RESUME	115
9.1 INTRODUCTION.....	116
9.2 QUE SAIT-ON DE LA FORMULATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE ?	117
9.3 LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	119
9.3.1 <i>L'identification des répondants et les instruments de collecte.....</i>	<i>119</i>
9.3.2 <i>L'analyse des données.....</i>	<i>120</i>
9.4 LES RESULTATS	121
9.4.1 <i>Le dispositif institutionnel de pilotage du processus de formulation</i>	<i>121</i>
9.4.2 <i>De l'intention de formulation d'une PNPS à une compilation d'actions de protection sociale.....</i>	<i>127</i>
9.4.3 <i>Les facteurs ayant contribué à une formulation de type « non-design »</i>	<i>128</i>
9.4.3.1 Le manque de clarté et d'orientation gouvernementale	128
9.4.3.2 Une volonté politique ambiguë et une haute administration prudente	129
9.4.3.3 Une compréhension limitée de la protection sociale.....	130
9.4.4 <i>La logique des acteurs dans le processus de formulation de type « non-design »</i>	<i>131</i>
9.4.4.1 La logique des acteurs nationaux.....	131
9.4.5 <i>La logique du groupe des partenaires techniques et financiers</i>	<i>133</i>
9.5 DISCUSSION : LA FORMULATION DES POLITIQUES ET L'APPROPRIATION PAR LES ACTEURS	134
9.5.1 <i>Le leadership gouvernemental et la compétence des acteurs.....</i>	<i>134</i>
9.5.2 <i>Le leadership gouvernemental et l'intention de formulation ou d'appropriation des politiques .</i>	<i>135</i>
9.5.3 <i>De l'utilité du concept de « non-design ».....</i>	<i>137</i>
9.6 CONCLUSION.....	138
LISTE DES ACRONYMES.....	139
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	140

**CHAPITRE 10 ARTICLE 3 : COMMENT LES CONNAISSANCES EXPLICITES ÉCLAIRENT-ELLES LA MISE EN
FORME DES POLITIQUES : CAS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE DU BURKINA FASO . 146**

RÉSUMÉ	146
10.1 INTRODUCTION	147
10.2 UTILISATION DES CONNAISSANCES EXPLICITES ET UN CONTEXTE DÉCISIONNEL COMPLEXE.	148
10.3 CADRE D'ANALYSE DE L'UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR ÉCLAIRER L'ÉLABORATION DES POLITIQUES	150
10.4 MÉTHODOLOGIE	151
10.5 RÉSULTATS.....	153
10.5.1 <i>Connaissances et type d'utilisation pour éclairer la mise en forme d'une PNPS.....</i>	<i>153</i>

10.5.2	<i>Connaissances et décision de formulation d'une PNPS : émergence d'un problème public</i>	155
10.5.2.1	Connaissances explicites pour révéler le déficit de PS, son ampleur, ses causes, les personnes affectées	155
10.5.2.2	Connaissances explicites pour comprendre les valeurs et attentes des Burkinabè.	156
10.5.2.3	Connaissances explicites pour appréhender les défis à relever.	157
10.5.3	<i>Connaissances explicites et formulation de la PNPS.....</i>	158
10.5.3.1	Rédaction de la note de cadrage et des rapports des commissions spécialisées.....	158
10.5.3.2	Rédaction du contenu de la PNPS :	159
10.5.4	<i>Les acteurs : Rôles et stratégies de partage des connaissances explicites.</i>	160
10.5.4.1	Produire des connaissances pour soutenir le plaidoyer et le dialogue politique	160
10.5.4.2	Des séances de restitution et des réunions gouvernementales comme canal de diffusion des connaissances locales.....	161
10.5.4.3	Des voyages d'études et de formation.....	162
10.5.4.4	Ateliers nationaux de formation	163
10.5.5	<i>Facteurs favorisant et obstacle à l'utilisation de la connaissance</i>	164
10.6	DISCUSSION	167
10.6.1	<i>Facteurs conjoncturels, fenêtre d'opportunité et cadrage des messages.</i>	167
10.6.2	<i>Formulation de politique et capacité analytique des acteurs.</i>	168
10.7	CONCLUSIONS.	170
	LISTE DES ACRONYMES.....	171
	REFERENCES	171

CHAPITRE 11	ARTICLE 4 : ÉMERGENCE ET FORMULATION D'UN PROGRAMME DE SOLIDARITÉ POUR	
	AFFILIER LES PLUS PAUVRES À UNE ASSURANCE MALADIE AU BURKINA FASO	178
	RESUME	178
11.1	INTRODUCTION	178
11.2	CADRE CONCEPTUEL ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	180
11.2.1	<i>Collecte et analyse des données</i>	182
11.3	PERCEPTION DE L'EXCLUSION DE LA PERSONNE INDIGENTE ET ÉMERGENCE DU PROGRAMME DE SOLIDARITÉ	183
11.3.1	<i>L'exclusion de la personne indigente est un problème public.....</i>	184
11.3.2	<i>Orientation politique dominante : assurance maladie et promotion de la mutualité</i>	187
11.3.3	<i>Les motivations d'agir des entrepreneurs et opportunités d'action</i>	189
11.4	FORMULATION DU PROGRAMME : LE CHOIX DES SOLUTIONS	191
11.4.1	<i>Coïncidence de la solution du programme de solidarité avec les intérêts des entrepreneurs .</i>	191
11.4.2	<i>Problème public, entrepreneurs et fenêtre d'opportunité</i>	194
11.5	DISCUSSION : ENCORE UNE OCCASION MANQUÉE POUR LES INDIGENTS	195

11.6	CONCLUSION.....	197
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	197
CHAPITRE 12 ARTICLE 5 : ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INTERVENTION DE PROTECTION SOCIALE		
PAR L'ADHÉSION DES PLUS PAUVRES AUX MUTUELLES DE SANTÉ DU BURKINA FASO 202		
	RÉSUMÉ	202
12.1	INTRODUCTION	203
12.2	CADRE D'ANALYSE	205
12.3	APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	207
12.4	CONTEXTE D'ÉLABORATION DE L'INTERVENTION ET LE COURANT DES PROBLÈMES	208
12.5	LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	209
12.5.1	<i>Le processus de sélection passif et sans moyen.....</i>	209
12.5.2	<i>Critères de sélection des bénéficiaires et processus d'enrôlement.....</i>	211
12.5.3	<i>Couverture et utilisation des services de santé par les bénéficiaires.....</i>	212
12.6	QU'EN EST -T-IL DE LA RENCONTRE DES PROBLÈMES ET DES SOLUTIONS ?	214
12.6.1	<i>Pourquoi les acteurs n'ont-ils pas agi en faveur de l'exemption totale du paiement ?</i>	215
12.6.1.1	Absence d'entrepreneur politique engagé en faveur de l'exemption.....	215
12.6.1.2	La logique d' « accaparement » mobilisée par les acteurs	216
12.6.2	<i>La question du ciblage des bénéficiaires.....</i>	217
12.6.3	<i>Enrôlement des bénéficiaires, une fenêtre d'opportunité non exploitée.....</i>	218
12.7	CONCLUSION.....	220
	LISTE DES ACRONYMES.....	221
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	222
CHAPITRE 13 DISCUSSION GENERALE 227		
13.1	APPORTS EMPIRIQUES : SYNTHÈSE DE RÉSULTATS.....	227
13.1.1	<i>La mise en forme et la mise en œuvre des politiques de protections sociales.....</i>	228
13.1.1.1	Émergence de la PNPS et du programme de solidarité.....	228
13.1.1.2	Formulation de la PNPS et du Programme de solidarité	229
13.1.1.3	Mise en œuvre d'un programme « mort-né » : le programme de solidarité	230
13.1.2	<i>Le rôle des connaissances explicites dans la mise en forme de la PNPS.....</i>	231
13.2	CONTRIBUTIONS THÉORIQUES.....	234
13.2.1	<i>Protection sociale et cohésion sociale</i>	234
13.2.1.1	Protection sociale pour une cohésion sociale au Burkina Faso : une nécessité pour légitimer l'existence du gouvernement.....	234

13.2.1.2	Lien théorique entre la cohésion sociale et la protection sociale : illustrations empiriques au Burkina Faso	236
13.2.1.2.1	Cohésion sociale et droits de la citoyenneté.....	237
13.2.1.2.2	Exclusion/inclusion sociale et cohésion sociale.	238
13.2.2	<i>Politique de protection sociale ou politique de promotion des idées?</i>	241
13.2.2.1	<i>Pluralités des acteurs et divergence des idées dans la mise en forme des politiques de protection sociale.</i>	241
13.2.2.2	L'implication des décideurs de haut niveau dans la formulation des politiques peut réduire les possibilités de non-design.	243
13.2.2.3	Transfert des idées et type d'utilisation des connaissances : implication pour une formulation de politique éclairée par les connaissances explicites.	246
13.2.2.4	Non design et lacunes de mise en œuvre : l'adaptation pour corriger les erreurs de formulation	250
13.3	APPRENTISSAGE MÉTHODOLOGIQUE	252
13.3.1	<i>L'utilisation de la perspective policy design pour analyser des politiques de protection sociale.</i>	253
13.3.2	<i>Deux cadres distincts, une même leçon apprise: la pertinence d'analyser le processus de formulation.</i>	256
13.3.3	<i>De l'interdisciplinarité dans l'analyse des politiques de protection sociale</i>	258
13.3.4	<i>Analyse réflexive sur le choix des cadres d'analyse: défis et apprentissage.</i>	260
13.3.5	<i>Contribution réflexive sur quelques entretiens : prendre son mal en patience en situation d'entrevue avec les décideurs.</i>	262
CHAPITRE 14	CONCLUSION GENERALE	265
14.1	LIMITES DE LA RECHERCHE.....	265
14.2	AVANCEMENT DES CONNAISSANCES/PORTÉE DE LA RECHERCHE	268
14.3	LES PISTES D' ACTIONS POUR AMÉLIORER LA FORMULATION DES POLITIQUES	269
14.4	PISTES DE RECHERCHES FUTURES	272
14.5	PLAN DE DIFFUSION ET DE TRANSFERT DES RÉSULTATS DE LA THÈSE.....	273
REFERENCE	I
ANNEXE1 : GUIDE D'ENTREVUE SUR L'ÉMERGENCE PNPS	XXXV
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTREVUE SUR LA FORMULATION PNPS	XXXVIII
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTREVUE SUR LE RÔLE DES CONNAISSANCES EXPLICITES DANS LA FORMULATION ET L'ÉMERGENCE DE LA PNPS	XXXIX

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTREVUE SUR L'EMERGENCE ET LA FORMULATION DU PROGRAMME DE SOLIDARITEXLII

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTREVUE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE SOLIDARITEXLVI

ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENTXLVIII

Liste des tableaux

Première partie- Discussion et Conclusion

Tableau I.	Régime public d'assurance sociale en 2012	18
Tableau II.	Politiques et stratégies sectorielles de protection sociale 2000-2009.	21
Tableau III.	Population âgée de 15 à 64 ans selon le type de sécurité sociale reçu en 2005	23
Tableau IV.	Cadres d'analyse mobilisés.	57
Tableau V.	Groupe d'acteurs dans la mise en forme et la mise en œuvre d'une politique publique	60
Tableau VI.	Exemple d'instruments de protection sociale	64
Tableau VII.	Nombre de répondants qui ont participé à l'analyse de la PNPS	77
Tableau VIII.	Nombre de répondants pour l'analyse du programme de solidarité	78
Tableau IX.	Nombre d'entrevues pour l'analyse de la PNPS et du programme de solidarité.. ..	82
Tableau X.	Liste des documents consultés	82
Tableau XI.	Présentation des articles de la thèse	88
Tableau XII.	Plan de diffusion et de transfert des résultats de la thèse.....	274

Article 1

Tableau I.	Les filets sociaux mis en œuvre de 2004 à 2009.....	98
------------	---	----

Article 2

Tableau I.	Chronologie des étapes d'élaboration de la PNPS.....	122
------------	--	-----

Article 3

Tableau I.	Documents analysés et de participants aux entrevues.....	149
Tableau II.	Types de connaissances et types d'utilisation par étapes du processus de mise en forme de la PNPS.....	151

Liste des figures

Première partie — Discussion et Conclusion

Figure 1.	Présentation de la thèse.....	9
Figure 2.	Escalier du socle de la protection sociale	15
Figure 3.	Les étapes du cycle de l'élaboration des politiques publiques	55
Figure 4.	Rencontre des courants dans les étapes de la réalisation d'une politique publique..	62
Figure 5.	Éventail des types de processus de « <i>Policy design</i> ».....	67
Figure 6.	Cadre d'analyse de l'utilisation des connaissances explicites dans l'élaboration des politiques publique.....	74
Figure 7.	Articulation des articles	89
Figure 8.	Illustration du non design et de la logique des acteurs situation de non-design.	256

Article 2

Figure 1.	Dispositif institutionnel de formulation de la PNPS.....	118
Figure 2.	Schéma de la PNPS 2012.....	123
Figure 3.	Contexte propice à une formulation de type « <i>non-design</i> » au Burkina Faso	128

Liste des sigles

AMU : Assurance maladie universelle

CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

DCRP : Document des cadres de réduction de lutte contre la pauvreté

DFID : Département for international Développement

FMI : Fonds monétaire international

GRS : Gestion des risques sociaux

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODD : Objectif de développement durable

OMD : Objectif de développement du millénaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

OIT : Organisation internationale du travail

PAM : Programme alimentaire mondial

PAS : Plans d'ajustements structurels

PNPS : Politique nationale de protection sociale

PS : Protection sociale

PST : Protection sociale transformatrice

PTF : Partenaires techniques et financiers

RAMU : Régime d'assurance maladie universelle

SCADD : Stratégie de croissance accélérée et de développement durable

SPS : Socle de protection sociale

UA : Union africaine :

Je dédie cette thèse

*À ma mère, **Fatma Kasion** (in memoriam).*

Tu ne connaissais pas la théorie des capacités de Sen, et tu n'avais pas non plus la capacité de lire Paulo Freire. Mais, tu as toujours enseigné à nous tes enfants, que l'éducation était l'un des meilleurs moyens, surtout pour les femmes, d'échapper à l'oppression et à la pauvreté.

*À ma nièce **Fatma Bakoubwan**. Que l'enseignement de ta mamy t'inspire.*

Remerciements

J'adresse d'abord mes remerciements à mon directeur de thèse, Dr Christian Dagenais, qui par ses compétences à la fois relationnelles et intellectuelles, ainsi que sa compréhension a su me guider. Merci, Christian, pour le sérieux avec lequel tu as examiné mon travail, de même que la qualité de tes remarques, ta disponibilité, pour ton ouverture à la discussion constructive qui ont sans aucun doute contribué à rehausser la valeur de cette thèse. Je ne pouvais espérer un meilleur soutien.

Ensuite, j'exprime toute ma reconnaissance à l'endroit de mon codirecteur, Dr Valéry Ridde. Je ne peux comptabiliser tous les apprentissages faits à tes côtés. Merci de m'avoir offert l'opportunité de découvrir le métier de chercheur et surtout appris à être sensible à l'utilité du chercheur pour sa communauté. Tu es l'exemple qu'il est possible de mener une carrière brillante de chercheurs tout en demeurant accessible et tourné vers l'action. Tu as cru en moi, m'as encouragée et accompagnée avec compétence, rigueur et amitié avant et pendant toute cette démarche de doctorat. Merci pour tout.

Je remercie les institutions et programmes qui m'ont soutenue : l'Institut de recherche en science de la santé (IRSS), le programme de formation à la recherche en santé mondiale (Santé-Cap), le programme de recherche Équité en santé, la chaire REALISME, l'Équipe RENARD, la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP), le programme de doctorat en Sciences humaines appliquées (SHA).

Un merci spécial à Pr Sylvain Ouédraogo directeur de l'IRSS ; Pr Kouanda Séni chef de département biomédical et santé publique/IRSS ainsi que Pr Maxime Drabo, responsable de l'unité de recherche politique et système de santé/IRSS.

Je remercie aussi chaleureusement les membres du jury : Dre Anne Calves, Dr Sani Yaya, Dr Alain Noël, Dre Patricia Martin.

Un merci sincère aux participants à la recherche qui m'ont permis de réaliser mes entrevues et de collecter des documents : le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS), les participants des différents ministères du Burkina Faso, les ONG locales et internationales, les institutions internationales, ainsi que les personnes démunies. Sans votre engagement, cette thèse n'aurait pas vu le jour.

J'exprime ma gratitude aux professeures du département de sciences humaines appliquées (SHA) : Anne Calvès, Frédéric Dejean, Yves Couturier, Violaine Lemay et Sylvie Fortin pour la qualité de leur enseignement. Merci à Marie Marthe Cousineau, ancienne directrice du SHA et à Myldred Larathe, ancienne technicienne en gestion des dossiers étudiants (TGDE) du SHA, qui ont toujours été disponibles et gentilles à mon égard.

Merci particulier à Paul André Somé, Daniel Hien, Gody Poda, Julie Lane et Jacques Fortin. Vous avez chacun, à votre manière, contribué à la relation de ce projet. Merci pour votre soutien.

Merci à mes amies et collègues du SHA, particulièrement Marianne, Maryse, Joey, François-Xavier. Vous avez facilité mon acclimatation et rendu ce parcours académique plus sensible et fraternel.

À vous mes amies et collègues de l'école de santé publique et de l'équipe Renard : Émilie, Lena, Anne-Marie, Lara, Isabelle, Laurence, Catherine . J'ai non seulement développé des affinités

intellectuelles avec vous, mais j'ai aussi eu la chance de trouver des amies exceptionnelles. Une mention spéciale à Esther, ma sœur et compagnon du labo. Merci d'avoir été présente. Merci pour tes encouragements quand je perdais confiance et que tu me faisais savoir que j'étais dure avec moi-même. Merci ma sœur.

Merci à Yaya Tamani Gnanou, et Christian Sabari pour la lecture attentive de cette thèse malgré les délais serrés.

Merci à mes amies et collègues de l'IRSS : Fadima, Aristide, Wambi Maurice, Simon, Charlotte.

Merci à vous, mes amies de Ouagadougou et d'ailleurs : Aicha, Eugénie, Rosine, Alain, Servane, Cléophas, Flora, Seydou, Albert, Maimouna, Caroline, Blandine, Bata, Karim, Téléphore, Yamba, Alima, Solange, Mabel, Adélaïde, Kayira, Christel, Estelle Janine, Dimitri, Katian, Tindawendé-Narcisse, Aissétou et Patricia, Aboubacar. Vous êtes loin, mais vous m'avez quotidiennement accompagnée durant ce long processus grâce à la magie d'internet ou par la poste.

Merci à mes « *Noubia* » du Canada : David, Diane A, Bertrand, Inna Tata, Diane G, Yves, Zoé, Ada, Hervé, Issaka, Abderrahmane, Illias, Adama, Roméo, Estelle, Job et Rita.

Je pense aussi à mes amies, frères, sœurs, oncles et tantes qui ne sont plus de ce monde, mais qui ont contribué à inspirer ce projet doctoral ou qui m'ont soutenue : Balandou, Issouf, Oscar, Wilfried, Bachirou, Alassane, Barkissou, Mamy Abaah, Gervais, et Louis Adèle.

Merci à ma famille. Vous êtes mon support au quotidien, je vous aime tous très fort.

- Ma mère feu Kapion Fatma (1951-2002). Merci de m'avoir inculqué le sens du courage et la persévérance, quel que soit le défi. Tu me disais toujours que ton plus grand regret était de ne pas avoir été scolarisée et que je devais profiter de cette chance que j'ai. Tu me répétais avec conviction que l'éducation était le moyen le plus sûr pour une femme d'échapper à l'oppression et à la pauvreté. Merci pour tout : ton amour inconditionnel, tes sacrifices quotidiens pour que je ne manque de rien, afin de me maintenir éloignée des risques pouvant mettre fin à ma scolarité. Ton souhait était que je ne lâche jamais. Maman je n'ai pas lâché.
- Mon père, Bagouan Issouf, merci pour ton soutien inconditionnel. Même si je n'ai jamais réussi à t'expliquer clairement en « gourounsi » ce que j'étudie depuis ces années, ton soutien et encouragement ont été permanents. « *Ce n'est pas la maîtrise de la spatule pour faire un bon têt qui vous libérera du joug de vos maris* » : ta phrase favorite à l'endroit de mes jeunes sœurs, lorsque tu juges leurs rendements scolaires insatisfaisants. Merci d'avoir toujours valorisé l'éducation des filles. Merci pour tes prières, tes appels réguliers de vendredi et dimanche.
- Merci à mes tantes, oncles, frères, sœurs, nièces, neveux : Mamy Lamoussa, Tonton Adama, Kobénan, Oumar, Mamadi, Tanti Adissa, Fatimata, Safi, Kalibio, Bonswa, Awayikoua, Akim, Bima, Abdoul, Koudouss, Mamou, Yvette, Sadia, Nadine, Amira et Mamy Hadja.

Un grand merci à tous ceux et à toutes celles que je ne dois pas oublier.

Enfin et surtout, merci à Celui qui est la source de toute Grâce et de tout bien.

Avant-Propos

Qui suis-je et pourquoi un doctorat en sciences humaines appliquées ?

Je suis titulaire d'une maîtrise en population et santé de l'Institut supérieur des sciences et de la population de l'Université (ISSP) d'Ouagadougou et d'une maîtrise en psychologie du département de psychologie de la même université. Aller au-delà des clivages disciplinaires a constitué une lutte permanente durant mon parcours académique et professionnel.

Mon passage au département de psychologie coïncidait à une époque où une telle formation était très peu valorisée. Cela s'expliquait en partie par le fait que le département de psychologie était l'un des plus jeunes de la faculté des sciences humaines et sociales de l'Université de Ouagadougou. Ainsi, selon certains chercheurs en sociologie de cette université à cette époque, les diplômés en psychologie étaient réputés comme étant incompetents pour la recherche en sciences sociales. Ce point de vue était souvent appuyé par des arguments tels que le fait que la formation en psychologie soit plus centrée sur la méthodologie expérimentale d'où la faible maîtrise de certains auteurs incontournables (tels que Bourdieu, Durkheim ou Van Campenhoudt) par les étudiants de psychologie. Rappelons que le département de sociologie avait une tradition de recherche à dominante socioanthropologique. La plupart de mes collègues étudiants en sociologie utilisaient la démarche qualitative pour leurs travaux et nous qualifiaient, nous, étudiants en psychologie, de « quantitatistes ». Je pense que cette perception à l'endroit des diplômés de psychologie relevait simplement d'une faible connaissance de la discipline. Cependant, il reste que ces stigmatisations et préjugés ont conduit certains étudiants de ma promotion, avant la fin de leur scolarité, à changer de discipline ou à opter pour des écoles professionnelles telles que la gestion des ressources humaines ou le conseil d'orientation. Ceux qui décidaient d'emprunter le chemin de la recherche devaient se joindre au groupe de chercheurs en sciences humaines et sociales principalement dominé par des sociologues et leurs étudiants. Ce fut mon cas. Je m'identifiais désormais à une diplômée en sciences humaines et sociales, titulaire d'une maîtrise en psychologie. Cette auto perception a été renforcée par ma formation en population et santé, pendant laquelle j'ai eu l'opportunité de faire l'expérience de la pluridisciplinarité. Les discussions au quotidien pendant 18 mois avec des médecins, pharmaciens, aménagistes, démographes-économistes et sociologues ont renforcé ma conviction que la résolution des problèmes de santé des populations nécessite une synergie d'actions multisectorielle et pluridisciplinaire.

Ma première expérience professionnelle après la maîtrise fut d'abord un emploi d'enquêtrice pour la collecte de données sur les habitudes alimentaires (sucre et sel et bouillie de petit mil) des ménages ruraux et urbains puis un poste de stagiaire bénévole dans une ONG de prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH, dans un contexte rural du Burkina Faso

où les normes sociales contribuent à renforcer la vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA (Kadio, 2007). Le contact avec les femmes séropositives durant ce stage m'a incitée à orienter mon sujet de mémoire de maîtrise sur le renforcement du pouvoir d'agir des femmes. À l'issue de ce stage, j'ai obtenu un poste de chargée de projet dans la même ONG. J'avais en charge l'exécution d'un projet de soutien communautaire aux orphelins et enfants vulnérables (OEV). Au cours de cette expérience professionnelle, j'ai constaté que le processus de formulation et de planification des projets que j'ai appris pendant mes cours théoriques à la maîtrise n'était pas forcément appliqué sur le terrain. Les projets planifiés par les ONG locales étaient des réponses à des opportunités de financement et étaient souvent en déphasage avec les besoins réels des bénéficiaires. Par exemple, une ONG pouvait décider d'intervenir dans l'enseignement primaire des OEV (pour respecter les exigences des bailleurs de fonds), tout en sachant que le besoin réel dans les communautés concerne la santé et l'enseignement secondaire. J'ai aussi constaté une valorisation accrue des indicateurs quantitatifs (les « chiffres ») que je qualifiais de « chasse aux indicateurs ». Par exemple, le nombre d'enfants pris en charge était mis en avant, au détriment de la qualité des services et l'adéquation avec les attentes des populations, qui sont reléguées au second plan. Il était plus important de prouver par des chiffres comment les ressources financières ont été utilisées que de montrer les perceptions des acteurs de mise en œuvre sur l'utilisation de ces ressources financières et celles des bénéficiaires sur les services reçus. Le peu d'intérêt pour le volet qualitatif me frustrait. Dans mes rapports d'activités, je m'appliquais à ressortir le point de vue des bénéficiaires. Cela me valait la critique selon laquelle mes rapports ne respectaient pas les canevas de comptes rendus. Mon directeur de programme, bien que partageant mon point de vue, m'interpellait souvent en ses termes : « Kadio, les gens du secrétariat permanent n'ont rien à faire avec tes verbatims. Ils veulent voir des chiffres, des indicateurs. C'est plus parlant pour eux ». En somme, j'ai perçu que plus de crédibilité et de valeur étaient accordées aux données chiffrées, contrairement aux données qualitatives. Par exemple, les discours des bénéficiaires étaient souvent considérés comme des anecdotes.

La seconde étape très importante qui a contribué à mon identité savante fut mon poste de coordinatrice d'une recherche-action. Cette expérience a renforcé mes capacités en recherche participative. J'ai collaboré avec plusieurs acteurs : des administrateurs, des intervenants, des responsables communautaires, des chercheurs en santé publique, en socioanthropologie, en démographie. J'ai affermi l'idée selon laquelle les perceptions des acteurs concernés par une intervention sont aussi importantes que les indicateurs chiffrés. Aussi, les expériences de collecte et d'analyse de données, hors d'un cadre académique (mémoire de master et de maîtrise), ont renforcé mon intérêt pour la recherche. En effet, cette expérience me permettait de faire ce que mon travail de gestionnaire de projet ne me permettait pas. J'accordais la même valeur et la même crédibilité aux données quantitatives et qualitatives. Cette expérience de recherche-action m'a permis de comprendre que le plus important n'est pas la discipline ni la nature des données, mais notre capacité à mobiliser les outils nécessaires pour répondre aux questions de recherche que nous nous sommes posées.

Bien que certains de mes collègues me rappelaient souvent que je n'étais pas des leurs puisque je n'étais ni sociologue, anthropologue, géographe, médecin ou pharmacienne, je suis néanmoins parvenue à me faire accepter comme jeune chercheure en sciences humaines et sociales dans un institut de recherche en sciences de la santé. Je ne défendais pas une discipline quelconque, car j'estimais que les frontières disciplinaires, surtout en sciences humaines et sociales, ne devaient pas constituer un enjeu. Mon objectif était de faire de la recherche de qualité en utilisant la méthodologie adéquate pour répondre à ma question de recherche. Sans avoir une expérience identique à Rocher (2014), mes parcours académique et professionnel m'ont appris que les disciplines en sciences sociales sont plurielles, ont des frontières poreuses qui doivent demeurer ouvertes.

Ma motivation centrale était de découvrir, grâce à un procédé strictement empirique, les traces des déterminants sociaux qui, autrement, n'apparaissent pas de manière évidente. Mes champs de recherche portaient principalement sur la manière de renforcer le système de santé pour favoriser l'utilisation des services par les populations. Les projets de recherche auxquels j'ai participé s'articulaient autour d'un protocole élaboré par des chercheurs seniors. Chaque co-chercheur se voyait affecter un volet spécifique pour la mise en œuvre selon ses compétences méthodologiques. Je participais aux volets de recherche qui mobilisaient la démarche qualitative. Je menais soit des recherches qualitatives exploratoires en vue d'une enquête quantitative, soit des analyses qualitatives subséquentes à une enquête quantitative dans le but de comprendre certains résultats ambigus ou étonnants. J'estimais que cette manière de faire contribuerait à améliorer la santé des populations par la mise en lumière de connaissances utiles.

Au fil des expériences de recherche, mes questionnements sur la contribution des perceptions des bénéficiaires à l'amélioration des interventions communautaires se sont posés autrement. Je me questionnais maintenant sur les rôles des recherches réalisées au Burkina Faso dans le renforcement du système de santé et plus largement, à l'amélioration de la protection sociale des populations en Afrique. J'ai constaté que les interventions mises en œuvre dans les dispensaires et les hôpitaux pour améliorer l'accès aux services de santé étaient le reflet d'une réflexion menée en amont, puis formulée dans les politiques publiques. En d'autres termes, ce sont les décisions politiques qui orientent les interventions. Malgré la collaboration entre mon équipe de recherche et les décideurs du ministère de la Santé pour la mise en œuvre de la recherche-action, ainsi que nos efforts de transfert des connaissances, nous avons constaté que les résultats ont très peu alimenté les décisions. Or, les réponses générées par une recherche-action ne peuvent contribuer à la protection sociale en santé que si elles sont prises en compte dans les politiques publiques. Cette situation a suscité en moi des interrogations sur la nécessité et la pertinence des activités de recherche. À quoi servirait la recherche dans un pays à faible revenu comme le Burkina Faso si elle ne contribue pas à améliorer les politiques, voire les conditions de vie des populations ? Ces questionnements ont davantage renforcé ma volonté d'approfondir cette réflexion jusqu'à lui consacrer une place centrale dans ma thèse de doctorat lorsque l'opportunité s'est présentée. Ainsi, mon objectif de recherche est d'analyser les

politiques de protection sociale du Burkina et le cheminement de la recherche dans le processus de ces politiques.

J'étais consciente que je réaliserais une analyse de politique qui pourrait s'effectuer dans n'importe quel département de la faculté des Arts et sciences. J'étais confortable dans ma position de jeune chercheure en sciences humaines et sociales, ouverte aux approches tant quantitatives que qualitatives, je me reconnaissais comme le produit d'un métissage disciplinaire (Mahy, 2014) que j'assumais sans complexe. Mon identité hybride et mon intuition m'ont rassuré qu'un doctorat en sciences humaines appliquées me conviendrait, car il donne la liberté de construire mon projet de recherche à l'intersection de plusieurs disciplines.

*.....car celles qui sont en principe les mieux placées pour
briser ce cercle en sont les premières victimes. Les
femmes sont pauvres parce qu'elles sont ignorantes et
ignorantes parce qu'elles sont pauvres. Mais, on le sait,
au-dessus et au-delà du savoir et de l'avoir, il y a le
pouvoir. Quel pouvoir brisera ce cercle vicieux ? (...)*

Professeur Joseph Ki-Zerbo (1922-2006)
Historien et homme politique burkinabè

**PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE EN
AFRIQUE/ÉTATS DES CONNAISSANCES ET PRÉSENTATION DE LA
RECHERCHE.**

CHAPITRE 1 INTRODUCTION

La protection sociale (PS), qui a longtemps été considérée comme trop coûteuse, a retrouvé une place de choix dans les politiques de développement des pays du sud depuis les années 2000 (Polet, 2014a). Adesina (2011) considère ce changement comme un nouveau paradigme de développement. En 2009, l'Organisation des Nations unies, à travers l'initiative socle de protection sociale, avait invité les pays à mettre en place des systèmes de protection sociale ou à renforcer ceux déjà existants (BIT, 2010; Cichon, Behrendt et Wodsak, 2011). Les Objectifs de développement durable (ODD), adoptés en 2015, montrent également l'engagement des pays à « mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles » pour réduire et prévenir la pauvreté (ODD 1.3)(OIT, 2017, p. v).

Le concept de protection sociale est utilisé par différents auteurs pour désigner ou décrire diverses situations, et de façon interchangeable avec plusieurs autres concepts qui seront présentés en détail au chapitre 3. Mais, retenons que les politiques et programmes de protection sociale visent à réduire la pauvreté et à atténuer la fragilité des individus face au chômage, à l'exclusion sociale, à la maladie, au handicap et au vieillissement, en les aidant à faire face à ces risques lorsqu'ils surviennent (Merrien, 2013). Ils sont de nature contributive (assurance sociale) ou non contributive (transferts sociaux) avec pour but ultime de réduire les risques et la vulnérabilité socio-économique qui sont compris comme les principales causes de la pauvreté (Conway, de Haan et Norton, 2000; Holzmann, Sherburne-Benz et Tesliuc, 2003).

En Afrique, les systèmes de protection sociale se caractérisent par une faible couverture, une disparité régionale et surtout une forte hétérogénéité d'acteurs et de types de prestations (OIT, 2017; Temin, 2008). En 2010, on identifiait environ 123 types de programmes de transferts sociaux dans 34 pays du continent, et seulement 20 % de la population bénéficiait d'une prestation de protection sociale de l'État (Banque mondiale 2012b). En 2015, 17,8 % de la population était couverte par au moins une prestation de protection sociale allant de 48 % en Afrique du Sud à moins de 10 % dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest (OIT, 2017).

De façon globale, 75 % des Africains subsahariens n'ont accès à aucune forme de protection sociale, malgré son importance dans le discours sur les politiques de développement (Banque

mondiale 2012b; Devereux, Roelen et Ulrichs, 2015). Les pays ont engagé des réformes pour améliorer la protection sociale (Merrien, 2013). Certains ont fait des progrès rapides dans l'adoption des politiques, tandis que d'autres ont du mal à parvenir à un consensus sur leurs contenus (Niño-Zarazúa, Barrientos, Hickey et Hulme, 2012). La divergence de pratique et de perspective entre les multiples organisations internationales, très présentes dans le secteur de la protection sociale, a souvent porté atteinte à la cohérence des politiques (financement fragmenté de projets pilotes centrés sur les filets sociaux) (Niño-Zarazúa, Barrientos, Hulme et Hickey, 2010).

En réponse à cette incohérence, l'UNICEF a promu des approches intégrées afin de renforcer l'ancrage institutionnel et l'appropriation des politiques par les gouvernements (UNICEF, 2012). Un consensus se dégage sur la nécessité d'abandonner les approches fragmentées des projets pilotes à court terme, et de résoudre le problème du manque de coordination entre les entités gouvernementales, entre les systèmes nationaux d'assistance sociale et d'assurance sociale pour aboutir à un système harmonisé et plus efficace (Devereux et al., 2015; UNICEF, 2012). Dans cette optique, des pays ont fait le choix d'une approche systémique par l'élaboration de stratégie ou de politiques de protection sociale (PNPS). Ces politiques de protection sociale de type PNPS définissent une vision nationale à long terme, les priorités de protection sociale, les objectifs à atteindre et les stratégies de mise en œuvre (Pino et Confalonieri, 2014). Elles soutiennent l'idée selon laquelle la protection, en tant que garantie sociale fournie par l'État, rend ce dernier redevable aux citoyens, renforce le contrat social entre les deux, et rend légitime les priorités politiques en faveur des pauvres (Davies et McGregor, 2009). Cependant, d'autres ont montré une réticence à l'égard des approches systémiques pour des raisons de capacités financières et institutionnelles limitées, des intérêts politiques, mais aussi par la peur qu'une vision universelle de l'accès à la protection sociale pourrait engendrer une dépendance des pauvres vis-à-vis de l'État, renforcer la « culture de la pauvreté », conduire à la déresponsabilisation des pauvres (Andrews, Das, Elder, Ovadiya et Zampaglione, 2012; Cherrier, 2014; Devereux et al., 2015; Merrien, 2013).

Depuis 2009, le gouvernement du Burkina Faso s'est engagé dans un processus visant l'amélioration de la protection sociale en mettant en place divers types de politique : une PNPS adoptée en 2012 et plusieurs autres politiques sectorielles de protection sociale (assurance

maladie universelle, programmes d'exemptions du paiement des services de santé et d'éducation). Améliorer la protection sociale nécessite d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques qui prennent en compte les besoins multidimensionnels des personnes (santé, éducation, alimentaire, logement, revenu minimum). Voilà pourquoi il est indispensable de mener des recherches pour comprendre les processus de réalisations de ces politiques afin de soutenir cette action intersectorielle (Ridde, Béland et Lacouture, 2016). C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente thèse : comprendre les processus de réalisation des politiques de protection sociale au Burkina Faso.

1.1 La pertinence d'analyser les processus d'élaboration des politiques de protection sociale

L'analyse des politiques « is the study of who made what policy decisions, when, why and how, and with what consequences. These chains of decision-making generally unfold overlong periods of time, and are influenced by many factors. » (Gilson, Orgill et Shroff, 2018, p. 10). Réfléchir à toutes les étapes du processus d'élaboration des politiques contribue à produire des connaissances utiles pour améliorer le contenu des politiques et accroît notre compréhension du monde qui nous entoure (Gilson et al., 2018; Gilson et Raphaely, 2008; Ridde et al., 2016).

Chaque étape du processus politique (émergence, formulation et mise en œuvre) implique divers acteurs et soulève différents défis. Les acteurs peuvent être pris entre des logiques contradictoires ou difficiles à concilier, du fait de leurs différences de perceptions sur le problème à résoudre et des solutions en perspectives (Pelletier et al., 2012). Or, leurs perceptions sur les causes, les conséquences et les personnes concernées par un problème déterminent les solutions et les stratégies de mise en œuvre. Ne pas tenir compte de ces divergences de logiques touchant un problème donné peut influencer le choix des solutions à ce problème et conduire à l'échec de sa mise en œuvre. Il est donc important de comprendre les motivations en amont de la formulation d'une politique. Ainsi, connaître les facteurs et la rationalité qui ont fait émerger une politique contribue à identifier les conditions favorables et défavorables pour sa mise en œuvre, les pièges et les obstacles à contourner.

De même, l'analyse de l'étape de la formulation s'avère également pertinente pour mieux comprendre la mise en œuvre et les effets des politiques. Les lacunes de formulation peuvent influencer la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs d'une politique (Howlett, 2014). En effet, c'est à cette étape que s'effectue le raisonnement sur la relation entre le problème et les solutions ou les possibilités d'actions, que le choix et l'adoption des solutions relatives à une situation problématique sont faits (Berlan, Buse, Shiffman et Tanaka, 2014). La « phase de formulation de l'action publique est logiquement antérieure (ou concomitante) à celle de la mise en œuvre, les modalités d'exécution et la nature des résultats sont directement liées à la qualité de la formulation de celle-ci » (Varone, 1998, p. 18). Son analyse permet de comprendre comment et pourquoi les possibilités de mise en œuvre ont été conçues, et permet éventuellement d'envisager des reformulations afin de réduire les possibilités d'échecs dans la mise en œuvre (Howlett, 2011a).

Par ailleurs, la mise en œuvre a lieu dans un contexte donné et implique l'action de plusieurs acteurs (individuels et institutionnels) qui ont des logiques différentes de celles de la politique et des intervenants (Ridde et Olivier de Sardan, 2017). Par exemple, la fidélité, c'est-à-dire le respect des actions et stratégies planifiées, ne garantit pas nécessairement l'efficacité d'une intervention ou d'une politique (Hasson, 2010; Pérez et al., 2010; Pérez, Van der Stuyft, del Carmen Zabala, Castro et Lefèvre, 2015). L'analyse de la mise en œuvre d'une politique permet d'appréhender les interactions entre cette dernière, le contexte et les acteurs (intervenants et bénéficiaires); elle constitue un avantage certain dans la compréhension et l'explication des effets.

L'élaboration des politiques de protection sociale en Afrique subsaharienne pose un nombre de problèmes importants et soulève des questions complexes sur leur raison d'être et le choix des contenus (Merrien, 2013). Pour être efficaces, ces politiques doivent s'inspirer des bonnes pratiques au niveau international tout en restant ancrées dans le contexte propre à chaque pays (Merrien, 2013). Cela implique l'utilisation des connaissances sur ce qui fonctionne, ou peut fonctionner, dans le contexte local de mise en œuvre de la politique. Ainsi, le choix du contenu des politiques doit considérer, dans la limite des connaissances scientifiques disponibles, les contraintes de mise en œuvre de certains instruments politiques de protection sociale et les structures de gouvernance en vigueur (Howlett, 2009, 2011a, 2014). L'utilisation des

connaissances issues de la recherche pour éclairer la prise de décision peut améliorer les pratiques et les politiques (Dagenais, 2006; Lavis, Posada, Haines et Osei, 2004), favoriser des économies de coûts, mais aussi contribuer à sauver des vies (Court et Young, 2003; Garner, Kale, Dickson, Dans et Salinas, 1998; Volmink, Siegfried, Robertson et Gülmezoglu, 2004). Ainsi, comprendre les processus par lesquels les connaissances scientifiques éclairent l'élaboration des politiques contribue à mettre en place des politiques adaptées aux besoins des populations.

1.2 Faible attention accordée aux processus d'élaboration des politiques de protection sociale en Afrique

Peu d'études empiriques abordent les processus d'élaboration des PNPS en Afrique subsaharienne. La plupart des recherches ont été commanditées par les bailleurs de fonds — donc associées au risque de promouvoir une vision particulière —, sont focalisées sur les programmes de filets sociaux et traitent majoritairement de leur mise en œuvre et de leur efficacité, soulevant parfois des débats sur la formulation, mais sans études approfondies (Devereux et White, 2010; Garcia, Moore et Moore, 2012; Holmes et Lwanga-Ntale, 2012; Monchuk, 2014). En effet, elles traitent des aspects techniques tels que la mesure de l'impact des programmes de transferts sociaux, les systèmes de ciblage des bénéficiaires (comment cibler de façon précise et rentable). Elles accordent une faible attention aux processus politiques locaux, aux rôles des acteurs locaux et ne permettent pas de comprendre pourquoi certains pays accordent plus d'importance à la protection sociale que d'autres (Cherrier, 2016; Devereux et al., 2015; Hickey, Lavers, Niño-Zarazúa et Seekings, 2018).

Comparativement à certaines régions, la recherche sur la protection sociale en Afrique de l'Ouest sahélienne, principalement francophone, s'est davantage concentrée sur la protection sociale en santé¹ (Holmes et Lwanga-Ntale, 2012). Très peu ont concerné les initiatives de transferts sociaux ou les politiques globales de type PNPS, puisque leurs adoptions sont très récentes (Cherrier, 2016; Pino et Confalonieri, 2014). Les quelques recherches au Burkina Faso

¹ Mutuelle et assurance sociale communautaire et les politiques exonérations de frais d'utilisation.

(Akresh, De Walque et Kazianga, 2012, 2013) abordent l'efficacité d'un projet pilote de transfert monétaire financé par la Banque mondiale. À notre connaissance, aucune recherche n'a encore porté sur la PNPS.

De plus, la plupart des études empiriques sur l'analyse des politiques de protection sociale restent descriptives, manquent de rigueur, d'analyse empirique approfondie et d'ancrage théorique (Gilson et Raphaely, 2008; Hutchinson et al., 2011). Les conclusions des études² sur les processus des politiques de protection sociale en Afrique sont souvent laconiques (Adesina, 2011; Lavigne Delville, 2017; Midgley, 2013). En effet, une majorité décrit ce qui s'est passé et non ce qui explique ce qui s'est passé (Gilson et Raphaely, 2008).

Les chercheurs n'abordent pas assez les déterminants du choix des solutions et utilisent rarement les théories de l'analyse des politiques pour orienter leurs réflexions afin d'approfondir leurs compréhensions et permettre des explications (Berlan et al., 2014; Gilson et Raphaely, 2008). Cette faible compréhension des processus politiques limite l'action pour des systèmes nationaux coordonnés et cohérents (Devereux et al., 2015). De récentes études ont recommandé que l'analyse des processus d'élaboration des politiques soit un sujet de recherche prioritaire dans la recherche sur la protection sociale (Cherrier, 2014, 2016; De Haan, 2014; Hickey, 2008; Niño-Zarazúa et al., 2012). Ces propos l'illustrent parfaitement :

« We need a better understanding of political processes. There is much on this in Latin America around this, but very little in Africa or South Asia. This is an important gap. It is?? a challenge : unless you can work out the politics you will not be able to get effective programs on the ground » (Devereux et al., 2015, p. 28).

Améliorer la compréhension des processus nationaux des politiques de protection sociale est essentiel puisque les accords internationaux, les orientations régionales et les conventions des Nations Unies peuvent placer la protection sociale au premier plan des débats politiques, mais la décision finale relève du niveau national (Devereux et al., 2015).

² Réalisée par des chercheurs indépendants, mais en majorité par des consultants payés par des organismes ou des ONG internationales, donc associées au risque de promouvoir une vision particulière.

1.3 Présentation de la thèse

La thèse ambitionne de participer à la production de connaissance sur l'élaboration des politiques de protection sociale en Afrique, en mettant l'accent sur un processus national à travers l'analyse de deux cas : la PNPS 2012 et le programme pilote de protection sociale en santé pour les personnes les plus démunies. Par cette thèse, nous souhaitons mettre en exergues les logiques qui soutiennent la mise en forme de ces deux politiques, le cheminement de la connaissance scientifique dans la mise en forme de la PNPS et analyser la mise en œuvre du programme pilote.

La thèse est composée de 14 chapitres qui s'articulent autour de deux parties. La première partie regroupe 7 chapitres (figure1).

Le premier introduit la problématique de l'analyse des politiques de protection sociale en Afrique tandis que le deuxième dessine le portrait historique et actuel de la protection sociale en Afrique et au Burkina Faso. Les troisièmes et quatrièmes chapitres traitent respectivement des fondements théoriques et conceptuels de la protection sociale et de l'état des lieux de la recherche sur les politiques de protection sociale en Afrique. Les cinquièmes, sixièmes et septièmes chapitres abordent successivement les objectifs et questions de recherche, le cadre d'analyse et la démarche méthodologique.

La deuxième partie présente les résultats de la thèse sous forme de cinq articles scientifiques (chapitres 8 à 12), la discussion et la conclusion générale (chapitres 13 et 14). Les trois premiers articles scientifiques concernent les résultats de l'analyse de la PNPS. Le premier (chapitre 8) intitulé : « Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso : contexte d'émergence et stratégies des acteurs », aborde les processus par lesquels les acteurs et le contexte ont contribué à la décision de formuler une PNPS. Le second article (chapitre 9) intitulé : « De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale : un cas de *non design* au Burkina Faso » montre que les logiques contradictoires, la faible capacité des acteurs locaux et la faible implication des décideurs de haut niveau entravent la formulation de politique adaptée aux besoins des populations. Le troisième article (chapitre 10) intitulé « Comment la connaissance a éclairé le processus politique ? Le cas de la politique nationale de protection

sociale du Burkina Faso » décrit le cheminement des différents types de connaissances dans le processus de mise en forme de la PNPS, puis met en exergue le rôle des acteurs, leurs stratégies ainsi que les défis. Les deux derniers articles, qui portent sur l'analyse du programme pilote en faveur des personnes les plus démunies, montrent comment les lacunes dans le processus de mise en forme (chapitre 11) ont contribué à un déficit de mise en œuvre (chapitre 12). Le chapitre 13, consacré à la discussion générale, présente une synthèse des principaux résultats, les apports empiriques et théoriques ainsi que les apprentissages méthodologiques. Le chapitre 14, à travers une conclusion générale, présente les perspectives de recherche et les pistes d'actions.

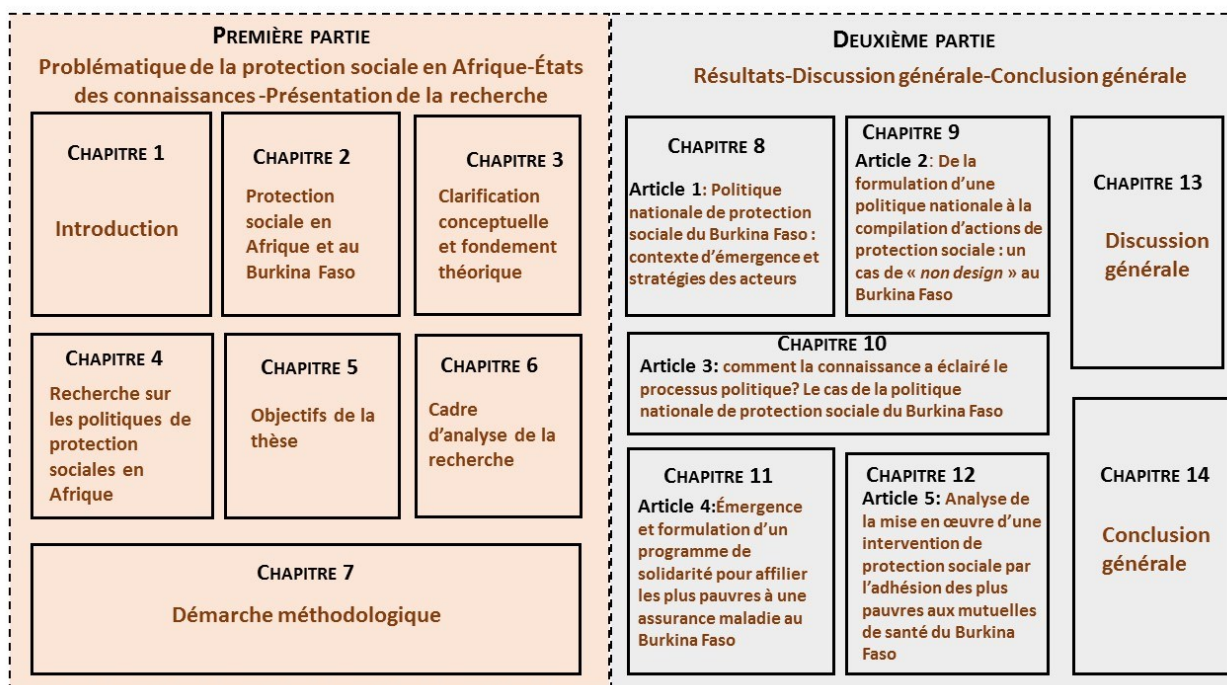


Figure 1. Présentation de la thèse.

CHAPITRE 2 LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE ET AU BURKINA FASO

La protection sociale institutionnalisée a été introduite en Afrique subsaharienne par le colonisateur sous la forme de fonds de prévoyance qui couvre les employés de la Fonction publique (Oudin, 1995). Les nouveaux États postcoloniaux se sont fortement inspirés des modèles sociaux des anciennes métropoles (France et Angleterre) (Devereux, 2013). Un accent était mis sur les responsabilités des patrons face aux accidents du travail et une adaptation des systèmes contributifs à la participation des travailleurs du secteur informel (côté anglophone) et l'inclusion d'éléments de politique familiale (côté francophone)(Polet, 2014b).

Un dispositif de sécurité sociale a été mis en place par l'administration coloniale avant 1950 pour la protection de ses salariés indigènes de l'Afrique-Occidentale Française³ (AOF) (Le Crom et al., 2017; Sissoko, Badini, Ouédraogo et Traoré, 1999). Ce dispositif a été maintenu puis étendu aux travailleurs du secteur privé formel et à une catégorie de travailleurs indépendants. La majeure partie de la population, rurale ou du secteur informel, n'est pas prise en charge et demeure sous l'aile protectrice des solidarités traditionnelles familiales (Aye, Champagne, Fournier et Rivard, 2001).

De façon générale jusqu'à la fin des années 1970, les systèmes de protection sociale étaient fortement basés sur la sécurité sociale au profit des travailleurs du secteur formel. On supposait que la croissance économique produirait peu à peu une augmentation du niveau de vie des populations (y compris les pauvres), qui entreraient progressivement dans le secteur formel (Lautier, 2006)

³ Code du travail des colonies d'outre-mer (Lafond et Michollin, 1954)

2.1 Des politiques d'ajustement structurel au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Au début des années 1980, sous l'influence des crises économiques, des idées « néolibérales », de la libéralisation économique, de l'hyper endettement des pays du sud, de la marginalisation relative de l'Organisation des Nations unies (ONU) et de l'Organisation internationale du travail (OIT), les politiques de protection sociale ont été jugées comme un obstacle au développement de l'économie de marché (Barrientos et Hulme, 2009; Merrien, 2013). Les plans d'ajustements structurels (PAS) imposés aux États africains comme une solution à la crise ont contribué à effriter la protection sociale (Hulme et Shepherd, 2003). La Banque mondiale dénonçait les régimes de protection sociale des travailleurs comme économiquement néfastes et socialement injustes. Elle estimait que des pays endettés en situation de déficit budgétaire n'ont pas les moyens de « faire du social », car il s'agira de « fonds perdus » (Polet, 2014a).

Les PAS étaient fondés sur les principes du « consensus de Washington »⁴ avec pour objectif de réduire la dette des pays, puis favoriser une relance économique qui conduira au développement social et à la réduction de la pauvreté (Cling, Razafindrakoto et Roubaud, 2002). Cette vision conçoit que c'est le jeu des marchés du travail qui fournira un bien-être matériel à chacun, et non pas le maintien de systèmes de sécurité sociale. Les réformes des PAS ont mené à un désinvestissement des États du secteur social, détruit ou réduit au minimum les mécanismes de protection institutionnelle qui ont été remplacés par des formes de prévoyance individuelle à travers des assurances privées (Polet, 2014a). Les pauvres devaient compter sur la compassion des organisations caritatives et la sécurité sociale informelle (solidarité familiale, de voisinage).

⁴: John Williamson, économiste de l'Institute of international Economics à Washington, a regroupé une série de mesures néolibérales destinées à stabiliser les économies des pays d'Amérique latine sous le nom de « consensus de Washington » (Abraham-Frois et Desaignes, 2003)

À partir de 1997, l'ampleur des effets sociaux des PAS⁵ a suscité des critiques et la mise en cause de la conception néolibérale du développement (Barrientos et Hulme, 2008; Polet, 2014a). En effet, la négligence des mesures de protection sociale avait rendu les pays émergents asiatiques⁶ (auparavant considéré comme des réussites de développement) vulnérables à la suite de la crise économique en 2008 (De Haan, 2011; Polet, 2014a). La conséquence a été une augmentation rapide de la pauvreté et l'adoption de mécanismes d'adaptation par les ménages qui ont contribué à ralentir la croissance économique (Norton, Conway et Foster, 2002).

En Afrique subsaharienne, les PAS ont renforcé la vulnérabilité des populations, basculé plusieurs ménages dans la pauvreté chronique, réduisant leur accès aux services de santé et d'éducation (Hulme et Shepherd, 2003; Ridde, 2007). En réponse, les PAS ont été remplacés par des documents de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) qui ont introduit des volets sociaux (Barrientos et Hulme, 2008; De Haan, 2011).

Les DSRP intègrent des politiques et des programmes macroéconomiques et sociaux à mettre à œuvre pour promouvoir la croissance économique et réduire la pauvreté. Contrairement aux PAS plus centrés sur les ajustements structurels, les DSRP visent théoriquement la lutte contre la pauvreté. Cependant, l'absence de considération des liens entre la croissance économique, la pauvreté et les inégalités demeurent leur principale faiblesse⁷ (Cling et al., 2002). De plus, la protection sociale dans les DSRP était sous une forme minimale. C'était des programmes de « filets de sécurité sociale » soumis à des calculs de coût-bénéfice, ciblant principalement les vraiment pauvres (« *truly poors* »)⁸ (Banque mondiale, 1990).

⁵ « Les politiques d'ajustements ont des coûts transitionnels et ont détérioré la situation des pauvres. Le maintien prioritaire du niveau nutritionnel s'est traduit par une baisse des dépenses de santé et d'éducation ; on note depuis 1984-1985 une hausse du chômage une hausse de la mortalité infantile, une forte baisse de la nutrition' selon l'étude de l'UNICEF (Cornia, Jolly et Stewart 1987) la protection de l'enfance s'est dégradée depuis le début des années 80. » (Hugon, 1991, p. 19)

⁶ La Corée du Sud, l'Indonésie et la Thaïlande

⁷ « Il n'existe aucun doute sur le fait que plus de croissance économique se traduit par plus de réduction de la pauvreté. Mais quelle est l'élasticité correspondante ? ». (Bourguignon, 2003, p. 1)

⁸ Ces « vrais pauvres » sont les personnes « durablement incapables de participer à la croissance (personnes âgées, infirmes) » et les personnes « temporairement en danger lorsque les choses tournent mal » (Banque mondiale, 1990).

2.2 Des filets de sécurité sociale à l'Initiative sociale de protection sociale

L'intérêt pour les programmes et politiques de protection sociale a commencé entre 1990 et 2000 avec l'inscription des filets de sécurité sociale comme une réponse humanitaire à la crise économique et aux conséquences des PAS en Amérique latine, en Afrique et en Asie du Sud-est (Barrientos, 2010).

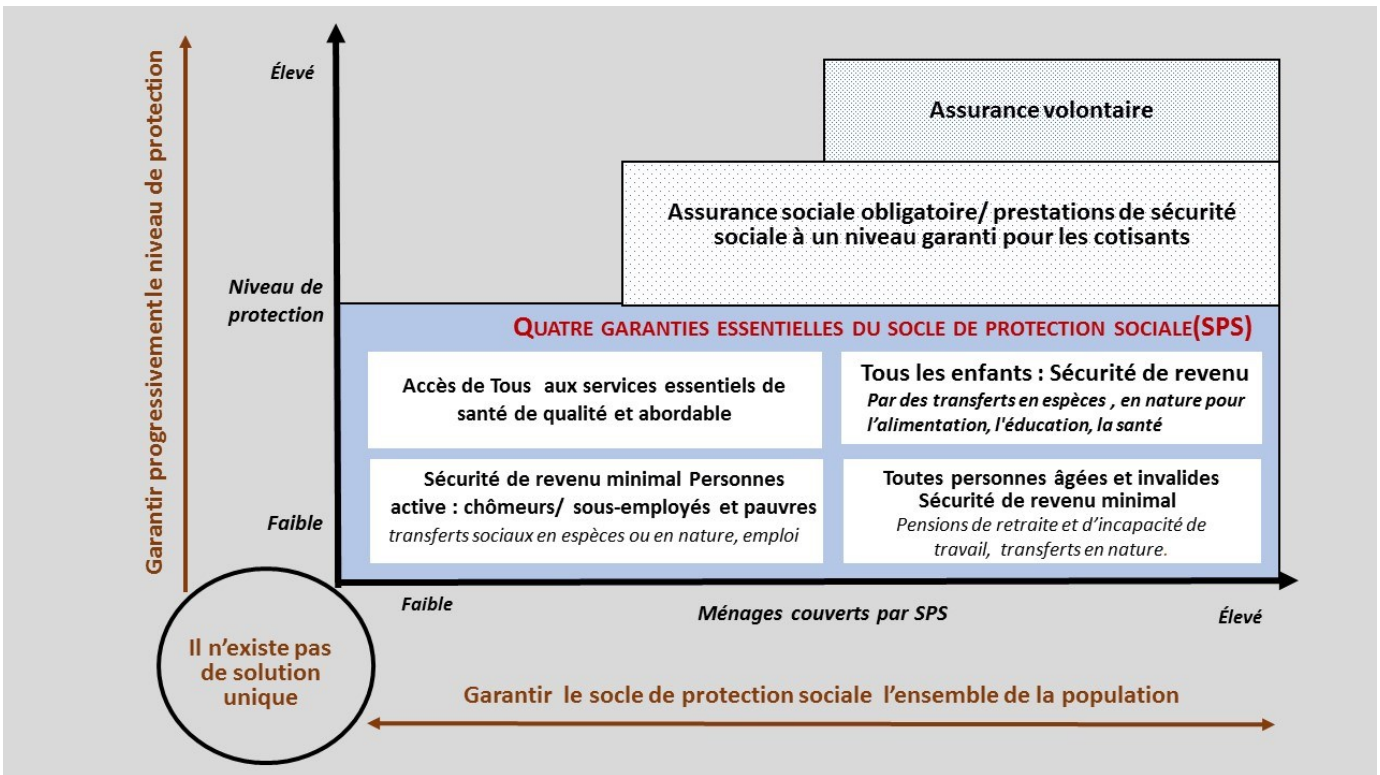
D'abord sous la forme d'aide d'urgence à court terme, puis par la reconnaissance de la nécessité d'une protection des personnes pauvres et vulnérables au-delà des contextes d'urgence particulièrement par les donateurs bilatéraux et organismes internationaux (Devereux, McGregor et Sabates-Wheeler, 2011; Devereux et al., 2015; Devereux et Sabates-Wheeler, 2007). S'opposant à l'idée initiale selon laquelle les filets de sécurité sociale sont inabordables, les pays d'Amérique latine ont mis en place des programmes gouvernementaux non contributifs considérés comme progressistes (Andrews et al., 2012; Merrien, 2013; Polet, 2014a). Les programmes de transfert monétaire conditionnel, par exemple *Bolsa Familia* au Brésil (2003) ou *Progresa* au Mexique (1997), s'éloignent de la philosophie des filets de sécurité de la Banque Mondiale. Elles s'adressent à l'ensemble des familles sous un certain revenu, auxquelles une allocation est fournie dans la durée, à la condition qu'elles respectent une liste d'obligations touchant la santé et l'éducation (Polet, 2014b; Rocha, 2011). Les régimes de pension, par exemple le « *Benefício de Prestação Continuo* » brésilien garantit une allocation indexée sur le salaire minimum aux personnes handicapées et/ou âgées en dessous d'un certain revenu (Polet, 2014a). Aussi, plusieurs pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Lesotho) ont mis en place des pensions non contributives qui ont permis d'atteindre des taux de couverture vieillesse de plus de 80 % (Pelham, 2007; Polet, 2014b). Les programmes pour améliorer l'accès des populations pauvres aux soins de santé prennent plusieurs formes : des programmes non contributifs ciblant une catégorie de la population ou certaines pathologies, les systèmes d'assurance santé communautaires (Ridde, 2012a; Ridde et Morestin, 2011).

Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de 2000 ont orienté l'attention des organisations internationales et des gouvernements sur l'ampleur des besoins des pauvres non couverts pour les régimes de sécurité sociale (De Haan, 2014). De même, la crise financière et économique mondiale de 2008-2009 ainsi que les résultats positifs des programmes

progressistes d'Amérique latine sur la pauvreté et le développement humain ont été des arguments pour la mise en place des politiques de protection sociale afin de lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité (De Haan, 2014; Devereux et al., 2015; ILO, 2014a).

À partir de 2009, un consensus international s'est établi pour des approches systématiques, institutionnalisées et coordonnées de la protection sociale à travers l'initiative des Nations Unies socle de protection sociale (BIT, 2011). En avril 2009, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) a lancé neuf initiatives d'urgence pour aider les pays en développement à atténuer l'impact de la crise économique de 2008 (CCS, 2009b; Deacon et Stubbs, 2013). L'initiative Socle de protection sociale (SPS) s'inscrivait dans ce programme d'unité d'action avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme agence responsable (Cichon, 2013). Cette initiative a invité les pays à mettre en place, ou à renforcer, leur système de protection sociale en tant que droit humain internationalement reconnu (BIT, 2012d). Elle visait à aider les pays à planifier et mettre en œuvre durablement des mécanismes de transferts sociaux et des services sociaux essentiels.

Chaque pays devait réfléchir à mettre en œuvre un paquet minimum de quatre garanties essentielles (figure 2). Les États, la société civile et tous les acteurs concernés devaient réfléchir, dans le cadre d'un dialogue structurel, ce que ce paquet minimal peut comporter. Il ne s'agit pas d'une solution unique, mais plutôt d'un ensemble flexible de garanties qui contribuent au respect des droits de l'homme (CCS, 2009a). Cette nouvelle orientation internationale devait guider les pays pour la mise en place de politique de protection sociale globale et nationale c'est-à-dire un socle de protection sociale en dessous duquel personne ne devrait tomber (Cichon et al., 2011). Une coalition mondiale des agences onusiennes a été mise en place pour la promotion et la mise en œuvre de ce nouveau paradigme de développement social (Cichon et al., 2011).



Source : adapté de l'escalier de la sécurité sociale de BIT (2012c); ILO 2011.

Figure 2. Escalier du socle de la protection sociale

2.3 Promotion de la protection sociale en Afrique.

Les agences onusiennes ont commencé à faire la promotion de la protection sociale dans les pays du sud à travers leurs agences régionales et nationales. La Commission des Nations unies pour le développement social a adopté une résolution en 2010 pour inciter l'OIT à renforcer ses stratégies de protection sociale par l'assistance aux pays dans l'élaboration de SPS (CCS, 2009a, 2009b; Cichon et al., 2011).

En Afrique, des réunions de haut niveau avaient déjà eu lieu en signe précurseur d'une nouvelle orientation continentale pour renforcer le rôle de l'État dans les politiques sociales. Dès 2004, à Ouagadougou (Burkina Faso), suite au sommet de l'Assemblée des chefs d'État de l'Union africaine (UA), les pays s'étaient engagés à travers une déclaration et un Plan d'action de

Ouagadougou à améliorer les conditions de vie des personnes vulnérables. Cela devrait être opérationnalisé par l'amélioration des services de protection sociale, notamment des régimes de retraite, des services de santé accessibles et d'autres régimes de sécurité sociale (African Union, 2009).

En 2005, la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique a recommandé les transferts sociaux en espèce comme moyen de lutter contre la pauvreté (Merrien, 2013). En 2006, des conférences régionales intergouvernementales sur la protection sociale ont eu lieu à Livingston en Zambie et à Yaoundé au Cameroun. Les résultats de ces rencontres ont été l'appel à l'action de Livingstone ou « *the Livingstone Call for Action* » et la Déclaration de Yaoundé qui ont invité les gouvernements à inclure les programmes de protection sociale dans leurs plans de développement nationaux et budgétaires (OIT, 2010; Union African, 2006). Puis, trois réunions régionales, couvrant les cinq régions de l'UA, ont eu lieu en 2008 sur le thème d'investir dans la protection sociale en Afrique. Les recommandations de toutes ces réunions en faveur de l'investissement des États en matière de protection sociale ont été adoptées lors de la première session de la conférence des ministres responsable du développement social de l'UA tenue en Namibie en octobre 2008 et approuvée par le 14^e Conseil Exécutif de l'UA et la 12^e Assemblée des chefs d'État et de gouvernement en janvier 2009 (African Union, 2009).

Des colloques ont été organisés pour accélérer les initiatives déjà entamées par l'Union africaine et les gouvernements. Le premier colloque africain sur le travail décent, organisé en décembre 2009 par l'OIT, a permis de préciser les défis continentaux en matière de socle de protection sociale. Le deuxième colloque africain sur le travail décent, consacré à la manière de construire un socle de protection sociale avec le pacte mondial pour l'emploi, a eu lieu en octobre 2010. Une déclaration sur la mise en œuvre du SPS en Afrique fut adoptée (BIT, 2010). Cette déclaration a légitimé les séries de déclarations des décideurs africains au cours des réunions précédentes.

La protection sociale est de plus en plus reconnue par les gouvernements d'Afrique subsaharienne. La plupart des pays mettent en œuvre des programmes de protection sociale (Banque mondiale 2012b). Les dépenses moyennes de protection sociale (y compris pour la santé) sur l'ensemble du continent sont passées de 2,7 % en 1990 à 5,2 % du produit intérieur brut (PIB) en 2010/2011 (ILO, 2014b). On constate une hétérogénéité de système et de

programme de protection sociale avec des niveaux d'investissement variable. La couverture est minime dans les pays à faible revenu où l'assistance sociale est la forme la plus prédominante. Dans ces pays, l'appropriation nationale et l'institutionnalisation sont limitées, puisque les programmes d'assistance sociale sont majoritairement financés à travers des projets pilotes d'acteurs extérieurs ciblant les personnes les plus pauvres et vulnérables (Devereux, 2013). En revanche, les pays d'Afrique australe aux revenus intermédiaires comme l'Afrique du Sud, le Botswana et la Namibie ont des systèmes de protection sociale mieux établis incluant des régimes d'assurance sociale, mais limités au secteur formel (De Haan, 2014; Devereux et al., 2015; Plagerson et Patel, 2017).

2.4 La protection sociale au Burkina Faso

La trajectoire de la protection sociale au Burkina Faso est similaire à celle des pays d'Afrique de l'Ouest francophones. L'arrêté colonial n° 1029/ITLS-HV du 06 décembre 1955 a créé un régime de sécurité sociale qui concernait uniquement les prestations familiales. En 1959, la loi n° 3-59/ACL du 30 janvier 1959 fait prendre en compte les risques professionnels et la branche des pensions a été instituée par la loi n° 78-60/AN du 10 août 1960. Les allocataires sont exclusivement des fonctionnaires de l'administration publique coloniale, excluant les travailleurs indépendants et le reste de la population. La Haute-Volta⁹ indépendante a maintenu ce dispositif sans étendre véritablement la couverture, et l'éventail des prestations. La loi 13/72/AN du 28 décembre 1972 portant sur le Code de sécurité sociale lui consacre l'appellation « Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ». En 1994, la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) est mise en place par la loi 47/94/ADP du 29 novembre.

⁹ Ancien nom du Burkina Faso, avant 1984

2.4.1 Le système de protection sociale au moment de l'adoption de la PNPS en 2012.

En 2012, le système de protection sociale était composé de deux régimes publics d'assurance sociale administrée par la CNSS et la CARFO ; des mutuelles sociales et des assurances privées ; de l'assistance sociale par le canal des transferts sociaux et la solidarité familiale.

2.4.1.1 Le régime public d'assurance sociale

Le régime public d'assurance sociale (Tableau I) est destiné aux salariés du secteur privé et parapublic (administré par la CNSS) et aux agents de la Fonction publique et des collectivités territoriales (administré par la CARFO).

Tableau I. Régime public d'assurance sociale en 2012

Type	Régime des salariés du secteur privé et parapublic	Régime des agents de la fonction publique et des collectivités territoriales
Disposition légale	- La loi n° 015-2006/AN du 11 mai 2006 portant sur le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso	- Loi n° 47/94/ADP du 29 novembre 1994 - Loi n° 022-2006/AN du 16 novembre 2006 - Décret n° 2007-576/PRÈS/PM/MEF/MFPRE du 25 septembre 2007
Administrateur	- CNSS	- CARFO
Bénéficiaires	- Salariés du secteur privé et parapublic - Apprentis, élèves des établissements d'enseignement technique (obligatoire) - Travailleurs indépendants, professions libérales, de l'économie informelle (à titre volontaire)	- Fonctionnaires, - Militaires - Magistrats - Travailleurs des collectivités territoriales
Branche de Prestations	- Allocations familiales et de maternité - Réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles - Prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès - Service d'une action sanitaire et sociale.	- Allocations familiales - Prestations relatives à la prévention et réparation des risques professionnels - Les prestations de vieillesse, d'invalidité

Source : tableau réalisé par l'auteur (2018) sur la base d'information collectée sur les sites internet de la CARFO et de la CNSS

2.4.1.2 Mutuelles sociales de santé et assurances privées

La mutuelle sociale au Burkina Faso est une organisation communautaire mise en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin. Les mutuelles de santé sont des mutuelles sociales mises en place pour répondre au besoin de couverture sanitaire de population. Elles

sont « des associations à but non lucratif, basées sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui adhèrent de façon libre et volontaire. » (BIT, 2002, p. 20). Sa fonction primaire est de garantir aux membres à jour de leurs cotisations une prise en charge de leurs dépenses de santé conformément aux textes régissant le fonctionnement de la mutuelle.

Dans la perspective d'améliorer la protection sociale en santé à travers la Couverture universelle en Santé (CSU), le Burkina Faso a engagé, en 2008, une réflexion pour la mise en place d'une assurance maladie universelle (AMU)¹⁰ (Agier, Ly, Kadio, Kouanda et Ridde, 2016; Zett et Bationo, 2011). Le projet de mise en place de l'AMU en 2012 ainsi que la politique nationale de protection sociale adoptée en 2012, affichaient la volonté d'utiliser les mutuelles de santé comme une passerelle pour la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel et agricole et des populations à faible revenu (PNPS, 2012). Par ailleurs, quelques compagnies d'assurance privée à but lucratif, réservées aux plus nantis, participent à la couverture sociale de la population par des offres de prestations d'assurance maladie, assurance décès, assurances accidents et d'invalidité.

2.4.1.3 L'assistance sociale et la solidarité familiale.

L'assistance sociale consiste à effectuer des transferts sociaux en nature ou en espèce vers des personnes démunies ou victimes de catastrophe naturelle, ou à mettre en place des mesures de subvention ou d'exemption des frais d'utilisation de certains services pour une catégorie de personnes. Elles sont mises en œuvre par des organismes caritatifs, des ONG, des organismes internationaux ou par l'État.

En décembre 2009, on dénombrait une dizaine de programmes d'assistance sociale : des ventes de céréale à prix réduit ; des distributions de produits ou de coupons alimentaires ; des distributions de produits alimentaires contre du travail ; des cantines scolaires ; des subventions généralisées de prix d'hydrocarbure ; des exemptions de paiement des frais de santé (Banque mondiale, 2010; Savadogo, 2010). Un seul programme de transfert monétaire (Akresh et al.,

¹⁰ Adopté en 2015 par la loi n° 060-2015 CNT du 15 septembre 2015 portant régime d'assurance maladie universelle

2012, 2013) existait en 2010 et mise en œuvre par la Banque mondiale. Les subventions des soins obstétricaux néonataux, les cantines scolaires, les subventions universelles des produits pétroliers étaient les principaux programmes de transferts sociaux institutionnalisés et financés par le gouvernement (Banque mondiale, 2010; Dembele, 2010; MEF, 2010).

La plupart des programmes de transferts sociaux sont mis en œuvre par des ONG à échelle réduite et à durée limitée. On peut citer entre autres : le programme de distribution de nourriture ou de coupons alimentaires (Croix-Rouge et le Catholique Relief Services), le programme d'appui nutritionnel aux enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes et allaitantes (Save the Children, HELP, Terre des hommes, Croix rouge, Médecins sans frontière, Action contre la faim), les programmes de construction et d'entretien de piste rurale mis en œuvre par Helvetas pour transférer de l'argent ou de la nourriture aux communautés rurales travaillant sur les chantiers.

La solidarité et l'entraide familiale contribuent également à la protection sociale des personnes qui disposent d'un réseau social capable de leur venir en aide. Cette protection sociale, qui s'appuie sur le soutien social au sein des familles, se limite aux relations entre parents et enfants et entre époux et est souvent réduite au minimum vital (Roth, 2010). Aussi, le principe de réciprocité dans les relations de solidarité sociale, particulièrement dans les communautés rurales, contribue à isoler ceux qui sont incapables d'observer ce principe (Kadio, 2013).

Avant 2012, le Burkina Faso ne disposait pas d'un cadre national de référence pour orienter les actions dans le domaine de la protection sociale. Afin de mettre en œuvre le volet social des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP1 et 2), les départements ministériels ont élaboré des stratégies visant à prendre en compte la protection sociale (Tableau II). Cependant, l'absence d'un cadre d'orientation national a conduit à l'élaboration de plusieurs politiques sectorielles qui se chevauchent avec peu de synergies opérationnelles.

Tableau II. Politiques et stratégies sectorielles de protection sociale 2000-2009.

Ministère	Stratégies
Ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale (MASSN)	La politique nationale d'action sociale (2007) - Promouvoir le bien-être social des populations en général, des individus, des familles et des groupes vulnérables, et la réduction des inégalités sociales
	La Charte nationale de solidarité (2009) - Mise en œuvre de la solidarité en Société
	Cadre stratégique de prise en charge des Orphelins et Enfants vulnérables (OEV) (2004-2013) - Réduire le risque de vulnérabilité - Réduire l'impact de la vulnérabilité
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS)	Politique nationale du travail (2008) - Promouvoir un environnement juridique et institutionnel de travail favorable au travail décent - Promouvoir le dialogue social, la protection sociale - Renforcer la prévention des risques professionnels - Promouvoir la sécurité et santé au travail des groupes vulnérables
Ministère de l'Agriculture	Stratégie nationale de sécurité alimentaire (2001) - Réduire de 50 % le nombre de personnes souffrant de faim et de malnutrition à l'horizon de 2010
	Plan d'urgence pour la réalisation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Burkina Faso (juin 2008)¹¹ - Résoudre les problèmes de pénurie due à la crise alimentaire en ciblant des actions à court terme
Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA).	Plan décennal de l'éducation de base (PDDEB) 2001-2010. - Cantines scolaires - Abolition des frais de scolarité au primaire dans les écoles publiques et la distribution de manuels scolaires
Ministère de la Santé	Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2001-2010) - Accroître la couverture sanitaire nationale et améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé - Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé
Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi	La politique nationale de l'emploi (2008) - Accroître les opportunités d'emplois décents afin de contribuer à la lutte contre la pauvreté - Améliorer les capacités humaines, et encourager l'installation d'entreprises de transformation agricole - Promotion des activités de Haute Intensité de Main d'Œuvre (HIMO)
	Politique nationale de jeunesse (2008) - Améliorer les conditions de vie et assurer la protection des jeunes

Source : Réalisé par l'auteur (2018) sur la base de la revue de la littérature grise (Dembele, 2010; Savadogo, 2010)

¹¹ À la faveur de la hausse des prix des produits agricoles¹¹ et la pénurie observée sur le marché mondial en 2007-2008

2.4.2 Très faible couverture de la population par la protection sociale

Les deux régimes d'assurance sociale ne sont accessibles qu'à une minorité de la population, puisque la majorité des travailleurs burkinabè sont actifs dans l'économie informelle. Elles concernent les salariés des secteurs public et privé modernes et leur famille, soit environ 7 % de la population (INSD, 2009). En 2010, 80,9 % des travailleurs de plus de 15 ans évoluaient dans le domaine d'activité agricole (INSD, 2013). Les travailleurs du secteur informel n'ont aucune assurance sociale en cas de maladie ou d'accident de travail. En situation de mauvaises récoltes, les paysans ne peuvent compter que sur la solidarité familiale.

Depuis 2006, la CNSS propose une couverture à titre volontaire pour les travailleurs indépendants des professions libérales et de l'économie informelle, cependant associée à des contraintes. En effet, « le revenu mensuel devant servir de base au calcul des cotisations et à celui des prestations ne peut être inférieur au Salaire Minimum interprofessionnel garanti (SMIG) ou supérieur au plafond en vigueur ».¹² Considérant que la moitié des travailleurs ruraux vivent en dessous du seuil (INSD et ICF, 2012), on comprend aisément la portée pratique de cette loi.

En 2008, la majorité des assurées volontaires relevaient plus de la catégorie des professions libérales (avocats, notaires, huissiers de justices, médecins, pharmaciens, architectes, experts-comptables) que celle des travailleurs indépendants du secteur agro-sylvo-pastoral et des acteurs de l'économie informelle (Ilboudo, 2011). En 2005, 94,6 % des hommes et 98,6 % des femmes de 15 à 64 ans avaient déclaré n'avoir reçu aucune assurance sociale (Tableau III). Une enquête du BIT sur la sécurité sociale en 2009 rapporte que seulement 3,7 % de la population active âgée de 15 ans ou plus ont contribué au régime d'assurance sociale et seulement 2,3 % de la population âgée de 55 ans ou plus ont reçu une pension retraite (BIT, 2013).

¹² . Article 12 de l'arrêté n° 2008-002/MTSS/SG/DGPS portant sur les modalités d'affiliation, de liquidation et de paiement des prestations au titre de l'assurance volontaire.

Tableau III. Population âgée de 15 à 64 ans selon le type de sécurité sociale reçu en 2005

Types de sécurité sociale	Masculin	Féminin
Aucun	94,6	98,6
CARFO	3,0	1,2
CNSS	3,0	1,2
Assurance	0,2	0,0
CARFO et Assurance	0,1	0,1
CNSS et Assurance	0,2	0,1
Total	100,0	100,0

Source : (INSD, 2009)

En 2008, 50 % du budget social de l'État était consacré à la santé, 27 % aux dépenses de sécurité sociale et 23 % aux dépenses d'assistance et d'action sociales. Ce budget social est fortement tributaire de l'aide extérieure. Il était financé à 36 % par les fonds publics (incluant les appuis budgétaires extérieurs), à 36 % par l'aide internationale, à 28 % par les ressources de la CNSS et de la CARFO et de façon très marginale par les collectivités locales (0,03 %)(BIT, 2012b).

Bien que la moitié du budget social soit affecté à la santé, les prestations ne couvrent pas le risque de maladie non professionnelle. Le paiement direct au point de service est le moyen principal lorsque l'on souhaite utiliser les services de santé. La réflexion pour la mise en place de l'AMU avait prévu d'utiliser les mutuelles de santé comme un canal pour couvrir les travailleurs du secteur informel, agro et sylvo-pastoral. Or, la mutuelle ne touche qu'une faible portion de la population. Comme dans la majorité des pays de l'Afrique de l'Ouest francophones, elles ne sont pas professionnelles, et sont à petite échelle, avec une adhésion volontaire, sans soutien gouvernemental ni disposition spécifique pour les pauvres, donc ont tendance à favoriser les groupes les moins pauvres (Ridde et al., 2018).

Cependant, plusieurs études ont également montré que l'adhésion aux mutuelles de santé améliore l'accès aux soins des adhérents (Chankova, Sulzbach et Diop, 2008; Gnawali et al., 2009; Sparrow, Alemu et Bedi, 2013) et assure leur protection financière (Haddad, Ridde, Yacoubou, Mák et Gbetié, 2012; Spaan et al., 2012). Mais, les mutuelles restent inaccessibles à ceux qui n'ont pas la capacité financière de payer les frais d'adhésion et le co-paiement et les coûts indirects (De Allegri, Sanon et Sauerborn, 2006; Onwujekwe et al., 2009; Sparrow et al., 2013).

En 2011, on comptait environ 181 mutuelles au Burkina Faso, couvrant environ 260 000 bénéficiaires, soit une couverture nationale de 0,01 % de la population (Zett et Bationo, 2011). De plus, les prestations dépassent rarement le paquet minimum de services disponibles dans les formations sanitaires du premier niveau, de sorte que suite à un gros risque (hospitalisation ou intervention chirurgicale), le ménage peut basculer dans la pauvreté.

Les transferts sociaux qui ciblent les populations les plus pauvres et les plus vulnérables ne sont pas réguliers, limités dans le temps, principalement en période d'urgence humanitaire. Ces transferts sociaux et les mutuelles de santé ne touchent que 18 % de la population alors que le taux de pauvreté est proche de 43 % (BIT, 2012a).

Ainsi, pour la majeure partie de la population rurale et du secteur informel, les personnes démunies ou indigentes ne sont pas couvertes et demeurent sous l'aile protectrice des solidarités traditionnelles qui s'effritent de plus en plus (Kadio, 2013; Ridde, Kadio, Ducandas et Kafando, 2011). Cette faible couverture est aussi liée au manque de cadre de référence pour mieux orienter et cadrer l'action publique en matière de protection sociale.

CHAPITRE 3 CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET FONDEMENT THÉORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE.

La protection sociale est un concept aux contours flous souvent utilisé par différents auteurs pour désigner ou décrire diverses situations. Elle est aussi utilisée de façon interchangeable avec plusieurs autres concepts. Le présent chapitre explicite les nuances et présente les définitions soutenues par différents types d'acteurs ainsi que les fondements théoriques de la protection sociale.

3.1 Sécurité sociale et protection sociale

Le domaine de la protection sociale regorge de plusieurs concepts souvent utilisés comme des synonymes : politique/programme de protection sociale, sécurité sociale, assurance sociale, assistance sociale, filets sociaux.

Le concept de sécurité sociale apparaît le plus souvent dans la littérature sur les politiques sociales, dans laquelle les systèmes de protection sociale ont été analysés sous l'angle de dispositifs légaux de sécurité sociale (Midgley, 2013). Les interprétations conceptuelles et normatives font référence au type d'État social, en soulignant l'importance d'intégrer les politiques économiques et sociales (Mkandawire, 2004).

La sécurité sociale est associée à un dispositif mis en place par la législation ou une disposition obligatoire visant à fournir aux citoyens un certain degré de sécurité lorsqu'ils sont confrontés aux risques de vieillesse, incapacité, invalidité, chômage ou enfants à charge (AISS, 2015). Basée sur l'assurance sociale (essentiellement financée par des cotisations versées par les travailleurs et les employeurs), la sécurité sociale a pour mandat de faciliter la répartition des revenus entre les populations, en mettant l'accent sur les travailleurs (Barrientos, 2010). Dans les pays du sud, ce dispositif légal couvre les fonctionnaires et les travailleurs du secteur formel puisque le taux des cotisations à verser pour financer des paniers de prestations complets est plus compatible avec la capacité contributive des travailleurs de l'économie formelle (AISS, 2015). Enfin, la sécurité sociale a mis l'accent sur le rôle de l'État en tant que prestataire

collectif, avec peu de référence à d'autres sources ou acteurs de prestations non statutaires (Patel, 2016; Plagerson et Patel, 2017).

Le concept de protection sociale en Afrique apparaît dans le champ interdisciplinaire des études sur le développement (Midgley, 2013) dans des publications faites par des chercheurs en développement social. Le concept s'est progressivement développé par la mise en œuvre d'initiatives novatrices axées sur le rôle des ménages et des communautés, des organisations à but non lucratif, vers une approche plus coordonnée. Ces initiatives s'adressent aux personnes en marge de la sécurité sociale, ceux incapables de contribuer à l'assurance sociale : les travailleurs de l'économie informelle, qui ont un revenu irrégulier et variable et les pauvres. Dans cette littérature, la protection sociale renvoie le plus souvent aux programmes d'assistance sociale ou de transferts sociaux ou de filet social financé par l'État, des ONG et des organismes internationaux. Ce sont des transferts réguliers et non contributifs aux populations pauvres ou vulnérables qui visent à soutenir leurs consommations et leurs accessibilités à certains services de base (éducation, santé) (Grosh, Del Ninno, Tesliuc et Ouerghi, 2008). Cette trajectoire du concept fait que l'expression « politique de protection sociale » est souvent employée pour désigner tous types de programmes de transferts sociaux (monétaires et non monétaires, subvention et exemption ciblée ou universelle) ainsi que les régimes de sécurité sociale ou l'assurance sociale (Cherrier, 2016).

Dans le cadre de la présente recherche, la politique de protection sociale (PNPS) est une orientation nationale qui intègre à la fois des instruments contributifs (assurance sociale) et non contributifs (transferts sociaux) dans la perspective de mise en place progressive d'un système national de protection sociale complet et cohérent.

Dans les prochains paragraphes, nous examinerons les définitions de la protection sociale.

3.2 Les définitions de la protection sociale

Comparativement aux pays du nord, la protection sociale dans les pays du sud implique les organisations internationales multilatérales et bilatérales et les organisations non

gouvernementales (ONG) internationales¹³ ainsi qu'une définition variable suivant les perspectives des acteurs.

Un rapport sur les orientations des bailleurs de fonds définit la protection sociale comme un cadre de politique décrivant des actions publiques prises en réponse à des niveaux de vulnérabilité, de risque et de dénuement¹⁴ qui sont considérés comme socialement inacceptables dans un système politique ou une société donnée (Conway et al., 2000).

La Banque mondiale définit la protection sociale comme des interventions publiques destinées à assister les individus, les ménages et les communautés pour une meilleure gestion des risques sociaux et pour apporter de l'aide aux plus démunis (Banque mondiale 2012c).

Le département pour le développement international de la Grande-Bretagne (DFID) la définit comme un sous-ensemble de mesures prises par les pouvoirs publics et mises en œuvre par les services de l'État ou des organismes privés, en vue de faire face aux risques, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique (Conway et al., 2000).

Pour le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la protection sociale correspond aux mesures adoptées par les pouvoirs publics dans le but de donner aux pauvres davantage de moyens de participer à la vie économique, sociale et politique de la communauté à laquelle ils appartiennent et de la collectivité en général, ainsi que d'y contribuer et d'en tirer avantage (Voipio, 2007).

L'Association des nations des États de l'Asie du Sud-est (ASEAN) soutient que

« La protection sociale renvoie plus à une réalité bien plus large que la sécurité sociale. La sécurité sociale est souvent exclusivement assimilée au régime contributif tandis que le terme de protection sociale renvoie non seulement à la sécurité sociale proprement dite, mais aussi aux différents modes de financement des programmes, lesquels peuvent être tantôt contributifs, tantôt non contributifs ». (Polet, 2014b, p. 40)

¹³ La Banque mondiale, la banque asiatique du développement, le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE dans le cadre de son Réseau sur la réduction de la pauvreté (POVNET), L'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) l'Organisation internationale du Travail (OIT) HelpAge international, UNICEF, le département pour le développement international de la Grande-Bretagne (DFID)

¹⁴ « Deprivation » en anglais : le manque de ressources pour maintenir l'alimentaire, le mode de vie, les activités et les commodités auxquelles les personnes sont habituées ou qui sont largement encouragés ou approuvés dans la société à laquelle elles appartiennent

L'Union africaine (UA) définit la protection sociale comme un ensemble d'actions coordonnées ou offertes pour permettre aux gens de se protéger contre les risques liés à la baisse des revenus :

« Social Protection as a "package" of policies and programs with the aim of reducing poverty and vulnerability of large segments of the population. This it does through a "mix" of policies/programs that promote efficient labour markets, reduce people's exposure to risks, and contribute to enhancing their capacity to protect and cover themselves against lack of or loss of adequate income, and basic social services » (African Union, 2009, p. 29)

Elle comprend des politiques et des programmes qui visent à réduire la pauvreté et à atténuer la fragilité des individus face au chômage, à l'exclusion sociale, à la maladie, au handicap et au vieillissement, en les aidant à faire face à ces risques lorsqu'ils surviennent (Merrien, 2013). La protection sociale ne doit pas seulement aider les populations à répondre à leurs besoins de base, mais doit aussi développer leur capacité d'échapper à la pauvreté et contribuer progressivement à leur bien-être (Babajanian et Hagen-Zanker, 2012).

Une recension des écrits, commanditée par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce australien, mentionne que « Social protection means different things to different people but is generally concerned with consumption smoothing, protection from risk and reducing poverty and vulnerability » (Nicholas et Rachel, 2014, p. 7). Les auteurs soutiennent que la protection sociale aide à protéger les pauvres de la faim et de la misère ; participe au développement humain et à la croissance économique à long terme (Nicholas et Rachel, 2014). En plus, elle contribue à réduire les inégalités, et à améliorer l'égalité des sexes.

Nous retenons de toutes ces définitions quatre principaux points. D'abord, la protection sociale relève de la responsabilité des pouvoirs publics (gouvernement des pays) qui orientent la vision par adoption des mesures et la mise en place de dispositifs. Ensuite, la mise en œuvre de ces mesures de protection sociale peut se faire par les services publics, les services privés et les organisations non gouvernementales. Par ailleurs, la protection sociale s'adresse en priorité aux personnes pauvres et vulnérables, sans exclure le reste de la population. Enfin, le but ultime de la protection sociale est de réduire les risques et la vulnérabilité économique qui sont les principales causes de la pauvreté.

De même, un consensus se dégage en faveur de la protection sociale perçue comme un outil privilégié pour réduire la pauvreté dans les pays du sud, sans pour autant conduire à une

perspective ou une vision commune sur les mécanismes par lesquels elle contribue à la réduction de la pauvreté et à la vulnérabilité. Une divergence de principe émerge de la littérature, en fonction des causes attribuées à la pauvreté et à la vulnérabilité et des perspectives d'action. Par exemple, les hypothèses qui sous-tendent les transferts monétaires conditionnels sont différentes de celles qui soutiennent les transferts monétaires inconditionnels ou l'assurance sociale et les assurances de santé communautaire. Plagerson et Ulriksen (2016) ont mentionné l'importance d'explicitier ces perspectives qui sous-tendent la protection sociale en vue de mieux comprendre les logiques des décideurs. Deux perspectives coexistent, chacune d'elle soutient un point de vue sur les processus de réalisation des résultats attendus de la protection sociale : quand et comment intervenir, qui obtient quoi (Hickey, 2014).

Les prochaines lignes présentent chacune des deux perspectives ainsi que leurs conceptualisations de la pauvreté et la protection sociale : la protection sociale comme la gestion des risques sociaux plus centrée sur le ciblage des personnes pauvres et vulnérables ; la protection sociale fondée sur les droits des personnes et le développement humain, une perspective plus universelle (Merrien, 2013).

3.3 Protection sociale comme gestion du risque social ou approche instrumentale pour le développement économique

Cette perspective de la protection sociale soutenue par la Banque mondiale à travers le cadre de gestion des risques sociaux¹⁵ (GRS) propose des politiques pour « aider les individus, les ménages et les communautés à une meilleure gestion des risques de revenu » (Holzmann et al., 2003, p. 4). L'accent mis sur le risque¹⁶ est fondé sur l'hypothèse que la vulnérabilité face aux risques est une contrainte importante pour le développement économique et humain, et que des actions visant à réduire les risques, ou à réduire leur conséquence sur le niveau de vie, sont essentielles pour la croissance économique et le développement. Le paragraphe ci-dessous

¹⁵ La Banque mondiale a créé en son sein un département « protection sociale et travail » qui reconceptualise la PS comme une « gestion du risque social » (GRS) (Holzmann et Jørgensen, 2000).

¹⁶ La notion de risque est définie de manière inclusive, c'est-à-dire qu'elle couvre les risques sociaux, économiques, politiques et environnementaux, et notamment les risques associés au marché du travail, tels que le chômage et le non-emploi

présente la pauvreté selon la vision de cette approche de la protection sociale qualifiée d'instrumentale et qui s'inspire de l'économie orthodoxe (Devereux et Sabates-Wheeler, 2007; Devereux et Solórzano, 2016).

3.3.1 Pauvreté monétaire, vulnérabilité.

Selon cette vision, la catégorie des pauvres regroupe les personnes qui ne peuvent pas, avec les ressources qu'elles possèdent, acquérir un panier de biens et de services qui est pourtant nécessaire à leur survie. Le manque ou l'insuffisance de ressource ou de revenu fait que les personnes sont dans l'impossibilité de satisfaire leurs besoins, de participer aux activités socio-économiques et au processus politique (Cobbinah, Black et Thwaites, 2013). Il s'agit d'une conceptualisation des pauvres comme un seul groupe homogène, dont le problème principal est d'avoir un faible revenu. La conséquence pour les décideurs et leurs conseillers serait de mettre en œuvre des politiques qui augmentent les revenus des pauvres. Les pauvres étant ceux qui ne sont pas intégrés dans l'économie de marché¹⁷ (Hulme et Shepherd, 2003).

Holzmann et al. (2003) présentent la vulnérabilité comme le risque en amont (risque qui peut être causé par un choc, une maladie ou une catastrophe), de voir un ménage actuellement non pauvre tomber en dessous du seuil de pauvreté, ou un ménage pauvre y rester ou devenir plus pauvre encore. La vulnérabilité est alors synonyme d'une forte probabilité de devenir pauvre ou plus pauvre dans une période « t » à venir. La vulnérabilité à la maladie est un problème particulier. En effet, elle est une cause de la pauvreté chronique dans de nombreuses parties du monde (Criel, Bâ, Kane, Noirhomme et Waelkens, 2010; ILO, 2014b; Su, Kouyaté et Flessa, 2006). Lorsque le principal soutien du revenu d'un ménage contracte une maladie chronique ou incurable, cela réduit les actifs des ménages et réduit ainsi le revenu. Pour combler les besoins de consommation minimum, ces ménages peuvent vendre des biens matériels et physiques, utiliser leur épargne, contracter des dettes, retirer les enfants de l'école pour les mettre sur le

¹⁷ Il s'agit d'une vision néolibérale de la pauvreté selon Hulme et Shepherd (2003) qui conduit à une focalisation excessive sur le rôle que les forces du marché peuvent jouer sur la réduction de la pauvreté. L'accent est mis sur le développement économique ou la « croissance économique » (augmentation de la production de biens et services) au détriment d'autres facteurs socioculturels tels que l'éducation, le logement, la santé et de l'habillement (Cobbinah et al., 2013).

marché du travail ou mobiliser le soutien de leur réseau social. Ce spiral de réduction des revenus, d'augmentation des dépenses et de liquidation des actifs plonge le ménage dans un état de pauvreté chronique, mais aussi bloque les possibilités d'améliorer leurs moyens de subsistance (Hulme et Shepherd, 2003). En somme, les gens peuvent devenir chroniquement pauvres en raison de choc successif qui n'est pas atténué par leurs propres efforts ou par l'action publique.

Partant d'une perception de la pauvreté comme une insuffisance ou manque de revenus (une forte conception économique et monétaire de la pauvreté), les promoteurs de cette vision estiment que les mesures de protection sociale doivent gérer les risques susceptibles de faire baisser la consommation des ménages.

3.3.2 Protection sociale pensée comme gestion du risque social

La gestion du risque social qui est orientée vers les pauvres s'appuie sur différents constats (Holzmann et al., 2003). D'abord, les pauvres sont les plus exposés aux risques divers qui sont naturels (tremblements de terre ou inondations), anthropiques (guerre ou inflation), sanitaires (maladies) ou politiques (discriminations). De plus, ils sont les moins bien outillés pour y faire face (par exemple par l'accès aux programmes publics de prestations sociales ou aux instruments du marché que sont les assurances). De ce fait, les pauvres sont les plus vulnérables de la société, car c'est sur leur bien-être que les chocs auront le plus d'impact.

Selon la nature du risque, il est possible d'envisager des stratégies diverses et différents types d'interventions de la gestion du risque. La gestion du risque peut intervenir à divers moments, à la fois avant et après qu'il se matérialise. La stratégie de GRS va au-delà de ce qui est considéré comme la protection sociale de la Banque mondiale de 1990 (une perspective minimaliste et « résiduelle » consistant à recourir au filet de sécurité en dernière instance) pour inclure des objectifs de stabilité macroéconomique et le développement du marché financier (Holzmann et al., 2003).

Elle repose sur trois piliers (Conway et al., 2000; Holzmann et al., 2003; Merrien, 2013) : d'abord la réduction des risques (*risk reduction*) pour prévenir la survenue du risque, pour accroître les revenus escomptés et réduire les fluctuations de revenu (des actions sur le marché

du travail par action). Ensuite, l'atténuation des risques (*risk mitigation*) qui consiste à s'attaquer au problème avant que le risque ne se matérialise. Elle vise à aider l'individu à réduire l'impact d'un risque à venir par la mise en commun des actifs des individus, en intégrant le facteur temps¹⁸. Enfin, renforcer la capacité à réagir aux risques (*risk coping*) pour limiter son impact une fois qu'il s'est matérialisé (l'instaurer des transferts sociaux ou des travaux publics).

L'approche de la gestion de risques se fonde sur l'absence de toute forme d'universalisme dans la fourniture de la protection sociale. Elle promeut une vision de la société dans laquelle les individus et les ménages poursuivent leurs moyens de subsistance grâce à la concurrence du marché. Ainsi, les travailleurs assurent leur protection à travers la prévoyance (assurance sociale), tandis que le reste de la population en marge du marché du travail est identifié sous conditions de ressource pour bénéficier des transferts sociaux qui leur permettent d'intégrer plus tard le marché (Monchuk, 2014).

3.4 Protection sociale fondée sur les droits et le développement humain

Cette approche préconise que la protection sociale en tant que droit et véhicule de la justice sociale. Cette réflexion s'inspire de la sociologie et de la politique ainsi que des études sur le développement, et affirme que la pauvreté est ancrée dans des contextes sociaux et politiques complexes qui créent des risques sociaux et économiques, qui interagissent et se renforcent mutuellement (Devereux et Solórzano, 2016). Il s'agit d'une approche qualifiée d'activiste ou de militante (Devereux et Solórzano, 2016) qui estime que la négligence des facteurs structurels dans l'approche précédente limite la compréhension de la pauvreté

3.4.1 Pauvreté structurelle émergente du contexte sociopolitique.

Malgré la reconnaissance que le revenu, la consommation et les actifs sont essentiels pour aider à vaincre la pauvreté et réduire les chocs de subsistance, Sabates-Wheeler et

¹⁸ Un ménage peut investir ses forces dans diverses entreprises dont les rendements seront étalés dans le temps (deux types de culture à récolte à des moments différents de l'année), ce qui réduit la volatilité des revenus du ménage. Une autre stratégie d'atténuation peut être, pour les ménages menacés de risques individuels, de mutualiser les risques par l'organisation de mécanismes formels et informels d'assurances.

Devereux (2007) soutiennent que la conceptualisation de la vulnérabilité est plus complexe qu'une emphase mise sur le revenu et les actifs des ménages. Le revenu ou les dépenses de consommation ne rendent pas compte d'aspects importants qui influencent la pauvreté : l'espérance de vie, l'alphabétisation, la liberté ou encore l'accès aux biens publics (services de santé, éducation) (Bisiaux, 2011). La pauvreté n'est pas une caractéristique individuelle, mais caractérise plutôt la situation dans laquelle des personnes ou des groupes de personnes se retrouvent un moment donné. Elle décrit un état dans lequel se retrouvent des individus ou les ménages qui présentent des déficits significatifs sur le plan du bien-être (Barrientos, 2010).

Ainsi, la pauvreté monétaire est un instrument largement réducteur pour mesurer l'ampleur et la complexité du phénomène. Elle ne tient pas compte de la condition physique de l'individu ou de ses accomplissements personnels (Sen, 2000). De même, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS soutient aussi que les forces structurelles dans les sociétés créent et perpétuent la pauvreté (CDSS, 2009).

La compréhension de la vulnérabilité et de la pauvreté doit aller au-delà du revenu pour appréhender la façon dont la vulnérabilité émerge dans un contexte donné :

« how did this space, or context, emerge? Whose interests were served in the creation of the space and whose interests are served in maintaining the status quo? A focus on space and time necessarily leads to contextual socio-political analyses of vulnerability » (Sabates-Wheeler et Waite, 2003).

Les contraintes rencontrées par les pauvres pour tirer parti d'opportunités économiques font partie des causes de la pauvreté (Barrientos, Hulme et Shepherd, 2005). En plus d'être un manque de revenu, elle est aussi une absence de capacité. Par exemple, un ménage, un individu ou une communauté est vulnérable s'il n'a pas la capacité de réaliser les ajustements nécessaires pour protéger son bien-être lorsqu'il est exposé à des situations défavorables (Sen, 2000). La capacité des ménages, des individus ou des communautés à faire face à la vulnérabilité dépend non seulement des ressources dont ils disposent initialement, mais aussi de l'accessibilité aux ressources et de leur aptitude à les utiliser efficacement pour obtenir un revenu, de quoi se nourrir ou d'autres choses essentielles.

Ainsi, les pauvres sont ceux qui ne possèdent pas ces capacités à être ou à faire (Sen, 2000). Cette perspective de la vulnérabilité structurelle liée au contexte social politique tient compte

de ce que possèdent les individus, mais aussi considère leur capacité, leur liberté à utiliser leurs biens pour choisir leur propre mode de vie. Les personnes dans la pauvreté sont privées de possibilités de développement humain de base telles que l'éducation, la santé, la dignité, la liberté, la participation sociopolitique et l'accès à des ressources (Sabates-Wheeler et Devereux, 2007; Sen, 2000). De cette conception de la pauvreté et de la vulnérabilité découle une conception de la protection sociale comme une réponse à la pauvreté et aux inégalités structurelles.

3.4.2 La protection sociale transformatrice (PST)

Le cadre de la « protection sociale transformatrice » (PST) développé par Sabates-Wheeler et Devereux (2007) est une réponse à la critique selon laquelle la GRS met l'accent sur les chocs de revenu plus que sur les déterminants des inégalités et la pauvreté structurelle.

Partant de la conceptualisation de la vulnérabilité comme émergente du contexte sociopolitique, la PST propose de concevoir une politique de protection sociale pour transformer ce contexte.

« It is instead a complex function of existing behaviour, reflected in livelihood profiles that themselves represent long-term or structural adaptation to predictable shocks and stresses; crisis response behaviour (such as the ability to rely on formal and informal insurance and networks in times of crisis); and external (policy) responses to a predicted and actual crisis. Provision of consumption, income and asset insurance is only a partial response to vulnerability. An expanded view of social protection must incorporate responses to both chronic and structural vulnerability ». (Sabates-Wheeler et Devereux, 2008, p. 125)

Les politiques de protection sociale doivent s'étendre au-delà des transferts sociaux puisque ces derniers réduisent la dépendance, sans pour autant permettre aux pauvres d'obtenir des moyens de subsistance durable. Ces transferts sociaux, surtout monétaires, offrent uniquement une « protection économique » en réponse à des risques économiques (Sabates-Wheeler et Devereux, 2007). Une approche transformatrice consiste à identifier et traiter les causes sociales ou structurelles de la pauvreté et de la vulnérabilité (Devereux et McGregor, 2014). Elle permet aux individus et aux groupes marginalisés de profiter de la croissance économique, de revendiquer leurs droits, de faire la promotion du changement social en s'attaquant aux causes structurelles de la privation (inégalités, le racisme, etc.) (Albrecht et Barrientos, 2012). La mise

en place de mesures appropriées pour modifier ou réglementer les comportements envers les groupes socialement vulnérables est indispensable.

La PST comprend quatre catégories d'instruments (Sabates-Wheeler et Devereux, 2008).

- Les instruments de protection (d'une privation) basés sur l'assistance sociale à l'endroit des plus pauvres et vulnérables : des allocations et des services offerts par l'état ou des organismes spécialisés d'aide aux personnes démunies.
- Des instruments de prévention (d'une privation probable) ou de sécurité sociale basée sur le principe d'assurance sociale et de solidarité : soins de santé, pensions, allocations en cas de grossesse, chômage, invalidité et maladie de longue durée, compensations pour des accidents de travail.
- Des instruments de promotion (des moyens de subsistance) pour permettre aux individus de développer leur capacité en investissant dans le capital humain : accès à l'éducation et à la formation continue, aux moyens de production (microcrédit, etc.).
- Des instruments de transformation (des conditions défavorables) qui visent à produire des changements sociaux. Ces instruments s'adressent aux causes structurelles des inégalités, de l'exclusion et incitent la société à les prévenir. Elles comprennent l'action collective pour les droits des travailleurs, des modifications du cadre réglementaire pour protéger les groupes vulnérables, les plaidoyers ciblés.

En somme, la PST définit un cadre d'action général qui favorise la croissance tournée vers les pauvres, l'émergence de systèmes de gouvernance fiables et sensibles aux logiques de développement fondées sur le principe de justice sociale et de réduction des inégalités. Cette vision cherche, non pas seulement à réduire la pauvreté, mais aussi à promouvoir l'égalité des chances et une véritable redistribution sociale et économique (Albrecht et Barrientos, 2012; Plagerson et Patel, 2017).

La PST s'étend au-delà de la GRS (axée sur l'accroissement de la consommation des pauvres à travers l'accroissement de leur revenu) pour prendre en compte l'aspect social, en vue de soutenir les citoyens à prétendre à la protection sociale de l'État comme un droit fondamental. Ainsi, la PST exige de restreindre puis de réduire la place des régimes d'assurances individuelles et « d'organiser des mécanismes de solidarité entre régimes contributifs et non contributifs, de

manière à ce que les prestations octroyées par ces derniers rejoignent en qualité et en quantité ce qu'offrent les premiers ». (Polet, 2014b, p. 20). Les quatre types d'instruments peuvent être mobilisés pour mettre en place un ensemble d'interventions nécessaires pour répondre de manières adéquates aux besoins de protection sociale des personnes et des communautés (Devereux et Sabates-Wheeler, 2004).

Le socle de protection sociale (SPS) de l'organisation internationale du travail (OUI) s'inscrit dans cette perspective. Le SPS qui est un ensemble intégré de politiques sociales visant à garantir la sécurité des revenus et l'accès aux services sociaux pour tous, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables et en protégeant et autonomisant les personnes tout au long de leur vie. Le niveau minimum de base de protection sociale répond à la pauvreté multidimensionnelle, tandis que le plancher supérieur intègre la réduction des inégalités (Plagerson et Ulriksen, 2016; Ulriksen, Plagerson et Hochfeld, 2016).

CHAPITRE 4 LA RECHERCHE SUR LES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALES EN AFRIQUE

La présente revue de la littérature sur la recherche concernant les politiques de protection sociale en Afrique se présente en deux sections. La première porte sur la recherche sur le processus d'élaboration des politiques de protection sociale et la deuxième aborde le rôle des connaissances explicites dans la mise en forme de ces politiques. Ces deux sections correspondent aux deux thèmes principaux de notre thèse.

4.1 La recherche sur l'élaboration des politiques de protection sociale

Cette section présente l'état des connaissances sur la mise en forme (émergence et formulation) et sur la mise œuvre des politiques de protection en Afrique.

4.1.1 Émergence des politiques de protection sociale

La mise à l'ordre du jour gouvernementale d'une politique, ou encore l'émergence, concerne la façon dont certaines questions parviennent à requérir une intervention des autorités publiques (Lemieux, 2002). Les recherches empiriques sur les processus politiques, les conditions et les facteurs favorisant l'émergence des politiques de protection sociale en Afrique sont faibles (Seddoh et Akor, 2012). « Much less has been said about how and why these schemes came off the ground in the first place. » (Cherrier, 2016, p. 12). Celles existantes ne concernent pas directement les PNPS, mais les programmes de transfert sociaux¹⁹ ou de protection sociale en santé pour la couverture sanitaire universelle.

Les recherches montrent que plusieurs facteurs ont contribué à l'émergence de ces politiques : les situations de crises sociales et politiques, la politique interne, l'engagement soutenu des individus et des institutions nationales, les idées (croyances, valeurs) et les intérêts des acteurs,

¹⁹ Ces transferts non contributifs (nouritures, argents, intrants agricoles, manuels scolaires, exemptions de paiements) aux populations pauvres ou vulnérables pour soutenir leurs consommations et leurs accessibilités à certains services de base (éducation, santé) (Grosh et al., 2008)

les élections politiques, la construction de preuves, l'influence des organismes bilatéraux les organisations et les ONG internationales (Béland et Orenstein, 2013; Cherrier, 2016; Devereux, 2010; Foli et Béland, 2014b; Hickey, 2008, 2009; Kusi-Ampofo, Church, Conteh et Heinmiller, 2014; Lavers et Hickey, 2015; Olivier de Sardan et Ridde, 2014a).

Une étude empirique de douze cas montre que l'émergence des programmes de transferts sociaux résulte d'interactions complexes entre groupes d'acteurs internationaux et nationaux ayant différents points de vue sur la protection sociale et sur la responsabilité financière (Cherrier, 2016). Dans certaines régions d'Afrique (centre, est, et ouest), les organisations bilatérales et multilatérales, et les ONG internationales ont exercé une influence significative sur l'émergence des transferts sociaux (Cherrier, 2014; Lavers et Hickey, 2016; Niño-Zarazúa et al., 2010). Le Ghana est l'un des premiers pays d'Afrique de l'Ouest à adopter un programme de transfert social (*Ghana's Livelihoods Empowerment Against Poverty*) sous une forte influence des bailleurs de fonds (Sultan et Schrofer, 2008). La société civile semble avoir joué un rôle minime dans la mise en place des programmes de transferts sociaux monétaires en Afrique, car les personnes âgées, les pauvres et les vulnérables ne constituent pas des groupes de pression politiquement actifs (Hickey et al., 2006).

Cependant, les gouvernements nationaux disposent de marge de manœuvre puisqu'ils sélectionnent souvent les problèmes à résoudre et les stratégies en prenant en considération les préférences de leur base électorale (Merrien, 2014). En Zambie et en Tanzanie, le passage à l'échelle des projets pilotes de transfert monétaire a été long et difficile en raison de la résistance des gouvernements à assumer une responsabilité financière (Pruce et Hickey, 2017; Ulriksen, 2016). Les programmes de filets sociaux (pension sociale et d'allocation familiale) ont émergé en Afrique du Sud pour répondre aux inégalités post-apartheid, dans un processus politique conduit par des élites nationales (Niño-Zarazúa et al., 2010). L'exemple sud-africain a inspiré des programmes similaires à ceux du Botswana, de la Namibie, du Lesotho et du Swaziland (Devereux et Cipryk, 2009a).

Les gouvernements ont contribué à mettre à l'ordre du jour la protection sociale en santé, souvent contre l'avis des bailleurs de fonds (Olivier de Sardan et Ridde, 2014a). Malgré le scepticisme des bailleurs de fonds sur la faisabilité du « *Ghana's National Health Insurance Scheme (NHIS)* », le gouvernement et les fonctionnaires constitués en un groupe d'élite ont eu

une forte influence sur sa mise à l'ordre et le contenu de la politique (Kusi-Ampofo et al., 2014; Seddoh et Akor, 2012). L'émergence du NHIS a été possible en partie grâce à l'élection d'un nouveau gouvernement qui avait un programme de réforme de la santé et à l'action de la société civile (Agyepong et Adjei, 2008; Kusi-Ampofo et al., 2014; Wireko et Béland, 2017). L'engagement des responsables politiques (ministre de la Santé et le président) en Éthiopie et au Rwanda ont contribué à la prise de décision de formuler un régime d'assurance maladie (Lavers, 2016). D'autres études empiriques ont montré que le faible engagement des gouvernements ainsi que les idées reçues ont été des obstacles à l'émergence de politiques de protection sociale en santé en Afrique (Gilson et al., 2000; Olivier de Sardan et Ridde, 2014b; Onoka, Hanson et Hanefeld, 2014; Ridde, 2006a).

4.1.2 Formulation des politiques de protection sociale

Définie comme la zone entre la mise à l'ordre du jour et la mise en œuvre d'une politique, la formulation des politiques reste à bien des égards un « chaînon manquant » dans les études politiques (Howlett, 2009) particulièrement en Afrique (Berlan et al., 2014; Lavigne Delville, 2017). C'est un processus qui consiste à choisir des moyens à mettre en œuvre pour résoudre un problème, afin d'atteindre un objectif de changement et prend place dans un contexte donné, avec l'implication d'acteurs qui sont des institutions ou des praticiens (Howlett, 2011a).

Les recherches empiriques montrent que les organisations et institutions financières internationales ont influencé la mise en place des transferts sociaux, sans mettre l'accent sur les processus qui ont conduit aux choix des contenus (Awortwi et Aiyede, 2017; Cherrier, 2016; Gliszczynski, 2013; Lavers et Hickey, 2015). Globalement, les politiques nationales de protection sociale intègrent des types de transferts sociaux promus par ces organismes internationaux et les acteurs nationaux ont souvent du mal à trouver un consensus sur les détails des contenus (Awortwi et Aiyede, 2017; Foli, 2016; Niño-Zarazúa et al., 2012).

Même si la majorité de ses transferts sociaux ont été conçus par les organismes internationaux, il arrive que les gouvernements décident des contenus contre l'avis de ces derniers (Olivier de Sardan et Ridde, 2014b; Wireko et Béland, 2017). Ils ont souvent refusé des réformes de transferts sociaux approuvées et soutenues par les bailleurs de fonds (Hickey et al., 2018). En Zambie et en Tanzanie, les gouvernements ont longtemps résisté à la pression des acteurs

internationaux qui poussaient pour l'investissement de fonds nationaux dans les transferts monétaires non conditionnels, et pour leur intégration dans des stratégies globales de protection sociale (Pruce et Hickey, 2017; Ulriksen, 2016). La viabilité financière, le risque de compromettre la productivité et la croissance économique, l'argument de la dépendance et d'une paresse des pauvres ou l'idée de la « culture de la pauvreté » et de la déresponsabilisation des populations justifient souvent la préférence des gouvernements pour les programmes de transferts conditionnels, pour l'assurance sociale, la subvention de la production paysanne, la subvention des engrais, la gratuité des semences, la sélection des pauvres, et ce à travers des méthodes de mesures des revenus (Barrientos et Villa, 2015; Lavers, 2016; Seekings, 2017).

De plus, la protection sociale est perçue comme une ressource dont la distribution est soumise à la concurrence et à la négociation, et aux compromis des gouvernants (Hickey et al., 2018). Les attentes de ces derniers en matière de gain politique (stabilité et cohésion sociale) (Hickey, 2011; Mkandawire, 2004) influencent le choix des stratégies à inscrire dans une politique globale de protection sociale : type de stratégie, allocation des ressources et le type de bénéficiaires (jeunes sans-emploi, agriculteurs, enfants, personne démunies) (Awortwi et Aiyede, 2017; Barrientos et Pellissery, 2012; Pellissery, 2014).

Hulme, Hanlon et Barrientos (2014) soutiennent que contrairement à l'assistance sociale de type transfert monétaire, qui est perçue comme un luxe pouvant engendrer la dépendance chez les pauvres, les gouvernements ont tendance à considérer un meilleur accès aux intrants agricoles comme un investissement dans la production, la sécurité alimentaire et la croissance économique.

4.1.3 Mise en œuvre de programme de protection sociale en santé

La protection sociale en santé consiste à permettre à tous les résidents d'un pays d'avoir accès à des services de santé de qualité en fonction de leurs besoins et sans s'exposer aux risques d'appauvrissement (Evans, Snooks, Howson et Davies, 2013). En d'autres termes, elle vise à permettre progressivement une couverture universelle en santé (CSU) par une combinaison de plusieurs stratégies (Lagomarsino, Garabrant, Adyas, Muga et Otoo, 2012; OMS, 2010; Reich et al., 2016). En Afrique, on distingue principalement des politiques de protection sociale en santé basées sur l'assistance sociale et celles basées sur l'assurance sociale.

Les politiques fondées sur l'assurance sociale consistent à mettre en place des régimes d'assurance maladie, principalement basés sur la mutuelle de santé²⁰ afin de prendre en compte la majorité de la population (secteur informel et agricole). (Agyepong et al., 2016; Boidin, 2014; Fadlallah et al., 2018; Kelley, Sieleunou, Gashubije et Hounye, 2014; Lavers, 2016; Letourmy, 2008; Ridde, Belaid, Samb et Faye, 2014).

Certaines assurances sociales basées sur les mutuelles de santé ont intégré des composantes permettant d'inclure les personnes incapables de payer les primes d'adhésion et les co-paiements. Des difficultés de mise en œuvre réduisent l'efficacité de ces initiatives d'exemptions visant l'inclusion des très pauvres : la difficulté d'identification des pauvres dans un contexte de pauvreté généralisée, le manque d'informations à l'endroit des bénéficiaires sur ces initiatives, les coûts indirects de l'utilisation des services, le conflit d'intérêts des prestataires de soins et des gestionnaires des mutuelles de santé, la divergence de compréhension sur l'opérationnalisation de l'exemption, l'éloignement des formations sanitaires (Dong, De Allegri, Gnawali, Souares et Sauerborn, 2009; Jehu-Appiah et al., 2011; Kanchebe Derbile et van der Geest, 2012; Mladovsky, 2014; Parmar, De Allegri, Savadogo et Sauerborn, 2014; Parmar, Williams, et al., 2014).

Les politiques fondées sur l'assistance sociale concernent les exemptions pour certaines prestations (accouchement, césarienne), pour certaines pathologies (VIH/Sida, Tuberculose), pour des catégories de populations (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, personnes âgées) (Kelley et al., 2014; Ridde et al., 2014). Des études empiriques au Burkina Faso montrent que ces politiques ont souvent été mises en œuvre avec une adhésion limitée aux plans initiaux (Belaid et Ridde, 2014; Ridde et al., 2015; Ridde et al., 2014; Samb et Ridde, 2018; Witter et al., 2016). Des coûts qui devraient être couverts par les politiques (transport du centre de santé périphérique à l'hôpital, les médicaments, les tests de laboratoire, les frais de consultations) sont supportés par les ménages et sont des sources d'exclusion (Belaid et Ridde, 2014; Ganaba et al., 2016; Illou, Haddad, Agier et Ridde, 2015). La politique nationale d'exemption totale du

²⁰ Une « mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et à l'endroit de celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux » (BIT, 2003).

paiement pour les femmes très démunies n'a pas été mise en œuvre (Ridde et al., 2014). Plusieurs autres défaillances ont perturbé la mise en œuvre de ces politiques : le manque de communication à l'endroit des communautés, l'absence de clarté sur certaines composantes, les mauvais comportements et attitudes des prestataires de soins (Belaid et Ridde, 2014; Meessen et al., 2011; Ridde, Kouanda, et al., 2011; Ridde, Richard, Bicaba, Queuille et Conombo, 2011).

4.2 Les connaissances explicites dans la mise en forme des politiques de protection sociale

La majorité des travaux sur l'utilisation des connaissances scientifiques (concept défini à la prochaine section) dans la prise de décision politique repose principalement sur des enquêtes de perceptions des chercheurs et des décideurs avec une minorité d'études de cas approfondies (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman et Thomas, 2014).

Les études sont descriptives et n'analysent pas en profondeur les facteurs qui favorisent l'utilisation des connaissances scientifiques et obstacles à celle-ci, d'où le peu d'information sur : quand, pourquoi et comment les facteurs favorables et les obstacles entrent en jeu dans l'élaboration des politiques (Oliver et al., 2014; Parkhurst, 2017).

Cette situation est encore plus prononcée en Afrique, où les attitudes des décideurs quant à l'utilisation de la connaissance scientifique pendant les processus d'élaboration des politiques sont peu explorées (Mbachu et al., 2016; Nabyonga-Orem et Mijumbi, 2015; Nabyonga-Orem et al., 2014a). Les études se focalisent sur les points de vue des chercheurs et des décideurs (Uneke, Sombie, et al., 2017a, 2017b; Uneke, Sombie, Keita, Lokossou, Johnson, Ongolo-Zogo, et al., 2017) et sur l'analyse des stratégies de transfert de connaissances (Dagenais, Queuille et Ridde, 2013; Dagenais, Somé, Boileau-Falardeau, McSween-Cadieux et Ridde, 2015; Mc Sween-Cadieux, Dagenais, Somé et Ridde, 2017; Ridde et Dagenais, 2017; Zida, Lavis, Sewankambo, Kouyate et Ouedraogo, 2018). Pourtant, une meilleure connaissance des facteurs et des circonstances favorisant l'utilisation de la connaissance scientifique pourrait contribuer à la mise en place de politiques plus adaptées au contexte (Parkhurst, 2017).

Les sections ci-dessous présenteront respectivement ce que nous entendons par « connaissance scientifique », le type d'utilisation de la connaissance, et les facteurs d'influence de l'utilisation de la connaissance pour éclairer la mise en forme des politiques de protection sociale en Afrique.

4.2.1 Définition des concepts

Une revue systématique de la littérature sur « *use of evidence by policymakers* » montre « a lack of clarity about how ‘evidence’ is defined by studies, with fewer than half specifying what kinds of information were discussed » (Oliver et al., 2014, p. 9). Néanmoins, le concept de « *evidence* », souvent traduit en français pour connaissances scientifiques ou données probantes inclut les connaissances d’experts, les recherches publiées, les résultats de la modélisation économique et statistique, les résultats des consultations des parties prenantes et les évaluations de politiques précédentes (Nutley, Davies et Walter, 2002). Ce concept peut être aussi défini comme des informations à la fois formelles et informelles²¹ qui sont utilisées pour étayer une conclusion, pour soutenir la validité d’une hypothèse ou une proposition (Marston et Watts, 2003; Mbachu et al., 2016; Newman, Capillo, Famurewa, Nath et Siyanbola, 2013).

De façon générale, les travaux théoriques et empiriques existants sur l’élaboration de politiques basées sur les « *evidence* » ont mis l’accent, implicitement ou explicitement, sur l’utilisation des connaissances issues de recherches universitaires examinées par des pairs (Dalglish, Rodríguez, Harouna et Surkan, 2017). Or les décideurs interprètent « *evidence* » au sens large. La revue systématique ci-dessus mentionnée montre que plus d’un tiers des articles inclus visaient l’utilisation des données de recherche (*research evidence*). Pourtant ces études ont révélé l’utilisation d’informations informelles (*informal evidence*), telles que des données locales, les données de surveillance, l’expérience personnelle ou des connaissances tacites (Oliver et al., 2014). En outre, l’information issue des données de recherche est moins utilisée que celle provenant de l’opinion des experts, de l’expérience personnelle, de documents internes ou de règlements juridiques, des rapports gouvernementaux des plaintes et opinions de la communauté (Davies, 2012; Nabyonga-Orem et al., 2014b; Ritter, 2009; Zardo et Collie, 2015). Examiner uniquement les données de recherche est une perspective étroite du rôle des connaissances dans

²¹ Les informations formelles incluent les recherches évaluées par des pairs, des rapports et un système d’information sur la gestion de la santé et des données statistiques. Les informations informelles regroupent les connaissances et expériences d’experts ainsi que les résultats des consultations des parties prenantes.

la formulation des politiques, attribuée à la position épistémologique rationaliste du « *evidence-based medicine* » (Dalglish et al., 2017).

En plus, une étude dans quatre pays (Ghana, Sierra Leone, Ouganda et Zambie) a montré que la compréhension des acteurs par rapport à ce qui constitue les données de recherches dans l'élaboration des politiques varie considérablement dans le contexte africain (Broadbent, 2012). Les auteurs de l'étude affirment que

« narrow 'Western' understandings of research-based evidence fail to account for much of the evidence actually used in the policy debates studied, with practical and communal evidence often taking centre stage. Whose understanding of evidence and who is presenting evidence therefore become central questions in understanding the role of research-based evidence in a policy debate »(Broadbent, 2012, p. 3)

Compte tenu de ces considérations, Oliver et al (2014) soutiennent qu'une analyse de l'utilisation des connaissances scientifiques devrait se baser sur une interprétation au-delà des résultats stricts de recherche : « all such research should be based on an understanding that a broader interpretation of "evidence" than "research-based" evidence is also essential. »(Oliver et al., 2014, p. 9)

Nous adoptons donc cette perspective large en utilisant le terme « connaissances explicites »²²(Lamari, 2010) tout au long de cette thèse pour prendre en compte les rapports de recherches et d'évaluations non publiées, les rapports de suivi d'indicateur de routine, les résultats des processus de consultation, les observations des cliniciens, les enquêtes sur la population et les données statistiques (Bowen et Zwi, 2005; Hennink et Stephenson, 2005; Lomas, Tony, McCutcheon, McAuley et Law, 2005; Nabyonga-Orem et Mijumbi, 2015; Nutley et al., 2002; Pang, 2007).

4.2.2 Types d'utilisations des connaissances explicites.

L'élaboration des politiques éclairées par les connaissances explicites est perçue comme un moyen pour assurer de meilleurs résultats grâce à une analyse rationnelle et à l'utilisation des données disponibles (Sutcliffe et Court, 2005). Un consensus a été établi autour de trois

²² En opposition à connaissances tacites (issues de l'expérience)

types d'utilisation des connaissances explicites. Ce sont des processus distincts, mais complémentaires par lesquels les connaissances éclairent la prise de décision et l'amélioration des pratiques : l'utilisation instrumentale, conceptuelle et symbolique (Dagenais et Robert, 2012; Estabrooks, Thompson, Lovely et Hofmeyer, 2006; Hanney, Gonzalez-Block, Buxton et Kogan, 2003; Lavis, Robertson, Woodside, McLeod et Abelson, 2003). Chaque type d'utilisation peut intervenir à n'importe quelles étapes du cycle d'élaboration d'une politique (l'émergence, la formulation et la mise en œuvre) (Almeida et Báscolo, 2006; Walugembe, Kiwanuka, Matovu, Rutebemberwa et Reichenbach, 2015).

L'utilisation instrumentale implique l'usage direct des connaissances explicites pour résoudre des problèmes précis et suppose que les utilisateurs s'appuient sur celle-ci pour prendre une décision ou faire les changements concrets des pratiques (Amara, Ouimet et Landry, 2004; Hanney et al., 2003). Les connaissances explicites sont considérées pour résoudre des problèmes immédiats, dans un espace-temps limité, et à travers les conclusions d'une ou de plusieurs études, indicateurs de suivi. Ce type d'utilisation sous-tend une conception linéaire du processus décisionnel et des échanges entre les producteurs de connaissances et les décideurs (Hanney et al., 2003).

L'utilisation conceptuelle permet d'améliorer ou de raffiner les perspectives conceptuelles et théoriques des décideurs concernant un problème ou une situation (Squires, Estabrooks, Newburn-Cook et Gierl, 2011). Les connaissances pénètrent lentement l'arène politique et apportent graduellement un éclairage (*enlightenment*) aux problèmes sociaux (Weiss, 1979). Elle est associée à une compréhension de l'élaboration des politiques comme un processus diffus incluant une accumulation et lente assimilation puis une intégration graduelle des connaissances par les décideurs à leurs schèmes de référence (Landry, Amara et Lamari, 2001).

L'utilisation symbolique ou stratégique fait référence à l'usage des connaissances explicites pour soutenir la poursuite d'une position déjà établie (Hanney et al., 2003; Squires et al., 2011). Les connaissances explicites sont souvent utilisées par les acteurs pour consolider leurs argumentations idéologiques, pour défendre et faire valoir leurs valeurs en vue d'influencer la décision politique (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999). Ainsi, une connaissance explicite est utilisée dans le processus d'élaboration d'une politique que lorsqu'elle est en phase avec les idées et intérêt des acteurs concernés et leur permet d'atteindre leur objectif.

4.2.3 Comment les connaissances explicites peuvent-elles éclairer l'émergence et la formulation des politiques de protection sociale.

Plusieurs facteurs sont des facilitateurs ou des barrières à l'utilisation des connaissances explicites pour élaborer les politiques : des difficultés pour l'accès à l'information, la pertinence et la qualité de la recherche, la confiance dans la recherche, la compétence des décideurs en méthodes de recherche, la priorité de la recherche dans le processus politique, la disponibilité de résultats de recherche en temps opportun, la collaboration avec les décideurs et l'alignement de la recherche avec les points de vue des décideurs (Dagenais et Robert, 2012; El-Jardali et Fadlallah, 2015; Innvær, Vist, Trommald et Oxman, 2002; Oliver et al., 2014). Outre ces facteurs d'influences, les quelques rares recherches empiriques sur l'Afrique ont identifié l'autorité (la confiance et le respect envers ceux qui partagent les connaissances issues de la recherche)(Dagenais et al., 2013) et le devoir de rendre compte (*accountability*) des acteurs ayant une responsabilité institutionnelle associée à la recherche et à la compilation des connaissances explicites pour la prise de décision (Albert, Fretheim et Maïga, 2007; Vecchione et Parkhurst, 2018). Les données de recherches produites par les centres de recherches intégrés aux ministères de la Santé ont souvent été utilisées dans l'élaboration des politiques de santé (Koon, Rao, Tran et Ghaffar, 2013).

Les politiques de protection sociale, principalement les transferts sociaux en Afrique, ont été abordées sous l'angle d'un processus de diffusion et d'apprentissage d'innovation politique (Béland et Orenstein, 2013; Niño-Zarazúa et al., 2010). Cette approche montre comment les entrepreneurs de diffusion, du niveau international, s'appuient sur différents types de connaissances et stratégies pour diffuser les politiques (Gautier, Tosun, De Allegri et Ridde, 2018). Les études empiriques montrent que les organisations et institutions financières internationales ont influencé l'introduction et la conception des programmes de transferts sociaux par des stratégies de partage de connaissance : l'assistance technique aux ministères, la participation des dirigeants politiques et des hauts fonctionnaires aux conférences, séminaires de formation et voyage d'études (Foli et Béland, 2014a; Hafner et Shiffman, 2013; Hickey et al., 2018; Niño-Zarazúa et al., 2012). Ils ont aussi commandité et partagé des recherches sur les avantages, les coûts et la conception des politiques (Hickey et al., 2018). Les données de recherche montrant l'impact positif des programmes de transferts monétaires ont été

déterminantes pour légitimer les transferts monétaires et leur adoption au Ghana (Hickey et al., 2018). Des publications, du DFID, de la Banque mondiale et d'autres organisations internationales, ont fourni des connaissances essentielles sur les transferts monétaires et sur l'expérience latino-américaine (Hickey et al., 2018). Ces connaissances explicites ont permis de soutenir l'argument selon lequel les programmes de transferts monétaires contribuent à la croissance économique (Béland, Foli, Howlett, Ramesh et Woo, 2018; Foli, Béland et Fenwick, 2018).

En revanche, peu d'attention a été accordée aux processus locaux d'appropriation de ses innovations (Gautier et Ridde, 2017) et aux connaissances explicites produites localement. L'analyse de l'utilisation des connaissances scientifiques prenant clairement en compte le rôle du contexte local, l'attitude des acteurs locaux (décideurs et producteurs de connaissances scientifiques), la place des connaissances locales est rarement abordée. Quelques études montrent que les connaissances produites localement, spécifiquement celles issues de la recherche scientifique influencent faiblement les politiques de protection sociale en santé (El-Jardali, Lavis, Ataya et Jamal, 2012). Les facteurs contextuels, tels que les contraintes financières, le manque de confiance en la recherche locale et les enjeux politiques (*politics*) influencent négativement l'utilisation de la recherche locale dans l'élaboration des politiques de santé en Afrique (El-Jardali et al., 2012; Etiaba et al., 2015). Le faible investissement des finances publiques affaiblit la capacité de recherche et d'expertise nationale (Behague, Tawiah, Rosato, Some et Morrison, 2009) et donc à une faible disponibilité des connaissances scientifiques locales de qualité.

CHAPITRE 5 OBJECTIFS DE LA THÈSE

La présente thèse a pour objectif d'analyser le processus d'élaboration de deux politiques publiques de protection sociale au Burkina Faso : la politique nationale de protection sociale (PNPS) et le programme de solidarité en faveur des personnes les plus démunies.

À travers cette analyse, nous souhaitons répondre à la question de recherche suivante : pourquoi et comment la protection sociale est devenue une priorité gouvernementale et quels sont les facteurs qui ont influencé la mise en forme de ces deux politiques publiques et la mise en œuvre du programme de solidarité ?

Pour répondre à cette question principale, nous nous sommes fixé trois objectifs spécifiques.

5.1 Objectifs spécifiques

O1. Analyser l'émergence des politiques publiques de protection sociale.

1. Pourquoi le gouvernement a-t-il décidé de l'élaboration d'une Politique nationale de protection sociale (PNPS) ?
2. Pourquoi le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS) et le Ministère de l'action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN) ont-ils décidé de mettre en place le programme de solidarité pour la couverture sanitaire des plus démunis ?
3. Comment le contexte et les acteurs ont-ils favorisé ces décisions ?

O2. Analyser le processus de formulation des politiques publiques de protection sociale.

1. Comment la PNPS a-t-elle été formulée ?
2. Comment le programme de solidarité a-t-il été formulé ?
3. Comment les acteurs ont-ils décidé du contenu du programme de solidarité et quels facteurs ont influencé le choix du contenu ?
4. Comment les acteurs ont-ils décidé du contenu de la PNPS et quels facteurs ont influencé le choix du contenu ?

O3. Analyser les circonstances d'utilisation des connaissances explicites pour éclairer le processus de mise en forme de la PNPS.

1. Quels sont les types de connaissances explicites et les types d'utilisations ;
2. De quelles façons les connaissances explicites ont-elles éclairé la décision de formuler une PNPS ?
3. De quelles manières les connaissances explicites ont-elles soutenu les choix du contenu de la PNPS ?

4. Quels sont les stratégies de transfert de connaissances et les acteurs ?
5. Quels sont les facteurs favorisant ou les obstacles à l'utilisation des connaissances explicites ?

O.4 : Analyser la mise en œuvre

1. Comment le programme de solidarité a-t-il été mis en œuvre ?
2. Quels facteurs ont influencé la mise en œuvre du programme de solidarité

L'analyse de la mise en œuvre porte uniquement sur le programme de solidarité. Au moment de l'élaboration de notre projet doctoral, l'avancement de la mise en œuvre de la PNPS ne permettait pas son analyse.

5.2 PNPS et Programme de solidarité : des politiques publiques de protection sociale

Le concept de politique est variablement appréhendé. Il est défini comme étant les actions du gouvernement et les intentions qui les déterminent (Cochran, Mayer, Carr, Cayer et McKenzie, 2015) ou tout ce que les gouvernements choisissent de faire ou de ne pas faire (Dye, 2002). Cette définition est jugée non utile pour une perspective d'analyse, car ne révélant rien sur le processus de fabrication des politiques ni sur le contenu (Howlett, 2011a). Pal (1992, 2010) définit les politiques publiques comme une série d'actions ou d'inactions, choisies par des autorités publiques pour résoudre un problème ou un ensemble de problèmes. Ainsi, une politique publique est un cadre, une carte ou un guide qui relie la définition du problème (ou des groupes de problèmes) avec des buts et des objectifs et une sélection d'instruments (moyens ou outils) de sorte que le problème soit surmonté ou résolu et les objectifs atteints (Pal, 2010).

Pour se concrétiser, les politiques doivent se mettre en œuvre à travers des programmes. Une politique donnée aura plusieurs programmes, qui aborderont différents aspects du problème à résoudre. Ces programmes, en retour, se composent d'instruments ou d'outils (Pal, 2010). Considérant les politiques publiques comme un système d'action, Lemieux (2009) propose une définition qui intègre les trois aspects d'un système²³. Pour lui, une politique publique « est faite

²³ Un système c'est quelque chose dans quelque chose (environnement) pour quelque chose (finalité ou projet), fait de quelque chose (activité) par quelque chose (structure) qui se transforme dans le temps (évolution).

d'activités orientées vers la solution de problèmes publics dans l'environnement, et ce par des acteurs politiques dont les relations sont structurées, le tout évoluant dans le temps. » (Lemieux, 2009, p. 7). L'auteur conçoit qu'une politique publique a sa source dans une situation où des problèmes publics sont perçus et soulevés de façon à entraîner une intervention des autorités gouvernementales, sans ignorer le rôle et les pouvoirs des acteurs non gouvernementaux.

Nous partageons le point de vue de Lemieux et de Pal pour considérer la PNPS et le programme de solidarité comme des politiques publiques de protection sociale. En effet, ils sont constitués de programmes (PNPS) et d'activités (programme de solidarité) orientés vers la résolution des problèmes en lien avec la protection sociale. Par ailleurs, la considération de ces deux perspectives, celle de Pal mettant l'accent sur le rôle des autorités publiques et celle de Lemieux plus centrée sur la diversité des acteurs, nous permet d'utiliser de façon interchangeable l'expression de « politiques publiques » et d'« action publique ». Généralement, « action publique » est plus utilisée en sociologie de l'action organisée et par les sociologues politiques (Musselin, 2005) où certains chercheurs estiment que « politiques publiques » met plus en avant le rôle de l'État. Or, l'analyse de l'action publique s'intéresse plus largement à la société, non pas sur la seule sphère institutionnelle (Muller, 2000b; Thoenig, 2005).

5.3 Présentation des cas

Nous avons choisi d'analyser ces deux politiques pour deux raisons. Premièrement, elles ont été élaborées à la même période par des acteurs de niveaux différents. La PNPS est une politique multisectorielle. Son élaboration a impliqué des acteurs du niveau national et international. Le programme de solidarité est local et n'a impliqué aucun acteur international. Analyser ces politiques dans un même projet de recherche permet de mieux appréhender les enjeux et les facteurs d'influence du processus de réalisation des politiques publiques à plusieurs niveaux de décision (micro et méso).

Deuxièmement, nos précédentes recherches ont porté sur la problématique de l'accès aux services de santé des personnes démunies (Kadio, Ridde et Malle, 2014; Kadio, schoemaker-Marcotte, Somé et Ridde, 2013; Ridde, Kadio, et al., 2011; Ridde, Yaogo, Kafando, Kadio, Ouedraogo, Bicaba, et al., 2011; Ridde, Yaogo, Kafando, Kadio, Ouedraogo, Sanfo, et al., 2011). Elles ont proposé des pistes d'action pour réduire l'exclusion des personnes démunies

des services de santé (Kadio, Ridde et Sanguirou, 2011; Ridde et Jacob, 2013). Le programme de solidarité était une occasion pour analyser l'appropriation de ces connaissances issues de la recherche locale par les acteurs pour répondre au problème de l'accès aux services de santé des personnes démunies.

❖ **Politique nationale de protection sociale 2012 (PNPS)**

En 2012, le Burkina Faso a adopté sa première politique nationale de protection sociale. C'est un cadre de référence pour orienter les actions afin de « contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales » (PNPS, 2012, p. 42) par : (i) le développement de mécanismes adéquats et pérennes de prévention et de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et (ii) l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux ». Elle est composée de six programmes spécifiques, centrés principalement sur les populations vulnérables, et deux programmes d'accompagnement. De façon générale, la politique touche l'ensemble des secteurs sociaux économiques : santé, éducation, emploi, sécurité sociale. Elle définit les actions prioritaires que le gouvernement entend mettre en œuvre en partenariat avec l'ensemble des acteurs au développement. Elle implique plusieurs catégories d'acteurs (les organisations gouvernementales, la société civile intervenant dans la protection sociale et les ONG, les organismes d'aide au développement).

❖ **Programme de solidarité pour les plus démunis**

Le programme de solidarité est une réponse à l'exclusion de certaines personnes des services de santé du fait du paiement direct des soins au point de service. En 2012, le Ministère de l'action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN) en collaboration avec le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS) ont initié un programme pilote pour favoriser l'utilisation des services de santé par les personnes démunies. C'était la première du genre, aucune mesure n'était encore prise par les mutuelles de santé pour éviter l'exclusion des personnes démunies, celles incapables de payer. Le MASSN a alloué la somme de vingt-cinq millions FCFA, environ soixante mille dollars CAD au RAMS pour permettre l'adhésion des personnes démunies aux mutuelles et l'accessibilité aux soins de santé. Cette politique a impliqué uniquement des acteurs nationaux.

CHAPITRE 6 CADRE D'ANALYSE DE LA RECHERCHE

L'interdisciplinarité est l'une des caractéristiques de l'analyse des politiques publiques. En effet « les concepts et méthodes d'analyse de l'action publique ne relèvent pas d'une épistémologie particulière, ils reprennent les paradigmes des sciences sociales. La sociologie, la sociologie politique, l'économie, l'histoire, le droit contribuent à l'analyse des politiques publiques » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 8). Cette interdisciplinarité est différente d'une juxtaposition des approches disciplinaires. Elle est l'« utilisation combinée de quelques disciplines, combinaison entraînant des transformations réciproques dans chacune d'elles » (Hamel, 1995, p. 61). Elle est « une herméneutique qui s'emploie à concilier les perspectives, les approches et les méthodes » et « à opérer une fusion des horizons », mais aussi « une opération de transfert des concepts d'une discipline à une autre (Resweber, 2011, p. 178).

Notre recherche s'inscrit dans le champ de recherche sur l'analyse des politiques publiques et nous nous situons à l'intersection de plusieurs disciplines. On distingue généralement deux perspectives d'analyse. Une première perspective qualifiée de “top down” ou d'approche par le haut. L'analyse a pour porte d'entrée les décisions prises au sommet de l'État (programme, norme, loi) afin de comprendre leur conception et leur mise en œuvre. Elle se caractérise par une analyse séquentielle des décisions et s'inscrit dans la tradition disciplinaire de la science politique (Jacquot, 2010; Lemieux, 2002). Cette perspective est aussi qualifiée d'approche rationnelle des politiques publiques (Bernier et Lachapelle, 2010; Kübler et de Maillard, 2009) et on lui reproche d'accorder peu de place aux acteurs non étatiques.

La deuxième perspective part du fait que de nombreux facteurs²⁴ conditionnent la prise de décision, s'appuie sur les interactions entre les acteurs pour comprendre les dynamiques d'ajustement mutuelles, les transformations des manières de faire (Hassenteufel, 2008). Cette perspective conçoit que le processus des politiques publiques est plein de compromis et résulte

²⁴ la culture organisationnelle, les idéologies ou idées, le besoin de faire partir d'un groupe, les questions administratives et les luttes de pouvoir au sommet des hiérarchies gouvernementales, les relations intergouvernementales, les chevauchements de programme (Bernier et Lachapelle, 2010)

d'évènements exogènes inattendus plus que de choix rationnels fondés sur des preuves. La prise de décision va aussi au-delà de l'action des acteurs gouvernementaux. Les acteurs peuvent être pris entre des logiques contradictoires ou difficiles à concilier. Par exemple, Eboko (2015) montre que l'action publique en Afrique est le fruit de l'interaction d'une multitude d'acteurs et de leurs intérêts divers : organisations internationales, agences de coopération bilatérales, plateforme de coordination, structure étatique, associations, bailleurs, experts.

C'est une perspective d'analyse par le bas (bottom-up) qui s'inspire de la sociologie de l'action publique, de la sociologie politique (Hassenteufel, 2008), de la socioanthropologie des politiques publiques (Olivier de Sardan, 2018) pour comprendre les processus et les dynamiques, en ayant pour porte d'entrée les acteurs impliqués dans l'élaboration des politiques publiques. Elle est aussi qualifiée de perspective cognitive pour souligner le fait qu'elle tente de comprendre les interactions, les idées et les systèmes de représentation des acteurs dans ce processus complexe et dynamique (Genieys et Hassenteufel, 2012; Muller, 2000a; Sabatier et Schlager, 2000). L'approche « *analysis IN and FOR the policy process* »²⁵ (Gilson et al., 2018) semble s'inscrire dans cette deuxième perspective.

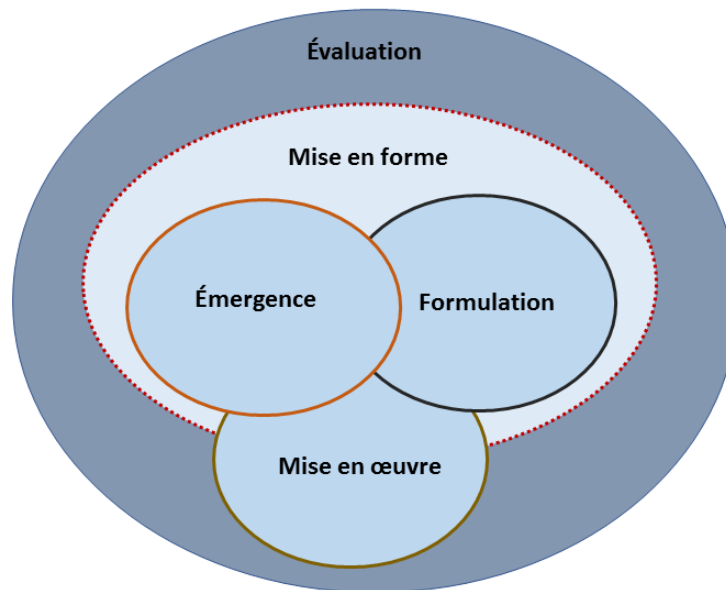
Il faut cependant noter que les deux perspectives sont « probablement plus complémentaires qu'opposées » (Hassenteufel, 2008, p. 101) et peuvent s'intégrer (Sabatier, 1986). Ainsi, notre perspective d'analyse est une combinaison des deux dans l'objectif d'une complémentarité des angles d'analyses. L'approche séquentielle nous a permis de déconstruire le processus de réalisation des politiques publiques de protection sociale en trois sous-processus. Ensuite, nous avons eu recours à des cadres analytiques centrés sur la perspective des acteurs pour examiner chacune des trois étapes. Les prochaines sections présentent ces différents cadres mobilisés.

²⁵ « the use of analytical techniques, research and advocacy in problem definition, decision-making, evaluation and implementation » (Gilson et al., 2018, p. 10)

6.1 L'analyse séquentielle ou cycles de politique.

Le cycle de politique conçoit le processus de réalisation d'une politique publique comme une série de séquence d'actions ou d'étapes distinctes. Ce découpage permet de suivre le développement d'une politique à travers un certain nombre d'étapes variant entre cinq à sept selon les auteurs (Howlett, 2011a; Jones, 1984). L'analyse séquentielle est critiquée pour sa vision linéaire de l'action publique. En effet, les étapes sont difficiles à distinguer dans la réalité, certaines d'entre elles peuvent ne pas exister ou apparaître en ordre inversé (Jacquot, 2010). Une seconde critique concerne la posture théorique implicite de l'analyse séquentielle. Elle s'apparente à une démarche de résolution de problème (Howlett, 2011a) considérant les politiques publiques comme un processus rationnel dans laquelle les décideurs détectent un problème, l'analysent, identifient un ensemble de solutions, examinent les avantages et inconvénients et retiennent la meilleure option. Ce qui est loin de la réalité selon Muller et Surel (1998) puisque « faire une politique publique, ce n'est pas seulement résoudre un problème, mais plutôt construire une nouvelle représentation des problèmes qui met en place les conditions sociopolitiques de leur traitement par la société, et structure par là même l'action de l'État. » p.31.

Cependant, le mérite de cette approche séquentielle est qu'elle demeure un moyen pour ouvrir la boîte noire, grâce au découpage en sous-séquence afin de comprendre le processus de l'action publique (Berlan et al., 2014). Elle est un outil analytique permettant de réduire la complexité du processus politique en le décomposant en des étapes et sous étapes distinctes, chacune d'elle pouvant faire l'objet d'une analyse approfondie (Howlett et Ramesh, 2003). Reconnaisant la valeur heuristique de cette logique séquentielle, Lemieux (2002) décrit le processus de réalisation des politiques publiques en quatre sous-processus : (i) l'émergence de la politique ; (ii) la formulation de la politique ; (iii) la mise en œuvre qui produit des effets (attendus ou inattendus) et (iv) l'évaluation de ce qui a été accompli. Ce découpage correspond à la théorie ou la logique du programme dans le domaine de l'évaluation (Ridde et Dagenais, 2009). Olivier de Sardan et Ridde (2014a) distinguent deux grandes étapes : la mise en forme (émergence et formulation) et la mise en œuvre. La présente thèse porte sur l'analyse des trois premiers sous processus de Lemieux correspondant aux deux grandes étapes proposées par Olivier de Sardan et Ridde. (Figure 3)



Source : (Lemieux, 2002; Olivier de Sardan et Ridde, 2014a)

Figure 3. Les étapes du cycle de l'élaboration des politiques publiques

6.1.1 Émergence

La mise à l'ordre du jour gouvernemental d'une politique, ou encore l'émergence d'une politique, ou la mise à l' « agenda » ou « agenda setting » concerne la façon dont certaines questions parviennent à requérir une intervention des autorités publiques (Lemieux, 2002). Pour l'analyste, aucun problème ne devient un objet pour l'action gouvernementale de manière fortuite ou parce que cela va de soi. L'analyse de l'émergence d'une politique désigne l'étude et la mise en évidence de l'ensemble des processus qui conduisent des faits sociaux à acquérir un statut de « problème public » ne relevant plus de la fatalité (naturelle ou sociale) ou de la sphère privée, et faisant l'objet de débats et de controverses médiatiques et politiques (Howlett, 2011 a ; Kübler et de Maillard, 2009). Elle permet de comprendre pourquoi et dans quelles conditions une autorité publique se saisit d'un problème.

6.1.2 Formulation

La formulation est l'étape qui suit celle de l'émergence d'une politique publique. C'est un processus qui « consiste à formuler des mesures qui pourront être appliquées aux situations à réguler » (Lemieux, 2002, p. 21). Elle est le résultat des efforts fait par les gouvernements pour modifier leur propre comportement ou le comportement social afin de réaliser une fin ou un objectif (Howlett et Mukherjee, 2014b). Autrement dit, il s'agit de rechercher et de sélectionner les moyens et les solutions pour régler le problème à l'ordre du jour gouvernemental. Ce processus permet le recueil d'un maximum d'informations sur le problème (il s'agit de faire le tour des connaissances disponibles), d'élaborer des propositions de solutions, de prendre en compte de la diversité des intérêts en jeu, d'anticipation des effets des différentes solutions proposées. (Michael Howlett, 2010). L'analyse de la formulation nécessite de cerner les interrelations entre les éléments constitutifs de la politique et le contexte dans lequel l'action publique s'insère.

6.1.3 Mise en œuvre.

La mise en œuvre d'une politique publique est le processus d'application des décisions (Mégie, 2010), c'est-à-dire l'application des mesures aux situations qui font problème, de façon à ce qu'elles se conforment aux normes qui ont plus ou moins inspiré ces mesures. » (Lemieux, 2002, p. 21). Elle est également perçue comme un processus pendant lequel les acteurs sociaux mobilisent des ressources pour exécuter et accomplir les objectifs d'une politique définie à l'avance. L'étude de la mise en œuvre requiert d'aller au-delà des « objectifs et les intentions légalement définies d'une politique. [...] l'étude d'une telle phase nécessite la prise en compte simultanée de l'organisation des moyens mis en œuvre, de l'interprétation des directives par l'ensemble des acteurs et des modes d'application ou de non-application de ces directives » (Mégie, 2010, p. 343-344). Le tableau IV regroupe les cadres d'analyse mobilisés qui seront présentés dans la prochaine section.

Tableau IV. Cadres d'analyse mobilisés.

Cadre d'analyse centré sur la perspective des acteurs	Découpage séquentiel		
	Émergence	Mise en forme Formulation	Mise en œuvre
Cadre des courants multiples	PNPS Programme de solidarité	Programme de solidarité	Programme de solidarité
Perspective « <i>Policy design</i> »		PNPS	
Perspective politique de l'utilisation des connaissances explicites dans la formulation des politiques	PNPS	PNPS	

6.2 Le cadre des courants multiples et l'analyse de l'élaboration des politiques publiques

Nous nous sommes inspirés du cadre des courants multiples pour analyser l'émergence de la PNPS et du programme de solidarité, la formulation et la mise en œuvre du programme de solidarité.

L'approche dite des courants multiples de Kingdon, utilisée initialement dans le secteur du transport et de la santé aux États-Unis, a permis d'illustrer comment une situation sociale devient un problème public et entre dans « l'*agenda* » politique. Ce cadre d'analyse décrit pourquoi et comment certains problèmes viennent à être perçus comme sujets appropriés pour l'action publique, donnant lieu à des décisions contrairement à d'autres.

Notre choix s'est porté sur ce cadre du fait de sa flexibilité, mais aussi par ce qu'elle permet de considérer divers facteurs dans l'analyse de l'action publique : les acteurs à différents niveaux (local, international) le contexte d'élaboration, les interactions et les facteurs cognitifs (croyances, valeurs, idées). En outre, bien que la théorie des courants soit largement utilisée dans divers contextes (311 publications en anglais évaluées par les pairs entre 2000 et 2013) seulement vingt-six (26) concernaient l'Afrique, dont six (6) portaient sur l'Afrique de l'Ouest (Jones et al., 2015).

6.2.1 Les trois courants

Pour Kingdon, le processus de réalisation d'une politique publique n'est ni un processus linéaire ni une question de « choix rationnel » où les participants savent ce qu'ils veulent et pourquoi ils le veulent, mais plutôt un processus complexe qu'il résume à partir de trois courants indépendants : les problèmes, les solutions et la politique ou l'orientation. (Boasiako et Asare, 2015; Daniels et Lewin, 2008; Howlett, McConnell et Perl, 2014; Khayatzadeh-Mahani, Sedoghi, Mehroolhassani et Yazdi-Feyzabadi, 2015; Kusi-Ampofo et al., 2014; Lemieux, 2002; Ridde, 2007; Zahariadis, 2003, 2014).

Le courant des problèmes (*problem stream*) : aucun problème ne devient un objet pour l'action gouvernementale de manière fortuite ou parce que l'intelligibilité le commanderait. Un problème est une condition ou une situation dans la société qui attire l'attention et pour laquelle une action organisée est possible et appropriée (Kingdon, 2003). Plusieurs conditions dans la société ne sont pas perçues comme des problèmes, car elles ne bénéficient pas d'une attention majeure. Mais lorsque les gens « sont convaincus que quelque chose peut être fait pour changer, la condition devient un problème » (Ganaud, 2004). Les représentations dominantes retiennent plus l'attention des décideurs (Gusfield, 1986) d'où l'importance de considérer les idées et valeurs dominantes d'une société dans la définition des problèmes. Pour Rochefort et Cobb (1993), la définition du problème se fait à l'intersection des valeurs partagées dans une société, des savoirs professionnels mobilisés, des revendications des groupes d'intérêts, de l'information scientifique disponible et des contraintes de l'activité politique. La définition du problème consiste à décrire, à expliquer, à recommander et surtout à convaincre et prend en considérant : la causalité attribuée au problème, la sévérité, la population concernée et les solutions. Neuf facteurs ou éléments susceptibles d'influencer la perception des décideurs, conduisant ces derniers à prêter l'attention à des questions particulières et donc augmenter la probabilité que les conditions soient perçues comme des problèmes, ont été répertoriés : l'importance du problème (les indicateurs empiriques sur l'ampleur d'une situation) ; la connaissance sur les populations touchées ; la connaissance des causes ; l'importance des conséquences ; la nouveauté de la situation ; la rétro-information sur les politiques mises en œuvre ; des événements inattendus (catastrophe, crises), le sentiment de proximité (de la situation et des personnes concernées), les valeurs (Lemieux, 2002; Ridde, 2006a). Le problème se distingue

d'une fatalité, cette dernière étant délaissée par les décideurs, parce que dépourvue de solution réalisable (Lemieux, 2009).

Le courant des orientations (*political stream*) est associé aux facteurs reliés directement aux responsables politiques, à leur entourage et parfois même à leurs agents (administrateurs, gestionnaires). Il se définit également comme la réceptivité des décideurs à l'égard de la mise à l'ordre du jour d'un enjeu donné sous l'influence de facteurs interne et externe. Cette réceptivité des décideurs est influencée par un ensemble complexe de phénomènes dont le climat politique, ou l'humeur politique nationale (*national mood*), les changements dans l'opinion publique, les mouvements sociaux et l'action de groupes d'intéressés influents. Ces phénomènes se fondent « sur des idées dont l'heure est venue et qui sont dans l'esprit du temps » (Lemieux, 2002, p. 37). Ce sont des idées dominantes, qui sont à la mode qui influence l'ordre du jour gouvernemental ainsi que l'action d'autres acteurs concernés par la résolution d'un problème. Ce courant tient compte d'éléments tels que les élections nationales, les protestations sociales et des orientations politiques régionale et internationale. Le courant des orientations, selon Palier et Surel (2001), est supposé influencer l'action publique par les orientations idéologiques des titulaires du pouvoir à un moment donné, ainsi que par les pressions alimentées par certains groupes d'intérêt ou les organes de représentation traditionnels.

Le courant des solutions (*policy stream*) concerne l'ensemble des possibilités pour résoudre les problèmes. Le courant des solutions fait référence aux connaissances et aux perspectives pouvant être mobilisées pour résoudre un problème. Le courant des solutions pourrait être assimilé à un réservoir de connaissances qui est indépendant des problèmes et de la politique, dans lequel des idées naissent et meurent. Rarement, les solutions sont entièrement nouvelles, mais plutôt des nouveaux choix de solutions qui sont le plus souvent combinés avec de vieilles idées (Kingdon, 2003). De plus, ces choix doivent être techniquement possibles, en fonction de facteurs tels que l'acceptabilité et la faisabilité, compatibles avec les valeurs « des communautés intellectuelles dominantes » et les contraintes budgétaires, et être approuvés par le public et les élus (Howlett, 2011a; Lemieux, 2002).

6.2.2 La rencontre des courants : acteurs et fenêtre d'opportunités

Le cadre des courants reconnaît l'importance des acteurs et du contexte et des interactions dans la mise en forme et la mise en œuvre des politiques publiques. Les acteurs (individuels, institutionnels ou corporatifs) sont aussi appelés entrepreneurs politiques (Kingdon, 2003). Ils opèrent dans ou hors du gouvernement et sont prêts à investir des ressources en temps, de l'énergie, de l'expertise ou de l'argent à plaider en faveur de changement majeur de la politique (ou empêcher le changement de se produire) (Zahariadis et Exadaktylos, 2015).

Le tableau V répartit les acteurs en quatre groupes stratégiques (les responsables, les acteurs, les intéressés et les particuliers) en fonction de leur action à l'intérieur ou à l'extérieur du gouvernement et selon leur spécialisation par rapport au sujet (Lemieux, 2002; Ridde, 2007).

Tableau V. Groupe d'acteurs dans la mise en forme et la mise en œuvre d'une politique publique

Par rapport à l'appareil gouvernemental	Définitions	Caractéristiques	Exemples liés aux programmes de solidarité et à la PNPS
Dedans	Responsables	Non spécialisés, Politiques	Maire, Directeur de département, Secrétaire général, conseiller de ministre
	Agents	Spécialisés, Bureaucrates	Travailleurs sociaux, Professionnels de santé, fonctionnaires gestionnaires de programmes
Dehors	Particuliers	Non spécialisés, Électeurs, patients	Utilisateurs des services de santé et non-utilisateurs
	Intéressés	Spécialisés, Experts, groupes professionnels	RAMS, Mutuelles de santé, Responsables ONG, Organismes internationaux,

Source : (Lemieux, 2002; Ridde, 2007).

Ces catégories ne sont que des rôles joués à un moment donné, puisqu'une même personne peut occuper plusieurs rôles dans un système politique (Ridde, 2007). Ce qui montre que les décideurs politiques ne détiennent souvent pas le pouvoir ou l'autonomie pour prendre seuls une décision, puisqu'ils sont aussi membres de réseau d'acteurs dont ils sont dépendants (Contandriopoulos, Lemire, DENIS et Tremblay, 2010; Lomas, 2000; Nutley, Davies et Tilley, 2000; Tesfazghi, Hill, Jones, Ranson et Worrall, 2015).

Émergence-formulation-mise en œuvre : pour Kingdon et ses successeurs, l'émergence d'une politique publique (pour qu'une situation soit perçue comme un problème public et accède à

l'agenda politique pour y être discutée et résolue) s'explique par le « couplage serré »²⁶, autrement dit la rencontre du courant des problèmes avec le courant des orientations, occasionnée par un entrepreneur politique au moment où apparaît une opportunité (fenêtre).

Dans le but de défendre leurs propres solutions et leurs propres intérêts, ces entrepreneurs décident d'utiliser leurs « ressources » et des stratégies pour rendre possible la rencontre des courants. Pour cela, ils exploiteront le moment favorable ou la fenêtre d'opportunité (*policy window*) qui s'ouvrira dans le courant des problèmes et dans celui des orientations. Ces fenêtres peuvent être un changement de tendance politique dans le courant des orientations (mise en place d'une commission gouvernement) ou une crise dans le courant des problèmes (la détérioration d'indicateur pertinent suscitant la recherche de solution). Ce sont des moments d'opportunités pendant lesquels des courants se rejoignent, moments très favorables à une action de changement puisque les décideurs politiques sont réceptifs. Les entrepreneurs politiques profitent de la réceptivité des décideurs politique pour faire valoir leur solution à un problème perçu comme méritant une attention particulière.

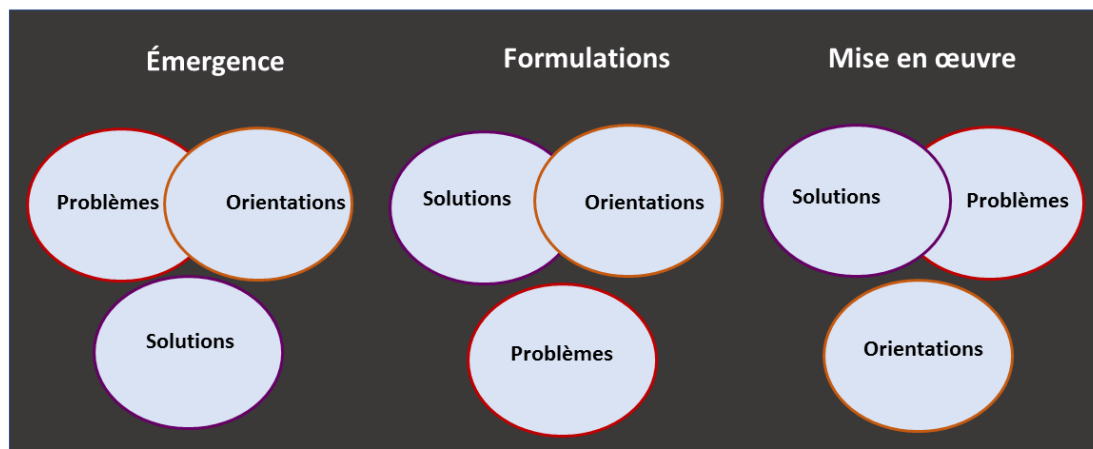
De façon empirique, le « couplage serré » représente une prise en charge positive d'un courant par un autre. Lors de l'émergence, les responsables politiques et leur entourage acceptent de composer avec un problème et de le prendre en charge²⁷. L'émergence consiste en la prise en charge d'un problème par les autorités politiques suscité par le « couplage serré » ou « l'interpénétration » du courant des problèmes et celui des politiques. Le courant de solutions est également présent et entretient un « couplage lâché » avec chacun des deux autres courants. On ne pourrait imaginer un gouvernement prendre en charge un problème pour lequel aucune solution n'est conçue. Par exemple, les acteurs du courant politique peuvent être préoccupés par un problème aigu, alors qu'aucune solution ne leur semble acceptable, ou il peut arriver que les

²⁶ Il y a couplage serré entre deux courants quand l'interdépendance est telle que l'autonomie de chacun en est réduite. Le couplage est lâche lorsque chacun des deux conserve son autonomie (Lemieux, 2009).

²⁷ Pendant l'émergence, on observe donc une double relation de dépendance entre les problèmes et la politique. Dans un sens, le problème en question est perçu comme nécessitant une intervention de la part des autorités publiques, et dans l'autre sens, les responsables acceptent de prendre en charge ce problème. Ainsi, les relations de dépendance sont bidirectionnelles la plupart du temps (Vincent Gosselin, 2012).

spécialistes trouvent une solution pertinente à un problème pressant, mais que le courant politique ne soit pas réceptif.

S'inspirant de Kingdon, Lemieux prolonge la théorie des courants à l'analyse des deux autres sous processus de la réalisation des politiques publiques (la formulation et la mise en œuvre) (figure 3). Toujours sous l'action des entrepreneurs politiques qui exploitent une fenêtre d'opportunité, Lemieux explique que la formulation d'une politique publique est la résultante du couplage entre le courant des solutions et celui des orientations tandis que la mise en œuvre correspond au couplage des solutions et des problèmes (Lemieux, 2002; Ridde, 2009). Dans tous les cas, le troisième courant reste présent. L'application de la théorie des courants à la mise en œuvre a déjà été possible dans le contexte du Burkina Faso où il a été démontré que l'absence de l'équité dans la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de Bamako s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu de rencontre entre le courant des problèmes d'équité (accès aux soins des indigents) et celui des solutions (exonérations, subventions croisées), par manque d'entrepreneur politique pour exploiter les fenêtres d'opportunités (Ridde, 2007).



Sources (Kingdon, 2003; Lemieux, 2002; Ridde, 2009)

Figure 4. Rencontre des courants dans les étapes de la réalisation d'une politique publique

6.3 La perspective « *policy design* » pour l'analyse de la formulation

Nous nous sommes inspirés de la perspective du « *policy design* » pour analyser la formulation de la PNPS.

6.3.1 Policy design : un processus de raisonnement sur le choix du contenu des politiques

Dans l'analyse séquentielle, la formulation est l'étape entre la mise à l'« agenda » et la mise en œuvre. Elle consiste à l'étape d'élaboration et de conception du contenu de la politique. L'analyse de la formulation dans la perspective de « *policy design* » envisage de mener une réflexion plus large sur les possibilités d'améliorer la formulation des politiques, sans tomber dans une vision rationaliste de l'intervention de l'État, mais plutôt considérer la rationalité limitée des acteurs. (Howlett, 2005; Schneider et Ingram, 1990; Varone, 1998). Cette perspective d'analyse apporte des innovations par rapport aux recherches traditionnelles sur la formulation des politiques publiques. Elle permet de rendre compte à la fois de l'ensemble des éléments constitutifs d'une action publique (problème à résoudre, instruments/solutions, arrangement de mise en œuvre) et de faire une analyse transversale faisant état des facteurs explicatifs en amont et en aval de la phase de la formulation de la politique (Tremblay-Racicot, 2010; Varone, 1998). Voilà pourquoi nous nous en inspirons pour analyser la formulation de la PNPS 2012.

Les instruments d'une politique sont les solutions (techniques, outils) par lesquelles les objectifs se produiront (Howlett, 2011a). Ce sont les moyens d'action par lesquels l'État conduit les acteurs individuels et collectifs, publics et privés, à adopter des comportements, ou mener des actions compatibles avec les objectifs poursuivis par la politique publique (Pal, 1992; Varone, 2001). Un instrument peut prendre la forme de loi, de règlement, de subvention, de taxe, de campagne de sensibilisation, etc. (Lascoumes et Le Galès, 2005, p. 13). C'est pour le citoyen, les manifestations visibles de l'action de l'État (Varone, 2001, p. 3). L'assurance sociale est une solution, ou un instrument de protection sociale, qui amène des individus à faire ce qu'ils ne feraient pas autrement ; par exemple payer des impôts et des primes pour se protéger contre les

risques découlant de la maladie et de la perte d'emploi. Les politiques de protection sociale visent, par le biais des instruments (tableau VI), à améliorer les conditions de vie des populations (accès aux ressources et services sociaux, aux opportunités, développer les compétences individuelles) (Conway et al., 2000; Devereux, Eide, Hoddinott, Lustig et Subbarao, 2012; Devereux et Macauslan, 2006; Shepherd, Marcus et Barrientos, 2004).

Tableau VI. Exemple d'instruments de protection sociale

Instruments	Objectifs visés
<p>Transfert direct</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferts monétaires non conditionnels (les pensions sociales, les subventions d'invalidité) - Transferts monétaires conditionnels (l'octroi de ressources à des ménages pauvres sous condition de l'utilisation des services d'éducation et de santé) - Transfert via les travaux de haute intensité de main d'œuvre (contre nourriture ou argent) - Distributions alimentaires/coupons alimentaires - Cantines scolaires (soutien alimentaire aux élèves) - Transferts de fourniture scolaire. - Transfert d'intrant agricole (engrais et semences) ; <p>Subvention et exemption</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subventions aux intrants agricoles (semences, engrais) - Subventions des produits alimentaires de base - Exemption des soins de santé (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, indigents) - Subvention du prix du carburant 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la productivité des ménages et des individus dans les communautés - Améliorer le capital humain des ménages pauvres : accès à la santé éducation et formation.
<ul style="list-style-type: none"> - Régime d'assurance maladie (la loi sur l'assurance maladie universelle) - Régime de sécurité sociale/assurance sociale. - Les mutuelles sociales communautaires et professionnelles - Assurance des cultures et du bétail (protéger contre les mauvaises récoltes ou la mortalité du cheptel) 	<ul style="list-style-type: none"> - Protégé du risque de tomber de la pauvreté (dépendances catastrophiques)
<ul style="list-style-type: none"> - Réglementation et contrôle du prix des produits alimentaires - Garantie de prêt/fond d'aide et de microcrédits 	<ul style="list-style-type: none"> - Réguler le marché

Le choix des instruments est aussi compris comme du « *public-policy making* », c'est-à-dire la formulation d'une politique publique. C'est un processus qui vise :

« le recueil d'un maximum d'informations sur le problème (il s'agit de faire le tour des connaissances disponibles), d'élaborer des propositions de solutions, la prise en compte de la diversité, des intérêts en jeu, l'anticipation des effets des différentes solutions proposées. Enfin, ce travail d'analyse doit prendre en compte le degré d'acceptabilité de chacune des solutions » (Hassenteufel, 2008, p. 61) ».

Cette perception du processus de choix des solutions s'apparente à la perspective *policy design*, selon laquelle ce processus (conception/formulation de politique) implique une analyse de

l'habilité des instruments à affecter les « outputs » ou résultats immédiats les « *outcome* » ou les résultats à moyen terme de la politique, des ressources nécessaires pour leur permettre de fonctionner comme prévu, et produire les changements souhaités. (Howlett et Mukherjee, 2014b).

Par processus de formulation, ou « *policy design* », nous entendons le processus délibératif et décisionnel au cours duquel le contenu d'une politique se construit, à travers la définition d'objectifs, le choix d'un modèle causal, d'instruments et de groupes cibles ou encore la détermination d'un programme d'actions et des responsabilités de mise en œuvre (Bobrow, 2006; Hassenteufel, 2008; Howlett, 2011a; Howlett et Mukherjee, 2014b; Howlett et Mukherjee, 2017a; Peters, 2015). Les acteurs impliqués dans la conception d'une politique proposent des options possibles sur la manière dont l'action publique prendrait en charge un problème identifié (Howlett, 2011a; Pal, 2010). Ces options sont composées « of different sets or combinations of policy elements including policy goals, objectives and aims, as well as policy means, tools and their calibrations or settings » (Howlett, 2014, p. 192).

Ce raisonnement implique des enjeux importants dans l'élaboration de l'action publique (Howlett, 2011b; Pal, 1992, 2010).

6.3.2 Influence du contexte sur le processus de formulation : éventail des types de processus de « *Policy design* »

Les acteurs évaluent la capacité des instruments ou solutions à atteindre les résultats escomptés et nécessite des connaissances sur les contraintes d'utilisation, sur les structures de gouvernance en vigueur, et sur d'autres arrangements qui peuvent empêcher certaines options et promouvoir d'autres (Howlett, 2009, 2011a, 2014). Ainsi, le « *design* » des politiques qui implique des processus délibérés et conscients pour définir les objectifs, les relier à des solutions qui devraient permettre de les atteindre (Bobrow, 2006) est le processus de formulation le plus souhaitable puisque le raisonnement pour le choix des solutions repose sur une analyse concrète et une évaluation des instruments politiques. Cependant, ce type de processus de raisonnement n'est qu'un scénario possible de la conception des politiques. (Chindarkar, 2017; Howlett et Mukherjee, 2014b), car la conception peut être également motivée par des considérations

politiques²⁸ (Linder et Peters, 1990), particulièrement dans la conception des politiques sociales où la politique (*politics*) joue un rôle majeur dans les choix politiques (*policy choices*) de l'État (Chindarkar, Howlett et Ramesh, 2017).

Ainsi, la définition des objectifs et le choix des moyens d'action prennent place dans un large contexte de gouvernance impliquant plusieurs acteurs qui interagissent (Howlett, 2011a), puisqu'il s'agit d'un ensemble d'activités se déroulant dans un contexte historique et institutionnel qui détermine son contenu (Clemens et Cook, 1999). Aussi, la formulation a lieu dans un cadre englobant des idées et des valeurs à l'intérieur duquel des décisions sont prises et des actions sont choisies. Les acteurs peuvent être pris entre des logiques contradictoires ou difficiles à concilier, du fait des perceptions différentes du problème à résoudre et des solutions en perspectives (Pelletier et al., 2012).

Le processus de « *design* » peut alors être influencé par : (1) des considérations idéologiques et politiques gouvernementales ; (2) des considérations techniques centrées sur le problème (choix selon la connaissance du contexte et de la capacité des instruments à résoudre un problème). Cette influence peut conduire à un « *good design* » (les solutions sont sélectionnées en fonction des connaissances et de l'expérience) ou un « *bad or poor design* » (les relations entre problèmes et solutions sont incorrectement ou partiellement comprises et articulées) (Chindarkar et al., 2017; Howlett et Mukherjee, 2014b).

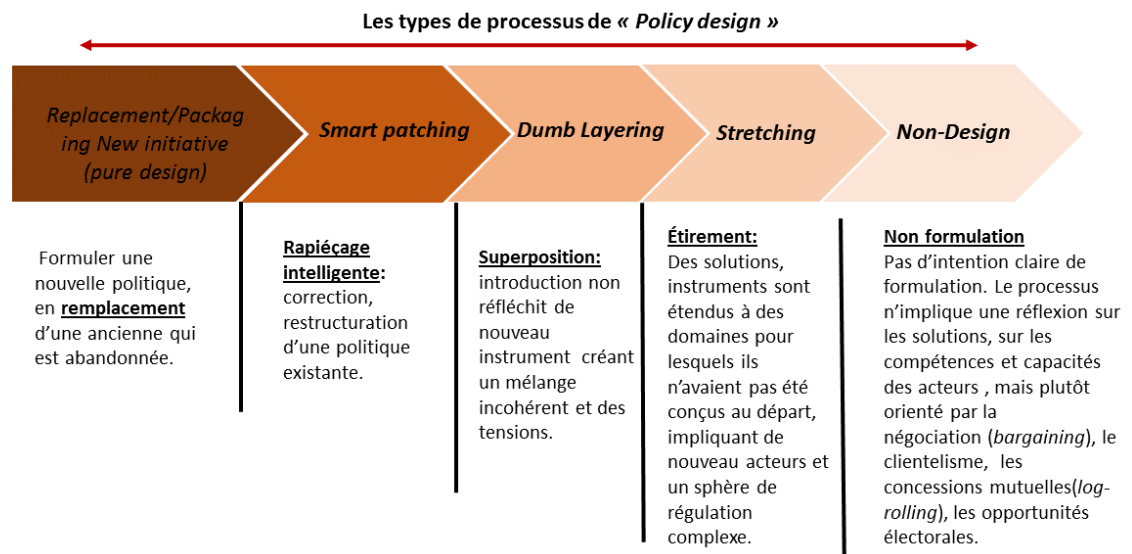
Chindarkar (2017) explique ces différents types de conception en ces termes :

« New policy initiatives could be *packaged* to highlight their distinctiveness and effectiveness in addressing current and pressing problems. Policies could also be *patched*, which involves restructuring existing policy elements rather than proposing completely new, alternative arrangements. *Layering*, on the other hand, is a process of (re)design in which new elements are added to existing policies without altering any of the older ones. This could be in the form of *stretching*, which increases the scope of existing policies to include objectives not intended at the outset, or tense layering, where repeated bouts of layering take place—leading to incoherence and inconsistency with respect to the goals and instruments » (p30)

²⁸ Ou l'obtention d'un avantage politique sur la résolution de certains problèmes

Aussi, une situation de « *non design* », ou de non-formulation, émerge lorsque les décisions sont fortement subordonnées et motivées par des logiques de négociation, de clientélisme ou d'opportunités plutôt que suite à une délibération et d'une évaluation consciente et précise (Howlett et Mukherjee, 2014b; Howlett et Mukherjee, 2017b). La formulation conceptualisée comme du « *non-design* » est rarement abordée en analyse des politiques, publiques, d'où la faible disponibilité de donnée empirique à ce sujet. Théoriquement, en situation de « *non design*, » la réflexion intentionnelle sur la capacité d'atteindre les objectifs ou les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre constitue une préoccupation secondaire par rapport à d'autres préoccupations telles que maintenir ou accroître le soutien législatif, électoral ou autre comportement des coalitions (Howlett et Mukherjee, 2014b).

En Somme, le « *Pur design* » et le « *non-design* » se situent aux extrémités d'un continuum du processus de « *design* » (figure 5) « which moves from highly intentional and instrumental replacement efforts to those which are more partial and less intentional such as 'smart' patching and ultimately to those which involve poor design such as 'stretching' and poor or 'dumb' layering »(Howlett et Mukherjee, 2014a, p. 19)



Source : (Feindt et Flynn, 2009; Howlett et Mukherjee, 2014b; Van der Heijden, 2011)

Figure 5. Éventail des types de processus de « Policy design »

Le résultat du processus ou le type de « *design* » dépend du contexte de prise de décision, de la complexité du problème politique, de la capacité du gouvernement en matière de conception de politique, des ressources disponibles, des contraintes associées aux politiques existantes, de la volonté des décideurs à modifier des politiques existantes ou d'en créer de nouvelles (Howlett et Mukherjee, 2014b). L'analyse de la formulation dans cette perspective de « *policy design* » consiste à se pencher sur le contenu de la politique pour appréhender les liens entre ses éléments constitutifs du point de vue des concepteurs, mais aussi cerner les interrelations entre les éléments constitutifs de la politique et le contexte dans lequel l'action publique s'insère.

6.4 Perspective politique de l'utilisation des connaissances explicites pour informer la mise en forme des politiques

Une perspective politique permet de considérer les facteurs endogènes et exogènes au processus de décision, capables d'affecter le parcours des connaissances explicites (*evidence*), particulièrement les données de recherche dans la formulation des politiques (Fafard, 2015; Landry, Lamari et Amara, 2003; Souffez, 2008).

Cette perspective favorise une analyse multidimensionnelle de l'utilisation des connaissances explicites dans la prise de décision (Almeida et Báscolo, 2006; Court et Young, 2003; Trostle, Bronfman et Langer, 1999), en s'inspirant des approches analytiques des politiques publiques (Cairney, 2016b; Parkhurst, Ettelt et Hawkins, 2018). Elle va au-delà de la vision rationnelle et linéaire du processus d'élaboration des politiques, pour soutenir que la prise de décision éclairée par les connaissances explicites est plus qu'un acte ponctuel attribuable à des décideurs investis d'autorité (Cairney, 2016c; Hanney et al., 2003; Lomas, 2000; Walt et Gilson, 1994).

6.4.1 La pertinence d'une perspective politique pour analyser l'utilisation des connaissances explicites dans la mise en forme des politiques

Dans le processus de mise en forme des politiques, les informations provenant des connaissances explicites sont en concurrence avec d'autres types d'informations : les valeurs, les croyances, l'idéologie, les intérêts et les règles institutionnelles, les considérations économiques, l'expérience/l'expertise des décideurs, les ambitions personnelles et professionnelles (Davies, 2012; Smith, 2013; Weible, Sabatier et McQueen, 2009; Young, 2005). Au-delà des connaissances explicites, les décideurs portent des jugements en tenant

compte de ce qui convient le mieux au regard du contexte et des circonstances (Marston et Watts, 2003), notamment les ressources disponibles, la culture bureaucratique, les intérêts et valeurs des lobbies et groupes de pression, la nécessité de réponse immédiate aux contingences quotidiennes (Davies, 2012).

Ainsi, la mise en forme des politiques (émergence et formulation) est un processus complexe conduisant à des construits teintés d'expériences et des valeurs des acteurs (Gilson et al., 2011). Dans ce contexte décisionnel décrit comme une dynamique sociale complexe (Bowen, Erickson, Martens et Crockett, 2009; Bowen et Zwi, 2005), l'utilisation des connaissances explicites demeure difficile à identifier et à catégoriser (Parkhurst, 2017; Smith, 2013). Par conséquent, comprendre le cheminement des connaissances dans ce processus nécessite une démarche analytique qui considère cette complexité (Almeida et Báscolo, 2006; Court et Young, 2003; Hanney et al., 2003). Ainsi, il s'avère utile de développer une réflexion soutenue par des perspectives analytiques qui prennent en compte le contenu des politiques, le contexte, les acteurs et leurs pouvoirs (Fafard, 2015; Freudenberg et Tsui, 2014; Gilson et Raphaely, 2008; Oliver et Pearce, 2017; Wesselink, Colebatch et Pearce, 2014). C'est une perspective politique de l'utilisation des connaissances explicites qui consiste à s'appuyer sur le potentiel heuristique de certains cadres d'analyses des politiques publiques pour appréhender les façons par lesquelles la connaissance scientifique parvient à influencer les choix (Cairney, 2016c; Court et Young, 2003; Parkhurst, 2017; Parkhurst et al., 2018).

Cependant, la différence contextuelle (culturelle, économique et politique) peut réduire la portée heuristique des cadres d'analyses développés dans les pays du Nord, lorsqu'ils sont utilisés dans les pays du Sud. Pour cela, Court et Young (2003), à partir d'une synthèse de 50 études de cas réalisées dans les pays du Sud, ont tiré le cadre RAPID, qui permet d'analyser le rôle des connaissances scientifiques dans l'élaboration des politiques et des pratiques de réduction de la pauvreté. La présente recherche s'inspire de ce cadre et d'auteurs du champ de l'étude des politiques publiques (Cairney, 2016b; Howlett et Mukherjee, 2014b; Kingdon, 2003; Sabatier et Jenkins-Smith, 1999), pour analyser le cheminement des connaissances explicites dans le processus d'émergence et de formulation de la PNPS.

6.4.2 Adaptation du cadre RAPID de Court et Young (2003)

Court et Young (2003) ont développé un cadre à quatre composantes (le contexte, les liens, les preuves, les donateurs) que nous avons adapté en trois composantes : le contexte, les acteurs, les connaissances explicites (figure 6).

Chaque composante regroupe un ensemble de facteurs qui peuvent favoriser ou non l'utilisation des connaissances explicites pour informer la mise en forme des politiques. Les paragraphes ci-dessous décrivent chacune d'elle.

- *Contexte de mise en forme de la politique : la nature du problème et la capacité analytique*

Le contexte de mise en forme d'une politique comprend de nombreux facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des connaissances scientifiques. Ce sont les facteurs politiques, les facteurs conjoncturels, les facteurs idéologiques, les facteurs normatifs. (Court et Young, 2003; Parkhurst, 2012). Les facteurs politiques peuvent inclure : l'envergure des libertés civiles et politiques, la contestation politique (tension sociale) et les pressions institutionnelles²⁹. Les facteurs conjoncturels sont des changements dans les conditions socioéconomiques (une crise économique) ou des changements dans la structure décisionnelle (un changement de gouvernement). Les moments décisifs (dépôt du budget, imminence d'élections) sont aussi des facteurs conjoncturels. Les facteurs idéologiques sont les hypothèses et les idées qui soutiennent les structures politiques, sociales et économiques. Les décideurs font des choix d'actions sur la base d'idées qui suscitent moins de critiques ou celles avec lesquelles ils sont plus habitués ou qui peuvent les aider à donner un sens à leur réalité (Deas, Mattu et Gnich, 2013; Hickey, 2011). Des positions normatives telles que l'identité culturelle et religieuse (De Vries et Lemmens, 2006; Tulloch et al., 2011), les valeurs et les convictions morales (De Goede, Putters et van Oers, 2012; Parkhurst, 2012) peuvent biaiser le choix ou l'interprétation des connaissances explicites utilisées pour la mise en forme des politiques.

²⁹ Manque de temps et d'argent, les décideurs politiques ont tendance à concevoir des « plans » avec des ingrédients standardisés pour tous les pays en développement, sur la base de simples hypothèses sur les causes de la pauvreté, par exemple ; plutôt que de permettre une prise de décision décentralisée ou contextuelle.

Tous ces facteurs contextuels agissent à des degrés variables et contribuent à créer les conditions de l'utilisation de la connaissance plutôt qu'à occasionner l'utilisation elle-même. Autrement dit, elles contribuent à créer des moments favorables et un contexte propice à la prise en compte de la connaissance explicite (El-Jardali et Fadlallah, 2015; Gervais, Gagnon et Bergeron, 2013; Kingdon, 2003; Souffez, 2008).

Les fenêtres d'opportunité, telles qu'explicitées par la théorie des courants multiples, sont des portes d'entrée des connaissances explicites. Les facteurs conjoncturels favorisent souvent l'ouverture d'une ou plusieurs fenêtres d'opportunité pour l'utilisation des connaissances. Une crise sociale ou un changement de gouvernement peuvent être des moments d'opportunité profitable pour les connaissances explicites qui concordent avec les besoins du moment (Hanney et al., 2003). Par exemple, l'imminence d'élection présidentielle (fenêtre d'opportunité dans le courant des orientations) ou une marche de protestation (fenêtre d'opportunité dans le courant des problèmes) peuvent susciter chez les décideurs politiques et les entrepreneurs le besoin de s'informer et de se documenter (comprendre par exemple les causes d'une tension sociale). Cela rend ces derniers plus ouverts et réceptifs à des connaissances explicites. La réceptivité des acteurs dépend de la capacité de réceptivité de l'environnement politique qui est lié aux mécanismes en place dans le système politique, capable de soutenir les acteurs et de supporter l'adoption des connaissances explicites dans les politiques publiques (Bowen et Zwi, 2005).

- *Les acteurs : pouvoir, idées, valeurs, intérêts et croyances*

Les acteurs sont des liens ou les canaux par lesquels les connaissances explicites passent pour influencer la prise de décision. Ce sont des personnes ou des institutions qui sont affectées par le changement de la politique ou qui ont un intérêt pour les retombées, même si elles n'y participent pas directement (Court et Young, 2003). Leur ouverture à l'utilisation des connaissances sera en fonction de leur niveau de scolarisation, leurs expériences dans la recherche, leurs aptitudes à comprendre la recherche (Hanney et al., 2003). En plus leurs interactions, leur pouvoir et leur intérêt pour un problème donné peuvent influencer l'utilisation des connaissances explicites (Béland, 2016; Palier et Surel, 2005; Parkhurst et al., 2018).

Le plus souvent, la mise en forme des politiques publiques relève du mandat de fonctionnaires élus (politiquement affiliés) ou nommés (exerçant des fonctions purement bureaucratiques) qui

sont influencés par d'autres acteurs ayant des intérêts divers. Dans les faits, les participants actifs sont des acteurs gouvernementaux (les gestionnaires et techniciens, les législateurs) et non gouvernementaux représentant des intérêts personnels ou collectifs (les organisations internationales et les ONG, les experts, les médias, les financeurs et les usagers) (Cairney, 2016a; Etiaba et al., 2015; Kaplan et Babad, 2011; Koduah, Dijk et Agyepong, 2015; Liverani, Hawkins et Parkhurst, 2013; Onwujekwe et al., 2015; Ridde, 2012b). Ces acteurs sont souvent impliqués dans des réseaux ou des communautés de pratique et peuvent jouer différents rôles dans le processus de mise en forme d'une politique : un rôle décisionnel (décideur politique), d'informateur ou d'influence (entrepreneur politique individuel ou en coalition) (Kingdon, 2003; Lemieux, 2002; Ridde et al., 2016; Sabatier et Jenkins-Smith, 1999).

Des analystes soutiennent que le changement politique serait le résultat de la compétition entre les acteurs regroupés en coalitions (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999) pour défendre et faire valoir leurs valeurs. Les connaissances explicites peuvent être une source privilégiée pour une coalition en vue de consolider les stratégies d'argumentation pour influencer la décision politique. Chaque coalition aura tendance à rechercher l'information technique et des connaissances explicites pour alimenter, renforcer ses croyances, conviction et valeurs profondes. Les coalitions peuvent être perçues comme des entrepreneurs politiques (Kingdon, 2003) qui œuvrent pour attirer l'attention des décideurs politiques sur une situation (ampleur, conséquences, solutions) pour qu'elle devienne un problème public, en s'appuyant sur des connaissances explicites en lien avec leurs idées et valeurs. Leurs membres constituent des groupes qui partagent généralement des valeurs, des objectifs, des points de vue et des perspectives communs et travaillent consciemment ensemble pour tirer profit des espaces et fenêtres d'opportunités. Ils peuvent exploiter la position de leurs membres (responsables des politiques, des experts, des bureaucrates de niveau local, des chercheurs) dans le cadre du processus d'élaboration des politiques pour diffuser les connaissances explicites.

- ***Les connaissances explicites : alignement avec les besoins du gouvernement et les idées dominantes***

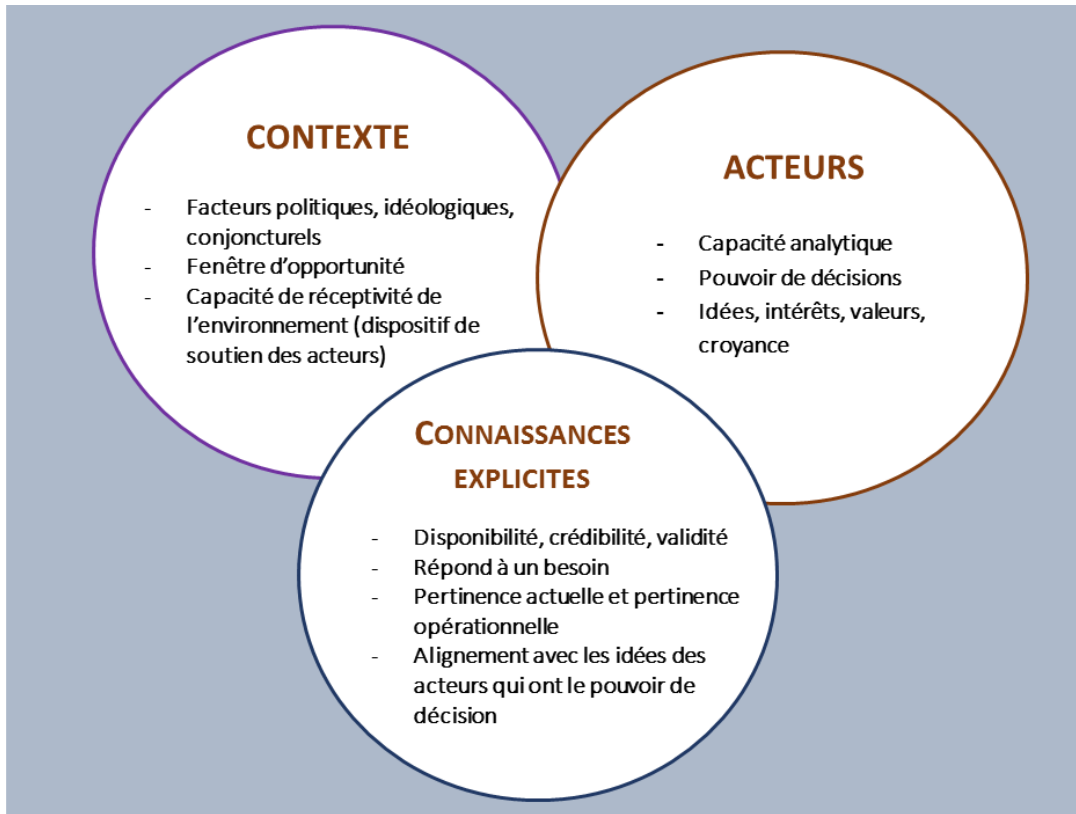
Les connaissances explicites contribuent de plusieurs façons à la mise en forme d'une politique publique. Les informations et données scientifiques sur une situation particulière contribuent à façonner les perceptions des acteurs, permettant ainsi la construction d'un

problème public et l'émergence d'une action publique (Kingdon, 2003; Sutcliffe et Court, 2005). Ainsi, l'information technique peut contribuer à modeler un problème public (courant des problèmes) en aidant les acteurs à comprendre les enjeux et à façonner le courant des orientations en participant au développement des idées et des mouvements sociaux (Zahariadis, 2003, 2007, 2014). De même, des connaissances explicites concernant les solutions pour améliorer une situation (coût, efficacité, acceptabilité) peuvent éclairer les choix des options pendant la formulation (Howlett et Joshi-Koop, 2011; Howlett et Mukherjee, 2014b; Kingdon, 2003).

Des insuffisances liées à l'offre et la demande des connaissances scientifiques (disponibilité, accès, clarté, qualité, pertinence, fiabilité des résultats de la recherche et les coûts) peuvent limiter leur utilisation dans le processus politique. En effet, les chercheurs et autres producteurs de connaissances produisent des connaissances aux formats et contenus parfois non adaptés à la compréhension des décideurs, contribuant à influencer la crédibilité et l'acceptabilité (Cairney, 2016c; Oliver et al., 2014). Or, la prise en compte d'une connaissance explicite est fortement influencée par les valeurs, les idées et les intérêts politiques des décideurs (Palier et Surel, 2005; Walls, Liverani, Chheng et Parkhurst, 2017), mais aussi par la pertinence et la crédibilité des solutions fournies (Court et Young, 2003).

Par ailleurs, les connaissances explicites s'infiltrent plus rapidement dans les structures décisionnelles officielles lorsqu'elle résulte d'un mandat ou d'une prévenance des décideurs de haut niveau (Cairney, 2016b). Elles peuvent devenir une source d'information d'une décision politique si leur pertinence est d'actualité et opérationnelle. La pertinence d'une connaissance est d'actualité lorsque le sujet traité concerne un problème qui est à l'ordre du jour politique. On parle de pertinence opérationnelle des connaissances lorsque celles-ci apportent des recommandations explicites quant aux actions à entreprendre. La faisabilité des recommandations issues d'une recherche influence également son acceptabilité (Barry, Niango et Touré, 2012; Islam, 2014).

La pertinence d'une connaissance est variable suivant l'étape du cycle politique (Almeida et Báscolo, 2006). Ainsi, une connaissance peut être pertinente pour l'étape de l'émergence sans l'être pour celle de la formulation et de la mise en œuvre.



Sources (Cairney, 2016c; Court et Young, 2003; Parkhurst, 2017).

Figure 6. Cadre d'analyse de l'utilisation des connaissances explicites dans l'élaboration des politiques publique

CHAPITRE 7 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente l'ensemble de la démarche méthodologique adoptée dans cette thèse. Il aborde respectivement la stratégie et le déroulement de la recherche, les limites et considérations éthiques.

7.1 Stratégie et déroulement de la recherche

Cette recherche porte sur l'analyse des politiques de protection sociale au Burkina Faso. Considérant l'élaboration des politiques publiques comme un processus dynamique et complexe (Gilson et al., 2018; Walt et al., 2008), nous avons opté pour une approche analytique basée sur les interactions entre les acteurs et les facteurs contextuels susceptibles d'influencer le processus.

L'étude de cas est la stratégie de recherche la plus souvent recommandée pour ce type d'analyse, car elle permet à la fois d'explorer et de décrire les événements spécifiques dans un contexte donné, mais aussi d'expliquer les relations complexes (Yin, 2008; Yin et Ridde, 2012).

De même, cette stratégie est mieux indiquée selon Yin (2008) pour répondre aux questions de type, « comment » et « pourquoi », pour soutenir ou rejeter une hypothèse ou une théorie.

Deux cas de politique de protection sociale ont été analysés dans la présente thèse : la politique de protection sociale du Burkina Faso de 2012 et le programme de solidarité en faveur des personnes les plus démunies. La justification du choix des cas a été présentée à la section 5.3 du chapitre 5. Les trois prochaines sous-sections décrivent respectivement l'identification des participants à la recherche et des documents, la cueillette des données et l'analyse des données.

7.1.1 Identification des participants et des documents

○ *Identification des répondants pour l'analyse de la PNPS*

Un séjour de huit mois (novembre 2015 à juillet 2016) au Burkina Faso a permis de collecter les données sur la PNPS. L'identification des répondants et des documents s'est faite

de façon progressive pendant toute la durée de la collecte des données. Il était nécessaire d'identifier les personnes les mieux indiquées pour fournir les informations.

En nous appuyant sur les dispositifs de mise en œuvre de la PNPS 2012, nous avons réalisé quatre entretiens exploratoires qui ont permis d'établir une chronologie des différents moments avant et pendant la mise en forme de la politique (réunion de travail, formation, voyage d'études).

Cette reconstitution historique et l'analyse préliminaire de rapports de réunions (consultation de la liste des participants) ont permis de dresser une liste préliminaire des informateurs clés. La reconstitution temporelle a permis d'établir une liste des documents produits, et ceux qui ont servi de support de travail, puis d'établir une liste préliminaire des documents à consulter.

La technique de boule de neige (Pires, 1997) a permis progressivement d'identifier de nouveaux participants et de compléter au fil des entrevues semi-directives approfondies la liste des informateurs clés, de collecter des documents. En effet, nous nous sommes appuyés sur les recommandations des répondants de départ pour générer des noms d'autres participants. Nous avons demandé aux interlocuteurs d'identifier d'autres personnes qu'ils jugent importantes pour éclairer la compréhension du processus de mise en forme de la PNPS, que ce soit sa genèse ou sa formulation. Par l'intermédiaire des premiers informateurs, nous avons eu accès à d'autres, procédant ainsi par contacts successifs. Cela a permis de résoudre les problèmes de mobilité et de la dispersion d'acteurs qui ont participé au processus.

Nous avons identifié des acteurs de l'administration publique (directeurs des départements ministériels et des agents techniques et gestionnaires), des responsables d'ONG et associations locales, des gestionnaires d'ONG internationales, des fonctionnaires et cadres des institutions des Nations unies (partenaire technique et financier). Au final, nous nous sommes entretenus avec 36 répondants (tableau VII).

Tableau VII. Nombre de répondants qui ont participé à l'analyse de la PNPS

Types d'acteurs	Nombre
<i>Acteurs gouvernementaux (décideurs et cadres de haut niveau)</i> – Membre du comité interministériel d'élaboration de la PNPS – Direction de la coordination des politiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) – Secrétariat permanent de mise en œuvre de la PNPS – Secrétariat permanent de l'assurance maladie	20
<i>Acteurs des Organisations de la société civile locale/structure de recherche locale</i> – Secrétariat permanent de la coordination des ONG – Association Songui Manegré/Aide au Développement Endogène (ASMAD) – Réseau d'appui au Mutuelle de santé (RAMS) – MBDHP – SERSAP	7
<i>Acteurs des Institutions internationales/ONG internationale/consultants</i> – Unicef, Banque Mondiale, Programme alimentaire mondiale – Help, Helvetas, OXFAM, Écho, Terre des Hommes	9
Total des répondants	36

Chaque entretien a été un canal pour collecter les documents utiles à la compréhension du processus : les rapports des ateliers préparatoires, les discours, les listes de présence aux différentes réunions, les documents cadres et d'orientations, les procès-verbaux de réunions aux archives des départements ministériels et des partenaires techniques, les rapports de commission d'études et les différentes versions des documents politiques. Nous avons également consulté les pages web et les archives de la presse locale, les archives et la littérature grise produite par types d'acteurs (tableau X).

○ ***Identification des répondants pour l'analyse du programme de solidarité***

Les données sur le programme ont été collectées en août 2013 et janvier 2014 au Burkina Faso. L'analyse du programme de solidarité a concerné sa mise en forme et sa mise en œuvre dans deux provinces du Burkina Faso (Kadiogo et Sanementenga année). Par choix raisonné, nous avons retenu deux provinces parmi les neuf qui ont mis en œuvre le programme afin de diversifier les situations entre une province rurale et une province urbaine. La province rurale, qui est celle du Sanematenga (chef-lieu, ville de Kaya), a été choisie, car nous y entreprenions

un programme de recherche depuis 2011. Nous y avons retenu l'ensemble des sept mutuelles de la province. La Province du Kadiogo (Ouagadougou, capitale du Burkina Faso) abrite la plus grande mutuelle soutenue par le RAMS sur le plan du nombre d'adhérents. Elle est aussi la plus professionnelle, disposant d'un conseil d'administration et de salariés.

La porte d'entrée pour l'identification des répondants a été le réseau d'appuis aux mutuelles de santé (RAMS) qui a coordonné la mise en place du programme en collaboration avec le ministère de l'action sociale. Un entretien informel avec les responsables du RAMS a permis d'identifier le maximum de répondants clés pour chaque catégorie d'acteurs (tableau VIII). Le RAMS disposait d'une liste des points focaux du programme, du ministère de l'action sociale, de chaque mutuelle de santé et formation sanitaire. Ces points focaux ont contribué également à identifier d'autres répondants. Nous nous sommes entretenus au total avec 57 répondants (27 à Ouagadougou et 30 à Kaya) (tableau VIII). Nous avons également collecté des archives en lien avec chaque catégorie d'acteurs (rapports d'activités, coupures de presse, documents d'orientations du MASSN et du ministère de la Santé).

Tableau VIII. Nombre de répondants pour l'analyse du programme de solidarité

Position/à l'appareil gouvernemental	Catégorie d'acteurs	Zone	Organisations/structure d'attache du répondant	Nombre
Du dedans	Les responsables	Ouaga	Ministère de l'action sociale (niveau central), Direction générale de la Solidarité nationale Secrétariat SG du ministère de l'action sociale	2
		Les Agents	Ouaga	Ministère de l'action sociale (niveau local) Services sociaux communaux et provinciaux
	Ouaga		Ministère de la Santé Formation sanitaire ayant signé une convention avec la Mutuelle	8
	Kaya		Action sociale (niveau local) Direction provinciale de l'action sociale Kaya	1
	Kaya	Agent de santé Centre de santé et de promotion sociale (CSPS)	7	
Du dehors	Les particuliers	Ouaga	Rams (<i>Secrétariat exécutif du RAMS assistant de projet.</i>)	3
			Mutuelle de Ouagadougou (Mutuelle <i>laafi baoré</i>)	2
		Kaya	RAMS	1
	Intéressés	Ouaga	Comités de gestion mutuelle	7
			Comité de gestion CSPS	7
		Kaya	Bénéficiaires et non-utilisateurs des services	7
Total des répondants				57

7.1.2 Cueillette des données

Nous avons réalisé au total 108 entrevues, soit 41 entrevues (dont dix informelles) auprès de 36 répondants l'analyse de la PNPS et 57 entrevues auprès de 57 répondants pour l'analyse du programme de solidarité (tableau IX). Certains interlocuteurs ont participé à plus d'une entrevue.

Afin d'augmenter la validité interne des résultats, nous avons appliqué le principe de la triangulation. Cela a consisté à croiser les outils de collecte de données (Yin, 2008) et à diversifier les sources de collecte des données (tableau VII, VIII et X) afin de pouvoir croiser les informations (Olivier de Sardan, 2008) pour identifier des convergences ou des divergences. Nous avons donc utilisé trois outils de collecte de données afin de tirer profit de leur complémentarité : l'analyse documentaire et les entrevues semi-dirigées enregistrées (face à face et trois par Skype) et les entrevues informelles. Le « principe de saturation » (Olivier de Sardan, 1995b, 2008) a permis de mettre fin à l'enquête de terrain (pour la PNPS), c'est-à-dire que les données recueillies ne fournissaient plus de nouvelle information. La majorité (94) des entrevues semi-dirigées ont été enregistrées avec l'accord des intéressés et quatre entrevues ont fait l'objet de prise de note.

7.1.2.1 L'entretien semi-dirigé

Des guides d'entretiens flexibles ont été élaborés afin de permettre l'introduction et l'approfondissement de thème qui ont émergé de la collecte. Trois guides ont été conçus pour l'analyse de la PNPS (annexe 1 à 3) en fonction des objectifs de recherche : (1) analyse de l'émergence ; (2) analyse de la formulation ; (3) analyse du cheminement des connaissances explicites. De plus, trois guides d'entretien ont été élaborés pour l'analyse du programme de solidarité (annexe 4 et 5) en fonction des objectifs (émergence, formulation et mise en œuvre) et structuré selon la dimension du cadre d'analyse des courants multiples (figure 4).

Puisque nous nous inscrivons dans une démarche qualitative et compréhensive, nous avons privilégié la technique d'entrevue semi-dirigée pour collecter des données discursives. Les entrevues permettent d'avoir accès à des informations qui n'auraient pas été accessibles

autrement. Elles contribuent à mettre en exergue les perceptions des acteurs, de comprendre leurs réactions et attitudes (Miles et Huberman, 2003).

Contrairement à l'analyse documentaire, l'entrevue permet un échange entre le chercheur et l'interlocuteur (Savoie-Zajc, 2003). Cette relation renforce l'authenticité des réponses, donne la possibilité au répondant d'expliquer la perception des phénomènes. Le chercheur approfondit les questions et accède aux stratégies des acteurs pour influencer l'action publique, qui demeurent généralement privées (Savoie-Zajc, 2003; Yin, 2008).

Cependant, la manière et les conditions de mise en pratique de la technique de l'entrevue peuvent nuire à la qualité scientifique des données collectées (Bourdieu, 1993; Savoie-Zajc, 2010). La majorité des participants à notre recherche sont des élites qui occupent des postes de responsabilité dans des institutions gouvernementales ou dans des organismes et ONG internationaux. Ils ont été appelés à parler de leur participation à l'une des étapes du processus de la PNPS ou du programme de solidarité.

L'accès aux élites s'avère difficile, mais établir une relation de confiance avec eux l'est encore plus (François, Gautier, Lagrange, Mc Sween-Cadieux et Seppey, 2018). Par leur position, ils ont souvent tendance à manipuler ou à faire de la rétention d'information, ou défendre des positions « politiquement correctes ». Cette posture peut influencer la situation de l'entrevue ainsi que la qualité d'informations de diverses manières (Mikecz, 2012).

Pour faire face à ces défis, nous avons mis en pratique des techniques pouvant favoriser un climat de dialogue confiant. Les dates et lieux de rendez-vous ont été choisis à la convenance des répondants. Notre disposition pour des entrevues hors des bureaux (domicile ou café) en semaine ou en week-end a été appréciée par certains participants et contribué à susciter des discussions détendues et libres. Par ailleurs, nous avons toujours présenté nos objectifs de recherche en début d'entretien, mais aussi notre affiliation institutionnelle académique³⁰ afin de nous montrer crédibles et dignes de confiance vis-à-vis de nos interlocuteurs.

³⁰ Ingénieur de recherche à l'institut de recherche en science de la santé/centre national de la recherche scientifique et technologique (IRSS/CNRST/Burkina Faso), Candidate au Doctorat à l'Université de Montréal, Canada.

En plus, nous avons pris le soin de faire preuve d'une écoute attentive, qui se manifestait à travers nos relances et la reformulation des réponses des participants. Nous nous sommes adaptés à ces derniers en évitant de les interrompre même si le discours s'éloigne de notre question de départ. Les entrevues ont été non directives, mais orientées par le guide d'entretien. Bien que les questions aient été préparées à l'avance, nous les avons régulièrement reformulées, pour laisser la place à l'improvisation pour approfondir des thèmes émergents pendant l'entretien. Nous avons aussi, sur la base du niveau d'instruction du répondant et du poste occupé par celui-ci adapté, notre langage, tout en évitant l'usage de concept chargé de sens (par exemple gouvernance, ou mondialisation). Nous avons demandé des précisions lorsque ce type de concept ressortait dans le discours d'un interlocuteur. Cette capacité d'adaptation nous permettait d'identifier le meilleur moment pour synthétiser et valider les informations collectées. Cela permettait aussi de garder de la distance critique, mais aussi d'éviter les malentendus sur les réponses des participants.

L'application de ces techniques a contribué à établir un lien de confiance qui a favorisé une deuxième rencontre avec certains interlocuteurs pour des discussions informelles, permis de collecter de nombreux documents et favorisé l'utilisation de l'échantillonnage en boule de neige.

7.1.2.2 Entretien informel

Les entretiens ou conversations informelles ont eu lieu sans enregistreur et sans une prise de note officielle ou immédiate. La longue présence sur le terrain (huit mois) nous a permis de participer à trois ateliers de formation organisés par le secrétariat permanent de la mise en œuvre de la PNPS et d'échanger de façon informelle avec plusieurs acteurs qui ont été impliqués dans l'élaboration des politiques de protection sociale au Burkina Faso.

Par ailleurs, nous avons eu la chance de rencontrer certains participants lors d'événements sociaux pendant lesquels des conversations informelles ont eu lieu. Ces entretiens informels ont servi d'interaction exploratoire pour approfondir certaines questions ou pour vérifier des informations contenues dans les rapports et documents officiels sur la PNPS et le programme de solidarité.

Tableau IX. Nombre d'entrevues pour l'analyse de la PNPS et du programme de solidarité

Type d'entretien	Semi-dirigé enregistré	Informel	Total
PNPS	31	10	41
Programme de solidarité	57	0	57
Total	98	10	98

Toutes ces entrevues ont fait l'objet de transcriptions. Les contenus clés des conversations informelles ont été transcrits afin de soutenir l'interprétation des données empiriques et pour trianguler les informations (Olivier de Sardan, 1995b, 2008).

7.1.2.3 L'analyse documentaire

Elle a consisté à consulter et à analyser plusieurs sources écrites (tableau IX). Elle a permis de faire une reconstitution historique et temporelle (Ridde, 2007) de l'élaboration de la PNPS et du programme de solidarité tout en explicitant le contexte dans lequel cela a été possible, de confirmer ou d'écarter certaines informations recueillies lors des entrevues individuelles selon la démarche de la triangulation.

Tableau X. Liste des documents consultés

Type de document ou d'information	Nombre et auteurs
PNPS (N=170)	
Mise en œuvre et évaluation des CSLP (2000-2009)	Gouvernement =18, PTF = 0
Conséquences de la crise économique en 2008 au Burkina Faso.	Gouvernement =8, PTF =2
Atelier de formation sur la protection sociale (2008-2011) : présentations et rapports	24
Correspondance, rapport de mission, et de réunion entre les PTF des cadres de haut niveau.	4
Rapports et documents de la société civile nationale sur la protection sociale	6
Rapport d'étude/recherche, évaluation des projets pilotes	PTF= 18, Gouvernement= 6
Documents des organismes internationaux et régionaux (orientation et cadre d'action pour la protection sociale)	Afrique= 18 International= 17
Documents sur le processus de formulation de la PNPS (Rapport de commission, compte rendu de réunion et session de travail, canevas de rédaction, différentes versions de la politique)	25.
Assurance maladie universelle : document projet, études de faisabilité, loi	24
Programme de solidarité (N=42)	
Rapports d'activités et document de mise en œuvre du programme	8
Documents d'orientation du MASSN	2
Documents d'orientation du ministère de la Santé	2
Document Assurance Maladie universelle et les mutuelles de santé	24
Coupure de presse	6

7.1.3 Analyse des données

Nous avons opté pour une analyse thématique du discours (Blais et Martineau, 2006; Paillé et Mucchielli, 2012; Sabourin, 2009). Ce type d'analyse est approprié pour nos objectifs de recherche, car elle permet de faire une synthèse systématique de l'ensemble du discours des participants (Paillé et Mucchielli, 2012) et d'organiser le discours selon une séquence ou un processus logique (Massé, 1992) pour capter toutes les positions émises par les participants. L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes avec l'aide du logiciel N'Vivo 11 qui nous a assistés dans les opérations de segmentation, de description et de mise en lien des thèmes dégagés des discours pour aboutir à des catégories d'analyse.

La première étape a consisté à préparer le matériel. Les entretiens ont été retranscrits intégralement. Après une relecture attentive et approfondie pour une meilleure appropriation du matériel et pour avoir une idée des thèmes émergents, ils ont été transférés dans le logiciel.

La seconde étape a consisté à la codification des entrevues. Nous avons adopté une méthode mixte de codification qui combine l'approche inductive et déductive (Van der Maren, 1996). Ce choix se justifie par notre volonté de laisser place aux thèmes émergents puisque la codification était plus ou moins libre même si nous avons les éléments de notre cadre d'analyse à l'esprit. Pour Miles et Huberman (2003) « l'induction et la déduction constituent des procédures de recherche dialectique et ne s'excluent pas mutuellement. » (P. 277). D'autres auteurs parlent d'approche abductive pour dépasser l'opposition entre le raisonnement inductif et déductif (Gioia, Corley et Hamilton, 2013). Nous avons procédé tout d'abord à un premier codage ouvert et intégral de toutes les entrevues selon une grille d'analyse non rigide conçue à partir de nos cadres conceptuels. Nous avons décomposé les verbatims en idées, en faits ou en événements auxquels des noms ont été donnés. En effet, nous avons attribué à chaque segment du discours (unité de sens) une étiquette (mots courts ou phrases) pour nommer la rubrique. Ainsi, une unité de sens ou portion de texte est associée à une rubrique (Nœud parent NVivo) ou sous-rubrique (nœud enfants NVivo). Chaque portion de discours en fonction du sens ou de l'idée qu'il dégage est codée (copiée et intégrée) dans les nœuds et sous nœud NVivo existants et dans ceux qui émergent progressivement du processus de codification. Nous avons ensuite procédé à un regroupement des nœuds dans cinq rubriques distinctes correspondant aux articles de la thèse.

L'étape 3 a consisté à recoder de façon plus affinée les contenus de chacune des cinq rubriques pour dégager des thèmes explicites. Les rubriques n'étant pas figées, cette étape a consisté à lire attentivement le contenu de chaque rubrique et sous rubrique, à apporter plus de précision par la création de nouveaux nœuds, à faire des regroupements et des fusions pour réduire les redondances. Cela consistait à comparer puis à regrouper certains nœuds sous une même rubrique ou classification, en considération de certaines caractéristiques communes ou des sens apparentés. Cette étape a permis d'étudier en profondeur les segments de discours contenu dans les multiples rubriques et sous rubriques dans le but de transformer ces derniers en thèmes explicites. Comme le soutiennent Paillé et Mucchielli (2003), « on ne thématise donc pas tout de suite, et il s'agira alors d'étiqueter provisoirement l'extrait à l'aide d'une rubrique » (p. 142).

L'étape 4 a consisté à mettre en relation nos données condensées et traitées en relation avec les questions de recherche et cadres d'analyse. Les thèmes et sous-thèmes ont été organisés en fonction des dimensions du cadre des courants multiples (article 1 et 4), la perspective politique de l'analyse de l'utilisation de la connaissance (article 3), pour répondre aux questions de recherche. Le raisonnement inductif par questionnement analytique (Paillé et Mucchielli, 2012) a permis de « donner du sens aux données brutes et complexes » (Blais et Martineau, 2006, p. 2) concernées par l'article 2 et 5. Cela a consisté à se focaliser sur les questions de recherche pour organiser les thèmes et sous thèmes condensés. Progressivement, nous avons mis en lien les thèmes avec leurs sous-thèmes, pour identifier les conséquences et des interactions associées aux événements, faits et idées (contenu des thèmes et sous thèmes). Cela a consisté à répondre aux questions suivantes en lien avec les phénomènes, événements, faits : pourquoi ? Comment ? Où, quand ? Qui ? Et avec quels résultats ? Il s'agissait de rechercher dans les thèmes (les segments de discours liés à un fait ou une idée) et dans les documents des indications sur les conséquences associées à un phénomène ou événement, et des indices soulignant la façon dont les thèmes principaux sont liés entre eux. Cette mise en relation a abouti à un réseau thématique permettant de comprendre le processus de la formulation de la PNPS et la rationalité des acteurs (article2) et la mise en œuvre du programme de solidarité (article5).

Parallèlement à l'analyse thématique, les documents ont été organisés de façon chronologique pour construire un récit historique des événements en lien avec les étapes d'élaboration de la PNPS de 2008 à 2012. Cela permettait de retracer (article 3) en même temps les éléments

contextuels, les acteurs et la connaissance scientifique, liés à chaque étape importante du processus. Les documents et les rapports des événements clés (rapport d'étude, d'atelier de formation et son rapport d'évaluation, de voyage d'études,) ont été examinés, en extrayant les informations suivantes : objectif, contenu/message clé, auteur, date. Cette analyse a ensuite permis d'identifier les moments propices, les acteurs et leurs stratégies, puis examiner les éléments du contexte qui ont favorisé ou non le recours à la connaissance pour éclairer la mise en forme de la PNPS. La triangulation du discours des répondants avec le contenu des documents en ayant à l'esprit deux questions (quel message a été utile pour l'émergence ou la formulation, comment le message a-t-il été utilisé) permettait de comprendre le cheminement de la connaissance dans le processus. Par exemple, lorsqu'un participant membre du secrétariat de rédaction affirme que « *l'atelier de formation a influencé notre compréhension du concept de protection sociale pour la rédaction de la note de cadrage* », nous mettons en parallèle le contenu des présentations de l'atelier et le contenu de la note de cadrage, pour identifier les similitudes entre les définitions conceptuelles contenues dans les deux documents.

7.2 Considérations éthiques et limites de la recherche

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique en santé du Burkina Faso, le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal et le comité d'éthique du Centre de recherche du centre hospitalier-universitaire de l'Université de Montréal (CRCHUM). Une attention particulière a été donnée à la préservation de l'anonymat des personnes interviewées. Un consentement libre et éclairé a été demandé aux participants, après qu'ils aient été informés des avantages et des inconvénients de participer à la recherche. Les informations collectées demeureront confidentielles. Les renseignements personnels, y compris les renseignements audios, seront détruits sept ans après la fin du projet, conformément aux normes en vigueur par l'Université de Montréal.

Nous avons identifié des difficultés inhérentes à l'approche rétrospective d'analyse des processus, susceptibles d'influencer négativement la qualité de notre recherche. D'abord, le biais de mémoire lié à la difficulté de se rappeler des événements passés s'est traduit par des hésitations et des expressions telles que : « *si je me souviens bien* », « *ça fait longtemps est-ce que ce n'est pas un atelier ou quelque chose comme ça ? Il y a longtemps* », « *si ma mémoire est*

bonne », « *Ah c'est l'année-là que je cherche...* », « *Il faut que je fouille, je vais fouiller dans ma machine ou mon disque dur* ».

Ensuite, le biais de mémoire dû à la mobilité du personnel. Nous n'avons pas pu rencontrer certains acteurs clés des organismes internationaux qui ne résident plus au Burkina Faso et qui n'ont pas répondu à nos demandes de participation à la recherche par Skype. Leurs remplaçants qui n'ont pas suivi le processus de bout en bout n'ont certainement pas connaissance de toutes les informations. Ce changement de personnel a aussi pu influencer le contenu des réponses (la variabilité des perceptions d'un acteur à l'autre). Nous avons néanmoins tenté de réduire ce biais par la diversité des sources de collectes de données et la triangulation des informations. Mais nous sommes conscientes qu'il est difficile de se rappeler avec précision ce qui a déterminé ou une décision (dans le passé) surtout lorsqu'il y a peu de traces écrites et que les quelques rapports existants reprennent des discours officiels. En plus, l'accès aux archives et à la documentation dans le contexte du Burkina Faso demeure problématique du fait de la faible capacité de gestion et de conservation des archives.

DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS-DISCUSSIONS ET CONCLUSION

Tableau XI. Présentation des articles de la thèse

Numéro/statut	Titre	Contribue à quel objectif
Article 1 : Publié	Kadidiatou Kadio <i>et al.</i> « Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso : contexte d'émergence et stratégies des acteurs », <i>Revue française des affaires sociales</i> 2018/1p. 63-84.	O1. Analyser l'émergence des politiques publiques de protection sociale. 1 Pourquoi le gouvernement a-t-il décidé de l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale ? 3 Comment le contexte et les acteurs ont-ils favorisé cette prise de décision ?
Article 2 : Publié	Kadio, K., Dagenais, C. et Ridde, V. (2018). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale : un cas de « non design » au Burkina Faso. <i>Revue internationale de politique de développement</i> . Vol. 10, no 10.1.	O2. Analyser le processus de formulation des politiques publiques de protection sociale. 1 Comment la PNPS a-t-elle été formulée ? 4 Comment les acteurs ont-ils décidé du contenu de la PNPS et quels facteurs ont influencé le choix du contenu de la PNPS
Article 3 : Soumis à Social Science and Medicine	Kadio, K., Dagenais, C. et Ridde, V. (2019). Comment les connaissances explicites éclairent-elles la mise en forme des politiques : le cas de la politique nationale de protection sociale du Burkina Faso.	O3 analyser les circonstances d'utilisation des connaissances explicites pour éclairer le processus de mise en forme de la PNPS 2012 1. Quels sont les types de connaissances explicites et les types d'utilisations ; 2. De quelles façons les connaissances ont-elles éclairé la décision de formuler une PNPS ? 3. De quelles manières les connaissances ont-elles soutenu les choix du contenu de la PNPS ? 4. Quels sont les stratégies de transfert de connaissances et les acteurs ? 5. Quels sont les facteurs favorisant ou les obstacles à l'utilisation des connaissances explicites ?
Article 4 : Publié	Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y., & Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. <i>Sciences sociales et santé</i> , 35 (2), 43-68.	O1. Analyser l'émergence des politiques publiques de protection sociale. 2 Pourquoi le RAMS et le MASSN ont-ils décidé de mettre en place le programme de solidarité pour améliorer la couverture sanitaire des plus démunis ? 3 Comment le contexte et les acteurs ont-ils favorisé cette prise de décision ? O2. Analyser le processus de formulation des politiques publiques de protection sociale. 2 Comment le programme de solidarité a-t-il été formulé ? 3 Comment les acteurs ont-ils décidé du contenu du programme de solidarité et quels facteurs ont influencé les choix ?
Article 5 : Publié	Kadidiatou, K., Yamba, K., Aboubacar, O., & Ridde, V. (2018). Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso. <i>International Social Security Review</i> , 71(1), 71-91.	O.4 : Analyser la mise en œuvre 1. Comment le programme de solidarité a-t-il été mis en œuvre ? 2. Quels facteurs ont influencé la mise en œuvre du programme de solidarité

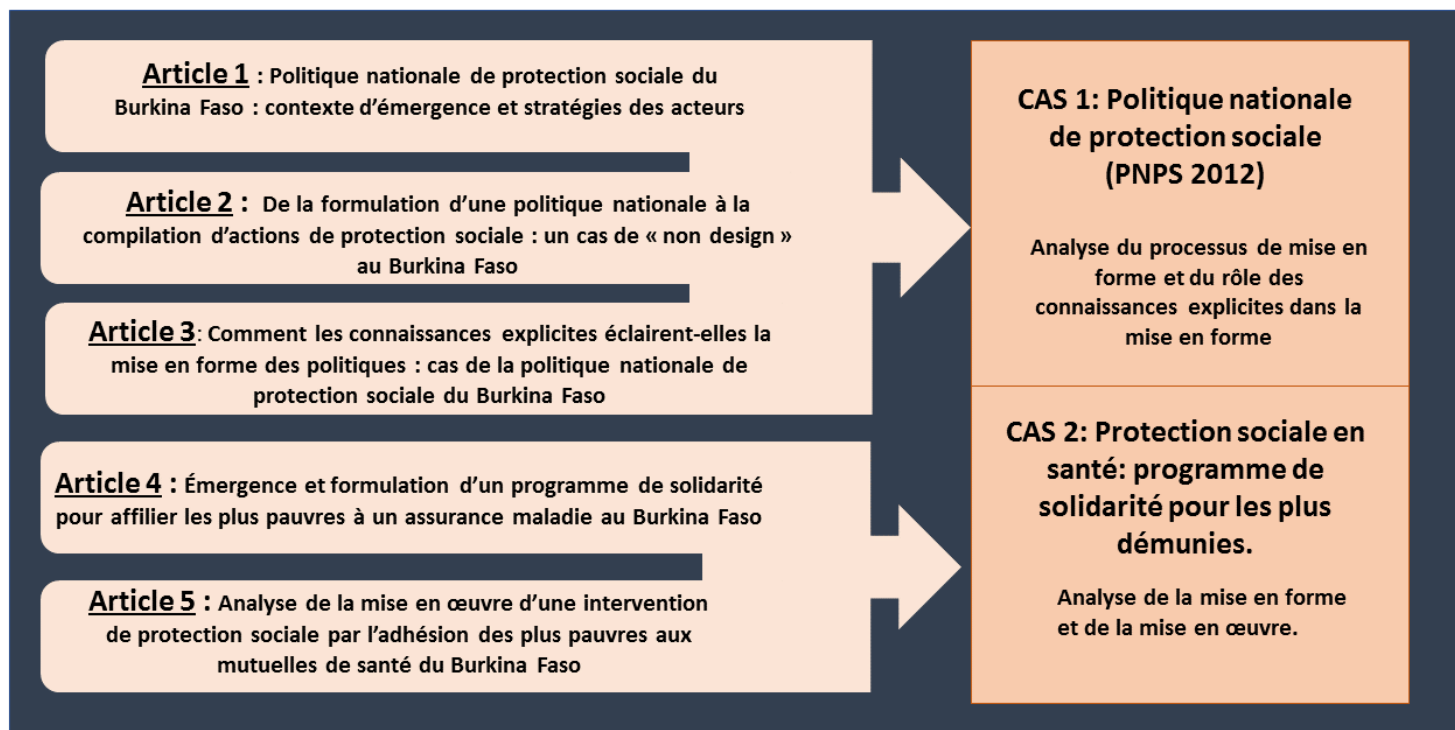


Figure 7. Articulation des articles

**CHAPITRE 8 ARTICLE 1 : POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION
SOCIALE DU BURKINA FASO : CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET
STRATÉGIES DES ACTEURS**

Kadidiatou Kadio, Christian Dagenais et Valéry Ridde,
Publié dans la *Revue française des affaires sociales* 2018/1, p.63-84

Résumé

Afin de fournir une protection sociale aux populations, le Burkina Faso a adopté, en 2012, sa première Politique nationale de la protection sociale (PNPS) qui intègre les deux volets de la protection sociale (assurances sociales et filets sociaux). S'appuyant sur la théorie des courants de Kingdon (2003), cet article montre que la PNPS vise à répondre au problème du déficit de protection sociale, source du renforcement des inégalités sociales, et de la dégradation du climat social et politique. Le contexte mondial de promotion d'un socle de protection sociale (nouvelle orientation politique) a renforcé la réceptivité du gouvernement à l'élaboration d'une PNPS, en réponse au déficit de protection sociale. Les institutions internationales, sous l'impulsion de l'UNICEF, se sont regroupées en un réseau d'entrepreneurs politiques pour promouvoir cette solution qui cadre avec leur mandat, et véhiculer des idées de protection sociale qui coïncident avec les attentes et les besoins du moment du gouvernement burkinabé (la solidarité nationale, la paix et la cohésion sociale). L'adoption de la PNPS représente les fondations d'un système de protection sociale pour le pays.

Abstract

In order to provide social protection to the population, Burkina Faso adopted its first National Policy for Social Protection (PNPS) in 2012, integrating the two components of social protection (social insurance and social safety nets). Based on Kingdon's theory of currents (2003), this article shows that the PNPS was aimed at addressing the problem of the social protection deficit, a source of growing social inequalities, and the deterioration of the social and political climate. The global context of promoting a Social Protection Floor (new policy orientation) has strengthened government responsiveness to the development of a PNPS in response to the social protection gap. The international institutions spurred on by UNICEF have joined together into a network of political entrepreneurs to promote this solution which fits their mandate, and to convey social protection ideas that coincided with the expectations and needs of the government at that time (national solidarity, peace, and social cohesion). The adoption of the PNPS represents the foundation of a PS system for the country

8.1 Introduction

La protection sociale, longtemps considérée comme onéreuse, a retrouvé une place de choix dans les politiques des pays à faibles et moyens revenus (Merrien, 2013 ; Polet, 2014). Sa définition varie selon les perspectives adoptées, mais repose toutefois sur trois points communs : elle relève de la responsabilité de L'État qui en oriente la vision ; les programmes sont non contributifs (filets sociaux) ou contributifs (assurances sociales) ; le but ultime est de réduire les risques et la vulnérabilité socio-économique qui sont compris comme les principales causes de la pauvreté (Conway, 2000 ; Holzmann, 2003).

Depuis le lancement de l'initiative de socle de protection sociale en 2008 par les Nations unies, les pays à faibles et moyens revenus ont manifesté un intérêt à formuler des politiques de protection sociale (Merrien, 2013). L'accent a d'abord été mis sur les programmes de filets sociaux, notamment les transferts monétaires et non monétaires ainsi que les exemptions de paiement des services de santé et scolaires (Cherrier, 2016 ; Roelen et al. 2017). Cependant, ces programmes se résument souvent à des interventions isolées, conçues et financées par des donateurs extérieurs. Ils se distinguaient par leur aspect fragmentaire et leur faible coordination (Devereux et Macauslan, 2006).

À partir de 2010, certains pays ont élaboré une politique nationale de protection sociale (PNPS) ayant pour finalité la mise en place progressive d'un système national de protection sociale complet et cohérent. Cette PNPS définit une vision nationale à long terme, les priorités, les objectifs à atteindre, les catégories de bénéficiaires, les programmes et les stratégies de mise en œuvre (Pino et Confalonieri, 2014). Le Burkina Faso a adopté sa première politique nationale de protection sociale en 2012 pour : « contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales par (i) le développement de mécanismes adéquats et pérennes de prévention et de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et (ii) l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à tous les risques sociaux. » (PNPS, 2012).

Peu d'écrits ont été consacrés à ces politiques en Afrique. La seule étude africaine portant sur le sujet, réalisée par A. Pino et A. M. B. Confalonieri en 2014, est purement descriptive. Elle a

consisté à décrire le contenu des PNPS de 12 pays. Pourtant, il importe de comprendre les motivations des décideurs et le contexte d'émergence des politiques publiques, car ces facteurs sont déterminants dans la mise en œuvre effective du programme (Howlett, 2011).

Ainsi, l'objectif du présent article est d'analyser l'émergence de la PNPS 2012 au Burkina Faso. Vincent Lemieux (2009) considère les politiques publiques comme un système d'action, qu'il décompose en quatre sous-processus : l'émergence ; la formulation ; la mise en œuvre ; l'évaluation. Le présent article se concentre sur l'analyse du premier sous-processus, soit l'émergence ou la mise à l'ordre du jour gouvernementale. Il s'agit de comprendre comment certaines situations parviennent à susciter une intervention des autorités publiques (Lemieux, 2002). Nous répondrons aux questions de recherche suivantes : pourquoi le gouvernement a-t-il décidé de l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale ? Comment le contexte et les acteurs ont-ils favorisé cette prise de décision ?

8.2 Facteurs d'émergence et cadre d'analyse

Les politiques nationales de protection sociale sont récentes en Afrique. La majorité des écrits existants portent sur les pays de l'Afrique anglophones et traitent soit des transferts sociaux, soit des politiques d'exemption et d'assurance communautaire en santé. Les conditions qui ont favorisé l'émergence de ces politiques sont : les situations de crise, la politique interne, l'engagement soutenu des individus et des institutions nationales, les idées, les intérêts des acteurs, les élections, la construction de preuves, les institutions et les ONG internationales (Cherrier, 2016 ; Foli et Béland, 2014 ; Hickey, 2008 ; Kusi-Ampofo, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014). Ainsi, en Afrique du Sud, les programmes de filets sociaux ont émergé dans un processus politique conduit par des élites nationales pour réduire les inégalités persistantes, malgré la fin de l'apartheid (Niño-Zarazúa, 2010). En Afrique centrale, les organisations bilatérales et multilatérales, ainsi que les ONG internationales, ont exercé une influence significative sur l'émergence des filets sociaux (Niño-Zarazúa, 2010). Une étude empirique portant sur douze cas montre que les politiques de filets sociaux résultent d'interactions complexes entre des groupes d'acteurs politiques (internationaux et nationaux), cependant pas assez documentées (Cherrier, 2016). La recherche sur la protection sociale en Afrique de l'Ouest sahélienne s'est davantage concentrée sur la couverture sanitaire (Holmes et Lwanga-Ntale,

2012). Très peu de recherches ont concerné les filets sociaux, car ils sont très récents dans cette région (Cherrier, 2016 ; Pino et Confalonieri, 2014).

❖ *La théorie des courants pour l'analyse de l'émergence*

Divers cadres d'analyse sont utilisés pour comprendre les conditions et les facteurs favorisant l'émergence d'une politique publique. La théorie des courants de Kingdon (2003), inspirée du modèle de Cohen (1972), soutient que la prise de décision est contextuelle, ambiguë, imprévisible et liée à des opportunités. Cette théorie est pertinente pour comprendre l'émergence de la PNPS, car elle prend en compte les facteurs contextuels (les acteurs, le contexte politique national et international) et cognitifs (croyances, valeurs, idées). Pour John Kingdon, le processus de réalisation d'une politique publique n'est ni linéaire, ni le résultat d'un choix rationnel, mais plutôt la résultante d'un processus complexe qu'il résume par trois courants indépendants, mais reliés entre eux : problème, orientation, solution (Howlett, 2014 ; Ridde, 2007 ; Zahariadis, 2014). Pour lui, l'émergence d'une politique publique s'explique par la rencontre du courant des problèmes avec le courant des orientations, occasionnée par un entrepreneur politique au moment où s'ouvre une fenêtre d'opportunité dans le courant des problèmes (par exemple une crise) ou dans celui des orientations (changement de tendance politique). Le courant des solutions est également présent, mais en couplage moins serré avec chacun des deux autres courants. La théorie des courants reconnaît l'importance des acteurs individuels ou corporatifs pour faire émerger une décision politique. Il s'agit d'entrepreneurs politiques (Lemieux, 2009 ; Ridde, 2007) qui sont des individus ou des organisations, opérant dans ou en dehors du gouvernement. Ils sont prêts à investir leurs ressources (temps, énergie, expertise ou argent) pour plaider en faveur d'un changement politique (ou empêcher le changement de se produire) (Zahariadis et Exadaktylos, 2015).

Le courant des problèmes se compose de toutes les conditions (modifiables) dans une société à un moment donné. Un problème est une situation qui attire l'attention des décideurs politiques et pour la résolution de laquelle une action organisée est possible et appropriée (Kingdon, 2003). Aucune condition ne devient spontanément un objet pour l'action gouvernementale ou parce qu'elle s'imposerait à l'esprit. S'inspirant de la théorie de Kingdon, Valery Ridde (2006) a mis en exergue neuf éléments qui contribuent, au Burkina Faso, à augmenter la probabilité qu'une condition soit perçue comme un problème public : la rétro-information, les événements

inattendus, les indicateurs sur une situation, l'importance du problème, la connaissance des causes, l'importance des conséquences, les populations touchées, la nouveauté de la situation, la proximité, les valeurs.

Le courant des solutions regroupe l'ensemble des possibilités offertes en vue de résoudre les problèmes. Il renvoie à des connaissances et des perspectives pouvant être mobilisées pour remédier à un problème. Le courant des solutions pourrait être assimilé à un réservoir de connaissances, indépendant des problèmes et des orientations, dans lequel des idées naissent et meurent. Kingdon (2003) note que rarement les solutions sont entièrement neuves. Il s'agit plutôt de nouveaux choix de solutions qui sont le plus souvent combinées avec de vieilles idées.

Le courant des orientations représente les facteurs reliés directement aux responsables politiques, à leur entourage et parfois à leurs agents. Il se définit également par la « réceptivité » des décideurs à l'égard de la mise à l' « agenda » d'un enjeu donné. Cette réceptivité des décideurs est influencée par un ensemble complexe de phénomènes, dont le climat politique, la tendance nationale ou l'humeur politique nationale. Ces phénomènes se fondent « sur des idées dont l'heure est venue et qui sont dans l'esprit du temps » (Lemieux, 2009).

8.3 Méthodologie de recherche

Notre stratégie de recherche est celle d'une étude de cas unique (Yin, 2008). Nous avons mobilisé trois types de méthodes et plusieurs sources de collecte de données pour permettre une triangulation des informations et, ainsi, renforcer la validité interne des résultats. Nous avons tenu un journal de bord durant la collecte des informations, réalisé 41 entretiens, dont dix entrevues informelles exploratoires et 31 entretiens approfondis enregistrés. Les entretiens informels ont permis d'accéder à des documents (rapports de réunions de travail, de formations, de voyages d'études), de reconstituer l'historique de la PNPS et de dresser une liste préliminaire des acteurs clés. Cette liste préliminaire a été complétée par l'analyse documentaire (liste de présence aux réunions) et la technique de boule de neige. Au total, nous nous sommes donc entretenus avec 36 répondants (certains plus d'une fois), dont des cadres supérieurs de l'administration publique (n = 20), des responsables et gestionnaires d'organisations non gouvernementales et d'associations locales (n = 7), des fonctionnaires et cadres issus des institutions des Nations unies et de la coopération bilatérale (n = 9).

Les thèmes des entrevues portaient sur : la perception des acteurs sur le problème que souhaite résoudre la PNPS ; les événements et situations qui ont contribué à accroître l'attention des décideurs sur le sujet ; l'identité des acteurs, leurs rôles et leurs motivations. L'analyse des données a été faite en plusieurs étapes en nous appuyant sur la méthode de l'analyse thématique du discours (Paillé et Mucchielli, 2012). D'abord, nous avons retranscrit tous les entretiens, puis réalisé une synthèse de nos notes de terrain contenues dans le journal de bord. Ensuite, les documents ont été organisés de façon temporelle selon le type d'auteur (national, régional, international, ONG) et le type de document (rapport d'atelier, compte rendu de réunion, rapport d'étude, document d'orientation, cadre conceptuel). À l'issue d'une relecture des discours, les entretiens et les documents ont été importés dans le logiciel N'Vivo 11 pour l'organisation du corpus. Enfin, chaque entretien a été segmenté et codifié par unité de sens ou catégorie de réponse dans des nœuds (libres et hiérarchiques) selon une grille d'analyse non rigide conçue à partir de notre cadre théorique. Nous avons laissé place aux thèmes émergents. Les données ont été collectées entre novembre 2015 et juillet 2016. Nous avons reçu l'approbation du comité d'éthique santé du Burkina Faso et celle de l'Université de Montréal.

8.4 Résultats discutés

8.4.1 Courant des problèmes : déficit de protection sociale, un problème public

Nous avons choisi d'utiliser l'expression « déficit de protection sociale » pour désigner la situation à laquelle le Burkina Faso fait face, et qui a nécessité l'intervention des autorités publiques. Cette situation se caractérise non seulement par la faible capacité des individus et des ménages (surtout pauvres) à gérer les conséquences des événements imprévus (maladie, perte de l'emploi, catastrophe naturelle, etc.), mais aussi par le manque de mécanisme institutionnel de soutien aux ménages. Elle englobe donc les insuffisances de l'ensemble des composantes du système de protection sociale (faible couverture, manque de coordination, insuffisances/manques de services). Il s'agit à présent d'identifier les facteurs qui ont contribué à attirer l'attention des décideurs sur cette situation et à la percevoir comme un problème public. D'abord, le déficit de protection sociale n'est pas un phénomène nouveau, mais il a été renforcé par les réformes économiques des années 1990. Cette situation résulte du désengagement de l'État vis-à-vis des secteurs sociaux depuis l'avènement des politiques d'ajustement structurel

et de l'inefficacité des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP). Le CSLP 1 (2000-2003) n'a pas atteint son objectif de « garantir aux pauvres l'accès aux services sociaux de base et à la protection sociale » (MEF, 2010b). Les stratégies n'étaient pas adaptées aux conditions de vie des populations. En effet, l'accent avait été mis sur la disponibilité physique des infrastructures de services sociaux sans tenir compte des autres barrières à l'utilisation.

Ensuite, les causes du déficit sont connues. Entre 2004 et 2009, le CSLP 2 a été mis en œuvre pour une meilleure prise en compte des solutions concernant l'exclusion des pauvres. Les rapports gouvernementaux soulignent que les mesures de subvention et d'exemption de paiement (accouchements, frais de scolarité dans les écoles primaires publiques) pour favoriser l'accès des pauvres aux services n'ont pas amélioré la situation (MEF, 2010b). Plusieurs insuffisances ont été relevées, dont notamment le fait que la protection sociale n'a pas été institutionnalisée à travers des programmes d'assistance réguliers et prévisibles. En effet, la plupart des interventions ont été exécutées de façon ponctuelle en cas de crise ou de catastrophe, à travers un financement extérieur, sans une vision pérenne. Les actions ont été mises en œuvre de façon éparse et désordonnée par de multiples acteurs (ONG, associations et gouvernement, souvent dans les mêmes zones) sans aucune concertation. Enfin, le pays ne disposait pas d'un cadre de référence permettant d'orienter les différentes parties prenantes (étatiques et ONG) sur les actions à entreprendre et pour donner une vision nationale en matière de protection sociale. Selon un cadre d'un ministère « *Il n'y avait pas de coordination au niveau du gouvernement et tout le monde faisait ce qu'il voulait* ». La crise alimentaire de 2008-2009 a mis ces lacunes en exergue, révélant la faible capacité d'absorption des institutions et l'incohérence des interventions lors de la mise en œuvre du plan d'action de gestion de la crise.

Par ailleurs, les connaissances sur l'ampleur de la situation ont contribué à attirer l'attention des décideurs sur la nécessité d'une action publique. En effet, l'étude de la Banque mondiale sur l'état des filets sociaux au Burkina Faso a mis en exergue le déficit de protection sociale (faible couverture, ciblage aléatoire, clientélisme et manque de coordination). Si le taux de croissance moyen du pays est de 5,2 %, entre 2003 et 2009, l'incidence de la pauvreté n'a baissé que de 2,5 points sur la même période, s'établissant à 43,9 % de la population (INSD, 2012).

De même, les conséquences du déficit de protection sociale sont connues. D'une part, l'exclusion des pauvres des services sociaux de base (éducation, santé), l'insécurité alimentaire,

la faible capacité de résilience qui renforce la vulnérabilité des personnes face à un événement inattendu conduisent à l'appauvrissement des ménages. L'accès inéquitable aux opportunités et la transmission intergénérationnelle de la pauvreté sont aussi mentionnés. Selon un interlocuteur du ministère de l'Action sociale, « *si tu es pauvre, tes enfants, petits-enfants et arrières petits-enfants mourront pauvres. Il n'y a pas de protection sociale pour les pauvres* ». D'autre part, les frustrations face à l'accroissement des inégalités et de l'injustice s'expriment par des tensions qui mettent en péril la paix et la cohésion sociale.

En outre, les différents interlocuteurs burkinabés, pour la plupart des décideurs, se sentent concernés par la question. Ils estiment que les actions de protection sociale, surtout celles visant les pauvres, soutiennent la solidarité familiale et communautaire et soulagent les personnes non pauvres de ce fardeau. En effet, ces dernières sont souvent les piliers des familles et de la solidarité. Cependant, la PNPS se focalise sur les personnes pauvres et vulnérables parce qu'elles ont plus de besoins que les autres.

Les événements et les crises ont alerté les autorités publiques. Les violentes manifestations de rue (marches contre la « vie chère ») de 2008 et 2011, en réaction à la baisse du pouvoir d'achat des populations (répercussions de la crise économique et pétrolière sur les conditions de vie des populations), ont entraîné une dégradation du climat social et politique (Assemblée nationale, 2008). Une coalition nationale de lutte contre la vie chère a été créée en mars 2008, constituée de syndicats, d'associations, de réseaux et mouvements de la société civile. Une plateforme de revendication a été mise en place pour réclamer des mesures contre la vie chère, les inégalités sociales, l'impunité et l'injustice sociale (Chouli, 2013). Cela a renforcé l'attention des décideurs sur une situation ancienne, mais devenue inacceptable.

Les valeurs ambiantes sont d'ailleurs en faveur de l'amélioration de la protection sociale. Les documents nationaux révèlent que la protection sociale est en phase avec les valeurs de solidarité nationale. L'étude nationale prospective « Burkina 2025 » a retenu la solidarité comme étant l'un des blocs de construction pour un pays émergent et reconnu internationalement (CNPS, 2005). Par ailleurs, agir pour réduire le déficit de protection sociale fait écho aux valeurs de la plupart des interlocuteurs de cet article. Face à l'inefficacité des systèmes de solidarité traditionnelle comme stratégies de gestion des risques, il devient de la responsabilité de l'État de prendre la relève pour organiser une solidarité formelle et institutionnelle.

Enfin, lors de la mise en œuvre du CSLP, une commission sectorielle thématique a été chargée de suivre la mise en œuvre du volet promotion et protection sociale. Les réunions et travaux de cette commission sectorielle thématique ont été des moments d'interaction importants entre acteurs du domaine de la protection sociale pour discuter des insuffisances, des défis et des solutions en vue d'améliorer la protection sociale.

En somme, ces éléments permettent de comprendre pourquoi la situation de déficit de protection sociale a commencé à être prise en compte comme un problème à résoudre. En dehors de l'ancienneté de la situation, les autres éléments constitutifs d'un problème sont propices à une transformation cognitive. Les crises et la dégradation du climat social ont permis aux différentes parties prenantes de prendre conscience du fait que le déficit de protection sociale avait été négligé de longue date et qu'il était nécessaire d'aller au-delà des actions ponctuelles pour mettre en place un système formel et pérenne. La situation est donc devenue un problème public pour lequel des solutions sont connues et discutées lors des moments de rétroaction. Il semble nécessaire à présent de se pencher sur l'influence que peuvent avoir les orientations internationales sur les perspectives de changement national.

8.4.2 Courant des orientations : la réceptivité du gouvernement à élaborer une politique de protection sociale

Afin d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement, les gouvernements africains ont pris des engagements pour réduire de moitié la pauvreté (Antonopoulos, 2013). Pour cela, en 2008, les instances dirigeantes de l'Union africaine ont adopté des recommandations préconisant l'investissement des États en matière de protection sociale (Taylor, 2008).

En avril 2009, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations unies pour la coordination a lancé neuf initiatives pour aider les pays à faibles et moyens revenus à atténuer l'impact de la crise (CCS, 2009). L'initiative de socle de protection sociale s'inscrit dans ce programme d'unité d'action des Nations unies. Elle vise à aider les pays à planifier et mettre en œuvre durablement des mécanismes de transferts sociaux et des services sociaux essentiels.

Une coalition des agences onusiennes (sous la direction, de l'OIT et de l'Organisation mondiale de la santé, OMS) a été constituée pour promouvoir et mettre en œuvre ce nouveau paradigme

de développement social (Gliszczynski, 2013). Dans ce cadre, chaque pays doit mettre en œuvre un paquet minimum de quatre garanties essentielles : toute personne résidente a accès aux soins de santé essentiels ; tout enfant a une sécurité de revenu supérieure ou égale au seuil national de pauvreté pour accéder à la santé, à l'éducation et à l'alimentation ; toute personne active incapable de gagner des revenus suffisants sur le marché du travail a une sécurité de revenus supérieure ou égale au seuil national de pauvreté ; tout résident âgé et invalide a une sécurité de revenu supérieure ou égale au seuil national de pauvreté (Cichon, 2011). Les agences onusiennes ainsi que les institutions internationales et de coopération ont commencé à faire la promotion de la protection sociale dans les pays à faibles et moyens revenus par le biais de leurs bureaux régionaux et nationaux (Cichon, 2011).

La participation du Burkina Faso aux rencontres régionales a rendu le gouvernement plus réceptif, révélant un état d'esprit favorable à des changements visant l'amélioration de la protection sociale des populations. En 2009, le Premier ministre a sollicité officiellement l'appui du Bureau international du travail (BIT) pour la mise en place d'un socle.

En 2010, le gouvernement a décidé de réviser le CSLP, conduisant à la formulation d'une stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) pour 2011-2015. La SCADD s'appuie en partie sur la vision de développement à long terme, définie dans l'étude « Burkina 2025 » : « une nation solidaire, de progrès et de justice » (CNPS, 2005). Il s'agit d'une nouvelle orientation politique qui souhaite tenir compte des insuffisances des politiques antérieures en matière de protection sociale. La note de cadrage de l'élaboration, de la SCADD signale qu'en « matière de protection sociale et de promotion des droits humains, des efforts restent à faire » (Gouvernement du Burkina Faso, 2010).

Cette attitude en faveur de la protection sociale se lit dans les documents du parti majoritaire au pouvoir, le Congrès pour la démocratie et le progrès (CDP). Aux élections présidentielles de 2010, le projet de société de Blaise Compaoré, candidat du parti, a présenté « la garantie d'une juste protection sociale » comme essentielle pour renforcer la cohésion sociale et l'environnement de la croissance (CDP, 2010). En vue de promouvoir la solidarité nationale et le développement global, le projet propose de repenser l'action publique pour réduire les déficits sociaux. Les actions suivantes y sont mentionnées : l'adoption d'une politique nationale de protection sociale (PNPS) permettant de définir le cadre global et les principes directeurs devant

guider les actions et promouvoir les synergies ; la définition du cadre stratégique et institutionnel de la protection sociale, dans lequel s'intègrent les filets sociaux ; le renforcement des liens entre transferts sociaux, services sociaux, assurances sociales et cadres légaux (CDP, 2010). La protection sociale, comme une promesse de campagne, est apparue dans le discours de certains interlocuteurs issus des partenaires techniques et financiers (PTF) : « *On arrive en 2010, au deuxième mandat de Blaise, là quand même dans sa campagne, il met très clairement devant : on va faire une PNPS* ». Le Premier ministre, dans un discours à l'Assemblée nationale en 2011, a affirmé la volonté de respecter les promesses de campagne : « *Le gouvernement a entamé, avec le concours de la Banque mondiale et du Bureau international du travail, l'élaboration d'une politique nationale qui prend en compte l'assurance et l'assistance sociale* ».

En somme, la participation du Burkina Faso aux échanges internationaux et régionaux a favorisé l'ouverture du gouvernement à un changement. La protection sociale comme promesse de campagne présidentielle, l'élaboration d'une SCADD, la promotion du socle de protection sociale sont autant de fenêtres d'opportunités pour mettre en place de nouvelles décisions. Dès lors, il faut examiner les solutions envisagées pour construire un socle de protection sociale.

8.4.3 Courant des solutions : la nécessité d'une PNPS intégrant des programmes cohérents de filets sociaux et d'assurances sociales.

Diverses solutions peuvent contribuer à améliorer la protection sociale. Nos interlocuteurs reconnaissent qu'une place importante doit être accordée à l'assurance sociale bien qu'elle soit encore très minimale au Burkina Faso. L'une de ses composantes, le système national de sécurité sociale, concerne pour l'essentiel la retraite et la réparation des accidents du travail (BIT, 2011). Ce système exclut la majorité de la population puisqu'il ne s'adresse qu'aux salariés des secteurs privés et publics (moins de 10 % de la population) (Soulama, 2008) et ne couvre pas le risque de chômage ni le risque de maladie. L'assurance maladie protège seulement 0,5 % des femmes et 1,5 % des hommes (INSD, 2012). La mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle a été perçue comme une solution pour combler cette insuffisance.

Les filets sociaux de sécurité sont, quant à eux, des programmes de transferts directs non contributifs, réguliers et prévisibles, ciblant les pauvres ou les individus vulnérables à la

pauvreté et aux chocs, et qui visent à accroître leur consommation ou leur accès aux services sociaux de base (PNPS, 2012). Ces programmes d'assistance sont basés sur les transferts alimentaires et les subventions généralisées (Banque mondiale, 2010). Le tableau I présente les programmes d'assistance et dépeint la fragmentation des interventions ainsi que la multiplicité des partenaires financiers étrangers.

Tableau I : Les filets sociaux mis en œuvre de 2004 à 2009.

Type de programme	Mesures	Objectifs visés	Bénéficiaires et couverture	Principaux financeurs/Exécutants
Transferts sociaux conditionnels ou non				
Transfert en nature	Distributions de vivres	Améliorer la sécurité alimentaire	Personnes vulnérables. Non national	USAID CRS
	Coupons alimentaires	Soutien alimentaire	Ménages urbains identifiés pauvres. Deux grandes villes	PAM, Croix-Rouge, CRS, OCADES
	Nutrition	Appui nutritionnel	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes (non national)	UNICEF, BM, ÉCHO
	Cantines scolaires du primaire	Accroître le taux de scolarisation	Tout élève d'école publique	État, BM, USAID, MCA/USA PAM CRS
	Distribution de manuels scolaires primaire	Réduire la charge pour les ménages	Tout élève d'établissement, public et privé	État et PTF
	Cantines scolaires du secondaire	Accroître le taux de scolarisation	Élève d'établissement public	État, en fonction des moyens disponibles
Travaux publics	Vivres contre Éducation/infrastructure	Améliorer le taux d'alphabétisation des adultes et soutenir leur consommation	Tout centre d'alphabétisation fonctionnel : 18 provinces/45	États-Unis, agences multilatérales, pays particuliers
	Argent/contre travail	Création d'emplois et désenclavement	Jeune actif sans emploi 9 communes rurales	États, coopération suisse — Helvetas
Transfert monétaire	Transferts monétaires	Réduire les souffrances des orphelins et autres enfants vulnérables	3250 Ménages pauvres. Deux provinces	Panier commun PTF
Mesures visant à réduire le prix de certains produits et services essentiels				
Exemptions de frais des services de santé	Exemptions/subvention des services de santé	Réduire les coûts pour les ménages	Femme enceinte Enfant de 0 à 5 ans	État ONG Help TDH Echo
Subventions des prix	Ventes de céréales à prix réduit	Assurer la sécurité alimentaire	Ménages vulnérables des zones en insécurité alimentaire et sinistrées	État
	Subventions généralisées	Atténuer les effets des hausses de prix des denrées alimentaires et des produits pétroliers	Consommateurs de produits pétroliers et de certains produits alimentaires	État

L'État accorde notamment beaucoup d'importance à la subvention des hydrocarbures, qui s'élevait à 18 327 milliards de francs CFA entre 2008 et 2009. Un interlocuteur du ministère de l'Économie explique que *« c'est une mesure très sensible, très polémique, très débattue. Pour le gouvernement, c'est une mesure de protection sociale, pour les partenaires ce n'est pas une mesure de protection sociale puisqu'ils disent que ça ne profite pas aux pauvres »*. Une étude de la Banque mondiale rapporte que la subvention universelle des hydrocarbures est très coûteuse (0,7 % du PIB en 2007) et ses effets sont très limités pour le décile le plus pauvre, puisque 84 % des avantages vont aux non pauvres (Banque mondiale, 2010). Une évaluation d'impact commanditée par le Fonds monétaire international (FMI) en 2011 parvient aux mêmes conclusions (Arze del Granado et Adenauer, 2011). L'élaboration d'une politique nationale de protection sociale semble être la meilleure façon de rendre opérationnel le socle de protection sociale. La plupart des personnes interrogées soulignent la complémentarité des deux mécanismes (assurances sociales et filets sociaux) et la nécessité de les déployer simultanément de façon cohérente. Un rapport gouvernemental recommande d'aller au-delà des habitudes de gestion des crises pour adopter une politique qui inclut un financement pérenne des programmes cohérents de filets sociaux et la mise en place de l'assurance maladie universelle (MEF, 2010b).

8.4.4 L'importance des fenêtres d'opportunités et des entrepreneurs politiques engagés

Les répercussions visibles de la crise économique et pétrolière sur les conditions de vie des populations ont fortement contribué à attirer l'attention des décideurs sur la nécessité de résoudre le problème du déficit de protection sociale. Les crises et manifestations qui ont eu lieu en raison du faible pouvoir d'achat des populations et de l'augmentation du prix des produits de première nécessité ont entraîné une dégradation du climat social. Le gouvernement s'est mis à la recherche de solutions pour faire baisser la tension sociale (Chouli, 2013). Il s'agissait là d'une première fenêtre d'opportunité qui s'était ouverte dans le courant des problèmes. Le gouvernement a alors sollicité l'appui des PTF afin d'obtenir des outils. Un haut cadre de l'administration explique : *« J'étais DG à l'époque, nous avons vu les crises et manifestations : une situation mondiale qui influençait notre société. Ce qui nous a surtout marqués, c'était un peu la crise alimentaire, nous avons sollicité l'appui des partenaires »*. En réponse, l'Agence française de développement (AFD), le Programme alimentaire mondial (PAM) et la Banque mondiale ont fait la promotion des filets sociaux en mettant en œuvre des projets pilotes de

transferts monétaires et alimentaires pour les pauvres. Or, au niveau national, entre 2005 et 2007, le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité ainsi que le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale avaient entamé une réflexion pour l'élaboration d'une PNPS. Cependant, la fenêtre d'opportunité (la crise socio-économique et la sollicitation du gouvernement) n'a pas été exploitée pour soutenir l'élaboration d'une PNPS. Aucun entrepreneur du milieu des PTF n'a œuvré dans ce sens ni même soutenu l'idée. Les partenaires ont plutôt exploité l'opportunité pour promouvoir des solutions en lien avec leur mission institutionnelle, au détriment d'une politique nationale, ce qui a renforcé la fragmentation et le manque de cohérence et de coordination des actions. L'AFD, le PAM et la Croix-Rouge ont saisi l'occasion pour mettre en place un projet pilote de distribution ciblée de coupons alimentaires (Fortin et al. 2015). Les ministères ont abandonné la réflexion autour d'une PNPS pour s'inscrire dans la logique de développement de politique sectorielle de protection sociale relevant de leurs missions institutionnelles. Le ministère de l'Action sociale a conçu deux projets, adoptés par le gouvernement pour illustrer sa volonté d'entraide : la politique nationale d'action sociale (2007-2015) et la Charte de solidarité nationale (2009). Le ministère de la Fonction publique s'est focalisé sur l'assurance sociale en conduisant une réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle, la promotion de la mutualité, la sécurité sociale volontaire pour le secteur informel et agricole. Par manque d'entrepreneurs pour soutenir une solution intégrée et multisectorielle, l'idée d'une PNPS n'est pas parvenue à l'agenda gouvernemental pour y être discutée. Il s'agit là de l'échec d'une première tentative d'élaboration d'une PNPS. Il existait bien un point de convergence entre le courant des problèmes et celui des orientations (puisque les acteurs nationaux étaient disposés à un changement et avaient même déjà entamé une réflexion), mais la formulation d'une PNPS, comme solution au problème, ne faisait pas encore partie des intérêts du moment des entrepreneurs issus du milieu des PTF. Ces derniers ont œuvré pour des programmes isolés de filets sociaux, éloignant ainsi la solution PNPS des deux autres courants.

Malgré cet échec, les acteurs gouvernementaux percevaient toujours la nécessité, d'une stratégie cohérente pour renforcer la mise en œuvre d'actions coordonnées afin d'améliorer la protection sociale. Le problème n'avait pas changé. Aussi, le pays manquait toujours de référentiel et de

cadre institutionnel de protection sociale. La fenêtre d'opportunité était toujours ouverte dans le courant des problèmes.

En 2009, la perspective d'une PNPS est apparue à nouveau dans le sillage de l'initiative de socle de protection sociale, la nouvelle orientation mondiale soutenue par les acteurs non gouvernementaux (courant des orientations). En effet, le socle de protection sociale, nouvelle vision dominante dans « l'esprit du temps » (Lemieux, 2009) en matière de protection sociale, s'accompagne d'une réorientation des priorités des entrepreneurs politiques que sont les agences des Nations unies.

La protection sociale devient une stratégie clé pour orienter les actions de ces agences (Cherrier, 2016 ; Niño-Zarazúa, 2010). Aussi, leurs représentants ont reçu pour mission d'accompagner les gouvernements pour développer des socles de protection sociale. Au Burkina Faso, elles étaient tenues de promouvoir l'initiative de socle de protection sociale et de la concrétiser par l'adoption d'une PNPS. Parallèlement, le gouvernement cherchait toujours les solutions pour atténuer la persistance des tensions sociales (grèves, manifestations de rue) et pour renforcer la résilience des populations face aux crises futures. Il recherchait ce que certains ont appelé une « solution miracle » pour calmer le mécontentement social. Selon un fonctionnaire : « *Les crises récurrentes, la grogne sociale, la pauvreté qui croissait, les mouvements d'humeur, la vie chère, etc. ; il fallait donc mettre en place une PNPS pour aider les populations à développer cette résilience-là* ». L'humeur nationale était réceptive à un changement. La promotion du socle de protection sociale au niveau mondial est apparue comme une fenêtre d'opportunité dans le courant des orientations. Elle a été saisie pour entraîner une décision gouvernementale à formuler une PNPS. Quelle stratégie les entrepreneurs ont-ils mise en œuvre pour favoriser la rencontre des courants qui a suscité cette décision ?

8.4.5 Rencontre des courants et stratégies des entrepreneurs

Dans le but de soutenir l'appropriation nationale et d'amener les pays à développer des politiques de protection sociale, les partenaires ont révisé leurs stratégies (réduire le nombre de projets pilotes isolés et ponctuels ; améliorer la concertation entre PTF). L'UNICEF a décidé de soutenir les pays afin qu'ils développent leur propre système et a reconnu qu'il n'existe pas de plan de protection sociale unique et adapté à tous (UNICEF, 2012). Afin de mettre en œuvre les

directives du Bureau international, l'UNICEF Burkina a recruté un spécialiste de la protection sociale et réorienté son action vers une intervention plus en amont. Le spécialiste avait pour mission d'apporter une assistance technique au gouvernement pour mieux coordonner les actions et aller vers la mise en place d'un socle de protection sociale. À ce propos, un de nos interlocuteurs précise : « *C'est au gouvernement de commencer des choses et c'est à nous de donner l'appui technique et les conseils* ». Le gouvernement burkinabé souhaitait mettre en place une stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) pour remplacer le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté jugée inefficace (MEF, 2009). L'UNICEF, en tant qu'entrepreneur, a saisi cette opportunité pour faire inscrire l'élaboration d'une PNPS dans les mesures prioritaires de ce nouveau référentiel de développement national, dans l'objectif d'en garantir la formulation effective.

8.4.5.1 Alliance d'entrepreneurs avec des acteurs gouvernementaux réceptifs

En 2009, l'UNICEF a entrepris une première tentative de collaboration sans succès avec le ministère de l'Action sociale, dans le but d'organiser une mobilisation autour de la protection sociale. La faiblesse technique du ministère, le manque de ressources et de leadership politique ont justifié cet échec selon les PTF. La deuxième porte d'entrée a été le ministère de l'Économie et des Finances qui était favorable, et disposait de compétences et de capacités techniques grâce à l'expérience acquise dans la coordination des Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP). En effet, l'existence au sein de ce ministère d'une direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP) a favorisé l'accueil accordé au sujet de la protection sociale. La DCPRP avait plusieurs raisons de collaborer avec l'UNICEF. Elle a d'ailleurs été responsable de la mise en œuvre des CSLP, puis impliquée dans le processus de révision et de formulation de la SCADD. Elle a, de plus, joué un rôle central dans la suggestion des réponses gouvernementales à la crise économique de 2008-2009. Elle a également été régulièrement consultée pour proposer des solutions pendant les « grognes » sociales, selon un interlocuteur du ministère de l'Économie et des Finances. Nous avons constaté, comme Miguel Niño-Zarazúa (2012), qu'en Ouganda et Zambie le ministère des Affaires économiques est une bonne porte d'entrée pour la question de protection sociale étant donné que la plupart des gouvernements en Afrique mettent fortement l'accent sur l'importance de la croissance et de la productivité. Prioriser un partenariat avec des acteurs du développement social sur cette question

est peu prometteur puisqu'ils ne disposent pas de la force politique nécessaire pour l'établir comme une priorité de politique nationale ni de la capacité bureaucratique à la mettre en place. La DCPRP au sein du ministère de l'Économie est donc devenue l'interlocutrice principale au nom du gouvernement pour la protection sociale, mais aussi l'alliée de l'UNICEF.

8.4.5.2 *Susciter un dialogue entre entrepreneurs sur la nécessité d'une PNPS*

En janvier 2010, l'UNICEF a financé l'organisation d'une table ronde sur la protection sociale en collaboration avec la Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP) et le ministère de l'Action sociale.

Cet atelier a rassemblé les acteurs intervenant dans ce domaine (30 participants de 11 ministères) et visait implicitement à faire émerger l'idée de l'élaboration d'une PNPS. Les participants étaient des personnalités pressenties pour faire partie d'un comité technique d'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale (UNICEF, 2010a). Comme prévu par les organisateurs, l'atelier a permis d'instaurer un dialogue entre les différents acteurs et de susciter l'idée d'une réflexion nationale sur une stratégie de protection sociale. Les conclusions de l'atelier qui proposaient d'élaborer un système national de protection sociale (UNICEF, 2010 b) ont été adressées au ministre de l'Économie qui a transmis le dossier au Premier ministre. À son tour, le Premier ministre a instruit une lettre pour que soit mis en place un comité interministériel de réflexion sur la formulation de la PNPS. Un interlocuteur explique : « *Le Premier ministre était favorable pour élaborer une PNPS. Donc on a mis en place un dispositif pour cela* ». En 2009, le Premier ministre avait déjà adressé une lettre au BIT pour solliciter un appui à la mise en place d'un socle de protection sociale. La création du comité interministériel a marqué le début d'une seconde réflexion autour d'une PNPS.

Afin de maintenir cette dynamique et de susciter une décision gouvernementale pour l'inscription de la PNPS comme mesure prioritaire de la SCADD, un groupe informel composé de partenaires techniques et financiers (PTF)³¹ sous l'impulsion de l'UNICEF a été mis en place

³¹ Le groupe rassemblait les acteurs suivants : Action contre la faim, la Banque mondiale, la Coopération canadienne, le Fonds monétaire international (FMI), l'Ambassade de France, l'Université de Montréal, Help, Helvetas, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'OMS interpays, OXFAM, le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Ambassade du Pays-Bas, le PNUD, Terre des hommes, Save the Children, l'Union européenne, ECHO/Union européenne, l'USAID, le BIT.

en 2010. Chaque partenaire s'est focalisé sur les programmes et les actions relevant de son mandat institutionnel : le BIT a mis l'accent sur la protection sociale et l'emploi décent, la Banque mondiale a plaidé pour plus d'investissement de l'État et une meilleure coordination des interventions, orientée sur l'élaboration d'une stratégie nationale de filets sociaux. L'UNICEF a organisé son plaidoyer pour renforcer le cadre institutionnel en prenant en compte les autres volets (santé, assurance sociale, renforcement des capacités techniques des acteurs).

La mise en place du groupe a créé un cadre de concertation et de dialogue entre les partenaires, ce qui leur a permis d'avoir un langage commun et une influence plus grande lors des discussions avec le gouvernement. Ils se sont accordés sur un objectif unique, celui de l'inscription de la protection sociale dans les mesures prioritaires de la SCADD, la formulation et l'adoption d'une PNPS. Comme l'a montré Nicole Herweg (2017), les meilleurs entrepreneurs politiques sont organisés en réseau. En tant qu'entrepreneur, le groupe s'est appuyé sur ses membres influents pour pénétrer le haut niveau de décision gouvernemental. Par l'intermédiaire du FMI, le ministre de l'Économie et le Premier ministre ont été directement sensibilisés sur le rôle social et économique de la protection sociale et la nécessité d'une politique nationale. Les conséquences de la pauvreté et des injustices sociales sur le risque de tensions sociales et de violents conflits ont été soulignées. Un membre du groupe a expliqué : *« Le FMI parle directement au ministère de l'Économie. Cela a une influence si le ministre lui-même entend que la protection sociale, ce n'est pas quelque chose seulement de social, mais aussi économique ».*

8.4.5.3 L'élaboration d'une PNPS comme mesure prioritaire de la SCADD

En avril 2010, pour faire suite à l'atelier ayant suscité un dialogue autour de la protection sociale, le groupe des PTF, en collaboration avec le ministère de l'Économie et celui de l'Action sociale, a organisé un second atelier technique. Les présentations ont mis en avant le rôle de la protection sociale pour la paix, la stabilité et la cohésion sociale. Elles ont également mis en exergue l'idée qu'une variété adéquate de mesures de protection sociale contribue à prévenir et diminuer les injustices sociales, les inégalités, la pauvreté et la vulnérabilité. Ces arguments, tout comme ceux présentés au ministre de l'Économie, par le canal du FMI, sont des discours stratégiques de plaidoyer des PTF (Cherrier, 2016). Ils ont véhiculé des messages qui coïncidaient avec les besoins du gouvernement. À travers ces messages, le gouvernement a

perçu l'élaboration d'une PNPS comme solution possible à la grogne sociale et à la réduction des inégalités sociales. Les conclusions de l'atelier suggéraient au gouvernement d'inscrire la protection sociale comme mesure prioritaire de la SCADD et d'élaborer une PNPS pour améliorer le socle de protection sociale. Une feuille de route pour la mise en place de ce socle a été préparée pour alimenter la réflexion.

La Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP), qui faisait partie de la commission d'élaboration de la SCADD, a veillé à la mise en œuvre de la recommandation. L'axe 2 de la SCADD mentionnait que « le gouvernement entend [ait] élaborer et mettre en œuvre une PNPS fondée sur la consolidation du tissu de solidarité communautaire » (Gouvernement, 2010). L'adoption d'une PNPS a été désignée comme une mesure de performance de ce nouveau référentiel de développement national. Un interlocuteur du ministère de l'Économie affirme que « *l'une des mesures de la matrice des performances de la SCADD était le fait d'élaborer une PNPS. Il fallait coûte que coûte formuler une PNPS* ».

Nous faisons donc bien face à l'émergence de la PNPS. Elle résulte d'une rencontre serrée entre le courant des problèmes (déficit de protection sociale) et celui des orientations (l'initiative de socle de protection sociale), sous l'action des entrepreneurs politiques qui ont exploité les fenêtres d'opportunités qui se sont ouvertes dans le courant des problèmes (crise sociale et recherche de solutions pour faire baisser la tension sociale) et dans celui des orientations (l'ouverture au changement et la décision de formuler la SCADD, promesse de campagne présidentielle). Contrairement à l'échec de 2007, les stratégies des entrepreneurs (l'UNICEF et le groupe des PTF) pour soutenir la solution de type PNPS et pour montrer en quoi elle est en phase avec les orientations et les problèmes, ont contribué à renforcer le couplage.

8.5 Conclusion

La présente étude apporte une contribution originale à la compréhension du processus d'émergence de la politique nationale de protection sociale au Burkina Faso. Le processus de décision a inclus des acteurs gouvernementaux en partenariat avec des acteurs internationaux. Les divergences de pratiques et de conceptions entre les organisations internationales ont souvent porté atteinte à la cohérence des politiques de protection sociale (Niño-Zarazúa, 2010). En réponse, l'UNICEF a promu des approches intégrées afin de renforcer l'ancrage

institutionnel et l'appropriation des politiques par les gouvernements. En tant qu'entrepreneurs, l'UNICEF et le groupe des PTF ont investi du temps et des ressources financières et saisi les occasions favorables pour susciter un intérêt pour la formulation d'une PNPS. Ils ont créé une alliance avec des acteurs stratégiques dans le cercle de décision pour que l'idée de la formulation d'une PNPS soit clairement mentionnée dans le référentiel de développement national du pays. Tout comme au Sénégal, nos résultats montrent que l'agenda international et celui des bailleurs de fonds ont contribué à inscrire la protection sociale sur l'agenda national (Vaes, 2016). Cependant, même si les PTF ont fortement incité le gouvernement à agir, celui-ci était particulièrement intéressé et disposé à cette fin. Les messages et idées véhiculés à travers leurs arguments ont coïncidé avec leurs attentes et leurs souhaits de se montrer plus solidaires envers les plus pauvres, mais aussi de renforcer la paix et la cohésion sociale au regard de la persistance des tensions sociales. L'orientation sociale de protection et la solution d'une PNPS rencontraient le même problème public que les décideurs souhaitaient résoudre : le déficit de protection sociale. De même, au Ghana et au Nigeria, des questions de politique de protection sociale, particulièrement en santé, sont parvenues à l'agenda gouvernemental à des moments où le contexte politique était favorable (Kusi-Ampofo et al., 2014 ; Onoka, Hanson et Hanefeld, 2014 ; Seddoh et Akor, 2012). Bien souvent, les politiques de protection sociale servent les intérêts des dirigeants (Hickey, 2008), comme cela avait été le cas au Malawi et en Zambie (Devereux et White, 2008). Cela semble également avoir été le cas au Burkina Faso puisque la PNPS était aussi une promesse de campagne présidentielle. Toutefois, l'émergence de cette politique représentait les fondations d'un système de protection sociale pour le pays. Cependant, on pourrait s'interroger sur la rationalité de l'action gouvernementale dans la formulation de la politique. Une analyse des logiques qui ont soutenu le choix des instruments de la PNPS est nécessaire afin de répondre à cette question.

Liste des acronymes

PNPS : Politique nationale de protection sociale

SCADD : Stratégie de croissance accélérée et de développement durable

CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

DCPRP : Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté

MEF : ministère de l'Économie et des Finances

PTF : Partenaire technique et financier

Références bibliographiques

Antonopoulos R. (2013), « Expanding Social Protection in Developing Countries: a Gender Perspective », Working Paper n° 757, Levy Economics Institute, mars.

Arze del Granado J. et Adenauer I. (2011), « Burkina Faso – Policies to Protect the Poor from the Impact of Food and Energy Price Increases », Working Paper n° 11/202, International Monetary Fund, August.

Assemblée nationale (2008), « Rapport de la Commission parlementaire ad hoc sur la vie chère-Burkina Faso », 15 mai.

Bureau international du travail - BIT (2010), « Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi », Genève, Conférences BIT.

Bureau international du travail - BIT (2011), « Burkina Faso : revue des dépenses et de la performance de la protection sociale » [en ligne] http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_196001/lang--fr/index.htm, consulté le 30 décembre 2016.

Banque mondiale (2010), « Burkina Faso - Filets sociaux », Rapport n° 54491 - BF, Banque mondiale, 30 novembre.

CCS/Nations unies (2009), Global Financial and Economic Crisis : UN system : joint crisis initiatives. Initiative VI, : A social protection floor.

CDP (2010), « Bâtir, ensemble, un Burkina émergent. Programme quinquennal 2010-2015 », Ouagadougou.

Cherrier C. (2016), « The Expansion of Basic Social Protection in Low-income Countries: an analysis of foreign aid actors' role in the emergence of social transfers in sub-Saharan Africa », PhD thesis, Maastricht University, Pays-Bas.

Chouli L. (2013), « Les mouvements sociaux de 1998 et 2011 au Burkina Faso comme indices et réponses à la crise de la représentation politique », 4e colloque international de Dakar, 22-24 mai.

Cichon M., Behrendt C. et Wodsak V. (2011), « L'initiative pour un socle de protection sociale des Nations unies », Publication FES, [en ligne] <http://library.fes.de/pdf-files/iez/07829.pdf>, consulté le 30 mars 2017.

Conseil national pour la protection sociale - CNPS (2005), « Étude nationale prospective Burkina 2025 », Rapport général, Ouagadougou.

Cohen M. D., March J. G. et Olsen J. P. (1972), « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative science quarterly*, vol. 17, n° 1, p. 1-25.

Conway T., De Haan A. et Norton A. (2000), « Social Protection: New Directions of Donor Agencies », Paper for the DFID ODI Inter-Agency Seminar on Social Protection. Easthamstead Park, mai.

Davies M. et McGregor J. A. (2009), « Social Protection: Responding to a Global Crisis », *IDS bulletin*, vol. 40, n° 5, p. 68-77.

Devereux S. et Macauslan I. (2006), « Review of Social Protection Instruments in Malawi », *Desk study for DFID Malawi*, [en ligne] <https://www.ids.ac.uk/files/MalawiSocialProtectionReview.pdf>, consulté le 18 janvier 2016.

Devereux S. et White P. (2008), « Social Protection in Africa: can evidence, rights and politics converge? », International conference: Social Protection for the Poorest in Africa : learning from Experience, Entebbe, Uganda, 8-10 September.

Foli R. et Béland D. (2014), « International Organizations and Ideas About Poverty in Sub-Saharan Africa », *Poverty & Public Policy*, vol. 6, n° 1, p. 3-23.

Fortin S., Kameli Y., Ouattara A. *et al.* (2015), « Targeting Vulnerable Households in Urban Burkina Faso: Effectiveness of Geographical Criteria but not of Proxy Means Testing », *Health Policy and Planning*, vol. 31, n° 5, p. 573-581.

Gliszczynski M.V. (2013), « The Idea of Basic Social Protection. How Social Cash Transfers Entered Global Development Agendas », PhD thesis, Faculty for Sociology, Bielefeld University, Allemagne.

Gouvernement du Burkina Faso (2010), « Document de la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015 - Burkina Faso », version définitive.

Gouvernement du Burkina Faso (2012), « Politique nationale de protection sociale 2013-2022 », Burkina Faso.

Herweg N. (2017), « Theoretical Approach to the Policy Process: The Multiple Streams Framework », in Herweg, N. (dir), *European Union Policy-Making*, Springer International Publishing, p. 23-72.

Hickey S. (2008), « Conceptualising the Politics of Social Protection in Africa », in Barrientos A. et Hulme D. (dir.), *Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, Policies and Politics*, Palgrave Macmillan, p. 247-263.

Holmes R. et Lwanga-Ntale C. (2012), « Social Protection in Africa: A Review of Social Protection Issues in Research », PASGR Scoping Study, October.

Holzmann R., Sherburne-Benz L. et Tesliuc E. (2003), « Gestion du risque social : la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation », *Revue Tiers Monde* n° 3, p. 501-526.

Howlett M. (2011), *Designing Public Policies: Principles and Instruments*, New York, Routledge.

Howlett M., McConnell A. et Perl A. (2014), « Streams and Stages: Reconciling Kingdon and Policy Process Theory », *European Journal of Political Research*, vol. 54, n° 3, p. 419-434.

Institut national de la statistique et de la démographie - INSD (2012), « Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010 », Rapport 2012, Ouagadougou, Burkina Faso.

Kingdon J. W. (2003), *Agendas. Alternatives, and Public Policies*, Boston, Longman Classics, coll. « Polical Science ».

Kusi-Ampofo O., Church J., Conteh C. *et al.* (2014), « Resistance and Change: a Multiple Streams Approach to Understanding Health Policy Making in Ghana », *Journal of health politics, policy and law*, vol. 40, n° 1, p. 195-219.

Lemieux V. (2009), *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Québec, PUL.

Ministère de l'économie et des finances - MEF (2009), « Document de cadrage pour l'élaboration de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable, 2011- 2015 (SCADD) du Burkina Faso ».

Ministère de l'économie et des finances - MEF (2010a), « Rapport final de l'atelier technique national sur la protection sociale », Ouagadougou, 27-29 avril.

Ministère de l'économie et des finances - MEF (2010 b), « Programme d'action prioritaire du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) du Burkina Faso. Bilan de mise œuvre 2009 », Rapport final.

Merrien F.-X. (2013), « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action internationale », *Revue internationale de politique de développement*, n° 4.2, p. 68-88.

Niño-Zarazúa M., Barrientos A., Hickey, S. *et al.* (2012), « Social Protection in Sub-Saharan Africa: Getting the Politics Right », *World development*, vol. 40, n° 1, p. 163-176.

Niño-Zarazúa M., Barrientos A., Hulme D. *et al.* (2010), « Social Protection in Sub-Saharan Africa: Will the Green Shoots Blossom? », Working Paper n° 116, Brooks World Poverty Institute, avril.

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, Éditions Karthala.

Onoka C.A., Hanson K., Hanefeld J. (2014), « Towards Universal Coverage: a Policy Analysis of the Development of the National Health Insurance Scheme in Nigeria », *Health policy and planning*, vol. 30, n° 9, p. 1105-1117.

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

Pino A. et Confalonieri A. M. B. (2014), « National Social Protection Policies in West Africa: a Comparative Analysis. », *international Social Security Review*, vol. 67, n° 3-4, July-December, p. 127-152.

Polet F. (2014), « Étendre la protection sociale au Sud : défis et dérives d'un nouvel élan », *Alternatives Sud*, vol. 21, n° 1, p. 7-28.

Ridde V. (2006), « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 149-163.

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

Seddoh A. et Akor S. A. (2012), « Policy Initiation and Political Levers in Health Policy: Lessons from Ghana's Health Insurance », *BMC public health*, vol. 12, n° suppl 1.

Soulama S. (2008), « Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso », Rapport préparé pour le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Ouagadougou, octobre.

Taylor V. (2008), « Social Protection in Africa: An Overview of the Challenges », Report prepared for the African Union.

UNICEF (2010a), « Introduction à la protection sociale au Burkina Faso : compte rendu de l'atelier de formation », Kombissiri, 19 -22 janvier.

UNICEF (2010 b), « Note de conclusion : atelier de formation sur la protection sociale au Burkina Faso », Kombissiri, 19 -22 janvier.

UNICEF (2012), « Integrated Social Protection Systems: Enhancing Equity for Children », UNICEF Social Protection Strategic Framework, New York.

Vaes S., Ongevalle J. V., Fonteneau B. (2016), « Powerplay Behind the Scene of Redistributive Social Protection Systems? Lessons from Senegal », Conférence présentée au Symposium on Social Protection Systems, 5 et 6 septembre.

Yin R. K. (2008), *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications.

Zahariadis N. (2014), « Ambiguity and Multiple Streams », in Sabatier P. et Weible C. (dir), *Theories of the Policy Process*, Boulder (Colorado), Westview Press, p. 25-58.

Zahariadis N. et Exadaktylos T. (2015), « Policies that Succeed and Programs that Fail: Ambiguity, Conflict, and Crisis in Greek Higher Education », *Policy Studies Journal*, vol. 44, n° 1, p. 59-82

**CHAPITRE 9 ARTICLE 2 : DE LA FORMULATION D'UNE POLITIQUE
NATIONALE À LA COMPILATION D' ACTIONS DE PROTECTION SOCIALE :
UN CAS DE « *NON DESIGN* » AU BURKINA FASO**

Kadio, K., Dagenais, C. et Ridde, V. (2018)

Publié dans *International Development Policy* | *Revue internationale de politique de
développement*, vol. 10, no 10.1.

Résumé

Pour améliorer la protection sociale de sa population, le Burkina Faso a adopté une politique nationale en 2012. Cet article analyse le processus de formulation de cette politique en s'appuyant sur la perspective du « policy design » (Howlett et Mukherjee, 2014). Menées conformément à la démarche qualitative inductive, la collecte et l'analyse des données montrent que ce processus de formulation n'a permis ni de mener une réflexion sur le problème à résoudre, ni d'identifier les besoins spécifiques des bénéficiaires, ni d'évaluer les résultats potentiels des solutions proposées dans le but de choisir les plus appropriées. Les auteurs aboutissent donc à un constat empirique de « *non-design* ». Cette politique se résume à un document dont le contenu tous azimuts rassemble toutes les actions envisageables de protection sociale, sans aucun arbitrage. Trois facteurs ont favorisé cette non-formulation : (1) le manque d'orientations gouvernementales claires pour guider les discussions ; (2) la faiblesse du soutien et de volonté politique – se traduisant par la faible implication des décideurs de haut niveau dans le processus ; et (3) les méconnaissances conceptuelle et technique des acteurs nationaux en matière de protection sociale – si bien qu'ils se sont contentés d'avoir recours aux conseils des organismes internationaux. Le gouvernement a annoncé son intention de jouer un rôle prépondérant dans le processus de formulation de cette politique, mais il s'est agit d'une déclaration rhétorique. L'étude a en effet montré que le leadership et la volonté politique ont manqué, notamment pour canaliser les intérêts respectifs des acteurs et gérer les contradictions qui font obstacle à la formulation d'une politique cohérente et adaptée aux besoins de la population.

Mots-clés : politique de protection sociale, analyse de politique, *policy design*, formulation de politique, Burkina Faso, Afrique.

9.1 Introduction

En réponse à la crise économique de 2008, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations unies pour la coordination (CCS) a lancé l'Initiative pour un socle de protection sociale (SPS). Cette approche vise à protéger les personnes et à les autonomiser tout au long de leur vie grâce à un ensemble de mesures intégrées conçues pour garantir une sécurité du revenu de base pour tous et un accès aux services sociaux essentiels financièrement abordables (BIT, 2011). Dans la construction d'un système national de protection sociale, ce socle est une première étape vers des niveaux supérieurs de protection. Chaque pays peut mettre en place des services minimaux en fonction de ses capacités, de ses besoins et de ses caractéristiques populationnelles (BIT, 2011). Cette initiative a incité les pays à revenu faible et moyen à formuler des politiques pour établir ou renforcer leur système de protection sociale (Merrien, 2013). Certains pays d'Afrique ont élaboré des programmes nationaux de filets sociaux – par exemple fondés sur les transferts monétaires et non monétaires (allocations familiales, pensions sociales, transferts alimentaires) ou sur des exemptions de paiement des services de santé et d'éducation (Cherrier, 2016 ; Roelen et al., 2017). D'autres ont formulé une politique nationale de protection sociale (PNPS) pour pallier la fragmentation et la mauvaise coordination des programmes et projets isolés, souvent conçus et financés par des donateurs (Devereux et Macauslan, 2006). Une PNPS détermine des orientations nationales et intègre des instruments non contributifs (filets sociaux) et contributifs (assurance sociale). Elle énonce des objectifs, des principes, des stratégies et des programmes (Pino et Confalonieri, 2014).

En 2009, la mise en place d'un SPS au Burkina Faso a lancé un processus de réflexion sur l'élaboration d'une PNPS, laquelle a finalement été adoptée en 2012. Le déficit persistant de protection sociale et ses conséquences sur la vie quotidienne de la population ont contribué à susciter l'intérêt du gouvernement (Kadio et al., 2018).

Cette PNPS visait à « contribuer au changement qualitatif des conditions de vie de toutes les couches sociales par (i) le développement de mécanismes adéquats et pérennes de prévention et de couverture des risques majeurs et de gestion des chocs et (ii) l'extension de l'assurance sociale à toutes les catégories de travailleurs et l'élargissement de la gamme des prestations à

tous les risques sociaux » (Gouvernement du Burkina Faso, 2012, 42). Rares sont les recherches qui ont tenté d'analyser le processus de formulation de ce type de politiques. Pourtant, les problèmes de formulation d'une politique limitent subséquemment sa mise en œuvre et sa capacité à atteindre ses objectifs (Howlett, 2014). C'est en effet à cette étape que s'effectue la transformation d'un problème en possibilité d'actions (Berlan et al., 2014). Ainsi, cet article vise à analyser le processus de formulation de la PNPS du Burkina Faso, dans le but de mettre à disposition des éléments qui nourriront sa révision et d'éclairer d'autres pays engagés dans des processus similaires. Les sections suivantes seront consacrées à une revue de la littérature sur la formulation des politiques de protection sociale, à la démarche méthodologique, à la présentation et à la discussion des résultats et enfin à la conclusion.

9.2 Que sait-on de la formulation des politiques de protection sociale ?

Perçue comme l'étape située entre la mise à l'ordre du jour d'une politique et sa mise en œuvre, la formulation reste à bien des égards un « chaînon manquant », une phase négligée dans l'étude des politiques publiques (Berlan et al., 2014 ; Howlett, 2009), particulièrement en Afrique (Lavigne Delville, 2017). Par processus de formulation, ou « policy design », nous entendons le processus délibératif et décisionnel au cours duquel le contenu d'une politique se construit, à travers la définition d'objectifs, les choix d'un modèle causal, d'instruments et de groupes cibles ou encore la détermination d'un programme d'actions et des responsabilités de mise en œuvre (Bobrow, 2006 ; Hassenteufel, 2008 ; Howlett, 2011 ; Howlett et Mukherjee, 2014 ; Peters, 2015).

Ce processus peut être influencé par des considérations politiques (une idéologie gouvernementale) et/ou techniques centrées sur le problème (les choix sont faits en fonction de la connaissance du contexte et de la capacité des instruments à résoudre un problème). En fonction de ces influences, le processus peut être qualifié de « *good design* » (les solutions sont sélectionnées en fonction des connaissances et de l'expérience) ou de « *bad design* » ou « *poor design* » (les relations entre problèmes et solutions sont incorrectement ou partiellement articulées) (Chindarkar et al., 2017 ; Howlett et Mukherjee, 2014). De plus, il est possible de rencontrer des situations de « non-design », ou de non-formulation. Les décisions sont, dans ce dernier cas, motivées par des logiques de négociation, de clientélisme ou d'opportunisme

électoral plutôt que par une délibération ou une évaluation rigoureuse (Howlett et Mukherjee, 2014 ; Howlett et Mukherjee, 2017).

Les études empiriques sur la formulation des PNPS en Afrique subsaharienne sont peu nombreuses. Les recherches se sont focalisées sur les programmes de filets sociaux, et notamment sur leur mise en œuvre et leur efficacité. Elles ont parfois soulevé des questions sur la formulation, mais n'ont pas approfondi la réflexion sur le sujet (Devereux et White, 2012 ; Garcia et al., 2012 ; Holmes et Lwanga-Ntale, 2012 ; Monchuk, 2014). Quelques recherches sur la formulation des programmes de filets sociaux ont montré que les organisations et institutions financières internationales influencent fortement le choix des contenus, sans toutefois expliquer les modalités d'exercice de cette influence (Awortwi et Aiyede, 2017 ; Cherrier, 2016 ; Gliszczynski, 2013 ; Lavers et Hickey, 2015).

Globalement, les acteurs nationaux impliqués dans la formulation des politiques intègrent des idées véhiculées par ces organismes transnationaux et éprouvent souvent des difficultés à trouver un consensus sur les détails de mise en œuvre (Awortwi et Aiyede, 2017 ; Foli, 2016 ; Niño-Zarazúa et al., 2012).

Par ailleurs, les attentes des gouvernants dans le domaine de la cohésion sociale (Hickey, 2011 ; Mkandawire, 2004) influencent la formulation des programmes de filets sociaux (choix du contenu, allocation des ressources et bénéficiaires) (Awortwi et Aiyede, 2017 ; Barrientos et Pellissery, 2012 ; Pellissery et Barrientos, 2013).

En outre, les recherches empiriques sur les processus de formulation dans les pays à faible revenu souffrent d'une faiblesse analytique du fait de l'usage d'approches très descriptives (Hutchinson et al., 2011 ; Gilson et al., 2008). Les chercheurs utilisent rarement les théories de l'analyse des politiques pour orienter leur réflexion et abordent peu les déterminants du choix des solutions (Berlan et al., 2014 ; Gilson et Raphaely, 2008). Même si la majorité de ces politiques ont été promues par les organismes internationaux, il arrive que les gouvernements nationaux décident des contenus contre l'avis des donateurs (Olivier de Sardan et Ridde, 2014 ; Wireko et Béland, 2017).

9.3 La démarche méthodologique

Cette recherche est une étude de cas unique (Yin, 2008) appliquée à la PNPS.

9.3.1 L'identification des répondants et les instruments de collecte

La collecte des données a été guidée par la perspective du « *policy design* », laquelle affirme que tous les instruments ou solutions sont liés aux objectifs des décideurs, aux ressources à la disposition des acteurs du processus de mise en œuvre ainsi qu'aux caractéristiques des groupes cibles et des bénéficiaires de la politique publique concernée (Howlett et Mukherjee, 2014). Cette collecte d'informations visait à appréhender les liens entre les éléments constitutifs de la PNPS du point de vue des acteurs. Nous avons cherché à comprendre leur logique de changement et à identifier les caractéristiques et attributs des instruments qui ont déterminé leurs choix.

Nous avons mobilisé trois méthodes de collecte de données : les entrevues informelles, l'analyse documentaire et les entrevues semi-dirigées. Le Secrétariat permanent de la PNPS a servi de point d'entrée pour la collecte des données. Des entretiens exploratoires informels ont permis d'obtenir les rapports de groupes de travail et les comptes rendus de réunions. Nous avons ainsi pu reconstituer les étapes chronologiques de la formulation et établir une liste préliminaire d'informateurs clés pour les entrevues approfondies. Ces entrevues ont permis d'identifier d'autres personnes-ressources par la technique du recrutement « boule de neige » (Pires, 1997). Dans cette phase, nous avons abordé quatre thèmes : (1) le rôle, la composition et le fonctionnement du dispositif d'élaboration de la PNPS ; (2) le choix des solutions et des instruments ; (3) la connaissance des caractéristiques des solutions et la justification des choix ; et (4) les arguments employés pour défendre les points de vue sur les solutions préférées.

L'analyse préliminaire menée après cinq entrevues a montré que les acteurs ont fonctionné dans une logique ayant abouti à une situation de « *non-design* » (Howlett et Mukherjee, 2014). Deux nouveaux thèmes ont donc été ajoutés au guide d'entrevue : (5) les facteurs favorisant le processus de formulation du type « *non-design* » ; et (6) les logiques guidant le choix du contenu dans ce type de formulation. Au total, 41 entrevues – dont 10 exploratoires et 31 approfondies – avec 36 répondants ont été réalisées et enregistrées. L'échantillon était composé de cadres supérieurs de l'administration publique (n=20), de responsables et gestionnaires d'organisations

non gouvernementales et d'associations locales (n=7) ainsi que de fonctionnaires et cadres des institutions des Nations unies et de la coopération bilatérale (n=9). Nous avons analysé 51 documents : des rapports et documents d'ateliers préparatoires (n=10), des documents d'orientations nationales (n=4), des rapports des sessions du Comité de suivi (n=6), des rapports de commissions spécialisées (n=2), des décrets de mise en place des commissions d'élaboration de la PNPS (n=2), des commentaires et recommandations des partenaires techniques et financiers sur la PNPS (n=2), des rapports d'études sur les filets sociaux (n=2), des versions de projet de PNPS (n=3) et des rapports du forum des acteurs sur la PNPS (n=2).

9.3.2 L'analyse des données

L'analyse thématique inductive sans grille d'analyse préétablie a orienté le traitement des données (Blais et Martineau, 2006 ; Paillé et Mucchielli, 2012). Les entrevues ont été intégralement retranscrites et codées à l'aide du logiciel NVivo 11.

Un premier codage ouvert et intégral a permis de décomposer les données en segments de discours et de les renommer. En effet, chaque segment représentait une unité de sens associée à une idée, un fait ou un événement auxquels nous avons attribué des étiquettes pour identifier un thème. En fonction du sens ou de l'idée qui s'en dégagait, chaque portion de discours a été codée dans les nœuds et sous-nœuds NVivo qui ont progressivement émergé du processus de codification. Ainsi, chaque unité de sens a été associée à un thème ou sous thème. Ensuite, les thèmes apparentés ou partageant des caractéristiques communes ont été fusionnés. Enfin des liens ont été établis entre les thèmes (idée, fait ou phénomène), notamment en recherchant dans les documents et mémos (synthèses du contenu des nœuds) des indications sur les conséquences associées aux phénomènes (faits, événements), et des indices soulignant la façon dont les thèmes principaux étaient liés entre eux. Cette mise en relation a abouti à un réseau thématique permettant de comprendre le « non-design » et la rationalité des acteurs dans le processus de formulation.

Les données ont été collectées entre novembre 2015 et juillet 2016 par l'auteur KK, avec l'approbation du Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso et de l'Université de Montréal (CERAS-2015-16-178-D). La section suivante présente les résultats de ce travail.

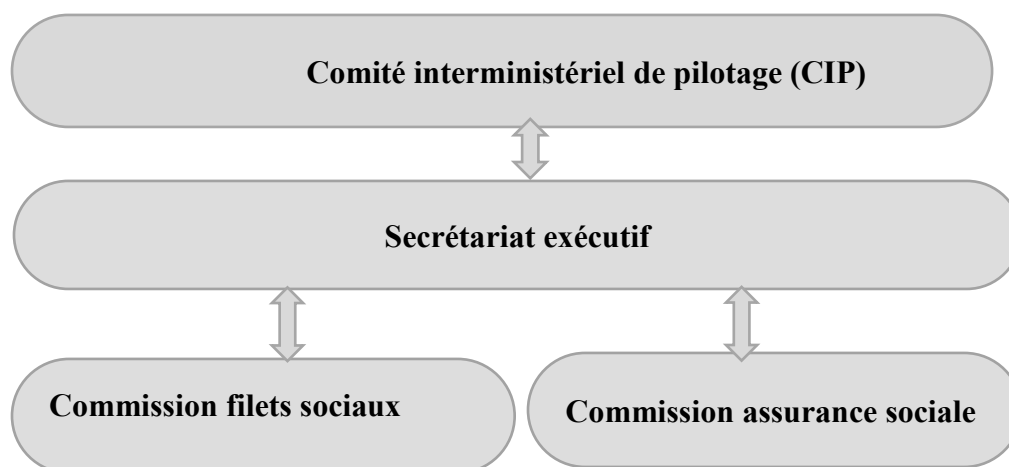
9.4 Les résultats

Les résultats comprennent quatre articulations : la description du processus de formulation, l'appréciation du processus et du contenu de la politique, les facteurs favorisant une formulation de type « *non-design* » et les logiques des acteurs.

9.4.1 Le dispositif institutionnel de pilotage du processus de formulation

Sur les instructions du Premier ministre, le ministre de l'Économie et des Finances (MEF) a mis en place, en février 2010, un dispositif institutionnel interministériel regroupant des membres de l'administration publique ainsi que des représentants des partenaires techniques et financiers (PTF), des organisations non gouvernementales (ONG) et des associations locales (figure 1). La composition et le rôle de chacune des instances impliquées sont décrits ci-après.

Figure 1 Dispositif institutionnel de formulation de la PNPS



Source : auteurs

Le Comité interministériel de pilotage (CIP), présidé par le Secrétaire général (SG) du MEF, était l'organe de décision et d'orientation. Il regroupait quinze membres, dont les SG de dix ministères sectoriels et un représentant de chacune des structures suivantes : le Premier ministre, le groupe des PTF sur la protection sociale, l'association des municipalités, l'association des régions et la société civile représentée par le Mouvement burkinabè des droits de l'homme et des peuples (MBDHP). Les six sessions du CIP qui se sont tenues entre juillet 2010 et mars 2012 ont servi de cadre aux discussions et aux amendements apportés au travail

du Secrétariat exécutif, puis à la planification de nouvelles tâches. Chaque SG veillait à ce que la future politique soit en cohérence avec les actions ou interventions de protection sociale de son ministère.

La Commission spécialisée responsable de l'assurance sociale, présidée par le SG du Ministère du travail et de la sécurité sociale, était composée de directions et de secrétariats techniques rattachés à sept ministères ainsi que de représentants du Premier ministre, du groupe des PTF, de la société civile, de l'association des municipalités et des régions. La Commission avait pour mandat de rédiger un rapport sur l'état de l'assurance sociale et de proposer une stratégie d'extension de ces prestations à l'ensemble de la population.

La Commission spécialisée responsable des filets sociaux, présidée par le SG du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, était composée de directions et de secrétariats techniques rattachés à onze ministères ainsi que de représentants du Premier ministre, du groupe des PTF, de la société civile, de l'association des municipalités et des régions. Cette commission a été chargée d'élaborer un état des lieux des filets sociaux et de proposer une stratégie d'extension de ces prestations, dans le but de contribuer au changement qualitatif des conditions de vie des couches sociales pauvres ou vulnérables. Leur rapport a été élaboré par un processus de compilation d'un même canevas rempli par chaque membre de la Commission.

Le Secrétariat exécutif était abrité par la Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP) du MEF. Il était responsable de la rédaction des comptes rendus du CPI et de l'exécution des tâches qui lui avaient été confiées. Outre des fonctionnaires de la DCPRP, le Secrétariat regroupait des cadres venant des Directions des études et de la planification de cinq ministères sectoriels. Il a assuré l'animation et la coordination du dispositif et rédigé le projet de PNPS sur la base des rapports des deux commissions spécialisées.

À l'issue de la production du projet de PNPS, le Secrétariat permanent de la coordination des ONG (SPONG) a organisé, en juin 2012, un forum de validation. Ce forum a été organisé suite à une plainte portée par le SPONG. Celui-ci estimait en effet avoir été exclu du processus alors qu'il se considérait comme le représentant légitime de la société civile sur les questions de protection sociale. En 2012, le SPONG rassemblait 114 organisations membres, et notamment des ONG et associations de développement nationales et internationales, des fondations, des

centres de recherche, etc. Il se présentait comme un cadre de concertation permettant à ses membres d’agir avec plus de cohérence sur le terrain et de dialoguer conjointement avec l’État et les PTF. Or, le représentant officiel de la société civile au sein du CIP était le MBDHP – en tant que membre du Conseil national de la société civile – et des membres d’ONG du SPONG ont pris part au processus à titre individuel. Par exemple, les structures d’appui aux mutuelles de santé ont participé à la Commission responsable de l’assurance sociale. La plainte du SPONG a sans doute été le résultat d’un manque de concertation au sein de la société civile nationale ; le SPONG a d’ailleurs reconnu que sa démarche visant à prendre part au processus en tant que répondant de la société civile faisait suite à un accompagnement de la Plateforme africaine de la protection sociale (APSP, 2012). Cette dernière est un réseau régional d’ONG et d’acteurs de la protection sociale, qui œuvre pour la participation et pour la « voix » de la société civile dans la formulation des politiques et programmes nationaux de protection sociale (APSP et CONGAD, 2013). Dans l’impossibilité d’apporter des modifications majeures au contenu (figure 2), le forum organisé par le SPONG a identifié neuf points à prendre en compte dans la mise en œuvre de la politique, parmi lesquels : clarifier la perception gouvernementale de la protection sociale ; mieux définir le langage institutionnel ; obtenir un consensus sur la définition de la protection sociale ; et garantir une plus grande implication des départements ministériels dans la mise en œuvre. Ces recommandations attestent de la présence de zones d’ombre dans la politique.

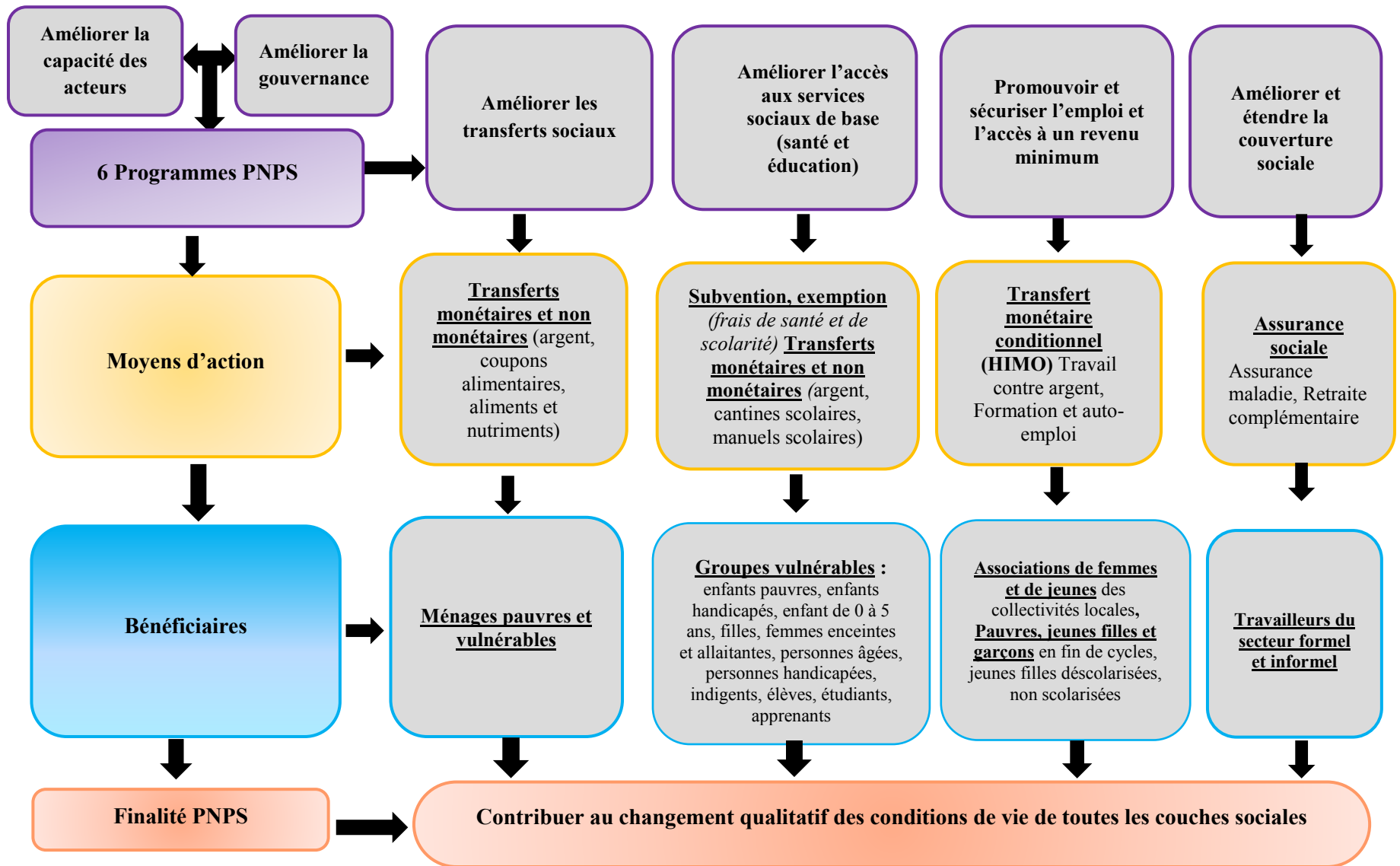
Les 28 et 29 juin 2012, le MEF a organisé un forum national de validation qui a regroupé 100 personnes issues du gouvernement, du parlement, de la société civile, des collectivités territoriales, du secteur privé, des chefferies traditionnelles, des communautés religieuses et des PTF. Les participants ont travaillé en sous-groupes pour amender le projet de politique. Ce forum a « favorisé l’appropriation de la politique par les différentes catégories d’acteurs et a permis d’avoir un consensus autour du document » (MEF, 2013, 3). Pourtant, les diverses entrevues ont montré que les discussions étaient « tendues » du fait des divergences de points de vue et que ce forum organisé par le MEF s’est pratiquement terminé en « queue de poisson ». Aucune modification majeure n’a été apportée dans ce cadre et le document a finalement été adopté.

La politique a été formulée entre février 2010 et septembre 2012, suite à un processus organisé en trois périodes (voir le tableau 1). Durant les huit premiers mois, le dispositif institutionnel a été mis en place ; les canevas et les mandats ont été rédigés. La deuxième période de dix-sept mois a été consacrée aux travaux d'élaboration de la PNPS, notamment la rédaction des rapports des deux commissions, la rédaction des projets de politique et les sessions de validation du CPI. Durant les trois derniers mois du processus, deux ateliers nationaux de validation ont été organisés et la politique a été adoptée par le Conseil des ministres.

Tableau I : Chronologie des étapes d'élaboration de la PNPS

Étapes	Période 1					Période 2					Période 3		
	02/ 10	04/ 10	05/ 10	07/ 10	10/ 10	02/ 11	06/ 11	08/ 11	10/ 11	01/ 12	03/ 12	06/ 12	09/ 12
Mise en place du Comité interministériel de pilotage (CIP).													
Atelier technique sur la protection sociale : ébauche d'une vision nationale													
Élaboration d'une feuille de route à l'attention du Comité interministériel													
1 ^e session du CIP : installation, orientation, fonctionnement													
2 ^e session du CIP Note de cadrage PNPS Termes de référence des deux commissions spécialisées (filets sociaux et assurance sociale) Règlement intérieur du CIP													
Rapport final de la Commission responsable de l'assurance sociale													
Rapport final de la Commission responsable des filets sociaux de sécurité													
3 ^e session du CIP Examen des rapports des commissions spécialisées Examen du projet de plan de la PNPS Examen du projet de plan d'action de la PNPS Examen du chronogramme d'élaboration de la PNPS													
Session de travail du Secrétariat exécutif [rédaction du projet de PNPS]													
4 ^e session du CIP : examen du projet de la PNPS													
5 ^e session du CIP : Examen et validation du projet de la PNPS, Examen du plan d'action PNPS													
6 ^e session du CIP : validation du plan d'action de la PNPS													
Forum de la société civile [organisé par le SPONG] : amendement du projet de PNPS et du plan d'action													
Forum national [organisé par le MEF] : validation de la PNPS et plan d'action													
Adoption de la PNPS en Conseil des ministres													

Figure 2 : Schémas de la PNPS 2012



9.4.2 De l'intention de formulation d'une PNPS à une compilation d'actions de protection sociale

Le processus de formulation n'a pas permis ni de mener une réflexion sur le problème à résoudre, ni d'identifier les besoins spécifiques des bénéficiaires, ni d'évaluer l'efficacité des solutions dans le but de choisir les plus appropriées.

Les parties prenantes ne sont parvenues ni à identifier clairement les problèmes ni à analyser les interrelations entre les moyens d'action envisagés, les bénéficiaires et les objectifs de la politique. Selon un membre du Secrétariat, *« la phase de diagnostic a été ratée. On a réuni les acteurs, et chacun nous a dit ce qu'il faisait. Pratiquement, on a essayé de mettre cela ensemble. »*

Presque toutes les actions envisageables ont été prises en compte, mais leur capacité à produire les résultats attendus n'a pas été évaluée au préalable. Un membre du Secrétariat exécutif et de la Commission responsable des filets sociaux a déclaré : *« voilà donc lisez, vous verrez qu'il y a toutes les réponses possibles en matière de protection sociale. »* La plupart des interlocuteurs ont perçu le processus comme un recensement des actions déjà menées ou des possibilités de mise en œuvre, et non comme une démarche de sélection. La PNPS fait donc figure de condensé de toutes les actions possibles en matière de protection sociale : *« c'est un pot-pourri » « une stratégie fourre-tout », « un ramassis », « un inventaire » « un assemblage », « prend en compte tout », « une cartographie de ce qui est fait », « un condensé d'actions des acteurs qui interviennent dans tous les sens »*. Le représentant d'une ONG a fait le constat suivant : *« pour parler sincèrement, c'est un recueil de ce qui se fait. Parce que chaque acteur a fait insérer ce qu'il fait »*. Pour un membre du groupe des PTF, *« la PNPS est un document creux qui a le mérite d'exister. C'est un ramassis de tous les projets pilotes »*.

Certains cadres de l'administration publique ne reconnaissent pas le document comme une politique et ont exprimé leur frustration. *« Ce n'est pas une politique. J'avoue, quand on a fait la dernière validation, je disais aux gars du BIT que je n'étais pas satisfait. Ils me disaient qu'une politique, ça peut toujours se réviser. Contentez-vous de ça. Déjà, le fait d'avoir un document, ce n'est pas rien. »*

Le manque de cohérence entre les composantes « filets sociaux » et « assurances sociales » au sein d'un système complet de protection sociale demeure une limite importante de la PNPS. Un membre de la Commission responsable de l'assurance sociale s'est exprimé en ces termes : « *c'est très cloisonné. On met dos à dos deux visions du monde sans une intégration, l'assistance et l'assurance, c'est tout, mais ce n'est pas écrit de façon cohérente* ». Selon un membre du groupe des partenaires, « *la réflexion n'a pas permis d'aboutir à une stratégie pour améliorer la cohérence entre les actions* ». Par exemple, on ne perçoit pas les interrelations entre le régime d'assurance maladie en construction et les filets sociaux dans le domaine de la santé.

En somme, la PNPS résultant de ce processus de formulation n'est perçue ni comme une véritable politique ni comme le résultat d'un processus de choix d'un contenu fondé sur l'évaluation et l'analyse des caractéristiques des solutions. Sur la base de l'opinion des acteurs concernés, on peut donc estimer qu'il s'agit d'un cas de « *non-design* » ou de « *non-formulation* ». Dans ce contexte, nous avons cherché à comprendre pourquoi ce processus a conduit à l'élaboration d'un document qui rassemble toutes les actions de protection sociale envisageables sans procéder à un arbitrage.

9.4.3 Les facteurs ayant contribué à une formulation de type « non-design »

Trois facteurs interreliés favorisant une non-formulation ont émergé de l'examen des données.

9.4.3.1 Le manque de clarté et d'orientation gouvernementale

Les fonctionnaires manquaient d'orientation gouvernementale pour guider leurs discussions. Selon l'un des partenaires, « *il n'y a pas eu une vision bien claire du gouvernement par rapport à l'élaboration de cette stratégie. Donc, les acteurs ont écrit selon leur vision, leur compréhension* ». Le Secrétariat exécutif s'est inspiré d'une note de cadrage rédigée par le MEF avec le soutien du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) pour élaborer les mandats des commissions spécialisées ainsi que le plan de rédaction de la PNPS. Or, ces mandats n'énonçaient pas de vision gouvernementale. Les points de vue et les attentes du gouvernement sur la protection sociale n'ont pas été recueillis. Selon un membre du CPI, « *il n'y a pas eu une phase d'entretien avec les membres du gouvernement, pour avoir leurs attentes sur la question* ».

Ainsi, le contenu minimal du SPS n'a pas été clarifié, mais laissé à la discrétion du CPI, et chaque commission a produit un document conforme à sa propre vision.

9.4.3.2 Une volonté politique ambiguë et une haute administration prudente

Au cours du processus, la faiblesse du soutien politique s'est notamment traduite par une implication insuffisante et une trop grande prudence des décideurs de haut niveau. Un partenaire a exprimé l'opinion suivante : *« moi je n'ai pas senti la volonté politique qui a accompagné ce document-là. Il ne suffit pas de donner son OK pour un processus puis tourner le dos et laisser les autres faire ce qu'ils veulent »*. Les membres du Secrétariat exécutif ont relevé plusieurs faits illustrant la faible implication des administrateurs de haut niveau : une réticence à participer aux discussions ainsi que des absences répétées et non justifiées de certains SG de ministères aux réunions, et ce malgré les multiples rappels à l'assiduité du président du Comité. La mobilisation des acteurs a constitué la principale difficulté. Ce propos d'un participant est éloquent : *« vous invitez les gens à une réunion, ils ne vont pas venir. Le véritable problème, tu ne verras jamais plus de trois secrétaires généraux à une rencontre du CPI »*. Les sessions du CPI étaient pourtant des moments propices à la décision et à l'orientation, le lieu idéal pour préciser les éléments non élucidés dans la note de cadrage. Selon un membre du Secrétariat exécutif, *« c'est toujours moins de 50 % de présence et la plupart sont des représentants du SG qui ont besoin de se référer à leur hiérarchie. Alors qu'il y a des décisions très importantes à prendre pendant le Conseil »*. Ce faible soutien des décideurs de haut niveau a favorisé une attitude d'autocensure du Secrétariat exécutif, consistant à ménager les participants aux discussions afin de satisfaire tous les acteurs.

Par ailleurs, le gouvernement a lancé le processus d'élaboration de la PNPS pour respecter la promesse faite aux PTF de mettre en œuvre une politique axée sur les personnes pauvres et vulnérables. Mais il était lui-même plus favorable à des solutions orientées sur la réduction du chômage des jeunes. Selon un cadre de l'UNICEF, *« le gouvernement en son temps cherchait les voies et moyens pour adresser cette question de l'emploi des jeunes. Et ils ont souhaité que la stratégie soit beaucoup plus orientée sur ça »*. On peut donc légitimement penser que la décision gouvernementale d'élaborer une PNPS était un acte purement symbolique – d'où la faible participation de l'État. La PNPS a par exemple été qualifiée d'instrument de propagande gouvernementale pour faire croire à une solidarité nationale. Un cadre du MEF a exprimé ce

point de vue en ces termes : *« comme le gouvernement était critiqué de part et d'autre parce qu'il ne foutait rien, et n'accompagnait pas les populations, il avait besoin de faire ça pour montrer. »* Pour un représentant des PTF, *« c'est aussi pour dire au peuple : regardez ! On a une PNPS »*.

9.4.3.3 Une compréhension limitée de la protection sociale

Le fait que les acteurs concernés ne disposent que d'une compréhension limitée de ce qui constitue la protection sociale a été à l'origine de lacunes dans la formulation de la PNPS. Un haut fonctionnaire du Ministère de l'action sociale a par exemple tenu les propos suivants : *« c'était vraiment une notion nouvelle et on demande une vision dans ça. Quand tu ne connais pas quelque chose et puis on te demande là où tu veux aller. Tu ne sais même pas où ce n'est ni à quelle distance. C'est un peu difficile »*. Pour un représentant du ministère de l'Éducation nationale, *« la principale difficulté, c'était une nouvelle façon de voir. Les gens ne comprenaient pas très bien, donc les gens ne savaient pas très bien, la protection sociale c'est quoi même. Jusqu'à présent, ce n'est pas aussi évident pour certains »*. L'incapacité de certains acteurs nationaux à expliquer le lien entre la protection sociale et certains instruments de la PNPS illustre la méconnaissance conceptuelle qui a régné.

Le document de la PNPS a été principalement rédigé par les membres du Secrétariat exécutif, lesquels disposaient d'une compréhension et d'une connaissance conceptuelle insuffisante des composantes et des instruments de la protection sociale. La plupart des acteurs assimilaient systématiquement la protection sociale aux programmes de transfert monétaire. Selon un PTF, *« à l'époque, ce n'était pas facile quand on parlait de protection sociale. Pour eux, la protection sociale, c'est essentiellement du transfert monétaire. »*

Certains des acteurs découvraient le concept, puisqu'ils n'avaient jamais été formés à la protection sociale. Un membre de la Commission responsable des filets sociaux a déclaré : *« spécifiquement une formation sur la protection sociale, je ne sais pas »*. D'autres ont jugé leur formation insuffisante pour comprendre la protection sociale. Selon un acteur de la Commission responsable de l'assurance sociale : *« c'est vrai, il y a eu des ateliers, mais, ce n'est pas en deux jours qu'on transforme quelqu'un en spécialiste de protection sociale »*.

En somme, les acteurs ont manqué d'orientations et de précisions sur les changements souhaités par les décideurs politiques et de la haute administration. Cette situation, conséquence d'une méconnaissance des questions de protection sociale et d'une volonté politique ambiguë, a favorisé l'émergence d'un contexte de formulation propice au « *non-design* » (figure 3).

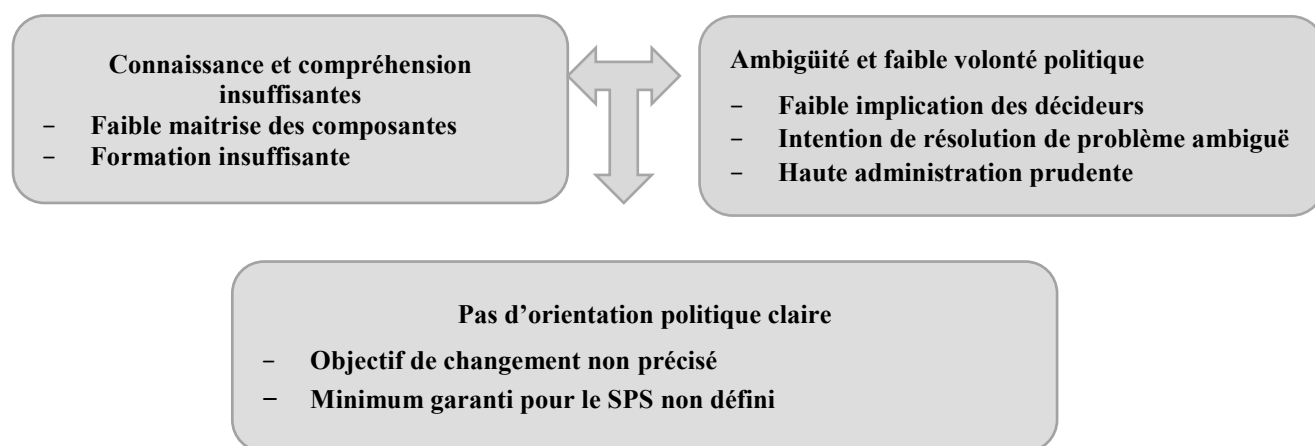


Figure 3 : Contexte propice à une formulation de type « *non-design* » au Burkina Faso

La section suivante présente les logiques des acteurs dans ce processus de formulation de type « *non-design* ».

9.4.4 La logique des acteurs dans le processus de formulation de type « *non-design* »

Faute d'orientation gouvernementale, les acteurs participant au processus de formulation ont agi selon leurs propres logiques. Celles-ci sont ici comprises comme « les diverses lignes de cohérences que l'observateur déduit à partir d'une observation empirique d'ensembles de pratiques particulières différentielles, sans préjuger d'une théorie » (Olivier de Sardan, 1995, 127).

9.4.4.1 La logique des acteurs nationaux

Trois types de logiques – qui se sont manifestées de façon variable selon le niveau de décision – ont guidé le raisonnement des acteurs nationaux.

❖ **La recherche de consensus.**

Le désir d'obtenir un document consensuel et une stratégie de protection sociale dans laquelle chacun se reconnaîtrait a guidé le raisonnement. Les membres des commissions spécialisées étaient en majorité issus des ministères sectoriels, et les SG responsables de chaque commission ont tenté de n'écarter aucun autre ministère. Le contenu du rapport de la Commission responsable des filets sociaux a été décidé selon ce principe. Selon un participant à cette Commission, « *décider, c'est trop dire, mais ç'a été un travail de consensus. Comme il fallait que chaque personne puisse avoir quelque chose dedans [voir ses propositions prises en compte]* ». Le Secrétariat exécutif a lui aussi tenté de produire une PNPS reflétant le contenu des rapports des deux commissions, afin de satisfaire les ministères sectoriels et les partenaires. Un interlocuteur, persuadé que le manque de cohérence du document est la conséquence de cette volonté de satisfaire tous les acteurs, a déclaré ce qui suit : « *je dis que la PNPS que vous avez là, c'est le consensus qui nous a emmenés à ça. On veut que tout le monde dise : j'ai été consulté, ça a été un processus participatif, voilà* ».

❖ **Préserver les ressources acquises.**

Cette logique, corollaire de la précédente, consiste à perpétuer les stratégies déjà mises en œuvre par les ministères dans le but de conserver les lignes budgétaires, quelle que soit leur efficacité. L'intégration des interventions pour plus de cohérence n'était pas envisageable dans la mesure où elle pouvait conduire à ce qu'un ministère soit dépossédé de la gestion de certains programmes et des ressources associées, lesquelles sont considérées comme des acquis. Cette logique a guidé les commissions spécialisées et le Secrétariat exécutif, qui avaient à cœur de conserver les stratégies déjà financées ou associées à des promesses de financement de partenaires. Les représentants des ministères se sont montrés vigilants sur la prise en compte des actions et projets pilotes des PTF, dans l'espoir de mobiliser des ressources supplémentaires pour une extension à l'échelle nationale. Un représentant du ministère de l'Éducation nationale a déclaré à ce sujet : « *quand vous prenez ce que le PAM fait, on l'a reconduit dans la politique, pour qu'effectivement on puisse donc étendre ça à plus de ménages. Les transferts alimentaires, les cantines, etc. Les transferts monétaires.* » Le Ministère du travail et de la sécurité sociale et les structures d'appui aux mutuelles de santé étaient déjà impliqués dans la réflexion nationale pour la création du régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Ces structures ont

fortement encouragé la prise en compte du RAMU dans la PNPS, dans l'espoir d'obtenir le soutien de l'État aux mutuelles de santé. Selon un cadre de ce ministère, *« il y a tous ceux qui intervenaient sur les mutualités qui voulaient en tout cas voir l'assurance maladie ressortir dans la PNPS, parce que ça allait donner un grand élan pour booster les mutuelles »*.

❖ **Capter de nouvelles ressources financières.**

Il était question de prendre en compte de nouvelles stratégies en vogue afin d'être éligible à un financement en temps opportun. Selon un membre du Comité de pilotage, la rédaction des politiques, *« c'est aussi pour poser les hameçons afin que les gens puissent apporter les financements »*. Un membre du Secrétariat exécutif a exprimé cette idée en ces termes : *« les gens sont souvent en quête de ressources financières. Donc, de façon stratégique, on n'aime pas fermer la porte à certains partenaires. Donc, on inscrit tout pratiquement, lorsqu'un partenaire vient, qu'il puisse se retrouver dedans. Donc, en réalité, c'est ça. »*

9.4.5 La logique du groupe des partenaires techniques et financiers

Deux types de logiques ont guidé l'action des PTF.

❖ **La mise en œuvre de leur mandat institutionnel.**

Les PTF ont orienté les discussions et fait des suggestions pour que leurs centres d'intérêt et leurs visions soient pris en compte. Pour un membre du Secrétariat, *« chacun est venu avec ses idées et a voulu qu'on l'exprime. Les bailleurs cherchaient à voir si leur spécificité ressort dans le document »*. L'UNICEF a par exemple encouragé l'élaboration d'une PNPS cohérente et intégrée, mais il a accordé plus d'importance à la protection sociale de la mère et de l'enfant. Un membre du groupe des PTF a expliqué que *« l'UNICEF tenait à avoir coûte que coûte la protection de l'enfant et de la mère. Vous ne pouvez pas avoir le soutien de l'UNICEF si cet aspect n'est pas pris en compte »*.

❖ **La promotion des instruments de protection sociale.**

Pour mettre en œuvre la protection sociale, chaque PTF privilégie généralement un instrument lié à ses valeurs et à son mandat institutionnel. Dans le processus de formulation, la logique de promotion instrumentale a souvent guidé les PTF. Des stratégies non prioritaires pour les acteurs nationaux ont été inscrites dans la PNPS parce qu'elles étaient prioritaires pour un PTF. Selon un membre du Secrétariat de rédaction, *« l'UNICEF était là. Le document devait*

prendre en compte la question de l'enfance, pour leur assurer la gratuité des services, par exemple le préscolaire qui n'était pas prioritaire pour nous ». Un membre de la Commission responsable de l'assurance sociale a relaté son expérience ainsi :

« ce n'était pas facile. Parce que chacun se battait, le Bureau international du travail (BIT) voulait juste voir le socle de protection sociale pour être satisfait. La Banque mondiale voulait voir le transfert monétaire, en fait l'UNICEF voulait... et chacun se débrouillait pour qu'on mette ses trucs dedans. »

Un membre du groupe des PTF a précisé le raisonnement en ces termes :

« le Programme alimentaire mondial (PAM) a dit, il faut ajouter les cantines scolaires, on a ajouté les cantines scolaires. Nous on est arrivés, on a dit, la gratuité des soins, c'est un truc indispensable pour la protection sociale. La distribution des cashs à des ménages pauvres de manière régulière ou pas régulière, peu importe, c'est un élément de la politique sociale donc chacun est venu avec son idée. »

9.5 Discussion : la formulation des politiques et l'appropriation par les acteurs

Nos résultats montrent que le processus de formulation a subi l'influence de logiques autres que celle du choix d'un contenu en fonction de la capacité des solutions à produire les changements souhaités, donnant ainsi lieu à un constat empirique de « *non-design* » (Howlett et Mukherjee, 2014). Les acteurs n'ont pas procédé à une évaluation de la capacité de chaque solution ou instrument à produire les changements souhaités dans le contexte du Burkina Faso.

9.5.1 Le leadership gouvernemental et la compétence des acteurs

Le dispositif d'élaboration de la PNPS placé sous la responsabilité du MEF, un ministère politiquement fort, a été perçu comme un engagement véritable du gouvernement à accompagner le processus. Avec le recul, ce soutien peut être qualifié de rhétorique puisque les membres du Comité interministériel (décideurs de haut niveau) ne se sont que peu impliqués dans ce processus entièrement financé par l'extérieur. Faute de participation de l'État, l'intérêt des bénéficiaires a été relégué au second plan. La PNPS visait à mettre progressivement en place un SPS. Mais le paquet minimum de services de base à garantir n'a pas été clairement défini puisque le CPI – qui avait pour mandat de définir les grandes lignes d'une politique cohérente – n'a pas joué son rôle. Ainsi, les objectifs stratégiques manquaient de clarté et les options stratégiques n'ont pas été évaluées.

Tout comme au Malawi (Chinsinga, 2007), un autre pays à faible revenu, le gouvernement n'a pas donné d'orientations stratégiques et techniques claires pour guider le processus d'élaboration. En revanche, au Cambodge – pays à revenu moyen –, un Comité interministériel, dirigé par le gouvernement, a orienté la prise de décision sur le minimum à garantir dans le SPS. Mais la faiblesse des compétences techniques des fonctionnaires n'a pas permis au gouvernement d'exercer l'influence nécessaire sur les décisions techniques ; cette tâche a été confiée aux acteurs des organismes internationaux qui ont fourni l'expertise (Kwon et al., 2015). De même, au Malawi, des lacunes conceptuelles ont compromis la définition d'une protection sociale adaptée au contexte social local. Le gouvernement a eu recours à des consultants payés par la Banque mondiale et l'UNICEF pour appuyer le processus d'élaboration de leur politique (Chibwana et al., 2009). L'étude a également révélé que les décideurs de haut niveau et fonctionnaires burkinabè disposaient de connaissances conceptuelles et de compétences techniques limitées. Les travaux ont donc été conduits par les acteurs nationaux, avec un accompagnement plus ou moins prescriptif des PTF.

Les logiques de recherche du consensus, de préservation des acquis et de captage des ressources ont souvent favorisé une prise en compte indifférenciée des préférences et des intérêts des PTF. Quel que soit le contexte, le fait que les acteurs nationaux disposent de compétences et de connaissances insuffisantes en matière de protection sociale, semble favoriser l'intervention des organisations internationales dans le processus de la formulation.

9.5.2 Le leadership gouvernemental et l'intention de formulation ou d'appropriation des politiques

La mobilisation de ressources nationales nécessaires au financement à long terme de la PNPS a rarement été évoquée au cours des discussions. D'ailleurs, aucun représentant du parlement n'a été impliqué dans la formulation de cette politique, alors même que la protection sociale suppose une allocation de ressources relevant de cette institution. La PNPS mentionne la mise en place d'un fonds de solidarité, mais ne précise pas explicitement l'apport de l'État en la matière. En revanche, elle appelle les PTF à apporter leur contribution financière. Il semble donc que les compétences techniques limitées des fonctionnaires ne soient pas le seul facteur expliquant la faiblesse des orientations gouvernementales ; celle-ci pourrait résulter d'un déficit

d'intention de formulation et d'appropriation de la politique, illustré notamment par une certaine réticence à investir dans la PNPS.

Cette volonté défaillante pourrait être liée, d'une part, à la nature du problème qu'elle est censée résoudre – le déficit de protection sociale – et, d'autre part, à la catégorie de bénéficiaires concernés – les personnes pauvres et vulnérables, une catégorie aux contours flous. La PNPS définit ses bénéficiaires comme des personnes sans ressources et incapables de résister à un choc économique (Kadio et al., 2018). Mais cette population n'était apparemment pas une priorité pour le gouvernement de l'époque. La Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) – le référentiel de développement du pays adopté en 2011 – recommandait bien l'élaboration d'une PNPS dans le but d'améliorer la protection sociale des personnes pauvres et vulnérables. Toutefois, elle précisait explicitement que les jeunes âgés de 15 à 35 ans « constituent aujourd'hui un groupe particulièrement vulnérable ». En outre, avec l'appui du BIT et de l'Union européenne, le gouvernement a élaboré, entre 2009 et 2012, une stratégie dont l'objectif était de « bâtir un SPS et promouvoir l'accès à un emploi décent, pour les jeunes femmes et les jeunes hommes en situation de non ou de sous-emploi, pauvres et vulnérables. » (BIT, 2012a, 19). Cette stratégie prévoyait, contrairement à la PNPS, la mise en place de services de base qui constitueraient un SPS destiné aux jeunes en situation de non ou de sous-emploi. En outre, une revue des dépenses et de la performance de la protection sociale a permis d'identifier des pistes de mobilisation de ressources (BIT, 2012 b). Des choix ont été faits à l'issue de discussions et de l'évaluation des options. Il est donc intéressant de noter que cette stratégie a été élaborée au même moment que la PNPS.

En réalité, la décision de formuler une PNPS a été prise dans un contexte de recherche de solutions pour atténuer les tensions sociales (Kadio et al., 2018). Le gouvernement était conscient des possibles conséquences du chômage de masse des jeunes sur la cohésion sociale et la stabilité politique, d'où son attitude ambiguë et hésitante à s'approprier la PNPS – c'est-à-dire de décider de minima garantis pour les personnes pauvres et vulnérables aux dépens d'un investissement dans la protection sociale des jeunes. Un rapport du BIT évoquait en effet l'idée qu'un SPS en faveur des jeunes serait une solution pertinente dans un contexte où le chômage des jeunes de 15 à 35 ans était source de malaise social et d'instabilité (BIT, 2012a). L'insurrection populaire de 2014 permet de présumer que la question de l'emploi des jeunes

était la principale priorité du gouvernement. Les « insurgés » – ceux qui ont activement participé aux manifestations ayant conduit à la chute du gouvernement – comptaient de nombreux jeunes et femmes dans leurs rangs (Hagberg et al., 2017). La question du travail était au centre de leurs préoccupations, et ils percevaient la pénurie d'emplois comme un manque de volonté politique (Frintz, 2014).

9.5.3 De l'utilité du concept de « *non-design* »

Les écrits conceptuels décrivent le processus de formulation de type « *non-design* » comme un processus de prise de décision fondé sur une évaluation aléatoire des options ou encore comme un processus hautement subordonné supposant des négociations, du marchandage ou du clientélisme, et ignorant les relations logiques entre les composantes de la politique en tant que solution aux problèmes (Chindarkar, 2017 ; Dryzek, 1983 ; Howlett et Mukherjee, 2014). Par ailleurs, un espace de formulation est propice au « *non-design* » quand deux conditions sont réunies : d'une part, le manque d'intention du gouvernement d'adopter une politique capable de résoudre un problème précis et, d'autre part, le manque de capacités ou d'habiletés des agences responsables de la formulation et du gouvernement (Chindarkar, 2017 ; Chindarkar et al., 2017 ; Howlett et Ramesh, 2016).

Les connaissances empiriques sur le « *non-design* » sont peu abondantes, notamment dans le domaine des politiques sociales (Chindarkar et al., 2017) où les recherches se sont focalisées sur la nature des problèmes, l'évaluation de la mise en œuvre et l'analyse des déterminants institutionnels et politiques des choix et des résultats. À notre connaissance, cette étude est la première à utiliser ce concept dans le contexte africain. Il nous a indéniablement été utile dans l'analyse de la PNPS burkinabè. Nous avons pu constater empiriquement que les cadres et hauts fonctionnaires concernés disposaient de compétences techniques insuffisantes, mais aussi que le gouvernement avait fait preuve d'une faible intention de formulation de la politique, vraisemblablement parce que ses bénéficiaires ne présentaient qu'un intérêt politique limité. Ainsi, au-delà de l'implication des PTF qui aurait pu compenser la capacité limitée des acteurs locaux, le gouvernement ne s'est que peu engagé dans la recherche de solutions adaptées aux besoins des bénéficiaires. Faute d'appropriation des décideurs de haut niveau, les logiques qui ont prévalu sont celles susceptibles d'influencer négativement la qualité des politiques de protection sociale.

Nous avons également rendu compte de logiques spécifiques à notre recherche qui viennent compléter celles déjà mises en évidence dans des travaux réalisés à une échelle plus microscopique au Burkina Faso (Ridde, 2011). Pour mettre en place des programmes de filets sociaux ou d'assurance sociale, l'expression, par le gouvernement, d'une véritable volonté de changement est une condition préalable à l'accompagnement technique des PTF. Ainsi, nos résultats apportent une contribution empirique originale à la réflexion sur les conditions d'une situation de « *non-design* » en Afrique francophone.

D'autres études permettant d'appliquer ce concept dans d'autres contextes et de poursuivre l'analyse de sa validité heuristique devraient voir le jour en Afrique. Cette perspective analytique est en effet pertinente pour les pays africains qui ont lancé des réformes de protection sociale. Pour assurer sa transition vers la couverture sanitaire universelle, le Sénégal a par exemple assemblé diverses initiatives existantes pour en faire une politique de protection sociale en santé, « sans une cohérence ni un réel lien entre elles » (Alenda-Demoutiez, 2016, 177). Grâce à la perspective du « *policy design* », il serait possible d'identifier les facteurs contextuels favorisant les lacunes de formulations et les logiques des acteurs, mais aussi d'améliorer l'efficacité des futures politiques.

9.6 Conclusion

Nous avons examiné le processus de formulation de la PNPS du Burkina Faso. Selon Shepherd et al. (2004), les politiques de protection sociale doivent être régies par un certain nombre de principes. Les options politiques doivent répondre aux besoins des populations, aux réalités et aux conditions de vie de ceux pour qui elles ont été conçues ; être durables et abordables pour le budget public ; et ne pas imposer de charge excessive aux ménages et aux communautés.

Cette recherche montre que l'intérêt politique du gouvernement et la capacité des acteurs ont influencé la qualité de la politique et le choix de son contenu. Le processus a impliqué des négociations entre des acteurs dotés d'expertises et d'influences diverses et la volonté annoncée du gouvernement en la matière est demeurée au niveau du discours, en raison d'un déficit d'appropriation. Dans ce contexte, les participants au processus (un ensemble multilatéral et multisectoriel) ont déployé des logiques qui n'ont été guidées ni par une compréhension du

problème, ni par une analyse de ses causes profondes, ni par un choix fondé sur l'analyse systématique de la capacité des solutions à résoudre le problème. La PNPS s'est résumée à un document avec un contenu tous azimuts. Les lacunes qui ont conduit à la situation de « *non-design* » pourraient engendrer des difficultés de mise en œuvre, voire une inefficacité.

L'étude met en exergue des éléments importants à prendre en compte dans le cadre de l'élaboration des politiques au Burkina Faso et dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest engagés dans des processus similaires. Au-delà des processus participatifs interministériels, les acteurs doivent impérativement être en mesure de mener une réflexion systémique, sans que la logique sectorielle de chacun d'entre eux ne l'emporte sur la vision globale. Le leadership et la volonté politique à résoudre un problème sont importants pour canaliser les intérêts respectifs des acteurs et gérer les contradictions qui peuvent faire obstacle à la formulation d'une politique cohérente et adaptée aux besoins des bénéficiaires. Malgré l'expertise des PTF, la formulation d'une politique efficace nécessite une réelle implication des acteurs nationaux (gouvernement et société civile). La prise en compte des facteurs qui favorisent le « *non-design* » contribuera à améliorer la formulation des futures politiques de protection sociale pour qu'elles soient plus efficaces et pertinentes.

Liste des acronymes

PNPS : Politique nationale de protection sociale
MEF : ministère de l'Économie et des Finances
PTF : Partenaire technique et financier
SG : Secrétaire général
CPI : Comité interministériel de pilotage
SPS : Socle de protection sociale

Références bibliographiques

Alenda-Demoutiez, J. (2016) *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire*. Doctoral dissertation (Université de Lille 1).

APSP (Africa Platform for Social Protection) (2012) *La Plateforme Africaine Pour La Protection sociale (APSP) : Rapport de Revue 2010 – 2011* (Nairobi : APSP).

APSP et CONGAD (Conseil des ONG d'appui au développement) (2013) *Report for West Africa Learning and Change Event*, 10-12 décembre 2012, Dakar, Sénégal, (Nairobi : APSP).

Awortwi, N. et E. R. Aiyede (2017) *Politics, Public Policy and Social Protection in Africa: Evidence from Cash Transfer Programmes* (London and New York: Taylor and Francis).

Barrientos, A. et S. Pellissery (2012) *Delivering Effective Social Assistance : Does Politics Matter?* Effective States and Inclusive Development Research Centre Working Paper 09, DOI : 10.2139/ssrn.2141880

Berlan, D., K. Buse, J. Shiffman et S. Tanaka (2014) 'The Bit in the Middle: A Synthesis of Global Health Literature on Policy Formulation and Adoption', *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3), pp. iii23–iii34, DOI : [10.1093/heapol/czu060](https://doi.org/10.1093/heapol/czu060)

BIT (Bureau international du travail) (2012 a) *Burkina Faso : une approche intégrée d'extension de la protection sociale et de promotion de l'emploi productif*, Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, Un Projet BIT/UE, OIT/UE/Burkina Faso/R.7 (Genève : BIT), <http://www.socialprotection.org/gimi/RessourcePDF> (consulté le 27 septembre 2018).

BIT (Bureau international du travail) (2012 b) *Burkina Faso : Revue des dépenses et de la performance de la protection sociale*, Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, Un Projet BIT/UE, OIT/UE/Burkina Faso/R.4, (Genève : BIT), <http://www.socialprotection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=34714> (consulté le 27 septembre 2018).

BIT (Bureau international du travail) (2011) *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*, Rapport du Groupe consultatif présidé par Michelle Bachelet (Genève : OIT), http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_176520.pdf (consulté le 27 septembre 2018).

Blais, M. et S. Martineau (2006) 'L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes', *Recherches Qualitatives*, 26 (2), pp. 1–18, <http://www.recherche->

qualitative.gc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martin_eau_final2.pdf (consulté le 27 septembre 2018).

Bobrow, D. (2006) 'Policy Design: Ubiquitous, Necessary and Difficult', in Peters, B. G., et J. Pierre (ed.) *Handbook of Public Policy* (London: SAGA), pp. 75–96.

Cherrier, C. (2016) *The Expansion of Basic Social Protection in Low-Income Countries* (Maastricht: The Maastricht University).

Chibwana, A. I., D. P. Mathanga, J. Chinkhumba et C. H. Campbell (2009) 'Socio-Cultural Predictors of Health-Seeking Behaviour for Febrile under-Five Children in Mwanza-Neno District', *Malarial Journal*, 8, DOI : 10.1186/1475-2875-8-219

Chindarkar, N. (2017) 'Beyond Power Politics: Evaluating the Policy Design Process of Rural Electrification in Gujarat, India', *Public Administration and Development*, 37(1), pp. 28–39, DOI: 10.1002/pad.1777

Chindarkar, N., M. Howlett et M. Ramesh (2017) 'Introduction to the Special Issue: "Conceptualizing Effective Social Policy Design: Design Spaces and Capacity Challenges"', *Public Administration and Development*, 37(1), pp. 3–14, DOI : 10.1002/pad.1789

Chinsinga, B. (2007) *Social Protection Policy in Malawi: Processes, Politics and Challenges*, Discussion Paper No. 002 (Brighton: University of Sussex/Future Agricultures), http://www.future-agricultures.org/wp-content/uploads/pdf-archive/FAC_Discussion_Paper_002.pdf (consulté le 25 décembre 2017).

Devereux, S. et I. Macauslan (2006) *Review of social protection instruments in Malawi: a desk study for Department for International Development (DFID) Malawi* (Brighton: University of Sussex/Institute of Development Studies), <https://www.ids.ac.uk/files/MalawiSocialProtectionReview.pdf> (consulté le 9 juin 2017).

Devereux, S. et P. White (2012) 'Social Protection in Africa: Evidence, Politics and Rights', *Poverty & Public Policy*, 2(3), pp. 53–77, DOI : 10.2202/1944-2858.1078

Dryzek, J. S. (1983) 'Don't Toss Coins in Garbage Cans: A Prologue to Policy Design', *Journal of Public Policy*, 3(4), pp. 345–367, DOI : 10.1017/S0143814X00007510

Hutchinson, E., J. Parkhurst, S. Phiri, D.M. Gibb, N. Chishinga, B. Droti et S. Hoskins (2011) 'National Policy Development for Cotrimoxazole Prophylaxis in Malawi, Uganda and Zambia: The Relationship between Context, Evidence and Links', *Health Research Policy and Systems*, 9(Suppl 1), S6, DOI : 10.1186/1478-4505-9-S1-S6

Foli, R. (2016) 'Transnational Actors and Policymaking in Ghana: The Case of the Livelihood Empowerment Against Poverty', *Global Social Policy*, 16(3), pp. 268–286, DOI : 10.1177/1468018115615643

Frintz, A. (2014) 'La Jeunesse Burkinabè bouscule la « Françafrique »', *Le Monde Diplomatique*, pp. 8–9, <https://www.monde-diplomatique.fr/2014/12/FRINTZ/51057> (consulté le 27 septembre 2018).

Garcia, M. et C.M.T. Moore (2012) *The Cash Dividend: The Rise of Cash Transfer Programs in Sub-Saharan Africa*, Directions in Development 67208 (Washington D.C.: Banque mondiale), <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2246/672080PUBOEPI0020Box367844B09953137.pdf?sequence=1> (consulté le 27 septembre 2018).

Gilson, L., K. Buse, S. F. Murray et C. Dickinson (2008) 'Future Directions for Health Policy Analysis: A Tribute to the Work of Professor Gill Walt', *Health Policy Plan*, 23 (5), pp. 291–3, DOI : 10.1093/heapol/czn025

Gilson, L. et N. Raphaely (2008) 'The Terrain of Health Policy Analysis in Low and Middle Income Countries: A Review of Published Literature 1994–2007', *Health Policy and Planning*, 23(5), pp. 294–307, DOI : 10.1093/heapol/czn019

Gliszczynski, M. von (2013) *The Idea of Basic Social Protection. How Social Cash Transfers Entered Global Development Agendas*, PhD thesis (Bielefeld University, Faculty for Sociology, Mimeo).

Gouvernement du Burkina Faso (2012). *Politique Nationale de Protection sociale Du Burkina Faso (PNPS) 2013–2022* (Ouagadougou : Gouvernement du Burkina Faso), http://www.coopami.org/fr/countries/countries/Burkina%20Faso/social_protection/pdf/social_protection01.pdf.pdf (consulté le 27 septembre 2018).

Hagberg, S., L. Kibora, S. Barry, S. Gnessi et A. Konkobo (2017) *Transformations sociopolitiques burkinabè de 2014 à 2016 : Perspectives anthropologiques des pratiques politiques et de la culture démocratique dans un « Burkina nouveau »* (Uppsala : Uppsala University), p. 97.

Hassenteufel, P. (2008) *Sociologie Politique : L'action publique* (Paris : Armand Colin).

Hickey, S. (2011) 'The Politics of Social Protection: What Do We Get from a 'Social Contract' Approach?', *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32 (4), pp. 426–438, DOI : 10.1080/02255189.2011.647447

Holmes, R. et C. Lwanga-Ntale (2012) *Social Protection in Africa: A Review of Social Protection Issues in Research* (Nairobi : Partnership for African Social and Governance Research), https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08a9d40f0b649740006ac/Social-protection-in-Africa_A-review-of-social-protection-issues-in-research.pdf (consulté le 27 septembre 2018).

Howlett, M. (2014) 'From the 'Old' to the 'New' Policy Design: Design Thinking beyond Markets and Collaborative Governance', *Policy Sciences*, 47(3), pp. 187–207, DOI : 10.1007/s11077-014-9199-0

Howlett, M. (2011) *Designing Public Policies: Principles and Instruments* (London and New York: Routledge).

Howlett, M. (2009) 'Governance Modes, Policy Regimes and Operational Plans: A Multi-Level Nested Model of Policy Instrument Choice and Policy Design', *Policy Sciences*, 42(1), pp. 73–89, DOI : 10.1007/s11077-009-9079-1

Howlett, M. et I. Mukherjee (2017) 'Policy Formulation: Where Knowledge Meets Power in the Policy Process', in M. Howlett et I. M Mukherjee (ed.) *Handbook of Policy Formulation* (Northampton: Edward Elgar Publishing).

Howlett, M. et I. Mukherjee (2014) 'Policy Design and Non-Design: Towards a Spectrum of Policy Formulation Types', *Politics and Governance*, 2(2), pp. 57–71, DOI: 10.17645/pag.v2i2

Howlett, M. et M. Ramesh (2016) 'Achilles' Heels of Governance: Critical Capacity Deficits and Their Role in Governance Failures', *Regulation & Governance*, 10(4), pp. 301–313, DOI : 10.1111/rego.12091

Kadio, K., C. Dagenais et V. Ridde (2018) 'Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso : contexte d'émergence et stratégies des acteurs', *Revue française des affaires sociales*, no.1, pp. 63–84, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-page-63.htm> (consulté le 27 septembre 2018).

Kwon, H., S. Cook et Y. Kim (2015) 'Shaping the National Social Protection Strategy in Cambodia: Global Influence and National Ownership', *Global Social Policy*, 15 (2), pp. 125–145, DOI : 10.1177/1468018114543310

Lavers, T. et S. Hickey (2015) *Investigating the Political Economy of Social Protection Expansion in Africa: at the Intersection of Transnational Ideas and Domestic Politics*, Working Paper Series ESID-047-15 (Manchester: Global Development Institute)

Lavigne Delville, P. (2017) 'Pour une socioanthropologie de l'action publique dans les pays « sous régime d'aide »', *Anthropologie & développement*, 45, pp. 33–64, DOI : 10.4000/anthropodev.542

MEF (Ministère de l'économie et des finances) (2013) *Situation Sur Le Processus d'élaboration de La Politique Nationale de Protection sociale (PNPS)*, Note technique (Ouagadougou : MEF).

Merrien, F.-X. (2013) 'La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international', *International Development Policy|Revue internationale de politique de développement*, 4,2, pp. 68–88, DOI : 10.4000/poldev.1519

Mkandawire, T. (2004) *Social Policy in a Development Context* (New York : Palgrave Macmillan).

Monchuk, V. (2014) *Reducing Poverty and Investing in People: The New Role of Safety Nets in Africa*, Directions in Development (Washington DC : Banque mondiale),

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16256/9781464800948.pdf?sequence> (consulté le 27 septembre 2018).

Niño-Zarazúa, M., A. Barrientos, S. Hickey et D. Hulme (2012) 'Social Protection in Sub-Saharan Africa: Getting the Politics Right', *World Development*, 40 (1), pp. 163–176, DOI : 10.1016/j.worlddev.2011.04.004

Olivier de Sardan, J.-P. (1995) *Anthropologie et développement : essai en socioanthropologie du changement social* (Paris : Éditions Karthala).

Olivier de Sardan, J.-P. et V. Ridde (2014) *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (Paris : Karthala).

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

Pellissery, S. et A. Barrientos (2013) 'Expansion of Social Assistance: Does Politics Matter?', *Economic & Political Weekly (EPW)*, XLVIII (9).

Peters, B. G. (2015) *Advanced Introduction to Public Policy* (Cheltenham: Edward Elgar Publishing).

Pino, A. et A.M.B. Confalonieri (2014) 'National Social Protection Policies in West Africa: A Comparative Analysis', *International Social Security Review*, 67(3–4), pp. 127–152, DOI : [10.1111/issr.12051](https://doi.org/10.1111/issr.12051)

Pires, A. (1997) 'Échantillonnage et Recherche Qualitative : Essai Théorique et Méthodologique', in Poupart, Deslauriers, Groulx, Lapierre, Mayer et Pires (Dir.) *La Recherche Qualitative. Enjeux Épistémologiques et Méthodologiques* (Montréal : Université du Québec), pp. 113–169, http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillonnage.html (consulté le 27 septembre 2018).

Ridde, V. (2011) 'Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso', *Cahiers d'Études Africaines*, 201, pp. 115–143, <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/16603>

Roelen, K., E. Delap, C. Jones et H. K. Chettri (2017) 'Improving Child Wellbeing and Care in Sub-Saharan Africa: The Role of Social Protection', *Children and Youth Services Review*, 73, pp. 309–318, DOI : 10.1016/j.chilyouth.2016.12.020

Saliba-Couture, C. (2011) 'L'appropriation et La Déclaration de Paris : Un discours convaincant, mais en sommes-nous convaincus?', *Canadian Journal of Development Studies/Revue Canadienne d'études du développement*, 32 (2), pp. 180–195, DOI : 10.1080/02255189.2011.596030

Shepherd, A., R. Marcus et A. Barrientos (2004) *Policy Paper on Social Protection* (London: ODI, Department For International Development (DFID)).

Wireko, I. et D. Béland (2017) 'Transnational Actors and Health Care Reform: Why International Organizations Initially Opposed, and Later Supported, Social Health Insurance in Ghana', *International Journal of Social Welfare*, 26(4) DOI: 10.1111/ijsw.12257

Yin, R.K. (2008) *Case Study Research: Design and Methods* (Thousand Oaks : Sage).

**CHAPITRE 10 ARTICLE 3 : COMMENT LES CONNAISSANCES EXPLICITES
ÉCLAIRENT-ELLES LA MISE EN FORME DES POLITIQUES : CAS DE LA
POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE DU BURKINA FASO**

Kadidiatou Kadio, Christian Dagenais, Valéry Ridde

Soumis dans la revue Social Science and Medicine

Résumé

L'objectif de la recherche est d'analyser les circonstances d'utilisation des connaissances explicites pour éclairer le processus d'émergence et de formulation de la Politique Nationale de Protection sociale (PNPS) du Burkina Faso adopté en 2012. Le cadre conceptuel de Court et Young (2003) a été adapté en intégrant des concepts issus de la science politique (Kingdon 2003). Des données discursives et documentaires ont été collectées auprès de 30 répondants issus d'institutions nationales et internationales. L'analyse thématique a orienté le traitement des données. La recherche universitaire a été très peu utilisée, contrairement à la littérature grise : les données de statistiques nationales et les rapports d'évaluation. Les acteurs internationaux ont largement contribué aux partages des connaissances sur la protection sociale, le plus souvent par le cadrage des messages (utilisation stratégique). Les connaissances sur l'ampleur de la situation de déficit de protection sociale, sur les populations concernées, sur les conséquences ainsi que sur l'inefficacité des stratégies existantes ont permis aux acteurs d'avoir une nouvelle compréhension du problème (utilisation conceptuelle). Cela a contribué à faire percevoir le déficit de protection sociale comme un problème public nécessitant une solution gouvernementale, d'où la formulation d'une PNPS qui renforcera la solidarité nationale. La prise en compte des connaissances explicites dans la formulation est nuancée. Des rapports d'études et des ateliers de formation ont permis de rédiger le contenu de la PNPS (utilisation instrumentale). Cependant, certains acteurs affirment que les stratégies et les programmes sont le résultat d'une planification en fonction des possibilités des ministères. Ils ont compilé l'existant, puis intégré des stratégies qui peuvent intéresser les entrepreneurs politiques (logique de captage de ressources financières). La faible capacité analytique des acteurs de formulation en raison du manque de dispositif institutionnel pour soutenir l'élaboration des politiques éclairées par la connaissance explique cette situation.

10.1 Introduction

En 2009, le Burkina Faso a engagé un processus ayant mené à la formulation d'une politique nationale de protection sociale (PNPS) en 2012. Les répercussions sociales et politiques de la crise économique mondiale de 2008 ainsi que le déficit de protection ont suscité des réflexions qui ont abouti à la formulation d'une PNPS se déclinant en six programmes : (1) améliorer les transferts sociaux pour les pauvres et vulnérables ; (2) améliorer l'accès des personnes pauvres et vulnérables aux services sociaux de base ; (3) sécuriser l'emploi et garantir un revenu minimal pour les pauvres ; (4) étendre la couverture sociale des travailleurs des secteurs formels et informels ; (5) améliorer la gouvernance de la PNPS ; (6) renforcer la capacité des acteurs. (Kadio, Dagenais et Ridde, 2018b).

Les connaissances issues de la recherche sont des sources d'informations pour améliorer les politiques lorsqu'elles sont utilisées dans la prise de décision (Dagenais, 2006 ; Howlett, 2009 ; Lavis, Posada, Haines et Osei, 2004). L'élaboration d'une politique éclairée par des connaissances scientifiques claires et fiables peut améliorer son efficacité (Newman, Capillo, Famurewa, Nath et Siyanbola, 2013), permettre des économies et sauver des vies (Court et Young, 2003 ; Garner, Kale, Dickson, Dans et Salinas, 1998 ; Hennink et Stephenson, 2005 ; Volmink, Siegfried, Robertson et Gülmezoglu, 2004). Cet avantage reconnu à l'élaboration de politique éclairée par les connaissances scientifiques a renforcé l'idée que les politiques de protection sociale devraient s'inspirer des réussites observées à l'échelle internationale tout en étant ancrées dans le contexte propre de chaque pays (Merrien, 2013).

Un consensus a été établi autour de trois types d'utilisation des connaissances scientifiques. L'utilisation instrumentale implique l'usage direct d'une connaissance pour résoudre des problèmes (Amara, Ouimet et Landry, 2004 ; Hanney, Gonzalez-Block, Buxton et Kogan, 2003). L'utilisation conceptuelle s'opère lorsque le décideur acquiert des connaissances nouvelles sur une situation ou un phénomène. L'utilisation symbolique ou stratégique fait référence à l'usage des connaissances pour soutenir la poursuite d'une position déjà établie (Hanney et al., 2003 ; Squires, Estabrooks, Newburn-Cook et Gierl, 2011).

Cependant, ce qui est considéré comme connaissances scientifiques dans l'élaboration des politiques est controversé. Plus d'un tiers des études incluses dans une revue systématique de la

littérature sur l'utilisation des données de recherche ont constaté l'utilisation de connaissances informelles en les définissant comme des données locales ou des connaissances tacites (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman et Thomas, 2014). Considérer uniquement les données de recherche universitaires évaluées par des pairs constitue une définition étroite des connaissances scientifiques, attribuée à la position épistémologique rationaliste de la médecine basée sur la preuve (Dalglish, Rodríguez, Harouna et Surkan, 2017). En outre, l'information issue des données de recherche est moins utilisée que celle provenant de l'opinion des experts, de l'expérience personnelle, de documents internes ou de règlements juridiques, des rapports gouvernementaux des plaintes et opinions de la communauté (Davies, 2012 ; Nabyonga-Orem et al., 2014 ; Ritter, 2009 ; Zardo et Collie, 2015). Compte tenu de ces considérations, Oliver et al (2014) soutiennent qu'une analyse de l'utilisation des connaissances ou « *evidence* » devrait se baser sur une interprétation allant au-delà des résultats stricts de recherche. Nous adoptons donc cette perspective large dans la présente étude en utilisant le terme de « connaissances explicites » (Lamari, 2010) pour prendre en compte les rapports de recherches et d'évaluations non publiées, les rapports de suivi d'indicateur de routine, les résultats des processus de consultation, les observations des cliniciens, les enquêtes sur les populations et enfin les données statistiques.

L'objectif de la présente recherche est d'analyser les circonstances d'utilisation des connaissances explicites pour éclairer le processus de mise en forme de la PNPS 2012, c'est-à-dire l'émergence et la formulation en répondant à cinq questions : (1) quels sont les types de connaissances explicites et les types d'utilisations ? (2) De quelles façons les connaissances ont-elles éclairé la décision de formuler une PNPS ? (3) De quelles manières les connaissances ont-elles soutenu les choix du contenu de la PNPS ? (4) Quels sont les stratégies de transfert de connaissances et les acteurs ? (4) Quels sont les facteurs favorisant ou les obstacles à l'utilisation des connaissances explicites ?

10.2 Utilisation des connaissances explicites et un contexte décisionnel complexe

En théorie, le principe d'une politique éclairée par des preuves devrait appliquer la logique du bon sens : les scientifiques produisent des preuves, qui auront une priorité sur les autres facteurs dans le processus de décision politique (Macnaughton, Nelson et Goering, 2013).

Toutefois, la réalité est différente. Le contexte de mise en forme des politiques est hautement politique, évolue rapidement et dépend d'une variété de facteurs, d'intrants et de relations (Bowen et Zwi, 2005). Au-delà des connaissances explicites, les décideurs portent un jugement sur les intérêts institutionnels en tenant compte de ce qui convient le mieux, suivant le contexte et les circonstances (Marston et Watts, 2003). Les choix sont influencés par les ressources disponibles, la culture bureaucratique, les groupes de pression, les idées, les valeurs et la nécessité de réponse immédiate aux contingences quotidiennes (Davies, 2012 ; Smith, 2013 ; Weible, Sabatier et McQueen, 2009).

En somme, la mise en forme des politiques est un processus complexe conduisant à un construit teinté d'expériences et des valeurs d'acteurs (Gilson et al., 2011). Dans ce contexte décisionnel décrit comme une dynamique sociale complexe (Bowen, Erickson, Martens et Crockett, 2009 ; Bowen et Zwi, 2005), l'utilisation des connaissances devient difficile à identifier et à catégoriser (Parkhurst, 2017 ; Smith, 2013). Appréhender le cheminement des connaissances nécessite de considérer cette complexité, pour concevoir la décision politique plus qu'un acte ponctuel attribuable à des « décideurs » clairement identifiés, investis d'autorité (Cairney, 2016 c).

La majorité des recherches sur l'utilisation des connaissances dans l'élaboration des politiques repose principalement sur des enquêtes de perceptions des chercheurs et des décideurs avec une minorité d'études de cas approfondies (Oliver et al., 2014). Elles sont souvent descriptives. Pourtant, une meilleure connaissance des facteurs et des circonstances favorisant l'utilisation des connaissances pourrait contribuer à mettre en place des politiques adaptées au contexte. De plus, l'élaboration des politiques est moins étudiée en Afrique qu'ailleurs et les recherches ont rarement analysé les attitudes des décideurs quant à l'utilisation des connaissances (Berlan, Buse, Shiffman et Tanaka, 2014 ; Dalglish et al., 2017 ; Mbachu et al., 2016 ; Nabyonga-Orem et al., 2014). La présente étude se distingue de ces dernières en optant pour une analyse du processus politique focalisé sur les circonstances qui ont favorisé ou non l'utilisation de la connaissance. Elle fait partie d'une plus vaste recherche qui vise à comprendre les processus d'élaboration des politiques de protection sociale du Burkina Faso (Kadio, Kafando, Ouédraogo et Ridde, 2018 ; Kadio, Dagenais et Ridde, 2018a ; Kadio et al., 2018 b ; Kadio, Ouedraogo, Kafando et Ridde, 2017).

10.3 Cadre d'analyse de l'utilisation des connaissances pour éclairer l'élaboration des politiques

Dans cette recherche, nous nous inspirons du cadre RAPID (Court et Young, 2003) et du champ d'études sur les politiques publiques (Howlett et Mukherjee, 2014 ; Kingdon, 2003 ; Sabatier et Jenkins-Smith, 1999). Il s'agit d'une perspective politique qui permet d'analyser l'influence du contexte, celui des acteurs ainsi que les caractéristiques des connaissances explicites sur le parcours de cette dernière dans l'élaboration des politiques (Cairney, 2016b ; Fafard, 2015 ; Parkhurst, Ettelt et Hawkins, 2018).

Le contexte d'élaboration d'une politique comprend des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des connaissances explicites dans la prise de décision : facteurs politiques, conjoncturels, idéologiques et normatifs. (Cairney, 2016b ; Parkhurst, 2012). Ces facteurs contribuent à mettre en place les conditions qui mènent à l'utilisation des connaissances : présence de moments favorables (fenêtre d'opportunité) et l'amélioration de la capacité de réceptivité dans l'environnement de la prise de décision (El-Jardali et Fadlallah, 2015 ; Gervais et Gagnon, 2013 ; Kingdon, 2003 ; Souffez, 2008).

Les acteurs sont les liens ou les canaux par lesquels les connaissances passent pour influencer la prise de décision. Ce sont des personnes ou des institutions, affectées par le changement, ou ayant un intérêt pour les retombées de la politique même s'ils n'y participent pas directement (Court et Young, 2003). Ces acteurs ou participants actifs à l'élaboration des politiques sont des acteurs gouvernementaux (gestionnaires et techniciens, législateurs) et non gouvernementaux représentant des intérêts personnels ou collectifs (organisations internationales, ONG, experts, médias, financeurs, usagers) (Cairney, 2016 a ; Etiaba et al., 2015 ; Kaplan et Babad, 2011 ; Koduah, Dijk et Agyepong, 2015 ; Liverani, Hawkins et Parkhurst, 2013 ; Onwujekwe et al., 2015 ; Ridde, 2012).

Souvent impliqués dans des réseaux ou des communautés de pratique, ils peuvent jouer différents rôles (Lemieux, 2002 ; Ridde, Béland et Lacouture, 2016). Regroupés en coalition, ils utilisent les connaissances pour alimenter et renforcer leurs croyances, convictions et valeurs profondes, en vue de consolider leurs stratégies d'argumentation de l'influence d'une décision politique (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999). Les entrepreneurs politiques peuvent s'appuyer sur

des connaissances en lien avec leurs idées et valeurs pour attirer l'attention des décideurs sur une situation pour qu'elle devienne un problème public (Kingdon, 2003).

Les connaissances explicites concernant un phénomène peuvent modifier les positions des acteurs qui la percevront comme nécessitant une action publique (Kingdon, 2003 ; Sutcliffe et Court, 2005). Ainsi, l'information technique peut contribuer à modeler un problème public (courant des problèmes) en aidant les acteurs à comprendre les enjeux, et à façonner le courant des politiques en participant au développement des idées et des mouvements sociaux (Zahariadis, 2003, 2014). De même, des connaissances sur les coûts, l'efficacité ou l'acceptabilité d'une solution peuvent éclairer les choix pendant la formulation (Howlett et Joshi-Koop, 2011 ; Howlett, McConnell et Perl, 2014 ; Kingdon, 2003). Des insuffisances de l'offre et de la demande des connaissances (disponibilité, accès, clarté, qualité, pertinence, fiabilité des résultats de la recherche et les coûts) influencent sa crédibilité et son acceptabilité et peuvent limiter son utilisation (Cairney, 2016 c ; Oliver et al., 2014).

10.4 Méthodologie

Cet article présente une étude de cas (Yin, 2008) appliquée à la PNPS du Burkina Faso. Le secrétariat permanent de mise en œuvre de la PNPS étudiée a été la porte d'entrée pour identifier les participants à la recherche. Deux entrevues exploratoires avec des membres du secrétariat ont permis d'obtenir des informations préliminaires sur le processus, de collecter des documents et d'identifier des informateurs clés. L'analyse de ces premières données a d'abord permis une reconstitution chronologique des étapes de l'élaboration de la politique. L'examen du calendrier des événements clés et des documents (réunion de travail, atelier de formations, voyages d'études) a permis d'identifier de nouveaux informateurs. La liste des répondants et des documents à examiner a été complétée progressivement pendant les entrevues informelles et semi-dirigées par la technique de recrutement de boule de neige³² (Pires, 1997). Au total, 55 documents (tableau I) ont été collectés et 42 entrevues ont été réalisées (10 informelles/exploratoires et 32 semi-dirigées et enregistrées) auprès de 37 répondants (tableau

³² Nous avons demandé aux répondants de nous donner des noms de personnes (designer d'autres personnes) qui ont participé aux processus, et ainsi de suite, pour compléter la liste des répondants.

I). Les thèmes des entrevues portaient sur : (1) le contexte national et le besoin de connaissances ; (2) les acteurs, les circonstances d'accès et d'utilisation de la connaissance ; (3) la prise en compte des connaissances dans les choix stratégiques. Les données ont été collectées entre novembre 2015 et juillet 2016. Un dernier entretien a été réalisé en mars 2018. Nous avons reçu l'approbation du comité d'éthique en santé du Burkina Faso et celui de l'Université de Montréal.

Tableau I. Nombre de documents analysés et de participants aux entrevues

Documents analysés	N
Document d'orientation gouvernementale	2
– <i>Stratégie de croissance accélérée et de développement durable</i>	
– <i>Prospective « Burkina 25 » : Vision prospective et stratégies</i>	
Données de routine/statistiques	2
Littérature grise gouvernementale	11
– <i>Rapports d'évaluation</i>	
– <i>Rapports de mise en œuvre</i>	
– <i>Compte-rendu de réunion</i>	
Littérature grise des Institutions internationales/ONG	9
– <i>Rapports d'études</i>	
– <i>Documents de travail</i>	
Ateliers de formation	20
– <i>Termes de référence, présentation</i>	
– <i>Rapports, notes de conclusion</i>	
Processus PNPS	11
– <i>Note de cadre, Rapports des commissions spécialisées</i>	
– <i>Rapports du comité de pilotage</i>	
– <i>Document PNPS</i>	
TOTAL Documents	55
Entrevues	
Entrevue informelle	10
– <i>Acteurs gouvernementaux</i>	
– <i>Institutions internationales et ONG</i>	
Entrevue semi- dirigée	
Acteurs gouvernementaux (cadres et haut fonctionnaire)	20
– <i>Membre du comité interministériel d'élaboration de la PNPS</i>	
– <i>Directrice de la coordination des politiques de lutte contre la pauvreté (CSLP)</i>	
– <i>Secrétariat permanent de mise en œuvre de la PNPS</i>	
– <i>Secrétariat permanent de l'assurance maladie</i>	
Organisation de la société civile locale	3
– <i>Secrétariat permanent de la coordination des ONG</i>	
– <i>ASMAD, RAMS</i>	
Institutions international/ONG internationale	9
– <i>Unicef, Banque Mondiale, Programme alimentaire mondiale</i>	
– <i>Help, Helvetas, OXFAM, Echo, Terre des Hommes</i>	
TOTAL entrevues	42

L'analyse thématique du discours a été utilisée pour le traitement des données (Paillé et Mucchielli, 2012). L'analyse a été à la fois inductive et déductive. Les entretiens retranscrits intégralement ont été codés à l'aide du logiciel Nvivo11. Une première codification inductive sans une grille d'analyse a fait émerger des thèmes. Une seconde analyse plus déductive s'est basée sur les concepts de la perspective politique de l'utilisation des connaissances pour mieux décrire et expliquer les thèmes et sous thèmes qui ont été observés de façon inductive. Parallèlement à l'analyse thématique des entrevues, les documents ont été organisés de façon chronologique pour construire un récit historique des événements en lien avec les étapes d'élaboration de la politique (période d'émergence et période de formulation) de 2008 à 2012. Cela a permis de suivre parallèlement le contexte, les liens (acteurs) et les connaissances.

Un examen des rapports des événements clés a d'abord permis d'identifier les moments favorables, les acteurs et leurs stratégies, puis permis d'analyser comment ils ont contribué à faire pénétrer les connaissances dans la sphère décisionnelle. Une triangulation du discours des répondants et du contenu des documents en ayant à l'esprit deux questions permettaient de mettre en exergue le type de connaissance, le rôle des acteurs et leur stratégie, c'est-à-dire, quelle information a été utile pour l'émergence ou la formulation, comment l'information a-t-elle été utilisée.

10.5 Résultats

Les résultats sont présentés en cinq sections. La première section est consacrée aux types de connaissances et aux types d'utilisations. La deuxième section montre comment ces connaissances ont éclairé la décision de formuler une PNPS. La troisième section traite de l'utilisation des connaissances explicites pour soutenir la rédaction du contenu de la PNPS. La section quatre se penche sur les acteurs et leurs stratégies de transferts de connaissances. La dernière section concerne les facteurs favorisants et les obstacles à l'utilisation de la connaissance.

10.5.1 Connaissances et type d'utilisation pour éclairer la mise en forme d'une PNPS

Plusieurs types de connaissances ont éclairé le processus de la PNPS. L'utilisation de la recherche universitaire avec une évaluation par les pairs n'a pas été explicitement mentionnée, contrairement à d'autres types de connaissances telles que les données de statistiques nationales,

les rapports d'évaluation des programmes gouvernementaux, les rapports d'études réalisées par les institutions internationales et ONG.

Le tableau II présente le type de connaissances explicites utilisées à chaque étape du processus de mise en forme de la PNPS ainsi que des illustrations par type d'utilisation.

Tableau II. Types de connaissances et types d'utilisation par étapes du processus de mise en forme de la PNPS

Type de connaissances/source de la connaissance	Type d'utilisation dans la mise en forme de la PNPS	
	Émergence	Formulation
Données de routine - Indicateur de suivis - Système d'alerte précoce	Utilisation conceptuelle - Percevoir l'ampleur de la situation	
Littérature grise/gouvernement - Rapports d'évaluation - Annuaire statistique, enquête nationale, profil de pauvreté - Étude prospective	Utilisation conceptuelle : - Acquisition des connaissances sur le problème (ampleur, personnes concernées, conséquence) - Acquisition de connaissances sur les causes du problème (réponse non adaptée aux besoins, situation non nouvelle) - Connaissances sur les valeurs et attentes des populations	Utilisation stratégique (Cité dans la PNPS) - Données statistiques issues des enquêtes nationales pour illustrer des situations (augmentations de la pauvreté) Utilisation stratégique (cité dans la PNPS/Note de cadrage pour :) - Justifier les fondements et principes directeurs de la PNPS - Illustrer la nécessité de formuler une politique, - Illustrer l'ampleur du déficit de PS - Illustrer l'inefficacité des CSLP
Littérature grise/rapport d'étude des PTF/ONG - Rapport d'évaluation de projet pilote - Rapport d'études - Document de travail	Utilisation conceptuelle - Comprendre les conséquences de la crise économique sur les personnes vulnérables - Connaissances sur les insuffisances de protection sociale - Comprendre le lien entre PS et pauvreté Utilisation stratégique (document de base PS) - Citer une étude du Malawi, pour soutenir la faisabilité des transferts monétaires au Burkina Faso - Soutenir l'idée que les programmes de cantines scolaires sont une opportunité pour renforcer PS et éducation : citer une étude sur effet positif des cantines scolaires sur la scolarisation des filles	Utilisation conceptuelle - Le rapport Blanchet pour mieux comprendre le concept de socle de protection sociale. - Lire le rapport de la Banque mondiale sur les filets sociaux et les présentations des ateliers de formation pour soutenir leur compréhension des concepts (assurance sociale, filets sociaux, etc.) Utilisation instrumentale - S'inspirer du contenu des présentations des ateliers de formation pour rédiger la note de cadrage - S'inspirer du contenu du rapport de la Banque mondiale sur les filets sociaux pour rédiger la section de la PNPS sur l'état des lieux des interventions.

L'utilisation conceptuelle a permis aux acteurs nationaux d'acquérir de nouvelles connaissances, d'approfondir leurs connaissances et compréhensions des enjeux de protection

sociale au Burkina Faso et de se convaincre de la nécessité de formuler une politique. **L'utilisation stratégique** a consisté à citer des connaissances pour justifier l'utilité et la faisabilité d'une PNPS. **L'utilisation instrumentale** a consisté à s'inspirer des présentations des ateliers et du contenu des rapports d'études pour rédiger des sections de la PNPS.

10.5.2 Connaissances et décision de formulation d'une PNPS : émergence d'un problème public

Trois questions sont abordées dans cette section : de quelle façon les connaissances ont-elles permis aux acteurs d'apprendre davantage sur l'ampleur et les causes du déficit de protection sociale, sur les personnes les plus affectées et les attentes des populations, de mieux appréhender les défis à relever.

10.5.2.1 Connaissances explicites pour révéler le déficit de PS, son ampleur, ses causes, les personnes affectées

Les interlocuteurs ont mentionné que les rapports d'évaluation et de mise en œuvre des deux Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) entre 2000 et 2010 ont relevé des insuffisances qui ont contribué au déficit de protection sociale.

La note de cadrage, document de base pour justifier la nécessité de formuler une PNPS, mentionne que les stratégies de mise en œuvre du volet social des CSLP n'étaient pas adaptées à la situation des populations (Demebele, 2010 ; MED, 2003 ; MEF, 2010).

Le tout premier document de base sur la PNPS rédigé par le MEF en collaboration avec l'UNICEF cite les données statistiques de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM) 2009-2010 pour illustrer l'ampleur de la situation. Les études sur le profil de pauvreté réalisé par l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD) ont permis de mieux cerner la pauvreté, percevoir l'ampleur et les personnes concernées. Un ancien cadre de la Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP) du MEF explique :

« les études de l'INSD sur les dimensions de la pauvreté, sur la vulnérabilité, sur la pauvreté chronique ; tout ça a été fait. C'est ça qui a permis de voir un peu plus clair à travers la dimension de la pauvreté, l'ampleur du phénomène, cette pauvreté de masse et la nécessité d'élaborer une politique de la protection sociale et la mettre en œuvre. » EF-1F.

Des marches de revendications et des grèves en 2008 ont suscité des initiatives de recherche d'information et de solutions. Les facteurs contextuels et conjoncturels (la baisse du pouvoir d'achat, la tension sociale, l'insécurité alimentaire) ont entraîné la quête d'information et de solution adaptée aux besoins des personnes concernées, et aux aspirations de l'ensemble de la population. Un comité interministériel de suivi de la conjoncture (CISC) avait été mis en place pour suivre l'évolution mensuelle de certains indicateurs (prix des produits de base, emploi, etc.) et informer régulièrement le Premier ministre. Les données de routine du système d'alerte précoce du ministère de l'Agriculture avaient permis au gouvernement d'avoir l'information sur l'ampleur de la crise alimentaire de 2008. Dans la perspective de la résolution de la crise, le Programme alimentaire mondial (PAM) a effectué une analyse situationnelle qui a permis au gouvernement de connaître les personnes les plus affectées par l'insécurité alimentaire. Les recommandations suggéraient la mise en œuvre des mesures de protection pour renforcer la résilience des populations.

10.5.2.2 Connaissances explicites pour comprendre les valeurs et attentes des Burkinabè.

L'étude nationale prospective « Burkina 25 » présente la vision du futur souhaité pour le Burkina Faso. Elle a été construite à partir des préoccupations, des représentations et des définitions des acteurs dans le cadre d'un large processus de consultation nationale. Pour que la solidarité nationale soit effective, il faut :

« réactiver, expliciter et, surtout, respecter ce devoir de solidarité qui veut que ceux qui ont reçu plus de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité. La redistribution équitable des richesses doit être consolidée. La solidarité implique qu'aucun Burkinabè ne soit exclu et/ou marginalisé pour une raison quelconque. » (CNPS, 2005) p110.

L'étude a permis au gouvernement de comprendre que les attentes profondes de la population étaient la solidarité et que le socle de développement est basé sur la protection sociale. Un acteur qui a participé à la fois à la réalisation de l'étude, à la restitution des recommandations, ainsi qu'au processus de la PNPS explique : *« lorsqu'on a engagé l'étude prospective du Burkina 2025 ; il est ressorti que si on ne résout pas le problème social ; on ne peut jamais se développer au Burkina. On a beau faire autre chose, mais on ne pourra pas le faire sans résoudre la question de la protection sociale » EF-AF.*

10.5.2.3 Connaissances explicites pour appréhender les défis à relever.

En 2009-2010, la Banque mondiale et l'Unicef, en collaboration avec un professeur de l'Université d'Ouagadougou, ont réalisé une étude sur les filets sociaux. Même si la nécessité de résoudre le problème de déficit de protection sociale avait été perçue bien avant cette étude (rapport CSLP, étude FMI et PAM), il ressort des discours qu'elle a donné une vision globale de la situation. Elle présente de façon plus structurée un aperçu des filets sociaux, les dysfonctionnements et les insuffisances, les recommandations pour la mise en place d'un système harmonieux de filets sociaux. L'étude a permis aux acteurs nationaux d'avoir des connaissances plus cohérentes pour mieux comprendre le problème et au PTF d'améliorer leurs connaissances sur la situation et les défis de la protection sociale au Burkina. Un membre du groupe des PFT argumente :

« Ça nous a permis de voir que plusieurs programmes de protection sociale existaient, mais en termes de couverture, c'était très petit et en termes de ciblage c'était absolument aléatoire, mal organisé. Et beaucoup de gens se plaignaient du manque de coordination, du manque d'organisation » UNE-P1.

Plusieurs politiques sectorielles incluant des objectifs de protection sociale ont été mises en œuvre dans le cadre des CSLP. Malgré cela, la crise économique de 2008-2009 a montré une très grande vulnérabilité de la population. Les connaissances explicites produites sur ces CSLP ainsi que sur les réponses gouvernementales à la conjoncture socioéconomique de 2008 (rapport d'étude, rapport de mise en œuvre, données de surveillance de routine, données statistiques) ont révélé aux acteurs nationaux la nécessité de mener une réflexion sur le type d'intervention, sur l'identification des bénéficiaires des politiques de protection sociale. Ces connaissances ont également permis de comprendre que le déficit de protection sociale est une conséquence du faible investissement de l'État dans le secteur social et une inefficacité de la mise en œuvre des rares actions antérieures, mais aussi que la population souhaite plus de solidarité nationale. Le déficit de protection sociale est alors un problème public que le gouvernement entend résoudre à travers la formulation d'une politique nationale de protection sociale qui renforcera la solidarité nationale.

La prochaine section décrit comment les connaissances explicites ont éclairé la rédaction de la PNPS et orienté le choix stratégique pendant l'étape de la formulation.

10.5.3 Connaissances explicites et formulation de la PNPS

Les paragraphes ci-dessous traitent d'abord de la rédaction de la note de cadre et des rapports des commissions spécialisées et ensuite examinent la rédaction du contenu de la PNPS.

10.5.3.1 Rédaction de la note de cadrage et des rapports des commissions spécialisées

La note de cadrage a été rédigée en octobre 2010 par la Direction de la coordination de la politique de réduction de la pauvreté (DCPRP) du MEF appuyé par l'UNICEF. Elle a balisé les orientations à suivre pour l'élaboration du document politique. Les acteurs nationaux reconnaissent avoir des connaissances limitées sur la protection sociale au moment de la rédaction de la note et affirment s'être appuyés sur les documents existants. Un membre du comité de rédaction explique : *« on n'est pas spécialiste de la question, donc on s'est basé sur ce que les spécialistes ont fait et puis on a essayé de faire le cadrage nécessaire. »* EF-6M. En effet, le comité restreint de rédaction s'est inspiré de deux ateliers de formation sur la protection sociale, de l'expertise de l'UNICEF ainsi que de l'étude de la Banque mondiale sur les filets sociaux. Un membre de l'équipe de rédaction explique

« On avait les présentations de Kombissiri [atelier de formation], et d'autres ateliers qui nous ont permis de cadrer. On avait pas mal de documents reçus de l'UNICEF. On a dû exploiter le rapport de la Banque mondiale qui venait de finir, le rapport provisoire sur les filets sociaux. En fait, c'est avec tout ça qu'on a travaillé. » EF-DM.

L'analyse documentaire montre que le contenu de la note s'inspire des ateliers de formation.

Les commissions spécialisées ont rédigé leurs rapports de février à juin 2011 pour donner suite à un mandat reçu du secrétariat exécutif de rédaction de la PNPS. Chaque rapport de commission était le résultat d'un recensement des actions mises en œuvre sur la base des rapports d'activités des directions membres. Par ailleurs, les commissions se sont inspirées de la perspective des PTF pour organiser le contenu des rapports et pour certaines clarifications conceptuelles. Le responsable de la commission assurance sociale explique qu'ils ont consulté le rapport Bachelet du BIT sur le socle de protection sociale : *« on a beaucoup utilisé les rapports du BIT, surtout pour le cadre vraiment conceptuel. Par exemple, on a consulté, on a utilisé le rapport Bachelet »* SS-F1. Aussi, les documents de capitalisation des projets pilotes sur l'exemption des soins de santé mise en œuvre par des ONG ont été consultés. Un membre de la commission assurance sociale explique : *« c'est beaucoup plus les rapports qui ont des capitalisations.*

Certaines expériences pilotes notamment, l'exemption des soins, pour voir dans quelle mesure la mise en place de la politique pourrait promouvoir ce volet assurance sociale » SS-F2.

10.5.3.2 Rédaction du contenu de la PNPS :

Le secrétariat exécutif de rédaction s'est principalement appuyé sur la note de cadrage, le rapport d'étude sur les filets sociaux et des deux rapports de commission pour rédiger le projet de la politique d'août 2011 à juin 2012.

Un membre du secrétariat de rédaction explique : *« honnêtement au niveau de l'état des lieux, on a exploité des rapports aussi bien que des études pour comprendre ce qui était déjà fait au niveau national, voilà ! »* AS-M2. L'étude de la Banque mondiale, largement mentionnée, a inspiré la présentation de la section l'état des lieux de la protection sociale par catégorie d'instrument : assurance sociale, filet social, services d'aide sociale et législation. La vision de la politique s'inspire de l'étude prospective Burkina 25 : *« le Burkina Faso, une nation solidaire qui dispose d'un système doté de mécanismes adéquats et pérennes de protection des populations contre les risques et les chocs »* (CNPS, p39). Les programmes de la PNPS sont focalisés sur les personnes pauvres et vulnérables. Ces dernières, selon les interlocuteurs, sont plus affectées par le déficit et ont plus besoin de protection, considérant les enquêtes sur les conditions de vie des ménages de l'INSD.

Par contre, le rôle des connaissances explicites est nuancé. Certains acteurs présentent les orientations stratégiques et les programmes de la PNPS comme le résultat d'une simple planification, sur la base des possibilités d'actions des ministères, sans recourir aux connaissances pour éclairer les choix. Un membre du secrétariat exécutif de rédaction explique :

« on n'a pas fait référence à des recherches ou bien à des études au moment où on était en train de planifier. C'est-à-dire qu'au moment où on était en train de définir les orientations, on n'a pas fait une réflexion stratégique de comment agencer les actions, etc. Non, c'était juste une programmation. Donc la recherche n'a pas servi à la définition des orientations. » AS-F3.

En revanche, d'autres avancent que les programmes ont été formulés en fonction des interventions qui ont produit des résultats positifs. Des stratégies existantes ont été reconduites dans la politique parce qu'elles avaient montré leur efficacité. Certains filets sociaux, notamment les cantines scolaires, ont été inscrits en tant que stratégie de soutien à l'éducation

par le fait de leur efficacité perçue : « *On a vu l'impact des cantines sur la scolarisation des enfants dans les villages. Ce qui fait qu'il fallait donc retenir ces éléments dans la politique pour que les cantines scolaires fassent leurs effets* » EF-4M. Des acteurs nationaux et internationaux considèrent que la stratégie d'exemption des soins des enfants de 0 à 5 ans a été retenue en considération de l'efficacité prouvée par les résultats de recherche. Un cadre du MEF explique :

« il y a eu des travaux spécifiques qui ont été pris en compte., des études qui ont été faites dans le domaine et la subvention des soins de santé ; des travaux de l'ONG, Terre des Hommes, dans le nord et dans la boucle du Mouhoun là, pour montrer la possibilité de prendre en charge entièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. » EF-2M.

En somme, la prise en compte des connaissances explicites dans la formulation est nuancée. Outre le recensement des actions sur la base des rapports d'activité et des documents de capitalisation des projets pilotes, les commissions se sont inspirées de documents des PTF telles que la Banque mondiale et le BIT pour des questions de clarification conceptuelle. Le contenu des rapports d'études et des ateliers de formation a permis de rédiger la section sur l'état des lieux de la PNPS. Cependant, certains acteurs affirment que les stratégies et les programmes sont le résultat d'une planification en fonction des possibilités des ministères. D'autres soutiennent un choix fondé sur l'efficacité de ces stratégies. La prochaine section présente le rôle et les stratégies des acteurs.

10.5.4 Les acteurs : Rôles et stratégies de partage des connaissances explicites.

Les acteurs internationaux ont largement contribué à améliorer les connaissances des acteurs locaux sur la protection sociale à travers plusieurs stratégies.

10.5.4.1 Produire des connaissances pour soutenir le plaidoyer et le dialogue politique

Les PTF ont d'abord mené des études pour améliorer leur propre compréhension de la situation, afin de mieux influencer les décisions.

En 2008, une étude du PAM sur la crise alimentaire leur a donné un aperçu des personnes affectées et permis de planifier une distribution de coupons alimentaires. Les résultats d'évaluation de cette intervention avaient contribué à soutenir des discussions avec le gouvernement dans le but de susciter un programme national.

De même, l'étude sur les filets visait d'abord à fournir des connaissances contextuelles à la Banque mondiale en vue de la planification et de la mise en œuvre de son projet.

L'Unicef a commandité des études pour mieux comprendre la spécificité du Burkina Faso en matière de protection sociale. Une première étude des conséquences de la crise économique sur la protection sociale a montré que les pauvres étaient plus affectés (Balma, Cockburn, Fofana, Kaboré et Tiberti, 2009). En réponse aux interrogations du MEF sur la capacité du gouvernement à financer des programmes de filet sociaux, l'Unicef a commandité une deuxième étude sur l'espace fiscal et les dépenses publiques. L'étude a montré que les transferts monétaires sont soutenablement économiquement par le gouvernement et avaient un impact possible sur la réduction de la pauvreté (Cockburn, Maisonnave, Robichaud et Tiberti, 2012). Les résultats ont été utilisés pendant les dialogues pour montrer au MEF que la mise en œuvre des transferts monétaires n'a pas d'effet négatif sur l'économie.

10.5.4.2 Des séances de restitution et des réunions gouvernementales comme canal de diffusion des connaissances locales

Outre la production des connaissances sur le contexte national, des moments favorables ont été utilisés ou créés pour les diffuser.

D'une part, les PTF ont organisé des réunions de restitution regroupant des acteurs clés pour disséminer les principales conclusions de leur recherche. Le SG d'un ministère explique : *« j'ai participé à une restitution, les gens ont participé aux différentes debriefing [présentation] de cette étude [filets sociaux], et ils ont compris beaucoup de choses, ils ont posé des questions, »* AS-1M. Ces moments d'échanges ont soulevé la nécessité de mener une réflexion approfondie sur la protection sociale qui va au-delà des programmes de filet sociaux.

« Il a eu la restitution de l'étude. On a dit : écoutez, les filets sociaux ne sont qu'une composante de la protection sociale notamment le volet non contributif, il y a d'autres volets contributifs comme l'assurance sociale, l'assurance maladie et tout ça, les mutuelles. Donc il a été nécessaire de réflexion » AM-M2.

D'autre part, ils ont exploité les cadres d'échange et de concertation gouvernementale existante pour diffuser des connaissances. Les résultats et des recommandations préliminaires³³ de deux études³⁴ ont été présentés à la revue annuelle du CSLP présidé par le Premier ministre en avril 2010 : « lors d'une revue du CSLP avec le 1^{er} ministre, ils sont venus de Washington pour présenter les conclusions préliminaires de l'étude, et plaider vraiment pour que le gouvernement parvienne à une politique sur la protection sociale. » EF-6M. Les réunions de la commission sectorielle et thématique sur la promotion et la protection sociale (CST/PPS) dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du CSLP ont été des moments de partage de connaissances pour les PTF membres. Des échanges ont eu lieu sur les insuffisances et les défis, ainsi que sur les conclusions et recommandations des études.

10.5.4.3 Des voyages d'études et de formation

Les PTF ont financé des voyages d'études et de formation pour leurs collaborateurs burkinabè. Ces voyages devaient permettre d'accéder à des connaissances qui contribueraient à changer leur perception et vision de la protection sociale. Par exemple, le concept de filet social a intégré le vocabulaire du ministère de l'action sociale en 2009 à l'issue d'un atelier de formation au Sénégal. Une fonctionnaire explique comment il a découvert ce concept : « Parce que nous, on ne connaissait pas le terme *filet social* avant la crise de 2008 et 2009. C'est le SG du ministère-là qui étaient les 1^{ers} à aller faire la formation sur les filets sociaux et la protection sociale à Dakar en 2009, et qui ont ramené ce terme au ministère » AS-M2. De même, la plateforme africaine pour la protection sociale avait financé, en 2011, un voyage qui a permis au secrétariat permanent de la coordination des ONG (SPONG) d'accéder à de l'information sur l'expérience des autres pays du réseau. Ce voyage d'études a en partie suscité un élan du SPONG qui a entrepris des démarches pour participer au processus de formulation de la PNPS qui était déjà en cours depuis 2010 (Kadio et al., 2018b).

³³ Renforcer le cadre stratégique, institutionnel et financier, par l'adoption d'une stratégie nationale de protection sociale incluant les filets sociaux, un mécanisme de financement financier pérenne et l'amélioration du suivi et l'évaluation des programmes ; améliorer l'efficacité du système de filets sociaux

³⁴ États des lieux sur les filets sociaux (Banque Mondiale, Unicef) et l'étude sur l'efficacité de la subvention des hydrocarbures (FMI)

10.5.4.4 Ateliers nationaux de formation

Deux ateliers de formation ont été organisés en janvier et avril 2010 par le MEF en collaboration avec les PTF. Le premier rassemblait une douzaine de ministères et des PTF engagés dans le domaine de la protection sociale. Le deuxième regroupait les mêmes acteurs ainsi que des décideurs de haut niveau.

Ces ateliers avaient pour objectif d'améliorer les connaissances des participants sur la protection sociale. C'était aussi un plaidoyer basé sur une utilisation stratégique de la connaissance, en vue de susciter un dialogue intersectoriel, un consensus sur la nécessité d'une politique globale et une décision de formuler une stratégie nationale de filets sociaux. Un formateur argumente :

« Voilà un exemple typique ; je suis coupable. Je suis complètement coupable de ça. Si on dit que c'est de l'évidence-based, mais on ne prend que ce qui va dans le sens de notre opinion. Et la plupart du temps, c'est ça. Parce que justement il y avait tellement de réticences sur les transferts, les gens n'étaient pas convaincus, en fait donc tout devient plaidoyer. Et de la même façon, l'atelier c'est un petit plaidoyer. Il avait été focalisé sur les transferts monétaires, c'est pour petit à petit arriver à faire passer l'idée que les transferts monétaires c'est une bonne chose, c'est typiquement ça, c'était de montrer que c'était possible. » UNC-F1.

Un PTF affirme

« Franchement c'était du plaidoyer quoi, ce n'était pas pour dire euh regardons les évidences et puis, on n'aurait pas parlé d'un projet qui n'a pas marché quoi. On disait les choses à ne pas faire, mais l'idée c'était d'avancer vers l'agenda de transfert d'argent, de transferts monétaires. » UNE-P1

Une session a été dédiée aux expériences de projet et programme sociaux, et aux initiatives de protection sociale. Elle visait à justifier la nécessité d'aller vers une décision gouvernementale ciblant les personnes pauvres et vulnérables. Les comptes rendus des ateliers mentionnent qu'elles ont permis aux ministères d'échanger des informations et de dialoguer sur les principaux défis et opportunités de la protection sociale. Sur la base de la synthèse des travaux, une revue d'ensemble de la protection sociale ainsi qu'une feuille de route qui doit conduire à l'élaboration de la PNPS ont été rédigées.

En somme, les PTF se sont appuyés sur des connaissances produites ailleurs et au Burkina Faso pour amener les acteurs gouvernementaux à comprendre l'importance d'investir dans la protection sociale, à percevoir les possibilités, et la nécessité d'une PNPS. Les ateliers et

réunions ont servi de canal de diffusion des connaissances. Les PTF ont cadré les connaissances avec leurs objectifs (ignorant celles contradictoires) pour soutenir et faire passer leurs idées et opinions. Ces moments d'interaction ont favorisé des échanges et une meilleure compréhension de la protection sociale, donné un aperçu sur les expériences d'ailleurs, et permis un consensus sur la nécessité d'une politique globale en réponse au déficit de protection sociale.

10.5.5 Facteurs favorisant et obstacle à l'utilisation de la connaissance

Les ministères avaient tendance à privilégier l'utilisation des documents des institutions avec lesquelles ils ont développé une longue tradition de partenariat. Le MEF, qui a rédigé la note de cadrage, a plus cité des productions de la Banque mondiale. Le ministère du Travail et de la sécurité sociale a utilisé les documents du BIT pour un éclairage conceptuel des travaux de la commission assurance sociale.

La qualité perçue des études et la pertinence opérationnelle des recommandations ont favorisé une utilisation, le plus souvent stratégique ou conceptuelle. Le rapport de la Banque mondiale, qui est le document le plus cité dans les entrevues, est apprécié positivement : *« Je trouve que c'est un très bon document [rapport banque mondiale]. Moi quand j'ai lu le document, franchement j'ai trouvé que c'est bien fait. »* STA-M2.

Aussi, les recommandations de l'étude concordaient avec celles proposées dans l'évaluation des CSLP : investir dans la protection sociale des personnes pauvres et vulnérables, adapter les interventions aux besoins des populations en tenant compte des barrières d'utilisation des services. La protection sociale y est présentée comme un instrument de réduction de la pauvreté et un moyen pour maintenir la paix et la cohésion sociale, donc une solution au problème du gouvernement : la tension sociale.

De même, l'implication des acteurs nationaux dans la réalisation de cette recherche a influencé son acceptation. En effet, des agents du MEF et de l'action sociale ont participé et se reconnaissaient dans cette étude, qui est en réalité une synthèse analytique de leurs interventions.

« C'est vraiment un travail qui a été fait avec les principaux acteurs qui intervenaient dans le domaine. Il y a eu plusieurs ateliers qui ont été organisés avec les différents acteurs pour aboutir à ça. En réalité, c'est un peu comme le consultant celui qui vient regarder ta montre pour te donner l'heure. C'est plus ou moins ce qui s'est passé. Parce

que la banque est venue pour recenser un peu ce qu'on avait comme action sur le terrain, et voir pourquoi nous les mettons en œuvre. » EF-2M.

Le document a le mérite de présenter de façon cohérente et structurée, ce qui était dispersé dans les rapports des secteurs impliqués dans la protection sociale. Le rapport offrait une vision plus globale et intersectorielle des défis à relever. Cela permettait de surpasser les limites du fonctionnement en silo des ministères et de la gestion sectorielle du gouvernement.

Aussi, la fiabilité des connaissances comme un obstacle à l'utilisation. La recherche du Fonds monétaire internationale (FMI) sur la subvention des hydrocarbures n'a pas été appréciée positivement. Elle a suscité une grande polémique. L'étude a recommandé que la subvention du prix des hydrocarbures soit supprimée, car elle coûtait cher, était inefficace et injuste, profitant plus aux riches qu'aux autres. Un cadre du MEF précise :

« pour eux, quand on dit protection sociale, il faut protéger les gens qui sont en dessous de la ligne de pauvreté. Ils disent que les ménages pauvres en profitent très peu. Ils se disent qu'au lieu de subventionner le prix à la pompe, on peut réorienter l'investissement vers la distribution des vivres au niveau des ménages pauvres. » EF-6M

Les résultats de la recherche ont été présentés au Premier ministre (économiste de formation) qui a rejeté la recommandation. En effet, le gouvernement considérait cette subvention comme une mesure de protection sociale, mais aussi une mesure pour gérer les conséquences sociales de l'inflation, les contestations et les « grognes sociales ». La mise en œuvre de la recommandation risquait d'accroître la tension sociale que le gouvernement s'efforçait d'apaiser.

La validité de la recherche du FMI est mise en cause. Des cadres de l'INSD jugent que les outils de mesure non adaptés au contexte n'ont pas pu capter la réalité des faits, notamment les gains de l'intervention en faveur des pauvres. Un interlocuteur se justifie :

« ils ont été mécaniques. Ils ont juste regardé que ce sont les riches qui vont plus à la pompe, et ont calculé ainsi l'économie directe pour chaque quintile. Ils manquent souvent de vision globale sur la question. J'ai dit au consultant que l'outil n'est pas adapté, car je l'avais fait déjà sur microsimulation. Il faut un modèle d'équilibre général pour mettre en jeu l'inflation et prendre en compte la compétitivité des branches d'activités, les catégories des ménages. » EF-11N.

La méthode d'analyse du FMI est jugée simpliste :

« Pour eux, lorsqu'on subventionne les prix des hydrocarbures c'est toi et moi, on fait le plein du carburant, c'est vrai que le ménage qui est très pauvre ne vient pas à la station. Eux [FMI] ils vont sur cette base en se disant que ceux qui captent les avantages de la subvention sont essentiellement les gens qui ne sont pas pauvres. Bon ! C'est ça leur lecture. Ça, c'est une analyse très simpliste de la situation. » EF-MM.

Cette situation montre une divergence de point de vue entre le FMI et le gouvernement sur l'objectif de l'intervention et les bénéficiaires. Au-delà des connaissances sur l'efficacité de la mesure de subvention, les conséquences sociales et politiques de l'application de la recommandation ont été considérées par le gouvernement pour la rejeter. Pour justifier cette position, les troubles sociaux au Nigeria, à la suite de la suppression d'une subvention similaire, sont cités en exemple : *« au Nigeria ils [FMI] avaient réussi à convaincre le gouvernement qui a abandonné. La semaine qui a suivi, il a eu des émeutes. Ils ont supprimé, mais une semaine après, ils étaient obligés de remettre. » EF-3M.*

Aussi les acteurs nationaux estiment que le FMI et la Banque Mondiale se servent de la recherche pour faire prendre en compte leurs opinions et idées. Pour eux, l'action et la position de ces institutions sont soutenues par les valeurs qu'ils défendent. Ainsi, l'étude devait soutenir la position du FMI en montrant l'inefficacité des subventions, afin que les financements gouvernementaux soient réorientés vers des stratégies qui concordent avec leurs idées :

« le FMI pousse pour l'arrêt de la subvention. Comment convaincre les pays pour arrêter la subvention ? Il faut arriver à démontrer que la subvention n'est pas efficace. Donc l'étude a abouti à des résultats qui disent que ces subventions-là profitent aux ménages qui ne sont pas pauvres, alors que le gouvernement injecte beaucoup de milliards par an dans ça. » EF-2M.

En somme, les connaissances et les recommandations qui ne concordent pas avec le point de vue des décideurs ne sont pas considérées par ces derniers. Contrairement à l'étude sur les filets sociaux qui est appréciée positivement par les acteurs et largement utilisée pour alimenter le processus, celle du FMI est jugée non valide et donc non prise en compte. Les acteurs nationaux estimaient que l'étude a été produite dans le but de convaincre le gouvernement de l'inefficacité des mesures de subventions et la nécessité de changement en faveur des idées du FMI. En revanche, la plupart des recommandations et stratégies du rapport sur l'état des filets sociaux ont été reprises dans le document PNPS. Les acteurs se reconnaissaient dans ce rapport qui donne une vision globale de leurs interventions.

10.6 Discussion

La présente recherche visait à comprendre les circonstances d'utilisation des connaissances explicites dans le processus d'émergence et de formulation de la PNPS 2012. Les connaissances ont éclairé de manière différente ces deux processus sous l'influence de facteurs contextuels, des acteurs et des caractéristiques de la connaissance.

10.6.1 Facteurs conjoncturels, fenêtre d'opportunité et cadrage des messages.

Les connaissances ont éclairé le processus d'émergence. Le gouvernement faisait face à de nombreuses critiques et à des tensions sociales liées en partie aux déficits de protection sociale (Kadio et al., 2018 b ; Kadio et al., 2017). Les études et les données statistiques ont contribué à éclairer les acteurs locaux sur la situation du déficit de protection sociale, qui l'ont appréhendé comme un problème public nécessitant une action gouvernementale.

La volonté politique à résoudre un problème augmente la réceptivité du gouvernement à considérer les connaissances explicites afférentes. La recherche d'une solution pour apaiser la tension sociale et aussi pour témoigner d'une solidarité envers les plus démunis a rendu le gouvernement réceptif aux connaissances disponibles à l'interne, mais aussi celles produites par les PTF. Le rapport sur les filets sociaux de la Banque mondiale, les études de cas présentés pendant les ateliers véhiculaient des connaissances et messages sur la protection sociale (réduction des inégalités et de la pauvreté, renforcement la cohésion sociale) qui coïncidaient avec les attentes des décideurs. Des études en Ouganda, Malawi et Zambie ont montré que l'alignement des connaissances sur les besoins des décideurs et les priorités politiques d'un pays favorise leurs utilisations (Broadbent, 2012 ; Hutchinson et al., 2011 ; Liverani et al., 2013 ; Nabyonga-Orem et al., 2014).

Les PTF étaient très présents pendant le processus d'émergence. Organisés en groupe de PTF pour la protection sociale, ils ont souvent exploité les positions de leurs membres qui sont des interlocuteurs directs de décideurs de haut niveau, pour partager les connaissances en lien avec leurs objectifs et qui cadrent avec les besoins du gouvernement. Ce regroupement s'apparente à la coalition des acteurs au sens de Sabatier et Jenkins-Smith (1999) dans le but d'accroître leur

influence. La protection sociale, qui était un concept nouveau, a été présentée aux acteurs locaux comme une solution qui renforce la cohésion sociale (besoin du gouvernement). Il s'agit d'un cadrage discursif des connaissances qui a aussi été mis en exergue dans l'élaboration des politiques sur le VIH en Ouganda (Parkhurst, 2012).

Pendant l'étape de la formulation, les PTF ont suggéré des conseils et donné des appuis techniques lorsqu'ils étaient interpellés, financé la tenue des réunions du comité de pilotage et les ateliers de validation de la PNPS. Dans ce contexte de faible autonomie financière et technique, ces organisations internationales ont joué un rôle clé dans l'apport des connaissances explicites, ciblées et cadrées dans le sens de leurs stratégies favorites. De cette façon, et par le canal des ateliers et voyages de formation, ils ont influencé l'idée d'une PNPS et sa formulation au Burkina Faso, comme dans d'autres pays d'Afrique (Behague, Tawiah, Rosato, Some et Morrison, 2009 ; El-Jardali, Lavis, Ataya et Jamal, 2012 ; Foli et Béland, 2014 ; Hennink et Stephenson, 2005 ; Niño-Zarazúa, Barrientos, Hickey et Hulme, 2012 ; Orem et al., 2012).

10.6.2 Formulation de politique et capacité analytique des acteurs.

Le rôle des connaissances dans la formulation est nuancé. Certains acteurs affirment que les stratégies résultent d'une compilation d'actions tandis que d'autres soutiennent que les stratégies retenues sont celles qui ont prouvé leur efficacité. Aucune connaissance n'était encore disponible sur les transferts monétaires au Burkina Faso pendant la formulation de la PNPS. Pourtant, l'amélioration des transferts monétaire est l'une des stratégies prioritaires de la politique. En revanche, des résultats sur des projets pilotes de protection sociale en santé étaient disponibles et ont contribué à éclairer les choix. Dans l'ensemble, la formulation des stratégies s'est résumée en une planification influencée par les intérêts des ministères. Une analyse du processus de formulation a révélé que la réflexion des acteurs locaux n'a pas été orientée par la capacité des solutions à résoudre le problème dans le contexte du Burkina Faso (Kadio et al., 2018a). Les choix n'étaient pas basés sur une analyse des stratégies (efficacité, équité, effet non recherché) et de leur applicabilité (coût, acceptabilité, faisabilité). Cette façon de faire avait été justifiée en partie par la connaissance limitée des acteurs sur la protection sociale et le manque d'orientation gouvernementale pour les choix stratégiques (Kadio et al., 2018a). Cela semble être la conséquence d'une faible capacité de réceptivité de l'environnement de décision et d'une faible capacité analytique des décideurs sur les questions de protection sociale. La notion de

capacité de réceptivité est définie à partir des circonstances et des mécanismes en place dans le système politique, capable de supporter l'adoption des connaissances dans les politiques publiques (Bowen et Zwi, 2005).

Aucun dispositif organisationnel n'existait pour soutenir le comité de rédaction dans une démarche de décisions éclairée par la connaissance. La capacité analytique est une habileté utile pour l'acquisition et l'utilisation des connaissances dans les processus de formulation des politiques et de prise de décision (Adams, 2004 ; Howlett et Joshi-Koop, 2011). La faible capacité analytique apparaît comme un important facteur, responsable du rôle mineur des connaissances dans l'élaboration des politiques nigérianes (Newman et al., 2013 ; Uneke et al., 2011 ; Uneke et al., 2013) et au Ghana (Vecchione et Parkhurst, 2018). Les décideurs Nigériens tiraient profit de cette situation pour ignorer les connaissances et suivre leur propre ordre du jour (Newman et al., 2013). La polémique sur les résultats de l'étude du FMI montre qu'il est peu probable qu'une connaissance éclaire la décision si la réforme proposée va à l'encontre des idées et des intérêts des acteurs politiques au pouvoir. En effet, la formulation de solutions politiques pour résoudre divers problèmes prend souvent la forme d'une concurrence explicite entre les idées³⁵ d'acteurs aux capacités d'influence inégales (Beland, 2016). Malgré la disponibilité des connaissances explicites sur l'efficacité de l'exemption des paiements, les croyances et les idées reçues des professionnels de la santé et des décideurs ont longtemps été des barrières à la mise en place d'une stratégie nationale de gratuité au Burkina Faso (Béland et Ridde, 2016). Au Rwanda, l'Assurance Maladie communautaire (CBHI) a été choisie parmi d'autres solutions potentielles pour améliorer la protection sociale en santé parce que c'était l'option la plus compatible avec les idées des acteurs aux pouvoirs (Chemouni, 2018). Une analyse des politiques de protection sociale en Afrique du Sud et au Botswana a montré que les décideurs posent des actions sur la base d'idées qui suscitent moins de critiques ou celles qui peuvent les aider à donner un sens à leur réalité (Hickey, 2011).

³⁵ Les idées comme des croyances causales sur les phénomènes économiques, sociaux et politiques (Béland et Cox, 2011)

Des décideurs montrent un grand intérêt pour les connaissances sur l'impact économique des politiques. Le MEF était intéressé par des connaissances sur l'impact économique des transferts monétaires, amenant l'Unicef à commanditer une recherche sur le sujet. Une étude multi pays (Nigeria, Indonésie, Brésil) sur l'utilisation des connaissances dans le processus politique a montré que les rares situations d'utilisation ont consisté à apporter un éclairage sur l'impact économique des problèmes et des solutions (Newman et al., 2013). De même, au Cambodge, les objectifs de croissance économique et les intérêts des lobbyings de l'industrie du tabac ont dominé les débats de la politique sur le Tabac, au détriment des connaissances locales disponibles sur les méfaits du tabac (Walls, Liverani, Chheng et Parkhurst, 2017). Aussi la présentation de preuves concernant les méfaits liés au tabac et les taux de consommation élevés au Cambodge n'étaient pas suffisantes pour parvenir à un consensus, étant donné les mandats incohérents des différents ministères, chacun défendant son mandat (Liverani, Chheng et Parkhurst, 2018).

10.7 Conclusions.

La présente étude a montré que l'utilisation des connaissances pour éclairer la mise en forme des politiques de protection sociale est fortement influencée par des gains politiques (politics). Les connaissances sont considérées pour la prise de décision, lorsqu'un consensus se dégage sur sa pertinence sociale et politique, sur sa validité, que les recommandations concordent avec les idées des décideurs politiques. La recherche universitaire est moins utilisée. Les acteurs ont plus exploité des documents internes, des rapports gouvernementaux, des rapports d'études des PTF et se sont inspirés des expériences d'Afrique et d'Amérique latine diffusées par les organisations internationales. L'utilisation conceptuelle a renforcé les connaissances des acteurs sur la protection sociale.

La formulation de la PNPS contribue à la mise en œuvre de l'initiative sociale de protection sociale promue par les Nations Unies. Les PTF en tant que principaux canaux de diffusion des connaissances n'ont transféré que celles qui concordent avec leurs objectifs et idées (usage stratégique). Le cas de la PNPS est comparable à un transfert de politique, qui est fondé sur l'utilisation sélective des connaissances pour établir un ordre du jour et importer les solutions politiques privilégiées (Cairney, 2016 c).

Liste des acronymes

PNPS : Politique nationale de protection sociale

PTF : Partenaire technique et financier

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

MEF : ministère de l'Économie et des Finances

References

Adams, D. (2004). Usable knowledge in public policy. *Australian Journal of Public Administration*, 63(1), 29-42.

Amara, N., Ouimet, M. et Landry, R. (2004). New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Science Communication*, 26(1), 75-106.

Balma, L., Cockburn, J., Fofana, I., Kaboré, S. et Tiberti, L. (2009). Simulation des effets de la crise économique et des politiques de réponse sur les enfants en Afrique de l'ouest et du centre : Le cas du Burkina Faso. Dakar, Florence : UNICEF Regional Office for West and Central Africa, UNICEF Innocenti Research Centre.

Behague, D., Tawiah, C., Rosato, M., Some, T. et Morrison, J. (2009). Evidence-based policy-making: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social science & medicine*, 69(10), 1539-1546.

Beland, D. (2016). Ideas and institutions in social policy research. *Social Policy & Administration*, 50(6), 734-750.

Béland, D. et Cox, R. H. (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford: Oxford University Press.

Béland, D. et Ridde, V. (2016). Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa. *Global Health Governance*, 10(3).

Berlan, D., Buse, K., Shiffman, J. et Tanaka, S. (2014). The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3), 23-34. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu060>

Bowen, S., Erickson, T., Martens, P. J. et Crockett, S. (2009). More than “using research”: the real challenges in promoting evidence-informed decision-making. *Healthcare Policy*, 4(3), 87.

- Bowen, S. et Zwi, A. B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS medicine*, 2(7).
- Broadbent, E. (2012). Politics of research-based evidence in African policy debates. *London: Overseas Development Institute*.
- Cairney, P. (2016a). Health and Advocacy: What Are the Barriers to the Use of Evidence in Policy? Dans P. Cairney (dir.), *The Politics of Evidence-Based Policy Making* (p. 51-84). London: Palgrave Macmillan.
- Cairney, P. (2016b). *The politics of evidence-based policy making*. London: Palgrave Pivot.
- Cairney, P. (2016c). The Role of Evidence in Theories of the Policy Process (*The Politics of Evidence-Based Policy Making* (p. 13-50). London: Palgrave Macmillan.
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, 87-98.
- CNPS. (2005). Étude nationale prospective « Burkina 2025 » - Rapport général. Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de l’Economie et du Développement, Conseil Nationale de Prospective et de la Planification Stratégique (CNPS).
- Cockburn, J., Maisonnave, H., Robichaud, V. et Tiberti, L. (2012). Espace fiscal et dépenses publiques pour les enfants au Burkina Faso. *Partnership for Economic Policy, UNICEF, Quebec*.
- Cours, J. et Young, J. (2003). Bridging research and policy: Insights from 50 case studies. *ODI Working Paper 213* London: Overseas Development Institute (ODI).
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ? *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle* (3), 23-35. doi : <https://doi.org/10.3917/lse.393.0023>
- DalGLISH, S. L., RODRIGUEZ, D. C., HAROUNA, A. et SURKAN, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social science & medicine*, 177, 150-157.
- Davies, P. (2012). The state of evidence-based policy evaluation and its role in policy formation. *National Institute Economic Review*, 219(1), R41-R52.
- Dembele, S. (2010). Diagnostic de la commission sectorielle et thématique chargée de la protection sociale. Ouagadougou, Burkina Faso : PNUD.
- El-Jardali, F. et Fadlallah, R. (2015). A call for a backward design to knowledge translation. *International journal of health policy and management*, 4(1), 1.

- El-Jardali, F., Lavis, J. N., Ataya, N. et Jamal, D. (2012). Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implement Sci*, 7(2).
- Etiaba, E., Uguru, N., Ebenso, B., Russo, G., Ezumah, N., Uzochukwu, B. et Onwujekwe, O. (2015). Development of oral health policy in Nigeria: an analysis of the role of context, actors and policy process. *BMC oral health*, 15(1), 56.
- Fafard, P. (2015). Beyond the usual suspects: using political science to enhance public health policy making. *J Epidemiol Community Health*, 69(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204608>
- Foli, R. et Béland, D. (2014). International Organizations and Ideas About Poverty in Sub-Saharan Africa. *Poverty & Public Policy*, 6(1), 3-23.
- Garner, P., Kale, R., Dickson, R., Dans, T. et Salinas, R. (1998). Implementing research findings in developing countries. *Bmj*, 317(7157), 531-535.
- Gervais, M.-J., Gagnon, F. et Bergeron, P. (2013). Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : L'apport de la littérature sur le transfert des connaissances. Montréal : Chaire d'étude CJM-IU-UQAM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et familles en difficulté.
- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F. et Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: social science matters. *PLoS Med*, 8(8), e1001079. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079>
- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J. et Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 2.
- Hennink, M. et Stephenson, R. (2005). Using research to inform health policy: barriers and strategies in developing countries. *Journal of health communication*, 10(2), 163-180.
- Hickey, S. (2011). The politics of social protection: what do we get from a 'social contract' approach? *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32 (4), 426-438. doi : <https://doi.org/10.1080/02255189.2011.647447>
- Howlett, M. (2009). Policy analytical capacity and evidence-based policy-making: Lessons from Canada. *Canadian Public Administration*, 52(2), 153-175.
- Howlett, M. et Joshi-Koop, S. (2011). Transnational learning, policy analytical capacity, and environmental policy convergence: Survey results from Canada. *Global Environmental Change*, 21(1), 85-92.

Howlett, M., McConnell, A. et Perl, A. (2014). Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*, 54(3), 419-434. doi: <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12064>

Howlett, M. et Mukherjee, I. (2014). Policy design and non-design: towards a spectrum of policy formulation types. *Politics and Governance*, 2(2), 57-71. doi: <http://dx.doi.org/10.17645/pag.v2i2.149>

Hutchinson, E., Parkhurst, J., Phiri, S., Gibb, D. M., Chishinga, N., Droti, B. et Hoskins, S. (2011). National policy development for cotrimoxazole prophylaxis in Malawi, Uganda and Zambia: the relationship between Context, Evidence and Links. *Health Research Policy and Systems*, 9(Supplement 1). doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-9-S1-S6>

Kadio, K., Kafando, Y., Ouédraogo, A. et Ridde, V. (2018). Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso. *International Social Security Review*, 71(1), 71-91.

Kadio, K., Dagenais, C. et Ridde, V. (2018a). De la formulation d'une politique nationale à la compilation d'actions de protection sociale : un cas de « non design » au Burkina Faso. (accepté). *Revue internationale de politique de développement*.

Kadio, K., Dagenais, C. et Ridde, V. (2018 b). Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso : contexte d'émergence et stratégies des acteurs. *Revue française des affaires sociales* (1), 63-84.

Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y. et Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Science sociale et Santé*, 35 (2), 43-68.

Kaplan, R. M. et Babad, Y. M. (2011). Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Services Research*, 11(1), 85.

Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (2^e éd.). New York, Montréal: Longman.

Koduah, A., Dijk, H. et Agyepong, I. A. (2015). The role of policy actors and contextual factors in policy agenda setting and formulation: maternal fee exemption policies in Ghana over four and a half decades. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 27.

Lamari, M. (2010). Le transfert intergénérationnel des connaissances tacites : les concepts utilisés et les évidences empiriques démontrées. *Télescope*, 16 (1), 39-65.

Lavis, J. N., Posada, F. B., Haines, A. et Osei, E. (2004). Use of research to inform public policymaking. *The Lancet*, 364(9445), 1615-1621. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17317-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17317-0)

Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. (2^e éd.). Québec : Presses de l'Université Laval.

Liverani, M., Chheng, K. et Parkhurst, J. (2018). The making of evidence-informed health policy in Cambodia: knowledge, institutions and processes. *BMJ global health*, 3(3), e000652.

Liverani, M., Hawkins, B. et Parkhurst, J. O. (2013). Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS ONE*, 8(10).

Macnaughton, E., Nelson, G. et Goering, P. (2013). Bringing politics and evidence together: Policy entrepreneurship and the conception of the At Home/Chez Soi Housing First Initiative for addressing homelessness and mental illness in Canada. *Social science & medicine*.

Marston, G. et Watts, R. (2003). Tampering with the evidence: a critical appraisal of evidence-based policy-making. *The drawing board: An Australian review of public affairs*, 3(3), 143-163.

Mbachu, C. O., Onwujekwe, O., Chikezie, I., Ezumah, N., Das, M. et Uzochukwu, B. S. (2016). Analysing key influences over actors' use of evidence in developing policies and strategies in Nigeria: a retrospective study of the Integrated Maternal Newborn and Child Health strategy. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 27.

MED (2003). *Rapport de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 2000–2002*. Ouagadougou, Burkina Faso.

MEF. (2010). Programme d'action prioritaire du Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) du Burkina Faso. Bilan de mise en œuvre 2009 -Rapport Final Ouagadougou, Burkina Faso : Ministère de l'Économie et des Finances (MEF).

Merrien, F.-X. (2013). La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international. *International Development Policy| Revue internationale de politique de développement* (5,1), 68-88. doi : <http://journals.openedition.org/poldev/1519>

Nabyonga-Orem, J., Ssenooba, F., Mijumbi, R., Tashobya, C. K., Marchal, B. et Criel, B. (2014). Uptake of evidence in policy development: the case of user fees for health care in public health facilities in Uganda. *BMC Health Services Research*, 14(1), 639.

Newman, K., Capillo, A., Famurewa, A., Nath, C. et Siyanbola, W. (2013). What is the evidence on evidence-informed policy making? Lessons from the International Conference on Evidence-Informed Policy Making.: International Network for the Availability of Scientific Publications (INASP).

Niño-Zarazúa, M., Barrientos, A., Hickey, S. et Hulme, D. (2012). social Protection in sub-saharan Africa: Getting the politics right. *World Development*, 40(1), 163-176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2011.04.004>

Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J. et Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14(1), 2.

Onwujekwe, O., Uguru, N., Russo, G., Etiaba, E., Mbachu, C., Mirzoev, T. et Uzochukwu, B. (2015). Role and use of evidence in policymaking: an analysis of case studies from the health sector in Nigeria. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 46.

Orem, J. N., Mafigiri, D. K., Marchal, B., Ssengooba, F., Macq, J. et Criel, B. (2012). Research, evidence and policymaking: the perspectives of policy actors on improving uptake of evidence in health policy development and implementation in Uganda. *BMC Public Health*, 12(1), 109.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.

Parkhurst, J. (2017). *The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence*. London: Routledge

Parkhurst, J., Ettelt, S. et Hawkins, B. (2018). *Evidence use in health policy making: an international public policy perspective*. Cham: Palgrave Macmillan doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93467-9>

Parkhurst, J. O. (2012). Framing, ideology and evidence: Uganda's HIV success and the development of PEPFAR's 'ABC' policy for HIV prevention. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 8(1), 17-36.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires (dir.), *La recherche qualitative. Jeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.

Ridde, V. (2012). *Promoting evidence-based decision making to improve access to health care for vulnerable populations: Knowledge translation strategies in West Africa*. Communication présentée Global symposium on health system research (Beijing, 31 oct. – 3 nov. 2012) Chair : Valéry Ridde.

Ridde, V., Béland, D. et Lacouture, A. (2016). Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. *Cahiers REALISME, Numéro 9*.

Ritter, A. (2009). How do drug policy makers access research evidence? *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 70-75.

Sabatier, P. A. et Jenkins-Smith, H. C. (1999). The advocacy coalition framework: An assessment. Dans P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the Policy Process* (p. 117-166). Boulder, US: Westview Press.

Smith, K. (2013). *Beyond evidence based policy in public health: The interplay of ideas*. London : Palgrave Macmillan

Souffez, K. (2008). *Le cheminement de la recherche dans l'élaboration des politiques publiques : une analyse de la politique québécoise de lutte contre la pauvreté*. (Université de Montréal, Montréal, Canada).

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Newburn-Cook, C. V. et Gierl, M. (2011). Validation of the conceptual research utilization scale: an application of the standards for educational and psychological testing in healthcare. *BMC Health Services Research*, 11(1), 107.

Sutcliffe, S. et Court, J. (2005). *Evidence-based policy making: What is it? How does it work? What relevance for developing countries*. London: Overseas Development Institute.

Uneke, C., Ezeoha, A., Ndukwe, C., Oyibo, P., Onwe, F., Igbinedion, E. et Chukwu, P. (2011). Individual and organisational capacity for evidence use in policy making in Nigeria: an exploratory study of the perceptions of Nigeria health policy makers. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 7(3), 251-276.

Uneke, C. J., Ezeoha, A. E., Ndukwe, C. D., Oyibo, P. G., Onwe, F. et Ogbonna, A. (2013). Assessment of organizational capacity for evidence-based health systems operations in Nigeria. *Social work in public health*, 28(2), 97-108.

Vecchione, E. et Parkhurst, J. (2018). The Use of Evidence in Health Policy in Ghana: Implications for Accountability and Democratic Governance. Dans Parkhurst J., Ettelt S. & H. B. (dir.), *Evidence Use in Health Policy Making* (p. 75-90). doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93467-9_4.

Volmink, J., Siegfried, N., Robertson, K. et Gülmezoglu, A. M. (2004). Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 778-783.

Walls, H., Liverani, M., Chheng, K. et Parkhurst, J. (2017). The many meanings of evidence: a comparative analysis of the forms and roles of evidence within three health policy processes in Cambodia. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 95.

Weible, C. M., Sabatier, P. A. et McQueen, K. (2009). Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. *Policy studies journal*, 37(1), 121-140.

Yin, R. K. (2008). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Incorporated.

Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and choice in public policy: Political decision making in modern democracies*. Washington: Georgetown University Press.

Zahariadis, N. (2014). Ambiguity and Multiple Streams. Dans Paul A. Sabatier & C. M. Weible (dir.), *Theories of the Policy Process* (p. 25-58). New York: Westview Press.

Zardo, P. et Collie, A. (2015). Type, frequency and purpose of information used to inform public health policy and program decision-making. *BMC Public Health*, 15(1), 381.

**CHAPITRE 11 ARTICLE 4 : ÉMERGENCE ET FORMULATION D'UN
PROGRAMME DE SOLIDARITÉ POUR AFFILIER LES PLUS PAUVRES À
UNE ASSURANCE MALADIE AU BURKINA FASO**

Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y., & Ridde, V. (2017),

Publié dans *Sciences sociales et santé*, 35 (2), 43-68

Résumé.

Au Burkina Faso, le Réseau d'appui aux mutuelles de santé et le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité ont organisé un programme de solidarité pour améliorer l'accès aux soins des ménages démunis. Cette recherche vise à comprendre l'émergence et la formulation de ce programme. Les résultats montrent que le programme répond à un besoin en connaissances sur la meilleure façon d'affilier les personnes démunies au « régime d'assurance maladie obligatoire » à travers les mutuelles de santé. Cependant, la formulation du programme privilégie des solutions plus profitables aux mutuelles qu'aux personnes démunies. Le déficit de concertation pendant la phase de formulation a laissé la latitude aux acteurs de décider dans le sens de leurs intérêts.

Mots-clés : indigents, couverture sanitaire, mutuelle de santé, protection sociale, analyse de politique, Afrique

11.1 Introduction

Malgré les réformes entreprises depuis les indépendances, les systèmes de soins, dans la majorité des pays situés au sud du Sahara, n'offrent pas un accès équitable. Au Burkina Faso, la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de Bamako (IB), avec la généralisation du paiement direct des soins, avait pour objectif le renforcement de la participation communautaire. Cette initiative a favorisé l'introduction du « système de partage de coût » entre le financement public et le paiement par les usagers. Mais la charge financière laissée aux usagers est de plus en plus lourde et les plus démunis sont dans l'incapacité de recourir aux services de santé (Dumoulin et Kaddar, 1993). Malgré la mise en œuvre des programmes d'exemption pour certaines catégories (pauvres et vulnérables), les inégalités d'accès aux services de santé persistent (Kadio *et al.*, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014). Face à cette situation, de

nombreux pays à faible revenu ont engagé des réformes pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU) (Lagomarsino *et al.*, 2012 ; WHO, 2010).

Les politiques de CSU ont pour objectif l'accès de tous à des soins de qualité, sans risques d'appauvrissement en raison d'un paiement direct (Allotey *et al.*, 2012 ; Evans *et al.*, 2013 ; Salignon et Paquet, 2014). Il s'agit d'une protection sanitaire qui intègre les principales dimensions de la CSU : d'une part, l'universalité, c'est-à-dire la couverture de toute la population sans exclusion des personnes pauvres et vulnérables (McIntyre, 2012 ; WHO, 2013) et, d'autre part, le financement équitable (Carrin *et al.*, 2006). Il s'agit principalement d'une protection contre le risque financier par l'absence de paiement direct (Abihiro *et al.*, 2014 ; WHO, 2010). Malgré cet intérêt croissant des pays à faible revenu pour la CSU, des questions se posent concernant les meilleurs mécanismes financiers de protection des personnes du secteur informel et les plus pauvres (Mills *et al.*, 2012 ; Ridde *et al.*, 2014 ; WHO, 2013). Les systèmes fiscaux sont généralement insuffisamment développés et ne permettent pas une collecte adéquate des revenus pour assurer une mise en commun des ressources pour la CSU (Carrin *et al.*, 2005).

Plusieurs régimes de financement de la santé coexistent afin de protéger les populations du risque financier : financement public, assurances obligatoires pour les fonctionnaires, gratuités pour des services particuliers, mutuelles à inscription volontaire, etc. (Kelley *et al.*, 2014). La mutuelle de santé est « une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui adhèrent de façon libre et volontaire » (ILO, 2002 : 20) et dont la fonction primaire est de garantir à ses membres, à jour de leurs cotisations, une prise en charge des dépenses de santé. L'extension de la CSU sur la base des mutuelles de santé communautaires nécessite une forte volonté politique, et le principe d'équité dans le financement afin que les citoyens « nantis » subventionnent ceux qui sont incapables de payer (Boidin, 2014 ; Diop et Ba, 2010). De plus, il devrait exister une synergie entre le financement public et la mutualité fondée sur des principes de solidarité nationale, d'entraide mutuelle et le prépaiement au niveau local (Jacobs *et al.*, 2008).

Dans la perspective d'améliorer la CSU, le Burkina Faso met en place une Assurance maladie universelle (AMU) pilotée par le Secrétariat permanent d'assurance maladie universelle (SP/AMU). Le dispositif de l'AMU s'appuie sur les mutuelles de santé. De nombreuses études ont montré les effets positifs des mutuelles sur l'accès aux soins pour leurs adhérents (De Allegri

et al., 2006 ; Gnawali *et al.*, 2009 ; Musango *et al.*, 2004 ; Waelkens et Criel, 2004). Toutefois, en Afrique subsaharienne, les mutuelles font face à des problèmes qui nuisent à leur viabilité et leur taux de pénétration n'a jamais atteint plus de 10 % de la population cible (De Allegri *et al.*, 2006).

Au Burkina Faso, des études montrent que les facteurs de l'adhésion à une mutuelle sont la capacité financière des populations cibles, la qualité des soins, la confiance dans les mutuelles, l'information et la sensibilisation, la périodicité du paiement des cotisations et les modalités d'affiliation (De Allegri *et al.*, 2012 ; Defourny et Failon, 2011 ; Dong *et al.*, 2009). Aucune mesure n'a encore été prise pour éviter l'exclusion de ceux qui ne peuvent pas payer les cotisations. L'assurance ne bénéficie pas aux pauvres, mais améliore le recours aux services de santé pour les mutualistes (Ridde *et al.*, 2014). Dans ce pays, une seule expérience de soutien à l'adhésion des pauvres a été réalisée dans le district de Nouna pour l'assurance à base communautaire. Il s'agit d'une subvention de 50 % du prix des cotisations pour les plus pauvres, financée par une fondation allemande (Souares *et al.*, 2010). Cette expérience a montré que la subvention permet d'augmenter la couverture médicale des pauvres. Le Burkina Faso, en 2011, comptait 181 mutuelles qui concernent près de 260 000 bénéficiaires, soit une couverture de 0,01 % de la population (Zett et Bationo, 2011). Le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS) soutient 30 mutuelles (20 000 bénéficiaires).

En 2012, le RAMS et le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité (MASSN) ont organisé un programme national de solidarité pour améliorer l'accès aux services de santé des ménages démunis. Le gouvernement a accordé une subvention au RAMS pour l'adhésion de 1 200 ménages démunis (4 500 bénéficiaires) aux mutuelles de santé du pays. La présente recherche analyse l'émergence et la formulation de ce programme de solidarité.

11.2 Cadre conceptuel et approche méthodologique

Le cadre conceptuel guidant notre recherche est celui de Ridde (2007), issu d'une adaptation de la théorie des courants de Kingdon (1984) et de l'étude des politiques publiques de Lemieux (2002). Une politique publique se définit comme étant « faite d'activités orientées vers la résolution d'un problème public dans un environnement, et ce par des acteurs politiques

dont les relations sont structurées et évoluant dans le temps » (Lemieux, 2002 : 7). Le programme de solidarité du RAMS, réponse à l'exclusion de certaines personnes des services de santé du fait du paiement direct des soins au point de service, constitue une politique publique. Lemieux décrit trois temps au processus de réalisation des politiques publiques — l'émergence, la formulation, la mise en œuvre — qui produisent des effets (attendus ou non). Reprenant les propositions de Kingdon, Lemieux démontre que la réalisation des politiques publiques est traversée par trois courants (problèmes, solutions, orientations) définis au départ pour expliquer leur seule émergence. Il s'agit de courants indépendants, mais leur « couplage » est nécessaire pour l'émergence d'une politique, c'est-à-dire pour qu'une situation soit perçue comme un problème public et accède à « l'agenda » politique pour y être discutée et résolue.

Le courant des problèmes considère comme un problème, une condition ou une situation dans la société qui attire l'attention, et pour laquelle une action organisée est possible (Kingdon, 1984). Les conditions dans la société ne sont perçues comme des problèmes que si elles bénéficient d'une attention majeure. C'est lorsque les personnes sont convaincues que quelque chose peut être fait pour changer que la condition devient un problème (Garraud, 2004). S'appuyant sur les travaux de Kingdon, Ridde (2006) identifie neuf éléments susceptibles de modifier la perception des acteurs face à une situation pour en faire un problème public : l'importance du problème ; la connaissance des causes ; l'importance des conséquences ; les populations touchées ; la nouveauté de la situation ; la proximité ; les événements, les crises et les symboles ; les rétroactions ; les valeurs. Le courant des solutions concerne l'ensemble des possibilités pour résoudre les problèmes. Kingdon note que les solutions sont rarement entièrement nouvelles. De nouveaux choix de solutions sont le plus souvent combinés avec d'anciennes idées. Ces choix doivent être techniquement possibles, compatibles avec les valeurs dominantes, les contraintes budgétaires, et être approuvés par le public et les élus. Enfin, il y a le courant des orientations qui comprend l'opinion politique, ses changements et les mouvements sociaux. Il se fonde aussi « sur des idées dont l'heure est venue et qui sont dans l'esprit du temps » (Lemieux, 2002 : 38).

La théorie des courants reconnaît l'importance des acteurs. Ces derniers sont généralement répartis en quatre groupes stratégiques (les responsables, les agents, les intéressés et les

particuliers) en fonction de leurs actions à l'intérieur ou à l'extérieur du gouvernement et selon leurs spécialisations par rapport au sujet (Lemieux, 2002 ; Ridde, 2007).

Pour Kingdon, l'émergence d'une politique publique s'explique par le « couplage serré », soit la rencontre du courant des problèmes avec le courant des orientations, occasionné par un entrepreneur politique au moment où apparaît une fenêtre d'opportunité. Elle peut être un changement de tendance politique dans le courant des orientations ou une crise dans le courant des problèmes. Les entrepreneurs politiques issus des quatre groupes stratégiques décident, dans le but de défendre leurs propres solutions et leurs propres intérêts, d'utiliser leurs « ressources » et exploitent les opportunités pour rendre possible la rencontre des courants.

D'autres recherches ont démontré empiriquement la contribution de la théorie des courants pour l'analyse de l'émergence des politiques publiques au Sud. Hafner et Shiffman (2013) l'ont utilisée pour analyser comment, au cours de la dernière décennie, la question du renforcement des systèmes de santé a émergé dans les agendas des organisations internationales impliquées dans la santé mondiale. Lemieux prolonge la théorie des courants avec l'analyse de la formulation des politiques publiques. Toujours sous l'action des entrepreneurs politiques qui exploitent une fenêtre d'opportunité, Lemieux explique que la formulation d'une politique publique émane du couplage entre le courant des solutions et celui des orientations. Nous appuyant sur cette théorie des courants, nous avons formulé deux hypothèses de recherche :

- H1 : le programme du RAMS a vu le jour parce qu'il y a eu une rencontre entre le courant des problèmes et celui des orientations. Cette rencontre a été initiée par des entrepreneurs politiques qui ont exploité plusieurs fenêtres d'opportunité ;
- H2 : la formulation du programme du RAMS a été possible par la rencontre entre le courant des solutions et celui des orientations qui coïncident avec les préférences politiques des responsables et des intéressés. La rencontre des courants a été initiée par les entrepreneurs politiques exploitant des fenêtres d'opportunités.

11.2.1 Collecte et analyse des données

Notre recherche se fonde sur l'étude de cas (Yin et Ridde, 2012). Des données qualitatives ont été collectées à partir de plusieurs sources. Nous avons d'abord effectué une

enquête exploratoire auprès du RAMS pour identifier les principaux participants aux processus (de l'idée jusqu'à la formulation). Nous avons ensuite regroupé ces répondants en quatre catégories d'acteurs impliqués dans la réalisation des politiques publiques : les responsables, les agents, les intéressés et les particuliers (Lemieux, 2002). À partir des suggestions des interlocuteurs, de nouveaux répondants ont été identifiés en fonction de leurs connaissances et de leurs implications dans le processus d'émergence et de formulation du programme. Au total, 28 répondants ont participé à la recherche.

Nous avons collecté des données discursives à l'aide d'un guide d'entretien adapté à chaque groupe d'acteurs stratégiques. Les thèmes des entretiens ont porté sur l'exclusion des mutuelles et des services de santé, les solutions possibles et celles retenues, les motivations des acteurs, les facteurs favorables et les acteurs influents. L'analyse documentaire nous a permis d'exploiter les archives en lien avec chaque groupe d'acteurs (des rapports d'activités, les coupures de presse, les documents d'orientation du MASSN).

La méthode de l'analyse du contenu (Demazière et Dubar, 2004 ; Paillé et Mucchielli, 2003) à l'aide du cadre d'analyse inspiré de la théorie des courants a permis d'organiser le discours des acteurs. La triangulation de l'analyse des entretiens avec le contenu de la littérature grise a permis d'identifier les fenêtres d'opportunité, les entrepreneurs, les perceptions des acteurs sur le problème à résoudre, le rôle et les intérêts des acteurs dans le choix des solutions et de décrire l'émergence et la formulation. Les données ont été collectées du 5 août au 6 septembre 2013. La recherche a été autorisée par le comité d'éthique sur la recherche en santé du Burkina Faso et le comité d'éthique du CRCHUM (Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal) au Canada.

11.3 Perception de l'exclusion de la personne indigente et émergence du programme de solidarité

Dans cette partie, nous présentons en quoi l'exclusion des services de santé est perçue comme un problème public ainsi que les orientations politiques en lien avec l'accès aux services

de santé puis les acteurs et les conditions qui ont favorisé la rencontre des deux courants pour susciter la prise de décision.

11.3.1 L'exclusion de la personne indigente est un problème public

Une condition ou une situation dans la société n'est perçue comme un problème que lorsqu'elle attire l'attention. La situation de l'exclusion des indigents des services de santé devient un problème public (et non simplement un problème pour ceux qui la vivent) lorsque certains facteurs contribuant à modifier la perception des acteurs interviennent. Ridde a mis en évidence neuf facteurs qui sont également présents dans le discours des acteurs :

- ❖ La population affectée et concernée par la situation est connue. Les acteurs nomment les personnes exclues des mutuelles de santé et des services : « *les plus pauvres parmi les plus pauvres, ce sont les indigents* » (cadre du ministère de l'Action sociale) ; « *l'exclusion concerne ceux qui sont dans l'incapacité de payer pour devenir membre d'une mutuelle* » (membre du conseil d'administration d'une mutuelle de santé) ;
- ❖ la situation d'exclusion des mutuelles et des services de santé n'est pas une nouveauté. « *Elle a toujours existé, mais les citoyens pauvres qui n'ont pas accès aux soins de santé à cause de la barrière financière sont de plus en plus nombreux. La courbe ne fait qu'augmenter en termes de nombre d'individus* » (travailleur social) ;
- ❖ l'ampleur de la situation d'exclusion des services de santé et des mutuelles de santé est reconnue. Les acteurs apprécient le nombre de personnes qui ont recours aux services d'aides sociaux pour des questions sanitaires : « *Pour l'année 2012, nous avons enregistré 500 demandes d'assistance sanitaire. Et c'est plus que les autres années, donc ça ne fait qu'augmenter au fur et à mesure* » (travailleur social). Le nombre croissant de personnes dans l'incapacité d'honorer les ordonnances médicales, ou encore le faible taux de fidélisation aux mutuelles de santé témoigne de l'ampleur de l'exclusion ;
- ❖ les causes sont également connues et nommées. Trois catégories de causes conduisent à l'exclusion des services de santé et des mutuelles : les causes liées à l'individu (incapacité à payer les services, faible adhésion à la prévoyance pour le risque maladie), les causes attribuées aux mutuelles (prix non abordable de l'adhésion, des cotisations, des tickets modérateurs ; éloignement des centres de santé conventionnés, services non diversifiés), les

causes liées à la politique socio-sanitaire (paiement direct, absence de mécanisme de prise en charge des indigents, éloignement des formations sanitaires) ;

- ❖ les conséquences sont multiples. L'individu est souvent amené à reporter la consultation médicale, à recourir à l'automédication ou à d'autres sources (pharmacopée traditionnelle), à s'endetter ou à vendre ses actifs et ses outils de production (augmente la vulnérabilité et le risque d'appauvrissement). Cela est source d'angoisse, de stress psychologique et d'une faible qualité de vie (morbidité élevée) ;
- ❖ les acteurs se sentent très concernés (proximité) par la question de l'exclusion de services de santé. Ils le justifient par le souci d'atteindre leur objectif professionnel, mais aussi par solidarité envers les exclus :

« On est concerné. Comme je l'ai dit, nous qui avons pour mandat de promouvoir la solidarité entre les personnes en faisant en sorte que chacun puisse mettre quelque chose de côté, afin de se prendre en charge en cas de maladie. Ça nous interpelle lorsqu'il y a des gens qui ne peuvent pas cotiser » (une responsable de mutuelle).

La proximité se matérialise également par les réflexions initiées par le RAMS, les plaidoyers auprès du ministère pour la prise en charge sanitaire des indigents à travers les mutuelles, ainsi que les débats au sein du comité de réflexion sur l'AMU pour résoudre la question : *« C'est pour cela que nous faisons le plaidoyer auprès des autorités pour trouver une solution à cela. Pour qu'on prenne en charge des personnes qui n'ont pas les moyens, les inscrire dans les mutuelles »* (RAMS). Outre la proximité par solidarité envers la famille et la communauté, les acteurs se sentent concernés en tant que travailleurs sociaux et personnels de santé. L'entourage des personnes exclues supporte un fardeau financier supplémentaire du fait de la solidarité familiale.

« Sans un système qui permet aux gens de se soigner sans paiement direct, c'est difficile. Il y a 6 mois de cela, mon petit frère au village avait le paludisme. J'étais obligé de donner 6 000 francs CFA³⁶ comme contribution. Je me sens concerné parce que ça touche ma famille d'abord. Ça concerne aussi mes amis, ça concerne mes voisins ». Un responsable du MASSN.

³⁶ Soit un peu moins de 10 euros (1 euro = 655 francs CFA).

Certains travailleurs sociaux et infirmiers, par compassion, paient de leur poche pour des indigents en situation critique. Un travailleur social explique la détresse vécue, puisque peu de ressources sont disponibles pour réduire l'exclusion : « *On observe la misère du monde sans pouvoir agir. C'est comme si on nous a mis dans une situation où on constate la misère du peuple, c'est comme si c'est une sorte de violence aussi qu'on nous fait* » ;

- ❖ les actions et événements organisés pour plaider en faveur de la prise en charge sanitaire des indigents ont peu d'échos. Les concernés sont des personnes « sans voix », incapables de s'organiser pour exercer une pression sur le gouvernement. Des organisations non gouvernementales invoquent, dans leur plaidoyer sur le sujet, des raisons de droit à la santé et de protection sociale ou d'équité et de justice sociale. Les syndicats, quant à eux, abordent souvent de façon globale la problématique de l'accès aux services sanitaires dans leurs plateformes revendicatives, sans spécifier la question des indigents et les mutuelles ;
- ❖ afin d'instaurer une rétroaction et d'attirer l'attention des décideurs, les acteurs entreprennent des actions. Le RAMS organise des échanges entre l'exécutif et les mutuelles. Outre les rapports faisant le bilan des activités des mutuelles (le nombre d'adhérents, le taux de fidélisation, le nombre de nouvelles adhésions), l'exclusion des indigents et le faible taux de fidélisation des mutualistes sont souvent discutés. Par ailleurs, des propositions de solutions pour accroître le taux de pénétration des mutuelles, pour mobiliser des ressources et des partenaires dans le but de réduire l'exclusion des mutuelles de santé sont analysées. En outre, le RAMS a effectué un plaidoyer au niveau du MASSN pour l'informer des possibilités de prise en charge sanitaire des personnes démunies à travers les mutuelles de santé. Les travailleurs sociaux l'expriment dans leur rapport d'activités à travers le nombre de demandes d'aides sanitaires enregistrées, les difficultés à répondre aux demandes d'aides et des suggestions de solutions. L'un d'eux explique : « *On fait le bilan à tous les niveaux, les questions de promotion de la solidarité nationale. On fait le point par rapport à nos activités* ». Le comité interministériel de réflexion sur l'AMU en discute. Ils s'interrogent sur la manière de construire un système d'assurance maladie universelle et équitable, étant donné que certaines personnes comme les indigents ne peuvent pas contribuer financièrement ;
- ❖ résoudre la situation de l'exclusion est en phase avec les valeurs des acteurs. Ils perçoivent la situation d'exclusion d'une partie de la population des services de santé comme une

injustice sociale. *« Quand on voit qu'il y a des gens qui croupissent dans la misère, ils ne peuvent pas se soigner pendant que d'autres partent de l'autre côté (en Europe) pour soigner un moindre rhume, c'est très criard, c'est une injustice sociale »* (travailleur social). Un responsable de mutuelle de santé abonde dans ce sens : *« Concernant l'exclusion des personnes pauvres et démunies des services de santé, je pense que c'est une situation anormale qui doit être résolue par l'État, parce que l'indigent fait partie de la population. Il faut que l'État trouve un moyen pour leur permettre d'avoir accès aux soins de santé »*. L'action de l'État contribuera à la paix et à la cohésion sociale puisque, selon un responsable du MASSN, *« les inégalités peuvent être comme une peau de serpent. Ça peut jouer contre vous-même. Si vous mangez tous les jours à votre faim pendant que les voisins sont affamés ils vont venir prendre votre plat »*. Tous reconnaissent que réduire les inégalités n'est pas sans difficulté, car certains vont devoir perdre ou renoncer à certains avantages.

Selon un travailleur social, « la justice sociale est très bien, mais sa réalisation est difficile. Pour le faire, il faut qu'une catégorie de personnes perde certaines choses. Par exemple, quand on parle de diminuer le train de vie de l'État pour investir dans d'autres secteurs. Ceux qui profitent accepteront-ils qu'on réduise le train de vie de l'État ? »

En somme, ces éléments, ou facteurs de changements ont contribué à ce que les acteurs perçoivent l'exclusion de certains Burkinabè des services de santé comme un problème public nécessitant une action de l'État. Ils nomment les concernés, sont conscients des causes et des conséquences, se sentent très proches. Des actions pour changer la situation sont en phase avec leurs valeurs. En plus, les acteurs (le RAMS et les travailleurs sociaux) se sont rendus compte que la situation pourrait changer au regard de leurs efforts de rétroaction visant à informer les décideurs.

11.3.2 Orientation politique dominante : assurance maladie et promotion de la mutualité

Afin de se conformer à l'orientation mondiale pour la protection sociale en santé (BIT, 2007), le Burkina Faso a engagé, depuis 2008, une réflexion en vue de mettre en place un système d'assurance maladie universelle (Bationo, 2013). Les travaux ont conduit à la proposition d'un « Régime d'assurance maladie obligatoire du Burkina Faso » (RAMU) et à un projet de loi pour l'opérationnalisation du RAMU (Gouvernement, 2014). Ce régime vise un

accès équitable de tous les Burkinabè à des soins de santé de qualité et protéger les populations contre le risque de basculer dans la pauvreté du fait de la maladie (Konditamde, 2013). Il prévoit que les indigents et les plus pauvres soient exonérés du paiement de la prime assurantielle (Ridde *et al.*, 2011). La Politique nationale de protection sociale (PNPS) dans laquelle s'inscrit le RAMU précise que « le gouvernement prévoit un accès subventionné et gratuit pour un éventail de services pour les groupes les plus vulnérables. Il s'agit de la gratuité effective des soins de base pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans et les personnes indigentes » (PNPS, 2012 : 45). Le Programme national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 prévoit également que des mesures soient mises en œuvre pour assurer la prise en charge sanitaire des indigents. En résumé, bien que le RAMU soit l'orientation politique dominante en matière d'accès aux soins, la gratuité ciblée pour les plus pauvres reste la stratégie devant favoriser l'équité.

La stratégie du RAMU considère les mutuelles comme une passerelle pour la couverture de l'ensemble de la population. Elle est fortement influencée par les expériences d'assurance maladie basées sur les mutuelles au Ghana et au Rwanda. Le schéma du RAMU prévoit progressivement la mise en place d'un régime d'Assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel et un régime d'Assurance maladie volontaire qui, progressivement, sera obligatoire pour les acteurs du secteur informel et du secteur agricole. Cette option d'intégrer les mutuelles au système du RAMU (Zett et Bationo, 2011) témoigne de l'engagement de l'État pour leur promotion. Le gouvernement, en adoptant le projet d'AMU en 2009, déclare que « les mutuelles de santé occupent une place importante dans le dispositif de l'assurance maladie pour que chaque citoyen, quels que soient son lieu de résidence, sa catégorie sociale, puisse bénéficier d'une couverture sociale en santé » (Bationo, 2013 : 8). Lors d'une réunion de bilan du RAMU en 2014, le secrétariat permanent affirmait qu'entre 2016 et 2020, le processus viserait à mettre en cohérence les initiatives mutualistes. La PNPS mentionne que la protection sociale dans le secteur informel et agricole passe par la promotion des mutuelles sociales (PNPS, 2012). Pendant une rencontre d'information sur le RAMU, le ministre de tutelle affirme que le RAMU consiste à « mettre en place dans chaque commune du Burkina Faso une mutuelle communautaire, dans chaque région une union de mutuelles sociales, et dans les

différents corps de métiers des mutuelles professionnelles qui serviront de relais pour le déploiement de l'assurance maladie universelle » (Kaboré, 2013 : 2).

En septembre 2014, le Réseau parlementaire d'appui à la mutualité (REPAM) et l'Association Songui Manégré/aide au développement endogène (ASMADE)³⁷ ont organisé un atelier pour sensibiliser les députés sur le rôle des mutuelles sociales et de l'assurance maladie dans la mise en œuvre du PNPS (Siribié et Badiel, 2013). Le ministre chargé de la sécurité sociale y a affirmé que le développement des mutuelles sociales est un atout important pour étendre le RAMU à l'ensemble de la population, car cela permettra d'atteindre les travailleurs des secteurs informels et agricoles, et les couches vulnérables. Il a invité les députés à « permettre à tous les Burkinabè résidents, d'accéder dans des conditions d'équité aux soins de santé et d'être ainsi à l'abri de la précarité par le vote positif de ladite loi » (Siribié et Badiel, 2013). En somme, l'orientation politique dominante concernant l'accès aux soins pour les indigents reste la mise en place du RAMU et l'affiliation des indigents aux mutuelles de santé.

11.3.3 Les motivations d'agir des entrepreneurs et opportunités d'action

Le RAMS et le MASSN, considérés ici comme des entrepreneurs, ont contribué à faire exister le programme de solidarité en faveur des personnes démunies. Ils ont exploité certaines conditions favorables pour atteindre leurs objectifs. L'idée est venue d'un entrepreneur qui occupe deux positions stratégiques (personne ressource du RAMS et cadre supérieur du MASSN). Il a profité des opportunités offertes lors des rencontres de réflexion pour la mise en place du RAMU.

Un responsable explique : « Je représentais le ministère dans le consortium de l'AMU. Il y avait des discussions sur la mise en place des mutuelles de santé comme alternative aux soins de santé pour tous. J'étais au parfum des choses. J'ai convaincu en même temps le cabinet [du ministre] de la nécessité de disposer des ressources financières pour qu'une ONG spécialisée, une mutuelle de santé puisse utiliser et répondre à la question sanitaire des personnes démunies. Et c'est passé en conseil de ministère. Ainsi, j'appuyais les efforts du RAMS ».

³⁷ Le réseau REPAM et l'ONG ASMADE sont des organisations de la société civile, qui font la promotion des mutuelles de santé au Burkina Faso.

Les mêmes propos sont tenus par plusieurs particuliers : « *La personne ressource a souvent travaillé aussi pour le RAMS, c'est elle qui nous a soufflé qu'il existe une possibilité et que nous pouvons monter un dossier, et lui il va appuyer* ». Conformément aux conseils de la personne ressource, le RAMS a adressé une demande de partenariat au MASSN. L'un de ces cadres intéressés a saisi l'organisation du mois de solidarité comme un moment d'opportunité : « *Quand j'arrivais ici à la tête de cette direction j'ai trouvé une requête du RAMS pour appuyer les personnes démunies. Nous avons étudié le dossier et nous avons suggéré de l'inscrire comme une activité du mois de solidarité* ». La Direction générale de la solidarité nationale (DGSN) a été un entrepreneur central comme l'explique ce responsable :

« J'ai appuyé, mais il faut dire que la DGSN a été une actrice parce que si nous n'avions pas introduit le dossier, si on avait occulté le dossier, le ministre n'aurait pas vu ça. Donc c'est parce que nous avons appuyé et insisté là-dessus que le ministre a trouvé que c'était une bonne chose et qu'il fallait augmenter le nombre de bénéficiaires ».

Une condition favorable exploitée par le RAMS et la DGSN était le désir du gouvernement de manifester plus de solidarité envers les démunis. Selon un responsable,

« ça s'inscrit dans le cadre global de la mise en œuvre de la Charte de solidarité qui est un document de référence, qui fait la promotion de la solidarité nationale. C'est une manière pour le ministère de satisfaire cet engagement, pris au vu et au su de toute la communauté, de toute la société civile ».

Pour un particulier du RAMS, « *c'est l'État qui a la responsabilité de prendre en charge les démunis. L'État organise chaque année un mois de solidarité. On s'est dit que à travers les fonds de ce mois de solidarité, certains pourront d'une certaine manière avoir quelque chose* ». L'action du gouvernement devrait aussi permettre au RAMS d'augmenter la couverture des mutuelles. Pour un dirigeant de mutuelle, « *les mutuelles voyaient des adhérents potentiels, qui ne pouvaient pas accéder aux mutuelles compte tenu de leur état de pauvreté. Donc c'était un premier souhait du RAMS, permettre aux mutuelles d'avoir plus de personnes adhérentes* ». En résumé, l'exclusion des indigents des services de santé et des mutuelles de santé est reconnue comme un problème public et les multiples opportunités qui se sont ouvertes au sein des orientations politiques ont été exploitées par plusieurs entrepreneurs (le RAMS et le ministère de l'Action sociale).

11.4 Formulation du programme : le choix des solutions

Toutes les catégories d'acteurs reconnaissent que la suppression du paiement pour les personnes indigentes est la meilleure solution pour leur faciliter l'accès aux soins. Plusieurs façons d'opérationnaliser cette solution sont proposées, comme l'assurance maladie obligatoire pour les indigents, incluant le paiement de la prime d'assurance par un tiers payeur. Selon un responsable, *« on les assure automatiquement et quelqu'un paie pour eux. C'est ce qu'on appelle la solidarité »*. Une autre ajoute : *« Je pense que la meilleure formule pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes démunies c'est l'initiative qui est en train d'être développée par le gouvernement, l'assurance maladie universelle »*. Des particuliers soutiennent que cette assurance pourrait se traduire par la généralisation des mutuelles à l'ensemble du pays. Le RAMS, par exemple, estime que *« s'il y a l'adhésion obligatoire aux mutuelles, les gens ne seront pas exclus du système de santé »*. Certains responsables partagent également ce point de vue : *« Si nous arrivons à mettre en place une mutuelle de santé dans chaque commune urbaine ou rurale, surtout rurale, il y aura plus de chance pour ces personnes démunies là, quel que soit leur lieu de résidence »*. Cependant, les particuliers ajoutent une distinction majeure qui n'a pas été perçue par les responsables et les agents. Ils estiment que même si une tierce personne subventionne le paiement des frais d'adhésion et des cotisations annuelles, un fonds additionnel devrait permettre de payer le ticket modérateur (la partie des dépenses de santé, non remboursée par la mutuelle, qui reste à la charge du patient). L'un des particuliers estime : *« Il doit avoir une tierce personne qui paie le ticket modérateur. Il s'agit de faire en sorte qu'il existe un fonds additionnel toujours alimenté par l'État »*. Tous les acteurs proposent une gratuité sélective : ceux qui peuvent payer doivent continuer à le faire, ceux qui en sont incapables devraient être exemptés de tout paiement.

11.4.1 Coïncidence de la solution du programme de solidarité avec les intérêts des entrepreneurs

Le nombre de ménages bénéficiaires a été déterminé par le MASSN. Initialement, le RAMS avait effectué une demande pour la prise en charge de 300 personnes. Ce nombre a été augmenté suite aux instructions de la ministre de l'Action sociale qui souhaitait étendre le

programme à tout le pays. Cependant, le RAMS ne couvrant pas les treize régions du pays, la sélection s'est limitée aux sept régions où il intervenait initialement, et n'a concerné que les communes et villages dans lesquels il existait des mutuelles membres du RAMS. Au total, 1 200 ménages ont été retenus à raison de quatre personnes par ménage, soit 4 800 personnes. Le montant total de la subvention a été calculé en faisant le produit du nombre de bénéficiaires (4 800) par le coût moyen des cotisations (4 000 francs CFA)³⁸ et la moyenne des droits d'adhésion aux mutuelles du réseau RAMS (1 300 francs CFA)³⁹, soit un total d'environ 25 550 000 francs CFA ⁴⁰ La solution retenue exempte les bénéficiaires du paiement des droits d'adhésion et de la cotisation annuelle, mais elle maintient le paiement du ticket modérateur, dont le montant varie selon les mutuelles. Les adhérents le payent lorsqu'ils consultent dans un centre de santé conventionné avec les mutuelles membres du RAMS. Celles-ci remboursent entre 70 et 80 % des coûts liés aux soins et aux médicaments essentiels génériques disponibles dans le dépôt pharmaceutique des centres de santé, le reste étant à la charge du bénéficiaire (ticket modérateur). Les responsables de mutuelles reconnaissent que cette solution ne résout qu'une partie du problème d'accès pour les indigents, car d'autres barrières demeurent. Ils justifient leur choix par le fait qu'ils doivent respecter le principe de fonctionnement des mutuelles. Selon un particulier,

« les gens doivent comprendre que les mutuelles ont leur mode de fonctionnement. Donc, la plupart de nos mutuelles qui existent ont fixé des taux de prise en charge de 75 %, de 70 %, de 80 %. Une seule mutuelle est partie de 100 %. Chaque mutuelle a son principe pour fixer son mode de fonctionnement ».

Certains acteurs considèrent que les indigents sont de nouveaux mutualistes et que leur prise en charge ne devrait pas mettre en danger l'accès aux soins des anciens membres capables de payer leur cotisation. Les propos de ce particulier sont très illustratifs de ce point de vue :

« La vague des indigents qui a été inscrite vient trouver un système qui n'est pas mis en place seulement pour les personnes démunies, mais pour l'ensemble des utilisateurs. La mutuelle étant une structure qui est appelée à s'autofinancer, à gérer des risques puisque c'est une gestion des risques, il faut faire en sorte que tout le monde puisse avoir accès à la prise en charge en cas de besoin. Si je suis à jour de mes cotisations et je tombe malade,

³⁸ Soit environ 6 euros.

³⁹ Soit environ 2 euros.

⁴⁰ Environ 39 000 euros.

j'ai droit à la prise en charge. Ce qui fait que les mutuelles intègrent dans leur système de prise en charge des règles prudentielles pour permettre à tout le monde d'avoir accès aux soins ».

Certains particuliers sont conscients que la solution adoptée n'est pas la meilleure, mais ils considèrent la subvention la comme de l'argent que le gouvernement donne aux mutuelles de santé, et que le financement des tickets modérateurs devrait faire l'objet d'une autre subvention. Pour les agents et les responsables, même si les mutuelles ont leur principe de fonctionnement, la contribution des mutualistes devrait être discutée selon le type de bénéficiaires. En effet, ces deux catégories d'acteurs estiment que les indigents sont incapables de payer les frais de cotisation, les droits d'adhésion, ou encore le ticket modérateur. Ainsi un agent du MASSN explique :

« Je pense que les 30 % sont beaucoup pour eux. C'est sûr que ces personnes sont les vraies démunies qui se débrouillent difficilement. Par manque de moyens, elles ne peuvent même pas se soigner (...) Pour des personnes comme ça, ce n'est pas encourageant de mettre leur contribution à 30 %. J'estime que c'est beaucoup pour eux ».

Par ailleurs, la prise en charge n'inclut pas l'accès aux médicaments de spécialités. Contrairement aux autres mutualistes, les indigents ne sont pas capables de payer leurs frais d'adhésion et d'acheter aussi les médicaments de spécialités en cas de prescription. En conséquence, les travailleurs sociaux et les soignants estiment que la solution devrait prendre également en compte l'accès aux médicaments de spécialités. Le processus de prise de décision s'est caractérisé par un manque de concertation entre les acteurs. En conséquence, les conditionnalités de la réalisation du programme n'ont pas été totalement prises en compte (ressources, ticket modérateur, populations cibles). Alors que le MASSN et ses cadres semblaient ignorer que la subvention servirait uniquement aux mutuelles, le RAMS savait bien qu'une contribution était nécessaire afin de respecter le principe de fonctionnement des mutuelles (ticket modérateur), mais avait préféré ne pas évoquer cette information avec le MASSN.⁴¹

⁴¹ Nos entretiens ne nous ont malheureusement pas permis de comprendre pourquoi le RAMS a agi ainsi.

11.4.2 Problème public, entrepreneurs et fenêtre d'opportunité

Le programme de solidarité est né dans le but d'apporter une réponse à l'exclusion de l'accès aux soins des indigents. Contrairement à la politique de l'IB des années 1980 pour laquelle « l'exclusion des services de santé des indigents n'a jamais été perçue comme un problème public » (Ridde, 2006 : 160), nos données montrent la récurrence de cette question dans le discours des répondants indépendamment de leur profil. Nous y avons retrouvé les neuf éléments (*voir* page 100) permettant, selon Ridde, la transformation d'une réalité donnée en un problème public.

Les acteurs pensent que l'exclusion des indigents des services sociaux est une inégalité sociale et une injustice à corriger. Certains travailleurs sociaux perçoivent leurs prestations à l'endroit des indigents comme une « torture » morale qui leur est infligée par l'État. Ce sentiment s'explique par la faiblesse de l'offre des services face à l'accroissement des demandes d'assistance. Dans un contexte de ressources insuffisantes, ces acteurs se retrouvent à observer la misère du monde sans aucun pouvoir d'agir. Ce changement de perception s'explique par le fait que les répondants sont des acteurs sociaux en contact permanent avec les plus démunis, alors que les recherches sur l'indigence des années 1980 au Burkina étaient focalisées sur la perspective des agents de santé (Ridde 2006).

L'idée du programme a émergé à la faveur de deux fenêtres d'opportunité : l'organisation du mois de solidarité et le consortium de réflexion sur le projet de mise en place du régime d'assurance maladie. Cette dernière fenêtre d'opportunité (réflexion sur l'AMU) a favorisé l'articulation du courant des problèmes à celui des orientations (CSU) sous l'action de deux entrepreneurs.

La CSU est un « référentiel de politique publique, un référentiel d'objectif » (Nauleau *et al.*, 2013 : 130) et constitue une option intéressante pour introduire des modifications et assurer une couverture pour les populations vulnérables. La mise en œuvre de la CSU encourage à plus d'équité, de justice et de protection sociale (Salignon et Paquet, 2014). L'un des entrepreneurs (fonctionnaire au MASSN) a usé de son pouvoir (information sur les orientations nationales sur l'accès aux soins) pour qu'une décision soit prise au niveau du cabinet de la ministre en faveur de la résolution du problème de l'exclusion des indigents. Le second entrepreneur a été le

RAMS, en tant qu'organisation. L'engagement du gouvernement à soutenir la mutualité dans le cadre de l'AMU et la proximité du RAMS avec le premier entrepreneur ont permis le positionnement privilégié de cette ONG. Il convient cependant d'étudier qui sont, des indigents ou des mutuelles, les réels bénéficiaires de ce programme.

11.5 Discussion : encore une occasion manquée pour les indigents

Notre analyse montre, avec d'autres travaux (Demers et Lemieux, 1998 ; Kusi-Ampofo *et al.*, 2014 ; Lemieux, 2002 ; Ridde, 2004) que la formulation d'une politique résulte de la rencontre du courant des orientations et des solutions. Dans le contexte qui nous intéresse, c'est à la faveur de l'existence du fonds de solidarité et de l'organisation de la journée de solidarité que le RAMS et la Direction nationale de la Solidarité ont entrepris des actions pour l'accès aux soins des plus pauvres. Ils ont œuvré pour que la prise en charge des indigents à travers les mutuelles financées par un tiers payeur puisse être identifiée comme la solution à leur exclusion des services de santé, conformément aux référentiels politiques dominants en matière d'accès aux soins de santé (CSU, PNPS2012, Charte nationale de la solidarité).

Nous avons constaté que l'intérêt des acteurs demeure important dans le choix des solutions. L'intérêt d'un acteur se réfère à sa perception de l'impact probable d'une politique (Roberts *et al.*, 2008 ; Thomas et Gilson, 2004) ou à celle des avantages et des inconvénients liés à la mise en œuvre de la politique (Schmeer, 1999). Les mutuelles ont choisi la solution qui les arrange en premier lieu, au détriment de bénéfices directs pour les indigents. Le RAMS peut être assimilé à un « courtier local du développement » dans l'« arène » des politiques (Olivier de Sardan 2007 ; Olivier de Sardan et Bierschenk, 1993) visant l'accès aux soins des plus pauvres. En tant que tel, ses propres logiques et stratégies ne sont pas toujours en phase avec celles des bénéficiaires, dont il se fait pourtant le porte-parole.

Le *leadership* des mutuelles pourrait en effet se comprendre plus comme une opportunité qu'elles saisissent que comme l'expression d'un souci pour l'accès aux soins des indigents. Pourquoi cela n'a-t-il pas été perçu par le MASSN ? Est-ce que le MASSN connaissait vraiment le principe de fonctionnement des mutuelles qui, en ne subventionnant pas aussi le ticket modérateur, réduisait largement la possibilité des indigents de profiter de la subvention à

l'adhésion ? Pourquoi les mutuelles n'ont-elles pas soulevé la question lors des négociations ? Il ressort du discours des répondants un manque de concertation dans le processus de formulation et un manque de planification. Chacun des acteurs est resté focalisé sur les aspects relevant de ses propres compétences et de ses responsabilités. L'identification des 1 200 familles défavorisées a été confiée au MASSN, dans le cadre d'un partenariat signé avec le RAMS. Ces familles doivent résider dans la zone de couverture des trente mutuelles du RAMS. La méthode de sélection des bénéficiaires a été faite par le MASSN, ainsi que le financement de l'adhésion à la mutuelle. Comme l'expliquent les acteurs, le MASSN est la structure ayant les compétences techniques et professionnelles pour reconnaître les indigents. Les personnes que nous avons rencontrées font cas de l'existence d'un référentiel national d'identification des indigents élaboré par le MASSN. La confection et la distribution des cartes de membres ont été effectuées par les mutuelles. Cependant, aucune rencontre formelle de planification et de réflexion sur le contenu du programme n'a eu lieu, ni sur les enjeux à considérer pour atteindre l'objectif du programme.

Le RAMS a privilégié une solution favorisant les caisses des mutuelles plutôt que l'accès aux soins des indigents. Il s'agit encore d'une occasion manquée pour les indigents au Burkina Faso, comme ailleurs en Afrique (Ridde et Jacob, 2013). La subvention des droits d'adhésion et de cotisation annuelle des indigents a permis aux mutuelles de renflouer leurs caisses et d'augmenter le nombre de bénéficiaires. Les indigents n'ont pas été exemptés du paiement du ticket modérateur, avec pour conséquence le maintien de leur exclusion. Cela peut s'expliquer par la volonté de respecter le principe de fonctionnement des mutuelles et la crainte de payer d'importants coûts de prestations au profit des indigents, mais au détriment des capacités financières des mutuelles. Comme cela a déjà été démontré pour la politique de l'Initiative de Bamako (Ridde, 2008 ; Ridde, 2009 ; Tizio et Flori, 1997), la plupart des particuliers privilégient la maximisation de leurs profits plutôt que la redistribution des revenus en faveur des indigents. Certains perçoivent le programme comme de l'argent donné par l'État. La solution favorable aux membres non indigents capables de payer le ticket modérateur a ainsi été en défaveur des indigents. Certaines personnes ont refusé la carte des mutuelles subventionnées, car elles estimaient ne pas pouvoir payer le coût du ticket modérateur en cas de recours aux soins. Contrairement à son objectif affiché — favoriser l'accès aux soins des indigents — la solution

envisagée a finalement maintenu leur exclusion, comme l'a également montré récemment Boidin (2014). En outre, le maintien du ticket modérateur a également été favorisé par l'opinion très ancrée au Burkina Faso en faveur du paiement direct des soins de santé (Ridde *et al.*, 2014).

11.6 Conclusion

L'analyse de l'émergence de ce programme de solidarité pour améliorer l'accès aux soins des ménages démunis au Burkina Faso montre que la CSU est une opportunité à saisir pour résoudre l'éternelle question de l'accès aux soins des indigents. Les acteurs reconnaissent l'importance des données probantes contextuelles pour améliorer leurs pratiques et formuler des interventions centrées sur les besoins des personnes. Cependant, dans le cas ici étudié, les solutions proposées profitent plus aux mutuelles de santé qu'aux plus pauvres. Le processus de formulation a été fait sans concertation, laissant les acteurs faire des choix dans le sens de leurs propres intérêts, quoi de plus normal ? La tenue de séance statutaire de planification aurait peut-être permis d'éviter cette situation. Il apparaît également que le maintien du ticket modérateur pour les mutualistes, y compris pour les indigents dont l'adhésion a été subventionnée, n'est pas une solution efficace pour l'accès aux soins et réduit le recours aux services pour les indigents. La suppression du ticket modérateur, en plus de la subvention à l'adhésion, est nécessaire pour une meilleure prise en compte des indigents dans les mutuelles de santé.

Références bibliographiques

Abihiro G.A., Mbera G.B., De Allegri M., 2014, Gaps in universal health coverage in Malawi: A qualitative study in rural communities, *BMC Health Services Research*, 14, 1, 234.

Allotey P., Verghis S., Alvarez-Castillo F., Reidpath D.D., 2012, Vulnerability, equity and universal coverage—a concept note, *BMC Public Health*, 12, 1, S2.

Bationo B.F., 2013, État, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : l'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle, *Face à Face. Regards sur la Santé*, 12.

BIT, 2007, La protection sociale de la santé : stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé : document de nature consultative. *Questions de Protection sociale*, Document de réflexion 19.

- Boidin B., 2014, L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : mythes et réalités, *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1-7.
- Carrin G., Waelkens M.P., Criel B., 2005, Community based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems, *Tropical Medicine & International Health*, 10, 8, 799-811.
- Carrin G., James C., Evans D., 2006, Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement, In : Dussault G., Fournier P.,
- Letourmy A., eds, *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale, 149-161.
- De Allegri M., Sanon M., Sauerborn R., 2006, "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa, *Social Science & Medicine*, 62, 6, 1520-1527
- De Allegri M., Ridde V., Louis V.R., Sarker M., Tiendrebeogo J., Ye M., Jahn A., 2012, The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso, *Journal of Public Health Policy*, 33, 4, 439-453.
- Defourny J., Failon J., 2011, Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques, *Mondes en Développement*, 1, 7-26.
- Demazière D., Dubar C., 2004. *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Demers L., Lemieux V., 1998, La politique québécoise de désengorgement des urgences, *Canadian Public Administration*, 41, 4, 501-528.
- Diop F.P., Ba A., 2010, Mutualité, Passage à l'échelle et extension de l'assurance maladie, Document de travail USAID.
- Dong H., De Allegri M., Gnawali D., Souares A., Sauerborn R., 2009, Dropout analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso, *Health Policy*, 92, 2, 174-179.
- Dumoulin J., Kaddar M., 1993, Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes, *Sciences Sociales et Santé*, 11, 2, 81-119.
- Evans D.B., Hsu J., Boerma T., 2013, Universal health coverage and universal access, *Bulletin of the World Health Organisation*, 91, 546-546A.
- Garraud P., 2004, Agenda/Émergence, In : Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., eds, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 51-59.
- Gnawali D.P., Pokhrel S., Sié A., Sanon M., De Allegri M., Souares A., Sauerborn R., 2009, The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso, *Health Policy*, 90, 2, 214-222.
- Gouvernement, 2014, Compte-rendu du Conseil des ministres du 9 avril 2014, Burkina Faso, <http://www.lefaso.net/spip.php?article58717>

- Hafner T., Shiffman J., 2013, The emergence of global attention to health systems strengthening, *Health Policy Plan*, 28, 1, 41-50.
- ILO, 2002, Micro-assurance santé : guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, rapport de travail.
- Jacobs B., Bigdeli M., Pelt M.V., Ir P., Salze C., Criel B., 2008, Bridging community-based health insurance and social protection for health care—a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine & International Health*, 13, 2, 140-143.
- Kaboré F., 2013, Assurance maladie universelle au Burkina : le ministre de la Fonction publique sensibilise à Koudougou ; <http://news.aouaga.com/h/9661.html>.
- Kadio K., Ridde V., Malla S. O., 2014, Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres, *Santé publique*, 26, 1, 89-97.
- Kelley A., Sieleunou I., Gashubije L., Hounye H.F., 2014, Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique francophones, CoP/AFSS et CoP/FBR, Rapport de Recherche.
- Kingdon J.W., 1984, *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston, Little Brown.
- Konditamde P.A., 2013, Assurance maladie universelle au Burkina Faso : le processus est en bonne voie ; <http://www.lefaso.net/spip.php?article53423>
- Kusi-Ampofo O., Church J., Conteh C., Heinmiller T.B., 2014, Resistance and change: a multiple streams approach to understanding health policy making in Ghana, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40, 1, 195-219.
- Lagomarsino G., Garabrant A., Adyas A., Muga R., Otoo N., 2012, Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia, *The Lancet*, 380, 9845, 933-943.
- Lemieux V., 2002, *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'Université de Laval.
- McIntyre D., 2012, Health service financing for universal coverage in east and southern Africa: EQUINET Discussion Paper 95.
- Mills A., Ataguba J.E., Akazili J., Borghi J., Garshong B., Makawia S., Meheus F., 2012, Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage, *The Lancet*, 380, 9837, 126-133.
- Musango L., Dujardin B., Dramaix M., Criel B., 2004, Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare, *Tropical Medicine & International Health*, 9, 1, 1222-1227.
- Nauleau M., Destremau B., Lautier B., 2013, En chemin vers la couverture sanitaire universelle, *Revue Tiers Monde*, 3, 129-148.
- Olivier de Sardan J.P., 2007, De la nouvelle anthropologie du développement à la socioanthropologie des espaces publics africains, *Revue Tiers Monde*, 3, 543-552.
- Olivier de Sardan J.P., Bierschenk T., 1993, Les courtiers locaux du développement, *Bulletin de l'APAD*, 5, 71-76.

- Olivier de Sardan J.P., 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.
- Paillé P., Mucchielli A., 2003, *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines*, Paris, Armand Colin.
- PNPS, 2012, Politique Nationale de Protection sociale 2013-2022 du Burkina Faso, Ouagadougou, Gouvernement
- Ridde V., 2004, Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique, *Politique et Sociétés*, 2, 3, 183-202.
- Ridde V., 2006, L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? *Lien Social et Politiques*, 55, 149-163
- Ridde V., 2007, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- Ridde V., 2008, "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues" : the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 66, 6, 1368-1378.
- Ridde V., 2009, Réduction des inégalités d'accès au système de soins en Afrique : cas du Burkina Faso, In : Yaya H.S., ed., *Le défi de l'accessibilité et de l'équité en santé dans le tiers-monde : entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, Québec, Presses de l'Université Laval, 167-200.
- Ridde V., Belaid L., Samb O.M., Faye A., 2014, Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012, *Santé publique*, 26, 5, 715-725.
- Ridde V., Kadio K., Ducandas x., Kafando Y., 2011, La protection sociale et les indigents au Burkina Faso, Note de politique.
- Ridde V., Jacob J., 2013, *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Paris, Academia.
- Roberts M., Hsiao W., Berman P., Reich M., 2008, *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*, Oxford, University Press.
- Salignon P., Paquet C., 2014, Protection sociale et Couverture santé universelle (CSU) : nouveaux défis de l'agenda du développement post 2015, *Humanitaire. Enjeux, Pratiques, Débats*, 37, 86-95.
- Schmeer K., 1999, Stakeholder analysis guidelines, *Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform*, 1-33.
- Siribié D., Badiel J.M., 2013, Assurance maladie universelle : les députés s'imprègnent ; <http://www.sidwaya.bf/m-2382-assurance-maladie-universelle-les-deputes-simpregnent.html>
- Souares A., Savadogo G., Dong H., Parmar D., Sie A., Sauerborn R., 2010, Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: a case study of community based health insurance in Nouna, Burkina Faso, *Health & Social Care in the Community*, 18, 4, 363-368.

Thomas S., Gilson L., 2004, Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994-1999, *Health PolicyPlan*, 19, 5, 279-291.

Tizio S., Flori Y.A., 1997, L'initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? *Revue Tiers Monde*, 837-858.

Waelkens M.P., Criel B., 2004, Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, Rapport de la Banque mondiale.

WHO, 2010, The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage: In world health report, Geneva.

WHO, 2013, Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route.

Yin R.K., Ridde V., 2012. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation, In : Ridde V., Dagenais C., eds, *Approches et pratiques en évaluation de programme*, 2e édition, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 177-

193.

Zett J.B., Bationo F., 2011, Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, Rapport d'étude.

**CHAPITRE 12 ARTICLE 5 : ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE
INTERVENTION DE PROTECTION SOCIALE PAR L'ADHÉSION DES PLUS
PAUVRES AUX MUTUELLES DE SANTÉ DU BURKINA FASO**

Kadidiatou, K., Yamba, K., Aboubacar, O., & Ridde, V. (2018). Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso.

Publié dans *International Social Security Review*, 71(1), 71-91

Résumé

Afin de permettre aux mutuelles de santé de prendre en charge les personnes pauvres, le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS) a initié en 2012 une intervention, en collaboration avec le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN). Notre étude a montré des difficultés de mise en œuvre, ayant eu pour effet de perpétuer l'exclusion des personnes démunies des services de santé. Celles-ci étaient obligées de payer le ticket modérateur, mais aussi de se contenter du rationnement à trois épisodes de maladies par an. L'éloignement de certains bénéficiaires d'un centre de santé ayant une convention avec une mutuelle de santé, la non reconnaissance de la carte de mutualiste par certains agents de santé et gérants de dépôt pharmaceutique ont limité l'utilisation des services. En effet, il manquait un cadre formel réunissant l'ensemble des acteurs pour planifier et exécuter l'intervention. Les acteurs n'étaient pas au même niveau d'information concernant le contenu et la mise en œuvre. Chaque structure a exécuté les tâches relevant de ses compétences, selon ses intérêts et sans consulter les autres parties. Aucun espace n'a permis de discuter des difficultés de mise en œuvre.

Mots clés : mutuelles de santé, protection sociale, personnes démunies, Burkina Faso, analyse de l'implantation

12.1 Introduction

La question de la protection sociale se pose avec de plus en plus d'acuité dans les pays africains. Ces dernières années, ces pays se sont alignés sur l'agenda sanitaire mondial en prenant des initiatives consistant à formuler et mettre en œuvre des politiques qui visent la couverture universelle en santé (CSU) (Lagomarsino et al., 2012, OMS, 2010). Ces politiques ont pour objectif de permettre à tous les résidents d'avoir accès à des soins de santé de qualité en fonction de leurs besoins et sans s'exposer aux risques d'appauvrissement (Evans et al., 2013). Mais il n'existe pas de solution unique pour atteindre la CSU (Reich et al., 2016, OMS, 2010). Pour le moment, en Afrique, la CSU se construit sur la base d'une combinaison de plusieurs stratégies et modes de financement : i) l'exemption du paiement des frais pour certaines prestations (accouchements, césariennes) ou pour certains groupes cibles (enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) ; ii) l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel (public et privé) ; iii) l'assurance maladie volontaire à travers les mutuelles de santé pour les travailleurs non-salariés ou ceux du secteur informel (Kelley et al., 2014, Ridde et al., 2014).

Dans la perspective d'améliorer la protection sociale en santé à travers la CSU, le Burkina Faso s'est engagé depuis 2008 dans un processus d'organisation d'une assurance maladie universelle (AMU) (Zett and Bationo, 2011, Agier et al., 2016). La politique nationale de protection sociale adoptée en 2012 affichait la volonté d'utiliser les mutuelles de santé comme une solution pour la couverture sanitaire des travailleurs des secteurs informels et agricoles et des populations à faible revenu (PNPS, 2012). Selon le Bureau international du travail (BIT), une « mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et à l'endroit de celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux » (BIT, 2003). Les mutuelles de santé, ou assurances maladie à base communautaire ont émergé en Afrique au début des années 1990 sous l'impulsion des partenaires extérieurs (Waelkens and Criel, 2004, Adebayo et al., 2014). L'avènement de la CSU, qui implique des stratégies adaptées à chaque catégorie de population, a suscité un intérêt des États pour les mutuelles de santé. Par exemple, le Ghana et le Rwanda ont soutenu la mise en place de mutuelles « à adhésion

obligatoire progressive » (Letourmy, 2008, Agyepong et al., 2016). Cependant, en Afrique de l'Ouest francophone, le taux de pénétration de ces mutuelles n'a jamais atteint plus de 10 % de la population cible (De Allegri et al., 2006). Par exemple, le taux d'adhésion était de 4,5 % au Bénin en 2007 (Ridde et al., 2010, Haddad et al., 2012) et de 8,6 % au Burkina Faso en 2009 dans le district sanitaire de Nouna (Robyn et al., 2012b).

Malgré leur faible taux de pénétration, les mutuelles de santé améliorent l'utilisation des services de santé de leurs adhérents (Acharya et al., 2012, Mebratie et al., 2013, Boidin, 2015). Au Mali, les mutualistes avaient plus de chance d'utiliser les services de santé pour la fièvre et la diarrhée chez l'enfant (Franco et al., 2008). Le programme Hygeia Community Health Care (HCHC) au Nigeria a augmenté l'utilisation des soins de santé de plus de 15 % en moyenne (Gustafsson-Wright et al., 2013). Par ailleurs, les mutuelles de santé ont amélioré l'accès aux soins préventifs et curatifs des enfants au Rwanda (Binagwaho et al., 2012).

Malgré cet effet positif sur l'utilisation des services, les mutuelles restent inaccessibles à ceux qui n'ont pas la capacité financière de payer les frais d'adhésion, les cotisations annuelles et le co-paiement. Mebratie et al. (2013) avancent que les régimes d'assurance communautaire améliorent le recours aux soins de santé de leurs membres, sans pour autant améliorer l'inclusion des plus pauvres. Alatinga and Fielmua (2011) montrent que les mutuelles de santé améliorent l'accès aux soins des pauvres en zone rurale au Ghana et que l'utilisation des services de santé des mutualistes est trois fois supérieure à celle des non-mutualistes. Cependant, d'autres études s'accordent pour dire que le régime d'assurance ghanéen n'est pas favorable aux pauvres, malgré les politiques d'exemption de la prime d'adhésion (Sarpong et al., 2010, Jehu-Appiah et al., 2011, Kusi et al., 2015, Williams et al., 2017). En Tanzanie, les ménages membres du programme d'assurance communautaire initié par le gouvernement étaient plus susceptibles d'obtenir un traitement en cas de maladies (Msuya et al., 2007). Cependant, les plus pauvres avaient peu de chances de s'affilier, bien que le conseil de district fût censé subventionner entièrement les frais d'adhésion de ceux qui devaient en être exemptés. En effet, le conseil villageois de sélection accordait difficilement l'exemption dans le but d'encourager l'adhésion par le paiement.

Les expériences de mutuelles de santé sont récentes au Burkina Faso. Mais plusieurs difficultés sont à relever, notamment le faible taux de pénétration et l'absence d'équité dans les adhésions.

En 2011, on comptait 181 mutuelles qui ne couvraient que 260 000 bénéficiaires, soit une couverture nationale de 0,01 % de la population (Zett and Bationo, 2011). Les recherches sur l'assurance communautaire de Nouna ont montré que les pauvres étaient moins inscrits que les autres, car ils n'avaient pas la capacité financière de payer la prime d'adhésion (De Allegri et al., 2006, Dong et al., 2009). Une amélioration de l'utilisation des consultations externes a été observée uniquement dans les ménages riches (Gnawali et al., 2009, Hounton et al., 2012, Parmar et al., 2014). Ainsi, une subvention de 50 % du prix de la prime d'adhésion pour les plus pauvres a été mise en place. Elle a permis d'augmenter leur taux d'adhésion annuelle de 18 ménages (1,1 %) en 2006 à 186 (11,1 %) en 2007 (Souares et al., 2010).

À notre connaissance, cette expérience était la seule dans le pays jusqu'en 2012, car la plupart des promoteurs des mutuelles ne prennent pas de mesures pour exempter les pauvres du paiement des cotisations. Ce constat a été fait par le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS) qui soutient depuis 2000 une trentaine de mutuelles de santé réparties dans neuf provinces du pays. Ainsi, afin de permettre aux mutuelles de prendre en charge les plus pauvres dans un souci d'équité, le RAMS a initié en 2012 une nouvelle intervention, en collaboration avec le ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale (MASSN). Cette dernière visait à financer l'adhésion des plus démunis aux mutuelles de santé, notamment à travers le paiement des droits d'adhésion de 4800 bénéficiaires dans neuf provinces. L'objectif de cette recherche est d'analyser la mise en œuvre de cette intervention dans deux provinces du pays.

12.2 Cadre d'analyse

Pour l'analyse de la mise en œuvre, nous nous inspirons de l'adaptation de la théorie des courants des politiques publiques (Ridde, 2009, Lemieux, 2002, Kingdon, 1984). L'intervention en faveur des plus démunis est considérée comme une politique publique au sens de Lemieux (2002), car des acteurs ont mobilisé des ressources pour mettre en œuvre des actions en vue de résoudre un problème, soit l'exclusion des personnes démunies de l'accès aux services de santé. Lemieux (2002) décrit le processus de réalisation des politiques publiques en trois sous-processus. La présente analyse est axée sur la mise en œuvre, deux autres processus, à savoir l'émergence et la formulation, ayant été analysés dans un autre article (Kadio et al., 2017).

Pour Kingdon (1984), la réalisation d'une politique publique n'est ni un processus linéaire ni un « choix rationnel » où les acteurs savent ce qu'ils veulent. Il suggère qu'il s'agit plutôt d'un processus complexe, résultant de la présence de trois courants indépendants, mais reliés : les problèmes, les solutions et les orientations.

Le courant des problèmes concerne le processus par lequel une situation parvient à un moment donné à bénéficier d'une attention majeure pour devenir un problème. Ridde (2006) démontre au Burkina Faso qu'une situation ancienne devient un problème public lorsque les acteurs se sentent concernés par cette situation, prennent conscience de son importance, connaissent les causes et les conséquences ainsi que les populations touchées. En plus, les événements, les crises, les symboles, les occasions de rétroactions et les valeurs des acteurs contribuent à focaliser l'attention sur une situation qui devient par la suite un problème. Le courant des solutions renvoie aux connaissances et aux perspectives pouvant être mobilisées pour résoudre un problème. Le courant des solutions pourrait être assimilé à un réservoir de connaissances dans lequel des idées naissent et meurent (Kingdon, 1984). Le choix de solutions s'associe à des idées compatibles avec les valeurs des communautés, les contraintes budgétaires et doivent être approuvées par le public et les élus. Enfin, il y a le courant des orientations, qui se fonde notamment « sur des idées dont l'heure est venue et qui sont dans l'esprit du temps » (Lemieux, 2002). Ce courant concerne aussi l'opinion politique, les changements, les mouvements sociaux.

Le rôle des acteurs est central dans la théorie des courants. Ils peuvent se transformer en entrepreneurs politiques pour exploiter des fenêtres d'opportunités (Ridde, 2009, Lemieux, 2002).

La proposition centrale de Kingdon est qu'une politique publique émerge lorsque se produit une rencontre entre le courant des problèmes et celui des orientations, provoquée par un entrepreneur politique au moment où apparaît une opportunité (fenêtre). En prolongeant cette interprétation, Lemieux et Ridde ont démontré que la formulation est la rencontre du courant des solutions et des orientations, tandis que la mise en œuvre correspond au couplage des solutions et des problèmes (Ridde, 2009, Lemieux, 2002). Dans tous les cas, le troisième courant reste présent. L'application de la théorie des courants à la mise en œuvre a déjà été possible dans le contexte du Burkina Faso (Ridde, 2009). De plus, nous avons montré, dans un autre article, que celle-ci est aussi féconde pour comprendre l'émergence et la formulation de cette politique (Kadio et

al., 2017). Ainsi, nous sommes maintenant en mesure de prolonger cette analyse pour étudier la phase de mise en œuvre.

Rappelons que les résultats concernant l'émergence et la formulation ont mis en exergue l'ambiguïté de la solution retenue, qui n'abordait pas explicitement les bénéfices de l'adhérent. Néanmoins, nous supposons que l'opérationnalisation de cette solution dans la phase de mise en œuvre sous-entend l'exemption, pour les personnes démunies, de tout paiement des soins de santé à travers leur affiliation aux mutuelles de santé. Cela doit se concrétiser par l'exemption des frais d'adhésion et des copaiements réclamés au point de service. En effet, les acteurs avaient reconnu que l'exemption de tout paiement était la meilleure solution pour réduire l'exclusion de l'accès aux services de santé (Kadio et al., 2017).

Notre hypothèse de départ était la suivante : la mise en œuvre de l'intervention s'explique par le couplage du courant des solutions (exemption) avec celui des problèmes (exclusion des personnes démunies). Cependant, la collecte des données pour étudier l'émergence et la formulation a révélé des difficultés de mise en œuvre majeures. Dans la perspective de la théorie des courants, nous avons donc formulé une hypothèse inverse afin de comprendre pourquoi l'exemption du paiement des services pour les personnes démunies n'a pas fonctionné. : *la mise en œuvre de la politique ne s'est pas réalisée, car l'exemption du paiement des services de santé n'a pas été organisée puisqu'il n'y a pas eu d'entrepreneurs politiques et de fenêtres d'opportunités pour permettre une rencontre entre le courant des solutions et celui des problèmes.*

12.3 Approche méthodologique

Notre recherche emprunte la démarche de l'étude de cas (Yin, 2008). Par choix raisonné, nous avons retenu deux provinces parmi les neuf qui ont mis en œuvre le programme afin de diversifier les situations entre une zone très rurale (Kaya) et une zone très urbaine (Ouagadougou). La zone rurale, qui est la province du Sanematenga (chef-lieu, ville de Kaya), a été choisie, car nous y entretenons un programme de recherche depuis 2011. Nous y avons retenu l'ensemble des sept mutuelles de la province. La Province du Kadiogo (Ouagadougou, capitale du Burkina Faso) abrite la plus grande mutuelle soutenue par le RAMS sur le plan du

nombre d'adhérents. Elle est aussi la plus professionnelle, disposant d'un conseil d'administration et de salariés.

Nous avons recueilli des données discursives à l'aide de guides d'entretiens abordant quatre thèmes : l'organisation des acteurs pour la mise en œuvre, le processus de sélection des bénéficiaires, les facteurs qui ont favorisé ou affecté l'utilisation des services, la perception des acteurs sur la mise en œuvre. Les données ont été recueillies auprès d'acteurs impliqués dans la réalisation du programme dans les deux provinces. Au total, 57 entrevues individuelles en profondeur (27 à Ouagadougou et 30 à Kaya) ont été réalisées, intégralement transcrites et analysées. De plus, l'analyse documentaire à l'aide d'une grille de lecture nous a permis d'exploiter les archives en lien avec chaque groupe d'acteurs (rapports d'activités, coupures de presse, documents d'orientation du MASSN et du ministère de la Santé).

La méthode de l'analyse du contenu (Paillé and Mucchielli, 2012), à l'aide du cadre d'analyse inspiré de la théorie des courants, a permis d'organiser le discours des acteurs. Les données ont été recueillies entre le 5 août et le 24 décembre 2013. La recherche a été autorisée par le comité d'éthique de la recherche en santé du Burkina Faso et le comité d'éthique de CRCHUM au Canada.

12.4 Contexte d'élaboration de l'intervention et le courant des problèmes

Un article précédent (Kadio et al., 2017) montre que les acteurs de l'intervention perçoivent l'exclusion de certains Burkinabè des services de santé comme un problème public nécessitant une action de l'État. En effet, les personnes démunies ont toujours été exclues des services de santé. Cette situation ancienne est devenue un problème lorsqu'elle a attiré l'attention et que les acteurs ont pris conscience que des actions appropriées pouvaient être organisées. Les acteurs impliqués dans l'intervention étaient conscients de l'ampleur du phénomène et de leurs conséquences. Ils nommaient les personnes et groupes concernés par l'exclusion, se sentaient très proches et même concernés. Les hauts cadres du MASSN, les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé ainsi que le RAMS et les mutuelles de santé se sont rendus compte que la situation pourrait changer au regard de leurs efforts de rétroaction

pour informer les décideurs. De plus, d'éventuelles réponses ou actions pour changer la situation étaient en phase avec leurs valeurs.

En tant qu'entrepreneur politique, le RAMS a adressé une demande de partenariat et de subvention au MASSN. Cette demande a reçu un avis favorable pour prendre en charge des ménages démunis.

Le désir du gouvernement, à l'époque (2012), de manifester plus de solidarité envers les démunis (la grogne sociale, les manifestations contre la vie chère), avait renforcé l'intérêt du MASSN pour le partenariat. Par conséquent, le MASSN a demandé à sa Direction générale de la solidarité (DGNS) d'allouer des ressources au RAMS pour la prise en charge sanitaire des personnes démunies à travers les mutuelles de santé. Ainsi, la solution retenue à l'issue des discussions au cabinet du ministre en juin 2012 était d'accorder une subvention de 25 millions de francs CFA au RAMS. Ce montant devait permettre d'affilier (sans plus de détails techniques) 1200 ménages à des mutuelles de santé membres du RAMS, à raison de quatre bénéficiaires par ménage. L'objectif était de lever la barrière financière pour favoriser l'accès aux services de santé en cas de besoin, mais pas plus de consignes que cela n'avait été données par les responsables sur la manière d'y arriver.

12.5 Le processus de mise en œuvre de la solution

Pour la mise en œuvre de l'intervention, la DGSN a proposé une clé de répartition des bénéficiaires. Elle avait prévu 20 ménages pour les mutuelles villageoises, 80 ménages pour les mutuelles des communes semi-urbaines et 200 ménages pour les communes urbaines. Au total, les services sociaux ont établi une liste de 230 ménages (920 bénéficiaires) dans la province du Sanematenga et de 200 ménages (800 bénéficiaires) dans la province du Kadiogo.

12.5.1 Le processus de sélection passif et sans moyen

La sélection des bénéficiaires a été confiée au MASSN, qui, à travers ses directions provinciales et communales, a procédé au choix des personnes démunies. Le MASSN a coordonné seul le processus d'identification, sans associer ni le RAMS ni les mutuelles de santé. L'argument avancé était que les services déconcentrés du MASSN disposaient déjà de listes de

personnes défavorisées qui pouvaient bénéficier de l'intervention. En effet, dans le cadre de leurs activités quotidiennes, les services sociaux effectuent un enregistrement continu des personnes qui viennent solliciter l'assistance. De nombreuses personnes démunies s'inscrivent régulièrement dans les services sociaux communaux et provinciaux.

Les travailleurs sociaux (TS) des communes du Kadiogo ont suivi les recommandations pour établir la liste des personnes démunies. Ils ont exploité le registre des personnes qui se sont déclarées être défavorisées pour choisir les bénéficiaires de l'intervention : *« C'étaient des personnes vulnérables qui fréquentaient le service social ici. C'est des personnes connues, qui fréquentent le service depuis longtemps. On a un certain nombre d'informations sur ces personnes. »* ASK-SN. La situation de dénuement de certaines d'entre elles était bien connue, puisqu'elles étaient bénéficiaires de programme d'aide des services sociaux. Elles avaient fait l'objet d'une enquête sociale. Selon une travailleuse sociale, la prise en charge sanitaire pourrait contribuer à améliorer la performance des programmes existants :

« Le fonds de solidarité avait octroyé des prêts à certaines personnes pour mener des activités génératrices de revenus pour se prendre en charge. On s'est rendu compte aussi que ça pose beaucoup de problèmes. Si entre-temps deux enfants tombent malades, l'argent est parti. Donc, quand nous avons eu la possibilité d'identifier des familles, nous avons décidé de prioriser ces gens-là. » ASK-NM.

La Direction provinciale de l'Action sociale du Sanematenga (DPAS) a proposé la liste des bénéficiaires des sept mutuelles. Les TS ont exploité le registre des personnes défavorisées pour choisir les bénéficiaires. Ils affirment avoir établi les listes de façon passive, dans leur bureau, par manque de ressources pour réaliser une enquête sociale.

« Il n'y avait pas de moyen de déplacement pour identifier les bénéficiaires. Normalement s'il y avait les moyens il fallait procéder par l'enquête sociale. On n'a pas donné du carburant, on n'a pas donné des unités [pour téléphoner], on n'a rien donné. Donc on a dit que bon, comme c'est ainsi, dans mon bureau je reste et je dresse une liste ». AS-S1.

En plus, ils estiment n'avoir pas disposé du temps nécessaire pour une bonne sélection. Pressés de dresser des listes, ils se sont rabattus sur les registres des personnes vulnérables dont ils disposent.

« À une semaine, on vous demande d'identifier 80 personnes sans rien [pas de ressources]. Alors que l'enquête sociale, il faut se déplacer dans la famille pour apprécier les conditions de vie de la famille avant de pouvoir décider. Donc nous avons procédé

avec les outils que nous avons, notamment nos registres d'indigents qui viennent chaque fois pour des besoins alimentaires. » AS-S2.

Parfois, ils ont eu recours aux associations des personnes vulnérables : *« Comme je suis le Président des handicapés ici, nous collaborons. L'action sociale a demandé de sélectionner des handicapés à mon niveau ou ailleurs pour qu'on puisse les aider. »* Bénéficiaire S1

12.5.2 Critères de sélection des bénéficiaires et processus d'enrôlement

Les critères de choix ne sont pas connus dans les deux provinces. Cependant, la volonté d'inclure diverses catégories de vulnérabilité semble avoir guidé la sélection de la DPAS du Sanematenga. Un responsable de mutuelles explique : *« Je prends l'exemple de Kaya. Là-bas, ils ont touché à toutes les sensibilités : les personnes âgées, les handicapés physiques, les malades du VIH, les retraités »*. Cette tendance de répartition égalitaire par catégorie de vulnérabilité a conduit à souvent sélectionner des personnes qui ne sont pas indigentes, selon les dires du président d'une mutuelle de santé. *« Au niveau des retraités, ce n'était pas des personnes indigentes, puisqu'ils ont une pension, donc ça veut dire que ce n'était pas très bien fait. Dans la liste, nous avons vu des gens qui valent mieux que le président de la mutuelle »* MutS1.

Les mutuelles de santé n'ont pas été associées au processus de sélection. Un gestionnaire de mutuelle du Sanematenga en fait cas. *« Nous n'avons pas été impliqués ; c'est quand l'initiative a vu le jour que nous avons été informés. »* Mut-S3. Cette situation a contribué à des erreurs de ciblage constatées par certaines mutuelles. La sélection n'a pas tenu compte du lieu de résidence. Ainsi, des bénéficiaires résidaient dans des zones où il n'y avait pas de mutuelle du RAMS. D'autres personnes résidaient à plus d'une vingtaine de kilomètres d'une formation sanitaire ayant signé une convention avec une mutuelle de santé. Ainsi, il est arrivé qu'en accord avec les services de l'action sociale, la liste ait été révisée.

À l'issue de la sélection, le RAMS a organisé des rencontres avec les acteurs pour informer et sensibiliser les bénéficiaires sur la mutualité, les modalités d'utilisation de la carte, leurs droits et devoirs envers les mutuelles d'accueil. Ensuite, ces ménages bénéficiaires ont été enrôlés dans

les mutuelles de santé et ont reçu des cartes de membre avec les mêmes droits que tout mutualiste pour une période de 12 mois.

La mutuelle de la province du Kadiogo (Ouagadougou) a enregistré 686 personnes sur une liste de 800 bénéficiaires proposée par la DGSN. Les sept mutuelles de la province du Sanematenga ont enregistré 680 personnes sur un total de 920 bénéficiaires proposés par les services sociaux. En effet, certaines personnes ont refusé l'enrôlement, estimant que les conditions de la prise en charge de la mutuelle n'étaient pas satisfaisantes. D'autres bénéficiaires sélectionnés n'ont pas pu être enregistrés, car ils n'ont pas été retrouvés, étant « sans domicile fixe » ou itinérants.

12.5.3 Couverture et utilisation des services de santé par les bénéficiaires

Dans la province du Sanematenga, la prise en charge se limitait aux prestations dans les Centres de santé et de Promotion sociale (CSPS), c'est-à-dire aux consultations et aux médicaments essentiels génériques (MEG) disponibles dans les formations sanitaires de première ligne. Les bilans médicaux étaient exclus. Un bénéficiaire explique : « *Ils ont dit qu'on n'avait pas accès aux hôpitaux. Il faut aussi qu'ils fassent l'effort d'ajouter les spécialités [Médicaments de spécialité].* » Bénéficiaire S2. Cette limitation aux soins de santé primaires était inadaptée aux besoins de certains bénéficiaires tels que les PVVIH, les personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, épilepsie).

La mutuelle du Kadiogo, quant à elle, prenait en charge les soins dans les hôpitaux et les examens médicaux de base (analyses des selles et de l'urine), sans rembourser les médicaments spécialisés. Une bénéficiaire relate son expérience. « *À l'hôpital, je suis allée, c'était mes yeux qui faisaient mal. Je suis allée là-bas, on m'a prescrit l'ordonnance. Et quand je suis allée en pharmacie [parlant du dépôt MEG], ils m'ont dit que ce sont les spécialités, et qu'ils ne prennent pas ces médicaments en charge.* » Bénéficiaires K1.

De surcroît, tous les bénéficiaires des deux provinces devaient payer un ticket modérateur de 20 à 30 % du montant total des prestations selon la mutuelle conventionnée, sauf une seule mutuelle du Sanematenga qui couvrait la totalité des frais. « *Je suis allée au dispensaire, les frais faisaient 2000 FCFA, ils m'ont fait payer 600 FCFA.* » Bénéficiaire K1.

L'offre des services aux bénéficiaires variait selon les formations sanitaires, l'agent de santé en poste, ou le gérant du dépôt pharmaceutique. Des bénéficiaires se sont vus refuser des prestations. Un bénéficiaire du Kadiogo explique : *« Au CSPPS de S1 et au CMA de P1, eux ils ont dit qu'ils ne sont pas au courant. Là-bas ils refusent la carte, donc on paie les frais. »* Bénéficiaire K1. Un autre d'une commune rurale du Sanematenga ajoute : *« Moi j'ai seulement utilisé ma carte une seule fois. Le gérant a refusé de donner les médicaments. Qu'il faut que j'aille chercher de l'argent avant de revenir. »* Bénéficiaire S3. Les bénéficiaires estiment que cette attitude de méconnaissance de la carte de mutualiste relève de la mauvaise foi des agents de santé et des gestionnaires de dépôt pharmaceutique. Les propos d'un bénéficiaire du Sanematenga l'illustrent :

« Quand nous allons pour prendre les médicaments nous avons l'impression que le gérant ne veut pas voir la carte. Et des fois il nous dit qu'il ne travaille pas pour le moment sur ces cas-là. Pourtant, nous savons que pour qu'on décide de nous donner des cartes et jusqu'à nous donner l'autorisation de venir nous soigner dans les CSPPS, c'est qu'il y a eu auparavant une concertation à leur niveau. Donc des fois, ça fait que certains hésitent à utiliser leur carte. » Bénéficiaire S4.

Certains prestataires de services (les agents de santé et les gestionnaires des dépôts) affirment n'avoir pas été informés sur la question de la mutualité. L'une des raisons invoquées est la mobilité du personnel de santé. Pour un infirmier, *« les difficultés ce sont les mutations du personnel. Il peut avoir des nouveaux qui viennent et qui ne sont pas au courant, donc ce n'est pas évident. »* ICP K21.

Par contre, les soins sont offerts dans d'autres formations sanitaires sans difficulté majeure. Ce sont les centres de santé ayant une longue tradition de mutualité. Un agent de santé d'un hôpital du Kadiogo explique : *« Aucune difficulté. Même quand la personne se présente sans la carte et tu prescribes sur un ordonnancier ordinaire, le dépôt le reçoit parce que le gestionnaire a déjà la liste des mutualistes, qui sont à jour des cotisations, fournies par la mutuelle. »* Agent de santé K30.

Que ce soit au Kadiogo ou au Sanematenga, les bénéficiaires avaient droit aux soins pour un maximum de trois épisodes de maladie dans la même année. Au quatrième épisode, ils étaient obligés de payer la totalité des coûts. Au Sanematenga, les mutuelles ont donné la possibilité

d'utiliser la carte des autres adhérents du ménage qui n'avaient pas encore épuisé leurs droits pour recevoir les soins.

Certaines personnes identifiées ne pouvaient pas utiliser leur carte de mutuelle parce que leur village n'était pas à proximité d'un centre de santé ayant une convention avec une mutuelle de santé. La prise en charge était impossible dans ce cas, car le bénéficiaire était incapable de se rendre dans les formations sanitaires en question (longue distance). Ainsi, le ticket modérateur et la non reconnaissance de la carte par certains agents de santé et gérants de dépôt pharmaceutique ont limité l'utilisation des services.

En somme, la mise en œuvre de l'intervention a souffert d'un manque de concertation et d'un déficit de communication. Il manquait un cadre formel réunissant l'ensemble des acteurs pour planifier et exécuter l'intervention. Les acteurs n'étaient pas au même niveau d'information concernant le contenu et la mise en œuvre. Chaque structure a exécuté les tâches relevant de ses compétences, selon ses intérêts et sans se référer aux autres parties. Aucun espace n'a permis de discuter des difficultés de mise en œuvre.

12.6 Qu'en est-il de la rencontre des problèmes et des solutions ?

Notre hypothèse stipulait que l'exemption du paiement des services de santé n'a pas fonctionné parce qu'il n'y a pas eu d'entrepreneurs politiques et de fenêtres d'opportunités pour permettre une rencontre entre le courant des solutions et celui des problèmes. Dans cette recherche empirique, la mise en œuvre consiste en l'organisation de la solution (la subvention de la cotisation), qui devait contribuer à résoudre le problème de l'exclusion des indigents des services de santé. La suppression du paiement direct des soins de santé au point de service est reconnue pour faciliter l'accès aux services de santé (Kadio et al., 2017). Ainsi, la subvention de vingt-cinq millions accordés aux mutuelles de santé par l'État visait à lever la barrière financière pour favoriser l'accès des personnes démunies aux services de santé. Cependant, les résultats ont montré que la mise en œuvre de l'intervention a permis d'affilier des personnes démunies à des mutuelles de santé, sans pour autant résoudre le problème de leurs exclusions des services de santé. Il n'y a donc pas eu de rencontre des courants puisque la mise en œuvre est défectueuse et que la solution de la suppression du paiement direct n'a pas été mise en place.

12.6.1 Pourquoi les acteurs n'ont-ils pas agi en faveur de l'exemption totale du paiement ?

La mise en œuvre de l'intervention a permis d'identifier des personnes démunies sans leur garantir un accès aux soins de santé dont ils ont pourtant besoin. Leur adhésion aux mutuelles n'a pas levé totalement les barrières financières alors que les acteurs préconisaient cette solution. Les bénéficiaires identifiés ne pouvaient pas utiliser facilement les services de santé en cas de besoin, puisque des contraintes financières liées aux prestations demeuraient (ticket modérateur, etc.). Or, pour une meilleure prise en charge des personnes démunies, le prix du ticket modérateur devrait être inclus dans les subventions des cotisations à verser par bénéficiaire, comme ce fut le cas au Sénégal (Diop and Ba, 2010, Sow, 2007).

12.6.1.1 Absence d'entrepreneur politique engagé en faveur de l'exemption

Rappelons que la formulation de l'intervention prévoyait d'affilier les personnes démunies à des mutuelles de santé pour favoriser l'utilisation des services de santé, mais avec peu de précisions sur les modalités organisationnelles (Kadio et al., 2017). Le contenu de l'intervention n'a pas été clairement annoncé. L'exemption du paiement des droits d'adhésion et de la cotisation annuelle était plus ou moins claire.

En revanche, les questions du ticket modérateur, des examens et des bilans médicaux, des soins spécialisés et des médicaments spécialisés n'ont été soulevées par personne. Ses aspects n'ont pas été discutés par les acteurs pendant la phase de la formulation afin de favoriser le choix d'une solution adaptée. Cette ambiguïté aurait pu être levée et occasionner une reformulation dans la mise en œuvre si un entrepreneur intéressé avait agi dans ce sens. Cela n'a pas été le cas. En effet, cette situation renvoie à l'implication des acteurs locaux dans la réalisation des politiques en Afrique. Les acteurs du niveau local mettent en œuvre les décisions prises par l'administration centrale. L'intervention a été formulée par l'administration centrale, qui a proposé une solution vague et ambiguë, ce que Matland (1995) aurait appelé une implantation de type expérimental. Sans soutien de la part de l'autorité centrale dans un contexte où cette dernière dispose d'un rôle essentiel, les acteurs locaux ont opéré des choix et agi selon leur compréhension (Pressman and Wildavsky, 1984) et leur marge de manœuvre (Lipsky, 2010, Ridde et al., 2018). Dans un tel contexte, les convictions, l'engagement et les ressources d'un

entrepreneurs sont nécessaires pour la mise en œuvre ou à l'adaptation de la solution. Or, notre recherche a montré que les acteurs ont manqué d'engagement et de convictions pour agir dans le sens de l'exemption totale.

12.6.1.2 La logique d'« accaparement » mobilisée par les acteurs

L'analyse de la formulation avait démontré que les décideurs avaient une perception différente de la solution (Kadio et al., 2017). Pour le MASSN, accorder une subvention pour affilier les personnes démunies aux mutuelles de santé permettrait de lever toutes les barrières financières et rendrait accessibles les services de santé. Pour les mutuelles de santé, l'affiliation permet aux indigents de devenir membres d'une mutuelle, donne droit à toutes les prestations au même titre que tout mutualiste dans le respect du principe de fonctionnement d'une mutuelle (exemption des cotisations annuelles et paiement du ticket modérateur).

Or, suivant ce principe, les mutuelles remboursent entre 70 et 80 % des coûts liés aux soins et aux médicaments essentiels génériques disponibles dans le dépôt pharmaceutique des centres de santé, le reste étant à la charge du bénéficiaire (ticket modérateur). Ainsi, dans la mise en œuvre, les mutuelles sont restées dans cette même logique afin de respecter le principe de leur fonctionnement. Elles ont aligné le contenu de l'intervention à leurs valeurs. La crainte de payer d'importants coûts de prestations néfastes aux capacités financières des mutuelles est la raison du maintien du ticket modérateur (Kadio et al., 2017). Ensuite, les paiements directs des patients augmentent la recette des formations sanitaires, dans un contexte où elles sont gardées à leur niveau, et par ricochet le montant des primes versées aux professionnels de santé. Il est donc logique, de ce point de vue, de ne pas agir dans le sens de l'exemption totale du paiement. Un constat similaire a été fait avec la mutuelle de Nouna au Burkina Faso. Robyn et al. (2012 a) mentionnent la nécessité d'avoir le soutien des agents de santé en tenant compte de leur préférence concernant les mécanismes de paiement pour ne pas susciter des attitudes pouvant influencer négativement la performance d'un système d'assurance communautaire. En effet, Ridde (2011) a mis en exergue des logiques d'acteurs qui ont plus favorisé « l'immobilisme et le statu quo que le changement social » dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique visant à améliorer l'équité d'accès des indigents aux soins de santé.

Nos résultats montrent que la logique d'« accaparement » (Ridde, 2011, Olivier de Sardan 2007) a été mobilisée par les mutuelles et les professionnels de santé qui étaient plus attirés par la « maximisation de leurs profits que par la redistribution » (Ridde, 2011) au profit des indigents. Le RAMS procédait au décaissement des ressources financières pour les mutuelles et assurait le suivi de la mise en œuvre du programme, avec pour objectif de respecter le principe de fonctionnement des mutuelles. Par conséquent, le ticket modérateur est maintenu et les personnes démunies demeurent exclues. Les mutuelles de santé ont augmenté leur nombre d'adhérents et renfloué leurs caisses grâce à la subvention provenant de cette politique. Aussi, les indigents sont perçus comme de nouveaux mutualistes et leur prise en charge ne devrait pas entraver, ou mettre en danger, l'accès aux soins des membres capables de payer leur cotisation. Au Ghana, on a constaté que le personnel et les collecteurs des primes des bureaux locaux du régime d'assurance ne visaient pas l'équité. Leurs logiques ont contribué à l'exclusion des pauvres. En effet, la prime d'assurance contribue de manière significative à générer des fonds qui couvrent en partie les dépenses de fonctionnement des bureaux locaux. Ces fonds générés représentent un critère pour juger de la performance des régimes. Ainsi, les acteurs ont fait des choix qui réduisent considérablement le nombre d'exemptions et excluent les indigents des services de santé (Kotoh and Van der Geest, 2016, Derbile and van der Geest, 2013).

Les intérêts et préférences des acteurs ont conduit à des logiques non favorables à l'apparition d'entrepreneurs politiques prêts à œuvrer pour l'exemption totale du paiement pour les indigents.

12.6.2 La question du ciblage des bénéficiaires

Le MASSN, qui a financé l'intervention à travers le fonds de solidarité, a décidé de proposer la liste des bénéficiaires. Cette étape de la mise en œuvre de l'intervention a permis aux travailleurs sociaux et au MASSN de remplir leur mission, même de façon ponctuelle. En effet, l'intervention est née en partie pour que le MASSN puisse jouer son rôle de ministère de la Solidarité et contribuer à la mise en œuvre de la charte de solidarité (Kadio et al., 2017). Sur la base des registres, les TS ont proposé des bénéficiaires.

L'efficacité du ciblage a été contestée par les mutuelles qui estiment que la majorité des bénéficiaires n'avaient pas le profil d'indigent. Elles pensent que le ciblage a exclu les indigents des villages éloignés et ceux qui n'ont jamais eu recours aux services sociaux. Ce point de vue sur l'efficacité nous renvoie au défi que pose le ciblage des bénéficiaires des interventions visant les pauvres en Afrique. Le peu de données probantes disponibles sur la question (Morestin and Ridde, 2009) ne permet pas d'établir un consensus sur la meilleure façon d'agir, que ce soit le processus de ciblage (communautaire ou administratif) ou la méthode de ciblage (individuelle, géographique ou catégorielle) (Ridde et al., 2015).

On sait cependant que la méthode communautaire participative a pour avantage de permettre à des personnes ayant une bonne maîtrise du milieu d'identifier les plus pauvres en milieu rural en Afrique (Jehu-Appiah, 2012, Simporé et al., 2013, Souares et al., 2010). Mais elle n'a pas été pertinente en milieu urbain au Burkina Faso (Ridde et al., 2015). En milieu urbain, l'expertise des travailleurs sociaux pourrait être mise à contribution, à condition que l'État donne les moyens nécessaires (Ridde et al., 2015). Dans le cas présent, les travailleurs sociaux justifient leur confinement dans les bureaux et le peu d'implication des associations locales (source de lacunes dans le processus de ciblage) par le manque de ressources matérielles, financières et temporelles pour se déplacer afin d'identifier les bénéficiaires. Or, ces ressources sont reconnues comme étant des critères qui déterminent la réussite de l'implantation d'une intervention (Gunn, 1978).

12.6.3 Enrôlement des bénéficiaires, une fenêtre d'opportunité non exploitée

En dépit de ces insuffisances, l'intervention a permis au MASSN d'améliorer ses indicateurs de performance, notamment le nombre de clients enregistrés ayant bénéficié d'une assistance. Au-delà de ses objectifs institutionnels, il nous semble que le MASSN aurait pu s'investir pour favoriser l'atteinte des objectifs de l'intervention. Bien que l'exclusion des personnes démunies soit reconnue comme un problème public (Kadio et al., 2017), les résultats montrent que leur prise en charge à travers cette intervention n'a pas été discutée de façon concertée ou collective entre les structures. Aucun cadre de concertation n'a permis de discuter des facteurs limitant l'utilisation des services par les indigents.

Cette situation n'est pas nouvelle. Un constat similaire avait été fait concernant la politique de subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU). L'exemption totale du paiement des accouchements pour les femmes indigentes, prévue par la politique, n'a pas été effective dans la plupart des districts sanitaires et n'était pas non plus à l'ordre du jour dans les cadres de discussion (Ridde et al., 2011, Belaid and Ridde, 2012).

Les travailleurs sociaux n'ont pas saisi l'opportunité, pendant les rencontres d'enrôlement et d'information des bénéficiaires, de recadrer l'intervention. En effet, au cours de ces rencontres, certaines personnes démunies identifiées par les services sociaux ont clairement exprimé leur incapacité à payer des frais de ticket modérateur en refusant l'adhésion aux mutuelles de santé. Cette attitude des bénéficiaires pourrait être l'expression d'un manque de confiance vis-à-vis de l'intervention, comme cela a été observé au Ghana (Aryeetey et al., 2013, Duku et al., 2015). Ce refus de participer aurait pu être saisi comme une opportunité pour proposer de nouvelles solutions, en vue d'une utilisation effective des services de santé, sans aucune barrière. Les TS n'ont pas agi dans ce sens et ne se sont pas justifiés. Nous pensons qu'ils devaient se sentir incapables de modifier une décision venant de la hiérarchie (étant donné qu'ils n'étaient pas impliqués dans la phase de la formulation), ou alors qu'ils s'inscrivaient dans l'expression d'une logique de «l'évitement» (Ridde, 2011), afin de ne pas susciter un conflit avec les professionnels de santé et les mutuelles qui avaient un intérêt au maintien du ticket modérateur.

Il faut aussi noter que les acteurs de la phase de formulation étaient différents de ceux de la mise en œuvre. Or, un critère de réussite de la mise en œuvre est la volonté des décideurs de s'investir au-delà de la période de la formulation (Bridgman and Davis, 2004). Les données empiriques montrent que les décideurs du MASSN, principaux acteurs avec le RAMS dans la formulation, étaient absents de la mise en œuvre, laissant chaque acteur agir selon sa compréhension. Peut-être que la participation et l'implication effectives des décideurs du MASSN auraient pu favoriser des opportunités de discussion avec le RAMS sur la question du ticket modérateur et des prescriptions ? Leur présence aurait certainement permis d'éventuelles adaptations afin de favoriser la rencontre des courants. Mais seuls les agents (les TS), qui sont des techniciens, étaient impliqués. Ils se sont cantonnés à exécuter les instructions de leur hiérarchie, attitude également démontrée au Burkina Faso (Ridde, 2009).

En somme, l'opportunité qui s'est ouverte dans le courant des solutions (refus des cartes pendant l'enrôlement) n'a pas pu être exploitée pour favoriser la rencontre des courants du fait de la logique de l'évitement des travailleurs sociaux et de l'absence des décideurs du MASSN

12.7 Conclusion

Dans la perspective d'une protection sociale, le Burkina Faso a adopté la loi sur l'AMU en septembre 2015. C'est une grande avancée sociale et politique. Les mutuelles y sont reconnues comme étant des organismes de gestion qui fonctionnent par délégation des fonctions, établie par une convention de gestion déléguée. La loi mentionne également que « *L'État est débiteur vis-à-vis des organismes de gestion de la totalité de la cotisation des indigents et est responsable de son versement* », sans nommer un organisme de gestion. Néanmoins, on constate enfin un intérêt de l'État pour couvrir les indigents par le canal des mutuelles.

La présente étude met en exergue des éléments qui ont constitué un obstacle à la couverture sanitaire des plus démunis par l'intermédiaire des mutuelles de santé. La prise en charge a été doublement partielle pour les bénéficiaires qui étaient obligés de payer le ticket modérateur, mais aussi de se contenter du rationnement à trois épisodes de maladies par an. Pourtant, les indigents sont des personnes démunies, elles n'ont pas de ressources financières pour payer le ticket modérateur et faire face aux autres dépenses. Il est indéniable que le ticket modérateur imposé par les mutuelles limite l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires. Il faudrait donc travailler à le supprimer pour les indigents, tel que la loi le préconise maintenant. Une expérience de couverture des indigents à travers les mutuelles de santé couplée au financement basé sur la performance est en cours dans la région de la boucle du Mouhoun (Ouédraogo et al., 2017), dont les prochaines recherches expliciteront sa mise en œuvre.

L'étude a aussi montré que des insuffisances, notamment les ambiguïtés dans la phase de formulation, peuvent conduire à des difficultés de mise en œuvre, et faire échouer une intervention. D'autres recherches l'ont également démontré. Au Kenya, la divergence d'intérêt et de point de vue concernant la mise en commun des fonds (pendant la phase de formulation) a causé une opposition secrète des acteurs du secteur privé et conduit à l'échec de la mise en œuvre du régime d'assurance maladie (Abuya et al., 2015).

La présente analyse de l'intervention en faveur de la couverture sanitaire des personnes démunies à travers les mutuelles de santé de 2012 peut inspirer la conception et la mise en œuvre de nouvelles politiques publiques. La réussite de l'AMU au Burkina Faso nécessite une meilleure planification et une meilleure concertation entre acteurs ainsi qu'une stratégie de ciblage des bénéficiaires plus adaptée au contexte. L'absence de prise en compte des divergences de logiques des acteurs sociaux dans le choix des solutions peut conduire à l'échec de la mise en œuvre, tel que nous l'avons montré.

Liste des acronymes

MASSN : ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale

DGNS Direction générale de la solidarité

DPAS : Direction provinciale de l'action sociale

RAMS : Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé

TS : Travailleurs sociaux

Références bibliographiques

- Abuya, T. ; Maina, T.; Chuma, J. 2015. “Historical account of the national health insurance formulation in Kenya: Experiences from the past decade”, in *BMC Health Services Research*, Vol. 15, No. 1.
- Acharya, A. et al. 2012. “The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries: A systematic review”, in *The World Bank Research Observer*, Vol. 28, No. 2.
- Adebayo, E. F. et al. 2014. “Factors that affect the uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries: A systematic protocol”, in *BMJ open*, Vol. 4, No. 2.
- Agier, I. et al. 2016. “Endorsement of universal health coverage financial principles in Burkina Faso”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 151.
- Agyepong, I. A. et al. 2016. “The ‘Universal’ in UHC and Ghana’s National Health Insurance Scheme: Policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country”, in *BMC Health Services Research*, Vol. 16, No. 1.
- Alatinga, K. A.; Fielmua, N. 2011. “The impact of mutual health insurance scheme on access and quality of health care in Northern Ghana: The case of Kassena-Nankana east scheme”, in *Journal of Sustainable Development*, Vol. 4, No. 5.
- Aryeetey, G. C. et al. 2013. “Community concepts of poverty: An application to premium exemptions in Ghana’s National Health Insurance Scheme”, in *Globalization and Health*, Vol. 9, No. 1.
- Bationo, F.; Zett, J. B. 2011. *Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l’assurance maladie universelle au Burkina Faso*. Ouagadougou, Association Songui Manégré/Aide au développement endogène.
- Belaid, L. ; Ridde, V. 2012. “An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso”, in *BMC pregnancy and childbirth*, Vol. 12, No. 1.
- Binagwaho, A. et al. 2012. *Mutual health insurance and its contribution to improving child health in Rwanda* (Passauer Diskussionspapiere, Volkswirtschaftliche Reihe, No. 66-12). Passau, University of Passau – Faculty of Business and Economics
- Boidin, B. 2015. “L’extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique : mythes et réalités”, in *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, Vol. 108, No. 1.
- Bridgman, P. ; Davis, G. 2004. *The Australian policy handbook* (Third edition). Sydney, Allen & Unwin.
- De Allegri, M. ; Sanon, M.; Sauerborn, R. 2006. “‘To enrol or not to enrol?’: A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 62, No. 6.

- Derbile, E. K.; van der Geest, S. 2013. “Repackaging exemptions under National Health Insurance in Ghana: How can access to care for the poor be improved?”, in *Health Policy and Planning*, Vol. 28, No. 6.
- Diop, F. P.; Ba, A. 2010. *Mutualité, passage à l'échelle et extension de l'assurance maladie*. Bethesda, MD, USAID – Health Systems 20/20.
- Dong, H. et al. 2009. “Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso”, in *Health Policy*, Vol. 92, No. 2–3.
- Duku, S. K. O.; van Dullemen, C. E.; Fenenga, C. 2015. “Does health insurance premium exemption policy for older people increase access to health care? Evidence from Ghana”, in *Journal of Aging & Social Policy*, Vol. 27, No. 4.
- Evans, B. A. et al. 2013. “How hard can it be to include research evidence and evaluation in local health policy implementation? Results from a mixed methods study”, in *Implementation Science*, Vol. 8.
- Franco, L. M. et al. 2008. “Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: A case-control study”, in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 86, No. 11.
- Gnawali, D. P. et al. 2009. “The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso”, in *Health Policy*, Vol. 90, No. 2.
- Gunn, L. A. 1978. “Why is implementation so difficult?”, in *Management Services in Government*, Vol. 33, No. 4.
- Gustafsson-Wright, E.; van der Gaag, J.; Tanovic, Z. 2013. *A short-term impact evaluation of the health insurance fund program in central Kwara State, Nigeria*. Amsterdam, Amsterdam Institute for International Development.
- Haddad, S. et al. 2012. “An evaluation of the outcomes of mutual health organizations in Benin”, in *PLoS ONE*, Vol. 7, No. 10.
- Hounton, S.; Byass, P.; Kouyate, B. 2012. “Assessing effectiveness of a community based health insurance in rural Burkina Faso”, in *BMC Health Services Research*, Vol. 12.
- ILO. 2003. *Guide de gestion des mutuelles en Afrique*. Geneva, International Labour Office.
- Jehu-Appiah, C. 2012. *Reaching the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: Equity aspects and strategies to improve enrolment*. Nijmegen.
- Jehu-Appiah, C. et al. 2011. “Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why?”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 72, No. 2.
- Kadio, K. et al. 2017. “Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso”, in *Science sociale et santé*, Vol. 35, No. 2.
- Kelley, A. et al. 2014. *Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique francophones*. Fond français Muskoka, Cordaid.
- Kingdon, J. W. 1984. *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston, MA, Little, Brown and Company.

- Kotoh, A. M.; van der Geest, S. 2016. “Why are the poor less covered in Ghana’s national health insurance? A critical analysis of policy and practice”, in *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15, No. 1.
- Kusi, A. et al. 2015. “Refusal to enrol in Ghana’s National Health Insurance Scheme: Is affordability the problem?”, in *International Journal for Equity in Health*, Vol. 14, No. 1.
- Lagomarsino, G. et al. 2012. “Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia”, in *The Lancet*, Vol. 380, No. 9845.
- Lemieux, V. 2002. *L’étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Presse de l’Université Laval.
- Letourmy, A. 2008. “Le développement de l’assurance maladie dans les pays à faible revenu : l’exemple des pays africains”, in *Comptes rendus Biologies*, Vol. 331, No. 12.
- Lipsky, M. 2010. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th Anniversary expanded edition). New York, NY, The Russell Sage Foundation.
- Matland, R. E. 1995. “Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation”, in *Journal of public administration research and theory*, Vol. 5, No. 2.
- Mebratie, A. et al. 2013. *Community-based health insurance schemes: A systematic review* (ISS Working Paper Series; General Series, No. 568). The Hague, International Institute of Social Studies of Erasmus University.
- Morestin, F. ; Ridde, V. 2009. “Comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances santé en Afrique ? Un aperçu des stratégies possibles”. Montréal, Université de Montréal.
- Msuya, J. M.; Jütting, J. P.; Asfaw, A. 2007. “Impact of community health funds on the access to health care: Empirical evidence from rural Tanzania”, in *International Journal of Public Administration*, Vol. 30, No. 8–9.
- Olivier de Sardan, J.-P. 2007. “De la nouvelle anthropologie du développement à la socio anthropologie des espaces publics africains”, in *Revue Tiers Monde*, Vol. 3, No. 191.
- Ouédraogo, S. et al. 2017. “Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: A screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa”, in *BMJ Open*, Vol. 7, No. 10.
- Paillé, P.; Mucchielli, A. 2012. *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Troisième édition.). Paris, Armand Colin.
- Parmar, D. et al. 2014. “Do community-based health insurance schemes fulfil the promise of equity? A study from Burkina Faso”, in *Health Policy and Planning*, Vol. 29, No. 1.
- PNPS. 2012. *Politique nationale de protection sociale 2013-2022*. Ouagadougou, Government of Burkina Faso.
- Pressman, J. L.; Wildavsky, A. B. 1984. *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it’s amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who*

seek to build morals on a foundation of ruined hopes. Berkeley, CA, University of California Press.

Reich, M. R. et al. 2016. “Moving towards universal health coverage: Lessons from 11 country studies”, in *The Lancet*, Vol. 387, No. 10020.

Ridde, V. 2006. “L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ?”, in *Lien social et politiques*, No. 55.

Ridde, V. 2009. “Policy implementation in an African state: An extension of Kingdon's multiple-streams approach”, in *Public Administration*, Vol. 87, No. 4.

Ridde, V. 2011. “Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso”, in *Cahiers d'études africaines*, No. 201.

Ridde, V. et al. 2010. “Exploratory study of the impacts of mutual health organizations on social dynamics in Benin”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 71, No. 3.

Ridde, V. et al. 2011. “The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso”, in *Health Policy Plan*, Vol. 26, Suppl 2.

Ridde, V. et al. 2014. “Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012”, in *Santé publique*, Vol. 26, No. 5.

Ridde, V. et al. 2015. *La difficile mise en œuvre d'une approche communautaire de sélection des indigents en zone lotie de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso*. Montréal, Université de Montréal – Institut de recherche en santé publique.

Ridde, V. et al. 2018. “Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: Evidence from a cross-sectional survey”, in *International Journal for Equity in Health*, Vol. 17, No. 1.

Robyn, P. J. et al. 2012a. “Health worker preferences for community-based health insurance payment mechanisms: A discrete choice experiment”, in *BMC Health Services Research*, Vol. 12, No. 1.

Robyn, P. J. et al. 2012b. “Econometric analysis to evaluate the effect of community-based health insurance on reducing informal self-care in Burkina Faso”, in *Health Policy and Planning*, Vol. 27, No. 2.

Sarpong, N. et al. 2010. “National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana”, in *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 15, No. 2.

Simporé, L. et al. 2013. “Évaluation de l'efficacité du ciblage communautaire des indigents bénéficiaires de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba au Burkina Faso”, in P. Fournier, S. Haddad and V. Ridde (eds), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest : contributions de jeunes chercheurs*. Paris, L'Harmattan.

Souares, A. et al. 2010. “Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: A case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso”, in *Health & Social Care in the Community*, Vol. 18, No. 4.

Sow, O. 2007. *Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : étude de cas sur les expériences du Sénégal* (Projet Financement et politiques de santé). Dakar, USAID, ministère de la Santé et de la Prévention médicale.

Waelkens, M.-P. ; Criel, B. 2004. *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche* (HNP discussion paper). Washington, DC, World Bank.

WHO. 2010. *Health system financing: The path to universal coverage* (World health report 2010). Geneva, World Health Organization.

Williams, G. A. et al. 2017. “Equitable access to health insurance for socially excluded children? The case of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Ghana”, in *Social Science & Medicine*, Vol. 186.

Yin, R. K. 2008. *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA, Sage Publication

CHAPITRE 13 DISCUSSION GÉNÉRALE

La thèse avait pour objectif d'analyser le processus de réalisations de deux politiques de protections du Burkina Faso à travers l'analyse de la politique nationale de protection sociale (PNPS 2012) et du programme pilote de protection sociale en santé des personnes démunies (2012). Cette analyse visait à comprendre : (1) les facteurs qui ont influencé leur mise en forme (émergence et formulation) ; (2) le cheminement des connaissances explicites dans la mise en forme de la PNPS ; (3) la mise en œuvre du programme de solidarité pour les personnes démunies. Les résultats déclinés en cinq articles soulignent des constats qui ont permis d'effectuer une réflexion globale sur les politiques de protection sociale au Burkina Faso.

La thèse s'inscrit dans un programme interdisciplinaire en sciences humaines appliquées qui vise à produire des connaissances « à l'extérieur des formes disciplinaires dominantes ; de pouvoir circuler librement malgré les frontières disciplinaires ; » (Lemay, 2012, p. 4) pour proposer des résultats menant vers l'action (Couturier et Dumas-Laverdière, 2008; Schon, 1994). Aborder les implications de la thèse pour la pratique permet de répondre aux objectifs centraux du programme, mais aussi de contribuer à l'amélioration des politiques de protection sociale au Burkina Faso. À cet effet, ce chapitre consacré à la discussion générale présente les contributions empiriques de la thèse par une synthèse des principaux résultats ainsi que les contributions théoriques. Un dernier point aborde les apprentissages méthodologiques.

13.1 Apports empiriques : synthèse de résultats.

Nous présentons les résultats en nous inspirant du découpage du processus de réalisation des politiques publiques proposé Olivier de Sardan et Ridde (2014b) : d'une part, la mise en forme (émergence et formulation), d'autre part, la mise en œuvre. Le premier point de cette section présente d'abord les résultats sur la mise en forme de la PNPS et du programme de solidarité, puis ceux sur la mise en œuvre du programme de solidarité pour les personnes démunies. Le deuxième point se penche sur le cheminement de la connaissance dans la mise en forme de la PNPS.

13.1.1 La mise en forme et la mise en œuvre des politiques de protections sociales.

Les résultats de la mise en forme abordent respectivement l'émergence de la PNPS et du programme de solidarité, puis la formulation de la PNPS et du programme de solidarité. La mise en œuvre ou l'implantation porte uniquement sur le programme de solidarité.

13.1.1.1 Émergence de la PNPS et du programme de solidarité

L'analyse de l'émergence de la PNPS (article 1) montre que la politique visait à répondre au problème du déficit de protection sociale, source de renforcement des inégalités sociales, de dégradation du climat social et politique. Les personnes pauvres et vulnérables sont les bénéficiaires prioritaires de cette PNPS, même si les acteurs reconnaissent que toute personne a besoin d'une protection sociale. Le contexte mondial de promotion d'un socle de protection sociale (nouvelle orientation politique) a renforcé la réceptivité du gouvernement burkinabè à l'élaboration d'une PNPS, en réponse au déficit de protection sociale dans le pays. Les institutions internationales, sous l'impulsion de l'UNICEF, se sont regroupées en un réseau d'entrepreneurs politiques pour promouvoir cette solution qui cadre avec leur mandat et pour véhiculer des idées sur la protection sociale qui coïncident avec les attentes et les besoins du moment du gouvernement (la solidarité nationale, la paix et la cohésion sociale).

Le programme de solidarité (article 4), initié par le ministère de l'action sociale (MASSN) et le réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMS), visait à favoriser l'accès des services de santé aux personnes démunies par leur affiliation aux mutuelles de santé. En effet, l'exemption du paiement des soins de santé pour les personnes indigentes/démunies est une stratégie de la PNPS. Cette initiative de protection sociale en santé des personnes était la première au Burkina Faso. Les résultats montrent que l'idée du programme répond à un besoin de connaissances sur la meilleure façon de garantir la couverture sanitaire de ces personnes démunies dans un contexte de réflexion pour la mise en place d'un régime d'assurance maladie et de formulation d'une PNPS. De même, il s'agissait d'une stratégie du gouvernement pour manifester une solidarité à l'endroit des personnes démunies, en vue de renforcer la cohésion sociale dans le contexte national de la crise sociopolitique de 2011.

En somme, la décision de formuler ces deux politiques était principalement motivée par la recherche d'une cohésion sociale.

13.1.1.2 Formulation de la PNPS et du Programme de solidarité

Les acteurs impliqués dans la formulation de la PNPS (article 2) percevaient cette politique comme un document dont le contenu tous azimuts rassemble toutes les actions possibles de protection sociale, sans arbitrage. Le processus de la formulation n'a pas permis de conduire une réflexion sur le problème à résoudre, d'identifier les besoins spécifiques des bénéficiaires, d'évaluer la capacité des solutions pour choisir celles appropriées. Cela a donné lieu au constat empirique de « *non-design* » ou de non-formulation. Les logiques des acteurs nationaux étaient de maintenir leur acquis (ligne budgétaire, partenaire financier) et de mobiliser des ressources supplémentaires. Les acteurs internationaux ont été guidés par la logique de promotion d'instrument de protection sociale en adéquation avec leurs valeurs, leurs idées, leurs missions, pour la mise en œuvre de leur mandat institutionnel. Trois facteurs ont favorisé cette non-formulation : (1) le manque d'orientations gouvernementales claires pour guider les discussions ; (2) le faible soutien ou volonté politique se traduisant par la faible implication des décideurs de haut niveau dans le processus ; (3) la méconnaissance conceptuelle et technique des acteurs nationaux sur la protection sociale faisant recours aux conseils des organismes internationaux.

L'analyse de la formulation du programme de solidarité montre que les acteurs n'ont pas discuté clairement du contenu du programme (Article 4), notamment du choix des solutions. Le MASSN a octroyé une subvention de 25 000 000 F CFA (environ 60 000 \$ CAD) au RAMS pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes démunies à travers les mutuelles de santé. Le RAMS a considéré que la subvention devait être versée aux mutuelles de santé et servir à payer uniquement la prime d'assurance. Ce choix de formulation n'a pas considéré les connaissances disponibles sur la couverture sanitaire des personnes au Burkina Faso (facteurs d'exclusion des services de santé). Une réflexion sur l'adéquation de ce choix avec les besoins des bénéficiaires n'a pas été effectuée. Cela témoigne d'un déficit de concertation et de réflexion sur la meilleure façon d'apporter une réponse à l'exclusion de l'accès aux soins des personnes démunies. En effet, les acteurs reconnaissent que la suppression du paiement des services de santé pour les personnes démunies est la meilleure solution pour leur faciliter l'accès aux soins. Selon eux, une des façons d'opérationnaliser cette solution est la mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour l'ensemble de la population et non contributive pour les personnes

démunies. Cela voudrait dire que la prime d'assurance ainsi que le ticket modérateur (le copaiement au moment de recourir aux services de santé contrepartie) sont supportés par un tiers payer (l'état ou les mutuelles de santé).

Cependant, la question du ticket modérateur n'a pas été discutée pendant la formulation du programme de solidarité. Chaque acteur est resté focalisé sur les aspects relevant de ses propres compétences et de ses responsabilités menant à des actions dans le sens de ses intérêts. La formulation a privilégié des solutions plus profitables aux mutuelles de santé qu'aux personnes démunies. Elle était plutôt conforme aux intérêts des acteurs de formulation et peu susceptible de résoudre le problème d'exclusion des soins, conduisant à un programme « mort-né ». Il s'agit d'un nouvel acte manqué au détriment des plus pauvres dans l'histoire des politiques de santé au Burkina Faso.

En somme, l'analyse de la formulation de ces deux politiques soulève l'influence des idées et des intérêts des acteurs dans le choix des solutions, mais montre aussi qu'une volonté politique est importante pour que les choix puissent répondre aux besoins des populations pauvres et vulnérables.

13.1.1.3 Mise en œuvre d'un programme « mort-né » : le programme de solidarité

L'analyse de la mise en œuvre a concerné uniquement le programme de solidarité (article 5). La mise en œuvre du programme dans deux provinces (Sanmatenga et Kadiogo) a permis d'affilier 1720 bénéficiaires à des mutuelles de santé, sans pour autant résoudre le problème de l'exclusion de ces personnes démunies des services de santé. En effet, la formulation du programme a prévu que l'affiliation à la mutuelle de santé exempte les bénéficiaires du paiement des droits d'adhésion et de la prime d'assurance, sans aucune précision sur le maintien ou l'exemption du paiement du ticket modérateur (copaiement) au moment de recourir aux services de santé. Ainsi, les personnes étaient obligées de payer (ou de renoncer à utiliser les services), mais aussi de se contenter du rationnement à trois épisodes de maladies par an tel que prévu dans le contenu du programme. Cette ambiguïté sur la question de ticket modérateur aurait pu être discutée pendant la phase de la formulation afin de favoriser le choix d'une solution adaptée. Cette lacune de formulation a contribué à des difficultés de mise en œuvre, avec pour conséquence le maintien des personnes démunies exclues des services

de santé. De plus, l'éloignement de certains bénéficiaires d'un centre de santé qui a une convention avec une mutuelle de santé ainsi que la non-reconnaissance de la carte de mutualiste par certains agents de santé et gérants de dépôt pharmaceutique ont limité l'utilisation des services. Par ailleurs, des occasions de reformulation qui se sont présentées dans la phase de mise en œuvre pour corriger cette situation n'ont pas été saisies.

En résumé, l'analyse de la mise en œuvre montre que des lacunes de formulation influencent l'efficacité d'une politique. Aussi, la mise en œuvre offre des circonstances opportunes d'adaptation et de reformulation pour intégrer les spécificités du contexte et les besoins des bénéficiaires en vue d'améliorer l'efficacité.

13.1.2 Le rôle des connaissances explicites dans la mise en forme de la PNPS

Trois types de connaissances explicites ont éclairé le processus de mise en forme de la PNPS (article 3) : les données de routines, celles de la littérature grise gouvernementale, et enfin celles de la littérature grise des Partenaires techniques et financiers (PTF)/Organisations non gouvernementales (ONG). La recherche scientifique publiée dans des revues avec comités de pairs n'a pas été évoquée de façon explicite.

Considérant la mise en forme des politiques comme le résultat d'un processus sous l'influence de nombreux facteurs, dont les connaissances explicites, il nous a été impossible d'identifier avec exactitude une utilisation instrumentale⁴² des connaissances explicites dans l'émergence de la PNPS. Cependant, l'analyse de cette étape du processus de mise en forme de la PNPS montre que les facteurs contextuels et conjoncturels (baisse du pouvoir d'achat, tension sociale, insécurité alimentaire) ont suscité chez les acteurs gouvernementaux et chez les PTF le besoin de connaissances pour mieux comprendre la situation.

Des connaissances explicites issues des rapports d'études commandités par les PTF, des rapports d'évaluation de la mise en œuvre de projets/programmes/politiques (gouvernementaux et non-

⁴² « Le produit d'une synthèse de connaissances ou des recommandations provenant d'experts est directement utilisé dans l'élaboration d'une politique, dans la prise de décision ou dans le processus de résolution d'un problème ». (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009, p. 24)

gouvernementaux), des données de surveillance de routine et des données statistiques ont éclairé les acteurs nationaux sur la nécessité d'un changement, en vue d'améliorer les politiques de protection sociale. L'utilisation conceptuelle de ces connaissances a contribué à façonner la perception et la compréhension des acteurs en les informant des divers contours de la protection sociale : le déficit la protection sociale (ampleur, personne concernée, conséquence), les causes du déficit de protection sociale (réponse non adaptée aux besoins, situation non nouvelle), les valeurs et attentes des populations, le lien entre PS et pauvreté (les conséquences de la crise économique sur les personnes vulnérables). Cette utilisation conceptuelle a donné lieu à une compréhension selon laquelle le déficit de protection sociale est une conséquence du faible investissement de l'État dans le secteur social et de l'inefficacité des rares actions mises en œuvre. Par ailleurs, les personnes pauvres et vulnérables sont perçues comme plus affectées par le déficit de protection sociale, d'où la décision de formuler une PNPS.

L'utilisation des connaissances explicites pour informer la formulation de la PNPS est nuancée. En effet, les rapports d'activités des ministères, les documents de capitalisation des projets pilotes, les documents et rapports des PTF sur la protection sociale (UNICEF, Banque mondiale, BIT), les documents de base et les présentations des ateliers de formations sur la protection sociale ont été utilisés pour des clarifications conceptuelles, mais aussi pour recenser les stratégies de la PNPS. Ce recensement peut être considéré comme une utilisation instrumentale des connaissances explicites pour rédiger le contenu de la PNPS, puisque les stratégies de la politique ont été tirées du contenu des rapports.

Cependant, certains acteurs (PTF et nationaux) estiment que la PNPS n'est pas fondée sur un choix éclairé par la capacité de ses stratégies à résoudre le problème du déficit de protection sociale (connaissance sur l'efficacité des stratégies). Ils décrivent la PNPS comme un assemblage de tout ce qui est possible en matière de protection sociale et finalement le résultat d'une planification en fonction des missions institutionnelles des ministères et non d'un choix éclairé par une évaluation de la capacité des stratégies à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés (réduire le déficit de protection sociale). Pour d'autres (PTF et nationaux), les stratégies retenues sont celles qui ont prouvé leur efficacité par le biais des projets pilotes au Burkina Faso ou ailleurs. En revanche, il est clairement ressorti une utilisation stratégique. Elle a consisté à s'inspirer de documents (rapports d'études, d'évaluations, statistiques) pour justifier le contenu

de la PNPS (justifier les fondements et principes directeurs de la PNPS, justifier la nécessité de formuler une politique, illustrer l'ampleur du déficit de PS et l'inefficacité des CSLP, soutenir la faisabilité et la pertinence d'une stratégie spécifique).

Les PTF ont été les principaux intermédiaires pour rendre les connaissances explicites accessibles aux acteurs locaux par le canal d'ateliers de formation et des réunions gouvernementales. Ces moments d'interactions ont favorisé des échanges d'information et de connaissance sur la protection sociale, donné un aperçu des expériences d'ailleurs et permis un consensus sur la nécessité d'une politique globale en réponse au déficit de protection sociale. Les PTF ont le plus souvent cadré l'information transmise avec leurs objectifs (ignorant celles qui sont contradictoires) pour soutenir et faire passer leurs idées et opinions. Cependant, celles qui ne concordent pas avec le point de vue des décideurs ne sont pas considérées par ces derniers. Contrairement à l'étude de la Banque mondiale sur les filets sociaux qui est appréciée positivement et le plus souvent citée par les acteurs comme document de référence, celle du FMI sur l'efficacité de la subvention universelle du prix des hydrocarbures est jugée non valide et non pertinente pour éclairer la prise de décision. Les acteurs nationaux estimaient que l'étude a été produite dans le but de convaincre le gouvernement de l'inefficacité de cette subvention et la nécessité de changement en faveur des idées FMI.

En somme, l'utilisation instrumentale, conceptuelle et stratégique de connaissances explicites issues majoritairement de la littérature grise a éclairé la mise en forme de la PNPS. Les données de recherche scientifique publiées dans des revues avec les comités de pairs ont été très peu utilisées. Le cadrage de l'information caractéristique de la stratégie de transfert des intermédiaires (PTF) a permis de faire prendre en compte les instruments de protection sociale favorisés de ces derniers.

La prochaine section présente la discussion sur les contributions théoriques de la thèse.

13.2 Contributions théoriques

À la lumière de ces résultats empiriques, deux principaux points de discussion théorique émergent, que nous examinerons dans les prochains paragraphes : (1) les implications de la cohésion sociale comme un objectif des politiques de protection sociale ; (2) le poids des idées et des intérêts des acteurs, notamment internationaux, dans la réalisation des politiques de protection sociale.

13.2.1 Protection sociale et cohésion sociale

Les résultats soulignent que même si les PTF ont contribué à propulser l'idée d'une PNPS à l'ordre du jour gouvernemental, la décision de la formuler est principalement liée au souhait du gouvernement de renforcer la cohésion sociale en raison des multiples crises sociales et politiques à l'époque (article 1 et article 4). Cependant, il est possible de se demander si cette recherche de la cohésion sociale vise le maintien d'une stabilité sociopolitique ou le bien-être de la population à travers l'établissement d'une protection sociale.

Le lien entre la protection sociale et la cohésion sociale est très peu explicité dans la littérature sur la protection sociale en Afrique. Pourtant, des affirmations sur le rôle important des politiques de protection sociale pour établir/renforcer la cohésion sociale sont souvent avancées pour inciter les gouvernements à investir dans la protection sociale (Cichon et al., 2011). Dans la prochaine section, nous discuterons de ce que contient le concept de cohésion sociale et de son usage par le gouvernement burkinabè pour justifier la nécessité d'une PNPS.

13.2.1.1 Protection sociale pour une cohésion sociale au Burkina Faso : une nécessité pour légitimer l'existence du gouvernement

La cohésion sociale est un concept vaste qui a été promu dans le discours politique de divers gouvernements et dans les organisations internationales (Donzelot, 2006; Schiefer et van der Noll, 2017). Plusieurs qualificatifs lui sont attribués pour illustrer la difficulté d'une définition précise : « concept pluridimensionnel », « quasi-concept », « concept composite », « macro-concept », « concept ambigu ». (Beauvais et Jenson, 2002; Bernard, 1999; Chan, To et Chan, 2006; Forsé et Parodi, 2009; Jenson, 1998; Toye, 2008). Ainsi, il fait l'objet de désaccord

concernant les dimensions à considérer, à mettre en avant, ou à ignorer. Le concept est fréquemment utilisé par des auteurs et des gouvernements qui s'appliquent pour réaliser des actions différentes, sans un effort d'une définition précise, « comme si elle allait de soi » (Jenson, 1998). Le manque de cohésion sociale est habituellement mentionné comme la conséquence d'une série de problèmes : l'incertitude économique, la peur de la dégradation socioéconomique et des enjeux sociaux⁴³ suscités par des politiques sociales inadaptées, l'expansion de la mondialisation économique et financière, ou la très forte concurrence économique (Beauvais et Jenson, 2002; Chan et al., 2006; Jenson, 2010; Schiefer et van der Noll, 2017; Toye, 2008).

Le concept de cohésion apparaît fréquemment dans des documents gouvernementaux burkinabè que nous avons analysés pour comprendre l'émergence de la PNPS (article 1). Les conclusions d'une étude rétrospective sociale réalisée en 2005 avaient identifié la fragilité (politique, économique et sociale)⁴⁴ comme une caractéristique de la société burkinabè, susceptible d'influencer la cohésion sociale future. L'étude mentionne que la cohésion sociale est « est fortement menacée par l'élargissement du fossé séparant les différentes catégories sociales de la population burkinabè comme conséquence de la mondialisation libérale et de l'individualisme concomitant » (CNPS, 2005, p. 44). L'étude soutient également que les inégalités profondes existantes fragilisent la cohésion sociale et l'unité nationale. Pour continuer « d'exister »⁴⁵, le Burkina Faso devra entre autres renforcer la cohésion sociale par une plus grande justice sociale, un sens aigu du bien commun, une reconversion aux vertus de probité et d'impartialité (CNPS, 2005).

Le référentiel national de développement du pays (Gouvernement, 2010) considère la cohésion sociale comme une dimension du développement durable et la présente comme une conséquence

⁴³ Le chômage, la pauvreté, la discrimination, l'exclusion, le désenchantement, la difficulté d'intégration, l'échec scolaire, la délinquance, la migration

⁴⁴ La fragilité politique s'explique par le manque de consensus sur les règles essentielles du jeu démocratique, la fragilité économique est une conséquence de la grande dépendance à l'aide extérieure tandis que la fragilité sociale résulte de la fracture sociale de plus en plus béante (CNPS, 2005)

⁴⁵ L'étude présente des scénarios dramatiques sur la disparition totale du Burkina sous certaines conditions. Un des scénarios prévus a déjà eu lieu (l'insurrection en 2014).

de la satisfaction des besoins humains et de l'équité sociale (Gouvernement, 2010). La charte nationale de solidarité adoptée en 2009 appelle l'État et les collectivités territoriales à une redistribution juste et équitable des richesses nationales en vue de garantir la paix sociale, la « cohésion nationale » et la « cohésion locale »(MASSN, 2009). On lit également dans le projet de société du parti au pouvoir : « les crises successives exigent de nous une réflexion approfondie pour bâtir les moyens de surmonter les nouvelles menaces [...]. Le partage des fruits de la croissance, l'élargissement des opportunités offertes à chaque citoyen et la garantie d'une juste protection sociale sont autant d'éléments qui nous permettront de renforcer la cohésion sociale et l'environnement de la croissance. »(CDP, 2010, p. 44).

Aucune définition de la cohésion sociale n'apparaît dans ces documents. Cependant, les contenus sous-entendent que l'exacerbation des écarts de conditions matérielles entre catégories sociales et les injustices peuvent conduire aux conflits et à l'éclatement. Ce qui nous fait dire que le besoin de cohésion sociale semble être nourri par une nécessité pour maintenir l'ordre social et la paix. Ce point de vue concorde avec celui d'une analyse de l'évolution du concept, montrant qu'il a toujours été proposé comme moyen de maintenir l'ordre social lorsque « des perturbations économiques et des périodes d'adaptation politique ont contribué à modifier les façons coutumières de faire les choses » (Jenson, 1998). Cette cohésion sociale laisse entendre la capacité de "vivre ensemble" dans une certaine harmonie, chez les citoyens ayant des conditions sociales ou économiques différentes, un "vivre ensemble" en dépit de ce qui les sépare (Beauvais et Jenson, 2002; Forsé et Parodi, 2009). En plus, il a été montré qu'au Burkina Faso, le maintien de la stabilité et la paix sociale, la recherche du consensus, le respect de l'ordre social et vivre en harmonie influencent la mise en place de l'action publique sanitaire équitable (Ridde, 2006b, 2008a, 2008b).

13.2.1.2 Lien théorique entre la cohésion sociale et la protection sociale : illustrations empiriques au Burkina Faso

Le gouvernement souhaitait améliorer la cohésion sociale en décidant de formuler des politiques de protection sociale (article 1 et article 4). Cette perception de la protection sociale comme un instrument qui contribue à la construction et au maintien de la cohésion incite à nous interroger sur l'expression de cette relation dans le contexte du Burkina Faso.

Le lien entre protection sociale et cohésion sociale a été largement discuté dans la littérature sur la mise en place de l'État providence⁴⁶. Des études ont montré que l'inégalité des revenus est fortement corrélée avec plusieurs mesures de cohésion sociale allant de la confiance interpersonnelle à la coopération civique (Green, Janmaat et Cheng, 2011; Green, Preston et Janmaat, 2006; Knack et Keefer, 1997).

La discussion explicite des effets de la protection sociale sur la cohésion sociale dans les pays à revenu faible et intermédiaire est relativement récente. Il n'existe pas de cadre conceptuel cohérent et consolidé pour analyser cette relation. S'appuyant sur la nature composite et multidimensionnelle du concept de cohésion sociale, et sur les travaux dans le domaine du *développement studies* (Townsend, 2007), Babajanian (2012) décrit les liens entre la protection sociale et la cohésion sociale. L'auteur soutient que la réalisation de certains résultats de protection sociale peut affecter des dimensions de la cohésion sociale dans les pays du sud : (1) maintenir la légitimité de l'institution étatique/sentiment d'appartenance par l'établissement d'un contrat entre les citoyens et l'état ; (2) renforcer l'inclusion sociale par la réduction de l'exclusion la pauvreté et les inégalités. Nous nous appuyons sur cette perspective pour déconstruire le lien entre la protection sociale et cohésion sociale au Burkina Faso.

13.2.1.2.1 Cohésion sociale et droits de la citoyenneté.

Dans certains contextes, le fait d'être citoyen d'un pays donne droit à la protection sociale qui est organisée et fournie par l'État. Cette responsabilité distributionnelle de l'État réduit les inégalités sociales et contribue à maintenir une cohésion sociale (telle que définie dans la section précédente)⁴⁷. Pour qu'il y ait une cohésion sociale, l'État doit façonner une conception publique de la justice sociale par des politiques de protection sociale et les mettre en œuvre (Babajanian, 2012; Babajanian et Hagen-Zanker, 2012). La mise en œuvre de cette justice

⁴⁶ Pour atténuer l'inégalité et la discorde sociales qui résulte de l'accès inégal aux ressources, l'État fournit la protection sociale à ceux qui, autrement n'auraient pas eu accès.

⁴⁷ Vivre ensemble dans une certaine harmonie, chez les citoyens ayant des conditions sociales ou économiques différentes. Un vivre ensemble, en dépit de ce qui sépare.

favorise l'établissement et le maintien d'un contrat⁴⁸ entre les citoyens et l'État qui en profite pour renforcer sa légitimité⁴⁹ (Hickey, 2011; Oduro, 2015; Pelham, 2007). En d'autres termes, la protection sociale peut aider à établir un contrat entre l'État et les citoyens. Le respect du contrat par l'État renforce sa reconnaissance et sa légitimité aux yeux des membres de la société et contribue à la cohésion sociale.

Au Burkina Faso, la perte de la légitimité de l'État au moment de notre recherche a contribué à de multiples crises sociales qui témoignent d'une faible cohésion sociale : cloisonnement social (division générationnelle et division sectorielle), crise de confiance envers le gouvernement, mutinerie de l'armée, protestation populaire, grèves syndicales et estudiantines, incivisme, faible participation aux élections présidentielles (Dwyer, 2017; Engels, 2015, 2017; Hagberg, Kibora, Ouattara et Konkobo, 2015; Hilgers et Loada, 2013; Kieffer, 2006; Loada, 2006). En effet, l'incapacité de l'État à garantir les conditions de vie, à contrôler les débordements, à faire respecter la justice, à prévenir les inégalités ou à assurer la possibilité d'une reconnaissance sociale ont contribué à saper en partie sa légitimité (Hilgers et Loada, 2013). Ainsi, la PNPS et le programme de solidarité en tant que promesse d'action pour réduire les inégalités, en vue d'établir un contrat social, apparaissent comme une solution pour rétablir la légitimité de l'État, renforcer la cohésion sociale pour maintenir l'ordre social.

13.2.1.2.2 Exclusion/inclusion sociale et cohésion sociale.

Les politiques inadéquates ou discriminatoires, la mauvaise gouvernance (corruption, clientélisme), certaines normes locales, coutumières et traditionnelles sont des facteurs producteurs ou reproducteurs d'inégalités sociales et d'exclusions sociales. (Babajanian, 2012; Babajanian et Hagen-Zanker, 2012). Des personnes peuvent être exclues de l'emploi et des opportunités économiques, avoir un accès limité aux services essentiels, aux activités sociales et communautaires. Ces inégalités et exclusions ont un impact négatif sur la cohésion sociale,

⁴⁸ Un contrat entre l'État et la société émerge des attentes de la population vis-à-vis de l'État, lesquelles sont façonnées par la capacité et la volonté politique de l'État de financer et de fournir d'importants biens et services publics (Hickey, 2011)

⁴⁹ La légitimité qui est essentielle à la construction de l'État se définit comme l'acceptation des règles, de l'ordre public, des institutions par les citoyens (OCDE2010). Un manque de légitimité contribue à la fragilité de l'État, car elle mine son autorité, et donc sa capacité à exercer ses fonctions.

car elles conduisent à des flambées de violence, des conflits sociaux et à la criminalité (Britain, 2005). Dans le même sens, Forsé et Parodi (2009) mentionnent que la cohésion sociale désigne « entre autres, aussi bien des formes de participations citoyennes et sociales que des valeurs partagées, l'absence d'exclusion, la réduction des inégalités et de la ségrégation, voire des politiques sociales » (p1).

La protection sociale est perçue comme un instrument important pour réduire les disparités sociales, réduire l'exclusion et promouvoir l'inclusion⁵⁰. Chacune des quatre dimensions de la protection sociale transformatrice (protection, prévention, promotion et transformation) présentées au chapitre trois de cette thèse peut contribuer à l'inclusion sociale (Devereux et Sabates-Wheeler, 2004; Sabates-Wheeler et Devereux, 2008). La protection sociale transformatrice permet de s'attaquer aux causes structurelles à travers l'établissement des normes juridiques, des cadres réglementaires qui accordent des droits de citoyenneté et l'accès aux services sociaux à des groupes auparavant exclus (Babajanian, 2012; Sabates-Wheeler et Devereux, 2008). Une étude a montré que le « *Ghana's Livelihood Empowerment Against Poverty* », qui est un programme de transfert monétaire aux ménages en situation de grande pauvreté, favorisait la réintégration des bénéficiaires dans la vie collective de leurs communautés (Oduro, 2015).

L'étude nationale Burkina 25 soutient « qu'aucun Burkinabè ne soit exclu et/ou marginalisé pour une raison quelconque » (CNPS, 2005, p. 110) et que la PNPS doit renforcer la solidarité et lutter contre toute sorte de discriminations sociales, en particulier celle touchant les groupes les plus vulnérables pour contribuer à la cohésion. La solidarité est perçue comme un devoir⁵¹ pour les membres de la société qui se réalise par la redistribution équitable des richesses. Considérant que la cohésion sociale est le résultat d'activités orientées par un choix raisonné pour tendre vers la justice sociale, mais aussi le « produit d'un contrat social » (Forsé et Parodi, 2009), nous soutenons que le gouvernement n'a pas suffisamment œuvré pour atteindre

⁵⁰ La banque interaméricaine de développement dans le cadre de son programme de renforcement de la cohésion sociale s'est engagée à faire progresser l'inclusion sociale et la réduction des inégalités dans ses politiques et programmes (IDB, 2006).

⁵¹ Ce devoir de solidarité qui veut que ceux qui ont reçu plus de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité.

l'objectif de cohésion sociale. La PNPS et le programme de solidarité représentent en quelque sorte les prémisses d'un contrat que le gouvernement de l'époque, en perte de légitimité, essayait d'établir avec la population en promettant des mesures plus inclusives et une distribution plus équitable des ressources, dans l'espoir de renforcer la cohésion sociale et maintenir l'ordre social. Mais cela a été mis en place sans se donner les moyens d'y parvenir. Les résultats empiriques présentés dans la section 1.1.1.2 ont révélé un faible leadership gouvernemental dans le choix des orientations aboutissant à une non-formulation.

Nous sommes d'avis avec Beauvais et Jenson (2002) que la recherche d'une cohésion sociale, dans l'objectif du maintien de l'ordre social, écarte nécessairement d'autres façons de définir le besoin de protection sociale, par exemple : mettre l'accent sur l'injustice sociale, l'absence d'équité ou une discrimination systémique. En effet, cette cohésion sociale (cette harmonie malgré des conditions sociales ou économiques différentes), permet de cacher les misères devant les inégalités sociales grandissantes (Forsé et Parodi, 2009; Jenson, 1998).

Par ailleurs, nous soutenons que l'objectif de cohésion sociale n'est susceptible d'être atteint que si les systèmes de protection sociale sont fondés sur les droits universels⁵² (Rohregger, 2010). Étant donné que tous les citoyens en bénéficient « et non pas un seul groupe qui fait l'objet d'un traitement spécial, il est possible que les systèmes de protection sociale universelle puissent consolider la cohésion sociale » (OMS, 2009, p. 88). Ceci demeure un défi pour un pays dépendant de l'aide extérieure⁵³, particulièrement dans les choix à faire aux moments de la conception des politiques.

⁵² Une redistribution des ressources et des services entre les différents groupes et à travers la vie cycle selon le principe de l'universalisme qui peut promouvoir la solidarité, l'égalité et l'équité, et favorise ainsi le consensus politique et social entre groupes, est recommandée (Rohregger, 2010)

⁵³ En 2009, l'appui budgétaire représentait 35 % des recettes totales de l'État selon le rapport 2007 sur la coopération pour le développement (MEFD, 2018)

13.2.2 Politique de protection sociale ou politique de promotion des idées ?

Une autre contribution de notre recherche à l'avancement de la connaissance sur la formulation des politiques de protection sociale est la mise en exergue du *non-design*. Le non-design traduit un processus de formulation dépourvu d'une délibération et d'une évaluation soignées et conscientes, guidées par les connaissances explicites, dans l'intention d'aligner les moyens d'action et les objectifs (Chindarkar et al., 2017). Notre analyse des deux cas a montré que ce sont plutôt les idées et les intérêts des acteurs qui ont guidé le raisonnement. Dans les prochains paragraphes, nous discuterons de quatre points : (1) l'influence de la divergence d'idées des PTF sur la formulation de politique de protection sociale ; (2) l'implication des décideurs de haut niveau pour soutenir l'intention de design ; (3) le transfert des idées et l'implication pour une mise en forme de politiques éclairées par la connaissance ; (4) la mise en œuvre comme une opportunité de correction des lacunes de la formulation.

13.2.2.1 Pluralités des acteurs et divergence des idées dans la mise en forme des politiques de protection sociale.

La clarification du concept d'idée apparaît nécessaire, puisque plusieurs termes sont utilisés dans la littérature pour l'évoquer : arguments, croyances, valeurs, principes, normes, idéologies (Béland, 2005; Béland et Cox, 2011; Berman, 2013; Plagerson et Ulriksen, 2016). Les idées font référence à des propositions ou options politiques spécifiques (par exemple : transfert monétaire conditionnel) ainsi qu'aux principes et aux croyances causales au sein desquelles ces propositions sont intégrées (par exemple : néolibéralisme) (Béland, 2005). Autrement dit, les idées sont des croyances causales détenues par des individus ou adoptées par des institutions qui influent sur leurs attitudes et leurs actions (Béland et Cox, 2011), leurs affirmations sur les descriptions du monde, les relations causales ou la légitimité normative de certaines actions (Béland, 2016; Parsons, 2002).

Le processus de la PNPS a regroupé des acteurs nationaux (ministères, associations et ONG) et internationaux (institutions onusiennes, institutions financières, ONG) (article2). Le programme

de solidarité, qui est une initiative exclusivement nationale⁵⁴, n'a impliqué aucun acteur international (article 4). L'existence d'un cadre formel de discussion⁵⁵ pour la formulation de la PNPS n'a pas conduit à une vision globale et cohérente. Le programme de solidarité n'a pas bénéficié de ce cadre. Il n'existait pas d'espace de concertation et de discussion sur le contenu du programme de solidarité. Pourtant, ces deux processus laissent apparaître des constats similaires : la forte influence des idées et des intérêts des acteurs.

L'Unicef et le BIT font la promotion d'une vision globale d'un système national de protection (ILO, 2012; UNICEF, 2012). Ces institutions considèrent la protection sociale comme un droit humain et promeuvent un accès maximal ou universel pour tous les citoyens (Kidd, 2018). Cette perspective universaliste, faisant appel à un discours centré sur l'État et à des arguments ou idées normatifs, encourage les droits fondés sur la citoyenneté de sorte à éviter la discrimination et des critères d'admissibilité arbitraires (Plagerson et Patel, 2017).

En revanche, la Banque mondiale favorise une protection sociale qui cible les pauvres et souvent combinée à des conditions (utilisation des services de santé, scolarisation des enfants, travail). La protection sociale est une boîte à outils et un moyen pour parvenir à une croissance économique⁵⁶ soutenue et à la réduction de la pauvreté, plutôt que comme une fin en soi (Kidd, 2018; Plagerson et Patel, 2017; Plagerson et Ulriksen, 2016). Ces idées qui soutiennent les mandats institutionnels de chaque organisme orientent leurs plaidoyers et actions dans les pays, notamment concernant les types de bénéficiaires et les instruments à considérer dans une politique de protection sociale. L'Unicef souhaitait que l'éducation des enfants, leur santé et celle des mères soient une priorité de la PNPS. Le BIT soutenait une assurance sociale à travers les mutuelles de santé et l'intégration des travaux à haute intensité de main d'œuvre ciblant les jeunes (HIMO). La Banque mondiale, de son côté, souhaitait plutôt une stratégie nationale de transfert social ciblant principalement les pauvres au lieu d'une PNPS. Le programme alimentaire mondial (PAM) soutenait les transferts alimentaires dans les écoles.

⁵⁴ ONG, et ministère de l'action sociale et de la Solidarité (MASSN)

⁵⁵ Session du comité de pilotage

⁵⁶ Les individus et les ménages poursuivent leurs moyens de subsistance grâce à la concurrence du marché, d'où des stratégies de protection sociale permettant au pauvre de participer à l'économie du marché.

Cette situation dépeint la divergence d'idées entre les PTF que nous avons constatée dans l'article 2 et qui a influencé la qualité de la conception de la PNPS. Cette divergence d'idées a également été constatée pendant la formulation du programme national de protection sociale en Éthiopie où la Banque mondiale soutenait une approche basée sur la productivité et la pauvreté, alors que le *Department for international Development* (DFID) soutenait plus une approche plus transformatrice (Cherrier, 2014; Hickey et al., 2018). Cette situation n'est pas irréversible. Malgré la présence des PTF et leurs idées souvent contradictoires, certains pays⁵⁷ ont pu mettre en place un programme cohérent grâce au leadership du gouvernement, comme c'est le cas en Éthiopie (Cherrier, 2014; Hickey et al., 2018; Lavers, 2016). En revanche, dans le cas de la PNPS au Burkina Faso, le manque de *leadership* gouvernemental a renforcé l'expression des idées et des intérêts.

13.2.2.2 L'implication des décideurs de haut niveau dans la formulation des politiques peut réduire les possibilités de non-design.

La nature multidimensionnelle de la vulnérabilité exige une réflexion intersectorielle et coordonnée pour développer une approche globale de la protection sociale (Temin, 2008). Le succès d'une perspective globale dépend non seulement d'un *leadership* clair du gouvernement, mais aussi de la coordination des finances et de l'harmonisation des stratégies des donateurs (Devereux et al., 2015; Temin, 2008). En d'autres termes, cette réflexion intersectorielle n'est possible que par l'engagement de hauts fonctionnaires du gouvernement pour faire respecter les exigences et les responsabilités nécessaires à une planification non fragmentée (Temin, 2008).

Les résultats de la thèse montrent que le manque de *leadership* politique clair a renforcé l'expression des idées et des intérêts des acteurs nationaux et internationaux et de l'institution qu'ils représentent, constituant un obstacle à une planification cohérente intersectorielle.

⁵⁷ Éthiopie, Rwanda, Botswana, Afrique du Sud

En effet, les idées jouent un rôle important dans la formation des intérêts perçus par les décideurs politiques⁵⁸ (Béland, 2016). Les idées et l'intérêt personnel « sont différents, mais inséparables puisque les gens ont besoin de donner un sens à leur comportement, même si ce comportement est motivé par leurs propres intérêts » (Béland, 2016, p. 235 Cite Kingdon 1993, Traduction libre). Parsons (2007) conçoit les intérêts comme étant le produit d'un équilibre changeant entre la logique de la position⁵⁹ et la logique de l'interprétation⁶⁰. En d'autres termes, les intérêts ne sont pas des faits objectifs, mais plutôt des constructions historiques, sociales et politiques (Hay, 2011). La position économique et institutionnelle des acteurs dans la société peut façonner leurs perceptions de l'intérêt personnel (Béland, 2016). Les intérêts n'ont pas une existence indépendante en dehors des acteurs. Ils sont instables et changent au fur et à mesure que les acteurs modifient leur compréhension du monde et recalculent leurs priorités.(Béland et Cox, 2011).

Cette relation entre les idées et l'intérêt des acteurs permet d'éclairer leurs expressions dans le *non-design* de la PNPS (article2). Les institutions internationales impliquées dans la PNPS (article 1) admettent qu'une meilleure coordination et une plus grande cohérence des acteurs internationaux sont importantes pour aider les gouvernements à mettre en place des systèmes efficaces et efficients qui s'attaquent aux causes profondes de la vulnérabilité (Banque mondiale 2012a; ILO, 2014b; UNICEF, 2012). Pourtant, cette cohérence n'était pas perceptible pendant le processus de la PNPS (article2). En effet, le groupe des partenaires pour la protection sociale qui avait pour objectif d'instaurer un dialogue entre les PTF et une coordination des actions afin de favoriser une réflexion intersectorielle et cohérente pendant la formulation n'a pas véritablement joué ce rôle. Pendant la formulation, les PTF ont évolué en rang dispersé pour promouvoir des idées et des instruments spécifiques. Lors des amendements du contenu de la politique, chaque PTF argumentait pour la prise en compte de ses stratégies dans la PNPS.

⁵⁸ La politique sociale est plus une lutte de pouvoir et de contrôle entre des gens qui sont motivés par des idées qu'une compétition entre des gens qui ont des intérêts stables et qui développent des stratégies pour les poursuivre. (Béland et Cox, 2011)

⁵⁹ Qui renvoie à l'environnement structurel et institutionnel entourant les acteurs concrets

⁶⁰ Qui concerne les perceptions et les idées des acteurs.

Nous avons également constaté que chaque PTF influence indirectement l'attitude des acteurs nationaux (les ministères avec lesquels ils collaborent). En effet, le faible soutien des décideurs de haut niveau dans le processus de formulation a favorisé une attitude d'autocensure du secrétariat exécutif, consistant à ménager les participants aux discussions afin de satisfaire tous les acteurs. Cette recherche de consensus, qui a guidé la discussion, devait permettre de prendre en compte les idées de PTF, mais contribuer en même temps aux intérêts matériels de chaque département ministériel et ONG locales. Ainsi, chaque acteur local défendait ses intérêts institutionnels qui sont en partie façonnés par les idées de son principal partenaire technique et financier. Par exemple, le ministère de l'économie et des finances influencé par les idées de la Banque mondiale souhaitait la mise en place d'un registre unique de personne pauvre et vulnérable qui bénéficiera des filets sociaux (cibler uniquement les pauvres). Le ministère de l'Éducation nationale en partenariat avec le PAM soutenait les cantines scolaires (transfert alimentaire ciblant les enfants). Le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi en collaboration avec le BIT soutenait les HIMO (argent contre travail ciblant les jeunes). Les mutuelles de santé et le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, soutenue par le BIT, poussaient pour la mise en place d'une assurance sociale (article 2).

Pourtant, l'un des sous objectifs de la PNPS était de renforcer la cohérence et la coordination des actions de protection sociale pour plus d'efficacité. Cette focalisation sur les solutions ou instruments de protection sociale en lien avec les idées ou intérêts de chaque acteur n'a pas favorisé un débat franc sur la meilleure façon de mettre en place un système national harmonieux plus efficace (coordination entre les entités gouvernementales, entre l'assistance sociale et les régimes d'assurance sociale vers un système harmonisé et plus efficace). En conséquence, une discussion sur le contenu d'un socle de protection sociale suivant le cycle de vie (enfant, jeune, adulte, personne âgée) à élargir progressivement n'a pas été possible.

En résumé, un engagement des décideurs de haut niveau pourrait être un atout pour canaliser les divergences des idées des acteurs internationaux (Cherrier, 2014; Hickey et al., 2018; Lavers, 2016) qui sont susceptibles de renforcer les intérêts des acteurs locaux et constituer ainsi un obstacle à une vision intégrée et cohérente.

Dans la prochaine section, nous discuterons des stratégies de transfert des idées, des types d'utilisation des connaissances explicites et de l'implication pour une prise de décision orientée par la connaissance.

13.2.2.3 Transfert des idées et type d'utilisation des connaissances : implication pour une formulation de politique éclairée par les connaissances explicites.

Les résultats ont montré que les acteurs avaient une faible capacité dans le domaine de la protection sociale (article 2). L'utilisation conceptuelle et l'utilisation stratégique sont plus apparues dans le processus d'émergence et de formulation de la PNPS (article 3). Ces deux types d'utilisations ont permis aux acteurs locaux d'acquérir de nouvelles connaissances sur la protection sociale. L'utilisation instrumentale des connaissances explicites⁶¹ a permis de rédiger le contenu de la PNPS.

Les PTF ont été les principaux intermédiaires pour renforcer la capacité des acteurs sur la protection sociale. Ces PTF ont des idées qui conditionnent le type de solutions à privilégier dans une politique de protection sociale. N'ayant pas de droit de veto (Béland, 2016) pour imposer des changements fondés sur leurs idées, ils se sont appuyés sur l'usage stratégique⁶² des connaissances explicites pour transférer leurs idées. Ils ont sélectionné des connaissances qui concordent avec leurs valeurs et idées (ignorer celles qui sont contradictoires), mais qui cadrent aussi avec les besoins des décideurs, qu'ils ont partagées par le canal des stratégies de transfert (atelier de formation, voyage d'échange) (Article 3). L'espoir d'obtenir plus d'argent venant des PTF a favorisé la réceptivité des acteurs locaux. Cette utilisation stratégique, cadrant les messages véhiculés pour qu'ils soient en adéquation avec le contexte social et politique, afin de faciliter le transfert des idées, est le plus souvent utilisée par les organisations internationales (Adesina, 2011; Berman, 2013).

⁶¹ L'utilisation conceptuelle précède l'utilisation instrumentale.

⁶² La question est de savoir comment utiliser de nouvelles stratégies pour persuader les décideurs de ce que les donateurs considèrent comme étant dans l'intérêt de leur peuple (Adesina, 2011)

Cette manière stratégique de faire passer les idées a permis aux acteurs nationaux d'acquérir de nouvelles connaissances. Ces nouvelles connaissances fondées sur les idées des principaux intermédiaires (PTF) ont permis aux acteurs nationaux d'appréhender la situation complexe du déficit de protection sociale, de façonner leur perception et leur compréhension sur la protection sociale (définition, dimension, but, instrument, rôle), leur préférence en matière de solution au déficit de protection sociale. Il s'agit d'une utilisation conceptuelle des connaissances qui a apporté un éclairage général sur la protection sociale plutôt qu'une expertise concrète. En outre, la non-coïncidence de certaines idées/connaissances avec les perceptions des élites politiques sur le problème à résoudre constitue un obstacle à une utilisation instrumentale ou conceptuelle. En effet, le FMI sur la base d'une étude recommandait la suppression de la subvention du prix des hydrocarbures, jugée inefficace, au profit d'un transfert social direct vers les ménages pauvres. Or, les élites nationales ont soutenu que cette mesure de protection sociale profitait non seulement à la classe moyenne, mais aussi aux pauvres. Ils avancent l'argument que, par devoir de solidarité familiale, un chef de ménage moyen soutient aux moins un ménage pauvre.

De plus, des statisticiens nationaux ont mis en cause la validité de la méthode de production de la connaissance du FMI, qu'ils estiment non adaptée pour capter les bénéficiaires de la subvention pour les ménages pauvres. Notre constat rejoint celui de Hickey (2012) qui montre que les méthodes d'analyse et de production des connaissances sur la pauvreté peuvent être une barrière à leur utilisation par les élites pour une action publique de protection sociale. En effet, les méthodes « d'analyse traditionnelle » de la pauvreté ont tendance à négliger le rôle des facteurs externes et relationnels dans la détermination de la pauvreté (Hickey, 2012). Pourtant,

« what seemed to matter most was not so much the level or quality of data available to policy makers to describe the problems of poverty or vulnerability faced by particular groups or sections of society, but rather the way in which the causes of poverty were understood among key policy actors »(Hickey, 2012, p. 1238)

De même, les acteurs nationaux ont mentionné que le résultat de l'étude soutient des idées du FMI déjà établies. Cela montre que l'opinion des décideurs sur la qualité et l'impartialité des résultats influence son utilisation. Adesina (2011) faisait allusion à cette impartialité lorsqu'il souligne que l'affirmation « *is accumulating rapidly* », utilisée par Devereux et Cipryk (2009b) dans leur *scoping reviews* pour qualifier l'accumulation des connaissances sur impact positif des transferts monétaires en Afrique, visait à influencer le débat politique et universitaire. Cela

visait aussi à persuader les décideurs d'adopter des stratégies de protection sociale spécifique, sous le leitmotiv de politique éclairée par la connaissance. Il explicite son point de vue en ces termes :

« the problems with the adduced “evidence” are, however, many. First, impact assessments are funded by the same agency, which has interest in showing the efficacy of the schemes. It is difficult to separate hard data-informed research from consultancy-driven interpretation of data, in support of a priori assumption that the instrument is efficacious. The result is that the evidence adduced is often thin and suspect. »(Adesina, 2011, p. 6).

Dans de tels contextes, il n'est pas aisé de convaincre les décideurs à opérer des changements (utilisation instrumentale) en adoptant des stratégies de protection sociale suggérées par des acteurs internationaux ou leurs consultants qui génèrent les connaissances « derrière leurs efforts de plaidoyer » (Devereux et al., 2010)

De notre point de vue, un type d'utilisation de la connaissance n'est pas supérieur à un autre en ce qui concerne l'apport d'information pour éclairer l'élaboration des politiques. Chaque type d'utilisation contribue à la compréhension d'une situation, à un changement de pratique et de politique. En effet, le processus de changement des politiques est le plus souvent graduel, par l'accumulation de diverses connaissances explicites, impliquant plusieurs types d'utilisation, illustré dans l'analyse de la politique nationale d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso (Ridde et Yaméogo, 2018).

Nos résultats (article 2) ont révélé un *non-design*⁶³ de la PNPS. Ce qui veut dire que, même si les stratégies de la PNPS sont celles recommandées par la littérature grise produite par les PTF, le *non design*, montre que les acteurs de formulation, particulièrement les acteurs nationaux, n'ont pas effectué une évaluation de la capacité des stratégies à réduire efficacement le déficit de protection sociale. Ils n'ont pas analysé les liens entre les solutions, le contexte de mise en œuvre, les objectifs souhaités dans la perspective d'une réflexion intersectorielle visant une politique cohérente et efficace adaptée aux besoins des bénéficiaires. Autrement dit, l'utilisation instrumentale des informations issues de la littérature grise pour rédiger le contenu de la PNPS

⁶³ Qui sous-tend que le choix du contenu d'une politique a été guidé par des raisons autres qu'une évaluation de leur capacité à atteindre les résultats escomptés.

a été mécanique, sans une analyse de l'efficacité des stratégies, et une considération de la spécificité des bénéficiaires et du contexte de mise en œuvre.

En revanche, des recommandations et des informations issues de plusieurs documents ont contribué à éclairer les acteurs sur les enjeux de protection sociale et les conduire vers la décision de formuler une PNPS (article 3). Ainsi, nous ne pouvons pas dire que les connaissances n'ont pas informé la réalisation de la PNPS. Cependant, nous pouvons affirmer que les connaissances explicites de type données de recherche ont été très peu utilisées comparativement à la littérature grise.

L'élaboration de politiques éclairées par les connaissances scientifiques exige un engagement politique fort et un dispositif spécifique (une stratégie nationale, un personnel compétent pour des synthèses des connaissances adaptées au contexte) (Dagenais et Robert, 2012; Liverani, Chheng et Parkhurst, 2018). Nous présumons qu'un dispositif institutionnel formel pour soutenir l'élaboration de politiques éclairées par les connaissances scientifiques aurait permis d'éviter *un non-design*. Un tel dispositif qui contribue à la gestion de la connaissance et à l'amélioration de la capacité des acteurs sur l'intégration des connaissances dans les pratiques aurait permis d'aller au-delà des apprentissages théoriques et conceptuels pour analyser les liens entre les solutions, le contexte de mise en œuvre et les objectifs souhaités. Cette analyse aurait favorisé une utilisation instrumentale non mécanique⁶⁴ des connaissances explicites et impartiales, motivé principalement par l'amélioration de la protection sociale des populations. Le dispositif de collecte et d'analyse systématique des données pour informer les réunions annuelles de planification du ministère de la Santé au Ghana a montré l'importance des cadres institutionnalisés pour soutenir la formulation de politiques éclairées par des connaissances explicites (Vecchione et Parkhurst, 2018).

En outre, l'utilisation des connaissances explicites pour éclairer la formulation des politiques multisectorielles de types PNPS, impliquant plusieurs acteurs, reste un grand défi. Au

⁶⁴ Considérant l'utilisation instrumentale comme, « le produit d'une synthèse de connaissances ou des recommandations provenant d'experts est directement utilisé dans l'élaboration d'une politique, dans la prise de décision ou dans le processus de résolution d'un problème ». (Lemire et al., 2009, p. 24)

Cambodge, la présentation de preuves concernant les méfaits liés au tabac et les taux de consommation élevés n'était pas suffisante pour parvenir à un consensus, étant donné les mandats contradictoires et incohérents des ministères. Le ministère de l'Économie et des Finances protégeait le budget national et les recettes générées par la vente de cigarettes, le ministère de l'Agriculture, des forêts et de la Pêche protège quant à lui, le secteur agricole et les producteurs de tabac (Liverani et al., 2018).

Ce manque de dispositif institutionnel, ajouté au faible engagement des décideurs de haut niveau, a renforcé l'expression des idées des PTF, que les acteurs locaux ont adoptées par le biais d'une utilisation conceptuelle, pour soutenir les intérêts institutionnels des ministères sectoriels, favorisant ainsi un non-design. Un contexte organisationnel soutenant l'intégration des connaissances aurait pu atténuer les conséquences du faible engagement politique (Parkhurst et al., 2018).

13.2.2.4 Non design et lacunes de mise en œuvre : l'adaptation pour corriger les erreurs de formulation

La mise en œuvre d'une politique ou d'un programme consiste en l'implantation de la solution, qui logiquement devrait contribuer à résoudre le problème. La fidélité de la mise en œuvre d'un programme ou d'une politique fondée sur des connaissances scientifiques conditionne en partie son efficacité (Durlak, 2015a; Pérez et al., 2015). Cependant, bien souvent, même si la théorie qui la sous-tend est valide, l'adaptation aux contextes et aux besoins des bénéficiaires est nécessaire pour l'atteinte des résultats attendus (Durlak, 2015b; Durlak et Dupre, 2008).

L'article 5 montre que l'ambiguïté des solutions dans la phase de la formulation du programme de solidarité a influencé négativement la mise en œuvre. Aussi, certains cadres de concertation dans la mise en œuvre ont été des occasions manquées d'adaptation du programme afin de clarifier les ambiguïtés et corriger les lacunes de formulation. L'adaptation est le processus qui consiste à apporter des changements à la conception originale d'un programme par ses exécutants ou utilisateurs (Pérez et al., 2015; Sundell, Beelmann, Hasson et von Thiele Schwarz, 2016; Von Thiele Schwarz, Hasson et Lindfors, 2015).

Les adaptations ne sont pas nécessairement négatives puisque la recherche suggère que des adaptations bien planifiées peuvent améliorer les résultats du programme (Durlak, 2015b; Durlak et Dupre, 2008). Dans certains cas, les adaptations peuvent améliorer la théorie du changement sous-jacente à l'intervention et avoir ainsi un impact positif sur le programme ; dans d'autres situations, les changements peuvent compromettre la réussite du programme et avoir un impact négatif sur son efficacité (Hernandez et Hodges, 2003; Pérez et al., 2015).

Dans notre cas, l'adaptation aurait pu améliorer la théorie du changement à travers la suppression de toutes les barrières financières. La suppression du ticket modérateur est une dimension importante pour assurer une utilisation des services par les personnes démunies (Morestin et Ridde, 2009). Cette donnée probante (connue par les acteurs) n'a pas été utilisée. Le programme suggérait une suppression partielle en finançant l'adhésion aux mutuelles de santé. La mise en œuvre a montré que les personnes démunies qui ont été affiliées aux mutuelles de santé ne pouvaient pas utiliser les services. Elles sont restées exclues des services de santé en raison de la barrière financière qu'est le ticket modérateur.

Par ailleurs, certaines personnes démunies, pendant le processus d'enrôlement, ont refusé de participer au programme. Elles ont refusé de prendre les cartes de mutualiste qu'elles estimaient inutiles. Elles ont soulevé leur incapacité à payer le ticket modérateur. Cette situation était une opportunité de reformulation/d'adaptation du programme aux besoins des bénéficiaires. Cependant, l'opportunité (refus de la carte par certains adhérents) n'a pas été saisie pour discuter franchement de cette question du ticket modérateur. Une telle situation avait déjà été observée au Burkina Faso. Les acteurs de mise en œuvre de la politique de l'initiative de Bamako n'avaient pas saisi l'opportunité pour discuter de la question de l'exemption du paiement des services de santé pour les personnes indigentes (Ridde, 2008b).

La reformulation n'a pas été possible par manque de prise de décision partagée⁶⁵ que Durlak et Dupre (2008) considèrent comme un facteur qui améliore la mise en œuvre des programmes. En fin de compte, la préoccupation des bénéficiaires n'a pas été prise en compte. Les acteurs de

⁶⁵ Collaboration, participation communautaire, qui permet aux acteurs d'exercer un certain contrôle sur les services locaux et de reconnaître l'importance de faire correspondre la prestation d'un programme aux besoins locaux, aux préférences et aux normes culturelles.

mise en œuvre n'ont pas apporté les ajustements nécessaires au programme malgré le fait que les bénéficiaires aient clairement exprimé la nécessité de le faire. Les professionnels de santé et les COGES n'ont pas agi dans ce sens. En effet, les paiements augmentent la recette des formations sanitaires ainsi que le montant des ristournes qui leur sera versé. Les mutuelles de santé n'ont pas agi dans le sens de la suppression. La volonté de respecter le principe de fonctionnement des mutuelles et la crainte de payer d'importants coûts de prestations néfastes aux capacités financières des mutuelles sont les raisons de ce choix. Ils soutiennent l'idée que la prise en charge de ces personnes démunies, qui sont de nouveaux mutualistes, ne devrait pas entraver ou mettre en danger l'accès aux soins des anciens membres capables de payer leur cotisation. Par conséquent, le ticket modérateur est maintenu et les personnes démunies restent exclues. Les mutuelles de santé ont augmenté leur nombre d'adhérents, renfloué leurs caisses grâce à la subvention.

Une adaptation en tenant compte des besoins des bénéficiaires (allocation de ressources supplémentaires par le ministère de l'action sociale, ou la suppression du ticket modérateur par la mutuelle) aurait certainement amélioré la mise en œuvre du programme.

13.3 Apprentissage méthodologique

Comme mentionné au chapitre trois de cette thèse, la littérature sur la protection sociale en Afrique s'inscrit dans le champ interdisciplinaire des études sur le développement ou « *développement studies* ». Cette littérature est relativement minime et en majorité descriptive (Midgley, 2013). À cause du manque d'analyse empirique approfondie, les conclusions des études⁶⁶ sont souvent laconiques. Les auteurs restent dans des généralités, pour déduire que les politiques résultent d'une imposition des acteurs internationaux, ou de logique néo-patrimoniales des États, sans faire l'effort d'analyser en détail les processus, les jeux des acteurs, les réseaux, les clivages internes et externes aux organisations d'aides ou au sein de l'État (Adesina, 2011; Lavigne Delville, 2017). Notre objectif était de contribuer à réduire le

⁶⁶ Réalisé par des chercheurs indépendants, mais en majorité par des consultants qui sont payés par des organismes ou des ONG internationales

déficit analytique concernant les politiques de protection en Afrique à travers une analyse plus fine.

Notre démarche méthodologique reposait sur le principe de l'interdisciplinarité. Nous avons choisi de répondre aux questions de recherche en nous inspirant de plusieurs approches (théorique, épistémologique) issues de diverses traditions disciplinaires afin d'enrichir notre réflexion. L'option de la perspective interdisciplinaire repose sur notre conviction profonde qu'il est devenu nécessaire aujourd'hui d'aller au-delà des champs disciplinaires qui sont institutionnellement définis par des divisions et qui nous paraissent stériles et encombrants (Richard, 2014, p. 23). Elle repose aussi sur notre aspiration à promouvoir la mixité méthodologique (Gazibo, 2010), soit la complémentarité des approches d'analyse et le décloisonnement disciplinaire que prône l'analyse des politiques publiques/actions publiques dans le champ des études du développement (Lavigne Delville, 2017; Olivier de Sardan, 2013).

Dans la prochaine section, à travers une démarche réflexive, nous partageons en cinq points les apprentissages qui découlent de notre approche méthodologique.

13.3.1 L'utilisation de la perspective *policy design* pour analyser des politiques de protection sociale.

Cette section explique comment l'utilisation de la perspective *policy design* a permis d'aboutir à la découverte du *non design*.

Comme le souligne Olivier de Sardan (2018),

« une politique publique devrait incorporer, dans sa mise en forme (sa stratégie, ses cibles, ses procédures, son dispositif d'intervention, son plan de communication, etc.) des éléments tenant compte des connaissances apportées par une enquête anthropologique sur le contexte, sur le milieu d'intervention, sur les acteurs du dispositif d'intervention et leurs cultures professionnelles, ou sur des interventions précédentes ou similaires » (p14).

La perspective *policy design* consiste à réfléchir à la conception ou la formulation pour mettre en exergue les relations qui ont été établies entre la politique, les bénéficiaires et les conditions

de mise en œuvre. Cette perspective⁶⁷ donne non seulement une image de la logique interne entre les composantes de la politique, mais elle met également en évidence les raisonnements qui lient les groupes cibles de l'action publique (ceux dont il s'agit de changer le comportement) aux objectifs de la politique. De façon concrète, elle sous-entend que les différents instruments de politique publique, ou solutions sont choisis selon leur capacité à produire le changement. Ainsi, notre ambition était d'analyser la formulation de la PNPS à la lumière de cette perspective.

À notre connaissance, il s'agit d'une première tentative d'utilisation de cette perspective pour l'analyse de la formulation d'une politique publique en Afrique. Notre démarche a d'abord consisté à nous imprégner de la littérature sur la formulation des politiques/*policy design* et à décrypter le contenu de la politique que nous avons schématisé (objectif, cible, instrument d'action, finalité). Nous avons aussi parcouru la littérature dans les domaines des politiques sociales/sécurité sociale et protections sociales/études du développement pour identifier les caractéristiques des différents instruments de protection sociale sur le plan de leur efficacité, simplicité opérationnelle, adaptations aux bénéficiaires. L'examen de ces littératures a abouti à la formulation d'hypothèses et de propositions sur les interrelations entre caractéristiques des instruments, les objectifs des décideurs en matière de changement souhaité. Il s'agissait d'identifier les caractéristiques qui ont été mises en avant dans le raisonnement des acteurs de la formulation pour justifier le choix d'un instrument ou d'une solution, au regard de leurs connaissances du contexte de mise en œuvre et des caractéristiques des bénéficiaires.

À l'étape de la collecte des données, nous avons été confrontées à une difficulté pour administrer le guide d'entretien. Les questions n'étaient pas adaptées à la réalité vécue par les acteurs de la formulation. En effet, l'action de conception n'a pas fonctionné selon la logique de *policy design*. Les acteurs n'étaient pas guidés par une intention consciente et un raisonnement, orientés par un alignement entre les caractéristiques des solutions et celles des bénéficiaires.

⁶⁷ Une approche peut se définir comme l'association entre une façon de poser les problèmes, un répertoire méthodologique et un vocabulaire interprétatif.

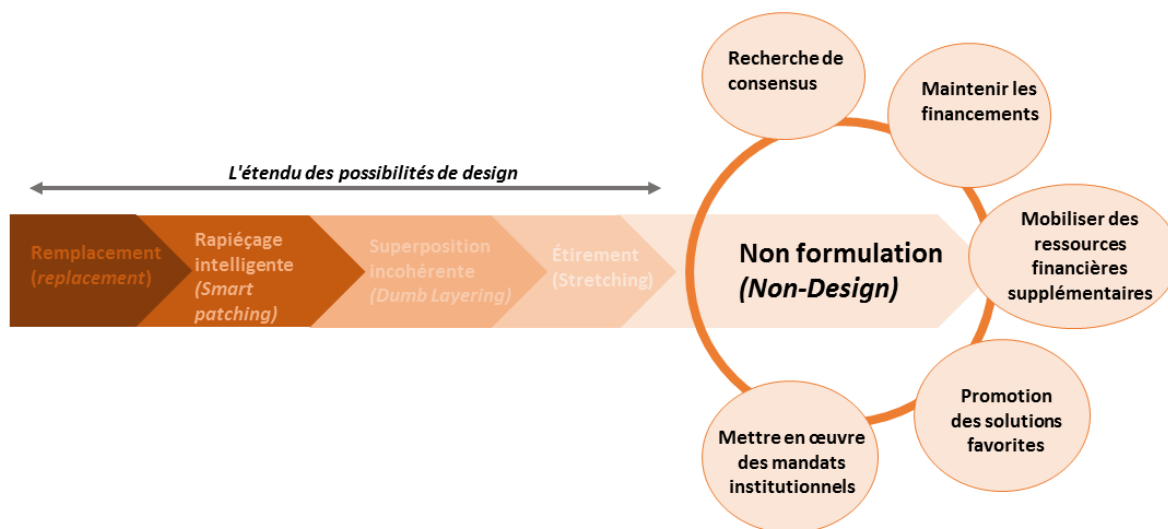
Cela montrait clairement l'impossibilité d'analyser l'interrelation entre les éléments constitutifs de la politique (objectif, cible, solution, possibilité de mise en œuvre).

Ainsi, au lieu de nous focaliser sur l'analyse du « *design* du contenu de la politique », nous avons tenté de cerner le processus d'élaboration en considérant que le *design* du contenu d'une politique est un ensemble d'activités se déroulant dans un contexte historique et institutionnel qui détermine les choix (Clemens et Cook, 1999). Nous avons alors abandonné nos hypothèses initiales pour adopter une nouvelle posture inductive orientée par le postulat que la définition des objectifs et le choix des moyens d'action d'une politique prennent place dans un large contexte de gouvernance, impliquant plusieurs acteurs en interaction (Michael Howlett, 2010).

Ce changement de perspective répondait à l'incompatibilité d'une perspective hypothético-déductive pour analyser le choix du contenu de la PNPS. En effet, cette politique répond à une problématique ancienne, qui a obtenu un regain d'intérêt au niveau international, puis conceptualisée dans de nouveaux cadres intersectoriels, non encore maîtrisés par les acteurs nationaux. De ce point de vue, sa formulation a lieu dans une « arène » (Olivier de Sardan, 1995a) où plusieurs bailleurs de fonds et institutions internationales aux croyances, idées et valeurs divergentes se rencontrent. Il était nécessaire de mener une analyse qui soit le plus près possible du vécu de ses acteurs et du sens qu'ils donnent à leurs activités et interactions. Nous avons alors interrogé le fonctionnement du comité interministériel d'élaboration, les connaissances et les pratiques des acteurs sur le processus, les actions concrètes, leur compréhension et idées sur la protection sociale, leur motivation.

Les leçons tirées de la non-application du cadre de la perspective *policy design* (soutenu par une approche déductive) ont contribué à des découvertes. Elles ont inspiré l'usage d'une perspective inductive, pour comprendre comment et pourquoi les décisions ont été prises. Cette approche inductive a donné lieu à une lecture analytique plus fine et approfondie, qui a permis de mettre en évidence le *non-design*. Ainsi, nous avons mieux appréhendé le contexte de formulation, le rôle des acteurs, leurs logiques ainsi que les facteurs ayant favorisé *le non-design* dans le cadre de la PNPS.

Cette façon d’aborder la formulation de la PNPS nous a également permis d’écarter d’autres types de *design* et de mettre en exergue un *non-design* illustré par la figure 8



Source : auteure, données empiriques adaptées de (Howlett et Mukherjee, 2014b; Howlett et Mukherjee, 2017b)

Figure 8. Illustration du non design et de la logique des acteurs situation de non-design

13.3.2 Deux cadres distincts, une même leçon apprise : la pertinence d’analyser le processus de formulation.

L’approche inductive basée sur le postulat que les connaissances explicites sont l’un des multiples facteurs d’influence du processus de décision politique (article3) a été fécond pour mettre en exergue les défis de l’utilisation de ces connaissances et le rôle des facteurs

contextuels dans la formulation de la PNPS. De même, le *non-design* de la PNPS (article 2) illustre effectivement un faible recours à l'utilisation des connaissances scientifiques et le poids des facteurs contextuels. Nous avons élucidé les stratégies des acteurs internationaux (impliqués dans la formulation de la PNPS) pour diffuser les connaissances explicites et l'usage stratégique qu'ils en font pour soutenir leurs idées et choix souvent préétablis. Ces enseignements confirment l'utilité d'une analyse empirique des processus de formulation des politiques qui révèlent fréquemment,

« des processus plus contingents, où les rapports de force ne sont pas là où on les postule, où les réseaux traversent les frontières entre institutions, entre national et national et international, où la nécessité qu'ont les uns et les autres de maintenir leurs relations et les rapports de force aboutissent à des contradictions logiques, des compromis boiteux, des incohérences entre objectifs et instruments » (Lavigne Delville, 2017, p. 47).

De même, l'application de la théorie des courants de Kingdon à l'analyse du programme de solidarité a presque mené au constat du *non-design*⁶⁸. L'extension de cette théorie à l'analyse de la formulation et de la mise en œuvre du programme de solidarité montre la pertinence d'analyser la formulation (article 4 et 5). L'analyse de la formulation a montré que les acteurs avaient des divergences de perceptions quant aux solutions, conduisant à des choix orientés par les intérêts des acteurs d'où un non-design, susceptible d'aboutir à un échec de la mise en œuvre.

L'analyse de la mise en œuvre du programme de solidarité a confirmé que les lacunes de formulation ont entraîné des difficultés qui ont influencé négativement l'efficacité du programme. De plus, l'analyse de ces deux étapes d'un même programme (formulation et mise en œuvre) a montré l'intérêt de prendre en compte le point de vue des bénéficiaires d'une action publique dans l'étape de la formulation. Ces acteurs sont souvent ignorés dans le processus de formalisation et sont généralement considérés comme incompetents et voués à respecter les décisions prises pour eux par des « experts ». Or, l'efficacité de la mise en œuvre dépend de l'acceptation des solutions par les bénéficiaires. Dans le cas du programme de solidarité, certains ont explicitement manifesté leur désapprobation et ont décidé de ne pas participer au programme qu'ils estimaient non adapté à leur situation de dénuement.

⁶⁸ Les choix du contenu guidés par des facteurs autres que ce qui fonctionne au regard des caractéristiques des bénéficiaires et des conditions de mise en œuvre

En somme, l'utilisation de deux cadres distincts (cadre des courants multiples et la perspective de *policy design*) pour analyser la formulation de la PNPS et du programme de solidarité confirme l'importance d'examiner cette étape de l'élaboration des politiques de protection sociale qui est rarement abordée.

13.3.3 De l'interdisciplinarité dans l'analyse des politiques de protection sociale

Nous avons mobilisé des perspectives théoriques et conceptuelles différentes du point de vue de leur ancrage épistémologique, mais compatibles au regard de la complémentarité de leur perspective analytique. L'approche séquentielle⁶⁹ qui s'inscrit dans la tradition disciplinaire de la science politique (Jacquot, 2010; Lemieux, 2002) nous a permis de déconstruire le processus de réalisation des politiques en trois étapes. Ensuite, l'analyse de chaque étape pour comprendre les processus et les dynamiques en ayant comme porte d'entrée les acteurs de la formulation et de la mise en œuvre des politiques s'inspire de la sociologie de l'action publique (Hassenteufel, 2008) et de la socioanthropologie des politiques publiques⁷⁰ (Olivier de Sardan, 2018).

Cette façon imbriquée a permis de dépasser les clivages épistémologiques (Musselin, 2005) entre deux concepts que nous utilisons de façon interchangeable : politique publique⁷¹ et d'action publique⁷². Elle nous a permis de combiner plusieurs manières d'aborder l'analyse des politiques publiques et de considérer la perspective de toutes les catégories d'acteurs impliquées

⁶⁹ Cette approche se présente comme un cadre d'analyse fondé sur le principe du séquençage, c'est-à-dire une grille organisée en séquences d'action permettant de diviser un processus politique (le développement d'une politique publique) en des étapes distinctes.

⁷⁰ « C'est aussi une façon de dépasser la vieille distinction entre sociologie (pour le Nord) et anthropologie (pour le Sud). C'est aussi pour cette raison que nous utilisons fréquemment les expressions de « socioanthropologie du développement » et de « socioanthropologie des politiques publiques » (Olivier de Sardan, 2018, p. 11).

⁷¹ Focaliser sur l'État dans l'analyse des politiques publiques, les chercheurs se penchent sur la question de l'efficacité publique à travers l'étude de la prise de décision, de la mise en œuvre ou de l'évaluation des interventions publiques (Thoening, 2005)

⁷² L'action publique est perçue « comme la manière dont une société construite et qualifie des problèmes collectifs, élabore des réponses, des contenus et des processus pour les traiter. L'accent est mis sur la société plus largement, non pas sur la seule sphère institutionnelle de l'État » (Thoening, 2005, p. 6).

dans la réalisation des politiques de protection sociale et les interactions : l'autorité politique, les experts des institutions et des ONG internationales (*studying up*), les bureaucrates, le personnel exécutant et la société civile locale (*studying in the middle*) et des destinataires des politiques (*studying down*) (Lavigne Delville, 2011; Lavigne Delville, 2017; Olivier de Sardan et Ridde, 2014a; Ridde et Jacob, 2013; Zittoun, 2017).

Sur le plan de la méthode de collecte et d'analyse des données, nous nous sommes inspirés de la socioanthropologie en tant que discipline porteuse d'une méthode qualitative rigoureuse d'enquêtes (Olivier de Sardan, 2018) et de l'analyse sociohistorique⁷³ (Payre et Pollet, 2005). Nous avons expérimenté les avantages de l'enquête « intensive de terrain » de type anthropologique, dans le contexte des politiques publiques très souvent sous l'emprise de « l'autocensure » (Olivier de Sardan, 2018). Notre présence de huit mois sur le terrain a favorisé des entretiens individuels approfondis et répétitifs en « contextes naturels »⁷⁴, l'établissement d'une relation de confiance avec nos interlocuteurs. Les rendez-vous en dehors du cadre formel des bureaux (échange informel et retour sur certains aspects sans un enregistreur) ont permis de collecter des données empiriques de façon « libre et décontractée, réaliste, critique » (Olivier de Sardan, 2018). Ce langage privé nous a permis de mettre à nu les réalités souvent camouflées par le « langage de bois »⁷⁵ et le « langage public » à cause de « l'autocensure » (Olivier de Sardan, 2018) pendant les réunions et les rencontres formelles, dans les documents et les rapports officiels. Ainsi, nous avons collecté des informations reflétant le mieux possible la réalité du terrain pour une compréhension de la mise en forme et de la mise en œuvre des politiques publiques de protection sociale.

⁷³ L'enquêteur est conduit à collecter des sources de première main, à amasser et rassembler des matériaux souvent archivistiques et à réfléchir sur ce geste de « mettre à part » à faire des investigations menées à partir de matériaux improbables (Payre et Pollet, 2005) (historiques des conversations du Google groupe des PTF sur la protection sociale).

⁷⁴ À la différence du contexte artificiel des questionnaires.

⁷⁵ Celle des politiciens comme celle des technocrates ou celle des opérateurs de développement.

13.3.4 Analyse réflexive sur le choix des cadres d'analyse : défis et apprentissage.

Cette section concerne une réflexion sur les défis du choix des cadres d'analyses, les apprentissages et leçons apprises qui pourront être utiles à des étudiants dans des situations similaires à la nôtre.

L'approche séquentielle nous a permis de décomposer la réalisation de la PNPS et du programme de solidarité en plusieurs étapes. Nous avons ensuite approfondi l'analyse de chaque étape du processus à la lumière de la théorie des courants de Kingdon ou de la perspective d'analyse de *policy design*. Après une réflexion sur le choix et l'application de ces cadres d'analyse, nous avons identifié des défis et des apprentissages.

Un premier défi, le choix peu éclairé d'un cadre d'analyse, était plus ou moins imputable à notre faible maîtrise de la perspective de *policy design* au début du processus doctoral. Les exigences du séminaire de thèse recommandaient fortement que l'étudiante présente les ancrages théoriques (cadre d'analyse ou la théorie) qui sous-tendent le protocole de recherche. En effet, le choix du cadre et les propositions initiales pour l'analyse de la formulation de la PNPS n'étaient pas fondés sur une connaissance solide de la littérature et du concept de *policy design et* manquait d'analyse critique⁷⁶. Notre formation universitaire initiale et notre expérience professionnelle antérieure (Kadio, 2015) ne nous avaient pas permis d'acquérir des connaissances théoriques solides sur les cadres d'analyse des politiques publiques. En plus, notre premier contact avec cette littérature exclusivement en anglais (niveau de compréhension faible en début de doctorat) se situe au début du processus doctoral et principalement pendant le séminaire de thèse.

Ce choix avec tâtonnement était aussi imputable à la faible disponibilité, voire inexistante, d'une littérature francophone sur le *policy design*. Par exemple, malgré le fait que plusieurs pays d'Afrique subsaharienne soient francophones, la recherche sur les politiques et systèmes de santé est dominée par la langue anglaise (Robert, Sieleunou, Kadio et Samb, 2015). Or, le

⁷⁶ Cette lacune a été comblée au fur et à mesure de notre processus d'apprentissage.

dialogue entre chercheurs étant restreint, les possibilités pour nous, francophones, d'approfondir nos réflexions en nous appuyant sur des travaux préexistants dans d'autres langues demeurent minimales et constituent un frein à l'avancement des connaissances (Robert, 2015).

Notre expérience était une autoformation (essai-erreurs-ajustement), au cours de laquelle nous essayions de maîtriser la littérature sur notre objet de recherche, sur les enjeux de la protection sociale au rang national et international, mais aussi de circonscrire nos objectifs d'études, et trouver un cadre d'analyse pertinent pour répondre à nos questions de recherche. Cela illustre le défi de pouvoir naviguer entre plusieurs littératures (analyse de politique publique/action publique, politique sociale/sécurité sociale et protection sociale/étude du développement avec lesquelles on n'est pas toujours familier, et pouvoir comprendre des concepts aux contours flous difficiles à opérationnaliser dans un contexte donné.

Le choix du cadre de Kingdon a été moins difficile, car plus accessible. Son adaptation en français (Lemieux, 2002, 2009) et son application antérieure à l'analyse d'une politique publique au Burkina (Ridde, 2007) ont facilité notre compréhension. En revanche, l'option pour une lentille hypothético-déductive du *policy design* était plus difficile et en fin de compte moins pertinente pour comprendre et analyser empiriquement la réalité de la conception de la PNPS. Nous avons réalisé sur le terrain que l'imposition d'un cadre à l'analyse de la formulation dans la perspective de résolution de problèmes pour vérifier des hypothèses allait biaiser les résultats, d'où l'adoption d'une approche inductive. La mise en perspective des données empiriques, à la lumière d'une littérature mieux assimilée sur le *policy design*, a permis de répondre à notre question de recherche sur la conception de la PNPS.

L'application de ces deux cadres à une même étape du cycle politique (la formulation) nous fait dire que la perspective inductive du *policy design*, donne un avantage analytique fin et approfondi. Elle a permis de mieux appréhender le contexte de formulation et les logiques des acteurs. Une combinaison de ces deux perspectives est-elle possible ? Il nous est impossible de répondre à cette question, mais elle fera certainement l'objet de futures réflexions en nous inspirant des initiatives antérieures (Howlett, McConnell et Perl, 2016).

De cette expérience, nous retenons un certain nombre de points à considérer dans des situations similaires. Tout comme Jones (2017) le soutient pour l'analyse des politiques de santé mondiale,

le choix d'un cadre d'analyse de politique nationale de protection sociale doit prendre en compte un certain nombre de critères : (1) intégrer le rôle des acteurs multisectoriel au rang national, régional, international et inclure des facteurs internes et externes pour expliquer les processus de changements ; (2) considérer l'analyse des interactions entre les acteurs comme producteurs de connaissances sur le processus. En somme, le cadre d'analyse doit favoriser la complémentarité des angles d'analyse, pour appréhender la politique de protection sociale comme une intervention complexe ancrée dans des « niveaux de contexte pluriels et interreliés », élargir le champ de vision, permettant ainsi d'observer l'objet de recherche dans sa globalité, sa multi dimensionnalité et reconnaître la pluralité des enjeux soulevés par ces politiques (Robert, 2015).

À cela, nous ajoutons l'importance de la flexibilité du chercheur. Il s'agit plutôt de se laisser conduire par les réalités du terrain que de vouloir absolument vérifier des hypothèses. Au lieu d'exporter ce raisonnement rationnel du design du contenu d'une politique (plus pertinent dans certain contexte et un environnement de décision), nous avons changé pour opter une perspective plus adaptée à notre situation de recherche. L'imposition d'un cadre peut biaiser le processus de collecte d'information. Il est souvent nécessaire de capter la façon dont les participants interprètent une situation sociale et lui donnent un sens.

13.3.5 Contribution réflexive sur quelques entretiens : prendre son mal en patience en situation d'entrevue avec les décideurs.

Cette section aborde comment nous avons relevé certains défis apparus pendant la collecte des données ainsi que les leçons apprises.

Ce dialogue ci-dessous présente un exemple de multiple report d'un rendez-vous pour une entrevue pendant la collecte des données. Il illustre le défi relié à la disponibilité des hauts responsables.

- **Kadi** : Héée, ma sœur, je suis encore calée ici [assise ici]. Ça fait 1 h 30 que j'attends.
- **Ma sœur** : Il t'a encore fait mouf [oubliée] ?
- **Kadi** : Non, j'attends toujours à son secrétariat. Le secrétaire me dit que ce n'est pas certain qu'il vienne, car il a rendez-vous au premier ministère.
- **Ma sœur** : Tu vas l'attendre encore aujourd'hui ? Ça fait plus de 4 fois qu'il te joue le coup.
- **Kadi** : Non ma sœur. Ce n'est pas un coup, il me texte [envoie des messages SMS] souvent pour s'excuser des rendez-vous manqués. Mais comme je n'ai pas encore reçu son texto [SMS] concernant un report, j'attends encore. Mais je lui enverrai tantôt un texto [SMS] pour savoir si je peux l'attendre ou pas.
- **Ma sœur** : En tout cas, tu es patiente, bonne chance (après 1 h d'attente, soit 2 h 30 au total)
- **Kadi** : Ma sœur, c'est encore raté pour aujourd'hui, il a répondu à mon texto [SMS]. Il m'a dit être désolé. On a fixé un autre rendez-vous pour dimanche matin à 10 h à son bureau.
- **Ma sœur** : Hein !! Dimanche matin à 10 h ? J'espère qu'il respectera ce rendez-vous.
- **Kadi** : En tout cas, moi je serai à son bureau à 10 h. J'irai à la messe très tôt afin d'être à l'heure le dimanche.

Comme mentionné dans le chapitre méthodologique (7), dans deux tiers des cas, les premiers rendez-vous ont été renvoyés à des dates ultérieures. Dans les cas extrêmes, les rendez-vous ont été reportés au moins 4 fois. Le premier défi, qui se présente ici est la disponibilité des acteurs pour participer à la recherche. Une réflexion anticipée sur les enjeux et difficultés du terrain, sur la base de notre expérience de recherche dans le contexte, nous avait permis d'appréhender la survenue probable du problème, sans pouvoir suggérer une solution efficace ou une conduite à tenir.

Les multiples reports pourraient aisément être assimilés à un manque d'intérêt pour notre recherche ou à une manifestation implicite du désaccord à participer. Bien que notre attitude et notre réaction face à ces multiples reports auraient pu être jugées comme un « manque de nerf », puisque notre sœur nous l'a avouée, nous l'avons perçu et vécu autrement. Nous nous sommes surpris dans une patience et une sérénité rare et inhabituelle dans de pareilles situations. Cette attitude a été très importante puisqu'elle a renforcé notre persévérance et nous a permis d'atteindre nos objectifs de collecte de données sans aucune frustration. Pourquoi cette attitude de patience et de stoïcisme ?

Notre connaissance du contexte a influencé notre jugement et notre interprétation des rendez-vous manqués. En effet, la plupart des participants à notre projet occupaient des postes de

responsabilité. Aussi, la collecte des données a eu lieu quelques semaines après les élections présidentielles, moment de mise en place du nouveau gouvernement et de changement au sein de l'administration publique. Ainsi, certains informateurs clés (directeur ou chef de département) étaient régulièrement sollicités pour des réunions, des séances de travail en vue d'imprégner les nouveaux ministres des dossiers dont ils avaient la charge. Dans ce contexte, des séances de travail imprévues ou programmées à la dernière minute passaient avant nos rendez-vous. En plus, notre recherche était rétrospective et relevait de leur responsabilité antérieure, d'où un faible intérêt à me consacrer la priorité. Cette connaissance du contexte faisait que nous ne prenions pas « pour personnel » « les faux rendez-vous ». Nous ne les vivions pas comme des « lapins posés ». Nous avons toujours essayé de comprendre les raisons du report en les replaçant dans le contexte. Cela a contribué à susciter non seulement notre empathie envers leurs horaires chargés, mais à inhiber toute possibilité de frustration et à renforcer notre patience.

Par ailleurs, certains acteurs étaient indispensables à la compréhension de la boîte noire du processus de formulation de la politique et à l'atteinte de nos objectifs de collecte de donnée. Cette conscience, bien que nous plaçant dans une position de dépendance, nous forçait à rester toujours positive. Nous laissions peu de place aux émotions qui pouvaient nous amener à renoncer. Cela renforçait notre persévérance et notre détermination à poursuivre la collecte et à toujours négocier un prochain rendez-vous.

Leçons apprises. Il est toujours important de s'armer de patience et de détermination lorsqu'on doit travailler sur un sujet rétrospectif qui n'est plus d'actualité, impliquant la participation de hauts responsables politiques et administratifs. Ces derniers ne perçoivent pas l'intérêt immédiat, et donneront toujours la priorité à leur agenda du moment. Aussi, la connaissance du contexte social et politique dans lequel a lieu la collecte des données peut contribuer à mieux apprivoiser le terrain. De plus, il est important de maîtriser ses émotions, même si certaines attitudes de participants semblent être des contraintes susceptibles d'empêcher l'atteinte des objectifs de collecte. Savoir garder de la distance et être fixés sur les objectifs peuvent aider à gérer les frustrations vécues, sources de découragement puis d'abandon.

CHAPITRE 14 CONCLUSION GÉNÉRALE

Le présent chapitre traite d'abord des limites de la recherche, présente ensuite les principales contributions de la thèse à l'avancement des connaissances sur la réalisation des politiques de protection sociale en Afrique, propose enfin des pistes d'action pour l'amélioration des politiques et des pistes de recherches futures.

14.1 Limites de la recherche

Malgré la précaution pour assurer une rigueur méthodologique et la qualité de la recherche (chapitre 7), elle comporte des limites liées à toute recherche qualitative et surtout à la nature rétrospective de la nôtre.

Le biais de désirabilité sociale est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société (Crowne et Marlowe, 1960) afin d'avoir une évaluation positive auprès de l'enquêteur. Ainsi, il aura tendance à répondre de manière socialement acceptable pour paraître sous son meilleur jour (Paulhus, 1991). Ce biais de désirabilité sociale peut engendrer d'autres types tels que le biais d'expansion et d'attractivité, qui font référence à la propension des répondants à surestimer ou sous-estimer systématiquement certains événements (Fowler, Heaney, Nickerson, Padgett et Sinclair, 2011).

« Expansiveness bias is the inclination of less powerful or lower-status actors to inflate their status, for instance, by somewhat exaggerating their activities or over-reporting their connections with more powerful actors. In contrast, higher-status actors might systematically under-report their own influence, or they might under-report their relations with less powerful actors at the disadvantage of lower-status actors. Attractiveness bias implies that the influence and power of some highly visible actors is systematically overrated (while the efforts of others tend to be underestimated) » (Beyers, Braun, Marshall et De Bruycker, 2014, p. 179)

Par conséquent, il n'est pas exclu que nos répondants (la plupart occupaient des postes de responsabilité) soient restés méfiants ou réservés à travers une « langue de bois » ou le « politiquement correcte » à travers un discours stéréotypé (Olivier de Sardan, 2018). Certains aussi ont peut-être été trop bavards pour bien paraître à nos yeux, puisque la collecte a eu lieu dans un contexte post-insurrectionnel valorisant des valeurs telles que : intégrité, justice sociale, solidarité, etc. Pour limiter ce biais, nous avons déployé des stratégies (section 7.1.2) pour

clarifier notre position de chercheur et pour renforcer la confiance. Cette confiance s'est manifestée à travers l'attitude de certains répondants qui ont demandé d'éteindre l'enregistreur pour qu'ils puissent aborder certains sujets. Selon eux, ils me font confiance, mais « l'enregistreur peut se perdre et tomber dans les mains de personnes mal intentionnées » (répondant HFEE-F1). En plus, le fait que les entrevues portaient sur des événements clos (PNPS adopté et programme de solidarité mis en œuvre) et que certaines personnes interrogées n'étaient plus directement concernées, puisque certains avaient changé de position (redécoupages ministériels, la rotation des agents en fonction des alternances politiques), a contribué à atténuer ces biais de désirabilité sociale, d'expansion ou d'attractivité.

Le biais de mémoire que nous avons décrit à la section 7.2 associé à la démarche de traçage rétrospective du processus d'élaboration des politiques montre que certains répondants avaient de la difficulté à se souvenir des événements survenus dans le passé. Ce biais est renforcé par le manque de document écrit sur les motivations et les raisons des choix, l'oubli et la mobilité des acteurs. En plus, nous n'avons pas été des témoins qui observent les acteurs en situation de négociation et de discussion. Mais, lors des entrevues, nous avons toujours fait un résumé des propos, vérifié la signification de certains concepts employés et les interprétations pour éviter les malentendus (section 7.1.2). La démarche méthodologique et les stratégies déployées (triangler des informations, diversifier les sources d'informations) pour réduire ce biais n'ont peut-être pas permis de découvrir avec précision toutes les pistes d'explication des processus de décisions, mais ont cependant permis de cerner les perceptions des répondants comme une clé d'explication. Compte tenu de ces biais de mémoire, nous suggérons la participation de chercheurs aux processus d'élaboration des politiques, afin de pouvoir suivre les interactions et les discussions des acteurs politiques en situation réelle.

La plupart des données produites en interaction avec d'autres personnes comportent des « facteurs personnels » non négligeables, un biais inévitable qui ne peut être « nié » ni « exalté », mais peut être contrôlé ou minimisé (Olivier de Sardan, 2008). Soutenant un point de vue similaire, Bryon-Portet (2011, p. 215) mentionne que « l'objectivité et la neutralité absolues des chercheurs apparaissent aujourd'hui comme des prétentions illusoires ».

Lahire fait cas des influences du monde social sur le chercheur et son objet d'étude en ces termes : « On sait bien qu'en fonction de leurs trajectoires et de leurs rapports aux valeurs, les

chercheurs importent dans leurs métiers des questionnements, des angles de vues ; des préoccupations, et parfois même des colères et des agacements qui leur sont propres » (Lahire, 2004, p58). D'ailleurs, il est reconnu que la familiarité du chercheur avec la société ou l'objet qu'il étudie reste un obstacle épistémologique (Bourdieu, Chamboredon, Passeron et Beate, 2005), même si certains soutiennent que l'appartenance à une société est relative et que cela n'implique pas nécessairement que l'on partage leur référent ou le sens commun (Ouattara, 2004).

Pour ce qui nous concerne, le choix de notre sujet de recherche (voir préambule) et de notre démarche méthodologique reflète déjà nos sensibilités et notre vision du monde imputable par ailleurs à notre socialisation. Nous sommes conscientes que notre implication comme assistante de recherche ayant interagi avec différent niveau de décision (local, régional et national), préalable à la recherche de terrain de cette thèse, peut avoir influencé notre perception de la réalité que nous tentons de restituer. Ainsi, nous avons dû faire face à notre propre subjectivité, durant la collecte et l'analyse des données. La prise de conscience de la difficulté d'une neutralité du chercheur et notre attitude réflexive tout au long de la recherche pour garder à l'esprit l'influence de notre subjectivité sur nos perceptions et nos interprétations du discours des répondants ont favorisé la distance critique. Cela a permis de porter un regard plus ou moins neutre sur les données contribuant à atténuer ce biais de subjectivité du chercheur. Cette attitude de réflexivité sur l'influence de notre subjectivité au cours du processus de recherche est une stratégie de rigueur méthodologique (Anadón, 2006; Lahire, 2004).

Une autre limite de notre thèse est que nous n'avons pas effectué une analyse fine des acteurs. Genieys et Hassenteufel (2012) soutiennent qu'une meilleure compréhension des acteurs est intrinsèquement liée à un enjeu méthodologique qui combine la sociologie des acteurs et celle de la sociologie de l'action publique. Pour ces auteurs, l'étude fine des acteurs doit compléter celle centrée sur l'élaboration et la prise de décision (sociologie de l'action publique). Si les acteurs sont inclus en fonction de leurs rôles dans le *policy making*, leur analyse ne s'arrête pas là (Garcia et Hoeffler, 2015).

Pour notre part, nous avons opté pour la perspective de la sociologie de l'action publique. Une approche par le bas, centrée sur les acteurs pour reconstituer les processus de l'action publique (PNPS et Programme de solidarité) dans leur historicité, et de comprendre les pratiques

constitutives de l'action publique et les représentations qui les orientent (Pinson et Pala, 2007), sans nécessairement permettre d'appréhender les jeux de pouvoir. La thèse a permis d'identifier les différents acteurs et plus ou moins leur rôle respectif dans le processus d'élaboration de la PNPS sans analyser de manière fine leur interaction, les relations de pouvoir, les systèmes de représentation. En raison de sa nature intersectorielle, une compréhension des dynamiques des interactions et des rapports de pouvoir aurait contribué à approfondir notre analyse (dynamique de pouvoir entre les différents ministères responsables de divers volets de la protection sociale, ou les dynamiques de pouvoir entre les PTF et les acteurs nationaux).

Au-delà de ces faiblesses, les recommandations que nous formulons à partir de notre conclusion de thèse demeurent une contribution pertinente pour améliorer les politiques de protection sociale au Burkina Faso.

14.2 Avancement des connaissances/portée de la recherche

Notre recherche a contribué à enrichir le champ de la recherche sur les politiques de protection sociale en Afrique. À notre connaissance, la présente recherche est la première du genre à analyser l'élaboration des politiques de protection sociale au Burkina Faso autre que la protection sociale dans le domaine de la santé.

D'abord, il ressort de cette recherche que le potentiel des politiques de protection sociale à renforcer la cohésion sociale pour maintenir l'ordre, la paix et la cohésion sociale a motivé les acteurs nationaux dans l'émergence des deux cas analysés. Les acteurs internationaux poursuivaient la mise en œuvre de leur mandat : accompagner les pays à mettre en place des socles de protection sociale principalement pour les populations pauvres et vulnérables. Des liens théoriques sont établis entre la protection sociale et la cohésion sociale (Babajanian, 2012; Townsend, 2007); notre recherche apporte des données empiriques sur le fait que ce lien théorique a influencé l'intention du gouvernement en faveur de la protection sociale.

Ensuite, l'intention à renforcer la cohésion sociale se concrétise d'abord par la formulation de politiques intersectorielles cohérentes qui répondent aux besoins des populations. Cependant, la thèse a mis en évidence une non-formulation. Ce non-design illustre un processus de

formulation principalement orienté par une logique sectorielle, conduisant à une PNPS dont le contenu tous azimuts rassemble toutes les actions possibles de protection. Par ailleurs, la thèse a identifié trois facteurs favorisant la survenue d'une situation de non design : (1) le manque d'orientations gouvernementales claires pour guider les discussions ; (2) la faiblesse du soutien et de volonté politique qui se traduisant par la faible implication des décideurs de haut niveau dans le processus ; et (3) les méconnaissances conceptuelles et techniques des acteurs nationaux en matière de protection sociale. Notre recherche montre qu'un processus participatif ne conduit pas nécessairement à des stratégies intersectorielles cohérentes. Malgré le dispositif interministériel de réflexion, le poids des intérêts et des idées des acteurs a plus orienté les discussions. Il n'a pas été possible d'instaurer un dialogue franc orienté par une vision commune sur la meilleure façon de réduire le déficit de protection sociale.

Par ailleurs, la mise en œuvre du programme de solidarité a permis de constater de façon empirique que les lacunes de formulation, notamment l'ambiguïté des solutions et l'absence de vision commune sur l'opérationnalisation des stratégies influencent négativement la mise en œuvre.

Enfin, la thèse montre que la recherche scientifique est très peu utilisée, comparativement à la littérature grise dans la mise en forme de la PNPS. L'utilisation stratégique et conceptuelle des connaissances explicites (le plus souvent non issues de la recherche) a permis aux acteurs de comprendre le déficit de protection sociale et la nécessité d'élaborer une PNPS. Les gains politiques, c'est-à-dire la perception des conséquences sociales et politiques associées à une recommandation fondée sur des connaissances explicites, influencent la prise en compte de cette dernière.

14.3 Les pistes d'actions pour améliorer la formulation des politiques

À la lumière des principaux résultats, nous proposons, non pas des solutions toutes faites, mais quelques pistes d'actions, pour améliorer la réalisation des politiques de protection sociale.

❖ Pour améliorer la formulation des politiques.

Que peut-on faire pour réduire la survenue des situations de non-design, ou la formulation de politiques « mort-née », dont l'échec de la mise en œuvre est plus ou moins inévitable ?

Nous suggérons que la révision de la PNPS puisse se faire dans le cadre d'un dialogue intersectoriel constructif et franc de la part de l'ensemble des acteurs (PTF comme des acteurs nationaux) avec un soutien politique des décideurs de haut niveau/bonne volonté gouvernementale, pour éviter de formuler des politiques justes pour la forme.

Le dialogue sur les politiques (avec un mandat précis) est un ensemble des consultations, des concertations formelles ou informelles, d'évènements formellement organisés, au cours duquel se tiennent les discussions qui font partie des processus d'élaboration des politiques ou de la prise de décision (Robert et Ridde, 2018).

Ce dialogue sur les politiques permet de discuter dans la transparence, renforce la confiance entre les acteurs et l'adhésion des participants aux processus. De même, ce dialogue favorise une compréhension partagée du problème à résoudre, les objectifs de changement, un consensus national sur les stratégies pour aboutir aux changements ainsi que les implications et les enjeux pour chaque secteur (ressource à mobiliser, les besoins sur le plan du renforcement de capacité, etc.).

Les activités de mobilisations des acteurs (forum, atelier de formation) dans le cadre du processus de la PNPS n'ont pas permis d'établir une vision commune ni d'en venir une réflexion sur la meilleure façon d'améliorer la protection sociale des populations. En effet, le fait de confier la formulation de la PNPS à un ministère économiquement fort (ministère de l'Économie et des Finances) illustre une volonté politique de « façade ». Le déficit de volonté politique, en plus de l'incertitude d'obtenir des financements nationaux pour la mise en œuvre de nouvelles stratégies, a favorisé une réflexion guidée par les intérêts des départements ministériels (planifier des stratégies pour maintenir les lignes budgétaires, etc.). À travers des directives internationales telles que l'initiative du socle de protection sociale et le cadrage des idées lors des opportunités de partage de connaissances explicites (atelier de formation, réunion), les PTF ont fait prendre en compte leurs stratégies favorites.

Ce dialogue sur les politiques, accompagné d'une volonté gouvernementale (expression d'une vision, d'un objectif clair et la mobilisation de moyen financier et technique nécessaire), permettra une synergie d'action intersectorielle qui contribuera à limiter l'expression des logiques sectorielle et le fonctionnement en silo des ministères.

❖ **Pour favoriser la formulation de politiques éclairées par les connaissances scientifiques.**

Les résultats ont montré que la recherche universitaire a très peu été utilisée dans le processus d'élaboration de la PNPS, pour plusieurs raisons évoquées dans l'article 3. Le dialogue sur les politiques pourrait également être un cadre de partage et de discussions des connaissances scientifiques sur les politiques de protection sociale. De même, la mise en place de certaines actions contribuera à améliorer l'utilisation des connaissances.

Il faudrait d'abord sensibiliser les décideurs de haut niveau sur l'importance de formuler des politiques basées sur la connaissance scientifique, mais aussi mettre en place un mécanisme institutionnel et opérationnel pour soutenir la prise de décision éclairée par la connaissance. Ce dispositif institutionnel aura pour mandat officiel d'accompagner la prise de décision en fournissant des connaissances scientifiques aux analystes de politique. Une Unité de gestion et de transfert de connaissance (UGTC) a été mise en place au ministère de la Santé en 2018. Ce dispositif institutionnel a pour attribution

« d'éclairer par des données probantes en l'occurrence les évidences scientifiques, les coûts d'opportunités prévisibles, les préférences des populations l'état des ressources requises et dans un environnement complexe la prise de toute décision publique en matière de santé et de valoriser le capital intellectuel du secteur de la santé »(Gouvernement, 2018, p. 2).

Les départements ministériels concernés par les questions de protection sociale peuvent s'inspirer de l'exemple de l'UGTC du ministère de la Santé dont l'évaluation reste à faire. Par ailleurs, soutenir la recherche nationale par le renforcement de la capacité des centres de recherche et des universités, puis l'établissement de lien entre ces derniers et les acteurs responsables de la formulation des politiques de protection sociale est essentiel.

14.4 Pistes de recherches futures

À l'issue de la présente recherche, nous avons identifié des questions qui méritent d'être approfondies

- Le besoin de cohésion a motivé l'élaboration de la PNPS et du programme de solidarité. Dans le cadre de l'amélioration de la protection sociale en santé, le Burkina Faso met en œuvre depuis avril 2016 une politique nationale d'exemption du paiement des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans. Aussi, la Banque mondiale, en collaboration avec le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, mettent en œuvre un programme de transfert monétaire. Le Ministère de la Santé avec l'appui de la banque mondiale a organisé une sélection communautaire des indigents dans le cadre du financement basé sur les résultats pour améliorer la protection sociale en santé. Des études de cas sur l'implication de ces politiques sur les dimensions de la cohésion permettront de produire des connaissances empiriques sur la question au Burkina Faso.
- Dans l'article 2, nous avons émis l'hypothèse que le faible engagement des décideurs de haut niveau/la faible volonté politique pourrait être lié aux types des bénéficiaires de la PNPS (les personnes pauvres et vulnérables sans pouvoir de revendication). Une recherche est nécessaire pour mieux élucider cette hypothèse.
- Une analyse de l'implantation de la PNPS dans une perspective de la science de la mise en œuvre permettra de produire des connaissances empiriques sur la façon dont le *non-design* affecte la mise en œuvre et la production des résultats.
- La thèse a permis d'identifier les acteurs et leur rôle respectif dans le processus d'élaboration de la PNPS, sans analyser de manière fine les interactions, les relations de pouvoir, les systèmes de représentation. Nous suggérons une analyse pour comprendre ses dynamiques de pouvoir entre les différents ministères responsables de divers volets de la protection sociale et les dynamiques de pouvoir entre les PTF et les acteurs nationaux.

Une analyse du fonctionnement de l'Unité de gestion et de transfert de connaissance (UGTC) permettra de produire des données probantes pour renforcer son efficacité et améliorer son

influence pour la mise en œuvre de pratiques et politiques de protection sociale en santé fondée sur des connaissances scientifiques adaptées au contexte du Burkina Faso.

14.5 Plan de diffusion et de transfert des résultats de la thèse.

Le tableau ci- dessous présente la stratégie de diffusion et de transfert des résultats de la thèse. Cela permettra d'informer les acteurs et d'échanger sur comment les résultats peuvent contribuer à l'améliorer leurs pratiques et les politiques de protection sociale au Burkina Faso.

Tableau XII. Plan de diffusion et de transfert des résultats de la thèse

	Pour qui	Pourquoi	Comment	Quand et contexte
Diffusion auprès des pairs				
Affiches dans des événements scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Étudiants - Chercheurs - Professionnel de recherche - Gestionnaires, planificateurs 	Informers, Discuter	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation orale de l'affiche, - Diffusion des affiches sur tweeter, Facebook, page web des institutions et de l'Équipe RENARD 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Symposium mondial de la recherche sur les systèmes (Cape town octobre 2014) 2. Conférence canadienne en santé mondiale (Montréal, novembre 2015) 3. Congrès de l'ACFAS (Chicoutimi, mai 2018) 4. Congrès mondiaux de sociologie (Toronto, juillet 2018) 5. Symposium mondial de la recherche sur les systèmes de santé (Liverpool, octobre 2018)
Communication orale dans des événements scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Étudiants - Chercheurs - Professionnel de recherche - Gestionnaires, planificateurs 	Informers, Discuter	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation orale avec support PWT suivie de discussion - Diffusion des PWT sur tweeter, Facebook, page web des institutions de l'Équipe RENARD 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontre scientifique du réseau doctoral de l'École des Hautes Études en Santé publique (EHESP) (Paris, mars 2016) 2. Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé (Vancouver, novembre 2016) 3. Conférence scientifique de l'association africaine d'économie et politique de santé (Accra, mars 2019) 4. Conférence internationale de l'association africaine d'évaluation (Abidjan, avril 2019)
Articles scientifiques et chapitres de livre	<ul style="list-style-type: none"> - Étudiants - Chercheur - Professionnel de recherche - Gestionnaires, planificateurs 	Informers	<ul style="list-style-type: none"> - Publication dans des revues scientifiques avec comités de pairs - Diffusion des liens des publications sur tweeter, Facebook, page web d'institutions 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cahiers scientifiques REALISME (2015) 2. Revue Sciences sociales et santé (2017) 3. Revue internationale de politique de développement (2018) 4. Revue française des affaires sociales (2018) 5. International Social Security Review (2018) 6. Cahiers scientifiques REALISME (2018) 7. Revue Social Science and Medicine (2019)

Soutenance de thèse	Étudiants, chercheurs, professionnel de recherche	Informers, Discuter	Présentation orale lors de la soutenance,	2019 (exigence académique)
Diffusion dans les milieux de pratique				
Policy brief	<ul style="list-style-type: none"> - Décideurs gouvernementaux - Chargé d'étude, conseil des ministres - Gestionnaire de programme et projet - Les organismes et ONG internationales - Les associations et ONG locales 	Informers	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuer par le canal du circuit d'information administratif - Envoi direct par courriel - Diffusion Facebook - Site des institutions et de l'Équipe RENARD 	2019 (mise en œuvre de la PNPS et du Régime d'assurance maladie universel)
Atelier de partages/délibératif	<ul style="list-style-type: none"> - Secrétariat permanent de mise en œuvre de la PNPS - Le secrétariat permanent du Régime l'assurance maladie universelle (RAMU), - Secrétaire général et planificateur impliqué dans la mise en œuvre de la PNPS et du RAMU, - L'unité de gestion et de transfert des connaissances du ministère de la Santé 	<p>Informers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser (conséquences d'une mauvaise formulation sur la mise en œuvre, les possibilités d'adaptation) - Améliorer les pratiques des acteurs 	<p>Échange interactif structuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter à l'oral les principaux résultats de la thèse - Distribution et discussion sur les Policy brief - Discussion en lien avec les pratiques des acteurs 	2019 (mise en œuvre de la PNPS et du Régime d'assurance maladie universel)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham-Frois, G. et Desaignes, B. (2003). Du «consensus de Washington» au «consensus Stiglitzien». *Revue d'économie politique*, 113(1), 1-13.
- Adesina, J. O. (2011). Beyond the social protection paradigm: social policy in Africa's development. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32(4), 454-470. doi: <https://doi.org/10.1080/02255189.2011.647441>
- African Union. (2009). Social protection in Africa: An overview of the challenges: African Union Commission
- Agier, I., Ly, A., Kadio, K., Kouanda, S. et Ridde, V. (2016). Endorsement of universal health coverage financial principles in Burkina Faso. *Social science & medicine*, 151, 157-166.
- Agyepong, I. A., Abankwah, D. N. Y., Abroso, A., Chun, C., Dodoo, J. N. O., Lee, S., . . . Oh, J. (2016). The “Universal” in UHC and Ghana’s National Health Insurance Scheme: policy and implementation challenges and dilemmas of a lower middle income country. *BMC Health Services Research*, 16(1), 504.
- Agyepong, I. A. et Adjei, S. (2008). Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy and Planning*, 23(2), 150-160.
- AISS. (2015). *Evolution des systèmes de santé en Afrique: défis et opportunités*. Communication présentée 18e Conférence internationale de l’AISS des actuaires et statisticiens de la sécurité sociale.
- Akresh, R., De Walque, D. et Kazianga, H. (2012). Alternative cash transfer delivery mechanisms: impacts on routine preventative health clinic visits in Burkina Faso. *NBER Working Paper No. 17785*. Cambridge, USA: National Bureau of Economic Research (NBER)
- Akresh, R., De Walque, D. et Kazianga, H. (2013). Cash transfers and child schooling: evidence from a randomized evaluation of the role of conditionality *Policy Research Working Paper 6340-Impact Evaluation Series No. 82*. Washington, DC: World Bank.
- Albert, M. A., Fretheim, A. et Maïga, D. (2007). Factors influencing the utilization of research findings by health policy-makers in a developing country: the selection of Mali's essential medicines. *Health Research Policy and Systems*, 5(1), 2.
- Albrecht, D. et Barrientos, A. (2012). Social protection: Shared interests in vulnerability reduction and development. Geneva: World Health Organization.
- Almeida, C. et Báscolo, E. (2006). Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, S7-S19.

- Amara, N., Ouimet, M. et Landry, R. (2004). New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Science Communication*, 26(1), 75-106.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31. doi: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/manadon_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/manadon_ch.pdf)
- Andrews, C., Das, M., Elder, J., Ovadiya, M. et Zampaglione, G. (2012). Social protection in low income countries and fragile situations: challenges and future directions. Background Paper for the World Bank 2012–2022 Social Protection and Labor Strategy *Social Protection & Labor Discussion paper No. 1209*. Washington, DC World Bank.
- Awortwi, N. et Aiyede, E. R. (2017). *Politics, Public Policy and Social Protection in Africa: Evidence from Cash Transfer Programmes*. London: Routledge.
- Aye, M., Champagne, F., Fournier, P. et Rivard, M. (2001). Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne: cas de la commune rurale d'Agou, Côte d'Ivoire. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 22(3), 697-720.
- Babajanian, B. (2012). Social protection and its contribution to social cohesion and state building. Berlin and Bonn , Germany: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).
- Babajanian, B. et Hagen-Zanker, J. (2012). social protection and social exclusion analytical framwoork. *ODI Background Notes*. London: The Overseas Development Institute (ODI).
- Banque mondiale. (1990). La pauvreté: Rapport sur le développement dans le monde 1990. Washington: Banque mondiale.
- Banque mondiale. (2010). Burkina Faso-Filets sociaux-Rapport n° 54491-BF. Ouagadougou: Banque Mondiale
- Banque mondiale (2012a). Gérer les risques, promouvoir la croissance : développer les systèmes de protection sociale en Afrique-Une stratégie de protection sociale de la Banque mondiale en Afrique 2012–2022. Washington, DC: Banque mondiale.
- Banque mondiale (2012b). Gérer les risques, promouvoir la croissance : Développer les systèmes de protection sociale en Afrique: Une stratégie de protection sociale de la Banque mondiale en Afrique 2012–2022 (p. 114). Washington, DC: Banque mondiale.
- Banque mondiale (2012c). The world Bank 2012-2022 social protection and labor strategy: Resilience, equity, and opportunity. Washington: World Bank.
- Barrientos, A. (2010). Social protection and poverty. *Social Policy and Development Programme Paper Number 42* Genève, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).

- Barrientos, A. et Hulme, D. (2008). *Social Protection for the Poor and Poorest. Concepts, Policies and Politics*. Basingstoke, UK, New York, USA Palgrave Macmillan.
- Barrientos, A. et Hulme, D. (2009). Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution: Commentary. *Oxford Development Studies*, 37(4), 439-456.
- Barrientos, A., Hulme, D. et Shepherd, A. (2005). Can social protection tackle chronic poverty? *European journal of development research*, 17(1), 8-23.
- Barrientos, A. et Pellissery, S. (2012). Delivering effective social assistance: Does politics matter? *Working Paper No 9: Effective States and Inclusive Development Research Centre*
- Barrientos, A. et Villa, J. M. (2015). Evaluating Antipoverty Transfer Programmes in Latin America and Sub-Saharan Africa. Better Policies? Better Politics? *Journal of Globalization and Development*, 6(1), 147-179.
- Barry, N. A., Niango, A. et Touré, K. (2012). Communiquer pour enrichir les politiques d'intégration? Dans K. S. Ayuk E. (dir.), *S'intégrer pour s'enrichir. Insight and Innovation in International Development* (p. 277-296). New York: Springer.
- Beauvais, C. et Jenson, J. (2002). Social cohesion: Updating the state of the research *CPRN Discussion Paper No. F/22*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks Inc. (CPRN).
- Behague, D., Tawiah, C., Rosato, M., Some, T. et Morrison, J. (2009). Evidence-based policy-making: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social science & medicine*, 69(10), 1539-1546.
- Belaid, L. et Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, 30(3), 309-321.
- Béland, D. (2005). Ideas and social policy: An institutionalist perspective. *Social Policy & Administration*, 39(1), 1-18. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00421.x>
- Béland, D. (2016). Kingdon reconsidered: Ideas, interests and institutions in comparative policy analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18(3), 228-242. doi: <https://doi.org/10.1080/13876988.2015.1029770>
- Béland, D. et Cox, R. H. (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford: Oxford University Press.
- Béland, D., Foli, R., Howlett, M., Ramesh, M. et Woo, J. (2018). Instrument constituencies and transnational policy diffusion: the case of conditional cash transfers. *Review of International Political Economy*, 1-20.
- Béland, D. et Orenstein, M. A. (2013). International organizations as policy actors: An ideational approach. *Global Social Policy*, 13(2), 125-143.

- Berlan, D., Buse, K., Shiffman, J. et Tanaka, S. (2014). The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3), 23-34. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu060>
- Berman, S. (2013). Ideational Theorizing in the Social Sciences since “Policy Paradigms, Social Learning, and the State”. *Governance*, 26(2), 217-237. doi: <https://doi.org/10.1111/gove.12008>
- Bernard, P. (1999). La cohésion sociale: critique dialectique d’un quasi-concept. *Lien social et Politiques*(41), 47-59.
- Bernier, L. et Lachapelle, G. (2010). *L'analyse des politiques publiques*. Montréal Les Presses de l'Université de Montréal (PUM).
- Bisiaux, R. (2011). Comment définir la pauvreté: Ravallion, Sen ou Rawls? *L'Économie politique*(1), 6-23. doi: <https://doi.org/10.3917/leco.049.0006>
- BIT (2002). *Micro-assurance santé: guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. . Genève Bureau International du Travail(BIT).
- BIT. (2003). Guide de gestion des mutuelles en Afrique (P. S. e. T. c. l. E. s. e. l. Pauvreté, Trans.). Genève: Bureau International du Travail(BIT).
- BIT. (2010). Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l’emploi: deuxième Colloque africain sur le travail décent-Yaoundé (Cameroun), 6-8 octobre 2010) *Conférence BIT* (p. 157). Genève: Bureau International du Travail (BIT).
- BIT. (2011). Burkina Faso : revue des dépenses et de la performance de la protection sociale /Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, un projet BIT/UE. Genève: Bureau International du Travail (BIT).
- BIT. (2012a). Burkina Faso : revue des dépenses et de la performance de la protection sociale / Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, un projet BIT/UE (p. xviii, 120). Genève: Bureau International du Travail (BIT).
- BIT. (2012b). Burkina Faso: une approche intégrée d'extension de la protection sociale et de promotion de l'emploi productif /Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, un projet BIT/UE . (p. xii, 60). Genève: Bureau International du Travail (BIT).
- BIT. (2012c). La sécurité sociale pour tous: la stratégie de l’Organisation internationale du Travail: mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale. Genève: Organisation International du Travail(OIT), Bureau International du Travail (BIT).
- BIT (2012d). *Socles de protection sociale pour la justice sociale et une mondialisation équitable*. Genève: ILO/IPEC.
- BIT. (2013). Coordonner les politiques de la protection sociale et de l’emploi : expériences au Burkina Faso, au Cambodge et au Honduras / Améliorer la protection sociale et promouvoir l’emploi. Genève Bureau International du Travail (BIT).

- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Boasiako, A. et Asare, B. E. (2015). The Multiple Streams Framework and the 1996 and 2007 Educational Reforms in Ghana. *Advances in Research (AIR)*, 3(5), 1-15.
- Bobrow, D. (2006). Policy design: Ubiquitous, necessary and difficult. Dans B. G. Peters, & Pierre, J. (dir.), *Handbook of public policy* (p. 75-96). London: SAGA.
- Boidin, B. (2014). L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique: mythes et réalités. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 1-7.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Edition du Seuil.
- Bowen, S., Erickson, T., Martens, P. J. et Crockett, S. (2009). More than "using research": the real challenges in promoting evidence-informed decision-making. *Healthcare Policy*, 4(3), 87.
- Bowen, S. et Zwi, A. B. (2005). Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action. *PLoS medicine*, 2(7).
- Britain, G. (2005). Reducing poverty by tackling social exclusion *A DFID Policy Paper*. London: Department of International Development (DFID).
- Broadbent, E. (2012). Politics of research-based evidence in African policy debates. *London: Overseas Development Institute*.
- Cairney, P. (2016a). Health and Advocacy: What Are the Barriers to the Use of Evidence in Policy? Dans P. Cairney (dir.), *The Politics of Evidence-Based Policy Making* (p. 51-84). London: Palgrave Macmillan.
- Cairney, P. (2016b). *The politics of evidence-based policy making*. London: Palgrave Pivot.
- Cairney, P. (2016c). The Role of Evidence in Theories of the Policy Process. Dans P. Cairney (dir.), *The Politics of Evidence-Based Policy Making* (p. 13-50). London: Palgrave Macmillan.
- CCS. (2009a). Initiative des Nations Unies pour un socle de protection sociale: Initiative 6 du CCS sur la crise économique et financière mondiale et son impact sur le fonctionnement du système des Nations Unies. Manuel et cadre stratégique pour les opérations conjointes des Nations Unies au niveau national. . Genève: Bureau international du Travail, Organisation mondiale de la santé.
- CCS. (2009b). Note conceptuelle sur l'initiative du Conseil des chefs de secrétariat (CCS) en faveur d'un socle de protection-Global Financial and economic crisis. UN system Jointe crisis Initiatives sociale: Nations Unies.
- CDP. (2010). Bâtir, ensemble, Un Burkina émergent. Programme quinquennal 2010 - 2015. Ouagadougou, Burkina Faso: Congrès pour la Démocratie et le Progrès (CDP).

- CDSS. (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.* (p. 260). Genève: Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS), Organisation Mondiale de la Santé(OMS)
- Chan, J., To, H.-P. et Chan, E. (2006). Reconsidering social cohesion: Developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social indicators research*, 75(2), 273-302. doi: <https://doi.org/10.1007/s11205-005-2118-1>
- Chankova, S., Sulzbach, S. et Diop, F. (2008). Impact of mutual health organizations: evidence from West Africa. *Health Policy and Planning*, 23(4), 264-276.
- Cherrier, C. (2014). *The politics of revenue mobilisation for social transfers in sub-Saharan Africa.* Communication présentée 14th EADI General Conference Responsible Development in a Polycentric World–Inequality, Citizenship and the Middle Classes. , Bonn.
- Cherrier, C. (2016). *The Expansion of Basic Social Protection in Low-income Countries: An analysis of foreign aid actors' role in the emergence of social transfers in sub-Saharan Africa.* (Maastricht University, Maastricht).
- Chindarkar, N. (2017). Beyond power politics: Evaluating the policy design process of rural electrification in Gujarat, India. *Public Administration and Development*, 37(1), 28-39.
- Chindarkar, N., Howlett, M. et Ramesh, M. (2017). Introduction to the Special Issue: "Conceptualizing Effective Social Policy Design: Design Spaces and Capacity Challenges". *Public Administration and Development*, 37(1), 3-14. doi: <https://doi.org/10.1002/pad.1789>
- Cichon, M. (2013). The Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202): Can a six-page document change the course of social history? *International Social Security Review*, 66(3-4), 21-43.
- Cichon, M., Behrendt, C. et Wodsak, V. (2011). L'Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies *Analyse de politique internationale.* Berlin: Fondation Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Clemens, E. S. et Cook, J. M. (1999). Politics and institutionalism: Explaining durability and change. *Annual review of sociology*, 25, 441-466. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.25.1.441>
- Cling, J.-P., Razafindrakoto, M. et Roubaud, F. (2002). *Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté.* Paris: Economica.
- CNPS. (2005). Étude nationale prospective « Burkina 2025 » - Rapport général. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Économie et du Développement, Conseil National de Prospective et de la Planification Stratégique (CNPS).
- Cobbinah, P. B., Black, R. et Thwaites, R. (2013). Dynamics of Poverty in Developing Countries: Review of Poverty Reduction Approaches. *Journal of Sustainable Development*, 6(9), p25.

- Cochran, C. E., Mayer, L. C., Carr, T., Cayer, N. J. et McKenzie, M. (2015). *American public policy: An introduction*. Scarborough, CA: Nelson Education.
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., DENIS, J. L. et Tremblay, É. (2010). Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483.
- Conway, T., de Haan, A. et Norton, A. (2000). *Social protection: new directions of donor agencies*. Communication présentée DFID-ODI Inter-Agency Seminar on Social Protection., Easthamstead Park, Wokingham, UK.
- Court, J. et Young, J. (2003). Bridging research and policy: Insights from 50 case studies. *ODI Working Paper 213* London: Overseas Development Institute (ODI).
- Couturier, Y. et Dumas-Laverdière, C. (2008). Disciplinarité et interdisciplinarité en travail social: Pratiques comparées de recension des écrits en travail social et en sciences infirmières. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 111-123.
- Criel, B., Bâ, A. S., Kane, F., Noirhomme, M. et Waelkens, M.-P. (2010). *Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis: le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie*. ITG Press Antwerp.
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*(3), 23-35. doi: <https://doi.org/10.3917/lsdle.393.0023>
- Dagenais, C., Queuille, L. et Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global health promotion*, 20(1_suppl), 70-79.
- Dagenais, C. et Robert, É. (2012). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal, Canada: Presses de l'Université de Montréal.
- Dagenais, C., Somé, T. D., Boileau-Falardeau, M., McSween-Cadieux, E. et Ridde, V. (2015). Collaborative development and implementation of a knowledge brokering program to promote research use in Burkina Faso, West Africa. *Global health action*, 8.
- Dalglish, S. L., Rodríguez, D. C., Harouna, A. et Surkan, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social science & medicine*, 177, 150-157.
- Daniels, K. et Lewin, S. (2008). Translating research into maternal health care policy: a qualitative case study of the use of evidence in policies for the treatment of eclampsia and pre-eclampsia in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, 6(1), 12.
- Davies, M. et McGregor, J. A. (2009). Social protection: responding to a global crisis. *IDS bulletin*, 40(5), 68-77. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2009.00075.x>

- Davies, P. (2012). The state of evidence-based policy evaluation and its role in policy formation. *National Institute Economic Review*, 219(1), R41-R52.
- De Allegri, M., Sanon, M. et Sauerborn, R. (2006). “To enrol or not to enrol?”: A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social science & medicine*, 62(6), 1520-1527. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.036>
- De Goede, J., Putters, K. et van Oers, H. (2012). Utilization of epidemiological research for the development of local public health policy in the Netherlands: a case study approach. *Social science & medicine*, 74(5), 707-714.
- De Haan, A. (2011). *The Rise of Social Protection in Development: Progress and Pitfalls*. Communication présentée International Conference on Social Protection for Social Justice ‘, Institute of Development Studies, The United Kingdom (13–15April 2011).
- De Haan, A. (2014). The rise of social protection in development: progress, pitfalls and politics. *The European Journal of Development Research*, 26(3), 311-321. doi: <https://doi.org/10.1057/ejdr.2014.7>
- De Vries, R. et Lemmens, T. (2006). The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social science & medicine*, 62(11), 2694-2706.
- Deacon, B. et Stubbs, P. (2013). Global social policy studies: Conceptual and analytical reflections. *Global Social Policy*, 13(1), 5-23.
- Deas, L., Mattu, L. et Gnich, W. (2013). Intelligent policy making? Key actors' perspectives on the development and implementation of an early years' initiative in Scotland's public health arena. *Social science & medicine*, 96, 1-8.
- Dembele, S. (2010). Diagnostic de la commission sectorielle et thematique chargee de la protection sociale. . Ouagadougou, Burkina Faso: PNUD.
- Devereux, S. (2010). Building social protection systems in southern Africa *Background paper for the European Report on Development*: European Commission.
- Devereux, S. (2013). Trajectories of social protection in Africa. *Development Southern Africa*, 30(1), 13-23. doi: <https://doi.org/10.1080/0376835X.2013.755871>
- Devereux, S. et Cipryk, R. (2009a). Social protection in sub-Saharan Africa: A regional review *Ford Foundation Social Protection Scoping Study*. : Ford Foundation, Institute of Development Studies (IDS).
- Devereux, S. et Cipryk, R. (2009b). Social protection in Sub-Saharan Africa: A regional review. London: Institute of Development Studies (IDS), Centre for social protection.
- Devereux, S., Davies, M., McCord, A., Slater, R., Freeland, N., Ellis, F., . . . Sabates-Wheeler, R. (2010). *Social protection in Africa: Where next?* Communication présentée meeting hosted by Regional

Hunger & Vulnerability Programme (RHVP) in April 2010, to discuss the state of social protection in Africa and brainstorm ideas for moving forward.

- Devereux, S., Eide, W. B., Hoddinott, J., Lustig, N. et Subbarao, K. (2012). Social protection for food security Committee on World Food Security, High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE) project team.
- Devereux, S. et Macauslan, I. (2006). Review of social protection instruments in Malawi *Desk study for DFID Malawi*. London: Department for International Development (DFID).
- Devereux, S. et McGregor, J. A. (2014). Transforming social protection: Human wellbeing and social justice: Springer.
- Devereux, S., McGregor, J. A. et Sabates-Wheeler, R. (2011). Introduction: social protection for social justice. *IDS bulletin*, 42(6), 1-9. doi: <http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/7666>
- Devereux, S., Roelen, K. et Ulrichs, M. (2015). Where next for social protection? *IDS Evidence Report 124: Policy Anticipation, Response, and Evaluation*. Brighton, UK: Institute of Development Studies (IDS).
- Devereux, S. et Sabates-Wheeler, R. (2004). Transformative social protection *IDS Working Paper 232*. Brighton, UK: Institute of Development Studies (IDS).
- Devereux, S. et Sabates-Wheeler, R. (2007). Editorial introduction: Debating social protection. *IDS bulletin*, 38(3), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00363.x>
- Devereux, S. et Solórzano, A. (2016). Broadening Social Protection Thinking. *Institute of Development Studies (IDS) bulletin*, 47(2), 63-76.
- Devereux, S. et White, P. (2010). Social protection in Africa: Evidence, politics and rights. *Poverty & Public Policy*, 2(3), 53-77. doi: <https://doi.org/10.2202/1944-2858.1078>
- Dong, H., De Allegri, M., Gnawali, D., Souares, A. et Sauerborn, R. (2009). Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy*, 92(2), 174-179.
- Donzelot, J. (2006). Refonder la cohésion sociale. *Esprit*(12), 5-23.
- Durlak, J. A. (2015a). Studying program implementation is not easy but it is essential. *Prevention Science*, 16(8), 1123-1127. doi: <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0606-3>
- Durlak, J. A. (2015b). What everyone should know about implementation. *Handbook of social and emotional learning: Research and practice*, 395-405.
- Durlak, J. A. et Dupre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American*

journal of community psychology, 41(3-4), 327. doi: <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

- Dwyer, M. (2017). Situating soldiers' demands: mutinies and protests in Burkina Faso. *Third World Quarterly*, 38(1), 219-234. doi: <https://doi.org/10.1080/01436597.2016.1141661>
- Dye, T. (2002). *Understanding Public Policy*. (10^e éd.). Kent, US: Printice Hall
- Eboko, F. (2015). Vers une matrice de l'action publique en Afrique? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine *Questions de Recherche* (Vol. 45, p. 1-41). Paris: Presses de Sciences Po, Centre d'études et de recherches internationales (CERI).
- El-Jardali, F. et Fadlallah, R. (2015). A call for a backward design to knowledge translation. *International journal of health policy and management*, 4(1), 1.
- El-Jardali, F., Lavis, J. N., Ataya, N. et Jamal, D. (2012). Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implement Sci*, 7(2).
- Engels, B. (2015). Different means of protest, same causes: popular struggles in Burkina Faso. *Review of African Political Economy*, 42(143), 92-106. doi: <https://doi.org/10.1080/03056244.2014.996123>
- Engels, B. (2017). Struggles Against the High Cost of Living in Burkina Faso. Dans N. S. J. Grugel J., Fontana L., Uhlin A. (dir.), *Demanding Justice in The Global South* (p. 21-41). Cham: Palgrave Macmillan.
- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. J. E. et Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 25-36.
- Etiaba, E., Uguru, N., Ebenso, B., Russo, G., Ezumah, N., Uzochukwu, B. et Onwujekwe, O. (2015). Development of oral health policy in Nigeria: an analysis of the role of context, actors and policy process. *BMC oral health*, 15(1), 56.
- Evans, B. A., Snooks, H., Howson, H. et Davies, M. (2013). How hard can it be to include research evidence and evaluation in local health policy implementation? Results from a mixed methods study. *Implementation Science*, 8(1), 17. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-17>
- Fadlallah, R., El-Jardali, F., Hemadi, N., Morsi, R. Z., Samra, C. A. A., Ahmad, A., . . . Akl, E. A. (2018). Barriers and facilitators to implementation, uptake and sustainability of community-based health insurance schemes in low-and middle-income countries: a systematic review. *International journal for equity in health*, 17(1), 13.
- Fafard, P. (2015). Beyond the usual suspects: using political science to enhance public health policy making. *J Epidemiol Community Health*, 69(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204608>

- Feindt, P. H. et Flynn, A. (2009). Policy stretching and institutional layering: British food policy between security, safety, quality, health and climate change. *British Politics*, 4(3), 386-414. doi: <https://doi.org/10.1057/bp.2009.13>
- Foli, R. (2016). Transnational actors and policymaking in Ghana: The case of the Livelihood Empowerment Against Poverty. *Global Social Policy*, 16(3), 268-286.
- Foli, R. et Béland, D. (2014a). International Organizations and Ideas About Poverty in Sub-Saharan Africa. *Poverty Public Policy*, 6(1), 3-23. doi: <https://doi.org/10.1002/pop4.62>
- Foli, R. et Béland, D. (2014b). International Organizations and Ideas About Poverty in Sub-Saharan Africa. *Poverty & Public Policy*, 6(1), 3-23.
- Foli, R., Béland, D. et Fenwick, T. B. (2018). How instrument constituencies shape policy transfer: a case study from Ghana. *Policy and Society*, 37(1), 108-124.
- Forsé, M. et Parodi, M. (2009). Une théorie de la cohésion sociale. *The Tocqueville Review/La Revue Tocqueville*, 30(2), 9-35. doi: <https://doi.org/10.1353/toc.0.0024>
- François, L., Gautier, L., Lagrange, S., Mc Sween-Cadieux, E. et Sepey, M. (2018). La pratique réflexive en santé mondiale : expériences et leçons apprises de jeunes chercheur.e.s et intervenant.e.s. *Les Cahiers REALISME, HORS-SÉRIE*. doi: <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2018/06/Hors-s%C3%A9rie-Juin-2018-vf.pdf>
- Freudenberg, N. et Tsui, E. (2014). Evidence, power, and policy change in community-based participatory research. *American journal of public health*, 104(1), 11-14.
- Ganaba, R., Ilboudo, P. G. C., Cresswell, J. A., Yaogo, M., Diallo, C. O., Richard, F., . . . Witter, S. (2016). The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: what are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 84. doi: 10.1186/s12884-016-0875-2
- Ganaud, P. (2004). Agenda/Émergence. Dans Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot & P. Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 51-59). Paris: Sciences Po.
- Garcia, M., Moore, C. G. et Moore, C. M. (2012). *The cash dividend: the rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa*. Washington, DC World Bank.
- Garner, P., Kale, R., Dickson, R., Dans, T. et Salinas, R. (1998). Implementing research findings in developing countries. *Bmj*, 317(7157), 531-535.
- Gautier, L. et Ridde, V. (2017). Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Global Health Research and Policy*, 2(1), 23. doi: 10.1186/s41256-017-0043-x
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M. et Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175.

- Gazibo, M. (2010). *Introduction à la Politique Africaine. 2ème Edition Revue et Augmentée*. Montréal, Canada: ISBN 978-2-7606-2164-0.
- Genieys, W. et Hassenteufel, P. (2012). Qui gouverne les politiques publiques? *Gouvernement et action publique*, 2(2), 89-115. doi: <https://doi.org/10.3917/gap.122.0089>
- Gervais, M.-J., Gagnon, F. et Bergeron, P. (2013). Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques: L'apport de la littérature sur le transfert des connaissances. Montréal: Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et familles en difficulté.
- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F. et Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: social science matters. *PLoS Med*, 8(8), e1001079. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079>
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Oranga, H. et Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plann Manage*, 15(4), 291-317. doi: 10.1002/hpm.599
- Gilson, L., Orgill, M. et Shroff, Z. C. (2018). *A health policy analysis reader: the politics of policy change in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (OMS).
- Gilson, L. et Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy Plan*, 23(5). doi: <https://10.1093/heapol/czn019>
- Gioia, D. A., Corley, K. G. et Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), 15-31.
- Gliszczynski, M. v. (2013). *The idea of basic social protection. How social cash transfers entered global development agendas*. (Bielefeld University, Bielefeld).
- Gnawali, D. P., Pokhrel, S., Sié, A., Sanon, M., De Allegri, M., Soares, A., . . . Sauerborn, R. (2009). The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso. *Health Policy*, 90(2), 214-222.
- Gouvernement. (2010). *Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCADD) 2011-2015-Burkina Faso -Version définitive*.
- Gouvernement (2018). *Arrêté N-2018/508/MS/CAB portant attributions organisation et fonctionnement de l'Unité de Gestion et de Transfert des Connaissances (UGTC)*. Ouagagougou, Burkina Faso.
- Green, A., Janmaat, G. et Cheng, H. (2011). Social cohesion: converging and diverging trends. *National Institute Economic Review*, 215(1), R6-R22. doi: <https://doi.org/10.1177/0027950111401140>
- Green, A., Preston, J. et Janmaat, J. (2006). *Education, equality and social cohesion: A comparative analysis*. London: Palgrave Macmillan UK.

- Grosh, M. E., Del Ninno, C., Tesliuc, E. et Ouerghi, A. (2008). *For protection and promotion: The design and implementation of effective safety nets*. Washington: World Bank.
- Gusfield, J. R. (1986). *Symbolic crusade: Status politics and the American temperance movement*. Chicago: University of Illinois Press.
- Haddad, S., Ridde, V., Yacoubou, I., Mák, G. et Gbetié, M. (2012). An evaluation of the outcomes of mutual health organizations in Benin. *PLoS ONE*, 7(10), e47136.
- Hafner, T. et Shiffman, J. (2013). The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan*, 28(1), 41-50.
- Hagberg, S., Kibora, L., Ouattara, F. et Konkobo, A. (2015). Au cœur de la révolution burkinabè. *Anthropologie & développement*(42-43), 199-224. doi: <https://doi.org/10.4000/anthropodev.499>
- Hamel, J. (1995). L'interdisciplinarité. Fiction de la recherche scientifique et réalité de sa gestion contemporaine. *L'Homme et la société*, 116(2), 59-71.
- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J. et Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 2.
- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique: l'action publique*. Paris: Armand Colin.
- Hasson, H. (2010). Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implementation Science*, 5(1), 67. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-67>
- Hay, C. (2011). Ideas and the Construction of Interests. Dans D. B. R. H. Cox (dir.), *Ideas and politics in social science research* (p. 65-82). New York: Oxford University Press.
- Hennink, M. et Stephenson, R. (2005). Using research to inform health policy: barriers and strategies in developing countries. *Journal of health communication*, 10(2), 163-180.
- Hernandez, M. et Hodges, S. (2003). Building upon the theory of change for systems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(1), 19-26.
- Hickey, S. (2008). Conceptualising the politics of social protection in Africa Dans A. Barrientos & D. Hulme (dir.), *Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, Policies and Politics*. London: Palgrave.
- Hickey, S. (2009). The politics of protecting the poorest: Moving beyond the 'anti-politics machine'? *Political geography*, 28(8), 473-483.
- Hickey, S. (2011). The politics of social protection: what do we get from a 'social contract' approach? *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32(4), 426-438. doi: <https://doi.org/10.1080/02255189.2011.647447>

- Hickey, S. (2012). Turning governance thinking upside-down? Insights from ‘the politics of what works’. *Third World Quarterly*, 33(7), 1231-1247. doi: <https://doi.org/10.1080/01436597.2012.695516>
- Hickey, S. (2014). Relocating social protection within a radical project of social justice. *The European Journal of Development Research*, 26(3), 322-337.
- Hickey, S., Braunholtz, T., Hossain, N., Kumar, A., Navneet, A., Massingarella, C., . . . Pelham, L. (2006). The politics of what works in reducing chronic poverty-A synthesis report for the Ministry of Foreign Affairs, The Netherlands *CPRC Working Paper 91* (p. 55). Manchester, UK: IDPM/Chronic Poverty Research Centre (CPRC).
- Hickey, S., Lavers, T., Niño-Zarazúa, M. et Seekings, J. (2018). The negotiated politics of social protection in sub-Saharan Africa *WIDER Working Paper 2018/34*. Helsinki, Finland: The United Nations University World Institute for Development Economics Research (UN-WIDER).
- Hilgers, M. et Loada, A. (2013). Tensions et protestations dans un régime semi-autoritaire: croissance des révoltes populaires et maintien du pouvoir au Burkina Faso. *Politique africaine*(3 (N° 131)), 187-208. doi: <https://doi.org/10.3917/polaf.131.0187>
- Holmes, R. et Lwanga-Ntale, C. (2012). Social protection in Africa: A review of social protection issues in research. Policy and programming trends and key governance issues in social protection *PASGR Scoping Study* (p. 54). Nairobi, Kenya Partnership for African Social and Governance Research (PASGR).
- Holzmann, R., Sherburne-Benz, L. et Tesliuc, E. (2003). Gestion du risque social: la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation. *Revue Tiers Monde*(3), 501-526. doi: <https://doi.org/10.3917/rtm.175.0501>.
- Howlett, M. (2005). What is a policy instrument? Tools, mixes, and implementation styles. Dans M. M. H. Pearl Eliadis, and Michael Howlett (dir.), *Designing Government. From Instruments to Governance* (p. 31-50). Montreal: McGill-Queen's University Press,.
- Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42(1), 73-89. doi: <https://doi.org/10.1007/s11077-009-9079-1>
- Howlett, M. (2011a). *Designing public policies: Principles and instruments*. New York Routledge.
- Howlett, M. (2011b). *Revisiting Policy Design: The Rise and Fall (and Rebirth?) of Policy Design Studies*. Communication présentée General Conference of the European Consortium for Political Research (ECPR), Reykjavik, Iceland.
- Howlett, M. (2014). From the ‘old’ to the ‘new’ policy design: design thinking beyond markets and collaborative governance. *Policy Sciences*, 47(3), 187-207. doi: <https://doi.org/10.1007/s11077-014-9199-0>

- Howlett, M. et Joshi-Koop, S. (2011). Transnational learning, policy analytical capacity, and environmental policy convergence: Survey results from Canada. *Global Environmental Change*, 21(1), 85-92.
- Howlett, M., McConnell, A. et Perl, A. (2014). Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*, 54(3), 419-434. doi: <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12064>
- Howlett, M., McConnell, A. et Perl, A. (2016). Weaving the fabric of public policies: comparing and integrating contemporary frameworks for the study of policy processes. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18(3), 273-289. doi: <https://doi.org/10.1080/13876988.2015.1082261>
- Howlett, M. et Mukherjee, I. (2014a). Policy design and non-design: Towards a spectrum of policy formulation types *Lee Kuan Yew School of Public Policy Research Paper No. 14-11*. Singapore: Lee Kuan Yew School of Public Policy
- Howlett, M. et Mukherjee, I. (2014b). Policy design and non-design: towards a spectrum of policy formulation types. *Politics and Governance*, 2(2), 57-71. doi: <http://dx.doi.org/10.17645/pag.v2i2.149>
- Howlett, M. et Mukherjee, I. (2017a). *Handbook of Policy Formulation*. Cheltenham.
- Howlett, M. et Mukherjee, I. (2017b). Policy formulation: where knowledge meets power in the policy process. Dans I. M. Michael Howlett (dir.), *Handbook of Policy Formulation* (p. 584). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Howlett, M. et Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. Toronto, New York: Oxford University Press.
- Hulme, D., Hanlon, J. et Barrientos, A. (2014). Social protection, marginality, and extreme poverty: Just give money to the poor? Dans von Braun J. & G. F. (dir.), *Marginality* (p. 315-329). doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-7061-4_19.
- Hulme, D. et Shepherd, A. (2003). Conceptualizing chronic poverty. *World Development*, 31(3), 403-423.
- Hutchinson, E., Parkhurst, J., Phiri, S., Gibb, D. M., Chishinga, N., Droti, B. et Hoskins, S. (2011). National policy development for cotrimoxazole prophylaxis in Malawi, Uganda and Zambia: the relationship between Context, Evidence and Links. *Health Research Policy and Systems*, 9(Supplement 1). doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-9-S1-S6>
- IDB. (2006). *Social Cohesion in Latin America and the Caribbean. Analysis, Action, and Coordination*. Washington, DC: Inter-American Development Bank (IDB).
- Ilboudo, L. (2011). *Protection sociale au Burkina Faso: quelle réponse face à la restructuration des solidarités familiales?* Communication présentée Version remaniée d'une communication prononcée au colloque Inter-congrès du Réseau Thématique.

- Illou, M. M. A., Haddad, S., Agier, I. et Ridde, V. (2015). The elimination of healthcare user fees for children under five substantially alleviates the burden on household expenses in Burkina Faso. *BMC Health Services Research*, 15(1), 313.
- ILO. (2012). R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning National Floors of Social Protection. Geneva International Labour Organization (ILO).
- ILO (2014a). *World social protection report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. Geneva: International Labour Office (ILO).
- ILO. (2014b). World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. Genève, Suisse: International Labour Organization (ILO).
- Innvær, S., Vist, G., Trommald, M. et Oxman, A. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 7(4), 239-244.
- INSD (2009). *Annuaire statistiques des indicateurs sociodémographique désagrégées selon le sexe et/ou sensibles au genre*. . Ouagadougou, Burkina Faso: Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD).
- INSD (2013). *Annuaire statistique du Burkina Faso 2011*. Ouagadougou, Burkina Faso: Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD).
- INSD et ICF, I. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiple (EDSBF-MICS IV) 2010. Ouagadougou, Burkina Faso: Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD).
- Islam, N. (2014). Evidence-based research and its effect on policymaking *IFPRI Discussion Paper 01378*. Washington: International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Jacquot, S. (2010). Approche séquentielle (Stages approach) (*Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 3, p. 82-90): Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Jehu-Appiah, C., Aryeetey, G., Spaan, E., De Hoop, T., Agyepong, I. et Baltussen, R. (2011). Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why? *Social science & medicine*, 72(2), 157-165.
- Jenson, J. (1998). Les contours de la cohésion sociale : l'état de la recherche au Canada *Étude du RCRPP-F/03*. Ottawa: Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP).
- Jenson, J. (2010). *Defining and measuring social cohesion*. London: Commonwealth Secretariat and United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Jones, C. O. (1984). *An introduction to the study of public policy*. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Company

- Jones, M. D., Peterson, H. L., Pierce, J. J., Herweg, N., Bernal, A., Lamberta Raney, H. et Zahariadis, N. (2015). A River Runs Through It: A Multiple Streams Meta-Review. *Policy studies journal*, 44(1), 13-36. doi: <https://doi.org/10.1111/psj.12115>
- Kadio, K. (2007). *Pouvoir d'agir (empowerment) et prévention du VIH/SIDA dans les organisations à base communautaire : étude de cas sur l'Initiative privée communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso (IPC/BF)*. (Institut Supérieur des Sciences et de la Population, Université de Ouagadougou).
- Kadio, K. (2013). Perception de l'entraide et de la solidarité d'indigents provenant de ménages du quintile le plus riche du district sanitaire de Ouargaye, Burkina Faso. Dans P. Fournier & collaborateurs (dir.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest. Contributions de jeunes chercheurs*. (L' Harmattan^e éd., p. 187-207). Paris: L'Harmattan.
- Kadio, K. (2015). Politiques publiques de santé fondées sur les données probantes en Afrique .Aller au-delà des frontières disciplinaires pour répondre aux besoins et aux valeurs des populations. *Cahiers Scientifiques REALISME, Numéro 2, Novembre 2015*. doi: <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2015/12/Numero-2-Nov-2015.pdf>
- Kadio, K., Ridde, V. et Mallé, S. O. (2014). Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres. *Santé Publique*, 26(1), 89-97.
- Kadio, K., Ridde, V. et Sanguirou, M. (2011). *Ah!!! Les indigents. [film documentaire]* Production CRCHUM (KK, RV producteur exécutif et scénariste) et Dangarama (SM, réalisation et image).
- Kadio, K., schoemaker-Marcotte, C., Somé, P.-A. et Ridde, V. (2013). L'approche de l'indigence dans les Centres Hospitaliers Régionaux burkinabé. Dans V. Ridde & J.-P. Jacobs (dir.), *Les indigents et la santé en Afrique* (Academia Brillant^e éd., Vol. 1, p. 209-223). Louvain-la-Neuve, Paris: Academia, L'Harmattan.
- Kanchebe Derbile, E. et van der Geest, S. (2012). Repackaging exemptions under National Health Insurance in Ghana: how can access to care for the poor be improved? *Health Policy and Planning*, 28(6), 586-595.
- Kaplan, R. M. et Babad, Y. M. (2011). Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Services Research*, 11(1), 85.
- Kelley, A., Sieleunou, I., Gashubije, L. et Hounye, H. F. (2014). « Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone », Communauté de Pratique Accès financier aux Services de Santé et Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance.
- Khayatzadeh-Mahani, A., Sedoghi, Z., Mehrolhassani, M. H. et Yazdi-Feyzabadi, V. (2015). How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health promotion international*, 31(3), 769-781. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav062>

- Kidd, S. (2018). Pro-poor or anti-poor? The World Bank and AAtt iisssuuee IMF's approach to social protection. doi: <http://www.brettonwoodsproject.org/2018/03/pro-poor-anti-poor-world-bank-imfs-approach-social-protection/>
- Kieffer, J. (2006). Les jeunes des «grins» de thé et la campagne électorale à Ouagadougou. *Politique africaine*(1), 63-82. doi: <https://doi.org/10.3917/polaf.101.0063>.
- Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (2^e éd.). New York, Montréal: Longman.
- Knack, S. et Keefer, P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *The Quarterly journal of economics*, 112(4), 1251-1288.
- Koduah, A., Dijk, H. et Agyepong, I. A. (2015). The role of policy actors and contextual factors in policy agenda setting and formulation: maternal fee exemption policies in Ghana over four and a half decades. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 27.
- Koon, A. D., Rao, K. D., Tran, N. T. et Ghaffar, A. (2013). Embedding health policy and systems research into decision-making processes in low-and middle-income countries. *Health Res Policy Syst*, 11(1), 30.
- Kübler, D. et de Maillard, J. (2009). *Analyser les politiques publiques*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble (PUG).
- Kusi-Ampofo, O., Church, J., Conteh, C. et Heinmiller, T. B. (2014). Resistance and Change: A Multiple Streams Approach to Understanding Health Policy Making in Ghana. *Journal of health politics, policy and law*, 195-219. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-2854711>
- Lafond, A. et Michollin, J. (1954). *Code du travail de la France d'Outre-Mer : Commentaires et Textes*. Paris: Librairie dépositaire, Editions Techniques.
- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R. et Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), 933-943.
- Lahire, B. (2004). 2. Utilité: entre sociologie expérimentale et sociologie sociale. *Poche/Sciences humaines et sociales*, 43-66.
- Lamari, M. (2010). Le transfert intergénérationnel des connaissances tacites: les concepts utilisés et les évidences empiriques démontrées. *Télescope*, 16(1), 39-65.
- Landry, R., Amara, N. et Lamari, M. (2001). Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research policy*, 30(2), 333-349.
- Landry, R., Lamari, M. et Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public administration review*, 63(2), 192-205.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de Sciences po.

- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. (2^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Lautier, B. (2006). *Le difficile cheminement vers l'universalisation de la protection sociale en Amérique latine*. Communication présentée Colloque International : État et régulation sociale. Comment penser la cohérence de l'intervention publique ?, Paris, Centre d'Économie de la Sorbonne.
- Lavers, T. (2016). Social protection in an aspiring 'developmental state': The political drivers of Community-Based Health Insurance in Ethiopia *ESID Working Paper No 73*. Manchester: Effective States and Inclusive Development Research Centre (ESID), University of Manchester.
- Lavers, T. et Hickey, S. (2015). Investigating the political economy of social protection expansion in Africa: At the intersection of transnational ideas and domestic politics. *ESID Working Paper 47*. Manchester, UK: Effective States and Inclusive Development Research Centre (ESID), School of Environment and Development, The University of Manchester.
- Lavers, T. et Hickey, S. (2016). Conceptualising the politics of social protection expansion in low income countries: The intersection of transnational ideas and domestic politics. *International Journal of Social Welfare*, 25(4), 388-398.
- Lavigne Delville, P. (2011). Pour une anthropologie symétrique entre «développeurs» et «développés». *Cahiers d'études africaines*, 51(202-203), 491-509. doi: <http://journals.openedition.org/etudesaficaines/16752>
- Lavigne Delville, P. (2017). Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays 'sous régime d'aide'. *Anthropologie & développement*(45), 33-64. doi: <https://journals.openedition.org/anthropodev/542>
- Lavis, J. N., Posada, F. B., Haines, A. et Osei, E. (2004). Use of research to inform public policymaking. *The Lancet*, 364(9445), 1615-1621. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17317-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17317-0)
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B. et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly*, 81(2), 221-248.
- Le Crom, J.-P., Auvergnon, P., Barragan, K., Blonz-Colombo, D., Boninchi, M., Clément, A., . . . Emame, A. (2017). Histoire du droit du travail dans les colonies françaises (1848-1960) *Rapport de recherche: Convention n° 213.09.11.06*: Mission de recherche Droit et Justice.
- Lemay, V. (2012). *Quelle interdisciplinarité est la vôtre. Polysémie et polémique. Enjeux universitaires des profs vous informent, no14*. Communication présentée 80e Congrès annuel de l'Acfas.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir*. (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V. (2009). *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.

- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation*. doi: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- Letourmy, A. (2008). Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu: l'exemple des pays africains. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 952-963.
- Linder, S. H. et Peters, B. G. (1990). Policy formulation and the challenge of conscious design. *Evaluation and Program Planning*, 13(3), 303-311.
- Liverani, M., Chheng, K. et Parkhurst, J. (2018). The making of evidence-informed health policy in Cambodia: knowledge, institutions and processes. *BMJ global health*, 3(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000652>
- Liverani, M., Hawkins, B. et Parkhurst, J. O. (2013). Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS ONE*, 8(10).
- Loada, A. (2006). L'élection présidentielle du 13 novembre 2005: un plébiscite par défaut. *Politique africaine*(1), 19-41.
- Lomas, J. (2000). Connecting research and policy. *Canadian Journal of Policy Research*, 1(1), 140-144.
- Lomas, J., Tony, C., McCutcheon, C., McAuley, L. et Law, S. (2005). Conceptualizing and combining evidence for health system guidance: Final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation= Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Mahy, I. (2014). L'art de l'inter à travers l'oeil ouvert du coeur. Dans V. Lemay & F. Darbellay (dir.), *L'interdisciplinarité racontée. Chercher hors frontières, vivre l'interculturalité* (p. 261). Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien,.
- Marston, G. et Watts, R. (2003). Tampering with the evidence: a critical appraisal of evidence-based policy-making. *The drawing board: An Australian review of public affairs*, 3(3), 143-163.
- Massé, P. (1992). *Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication*. Cahier de l'étudiant. Québec: Télé-université.
- MASSN (2009). *Charte Nationale de Solidarité -Burkina Faso*. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN).
- Mbachu, C. O., Onwujekwe, O., Chikezie, I., Ezumah, N., Das, M. et Uzochukwu, B. S. (2016). Analysing key influences over actors' use of evidence in developing policies and strategies in Nigeria: a retrospective study of the Integrated Maternal Newborn and Child Health strategy. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 27.
- Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., Somé, P.-A. et Ridde, V. (2017). Research dissemination workshops: observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 43.

- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K. et Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan, 26 Suppl 2*, ii16-29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- MEF. (2010). Programme d'action prioritaire du Cadre strategique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) du Burkina Faso. Bilan de mise en oeuvre 2009-Rapport Final Ougadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Économie et des Finances(MEF).
- MEFD. (2018). Coopération pour le developpement : « Les financements innovants comme alternative pour le financement du développement au Burkina Faso : réalités et perspectives ». Ouagadougou: Ministère de l'économie des finances et du Developpement, Gouvernement du Burkina Faso.
- Mégie, A. (2010). Mise en œuvre (*Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 3, p. 343-350): Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Merrien, F.-X. (2013). La protection sociale comme politique de développement: un nouveau programme d'action international. *International Development Policy| Revue internationale de politique de développement*(5.1), 68-88. doi: <http://journals.openedition.org/poldev/1519>
- Merrien, F.-X. (2014). Réformer et étendre les régimes de protection sociale des pays émergents d'Amérique latine: entre héritage institutionnel et réception d'idées. *Revue française des affaires sociales, 3*(3), 14-29.
- Midgley, J. (2013). Social development and social protection: New opportunities and challenges. *Development Southern Africa, 30*(1), 2-12. doi: <https://doi.org/10.1080/0376835X.2012.755850>
- Mikecz, R. (2012). Interviewing elites: Addressing methodological issues. *Qualitative inquiry, 18*(6), 482-493.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck
- Mkandawire, T. (2004). *Social policy in a development context*. New York: Palgrave Macmillan, UNRISD.
- Mladovsky, P. (2014). Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social science & medicine, 107*, 78-88.
- Monchuk, V. (2014). *Reducing Poverty and Investing in People: The New Role of Safety Nets in Africa*. Washington, DC: World Bank.
- Morestin, F. et Ridde, V. (2009). Comment mieux intégrer les pauvres dans les assurances-santé en Afrique? Un aperçu des stratégies possibles.
- Muller, P. (2000a). L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique, 50*(2), 189-207.

- Muller, P. (2000b). L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 189-207.
- Muller, P. et Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Paris: Montchrestien.
- Musselin, C. (2005). Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques: deux approches pour un même objet? *Revue française de science politique*, 55(1), 51-71. doi: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-51.htm>
- Nabyonga-Orem, J. et Mijumbi, R. (2015). Evidence for informing health policy development in Low-income Countries (LICs): perspectives of policy actors in Uganda. *International journal of health policy and management*, 4(5).
- Nabyonga-Orem, J., Ssengooba, F., Mijumbi, R., Tashobya, C. K., Marchal, B. et Criel, B. (2014a). Uptake of evidence in policy development: the case of user fees for health care in public health facilities in Uganda. *BMC Health Serv Res*, 14. doi: 10.1186/s12913-014-0639-5
- Nabyonga-Orem, J., Ssengooba, F., Mijumbi, R., Tashobya, C. K., Marchal, B. et Criel, B. (2014b). Uptake of evidence in policy development: the case of user fees for health care in public health facilities in Uganda. *BMC Health Services Research*, 14(1), 639.
- Newman, K., Capillo, A., Famurewa, A., Nath, C. et Siyanbola, W. (2013). What is the evidence on evidence-informed policy making? Lessons from the International Conference on Evidence-Informed Policy Making.: International Network for the Availability of Scientific Publications (INASP).
- Nicholas, M. et Rachel, S. (2014). *Social protection and growth: Research synthesis*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia
- Niño-Zarazúa, M., Barrientos, A., Hickey, S. et Hulme, D. (2012). social Protection in sub-saharan Africa: Getting the politics right. *World Development*, 40(1), 163-176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2011.04.004>
- Niño-Zarazúa, M., Barrientos, A., Hulme, D. et Hickey, S. (2010). Social protection in Sub-Saharan Africa: Will the green shoots blossom? *BWPI Working Paper No. 116*. (Vol.). Manchester, UK: Brooks World Poverty Institute (BWPI).
- Norton, A., Conway, T. et Foster, M. (2002). Social protection: defining the field of action and policy. *Development Policy Review*, 20(5), 541-567.
- Nutley, S., Davies, H. et Walter, I. (2002). Evidence based policy and practice: Cross sector lessons from the UK *ESRC UK working paper 9*. London: Centre for evidence based policy and practice (ESRC).
- Nutley, S., Davies, H. T. et Tilley, N. (2000). Viewpoints: Editorial: Getting Research into Practice. *Public Money & Management*, 20(4), 3-6.

- Oduro, R. (2015). Beyond poverty reduction: Conditional cash transfers and citizenship in Ghana. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 27-36. doi: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12133>
- OIT. (2010). Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi. Genève: Organisation International du Travail (OIT).
- OIT. (2017). Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019: protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable. Genève: Bureau international du Travail.
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J. et Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14(1), 2.
- Oliver, K. et Pearce, W. (2017). Three lessons from evidence-based medicine and policy: Increase transparency, balance inputs and understand power. *Palgrave Communications*, 3(1), 43.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995a). *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*. KARTHALA Editions.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995b). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Revue Enquête*(1), 71-109. doi: <https://journals.openedition.org/enquete/263>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La Neuve: Académia-Bruylant.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2013). Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste: l'exemple de l'anthropologie médicale. *Anthropologie et Sociétés*, 37(1), 23-43. doi: <http://id.erudit.org/iderudit/1016145ar>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2018). Les enjeux scientifiques et citoyens d'une anthropologie des politiques publiques. *Antropologia Pubblica*, 1(1-2), 7-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1473/anpub.v1i1-2.112>
- Olivier de Sardan, J.-P. et Ridde, V. (2014a). *Une politique publique de santé et ses contradictions: La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: KARTHALA.
- Olivier de Sardan, J. et Ridde, V. (2014b). Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahélienne. Dans J. Olivier de Sardan & V. Ridde (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris: Karthala.
- OMS. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.: Organisation mondiale de la santé(OMS).
- OMS. (2010). Rapport sur la santé dans le monde: Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. . Genève: Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

- Onoka, C. A., Hanson, K. et Hanefeld, J. (2014). Towards universal coverage: a policy analysis of the development of the National Health Insurance Scheme in Nigeria. *Health Policy Plan.*, 30. doi: 10.1093/heapol/czu116
- Onwujekwe, O., Onoka, C., Uzochukwu, B., Okoli, C., Obikeze, E. et Eze, S. (2009). Is community-based health insurance an equitable strategy for paying for healthcare? Experiences from southeast Nigeria. *Health Policy*, 92(1), 96-102.
- Onwujekwe, O., Uguru, N., Russo, G., Etiaba, E., Mbachu, C., Mirzoev, T. et Uzochukwu, B. (2015). Role and use of evidence in policymaking: an analysis of case studies from the health sector in Nigeria. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 46.
- Oudin, X. (1995, mars 1995). *La protection sociale des non-salariés-Contribution pour le Séminaire préparatoire au Sommet Mondial pour le Développement Social*. Communication présentée Le développement peut-il être social? Pauvreté, chômage, exclusion dans les pays du Sud., Copenhague.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines*. Paris: Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Pal, L. A. (1992). *Public policy analysis: An introduction*. (2^e éd.). Scarborough, CA: Nelson Thomson Learning.
- Pal, L. A. (2010). *Beyond policy analysis :Public Issue Management in Turbulent Times*. Toronto, CA: Nelson Education.
- Palier, B. et Surel, Y. (2001). Le politique dans les politiques. *Espaces temps*, 76(1), 52-67.
- Palier, B. et Surel, Y. (2005). Les «trois I» et l'analyse de l'État en action. *Revue française de science politique*, 55(1), 7-32.
- Pang, T. (2007). Evidence to action in the developing world: what evidence is needed? *Bulletin World Health Organization (WHO)*, 85(4), 247.
- Parkhurst, J. (2017). *The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence*. London: Routledge.
- Parkhurst, J., Ettelt, S. et Hawkins, B. (2018). *Evidence use in health policy making: an international public policy perspective*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Parkhurst, J. O. (2012). Framing, ideology and evidence: Uganda's HIV success and the development of PEPFAR's ABC policy for HIV prevention. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 8(1), 17-36.

- Parmar, D., De Allegri, M., Savadogo, G. et Sauerborn, R. (2014). Do community-based health insurance schemes fulfil the promise of equity? A study from Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 29(1), 76-84.
- Parmar, D., Williams, G., Dkhimi, F., Ndiaye, A., Asante, F. A., Arhinful, D. K. et Mladovsky, P. (2014). Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa—Does social exclusion play a part? *Social science & medicine*, 119, 36-44.
- Parsons, C. (2002). Showing ideas as causes: the origins of the European Union. *International organization*, 56(1), 47-84. doi: <https://doi.org/10.1162/002081802753485133>
- Parsons, C. (2007). *How to map arguments in political science*. Oxford: Oxford University Press.
- Patel, L. (2016). *Social Welfare and Social Development*. (2^e éd.). Cape Town: Oxford University Press Southern Africa.
- Payre, R. et Pollet, G. (2005). Analyse des politiques publiques et sciences historiques: quel (s) tournant (s) socio-historique (s)? *Revue française de science politique*, 55(1), 133-154. doi: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-133.htm>
- Pelham, L. (2007). The politics behind the non-contributory old age social pensions in Lesotho, Namibia and South Africa *CPRC Working Paper No. 83*. Manchester: Chronic Poverty Research Centre (CPRC).
- Pelletier, D. L., Frongillo, E. A., Gervais, S., Hoey, L., Menon, P., Ngo, T., . . . Ahmed, T. (2012). Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative. *Health Policy and Planning*, 27(1), 19-31. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr011>
- Pellissery, S. (2014). Expansion of Social Assistance: Does Politics Matter? *Economic & Political Weekly (EPW)*, *xlviII*(9). doi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2397069>
- Pérez, D., Lefèvre, P., Castro, M., Sánchez, L., Toledo, M. E., Vanlerberghe, V. et Van der Stuyft, P. (2010). Process-oriented fidelity research assists in evaluation, adjustment and scaling-up of community-based interventions. *Health Policy and Planning*, 26(5), 413-422. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czq077>
- Pérez, D., Van der Stuyft, P., del Carmen Zabala, M., Castro, M. et Lefèvre, P. (2015). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 11(1), 91. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>
- Peters, B. G. (2015). *Advanced introduction to public policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Pino, A. et Confalonieri, A. M. B. (2014). National social protection policies in West Africa: A comparative analysis. *International Social Security Review*, 67(3-4), 127-152. doi: <https://doi.org/10.1111/issr.12051>

- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.
- Plagerson, S. et Patel, L. (2017). Social Protection and Social Development. Dans J. Midgley & M. Pawar (dir.), *Future Directions in Social Development* (p. 205-226). doi: https://doi.org/10.1057/978-1-137-44598-8_11.
- Plagerson, S. et Ulriksen, M. S. (2016). Can social protection address both poverty and inequality in principle and practice? *Global Social Policy*, 16(2), 182-200. doi: <https://doi.org/10.1177/1468018115622521>
- PNPS (2012). *Politique Nationale de Protection Sociale 2013 - 2022*. Ouagadougou: Gouvernement du Burkina Faso.
- Polet, F. (2014a). Étendre la protection sociale au Sud: défis et dérives d'un nouvel élan (*Protection sociale au sud : les défis d'une nouvel élan*). (p. 7-28). Louvain-la-Neuve: CETRI, Syllepse.
- Polet, F. (2014b). *Protection sociale au Sud : les défis d'un nouvel élan*. Louvain-la-Neuve: CETRI, Syllepse.
- Pruce, K. et Hickey, S. (2017). The politics of promoting social protection in Zambia *ESID Working Paper No. 75*. Manchester, UK: Effective States and Inclusive Development Research Centre (ESID); Global Development Institute; School of Environment, Education and Development, The University of Manchester.
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., . . . Evans, T. G. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, 387(10020), 811-816.
- Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*(19), 171-200.
- Richard, G. (2014). *Pratiques enseignantes et diversité sexuelle. Analyse des pratiques pédagogiques et d'intervention d'enseignants de l'école secondaire québécoise*. (Université de Montréal, Montréal, Canada).
- Ridde, V. (2006a). L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public? *Lien social et Politiques*(55).
- Ridde, V. (2006b). [Understanding local concepts of equity to formulate public health policies in Burkina Faso]. *Promot Educ*, 13(4), 252-256, 235.
- Ridde, V. (2007). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Ridde, V. (2008a). Equity and health policy in Africa: using concept mapping in Moore (Burkina Faso). *BMC Health Serv Res*, 8, 90. doi: 10.1186/1472-6963-8-90

- Ridde, V. (2008b). “The problem of the worst-off is dealt with after all other issues”: The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social science & medicine*, 66(6), 1368-1378.
- Ridde, V. (2009). Policy Implementation in an African State: An Extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach. *Public Administration*, 87(4), 938-954.
- Ridde, V. (2012a). *L'Accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V. (2012b). *Promoting evidence-based decision making to improve access to health care for vulnerable populations: Knowledge translation strategies in West Africa*. Communication présentée Global symposium on health system research (Beijing, 31 oct. – 3 nov. 2012) Chair : Valéry Ridde
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, O., Tiendrebéogo, J., Yé, M. et De Allegri, M. (2015). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 55-64. doi: 10.1007/s10198-013-0553-5
- Ridde, V., Antwi, A. A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F. et Touré, L. (2018). Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ global health*, 3(Suppl 3). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>
- Ridde, V., Belaid, L., Samb, O. M. et Faye, A. (2014). Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. *Santé Publique*, 26(5), 715-725.
- Ridde, V., Béland, D. et Lacouture, A. (2016). Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. *Cahiers REALISME, Numéro 9*.
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal, CA: Les Presses de l'Université de Montréal (PUM).
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2017). What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ global health*, 2(4).
- Ridde, V. et Jacob, J. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique : expériences et enjeux conceptuels*. Louvain-La-Neuve, Paris: Academia-l'Harmattan.
- Ridde, V., Kadio, K., Ducandas, X. et Kafando, Y. (2011). La protection sociale et les indigents au Burkina Faso.: Université de Montréal, Equipe de recherche teasdale-corti, CRCHUM, Société d'études et de recherches en santé publique.
- Ridde, V., Kouanda, S., Yameogo, M., Kadio, K., Bado, A. et Haddad, S. (2011). *Exploring the Implementation Gap of a Pro-poor Health Policy: the National Subsidy for Deliveries in Burkina*

Faso. Communication présentée 6th International Conference: Making Policy a Health Equity Building Process. Cartagena de Indias, Colombia.

- Ridde, V. et Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czq0211>
- Ridde, V. et Olivier de Sardan, J.-P. O. (2017). The implementation of public health interventions in Africa: a neglected strategic theme. *Medecine et sante tropicales*, 27(1), 6-9. doi: <https://doi.org/10.1684/mst.2016.0605>
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L. et Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*, 26 Suppl 2, ii30-40. doi: 10.1093/heapol/czr060
- Ridde, V. et Yaméogo, P. (2018). How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4(1), 119. doi: <https://www.nature.com/articles/s41599-018-0173-x>
- 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. *Eval Program Plann*, 34(4), 333-342. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2011.03.007
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Sanfo, M., . . . Haddad, S. (2011). Challenges of scaling up and of knowledge transfer in an action research project in Burkina Faso to exempt the worst-off from health care user fees. *BMC Int Health Hum Rights*, 11 Suppl 2, S9. doi: 10.1186/1472-698X-11-S2-S9
- Ritter, A. (2009). How do drug policy makers access research evidence? *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 70-75.
- Robert, E. (2015). *Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne: débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins*. (Université de Montréal, Canada).
- Robert, E. et Ridde, V. (2018). " Policy dialogue"(dialogue sur les politiques): une synthèse exploratoire des écrits scientifiques. *Les Cahiers REALISME Numéro 16*. doi: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-08/010073516.pdf
- Robert, E., Sieleunou, I., Kadio, K. et Samb, O. M. (2015). La recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu : Comment faire entendre la voix des chercheurs francophones ? Repéré à <http://blogs.lshtm.ac.uk/hppdebated/2015/02/25/la-recherche-sur-les-politiques-et-systemes-de-sante-dans-les-pays-faible-et-moyen-revenu-comment-faire-entendre-la-voix-des-chercheurs-francophones/>
- Rocha, S. (2011). Transferts de revenus et pauvreté au Brésil. *Revue Tiers Monde*(1), 191-210. doi: <https://doi.org/10.3917/rtm.205.0191>

- Rochefort, D. A. et Cobb, R. W. (1993). Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy studies journal*, 21(1), 56-71.
- Rocher, G. (2014). L'interdisciplinarité: franchir des distances. Dans V. Lemay & F. Darbellay (dir.), *L'interdisciplinarité racontée. Chercher hors frontières, vivre l'interculturalité* (p. 261). Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien.
- Rohregger, B. (2010). Social protection and governance *Discussion Paper on Social Protection No. 3* Eschborn, Germany Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
- Roth, C. (2010). Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*(1), 95-110.
- Sabates-Wheeler, R. et Devereux, S. (2008). Transformative social protection: the currency of social justice. Dans H. D. Barrientos A. (dir.), *Social Protection for the Poor and Poorest: Concepts, policies and politics* doi: https://doi.org/10.1057/978-0-230-58309-2_4.
- Sabates-Wheeler, R. et Waite, M. (2003). Migration and social protection: a concept paper *Working Paper T2*. Brighton, Sussex, UK: Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, University of Sussex.
- Sabates-Wheeler, R. et Devereux, S. (2007). Social protection for transformation. *IDS bulletin*, 38(3), 23-28.
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of public policy*, 6(1), 21-48. doi: doi.org/10.1017/S0143814X00003846
- Sabatier, P. A. et Jenkins-Smith, H. C. (1999). The advocacy coalition framework: An assessment. Dans P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the Policy Process* (p. 117-166). Boulder, US: Westview Press.
- Sabatier, P. A. et Schlager, E. (2000). Les approches cognitives des politiques publiques: perspectives américaines. *Revue française de science politique*, 50(2), 209-234.
- Sabourin, P. (2009). L'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (p. 415-444). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Samb, O. M. et Ridde, V. (2018). The impact of free healthcare on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Soc Sci Med*, 197, 9-16. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.045
- Savadogo, K. (2010). Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso: Inventaire et analyse des programmes de filets sociaux existants. Ouagadougou: UNICEF/Banque mondiale.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (p. 293-316). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

- Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (p. 337-360).
- Schiefer, D. et van der Noll, J. (2017). The essentials of social cohesion: A literature review. *Social indicators research*, 132(2), 579-603. doi: <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1314-5>
- Schneider, A. L. et Ingram, H. (1990). Policy design: Elements, premises, and strategies. Dans S. S. Nagel (dir.), *Policy theory and policy evaluation: Concepts, knowledge, causes and norms* (p. 77-101). New York: Greenwood Press.
- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Logiques.
- Seddoh, A. et Akor, S. A. (2012). Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. *BMC Public Health*, 12. doi: 10.1186/1471-2458-12-S1-S10
- Seekings, J. (2017). The discourse of dependency and the agrarian roots of welfare doctrines in Africa. *sozialpolitik. ch*, 2(2), 2.4.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique: développement, justice, liberté*. Paris: Odile Jacob.
- Shepherd, A., Marcus, R. et Barrientos, A. (2004). Policy paper on social protection. London: Department for International Development (DFID).
- Sissoko, M., Badini, A., Ouédraogo, B. et Traoré, A. (1999). Protection sociale au Burkina Faso: éléments pour un plan d'action en vue d'une gestion prospective *Études et travaux du RRPS/AOC; no. 4*. Dakar: Réseau de Recherche sur les Politiques Sociales /Afrique de l'Oest et du Centre (RRPS/AOC).
- Smith, K. (2013). *Beyond evidence based policy in public health: The interplay of ideas*. London: Palgrave Macmillan.
- Souffez, K. (2008). *Le cheminement de la recherche dans l'élaboration des politiques publiques: une analyse de la politique québécoise de lutte contre la pauvreté*. (Université de Montréal, Montréal, Canada).
- Spaan, E., Mathijssen, J., Tromp, N., McBain, F., Have, A. t. et Baltussen, R. (2012). The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 685-692.
- Sparrow, R., Alemu, G. et Bedi, A. S. (2013). Community-Based Health Insurance Schemes: A Systematic Review *ISS Working Paper Series/General Series* (Vol. 568, p. 1-47). Rotterdam: International Institute of Social Studies of Erasmus University (ISS).
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Newburn-Cook, C. V. et Gierl, M. (2011). Validation of the conceptual research utilization scale: an application of the standards for educational and psychological testing in healthcare. *BMC Health Services Research*, 11(1), 107.

- Su, T. T., Kouyaté, B. et Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1), 21-27.
- Sultan, S. M. et Schrofer, T. T. (2008). *Building Support to have Targeted Social Protection Interventions for the Poorest—The Case of Ghana*. Communication présentée Compendium of papers presented during the international conference on social protection: Social Protection for the Poorest in Africa, learning from Experience Kampala , 8- 10 sep 2008.
- Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H. et von Thiele Schwarz, U. (2016). Novel programs, international adoptions, or contextual adaptations? Meta-analytical results from German and Swedish intervention research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 784-796. doi: <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020540>
- Sutcliffe, S. et Court, J. (2005). Evidence-based policy making: What is it? How does it work? What relevance for developing countries. London: Overseas Development Institute.
- Temin, M. (2008). Expanding Social Protection for Vulnerable Children and Families: Learning from an institutional perspective. Dans I. W. Paper (dir.), *Prepared by* New York: UNICEF, The Interagency Task Team (IATT) on Children and HIV/AIDS Working group on sociale protection.
- Tesfazghi, K., Hill, J., Jones, C., Ranson, H. et Worrall, E. (2015). National malaria vector control policy: an analysis of the decision to scale-up larviciding in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 31(1), 91-101. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv055>
- Thoenig, J.-C. (2005). Pour une épistémologie des recherches sur l'action publique. Dans D. F. e. G. d. Terssac (dir.), *Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique* (p. 285-306). Toulouse, France: Octarès.
- Townsend, P. (2007). The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries *Issues in Social Protection, Discussion Paper 18*. Geneva: International Labour Organization.
- Toye, M. (2008). *La cohésion sociale: le contexte urbain au Canada*. Service d'information et de recherche parlementaires.
- Tremblay-Racicot, F. R. (2010). *Instruments de politique publique en matière de réduction des émissions de gaz à effet de serre : transports urbains durables à Montréal et à Boston*. (Université Laval, Québec).
- Trostle, J., Bronfman, M. et Langer, A. (1999). How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*, 14(2), 103-114.
- Tulloch, O., Mayaud, P., Adu-Sarkodie, Y., Opoku, B. K., Lithur, N. O., Sickle, E., . . . Theobald, S. (2011). Using research to influence sexual and reproductive health practice and implementation in Sub-Saharan Africa: a case-study analysis. *Health Research Policy and Systems*, 9(1), S10.

- Ulriksen, M. S. (2016). Ideational and institutional drivers of social protection in Tanzania *WIDER Working Paper 142*. Helsinki, Finland: United Nations University World Institute for Development Economics Research(UNU-WIDER).
- Ulriksen, M. S., Plagerson, S. et Hochfeld, T. (2016). Social Protection and Justice: Poverty, Redistribution, Dignity. Dans Camilla Boisen & M. C. Murray (dir.), *Distributive Justice Debates in Political and Social Thought* (p. 171-190). London: Routledge.
- Uneke, C. J., Sombie, I., Keita, N., Lokossou, V., Johnson, E. et Ongolo-Zogo, P. (2017a). An assessment of national maternal and child health policy-makers' knowledge and capacity for evidence-informed policy-making in Nigeria. *International journal of health policy and management*, 6(6), 309.
- Uneke, C. J., Sombie, I., Keita, N., Lokossou, V., Johnson, E. et Ongolo-Zogo, P. (2017b). An assessment of policymakers' engagement initiatives to promote evidence informed health policy making in Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 27(1).
- Uneke, C. J., Sombie, I., Keita, N., Lokossou, V., Johnson, E., Ongolo-Zogo, P. et Uro-Chukwu, H. C. (2017). Assessment of policy makers' individual and organizational capacity to acquire, assess, adapt and apply research evidence for maternal and child health policy making in Nigeria: a cross-sectional quantitative survey. *African health sciences*, 17(3), 700-711.
- UNICEF. (2012). Integrated social protection systems: Enhancing equity for children. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Union African. (2006). Social Protection: A transformative Agenda: Livingstone Call for Action. *Zambia: African Union*.
- Van der Heijden, J. (2011). Institutional layering: A review of the use of the concept. *Politics*, 31(1), 9-18. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2010.01397.x>
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; De Boeck.
- Varone, F. (1998). *Le choix des instruments des politiques publiques: Une analyse comparée des politiques d'efficacité énergétique du Canada, du Danemark, des États-Unis, de la Suède et de la Suisse*. Berne: Haupt.
- Varone, F. (2001). Les instruments de la politique énergétique: analyse comparée du Canada et des États-Unis. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 34(01), 3-28.
- Vecchione, E. et Parkhurst, J. (2018). The Use of Evidence in Health Policy in Ghana: Implications for Accountability and Democratic Governance. Dans Parkhurst J., Ettelt S. & H. B. (dir.), *Evidence Use in Health Policy Making* (p. 75-90). doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93467-9_4.
- Voipio, T. (2007). Social protection for poverty reduction: The OECD/DAC/POVNET view. *IDS bulletin*, 38(3), 45-50.

- Volmink, J., Siegfried, N., Robertson, K. et Gülmezoglu, A. M. (2004). Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 778-783.
- Von Thiele Schwarz, U., Hasson, H. et Lindfors, P. (2015). Applying a fidelity framework to understand adaptations in an occupational health intervention. *Work*, 51(2), 195-203. doi: <https://doi.org/10.3233/WOR-141840>
- Walls, H., Liverani, M., Chheng, K. et Parkhurst, J. (2017). The many meanings of evidence: a comparative analysis of the forms and roles of evidence within three health policy processes in Cambodia. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 95.
- Walt, G. et Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 9(4), 353-370.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R. et Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan*, 23(5), 308-317. doi: 10.1093/heapol/czn024
- Walugembe, D. R., Kiwanuka, S. N., Matovu, J. K., Rutebemberwa, E. et Reichenbach, L. (2015). Utilization of research findings for health policy making and practice: evidence from three case studies in Bangladesh. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 26.
- Weible, C. M., Sabatier, P. A. et McQueen, K. (2009). Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. *Policy studies journal*, 37(1), 121-140.
- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public administration review*, 426-431.
- Wesselink, A., Colebatch, H. et Pearce, W. (2014). Evidence and policy: discourses, meanings and practices. *Policy Sciences*, 47(4), 339-344.
- Wireko, I. et Béland, D. (2017). Transnational actors and health care reform: Why international organizations initially opposed, and later supported, social health insurance in Ghana. *International Journal of Social Welfare*, 26(4), 405-415. doi: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12257>
- Witter, S., Boukhalfa, C., Cresswell, J. A., Daou, Z., Filippi, V., Ganaba, R., . . . Richard, F. (2016). Cost and impact of policies to remove and reduce fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco. *Int J Equity Health*, 15(1), 123. doi: 10.1186/s12939-016-0412-y
- Yin, R. K. (2008). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Incorporated.
- Yin, R. K. et Ridde, V. (2012). Théorie et pratiques des études de cas en évaluation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme Seconde édition*. (Presses de l'Université de Montréal^e éd., p. 177-193). Montréal: PUM.
- Young, J. (2005). Research, policy and practice: why developing countries are different. *Journal of International development*, 17(6), 727-734.

- Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and choice in public policy: Political decision making in modern democracies*. Washington: Georgetown University Press.
- Zahariadis, N. (2007). The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects. Dans P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the Policy Process* (p. 65–92). Boulder: Westview Press.
- Zahariadis, N. (2014). Ambiguity and Multiple Streams. Dans Paul A. Sabatier & C. M. Weible (dir.), *Theories of the Policy Process* (p. 25-58). New York: Westview Press.
- Zahariadis, N. et Exadaktylos, T. (2015). Policies that Succeed and Programs that Fail: Ambiguity, Conflict, and Crisis in Greek Higher Education. *Policy studies journal*, 44(1), 59-82. doi: <https://doi.org/10.1111/psj.12129>
- Zardo, P. et Collie, A. (2015). Type, frequency and purpose of information used to inform public health policy and program decision-making. *BMC Public Health*, 15(1), 381.
- Zett, J. B. et Bationo, F. (2011). Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, Rapport d'étude. Ouagadougou: Association Songui Manegré /Aide au Développement Endogène (ASMADE)
- Zida, A., Lavis, J. N., Sewankambo, N. K., Kouyate, B. et Ouedraogo, S. (2018). Evaluating the process and extent of institutionalization: a case study of a rapid response unit for health policy in Burkina Faso. *International journal of health policy and management*, 7(1), 15.
- Zittoun, P. (2017). La fabrique pragmatique des politiques publiques. *Anthropologie & développement*(45), 65-89. doi: <http://journals.openedition.org/anthropodev/543>

ANNEXE1 : Guide d’entrevue sur l’émurgence PNPS

Objectif : Émergence de la PNPS : Émergence = rencontre du courant des politiques et des orientations à travers une fenêtre d’opportunité sous l’action des acteurs stratégiques.

- *Acteurs gouvernementaux membre du Comité interministériel, membre du secrétariat exécutif du comité interministériel, membre de la commission sur les filets sociaux, membre de la commission assurance sociale)*
- *Les Partenaires techniques et financiers (PTF) et organisations onusiennes, ONG, société civile et association locale.*

Problème de protection sociale

- Pourquoi le gouvernement a-t-il décidé en 2009 de formuler le PNPS (les motivations du gouvernement pour cette décision) ?
- La genèse de la désignation du Ministère de l’Économie et des Finances comme leader de la formulation (pourquoi eux et pas une autre institution).
- À quoi répond (quels problèmes ou situations) la PNPS ?
- Quel était le problème (nommer le problème, les causes, les conséquences, les personnes concernées) ? (Voir tableau)

La PNPS répond à quelle situation qui pose un problème ? (Inégalité sociale ? Exclusion sociale ? Pauvreté ?) être plus concret avec des exemples
Quelles sont les causes de la situation ou condition qui pose un problème Qu’est-ce qui justifie (explique) ? Quelle est la cause du problème que vous venez de soulever ? – Explorer comment les preuves et informations issues des recherches ont contribué à alimenter les connaissances des causes
Quelle est l’ampleur de cette situation qui pose un problème (ampleur reconnue ? Comment cette importance est-elle reconnue (les indicateurs, mentionnés dans les rapports ?) – Explorer comment les connaissances issues des recherches ont contribué à la reconnaissance de l’ampleur de la situation problème.
Quelles sont les conséquences de la situation (conséquences du déficit ou manque de PS) ? (Explorer les conséquences sur la santé l’éducation, la perte ou baisse de revenu et la consommation des ménages, etc..) ; qui supporte les conséquences ? – Explorer comment les connaissances issues des recherches ont contribué à informer sur les conséquences
Quelle est la population concernée par cette situation ? (Connaissance des populations concernées) ? – Quels sont ceux qui sont concernés par la question de protection sociale ? les nommer
Comment vous sentez-vous concerné par la question de protection sociale
La situation est-elle nouvelle ou est-ce une situation qui perdure ?

Y a-t-il des rétroactions à son sujet ? (Explorer les cadres pendant lesquels des échanges, des réflexions et discussions sont faites au sujet de la situation).
Y a-t-il eu des évènements et crises en lien avec la situation qui pose un problème (citer et expliquer en détail)
Comment résoudre la situation qui pose un problème ? – Explorer comment les connaissances issues des recherches ont contribué à alimenter les connaissances des causes
En phase avec les valeurs de la société : Problème de protection sociale et valeurs de la société. (Exploré équité, justice sociale, inégalité sociale, solidarité)

Orientations politiques

- Comment l’opinion publique du moment a-t-elle contribué à susciter une réflexion sur les questions de protection sociale ?
- Y a-t-il des changements et mouvements sociaux (élections nationales, les protestations sociales et les développements politiques à grande échelle) qui ont influencé l’action du gouvernement en faveur de la formulation d’une PNPS
- Comment la politique (vie des partis politiques, campagnes électorales) a-t-elle suscité une réflexion sur les questions de protection sociale ? (Établir les liens avec le programme du parti au pouvoir le CDP, et les documents politiques, SCADD, vision Burkina 2025)
- Pensez-vous que les idées, valeurs et orientations sur les questions de protection sociale au niveau international ont influencé l’action du Gouvernement ? (Expliquer et justifier la réponse)

Les solutions

- Comment peut-on résoudre la situation du déficit de protection sociale ?
- Quelles sont les solutions que vous connaissez ? Comment avez-vous pris connaissance de ces solutions (explorer les sources d’information sur les solutions) ?
- Pouvez-vous nous décrire chacune des solutions ?
- Parmi les solutions citées, lesquelles sont meilleures selon vous de façon générale et spécifiquement pour le Burkina ? Justifier votre réponse.

Les fenêtres d’opportunité

- Quels sont les changements dans le gouvernement et l’administration ayant contribué à susciter une réflexion sur les questions de protection sociale (alternance, changement de personnel, élection, nomination)
- Comment les évènements et décisions du niveau international ont-ils influencé la décision de formuler une PNSP ? (Les réunions, les débats, les cadres d’orientation au niveau international)

Les acteurs (entrepreneur politique) et leurs stratégies

- Qui a fait et influencé la politique ? Qui ont été les principaux décideurs politiques sur ce sujet ?
- Qui a eu une influence sur le contenu de la politique ? *(Des personnes/groupes/organisations jugées importantes à partir d'entretiens précédents. Pourraient inclure : les ministres ; le législateur ; fonctionnaires ; réseaux ; groupes professionnels ; groupes de défense ; des universitaires et des chercheurs ; les organisations internationales ; l'industrie ; ONG, les partis politiques ; les chefs religieux ; médias de masse ; le public ; et l'évolution du système politique plus large).*
- Quelles sont les actions des groupes de pression ayant contribué à susciter la formulation de la PNPS
 - o *Quels rôles les PTF ont-ils joués dans la décision de formuler le PNPS ? Qui sont ses PTF ? Comment et pourquoi ont-ils influencé ? Quelles sont les valeurs et visions de la protection sociale promues par chacun des PTF.*
 - o *Les acteurs au niveau national, les ONG, la société civile*
 - o *Quelles ont été les actions de ses groupes*
 - o *Quelles ont été les raisons avancées pour mettre en place un comité interministériel*

ANNEXE 2 : Guide d'entrevue sur la formulation PNPS

Objectif 2 : Analyse de formulation de la PNPS= Choix des solutions

Les répondants:

- *Acteurs gouvernementaux qui sont membres du Comité interministériel, membre du secrétariat exécutif du comité interministériel, membres de la commission sur les filets sociaux, membres de la commission sur l'assurance sociale)*
- *Les Partenaire technique et financier et organisation onusienne ONG et société civile, association locale*

1. Fonctionnement des comités interministériels de formulation de la PNPS

- Sur le mode de fonctionnement de chaque niveau de décision : comment les travaux des commissions ont-ils été exécutés ? Comment le contenu a-t-il été décidé et adopté ?
- Quels orientations, cadrages ou consignes ou canevas de la rédaction ont-ils été donnés ? Par qui ? Et pourquoi ?

2. Généralité sur les solutions et instruments de protection sociale.

- Pourquoi les solutions et instruments inclus dans les politiques ont-ils été choisis ? (Efficacité, faisabilité)
- Comment les expériences d'ailleurs sont-elles contribuées à la prise de décision
- Pour quelles sources d'informations étiez-vous personnellement le plus réceptif ?

3. Élaboration du contenu de la PNSP (solutions, stratégies)

- Décrire le processus du choix des solutions et des stratégies de la PNPS (*explorer les contradictions, les points de discordes, et les bases un consensus est trouvé pendant le processus de rédaction ? Quels sont les acteurs ayant des idées contradictoires et en quoi elles le sont ? Il quelles sont les contradictions dans un même groupe d'acteurs ?*)

4. Justification du choix par instruments et par acteurs (les points de consensus, divergence et arguments de justification.)

- *Pourquoi certains sont-ils arrivés à faire passer leur idée et pas d'autres ? Quels sont les acteurs les plus influents ? Pourquoi sont-ils influents ? Et pourquoi pensent-ils que leurs solutions sont les meilleures ?*
- **Facteurs qui ont influencé sur la qualité du processus de formulation.** *Explorer la capacité des acteurs sur la protection sociale, la participation des acteurs de haut niveau,*

5. Explorer les logiques qui ont guidé le choix du contenu de la PNPS

ANNEXE 3 : Guide d'entrevue sur le rôle des connaissances explicites dans la formulation et l'émergence de la PNPS

Objectif 3 rôles des connaissances dans l'émergence et la formulation

Confirmer le rôle de la personne interrogée dans le processus d'élaboration des politiques (Responsable de direction avant la formulation, responsables des commissions, responsable PTF avant et pendant la formulation). Le format exact des questions sera déterminé par l'analyse documentaire et les entrevues préliminaires.

Quels ont été les principaux événements qui ont abouti à ces questions se trouvant sur l'ordre du jour de la politique ?

1. Contexte politique

- Explorer comment les connaissances (résultats de recherche, donnée de routines, rapport) ont contribué à forger la perception des acteurs sur la situation de la protection sociale (connaissances issues de la recherche et le changement de perception sur le problème)
- Explorer comment les connaissances (résultats de recherche, donnée de routines, rapport) ont contribué à changer progressivement la perception des acteurs quant à la nature, l'importance de la question de protection sociale (personnes concernées, ampleur, conséquences) (expliquer comment ?)
- Ses connaissances ont-elles été si importantes ou décisives qu'ils ont incité des actions à prendre pour les transformer en politique ?
- Quels sont les facteurs de changement (identifier les événements, les changements, situation) qui ont contribué à favoriser ou non le recours aux connaissances et la prise en compte des connaissances dans la formulation de la PNPS ?
 - o *Des situations dans le contexte qui ont occasionné un besoin de connaissances*
 - o *Mise à l'agenda du problème et présence d'une solution.*
 - o *Climat de l'opinion publique et changement du courant politique (un nouveau vison, des discours et idées sur la PS).*

2. Les acteurs et l'utilisation des connaissances

- Quels ont été les principales personnes et groupes de personnes, dont les actions ont abouti à la formulation de la PNPS.
- Des connaissances ont-elles été utilisées à un moment quelconque du processus (*par qui ? Quels types de connaissances, moment de sollicitation, pourquoi elles ont été sollicitées*)

- Explorer les moments et cadres de partage des connaissances par les acteurs (des acteurs gouvernementaux, des PTF et la société civile ? pour accéder aux connaissances) : atelier, formations, réunion, voyage d'études, etc.)
 - o *Y a-t-il eu des formations ou partages d'information ou de connaissance sur la protection sociale avant et pendant la rédaction ? Qui a participé ? Qui a donné cette formation ou partagé ses connaissances ? La formation a-t-elle changé votre vision de la protection sociale (dans quel sens ?) ? Comment cette formation a-t-elle contribué à la PNPS ?*
- Comment les participations aux ateliers de formation, les ateliers techniques, ont-elles permis d'avoir accès aux connaissances issues de la recherche (document reçu, présentation suivie) ?
- Comment les ateliers de formation, les ateliers techniques ont-ils influencé les connaissances des acteurs sur la protection sociale ?
- Comment les ateliers de formation, les ateliers techniques ont-ils influencé la rédaction du contenu de la PNPS ?
- De quelle façon les connaissances ont été utilisées (définition du problème, choix des solutions/formulation ?)

3. Connaissances explicites

- De quelle façon les connaissances explicites ont influencé l'élaboration de la PNPS (utiliser les entrevues précédentes, explorer les raisons si la réponse suggère que la recherche a joué un rôle ou pas.)
 - o L'émergence de la PNPS (connaissances sur le problème de protection sociale)
 - o La formulation de la PNPS (rédaction du contenu de la politique ?)
- Quels types de connaissances ont contribué à l'élaboration de la PNPS (émergence, formulation)
 - o Après la réponse initiale, poser des questions sur l'un des cas échéants suivants : littérature scientifique nationale ou internationale ; rapports de recherche ; mémoires des résultats de recherche obtenus par les chercheurs ; synthèses de la littérature ; communication directe avec des chercheurs individuels ; participation à des séminaires au cours de laquelle les résultats de la recherche ont été présentés ; liaison avec les centres de recherche ; mémoires de conseillers politiques ou des fonctionnaires ; rapports de projet pilote, rapports d'évaluation, les documents de travail des organismes internationaux.
- Explorer les types d'utilisations (demander des exemples sur types d'utilisations instrumentales et conceptuelles, stratégiques)
 - o Quels types de connaissances ont été les plus utilisés ? Comment et dans quelles circonstances ?
 - Y a-t-il des raisons pour lesquelles les connaissances n'ont pas d'influence sur la politique dans la mesure où il aurait pu le faire ? (Limites à l'utilisation des connaissances)
 - Compétence et aptitude des décideurs pour utiliser les connaissances explicites (le niveau de la formation, leurs connaissances sur les méthodes de recherche ;

- Comment percevez-vous les rôles des acteurs et organismes internationaux ? (Explorer le rôle pour faire passer les connaissances, la pression pour les choix des instruments)

ANNEXE 4 : Guide d'entrevue sur l'émergence et la formulation du programme de solidarité

Emergence

1. Le courant des problèmes

Perception des acteurs sur la situation des indigents : (*explorer aussi la perception de la couverture des plus pauvres*) Ce tableau présente les neuves composantes d'une situation public afin d'identifier les éléments empiriques qui peuvent nous éclairer sur la compréhension qu'ont les acteurs sociaux de la situation d'exclusion des indigents des services de santé.

Pour qu'une situation devienne un problème public il faut	Questions
Qu'elle soit reconnue comme importante	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est l'importance de l'exclusion des indigents des services de santé ? - Comment cette importance est- elle reconnue ? (Les indicateurs, dans des rapports ? - Comment percevez-vous l'exclusion des services de santé et des mutuelles ? que pensez-vous de cela ? - Comment ils perçoivent les inégalités financières d'accès aux soins de santé ?
Que l'on en reconnaisse les causes	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qui justifie (explique) l'exclusion des indigents des mutuelles de santé et des services de santé ? - Qu'elle est la cause de l'exclusion des indigents ?
Que l'on précise les conséquences	<p>Quelles sont les conséquences des inégalités d'accès aux soins de santé ? Qui supporte les conséquences ? (Explorer les différentes conséquences)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La décision de consulter (le refus ou décalage) - Choix des prestataires (ailleurs, mais pas au CSPS) - La moindre qualité perçue des soins - Fardeau financier supplémentaire (vente de bien de production, ou transfère de dépense, emprunt etc.)
Que l'on connaisse les populations concernées	<p>Qui sont ceux qui sont exclus ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui est indigent ? - Les indigents sont-ils des personnes vulnérables ? des cas sociaux, ou des populations vulnérables ? - Sont – ils des pauvres ou des indigents ?
Qu'elle soit nouvelle	<ul style="list-style-type: none"> - L'exclusion est – elle une situation nouvelle ou une situation qui perdure ? justifier la réponse ?
Que l'on en soit proche	<ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière vous sentez-vous concerné par la situation, justifier votre réponse ? (Proche ? loin ? décrire le rapprochement, ou l'éloignement et justifier)

Qu'il y ait des événements, des crises ou des symboles à son propos	- A votre connaissance y a-t-il eu des événements (manifestation, crise, revendication) à propos de la situation d'exclusion ?
Qu'il y ait des rétroactions à son sujet	Quels sont les moments de rétroaction (de retour d'information) où un feedback peut être reçu concernant l'exclusion des soins des indigents - Au niveau des mutuelles ? (Les évaluations des activités des mutuelles, les AG des mutuelles) - Existient-ils des moments pendant lesquels vous recevez la retro-information sur l'exclusion des indigents des activités des mutuelles ? (Décrire ces moments et comment la situation est posée)
Qu'elle soit en phase avec les valeurs de la société	- Que signifie pour vous justice sociale, équité ? - Que pensez-vous de la justice sociale - Que pensez-vous des inégalités dans une société ? sont-elles concevables ou non ? pourquoi ?

2. Le courant des solutions

D'où est venue l'idée du programme de solidarité en faveur des indigents

- Qu'est qui a motivé la mobilisation du RAMS pour un plaidoyer en faveur de la couverture des indigents ?
- Le problème de l'exclusion des indigents a-t-il déjà été posé par les mutuelles ? comment ?
- Avez-vous déjà discuté pour trouver une solution à l'exclusion des indigents ? au sein du RAMS ? avec les mutuelles ? Avec d'autres partenaires ? lesquelles ?
- Comment avez- vous envisagé la réduction de l'exclusion des indigents des mutuelles de santé ? quelles solutions préconisez-vous ? quelle est la meilleure et pourquoi ?
- Y a-t-il des solutions connues de tous en faveur de l'accès aux soins des indigents ? (Gratuité ciblé ? ticket modérateur ?)
- la solution qui a été choisie est la subvention à 100 % du coût des frais de cotisations, pourquoi cette solution en particulier a été retenue contrairement à Nouna où ils ont choisi de subventionner à 50 %
- Pourquoi avoir choisie de plaider au niveau du fond de solidarité ? pourquoi n'avoir pas visé d'autres fonds ?
- Quelles sont les perspectives concernant la suite du programme et comment compter vous vous organiser pour cela ?

3. Le courant des orientations

Comment le contexte politique et social a-t-il influencé votre action ?

- Comment opinons publique du moment a contribué à susciter une réflexion sur l'accès aux soins de santé pour les indigents
- Comment la politique électorale a susciter une réflexion sur l'accès aux soins de santé pour les indigents (vie des parties politiques, campagnes électorales)

- Quelle sont les changements dans le gouvernement et l'administration ayant contribué à susciter une réflexion sur l'accès aux soins de santé pour les indigents (alternance, changement de personnels, élection, nomination)
- Quelles sont les actions des groupes de pressions ayant contribué à susciter une réflexion sur l'accès aux soins de santé pour les indigents

4. Entrepreneurs

- Quels sont les acteurs ayant été impliqués dans la réflexion en faveur de l'accès aux soins des indigents ?
- Quelles étaient les positions de chacun (favorables, contre, pourquoi ?)
- Selon vous quel acteur a le plus contribué à faire évoluer la réflexion, et qu'est ce qui justifie l'attitude de celui-ci ?
- Comment le plaidoyer a-t-il été organisé, différentes étapes, personnes rencontrées, points de discussion et résolutions
- Quelle stratégie a conduit à l'implication de la présidence du Burkina Faso ?

5. Fenêtre d'opportunité

Selon vous quelle ont été les moments ou situation (on peut dire moment opportunité) particulier ayant favorisé la décision a votre niveau de réfléchir la prise en charge sanitaire des indigents ?

- La mise en place de l'assurance maladie qui va probablement nécessite une prise en compte des indigents par les mutuelles ?
- Le programme politique du Président qui intègre la protection sociale ?
- La politique nationale de protection sociale qui intègre l'accès aux soins des populations vulnérables ?
- Ministère de la santé ? (PNDS)
- Ministère de l'action sociale qui initie une réflexion sur les critères d'indigences,

La formulation

1. Courant de problème

(Dans le tableau)

2. Courant des solutions

- D'où est venu le nombre de ménage à supporter : Vous avez proposé initialement 200 familles, Pourquoi ? Comment est survenu par la suite le nombre de 1200 familles en raison de 4 à 5 personnes par famille ?
- Comment le montant a été budgétisé (25 millions de francs CFA) ? Est-ce spontané ou planifié selon les besoins, prise de décision ? Qu'est que qui a orienté le montant du chèque ?
- Comment la stratégie de ciblage a été pensée (qui a proposé ? l'action sociale au niveau centrale ? le Rams ? Pourquoi ?)

- La stratégie proposée a-t-elle subi des modifications ? comment ? et pourquoi ?
- Explorer la répartition des tâches pour la mise en œuvre (qui doit faire quoi ? et pourquoi cette répartition ?)
- Comment la répartition des ressources/nombre d'indigents à sélectionner a été faite entre les 30 mutuelles du RAMS

Explorer la perception des solutions sur de la couverture des plus pauvres,

- Comment le problème de l'exclusion des indigents a déjà été posé par au sein de votre mutuelle ?
- Avez-vous déjà discuté pour trouver une solution à l'exclusion des indigents ? (Au sein du RAMS, au sein de votre mutuelle ? et d'autres partenaires ? lesquels ?)
- Comment envisagez-vous la réduction de l'exclusion des indigents des mutuelles de santé ?? quelles solutions préconisez-vous ? quelle est la meilleure et pourquoi ?
- Y a-t-il des solutions connues de tous en faveur de l'accès aux soins des indigents ? (Gratuité ciblé ? ticket modérateur ?)
- La solution qui a été choisie est la subvention à 100 % du coût des frais de cotisations, que pensez-vous de cette solution ?
- Pensez-vous que dans une situation de ticket modérateur, les bénéficiaires du programme doivent être concernés ? (Qu'elle est la pratique dans votre mutuelle ?)

3. Courant des orientations

Comment le contexte politique et social a-t-il influencé votre action ?

- Comment l'opinion publique et politique du moment a-t-il contribué à influencer le choix des solutions
- En quoi les objectifs du programme et activités prévues cadrent-ils avec les idées dominantes du moment

4. Entrepreneur

- Explorer la collaboration entre partenaires (le RAMS, l'action sociale, et les mutuelles) dans la préparation du contenu du programme.
- Quels étaient les acteurs les plus influents pendant les rencontres de plaidoyer, et qu'est ce qui justifiait leur prise de position où les décisions de chacun concernant le contenu du programme ?

5. Fenêtre d'opportunité

- Qu'est ce qui a facilité ou rendu difficile la planification des actions ?
- Comment les difficultés ont été résolues ?

ANNEXE 5 : Guide d’entrevue sur la mise en œuvre du programme de solidarité

Décrire la sélection des bénéficiaires

- Comment les acteurs impliqués dans la sélection se sont organisés pour établir les listes (comité mis en place ? liste qui existait déjà ? ou par le biais des associations ? ou des mutuelles ?)
- Type de sélection (individuelle ? ménage ?),
- Qui est bénéficiaire (comment le bénéficiaire est décrit, indigent ? famille ou personne défavorisée ?)
- Qu’est ce qui a guidé le choix des bénéficiaires : les critères de sélection, l’établissement des listes,
- Comment s’est faite la répartition des ressources/la clé de répartition du nombre d’indigents entre les 30 mutuelles du RAMS, qui a décidé et comment ? sur quelle base ?
- Les difficultés/éléments facilitateurs dans la sélection des indigents, comment ces difficultés ont été résolues
- Le programme a-t-il été mis en œuvre tel que prévu (le délai pour l’identification, nombre d’indigents par mutuelle ?),
- Les difficultés/éléments facilitateurs dans la sélection des indigents, comment ces difficultés ont été résolues ?
- Comment justifier les écarts ?

Comment la mise en œuvre a été préparée (les différentes étapes ?)

- Quelles ont été les activités planifiées et les rôles de chaque acteur impliqué ? (Explorer la collaboration entre l’action sociale et les mutuelles, le RAMS)
- Explorer comment la stratégie de ciblage a été pensée (qui a proposé ? le niveau central ? a-t-elle subi des modifications ? comment ? et pourquoi ?)
- Comment la répartition des ressources/nombre d’indigent à sélectionner a été faite entre les mutuelles de la province ? (Comment la répartition du nombre d’indigent par mutuelle a été faite ?)

Décrire l’organisation de l’offre (Quelle stratégie a été mise en place pour l’utilisation des services)

- Au niveau des bénéficiaires explorer les conditions d’utilisation des services par les bénéficiaires, à quoi la carte donne-t-elle droit ? (Exemption totale ? tickets modérateurs ?)
- Niveau mutuelle et des centres de santé décrire les stratégies mise en place pour l’utilisation des services,
- Nombre d’indigents ayant utilisé les services,
- Difficultés et les éléments facilitateurs l’utilisation des services (organisation au niveau des mutuelles et des centres de santé)

Les acteurs et leurs rôles

- Les acteurs impliqués dans la sélection, et le rôle de chacun, (action sociale centrale, régionale provinciale ? mutuelle ?)
- Le rôle spécifique de l'action sociale centrale, régionale, provinciale, les mutuelles (décrire et apprécier)
- Comment apprécier la collaboration avec les services sociaux pour la mise en œuvre du programme
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'ensemble du programme
- Explorer l'implication des mutuelles dans la sélection des bénéficiaires (Explorer l'information sur la sélection des mutuelles bénéficiaires ; Comment les mutuelles ont-elles été informées du programme)
- Quels sont les facteurs qui ont favorisé ou entravé la mise en œuvre du programme

ANNEXE 6 : Formulaire de consentement
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Analyse de la politique de protection sociale du Burkina Faso »

Chercheuse étudiante :	Kadidiatou Kadio, candidate au doctorat, Programme de doctorat en Science Humaine Appliquée, Université de Montréal
Directeur de recherche :	- Christian Dagenais, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal - Valery Ridde, professeur agrégé, École de Santé publique, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

- 1. Objectifs de la recherche.** La recherche s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de Madame Kadidiatou Kadio. Ce projet vise à mieux comprendre les processus de réalisation des politiques de protection sociale du Burkina Faso. Pour ce faire, nous comptons recueillir le point de vue d'une cinquantaine de personne ayant participé à ce processus
- 2. Participation à la recherche.** Votre participation consiste à accorder une entrevue à Kadidiatou Kadio. L'entrevue abordera votre rôle et celle de votre institution dans l'émergence d'un intérêt des décideurs du Burkina Faso autour des questions de protection sociale, et votre point de vue sur les facteurs qui ont influencé le choix des instruments de la politique, ainsi que les rôles des autres acteurs. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et devrait durer environ 60 minutes.
- 3. Risques et inconvénients.** Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.
- 4. Avantages et bénéfices.** Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à l'avancement des connaissances sur l'analyse des politiques publiques dans le domaine de la protection sociale.
- 5. Confidentialité.** Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seuls la chercheuse et son équipe pourront connaître son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période
- 6. Compensation.** Nous ne prévoyons aucune compensations financière.
- 7. Droit de retrait.** Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse Madame Kadio Kadidiatou, IRSS. Ouagadougou.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Kadidiatou Kadio à l'adresse courriel kadidiatou.kadio@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Ce projet a été approuvé par les comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (Certificat noCERAS-2015-16-178-D) et du comité d'éthique en santé du Burkina Faso (délibération 2013-06-46)

