

La situation sanitaire au Burkina Faso

L'accès aux soins pour tous ?

En 2015, le gouvernement de transition du Burkina a adopté une loi instituant un régime d'assurance maladie universelle (RAMU), et ceci sous la pression d'une partie de la société civile et des bailleurs de fonds internationaux (Banque mondiale, OMS, Unicef etc.). L'objectif ambitieux était de garantir à chaque citoyen la prise en charge des soins curatifs et préventifs dont il avait besoin.

Depuis 2000/2001 la Banque mondiale promeut l'élaboration d'une stratégie de protection sociale pour les pays à faible revenu, étant donné les effets pervers des programmes d'ajustement structurels qui ont entraîné une paupérisation accrue des personnes dans ces pays. L'adoption d'une couverture sanitaire universelle (CSU) est pour un gouvernement d'un pays pauvre une réponse aux contestations sociales et aux préoccupations des citoyens devant les difficultés d'accès aux soins.

Certains pays africains ont déjà mis en place une CSU pendant la 1ère décennie du millénaire : Rwanda (2000), Kenya (2002), Ghana (2003), Mali et Nigeria (2009). Puis, d'autres pays, comme le Sénégal, le Bénin et le Cameroun ont suivi, chacun mettant en œuvre le système avec des options et méthodes différentes. Mais le chemin à parcourir est long et difficile : 11 millions d'Africains tombent chaque année dans l'extrême pauvreté en raison de dépenses de santé restant à leur charge.

Voir : Elisabeth Paul : L'accès aux soins pour tous. Dans : hors-série « L'Atlas des Afriques », Le Monde, 2020

unaid.org, 8 mars 2019 : Afrique : assurer une couverture santé sans compromis sur la qualité

Kagambega, Marcel T. : Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina. 2020
journals.openedition.org

scidev.net du 06/04/18 La couverture sanitaire universelle en Afrique

L'état de santé actuel de la population : évolutions constatées

a) Taux de mortalité générale :

7,9 ‰ en 2019, nette amélioration par rapport à 2015 (11,8‰).

En comparaison taux mondial 2018 : 9,2 ‰

b) L'espérance de vie à la naissance :

61,6 en 2019 (56,7 en 2006), donc au-dessus du niveau moyen de l'Afrique de l'Ouest, mais au-dessous de la moyenne mondiale (= 72,6)

c) Mortalité infanto-juvénile :

en baisse de 55% entre 2003 et 2015, mais toujours élevée (87,5 ‰ en 2019)

d) Fécondité : baisse modérée, mais toujours élevée et précoce.

L'indice de fécondité (5,1 enfants/femme) reste supérieur à la cible 2020 (4,7 efts/f).

Le taux de fécondité est 4 fois plus élevé chez les adolescentes qui n'ont aucun niveau d'instruction dans les régions du Sahel, de l'Est et de la Boucle du Mouhoun.

e) Contraception : en hausse, mais reste faible, concerne 32,5% des femmes .

42% des filles de 15 à 19 ans courent le risque de rapports sexuels non protégés.

f) Mortalité maternelle : elle a régressée, mais reste trop élevée : 330 décès sur 100 000 naissances vivantes en 2015. Cible en 2020 : 176 (ne sera pas atteinte).

g) Paludisme : prévalence chez l'enfant de moins de 5 ans : 17% en 2017/18, surtout en milieu rural. 55% des ménages disposent de moustiquaires à insecticide (MILDA), mais seulement 44% les utilisent....

h) Cancers : en 2018, les tumeurs malignes étaient les premières causes de consultations et d'hospitalisations.

i) Accidents de la circulation : ils ont doublé en 5 ans, de nombreux morts.

j) Malnutrition : cause sous-jacente de 35% des décès chez les enfants de - de 5 ans

A ceci, il faut ajouter le risque de dégradation des conditions sanitaires dans les villes en raison de la croissance rapide et incontrôlée de la population urbaine, comme les risques sanitaires pesant sur les déplacés internes en raison du contexte sécuritaire actuel.

Infrastructures sanitaires.

Des progrès notables sont à signaler depuis ces dernières années :

Hôpitaux nationaux : 6 (2018) contre 3 en 2010 , hôpitaux régionaux : 8

Centres médicaux (certains avec antenne chirurgicale) : 167 contre 73

Centres de santé : 1955 contre 1429, mais 16% n'ont pas le personnel minimum

Dispensaires : 172 contre 124

Pour les personnels de santé, on compte en 2018 :

955 médecins généralistes (contre 714 en 2017)

732 spécialistes (contre 649)

Mais ces chiffres sont à relativiser, car la population augmente constamment.

Le Burkina reste très déficitaire en personnel médical avec 1 médecin pour 10000 habitants (en comparaison : France 33 ; monde 16). Sans surprise, le pays n'a pas pu réaliser les « Objectifs du millénaire pour le développement » (OMD).

Sources : insd.bf (= Institut national de la statistique et de la démographie . Annuaire 2018)

onsp-sante.bf Etat de santé de la population du Burkina Faso. Rapport 2019

donnees.banquemondiale.org Médecins (pour 1000 personnes)

La politique nationale de protection sociale

Le droit à la santé pour chaque burkinabè a été ancré dans les Constitutions de 1960 et 2012. En 2002, le Ministère du travail et de la sécurité sociale demande au BIT (Bureau International du Travail) un appui technique pour l'élaboration d'une politique de protection sociale, c.-à-d. la mise en place d'une sécurité sociale.

Les experts (dont M.Claude Evin) esquissent un plan sur 4 axes :

1. couverture des travailleurs du secteur formel
2. couverture des travailleurs du secteur informel
3. couverture des populations indigentes
4. mise en place de mutuelles et micro-assurances santé.

Mais ils mettent en garde sur les erreurs à ne pas commettre et rappellent :

- un système, tel qu'il fonctionne par ex. en France demanderait un investissement trop important et un engagement trop lourd de la part de l'État. Le coût budgétaire et l'état actuel de l'organisation sanitaire du pays excluent ce type de système.
- par contre, un système de petites mutuelles serait plus adapté à un pays en voie de développement tel que le Burkina.

Ces préconisations assez claires sont néanmoins bientôt brouillées par les interventions d'autres acteurs : d'abord l'UNICEF, puis la Banque mondiale(en 2003) qui essayent d'imposer leur point de vue. Parallèlement, des ONG burkinabè interviennent pour faire part de leur expérience sur le terrain, comme p.ex. l'ASMADE et la RAMS qui œuvrent déjà à la création de mutuelles de santé en zone rurale.

Chaque acteur défend sa propre vision du problème, pendant que les autorités burkinabè restent prudemment en retrait. Sachant que les rapports de force leur sont défavorables, et qu'elles dépendent des financements internationaux, elles adoptent les modèles occidentaux qui ne sont pas forcément adaptés au contexte local.

Les interventions non coordonnées des différents partenaires créent des tensions entre les ministères, chacun s'estimant compétent pour assurer la tutelle de la politique de protection sociale, dans l'espoir de bénéficier des financements des bailleurs de fonds. Finalement, c'est le ministère le plus fort, car proche du président, qui l'emporte : le Ministère du travail sera chargé de la sécurité sociale !

Lot de consolation pour le Ministère de la santé : il s'occupera de la couverture sanitaire des personnes indigentes.

Malgré tous ces tiraillements entre les acteurs et les incohérences dans leurs actions, le Burkina adopte en 2012 la PNPS (Politique Nationale de Protection Sociale), qui dessine les grandes orientations pour le futur. Des personnalités de la société civile exigent maintenant la mise en œuvre immédiate de l'assurance maladie universelle, prévue par la PNPS.

L'instauration de l'assurance maladie universelle AMU en 2015

Un contexte favorable se présente : l'insurrection populaire de nov. 2014 et la démission du président Compaoré. Donc le parlement de la transition vote unanimement en 2015 la loi sur la RAMU (Régime d'Assurance Maladie Universelle). Mais l'euphorie du moment n'a pas permis un débat de fond sur ce sujet complexe, malgré les nombreuses inquiétudes.

La nouvelle loi prévoit une assurance maladie obligatoire pour tous les fonctionnaires et travailleurs du privé formel. Par contre, les travailleurs de l'économie informelle (paysans, mécaniciens, menuisiers, vendeurs etc.) ne sont pas assujettis au RAMU. Or, ce sont les plus nombreux (= 94% de l'emploi global en 2018) et les plus exposés aux risques sanitaires. Pour cette catégorie de travailleurs l'État privilégie une adhésion volontaire à une mutuelle de santé,

comme certains conseillers l'avaient préconisé. Mais visiblement, les travailleurs « informels » ne sont pas prêts à adhérer à une telle assurance.

Un exemple , la mutuelle *Laafi baoré* :

Frais d'adhésion : 2500 F CFA (= 3,8 €), pour une famille de 5 personnes, et une cotisation mensuelle de 12000 FCFA (=18 ,30 €).

Prestations : soins ambulatoires, médicaments génériques, l'accouchement, transport vers le centre médical, le tout remboursé à 70%. L'hôpital, frais dentaires et optique ne sont pas inclus. Après 10 ans de fonctionnement, la mutuelle ne compte que 1261 familles adhérentes.

Les raisons invoquées sont la faible culture mutualiste, le montant élevé des cotisations, le faible choix possible des prestataires et des médicaments, etc.

Le dernier inventaire des mutuelles au Burkina compte 188 mutuelles couvrant 100 000 adhérents pour 250 000 bénéficiaires.

En 2018 a été créée la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU). Elle avait prévu d'immatriculer d'abord les travailleurs du secteur formel, puis les « informels » dans les régions du Nord et du centre du pays, avec un élargissement des secteurs couverts au fil des années.

Mais sur le terrain , on constate de nombreux retards. Et le panier de soins pris en charge ne correspond pas toujours aux réalités : manque de médicaments, plateaux techniques insuffisants, manque de personnel etc. Le secteur privé est souvent mieux équipé, mais trop cher.

Le problème du financement

Le Burkina dépend largement de l'aide internationale et est donc soumis aux injonctions des institutions internationales . Le Plan national de développement économique social (PNDES) 2016/2020 est financé à 63,8 % par l'État burkinabè, le restant (36,2%) doit être financé par l'extérieur, et dépend donc du bon vouloir de ces « partenaires ».

En ce qui concerne les familles les plus pauvres, assurées par la CNAMU, leur capacité de supporter dans la durée les cotisations (même l'option la moins chère) est tout à fait hypothétique. Ces deux considérations amènent à la conclusion que le système est très fragile sur le plan de son financement pérenne.

La méfiance des syndicats et des citoyens

L'ensemble des syndicats se montre sceptique, voire hostile à l'instauration du RAMU et de la CNAMU. Ils n'ont été ni informés, ni consultés, ni associés lors de la mise en place de ce système d'assurance maladie. Bien sûr, on souligne l'impossibilité de beaucoup de citoyens de payer les cotisations, et on insiste surtout sur un manque de transparence qui va engendrer la corruption, phénomène endémique au Burkina depuis longtemps.

Cette position s'observe donc également dans la population qui n'a souvent pas confiance dans les acteurs publics. Beaucoup perçoivent la CNAMU comme un moyen d'enrichissement aux mains des politiques.

La couverture sanitaire universelle est aujourd'hui une formule largement promue en Afrique de l'Ouest, mais la plupart des pays rencontrent les mêmes problèmes.

Quand cet idéal deviendra-t-il réalité ?

Source : Kagambega T . Marcel : rapport cité ci-dessus, 2020