

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle du Burkina Faso au prisme des perceptions des acteurs : enjeux de capital humain, de solidarité nationale et d'essor des mutuelles sociales

Yemboaro Pacôme LOMPO^{1*},
Bouma Fernand BATIONO¹

Résumé

Cet article analyse les représentations sociales que les acteurs se font du RAMU-BF, quant à son potentiel dans le développement du capital humain, de la solidarité nationale face au risque maladie et dans l'épanouissement des mutuelles sociales. L'étude a été réalisée suivant la méthode qualitative et la technique d'entretien semi-structuré. Les données empiriques utilisées ont été collectées auprès de vingt-huit (28) personnes ressources impliquées dans le processus de mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle. Ce matériau empirique a été complété par des données de seconde main issues de la littérature grise. Les résultats révèlent qu'en protégeant la population contre le risque maladie, le RAMU-BF contribuerait au développement du capital humain. Par ailleurs, la mutualisation des risques à l'échelle nationale, organisée par le dispositif, contribue à consolider les mécanismes de solidarité face au risque maladie au Burkina Faso. Les résultats révèlent également que le développement du RAMU-BF et celui des mutuelles sociales s'inscrivent dans une relation de complémentarité. Alors que le régime assure le cadre institutionnel et réglementaire de la couverture sanitaire universelle, les mutuelles sociales, étant des organismes communautaires, peuvent contribuer à son ancrage local et à la mobilisation sociale. En somme, l'efficacité du RAMU-BF—qu'il s'agisse de son impact sur le capital humain, sur la solidarité nationale face à la maladie, ou sur l'essor des mutuelles sociales—demeure conditionnée par la volonté politique qui soutient sa mise en œuvre.

Mots clés : assurance maladie universelle, protection sociale, capital humain, mutuelle sociale

¹ Université Joseph KI-ZERBO, Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences sociales et Santé (LARISS), Ouagadougou, Burkina Faso

***Auteur Correspondant :** Yemboaro Pacôme LOMPO, pacome.lompo@ujkz.bf; Tel : +226 70631508 ; ORCID : <https://orcid.org/0009-0003-9752-6593>

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstlsh.v42i1.2168>

The Universal Health Insurance Scheme of Burkina Faso through the Lens of Stakeholders' Perceptions: Issues of Human Capital, National Solidarity, and the Growth of Social Mutual Health Organizations

Abstract

This article analyzes the social representations that stakeholders hold of the RAMU-BF, with regard to its potential for human capital development, national solidarity in the face of health risk, and the growth of social mutual health organizations. The study was conducted using a qualitative method and semi-structured interview technique. The empirical data used were collected from twenty-eight (28) resource persons involved in the implementation process of the universal health insurance scheme. This empirical material was supplemented by secondary data drawn from gray literature. The findings reveal that, by protecting the population against health risk, the RAMU-BF is likely to contribute to human capital development. Furthermore, the risk-pooling organized by the scheme at the national level helps to strengthen solidarity mechanisms against health risk in Burkina Faso. The findings also reveal that the development of the RAMU-BF and that of social mutual health organizations are part of a complementary relationship. While the scheme provides the institutional and regulatory framework for universal health coverage, social mutual health organizations, as community-based organizations, can contribute to its local anchoring and to social mobilization. In sum, the effectiveness of the RAMU-BF—whether in terms of its impact on human capital, on national solidarity in the face of illness, or on the growth of social mutual health organizations—remains contingent on the political will that sustains its implementation.

Keywords: universal health insurance, social protection, human capital, social mutual health organizations

Introduction

La protection sociale occupe aujourd'hui une place centrale dans les agendas des politiques publiques des pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne (F-X. Merrien, 2013). Dans ces nations, les systèmes sanitaires demeurent exposés aux contraintes structurelles, économiques et institutionnelles (J.P. Olivier de Sardan, V. Ridde, 2014 ; M. Kagambega, 2020). De ce fait, protéger les populations contre les risques sanitaires est désormais considéré comme un impératif et une obligation d'engagement politique pour ces pays (P. Ndiaye, 2016 ; M. Kagambega, 2020 ; H.Y. Sogadji et B. Sonhayé, 2024). Parmi les instruments mobilisés pour répondre à cet impératif, l'assurance maladie universelle s'impose progressivement comme un mécanisme stratégique visant à réduire les inégalités d'accès aux soins, à renforcer la protection financière des ménages et à soutenir le

développement économique et social des pays (A. Letourmy, 2006 ; A. Preker et E. Velenyi, 2006 ; F-X. Merrien, 2013 ; J. Watson et *al.*, 2021). Dans ce contexte, le Burkina Faso s'est engagé, depuis l'adoption de la loi n°060-2015/CNT du 5 septembre 2015, dans la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU-BF), conçu comme l'un des piliers centraux de sa politique nationale de protection sociale.

L'introduction du RAMU-BF s'inscrit dans la dynamique de la couverture sanitaire universelle (P. Ndiaye, 2016 ; Y.P. Lompo, B.F. Bationo et Y.F. Bocoum, 2025), telle que promue par les Objectifs de développement durable (ODD), notamment l'ODD 3 relatif à la santé et au bien-être. Elle répond également à un constat largement documenté dans la littérature : le paiement direct des soins constitue un facteur majeur de vulnérabilité économique et sociale, exposant les ménages, en particulier les plus pauvres, à des risques d'appauvrissement durable (P. Ndiaye, 2016 ; P. Bossyns et *al.*, 2018 ; H. Th. Nguyen, D. Zomre, V. Ridde et M. De Allegri, 2021).

Cependant, cette ambition affichée se heurte à plusieurs contraintes qui méritent une attention particulière. D'une part, le RAMU-BF est conçu comme un dispositif de protection sociale censé mutualiser le risque maladie à l'échelle nationale ; pourtant, il s'implante dans un contexte où 93,5% de la population évolue dans le secteur informel (INSD, 2024), avec des capacités contributives hétérogènes et incertaines. Ce contexte est également marqué par la présence des mécanismes traditionnels de solidarité (tontines, entraides communautaires, mutuelles sociales), qui occupaient la fonction de premier recours dans la protection contre le risque maladie.

D'autre part, si l'assurance maladie universelle est considérée dans la littérature comme un investissement dans le capital humain (S. Han et *al.*, 2020 ; R.K. Dowou et *al.*, 2023 ; A. Haakenstad et *al.*, 2023), cette fonction reste largement théorique tant que les modalités concrètes de mise en œuvre, d'adhésion et de perception du dispositif par les acteurs eux-mêmes n'ont pas été documentées empiriquement dans le cas spécifique du Burkina Faso.

Enfin, la RAMU-BF ne saurait être réduite à un simple mécanisme technique de financement des soins (A. Letourmy, 2006). Elle constitue également un instrument d'action publique porteur d'enjeux sociaux, économiques et symboliques, liés notamment à la solidarité nationale, à la redistribution des ressources et à la cohésion sociale (B. F. Bationo, 2013). Face à ces enjeux, les acteurs sociaux (décideurs politiques,

gestionnaires du régime, responsables de mutuelles et bénéficiaires potentiels) ont des représentations sociales variées. Ces représentations, encore peu explorées dans le contexte burkinabè, conditionnent pourtant l'adhésion et l'acceptabilité sociale du régime.

C'est dans la perspective d'apporter des éclairages sur les représentations sociales que les acteurs se font du RAMU-BF que s'inscrit le présent article, qui se propose de répondre à la question principale suivante : dans quelle mesure le RAMU-BF, tel qu'il est perçu et investi par les acteurs sociaux impliqués dans sa mise en œuvre, constitue-t-il un levier de développement du capital humain, de solidarité nationale face au risque maladie et d'épanouissement des mutuelles sociales au Burkina Faso ?

Cette interrogation centrale se décline en trois questions subsidiaires : comment le RAMU-BF est-il perçu et investi comme instrument de développement du capital humain par les acteurs interrogés ? En quoi le régime redéfinit-il les mécanismes nationaux de partage du risque maladie ? Quelle place le dispositif réserve-t-il aux mutuelles sociales préexistantes ? Interroger le RAMU-BF à ce stade de son implantation permet ainsi de documenter empiriquement ce dispositif et d'enrichir les études comparatives sur les trajectoires de la couverture sanitaire universelle en Afrique de l'Ouest.

De ces interrogations découle l'hypothèse selon laquelle l'implantation du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso favorise le développement du capital humain, renforce les mécanismes de solidarité nationale face au risque maladie et contribue à l'épanouissement des mutuelles sociales. L'objectif de cet article est ainsi d'appréhender le schème des représentations sociales que les acteurs se font du RAMU-BF, quant à son potentiel dans le développement du capital humain, de la solidarité nationale face au risque maladie et dans l'épanouissement des mutuelles sociales.

1. Méthodologie

Cette recherche, portant sur la problématique du régime d'assurance maladie en rapport au développement économique et social au Burkina Faso, s'appuie sur l'approche des capacités (*Capability Approach*) de A. Sen (1999). Selon cette approche, le développement n'est pas réductible à la croissance économique, par exemple le produit intérieur brut (PIB) et le revenu individuel. Pour A. Sen (1999), le

développement s'aperçoit dans la réalisation de la liberté (accès à la santé, l'éducation, etc.) et l'abolition des « non-libertés » telles que la pauvreté, la famine et l'absence de droits politiques. Le développement est donc un processus de renforcement des capacités humaines. Dans ce processus, être en bonne santé est une fonction fondamentale, car la maladie limite mécaniquement la liberté réelle des individus (A. Sen, 1992, A. Dahmane, 2005). Les capacités, représentant l'ensemble des fonctionnements réellement accessibles à un individu, dépendent de son état de santé, son niveau d'accès aux services publics, etc. Dans cette approche, la santé est perçue comme une capacité instrumentale. Elle conditionne l'accès à l'éducation et l'emploi ; elle contribue à la participation sociale et politique et à la productivité économique (A. Sen, 2002). À partir de cette approche théorique et au regard des objectifs de l'étude, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Elle est fondée sur des entretiens semi-structurés réalisés auprès des bénéficiaires, d'acteurs institutionnels, mutualistes et partenaires du régime. Ces entretiens ont été complétés par des données secondaires issues de la littérature grise (D. Boisvert 2003 ; S. Halima, 2007).

1.1. Échantillonnage/échantillon

La sélection des participants à l'enquête s'est faite par choix raisonné considérant leur niveau d'implication dans le processus de mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle. Un échantillon de 28 participants a été constitué. Il est composé de 15 hommes et 13 femmes, issus des bénéficiaires et des structures/institutions impliquées à des degrés variés dans la mise en œuvre du RAMU-BF. Au niveau institutionnel, l'échantillon comprend des représentants de l'administration publique, à travers le ministère en charge de la protection sociale (n=3) et le ministère de la santé (n=4), ainsi que de la caisse nationale d'assurance maladie universelle (n=2). Les structures d'appui et d'accompagnement aux mutuelles sociales sont également représentées, notamment le Réseau d'appui aux mutuelles sociales, présent à Ouagadougou (n=2) et à son antenne de Bobo-Dioulasso (n=1), ainsi que l'Association Songui Manégré Aide au Développement Endogène (n=2). L'échantillon inclut par ailleurs des mutuelles sociales, à travers leurs responsables : la mutuelle urbaine Laafi Baoré à Ouagadougou (n=2) et la mutuelle Kenneya Sira à Bobo-Dioulasso (n=2), ainsi que leurs bénéficiaires directs, avec respectivement 3 bénéficiaires de la Mutuelle Laafi Baoré et 3 de la Mutuelle Kenneya Sira, exclusivement des femmes. Enfin, l'échantillon intègre des acteurs complémentaires du secteur, à savoir le Réseau d'accès aux

médicaments essentiels (n=1), l'Association des professionnels des sociétés d'assurances du Burkina Faso (n=1), le Bureau international du travail (n=1) et Diakonia (n=1). Cette triangulation de l'échantillon visait à saisir la diversité des représentations et des enjeux associés au dispositif depuis le niveau national de conception jusqu'au niveau local de son appropriation par les populations.

1.2. Déroulement des enquêtes et traitement de données

La collecte de données a été menée entre février et décembre 2023 dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Les interviews avec les enquêtés se sont déroulés principalement en milieu administratif ou de travail sur rendez-vous. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur digital et ont été retranscrits et classés par thématique. Le corpus textuel obtenu a été analysé et interprété en suivant la technique d'analyse de contenu au sens de P. Paillé et A. Mucchielli (2016). Ce travail d'analyse a été facilité à l'aide du logiciel NVivo 14, spécialisé dans l'analyse des données qualitatives.

1.3. Considération éthique

L'enquête a respecté des principes éthiques stricts notamment, le consentement oral libre et éclairé de chaque participant après explication des objectifs et de l'usage des données, l'autorisation pour l'enregistrement, l'anonymat lors de la transcription et de l'analyse du corpus textuel et la sécurisation des données via un stockage exclusif sur disque dur personnel. De ce fait, les extraits des entretiens ont été cités dans le texte avec seulement les initiales des prénoms et noms, le sexe des répondants et la date de l'entretien sans la structure d'appartenance. Ce choix est dû au fait que dans certaines structures nous n'avons eu qu'un répondant, dans ce cas, mentionner la dénomination de la structure permet d'identifier automatiquement la personne interrogée.

2. Résultats

Les régimes d'assurance maladie universelle, par leurs principes de fonctionnement tels que la solidarité, les cotisations sociales et les subventions publiques, favorisent le développement économique et social des pays. Ils permettent à la population d'accéder aux soins de santé en réduisant les barrières financières et les inégalités sociales.

2.1. Le RAMU et développement du capital humain burkinabè

Par capital humain, nous entendons « l'ensemble des aptitudes physiques comme intellectuelles, de la main-d'œuvre favorable à la production économique » (M. A. Mbarki, C. Bakour et F. E. Lhaloui, 2022, p. 126). Selon I. Nejjari, S. Abdelhai et B. Lebzar (2020), le concept du capital humain comporte six dimensions à savoir : compétences, capacités, attitudes, agilité intellectuelle, éducation, expérience et expertise. L'ensemble de ces dimensions est étroitement lié au niveau d'éducation et de santé de la population. En effet, la bonne santé est l'un des facteurs fondamentaux du capital humain. Elle joue un rôle particulier dans le processus de productivité des individus, ainsi que dans l'acquisition et le développement des diverses aptitudes qui composent le capital humain. En effet, l'implantation du RAMU-BF, dont l'objectif principal est de garantir l'accessibilité financière aux soins sanitaires de qualité pour la population, demeure un investissement dans le capital humain burkinabè. Cela se reflète dans les propos de cet enquêté : « *Le RAMU-BF est un mécanisme d'assurance maladie qui est mis en place par l'État avec l'appui de ces partenaires techniques et financiers afin de permettre à tout citoyen burkinabè de pouvoir accéder à des soins de qualité, de lutter contre la pauvreté et d'augmenter la productivité de la population* » (PM, Homme, 19/05/2023).

Une meilleure santé se traduit par une baisse de la morbidité et de la mortalité, ce qui contribue au développement d'une main-d'œuvre de qualité et en quantité. Cela est essentiel pour la croissance économique et le développement d'un pays. Cette perception de la santé et du RAMU-BF est largement partagée par l'ensemble des cadres supérieurs de l'administration publique, des membres des mutuelles sociales et leurs partenaires. Ces derniers perçoivent le RAMU-BF comme étant une politique de protection sociale qui vise, avant tout, le développement économique et social, dont le fondement est le renforcement des capacités physiques et psychiques des individus. C'est dans ce sens que cet enquêté, premier responsable d'une structure de protection sociale, décrit en détail sa perception du RAMU-BF en lien avec le capital humain :

En fait, il faut comprendre que cela est fait pour accompagner le développement d'un pays. Pour impulser le développement d'un pays, on part sur les ressources humaines et le capital humain. La ressource

humaine étant quantitativement le nombre de personnes et le capital humain étant qualitativement de la ressource humaine. Cela veut dire que les ressources humaines peuvent être 10, mais qu'en termes de capital humain vous ne dépassez pas deux personnes. Or, pour parler de capital humain, il faut que l'individu soit en bonne santé. Donc, pour créer le capital humain dans un pays, il faut d'abord que vous ayez des individus en bonne santé, bien nourris, ça veut dire que c'est le socle du développement. Ainsi, la santé est un élément crucial pour former un capital humain. Pour nous au Burkina Faso, l'assurance maladie va contribuer à garantir et renforcer le capital humain du pays. Vous ne pouvez pas impulser un développement avec un peuple moribond, qui est dans un état de maladie permanent et qui ne pourra pas se prendre en charge. Donc, ce système permettra de maintenir un niveau maximum de ressources humaines et de renforcer leur capital humain. Donc, l'assurance maladie universelle est un investissement dans le capital humain (BA, Homme, 21/09/2023).

Dans ces verbatims, nous comprenons clairement que le RAMU-BF est un réel investissement dans le développement du capital humain burkinabè. Le développement d'un pays est indéniablement lié à la qualité de sa ressource humaine, dont la santé est l'une des variables déterminantes. L'enquêteur renchérit dans ce sens en affirmant que : *« Vous ne pouvez pas investir durablement dans le développement d'un pays si ce pays n'a pas un capital humain bien développé. Donc, ça y va de l'intérêt pour le politique de prendre des décisions conséquentes pour l'implémentation de l'assurance maladie universelle »* (BA, Homme, 21/09/2023). C'est pourquoi la santé des populations burkinabè a toujours occupé une place importante dans les politiques sociales du pays. La santé, dit-on, coûte cher, non seulement pour la population, mais aussi pour la structure économique du pays. Alors, la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle permettra à la population, individuellement et collectivement, de s'épanouir. Cela est illustré par les propos de cet enquêteur : *« vous tombez malade et vous n'avez pas les moyens pour vous prendre en charge, c'est sûr que votre activité économique sera arrêtée. Par contre, si vous avez une assurance et que vous tombez malade, très vite vous serez prise en charge et vous revenez continuer à travailler »* (PJ, Homme, 12/10/2023).

En outre, la disponibilité d'une assurance maladie diminue le stress et les angoisses permanentes liées au risque de maladie. Ainsi, une population en bonne santé, ou du moins ayant une assurance d'être prise en charge pour ses soins sanitaires est plus disposée à libérer son esprit

créatif, à travailler plus efficacement et à être plus productive. C'est dans ce sens que cet enquête a affirmé que :

Au sein de la population, individuellement l'esprit même du fait que tu es assuré va augmenter la motivation individuelle et permettre de canaliser l'esprit créatif de tout un chacun dans la production nationale. Donc, psychologiquement on est libre et on peut investir. Mais si cette question de barrière financière n'est pas levée, si quelqu'un gagne une ressource la première des choses c'est d'épargner pour qu'en cas de maladie que la personne puisse se soigner. Aussi, s'il n'y a pas une assurance maladie universelle au Burkina Faso, cela peut augmenter la tranche des populations vulnérables et l'État sera obligé d'intervenir pour aider les gens (NL, Homme, 03/04/2023).

Sous cet angle, certains perçoivent le RAMU-BF comme un outil de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Dans un pays en voie de développement comme le Burkina Faso où la majorité de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté, la survenue d'une maladie peut plonger un individu ou un ménage dans le dénuement. L'épisode d'une maladie peut chambouler l'économie de toute une famille, qu'elle soit nucléaire ou élargie. Donc, la création du RAMU-BF vise à éviter que les Burkinabè tombent dans l'extrême pauvreté pour cause de la maladie :

C'est pour éviter que les gens tombent dans la vulnérabilité après les maladies, pour que les gens ne dévalisent pas tout pour se soigner. C'est ce que moi je vois. Je vois que ça rentre aussi dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, parce que les problèmes de santé peuvent faire tomber quelqu'un dans la pauvreté s'il n'y a pas eu une préparation pour les questions de santé (IM, Homme, 27/02/2023).

En somme, la mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso est perçue globalement comme un investissement, bien plus qu'une simple dépense. Elle est qualifiée d'investissement stratégique important dans le développement du capital humain burkinabè. En améliorant les indicateurs de la santé, l'État crée simultanément des opportunités de développement économique, de réduction des inégalités et des iniquités sociales, et de lutte contre la pauvreté au Burkina Faso. L'implantation effective du RAMU-BF est donc une aubaine pour un développement économique et social durable.

Au-delà de la perception de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle comme un investissement dans le capital humain,

une autre perception émerge, selon laquelle le RAMU-BF est un système national unique de partage des risques liés à la maladie. Selon cette perception, le régime jouerait un rôle important dans le renforcement de la cohésion sociale et de la solidarité entre les Burkinabè.

2.2. Le RAMU et solidarité nationale face au risque maladie

Le risque maladie est appréhendé dans cette étude comme étant la probabilité qu'un problème de santé survienne et affecte le bien-être physique et mental d'un individu, engendrant des coûts de soins et/ou de perte de revenus. En effet, l'état de santé d'un individu ne peut jamais être tenu pour acquis définitif, dans la mesure où une maladie peut évoluer de manière silencieuse avant de se manifester brutalement. C'est ce qui ressort en substance dans les propos de cette répondante quand elle explique sa perception du risque maladie :

Parce que dans la vie, on n'en sait jamais, peut-être qu'il y a une maladie qui est là, en train de se développer petit à petit en toi que tu ne sais pas et qu'après tes deux ans soi-disant de bonne santé là, la troisième année, tu seras à terre. Par exemple, dans mon ancien service, on avait un monsieur, depuis qu'on était là-bas, le monsieur n'a jamais pris de congé, mais aujourd'hui il vient s'asseoir comme un zombie, parce qu'il est tombé d'un coup et il ne peut plus rien faire. Donc, peut-être dans les autres années il se disait moi je suis bien portant, je ne suis jamais tombé malade, je n'ai pas besoin de congé et voilà que d'un coup il est devenu paralysé et il ne peut plus rien faire (GE, Femme, 27/02/2023).

À travers cet exemple, on comprend le caractère imprévisible du risque maladie et l'illusion que peut entretenir une perception de bonne santé fondée uniquement sur l'absence apparente de symptômes. Cela démontre la nécessité de souscrire à une assurance maladie pour se préparer à la manifestation des symptômes, de la douleur ou de l'inconfort.

En fait, c'est unanime, la maladie est un événement qui peut dérégler suffisamment l'équilibre de la vie humaine ; et comme tout événement qui peut perturber et qui peut arriver à un moment inopportun dans la vie de quelqu'un, il faut mettre ce qu'on appelle la mitigation, qui consiste à réunir l'ensemble des éléments pour répondre efficacement à l'événement au cas où il arriverait. On ne forme pas une armée le jour de la guerre, mais, on prépare l'armée quand il y aura la guerre, c'est la même chose que pour moi, l'assurance maladie. Elle est faite

pour que quand la maladie survient qu'il ait des mesures de mitigation (BA, Homme, 21/09/2023).

Par ailleurs, la perception du RAMU-BF comme un système national de partage du risque maladie est liée à ses principes fondamentaux, notamment, la solidarité nationale, l'équité, la non-discrimination, la mutualisation des risques, l'efficacité et de responsabilité de l'État (Article 3 de la loi n°060-2015/CNT). De ce fait, selon les dispositions de l'Article 46 de la loi n°060-2015/CNT, les ressources nécessaires pour couvrir les charges du régime sont :

- les cotisations des personnes assujetties ;
- les subventions de l'État ;
- le revenu des placements ;
- les dons et legs ;
- les majorations, astreintes et pénalités de retard dues aux cotisations des employeurs ;
- les pénalités financières appliquées aux situations de fraudes avérées ;
- toutes autres ressources attribuées au RAMU en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière

Sur cette base, les fonds générés par ces différentes sources sont utilisés pour la prise en charge des dépenses de santé des membres assujettis, selon les besoins de chacun : « *Oui l'opérationnalisation du RAMU serait une bonne chose pour nous. Ce sera une action de justice sociale, les montants perçus permettraient de prendre en charge des personnes dans une situation de santé précaire et c'est dans une logique de solidarité nationale. Ceux qui en ont pourront aider les plus faibles en termes de revenus* » (OR, Homme, 27/02/2023). Cela traduit le principe du système de partage du risque lié aux maladies, car les risques et les coûts associés aux maladies sont partagés entre tous les assujettis, réduisant ainsi la charge financière individuelle. Les propos de cette enquêtée illustrent cette idée en appréciant positivement le régime :

Oui, c'est une très bonne idée, puisque la santé est vraiment très très primordiale pour l'être humain, surtout pour le fonctionnaire burkinabè. Donc, si vous avez une caisse qui peut vous soutenir un peu dans les soins, ça fait beaucoup, parce que la santé au Burkina Faso coûte cher, il faut le dire. Si la caisse peut soutenir une partie de

nos dépenses en santé, je pense que ce sera une très bonne chose (GE, Femme, 27/02/2023).

À ce moment, le niveau de solidarité sociale entre les membres sera un facteur déterminant pour la viabilité du système. Dans ce sens, certaines personnes interrogées indiquent que le RAMU-BF trouve son fondement dans la solidarité sociale qui existait autrefois dans le pays. Cependant, elles reconnaissent que, de nos jours, la structure sociale burkinabè a évolué dans son ensemble, d'où la nécessité de créer d'autres mécanismes de solidarité adaptés. Ces mécanismes doivent correspondre à l'évolution de la société burkinabè et, au-delà, prendre en compte les réalités de la société contemporaine.

Donc, l'assurance maladie universelle étant une forme de solidarité et si on repart à ce que l'on appelle la solidarité traditionnelle qui existait dans les villages, les gens s'entraidaient et aujourd'hui il y a des gens qui semblent avoir la nostalgie de cette solidarité. Non, il ne faut pas avoir cette nostalgie. Puisque, lorsque la structure sociétale change, il faut aussi changer l'organisation. Cela veut dire que si la structure sociale n'est plus traditionnelle, elle se modernise, et vous vous collez à une solidarité traditionnelle ça ne marchera pas. C'est pour cela que vous allez voir des gens qui sont nostalgiques, qui disaient avant là qu'il y avait le "sosoaga", quoi quoi [...] (TB, Homme, 21/09/2023).

En effet, le constat est que les structures sociales burkinabè sont en perpétuelle transformation, passant de communautés traditionnelles basées sur les relations familiales et des entraides communautaires à des structures marquées par des traits caractéristiques des sociétés modernes, telles que la nucléarisation des familles et les familles monoparentales. Cette évolution a tendance à compromettre les mécanismes traditionnels de solidarité en les rendant moins viables. Ainsi, pour s'adapter à l'évolution de la société et à ses nouvelles formes de solidarité, le Burkina Faso a développé le RAMU-BF comme un nouveau système de solidarité nationale.

En somme, le RAMU-BF demeure un système de partage du risque en mutualisant les coûts et les risques liés à la maladie au Burkina Faso. Il est basé, de ce fait, sur les principes de solidarité et de gestion collectives des risques : « *le Régime d'assurance maladie universelle veut que tout le monde s'implique dans la prise en charge sanitaire de tous les Burkinabés, bien sûr en cotisant* » (KA, Homme, 08/02/2024). Il est, par ailleurs, un outil important pour le développement et le

maintien de la solidarité sociale dans une société en mutation.

2.3. Le RAMU et le développement des mutuelles sociales

En 2013, le gouvernement burkinabè avait pris l'engagement, dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU, de créer des conditions idoines pour le développement des mutuelles sociales. En effet, les mutuelles sociales devront avoir un bon maillage du territoire national. Pour ce faire, il a été décidé d'implanter les mutuelles dans les communes, les entreprises privées et les administrations publiques. Pour être efficaces, ces mutuelles devront être structurées en unions régionales et en fédérations nationales. C'est dans cette perspective que la loi N°060-2015/CNT, portant création du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso, prévoit que l'Organisme de gestion peut déléguer certaines de ses fonctions à d'autres structures appelées organismes de gestion déléguée (OGD). Parmi les structures ciblées par cette loi, il y a les mutuelles sociales.

Article 40 : « les organismes de gestion visés à l'article 38 ci-dessus, peuvent déléguer certaines de leurs fonctions techniques à des organismes dits de gestion déléguée, notamment les autres établissements de prévoyances sociales, les mutuelles sociales, les assurances privées et les sociétés de gestion maladie de type privé. La délégation des fonctions est constatée par une convention de gestion déléguée ».

Ainsi, les mutuelles sociales, nées dans les années 1970 et restées jusqu'à aujourd'hui au stade embryonnaire trouveront un cadre pour leur développement. En fait, dans le processus de la prise en charge sanitaire des assurés, il y aura une certaine complémentarité entre l'organisme de gestion, qui est la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) et les mutuelles sociales. Cette complémentarité, au-delà de la délégation des fonctions, peut prendre plusieurs formes. En matière de prestations de soins, les mutuelles sociales peuvent orienter leurs prestations vers la prise en charge des prestations manquantes dans le panier de soins du RAMU-BF. De plus, elles peuvent prendre en charge le ticket modérateur des assurés. Par ailleurs, en termes de partenariat avec les structures sanitaires, les mutuelles sociales peuvent aussi diversifier davantage leurs prestataires conventionnés afin d'offrir à leurs membres un large éventail de prestations de soins. C'est dans ce sens que les acteurs des mouvements mutualistes interrogés ont perçu le RAMU-BF comme un cadre d'épanouissement pour les mutuelles

sociales. Cela est illustré en substance par les propos de cet enquêté, qui affirmait ceci :

En réalité, quand on va voir, la Caisse nationale d'assurance maladie universelle vient pour appuyer les mutuelles sociales en quelque sorte. C'est pour même accroître leur capacité de prise en charge des bénéficiaires. Donc, la CNAMU, c'est pour aider les mutuelles, parce que quand une mutuelle sociale a plus de membres, elle a aussi la capacité de pouvoir supporter les charges. Donc selon la forme actuelle de la convention qui existe entre la CNAMU et les mutuelles sociales, c'est comme si la caisse vient pour donner les membres aux mutuelles sociales (GAK, Homme, 03/05/2023).

Cet extrait montre sans ambiguïté que la création du RAMU-BF est un moyen d'aider les mutuelles sociales à se développer. La signature des conventions entre la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) et les mutuelles sociales, en tant qu'organismes de gestion déléguée (OGD), constitue un moyen d'augmenter le taux d'adhésion aux mutuelles sociales, par ricochet accroître leur capacité de prise en charge sanitaire.

De plus, il faut noter qu'au Burkina Faso, les mouvements mutualistes constituent les précurseurs de l'idée du RAMU. En effet, les mutuelles sociales sont au cœur du processus d'opérationnalisation du régime. Donc, cela va de soi qu'il leur permette d'atteindre leur vocation, qui est d'améliorer l'état sanitaire des populations : *« Cela permettra aussi aux mutuelles de santé de se renforcer davantage et de pouvoir atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés dès leur création à savoir, la prise en charge sanitaire des populations au niveau des centres de santé »* (OA, Homme, 13/10/2023). Étant des initiatives communautaires fonctionnant essentiellement sur la base des cotisations de leurs membres, les mutuelles sociales rencontrent souvent des difficultés financières dans l'exercice de leurs fonctions. Cela explique en partie leur sous-développement au Burkina Faso. De ce fait, avant de déléguer les fonctions à ces mutuelles, les acteurs considèrent qu'il est impératif de renforcer au préalable les capacités et les compétences des mutuelles, sous tous les aspects. C'est ce qu'indique cet acteur en ces termes :

Je pense que c'est en cela que la délégation de gestion est importante. Je pense que la délégation de gestion résout ce problème. Comme dans la loi il est dit que la CNAMU peut confier certaines fonctions à des

OGD, je pense que c'est les mutuelles sociales que cette disposition a ciblées. Donc, la caisse peut confier la mobilisation sociale, le règlement des prestations à une mutuelle d'une commune donnée. C'est-à-dire que la mutuelle fait le travail et elle rend compte à la caisse. C'est pour cela qu'on a dit que la CNAMU devrait s'appuyer sur les mutuelles pour son implantation, parce que pour nous ça va être difficile de mettre dans chaque région, province et commune un organe de la CNAMU, ce n'est pas possible. C'est en ce sens qu'il a été question de renforcer les mutuelles existantes sur le terrain pour qu'elle puisse accompagner la CNAMU (KD, Homme, 05/06/2023)

Si cela constitue une aubaine pour les mutuelles sociales bien structurées, force est de constater qu'il existe un risque réel pour les mutuelles sociales qui opèrent dans l'informelle de disparaître au fur et à mesure que le RAMU-BF s'installe et s'étend. La délégation de gestion sera accordée aux mutuelles qui ont la capacité avérée de supporter les charges des fonctions qui leur seront confiées. En effet, les mutuelles qui ne remplissent pas ces conditions ne pourront pas prétendre à cette fonction de délégation, d'où le risque pour elles de perdre leurs membres au profit des mutuelles bénéficiaires de la convention des organismes de gestion déléguée. Pour pallier ces problèmes, il s'avère nécessaire que ces mutuelles se regroupent en fédération. C'est ce que les propos de cet enquête illustrent :

Cependant, s'il y a une mutuelle de santé qui n'est pas membre de la convention, il peut arriver que cette mutuelle-là ait des difficultés pour fonctionner et cela peut amener certaines mutuelles à fermer ses portes. Parce qu'elle ne sera pas capable de prendre en charge ses bénéficiaires. C'est pour cela aussi qu'il faut encourager la fédération des mutuelles. C'est d'encourager les mutuelles de se mettre en réseau, cela aussi va permettre aux mutuelles d'être plus efficaces (GAK, Homme, 03/05/2023).

Somme toute, il faut dire que la perception du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso par les acteurs interrogés est positive. En dépit des difficultés qui ont entravé le processus de sa mise en œuvre effective, chacun reconnaît que le régime est l'une des politiques publiques de protection sociale dont un pays comme le Burkina Faso a nécessairement besoin. Cela permettra au pays d'amorcer le chemin vers la couverture sanitaire universelle.

3. Discussion

La littérature scientifique (S. Han et *al.*, 2020 ; R.K. Dowou et *al.*, 2023 ; A. Haakenstad et *al.*, 2023) considère désormais la couverture sanitaire universelle (CSU) comme un investissement stratégique dans le développement du capital humain plutôt qu'une simple politique de prise en charge des dépenses de santé. Pour A. Haakenstad et *al.* (2023), investir dans la santé par l'extension de l'assurance maladie et l'offre de soins essentiels, constitue un double gain pour le progrès sociétal et la croissance économique. Dans cette perspective, l'analyse des perceptions des acteurs quant à l'implantation du RAMU-BF révèle que le régime dépasse la seule fonction de financement des soins de santé pour s'inscrire dans une dynamique de transformation sociale. Comme le rappellent V. Vandenberghe et O. Debande (2008, p. 14), « *sans la santé rien n'est possible. L'humain malade ou chétif cesse d'être source de richesses économiques* ». Cette affirmation rejoint l'approche des capacités développée par A. Sen (1999 ; 2002), selon laquelle la santé représente une capacité fondamentale permettant aux individus d'exercer pleinement leurs libertés et de participer à la vie économique et sociale. La maladie réduit non seulement les revenus des ménages, mais limite également les possibilités d'éducation, d'emploi et d'épanouissement personnel. Les travaux de O. Chillo et *al.* (2022) montrent, en effet, que l'amélioration de la santé des enfants favorise la réussite scolaire, le développement cognitif et l'acquisition des compétences nécessaires au développement économique futur. Cette relation entre santé et développement est également confirmée par le Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle (OMS et Banque mondiale, 2023). Selon ce rapport, les dépenses directes de santé demeurent l'une des principales causes d'appauvrissement dans le monde. Plus d'un milliard de personnes sont confrontées chaque année à des dépenses catastrophiques de santé, compromettant leur capacité à investir dans l'éducation et dans les activités économiques. Dans ce sens, l'opérationnalisation du RAMU-BF apparaît, pour les répondants de cette étude, comme un instrument de développement du capital humain en réduisant la vulnérabilité économique des ménages face au risque maladie. Pour Y.P. Lompo, B.F. Bationo et Y. Bocoum (2025), l'émergence du RAMU-BF répond précisément à la nécessité de construire un système de protection sociale capable de limiter les paiements directs des ménages tout en favorisant un accès équitable aux soins. Ainsi, le RAMU-BF participerait à la préservation des capacités productives des populations, au renforcement du capital humain et par

ricochet au développement économique et social du pays (G. Cometto, *et al.*, 2020 ; I. Dhillon, *et al.*, 2023).

Au-delà de cette dimension économique, les résultats révèlent que le RAMU-BF participe aussi à une transformation des mécanismes de solidarité sociale. Les mutations démographiques, l'urbanisation, l'accroissement du secteur informel et la recomposition des structures familiales réduisent progressivement la capacité des solidarités traditionnelles à prendre en charge les risques sociaux. Cette évolution s'inscrit dans la perspective développée par E. Durkheim (1991), qui distingue la solidarité mécanique des sociétés traditionnelles de la solidarité organique propre aux sociétés modernes. Dans le contexte actuel du Burkina Faso, la protection contre le risque maladie ne peut plus dépendre exclusivement des réseaux familiaux ou communautaires ; elle nécessite des dispositifs collectifs encadrés par des institutions publiques. Les résultats de l'étude montrent ainsi que le RAMU-BF se représente comme une réponse institutionnelle à cette recomposition des mécanismes de solidarité. En organisant la mutualisation des risques à l'échelle nationale, le dispositif se propose d'assurer une redistribution entre les bien-portants et les malades, entre les catégories sociales et entre les générations. Cette représentation sociale du RAMU-BF correspond aux principes défendus par G. Carrin et C. James (2004), selon lesquels la mutualisation des risques constitue le fondement des systèmes performants d'assurance maladie. Elle est également cohérente avec les orientations de l'Organisation internationale du Travail (2025), qui considère les mécanismes de partage des risques comme une condition indispensable à la pérennité des systèmes nationaux de protection sociale en santé.

Enfin les résultats mettent en évidence le rôle potentiel du RAMU-BF dans le développement des mutuelles sociales. En effet, le développement des régimes nationaux d'assurance maladie ne conduit pas nécessairement à la disparition des mécanismes communautaires de partage de risque maladie. Les expériences de quelques pays d'Afrique de l'Ouest sont particulièrement instructives à cet égard. Selon J. Alenda-Demoutiez *et al.* (2019), le Ghana s'est basé sur les mutuelles de santé pour l'extension de son régime d'assurance maladie à toute la population. Concernant le Rwanda, l'implantation du régime d'assurance maladie universelle a été rendue possible grâce au développement des initiatives communautaires de mutualisation des risques (B. Chemouni, 2018 ; C.P. Bista, 2019). Au Mali, dans le cadre

de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire, les mutuelles de santé sont chargées de couvrir les travailleurs du secteur informel et du secteur agricole, soit environ 78% de la population malienne (I. Sissouma, 2019). Dans cette perspective, les travaux de C. Deville, F. Fecher et M. Poncelet, (2018), ainsi que ceux d'E. Paul, M. Bourgeois et V. Ridde (2021), montrent que ces organisations communautaires jouent un rôle capital dans l'apprentissage de la solidarité contributive, la mobilisation communautaire et la diffusion de la culture assurantielle dans les communautés à la base. Pour l'expérience du Burkina Faso, la loi n°060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle prévoit en son article 40 la délégation des certaines fonctions à des organismes de gestion déléguée. Parmi ces organismes figurent les mutuelles sociales, les assureurs privés et des sociétés de gestion maladie de type privé. Donc, la signature des conventions entre la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) et les mutuelles sociales est perçue comme un moyen d'augmenter leur taux d'adhésion, par conséquent, accroître leur capacité de prise en charge sanitaire. Toutefois, il faut noter que l'assurance maladie ne contribuera effectivement au développement des mutuelles sociales que si certaines conditions sont réunies en particulier, la reconnaissance juridique claire des fonctions des mutuelles sociales dans le RAMU-BF.

Conclusion

Cette étude s'est attachée à analyser les représentations sociales que les acteurs se font du RAMU-BF, quant à son potentiel dans le développement du capital humain, de la solidarité nationale face au risque maladie et dans l'épanouissement des mutuelles sociales. Les résultats montrent que le RAMU, en réduisant les barrières financières à l'accès aux soins de santé, protège les ménages contre les risques d'appauvrissement liés à la maladie. Cela est susceptible de contribuer au développement du capital humain, car la bonne santé est une variable fondamentale permettant aux individus d'acquérir toutes les compétences nécessaires à la création des richesses. De plus, les résultats indiquent que le RAMU-BF participe à la redéfinition des mécanismes de solidarité nationale face au risque maladie. Au regard des transformations profondes des solidarités traditionnelles, le RAMU-BF est perçu par les acteurs comme une réponse institutionnelle aux déficits des solidarités communautaires et de proximité dans le

processus de prise en charge sanitaire. Enfin, il est ressorti des résultats que le RAMU-BF, en principe, permettrait le développement des mutuelles sociales. Sur la base des dispositions de la loi fondatrice du régime, les mutuelles sociales sont considérées comme des organismes de gestion déléguée, donc des partenaires de la caisse nationale d'assurance maladie universelle. Ce partenariat, qui devait être matérialisé par la signature des conventions, est perçu par les acteurs comme une opportunité pour les mutuelles sociales d'augmenter leur taux d'adhésion, lequel est capital pour leur épanouissement. Toutefois, force est de constater que, jusqu'à présent, alors que les actions d'enrôlement de la population (secteur public, privé et informel) se déroulent sur le terrain, les mutuelles sociales sont toujours dans l'incertitude quant aux fonctions qui leur seront déléguées.

Références bibliographiques

- ALEND-DEMOUTIEZ Juliette, ANTWI Abena Asomaning, MENDO Elvire et BA Zrampieu Sarah, 2019, « Health Protection in Ghana and Senegal: What is the ILO's Role? » *International Development Policy*, p.111-131. <https://journals.openedition.org/poldev/3040>
- BANQUE Mondiale, 2018, *L'état des filets de sécurité sociale 2018*. La Banque Mondiale. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0543-1>
- BATIONO Bouma Fernand, 2013, « État, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle », *Face à face*, 12. <https://journals.openedition.org/faceaface/810>
- BECK Ulrich, 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Flammarion.
- BISTA Celine Peyron, 2019, *La couverture santé universelle* [Communication au BIT]. <https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2019/02/22>.
- BOISVERT Danielle, 2003, « La recherche documentaire et l'accès à l'information ». In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : D e la problématique à la collecte des données*, p. 85-102. Québec, Presse de l'Université du Québec, 4e édition.

- BOSSYNS Paul, LADRIERE Fabienne et RIDDE Valéry, 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
- BOURDENX Aurore, 2023, La responsabilisation : essai sur la transformation de la protection sociale. Droit. Université de Bordeaux. https://theses.hal.science/tel-04962468v1/file/BOURDENX_AUORE_2023_diffusion.pdf
- BROUILLET Pascal, 2006, « Assurance maladie : facteurs de lutte contre l'inégalité et la vulnérabilité et relation positive vis-à-vis de la croissance ». In DUSSAULT Gilles, FOURNIER Pierre et LETOURMY Alain (éds.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p. 521-548. Banque Mondiale, Série : Santé, Nutrition et Population, 37149.
- CARRIN Guy et JAMES Chris, 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>
- CASTEL Robert, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- CHEMOUNI Benjamin, 2018, « La voie politique vers la couverture sanitaire universelle : pouvoir, idées et assurance maladie communautaire au Rwanda ». *Développement mondial*, 106, p. 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.023>
- CHILLO Omary, GITAH I Githinji et MARWA Heri, 2022, « 100: poster Leave no one behind on universal health coverage: human resource capital as an approach for the lower-and middle-income countries ». *Abstracts. BMJ Global Health*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-isph.87>
- COMBEROUSSE Martine, 1993, « La littérature grise », *Bulletin des bibliothèques de France*. <https://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-1993-05-0060-016>

- COMETTO Giorgio, BUCHAN James et DUSSAULT Gilles, 2020, « Developing the health workforce for universal health coverage ». *Bulletin of the World Health Organization*, 98, p. 109-116. <https://doi.org/10.2471/blt.19.234138>
- DAHMANE Alain, 2005, « La naissance de la santé : », *Le Portique, Cahiers de la recherche*. <http://journals.openedition.org/leportique/360>
- DEVILLE Céline, FECHER Fabienne et PONCELET Marc, 2018, « L'assurance pour le renforcement de capital humain (ARCH) au Bénin : processus d'élaboration et défis de mise en œuvre ». *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 107-123. Editions DREES Ministère de la santé.
- DEVILLE Céline, HANE Fatoumata, RIDDE Valéry et TOURE Laurence, 2018, « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », *Working Paper du Ceped*, (40). <http://www.cepel.org/wp>.
- DHILLON Ibadat, JHALANI Manoj, THAMARANGSI Thaksaphon, SIYAM Amani, et SINGH Poonam Khatrapal, 2023, « Advancing Universal Health Coverage in the WHO South-East Asia Region with a focus on Human Resources for Health ». *The Lancet Regional Health Southeast Asia*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100313>
- DOWOU Robert Kokou, AMU Hubert, SAAH Farrukh Ishaque, ADEAGBO Oluwafemi et BAIN Luchuo Engelbert, 2003, « Increased investment in Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa is crucial to attain the Sustainable Development Goal 3 targets on maternal and child health ». *Archives of public health*, 81, 42. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01052-z>
- DURKHEIM Emile, 1991, *De la division du travail social*. Paris : Presses Universitaires de France. 2^e édition.
- EWALD François, 1996, *Histoire de l'État providence. Les origines de la solidarité*. Paris : Grasset & Fasquelle.
- HAAKENSTAD Annie, BINTZ Corinne, KNIGHT Megan et al., 2023, « The challenging road to universal health coverage ». *The Lancet Global Health*, 11, 10, p.1629-1639. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00330-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00330-3)

- HALIMA Semta, 2007, « La littérature grise : face méconnue de la documentation scientifique », *Documentation et bibliothèque*, 53, 4, p. 205-210. <https://doi.org/10.7202/1030779ar>
- HAN Seoni, ARCAND Jean-Louis et LAUER Jeremy Addison, 2020, Economic impacts of investing in universal health coverage for low- and lower-middle income countries [Document de travail]. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3343767>
- HASSENTEUFEL Patrick, 2014, *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin, 2e édition.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD], 2024, Enquête nationale semestrielle sur l'emploi. Bulletin N°001, édition du 2^{ème} semestre.
- KAGAMBEGA Marcel Toussiida, 2020, « Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso » *SociologieS, Théories et recherches*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.13422>
- KAGAMBEGA Marcel, 2011, *L'Assurance maladie au Burkina Faso ; De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires* [Thèse de doctorat, Université BORDEAUX 2]. <https://www.theses.fr/2011BOR21807.pdf>
- LETOURMY Alain, 2006, « Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone ». 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. 13-53. Banque Mondiale. Série : Santé, Nutrition et Population, N°37149.
- LETOURMY Alain, 2008, « Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains », *Comptes Rendus Biologies*, 331, 12, p. 952-963.
- LOMPO Pacôme Yemboaro, BATIONO Bouma Fernand et YAYA BOCOUM Fadima, 2025, « Émergence du régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ». *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), p.363-377. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.26>

- LOMPO Pacôme Yemboaro, BATIONO Bouma Fernand, 2025, « Les solidarités familiales dans la prise en charge sanitaire à l'épreuve de la nucléarisation des familles au Burkina Faso ». *Colloque international « Paternité (s), parentalité et famille (s) contemporaines en Afrique »* Co-Organisé par les Universités Laval Québec, Joseph KI-ZERBO (UJKZ) et le Pôle d'Excellence Africain Africa Multiple (UJKZ)
- LOMPO Yemboaro Pacôme et BATIONO Bouma Fernand, 2021, « Défis communautaires et accessibilité aux soins d'urgence chirurgicale au Burkina Faso : Expérience de l'Association Todyaba de la Tapoa ». *Les Cahiers de l'ACAREF*, 3, 6, Tome 2, p. 225-249.
- MAI Linh, 2017, *La création d'une assurance maladie universelle au Vietnam* [Thèse de doctorat, Université de Toulouse]. <https://theses.hal.science/tel-02056706/document>
- MBARKI Mohamed Amine, BAKOUR Chafik et LHALLOUI Fatima Ezzahra, 2022, « Le capital humain, un enjeu de l'amélioration durable du climat des affaires », *The Journal of Quality in Education (JoQiE)*, 12, 20, p. 124-143. <https://www.researchgate.net/publication/366380645>
- McCLANAHAN Shea et FRICK Raul Ruggia, 2024, « Le rôle de la sécurité sociale dans la réduction de la pauvreté – Renforcer les modèles fondés sur le cycle de vie en vue d'accroître l'efficacité des systèmes », *Regards*, 63, 1, p. 287-305. <https://doi.org/10.3917/regar.063.0287>
- MERRIEN François-Xavier, 2013, « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *Revue Internationale de Politique de Développement*, 5, 1, p. 1-20. <https://doi.org/10.4000/poldev.1519>
- NDIAYE Pascale, 2016, « L'implication des mouvements sociaux dans les politiques de Couverture Sanitaire universelle », *Une étude comparative de*, 5.
- NEJJARI Ilham, ABDELHAI Salima et LEBZAR Bouchra, 2020, « Mesurer le capital humain : Dimensions et méthodes alternatives », *Revue de Publicité et de Communication Marketing (RPCoM)*, 2, p.1-18. <https://revues.imist.ma/index.php?journal=RPCoM>

- NGUYEN Hao Thi et *al.*, 2021, « L'efficience des politiques d'exemption du paiement des soins de santé maternelle au Burkina Faso ». In RIDDE Valéry (éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, p. 597-608. Québec, édition Science et bien commun.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre et RIDDE Valéry, 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris : Karthala
- ORGANISATION Internationale du Travail, 2025, *Rapport mondial sur la protection sociale 2024-2026 : protection sociale universelle pour l'action climatique et une transition juste*. Genève : Bureau international du Travail.
https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-12/World%20Social%20Protection%20Report_2024-2026_FR_final.pdf
- ORGANIZATION Mondiale de la santé et BANQUE Mondiale, 2023, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. <http://hdl.handle.net/10986/40348>
- PAILLE Pierre et MUCCHIELLI Alex, 2016, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. 4e édition.
- PAUL Elisabeth, BOURGEOIS Marc et RIDDE Valéry, 2021, « La place de l'équité dans la couverture de santé universelle au niveau mondial, au Bénin et au Sénégal ». In RIDDE Valéry (éd.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne*, p. 177-200. Québec, édition Science et bien commun.
- PREKER Alexander et VELENYI Edit, 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.
- SEN Amartya, 1992, *Inequality Reexamined*. Harvard University Press.
- SEN Amartya, 1999, *Development as Freedom*. Oxford University Press.

- SEN Amartya, 2002, « Why Health Equity ? », *Health Economics*, 11, 8, p. 656-666.
https://doi.org/10.1002/hec.762?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle
- SISSOUMA Issa, 2019, *La délégation de gestion dans le cadre du RAMU, vue par la mutualité*. https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2019/02/22-janv_UTMD%C3%A9%C3%A9gation-de-Gestion-dans-le-cadre-du-RAMU-2.pdf
- SOGADJI Hoéléte Yao et SONHAYE Boundjou, 2024, « Regards croisés de la Protection sociale et la lutte contre la pauvreté en Afrique ». *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 5(6), p. 260-275.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11538229>
- TANTI-HARDOUIN Nicolas, 1994, *Economie de la santé*. Paris : Armand colin.
- VANDENBERGHE Vincent et DEBANDE Olivier, 2008, *Investir dans le capital humain. Comprendre les ressorts d'une décision individuelle et sociale*. Academia Bruylant : Louvain-la-Neuve.
<http://hdl.handle.net/2078.1/83978>
- WATSON Julia, YAZBECK S. Abdo et HARTEL Lauren, 2021, « Making Health Insurance Pro-poor : Lessons from 20 Seveloping Countries ». *Health Systems & Reform*, 7(2).
<https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1917092>
- YAYA BOCOUM Fadima, GRIMM Michael et HARTWIG Renate, 2018, « The health care burden in rural Burkina Faso : Consequences and implications for insurance design ». *SSM-Population Health*, 6, p. 309-316.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.012>