



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 3 September 2025

Accepted, 2 December 2025

Published, 24 December 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Lompo, P. Y. et al. (2025). Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 7(2), 363-377.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.26>

Research

Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso

Emergence of the universal health insurance scheme in Burkina Faso

Yemboaro Pacôme LOMPO^{1*}, Bouma Fernand BATIONO², Fadima YAYA BOCOUM³

¹Doctorant, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

²Département de sociologie, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

³Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondant : pacome.lompo@ujkz.bf; Tel : +226 70631508

Résumé

Au Burkina Faso, l'accès aux soins de santé a longtemps constitué un défi, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Depuis 2008, le pays a franchi une étape importante en lançant le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), une initiative visant à élargir la couverture sanitaire. Cet article, s'appuyant sur les outils d'analyse des politiques publiques et une enquête de terrain, explore les facteurs ayant conduit à l'émergence de ce dispositif. L'étude repose sur des entretiens menés auprès d'acteurs issus de l'administration publique, de la société civile et des institutions partenaires, directement impliqués dans le processus. Ce corpus a été enrichi de données secondaires issues de l'analyse documentaire. Les résultats montrent que le régime d'assurance maladie universelle est né d'un constat largement partagé : la nécessité de mieux protéger les populations contre les risques de maladie, dans un contexte marqué par les inégalités sociales et la précarité économique. Cette initiative reflète également l'engagement du Burkina Faso à rejoindre le mouvement mondial pour la couverture santé universelle et le renforcement des systèmes de protection sociale.

Mots-clés : assurance maladie universelle, émergence des politiques, protection sociale, Burkina Faso

Abstract

In Burkina Faso, access to healthcare has long been a challenge, particularly for the most vulnerable populations. Since 2008, the country has taken significant steps by launching the Universal Health Insurance Scheme (RAMU), an initiative aimed at expanding health coverage. This article explores the factors that led to the emergence of this program. Drawing on public policy analysis tools and a field survey, this study was based on interviews conducted with key stakeholders from public administration, civil society, and partner institutions who were directly involved in the process. Primary data were supplemented with secondary data from documentary analysis. The results indicated that the universal health insurance scheme emerged from a widely shared observation : the need to better protect populations against health risks within the context of social inequality and economic insecurity. This program also reflects

Burkina Faso's commitment to the global movement toward universal health coverage and strengthening of social protection systems.

Keywords : universal health insurance, policy emergence, social protection, Burkina Faso

1. Introduction

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question de l'accès équitable aux soins de santé demeure un enjeu structurel majeur au cœur des politiques publiques en matière de santé (Ridde, 2021). Les années post-ajustement structurel ont été marquées par une réduction importante des dépenses publiques de santé et un renforcement de la vulnérabilité sanitaire des populations (Hours, 2010). Cela s'est accompagné d'une domination persistante des paiements directs comme mode principal de financement des services de santé (Dujardin, Dujardin et Hermans, 2003 ; Preker et Velenyi, 2006). Comme l'affirmait Hours (2010) : « *Cet appel au paiement par les usagers instaure un prix de service, un marché de la santé, là où auparavant régnait la subvention étatique, la charité missionnaire...* ». Au Burkina Faso, ces paiements directs représentent jusqu'à 35% des dépenses de santé, bien au-delà des normes recommandées par l'OMS, qui situent ce seuil entre 15 et 20% (Bossyns et al., 2018). Ce contexte a favorisé l'apparition d'un débat national sur la nécessité de repenser les mécanismes de couverture du risque maladie, dans un pays où moins de 10% de la population bénéficient d'une protection sociale formelle en santé (Kadio, 2018).

Parallèlement, le débat international autour de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et la promotion des socles de protection sociale par les institutions internationales (OIT, 2012 ; Banque Mondiale, 2022) ont influencé les trajectoires nationales africaines en matière de politiques sociales (Devereux, 2013). Les changements de paradigme en matière de lutte contre la pauvreté, désormais orientés vers la construction de garanties de protection sociale pour tous, ont réintroduit la santé, comme un investissement stratégique dans les politiques publiques de développement (Muller, 2018). Ces reconfigurations globales constituent non seulement un cadre normatif, mais aussi un cadre de conditionnalité dans lequel se sont inscrits les États africains, dont le Burkina Faso, dans l'élaboration de leurs réformes sociales structurelles (De Sardan, 2021).

C'est dans ce contexte que, à partir de 2008, s'est amorcé au Burkina Faso le processus de construction du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). L'émergence de ce dispositif ne résulte pas seulement d'une accumulation d'indicateurs sanitaires préoccupants, mais aussi d'une rencontre entre plusieurs flux de problématisation, de solutions institutionnelles et d'opportunités politiques au sens de Kingdon (1995). Elle s'inscrit également dans un héritage historique où les initiatives communautaires et mutualistes ont tenté de pallier, de manière partielle, l'absence de protection sociale formelle (Kagambega, 2011).

Globalement, plusieurs recherches (Carrin et James, 2004 ; Carrin, James et Evans, 2005 ; Dussault, et al., 2006 ; Kagambega, 2011 ; ASMADE, 2012 ; Dupuis et Fagnani, 2018) ont abordé la problématique du développement des régimes d'assurance maladie universelle dans les pays africains sous l'angle des contraintes économiques, politiques et socio-culturelles. Cependant, cet article propose d'analyser les conditions et dynamiques qui ont concouru à

l'émergence du RAMU en tant que politique publique de protection sociale en matière de santé au Burkina Faso. En mobilisant le cadre théorique de Kingdon (1995) sur la mise en agenda et le modèle de Garraud (1990) sur les logiques d'émergence des politiques publiques, l'étude a pour objectif de montrer comment une multiplicité de registres (socio-sanitaires, économiques, institutionnels et internationaux) s'est articulée pour produire un effet de convergence favorable à l'émergence du RAMU. L'article est bâti autour de la méthodologie et des résultats accompagnés de la discussion.

2. Matériaux et méthodes

Dans cette partie, comme l'a indiqué N'da (2015), nous expliquons les méthodes et les instruments utilisés pour la production des données.

2.1. Méthode utilisée

La démarche méthodologique adoptée dans la production de cette recherche est de nature qualitative. Cette option repose sur le fait que, pour une explication adéquate des phénomènes sociaux, la compréhension en amont des contextes multiples et changeants dans lesquels ces phénomènes se produisent ou se sont produits est nécessaire. Une politique publique est une construction fondée à la fois sur des aspects objectifs, notamment des preuves scientifiques, et sur des aspects subjectifs, par exemple une promesse de campagne électorale. Donc, l'émergence d'une politique publique constitue une « *réalité intersubjective* » (Berger et Luckmann, 2003, p. 3). L'approche qualitative, pertinente pour le courant de la sociologie compréhensive, permet d'analyser le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle dans une perspective relativiste. Toutefois, certaines données quantitatives issues de l'analyse documentaire ont été mobilisées afin de fournir un aperçu quantitatif de l'évolution des indicateurs sanitaires et économiques au Burkina Faso au cours du processus d'émergence du RAMU.

2.2. Échantillonnage/échantillon

Les personnes interrogées sont des acteurs des structures, organismes et institutions étatiques et non étatiques impliqués dans le processus d'implantation du régime d'assurance maladie universelle. La sélection des acteurs interrogés s'est faite par choix raisonné en fonction de leur niveau d'implication dans le processus d'implantation du RAMU. Les critères de sélection étaient : être cadres de l'administration publique, membre d'une organisation de la société civile œuvrant pour la promotion de la protection sociale en santé ou fonctionnaire des institutions des Nations Unies. L'échantillon est constitué de 26 personnes, dont des cadres des structures et institutions étatiques ($n = 16$), des responsables des organisations de la société civile ($n = 6$) et des fonctionnaires des institutions des Nations Unies ($n = 4$).

2.3. Techniques et outils de collecte de données

Les enquêtes de terrain qui ont permis la constitution du matériau empirique ont été menées entre octobre 2022 et janvier 2023 dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Le corpus discursif a été recueilli en suivant, principalement la technique d'entretien individuel semi-directif. Progressivement et de boucle en boucle, comme l'a souligné Dumez (2025), nous avons réalisé 26 entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens ont été guidés par un ensemble de thématiques prédéterminées, mais ouvertes, axées sur la connaissance et la

perception des répondants des facteurs contribuant à l'émergence du RAMU. Pour une question de triangulation des sources de données afin de garantir leur validité et fiabilité, ce corpus empirique a été complété par des données secondaires sélectionnées en fonction de leur pertinence pour l'élaboration des politiques sanitaires au Burkina Faso, notamment les rapports périodiques des ministères chargés de la protection sociale et de la santé et les rapports d'activités des mutuelles sociales. De plus, nous avons exploité les sources médiatiques, telles que les médias sociaux et les presses en ligne, en particulier *Lefaso.net*. Les entrevues avec les enquêtés se sont déroulées principalement à leurs lieux de service sur rendez-vous. Tous les entretiens ont été réalisés après l'obtention du consentement.

2.4. Méthodes d'analyse des données

Après la transcription systématique des enregistrements audio des entretiens réalisés, le matériau textuel obtenu a été traité et analysé selon la technique d'analyse de contenu (Leray, 2008 ; Paillé et Mucchielli, 2016). Nous avons procédé à une analyse thématique à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives *NVivo 14*. Pour des raisons éthiques, avant l'importation des fichiers transcrits dans le logiciel, nous avons d'abord procédé à l'anonymisation de l'ensemble des fichiers en leur attribuant des codes alphanumériques. Ce sont ces codes qui sont utilisés pour la citation des verbatim dans le texte. Après l'importation des fichiers anonymes dans le logiciel, nous avons procédé à la création des thèmes et des sous-thèmes sur la base des objectifs de la recherche et des thématiques abordées au cours des enquêtes. Ce travail de thématisation a constitué l'opération centrale de cette technique d'analyse : « *la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche c'est-à-dire la problématique* » (P. Paillé et A. Mucchielli, 2016, p. 267). Le traitement ou l'encodage des données a donc été réalisé par thématique.

3. Résultats

Les résultats présentés dans cet article reposent à la fois sur des données empiriques et sur des données de seconde main. Les données secondaires ont été mobilisées en fonction de leur pertinence pour éclairer l'évolution du processus d'implantation du RAMU au Burkina Faso.

3.1. Présentation du système sanitaire burkinabè

De l'analyse documentaire, il ressort qu'un système de santé regroupe l'ensemble des activités ayant pour but de promouvoir, entretenir ou maintenir la santé. De ce fait, le système de santé prend en compte l'ensemble des activités des professionnels de la médecine conventionnelle et non conventionnelle (la médecine traditionnelle) ainsi que toutes les autres actions visant à offrir des soins de santé, promouvoir la santé et prévenir les maladies. Le système sanitaire du Burkina Faso repose sur deux niveaux d'organisation, à savoir : l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins.

3.1.1. L'organisation administrative

Les résultats de notre étude montrent que l'organisation administrative du système de santé burkinabè est marquée essentiellement par l'élaboration des politiques sanitaires et du cadre juridique afin de réglementer et d'orienter la mise en œuvre des programmes de santé (Zerbo, 2016). En effet, elle est composée de trois niveaux : le niveau central, constitué des directions

et des structures centrales organisées autour du Cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat Général, est chargé de définir les orientations stratégiques et la gouvernance de la politique nationale de la santé.

Le niveau intermédiaire, représenté par les Directions régionales de la santé (DRS), est dirigé par le Directeur régional de santé. Les DRS appuient la coordination des différents programmes et la mise en œuvre des politiques nationales de santé au niveau régional. Elles étaient au nombre de 13 en 2008.

Le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles et plus décentralisées au niveau national. Ce niveau est dirigé par le médecin-chef du district. En 2008, il y avait 63 districts sanitaires dans le pays.

3.1.2. L'organisation de l'offre de soins

Quant à l'organisation de l'offre de soins, elle est structurée en trois (3) niveaux, sous forme de pyramide. Le premier niveau est composé de deux échelons, à savoir : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Le CSPS est la structure sanitaire de base. En principe, un CSPS est constitué d'un dispensaire avec au moins 2 lits d'hospitalisation et d'une maternité avec au minimum 4 lits d'hospitalisation. En termes de personnel, le CSPS doit disposer d'au moins 4 agents de santé capables d'offrir des soins génériques et des soins de santé maternelle et infantile. En 2008, le Burkina Faso comptait 1 352 CSPS. Quant au CMA, il est le premier niveau de référence pour les formations sanitaires du district. Pour un fonctionnement minimal, le CMA doit disposer de services d'hospitalisation avec une capacité d'accueil de 40 à 60 lits. En 2008 il y avait 44 CMA au Burkina Faso.

Le deuxième niveau de la pyramide est le Centre hospitalier régional (CHR). Un CHR comporte, en principes, plusieurs services notamment, le service de Médecine avec 40 lits, le service de Pédiatrie avec 30 lits, le service de Gynéco obstétrique avec 30 lits, le service de Chirurgie avec 30 lits, le service de Maladies infectieuses avec 8 lits et le service de Santé mentale avec 2 lits. Le CHR est le niveau de référence et de recours aux CMA. En 2008, les CHR étaient 9 au Burkina Faso.

Le troisième et dernier niveau de la pyramide est le Centre hospitalier universitaire (CHU). Au Burkina Faso, le CHU reste le niveau le plus élevé de référence pour les soins spécialisés. Généralement, les CHU prennent en charge les patients dont les soins ne sont pas disponibles aux niveaux inférieurs de la pyramide. En 2008, on dénombrait 3 Centres hospitaliers universitaires.

Par ailleurs, il existe au Burkina Faso un nombre important de structures sanitaires privées. Ce sont essentiellement des établissements de soins hospitaliers et non hospitaliers. En plus de ces structures publiques et privées conventionnelles, on note aussi la présence de la médecine traditionnelle qui est reconnue depuis 1994 par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique comme étant un maillon important du système de santé burkinabè.

3.2. Les indicateurs sanitaires et l'émergence du RAMU

Dans le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso, le contexte sanitaire du pays a joué un rôle déterminant. En effet, dans les années 2000 à 2014,

période durant laquelle l'idée de création du RAMU a émergé, les indicateurs de santé du pays n'étaient pas reluisants. Selon le Ministère de la santé (2008), entre 2005 et 2008, les infrastructures sanitaires ont connu une augmentation continue. Cela traduit l'effort des autorités politiques pour l'expansion de l'offre de soins de santé primaire. Sur cette période, le rayon moyen d'action théorique est passé de 8,19 à 7,51 km.

Cependant, ces acquis quantitatifs ne suffisent pas pour répondre au problème d'accessibilité. Le ratio d'habitants par structure de référence reste toujours élevé (CM/CMA autour de 200 000). Sur le plan épidémiologique, les progrès sont compromis par la persistance de certaines maladies. Le paludisme continue de dominer la morbidité avec une progression préoccupante des cas (de 1,86 million en 2006 à 3,44 millions en 2008). Le nombre de décès maternels demeure important (environ 350-380 par an) et invite à redoubler d'efforts dans le suivi des soins obstétricaux. Ce déficit épidémiologique a été accompagné par le poids du paiement direct supporté par les usagers, qui constitue une fragilité structurelle des systèmes sanitaires. À ce titre, un acteur interrogé a indiqué que la récurrence des pathologies et la barrière financière ont constitué un facteur déterminant pour l'émergence du RAMU-BF. C'est ce qui se traduit dans ses propos en ces termes :

Ce qu'il faut souligner, c'est d'abord la question des paiements directs des soins médicaux, qui était vraiment cruciale, car les chiffres se situaient entre 35 et 37 %, alors que, selon l'OMS, le taux de paiement direct devrait se situer entre 15 et 20 %. Donc, si nous dépassons les 30 %, cela devient problématique. La pauvreté était également présente, ce qui fait qu'on pouvait mourir faute de ressources pour se soigner. L'assurance maladie universelle est née dans ce contexte. L'objectif est de lever ces barrières financières pour améliorer de nombreux indicateurs, notamment l'espérance de vie, la mortalité infantile et maternelle, et de corriger les vulnérabilités liées à la maladie (NL, Homme, acteur politico-administratif, 03/04/2023).

Le discours montre les principaux problèmes liés au système de santé burkinabè ayant contribué à l'émergence du RAMU. Le taux élevé du paiement direct pour les soins médicaux, dépassant largement les recommandations de l'OMS, constitue une barrière majeure à l'accès aux soins de santé pour la population burkinabè. Cela a contribué à l'augmentation du taux de mortalité dans le pays. Cette situation illustre la nécessité d'une intervention structurelle afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé de manière durable. En effet, l'idée de l'assurance maladie universelle se présente comme une solution politique et structurelle visant à surmonter ces barrières financières et à améliorer les indicateurs de santé essentiels, tels que l'espérance de vie et la mortalité maternelle et infantile.

3.3. Facteurs sociaux et l'émergence du RAMU

La création du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso s'est faite dans un contexte social spécifique. Au plan démographique, selon le recensement général de la population de 2006, le Burkina Faso comptait 14 017 262 habitants (RGPH, 2006). Selon la répartition de cette population par âge, les données de recensement indiquent que 46,4% avaient moins de 15 ans et 59,1% moins de 20 ans. Cette forte croissance de la frange de la population inactive nécessite un investissement social conséquent, notamment sur le plan sanitaire, afin d'entretenir et de développer ce levier potentiel en capital humain.

Cependant, depuis les indépendances, le système officiel de protection sociale en santé est déficient au Burkina Faso. Cette déficience, confrontée à un besoin exprimé par les populations

de se prémunir contre le risque maladie, a entraîné le développement d'initiatives publiques et privées au sein des communautés ou dans des entreprises en matière de protection sociale en santé. C'est ce qui justifie la publication du Faso.net du mercredi 19 février 2014 :

Au Burkina Faso, la couverture de la protection sociale s'étend sur moins de 10% de la population totale. Cette couverture concerne essentiellement les travailleurs du secteur formel public et privé. Le reste de la population avec une forte composante de personnes pauvres et vulnérables ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale. Cette frange est constituée principalement des personnes des secteurs informel et rural. Pour faire face à leurs besoins de base, les ménages se sont organisés afin d'assurer eux-mêmes leur prise en charge sanitaire et éventuellement prendre en charge d'autres types de risques et événements sociaux. Ainsi de nombreuses organisations basées sur la solidarité, l'entraide et la démocratie ont été créées en vue d'assurer une forme de protection sociale aux populations non couvertes par le système formel de sécurité sociale. Les exemples les plus réussis de ces types d'organisations sont les mutuelles sociales (Publié par le Faso.net, mercredi 19 février 2014 à 00h33 min).

Ces initiatives solidaires de partage du risque maladie sont principalement connues sous le nom de mutuelles sociales. La majorité de ces mutuelles est confrontée à des problèmes de viabilité technique, financière et de gouvernance, comme l'illustre ce témoignage :

Quand vous prenez les mutuelles professionnelles, ce sont des grosses boîtes qui gèrent des gros sous. Alors que, les mutuelles sociales communautaires, on pivote tout simplement, parce que nous vivons sur la base des cotisations, lesquelles cotisations en termes de taux de cotisations, nous ne sommes pas à la hauteur des attentes (ZF, Homme, acteur de la société civile, 19/05/2023).

Les mutuelles sociales, comme initiatives communautaires de protection sociale contre le risque maladie, ont une faible capacité de mobilisation des ressources financières. Fonctionnant essentiellement grâce aux cotisations des membres, elles demeurent dans une situation de fragilité structurelle au Burkina Faso. Cela les rend vulnérables aux fluctuations économiques et à la faible capacité de paiement de leurs membres. Cette situation limite la capacité des mutuelles sociales à offrir une protection sociale adéquate à la population. En outre, les mutuelles sociales font également face à des pesanteurs sociales et culturelles qui constituent un obstacle à leur développement au Burkina Faso. Ces obstacles ne sont pas favorables à l'enracinement de la culture de la mutualité et des principes de prévoyance en matière d'assurance santé. C'est ce que traduit le discours de cet enquêté, acteur des organisations de la société civile.

Alors moi, je crois que par rapport à la situation socioculturelle, il faut dire qu'il y a une éducation préalable qui n'est pas faite. La culture de la mutualité n'est pas ancrée, nous sommes en train de vouloir aller dans le conformisme en disant que nous faisons de la mutualité pourtant il fallait commencer par éduquer les gens, les amener à adhérer et à faire confiance au système (SG, Homme, acteur de la société civile, 13/10/2023).

Les propos de cette personne montrent que la culture de la mutualité n'est pas profondément enracinée au Burkina Faso limitant ainsi l'adhésion des communautés à ces systèmes de protection sociale. Ce manque d'ancrage peut laisser entendre que les initiatives mutualistes communautaires actuelles au Burkina Faso restent relativement superficielles. En plus de ces initiatives communautaires, certaines entreprises ont développé des régimes médicaux sociaux pour offrir une protection sociale à leurs employés. C'est dans ce sens qu'un enquêté, en évoquant les facteurs qui ont concouru à l'émergence du RAMU en tant que politique publique de protection sociale en matière de santé, a relaté ceci :

L'autre aspect est que le besoin était bien présent, car, quand on observe les comportements des entreprises et des travailleurs, on constatait clairement ce besoin. Ainsi, dans ces différentes entreprises, les produits d'assurance maladie étaient développés d'une manière ou d'une autre. Lorsque l'on se rend dans de nombreuses entreprises aujourd'hui, on constate que des mécanismes existent pour la couverture santé. Aujourd'hui, si l'on prend le dernier inventaire des mutuelles sociales, nous comptons plus d'une centaine de mutuelles sur le territoire national. Cela prouve que le besoin existe, et donc, ceux qui n'ont pas eu la chance d'accéder à ces initiatives ne sont pas couverts et ne bénéficient d'aucune protection sociale en santé. À un moment donné, il a semblé judicieux de tout fédérer afin que ceux qui n'en bénéficient pas puissent également en profiter. (SAB, Homme, acteur des ONG internationales, 18/01/2024).

Au regard de ces éléments, on peut affirmer que le besoin d'un système global et viable de protection sociale en santé était effectivement présent au Burkina Faso. Ce constat a également constitué un facteur déterminant à l'inscription du régime d'assurance maladie universelle sur l'agenda politique.

3.4. Facteurs économiques et l'émergence du RAMU

La connaissance des caractéristiques économiques d'un pays est fondamentale pour l'adoption des politiques, projets et programmes visant à améliorer leur qualité de vie, notamment en leur apportant une protection sociale adéquate. La structure économique du Burkina Faso reste toujours déficitaire. Elle est essentiellement basée sur les industries extractives, l'agriculture et le commerce. La situation macroéconomique du pays, malgré la crise sécuritaire et socio-politique enclenchée depuis plus de 7 ans, s'est montrée résiliente. Son Produit Intérieur Brut (PIB) est passé de 7 605,1 à 10 802,4 milliards de francs CFA, soit environ 3 197,3 milliards de francs CFA de richesses supplémentaires créées sur la période de 2016 à 2021 (UEMOA, 2022).

Concernant l'offre, en 2021, elle a été estimée au niveau du secteur secondaire à plus de 8,2% contre 5,8% en 2020 (Banque mondiale, 2022). Dans ce secteur, l'offre a été soutenue principalement par l'industrie manufacturière et les mines. Par contre, au niveau du secteur tertiaire, cette offre a été estimée à plus de 12,7% en 2021 contre 2,7% en 2020. Le secteur primaire, quant à lui, a affiché une croissance de 6,4% en 2021 contre 6,5% en 2020. Les causes du déficit de ce secteur sont, entre autres, la crise sécuritaire, qui a entraîné non seulement l'abandon des terres par les producteurs, mais aussi des destructions de cultures et des vols de bétail. Les faibles précipitations de 2021-2022 ont également impacté négativement la production agricole dans le pays (BAD, 2022). La production céréalière a chuté de 10% au Burkina Faso durant cette période.

En ce qui concerne la demande, on note une inflation de 3,9% en 2021 due à la hausse généralisée des prix des produits de première nécessité. Selon le rapport de l'UEMOA (2022), en 2020, les prêts non performants représentaient 7,8% de tous les prêts. En conséquence, le déficit budgétaire a reculé jusqu'à 5,6% du PIB en 2021 et devrait atteindre 5,9% en 2022 compte tenu de l'augmentation des dépenses (25,3% du PIB en 2021 contre 24,3% en 2020), notamment pour la masse salariale et les dépenses d'investissement. Pourtant, la croissance des recettes fiscales est restée faible (13,5% du PIB en 2020 et 15,5% en 2021). En 2021, le Burkina Faso a connu un risque de surendettement avec un ratio de dette publique d'environ 54,8% du PIB (UEMOA, 2022). Cependant, grâce à la valeur accrue des exportations d'or et de coton au cours des dernières années, le compte courant du pays, généralement déficitaire, est devenu

excédentaire à près de 3,8 % du PIB en 2020, 5,2% en 2021 et de 5,5% en 2022 (BAD, 2022). Selon la BAO (2022), le solde de la balance des biens du Burkina Faso est devenu excédentaire à partir de 2018 jusqu'en 2021 grâce à la dynamique des activités du secteur minier : 161,1 milliards de FCFA en 2018 ; 214,3 milliards de FCFA en 2019 ; 765,5 milliards de FCFA en 2020 et 914,7 milliards de FCFA en 2021. Cependant, le taux d'inflation et d'investissement ont été estimés respectivement à 3,9% et 21,1% en 2021 contre 1,9% et 23,5% en 2020 (UEMOA, 2022).

Le taux de pauvreté quant à lui, a augmenté, passant de 37,1% en 2020 à 40,1% en 2021 (Banque mondiale, 2022). Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 2022) révèle que le Burkina Faso a été classé 184^e sur 191 pays. Cela est largement imputable à l'avènement de la maladie à Covid-19 et à la situation sécuritaire. L'apparition de la Covid-19 au Burkina Faso a contraint le gouvernement à prendre des mesures drastiques et d'accompagnement en vue d'endiguer sa propagation dans le pays. La situation sécuritaire quant à elle, hormis son bilan macabre sans précédent, a provoqué le déplacement d'environ 2 millions des personnes à l'intérieur du pays.

La croissance économique est aujourd'hui fortement compromise par divers phénomènes sociopolitiques et économiques. L'instabilité socio-politique d'une part et la crise sécuritaire nationale et économique internationale d'autre part ne sont pas sans conséquence sur la sphère économique burkinabè (BAD, 2022). En 2020, dans la zone UEMOA, l'économie burkinabè occupait le troisième rang et le cinquième dans la CEDEAO. Avec un PIB estimé à 17, 047 milliards de USD pour une population d'environ 20 487 979 habitants (RGPH, 2019), le Burkina Faso relève depuis 2006 de la catégorie des Pays Pauvres et Très Endettés (PPTe), dont le PIB par habitant est estimé en 2020 à 768,8 USD contre 1 566,3 USD en Afrique subsaharienne. Les résultats de l'EHCVM (2018), basés sur un nouveau seuil de pauvreté (194 629 FCFA par personne et par an), indiquent qu'au Burkina Faso, l'incidence de la pauvreté est estimée à 41,4% en 2018 (Ministère de l'économie, des finances et de la prospective, 2021). Ce seuil est composé d'un seuil alimentaire de 102 686 FCFA et non alimentaire de 92 003 FCFA. Depuis 2013, le Burkina Faso est classé parmi les derniers pays au classement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2022).

3.5. Agenda mondial en matière de protection sociale et émergence du RAMU

La création d'une politique publique suppose l'existence d'un environnement légal et réglementaire favorable. Le processus d'émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso s'est déroulé dans un contexte international favorable à la protection sociale en santé. L'interconnexion entre les agendas internationaux, régionaux et nationaux dans le domaine de la protection sociale a contribué à l'émergence du RAMU-BF. À ce propos, un enquêteur, en parlant du contexte d'émergence du RAMU, a affirmé ceci :

Il faut dire que le Burkina Faso n'est pas un pays isolé. Il fait partie d'instances, de mécanismes et de regroupements internationaux où des encadrements sont mis en place. C'est une question d'agenda : l'agenda international influence naturellement l'agenda régional, qui influence à son tour l'agenda national (AB, Femme, Actrice de la société civile, 09/03/2023).

Le Burkina Faso, en tant que membre de la communauté internationale, est influencé par des agendas globaux et régionaux. En effet, les idées des politiques publiques au niveau national ne

sont pas élaborées en vase clos, mais résultent souvent de recommandations au niveau des institutions internationales. En effet, l'enquête de terrain révèle que l'obligation de l'État burkinabè de se conformer à l'agenda international en matière de protection sociale en santé a contribué à l'émergence du régime d'assurance maladie universelle. C'est ce que traduit en substance le discours de cet acteur :

Je ne pourrais pas dire avec exactitude comment le régime d'assurance maladie universelle est né, mais il y a deux axes majeurs à examiner. Le premier axe concerne les normes internationales. Le Burkina Faso, étant membre de l'Organisation internationale du travail, a signé un certain nombre de conventions internationales, notamment la Convention 102 de l'OIT, qui fixe un ensemble de prestations qu'un État doit assurer. Aujourd'hui, nous nous dirigeons vers ce qu'on appelle le socle de protection sociale, c'est-à-dire qu'il y a une prestation minimale qu'un individu doit pouvoir recevoir dans un pays, y compris la santé. Juridiquement, nous avons donc l'obligation d'aller vers ce socle de protection sociale en santé. La santé étant un des besoins les plus précieux, si un État parvient à couvrir sa population, il atteint un niveau acceptable de mise en œuvre de la norme et peut ainsi la ratifier. Il faut noter que le Burkina Faso n'a pas encore ratifié cette norme de la Convention 102 parce qu'il n'a pas encore pu offrir une couverture suffisante en santé à sa population. L'objectif de la création du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso était donc de respecter la Convention 102 de l'OIT [...] (SAB, Homme, acteur des ONG internationales, 18/01/2024).

Les propos de cet enquêté éclairent davantage sur l'origine et les motivations qui sous-tendent la création du RAMU-BF. Les normes internationales pour la protection sociale, en particulier celles de l'Organisation internationale du travail (OIT), ont joué un rôle déterminant dans le processus de définition des problèmes et de leur inscription sur l'agenda politique, notamment avec la convention 102 de l'OIT, qui fixe des standards en matière de protection sociale. Cela démontre que l'idée du RAMU-BF est en partie une réponse aux exigences juridiques découlant des engagements internationaux pris par le Burkina Faso. Outre la Convention 102 de l'OIT, sa Recommandation 202 sur les socles de protection sociale indique que les États membres doivent établir des socles de protection sociale comme élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale. Cette sécurité sociale doit s'étendre progressivement pour atteindre des niveaux plus élevés de sécurité sociale, assurant ainsi une meilleure couverture pour un maximum de personnes.

Au-delà de l'obligation pour le Burkina Faso de se conformer aux normes internationales de sécurité sociale, l'engagement du pays à inscrire le régime d'assurance maladie universelle sur l'agenda politique est aussi lié aux conditions de financement et d'assistance technique de ses partenaires techniques et financiers.

Sur l'agenda mondial, la protection sociale est désormais considérée comme une priorité globale. Les grandes institutions (le BIT, la Banque mondiale, l'OIT, etc.) en font une question de politique publique. Elles ont modifié le paradigme de la lutte contre la pauvreté, décidant de ne plus se focaliser uniquement sur le négatif. Il faut maintenant œuvrer pour offrir un minimum de conditions de vie décentes à chaque personne. Cela signifie qu'il faut promouvoir une protection sociale de base pour tous, permettant à chacun de bien se nourrir, de se soigner, et de se loger : une protection sociale minimum pour tous (AB, Femme, Actrice des OSC, 09/03/2023).

Au regard de ce changement de paradigme, des organisations internationales et des bailleurs de fonds, telles que la Banque mondiale, l'Union européenne et diverses agences de

développement bilatérales ont conditionné certains de leurs soutiens financiers et techniques au Burkina Faso à l'opérationnalisation de régimes d'assurance sociale.

Ces organisations demandaient à ce qu'on accélère l'adoption de la loi. Certains partenaires financiers en faisaient même une condition de leur financement. Lors de certaines de nos réunions sur le financement du RAMU, des financements étaient conditionnés à des étapes spécifiques de l'évolution du processus. Une de ces étapes était l'adoption de la loi : "si vous adoptez la loi, nous débloquerons tel montant". Et une fois la caisse créée, un autre montant serait débloqué. Je crois que c'était l'Union européenne qui était particulièrement impliquée dans cette démarche. La Banque mondiale également intervenait en finançant de nombreuses activités du comité de pilotage, ce qui a permis de travailler sur la loi jusqu'à son adoption (SA, Homme, Acteur politico-administratif, 19/01/2024).

Ces propos illustrent plusieurs dynamiques autour de l'émergence du RAMU-BF, notamment les conditions imposées par les partenaires financiers internationaux. En effet, le fait de conditionner leur financement à des étapes précises du processus législatif de la création du régime crée une relation de dépendance entre le financement externe et l'avancement interne du cadre juridique du régime. Cela montre manifestement que l'émergence de la politique du RAMU a été influencée, voire orientée, par les bailleurs de fonds internationaux. Ce constat semble indiquer que l'inscription du RAMU sur l'agenda politique répond davantage aux attentes des partenaires financiers qu'à une demande ou un consensus national.

4. Discussion

Les résultats montrent que l'émergence du régime d'assurance maladie universelle découle du constat de la nécessité d'offrir à tous les Burkinabè une protection contre les risques liés à la maladie dans un contexte marqué par des inégalités sociales et de précarité économique. Cela est d'une importance capitale pour augmenter le taux de fréquentation des centres de santé par la population, car la plupart des familles subsahariennes, dont le Burkina Faso se battent au quotidien pour trouver les moyens nécessaires pour se soigner (Ridde, 2021). Les ressources infrastructurelles et humaines peuvent être disponibles, mais rester sous utilisées en l'absence de réduction des barrières financières à l'accès aux soins de santé (Haddad et Fournier, 2006 ; Nguyen, Zombré, Ridde et De Allegri, 2021). Alors, c'est en conjuguant la disponibilité de l'offre de soins et la levée des barrières financières qu'on parvient à rendre les soins de santé accessibles pour la population.

L'émergence du régime d'assurance maladie universelle traduit également la volonté du Burkina Faso de s'inscrire dans la dynamique mondiale en faveur de la couverture santé universelle et du renforcement des systèmes de protection sociale. Comme le souligne Sane (2021, p. xi) : « *L'atteinte de la CSU exige la disponibilité d'une offre de soins de qualité, une levée des barrières financières dans l'accès aux soins de santé et une bonne gouvernance* ». En ce sens, étant un pays à faible revenu, le Burkina Faso s'appuie le plus souvent sur le financement extérieur. Cet accompagnement dans la création des politiques publiques de protection sociale en matière de santé prend souvent la forme de conditionnalités, ce qui suscite des questions sur la souveraineté des décisions nationales (De Sardan, 2021). Ces financements sont très souvent liés à la mise en œuvre de réformes spécifiques, parfois inopportunes et inadaptées aux réalités locales. Cela démontre que l'intervention des bailleurs internationaux ne se limite pas à fournir un simple soutien financier, mais en fait des acteurs influents dans la définition des calendriers et des priorités politiques, donc de « *modèles voyageurs* » (De Sardan,

2021). Le risque est que, lorsque les financements internationaux conditionnent les réformes, la marge de manœuvre des gouvernements peut être réduite, et les priorités locales peuvent être reléguées en second plan au profit des exigences des partenaires financiers. Certes, dans le cas du RAMU-BF, les conditions des institutions internationales ont contribué à l'inscription de la politique sur l'agenda politique et à faire avancer son cadre juridique, mais cette conditionnalité peut aussi conduire à une précipitation des réformes, sans un ancrage solide au niveau national ni une appropriation adéquate par les acteurs locaux, ce qui peut affecter négativement leur mise en œuvre, illustrant « *la revanche des contextes* » (De Sardan, 2021).

5. Conclusion

L'émergence du Régime d'Assurance Maladie Universelle au Burkina Faso résulte d'une conjonction de facteurs socio-sanitaires, économiques, politiques et internationaux. Les résultats montrent que la fragilité du système de santé, la vulnérabilité économique des populations et les incitations des organisations internationales ont pesé sur son inscription à l'agenda politique. Malgré la volonté affichée de renforcer la protection sociale en santé, la mise en œuvre de cette politique demeure limitée par le sous-financement du secteur, le faible enracinement culturel de la mutualité et la dépendance aux bailleurs de fonds internationaux. Ces constats soulèvent une question essentielle : le RAMU répond-il réellement aux besoins sanitaires des populations ou constitue-t-il avant tout un instrument d'alignement aux normes internationales ? Sur la base des résultats de l'étude, trois orientations prioritaires se dégagent : intégrer le RAMU dans une stratégie globale de renforcement du système de santé ; développer des actions d'éducation à la mutualité et à la prévoyance sociale et consolider les capacités techniques et organisationnelles des mutuelles sociales.

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Sur plan de la méthodologie, l'exclusivité de la méthode qualitative peut présenter des biais potentiels, notamment dans le déroulement des entretiens, l'analyse et l'interprétation des données. Les résultats présentés pourraient avoir une extrapolation limitée au-delà du contexte burkinabè en raison de conditions sociopolitiques et économiques particulières.

Références bibliographiques

- Association Songui Manégré/ Aide au Développement Endogène [ASMAD]. (2012). *Mutualité et assurance maladie universelle au Burkina Faso : enjeux et défis*. <http://www.ongasmade.org/new/images/PDF/ouvrages/mutualitetasurancemaladieuniverselleauburkinafaso.pdf>
- Banque Mondiale, (2022). *Debt Service Suspension Initiative*. <https://www.worldbank.org/en/topic/debt/brief/covid-19-debt-service-suspension-initiative>
- BCAO, (2022). *Balances des paiements et position extérieure globales, Burkina Faso*.
- Berger, P. et Luckmann, T. (2003). *La construction sociale de la réalité*. Armand Colin.
- Bossyns, P., Ladrière, F. et Ridde, V. (2018). « Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne ; six ans d'expérience au Sénégal rural 2012-2017 ». *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 34, https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19_06/010075821.pdf

- Bouirbiten, S., Salhi, S. et Benhsain, W., (2023). « Accès aux soins de santé ; freins, défis et exigences d'équité territoriale. Le cas de la province d'al Haouz, Maroc », *Geografares*, 37,
- Carrin, G., James, C. (2004). *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelles clé durant la période de transition*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69019>
- Carrin, G., James, C. et Evans, D. (2005). *Achieving universal health coverage: developing financing system*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/106665/340519>
- De Sardan, J. P. O. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Paris, Karthala.
- Devereux, S. (2013). « Trajectories of social protection in Africa ». *Development Southern Africa*, 30(1), 13-23. <http://dx.doi.org/10.1080/0376835X.2013.755871>
- Dujardin, B., Dujardin, M. et Hermans, I. (2003). « Ajustement structurel, ajustement culturel ? ». *Santé Publique*, 4, 15, p. 503-513. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-4-page-503.htm>
- Dumez, H. (2025). *Méthodologie de la recherche qualitative. Toutes les questions clés de la démarche*. Magnard-Vuibert, 4^e édition.
- Dupuis, J.-P. et Fagnani, J. (2018). « Mise en place et développement des systèmes de protection sociale en Afrique : un état des lieux ». *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 5-12. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-1-pages-5.htm>
- Dussault, G., Fournier, P. et Letourmy, A. (Éds.). (2006). *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale. Série : Santé, Nutrition et Population, N°37149.
- Garraud, P. (1990). « Politiques nationales : élaboration de l'agendas ». *L'Année sociologique (1940/1948)*, 40, 17-41. <https://www.jstor.org/stable/27890055>
- Groupe de la Banque africaines de développement, 2022, Rapport annuel 2022.
- Haddad, S. ; Nougara, A. and Fournier, P. (2006). « Learning from health system reforms : lessons from Burkina Faso », *Tropical Medecine and international Health*, 11(12), p. 1889-1897. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x
- Hassenteufel, P. (2014). *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Colin, 2e édition.
- Hours, B. (2010a). « La fin du développement et les bonnes œuvres globalisées. Humanitaire et ONG ». In Hours Bernard et Selim Monique (2010). *Anthropologie politique de la globalisation*, p.13-51. Paris : L'Harmattan
- Hours, B. (2010b). « La santé unique ». In Hours Bernard et Selim Monique (2010). *Anthropologie politique de la globalisation*, p. 55-63. Paris : L'Harmattan
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD] (2021). *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de (EHCVM) de 2018*. Rapport général. Burkina Faso
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD] (2024). *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de 2021. Diagnostic de la pauvreté en 2021*. Burkina Faso.

- Kadio, K. (2018). *Politique publique de protection sociale au Burkina Faso : vers une compréhension des logiques des acteurs de la mise en forme et de la mise en œuvre*. [Thèse de doctorat en sociologie, Université de Montréal]. <https://www.academia.edu/84632289/>
- Kagambéga, M. (2011). *L'Assurance maladie au Burkina Faso ; De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*. <https://www.theses.fr/2011BOR21807.pdf>
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York, Harper Collins, 2e édition.
- Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu. De la théorie à la pratique : la méthode Morin-Chartier*. Presses de l'Université du Québec.
- Lompo, B. (2013). *Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes Yadsé dans la région Nord* [Thèse de doctorat en sociologie]. Université de Nantes.
- Ministère de la santé. (2009). *Annuaire statistique 2008*, Burkina Faso.
- Ministère de la santé. (2022a). *Annuaire statistique 2021*, Burkina Faso.
- Ministère de la santé. (2022b). *État de santé de la population du Burkina Faso*. Rapport 2021.
- Muller, P. (2018). *Les politiques publiques*, Paris, PUF.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. L'Harmattan.
- Nguyen, H. T. ; Zomre, D. ; Ridde, V. et De Allegri, M. (2021). « L'impact de la réduction et de la suppression des paiements directs sur la prestation de services au Burkina Faso ». RIDDE Valéry (éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, p. 553-572. Québec, édition Science et bien commun.
- OIT. (2012). *Recommandation (n°202) sur les socles de la protection sociale*. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524
- OMS. (2000). *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68476>
- Paille, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 4e édition.
- PNUD. (2022). *Rapport sur le développement humain 2021/2022*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-02/hdr2021-22frpdf.pdf>
- Preker, A. et Velenyi, E. (2006). « Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'Ouest. Possibilités et contraintes », In G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy (Éds.). *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p. 89-48, Banque Mondiale. Série : Santé, Nutrition et Population, N°37149. [World Bank Document](#)
- Recensement général de la population et de l'habitation [RGPH] de 2006.
- Recensement général de la population et de l'habitation [RGPH] de 2019.
- Ridde, V. (2021). « Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management ». In, V. Ridde (Éd.) *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*,

- p. 1-47. Éditions Science et Bien Commun.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus>
- Sane, N. B. M. (2021). « préface ». In V. Ridde (Éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réforme en Afrique subsaharienne*, p. xi-xiv. Édition Science et bien commun.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>
- Thoenig, J-C. (2008). « Politiques publiques et cycles de vie. Le bébé et l'eau du bain. », *Politiques et management public*, 6, 3, p. 57-76.
- UEMOA. (2022). « Note d'information, Burkina Faso ». *Revue qualité par Deloitte*.
<http://www.umoatitres.org/>
- Zerbo, R. (2016). *Une anthropologie de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*. Presses Universitaires de Ouagadougou.

© 2025 NKOLO, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.