

Les politiques de protection sociale face aux risques de santé : Dynamiques, enjeux et défis contemporains. Cas du Burkina Faso

NARE FRANÇOIS DE SALES

Le département de Droit de la Santé et Bioéthique à l'université de lisala (UNILIS), République Démocratique du Congo

RESUME

La protection sociale est un pilier fondamental pour garantir l'accès équitable aux soins de santé, en particulier dans un contexte marqué par des crises sanitaires et des inégalités croissantes. Cet article explore les politiques de protection sociale face aux risques de santé, en mettant en lumière leurs perspectives et défis contemporains. Dans un monde où les pressions économiques et démographiques augmentent, ces politiques jouent un rôle clé dans la résilience des systèmes de santé et la protection des populations vulnérables. L'objectif de cette recherche est d'analyser dans quelle mesure les politiques de protection sociale permettent un accès équitable et durable aux soins de santé au Burkina Faso. Ce travail adopte une approche qualitative fondée sur une revue documentaire approfondie (rapports institutionnels, articles scientifiques, textes de politiques publiques) et des données secondaires issues d'études récentes sur les systèmes de santé dans divers contextes. L'analyse documentaire révèle que malgré les avancées enregistrées, le système de protection sociale en santé au Burkina Faso reste très partiellement opérationnel. Cette faiblesse est particulièrement marquée en milieu rural et dans le secteur informel, où les mécanismes contributifs restent difficiles à appliquer. Par l'innovation, le Burkina Faso démontre, à travers ses mutuelles communautaires et ses efforts de gratuité ciblée, une capacité à adapter les principes de solidarité et d'universalité à son contexte. Renforcer la gouvernance, mobiliser davantage de ressources internes, et impliquer les communautés sont des leviers majeurs pour avancer vers l'universalisation effective du droit à la santé.

Mots-clés : protection sociale, santé, risques, politiques publiques, équité, résilience.

Soumis le : 20 juillet, 2025

Publié le : 01 août, 2025

Auteur correspondant : NARE FRANÇOIS DE SALES

Adresse électronique : fdsnare@yahoo.fr

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Dans un monde marqué par une succession de crises sanitaires, économiques et sociales, les politiques de protection sociale apparaissent comme un levier central pour garantir le droit à la santé et renforcer la résilience des populations.

Si la santé est reconnue comme un droit fondamental par de nombreuses institutions internationales – à commencer par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – l'effectivité de ce droit reste encore largement conditionnée par les contextes socio-économiques, les capacités institutionnelles et les priorités politiques de chaque pays.

La protection sociale en santé se définit comme l'ensemble des mécanismes publics, privés ou communautaires visant à protéger les individus contre les conséquences financières des risques sanitaires : maladie, accident, invalidité ou vieillesse. Elle s'inscrit dans une logique de solidarité, d'équité et de justice sociale. Pourtant, les modalités de sa mise en œuvre varient profondément selon les régions du monde. Tandis que les pays du Nord disposent, pour la plupart, de systèmes organisés et relativement efficaces, les pays à faible revenu comme le Burkina Faso doivent composer avec des ressources limitées, une informalité dominante du marché du travail, et des défis systémiques liés à la gouvernance et à l'accès aux soins.

Le Burkina Faso constitue, à cet égard, un terrain d'étude particulièrement pertinent. Engagé depuis plusieurs années dans une réforme de son système de santé et de couverture sociale – notamment à travers la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) – le pays se heurte à des obstacles importants, tout en innovant par des mécanismes communautaires et des partenariats internationaux. À travers une mise en perspective avec les modèles du Nord, notamment européens, il devient possible de mieux comprendre les écarts de structuration, les transferts d'expérience possibles, mais aussi les limites des approches uniformes.

1.2 Problématique

Plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé essentiels, et seuls 29% bénéficient d'une couverture complète de sécurité sociale : tel est le constat dressé par un nouveau rapport de l'Organisation internationale du Travail (OIT) portant sur la mise en œuvre de la protection sociale dans plus de cent (100) pays.

À l'échelle mondiale, seules 68% des personnes ayant l'âge de la retraite perçoivent une pension, sous une forme ou une autre, et ce chiffre tombe à tout juste 20% dans bon nombre de pays à faible revenu. Moins de 60% des pays déclarent disposer de régimes ou offrir des prestations garantissant une sécurité de revenu pour les enfants.

Malgré les progrès économiques réalisés ces dernières années au Burkina Faso, l'indice de développement humain du pays reste l'un des plus faibles au monde. À titre illustratif, le rapport 2023-2024 de l'indice de développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), classe le Burkina Faso au 185^e rang sur 193 pays.

Depuis 2015, le Burkina Faso vit au rythme d'une crise sécuritaire qui perdure et plonge les populations dans une grande détresse. En mai 2022, selon les données officielles, on estimait à plus de 1,9 millions de personnes déplacées internes dans le pays et plus de 500 centres de santé fermés ou fonctionnant au minima, selon le Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR).

Face à ces défis sanitaires, des formes alternatives de protection sociale ont vu le jour, comme les mutuelles de santé. Toutefois, leur capacité à s'imposer comme solution durable soulève des questions quant à leur viabilité, leur intégration dans les politiques publiques et leur adéquation aux réalités socioculturelles locales.

Au Burkina Faso, comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'accès aux soins de santé demeure un défi majeur. Les systèmes de protection sociale en place peinent à couvrir l'ensemble de la population, notamment les personnes vivant en milieu rural et les travailleurs du secteur informel. Ces catégories sociales, pourtant les plus vulnérables face aux risques de maladie, restent largement exclues des dispositifs formels de couverture sanitaire Niang, M., et al. (2023). Cette situation s'explique par plusieurs facteurs structurels : la pauvreté persistante, la faiblesse des infrastructures de santé, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, mais aussi les croyances culturelles et la pluralité des itinéraires thérapeutiques Banque mondiale. (2022).

Face à ces limites, l'État burkinabè, appuyé par des partenaires techniques et financiers, a mis en place diverses politiques de santé publique et initiatives de protection sociale. Parmi celles-ci, on trouve l'assurance maladie universelle, les subventions pour les soins maternels et infantiles, ainsi que le développement de mutuelles de santé communautaires. Malgré ces efforts, les résultats restent mitigés : les dispositifs manquent souvent de financement, de coordination, et peinent à s'adapter aux réalités locales. De plus, l'intégration des approches traditionnelles dans le système de santé reste faible, ce qui freine l'adhésion des populations.

Dans ce contexte, il devient nécessaire de s'interroger sur l'efficacité réelle des politiques de protection sociale face aux risques de santé au Burkina Faso.

1.3 Questions de la recherche

1.3.1 Question générale

Comment les politiques de protection sociale en matière de santé permettent-elles de garantir un accès équitable et durable aux soins de santé pour l'ensemble de la population, en particulier les plus vulnérables ?

1.3.2 Questions spécifiques

- Les réformes des systèmes de protection sociale peuvent-elles améliorer l'accès aux soins pour les populations marginalisées face aux risques sanitaires mondiaux ?
- Les politiques de protection sociale en matière de santé, garantissent-elles un accès équitable et durable des populations ?
- De quelle manière la coordination entre acteurs publics, privés et communautaires peut-elle renforcer l'efficacité des systèmes de protection sociale face aux nouveaux risques sanitaires ?

1.4 Objectifs de la recherche

1.4.1 Objectif général

L'objectif de cette recherche est d'analyser dans quelle mesure les politiques de protection sociale permettent un accès équitable et durable aux soins de santé au Burkina Faso. Il s'agira aussi d'identifier les obstacles qui limitent leur efficacité, notamment pour les populations les plus vulnérables.

1.4.2 Objectifs spécifiques

- Analyser les fondements et les fonctions des politiques de protection sociale en santé.
- Étudier les dynamiques de mise en œuvre de la Couverture de Santé Universelle au Burkina Faso.
- Identifier les défis contemporains communs et spécifiques, et proposer des pistes d'action adaptées.

1.5 Hypothèses de la recherche

1.5.1 Hypothèse générale

Les politiques de protection sociale en matière de santé au Burkina Faso resteraient inégalement accessibles et peu adaptées aux réalités des populations vulnérables. Leur efficacité est réduite par des contraintes financières, institutionnelles et socioculturelles.

1.5.2 Hypothèses spécifiques

- La protection sociale serait inégalement accessible aux populations vulnérables.
- La protection sociale en matière de santé serait peu adaptée aux réalités des populations vulnérables.
- Les contraintes financières, institutionnelles et sociales culturelles réduiraient l'efficacité de la politique de la protection sociale en matière de santé.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Matériel

La protection sociale en santé est aujourd'hui reconnue comme un droit humain fondamental, inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et réaffirmé par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966). Ce droit se traduit par l'obligation pour les États de garantir à leur population un accès équitable aux soins de santé, notamment à travers des mécanismes de protection contre les risques financiers liés à la maladie. Les normes de l'OIT (Organisation internationale du Travail), notamment la Convention n°102 sur la sécurité sociale (1952), établissent les bases d'un système de protection sociale fondé sur les principes de solidarité, mutualisation des risques et financement équitable, tout en laissant aux pays une flexibilité pour adapter les structures aux réalités nationales. Ces normes insistent sur la mise en place progressive de droits garantis par l'État, sans imposer de modèle institutionnel unique, ce qui ouvre la voie à des solutions hybrides ou contextuelles, comme les mutuelles de santé. Dans le contexte des Objectifs de développement durable (ODD), la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est un objectif transversal, notamment à travers les cibles 1.3 (protection sociale universelle) et 3.8 (accès aux soins de santé essentiels et protection contre le risque financier). Ces objectifs promeuvent l'idée que personne ne doit être exclu des soins pour des raisons économiques. Ainsi, la CSU repose non seulement sur l'extension de l'offre de soins, mais aussi sur des politiques de protection sociale fondées sur la justice sociale et la solidarité. Dans les pays à revenu faible comme le Burkina Faso, les mutuelles de santé ou assurances maladie à base communautaire (AMBC) ont été encouragées comme outils pour étendre la couverture aux populations du secteur informel et rural, historiquement exclues des systèmes publics. Toutefois, comme le montrent les résultats de cette étude, ces dispositifs font face à de nombreux défis structurels : faible professionnalisation, difficultés de gestion, couverture limitée, dépendance aux financements extérieurs et manque d'intégration aux politiques nationales. Malgré leur potentiel reconnu pour mobiliser les communautés et assurer un premier niveau de protection, les mutuelles restent souvent en marge des stratégies officielles de couverture de base. L'expérience internationale, notamment en Afrique de l'Ouest, montre que leur efficacité dépend largement de leur intégration dans une architecture globale de protection sociale, soutenue par une gouvernance publique forte et un cadre de suivi-évaluation structuré.

Ainsi, le cadre conceptuel de cette recherche repose sur l'articulation entre :

- le droit à la protection sociale en santé comme fondement universel,
- la CSU comme objectif global, opérationnalisé selon les spécificités nationales,
- et les mutuelles de santé comme instruments potentiels de couverture pour les groupes vulnérables, à condition qu'elles soient institutionnalisées, professionnalisées et intégrées à un système national piloté par l'État.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

Ce travail adopte une approche qualitative fondée sur une revue documentaire approfondie (rapports institutionnels, articles scientifiques, textes de politiques publiques).

Il mobilise également des comparaisons internationales pour illustrer les écarts de structure, d'accès et de résultats entre le Burkina Faso et des pays du Nord. La perspective critique vise à articuler les enjeux de santé publique avec ceux du développement social et de la gouvernance.

2.2.2 Lieu d'étude

L'étude porte principalement sur le Burkina Faso, pays d'Afrique de l'Ouest sahélien, caractérisé par une forte croissance démographique, une majorité de population rurale, et un accès limité aux services sociaux de base. Le choix de ce terrain s'explique

par les défis majeurs que le pays rencontre en matière de couverture sanitaire et de mise en œuvre de politiques de protection sociale inclusives. Les comparaisons avec certains pays du Nord visent à enrichir la réflexion par un contraste de contextes et de modèles.

3. RESULTATS

3.1 Une couverture sanitaire encore largement incomplète

Dans sa quête de contribuer au bien-être des populations, les structures publiques et privées de soins du Burkina sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :

- Le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS). On dénombrait 2266 CSPS publics en 2024 ;
- Le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. On comptait 46 CMA fonctionnels.

Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA.

Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire. Il est le niveau de référence le plus élevé.

Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

En plus des structures sanitaires publiques, le Burkina Faso compte des structures privées de santé situées en majorité dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2024, le nombre de structures privées est de 1189. (MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, *Annuaire statistiques 2024*, avril 2025, pp. VI-VII).

L'analyse documentaire révèle que malgré les avancées enregistrées, le système de protection sociale en santé au Burkina Faso reste très partiellement opérationnel. Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), bien que prévu pour être un pilier central de la Couverture Santé Universelle (CSU), n'atteint encore qu'une minorité de la population. Selon les données du Ministère de la Santé et des partenaires techniques, moins de 15 % des Burkinabè bénéficiaient d'une couverture santé effective en 2022. Cette faiblesse est particulièrement marquée en milieu rural et dans le secteur informel, où les mécanismes contributifs restent difficiles à appliquer.

Afin d'évaluer les progrès réalisés vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), chaque pays est invité à développer un cadre national de suivi et d'évaluation (S&E), adapté à ses priorités, capacités et réalités sanitaires. Dans le cas du Burkina Faso, l'analyse des résultats montre que le système actuel de S&E reste limité, tant sur le plan des indicateurs utilisés que de la coordination institutionnelle. L'absence d'un cadre robuste et intégré freine la capacité à mesurer les performances réelles des politiques de protection sociale en santé.

Les indicateurs de la CSU, proposés par l'OMS et d'autres institutions, sont regroupés en ensembles (de base, élargis ou optimaux), et permettent un suivi structuré des services de santé selon le cycle de vie et les fonctions du système. Or, au Burkina Faso, l'utilisation systématique de ces indicateurs reste encore marginale, ce qui complique l'analyse des écarts d'accès, de qualité et d'équité. Il devient donc nécessaire de renforcer les capacités nationales en matière de S&E, non seulement pour ajuster les politiques sanitaires, mais aussi pour assurer une planification stratégique fondée sur des données fiables.

À travers les résultats de cette étude, il apparaît clairement que la performance du système de santé ne pourra être améliorée durablement sans un mécanisme de suivi rigoureux, incluant des indicateurs adaptés aux spécificités nationales tout en s'alignant sur les normes internationales. Cela implique également une meilleure articulation entre les données produites localement (par les districts sanitaires, les mutuelles de santé, etc.) et les politiques nationales de santé.

3.2 Des dispositifs fragmentés et insuffisamment coordonnés

La protection sociale en santé au Burkina Faso est marquée par une fragmentation institutionnelle et un manque de coordination entre les acteurs publics, les partenaires internationaux et les initiatives communautaires. Plusieurs programmes coexistent (gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, subventions ciblées, couverture des PVVIH, mutuelles), mais leur articulation reste faible. Cela conduit à des redondances, des pertes d'efficacité, et une couverture hétérogène selon les régions et les groupes sociaux.

3.2.1. Les Etablissements Publics de Prévoyance sociale (EPPS)

- L'histoire de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO) remonte un peu très loin, avant les indépendances. Elle a pour mission de gérer le régime de sécurité sociale applicable aux agents publics de l'Etat au Burkina Faso institué par la loi n° 003-2021/AN du 1^{er} avril 2021.
- La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) est un établissement public de prévoyance sociale chargé de gérer le régime de sécurité sociale institué par la loi n° 004-2021/AN du 06 avril 2021. Sa mission essentielle est de gérer le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso. La CNSS est aux avants postes du social et de la vie économique du Burkina Faso.

3.2.2. Le Service d'aide médicale urgente (SAMU)

Opérationnel pour l'ensemble des populations du Burkina Faso depuis le jeudi 10 avril 2025. Sa mission principale est de planifier, organiser et développer des soins d'urgence pré-hospitaliers sur toute l'étendue du territoire national. Il améliore l'accès et la qualité aux soins d'urgence à tout et permet à tout patient burkinabè d'être toujours au bon endroit pour bénéficier des soins adaptés à son état.

Les soins d'urgence prodigués par le SAMU sont gratuits et accessibles à tous les Burkinabè sans distinction, afin qu'aucun d'eux ne perde la vie faute de premiers soins

3.3 Des contraintes financières et structurelles persistantes

Les résultats montrent également que la faible mobilisation des ressources internes constitue l'un des principaux freins à l'universalisation des soins. Le financement de la santé repose encore largement sur l'aide extérieure (près de 50 % du budget de la santé dans certaines années), rendant les politiques sociales vulnérables aux aléas de la coopération internationale. En outre, le manque de personnel de santé qualifié, la mauvaise répartition géographique des infrastructures et l'insuffisance des équipements sanitaires contribuent à maintenir les inégalités d'accès.

3.4 Les mutuelles de santé : une alternative prometteuse mais sous-exploitée

Les mutuelles de santé communautaires apparaissent comme une réponse innovante et adaptée aux réalités locales, notamment en milieu rural. Elles permettent une mutualisation des risques et une gestion décentralisée. Toutefois, leur faible taux d'adhésion, leur dépendance à des financements extérieurs et le manque de reconnaissance institutionnelle limitent leur portée. Leur intégration dans le système national reste à consolider.

3.5 Un contraste marqué avec les pays du Nord

La comparaison avec les pays du Nord met en évidence des écarts importants en termes de structure, de financement et de résultats sanitaires. Alors que les systèmes européens (de type beveridgien ou bismarckien) assurent une couverture quasi universelle via des mécanismes solidaires et financés par l'impôt, le Burkina Faso peine à étendre une protection de base à l'ensemble de sa population. Cette comparaison permet de souligner l'importance d'une gouvernance solide, d'un financement public soutenu et d'une volonté politique forte dans la réussite de la CSU.

3.6 Fondements et enjeux des politiques de protection sociale en santé

3.6.1 Genèse et évolution des systèmes de protection sociale

Les politiques de protection sociale trouvent leurs origines dans les réponses apportées par les sociétés aux risques liés à la maladie, à l'incapacité de travail ou à la vieillesse. Historiquement, deux grands modèles ont structuré la protection sociale en santé :

- Le modèle bismarckien, basé sur l'assurance sociale contributive (Allemagne, fin XIXe siècle), et
- Le modèle beveridgien, reposant sur une couverture universelle financée par l'impôt (Royaume-Uni, après 1945).

Ces deux modèles ont servi de référence aux pays du Nord, tandis que les pays du Sud ont souvent hérité de dispositifs coloniaux fragiles, réorientés après les indépendances vers des politiques nationales plus inclusives.

Au fil des décennies, la mondialisation, les transitions démographique et épidémiologique, ainsi que les recommandations des institutions internationales (OMS, Banque mondiale) ont contribué à une redéfinition des systèmes de santé, avec pour objectif central l'universalisation de l'accès aux soins, notamment via la Couverture Santé Universelle.

3.6.2 Rôle et fonctions de la protection sociale en santé

La protection sociale en santé vise plusieurs objectifs fondamentaux. Elle permet de prévenir le basculement des ménages dans la pauvreté du fait des dépenses catastrophiques de santé. Elle favorise également la continuité des soins, la prévention, et renforce la cohésion sociale en limitant les inégalités d'accès.

Sur le plan macroéconomique, elle constitue un facteur de stabilité sociale et de productivité.

Dans les pays à faible revenu, la protection sociale joue aussi un rôle structurant pour les systèmes de santé en renforçant la gouvernance, la planification sanitaire, et la relation entre offre et demande de soins.

4. DISCUSSION DES RESULTATS

- Les résultats de cette étude révèlent que, malgré les engagements politiques en faveur de la Couverture Santé Universelle (CSU), la mise en œuvre au Burkina Faso reste incomplète et fragmentée. Le faible taux de couverture, notamment en milieu rural et au sein du secteur informel, témoigne d'une inadéquation entre les dispositifs prévus (comme le RAMU ou la gratuité ciblée) et les réalités socio-économiques locales.

- L'absence d'un cadre national solide de suivi-évaluation, couplée à une faible exploitation des indicateurs internationaux, limite la capacité du système à corriger ses propres failles de manière proactive. Cette situation met en lumière un écart persistant entre les ambitions politiques et l'efficacité opérationnelle.
- Par ailleurs, la fragmentation des dispositifs et le manque de coordination entre les différents acteurs (État, ONG, mutuelles, partenaires internationaux) réduisent l'efficacité globale du système de protection sociale en santé. Cette dispersion entraîne des redondances, des disparités régionales et une perte de cohérence dans les interventions. De plus, la dépendance à l'aide extérieure pour le financement du secteur de la santé constitue une vulnérabilité structurelle majeure.
- Le manque de ressources humaines qualifiées et la faiblesse des infrastructures aggravent les inégalités d'accès, compromettant ainsi l'objectif d'universalité inscrit dans la CSU.
- La comparaison avec les pays du Nord révèle que la réussite d'un système de protection sociale en santé repose sur trois piliers fondamentaux : une gouvernance forte et inclusive, un financement public soutenu et une régulation cohérente.
- Les innovations locales, comme les mutuelles de santé communautaires, représentent une piste prometteuse pour adapter la protection sociale aux contextes locaux, mais elles nécessitent d'être institutionnalisées et soutenues à long terme.
- Ainsi, pour garantir un accès équitable et durable aux soins, le Burkina Faso devra renforcer sa planification stratégique, mobiliser davantage de ressources nationales, et instaurer une gouvernance de la santé ancrée dans la solidarité et la justice sociale.

5. CONCLUSION

Ce travail a permis d'explorer les dynamiques contemporaines des politiques de protection sociale en santé à travers une analyse centrée sur le Burkina Faso, en regard des modèles du Nord. Il en ressort que, malgré des ambitions affirmées et des avancées certaines, la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle dans un pays à faible revenu se heurte à de nombreux défis :

- Insuffisance des ressources,
- Fragmentation institutionnelle,
- Poids de l'informalité, mais aussi
- Défis de gouvernance.

Toutefois, ces contraintes n'empêchent pas l'innovation. Le Burkina Faso démontre, à travers ses mutuelles communautaires et ses efforts de gratuité ciblée, une capacité à adapter les principes de solidarité et d'universalité à son contexte.

La comparaison Nord/Sud révèle non seulement des inégalités persistantes, mais aussi la complémentarité possible entre des modèles différenciés. Ainsi, l'avenir de la protection sociale en santé repose sur une approche plus équitable, inclusive et fondée sur le partage d'expériences entre les pays.

Renforcer la gouvernance, mobiliser davantage de ressources internes, et impliquer les communautés sont des leviers majeurs pour avancer vers l'universalisation effective du droit à la santé.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout le monde de près ou de loin qui ont accepté de participer à cette étude.

CONTRIBUTION DE L'AUTEUR

Comme contribution, nous avons permis aux autres futurs chercheurs qui mèneront leurs études ayant trait à celle-ci. Notre travail sera leur référence quant en ce qui concerne Les politiques de protection sociale face aux risques de santé : Dynamiques, enjeux et défis contemporains. Cas du Burkina Faso.

CONFLIT D'INTERET

Aucun conflit n'est à signaler dans la présente étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2022). *Rapport annuel sur la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU)*. Ouagadougou : Direction générale des études et statistiques sectorielles (DGESS).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010). *Couverture sanitaire universelle : Objectif et instruments de mesure*. Genève : OMS.
- Organisation internationale du travail (OIT). (2019). *Protection sociale universelle pour la dignité humaine, la justice sociale et le développement durable*.
- Organisation internationale du travail (OIT). (2020). *Protection sociale universelle : Pour une couverture de santé durable*. Genève : OIT.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé*. OMS.

- Banque mondiale. (2022). Couverture Santé Universelle en Afrique de l'Ouest : progrès et défis. Washington DC.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2020). Plan National de Développement Sanitaire 2021-2030.
- Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, *Annuaire statistiques 2024*, avril 2025.
- OCDE. (2019). Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE.
- Devereux, S. & Sabates-Wheeler, R. (2004). Transformative Social Protection. IDS Working Paper 232.
- Ataguba, J.E. & Akazili, J. (2010). Health care financing in South Africa: moving towards universal coverage. *CME*, 28(2), 74-78.
- Van de Maele, N., Xu, K. & Carrin, G. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin de l'OMS*, 91(8), 602-611.