

15 juin 2012

Note de politique

STRATEGIES DE VIABILISATION DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU BURKINA FASO

A qui s'adresse cette note de politique?

Décideurs et gestionnaires, leurs collaborateurs et les personnes intéressées par le sujet de la note de politique

Pourquoi cette note a-t-elle été rédigée?

Cette note de politique a été rédigée pour fournir une synthèse de données probantes relatives au problème ainsi que des options pour y faire face

! Cette note d'information comprend:

- Une description d'un problème du système de santé
- Des options politiques
- Des considérations de mise en œuvre de ces options

X Cette note ne contient pas de recommandations

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des approches explicites et systématiques pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta analyses.

Les auteurs

ZIDA André¹, Economiste administrateur des services de santé, GBANGOU Adjima², Economiste démographe, ZOUBGA Alain D.³, MD, MPH, Traoré Adama⁴, Economiste de la santé Ki/Ouédraogo Salimata⁵, Juriste Administrateur civil, Msc

¹Chargé de l'élaboration des comptes nationaux de la santé, Ministère de la santé

²Chef de service coordination des activités de recherche, Ministère de la santé

³Chef de service renforcement des capacités, Ministère de la santé

⁴Centre recherche en santé de Nouna

⁵Chef de service valorisation des résultats de recherche, Ministère de la santé, coordonnatrice du projet SURE

Adresse pour toute correspondance

KI/OUEDRAOGO Salimata

Coordonnatrice du projet SURE/Burkina Faso

Ministère de la Santé,

03 BP 7009 Ouagadougou 03 Burkina Faso

E-mail: salimata_ki@yahoo.fr

Suggestion pour les citations

Zida André, Ki/Ouédraogo S, Kouyaté B, **Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso** (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé, 2010. www.evipnet.org/sure

SOMMAIRE

Sigles et abréviations	4
Messages clés.....	5
Résumé.....	6
INTRODUCTION.....	10
CLARIFICATION DES CONCEPTS	12
i) la couverture du risque maladie	12
ii) la couverture maladie généralisée	13
iii) l'assurance maladie universelle.....	13
METHODOLOGIE.....	13
PROBLEME.....	14
1.1. Historique des systèmes de couverture du risque maladie en Afrique	14
1.1.1 La promotion des régimes classiques de sécurité sociale.....	14
a) La couverture gérée par l'administration publique.....	14
b) La couverture gérée par le secteur privé	14
1.1.2 L'émergence d'une dynamique mutualiste.....	15
1.1.3 L'engouement pour les systèmes nationaux d'assurance maladie.....	15
1.1.4 Facteurs structurels entravant les options d'extension de la couverture du risque maladie en assurance santé.....	16
a) L'envergure de la pauvreté	16
b) L'espace fiscal pour la protection sociale.....	17
c) La gouvernance et les capacités de l'administration.....	18
d) Autres facteurs contextuels : le développement du secteur informel, l'insécurité, le VIH/SIDA et les changements climatiques.....	18
1.2 AMPLEUR DU PROBLEME.....	19
1.2.1 L'insuffisance des ressources publiques intérieures destinées à financer les dépenses de santé.....	19
1.2.2 Les pertes économiques dues à la maladie.....	20
1.2.3 Formulation du problème.....	21
2. OPTIONS POLITIQUES.....	21
3.1 l'utilisation d'un impôt général.....	21
2.2 La mobilisation de cotisations selon le revenu.....	23
2.3 l'utilisation d'un système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations.....	24
3 Considérations pour la mise en œuvre des options politiques	25
4. Le coût de mise en œuvre des stratégies	29
CONTRIBUTION DES AUTEURS	29
CONFLITS D'INTERET.....	29
REMERCIEMENTS.....	29

Sigles et abréviations

BIT	Bureau international de travail
BM	Banque mondiale
CARFO	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CHF	Fond pour la santé communautaire
CNS	Comptes nationaux de la santé
CNSS	Caisse national de sécurité sociale
EDS	Enquête démographique et de santé
NHIA	National Health Insurance Act
NHIF	Fonds national d'assurance
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brute
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PTF	Partenaires techniques et financiers
SNAM	système national d'assurance maladie
SURE	Supporting the Use of Research Evidence
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

Messages clés

Formulation du problème

Les capacités de pérennisation de l'assurance maladie sont faibles, ce qui se traduit entre autres par une faible performance des systèmes d'assurance maladie et un faible taux de couverture de l'assurance maladie.

Causes du problème

- la crise de confiance entre assuré et structures de gestion ;
- la faible qualité des prestations de soins ;
- la non sensibilisation à la notion de solidarité ;
- la faible prise en compte de l'assurance maladie dans le système national de santé ;
- l'insuffisance des stratégies de pérennisation de l'assurance maladie ;
- l'insuffisante exploitation des opportunités de mobilisation des ressources internes du pays pour financer la santé.

Options

Trois options politiques sont proposées pour la viabilisation de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. Il s'agit de :

- l'utilisation d'un impôt général ;
- la mobilisation des cotisations selon le revenu ;
- l'utilisation d'un système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations.

Considération de mise en œuvre

- Prise en compte du financement de l'assurance maladie universelle dans le cadre du PNDS ;
- Plaidoyer pour l'allocation de financement dans le cadre de l'assurance maladie par l'Etat ;
- Création d'un impôt spécifique pour l'assurance maladie ;
- Institution d'une subvention en faveur des pauvres et le fonctionnement des mutuelles de santé ;
- Mise en place des mécanismes formels de concertation et d'harmonisation entre les acteurs des mutuelles, des prestataires, des collectivités et des PTFs ;
- Adoption de textes législatifs et réglementaire sur l'assurance maladie.

Résumé

Cette note de politique a été élaborée par l'équipe pays du projet « Soutenir l'utilisation des bases factuelles issues de la recherche (SURE) dans les politiques de santé en Afrique ». Elle porte sur les stratégies de viabilisation de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Les financements de la santé au Burkina Faso viennent principalement de trois sources : le budget de l'Etat, la contribution directe des populations et l'aide internationale. Contrairement à la plupart des autres régions du monde, le recours aux diverses modalités d'assurance pour mobiliser des fonds et se protéger contre les effets appauvrissant de la mauvaise santé n'est pas très répandu au Burkina Faso. Pour accroître et étendre la couverture maladie aux populations, des systèmes alternatifs fondés sur la mutualité ont été développés mais la faiblesse des revenus des populations n'a pas permis un passage à l'échelle de cette stratégie. Il en résulte que plus de 90% de la population est exposée au risque maladie, faute d'une couverture maladie adéquate.

Une meilleure mobilisation des ressources internes à travers l'assurance maladie est essentielle parce que les pays à faible revenu comme le Burkina Faso ont nettement besoin de recettes supplémentaires. Les conditions requises pour réduire la pauvreté, améliorer les infrastructures et partant accélérer la croissance sont de grands défis à relever. La banque mondiale estime que ces pays devront relever de quatre points leur ratio impôts / PIB s'ils veulent atteindre les OMDs (Nations Unies, 2005).

Dans le domaine de la couverture maladie, l'expérience montre que des progrès significatifs peuvent être accomplis s'il existe une forte volonté politique et une approche pragmatique fondée sur l'apport des capacités locales (extension par le haut et extension par le bas). Des déceptions sont survenues à la suite de certaines expériences (comme l'adoption rapide de prélèvements obligatoires sur les salaires avec en exemple la défunte caisse maladie au Burkina Faso en 1985) et des stratégies d'extension adoptées par certains pays (recours à des solutions informatiques perfectionnées pour l'enrôlement des populations par exemple). Cependant, quelques pays ont pu nettement améliorer leurs taux de couverture dans des délais assez brefs. Il ressort d'une analyse comparative des performances des différents pays, que dans beaucoup de pays d'Afrique, le taux de couverture pourrait augmenter de 10 à 40% en quatre ans. Aussi, une forte volonté politique constante au plus haut niveau des Etats apparaît comme un facteur de succès.

Causes du problème

Plusieurs causes et/ou facteurs pourraient expliquer l'insuffisance ou les échecs des stratégies de viabilité de la couverture maladie au Burkina Faso.

Les principales causes de la faible pérennisation de l'assurance maladie sont :

- la crise de confiance entre assuré et structures de gestion ;
- la faible qualité des prestations de soins ;
- la non sensibilisation à la notion de solidarité ;
- la faible prise en compte de l'assurance maladie dans le système national de santé ;
- l'insuffisance des stratégies de pérennisation de l'assurance maladie ;
- l'insuffisante exploitation des opportunités de mobilisation des ressources internes des pays pour financer la santé ;

Options politiques

Au regard de l'analyse de la situation, trois (3) options politiques sont proposées dans la présente note de politique pour améliorer l'extension de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'impôt général ;
- la mobilisation des cotisations selon le revenu ;
- l'utilisation du système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations.

Chaque stratégie est indépendante des autres et pour analyser leur faisabilité, des évidences scientifiques sont apportées pour soutenir chaque option.

Option 1 : Utilisation d'un impôt général

Il s'agit d'instaurer des prestations ou services de soins universels financés par l'impôt. Cette approche vise à promouvoir la couverture pour les groupes vulnérables qui peuvent ne pas payer dans un régime contributif. Ces régimes sont exposés à des difficultés administratives et financières qui doivent être prises en compte dans leur conception. Dans beaucoup de pays en développement, ces contraintes peuvent constituer des facteurs cruciaux d'échec.

Option 2 : Mobilisation de cotisations selon le revenu ;

Il s'agit d'encourager la couverture volontaire à travers les régimes contributifs. Cette approche met l'accent sur la participation des pauvres et le renforcement de leur organisation, afin qu'ils puissent acquérir une représentation, une visibilité et un pouvoir

de négociation leur permettant de défendre leurs intérêts et de faire valoir leurs points de vue au niveau local et national. Dans le domaine de la protection sociale, le BIT travaille en particulier sur les régimes de micro-assurance à base communautaire en tant que solution potentielle pour l'extension de la protection sociale, notamment dans les pays à bas revenus et dont les capacités administratives sont faibles. Ces régimes sont encore peu nombreux à l'échelon mondial, mais ils font l'objet d'un intérêt grandissant. Ce genre de système est susceptible de remplir diverses fonctions en plus de la prévention du risque et de son indemnisation à travers l'assurance. Dans le domaine de la santé, par exemple, ces régimes peuvent contribuer à la création d'une demande solvable de services, favoriser l'amélioration de la qualité des soins, améliorer l'efficacité des dépenses de soins de santé.

Option 3: Utilisation d'un système alternatif intégrant les ressources

publiques et les cotisations des populations

Il consiste à établir ou étendre des prestations ou des services sous condition de financement par des cotisations des adhérents avec également un financement par l'impôt.

Beaucoup de pays lors du processus de mise en place d'un système national de couverture maladie adopteront une combinaison de ces options. La définition d'une extension de la protection sociale résultera d'une analyse des problèmes (causes d'exclusion) et des capacités utilisables pour s'y attaquer. Il est très important pour le Burkina Faso d'identifier les capacités aux niveaux institutionnel et financier. Pour les exclus, il convient de considérer la capacité contributive des populations, ainsi que leurs possibilités d'organisation.

La capacité limitée de l'État et la faiblesse institutionnelle des organismes de sécurité sociale limitent le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'extension de la couverture maladie. En l'occurrence, les efforts devraient être concentrés sur les formes d'assurance qui peuvent être mises en place à l'échelon local et sur les priorités en termes de prestations (soins couverts, les indemnités de maladie). Ces systèmes, rassemblés sous la rubrique de la micro-assurance, sont assez divers mais ont au moins en commun trois caractéristiques essentielles, hormis l'utilisation de l'assurance :

- Ils sont au moins partiellement financés par leurs affiliés ;
- l'affiliation est volontaire ou automatique ;
- l'État n'est pas responsable de leur création ou de leur gestion.

En revanche, étant donné que ces systèmes sont destinés à des gens disposant de peu de ressources, il est légitime, au titre de la solidarité et de l'équité, qu'ils bénéficient d'un

soutien financier (subventions pour la prestation de services ou l'assurance). Ce soutien est aussi une incitation à la création et au développement des systèmes.

Considérations pour la mise en œuvre des options politiques

Tableau n°1 Identification des barrières et des stratégies de mise en œuvre des options politiques

Options	Obstacles	Stratégies de mise en œuvre
utilisation de l'impôt général	La faiblesse de l'espace fiscal	Prise en compte du financement de l'assurance maladie universelle dans le cadre du PNDS ; Pladoyer pour l'allocation de financement dans le cadre de l'assurance maladie par l'Etat ; Sensibilisation de la population à plus de participation au paiement de l'impôt ; La création d'un impôt spécifique pour l'assurance maladie
	L'insuffisance de volonté politique.	Pladoyer auprès des autorités pour la prise en compte de l'assurance maladie dans les priorités nationales ;
mobilisation des cotisations selon le revenu	La faible capacité contributive des populations	Révision de la politique de financement des services de santé ; Restructuration des mutuelles de santé pour les intégrer dans le dispositif national ; Développement d'un plaidoyer auprès des acteurs sociaux et des PTFs Institution d'une subvention en faveur des pauvres et le fonctionnement des mutuelles de santé
	La non maîtrise du secteur informel	Organisation du secteur informel ; Organisation de campagnes de sensibilisation

utilisation du système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations	La faible gouvernance.	Mise en place des mécanismes formels de concertation et d'harmonisation entre les acteurs des mutuelles, des prestataires, des collectivités et des PTFs
		Intégration des mutuelles de santé dans le dispositif par faire une extension par le bas
		Developpement de plaidoyer
	La capacité d'administration des structures de d'assurance maladie	Renforcement des capacités
		Adoption de textes législatifs et reglementaire sur l'assurance maladie

INTRODUCTION

Le consensus entre les décideurs nationaux du secteur de la santé et les donateurs s'est progressivement dégagé sur le fait que malgré l'augmentation des ressources allouées à la santé, les résultats escomptés ne peuvent être atteints sans la mise en place d'une couverture du risque maladie viable. En effet, bien que de grands programmes de santé soient engagés sur la base des financements publics et privés, la faiblesse de la couverture maladie constitue une menace à l'utilisation des services de santé.

Au Burkina Faso, la problématique la plus importante est sans nul doute la part très élevée des paiements directs dans un contexte où plus de 46,4% (EDS 2003) de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. En outre, il convient aussi de souligner que la situation des franges les plus démunies et la faible participation des populations à la gestion du système de santé contrarient l'efficacité du système.

Au cours de la décennie passée, la problématique de l'extension de la couverture maladie a connu une évolution importante dans l'agenda des partenaires internationaux au développement. En effet, elle est passée de la recherche de résultats de projets micro économiques à un niveau macroéconomique de la conception des politiques publiques des pays avec l'appui de la communauté internationale. Ainsi, les résultats de recherche ont mis en évidence les relations entre l'extension de la couverture du risque maladie et les progrès sanitaires. C'est pourquoi, les donateurs ont accru : i) leur soutien financier aux pays qui ont enregistré des performances dans la réforme de leur système de protection sociale (Dollar et Svensson 1998, Burnside and Dollar 2000) ; ii) leur appui aux pays dans le renforcement des capacités pour la conception et la mise en œuvre des systèmes de couverture maladie.

La notion d'extension de la couverture maladie de qualité est diversement interprétée par les auteurs et fait référence à la notion d'accès universel. Dans la présente note de politique nous allons clarifier certains concepts en lien avec la couverture maladie. Malgré l'importance de la couverture maladie dans l'amélioration de l'accès aux soins et la protection financière contre les coûts catastrophiques, plusieurs facteurs ont été décrits par De Allegri et al. comme des entraves persistantes à l'augmentation du taux de couverture de la population. Les réflexions développées sur la base des résultats de recherche décrivent l'impact du faible taux d'enrôlement des populations sur la mobilisation des ressources pour la santé, du poids financier des soins sur les ménages et des pertes économiques subséquentes à la maladie. Dans beaucoup de pays africains, la problématique de la couverture de la population reste entièrement posée. Et compte tenu des enjeux, des options politiques pour atteindre un taux de couverture satisfaisant et des stratégies de mise en œuvre sont proposées avec une estimation de leurs coûts.

Le Burkina Faso depuis 2009 a engagé une réflexion en vue de mettre en place un système d'assurance maladie universelle. Un comité de pilotage a été mis en place pour

superviser les études de faisabilité. Il est assisté par un secrétariat permanent qui s'occupe de la coordination administrative et technique des activités.

Un certain nombre d'études ont déjà été réalisés, il s'agit entre autres :

- la définition du panier de soins ;
- le type de relation avec l'offre de soins ;
- le cadre juridique ;
- la stratégie de financement ;
- le plan de communication.

Cette présente note de politique sur les stratégies de viabilisation de l'assurance maladie universelle a pour but de d'apporter une contribution pour accélérer la finalisation des études de faisabilité et de permettre la mise en œuvre effective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

CLARIFICATION DES CONCEPTS

i) la couverture du risque maladie

La couverture du risque maladie est l'ensemble des mesures visant à protéger les individus contre les pertes économiques dues à la maladie. Le but de cette couverture du risque maladie est de garantir la sécurité tant économique qu'humaine des membres de la communauté. En effet, cette sécurité est souvent menacée par un certain nombre de risques sociaux, qui vont soit entraver l'acquisition du revenu professionnel (la maladie, l'invalidité) ; soit engendrer des dépenses de santé et /ou de charges familiales (soins, enfants à charges). Il existe plusieurs types de risques sociaux parmi lesquels on peut citer le risque maladie, maternité, invalidité, vieillesse.

La création du système de couverture du risque maladie puis son extension aux indigents à partir du 20^{ème} siècle fut d'abord l'œuvre de Bismarck, homme politique allemand. Les prestations étaient financées conjointement par les cotisations des employeurs et les travailleurs.

ii) la couverture maladie généralisée

La couverture maladie généralisée est une réponse à l'exclusion des soins de santé par une prise en compte de la protection sociale des plus démunies ; or dans plusieurs pays, les systèmes de couverture maladie sont en développement mais ils maintiennent la superposition de régimes particuliers. Dans la pratique, ils généralisent la protection contre la maladie mais l'universalité n'est pas atteinte compte tenu du manque d'harmonisation des régimes.

iii) l'assurance maladie universelle

L'assurance maladie universelle est un régime de protection général et unique contre le risque maladie. Il ouvre un droit personnel aux prestations, droit universel pour tout résident, sans contrepartie contributive¹, ni justification de situation familiale, ni limitation de durée. L'universalité de protection maladie se justifie d'autant plus que la santé constitue un droit attaché à la personne et non au travail.

METHODOLOGIE

Le choix du thème portant sur la ***pérennisation de l'assurance maladie universelle*** s'est fait sur la base de l'analyse de la situation et des problèmes identifiés liés à la mise en place de l'assurance maladie au Burkina Faso.

Le travail a été basé sur une revue documentaire qui a permis de collecter des données secondaires. Notons en particulier qu'une recherche documentaire sur des sites spécialisés (PubMed, Hinari, Google scholar, ...) a permis de compléter cette revue. Cette collecte a été renforcée par les données primaires à partir de discussions avec des personnes ressources.

Un draft a été élaboré par l'équipe de rédaction et soumis à discussion dans un groupe élargi.

Le document a ensuite été lu et amendé par des lecteurs internes et des lecteurs externes. Il devra par la suite être soumis à un forum délibératif.

¹ Lorsque l'adhérent paye sa contribution (cotisation l'impôt, cotisation selon le revenu ou par le système mixte), au moment de recevoir les prestations de soins, aucune contribution additionnelle n'est demandé à l'adhérent, sauf s'il veut bénéficier d'un paquet complémentaire de soins.

PROBLEME

1.1. Historique des systèmes de couverture du risque maladie en Afrique

Les systèmes de couverture de risque maladie en Afrique ont connu plusieurs formes dans leur évolution : les régimes classiques de sécurité sociale, la dynamique mutualiste et les systèmes nationaux d'assurance maladie

1.1.1 La promotion des régimes classiques de sécurité sociale.

Dans la plupart des pays africains comme au Burkina Faso, les personnes actives dans le secteur formel disposent d'une couverture sociale partielle administrée par les organismes de prévoyances sociales. Il s'agit de :

a) La couverture gérée par l'administration publique

Dans une revue des systèmes de protection sociale des pays d'Afrique de l'Ouest, Cheik FAYE indique que la couverture gérée par l'Etat s'étend aux bénéficiaires ci-après : les travailleurs soumis au code du travail quelle que soit leur nationalité, les personnes à charge de ces travailleurs, les apprentis et élèves et les assurés volontaires. S'agissant des prestations couvertes on peut citer les prestations de maternité (frais d'accouchement et soins médicaux au cours du congé de maternité), les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Ce régime, administré par les caisses de sécurité sociale et de retraite, exclut près de 80% de la population. En 2008, cette couverture était de 2% en Guinée, 10% en Côte d'Ivoire, 20% au Togo et Sénégal (Hodges.A, UNICEF 2010 ; Sery.J.P, 2004 vérifier la source pour l'année).

Au Burkina Faso, la couverture par l'Etat se fait à travers la CNSS et la CARFO. Cependant ces structures ne comportent pas de branche assurance maladie. En terme de protection sociale elles couvrent à peine 10% (source) de la population.

b) La couverture gérée par le secteur privé

L'assurance privée formelle est généralement contractée par les entreprises privées à but lucratif. Compte tenu de la pauvreté des populations, ce secteur est très peu développé et couvre moins de 10% de la population des pays à faible revenu. Malgré cette faible couverture, beaucoup d'opérateurs du secteur des assurances considèrent l'assurance maladie privée comme un produit ayant un fort potentiel de croissance en Afrique et en Asie centrale (Jutting et Drechster, 2005).

1.1.2 L'émergence d'une dynamique mutualiste

Après les années 80, considérées comme la décennie de « l'appauvrissement global » (CHOSSUDOVSKY.M.1998), le secteur de la santé va être soumis à une crise du financement engendrée par les programmes d'ajustement structurels. Pour assurer une mobilisation de ressources additionnelles, le recouvrement des coûts a été introduit par l'initiative de Bamako. La pauvreté et le niveau de vie ne leur permettant pas d'avoir accès aux soins de santé, les populations ont développé entre autre avec l'appui des partenaires techniques et financiers le financement solidaire de leurs soins de santé à travers la mise en place des mutuelles de santé. Ainsi, le BIT qui s'était focalisé sur la promotion des systèmes classiques de sécurité sociale a fait de l'extension de la protection sociale une priorité dans la lutte contre la pauvreté (Ngouana, 2009). Grâce à cette dynamique mutualiste en Afrique francophone (Brouillet et al, 1997, Atim,1998 ; Bennett et al,1998), plusieurs pays comme le Rwanda, le Ghana, le Cameroun, la Guinée, le Burkina et le Benin ont connu une croissance significative de leurs systèmes mutualistes, bien que beaucoup de personnes parmi les pauvres soient exclues (Rusa et Fritsche,2007). Le Sénégal et le Benin ont été les précurseurs du système mutualiste. Toutefois, le Ghana et le Rwanda ont pris une longueur d'avance après la mise en place des mutuelles dans les années 90 à tel point que leurs expériences constituent les références en matière d'extension de la couverture maladie.

1.1.3 L'engouement pour les systèmes nationaux d'assurance maladie.

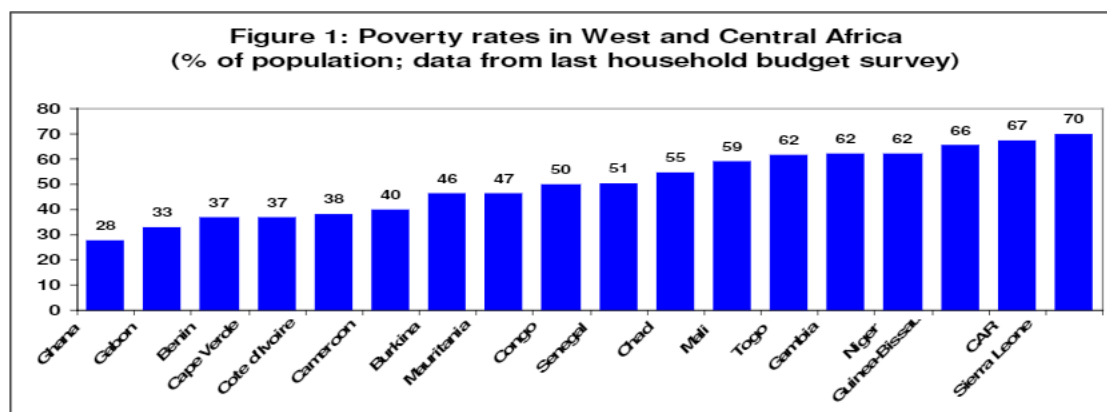
Confrontés à une insuffisance structurelle des ressources financières affectées au secteur de la santé et à la pauvreté des populations, plusieurs Etats ont engagé des réformes visant à instaurer un système national d'assurance maladie (SNAM). Principalement financé par les ressources publiques, ces SNAM ont pour objectif de garantir un financement durable de la santé afin d'assurer à tous et surtout aux plus défavorisés, des soins de santé accessibles, abordables et de qualité. En 2010, au Ghana et au Rwanda les taux de couverture de la population ont atteint respectivement 64% et 75% (référence). En tout état de cause, les Etats sont engagés à des degrés divers. Au Mali, l'assurance maladie a été instaurée accompagnée d'un fonds d'assistance médicale destiné à favoriser l'inscription des pauvres. Au Sénégal, l'assurance maladie prévoit d'ici 2015 une couverture de 50% de la population avec un accès gratuit aux soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans à travers la mise en œuvre du plan sésame. Toutefois, en dehors du Ghana, tous les pays sont encore au début du processus et ne sont pas encore arrivés à enclencher une véritable extension de la couverture du risque maladie. Cependant, des employeurs et des travailleurs ont conclu, lors de la 89^{ème} session de la Conférence internationale du Travail de 2001, que la « *priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur* ».

1.1.4 Facteurs structurels entravant les options d'extension de la couverture du risque maladie en assurance santé

Il ressort de l'expérience africaine en matière de réformes des systèmes d'assurance maladie toute une série de questions qui doivent être prises en considération dès qu'il s'agit d'élargir la couverture. Dans cette section, nous discuterons des facteurs susceptibles de contrarier les initiatives d'extension de la couverture du risque maladie.

a) L'envergure de la pauvreté

L'un des traits distinctifs de la situation des pays de l'Afrique au sud du Sahara est le niveau de pauvreté monétaire des populations. Les données statistiques du Burkina sur la pauvreté montrent qu'en 2009, 46,4% (EDS 2003) de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté. Certains pays comme le Togo, le Niger et la Guinée Bissau enregistrent un taux de pauvreté de 60%. La Sierra Leone enregistre un taux plus élevé de 70%. Ainsi, le fait que la pauvreté soit largement répandue réduit la capacité des citoyens à payer des cotisations (Letourmy & Pavy-Letourmy, 2006). Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Holzmann & Jorgensen, 2000), l'assurance maladie est également un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de la limitation de la pauvreté iatrogène (note de bas de page pour expliquer).



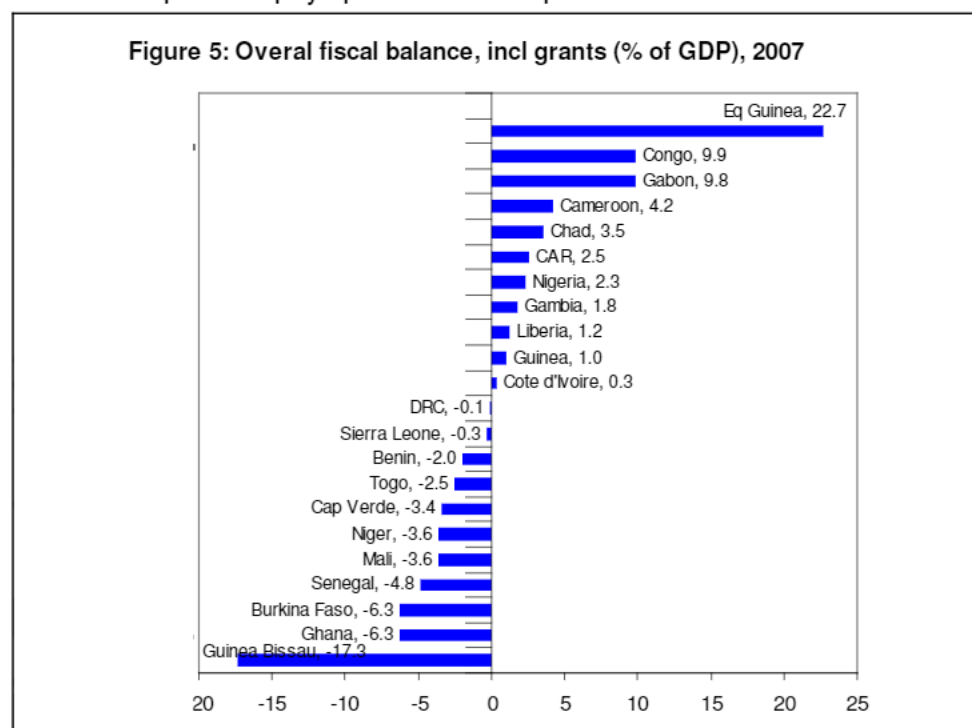
Source :IMF Country Report 2010 (verifier)

Le niveau de pauvreté a de fortes implications sur la conception des politiques d'extension de la couverture maladie. D'abord, il met en évidence la faible capacité contributive de la majorité de la population ; ce qui implique une faible mobilisation des ressources issues des cotisations. Par ailleurs, dans un souci d'équité il est nécessaire de mettre en œuvre une politique de subvention pour réduire l'exclusion des plus pauvres du système. Dans cette optique, l'extension nécessite la mobilisation d'un niveau de ressources publiques importantes. Aussi, pour des questions pratiques, les

auteurs recommandent l'adoption du principe d'universalisme lorsqu'une grande partie de la population est pauvre. En effet, lorsque la pauvreté est répandue, le ciblage n'est pas essentiel et il est administrativement onéreux et sujet à des problèmes d'accès à l'information, à la distorsion des mesures d'incitation et au risque moral (Mkandawire, 2006).

b) L'espace fiscal pour la protection sociale

Selon la Banque mondiale, l'Afrique subsaharienne enregistre le niveau de dépenses le plus faible consacré à la protection sociale soit 0,3% du PIB (Banque mondiale, 2006). Or selon certains analystes, le niveau de financement requis pour la mise en œuvre d'un régime de base en la matière nécessite des dépenses publiques variables entre 0,5 et 2% du PIB (Stewart et Handa, 2008). Pourtant, dans plusieurs pays, les ressources budgétaires mobilisées pour assurer la couverture sociale n'atteignent pas cette norme minimale. Toutefois, on note des disparités entre pays avec cependant une situation confortable pour les pays producteurs de pétrole.



Source : IMF Country Report (verifier)

A l'analyse, la fragilité des assiettes fiscales est source de problèmes budgétaires pour des régimes financés par l'impôt. Il en résulte que manifestement, il sera contraignant pour les pays à faible revenu qui enregistrent des déficits budgétaires récurrents de s'engager dans de nouveaux programmes sociaux. Cette situation s'explique par le fait que ces pays sont en train de renforcer le financement de l'accès aux services sociaux

de base, les infrastructures ainsi que l'appui au développement agricole et les autres secteurs productifs.

c) La gouvernance et les capacités de l'administration

La troisième contrainte structurelle à prendre en compte est la faiblesse de l'environnement de la gouvernance et des capacités des services publics. Près de 14 pays sont classés par la Banque mondiale comme pays fragiles sur 24 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. La corruption est ambiante dans beaucoup de pays et plusieurs sont mal classés selon l'indice de Transparency International. Sur 180 pays, 14 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre figurent parmi les 80 premiers.

Les ministères responsables de la protection sociale, dont la couverture maladie, ont de faibles capacités opérationnelles et manquent crucialement de ressources financières et de capacités de plaidoyer vis-à-vis des ministères des finances.

En résumé, la faible capacité opérationnelle des services publics en charge de la protection sociale est une contrainte majeure de la mise en œuvre et de l'extension de la couverture maladie et en tant que risque institutionnel, cela peut jouer sur la gestion efficiente des ressources financières et l'application des critères de ciblage et d'éligibilité des groupes défavorisés.

d) Autres facteurs contextuels : le développement du secteur informel, l'insécurité, le VIH/SIDA et les changements climatiques.

Le développement accru de l'économie informelle affaiblit les systèmes contributifs existants par la déperdition du potentiel de ressources financières et réduit l'opérationnalisation de l'extension de la couverture maladie.

S'agissant de la pandémie du VIH/SIDA, elle augmente les dépenses de santé et affaiblit les programmes de couverture ou de partage du risque maladie existant.

Les conflits fragilisent les infrastructures et les capacités, déstabilisent les communautés et déplacent les populations.

Quant au changement climatique, il menace le secteur agricole qui constitue le principal moyen de subsistance pour la majorité des populations et affecte la sécurité sanitaire à travers la propagation des maladies et le développement des carences nutritionnelles.

En effet, la pollution de l'air ambiant provoque une augmentation des maladies respiratoires et des allergies ; la diminution de la couche d'ozone induit un accroissement des cancers de la peau et des maladies vasculaires ; l'augmentation des températures globales entraîne l'augmentation du niveau de la mer et surtout la propagation des maladies tropicales ; et enfin l'augmentation des précipitations entraîne des inondations et des tempêtes toujours plus fréquentes et plus violentes (LI, BRIANT et al, impact du changement climatique sur les assurances ENPC) .

L'ensemble de ces facteurs constituent des entraves potentielles communes à toutes les stratégies d'extension de la couverture du risque maladie en Afrique au Sud du Sahara en général et au Burkina Faso en particulier.

1.2 AMPLEUR DU PROBLEME

Dans la plupart des pays africains, la part des dépenses nationales de santé supportée par les ménages est supérieure à 50 % contre 10% dans les pays développés. Au Burkina Faso, la dépense des ménages est passée de 49,8% en 2003 à 37% en 2009 (CNS 2003 à 2009). En dépit d'une telle évolution, les dépenses de santé à la charge des populations pèsent lourdement sur les revenus des ménages dont environ 44% vivent en dessous du seuil de pauvreté. En l'absence d'une couverture maladie, ces dépenses sont essentiellement payées lors de l'utilisation des services de santé aussi bien publics que privés.

1.2.1 L'insuffisance des ressources publiques intérieures destinées à financer les dépenses de santé

Depuis la déclaration du millénaire pour le développement en septembre 2000, la contribution financière des donateurs à la santé a quadruplé². Malgré cette forte mobilisation, certains pays à faible revenu n'atteindront pas les OMDs sans une mobilisation supplémentaire des ressources intérieures pour accroître la couverture sanitaire.

Le financement de l'accès universel repose sur deux principes interdépendants. Le premier est d'éviter que les barrières financières empêchent les populations d'avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin (soins préventifs, promotionnels, traitement et réhabilitation). Le second est de faire en sorte que les paiements des soins de santé ne privent les ménages de ressources financières pour assurer les autres besoins de base non alimentaires. Dans cette optique, bien que pertinente, la couverture

² www.pnud.bf/fr/omi.htm

universelle nécessite un accroissement durable des ressources intérieures pour assurer sa pérennité. Or selon certains auteurs, en dépit de l'accroissement récent des ressources extérieures, les pays à faible revenu doivent encore mobiliser 75% de leur financement à l'intérieur de leur pays (David, B., Evans et Carissa, Etienne, 2009). Aussi, la stratégie par laquelle les pays doivent mobiliser les ressources intérieures est essentielle.

1.2.2 Les pertes économiques dues à la maladie

La couverture maladie permet d'améliorer l'accès aux soins et d'assurer la protection financière des pauvres en particulier dans les pays à faible revenu.

L'absence de couverture du risque maladie est à l'origine du faible taux d'utilisation des services de santé et de l'appauvrissement dû à la maladie (COHEUR, A. et al, 2007). Cette situation est accentuée par les inégalités d'accès aux soins entre riches et pauvres ; entre milieu rural et urbain (Tin Su, Kouyaté et Flessa, 2006).

Les conséquences sont dramatiques pour l'individu et sa famille. En effet, selon l'OMS chaque année, près de 1,3 milliards de personnes sont exclues de l'accès à des soins abordables et efficaces (source année). Les coûts catastrophiques des soins font basculer près de 100 millions de personnes dans le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté.

Les revenus par tête d'habitant dans les pays de l'Afrique subsaharienne sont très faibles alors que les ménages supportent près de 60% des dépenses de santé et principalement par le procédé des paiements directs. Ainsi, la grande majorité de la population consulte un personnel de santé moins d'une fois dans l'année (moins d'un (1) contact par an et par personne) et en cas de consultation médicale beaucoup n'ont pas la capacité d'acheter les médicaments. Selon Martine AUDIBERT « les ménages pauvres sont particulièrement exposés à un risque d'appauvrissement supplémentaire, parfois dramatique du fait qu'ils doivent largement supporter le coût de la maladie souvent très élevé en cas d'hospitalisation ».

Par ailleurs, au plan macroéconomique, l'exclusion de la population altère le capital humain et par conséquent réduit aussi les possibilités de croissance socio-économique et accentue la fragilité des pays face aux chocs sanitaires (NGOUANA, R, 2009). Selon MERSON et BLACK (2012) il existe une corrélation entre l'état de santé et le taux de croissance économique. Il en résulte que l'extension de la couverture maladie est une problématique urgente qui doit être placée au cœur des politiques d'accélération du développement économique et social.

1.2.3 Formulation du problème

Au Burkina Faso, les capacités de pérennisation de l'assurance maladie sont faibles. Cette situation se traduit entre autres par une faible performance des systèmes d'assurance maladie et un faible taux de couverture de l'assurance maladie.

Les principales causes de la faible pérennisation de l'assurance maladie sont :

- la crise de confiance entre assuré et structures de gestion ;
- la faible qualité des prestations de soins ;
- la non sensibilisation à la notion de solidarité ;
- la faible prise en compte de l'assurance maladie dans le système national de santé ;
- l'insuffisance des stratégies de pérennisation de l'assurance maladie ;
- l'insuffisante exploitation des opportunités de mobilisation des ressources internes des pays pour financer la santé ;
- le niveau élevé de pauvreté des populations ;
- la situation économique vulnérable des pays.

Les conséquences de la faible pérennisation sont :

- la faible performance des systèmes d'assurance maladie ;
- la faible accessibilité financière des populations ;
- la faible adhésion des populations aux systèmes d'assurance maladie ;
- la faible utilisation des services de santé.

2. OPTIONS POLITIQUES

Trois options politiques sont proposées dans la présente note de politique pour améliorer l'extension de la couverture du risque maladie au Burkina Faso. Il s'agit de :

- l'utilisation d'un impôt général ;
- la mobilisation des cotisations selon le revenu ;
- l'utilisation d'un système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations.

Chacune des options est indépendante des autres. Pour analyser leur faisabilité, des évidences scientifiques sont apportées pour soutenir chaque option.

3.1 l'utilisation d'un impôt général

L'impôt général consiste à se focaliser sur l'extension par l'adaptation des régimes d'assurance sociale.

Le financement par l'impôt vise une couverture universelle qui permet à tous les citoyens d'avoir accès à un paquet de soins harmonisé comparable sur l'ensemble du territoire pour les catégories les plus aisées de la population et les catégories les plus pauvres. Il permet de faire de la couverture maladie un droit humain attaché à la personne et non à son travail. Certains pays ont obtenu des résultats satisfaisants à travers l'engagement politique, la mobilisation des ressources publiques et la main d'œuvre. Au Ghana par exemple la taxe sur la valeur ajoutée a été l'outil fiscal utilisé pour la mobilisation des ressources financières destinées à financer les politiques d'extension de la couverture. Ainsi en 2003, une loi pour lancer la mise en place d'un système national d'assurance maladie (National Health Insurance Act de 2003 <NHIA 2003>) a été adoptée. L'impôt général (TVA ; impôts sur les sociétés, les droits d'importation et autres taxes) a constitué la principale source de financement (Gyapong, Garshong et al, 2007). En 2007, les prélèvements fiscaux finançaient 40% des dépenses de santé ce qui est appréciable par rapport à la situation de certains pays de la sous-région.

Suite à ces mesures législatives, une dynamique d'extension à la fois quantitative, fonctionnelle, politique et organisationnelle a été enclenchée. Le taux de pénétration de l'assurance maladie au niveau national est ainsi passé de moins de 1 % de la population en 2001 à plus de 40 % en 2007.

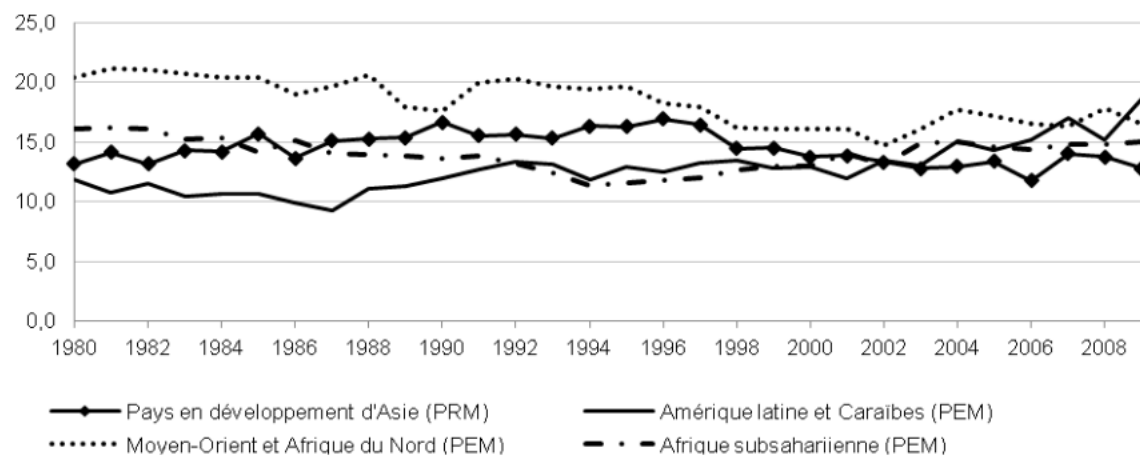
Cependant, compte tenu des contraintes budgétaires et de la faible mobilisation des recettes fiscales, il semble important de se poser la question sur le niveau de recettes fiscales requis pour assurer la couverture universelle. Pour répondre à cette question, Di MEINTYRE a fait une revue de la situation de 24 pays africains ainsi que les implications d'une mobilisation des ressources. A cet égard, elle estime qu'une mobilisation de 5% du PIB est nécessaire. Par ailleurs, les charges administratives pour gérer les dispositifs de couverture maladie ont été estimées entre 2 et 3 % des fonds mobilisés.

Selon la Banque Mondiale le niveau de mobilisation des recettes fiscales en Afrique au sud du Sahara s'est amélioré au cours des cinq dernières années ; toute chose qui est favorable à la l'extension de la couverture financée par l'impôt général. Pour renforcer leur volonté politique dans le financement des dépenses de santé, les chefs d'Etats de l'Union Africaine ont réaffirmé en septembre 2010 à Kampala leur engagement à consacrer 15 % des budgets publics au secteur de la santé. Ainsi, pour financer la couverture maladie, il est primordial de réformer les politiques publiques de financement de la santé pour les orienter vers l'assurance maladie et de les augmenter en fonction de la croissance démographique et des défis de l'accès à des soins équitables. Cependant, un financement de la couverture universelle par l'impôt ne suffit pas pour garantir l'accès aux soins. En effet au Ghana, malgré les succès de l'assurance maladie, 40% de la population doit parcourir 15 km pour avoir accès à un centre de santé contre

8km comme recommandé par l'OMS. Aussi, est-il nécessaire que l'assurance soit accompagnée par des services de santé de qualité au niveau communautaire, des prestations, l'accessibilité aux soins primaires, un système de référence et de contre référence efficient ainsi qu'une conception minutieuse des conditions et tarifs de l'achat de service auprès du secteur privé.

Le graphique ci-dessous semble indiquer que les résultats des recettes fiscales se sont améliorés en Afrique subsaharienne depuis le milieu des années 90 et ont fléchi dans les pays en développement d'Asie

Graphique 5. Évolution des recettes fiscales par région, 1980–2009



Sources.BM (date)

2.2La mobilisation de cotisations selon le revenu

Cette option politique privilégie la capacité contributive des populations à travers les prélèvements obligatoires sur les revenus et les cotisations mobilisées par les mutuelles de santé. Elle s'adapte mieux dans un contexte de développement des emplois salariés réguliers dans des secteurs structurés. Par ailleurs, cette approche met l'accent sur la participation des pauvres et le renforcement de leur responsabilité citoyenne et leur pouvoir de négociation pour défendre leurs intérêts. La mobilisation des cotisations selon le revenu doit permettre de prendre en charge les individus sans revenu en particulier les indigents et les marginalisés. Le développement du secteur informel dans les pays à faible revenu, la faible taille et l'insuffisance des ressources financières des mutuelles de santé ont contrarié l'efficacité de cette option dans l'extension de la couverture maladie universelle. Les difficultés relevées sont entre autres la gamme limitée des prestations, les lacunes dans le niveau des prestations et le nombre limité des personnes couvertes.

En Tanzanie, les prélèvements obligatoires collectés par la CNSS ont été effectués pour financer la couverture maladie. Le taux appliqué était de 10% du salaire brut pour le

salarié et 10% pour l'employeur ; ce qui ramène le taux de prélèvement obligatoire à 20% du salaire brut (Borghi.J et al, Août 2010). Pour couvrir les travailleurs du secteur informel, un fond pour la santé communautaire a été institué (CHF) dans les districts ruraux. Pour pallier les faiblesses structurelles de ces régimes de micro-assurances communautaires (Jamu et al ,2009), le fonds de santé communautaire a été repris par le fonds national d'assurance (NHIF) en 2009.

Du point de vue quantitatif, la Tanzanie est passée de 9% de la population couverte en 2009 à 13% en 2010. Le gouvernement prévoit une extension de la couverture à 45% de la population d'ici à 2015.

La soutenabilité des taux de prélèvement et la progressivité du niveau de la cotisation pour les travailleurs indépendants sont des facteurs cruciaux. Ainsi, en Tanzanie l'accès à l'assurance n'a pas été équitable (4% de taux d'adhésion pour les pauvres contre 12% pour les riches). Or au Ghana où les taux sont modestes, les résultats ont été plus appréciables. En effet, le taux de prélèvement des travailleurs s'établit à 6% du salaire brut avec un minimum extensible de 5 personnes à charges. Par ailleurs, pour les travailleurs du secteur informel et les populations rurales le montant de la cotisation est fixe et le même pour tous, compte tenu des difficultés et les coûts de ciblage des pauvres. Ces allègements financiers ont contribué à l'accroissement rapide du taux de couverture de la population au Ghana. En 2008, la part des primes de contributions représentait près de 19% des dépenses de santé.

Cette option nécessite un dialogue social efficace avec les partenaires sociaux et les communautés ainsi qu'un accompagnement des mutuelles de santé dans le recouvrement des cotisations et le ciblage des pauvres.

2.3l'utilisation d'un système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations

Les systèmes alternatifs ou mixtes d'assurance maladie se sont réalisés dans le cadre d'une combinaison des régimes d'assurance sociale et des régimes publics spéciaux pour des catégories de travailleurs tels que les travailleurs indépendants, et les travailleurs agricoles avec une subvention du gouvernement pour les plus défavorisées. Le financement du système est assuré par l'Etat (taxes et autres produits exceptionnels), les partenaires techniques et financiers ainsi que les populations à travers les cotisations collectées par les mutuelles de santé. Une subvention générale est accordée par l'assurance maladie aux mutuelles de santé. Cette subvention générale est répartie entre une part fixe et une part variable. La part fixe assurera le fonctionnement des mutuelles et la conduite d'activités d'éducation à la mutualité et à la culture assurantielle en vue d'une large adhésion des populations. L'obtention de la part

variable de la subvention générale sera conditionnée par le nombre de bénéficiaires recrutés et sera ainsi une source d'incitation.

Pour bénéficier de la subvention générale, toutes les initiatives mutualistes communales doivent être agréées par l'organe administratif mis en place par l'Etat et membre de l'Union territoriale des mutuelles. Le système d'assurance maladie universelle sera dans le cas du Burkina Faso gérée par la direction de l'assurance maladie du Ministère en charge de la protection sociale. En outre, les différentes entités communales, régionales et nationales auront une autonomie de gestion. En plus de la subvention générale, une subvention ciblée doit être mise en place pour assurer la couverture des indigents. La subvention ciblée devra être basée sur le niveau de pauvreté des communes ou des régions sanitaires. L'identification des indigents sera faite par ces dernières sur la base de critères définis par l'organe national compétent.

Les expériences prometteuses du Ghana et du Rwanda (méthode alternatif) initiées au cours des dernières années sont basées sur les principes des systèmes alternatifs d'assurance maladie. Le Ghana et le Rwanda se sont basés sur les principes de la mutualité et l'organisation administrative de leur territoire en districts pour mettre en place des systèmes locaux d'assurance maladie basés sur le territoire des districts. Les systèmes locaux d'assurance maladie sont soutenus par des subventions de l'Etat (le cas du Ghana) et des partenaires techniques et financiers (le cas du Rwanda) pour garantir un panier minimum de soins sur l'ensemble du territoire national mais aussi pour couvrir les plus pauvres et les groupes vulnérables. Dans le cas du Ghana, les catégories de la population qui bénéficiaient des régimes de gratuité sont couvertes intégralement à travers le système d'assurance maladie. Dans le cas du Rwanda, les plus pauvres et les indigents, identifiés par la communauté, sont couverts intégralement à travers le système d'assurance maladie avec l'appui financier de plusieurs acteurs (Etat, districts, partenaires techniques et financiers et organisations non-gouvernementales).

Au Ghana, le fonds national a été financé sur la base des impôts et des prélèvements sur le système de sécurité sociale. Au Rwanda, le fonds national a été financé sur la base des contributions budgétaires de l'Etat, des prélèvements des systèmes d'assurance sociale et des systèmes d'assurance privée ainsi que des contributions des partenaires extérieurs. Par ailleurs, ces pays se sont dotés d'une agence centrale pour assurer la réglementation et l'assistance technique des systèmes mutualistes des districts.

3 Considérations pour la mise en œuvre des options politiques

Dans cette partie, il s'agira de décrire les obstacles possibles à la mise en œuvre de ces options politiques ainsi que les stratégies y afférentes.

Tableau n°2 Identification des obstacles et des stratégies de mise en œuvre des options politiques

Options	Obstacles	Stratégies de mise en œuvre
utilisation de l'impôt général	La faiblesse de l'espace fiscal	Prise en compte du financement de l'assurance maladie universelle dans le cadre du PNDS ; Pladoyer pour l'allocation de financement dans le cadre de l'assurance maladie par l'Etat ; Sensibilisation de la population à plus de participation au paiement de l'impôt ; La création d'un impôt spécifique pour l'assurance maladie
	L'insuffisance de la volonté politique.	Pladoyer auprès des autorités pour la prise en compte de l'assurance maladie dans les priorités nationales ;
mobilisation des cotisations selon le revenu	La faible capacité contributive des populations	Révision de la politique de financement des services de santé ; Restruction des mutuelles de santé pour les intégrer dans le dispositif national ; Développement d'un pladoyer auprès des acteurs sociaux et des PTFs Institution d'une subvention en faveure des pauvres et le fonctionnement des mutuellles de santé
	La non maîtrise du secteur Informel	Organisation du secteur informel ; Organisation de campagnes de sensibilisation

utilisation du système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations	La faible gouvernance.	Mise en place des mécanismes formels de concertation et d'harmonisation entre les acteurs des mutuelles, des prestataires, des collectivités et des PTFs
		Intégration des mutuelles de santé dans le dispositif par faire une extension par le bas
		Developpement de plaidoyer
	La capacité d'administration des structures de d'assurance maladie	Renforcement des capacités
		Adoption de textes législatifs et reglementaire sur l'assurance maladie

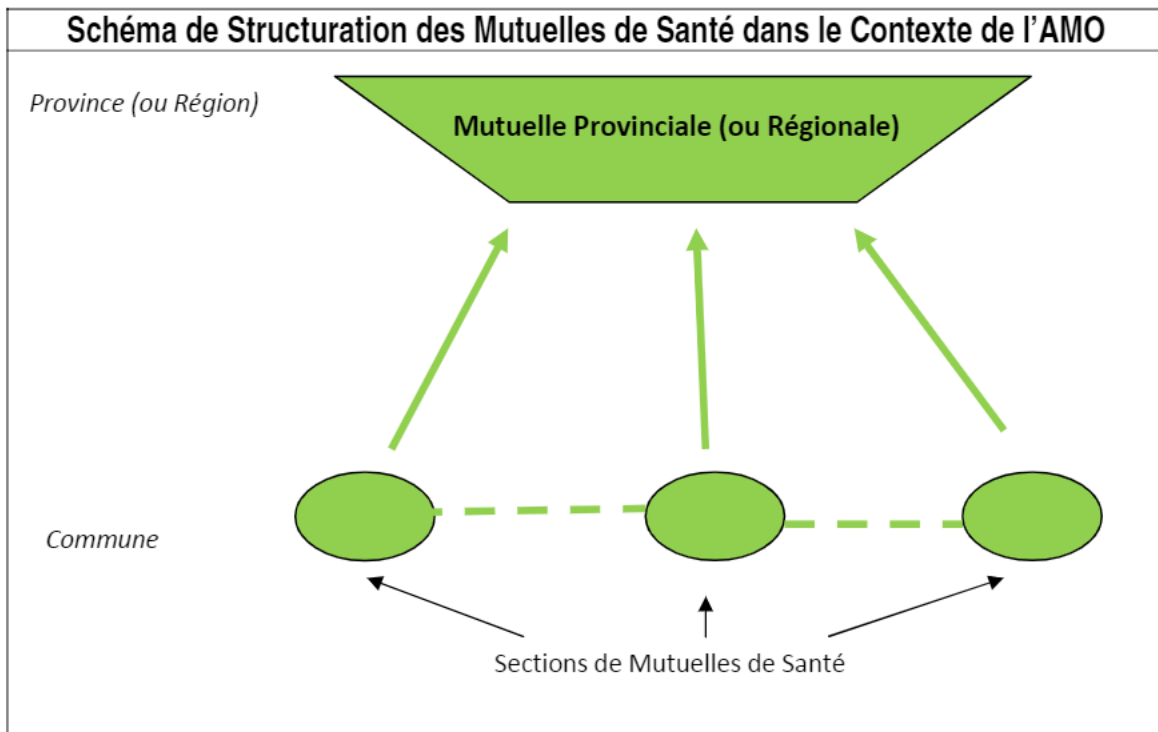
Pour mieux réussir la mise en œuvre des options, il faut tenir compte des modes d'organisation de l'administration de l'assurance. Plusieurs méthodes ont souvent été utilisées pour la mise en place de l'assurance maladie. Parmi ces méthodes, nous retiendrons les trois ci-dessous :

- L'organisation du haut vers le bas (top down), qui montre l'importance de la dimension politique. Selon Criel et al (2004), l'extension de la couverture maladie est une question d'ordre politique et une inscription des priorités à long terme. Elle nécessite un engagement du pouvoir central et des autorités locales pour subventionner la prime, institutionnaliser la mutualisation des risques et le pooling des ressources (Criel, Atim et al, 2004). Au Ghana et au Rwanda, cet engagement politique a fortement contribué aux progrès enregistrés dans le domaine de l'assurance maladie.
- La dimension sociale, économique, technique et managériale est tout aussi importante pour le succès du système de couverture du risque maladie. Selon De Allegri (2005) ces facteurs sont fortement liés au contexte de chaque pays et justifient la différence de succès ou d'échecs du processus. En Guinée, la prime n'a pas été subventionnée alors que les soins étaient de faible qualité dans un contexte où les populations sont pauvres et beaucoup ne sont pas capables de payer la prime. Par ailleurs, les équipes cadres de district n'étaient pas libres de prendre des initiatives pour impulser une dynamique mutualiste (Criel et al .2004). Par contre, au Congo le contexte était différent. Les équipes cadres de districts étaient autonomes avec une forte volonté d'innovation et des compétences

techniques. Ces facteurs de contexte ont favorisé le succès de l'extension par les mutuelles au Congo par rapport à la Guinée (Criel et Kegels 1997, Criel et al 1998).

- L'organisation du bas vers le haut (bottom up) est une des méthodes utilisée pour restructurer et intégrer les mutuelles. Pour élargir la couverture de l'assurance maladie, la plupart des pays en développement ont adopté la stratégie de la " mise en œuvre progressive ". Selon certains auteurs, pour réussir des innovations dans les pays à faible revenu, il faut partir des apprentissages existants (Perrot, j. 2005). Ainsi, le développement des systèmes d'assurance santé communautaires à travers les mutuelles de santé, en pleine expansion en Afrique de l'Ouest, peuvent devenir le fondement d'un système universel.

Sur la base du succès de cette dernière approche (bottom up) au Ghana et au Rwanda la Banque mondiale a proposé le schéma ci-dessous pour le Burkina Faso.



Source : Rapport Banque mondiale, le développement des mutuelles de santé en Afrique (date)

Ce schéma proposé par la Banque Mondiale semble s'appuyer sur les expériences du Burkina Faso en matière de développement de mutuelles de santé. Il était donc judicieux d'intégrer les mutuelles dans le dispositif de l'assurance maladie universelle pour mieux la gérer.

4. Le coût de mise en œuvre des stratégies

Le calcul des coûts pour la mise en œuvre des stratégies est basé sur les activités pouvant entraîner des charges. Le référentiel des coûts des activités du CDMT également été utilisé pour le calcul des coûts.

Pour l'option «utilisation de l'impôt général», il s'agit de coût en relation avec deux activités de plaidoyer et la sensibilisation de la population à plus de participation au paiement de l'impôt. **Le coût estimatif de la mise en œuvre de l'option n°1 est de quatre-vingt millions (80 000 000) FCFA**

Pour l'option «mobilisation des cotisations selon le revenu», le coût est basé sur la révision de la politique de financement de la santé, le développement de plaidoyer au niveau national et l'organisation d'une campagne de sensibilisation du secteur privé. Le coût estimatif de la mise en œuvre de l'option n°2 est estimé à **soixante-treize millions cinq cent mille (73 500 000) FCFA**.

Pour l'option «utilisation du système mixte intégrant les ressources publiques et les cotisations des populations», le coût est basé sur la formation des acteurs sur la gestion de l'assurance maladie et sur la réalisation de deux ateliers pour l'élaboration de textes réglementaire. Le coût estimatif de la mise en œuvre de l'option n°3 estimé à de **vingt-quatre millions sept cent cinquante mille (24 750 000) FCFA**.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de la note de politique.

CONFLITS D'INTERET

Pas de conflit d'intérêt.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette note de politique. Nos remerciements vont plus particulièrement à toute l'équipe du projet SURE, au Professeur John Lavis de l'Université Mac-Master/Canada (lecteur externe) et Mr Boureima OUEDRAOGO, Mr Seydou NOMBRE, Mr Tahirou TIENDREBEOGO (lecteurs internes) pour leurs contributions à l'élaboration de la présente note de politique.

REFERENCES

Atim C and Criel B (2004) Faisabilité' de la mise en œuvre de mutuelles de santé' en République démocratique du Congo

Baffoe-Twum, M. And R. A. Oppong, (2004). Institutional Aspects of Scaling-Up Community-Based Health Insurance: The Case of Ghana. AWARE-RH Project. Ghana (October).

BangladeshJ. Borghi et al (2010) Comparison of Costs of Home and Facility-based Basic Obstetric Care in Rural

Carlo cottarelli (8 mars 2011), Fonds monétaire international : mobilisation des recettes dans les pays en développement,; P.4

COHEUR, A. et al (2007). *Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire: une nouvelle approche prometteuse*. AISS.

Colombo, F. et N. Tapay (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries – The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 15, OCDE, Paris.

Craig Burnside & David Dollar, (2000). "Aid, Policies, and Growth," American Economic Review, American Economic Association, vol. 90(4) Ministry of Health, 2009.Pooling together, achieving more: Independent Review – Health Sector Program of Work 2008. Draft : April.

David B Evans & Carissa Etienne Health systems financing and the path to universal coverage

DE ALLEGRI M., SANON M., BRIDGES J., SAUERBORN R. (2005) Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa, Health Policy, vol. 76, n°1, 58-71.

Cheick FAYE, (juin 2010), Revue de la protection sociale dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest, Union Européenne

Dollar, David, et Jakob Svensson (1998), "What Explains the Success or Failure of Structural Adjustment Programs?", World Bank Policy Research Working Paper 1938, Washington D.C.

Ekman B. (2004) Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*;19: 249-70

Holzmann, Robert and Steen Jorgensen (2000): *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond*. Social Protection Discussion Paper Series, No 6. Washington, DC: The World Bank.

IMF (2012), country report no. 12/59, west african economic and monetary union (WAEMU); march 2012

John gyapong ;Bertha Garshong et al, (2007) "Qui paie les soins de santé au Ghana" Bouclier

Malam Maman NAFIOU et al, Impact de l'aide publique au développement sur la croissance économique du Niger ;

Marc Nabeth, (2006), *Micro-assurance. Défis, mise en place et commercialisation* / Alain Letourmy, Aude Pavy-Letourmy, La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu , Numéro 188, pp. 912-91

Ministère de l'économie et des finances, EICVM (2009), *Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages*

Ministère de la santé du Burkina Faso (2011). *Plan national de développement sanitaire 2011-2020* ;Ouagadougou .

Ministry of Health, 2009. *Pooling together, achieving more: Independent Review – Health Sector Program of Work 2008*. Draft : April.

Ministère de la santé Burkina Faso, (2007 et 2008), *compte nationaux de la santé*

Mkandawire, Thandika (2006) *Social development policies: new challenges for the social sciences*. *International social science journal*, 58 (189). pp. 395-404. ISSN 0020-8701

Ndahinyaka, J., *Étude de Cas sur Les Rôles des Acteurs dans le*

NHIG John gyapong ;Bertha Garshong et al, (2007), "Qui paie les soins de santé au Ghana" Bouclier

Perrot,j. (2005) *La contractualisation dans les système de santé* ,éditions Karthala ,pages 56-59

Rodrigue NGOUANA, (2009), Revue de la littérature les mutuelles de santé peuvent-elles améliorer efficacement l'accessibilité financière des travailleurs aux soins de santé de qualité, ISSP, Population et santé

Smith kv , Sulzbach S (2008).Community-based health insurance and access to maternal health services: evidence from three West African countries. Social Science & Medicine;66:2460-73.

Stewart, S.R. and S. Handa (2008) Reaching OVC through Cash Transfers in Sub-Saharan Africa: Simulation Results from Alternative Targeting Schemes, Chapel Hill: University of North Carolina.

Tin Tin Su,^a Bocar Kouyaté,^b & Steffen Flessa, (2006), Catastrophic household expenditure for health care in a lowincome society: a study from Nouna District, Burkina Faso, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé

waelkens et bart criel, les mutuelles de santé en afrique subsaharienne état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche maria-pia

Wagstaff A. (2002) Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ ;80:97-105.

Y. Jaffré, J.-P. Olivier de Sardan (dir.), (2003) Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest », Bulletin Amades [En ligne], 56 l. Smith KV,

Cadre du Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda. AWARE-RH Project. Ghana (Octobre).

Développements Récents et les Sources de Financement du Budget de l'Etat (2006)Revue des Dépenses Publiques Septembre 18,

République du Mali ; (2009) La protection sociale et les enfants en Afrique de l'ouest et du centre, le cas du Mali, Février.

Rapport de la 89^{ième} session de la Conférence internationale du Travail de 2001