

Présentation de l'assurance maladie au Burkina Faso

Introduction, contexte

Le Burkina Faso fait partie des pays d'Afrique de l'ouest où les indicateurs de santé publique restent des bas et où l'espérance de vie à la naissance s'établit à 53 ans. Ces indicateurs sont variables en fonction des régions et des catégories socioprofessionnelles. L'état de santé est caractérisé par :

- un taux de mortalité infantile de 105 pour mille ;
- un taux de mortalité avant le cinquième anniversaire de 137 pour mille ;
- un taux de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 naissances ;
- un taux de prévalence du VIH/SIDA estimé à 6,5 % ;
- un taux d'utilisation des formations sanitaires estimé à 40% ;
- un indice synthétique de fécondité de 6,5 enfants par femme.

Trois grands groupes pathologiques caractérisent le tableau épidémiologique :

- le paludisme (affection d'origine parasitaire) ;
- les maladies diarrhéiques (affections d'origine infectieuses et nutritionnelle) ;
- les infections respiratoires aiguës/sévères.

En outre, la situation est caractérisée par d'autres affections (hypertension artérielle, diabète, drépanocytose, cancer, etc.) qui entraînent une énorme consommation de soins.

Ce sombre tableau est d'origine plurifactorielle. On peut citer les éléments suivants :

- accessibilité/couverture géographique : éloignement des formations sanitaires;
- médiocrité des prestations techniques : plateau technique peu ou pas satisfaisant ;
- accessibilité culturelle : vécu de la maladie, diverses thérapies traditionnelles;
- accessibilité financière : difficultés pour les ménages de supporter les coûts des services (hospitalisation, médicaments, intervention obstétricale et chirurgicale, évacuation sanitaire, etc.).

Les difficultés qui empêchent les ménages d'accéder aux services de santé se caractérisent :

- par un manque ou une insuffisance de ressources au moment où elles sont nécessaires, soit que les demandeurs ont un déficit permanent de liquidité, soit que leur revenu est saisonnier et qu'ils n'ont pas épargné suffisamment de revenu pour faire face aux dépenses de santé ;
- une préférence pour le présent, classique dans des sociétés où la vie est précaire et où la consommation immédiate est préférée à l'épargne constituée en vue de faire face à un besoin éventuel ;
-

I. Tableau de la couverture maladie

Au Burkina Faso, les régimes contributifs de sécurité sociale ne couvrent pas la maladie non professionnelle. Cependant, il existe des formules non contributives consistant à des réductions de tarifs à l'endroit de certaines catégories de la population, permettant, en théorie, leur accès aux soins de santé.

I.1. Les dispositions légales

- Le code de la santé publique

La loi n°23/94/ADP portant code de la santé publique énonce certaines règles de protection générale et de promotion de la santé publique.

Au titre de la lutte contre les grandes endémies, la loi dispose que l'administration des vaccins est obligatoire au cours de la première année de vie (article 60). L'article 62 de la loi est plus précis. Cette disposition désigne l'Employeur pour la prise en charge des dépenses entraînées par la vaccination des personnes qui exercent une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination.

Pour les soins de santé, la loi se contente de poser le caractère obligatoire du traitement de certaines maladies épidémiques comme la lèpre, la tuberculose et le SIDA. Mais, la loi précise en même temps que la prestation des soins et des services de santé est faite à titre onéreux dans le secteur privé à but lucratif. La gratuité des soins relativement à ces maladies épidémiques n'est donc pas clairement établie. Du reste, la loi évoque le principe d'une contribution

financière de la population pour ce qui concerne le secteur public et le secteur privé à but non lucratif.

- Le régime juridique de la fonction publique

La prise en charge des soins de santé des agents de la fonction publique constitue un droit légal qui apparaît dans la loi n°013/98/AN du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la Fonction Publique. L'article 28 de cette loi dispose que les agents de la fonction publique bénéficient d'une protection sociale en matière de risques professionnels, de prestations familiales, d'assurance vieillesse et de soins de santé. Mais, l'article visé ne donne pas les modalités de prises en charge de ces soins, la loi se contentant de renvoyer le droit aux soins de santé à une autre loi d'ailleurs indéterminée.

- Le code du travail et la santé des travailleurs

Au niveau de la loi n° 11-92/ADP du 22 décembre 1992 portant Code du travail, la couverture des soins de santé des travailleurs est abordé sous l'angle de la médecine du travail. Au titre de l'article 143 de cette loi, il est fait obligation à toute entreprise d'assurer la couverture sanitaire du travailleur conformément aux conditions définies par les textes réglementant la médecine du travail.

Aussi, pour éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait ou par les conditions de leur travail, l'Etat a créé en 1987, l'Office de Santé des Travailleurs (OST). C'est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle technique du ministère de la Santé. Ses objectifs sont les suivants :

- promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social de tous les travailleurs ;
- prévenir tout dommage causé à la santé du travailleur par les conditions de travail ;
- protéger les travailleurs dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à la santé ;
- placer et maintenir le travailleur dans l'emploi convenant à ses aptitudes physiques et psychologiques ;
- améliorer la qualité des soins dispensés aux travailleurs ; mobiliser les ressources financières pour son fonctionnement.

En pratique, l'accomplissement des missions dévolues à L'OST repose sur les activités dans les infirmeries d'entreprises ou des secteurs médicaux où sont prodigués aux travailleurs des soins curatifs après accident du travail, maladies professionnelles ou maladies en générale.

Le second volet de la mission des services médicaux au travail porte sur l'action en milieu de travail, à l'intérieur de la société, de l'entreprise, au bureau, à l'atelier, sur le chantier, au poste de travail. Il s'agit d'assurer au travailleur un environnement sain par tous les moyens.

Pour l'accomplissement de ses missions, il a été institué une cotisation payée par les entreprises dont le montant est fixé par selon le nombre de travailleurs occupés.

- Décret sur la tarification des actes médicaux et des hospitalisations

En vertu de ce décret, certaines catégories de la population bénéficient de tarif subventionné en matière d'actes des professionnels de la santé. Il s'agit des fonctionnaires, militaires et para-militaires en activité, leurs conjoints, ascendants et descendants directs à charge, le secteur non structuré, les travailleurs des établissements publics à caractères administratifs. Au titre du même décret les indigents bénéficient de la gratuité des soins.

Un arrêté conjoint du ministère des finances et du ministère du commerce portant tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations fournit les barèmes applicables aux retraités, aux enfants de 0 à 14 ans, aux élèves du secondaires et du primaires, aux étudiants et aux handicapés.

Au terme de ce décret, les élèves du primaire et du secondaire et les étudiants non boursiers bénéficient de la gratuité des actes et examen médicaux. Les retraités des secteurs public et privé bénéficient d'une réduction de 90% et les handicapés paient en fonction de leur degré d'incapacité sans d'autres précisions.

En ce qui concerne les hospitalisations, des exonérations partielles sont accordées aux catégories socio-professionnelles suivantes :

- les fonctionnaires, agents de l'Etat, militaires et para-militaires ainsi que leurs conjoints, descendants et ascendants directs à charge ;
- les retraités des secteurs public et privé ;
- les élèves du primaire et du secondaire ;
- les étudiants ;
- les handicapés.

Selon l'article 25 du même décret, les personnes atteintes de la tuberculose, de la lèpre, de la trypanosomiase ou du SIDA bénéficient de la gratuité de

l'hospitalisation ainsi que des examens de laboratoire et de radiologie, au cours du traitement de la maladie.

Aussi, il est important de mettre en exergue certaines dispositions prises par l'Etat dans le domaine de la santé dont les plus essentielles sont les suivantes :

- La volonté politique affirmée à travers le Plan national de développement sanitaire (PNDS)2001-2010 où il est fait mention de la promotion des mécanismes de partages des risques, de la contractualisation et de l'approche sectorielle ;
- Dans cette optique, plusieurs cadres du Ministère de la santé ont été formés : 3 en mécanismes de partage des risques, une vingtaine en contractualisation, 4 en approche sectorielle ;
- Des efforts ont été faits dans le sens de l'amélioration de l'offre. Ainsi le nombre de centres de santé et de promotion sociale(CSPS) est passé de 798 en 2000 à 835 en 2001 et à 1051 en 2002(Source : annuaire statistique DEP , 2002). 76,59% de CSPS remplissent les normes minimales en ressources humaines (3agents de santé).

L'assurance qualité est en vigueur.

L'apport non négligeable des fonds PPTE qui a permis non seulement le recrutement additionnel en ressources humaines mais également la dotation des structures sanitaires en matériels médico-techniques et consommables

- Le développement d'expériences de mutualisation ;
- La prise de certaines mesures : standardisation de la tarification des actes, gratuité des soins préventifs(vaccination, Consultation prénatale), la réduction des prix de certaines molécules en faveur des enfants ;
- Les médicaments essentiels génériques sont disponibles et un système de contrôle du respect des prix est en vigueur par les équipes cadres de district (ECD), les équipes des Directions régionales de santé(DRS) et l'inspection générale des services de santé(IGSS) ;
- Jadis jouissant du statut d'EPA, les hôpitaux nationaux et régionaux ont mué en établissements publics de santé(EPS) afin de sauvegarder le caractère social qu'ils comportent
- La création de nouvelles Directions centrales afin de prendre en compte le privé et la médecine et pharmacopée traditionnelles : Direction du sous secteur privé, direction de médecine et pharmacopée traditionnelles ;

Les tableaux suivants donnent la situation de la tarification des actes médicaux et des hospitalisations en fonction de la catégorie socioprofessionnelle.

➤ **la population active**

Actes médicaux

	Plein tarif	Tarif subventionné*	Gratuité
Fonctionnaires, militaires, para-militaires et leurs familles		50%	
Travailleurs du secteur privé	X		
Travailleurs des EPA		50%	
Travailleurs des sociétés d'Etat	X		
Travailleurs des EPIC	X		
Les industriels et les commerçants	X		
Les travailleurs exerçant une profession libérale	X		
Travailleurs des secteurs non structurés		50%	
Population indigente			X
Non nationaux	X		

* pourcentage du tarif plein

Hospitalisation

	Plein tarif	Tarif subventionné	Gratuité
Fonctionnaires, militaires, para-militaires et leurs familles		20%	
Travailleurs du secteur privé	X		
Travailleurs des EPA	X		
Travailleurs des sociétés d'Etat	X		
Les industriels et les commerçants	X		
Les travailleurs exerçant une profession libérale	X		
Travailleurs des secteurs non structurés	X		
Population indigente			X
Non nationaux	X		

➤ **Population inactive**

actes médicaux

	Plein tarif	Tarif réduit	Gratuité
Enfants de 0-14 ans		50% *	
Elèves non boursiers		50%	
Elèves boursiers			
Etudiants non boursiers		50%	
Etudiants boursiers			
Handicapés		En fonction	

		invalidité	
Population indigente			X

Hospitalisation

	Plein Tarif	Tarif réduit	Gratuité
Enfants de 0-14 ans			X
Elèves non boursiers			X
Elèves boursiers			X
Etudiants non boursiers			X
Etudiants boursiers			X
Handicapés		En fonction de l'invalidité	
Population indigente			X

I.2. Le nombre de personnes couvertes en théorie

En vertu des dispositions légales et réglementaires ci-dessus analysées toutes les catégories de population burkinabè disposent, en théorie, d'une certaine couverture sanitaire. Ceci est loin d'être le cas dans la pratique.

I.3. La situation réelle

Au niveau des travailleurs des secteurs privé et para-public, les entreprises présentent des situations variables en fonctions de leur capacité financières. En effet certaines entreprises offrent de bons systèmes médicaux sociaux et d'autres pas du tout. Ce qui constitue un devoir aux yeux des employeurs concerne uniquement la visite médicale annuelle.

En ce qui concerne les formules de réduction tarifaire pour certaines catégories de la population, plusieurs problèmes rendent ces dispositions difficiles à appliquer :

- les bénéficiaires ne sont pas informés,
- certains centres de santé refusent d'appliquer ;
- difficultés financières de l'Etat
- problème d'identification des vrais destinataires

Ces dispositions légales telles que présentées ne permettent pas une véritable couverture des populations. C'est ainsi que des initiatives locales ou communautaires ont vu le jour. Elles permettent de pallier aux insuffisances de ces dispositions. Il s'agit de :

- l'assurance privée commerciale,
- les mutuelles et la micro assurance santé,
- les systèmes de prépaiement.

I.4. Nombre de personnes réellement couvertes (chiffres non disponibles)

Année 2003

	Nombre	Effectif bénéf	Montant des prises en charge
Mutuelles	46	21811 (1)	1 216 967 F (2)
Prépaiement			
Caisses solidarité			
Couplage finance/assurance			

Source : BIT/STEP et RAMS

(1) Nombre de bénéficiaires pour 33 mutuelles

(2) Montant des prises en charges pour 16 mutuelles

Le nombre total de bénéficiaire est estimé à 20 000 personnes. Une ventilation par système n'a pas été possible.

I.5. Estimation du financement

La pauvreté et la structure de l'économie du Burkina Faso continuent de limiter les ressources financières qui peuvent être mobilisées par l'Etat pour soutenir le secteur de la santé. D'après le rapport mondial sur la santé de 2001, les dépenses de santé au Burkina Faso représentent 4 % du PIB en 1998 à l'image des pays les plus pauvres en Afrique au Sud du Sahara. Ce niveau se traduit, en termes de dépenses par tête, à environ US\$ 9.

En réalité, le budget de fonctionnement de la santé a connu une augmentation importante en conséquence de la priorité accordée au secteur de la santé, avec notamment la poursuite du recrutement du personnel, dans le cadre du programme d'ajustement structurel. Cette augmentation a bénéficié largement au poste des transferts courants, dont près de 80 % des crédits couvrent les subventions au fonctionnement des hôpitaux nationaux et régionaux et des autres centres de santé publics d'une part, et aux évacuations sanitaires à l'extérieur du pays d'autre part. Le niveau des subventions est passé de

Par ailleurs, pour ce qui concerne le poste des biens et service, en 1999 par exemple, les deux centres hospitaliers nationaux ont disposé d'une enveloppe de 3,9 milliards de FCFA du budget du ministère de la santé, alors que les neuf hôpitaux régionaux ont eu une dotation totale de 2,8 milliards de FCFA : soit une enveloppe globale de 6,7 milliards de FCFA pour le sous-secteur hospitalier. En revanche, les dépenses de biens et services des 53 districts sanitaires se situaient à 1,7 milliards de FCFA au cours de la même année. En d'autres termes, les districts sanitaires, où les soins et services essentiels de santé sont fournis, continuent de recevoir une part des ressources internes du budget de la santé qui n'est pas à la mesure de la priorité accordée à la lutte contre les maladies et les soins de santé primaires.

En dehors du budget de l'Etat, les collectivités locales, les ONG et les associations, les communautés locales et les usagers interviennent dans le financement de la santé à travers des mécanismes divers.

Le niveau et les mécanismes du concours des collectivités locales au financement de la santé sont cependant mal connus : à la veille des réformes de décentralisation administrative et politique, ce manque d'information constitue certes une des faiblesses institutionnelles du système de santé.

Les ONG et associations contribuent également au financement des activités de santé. En effet, parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport important d'associations, d'organisations confessionnelles et de comités de jumelage. Cet apport est prioritairement orienté vers les groupes vulnérables de la population que constituent les enfants et les femmes. Leur contribution serait passée d'environ 5,5 milliards de FCFA durant la période 1991–1995 à près de 8,7 milliards FCFA sur la période 1996–2000.

Les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages de 1998 montrent qu'un ménage du Burkina Faso consacre annuellement au niveau national en moyenne 33.000 FCFA aux dépenses de santé : la moyenne en milieu urbain atteint 73.000 FCFA, comparée à 21.000 FCFA en milieu rural. Ces dépenses sont essentiellement destinées à l'achat de médicaments.

L'exemple des districts sanitaires de la région sanitaire de Kaya est utilisé ci-dessous pour illustrer la contribution du paiement par les usagers dans le cadre de l'Initiative de Bamako dans le financement des services de santé de base. Sur 26 institutions sanitaires périphériques appliquant la tarification, les recettes moyennes provenant de la tarification des actes et de la vente de médicaments s'élevaient à 4,8 millions de FCFA par formation sanitaire, soit 124,2 millions de FCFA pour l'ensemble des 26 institutions sanitaires périphériques. Une extrapolation de cette moyenne à l'ensemble des institutions sanitaires périphériques du pays fournirait une estimation entre 4,5 et 5 milliards de FCFA de la contribution des ménages au financement des institutions sanitaires périphériques : ainsi, les institutions sanitaires périphériques mobiliseraient des ressources importantes à travers le paiement par les usagers ; elles ne capturent pas, cependant, une part importante des dépenses de santé des ménages.

Les institutions de sécurité sociale et le secteur de l'assurance privée contribuent, eux aussi, au financement de la santé au Burkina. Mais, leur part est relativement faible (moins de 1 milliard).

Année 2000

	Montants en milliards F CFA
Subvention/Etat	7,8
Partenaires extérieurs (ONG ; Jumelage....	8,7
Mutuelle	(1)
Sécurité sociale	0,5
Ménage (usagers)	5

Assurances privées	0,5
Total	22,5

(1) Montant non disponible

Pour ce qui concerne les mutuelles, on a les chiffres suivants (2003)

	Nombre	Effectif bénéf	Montant des prises en charge
Mutuelles	46	21811 (1)	1 216 967 F (2)
Prépaiement			
Caisses solidarité			
Couplage finance/assurance			

(1) Nombre de bénéficiaires pour 33 mutuelles

(2) Montant des prises en charges pour 16 mutuelles

Les données sont indisponibles pour les autres types de système

II. Les réformes en cours

Depuis décembre 2001, le Burkina Faso est engagé dans un processus en vue d'élaborer la politique nationale de protection sociale. Les objectifs visés sont les suivants :

- Permettre l'accès de l'ensemble de la population aux services sociaux de base ;
- Fournir des revenus de substitution ;
- Créer un environnement favorable au développement d'une protection complémentaire.

Parmi ces objectifs, l'accès aux soins de santé a été identifié comme l'objectif prioritaire.

II.1. Contenu en matière d'accès aux soins de santé

Justification d'une démarche de micro assurance santé

La politique sanitaire. Suite à la mise en œuvre de l'initiative de Bamako, une politique de recouvrement est actuellement en vigueur au Burkina Faso : les usagers sont tenus de payer pour les consultations médicales et les médicaments. Dans un contexte de pauvreté généralisée, ceci rend les soins de santé

financièrement inaccessibles pour une grande partie de la population. De nombreuses enquêtes ménages confirment effectivement que la barrière financière à l'accès aux soins est la plus importante et l'on constate que seulement une personne sur cinq a un contact par année avec un prestataire de soins public au Burkina Faso ; Ce taux de fréquentation semble continuer aujourd'hui à se dégrader.

La micro assurance santé. Les systèmes de micro assurance santé en tant que dispositifs assurantiels dans le domaine de la santé, présente des atouts considérables.

Ils peuvent ainsi contribuer à la fois :

- *A l'amélioration du fonctionnement du système sanitaire ;*
- *A la lutte contre la pauvreté ;*
- *A l'extension de la protection sociale.*

Aujourd'hui la micro assurance santé intéresse à la fois les décideurs politiques du domaine de la politique sanitaire, les acteurs de la lutte contre la pauvreté et ceux de la protection sociale. Le fait que la MAS soit simultanément une réponse aux préoccupations de ces trois domaines indiqués justifie pleinement l'attention particulière qui lui est accordée.

Groupes cibles

Afin que les actions d'extension de la protection sociale par la voie de la micro assurance soient efficaces, il importe d'identifier des groupes cibles. En effet, la méthodologie de mise sur pied d'une MAS varie légèrement d'un groupe cible à un autre. La notion de vulnérabilité – qui est fonction des formes de protection sociale dont une personne dispose et des ressources financières auxquels celle-ci a accès - permet de distinguer les groupes cibles suivants.

Secteur formel. Les personnes actives dans le secteur formel – public comme privé – disposent généralement d'une couverture sociale, souvent formelle (CNSS, CARFO, assurance commerciale, régimes spécifiques liés à l'entreprise, etc.). La maladie par contre n'est couverte que dans des cas rares. Les revenus qu'elles tirent de leurs activités professionnelles sont parmi les plus élevés de la nation. Ce groupe représente moins que 10% de la population burkinabé.

Economie informelle. Les personnes actives dans l'économie informelle – entre 80 et 90% de la population – ne disposent généralement que des formes

traditionnelles de protection sociale, comme l'entraide et la solidarité du fait de leur appartenance à des réseaux sociaux. Les revenus qu'ils retirent de leurs activités professionnelles sont – à quelques exceptions près – plutôt faibles et irréguliers. Rappelons que 45% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et qu'environ 80% de celle-ci est active dans le secteur agricole.

Indigents. Les individus vivant dans un état d'indigence sont extrêmement vulnérables. Leur exclusion sociale fait qu'ils n'appartiennent pas à des réseaux sociaux auxquels ils peuvent faire appel en cas de problèmes. Ils ne disposent pas de revenus et n'ont généralement pas de possibilités de s'en procurer dans le futur. Ils représentent moins de 10% de la population.

Le groupe cible prioritaire. Le groupe des indigents est celui dont les besoins sont les plus pressants en matière de protection sociale. Outre le fait qu'ils sont difficiles à identifier, ils ont une capacité contributive tellement faible qu'un système de micro assurance santé n'est pas l'outil indiqué pour leur offrir une certaine forme de protection sociale. En outre, les travailleurs du secteur formel disposent rarement de couverture pour les risques sanitaires. Disposant de moyens financiers et de compétences techniques, la micro assurance est un instrument qui peut ainsi leur offrir une véritable protection sociale. Le groupe n'est par contre pas prioritaire en termes de lutte contre la pauvreté. Les personnes actives dans le secteur informel – la plus grande partie de la population – sont demandeur de systèmes de protection sociale performants. Ils disposent en général d'une capacité contributive suffisante pour contribuer à une MAS. Vu sa taille et son état de pauvreté, l'économie informelle constitue le groupe cible prioritaire pour la micro assurance santé.

La stratégie d'actions

Mise en place d'un dispositif d'encadrement par l'Etat

La création de mutuelles et de micro assurances santé ne saurait résulter d'expertises techniques de faisabilité. C'est la volonté des personnes concernées qui, au départ, est déterminante. Mais pour que les mutuelles et les micros assurances santé se développent, l'Etat devra intervenir à différents niveaux pour assurer la réussite de l'opération entreprise ; son action visera à :

- assurer la promotion des produits eux-mêmes auprès de la population du pays et des prestataires de services de soins ;
- participer au financement de cellules techniques d'appui à la création de mutuelles et de micros assurances ;

- élaborer une législation qui puisse donner un cadre juridique souple et évolutif à ces mutuelles et surtout protéger les droits de leurs membres ;
- aider à la contractualisation des mutuelles et micro assurances santé avec les prestataires de services de soins ;
- harmoniser les divers dispositifs opérationnels ;
- aider au rapprochement éventuel de mutuelles dans le cadre de réseaux ou d'une fédération.

Création d'un comité interministériel.

Compte tenu que la démarche de création de mutuelles et de micro assurance santé concerne plusieurs secteurs ministériels, il est envisagé de mettre en place une autorité de coordination

Outre l'affirmation d'une volonté forte au niveau gouvernemental, cette autorité assurera les fonctions de promotion des produits, préparera le cadre législatif, adoptera des mesures propres à faciliter la création des mutuelles de micro assurances santé et assurera une harmonisation entre les différentes démarches et expériences de terrain.

Un partage de responsabilités.

- Le ministère chargé de la protection sociale assurera plus particulièrement le suivi des mutuelles et des micro assurances santé dans le secteur formel.
- Le ministère chargé de la santé assurera le suivi de la contractualisation entre, d'une part, les mutuelles et micro assurances santé et, d'autre part, les prestataires de services de soins. Il pourrait aussi, lorsque cela s'avérerait possible, aider au démarrage de mutuelles dans le cadre d'un district de santé.

La création d'un mécanisme de financement de l'accès aux soins ne peut en effet se faire sans une articulation forte avec l'offre de soins placée sous l'autorité du ministère de la santé. Les populations ne pourront accepter de se mobiliser pour créer leur assurance santé que si elles sont assurées que l'offre de soins suivra et que ce service sera de qualité. Le fait d'ailleurs que les populations s'organisent pour financer leur accès aux soins devrait améliorer la qualité de cette offre de soins dans la mesure où cela légitimera les usagers à faire pression sur les prestataires afin qu'ils améliorent leur service. De plus, la mise en place de mutuelles et de micro - assurances santé aura un effet mobilisateur de ressources et permettra d'augmenter les financements mobilisés en faveur du système de

santé. Il est tout à fait possible aussi que des mutuelles se créent à partir de prestataires de service de soins ou d'un district de santé.

II.2. Processus de mise en œuvre

Le programme d'action est entrain d'être finalisé. Il sera validé lors d'un forum national sur la protection sociale prévu en novembre 2004.

II.3. Etat d'avancement

A l'étape actuelle, un avant projet de loi sur la mutualité a été rédigé et sera soumis incessamment à la procédure d'adoption.

III. Les facteurs de progression vers la couverture universelle

Pour le Burkina Faso, la couverture maladie universelle s'inscrit dans une vision à long terme.

3.1. Contractualisation et amélioration de la qualité de l'offre de soins

Ces relations contractuelles s'inscrivent dans un processus de collaboration entre l'assurance maladie et les prestataires de soins dans les secteurs public et privé. Elles s'inscrivent également dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, qui est un facteur déterminant dans le développement de l'assurance maladie ou des mutuelles de santé. Cette contractualisation concerne l'Etat à travers le Ministère de la santé.

Ce partenariat est fondé sur des contrats entre mutuelle de santé et formations sanitaires publiques et privées, mentionnant précisément le rôle de chaque partie. Ce processus contractuel est un véritable outil de pouvoir de négociation entre les mutuelles de santé et les centres de santé. Tous les acteurs du système de santé et des mutualistes doivent être impliqués dans le processus d'élaboration et de négociation. L'autonomie de fonctionnement permet aux mutuelles de s'engager dans ce processus émergent ou re-émergent. L'Etat doit pouvoir agir sur l'organisation de l'offre de soins (offrir des services de qualité aux usagers) et les organisations d'assurance maladie contribueront à leur tour à améliorer cette offre à partir de la demande, laquelle doit être soutenue par l'Etat. Dans le contexte actuel, des mutuelles de santé ont signé des contrats avec des formations sanitaires. Cette contractualisation a permis aux mutuelles de bénéficier d'une remise sur les coûts des prestations.

La qualité de l'offre de soins étant un élément favorable à la création de l'assurance maladie, il incombe à l'Etat d'agir à plusieurs niveaux :

- ressources matérielles : renforcement de la couverture géographique, équipement / renforcement du plateau technique, système efficace d'approvisionnement et de distribution des médicaments, etc.
- ressources humaines : personnel suffisant et compétent, définition de normes dans la prise en charge des patients à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, etc.
- ressources financières : contrôle des coûts des services médicaux aussi bien du côté du secteur public que du privé, car l'assurance maladie entraînerait une augmentation des tarifs. Le marché des soins de santé a besoin d'être réorganisé et réglementé par l'Etat pour éviter les coûts exorbitants, surtout du secteur privé. Cette réorganisation se fera avec des partenaires au développement : Associations / ONG, Coopération bi / multilatérale, communautés.
- Suivi-évaluation de la qualité du processus contractuel par le ministère de la santé en collaboration avec les organisations d'assurance maladie.
- Formation des cadres du ministère de la santé à la contractualisation

Les organisations d'assurance maladie doivent entreprendre des activités en partenariat avec des structures intervenant dans ce domaine : associations / ONG, formations sanitaires publiques (CSPS / CM / CMA). L'installation de comités mutualistes de santé est utile pour assurer la pérennité des actions de sensibilisation et d'information. Des formations sont nécessaires pour renforcer les connaissances des membres de ces comités dans leur rôle d'animateurs en santé. Des prestataires de soins pourront signer des contrats avec des organisations mutualistes pour participer à la prévention et à la promotion des soins de santé.

L'instauration d'une assurance maladie ne permet pas l'accès de tous les membres d'une communauté aux services de santé. Il s'agit là de la question des indigents. Ces personnes pourront bénéficier d'une couverture sanitaire à travers des fonds provenant de l'Etat et géré par les collectivités locales dans le processus de la décentralisation. La question reste toujours posée. Qui sont ces indigents ?

