



Document satellite
Collection Grand angle

Comprendre l'accès financier aux services de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement

Direction des Ressources Techniques
Juillet 2014

Auteur

Alain LETOURMY, économiste, chercheur honoraire au CNRS

Comité de relecture

Clément BAGNOA

Grégory DOUCET

Emmanuelle DUCASSE

Augustin NEOUZE

Isabelle URSEAU

Comité de validation

Rozenn BOTOKRO BEGUIN

Édition

Pôle Management des Connaissances

Direction des Ressources Techniques

Relecture, corrections, mise en page

Stéphanie DEYGAS

Pôle Management des Connaissances

Crédit photographique

© Bernard Franck / Handicap International (Cambodge, 2004)

Ce document peut être utilisé ou reproduit sous réserve de mentionner la source et uniquement pour un usage non commercial.

Sommaire

Acronymes.....	4
Résumé.....	6
Introduction.....	9
Le problème posé par Handicap International.....	9
Méthodologie.....	9
Analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle.....	11
1. Considérations générales sur la réadaptation physique et fonctionnelle.....	11
1.1 Définition du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle et des actes pris en considération dans l'étude.....	11
1.2 Les sources des besoins de réadaptation physique et fonctionnelle.....	12
1.3 L'amont et l'aval de la réadaptation physique et fonctionnelle.....	13
2. L'offre de prestations de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement (PED).....	14
2.1 Offre intégrée idéale et offre incomplète.....	14
2.2 L'organisation de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle dans le secteur public de santé.....	16
2.3 Offre publique et offre privée.....	17
2.4 Le financement de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle.....	18
2.5 Les ressources humaines.....	20
2.6 L'approvisionnement des prestataires.....	21
2.7 Inégalités territoriales de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle.....	23
2.8 Financement de l'offre et besoins d'investissements.....	24
3. Le coût pour l'utilisateur.....	25
3.1 Le coût des services et de l'appareillage.....	25
3.2 Les coûts d'accès non tarifaires.....	26
3.3 La perte de revenu.....	27
3.4 Les coûts d'amont et d'aval.....	27
3.5 La variabilité du coût.....	27

4. La couverture sociale et le coût pour l'utilisateur	28
4.1 De la couverture sociale de la santé.....	28
4.2 Le paiement individuel de la réadaptation physique et fonctionnelle	30
4.3 Les indigents sont-ils favorisés ?.....	31
4.4 Une couverture sociale spécifique aux personnes handicapées.....	34
4.5 La couverture universelle et l'assurance maladie obligatoire.....	36
4.6 L'assurance maladie des mutuelles	39
4.7 Autres assurances	44
4.8 Fonds d'achat et autres systèmes de prépaiement.....	45
5. Capacité d'évolution du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle	46
5.1 La politique nationale du handicap.....	46
5.2 Les acteurs publics et privés.....	49
5.3 La société civile	50
5.4 La mise en place de la couverture maladie universelle.....	52
Conclusion.....	53
Références	56

Acronymes

ABMKAR	Association Burkinabé des Masseurs Kinésithérapeutes et Auxiliaires de Rééducation
ADRK	Association de développement de la région de Kaya (Burkina Faso)
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMV	Assurance maladie volontaire
ANTOB	Association Nationale des Techniciens Orthopédistes du Burkina
ASMADE	Association Songui Manégré / Aide au développement endogène (Burkina Faso)
AVC	Accident vasculaire cérébral
CARPFO	Caisse Autonome de retraite des fonctionnaires (Burkina Faso)
CCSAM	Cadre de concertation des structures d'appui des mutuelles de santé (Burkina Faso)
CHU/CHR	Centre hospitalo-universitaire / Centre hospitalier régional
CIDR	Centre international de développement et de recherche
CMU/CSU	Couverture maladie universelle / Couverture sanitaire universelle
CNAOB	Centre national d'appareillage orthopédique du Burkina Faso
CNSS	Caisse nationale de Sécurité sociale (Burkina Faso)
CORAPH	Coordination régionale des associations de personnes handicapées (Burkina Faso)
CSS	Caisse de Sécurité sociale (Sénégal)
DECISIPH	Programme lancé par Handicap International: « Droit, égalité, citoyenneté, solidarité, inclusion des personnes handicapées »
DGSN	Direction générale de la solidarité nationale (Burkina Faso)
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FEBAH	Fédération burkinabé des associations de personnes handicapées
FSN	Fonds de solidarité nationale (Burkina Faso)
INSD	Institut national des statistiques et de la démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de protection maladie (Sénégal)
OCADES	Organisation catholique pour le développement et la solidarité (liée à Caritas) (Burkina Faso)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PED	Pays en développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PROS	Programme de renforcement des organisations de la société civile (Burkina Faso)

PTF	Partenaires techniques et financiers
RAMS	Réseau d'appui aux mutuelles de santé (Burkina Faso)
RBC	Réadaptation à base communautaire
RENOH	Réseau national des organisations de personnes handicapées (Burkina Faso)
REPTO	Rééducation Pour Tous (Burkina Faso)
SNV	ONG néerlandaise
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest Africaine
UTM	Union technique de la mutualité malienne
VIH/SIDA	Virus de l'immuno-déficience humaine / Syndrome d'immuno-déficience acquise

Résumé

Ce document est un panorama destiné à comprendre le système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle. Il constitue la première partie d'une étude destinée à proposer un outil de diagnostic du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle aux équipes de terrain de Handicap International, en Afrique de l'Ouest pour commencer. La proposition d'outil diagnostique fera l'objet d'une autre publication.

L'étude a été menée en deux temps. A partir d'une première ébauche d'un outil découlant de l'analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle, une mission au Burkina Faso a permis de préciser de nombreux points et d'avoir une image concrète des notions utiles pour l'analyse.

Le présent rapport est consacré à l'analyse économique du système de la réadaptation physique et fonctionnelle.

On rappelle d'abord que le système de la réadaptation physique et fonctionnelle a été étudié dans ce rapport en se référant aux services correspondant à la définition retenue par Handicap International. On envisage ensuite trois sources possibles du besoin de réadaptation physique et fonctionnelle : les déficiences acquises à la naissance ou en bas âge ; les séquelles de maladie ; les accidents auxquels les personnes sont exposées. Ces sources indiquent qu'il existe presque toujours un amont de la réadaptation physique et fonctionnelle (le passage par les soins hospitaliers) et que celle-ci a un aval : l'aménagement du domicile ou de l'environnement. Cette représentation permet de définir une offre intégrée idéale et une offre incomplète.

En examinant l'organisation de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement, on voit que l'offre publique est lacunaire et que la réadaptation physique et fonctionnelle est dispensée à la fois par une offre publique et une offre privée. Du point de vue des prestataires, le financement de la réadaptation physique et fonctionnelle a trois sources potentielles : le paiement direct des usagers, les subventions privées et les dotations publiques, notamment pour le paiement du personnel. Mais la situation des établissements publics et privés est très différente. Un point crucial pour les établissements de santé qui envisagent de distribuer des services de réadaptation physique et fonctionnelle est de disposer de ressources humaines compétentes. On observe que la réadaptation physique et fonctionnelle manque très souvent des qualifications qui permettraient d'augmenter sa présence sur le terrain, et que nombre de

prestations de réadaptation physique et fonctionnelle sont dispensées par des personnels de faible qualification. Les lacunes de l'offre de services de réadaptation physique et fonctionnelle se traduisent ainsi par des inégalités territoriales très marquées et le financement de l'offre est insuffisant au regard des besoins d'investissements.

Le coût pour l'utilisateur est constitué du coût des services et de l'appareillage, des coûts d'accès non tarifaires (transport, séjours), des pertes de revenu et des coûts d'amont et d'aval. Selon la localisation de l'offre disponible et la situation de la personne concernée, le coût associé à la réadaptation physique et fonctionnelle sera variable et constituera un paramètre important de la décision d'entreprendre ou de continuer la prise en charge.

La couverture sociale de la santé, qui a pour fonction essentielle de réduire le coût des prestations de santé pour l'utilisateur, devrait être mobilisée pour la réadaptation physique et fonctionnelle. D'autant que la Couverture Maladie Universelle est aujourd'hui consensuelle au sein des organismes promoteurs du développement. Malgré cela, le paiement direct individuel de la réadaptation physique et fonctionnelle est la règle générale et, du fait des exemptions dont les indigents sont censés bénéficier, on peut se demander s'ils ne sont pas les plus favorisés pour y accéder. On examine ensuite les dispositifs qui pourraient réduire le coût imputé aux usagers : une couverture sociale spécifique aux personnes handicapées ; la couverture maladie universelle et l'assurance maladie obligatoire ; l'assurance maladie des mutuelles ; les autres assurances, fonds d'achat et autres systèmes de prépaiement. Le constat est que beaucoup reste à faire pour améliorer l'accès financier à la réadaptation physique et fonctionnelle. D'où l'intérêt d'évoquer la capacité d'évolution du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle, qui dépend de la politique nationale du handicap, du rôle des acteurs publics et privés, de l'engagement de la société civile et de l'impact attendu de la mise en place de la couverture maladie universelle

On peut dégager deux principes importants : le premier est que l'effort de soutien de la demande ne doit pas faire négliger l'investissement dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle, le second est que les dispositifs à mettre en place pour faciliter l'accès financier à la réadaptation physique et fonctionnelle devraient être aussi équitables que possible et, à ce titre, être définis en prenant en considération l'ensemble des coûts imputés aux usagers et pas seulement les tarifs appliqués.

En conclusion, sont indiquées diverses recommandations sur les étapes consécutives à l'étude. Elles portent sur la maintenance de l'outil et les projets qu'il pourra inspirer. Dans cette perspective, il est suggéré que le modèle le plus intéressant dans un grand nombre de pays pour le financement de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle sera celui d'un fonds public qui bénéficierait d'une gestion autonome. Comme le financement de

l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle ne suffira pas à donner au secteur les moyens de son développement et que l'insuffisance de l'offre a un impact important sur les coûts d'accès, une idée à creuser serait de donner à un tel fonds public une double mission : d'une part la mission de financement de l'accès des personnes, d'autre part la mise en œuvre d'une stratégie d'investissement en ressources humaines, infrastructures et équipements de réadaptation physique et fonctionnelle.

Introduction

Le problème posé par Handicap International

Dans de nombreux pays, Handicap International a œuvré à l'amélioration de la situation des personnes handicapées dans les pays en développement et émergents. Entre autres actions, Handicap International a contribué à la mise en place d'une offre de prestations de réadaptation physique et fonctionnelle, principalement dans le cadre de partenariats avec les autorités nationales. L'impact certain de cette démarche a été limité par les problèmes d'accès financiers aux services, dès lors que la règle est, à peu près systématiquement, que les personnes concernées doivent payer les services et les matériels nécessaires au traitement de leurs incapacités. Handicap International souhaite désormais prêter une attention accrue à l'accessibilité financière à la réadaptation physique et fonctionnelle et, après avoir exploré quelques pistes sous la forme d'initiatives de gratuité (fonds d'équité mis en place au Rwanda, au Mali et au Togo¹), veut disposer d'une analyse des conditions et des possibilités de financement de la réadaptation physique et fonctionnelle, en vue de réduire la barrière financière d'accès aux services et aux aides à la mobilité.

Méthodologie

L'étude a été construite à partir du besoin de description et d'analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle : quels sont les flux financiers associés ? Quels agents en sont-ils les sources ou les bénéficiaires ? Le concept central est le coût pour l'utilisateur, qu'il s'agit de cerner de façon aussi complète que possible, en vue de sa couverture partielle par des dispositifs adéquats. Dans la mesure où les composantes du coût pour l'utilisateur dépendent de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle disponible dans un pays donné, la description « raisonnée » de cette offre est un préalable indispensable à la définition du coût. « Raisonnée » veut dire qu'on se situe dans la perspective de l'incidence de la nature et de l'organisation de l'offre sur le financement et sur le coût imputé à l'utilisateur et non en vue de la construction d'une carte sanitaire. A côté

¹ Voir B. Gerbier, R. Botokro. Comment améliorer l'accès aux soins de réadaptation pour les plus pauvres ? Evaluation de trois Fonds d'Equité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo Handicap International, 2009.

du coût imputable à l'utilisateur, la prise en considération des divers dispositifs de couverture financière doit aussi être envisagée, de même que tous les facteurs contextuels qui peuvent avoir un effet sur les flux financiers ou qui peuvent entraîner l'évolution du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle.

L'étude est d'abord théorique et, de ce fait, ne passe pas par une phase de recueil systématique de données sur le handicap dans les pays concernés, ceux de l'Afrique de l'Ouest en l'occurrence. Certaines de ces données sont utiles, mais sont plus considérées comme illustratives que comme base d'une démarche de type comparatif, dont on a dit qu'elle ne constituait pas un objectif du travail entrepris.

L'étude a été menée en deux temps. A partir d'une première ébauche d'un outil découlant de l'analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle, une mission au Burkina Faso a permis de préciser de nombreux points et d'avoir une image concrète des notions utiles pour l'analyse. Cette observation ne prétend pas être une étude du système burkinabé de la réadaptation physique et fonctionnelle, ne serait-ce que parce qu'elle a été faite en lien direct avec Handicap International, ce qui peut être vu comme un biais. Toutefois, elle a fortement inspiré les développements de ce rapport, et il a paru nécessaire de faire référence à la situation burkinabé pour illustrer directement les arguments présentés.

Après quelques considérations générales sur la réadaptation physique et fonctionnelle (partie 1), qui permettent notamment de circonscrire le champ de l'étude, le système est analysé du point de vue de l'offre de soins (partie 2), de la demande et de son financement (parties 3 et 4). Enfin, sont abordées les questions de la politique nationale du handicap, en liaison avec les possibilités d'évolution du système et des acteurs qui peuvent faciliter le changement (partie 5).

En conclusion sont indiquées diverses recommandations sur les étapes consécutives à l'étude.

Analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle

1. Considérations générales sur la réadaptation physique et fonctionnelle

1.1 Définition du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle et des actes pris en considération dans l'étude

Par système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle, on désigne la configuration des flux financiers qui sont associés à la production et à la consommation des biens et services contribuant à la réadaptation physique et fonctionnelle.

Ces flux impliquent toute une série d'agents économiques : les prestataires et les patients d'abord, ensuite ceux qui peuvent intervenir dans la rémunération des premiers, comme tiers payeurs notamment, enfin ceux qui vont fournir aux prestataires, contre paiement, les ingrédients nécessaires à la réalisation des actes ou encore qui vont participer à l'accès aux soins moyennant finance, les transporteurs par exemple. Ils impliquent aussi des acteurs sociaux qui ne tirent aucune rémunération directe des services, mais qui contribuent à leur distribution : associations de patients, services publics de travail social par exemple.

La multiplicité d'agents et d'acteurs impliqués justifie qu'on parle de « système » de réadaptation physique et fonctionnelle, en particulier pour indiquer qu'il existe plusieurs manières d'augmenter les flux, en vue d'un meilleur accès aux services des personnes concernées.

La palette d'interventions à prendre en considération au titre de la réadaptation physique et fonctionnelle peut varier selon les incapacités et les déficiences qu'on veut traiter. On prendra ici comme base la définition de la réadaptation physique et fonctionnelle retenue par Handicap International : « La réadaptation physique et fonctionnelle est un processus mis en œuvre pour des personnes (et leur entourage proche) présentant des déficiences et des incapacités, qu'elles soient temporaires ou durables, visant à rétablir ou compenser la perte fonctionnelle pour un fonctionnement optimal en interaction avec l'environnement, et

à prévenir ou ralentir la dégradation fonctionnelle² ». Le champ d'intervention du domaine « Services de Réadaptation » de Handicap International est principalement circonscrit en vue de promouvoir « des actions centrées sur la prévention et la prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des personnes présentant des déficiences et des incapacités physiques et/ou sensorielles plutôt que psychiques et intellectuelles³ ». Le système de la réadaptation physique et fonctionnelle qui est étudié dans ce rapport se rapporte aux services correspondants à cette définition.

1.2 Les sources des besoins de réadaptation physique et fonctionnelle

Il est important de distinguer la source des besoins de réadaptation physique et fonctionnelle, car elle a une incidence sur l'accès aux prestations et, parfois, sur leur prise en charge financière. On envisage ici trois sources possibles du besoin de réadaptation physique et fonctionnelle.

D'abord, un certain nombre de personnes ont une déficience acquise à la naissance ou en bas âge, souvent du fait d'un problème génétique, éventuellement congénital, ou bien d'un incident survenu lors de l'accouchement. Le problème est détecté plus ou moins tôt, et il entraîne une prise en charge médicale dans la mesure où il est dépisté par une structure compétente. Ainsi, le fait d'accoucher en dehors d'une structure médicalisée retarde le dépistage. Des familles pauvres, éloignées des soins, peuvent ne pas consulter, même lorsque l'incapacité est apparente. Dans ce cas, la sensibilisation des familles est importante pour déclencher le recours au système médical, puis, éventuellement, l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle.

Les séquelles de maladie constituent une deuxième source de besoin de réadaptation physique et fonctionnelle. On songe par exemple à la poliomyélite ou à la méningite chez l'enfant, à l'accident vasculaire cérébral (AVC) chez l'adulte. Dans ce cas, le passage par le système hospitalier est à peu près systématique et donne en principe lieu à la prescription d'un traitement qui comprend des soins de réadaptation physique et fonctionnelle. La prescription est suivie d'actes selon les possibilités physiques ou financières d'accéder à ces soins.

² La réadaptation physique et fonctionnelle, Handicap International, Direction des Ressources Techniques, 2013, p. 27.

³ Idem.

La troisième source de besoin est constituée par les accidents auxquels les personnes sont exposées : accidents domestiques, accidents du travail, accidents de la circulation. A cet ensemble, on peut ajouter les traumatismes qui sont subis en cas de guerres ou de catastrophes naturelles, et qui se caractérisent aussi par le fait qu'ils frappent des personnes a priori en bonne santé, à la différence des deux sources précédentes. La plupart de ces événements impliquent un passage des personnes par le système de soins, ordinaire ou de type humanitaire, avant que soient envisagées des prestations de réadaptation physique et fonctionnelle.

1.3 L'amont et l'aval de la réadaptation physique et fonctionnelle

La mention des sources des besoins de réadaptation physique et fonctionnelle indique qu'il existe presque toujours, pour les personnes, un amont de la réadaptation physique et fonctionnelle, qui se matérialise par un passage, volontaire ou non, par les soins hospitaliers. Ainsi, dans une majorité de cas, la réadaptation physique et fonctionnelle est consécutive d'interventions de chirurgie traumatique (neurochirurgie et chirurgie orthopédique), et il est logique que les services de réadaptation physique et fonctionnelle soient articulés avec les soins médicaux et chirurgicaux qui les précèdent dans la prise en charge des patients.

Mais la réadaptation physique et fonctionnelle, lorsqu'elle implique la confection de prothèses, d'orthèses ou la fourniture d'aides à la mobilité, ne représente pas la fin de la prise en charge des personnes. Celles-ci doivent pouvoir se déplacer effectivement, chez elles ou dans l'espace public. La question de l'aménagement du domicile ou de l'environnement suscite ainsi une démarche particulière, personnalisée ou non. Du point de vue économique, cette démarche va se matérialiser par des prestations, qui ont un coût et qui doivent être financées. Il y a donc aussi un aval de la réadaptation physique et fonctionnelle, qu'il serait logiquement erroné de laisser de côté, même s'il fait sortir du système de soins et mobilise des acteurs très différents.

2. L'offre de prestations de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement (PED)

2.1 Offre intégrée idéale et offre incomplète

D'après les éléments précédents et notamment la limitation du champ de l'étude, la réadaptation physique et fonctionnelle peut comprendre trois grands types de prestations :

- des prestations de diagnostic, relevant idéalement d'un médecin de réadaptation physique et fonctionnelle, entouré d'une équipe paramédicale ;
- des prestations de kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, délivrées par des professionnels qualifiés (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes) ;
- des prestations d'appareillage : orthèses, prothèses, aides à la mobilité et aides techniques délivrées surtout par des orthoprothésistes, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

Les prestations de réadaptation physique et fonctionnelle s'articulent souvent sur des prestations médicales antérieures, comme les actes de chirurgie orthopédique. Elles devraient être complétées par un diagnostic d'environnement, pour rendre effective ou améliorer l'aide à la mobilité et à la vie quotidienne fournie par la réadaptation physique et fonctionnelle.

Ce schéma idéal est observable dans les pays développés, avec une organisation variable selon les pays, mais qui tend à intégrer la réadaptation physique et fonctionnelle dans des services situés en amont et en aval. Toutefois, l'intégration n'est pas toujours parfaite et la réadaptation physique et fonctionnelle, qui fait partie des soins de suite, peut se trouver plus ou moins articulée avec les soins strictement médicaux. Plus généralement, la coupure classique entre secteur médical et secteur médico-social entraîne des complications pour mettre en place la démarche d'adaptation de l'environnement évoquée ci-dessus.

Dans les pays en développement ou émergents, l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle présente des défauts accentués par rapport aux pays du Nord, et c'est d'abord l'intégration des services qui se trouve mise en cause. L'offre idéale de réadaptation physique et fonctionnelle, intégrée à l'amont et à l'aval, est extrêmement rare et n'est disponible que dans les pays où existe une catégorie de population à revenus élevés. Il s'agit plutôt de pays émergents, où le système des pays développés constitue une partie (minoritaire) du système de santé, réservée à cette frange de population. L'Afrique

du sud est un exemple de cette dualité. Dans la plupart des pays en développement, l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle est plus ou moins dissociée de l'amont et de l'aval, ce qui complique évidemment le parcours du patient et augmente le coût d'accès. Il reste que le modèle d'offre idéale peut être pris comme référence et qu'il est utile de chercher où il existe dans un pays donné.

Cas du Burkina Faso

L'offre complète de réadaptation physique et fonctionnelle n'existe qu'à Ouagadougou, à condition de ne pas être trop exigeant sur l'aval de la réadaptation physique et fonctionnelle. En secteur public, la présence des hôpitaux nationaux et du plateau technique assure l'amont de la réadaptation physique et fonctionnelle, qui peut être délivrée au CNAOB. En revanche, les questions d'aménagement du domicile ne font pas l'objet d'une attention particulière. En secteur privé, le Centre Paul-VI propose au même endroit chirurgie, kinésithérapie et appareillage. L'accompagnement des patients fait penser que l'aménagement du domicile peut donner lieu à des conseils personnalisés dans l'institution. Il n'y a pas de prestations d'ergothérapie régulières à ce jour, hormis des passages d'expatriés ponctuels. Deux orthophonistes exercent en libéral et dans le cadre associatif à Ouagadougou.

De façon générale, l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle est incomplète dans les pays en développement, au sens où, dans une même zone, on ne pourra pas recevoir l'ensemble des prestations, ni passer simplement de l'hôpital aux services de réadaptation physique et fonctionnelle. L'incomplétude de l'offre se manifeste donc en termes de déficit d'intégration de l'amont de la réadaptation physique et fonctionnelle, puis d'absence d'une partie des services de réadaptation physique et fonctionnelle (soit la kinésithérapie, soit la possibilité d'appareillage, soit encore, plus fréquemment l'ergothérapie et l'orthophonie). Quant à l'aval de la réadaptation physique et fonctionnelle, il ne sera assuré que dans quelques localités.

Cas du Burkina Faso

En se référant au tableau de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle en 2009 au Burkina Faso⁴, on a une première idée de l'incomplétude de l'offre. Apparemment, toutes les régions offraient des services de rééducation en 2009. En revanche, seules 9 régions sur 13 offraient des services d'appareillage. Mais, à Bobo Dioulasso, où il y a de la chirurgie (CHU) et de la kinésithérapie, l'atelier privé d'appareillage vient de fermer : il n'y a donc plus que 8 régions avec atelier d'appareillage. Enfin, il n'y avait que 3 régions sur 13 avec des projets ou programmes de RBC.

La mission a permis un déplacement à Tenkodogo (région du Centre-Est), où le CHR peut dispenser des prestations de chirurgie traumatique, bien qu'il n'y ait pas de chirurgien orthopédique au sens strict. L'atelier monté grâce à Handicap International fournit de l'appareillage au CHR, sachant que le technicien a été détaché du CNAOB, en attendant le retour de celui qui est en formation à l'étranger pour trois ans, sur financement de Handicap International. Il n'existe pas pour l'instant de kinésithérapie au CHR de Tenkodogo et ce qui existe à proximité (par exemple centre de RBC à Garango à 20 km) est de faible qualité⁵.

2.2 L'organisation de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle dans le secteur public de santé

Dans la logique d'organisation pyramidale du système public de soins, qui prévaut dans les pays en développement, il est prévu plusieurs niveaux d'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle. Le premier niveau est constitué par les services situés dans les centres de RBC⁶ ou d'autres centres de premier recours. On y trouve des prestations de conseil et, dans le meilleur des cas, des services de kinésithérapie, voire d'appareillage. Un deuxième niveau est celui des hôpitaux, où se trouvent des services de chirurgie et de kinésithérapie, éventuellement un atelier d'appareillage. Le troisième niveau est dédié à la réadaptation

⁴ Source : Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso, document réalisé avec l'appui de Handicap International en novembre 2009.

⁵ Une description plus précise de l'offre de réadaptation de la région du Centre-Est en 2010 est fournie par le rapport « Analyse des données en réadaptation de la région du Centre-Est », réalisée par Handicap International en décembre 2011, en vue de l'implantation de l'atelier d'appareillage signalé.

⁶ Voir : Réadaptation à base communautaire, guide de RBC, OMS, 2011.

physique et fonctionnelle avec des services de référence pour le pays en matière de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie et d'appareillage.

A plus d'un titre, cette organisation doit être considérée comme théorique, car l'offre aux divers niveaux d'accès est généralement lacunaire. D'abord, il n'existe pas de services de premier niveau partout et, lorsqu'ils existent, ils peuvent n'être capables que de diffuser de l'information. Ensuite, la chirurgie disponible dans les hôpitaux n'est que rarement compétente en orthopédie. L'existence d'une compétence chirurgicale dans un hôpital de district n'est qu'un pis-aller en cas de besoin d'intervention. En outre, la kinésithérapie n'est pas présente systématiquement dans les hôpitaux, même en CHR. A fortiori, la possibilité d'appareillage y est exceptionnelle. Il reste l'offre d'un centre de référence en réadaptation physique et fonctionnelle disponible dans la capitale et dans les capitales des régions, dans certains pays comme le Mali.

Cas du Burkina Faso

Selon le document concernant l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle en 2009, les deux premiers niveaux ne comprendraient aucune structure publique de réadaptation. La situation a été corrigée grâce au projet Handicap International de Tenkodogo, qui fournit une structure au deuxième niveau. Le troisième comprendrait le CNAOB et les services de kinésithérapie des trois CHU.

2.3 Offre publique et offre privée

Comme les soins médicaux, les services de réadaptation physique et fonctionnelle sont dispensés en secteur public et en secteur privé. L'offre publique correspond au schéma d'organisation rappelé ci-dessus. Elle emploie des personnels salariés par l'Etat, titulaires ou contractuels. La tarification y est fixée par le Ministère de la Santé. Cette offre est lacunaire et elle peut n'avoir été mise en place que récemment. Cela explique et même justifie qu'une offre privée caritative se soit implantée en premier, là où aucun service public de réadaptation physique et fonctionnelle n'était disponible.

L'offre privée caritative est généralement partie prenante de l'offre nationale et peut bénéficier de détachements de personnels publics. La tarification tend à y être supérieure à celle du secteur public, mais les dérogations de paiement sont fréquentes (voir ci-dessous). Les services proposés et la qualité sont très variables, et c'est surtout le premier

niveau qui est investi par l'offre caritative. L'organisation pyramidale du secteur n'est pas forcément respectée au sein des établissements privés, qui s'inscrivent dans leur propre réseau d'établissements et n'orientent pas systématiquement vers l'établissement public le plus proche.

A côté des services privés caritatifs, quelques services à vocation commerciale existent. Ces services s'implantent selon une logique de « niches », là où une demande solvable existe et où la qualité des services publics est réputée médiocre. Ces services ne visent pas forcément à constituer une offre complète, certains se contentant de la kinésithérapie, d'autres de l'appareillage. Cette réadaptation physique et fonctionnelle privée peut être liée à des cliniques à vocation chirurgicale. Les tarifs sont évidemment plus élevés qu'en secteur public ou privé caritatif. Les personnels exercent éventuellement aussi en secteur public.

Cas du Burkina Faso

La majorité des établissements de réadaptation physique et fonctionnelle sont privés caritatifs. On compterait 32 structures privées confessionnelles de premier recours et 6 projets de RBC. En revanche, peu d'établissements privés sont présents aux niveaux supérieurs. L'exception est le Centre Paul-VI à Ouagadougou.

Les établissements privés de premier recours ne fournissent qu'informations et soins de kinésithérapie. Pour l'appareillage, ils orientent les patients (exemple d'OCADES), parfois très loin (par exemple à Tenguiéta au Bénin). Ils accomplissent aussi un important travail de sensibilisation des populations, et conseillent les personnes pour l'aménagement du domicile. Il existe à Ouagadougou (probablement aussi à Bobo Dioulasso) des cabinets privés de kinésithérapie. L'entreprise Orthoba à Ouagadougou (qui diffuse principalement les produits PROTEOR) a installé un atelier qui fabrique des orthèses et prothèses.

2.4 Le financement de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle

En se plaçant du point de vue des prestataires, le financement de la réadaptation physique et fonctionnelle a trois sources potentielles : le paiement direct des usagers, les subventions privées et les dotations publiques, notamment pour le paiement du personnel. La situation des établissements publics et privés est évidemment très différente.

Les établissements publics bénéficient des dotations publiques, mais celles-ci sont largement insuffisantes. Il n'est pas simple de séparer la réadaptation physique et fonctionnelle du reste de l'activité d'un établissement hospitalier, quand elle y est implantée. Cela à l'exception des salaires, qui peuvent être plus facilement associés aux personnels dédiés à la réadaptation physique et fonctionnelle.

Le paiement des usagers est la règle, mais ces recettes propres ne restent pas forcément au niveau de l'établissement, a fortiori au niveau des services de réadaptation physique et fonctionnelle.

Certains établissements publics bénéficient de subventions externes, issues d'ONG ou de partenaires des pays du Nord. Ces subventions constituent souvent la seule possibilité d'investissement au sein de la réadaptation physique et fonctionnelle. Certaines ONG peuvent aussi mettre du personnel qualifié à la disposition d'un service ou établissement de réadaptation physique et fonctionnelle. Ce personnel « gratuit » a une fonction de soins et de formation, qui n'est en principe pas pérenne.

Les établissements privés ne bénéficient généralement pas de dotations publiques, mais peuvent bénéficier de personnel public détaché par l'Etat. Ils font payer les usagers, mais cette source ne représente qu'une fraction de leur budget de fonctionnement. L'essentiel de leurs ressources vient de subventions extérieures, liées par exemple à leur appartenance à un réseau. Soit la « maison mère » leur alloue un budget, soit une fondation privée leur donne chaque année de quoi fonctionner. La pérennité du financement externe est variable.

Cas du Burkina Faso

Les établissements publics se plaignent du manque de ressources publiques (cas du CNAOB) et sont demandeurs de subventions externes. Ils sont privés des paiements directs, qui vont au Trésor. Quant aux personnes soignées gratuitement (indigents), les paiements ne transitent même pas par la Caisse de l'établissement. Sont-ils versés au Trésor par le Fonds national de solidarité ? Tout cela n'est évidemment pas une incitation à augmenter l'activité, encore moins la qualité des prestations.

Les établissements privés caritatifs formulent les mêmes griefs à l'égard du budget dont ils disposent. Les recettes propres ne couvriraient que 25% de leurs frais (cas de Garango) ou ne permettraient que le paiement des salaires des personnels contractuels, sachant que, dans les établissements caritatifs, la part du bénévolat est importante au sein du personnel (religieuses kinésithérapeutes à Paul VI par exemple). Il n'est pas simple de rapprocher

l'activité des établissements privés caritatifs du montant de leurs recettes propres. Les tarifs pratiqués sont ajustés à la capacité de paiement des patients, et il n'est pas rare que des services soient gratuits (kinésithérapie). S'agissant des prothèses, les tarifs sont plutôt supérieurs aux tarifs publics et les exemptions ne sont pas courantes. Dans le réseau OCADES, l'apport de la Fondation « Light for the world » est essentiel. Sa suppression entraînerait la fermeture de plusieurs centres de RBC. La réadaptation physique et fonctionnelle envisagée dans cette étude ne constitue pas la seule source de recettes des établissements privés. D'autres services, destinés aux personnes non-voyantes ou malentendantes, sont également facturés. Par ailleurs, lorsque les établissements commandent des aides à la marche ou sont intermédiaires dans la fabrication de prothèses, il n'est pas exclu que ce service soit rémunéré, selon une entente avec le fabricant, qui fait aussi partie du réseau.

2.5 Les ressources humaines

Un point crucial pour les établissements de santé qui envisagent de distribuer des services de réadaptation physique et fonctionnelle est de disposer de ressources humaines compétentes, dans un domaine qui n'est pas le plus valorisé au sein du système de santé. Dans les PED, les médecins de rééducation sont rares et les chirurgiens spécialisés en traumatologie ne sont pas les plus nombreux au sein de la spécialité. Les kinésithérapeutes et les assistants kinésithérapeutes ne sont pas non plus la catégorie paramédicale la mieux fournie. Enfin, les techniciens prothésistes constituent une ressource difficile à trouver, de même que les orthophonistes et les ergothérapeutes.

A la base, la formation initiale des médecins et des paramédicaux porte la responsabilité de ce déficit de ressources humaines. Lorsqu'il y a très peu de médecins de rééducation, exerçant souvent dans les forces armées, il est difficile d'en augmenter les effectifs. En matière de kinésithérapie, certains pays ne forment pas cette catégorie de paramédicaux. Le résultat est que la réadaptation physique et fonctionnelle manque très souvent des qualifications qui permettraient d'augmenter sa présence sur le terrain. Pour obtenir une formation, les postulants sont souvent obligés de changer de pays, voire d'aller dans un pays du Nord, ce qui augmente les délais de mise sur le marché. En outre, les personnels formés peuvent être tentés, dans un contexte de rareté, de se lancer en privé, plutôt que d'embrasser une carrière publique, moins bien rémunérée.

On conçoit alors que nombre de prestations de réadaptation physique et fonctionnelle vont être dispensées par des personnels de faible qualification (assistants kinésithérapeutes par exemple), formés sur le tas, qui, en dépit de leur bonne volonté, ne vont pas constituer une incitation pour les patients à suivre les traitements.

Cas du Burkina Faso

Selon l'étude citée, on avait, en 2009 : 3 médecins de rééducation, 1 chirurgien orthopédiste, 1 kinésithérapeute de niveau supérieur, 35 kinésithérapeutes, 55 assistants kinésithérapeutes, 17 techniciens orthopédistes et 12 aides orthoprothésistes.

Si l'on considère les personnes ayant suivi une formation diplômante, on a 36 professionnels de rééducation (21 de statut public, 15 de statut privé) et 17 professionnels orthoprothésistes (10 publics et 7 privés). Or, selon les normes de l'OMS appliquées à la population du pays, il faudrait 143 personnes qualifiées en appareillage orthopédique et, on peut estimer qu'il faudrait environ 10 fois plus de kinésithérapeutes.

Il n'existe pas de formation pour les kinésithérapeutes au Burkina Faso, à la différence du Togo ou du Bénin par exemple. En revanche, à Koudougou, il existe une école de formation d'assistants kinésithérapeutes.

Le Ministère de la Santé a fait état d'une coopération avec la Belgique : dans le cadre d'un master de kinésithérapie, 3 personnes seraient actuellement en position de rejoindre l'université Catholique de Louvain pour la formation.

2.6 L'approvisionnement des prestataires

La fabrication de prothèses suppose un approvisionnement en intrants.

Les aides à la marche peuvent être fabriquées à partir de matériels locaux ou de produits de récupération. Elles peuvent aussi être importées entièrement montées, ou il peut s'agir de modèles de récupération envoyés par des associations des pays du Nord. Ainsi, on aura plusieurs filières distinctes d'approvisionnement des prestataires, qui vont entraîner des coûts de prothèses et de matériels variables.

Pour les prothèses, la fabrication locale à partir d'intrants est la plus économique, mais il existe une gamme de produits de qualités différentes, selon le matériau de base des intrants (voir ci-dessous la tarification à Tenkodogo).

Pour les aides à la marche, le matériel est couramment importé. Les établissements privés reçoivent assez souvent des matériels de récupération, certaines ONG organisant la distribution de déambulateurs, cannes ou fauteuils roulants de ce type. En revanche, certains ateliers locaux sont spécialisés dans la fabrication de tricycles, fauteuils ou déambulateurs, à partir de supports roulants existant (motocyclettes) et de matériaux disponibles dans le pays.

Cas du Burkina Faso

Les observations faites pendant la mission suggèrent que les prestataires burkinabé ont choisi majoritairement de fabriquer sur place les orthèses ou prothèses, et de servir d'intermédiaire pour procurer aux patients des aides à la mobilité. Ainsi, ils achèteront les intrants des prothèses et feront venir les aides à la marche prêtes à l'emploi. Selon le directeur d'Orthoba, les structures publiques se contentent d'intrants de qualité médiocre, alors qu'il peut proposer des produits plus robustes, utilisant des matériaux de meilleure qualité. En tant que courtier en intrants, Orthoba propose de toute façon une variété de qualités, le client se déterminant en fonction du prix que les patients sont prêts à payer.

Les fauteuils et déambulateurs sont commandés à des fournisseurs extérieurs et, apparemment, aucun prestataire de service de réadaptation physique et fonctionnelle ne cherche à les stocker. Il existe en effet peu de fabricants locaux. Une exception est l'entreprise Karemsaba, qui confectionne des tricycles manuels ou motorisés (sa spécialité), des béquilles, des déambulateurs et des cannes. Il s'agit d'un atelier qui emploie 8 personnes et qui fabrique à la demande. Pour un tricycle, l'attente est de 2 à 3 semaines. L'atelier produirait au minimum 250 tricycles par an. Le prix du tricycle manuel varie de 102 500 à 135 000 FCFA (de 156 à 206 €). Un tricycle motorisé coûte de 250 000 à 400 000 FCA (soit de 380 à 610 €), à partir d'une moto fournie par le client. L'entreprise fonctionne grâce à la commande régulière d'une ONG, qui serait de 200 pièces par an environ. Elle travaille aussi avec tous les centres de RBC du pays, qui passent des commandes de façon occasionnelle. Cette entreprise a acquis un certain savoir-faire, mais son développement est problématique, faute d'accès simple à des prêts bancaires.

2.7 Inégalités territoriales de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle

Les lacunes de l'offre de services de réadaptation physique et fonctionnelle se traduisent de façon évidente par des inégalités territoriales très marquées pour les personnes concernées. Celles qui résident dans les grandes villes et surtout dans la capitale sont favorisées, alors que les populations rurales ne peuvent qu'exceptionnellement bénéficier de prestations de kinésithérapie, a fortiori d'appareillages. La conséquence est une barrière à l'accès, qui est multiforme. Il y a d'abord une restriction du niveau d'information des personnes éloignées des établissements. Ensuite, il faut plus de temps pour obtenir les services, ce qui décourage forcément un certain nombre de patients. Enfin, il faut dépenser plus pour aller sur le lieu des soins ou de l'appareillage, ce qui réduit encore le nombre de personnes qui décident de suivre les traitements ou d'acquérir un appareil. De ce fait, le coût d'accès aux prestations est un élément important du coût pour l'utilisateur.

Cas du Burkina Faso

Si l'on ne prend pas en compte l'ergothérapie (inexistante) et l'orthophonie (seulement deux professionnels), c'est surtout pour l'appareillage que les inégalités régionales sont fortes. Ainsi, en 2009, 4 régions sur 13 étaient dépourvues de structures d'appareillage. En outre, l'analyse des données recueillies en appareillage orthopédique dans les régions du pays montre une moyenne de couverture de besoins de 0,02% en 2007 et 0,03% en 2008. Cette moyenne reste toujours faible comparativement à l'indicateur OMS. L'étude qui a précédé le montage de l'atelier d'appareillage de Tenkodogo indiquait l'inexistence d'ateliers d'appareillage orthopédique et d'orthoprothésistes dans la région. Toutes les personnes reçues dans les cinq centres privés dont le type de handicap nécessitait un appareillage orthopédique ont été référées à Ouagadougou, à Koudougou ou à Kaya. Les frais de déplacement vont donc constituer un frein à l'accès aux soins de réadaptation. Les personnes ayant une ou des incapacité(s) physique(s) ou fonctionnelle(s) parcourent de longues distances pour avoir accès à une consultation et à des soins de réadaptation dans la région du Centre-Est. Nous estimons qu'en moyenne une personne parcourt environ 50 km pour avoir accès à des soins de kinésithérapie. Cette distance varie entre 185 à 300 km pour avoir accès à l'appareillage orthopédique (Ouagadougou, à Koudougou ou à Kaya). Cependant, si l'on considère qu'en général les personnes ont besoin d'un certain nombre de séances de kinésithérapie sur des durées parfois longues, alors que pour l'appareillage il suffit de 2 à 4 visites au centre tous les 2 à 4 ans, on s'aperçoit qu'il est difficile de comparer des prestations différentes et que les inégalités sont partout présentes.

2.8 Financement de l'offre et besoins d'investissements

La description de l'offre de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement et son illustration sur le cas du Burkina Faso amènent à réfléchir au système de financement de la réadaptation physique et fonctionnelle. Le fait que les usagers aient à déboursier une somme importante lorsqu'ils ont besoin d'appareillage, d'aides à la mobilité ou même de services de rééducation constitue sans doute un frein à l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle. Toutefois, résoudre le problème du financement de la demande, c'est-à-dire abaisser la barrière financière de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle au niveau de la capacité de financement des ménages, ne peut suffire à améliorer le financement de l'offre. Les recettes que les usagers apportent aux établissements publics et privés ne constituent qu'une faible partie de leurs besoins de fonctionnement et d'investissement. Dans de nombreux pays, la différence est comblée, ou réduite, par des subventions venant de l'Etat ou de l'étranger. Le résultat est un déficit de personnels qualifiés et de structures de proximité, en admettant que les coûts de fonctionnement soient à peu près couverts, face à une demande elle-même assez faible et certainement inférieure au niveau des besoins.

Il est indispensable que les pays mettent en place des plans de développement de l'offre financés par des investissements adéquats. La question qui se pose est celle des dispositifs qui pourraient améliorer le développement de l'offre, après avoir constaté que l'effort public standard (budgets des établissements, rémunération des personnels) est en lui-même insuffisant en volume et en qualité. Faut-il envisager une meilleure coordination des subventions venues de l'étranger ?

Cas du Burkina Faso

Il existe un programme spécifique de développement de l'offre au Burkina Faso⁷.

Trois axes d'intervention sont privilégiés :

1. Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel du système de la réadaptation,
2. Améliorer le plateau technique des structures de réadaptation,
3. Accroître l'accessibilité géographique des soins de réadaptation au Burkina Faso.

⁷ Source : Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso, op. cit., p.12.

3. Le coût pour l'utilisateur

3.1 Le coût des services et de l'appareillage

L'utilisateur doit payer les services en fonction de tarifs fixés. Ce paiement est généralement direct, mais dans certains cas un organisme de tiers payant peut se substituer à l'utilisateur (voir ci-dessous). En théorie, le coût des services n'est pas susceptible d'être modifié dans le secteur public, car il est fixé au niveau national. Il y a néanmoins des exceptions. En revanche, les établissements privés caritatifs déclarent appliquer une tarification flottante, selon la capacité de paiement des patients. Ainsi, les sommes demandées vont différer des tarifs affichés.

Le principe général pour les services est la tarification unitaire : une consultation ou une séance de kinésithérapie coûte par exemple à Tenkodogo 1500 FCFA (adulte) ou 750 FCFA (enfant) (soit 2,29€ ou 1,43€). Les établissements ne pratiquent pas de tarification forfaitaire, avec un montant correspondant à l'ensemble du traitement prescrit.

Les prothèses et les aides à la marche font aussi l'objet d'une tarification à l'unité. Selon la qualité de l'appareil, le tarif va varier de un à deux, voire de un à quatre. Il existe dans les établissements une liste des produits proposés avec les prix, ce qui permet aux patients de savoir combien ils auront à payer.

Cas du Burkina Faso

A partir des tarifs indiqués au Centre régional hospitalier de Tenkodogo pour les prestations du service d'orthoprothèse (voir annexe), on constate qu'il y a une tarification différente pour les adultes et les enfants (moins de quinze ans), ces derniers ayant en général une « réduction » de l'ordre de 50%. Par exemple, une prothèse tibiale en polypropylène coûte 120 000 FCFA (183€) pour un adulte, et 71 000 FCFA (108€) pour un enfant. Toutefois cette réduction ne vaut pas pour les produits de qualité supérieure (en résine), qui sont environ deux fois et demie plus chers : par exemple la prothèse tibiale pour adulte passe à 300 000 FCFA (457€). Les tarifs du CNAOB sont du même ordre de grandeur.

3.2 Les coûts d'accès non tarifaires

Les personnes qui ont besoin de services de réadaptation physique et fonctionnelle doivent se rendre là où ils sont dispensés, ce qui entraîne un coût de transport plus ou moins important selon le moyen de transport choisi. En principe, pour des séances de kinésithérapie, le coût est modeste s'il existe un centre de premier recours à proximité du domicile de la personne. Il croît toutefois avec la distance et éventuellement avec l'enclavement de la région d'habitation.

Lorsque les personnes ont besoin de prothèses, il faut souvent ajouter un coût de séjour au coût de transport. Une première consultation est nécessaire pour prendre les mesures de l'appareillage. Une deuxième consultation servira à l'essayage et à un premier ajustement, qui devrait normalement donner lieu à au moins une troisième consultation de suivi et d'ajustement. Pour les personnes éloignées, il n'y aura pas d'autre solution que de passer à chaque fois une nuit sur le lieu de soins, d'où une dépense plus ou moins importante selon qu'ils auront une possibilité d'accueil familial ou qu'ils devront payer une chambre dans un établissement d'hébergement.

Cas du Burkina Faso

Pour venir à Ouagadougou où une offre complète de réadaptation physique et fonctionnelle existe, le patient devra payer, pour un aller et retour en transport en commun, une somme comprise entre 12 000 et 16 000 FCFA selon la localisation. Le séjour est estimé dans une fourchette de 8 000 à 15 000 FCFA. Ainsi, pour une prothèse nécessitant 3 contacts avec séjour dans la capitale, on peut avancer un chiffre moyen de $3 \times 15\ 000 = 45\ 000$ FCA pour le transport et de $3 \times 12\ 000 = 36\ 000$ FCFA pour le séjour, soit au total 81 000 FCFA (soit 123 €) de coût non tarifaire. Si l'on prend le cas d'une prothèse tibiale ordinaire à 120 000 FCFA, cela revient à augmenter de deux tiers au moins le coût du service.

3.3 La perte de revenu

Toute situation de maladie ou d'incapacité représente une perte de revenu pour les personnes en activité. Ce coût s'ajoutera aux précédents et sera d'autant plus élevé que l'incapacité durera et restreindra les possibilités professionnelles de la personne. Il dépend de la situation de la personne, les plus gros perdants étant ceux dont le revenu journalier est le plus élevé.

3.4 Les coûts d'amont et d'aval

Les coûts de la réadaptation physique et fonctionnelle s'ajoutent systématiquement aux coûts des soins médicaux qui les précèdent et qui peuvent déjà constituer une charge pour les familles, notamment s'il faut payer pour une intervention chirurgicale ou une hospitalisation médicale. Plus la charge sera difficile à supporter, plus la propension à se passer de réadaptation physique et fonctionnelle sera forte. De même, les coûts d'aménagement du domicile s'ajouteront aux précédents et pourront être ceux que les personnes renonceront le plus spontanément à supporter. Toutefois, les aménagements pourront aussi être faits à moindre coût en utilisant les ressources humaines familiales ou de voisinage. Cette solution pragmatique ne sera pas toujours envisageable si l'aménagement est trop important. Par exemple, pour les personnes vivant en ville dans de petits immeubles à étages, l'obligation de déménager s'imposera en cas d'utilisation d'aide à la mobilité incompatible avec la configuration des lieux.

3.5 La variabilité du coût

On voit que le coût associé à la réadaptation physique et fonctionnelle sera variable selon la localisation de l'offre disponible et la situation de la personne concernée, et qu'il constituera un paramètre important de la décision d'entreprendre ou de continuer la prise en charge. Pour tous les coûts correspondant à la rémunération de prestataires, l'existence d'une couverture sociale mobilisable modifiera la situation. Il sera plus rare que cette couverture intervienne pour des coûts indirects.

4. La couverture sociale et le coût pour l'utilisateur

4.1 De la couverture sociale de la santé

La couverture sociale de la santé a pour fonction essentielle de réduire le coût des prestations de santé pour l'utilisateur, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. En l'absence de couverture et lorsque les prestations sont payantes, les usagers doivent payer de leur poche au moment des soins (*out-of-pocket payments* en anglais, paiement direct en français). Dans les PED, depuis l'Initiative de Bamako, la plupart des établissements publics tarifent leurs prestations, cette pratique étant systématique dans les secteurs privés, caritatifs ou commerciaux depuis longtemps. On sait que cela pose un sérieux problème au plus grand nombre et que c'est un facteur primordial de renoncement aux soins ou à la prévention (cas des consultations prénatales). Quand le recours aux soins est inévitable, les ménages sont confrontés au risque de « dépense catastrophique⁸ » et doivent emprunter ou vendre leurs biens pour payer les services ou les médicaments. Le constat suivant a été fait depuis longtemps : ce risque entraîne les familles dans la « trappe de pauvreté » et se révèle, in fine, un obstacle au développement. Les institutions onusiennes et la Banque mondiale ont pris conscience de ce frein au développement dans les années quatre-vingt-dix et ont fini par lancer le projet de la Couverture Sanitaire ou Maladie Universelle (CSU ou CMU). L'OMS a fait état de nombreuses fois de cette problématique et l'on pourra se reporter aux rapports sur la santé de 2010 et de 2013 pour trouver un plaidoyer argumenté en faveur de la CMU⁹. Diverses manifestations internationales et les engagements de la plupart des Etats ont établi un consensus sur le sujet.

S'il fallait résumer le projet d'un seul mot d'ordre, cela serait : « remplacer le paiement direct des soins par le prépaiement ». Tous les Etats ont annoncé qu'ils lançaient une politique visant la Couverture Maladie Universelle (CMU), mais il y a autant de façons que de pays de l'atteindre, si bien que la rhétorique de la CMU est insuffisante sans

⁸ Selon l'OMS, les dépenses de santé d'un ménage sont « catastrophiques », si elles dépassent 40% de la capacité de paiement d'un ménage (WHO, Distribution of health payments and catastrophic expenditures-methodology, Discussion paper n°2, 2005).

⁹ Voir les rapports de l'OMS sur la santé dans le monde : « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », OMS, 2010 ; « La recherche pour la couverture sanitaire universelle », OMS, 2013.

précisions quant aux chemins choisis par les Etats pour la réaliser, indépendamment du fait que l'expérience du plaidoyer de l'OMS « Santé pour tous en 2000 » fait s'interroger sur l'agenda qui sera suivi pour atteindre la couverture universelle.

En matière de CMU, deux grandes options s'offrent a priori aux gouvernements : revenir à la gratuité ou bien mettre en place des formes contributives de prépaiement. La gratuité pose évidemment un problème de sources pérennes de financement, mais elle pose aussi des problèmes techniques :

- d'organisation des flux monétaires qui devront permettre aux établissements de soins de délivrer des prestations gratuites,
- de mise en place de modalités de rémunération des prestataires les incitant à l'efficacité.

Les formes contributives de paiement font immédiatement penser à l'assurance maladie, ce qui conduit à s'interroger sur la capacité contributive des personnes, sur l'organisation de la gestion du risque et sur la contractualisation avec les prestataires. D'autres formes contributives de prépaiement existent (abonnement à des établissements, chèques santé, épargne santé), posant à peu près les mêmes questions.

S'agissant de couverture universelle via l'accès gratuit aux prestations, deux grandes orientations peuvent être suivies : le subventionnement a priori des établissements (financement par l'offre), le paiement des établissements sur facturation a posteriori, modalité selon laquelle « l'argent suit le malade » (financement par la demande). La première orientation est considérée comme inefficace par les économistes, ce qui n'empêche pas que de nombreuses initiatives de gratuité l'utilisent. La seconde est recommandée par les experts, mais suppose la mise en place d'un organisme gestionnaire, qui contrôlera et paiera les factures des établissements. Cet organisme devra aussi s'intéresser à la gestion du risque pour appeler les fonds et sera conduit à mettre en place des formes de rémunération incitatives des prestataires. De nombreux dispositifs mettent en pratique ce principe : cellule ministérielle dédiée à une initiative de gratuité, fonds d'équité (label réservé pour les indigents), vouchers gratuits.

S'agissant de CMU fondée sur des formes contributives, le paiement des prestataires par la demande est automatique, et la mise en place d'un organisme gestionnaire est inévitable. Le concept d'organisme gestionnaire est donc commun aux deux orientations de montage de la CMU, mais, dans le cas de formes contributives, l'organisme reçoit en plus la mission de collecter les cotisations des personnes couvertes. L'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie volontaire (mutuelles ou micro assurance de

santé), les fonds d'achat, les vouchers payants, l'épargne santé mettront en place des dispositifs comparables pour traiter les problèmes de fonctionnement du prépaiement fondé sur un financement par la demande. Les formes d'assurance maladie sont les plus courantes et sont facilement propices à l'intéressement des prestataires à l'efficience (paiement à la performance par exemple) via la contractualisation (ou le conventionnement selon le terme usuel).

Cette présentation rapide des modalités de prépaiement doit être complétée par le constat qu'aucun pays ne se cantonne dans l'une des deux orientations indiquées. En fait, les montages se ramènent à une hybridation de gratuité et de formes contributives de prépaiement (assurance surtout), ce qui pose la question de l'articulation de ces dispositifs. Les exemples des réformes menées à bien au Ghana et au Rwanda illustrent ce constat.

Il reste que la CMU ne fait pas forcément une place spécifique aux prestations de réadaptation physique et fonctionnelle et que, dans la plupart des cas, il faudra étendre les dispositifs de la CMU au secteur du handicap.

4.2 Le paiement individuel de la réadaptation physique et fonctionnelle

La situation la plus fréquente dans les pays en développement est celle où le patient doit payer directement les prestations de réadaptation physique et fonctionnelle au moment des soins ou de l'appareillage. Apparemment, il existe toute une série d'atténuations du montant à payer, mais ces pratiques ont un caractère aléatoire et sont difficiles à assimiler à des dispositifs de couverture sociale.

Le cas le plus fréquent est l'ajustement du tarif à la capacité des personnes à payer. On le rencontrerait assez fréquemment au sein de l'offre privée caritative. L'ajustement à la capacité de payer peut aussi être pratiqué dans le secteur public dans certains pays (par exemple au Togo).

Le deuxième cas est le résultat de l'intermédiation du prestataire pour trouver un tiers payeur. Par exemple, s'agissant d'enfants et d'adolescents, le prestataire de réadaptation physique et fonctionnelle va identifier une personne susceptible de payer pour leur prothèse ou leur traitement. La charité est ici organisée par le prestataire et l'on conçoit que cette situation se rencontre dans le cadre des paroisses et pour l'offre privée caritative. On peut en trouver trace dans le secteur public, notamment dans le

cadre de partenariats public/privé comme au CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire, où la réadaptation physique et fonctionnelle est proposée par un centre privé associatif.

L'action des ONG permet aussi de distribuer gratuitement certains matériels (cannes, déambulateurs), dans le secteur public comme dans le secteur privé. Certains Ministères des Affaires Sociales organisent aussi des consultations ou des distributions gratuites de matériel à l'occasion de périodes de l'année propices à de tels dons (Noël, Ramadan) ou dans le cadre de journées ou de mois dédiés à la solidarité (cas du Mali). L'ampleur de ces dons est difficile à mesurer, mais ils sont souvent le seul moyen d'améliorer la situation de personnes insolvables. Dans de nombreux pays, une journée du handicap est instaurée, donnant lieu à des distributions de matériels, principalement d'aides à la marche, ou à la prise en charge limitée de certains traitements.

Cas du Burkina Faso

L'entreprise *Karemsaba* a indiqué qu'une grande partie des fauteuils roulants qui lui sont commandés par une ONG sont distribués à Noël. Il n'est pas possible de savoir comment sont sélectionnés les bénéficiaires de ces dons, mais on peut faire l'hypothèse qu'ils étaient proches de cette ONG, d'obédience catholique.

Au Centre Paul VI, la recherche de tiers payeur est systématique dès lors qu'un patient ne peut pas payer une prothèse. Le médecin chef a indiqué qu'un adolescent a été pris en charge pendant plusieurs années dans ce cadre. Par ailleurs, les séances de rééducation sont très souvent gratuites pour les personnes démunies.

A Garango, près de Tenkodogo, les sommes demandées aux patients sont fonction de leur ressources. Par ailleurs, lorsque des personnes ont besoin de prothèses, elles sont envoyées à Kaya ou même à Tenguiéta, le transport étant organisé par OCADES.

4.3 Les indigents sont-ils favorisés ?

L'exemption du paiement des soins, des médicaments et des matériels pour les indigents est une constante en matière de santé dans les pays en développement. Encore faut-il distinguer les principes et leur application.

La reconnaissance de l'indigence en situation de soins est attestée par le service social de l'établissement, via une enquête sociale standardisée. Un dossier est ouvert, envoyé aux services compétents (centraux ou régionaux) de l'action sociale ou de la santé (selon les pays). En cas d'acceptation, le paiement des soins est effectué au profit de l'établissement par un Fonds *ad hoc* qui tire ses ressources du budget de l'Etat. Si le Fonds est épuisé, l'établissement n'est pas payé. Les conditions d'exemption sont donc : existence d'un service social dans l'établissement, établissement d'un dossier, transmission au niveau compétent et possibilité de mobilisation d'un Fonds social.

De façon générale pour les indigents, l'exemption du paiement des soins de réadaptation physique et fonctionnelle n'est pas différente de celles des soins médicaux ordinaires. Mais, dans certains pays (voir le cas du Burkina Faso ci-après), il peut exister une procédure spécifique aux soins de réadaptation physique et fonctionnelle pour les indigents, dès lors que la législation reconnaît le statut d'invalidé. Cette reconnaissance est assez répandue pour les invalides de guerre, elle l'est moins pour les invalides civils. Le principe est classique : un examen médical statue sur le degré d'invalidité, qui donne droit à un certain nombre d'avantages, dont l'exemption partielle ou totale du coût des services de réadaptation physique et fonctionnelle. Pour les indigents, l'exemption de paiement est totale. Il reste évidemment aux établissements à connaître la procédure et à l'appliquer. A nouveau, l'existence d'un service social sur place conditionne l'exemption effective de paiement.

Dans trois pays (Rwanda, Mali et Togo), Handicap International a monté des Fonds d'équité qui prennent en charge la réadaptation physique et fonctionnelle pour les indigents. Au Vietnam, un fonds interne au centre de réadaptation où les plus riches contribuent dans le prix de leurs soins à financer les quelques personnes plus pauvres (en minorité) a aussi été mis en place par Handicap International.

Le cas du Burkina Faso

Le Fonds national de solidarité (FNS), géré par le Ministère de la Solidarité nationale, représente le principal dispositif d'intervention financière au profit des personnes handicapées en situation d'incapacité de paiement des soins ou des matériels. Toutefois, le champ d'intervention du FNS n'est pas limité aux personnes handicapées, et il couvre aussi les personnes âgées indigentes. La répartition entre ces deux axes ne semble pas fixée a priori, mais selon le Directeur général de la solidarité nationale (DGSN), deux

tiers environ des allocations du FNS iraient aux personnes handicapées et un tiers aux personnes âgées. En 2013, 32 millions FCFA devraient avoir été allouées aux organismes caritatifs prenant en charge ces deux catégories de personnes indigentes, dont 19 millions pour ceux qui s'occupent de personnes handicapées. Au total, le FNS devrait avoir consacré 30 millions au handicap, car l'appui aux organismes est complété, d'une part, par un appui direct aux personnes durant le mois de la solidarité où le FNS complète l'aide apportée par les ONG et, d'autre part, par le financement d'actions visant l'aménagement de l'environnement (accessibilité aux marchés grâce à des rampes notamment). Ces chiffres, communiqués oralement, doivent évidemment être pris avec précaution. L'allocation aux organismes pour personnes handicapées s'apparente à un financement de l'offre, mais elle intervient au cas par cas, selon les requêtes des services sociaux des établissements. S'agissant des fonds alloués pour les seules aides à la mobilité, le chiffre de 4 millions FCFA a été cité par le DGSN, en indiquant qu'il constituait un montant maximum, ce qui suggère qu'il y a une répartition a priori des fonds du FSN pour les personnes handicapées et que l'épuisement de ce montant entraîne l'arrêt des allocations.

Les modalités de fonctionnement du FNS au profit du handicap ne sont pas complètement transparentes. D'une part, la sélection des organismes subventionnés n'est pas définie explicitement. Le DGSN reconnaît que la région de Ouagadougou est favorisée. D'autre part, il n'y a pas de suivi quant à l'utilisation des subventions.

Au CNOAB, la prise en charge des indigents par le FNS semble très fréquente, car l'établissement dispose d'un service social qui s'occupe de constituer les dossiers et de les transmettre au Fonds social. Selon le responsable du Centre, la démarche aboutit favorablement dans la majorité des cas. En revanche, la traçabilité des fonds n'est pas établie. En principe, le Fonds devrait payer le Centre et celui-ci devrait reverser au Trésor les sommes correspondantes, puisqu'il ne conserve pas ses recettes. En pratique, le Fonds social notifie au Service social de l'établissement que la prise en charge gratuite est acceptée, mais il n'y a pas de paiement au Centre.

A Tenkodogo, la procédure est connue, mais n'a pas été utilisée jusqu'ici.

La carte d'invalidité qui donne un accès gratuit aux indigents (voir ci-après) est connue au CNAOB, mais n'a apparemment pas été mobilisée. Même constat au Centre Paul VI.

4.4 Une couverture sociale spécifique aux personnes handicapées

Lorsqu'il existe dans un pays, le statut d'invalidé n'est pas réservé aux indigents. En revanche, il appartient aux personnes de faire la démarche qui leur permet cette reconnaissance, ce qui suppose l'établissement d'un dossier et le recours à un médecin. L'institution habilitée à fournir les éléments de la procédure est le service déconcentré de l'action sociale, basé généralement en chef-lieu de région. Le statut est fixé par la loi, les modalités d'obtention des avantages associés par décret. Il peut arriver qu'un délai substantiel sépare la promulgation de la loi de la publication des décrets d'application, si bien que, pour certains pays, il est difficile d'apprécier l'état exact du statut d'invalidé : est-il théorique ou réel ?

Dans un certain nombre de pays, sont lancées des initiatives plus ou moins pérennes visant à donner plus de couverture sociale aux personnes handicapées, notamment en rendant gratuit l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle. La plupart des pays ont instauré une journée du handicap, qui est l'occasion de distribuer des aides techniques (lunettes, béquilles...) ou de donner accès à certains services. Certains pays ont lancé des projets dits d'extension ou de renforcement de la protection sociale, qui touchent certaines catégories vulnérables : personnes âgées, personnes handicapées, avec des avantages supplémentaires à des groupes particuliers (par exemple les jeunes dans le cas du handicap). Ces projets (voir ci-dessous le cas du Burkina Faso) sont en principe dotés d'un budget qui doit permettre leur réalisation. Toutefois, il convient de vérifier :

- que c'est bien le cas et que le décaissement sera effectif,
- que la reconduction de l'opération est prévue pour l'exercice suivant ou tout du moins envisagée.

La question est d'autant plus légitime que ce type de projet a d'abord une fonction politique et est accompagné d'une communication substantielle. Il faut évidemment que ces projets aillent au-delà de la communication.

Le cas du Burkina Faso

La mission a permis de repérer deux dispositifs de couverture sociale spécifique aux personnes handicapées : la carte d'invalidité et les mesures de renforcement de la protection sociale bénéficiant aux personnes handicapées.

La carte d'invalidité

Dans le cadre de la loi n°012-2010/AN du 1^{er} avril 2010 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées, l'article 3 institue « une carte d'invalidité en faveur des personnes handicapées, délivrée par le ministère chargé de l'action sociale. Un décret pris en Conseil des ministres fixe les conditions de délivrance de ladite carte ». La carte donne une série d' « avantages dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la formation professionnelle, de l'emploi, de la communication, de l'intégration sociale, des transports, de l'habitat et du cadre de vie, des sports et des loisirs, de la culture et des arts, de la promotion de l'action sociale » (article 4).

Les articles 6, 7 et 8 de la loi précisent les avantages pécuniaires du domaine de la santé, afin de « prévenir ou réduire l'aggravation du handicap », qui aura été « décelé ou signalé, notamment au cours des examens médicaux » : en ce qui concerne les indigents, gratuité pour les consultations, soins, examens complémentaires, médicaments, hospitalisation dans les structures publiques de santé et gratuité pour les appareillages orthopédiques, fauteuils roulants, tricycles, prothèses, canne blanche et pour tout autre appareillage nécessaire aux soins prescrits. Pour les personnes handicapées titulaires de la carte et non déclarées indigentes, il y a réduction des frais sur les soins en secteur public et l'appareillage « proportionnellement au degré d'invalidité ».

Le renforcement de la protection sociale

L'annonce d'un projet de renforcement de la protection sociale en 2013-2014 a été faite par le gouvernement burkinabé. Le projet aurait dû démarrer en novembre 2013 et l'annonce a été relayée par les media. Les sommes annoncées sont importantes, car le chiffre de 3 milliards FCFA pour le handicap a été cité. Le renforcement cible en effet les personnes handicapées et aussi les personnes âgées, mais les sommes annoncées laissent entendre que d'autres programmes seront financés (peut-être la couverture médicale universelle ? Voir ci-après). Malheureusement, la discussion avec le DGSN n'a pas permis d'y voir très clair quant au montant qui sera effectivement mobilisé et selon quel agenda. Le DGSN a parlé quant à lui d'une mesure coûtant 6 milliards au budget de l'Etat, dont 1,835 milliards pour les personnes handicapées et 885,375 millions pour les personnes âgées. S'agissant du handicap, quatre volets du projet ont été indiqués par le DGSN.

Le premier est consacré à la prise en charge sanitaire de 50 personnes par commune ou arrondissement (pour Ouagadougou et Bobo Dioulasso), soit 368 entités territoriales et 18 450 personnes handicapées, avec un montant per capita de 25 000 FCFA. Le montant alloué correspondant serait donc de $18\ 450 \times 25\ 000 = 461,25$ millions FCFA.

La désignation des personnes reviendrait au niveau administratif local.

Le deuxième volet est le financement de microprojets individuels pour 1 200 personnes handicapées et un montant unitaire de 350 000 FCFA, soit $1\,200 \times 350\,000 = 420$ millions FCFA. Un quota de bénéficiaires serait établi par province et région.

Le troisième volet est dédié à l'acquisition de matériels pour un montant de 444 millions FCFA.

Le quatrième volet est la prise en charge intégrale de 500 enfants handicapés pour un montant de 600 000 FCFA par an, soit $500 \times 600\,000 = 300$ millions FCFA.

A partir des indications du DGSN, on arriverait à un budget pour les 4 volets de 1,625 milliards FCA, ce qui laisserait, par rapport au chiffre rapporté ci-dessus un montant « non affecté » de 210 millions FCFA. On n'insistera pas sur l'imprécision de ces chiffres, ni sur les conditions de gestion des fonds du projet. Il y aurait un Comité de pilotage au niveau du Ministère et, dans chaque région, la désignation par le gouverneur d'une entité de gestion.

Le projet gouvernemental, piloté par le Ministère de la solidarité nationale, n'a apparemment pas été préparé en concertation avec les associations de personnes handicapées. Le DGSN a indiqué qu'une réunion d'information à leur intention allait être organisée le 7 novembre 2013. La Fédération d'associations rencontrée pendant la mission le mardi 5 novembre venait de recevoir l'invitation.

Ce projet laisse évidemment dubitatif. Son caractère politique est évident, mais il peut améliorer la situation des personnes handicapées, même s'il n'est que partiellement exécuté. Il conviendrait aussi qu'il soit à nouveau budgété en 2014.

4.5 La couverture universelle et l'assurance maladie obligatoire

Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle, les actes de réadaptation physique et fonctionnelle, les prothèses et les aides à la mobilité pourraient être pris en charge totalement ou partiellement. Mais, comme peu de pays d'Afrique de l'Ouest ont réalisé cette couverture, il est difficile de savoir si le panier de soins les inclura.

On peut plus facilement se faire une idée de la prise en considération de la réadaptation physique et fonctionnelle dans un dispositif de protection maladie en se reportant aux régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO) déjà fonctionnels, bien qu'ils ne concernent que le secteur formel (les salariés des entreprises et les fonctionnaires). Des

régimes obligatoires d'AMO existent pour les salariés au Mali, en Guinée, au Gabon ou au Sénégal. Leur fonctionnement est assez disparate. Au Mali, le régime est récent ; en Guinée, il est ancien mais ne fonctionne pas ; au Sénégal, il est décentralisé (IPM) ; au Gabon, il a été reconfiguré dans le cadre de l'AMU. La présence explicite de la réadaptation physique et fonctionnelle dans la garantie offerte par ces régimes n'est pas avérée. L'hypothèse la plus vraisemblable est que la réadaptation physique et fonctionnelle est prise en charge éventuellement sur avis du contrôle médical et au cas par cas.

Une situation plus favorable est celle des régimes couvrant les risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles. La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest ont mis en place des régimes couvrant ces risques. La prise en charge de la réadaptation physique et fonctionnelle dans ce cadre est en principe effective. On remarque toutefois que ces régimes sont souvent largement bénéficiaires, ce qui indique que peu de prestations sont servies, alors que les cotisations sont versées par les employeurs. A cet égard, il est instructif de rappeler que le Conseil d'administration de la caisse sénégalaise avait eu l'idée d'utiliser les réserves pour monter un hôpital orthopédique à Dakar. Le projet fut mené à bien, mais l'établissement s'est révélé un gouffre financier. Il a dû être reconverti en hôpital général : c'est maintenant l'hôpital du grand Yoff.

Cas du Burkina Faso

La couverture maladie universelle est en cours de montage au Burkina et est fondée sur l'assurance maladie universelle (AMU). De nombreuses réunions ont eu lieu et plusieurs documents ont été publiés. Il est difficile de donner des éléments précis sur ce que sera la couverture universelle, puisque le panier de soins pris en charge n'est pas fixé. L'architecture institutionnelle n'est pas non plus complètement définie.

Diverses tensions se sont manifestées à l'occasion du lancement de ce grand projet. Entre les ministères d'abord, car le pilotage de la couverture pouvait revenir au Ministère de la Santé ou bien au Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale. C'est le second qui l'a emporté, dans la mesure où il héberge le Comité de pilotage permanent chargé de la mise en place de l'AMU. Ce Comité rassemble toutes les parties prenantes et doit faire les propositions d'ordre institutionnel et technique nécessaires au lancement effectif de l'AMU. Les travaux du comité permanent devraient encore durer toute l'année 2014, car l'agenda ne prévoit le lancement de l'AMU qu'en

2015¹⁰. Une seconde source de tension est venue de la place à donner aux mutuelles de santé dans l'AMU. Celles-ci, qui gèrent des régimes d'assurance maladie volontaire (voir ci-dessous), refusent de ne jouer qu'un rôle de guichet et de collecte de cotisations et ont obtenu de participer aux travaux du Comité. Tout reste néanmoins à faire pour définir leurs fonctions exactes.

En attendant le lancement de l'AMU, le régime de Sécurité sociale des salariés propose des prestations « vieillesse », « famille » et « maladies professionnelles et accidents du travail ». Les trois branches du régime sont gérées paritairement par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Celle-ci intervient donc en cas d'accident du travail et va prendre en charge la réadaptation physique et fonctionnelle pour les travailleurs salariés concernés. Une convention a été passée entre la CNSS et le CNAOB, et le Centre a fait état du fonctionnement effectif de ce dispositif de couverture sociale, pour le paiement de la rééducation, des prothèses ou d'aides à la mobilité. La CNSS a également une convention avec le CHU de Bobo-Dioulasso, mais il ne peut s'agir ici que de rééducation. Les autres CHR devraient (ou vont être) conventionnés, mais à Tenkodogo par exemple, le dispositif n'a pas encore fonctionné.

Les fonctionnaires ont quant à eux une couverture maladie prise en charge par l'Etat et limitée à l'hospitalisation en secteur public (règle des 4 cinquièmes). C'est la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARPFO) qui effectue la gestion des prestations correspondantes. En principe, une contribution aux soins de réadaptation physique et fonctionnelle devrait exister dans ce cadre, mais on peut faire l'hypothèse qu'elle se décide au cas par cas.

Les effectifs concernés par ces dispositifs correspondent aux catégories du secteur formel et à environ 10% de la population.

¹⁰ Voir par exemple la présentation de Yaméogo J.B. et Sanou A., Processus de mise en place de l'assurance maladie au Burkina Faso, Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, Secrétariat permanent de l'assurance maladie, Ouagadougou, 28 février 2013.

4.6 L'assurance maladie des mutuelles

Les mutuelles de santé représentent un ensemble assez hétéroclite d'organismes¹¹, dont les plus intéressants ici sont ceux qui proposent des régimes d'assurance maladie. En théorie, la garantie offerte par les mutuelles, c'est-à-dire le panier de soins qu'elles prennent en charge, pourrait comprendre les actes de kinésithérapie et les prothèses. On peut considérer que la kinésithérapie ne pose pas de problème sérieux, à condition qu'une convention ait été passée entre la mutuelle et les établissements offrant les services.

En revanche, le coût des prothèses ou autres aides à la marche dépasse en général les possibilités financières de ces organismes, souvent de petite taille et qui ont peu de trésorerie. Le problème tient à première vue au coût unitaire de ces prestations, puisqu'elles sont de fréquence faible au sein de la population. Mais il faut tenir compte de ce que les mutuelles offrent dans leur acception ordinaire des régimes volontaires d'assurance maladie, et sont par conséquent très exposées à la sélection adverse¹². Cela signifie que, si la garantie des mutuelles comprenait les prothèses pour un niveau de cotisation modéré, les personnes ayant besoin de prothèses auraient tendance à adhérer, car elles auraient déjà en vue la prise en charge de cet appareillage. L'hypothèse d'une fréquence faible est donc fragile en cas d'adhésion volontaire et, pour maintenir un niveau de cotisation modéré, les mutuelles vont avoir tendance à exclure l'appareillage orthoprothésiste de leur garantie. Cela revient à sélectionner les adhérents et aussi à pénaliser les personnes qui deviendraient handicapées après adhésion, puisqu'elles cotiseraient pour une garantie qui n'est plus adaptée à leur situation. On est dans un cas de figure où il est difficile de concilier l'intérêt de l'assuré et celui de l'assureur, sans augmenter considérablement la prime. Autrement dit, les mutuelles pourraient proposer une option incluant l'appareillage dans la garantie, mais à un niveau de cotisation élevé, car calculé en anticipant la sélection adverse. Il ne pourrait s'agir que de structures dotées d'une bonne technicité, pour être capables de

¹¹ Voir Letourmy A., Pavy-Letourmy A. : « La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu », AFD, Notes et documents n°26, décembre 2005 et le cas du Burkina Faso ci-dessous.

¹² La sélection adverse ou anti sélection désigne le comportement de la personne qui décide de s'assurer parce qu'elle se sait très exposée au risque, ici en mauvaise santé ou souffrant déjà d'incapacité.

gérer des garanties diverses et s'adressant à une clientèle favorisée. On est loin du type d'organismes qu'on rencontre dans les pays en développement.

Toutefois, trois remarques peuvent être faites. En premier lieu, les mutuelles sont susceptibles d'intervenir au cas par cas, au profit d'un adhérent accidenté par exemple. La prise en charge de prothèses, non annoncée, ne pénaliserait pas les personnes dont le handicap aurait été acquis après adhésion. En deuxième lieu, la réadaptation physique et fonctionnelle pourrait être prise en charge dans un cadre de réassurance. Les mutuelles ne porteraient plus le risque correspondant aux prestations d'appareillage, qu'elles céderaient à un assureur de niveau supérieur, dit réassureur. Celui-ci réassurerait un ensemble de mutuelles pour faire porter le risque sur un plus grand nombre de personnes. Cette solution n'est pas idéale, dans la mesure où elle n'élimine pas le risque de sélection adverse et où elle conduit mécaniquement à une augmentation de la cotisation de chaque mutuelle, puisque la cotisation de réassurance, payée par tous les adhérents des mutuelles de base, s'ajoute à la cotisation hors appareillage. Simplement la cotisation de réassurance est inférieure au supplément de cotisation que les mutuelles de base devraient appliquer si elles portaient le risque d'appareillage. Enfin, la possibilité de réassurance pour les mutuelles suppose, dans un pays en développement, une certaine maturité du mouvement mutualiste, car la réassurance doit être située au niveau d'une union ou d'une fédération¹³. Peu de pays ont un niveau de fédéralisme mutualiste suffisant pour cela. On peut songer au cas du Mali avec l'Union technique de la mutualité malienne (UTM), mais l'évolution de l'UTM, non conforme aux attentes, ne lui permet probablement plus d'envisager une fonction de réassurance. La dernière solution est une coassurance, c'est-à-dire un partage du risque concernant les personnes handicapées entre les mutuelles de base et un co-assureur. En l'occurrence, les mutuelles de base conserveraient le portage et la gestion du risque de maladie ordinaire, et le portage du risque d'appareillage serait dédié au co-assureur. Cette solution suppose que l'on identifie un co-assureur acceptant le montage, ce qui est assez problématique dans les pays en développement. Aussi, en pratique, il serait opportun de remplacer le co-assureur par un Fonds spécial de statut public tirant ses ressources de l'Etat ou de donateurs extérieurs ou de statut privé caritatif. Le montage a été réalisé en Tanzanie, pour le risque lié au VIH/SIDA avec, comme « co-assureur » des

¹³ On écarte évidemment la possibilité d'une réassurance par un réassureur commercial, type *SCOR* ou *Munich-Re*, qui serait trop onéreuse.

mutuelles de base le Fonds Elton John¹⁴. Dans ce montage, la gestion du risque est laissée aux mutuelles, ce qui suppose qu'elles ont une capacité suffisante de gestion de risques liés à la santé.

De façon plus générale, l'intérêt des mutuelles est d'offrir une capacité de gestion qui peut éventuellement servir dans le cadre d'un dispositif de financement de la réadaptation physique et fonctionnelle qui tire ses ressources de divers bailleurs (Etat, coopérations bilatérales ou multi latérales, fondations privées). Cette fonction de gestion de ressources qui ne sont pas issues des adhérents, envisageable pour le risque lié au handicap, est applicable à toutes les initiatives de gratuité, comme celles relatives aux accouchements (césarienne notamment) ou aux soins médicaux aux jeunes enfants. Il faut évidemment que deux conditions soient remplies : que les mutuelles aient une réelle capacité de gestion et que les bailleurs des initiatives de gratuité (Etat ou bailleurs externes) acceptent la délégation de gestion.

Cas du Burkina Faso

Les mutuelles de santé se sont développées au Burkina Faso depuis le début des années quatre-vingt-dix, mais elles n'ont pas réussi à atteindre une position forte dans le domaine de la protection maladie.

L'inventaire des mutuelles sociales, réalisé en 2011 à l'initiative de l'ONG ASMADE¹⁵, donne une idée de leur situation. Il a recensé 205 organismes, dont 188 étaient fonctionnels, parmi lesquels 115 connaissaient des difficultés de fonctionnement.

Les mutuelles sociales ont été classées en cinq groupes : mutuelles de santé classiques, mutuelles professionnelles, systèmes de partage des coûts, systèmes de prépaiement et caisses de solidarité. En fait, seuls les deux premiers groupes correspondent à des organismes proposant des régimes d'assurance maladie volontaire, les trois autres s'apparentant à des montages initiés par les prestataires de soins. Ces deux groupes sont de toute façon les plus importants, en quantité et en nombre de personnes couvertes.

¹⁴ Letourmy A., Galland B., Guillebert J., Une expérimentation de partenariat public-privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie, Facts reports, n°spécial 8/2012.

¹⁵ Bationo F., Zett J.B., Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, ASMADE, octobre 2011.

Il y avait, selon cet inventaire :

- 131 mutuelles de santé couvrant 95 082 bénéficiaires ;
- 38 mutuelles professionnelles couvrant 136 621 bénéficiaires ;
- 22 systèmes de partage des coûts couvrant 5 855 bénéficiaires ;
- 9 systèmes de prépaiement couvrant 17 642 bénéficiaires ;
- 5 Caisses de solidarité couvrant 815 bénéficiaires.

Au total, le nombre de bénéficiaires est très modeste : 256 015 personnes, soit un taux de couverture de 1,8%. En outre, il faut prendre les chiffres indiqués par l'inventaire avec précaution, car 44% seulement des bénéficiaires seraient à jour de leurs cotisations, 37% pour les mutuelles de santé et 53% pour les mutuelles professionnelles, les 3 autres catégories ayant des taux de récupération des cotisations très faibles.

On voit aisément d'après les chiffres indiqués, que les mutuelles sont de petite taille. Selon l'inventaire, il y aurait 103 373 membres cotisants, avec un nombre moyen par unité de 767.

Au Burkina, la mutualité s'est constituée de façon fragmentée, ce qui a empêché pour l'instant la constitution d'un véritable mouvement. Les raisons de cette fragmentation sont à chercher en partie du côté des appuis extérieurs, qui n'ont pas su ou voulu mettre ensemble les projets qu'ils finançaient et qui ont ainsi fait émerger des structures de promotion et d'appui indépendantes, en dépit de l'existence d'un Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM) ; et en partie du côté de l'Etat burkinabé, qui n'a pas défini une politique cohérente, entretenant notamment des tensions entre ministères, dont on a retrouvé la trace à propos de l'AMU (voir ci-dessus). En outre (et surtout), la qualité des soins dans le secteur public n'a pas constitué un facteur favorable à l'adhésion de la population à l'assurance maladie volontaire.

Ainsi, l'ensemble des mutuelles peut être décrit en partant des structures d'appui auxquelles elles se rattachent, dont quatre ont une certaine consistance : l'Association de développement de la région de Kaya (ADRK), l'ONG ASMADE (Association SonguiManégré/Aide au développement endogène), le Réseau d'appui des mutuelles de santé (RAMS) et l'ONG Bornefonden. A ces groupes, qui représentent des mutuelles ciblant le secteur informel et le milieu rural, il faut ajouter les mutuelles professionnelles ciblant le secteur formel.

Pendant la mission, des responsables du RAMS et d'ASMADE ont été rencontrés, ainsi qu'un conseiller de la Fédération des mutuelles professionnelles.

Le RAMS est financé par un ensemble de partenaires : par des organismes belges liés aux mutualités chrétiennes, par la Mutualité sociale agricole française, par l'organisation néerlandaise de développement SNV et par l'UE à travers le programme de renforcement des capacités des organisations de la société civile (PROS). Il appuie une trentaine de mutuelles fonctionnelles représentant 10 468 adhérents et 34 120 bénéficiaires, soit plus d'un tiers des mutuelles du pays. Le RAMS se présente comme le leader de la promotion et de l'appui aux mutuelles de santé dans le pays. De fait, il appuie des mutuelles présentes dans plusieurs régions. Il a des projets en matière de création de mutuelles communales, d'une Union mutualiste sur Kaya avec gestion centralisée. Le RAMS a de bons contacts avec le Ministère de la solidarité nationale et doit être impliqué dans le mois de la solidarité, pour inscrire 4 800 indigents dans des mutuelles grâce à des fonds publics. Mais le projet, conçu en 2011, tarde à se concrétiser. Il est envisagé aussi (projet de l'UE à finaliser) que le RAMS soit associé à la gestion de l'initiative de gratuité en faveur des enfants de 3 à 5 ans.

L'ASMADE est une ONG financée par les mutuelles socialistes de Belgique et est aussi en lien avec le CIDR, ONG française spécialisée dans l'appui à la protection maladie et aux mutuelles de santé. Elle s'est investie à la fois dans la production de références techniques pour la mise en place de mutuelles¹⁶ et dans un lobbying très dynamique auprès du gouvernement burkinabé, à l'occasion de la démarche de mise en place de l'AMU. L'ASMADE appuie une vingtaine de mutuelles et met en place une gestion informatisée, qui sera le point de départ d'une gestion externalisée. Elle fait partie du RAMS et représente les mutuelles au sein du Comité de pilotage de l'AMU, où elle a remplacé le RAMS, peu actif.

Les mutuelles professionnelles sont des mutuelles de fonctionnaires ou d'entreprises. Elles ne sont pas spécialisées dans la santé et ne proposent pas toutes une assurance maladie volontaire. Par exemple, le Ministère de l'Economie et des Finances a 6 mutuelles, dont celles du Trésor, des Impôts et des Douanes ont une assurance santé. Certaines entreprises publiques comme Sonabel (électricité) et l'Onatel (télécommunications) ou privées comme les principales banques, comme la Lonab

¹⁶ Voir ASMADE, Processus de mise en place de mutuelles de santé, document de capitalisation, avril 2013.

(loterie nationale) ou le quotidien l'Observateur n'ont pas formellement constitué de mutuelles, mais offrent à leurs employés une assurance santé « maison », dont les prestations ne font pas toujours l'objet d'une gestion transparente. Les mutuelles professionnelles se sont dotées d'une fédération qui n'a apparemment pas de rôle de gestion, mais seulement un rôle de représentation. La mutuelle des Etudiants (MUNACEB), dont la cotisation (5 000 FCA par an, soit 7,6 €) est gratuite pour les boursiers, y adhère. Les mutuelles professionnelles peuvent être considérées comme relativement aisées, du fait des statuts des adhérents. Dans le cadre de la future AMU, il est prévu une assurance obligatoire pour tout le secteur formel, qui sera gérée par une Caisse autonome. Les mutuelles professionnelles seront alors incitées à proposer des prestations complémentaires, si bien que leur attractivité sera réduite.

L'ensemble des mutuelles représente un potentiel intéressant pour participer au financement de la réadaptation physique et fonctionnelle, à condition qu'un effort substantiel soit fait pour leur donner un rôle dans le secteur du handicap et qu'une réflexion sur le financement soit menée. En effet, à ce jour, aucune de ces mutuelles n'inclut la réadaptation physique et fonctionnelle dans sa garantie. La capacité de gestion à développer pourrait être située au niveau des réseaux d'appui. On notera que ceux-ci sont encore des associations, comme les mutuelles elles-mêmes. En effet, le statut de mutuelle conforme au règlement de l'UEMOA n'a pas encore été traduit dans la législation au Burkina Faso.

4.7 Autres assurances

D'autres assurances pourraient intervenir pour payer tout ou partie d'actes de réadaptation physique et fonctionnelle ou de prothèses : les assurances commerciales avec leurs produits « maladie », ou plus vraisemblablement avec les produits qui couvrent les risques « véhicules à moteur ». Cette hypothèse appelle deux réserves. La première concerne l'obligation d'assurance des véhicules à moteur dans les PED, qui ne vaut, au mieux que pour les automobiles et qui n'est peut-être que partiellement respectée ; la seconde concerne les garanties offertes par les contrats en cas d'accident : est-il automatique qu'elles comprennent les dommages physiques subis par le conducteur et ses passagers ?

Cas du Burkina Faso

L'assurance est obligatoire pour les voitures, mais, à notre connaissance, les garanties proposées sur le marché couvrent les risques au tiers et ne spécifient pas d'intervention en cas de dommage physique. On peut d'ailleurs se demander si l'obligation est bien respectée. Les véhicules « deux roues » à moteur, pourvoyeurs de nombreux accidents et d'incapacités, n'ont pas d'obligation d'assurance. Le port du casque est obligatoire, mais il n'est absolument pas respecté et ne fait pas l'objet de sanctions systématiques.

4.8 Fonds d'achat et autres systèmes de prépaiement

On pourrait imaginer que des fonds d'achat, qui mettent ensemble des sources de financement diverses (subventions, cotisations), couvrent les actes de réadaptation physique et fonctionnelle ou les prothèses. La situation est la même que pour les organismes d'assurance maladie, seul change le type d'organismes susceptibles de payer les prestataires.

Le modèle de Fonds d'achat est préconisé par un certain nombre d'experts comme solution pour mettre ensemble des ressources d'origine différente (*pooling*), et pour mettre l'accent sur les contrats passés avec les établissements de soins (*purchasing*). A notre connaissance, il existe peu d'exemples sur le terrain (cas de la RDC), et ils sont dédiés aux soins classiques et non pas à la réadaptation physique et fonctionnelle. Toutefois, les séances de kinésithérapie et les prothèses pourraient facilement faire partie des services qu'ils achètent.

De même, le système des vouchers (« chèques santé ») pourrait être appliqué à la réadaptation physique et fonctionnelle. Ce dispositif peut être gratuit et être utilisé pour donner des moyens d'accès aux indigents, notamment en matière de soins primaires et de soins maternels et infantiles (Cambodge). Il s'apparente alors aux Fonds d'équité. Il peut aussi être payant, sous forme de contribution volontaire, les personnes achetant un chèque pour un traitement dispensé par les prestataires conventionnés. Une expérience de chèque « payant » va être lancée au Cameroun pour le suivi de grossesse et l'accouchement.

5. Capacité d'évolution du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle

Les notations précédentes indiquent clairement que le système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle est insuffisant ou inorganisé dans les PED. Les lacunes concernent l'offre de prestations d'une part, les divers mécanismes de financement de la réadaptation physique et fonctionnelle qui pourraient intervenir pour lever la barrière financière d'accès aux services d'autre part.

Autrement dit, le système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle est assez rudimentaire et est, de ce fait, associé à une activité assez faible. On ne peut toutefois s'arrêter à ce constat, dans la mesure où, dans chaque pays, ce système est destiné à évoluer. Il est de toute façon opportun d'apprécier comment il pourrait connaître un progrès, en vue d'organiser une démarche de plaidoyer ou de monter des projets sur le terrain. Cela amène à analyser le contexte politique et financier de la réadaptation physique et fonctionnelle, ainsi que les acteurs qui s'impliquent dans le secteur.

5.1 La politique nationale du handicap

La capacité de changement en matière de réadaptation physique et fonctionnelle dépend de la politique menée en faveur des personnes handicapées. Le degré de priorité donnée à l'intégration des personnes dans l'éducation et l'emploi, ainsi que l'effort accompli ou programmé en faveur du secteur des services qui leur sont spécifiquement destinés ne sont pas identiques dans tous les pays. Un premier aspect de la politique menée est relatif à la volonté des gouvernements d'inscrire dans des textes législatifs ou réglementaires les droits des personnes handicapées.

A l'occasion du programme DECISIPH, lancé sur 6 pays d'Afrique de l'Ouest, Handicap International a fait un bilan du cadre législatif en faveur des personnes handicapées en Afrique de l'Ouest¹⁷. On constate qu'à la date du bilan (2011), plusieurs pays avaient promulgué des lois générales, notamment le Burkina Faso (voir ci-après), le Sénégal (Loi d'orientation sociale relative à la promotion et la protection des personnes handicapées

¹⁷ Voir : DECISIPH, Cadre législatif encadrant les droits des personnes handicapées - Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone, Togo, décembre 2010.

du 26 juillet 2010) et le Togo (Loi du 23 avril 2004 portant protection sociale des personnes handicapées - pas de décret d'application). D'autres pays avaient légiféré par ordonnance, ce qui est un peu moins fort du point de vue de la signification politique, comme le Niger (Ordonnance n° 93-012 du 2 Mars 1993 modifiée et complétée par l'Ordonnance 028 du 28 mai 2010 et le décret n°2010-637/PCSRD/MPPF/PE du 26 août 2010 fixant les modalités d'application de l'Ordonnance 93-012 du 2 mars 1993 modifiée et complétée par l'Ordonnance 028-2010 du 28 mai 2010). D'autres avaient traité la situation des personnes handicapées dans un texte centré sur un autre thème, comme le Mali avec les articles 46 et 47 de la Loi N°99-046, portant loi d'orientation sur l'éducation. Enfin, d'autres avaient une loi portant spécifiquement sur les personnes handicapées, mais ils tardaient à la faire voter ou à la promulguer, comme le Mali (Projet de loi en faveur des personnes handicapées depuis 2009) ou la Sierra Léone (Projet de loi : *Persons with Disabilities Bill*, depuis 2007).

Mais la manière dont ces dispositions sont appliquées peut ne pas refléter l'engagement du gouvernement. Il reste en fait à vérifier le caractère effectif des textes, c'est-à-dire à établir les conditions exactes de leur application sur le terrain. Sur ce point, la volonté et la capacité politique en matière de handicap se mesurent d'abord en observant la stratégie de développement du secteur et le respect des agendas. Ensuite, les budgets publics dédiés au secteur sont un bon indicateur de l'effort en faveur des personnes handicapées. Ces budgets peuvent être reconstitués de façon pragmatique en agrégeant les dotations aux établissements (fournies dans le budget de la santé) et les paiements de l'action sociale.

En outre, la coordination interministérielle est importante pour le financement des prestations de réadaptation physique et fonctionnelle. Elle doit être réalisée entre les Ministères en charge de la santé, de l'action sociale, de la protection sociale et des finances. L'existence d'un Conseil national du handicap (où se retrouveraient aussi les représentants des ONG et des associations de personnes handicapées) est un indice de l'attention accordée au secteur.

Le cas du Burkina Faso

Plusieurs textes de loi définissent un cadre favorable aux personnes handicapées : la Loi cadre en faveur des personnes handicapées ZATU n°86005/CNR/PRES du 16 janvier 1986 ; la Loi n°003-2010/AN du 25 janvier 2010, portant modification de la loi n°014-2001/AN du 03 juillet 2001 portant code électoral ; la Loi n°012-2010/AN du 1^{er} avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées. C'est dans ce dernier texte qu'apparaît un véritable statut de la personne handicapée et la carte d'invalidité déjà mentionnée.

Il existe une stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle pour la période 2011-2020, rédigée en novembre 2009¹⁸. Il y est rappelé que « la réadaptation est la quatrième composante de la santé après les soins de prévention, les soins curatifs, et les soins promotionnels », mais aussi « qu'elle est peu développée dans le système de santé du Burkina Faso ».

On a vu à plusieurs reprises que la situation du terrain ne traduisait pas le fait que la réadaptation physique et fonctionnelle soit très considérée au niveau politique. D'ailleurs, le DGSN a reconnu que « dans les faits, les personnes handicapées n'étaient pas prioritaires ».

Plusieurs Ministères sont impliqués dans la politique nationale. Contentons-nous de citer le Ministère de la Santé pour ce qui concerne les établissements et les services ; le Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, au titre de la prise en charge financière et des actions spécifiques ; le Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale au titre de la protection sociale ; le Ministère de la jeunesse, de la formation professionnelle et de l'emploi ; le Ministère de l'Education nationale au titre de la scolarisation ; et, inévitablement, le Ministère de l'Economie et des Finances, en tant que décideur budgétaire. On pourrait en ajouter d'autres (Sports par exemple), mais l'essentiel est qu'on doit s'interroger sur la coordination de ces institutions. Pourtant, l'article 56 de la Loi n°012-2012/AN prévoit « qu'un organisme multisectoriel de coordination, de suivi et d'évaluation est mis en place pour l'application effective des dispositions de la présente loi ». Or, cet organisme serait en fait « le bras armé de la DGSN » ; ce qui suggère qu'un seul ministère, la Solidarité nationale, a la charge de la politique en faveur des personnes handicapées.

¹⁸ Op. cit.

5.2 Les acteurs publics et privés

L'existence de professionnels renommés constitue la source du développement de ressources humaines. Mais les faibles effectifs de professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle dans un pays donné limitent leur capacité d'influence. Ils peuvent néanmoins s'organiser en associations. Par exemple, « il existe au Burkina Faso trois associations de professionnels qui travaillent dans l'amélioration de la qualité des soins par la réalisation de formations thématiques continues des membres :

- L'Association Nationale des Techniciens Orthopédistes du Burkina (ANTOB) ;
- L'Association Burkinabé des Masseurs Kinésithérapeutes et Auxiliaires de Rééducation (ABMKAR) ;
- Rééducation Pour Tous (REPTO)»¹⁹.

On comprend que l'existence d'associations panafricaines²⁰ constitue un moyen de reconnaissance intéressant pour les personnes, mais pas forcément idéal s'il s'agit d'impulser une démarche nationale.

D'autres acteurs influents vont se trouver dans le secteur caritatif. Les réseaux supranationaux auxquels ils appartiennent vont leur donner quelques moyens d'action supplémentaires, mais, en contrepartie, vont peut-être les inciter à moins s'impliquer dans le jeu national qui pourrait déboucher sur une évolution de la réadaptation physique et fonctionnelle dans le pays. D'un certain point de vue, ces acteurs n'ont pas d'attentes fortes à l'égard de l'Etat et, s'ils participent volontiers au service public, ils sont plus tournés vers l'extérieur et sont concentrés sur l'obtention de ressources supplémentaires pour développer leur propre activité. Par exemple, les organismes d'obédience catholique s'appuient sur des fondations à vocation panafricaine, et cherchent à renforcer leur implantation en appuyant par des ressources externes l'action de bénévoles qui sont actifs au niveau des paroisses. Ceux-ci développent un accompagnement de proximité pour les personnes handicapées, fondé sur la sensibilisation et l'information et non exempt de prosélytisme religieux. Ce faisant, ils agissent implicitement sur un terrain qui est aussi celui des associations laïques de patients, qui, dans l'ensemble, ne bénéficient même pas des modestes ressources qu'ils peuvent mobiliser.

¹⁹ Op. Cit.

²⁰ Par exemple, la Fédération africaine des techniciens orthoprothésistes (FATO).

Le dynamisme des fournisseurs de matériel est aussi un élément intéressant à prendre en compte pour apprécier l'influence possible des acteurs du secteur. Souvent, les acteurs commerciaux sentent bien les possibilités d'évolution de la demande et peuvent mettre en place des formules nouvelles d'accès aux produits.

Enfin, les appuis externes sont susceptibles de faire bouger les choses. Ils sont assez nombreux dans le secteur du handicap, mais beaucoup sont spécialisés sur des catégories d'incapacités exclues de cette étude (incapacités visuelles par exemple). Les acteurs extérieurs apportent des ressources diverses sous forme de dons, de formation, de soutien à la société civile. Ils vont être d'autant plus porteurs de changement qu'ils ne se cantonnent pas dans des projets locaux (expérimentations), mais s'inscrivent dans des projets d'envergure nationale. La question est celle de la volonté des acteurs extérieurs d'établir des partenariats avec les Etats, qu'il s'agisse de thématiques de politique générale du handicap (cf. programme DECISIPH cité) ou de dispositifs opérationnels sur le terrain.

5.3 La société civile

Les associations de personnes handicapées devraient être les interlocutrices privilégiées des pouvoirs publics et sont elles-mêmes parfois en position de créer des structures au bénéfice des personnes handicapées. De nombreuses associations existent, et il convient de distinguer celles qui sont le résultat d'une démarche issue des pays du Nord de celles qui sont nées de l'initiative de quelques personnes dans un pays.

D'une manière générale, les associations valent d'abord ce que valent leurs leaders en termes de réseaux et de leviers d'action. Au niveau des moyens, ces associations peuvent être assez démunies. Elles sont parfois censées recevoir quelques subsides des pouvoirs publics (Etat et collectivités) ou de partenaires extérieurs. Il n'est pas toujours évident que les associations aient une représentation dans tout le pays, ce qui limite leur capacité d'information et de plaidoyer.

Certaines associations considèrent que c'est l'information des personnes qui est leur fonction première. Cela renvoie au faible niveau de leurs moyens, qui ne les incitent pas à intervenir comme prestataires de services.

Il peut aussi y avoir des conflits ou un manque de coordination entre associations.

Cas du Burkina Faso

Deux grands ensembles d'associations de personnes handicapées ont été repérés au Burkina Faso.

Le plus ancien est la FEBAH (Fédération burkinabé des associations de personnes handicapées) qui fédère un grand nombre d'associations, réparties dans tout le pays. La FEBAH tient une partie de son influence de l'entregent de sa présidente, députée à l'assemblée nationale. Celle-ci a créé une école, dont la directrice est aussi directrice exécutive de la FEBAH.

Le second ensemble est le réseau RENOH (Réseau national des organisations de personnes handicapées), animé par l'ancienne directrice exécutive de la FEBAH. Celle-ci, en conflit avec la présidence de la FEBAH, dirige le Centre d'éducation et de formation intégrée des sourds et entendants (CEFISE) qui a été créé par son défunt mari. Le CEFISE est partenaire de Handicap International pour la formation professionnelle.

En revanche, la FEBAH est représentée dans plusieurs régions. Pendant la mission, il a été possible de rencontrer le président de la coordination régionale des associations de personnes handicapées du Centre Est (CORAPH/CE) (Tenkodogo) et des membres du conseil d'administration de la FEBAH, dont la directrice exécutive. La CORAPH regroupe 25 associations dans 3 provinces de la région, qui représenteraient entre 1 000 et 2 000 personnes handicapées. Sa fonction principale est de fournir de l'information aux nouveaux patients sur les centres de RBC de la région, les services de chirurgie orthopédique (à Kaya), la tarification et sur le centre de réadaptation physique et fonctionnelle de Tenkodogo. La CORAPH fonctionne avec une quinzaine de personnes bénévoles. Les associations ne s'impliquent pas dans l'organisation de la distribution des services, mais servent parfois d'intermédiaires pour que des personnes obtiennent des aides à la marche (béquilles surtout). La CORAPH serait surtout une structure de plaidoyer auprès des autorités, car elle manque de subventions pour développer de véritables projets. Elle s'implique dans l'organisation de la journée internationale de la personne handicapée (le 3 décembre). Elle forme à la vie associative avec l'appui de Handicap International, et aimerait gérer un Fonds régional d'action (suivant le modèle malien de *Handicaisse*), mais sans trop y croire car elle se plaint de l'inertie des pouvoirs publics.

Les responsables de la FEBAH n'ont pas un discours plus positif sur l'action de l'Etat. Ils insistent sur l'importance de l'information à donner aux populations reculées, et

estiment que le rôle de la FEBAH est d'orienter vers des prestataires et non de créer et gérer elle-même des établissements. La FEBAH se plaint du niveau des subventions de la Solidarité nationale et de la faible implication des associations dans la gouvernance du secteur du handicap. Implicitement, la FEBAH critique la Direction Générale de la Solidarité nationale, qui agit sans concertation. Par exemple, le conseil d'administration du FSN ne comprend aucun représentant des associations. Elle cherche à se rapprocher du Ministère de la Santé, notamment pour renforcer le CNAOB, qui ne serait pas en mesure de répondre à la demande.

5.4 La mise en place de la couverture maladie universelle

Les perspectives d'évolution de la couverture maladie sont importantes pour la transformation du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle. Selon le dynamisme et le pilotage politique des réformes qui doivent permettre d'atteindre la couverture universelle, les retombées sur le secteur du handicap seront plus importantes.

Cas du Burkina Faso

Le Secrétariat permanent pour la couverture universelle doit fixer le panier de soins qui sera proposé dans le cadre de l'AMU. Dès lors que l'on estime que la rééducation et l'appareillage devraient en faire partie, même sous certaines conditions, il faut que le message soit transmis et défendu dans les réunions du Comité de pilotage de l'AMU. De même que les mutuelles ont mené une action énergique de lobbying pour défendre leurs positions et sont régulièrement présentes aux réunions (ASMADE), les associations de personnes handicapées devraient chercher à participer aux travaux et préparer un argumentaire et une proposition qui soient consensuels au sein des organisations qui les fédèrent. On imagine que la FEBAH est la mieux placée pour jouer ce rôle, ne serait-ce qu'en raison de la position de sa présidente. Encore faudrait-il que les tensions entre organisations soient apaisées et qu'une position commune soit définie.

Conclusion

L'analyse du système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle plaide sans contestation possible pour le développement d'outils de financement qui permettent un meilleur accès aux services. En même temps, elle montre que le secteur représente une offre insuffisante par rapport aux besoins supposés et que celle-ci n'a pas les moyens humains et financiers de se développer.

Si l'accès financier à la réadaptation physique et fonctionnelle était amélioré, l'activité des établissements existants augmenterait jusqu'à ce que les ressources humaines dont ils disposent soient saturées. Si le supplément d'activité ne permettait pas de recruter d'autres personnels (à supposer qu'il y en ait à recruter), d'ouvrir d'autres établissements (à supposer que le surplus découlant du chiffre d'affaires réalisé puisse être orienté vers ce type d'investissement), l'offre resterait toujours trop courte. Or, avec la tarification actuelle, on est probablement dans ce cas de figure. Paradoxalement, les tarifs sont trop élevés par rapport aux moyens des usagers, mais trop faibles pour atteindre un niveau correct de fonctionnement des établissements.

Ainsi, une meilleure accessibilité financière profitera à quelques-uns, ce qui est déjà appréciable, mais ne résoudra pas le problème du financement du secteur et cela empêchera une majorité de personnes handicapées d'être prises en charge. En ce sens, un dispositif de gratuité, à vocation universelle, pourra se révéler discriminant et profiter surtout aux personnes résidant à proximité des établissements. Il reste qu'il n'est pas possible d'attendre que l'offre soit suffisante pour faciliter l'accès aux structures existantes à ceux qui en ont besoin. Mais, il ne faudrait pas imaginer que le soutien (le subventionnement) de la demande va être suffisant.

On peut d'ailleurs constater que les dispositifs de gratuité mis en place ne bouleversent pas la situation de la réadaptation physique et fonctionnelle. On se reportera sur ce point à l'évaluation des Fonds d'équité mis en place au Mali, au Togo et au Rwanda par Handicap International²¹. En dépit de l'effort financier, les Fonds n'ont pu intervenir qu'à la marge, « soit du fait du manque de techniciens (Rwanda, Mali), soit en raison des enveloppes restreintes qui leur sont allouées (Togo) ».

²¹ Op. cit. p.27

On peut tirer deux principes importants :

- le premier est que l'effort de soutien de la demande ne doit pas faire négliger l'investissement dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle,
- le second est que les dispositifs à mettre en place pour faciliter l'accès financier à la réadaptation physique et fonctionnelle devraient être aussi équitables que possible et, à ce titre, être définis en prenant en considération l'ensemble des coûts imputés aux usagers et pas seulement les tarifs appliqués.

Dans les pays favorables, une démarche auprès des autorités pourrait donner lieu à des expérimentations de financement destinées à être pérennisées. La situation du Burkina Faso n'est sans doute pas la référence unique, mais il est probable que le modèle le plus intéressant dans un grand nombre de pays pour le financement de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle sera celui d'un Fonds public qui bénéficierait d'une gestion autonome. Le point le plus délicat sera de veiller à la pérennisation des ressources de ce Fonds, sachant que son organisation devra être marquée par la recherche de l'efficacité et de l'équité, compte tenu des lacunes de l'offre.

La participation de l'assurance maladie au financement de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle n'est pas à exclure, mais elle constitue plus une perspective de moyen terme, compte tenu de l'état des régimes obligatoires et volontaires existant dans de nombreux pays et du fait que les chantiers de l'AMU vont forcément privilégier l'organisation du financement des soins médicaux standards.

Il a été dit que le financement de l'accès à la réadaptation physique et fonctionnelle ne suffirait pas à donner au secteur les moyens de son développement, et l'on a vu que l'insuffisance de l'offre avait un impact important sur les coûts d'accès. Une idée à creuser serait de donner à un Fonds public une double mission : d'une part la mission de financement de l'accès des personnes (qui a été évoquée), d'autre part la mise en œuvre d'une stratégie d'investissement en ressources humaines, infrastructures et équipements de réadaptation physique et fonctionnelle. Cette formule aurait l'avantage d'équilibrer l'effort financier en faveur de l'offre et de la demande, en s'appuyant sur une information cohérente. On peut évidemment objecter qu'elle ne respecte pas complètement le principe de séparation du payeur et des prestataires et qu'il y a un risque de favoriser les structures les plus fréquentées, mais la situation de l'offre

semble trop précaire pour se contenter de n'œuvrer qu'à un meilleur financement de la demande.

Derrière ces considérations, une recommandation essentielle relative au financement de la réadaptation physique et fonctionnelle est de rendre aussi transparent que possible le circuit des fonds dont elle a besoin.

Références

- **ASMADE, Processus de mise en place de mutuelles de santé, document de capitalisation, avril 2013**
- **Bationo F., Zett J.B., Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, ASMADE, octobre 2011**
- **DECISIPH, Cadre législatif encadrant les droits des personnes handicapées - Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Léone et Togo, décembre 2010**
http://proadiph.org/IMG/pdf/synthese_cadres_legislatifs_fr.pdf
- **Doamba J.E.O., Ouedraogo A., Saksena P., Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages et l'utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso, African Health Monitor, issue n°17, July 2013**
<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/ahm/reports/651/ahm1709.pdf>
- **Gerbier B., Botokro R., Comment améliorer l'accès aux soins de réadaptation pour les plus pauvres ? Evaluation de trois Fonds d'Équité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo, Handicap International, 2009**
<http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/RapportFESComplet.pdf>
- **Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, décembre 2010**
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/Hi_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf
- **Handicap International, Analyse des données en réadaptation de la région du Centre-Est, décembre 2011**
- **Handicap International, Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation physique et fonctionnelle, décembre 2012**
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM08Perennite.pdf

- Handicap International, **La réadaptation physique et fonctionnelle**, Direction des Ressources Techniques, 2013
http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC10Readaptation.pdf
- INSD, **Le Burkina en chiffres**, édition 2007
http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/burkina_090608.pdf
- INSD, **Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province**, août 2009
http://www.insd.bf/fr/IMG/Projections_demographiques_sous_nationales_2007-2020.pdf
- INSD, **Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009)**, septembre 2010
http://www.insd.bf/n/contenu/enquetes_recensements/eng_cond_vie_menages/resultats_provisoires_eicvm.pdf
- Letourmy A., Pavy-Letourmy A., **La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu**, AFD, Notes et documents n°26, décembre 2005
<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/26-notes-documents.pdf>
- Letourmy A., Galland B., Guillebert J., **Une expérimentation de partenariat public/privé dans le domaine de la protection sociale contre la maladie en Tanzanie**, in Facts reports, n°spécial 8/2012, p. 46-54
<http://factsreports.revues.org/2733?file=1>
- Ministère de l'Economie et des Finances du Burkina Faso, **Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) 2011-2015**, 2010
http://www.unpei.org/sites/default/files/e_library_documents/Burkina_Faso_PR_SP_2011.pdf
- Ministère de la Santé du Burkina Faso et CNAOB, **Stratégie nationale de développement de la réadaptation physique et fonctionnelle au Burkina Faso 2011-2020**, novembre 2009

- Ministère de la Santé du Burkina Faso, **Plan national de développement sanitaire 2011-2020**, 2011
http://www.who.int/pmnch/media/events/2014/bfa_pnds.pdf
- OMS, **Rapport sur la santé dans le monde : « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle »**, OMS, 2010
<http://www.who.int/whr/2010/fr/>
- OMS, **Réadaptation à base communautaire, guide de RBC**, 2011
<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/>
- OMS, **Rapport mondial sur le handicap**, 2011
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
- OMS, **Rapport sur la santé dans le monde : « La recherche pour la couverture sanitaire universelle »**, OMS, 2013
<http://www.who.int/whr/2013/report/fr/>
- WHO, **Distribution of health payments and catastrophic expenditures - methodology**, Discussion paper n°2, 2005
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf
- Yaméogo J.B. et Sanou A., **Processus de mise en place de l'assurance maladie au Burkina Faso**, Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, Secrétariat permanent de l'assurance maladie, Ouagadougou, 28 février 2013



Comprendre l'accès financier aux services de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement

Ce rapport est consacré à l'accès financier aux services de réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays en développement, et est étayé concrètement par le cas du Burkina Faso.

Après quelques considérations générales sur la réadaptation physique et fonctionnelle (partie 1), qui permettent notamment de circonscrire le champ de l'étude, le système économique de la réadaptation physique et fonctionnelle est analysé du point de vue de l'offre de soins (partie 2), de la demande et de son financement (parties 3 et 4). Enfin, sont abordées les questions de la politique nationale du handicap, en liaison avec les possibilités d'évolution du système et des acteurs qui peuvent faciliter le changement (partie 5). En conclusion sont indiquées diverses recommandations sur les étapes consécutives à l'étude.

FEDERATION HANDICAP INTERNATIONAL
138, avenue des Frères Lumière
CS 88379
69371 Lyon cedex 08

T. +33 (0) 4 78 69 79 79
F. +33 (0) 4 78 69 79 94
publications@handicap-international.org