PRÉSIDENCE DU FASO

CAPES
Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales

BURKINA FASO
La Patrie ou la Mort nous Vaincrons

POLICY PAPER

Capitaliser le succès de l'Agence FASO MEBO pour promouvoir l'Assurance Maladie Universelle (AMU)

Résumé

Le déploiement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) au Burkina Faso entre dans une phase critique de généralisation, se heurtant à d'importantes résistances à l'enrôlement volontaire dans le secteur informel. À l'inverse, l'initiative souveraine de développement local Faso Mêbo bénéficie d'une forte légitimité populaire et d'un consentement spontané à la contribution communautaire.

Cette note stratégique démontre que pour universaliser l'AMU, l'État doit rompre avec les approches technocratiques isolées et opérer une hybridation systémique entre ces deux programmes majeurs de la refondation nationale dans les politiques de santé. En arrimant l'AMU à la dynamique Faso Mêbo, l'action publique peut actionner trois leviers majeurs :

- **L'alignement narratif**, en requalifiant la cotisation sanitaire en un acte de patriotisme économique endogène ;
- **L'activation opérationnelle**, en transformant les comités locaux de Faso Mêbo en « tiers de confiance » pour l'enrôlement collectif ;
- **La matérialisation des droits**, en couplant la construction physique des infrastructures locales à la preuve immédiate d'une prise en charge médicale sans décaissement de poche.

La mise en convergence de la visibilité de Faso Mêbo et du mécanisme de prévoyance de l'AMU est la condition essentielle pour bâtir un contrat social sanitaire durable, résilient et résolument souverain.

Dr Issa SOMBIÉ

Chef du département Développement et Secteurs Sociaux

JUIN 2026

1. Introduction

Le Burkina Faso s'est engagé dans une refondation de son architecture sociale, guidé par l'impératif de la souveraineté nationale et du développement endogène. Au cœur de cette dynamique, l'Assurance Maladie Universelle (AMU) se dresse comme le pilier central de la sécurité humaine, visant à prémunir l'ensemble des citoyens — en particulier les franges les plus vulnérables du secteur informel et du monde rural — contre le risque de dépenses de santé catastrophiques (Atun et al., 2015; Lee et al., 2020). Cependant, le déploiement de cette politique publique majeure se heurte à un goulot d'étranglement sociologique : une forte résistance à l'enrôlement volontaire (Kagambega, 2020). Pour le citoyen, la logique assurantielle classique apparaît souvent comme une abstraction administrative descendante, exigeant une contribution financière par anticipation (ex-ante) pour un risque futur et incertain, ravivant ainsi une suspicion historique envers l'efficacité logistique de l'appareil d'État au niveau du guichet sanitaire (Marmot, 2013).

Face à cette inertie, l'Initiative Présidentielle « Faso Mêbo », dédiée au renforcement de la maîtrise d'ouvrage locale et à la construction d'infrastructures communautaires, affiche une trajectoire inverse et particulièrement réussie. En mobilisant le patriotisme économique et l'effort endogène, Faso Mêbo a su susciter un consentement spontané à la contribution et un fort engagement des populations de base. Le succès de cette initiative repose sur les aspects concrets, visibles et palpables de l'action publique (la preuve par le béton et l'infrastructure) et sur la confiance accordée aux comités de gestion de proximité qui en assurent la gouvernance.

Comment capitaliser sur le capital de confiance (LOMPO et al., 2025), la méthode d'exécution rapide (fast-track) et la légitimité populaire de Faso Mêbo pour réduire les résistances à l'AMU ? Partant du niveau actuel d'enrôlement des personnes issues du secteur informel et du monde rural, cette note postule que l'AMU pour se promouvoir pourrait s'adosser directement aux dynamiques communautaires qui font déjà leurs preuves sur le terrain.

L'objet de cette note d'orientation stratégique est de proposer les modalités opérationnelles d'une mise en convergence de ces deux programmes. Il s'agira d'analyser, dans un premier temps, l'alignement des récits politiques nécessaires pour requalifier la cotisation sanitaire en un acte d'amélioration de la santé des Burkinabés pour une plus grande contribution aux efforts de construction du pays. Dans un deuxième temps, nous verrons comment transformer les instances locales de Faso Mêbo en « tiers de confiance » pour massifier l'enrôlement collectif. Enfin, nous proposerons des mécanismes concrets pour coupler la matérialité des chantiers physiques à la visibilité immédiate des droits à la protection sociale.

2. Méthodologie

Les données ont été extraites à travers une revue de littérature systématique. Trois principales sources ont été utilisées :

- La littérature scientifique et académique : articles de revues à comité de lecture et thèses de doctorat ;
- Les textes réglementaires et institutionnels de l'AMU et de Faso Mêbo ;
- Les référentiels nationaux de développement.

3. Résultats

L'asymétrie de perception entre FASO MÊBO ET l'Assurance Maladie Universelle (AMU)
Pour concevoir des stratégies d'enrôlement efficaces, il est indispensable de comprendre comment les populations burkinabè construisent socialement leur opinion vis-à-vis des réformes de l'État. L'analyse des dynamiques de terrain met en évidence une profonde asymétrie de perception entre l'Initiative Faso Mêbo et l'Assurance Maladie Universelle (AMU). Cette divergence s'articule autour de trois dimensions analytiques majeures : la matérialité de l'action, la temporalité du bénéfice et la légitimité des structures de gestion.

3.1. La « preuve par le béton » face à l'abstraction du risque

Le succès populaire de l'Initiative Faso Mêbo repose avant tout sur sa visibilité immédiate. Qu'il s'agisse d'une piste rurale réhabilitée, d'un forage villageois ou d'un marché de demi-gros, le produit de l'action publique est concret, mesurable et palpable. Dans l'esprit des citoyens, l'infrastructure préexiste comme une réalité objective incontestable.

À l'inverse, l'Assurance Maladie Universelle (AMU) souffre d'un lourd déficit de matérialité. L'assurance est, par définition, une abstraction : elle propose la gestion d'un risque immatériel, invisible et incertain (la maladie future). Pour le secteur informel et le monde rural, l'acte de cotiser ne produit aucun objet physique immédiat, ce qui freine l'assimilation de l'utilité de la réforme.

3.2. L'effort immédiat face à la cotisation ex-ante

Faso Mêbo s'inscrit dans une temporalité circulaire et de proximité, calquée sur les traditions d'entraide communautaire (telles que le Kurwêogo). L'effort fourni par les populations (qu'il soit financier ou physique) trouve sa récompense dès la livraison du chantier. La corrélation entre la contribution et le bénéfice est directe.

Le modèle économique de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) impose une rationalité inverse : la co-contribution obligatoire par anticipation (ex-ante). L'individu est sommé de décaisser des ressources financières régulières alors qu'il est en bonne santé, sans aucune certitude de « retour sur investissement ». Dans un contexte de précarité économique où les revenus journaliers sont fluctuants, allouer des ressources à une prévoyance abstraite est perçu comme un sacrifice non prioritaire, les populations préférant mobiliser l'argent ex-post (au moment précis de l'urgence) via les réseaux de solidarité réels.

3.3. La confiance de proximité face au spectre de la bureaucratie

L'agence Faso Mêbo travaille avec les organisations de la société civile au niveau déconcentré, ce qui lui confère une forte notoriété et une grande confiance de la part des populations. À l'inverse,l'Assurance Maladie Universelle (AMU), bien qu'incarnée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU), est encore perçue par une partie de l'opinion publique comme une structure bureaucratique, centralisée et anonyme. Cette perception réactive une méfiance historique envers la gestion des fonds publics.

De surcroît, la mémoire collective reste profondément marquée par les expériences antérieures de gratuité des soins (2016). Les dysfonctionnements logistiques sédimentés à cette époque — notamment les ruptures récurrentes de stocks de médicaments dans les CSPS — alimentent la crainte que l'AMU ne soit qu'une « gratuité théorique » ou une taxe déguisée, où le citoyen cotisera à la source mais continuera à payer ses ordonnances de sa poche au guichet de l'hôpital.

4. Recommandations opérationnelles

Pour traduire la convergence théorique entre l'Initiative Faso Mêbo et l'Assurance Maladie Universelle (AMU) en résultats tangibles, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU) et l'Agence Faso Mêbo doivent déployer un plan d'action articulé autour de quatre directives opérationnelles immédiates.



Recommandation 1 : Sceller un accord-cadre institutionnel de collaboration entre la CNAMU et Faso Mêbo.Il est urgent de briser le cloisonnement administratif actuel en unifiant la gouvernance de terrain des deux programmes.

- Signer un protocole de partenariat stratégique plaçant la CNAMU comme partenaire social exclusif de l'Initiative Faso Mêbo. Créer des « Brigades Mixtes d'Enrôlement » composées d'agents de la CNAMU et de volontaires de Faso Mêbo. Ces brigades interviendront conjointement lors des foires agro-pastorales, des assemblées générales de coopératives et des grands chantiers communautaires pour capter et inscrire les travailleurs de l'économie populaire directement sur leurs lieux d'activités.



Recommandation 2 : Conditionner les contrats envers ses entreprises prestataires au niveau d'enrôlement des agents

Pour stimuler l'adhésion volontaire dans le secteur informel, l'État doit utiliser des leviers d'incitation positive basés sur la performance collective.

- Introduire un « Critère de Résilience Sanitaire » dans le barème d'attribution des projets de développement local de Faso Mêbo. Les groupements d'artisans, les associations de commerçants des marchés ou les coopératives maraîchères postulant pour la gestion ou la construction d'infrastructures sous le label Faso Mêbo verront leur dossier priorisé s'ils affichent un taux d'enrôlement formel à l'AMU supérieur à 80 % de leurs membres. L'accès aux opportunités économiques de Faso Mêbo devient ainsi le moteur de la prévoyance sociale.

Recommandation 3 : Digitaliser la collecte des cotisations via le modèle de «prélèvement à la source endogène»

L'échec de l'enrôlement dans le monde rural tient souvent à la complexité des déplacements pour payer les primes. Il faut intégrer la cotisation dans les flux financiers réels des producteurs.

- Déployer une plateforme d'interconnexion numérique entre le système de facturation de la CNAMU, les opérateurs de Mobile Money et les faîtières de producteurs partenaires de Faso Mêbo. Pour les producteurs de coton, de sésame ou d'anacarde, automatiser le prélèvement d'une micro-cotisation AMU (calculée au prorata) directement sur les ristournes lors de la pesée ou de la vente des récoltes. L'acte de paiement est désanonymisé, sécurisé et indolore pour le producteur, qui se retrouve couvert en continu sans barrière géographique.

Recommandation 4 : Instituer la « Redevabilité Visuelle » de l'AMU au niveau communal

Pour dissiper définitivement la suspicion de détournement des fonds publics et rassurer l'opinion publique, la CNAMU doit adopter la méthode de transparence par la preuve qui fait le succès de Faso Mêbo.

- Rendre obligatoires les « Tableaux de Bord de Solidarité Communale » aux portes de chaque mairie et de chaque CSPS conventionné.
- Publier mensuellement des données simplifiées et bilingues (français et langues nationales) mettant en scène l'impact direct des efforts locaux :

Exemple de transparence locale : « Ce mois-ci, dans notre commune, les cotisations collectées s'élèvent à X CFA. Grâce à cet effort patriotique, l'AMU a pris en charge sans frais au guichet : 142 consultations d'enfants, 45 accouchements et 18 interventions chirurgicales. La pharmacie de notre CSPS est approvisionnée à 100 %. »

5. Conclusion

L'analyse de la construction sociale des politiques publiques au Burkina Faso démontre avec force que la promotion de l'assurance maladie universelle (AMU) ne pourra pas se réaliser par la seule vertu d'un décret ou d'un déploiement technocratique isolé. Face aux résistances à l'enrôlement volontaire au sein de l'économie populaire, l'appareil d'État doit impérativement s'appuyer sur les réformes qui ont déjà conquis leur légitimité sur le terrain. À cet égard, l'Initiative « Faso Mêbo » offre bien plus qu'un modèle de réussite : elle constitue le véhicule politique, culturel et opérationnel idéal pour porter l'assurance maladie vers les populations de base.

L'alignement des récits autour du concept de « Patriotisme Sanitaire » permet de transmuer la cotisation en un acte de souveraineté et de dignité partagé. Parallèlement, la transformation des comités locaux de Faso Mêbo en tiers de confiance et la digitalisation des flux de collecte sur les circuits financiers endogènes de la rue et du monde rural lèvent les goulots d'étranglement logistiques qui entravaient la massification de l'enrôlement. Enfin, la labellisation des chantiers et la transparence radicale par les faits apportent aux usagers la preuve immédiate et indiscutable de l'efficacité de l'État protecteur au moment du soin. Mettre en œuvre ces recommandations de toute urgence permettra au gouvernement burkinabè de sceller un contrat social renouvelé et résilient. L'AMU cessera d'être perçue comme une pression fiscale abstraite pour devenir ce qu'elle doit être : le bouclier humain indispensable à la refondation et à la pérennisation du développement endogène de la nation. C'est par cette alliance intime entre le bâtisseur de l'infrastructure et le garant de la santé que le Burkina Faso prouvera sa capacité à inventer un modèle de protection sociale moderne, viable et profondément souverain.

6. Bibliographie

- **Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., & Muntaner, C. (2015)**. *Health-system reform and universal health coverage in Latin America. The Lancet, 385(9974), 1230-1247.*
- **Berger, P., & Luckmann, T. (2016).** *The social construction of reality. In Social theory re-wired (p. 110-122). Routledge. https://api.taylorfrancis.com/content/chapters/edit/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781315775357-11&type=chapterpdf*
- **Dao, A., & Nichter, M. (2016).** *The Social Life of Health Insurance in Low- to Middle-income Countries : An Anthropological Research Agenda. Medical Anthropology Quarterly, 30(1), 122-143. https://doi.org/10.1111/maq.12191*
- **Dreher, J., & Vera, H. (2016).** *The Social Construction of Reality , A Four-Headed, Two-Fingered Book : An Interview with Thomas Luckmann. Cultural Sociology, 10(1), 30-36. https://doi.org/10.1177/1749975515616826*
- **Dye, C., Reeder, J. C., & Terry, R. F. (2013)**. *Research for Universal Health Coverage. Science Translational Medicine, 5(199). https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3006971*
- **EL KHEIR-MATARIA, W. A. (s. d.).** *Universal Health Coverage.*
- **Kagambega, M. T. (2020).** *Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. SociologieS. https://journals.openedition.org/sociologies/13422*
- **Kithinji, D., Ahmed, A.-M. M., & Nsarhaza, K. (2025)**. *Progress in publication activities on universal health coverage (UHC) in Africa between 2013 and 2023 : A systematic mapping study. Journal of Global Health Economics and Policy, 5. https://jogh-ep.org/article/142949-progress-in-publication-activities-on-universal-health-coverage-uhc-in-africa-between-2013-and-2023-a-systematic-mapping-study*
- **Lee, C. N., Ramke, J., McCormick, I., Zhang, J. H., Aghaji, A., Mwangi, N., Burn, H., Gordon, I., Yusufu, M., & He, M. (2020)**. *Are we advancing universal health coverage through cataract services? Protocol for a scoping review. BMJ open, 10(7), e039458.*
- **LOMPO, Y. P., BATIONO, B. F., & BOCOUM, F. Y. (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.*
- **Marmot, M. (2013).** *Universal health coverage and social determinants of health. The Lancet, 382(9900), 1227-1228.*
- **Mbau, R., Kabia, E., Honda, A., Hanson, K., & Barasa, E. (2020)**. *Examining purchasing reforms towards universal health coverage by the National Hospital Insurance Fund in Kenya. International journal for equity in health, 19(1), 19.*
- **Nambiar, D., Sankar D, H., Negi, J., Nair, A., & Sadanandan, R. (2020)**. *Monitoring Universal Health Coverage reforms in primary health care facilities : Creating a framework, selecting and field-testing indicators in Kerala, India. PloS one, 15(8), e0236169.*
- **Segre, S. (2016).** *Social Constructionism as a Sociological Approach. Human Studies, 39(1), 93-99. https://doi.org/10.1007/s10746-016-9393-5*

CAPES

Centre d'Analyse des Politiques Economiques et Sociales

(+226) 25 37 43 55
courrier@capes.bf
www.capes.bf

Scannez ce code QR et accédez
à l'ensemble de nos policy papers

Le savoir au service du développement !