

LE PROJET CREDIT SANTE FAARF/OMS

(Une expérience du Burkina Faso)

Alimata THIOMBIANO
Coordonnatrice du projet

INTRODUCTION

Le projet crédit santé FAARF/OMS est une expérience de financement de la santé par une institution de micro crédit avec l'appui financier et technique de l'OMS. Il montre les importantes mutations enregistrées au sein du FAARF et qui doivent lui permettre bientôt de répondre aux préoccupations de sa clientèle.

I- LE PASSAGE DU FAARF DU CREDIT A LA SANTE

1.1- Présentation du Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes « FAARF »

Les femmes représentent 51% de la population du Burkina Faso et vivent en majorité dans les zones rurales. Elles sont très impliquées dans les activités économiques du pays mais malheureusement la pauvreté et l'analphabétisme qui frappent 90% d'entre elles les excluent de l'offre des services financiers classiques car elles ne disposent d'aucune valeur-refuge pour assurer la bonne sortie des crédits dont elles pourraient bénéficier auprès des banques.

Ainsi, au regard de leur suprématie en nombre, des actions de développement qui ne les prendraient pas en compte, négligeraient d'importantes potentialités.

Il est donc apparu nécessaire au gouvernement du Burkina Faso de mettre en place une structure financière décentralisée qui offrirait des services financiers de proximité à ces femmes.

C'est ainsi que le FAARF a été créé en 1990 par le gouvernement du Burkina Faso avec une dotation de 330.000.000 FCFA.

1.2- Missions assignées au FAARF

L'objectif assigné au FAARF est de provoquer une dynamique économique dans le monde féminin (notamment dans les milieux défavorisés) par l'émergence de petites unités de production. Ainsi le FAARF a pour mission :

1) de faciliter l'accès des femmes (notamment pauvres) au crédit en leur accordant de petits prêts pour exercer de petites activités génératrices de revenus ;

2) de garantir auprès des banques classiques les prêts de certaines femmes ou jeunes filles (les jeunes diplômées notamment) ayant des projets viables mais ne disposant pas de garantie à offrir aux banques ;

3) de former et d'encadrer les femmes bénéficiaires de crédits, à l'organisation et au fonctionnement des organisations féminines, à la gestion du crédit et aux activités économiques. L'objectif de ces formations est de donner aux bénéficiaires les éléments de base pour une meilleure utilisation du crédit et de les aider à être plus opérationnelles.

1.3- Activités du FAARF

a) Le crédit, l'épargne et la formation

Les bénéficiaires des prêts sont des femmes pauvres des zones rurales ou urbaines qui s'organisent en groupements féminins de 50 à 100 membres, voire plus, ou en petits groupes de solidarité de trois à six personnes.

Les membres des groupements sont des femmes encadrées par des structures publiques ou privées (par exemple, les agents des Centres régionaux de promotion agricole « CRPA »).

Les femmes organisées autour de ces structures se cautionnent mutuellement et l'épargne ne conditionne pas le crédit en raison de la pauvreté qui prévaut dans le milieu.

Les montants des crédits varient entre 5.000 et 500.000 FCFA pour les prêts individuels, c'est-à-dire pour les femmes des petits groupes de solidarité ; les groupements peuvent, par contre, bénéficier d'un montant atteignant 2.000.000 FCFA.

Le taux d'intérêt est de 10% sur la totalité du capital de départ et la durée du crédit varie de 6 à 12 mois avec une périodicité de remboursement hebdomadaire, mensuelle ou semestrielle.

Le crédit est également assorti de frais de dossier dont le montant est de 200 FCFA pour les prêts individuels et de 1.000 FCFA pour les groupements.

Dès l'accord de crédit, la cliente adhère à un fonds de garantie et constitue à partir de son crédit un dépôt équivalent à 10% du montant de son crédit. A l'amortissement du prêt, elle peut disposer de son dépôt ou le conserver dans les livres du FAARF, sous forme d'épargne.

Cette action n'a autre objectif que de viser à développer l'esprit d'épargne chez les femmes.

Les activités du FAARF couvrent aujourd'hui l'ensemble du territoire national. Depuis le début de ses activités jusqu'au 31 décembre 1997, le FAARF a distribué un montant total de crédits de 2.344.535.225 FCFA à 115.890 femmes.

Le nombre des prêts au 31 décembre 1997 s'élevait à 8.012, dont 4.754 prêts individuels et 3.258 prêts aux groupements féminins.

Pour l'exercice 1998, le montant des prêts accordés au 1^{er} trimestre s'élevait déjà à 274.903.000 FCFA et concernait 10.154 femmes.

Les formations des clientes sont dispensées dans les langues nationales et sont relatives essentiellement à :

- l'organisation et au fonctionnement des organisations féminines de base ;
- la gestion de la micro entreprise.

b) La santé

Le FAARF, en dépit d'une concertation sur les femmes des milieux les plus défavorisés, ne s'est pas soucié, les premières années de son existence, des questions de santé de ses clientes.

Cet intérêt ne naîtra qu'au cours de l'année 1993 ; il viendra en premier lieu d'une initiative des clientes qui ont manifesté le besoin de rechercher des solutions aux problèmes de santé maternelle et infantile qu'elles rencontrent.

La question a pris de l'importance dans un second temps, lors des reclassements des créances en fin d'année. En effet, le FAARF s'est rendu compte, au cours des évaluations, que 75 à 80 % des créances impayées par les femmes économiquement défavorisées se justifiaient par la mauvaise santé de la cliente ou de son enfant en particulier.

Par ailleurs, durant les 4 mois qui ont suivi la dévaluation du FCFA par rapport au franc français, le rythme de retrait des fonds de garantie transformés en épargne fut anormalement élevé car il était supérieur de 132% à celui de 1993. Les investigations révélèrent que les femmes retiraient leurs avoirs pour faire face surtout à l'augmentation du prix des médicaments.

C'est alors que le FAARF se mit à rechercher des partenaires susceptibles de l'aider à trouver une réponse à ces problèmes de santé.

II- LA RECHERCHE DE PARTENAIRES

Les prospections du FAARF le firent connaître de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève dont une délégation visita le Burkina Faso du 27 au 29 avril 1994.

Les préoccupations des femmes et du FAARF en matière de santé étaient fondées ; en témoignent les indicateurs socio-économiques du pays qui se situent à des niveaux préoccupants ; en effet :

- l'enquête démographique et de santé menée en 1993 sur l'ensemble du territoire national a fait ressortir que la **malnutrition protéino-calorique** (poids/taille) était de **13% chez les enfants de moins de 5 ans dont 3% de malnutrition sévère ; 10% des enfants nés à terme dans les maternités ont un faible poids de naissance (inférieur à 2,5Kg) ;**
- les **taux de mortalité infantile et juvénile** étaient très élevés, respectivement de **110 et 74/1000 en 1991 ;**
- la mortalité maternelle était estimée à 566 décès pour 100.000 naissances vivantes.

L'OMS rencontra alors des décideurs nationaux, des donateurs et des intervenants dans le domaine du crédit décentralisé afin de mesurer l'intérêt des institutions pour des programmes de crédit orientés vers la réduction de la pauvreté et l'amélioration des conditions sanitaires des groupes les plus défavorisés. C'est ainsi que le FAARF fut retenu par l'OMS comme partenaire financier au terme de la mission exploratoire.

III- MISE EN PLACE DU PROJET

3.1- Le partenariat

Des intervenants-clés ayant une certaine expérience dans le domaine de l'éducation à la vie familiale ont été identifiés au plan national ; il s'agit :

- de l'Institut national d'alphabétisation (INA), spécialisé en alphabétisation fonctionnelle ;
- des services du ministère de l'Action sociale qui ont une pratique ancienne du planning familial, de l'éducation à la vie familiale, de la formation à la gestion du budget des ménages ;
- du secrétariat permanent du Programme national pour l'environnement qui avait déjà prévu de collaborer avec le FAARF sur les questions d'assainissement ;

- des centres régionaux de promotion agro-pastorale, en particulier leurs structures dénommées Bureaux de promotion des activités féminines (BPAF) qui sont très présents en milieu rural ;

- des services centraux et décentralisés du ministère de la Santé pour promouvoir les soins de santé primaires.

Ces intervenants et les partenaires de la Coopération qui appuient déjà le FAARF (PNUD, FNUAP, UNICEF...) ont été regroupés au sein d'un « comité de pilotage » qui prend les grandes orientations et suit le déroulement du projet « crédit-santé ».

3.2- Le projet

3.2.1- Objectifs et mécanisme du projet

L'Etat burkinabè n'a pas les moyens financiers d'assurer la gratuité des soins de santé et par ailleurs, il est parfois difficile, notamment dans les milieux économiquement défavorisés, de faire face individuellement et à tout moment au coût des soins de santé.

Le crédit-santé a ainsi pour but de donner aux femmes les moyens d'assurer le financement de leurs soins de santé et de ceux de leur famille, notamment les enfants.

L'approche consiste à combiner en faveur des femmes le petit crédit pour des activités génératrices de revenus et l'éducation en santé/nutrition pour atteindre un triple objectif :

- la lutte contre la pauvreté des femmes grâce au crédit qui finance des activités génératrices de revenus et qui permet de dégager une épargne ;

- une meilleure santé des familles démunies, notamment des femmes et des enfants grâce aux ressources qui seront affectées de façon préventive et/ou curative au financement de leurs soins de santé ; les femmes sont solidaires quant au partage des risques de maladies ;

- l'amélioration à terme des indicateurs sociaux, notamment en matière de mortalité grâce aux soins curatifs, par une fréquentation plus soutenue des structures sanitaires et aux soins préventifs, par l'éducation en santé à travers la sensibilisation des femmes sur les pratiques de base en soins primaires, en hygiène, en alimentation et nutrition.

3.2.2- La mise en place du projet

Elle a nécessité les étapes et activités suivantes :

a) L'étude de faisabilité

Une étude de faisabilité qui a consisté à établir un système de liaison entre le crédit et les soins primaires ainsi que l'éducation pour la santé et la nutrition fut réalisée en 1995/96.

Cette étude a comporté une analyse des groupements féminins (leurs besoins sanitaires, leur capacité à payer pour leur santé) et des entités sanitaires dénommées « districts » (leurs offres en matière de soins de santé primaires et leur utilisation par la population) en cours de constitution au niveau des provinces. En effet, le ministère de la Santé venait de décider de la relance de l'Initiative de Bamako (« l'IB ») pour le renforcement des soins de santé primaires.

Rappelons que « l'IB » est la conférence des ministres africains de la Santé qui s'est tenue à Bamako en 1987 et qui était parrainée par l'OMS et l'UNICEF. Elle a eu pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires d'une part et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics d'autre part.

Pour atteindre ce but, de nouvelles orientations ont été définies visant une augmentation de l'efficacité des services de santé, une limitation de leurs coûts et leur disponibilité permanente tout en instaurant une participation des communautés, tant dans la gestion que dans les financements des centres de santé.

b) Le choix du district sanitaire et des groupements féminins

Afin d'augmenter les chances de réussite du projet, l'expérimentation devait bénéficier des conditions idéales. Ainsi, le choix du district sanitaire a tenu compte :

- d'un nombre important de groupements de femmes dynamiques ;
- d'une population cible intéressée ;
- de l'existence de maladies courantes ;
- de l'existence de centres de santé et de structures pharmaceutiques redynamisés conformément à « l'IB ».

Le district sanitaire de Kongoussi, situé dans la province du Bam au nord et à 115 km de Ouagadougou, répondait aux différents critères et fut donc choisi.

c) La mise en place de la mutuelle / son financement / sa gestion

Une cellule composée de deux personnes (une coordonnatrice de profil économiste chargée des questions économiques et financières et une adjointe de profil assistante sociale chargée des questions d'IEC) apporte actuellement les appuis

techniques nécessaires au projet. La coordonnatrice adjointe forme les animatrices en IEC au profit des femmes et supervise le projet dans ce domaine.

- La mise en place de la mutuelle

Au préalable, quelques animatrices du FAARF (personnes-ressources chargées des opérations de crédits et de l'encadrement des femmes) ont été formées à la mise en place du projet ; les deux animatrices responsables de la zone du Bam ont été donc chargées du suivi du projet sur le terrain. Elles sont encadrées à cet effet par l'équipe du projet composée d'un coordonnateur et de son adjoint.

Le modèle de mise en place de mutuelle développé par le projet comporte 3 phases essentielles : la présentation du crédit santé aux femmes ; l'organisation ; la gestion administrative et financière des activités de la mutuelle.

* La présentation du crédit santé

Dans cette étape, le crédit santé est présenté aux femmes à travers les corollaires de la pauvreté (faim, malnutrition, non utilisation des services sanitaires) qui sont des causes de maladies.

L'objectif du crédit santé est donc d'assurer le financement de l'accès aux soins de santé primaires des femmes et de leurs enfants grâce au crédit qui permettrait aux femmes de dégager des surplus de revenus et grâce également à leur éducation en santé et nutrition en vue de leur enseigner les pratiques de base en soins de santé primaires (hygiène/alimentation/nutrition) pour minimiser les risques de maladie.

* L'organisation mise en place

. Les cellules de base

Les femmes de chaque groupement s'organisent en cellules de base de 30 à 40 individus au maximum et chaque cellule de base élit en son sein trois responsables (une présidente, une trésorière et une secrétaire).

Un bureau, chargé de l'ensemble de la mutuelle, est également mis en place par le groupement. Il est composé d'une présidente, d'une secrétaire et d'une trésorière.

A l'intérieur de la cellule, les femmes forment des petits groupes de solidarité de 3 à 6 personnes.

Ce sont ces groupes de solidarité qui statuent librement sur la demande de crédit de leurs membres car ils se connaissent très bien entre eux et sont en mesure d'évaluer les capacités réelles de gestion des uns et des autres ; ce sont ces groupes de solidarité qui décideront également des prises en charge de leurs membres.

A terme, les mutuelles pourraient s'organiser en union de village puis en union de zone sanitaire.

. Les réunions périodiques

Des réunions périodiques ont été instituées : chaque cellule de base se réunit hebdomadairement tandis que le groupement se réunit mensuellement ; c'est lors de ces rencontres que le bureau du groupement : - **tient à jour la liste de présence** - **discute** avec les autres membres de la **gestion de la cellule** - **apprécie** en collaboration avec les femmes **les futures demandes de prêts** et leurs modalités de remboursement (c'est le bureau qui collecte également les échéances des prêts en présence de toutes les femmes pour reversement auprès des animatrices qui assistent aux différentes réunions) - **discute des possibilités d'amélioration des activités économiques** des membres - **discute des problèmes de santé** des membres et du **financement de la mutuelle** et de tout autre sujet pouvant améliorer le fonctionnement de l'organisation.

Avec l'appui technique de l'OMS et d'autres partenaires ayant de l'expérience dans le domaine de l'éducation à la vie familiale, un programme en IEC a été développé.

C'est au cours de ces rencontres périodiques que les enseignements seront dispensés aux femmes sous forme de sensibilisation par les animatrices, surtout.

- Le financement de la mutuelle

Dès le départ, l'idée de subvention comme un moyen de financement de la mutuelle a été écartée; en effet, les subventions n'étant pas continues, il faut craindre une défaillance du système, dès la fin de l'assistance.

Les femmes ont été alors sensibilisées au problème de leur prise en charge par elles-mêmes, ont retenu librement la **formule d'une cotisation mensuelle comme mode de financement** de la mutuelle et ont **accepté d'être solidaires** quant au partage des risques de maladie.

- La gestion de la mutuelle

La gestion administrative et financière de la mutuelle se fait à travers des outils bien définis et très simples afin de faciliter la tâche des femmes ; cela est d'autant plus important que dans le milieu, le niveau intellectuel est très limité.

3.2.3- Les résultats enregistrés et les leçons tirées

a) Les résultats

- La mise en place de la mutuelle

L'expérimentation a démarré avec deux mutuelles composées de deux groupements féminins de deux villages différents : un groupement de 59 femmes du village de Tanguiéma et un groupement de 76 femmes du village de Zimtanga.

A la date d'aujourd'hui, toutes les femmes des deux groupements font partie de la mutuelle ; les femmes de Tanguiéma ont adhéré au système avec une cotisation mensuelle de 100 FCFA et celle de Zimtanga pour 200 FCFA ; les cotisations ont démarré dès le mois de juillet 1997.

- La gestion de la mutuelle

Un comité de gestion composé des membres du bureau est responsable de la gestion quotidienne de la mutuelle.

La gestion administrative se résume à l'heure actuelle à la tenue du registre de présence et à sa mise à jour, au suivi de présences aux réunions ; un règlement intérieur a été élaboré et fonctionnera pleinement dès que l'offre des soins sera effective.

La gestion financière est assurée pour l'instant à travers un registre de cotisations qui tient lieu de livre de caisse et qui fait ressortir régulièrement l'état des cotisations.

Les fonds sont déposés auprès du Réseau des caisses populaires de la province.

En vue du démarrage très prochain de l'offre des soins de santé, les principales activités suivantes viennent d'être réalisées : il s'agit de :

- * la faisabilité financière, afin de mettre en valeur la viabilité du projet ; une enquête avait été réalisée et a fait ressortir que les femmes ont décidé en priorité que le système **couvre les enfants de moins de cinq ans**. Sur la base des taux actuels de cotisation, il est apparu que la viabilité pouvait être atteinte si le système ne couvre, pour l'instant, que les petits risques, si la prise en charge est strictement limitée à un nombre déterminé d'épisodes maladies dans l'année par adhérente avec l'institution d'un ticket modérateur et d'une prescription de médicaments génériques uniquement ;

- * l'élaboration des procédures de gestion de la mutuelle et de la définition des différents outils de gestion administrative et financière (il s'agit notamment de la carte de membre, de l'actualisation du règlement intérieur, du circuit du patient, du cahier de consultation, du carnet d'attestation de soins, du registre des cotisations, du livre de banque) ; le côté intéressant de la formule est que le contrôle est effectué par les usagers eux-mêmes et non par les prestataires, excluant ainsi toute possibilité de fraude puisque les membres se connaissent entre eux ;

* l'élaboration d'une convention entre les centres de santé et les groupements féminins afin de définir le cadre juridique dans lequel les activités de soins seront réalisées ; le document est en voie de finalisation et sera signé dans le courant du mois de juin 1998 afin de permettre le lancement du projet **dès la première semaine de juillet 1998.**

Plusieurs séances de travail ont eu lieu avec les structures sanitaires : les différents outils de gestion élaborés ont été appréciés par l'équipe cadre du district de Kongoussi et du CSPS de Zimtanga et ont été, par conséquent, adoptés.

A l'heure actuelle, les comités de gestion sont en train d'être formées à la bonne exécution de leurs tâches et à l'utilisation des différents outils de gestion.

b) Les leçons à tirer

L'appréciation des différentes activités réalisées nous a permis de tirer d'ores et déjà les principales conclusions suivantes :

- Les points positifs

*Les femmes sont très intéressées par les mutuelles pour financer leur santé ; le projet les attire à tel point que son extension a débuté avant même qu'il soit lancé. En effet, des femmes de quatre autres groupements féminins ont déjà commencé à cotiser sur information de bouche à oreille et attendent impatiemment que l'expérience se reproduise avec elles. Ce succès vient du fait que rien n'a été imposé aux femmes qui, elles, se sont senties concernées et se sont réellement impliquées à tous les niveaux ; la caution solidaire permet en principe de ne pas enregistrer des impayés sur les cotisations car le petit groupe de solidarité doit faire face à l'impayé et se retourner ensuite contre la défaillante pour se faire rembourser.

Par ailleurs, il existe un environnement favorable au projet car on a noté un réel besoin de financement de la santé dans le milieu.

* Les structures sanitaires sont très coopératives et mettent en œuvre toute leur bonne volonté pour la réussite de l'expérience aux fins d'extension du projet à l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, nous estimons que la généralisation des mutuelles de santé contribuera à l'amélioration de la qualité des offres de soins de santé.

- Les points négatifs

Les constats ont fait ressortir que :

* la faisabilité financière doit être réalisée en priorité ; en effet, à partir des simulations faites récemment, nous avons constaté la faiblesse des taux de cotisation notamment dans le village de Tanguièma ; ce qui nous a amenés à

demander des augmentations de taux, sinon les activités auraient été compromises, alors que les femmes ont commencé à cotiser depuis dix mois et il s'avérerait très dangereux (car il y allait de la crédibilité du FAARF et de l'OMS) de les décevoir en mettant fin au projet sans qu'il ait, en réalité, commencé.

Heureusement, les deux groupements ont suivi et chacun a décidé librement d'augmenter son taux de 100%.

Afin de crédibiliser le projet, il est prévu de constituer un fonds de garantie FAARF/OMS en faveur des formations sanitaires pour les rassurer sur le bon recouvrement des coûts.

* Les groupements féminins doivent désormais bien choisir et le choix doit tenir compte obligatoirement de leur performance à cotiser. En effet, la faiblesse actuelle constatée des taux de cotisation ne permet, pour l'instant, ni un élargissement de la cible à d'autres catégories de personnes, ni la couverture des gros risques. Or, il aurait été souhaitable que la cible soit élargie afin que chaque mutualiste trouve son compte dans l'organisation ; sinon, il est à craindre que les femmes exigent, à terme, que la notion de solidarité soit repensée ;

* les femmes de Tanguiéma ont une grande distance à parcourir pour se rendre au CMA de Kongoussi qui est leur centre de santé de référence ; il est à craindre que cet aspect des choses soit un facteur dissuasif qui pourrait grever les résultats espérés.

CONCLUSION

A travers ce projet, un excellent partenariat et une coopération exemplaire existent entre le FAARF et l'OMS. Ce partenariat présentera d'autant plus d'intérêt que la réussite du « projet crédit santé » va entraîner une participation communautaire importante et contribuera à améliorer le taux de fréquentation des formations sanitaires, ce qui se répercutera favorablement sur la maîtrise des coûts récurrents au niveau des formations sanitaires.

Par ailleurs, les accords de collaboration entre les mutuelles et les structures sanitaires seront d'excellents moyens pour amener celles-ci à améliorer la qualité des soins. Les effets conjugués de ces différentes actions devraient se traduire, à terme, par une amélioration de la santé des populations, objectif tant recherché par le ministère de la Santé et l'OMS au regard de son mandat.

Le FAARF a déjà perçu, quant à lui, l'intérêt de ce projet car il lui permettra de mener des activités intersectorielles dont les principales conséquences peuvent se résumer à un élargissement de sa clientèle grâce à la capitalisation de l'expérience, à un renforcement de sa performance et à sa contribution à l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des familles.

I. E-6 Etude de la faisabilité d'une mutuelle s'adressant à la clientèle des FSU-com (1999)

a. PSA / GIDIS

1. A. JUILLET, A. OUATTARA, P. WALFARD, C. ORTIZ, P. EONO

Cette étude vise à analyser la faisabilité d'une mutuelle basée sur les clients des FSU-com, sous l'angle économique et financier.

Trois modèles sont ainsi proposés, privilégiant soit le type de prestations à couvrir (premier niveau, hospitalisation ou médicaments) soit un secteur particulier comme la santé maternelle. L'adhésion peut être familiale et couvrir alors 7 personnes (2 adultes et 5 enfants) ou individuelle.

Le premier modèle propose des remboursements à taux constant (50%) pour toutes les prestations retenues sans tenir compte du coût des prestations ni de leur gravité éventuelle. L'adhésion pour la famille est fixée à 2250 FCFA par an et la cotisation mensuelle à 700 FCFA. Attractif pour les consultations et les accouchements ce modèle est probablement insuffisant pour les hospitalisations dont les coûts resteraient élevés pour le malade.

Le second modèle privilégie la santé maternelle aux dépens des consultations de premier niveau et des hospitalisations pédiatriques. L'adhésion pour la famille a été fixée à 2500 FCFA par an et la cotisation mensuelle à 850 FCFA. Il serait donc susceptible d'améliorer la santé maternelle mais n'aurait que peu d'effet sur la santé infantile.

Le dernier modèle très attractif pour le premier niveau propose des remboursements à taux égaux ou plus élevés pour toutes les prestations (65 à 100 %) avec en contrepartie une augmentation de l'adhésion annuelle qui passe à 5000 FCFA et des cotisations mensuelles qui passent à 1320 FCFA.

Dans les modèles proposés, les droits d'adhésion varient de 2250 FCFA à 5000 FCFA et les cotisations de 700 FCFA à 1320 FCFA. Les prestations couvertes sont différentes en fonction du modèle et les taux de remboursement oscillent entre 25 % et 100%. Les trois modèles proposés assurent une viabilité économique théorique. Le choix devra alors se faire à partir des souhaits exprimés par la population, des risques potentiels évalués pour chaque option et des préalables nécessaires. Parmi eux, l'augmentation du nombre d'adhérents est nécessaire pour asséoir l'assiette de la mutuelle en terme de disponibilité financière. S'agissant de mutuelles des clients des FSU-com, la gestion devra être clairement séparée de celle des services de santé des FSU-com. La mise en place d'une mutuelle augmentera certainement la fréquentation des formations qui doivent donc trouver des solutions pour continuer de garantir la qualité des services en particulier pour diminuer les temps d'attente.

La couverture des produits pharmaceutiques correspond à la prestation la plus risquée et beaucoup d'expériences ont été des échecs en raison du dérapage dû à la prise en charge des médicaments. Le choix de l'organisme gestionnaire est également déterminant pour la réussite de l'entreprise pour obtenir la confiance des adhérents et leur implication dans la gestion de la mutuelle.

Le problème du recouvrement des cotisations reste un point essentiel dans une population où le prélèvement à la source n'est pas envisageable et où la clientèle

dispose de revenus modestes. Il doit cependant être impérativement réglé sous peine de remettre en cause la viabilité financière de la mutuelle.

L'étude financière de ces trois modèles amène à conclure à la faisabilité d'une telle entreprise avec cependant certains préalables sur le choix rigoureux des prestations à couvrir et des taux de remboursements. La mise en place d'une mutuelle suppose également que soient résolues certaines difficultés relatives à la confiance des adhérents potentiels (en particulier sur la gestion des fonds), à la solidarité des membres et au mode d'organisation, ce qui fera l'objet d'études ultérieures. Cette étude de faisabilité économique doit maintenant être complétée par une étude de faisabilité sociale afin de préciser quels sont les déterminants qui permettront d'améliorer la confiance des malades pour les faire adhérer à un système de solidarité mutualiste.