



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.

REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA
PLANIFICATION FAMILIALE



Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Burkina Faso

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyoa Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

Janvier 2017

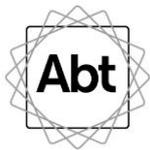
Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Soumettre à:

Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor
USAID West Africa Regional Health Bureau

Citation recommandée : Wright, Jenna, Karishmah Bhuwanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

BURKINA FASO

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIERES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
3. Burkina Faso.....	9
3.1 Un aperçu bref de pays.....	9
3.2 Contexte.....	13
3.3 Le financement de la santé au Burkina Faso.....	14
3.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale.....	16
3.5 Opportunités en matière de financement de la santé.....	17
3.6 Sources.....	18

Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Burkina Faso.....	11
Figure 2: Au Burkina Faso, le Coût de la fourniture à 50 % de la population de l'accès aux services de santé avec protection contre les risques financiers.....	17

ACRONYMES

AMC	Assurance maladie communautaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
APSAB	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
CAMS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
CPS	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc CFA (Burkina Faso)
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
HFG	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
INAM	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
MS	Ministère de la Santé (Togo)

MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
PDSS	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
PF	Planification familiale
PMAS	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
PRODESS	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
PROMUSCAM	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
RAMED	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
SNFS pour la CSU	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
SR	Santé de la reproduction
ST-AMU	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WARHO	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.

SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre I.

Une fourniture de services de santé financée par l'État existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les

3. BURKINA FASO

3.1 Un aperçu bref de pays



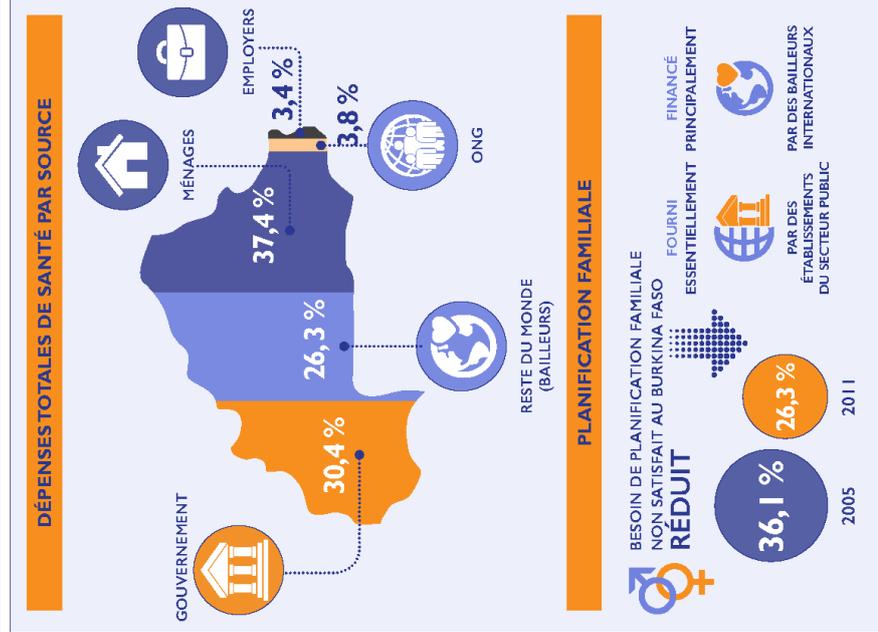


Burkina Faso



STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les stratégies du Burkina Faso pour améliorer la couverture des services de santé



INDICATEURS CLÉS

Indicateur	Valeur (Année)
Population	18 105 600 (2015)*
Dépenses générales de santé de l'Etat en pourcentage des dépenses totales de l'Etat	12 % (2013)**
Dépenses totales de santé par tête d'habitant	41 \$ (2013)**
Régimes privés prépayés en pourcentage des dépenses totales de santé	1,5 % (2013)**
Besoins de planification familiale non satisfaits	24,5 % (2010)***
Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	15 % (2010)***
Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (stérilets, injections ou implants)	9,9 % (2010)***
Femmes non mariées sexuellement actives utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	59 % (2010)***

* Organisation Mondiale de la Santé. Global Health Observatory. <http://www.who.int/gho/en/>. Accès: Juin 2016

** <http://pages.who.int/rha/database/Select/Indicators/en> Accès: juillet 2016

*** ICF International. 2012 The DHS Program STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>. Accès: juillet 2016

Figure 1: Un aperçu bref de Burkina Faso

Depuis les tensions politiques de 2014, la mise en œuvre des plans visant à fournir une assurance maladie à 20 % de la population du Burkina Faso a été retardée. Le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPSS) dirige les efforts d'atteinte de la CMU et fournira un forfait standard de prestations subventionnées par le gouvernement entre 80 et 100 %. La CMU sera mise en place par le biais de soins de santé gratuits ou subventionnés pour l'ensemble de la population, le Centre National de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur formel (y compris les personnes travaillant à leur compte), la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) pour les fonctionnaires en activité et en retraite, et l'assurance maladie communautaire (AMC) volontaire pour la population rurale et le secteur informel. Malgré tout, le taux de couverture de la population est toujours très bas : La CARFO couvrirait moins de 1 % de la population en 2014 et l'AMC en couvrirait environ 2 % en 2010.

Quinze pour cent des femmes mariées et 59 % des femmes non mariées qui sont sexuellement actives utilisent actuellement une méthode moderne de contraceptionⁱⁱⁱ. Les trois-quarts des utilisatrices obtiennent leurs contraceptifs par le biais de fournisseurs du secteur public, principalement des centres de santé. Les Comptes de la Santé de 2013 montrent que 11 % des dépenses pour la santé de la reproduction sont financées par le gouvernement, alors que son bur. est d'en financer 70 %^{iv}. Les services de planification familiale dans les établissements publics sont subventionnés, mais ils ne sont pas gratuits.

Défis et opportunités

Le gouvernement a une opportunité d'augmenter les niveaux de protection financière dans le pays. Une étude de 2016 a révélé que les ménages étaient en général prêts à mettre les ressources en commun. Ceci fournit une excellente base sur laquelle développer des régimes d'AMC pour répondre aux besoins. L'expérience de nombreuses initiatives d'AMC dans le pays fournit des leçons utiles pour l'extension de la couverture. Le gouvernement pourrait fournir des subsides pour permettre la participation des ménages pauvres (en raison du taux de pauvreté de 46 %, le système actuel est hors de portée pour de nombreux ménages). De même, des consultations avec les régimes d'AMC, la CARFO ou le CNSS pourraient donner des idées sur les meilleures façons d'harmoniser les forfaits de prestations.

i CARFO. 2015. Annuaire Statistique. Burkina Faso

ii Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale. 2014. Plan d'Opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso. Burkina Faso.

iii Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, E.U.

iv Ministère de la Santé. 2010. 2009-2015 PLAN STRATÉGIQUE DE SECURISATION DES PRODUITS DE LASANTE DE LA REPRODUCTION

v Application des principes financiers de la couverture maladie universelle au Burkina Faso. Sciences sociales et Médecine

Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Revenus du budget général de l'État (30,4 %)
 - Subventions ou prêts de partenaires de développement (26,3 %)
 - Impôts sur les salaires payés par les employeurs du secteur public (pour l'assurance sociale santé)
- Services de santé gratuits et subventionnés disponibles dans des établissements de santé du secteur public
 - Le CNSS met en commun les risques pour les travailleurs du secteur formel
 - La CARFO met en commun les risques pour les fonctionnaires en activité et en retraite
- Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé par le biais :
 - » D'exonérations du paiement des frais à la charge des usagers / de subventions pour certains services essentiels
 - » De dispenses de paiement des frais à la charge des usagers pour les ménages indigents
 - » De financement basé sur les résultats (projets pilotes)

Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓		

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMAL	SECTEUR INFORMEL NON-PALVRES	SECTEUR INFORMEL PALVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓
Assurance maladie privée volontaire	✓		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements à la charge des ménages pour les primes et les tickets modérateurs pour l'assurance maladie communautaire, et dépenses non remboursées (35 % des DTS)
 - Contributions des employeurs au CNSS et aux compagnies d'assurances privées pour le compte des employés
- La mise en commun des risques de l'ensemble des régimes d'assurance maladie communautaire et des compagnies d'assurance maladie privées est à un faible niveau au Burkina Faso ; ces deux mécanismes ne contribuent aux dépenses totales de santé qu'à hauteur de 1,5 % en 2013
- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé au Burkina Faso :
 - » 6 % des dépenses de planification familiale proviennent de sources privées (dépenses non remboursées des ménages, employeurs et ONG)
 - Les régimes d'assurance maladie communautaire achètent des services pour le compte de leurs membres et remboursent les prestataires selon le modèle du paiement à l'acte. Un système expérimental de paiements à la capitation a été déployé dans le district de Nouna.

À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : www.hfproject.org.



3.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Burkina Faso et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Burkina Faso et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Health Finance and Governance Project (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politique générale et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

En septembre 2015 l'Assemblée nationale du Burkina Faso a adopté une loi qui prévoit un cadre juridique pour mettre en œuvre l'assurance maladie universelle. Cette loi introduit un système de financement contributif équitable selon lequel les membres paient en fonction de leurs moyens et reçoivent des prestations en fonction de leur état de santé. Les indigents et les pauvres bénéficieront de subventions totales de l'État. Un tiers payeur (potentiellement l'Agence de gestion de l'assurance maladie universelle) achètera des services du secteur formel et du secteur informel pour le compte de tous les citoyens. Un secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (ST-AMU) au Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS) fera appliquer cette loi.

Le Burkina Faso s'est fixé pour but d'atteindre la CSU en 2025 (L'Économiste du Faso 2016). Une feuille de route 2015-2017 rédigée par le MFPTSS indique que le but est d'inscrire 20 % de la population dans un régime d'AMC d'ici 2017. Au Burkina Faso, la CSU a été définie de façon à inclure :

- Un forfait de prestations qui couvre les soins primaires, secondaires et tertiaires et qui bénéficie d'une subvention à hauteur de 80-100 % par le gouvernement (exclusions : lunettes, maladies chroniques et soins déjà fournis par d'autres programmes du gouvernement).
- Des subventions à cent pour cent pour les indigents et des subventions partielles pour les segments informel et rural de la population.

Pendant la première phase, le Burkina Faso lancera des projets pilotes dans quatre zones de manière à couvrir 10 % de la population du secteur rural et du secteur informel, et 85 % de la population du secteur formel en 2017.

Actuellement, le Burkina Faso a trois mécanismes de financement qui seront combinés ultérieurement en un seul groupe de risques afin d'améliorer l'efficacité et le transfert des risques : un service de santé financé par le gouvernement, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), pour le secteur formel, et l'AMC pour le secteur informel.

3.3 Le financement de la santé au Burkina Faso

3.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le gouvernement finance les services fournis dans les établissements de santé publics par le biais d'affectations budgétaires traditionnelles basées sur les intrants. Les collectivités locales apportent également des contributions financières aux services de santé. L'on s'attend à ce que la mobilisation des ressources au niveau local s'accroisse au fur et à mesure que la décentralisation avance. Certains services sont complètement gratuits : traitement du paludisme, y compris des moustiquaires traitées avec des insecticides pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ; consultations anténatales ; traitement de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et des infections néonatales ; vaccination des enfants de moins de cinq ans ; suppléments de vitamine A ; traitement de la tuberculose, de la lèpre, de la filariose lymphatique et du ver de Guinée ; et fourniture de médicaments antirétroviraux. Pour tous les autres services, y compris les services de planification familiale, le gouvernement subventionne une partie du coût et les patients paient les frais à la charge des utilisateurs pour couvrir le solde.

Le Burkina Faso est en train d'expérimenter avec des paiements basés sur les résultats grâce à une assistance de 38 millions USD de la Banque mondiale (jusqu'en 2018). Dans le cadre du même programme, du côté de la demande, il est en train d'expérimenter avec l'identification des personnes pouvant être couvertes par l'assurance maladie communautaire et le développement de cette assurance ; les pauvres se verront offrir un forfait de services gratuits et la possibilité de s'inscrire gratuitement dans une mutuelle de santé.

3.3.2 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a été établie par une loi en 1972. La CNSS finance les soins de santé pour les accidents du travail et les soins familiaux pour les employés du secteur public et du secteur privé, les apprentis et les étudiants des instituts universitaires de technologie. En 2012, plus de 58 000 employeurs couvrant 283 479 employés étaient inscrits à la caisse (Caisse Nationale de Sécurité Sociale 2013). Les services de santé pour des accidents du travail qui sont couverts incluent les soins d'urgence (payés par l'employeur), les consultations médicales, les examens de laboratoire, les médicaments et autres produits médicaux, les équipements orthopédiques et les prothèses, les traitements de rééducation et les transports pour raisons médicales. Par ailleurs, la CNSS offre un forfait de services de « soins familiaux » à ses membres et aux personnes à leur charge. Les femmes ont droit à trois consultations anténatales, une consultation post-natale (couvrant une consultation de planification familiale et des médicaments pour des contraceptifs), un vaccin contre le tétanos et tous les traitements nécessaires en liaison avec la grossesse. Les enfants des membres reçoivent également des vaccins gratuits.

La CNSS a dépensé plus de 17 millions FCFA (201 000 USD) en soins curatifs pour des accidents du travail en 2012 et environ 163 millions FCFA (279 000 USD) pour des médicaments et d'autres produits médicaux (Caisse Nationale de Sécurité Sociale 2013). La CNSS achète des services dans son propre réseau d'établissements de santé dans toutes les cinq régions (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Nord, Fada N'Gourma et Dedougou).

3.3.3 L'assurance maladie communautaire

Historiquement, l'AMC au Burkina Faso a été établie pour des secteurs spécifiques ; des mutuelles différentes existaient pour le personnel du service des contributions, de l'armée, des douanes, du Bureau National des Télécommunications et de la Société Nationale d'Électricité du Burkina Faso. Le recrutement dans ces mutuelles n'a souvent pas été à la hauteur des attentes, bien que pour l'armée, la Mutuelle des Forces armées nationales, établie en 2006, ait atteint ses objectifs.

L'Association Songui Manégré / Aide au Développement Endogène est une organisation non gouvernementale locale établie en 1996 qui fournit un soutien technique aux 49 mutuelles de santé et aux trois unions régionales (Ziniaré, Ouaga et Dédougou). Depuis 2014, l'ASMADE expérimente avec un régime d'AMC pilote dans les provinces de la Kossi et des Banwa dans le cadre d'un projet financé par la Banque mondiale à hauteur de 5 millions FCFA (86 000 USD). Ce projet pilote a créé 17 mutuelles de santé qui couvrent 400 000 membres (Banque mondiale et al. 2016). Tout membre de la communauté, y compris les travailleurs du secteur formel, a le droit d'y adhérer. Les primes et les tickets modérateurs pour les indigents sont totalement subventionnés par la Banque mondiale dans le cadre de ce projet pilote.

Le forfait de prestations inclut les consultations curatives, les soins ambulatoires, l'hospitalisation (jusqu'à 15 jours) et les interventions chirurgicales. La planification familiale et le traitement des maladies non transmissibles et des maladies contagieuses sont déjà subventionnés par le gouvernement. Les examens de laboratoire et les radiographies dans les hôpitaux ainsi que les soins ophtalmologiques sont exclus. Les établissements de santé privés ne participent pas au projet pilote. Les pourcentages des tickets modérateurs sont les suivants : 30 % des coûts dans les centres de santé, 10 % des coûts dans les hôpitaux régionaux, des coûts par journée d'hospitalisation au-delà de 15 jours et des consultations curatives (bien que les trois premières sont exemptées). Le projet pilote incorpore un mécanisme de paiement des prestataires basé sur les résultats dans un district, Nouna (Province de la Kossi) ; dans les autres districts, le projet pilote rémunère les prestataires de soins de santé à l'acte.

Depuis 2006, un réseau de soutien des mutuelles, le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé, soutient 35 mutuelles de santé en plus dans tout le pays. Deux organisations belges – la Mutualité Chrétienne de Liège et l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique – fournissent une assistance technique au réseau.

Une étude de 2012 consacrée à l'impact sur l'équité de l'assurance maladie communautaire au Burkina Faso a révélé que « l'AMC n'est pas parvenue à éliminer la barrière de la distance pour l'utilisation des soins de santé. Même avec l'AMC, les personnes résidant loin des établissements de santé étaient moins susceptibles d'utiliser les services de santé. La distance est cruciale parce que de nombreux ménages pauvres vivent dans des endroits éloignés ne disposant pas d'une infrastructure de santé appropriée » (Parmar et al. 2012). La couverture des coûts financiers des services de santé risque de ne pas être suffisante pour permettre aux segments ruraux et pauvres de la population d'avoir un accès équitable aux services de santé. La couverture de la population par l'AMC augmentera si le forfait de prestations est attrayant et répond aux besoins de la population ; l'AMC nécessitera une conception soigneuse et des mises à jour régulières pour continuer à répondre aux besoins de la population.

3.3.4 L'assurance maladie privée

Les revenus pour le marché de l'assurance IARD au Burkina Faso ont augmenté de plus de 10 % en 2013. Bien qu'au moins 41 % des revenus de l'assurance IARD proviennent de l'assurance accidents (APSAB 2013), la proportion de l'assurance maladie dans ce marché n'est pas connue. L'assurance IARD était offerte par le biais de huit compagnies d'assurances, 51 agents et 17 courtiers en 2013 (APSAB 2013). Les compagnies privées d'assurance maladie ciblent généralement le secteur formel et les ménages aisés, mais comme la taille de ce marché est limitée, elles ont commencé à cibler le secteur informel en proposant des produits à un prix plus abordable.

Certains employeurs sont obligés par la loi de souscrire une assurance maladie privée pour leurs employés. En général, 80 % de la prime est couverte par l'employeur et 20 % par l'employé. L'assurance maladie privée est réglementée par le Ministère des Finances et l'Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso. Plus de 5 millions FCFA (9 000 USD) ont été payés par des compagnies d'assurances pour régler des sinistres au titre de l'assurance maladie en 2013.

3.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages pour les soins de santé constituent la source la plus importante de financement privé, représentant 35 % du total des dépenses de santé en 2013 (Ministère de la Santé 2015).

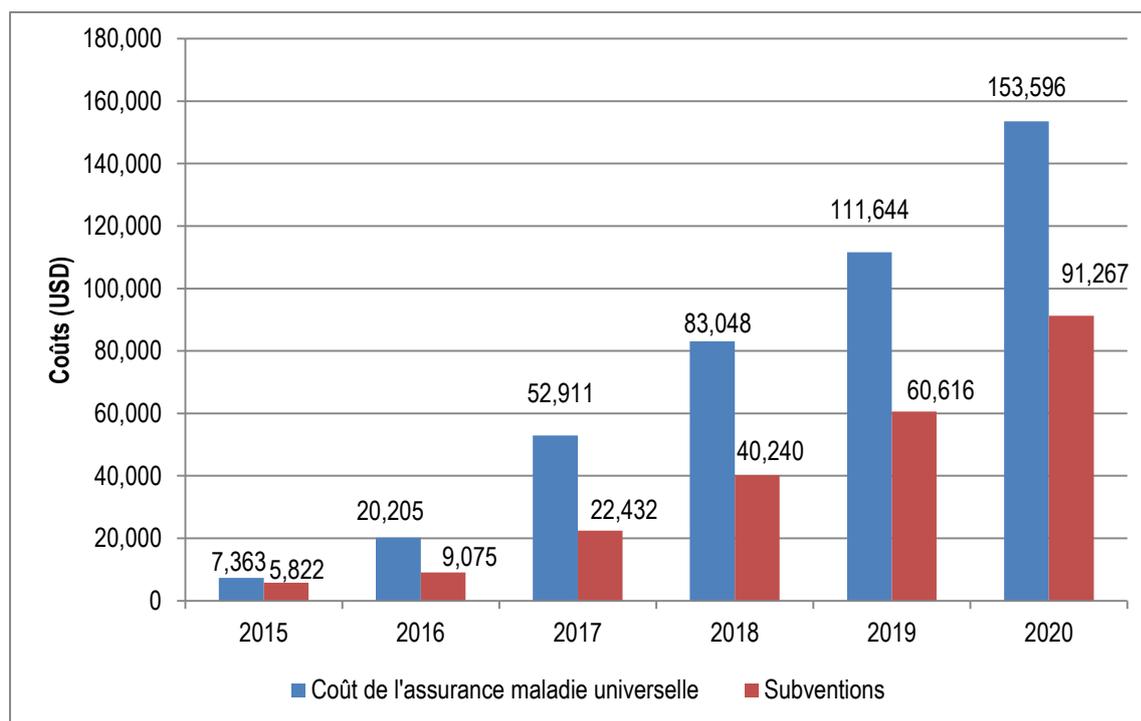
3.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

Le Burkina Faso utilise des services gratuits ou presque gratuits dans les établissements publics et dans les mutuelles pour fournir une protection contre les risques financiers à la majorité de la population. Nous ne savons pas encore comment ces régimes seront financés et s'ils seront financièrement viables, car aucune stratégie de financement de la santé n'a encore été rendue publique. Le ST-AMU a estimé le coût de l'atteinte de la CSU (Pièce jointe 3-1), qui montre un déficit financier croissant. Cette estimation est basée sur les hypothèses suivantes : subventions totales pour les primes des indigents ; subventions partielles pour la population rurale et les travailleurs du secteur informel ; et couverture de 50 % de la population par un type quelconque de mécanisme de protection financière d'ici 2020.

Le niveau de mise en commun des risques est toujours très faible au Burkina Faso (1,5 % des dépenses totales de santé en 2013 ont été effectuées par le biais de mécanismes privés avec paiement à l'avance). Le financement de la santé reste fragmenté, avec très peu de subventions croisées entre les régimes de mise en commun des risques susmentionnés ; en d'autres termes, chaque mutuelle fonctionne de façon indépendante. L'Enquête démographique et de santé de 2011 a révélé que seulement 0,5 % des femmes et 1,5 % des hommes étaient couverts par l'assurance maladie en 2010 (INSD et ICF International 2012) .

Le Plan National de Stimulation de la Planification familiale 2013-2015 du Burkina Faso (Ministère de la Santé 2013) coûtera 28 millions USD. En 2013, environ 83 % des dépenses pour la planification familiale étaient financés par des bailleurs, et le Plan Stratégique pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2009-2015 visait à réduire ce chiffre à 30 % d'ici 2015 (Ministère de la Santé 2009). Le gouvernement a maintenu son poste budgétaire pour les contraceptifs (environ 1 million USD) inchangé depuis 2008, bien que certains produits tels que les préservatifs féminins soient toujours financés totalement par les bailleurs (par le biais du marketing social) et les ménages. Le gouvernement continuera à fournir gratuitement des consultations de planification familiale et à subventionner les contraceptifs. Le plan 2013-2015 met plus l'accent sur l'établissement de partenariats avec le secteur privé. Ses objectifs sont les suivants : 50 % de fourniture des services par des établissements publics, 6 % par des établissements privés, 19 % par des mécanismes de distribution communautaire et 25 % par des unités mobiles.

Figure 2: Au Burkina Faso, le Coût de la fourniture à 50 % de la population de l'accès aux services de santé avec protection contre les risques financiers



Source : ST-AMU 2015. Nota : Taux de change au 26 septembre 2016.

3.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Le Burkina Faso a acquis de l'expérience grâce aux régimes d'AMC et aux projets pilotes déployés qui remboursent les établissements de santé en fonction des résultats. La fin du projet pilote d'AMC en 2017 fournira une opportunité unique de réfléchir à ce qui a donné de bons résultats et ce qui n'en a pas donné d'aussi bons dans le but d'accroître le nombre des membres des mutuelles. Par exemple, les « groupes régionaux » de mutuelles, qui semblent actuellement avoir un rôle purement administratif, pourraient être intégrés de façon à augmenter la taille des groupes de risques d'AMC. Les forfaits de prestations de l'AMC devraient tenir compte de l'existence des services gratuits ou presque gratuits fournis actuellement par les établissements de santé publics, afin de protéger les ménages contre les problèmes de santé plus coûteux ou de surmonter des obstacles financiers tels que les transports.

Le déficit financier révélé par le ST-AMU (voir Pièce jointe 3-1) donne une occasion au gouvernement de préciser clairement les mécanismes qu'il utilisera pour remédier à ce déficit. Ceci inclut comment

- financer des subventions pour la proportion importante de la population qui ne peut pas se permettre de payer les primes pour les régimes caractérisés par un paiement à l'avance (environ 46 % de la population est en dessous du seuil de pauvreté) (Zida, Ki-Ouédraogo et Kouyaté 2012) ; et
- augmenter les ressources intérieures pour la santé ; par exemple, les contributions aux services de santé par les employeurs pour leurs employés par le biais d'un régime national d'assurance ou de l'assurance maladie privée (en plus de la sécurité sociale).

3.6 Sources

- Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (APSAB). 2013. *Rapport d'Activité du Marché Burkinabé en 2013*. Ouagadougou.
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). 2013. *Annuaire 2012*. Ouagadougou.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA : Auteurs.
- L'Économiste du Faso*. 2016. <http://www.leconomistedufaso.bf/2016/06/06/masmut-secours-mutuelles-de-luemoa/>. Accédé le 26 septembre 2016.
- Ministère de la Santé. 2009. *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé. 2013. *Plan National de Stimulation de la Planification Familiale 2013-15*. Ouagadougou.
- Ministère de la Santé. 2015. *Comptes de santé 2013*. Ouagadougou.
- Parmar, Divya, Manuela De Allegri, Germain Savadogo et Rainer Sauerborn. 2012. *Do Community-Based Health Insurance Schemes Fulfill the Promise of Equity: A Study from Burkina Faso*. Health Policy and Planning, Oxford.
- Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (ST-AMU). 2015. *L'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso*. Koudougou.
- Banque mondiale, ONG/ASMADE, Ministère de la Santé. 2016. *Projet d'Extension de la Couverture des Mutuelles de Santé dans les Provinces de la Kossi et des Banwa (PECMS-KB)*. Ouagadougou.
- Zida, André, S. Ki-Ouédraogo et B. Kouyaté B. 2012. *Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso (Note de politique SURE)*. Ouagadougou.