

**Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé
en Afrique**

**Un programme appuyé par WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ/Assurance
maladie, PHR et AIM**

**Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en au
Burkina Faso**

Version provisoire

**Jean Baptiste ZETT,
Socio-économiste,
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion,
Université Ouagadougou
septembre 2000**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	UN BESOIN D'ACTUALISATION DES CONNAISSANCES SUR LES MUTUELLES DE SANTE	5
1.2	METHODOLOGIE ET DEGRE D'INVESTIGATION	5
1.3	DIFFICULTES LIEES A LA RECHERCHE	6
2	Le Contexte spécifique du Burkina Faso	6
2.1	LE CONTEXTE PHYSIQUE ET CLIMATIQUE	6
2.2	LE CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF	6
2.3	LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	7
2.4	LE CONTEXTE SOCIOLOGIQUE	7
2.5	LE CONTEXTE ECONOMIQUE	8
2.5.1	GENERALITES SUR L'ECONOMIE BURKINABE : UN PETIT PAYS PAUVRE	8
2.5.2	UNE LONGUE TRADITION D'AJUSTEMENT STRUCTUREL	9
2.5.3	LE PROGRAMME D'AJUSTEMENT STRUCTUREL DES ANNEES 90	9
2.5.4	EVOLUTION RECENTE DE L'ECONOMIE	10
2.6	LA SITUATION SANITAIRE AU BURKINA FASO	11
2.6.1	L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION : UNE SITUATION PREOCCUPANTE	11
2.6.1.1	Les indicateurs de mortalité	11
2.6.1.2	Les indicateurs de morbidité	12
2.6.2	QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA SITUATION SANITAIRE	12
2.6.2.1	La persistance des épidémies endémiques comme facteur explicatif	12
2.6.2.2	La persistance de la malnutrition et autres carences nutritionnelles	13
2.6.2.3	L'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire	13
2.6.2.4	La faible utilisation des formations sanitaires existantes par les populations	14
2.6.2.5	Le coût élevé des soins sanitaires et l'accessibilité limitée aux médicaments	14
2.6.3	LE SYSTEME DE SANTE	15
2.6.3.1	Les politiques de santé au Burkina Faso	15
2.6.3.2	L'Organisation actuelle du système de santé	18
2.6.3.3	Le financement de la santé	19
3	Le Développement des mutuelles	22
3.1	CONTEXTE D'EMERGENCE DES MUTUELLES	22
3.1.1	LES DEFAILLANCES DES MECANISMES DE PROTECTION SOCIALE OFFICIELS ET TRADITIONNELS	22
3.1.2	UN INTERET DES AUTORITES, DES ONG ET DES BAILLEURS DE FONDS POUR LE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	23
3.2	L'EVOLUTION DES MUTUELLES DE SANTE	23
3.2.1	UNE TYPOLOGIE DES MUTUELLES DE SANTE EX-ANTE AU BURKINA FASO	24
3.2.2	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	24
3.2.2.1	Les caisses de solidarité	24
3.2.2.2	Les initiatives de couplage crédit-épargne :	25
3.2.2.3	Les mutuelles de santé (classiques)	26
3.2.2.4	Les systèmes de pré paiement	26
3.2.3	LA POLITIQUE GENERALE POUR L'ACCES AUX STRUCTURES ET AUX PRODUITS	27
3.2.3.1	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des caisses de solidarité	28
3.2.3.2	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des structures de couplage crédit-épargne : les mutuelles de santé autogérées.	31
3.2.3.3	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations mutuelles de santé classiques	33
3.2.3.4	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des systèmes de prépaiement	35
4	Atouts et contraintes au développement des mutuelles de santé	36
4.1	LES ATOUTS AU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES	36
4.2	LES CONTRAINTES AU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES	36
4.2.1	LES DIFFICULTES DANS LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DES MUTUELLES	36
4.1.1.1	L'absence de cadre légal comme difficulté	36

4.1.1.2	Le bénévolat vs exigences des responsabilités de gestion	36
4.2.2	LE RECOUVREMENT ET LE MONTANT DES COTISATIONS	36
4.2.3	UN DEFICIT EN COMPETENCES DANS LE DOMAINE DE LA GESTION	37
4.2.4	LE FAIBLE DEVELOPPEMENT DE L'ESPRIT MUTUALISTE DES MEMBRES	37
4.3	L'ACTION DES STRUCTURES D'APPUI	37
4.3.1	IDENTIFICATION DES STRUCTURES D'APPUI DANS LE PAYS ET CARTOGRAPHIE	37
4.1.1.3	Le RAMS	37
4.1.1.4	Le Projet HCK	38
4.1.1.5	Le Projet BIT/STEP	38
4.3.2	METHODES D'INTERVENTION	39
4.3.3	DOMAINES D'APPUIS	39
4.3.4	SYSTEME DE SUIVI (CRITERES ET INDICATEURS)	40
4.3.5	IMPACTS DES STRUCTURES D'APPUI	41
4.1.1.6	Un accroissement du nombre des mutuelles de santé et partant de l'accessibilité aux soins de santé	41
4.1.1.7	Une plus attention à la qualité des soins	41
4.1.1.8	Un accroissement du savoir et du savoir faire au sein des mutuelles	42
4.1.1.9	Une contribution à la prévention en santé	42
4.4	RELATION DES MUTUELLES AVEC LES AUTRES PARTENAIRES	42
4.4.1	AVEC L'ETAT	42
4.4.2	AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES DEPOTS PHARMACEUTIQUES	42
4.5	DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET DES COMPETENCES	43
4.5.1	EVOLUTION ET DISPONIBILITE DES OUTILS DIDACTIQUES, DE GESTION ET DE SENSIBILISATION	43
4.5.2	MODE ET EFFICACITE DE LA DISTRIBUTION	44
4.5.3	IMPACT ET EFFICIENCE DU CONTENU	44
4.6	PROMOTION ET LA MUTUALITE DE SANTE (JOURNEES DE PROMOTION, INVENTAIRE DES OUTILS DE PROMOTION ET ETUDE DE LEUR IMPACT)	44
5	Répertoire des mutuelles de santé	45
5.1	L'IMPORTANCE NUMERIQUE DES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO	45
5.2	MUTUELLES FONCTIONNELLES	46
5.3	MUTUELLES EN GESTATION	48
5.4	CARTOGRAPHIE DE L'IMPLANTATION DES MUTUELLES DE SANTE	48
6	Conclusions et recommandations	49

1 Introduction

1.1 Un besoin d'actualisation des connaissances sur les mutuelles de santé

La présente étude demandée par La Concertation¹ repose d'une part sur la connaissance insuffisante que l'on a sur le développement des mutuelles de santé, et d'autre part sur le besoin qu'éprouvent les acteurs travaillant à la promotion des mutuelles de santé, de suivre leur développement dans le but d'accroître leur efficacité. La mutualité dans le domaine de la santé on le verra, est en effet un phénomène nouveau au Burkina qui est apparu et s'est développé en faveur des défaillances des systèmes de protection sociale publique et privé de façon générale et sous l'impulsion de certaines institutions internationales et nationales).

En d'autres termes il s'agit d'apporter des réponses aux questions suivantes :

- Quelle est l'importance réelle des mutuelles de santé ?
- Quelles sont leurs caractéristiques principales (mode de fonctionnement, insertion dans le tissu socio-économique, implication des bénéficiaires dans le fonctionnement, cadre juridique et institutionnel)?
- Quelles sont leurs stratégies (nature des services offerts, populations cibles, rentabilisation des opérations etc.) et leurs règles de gestion ?
- Quelles sont leurs performances dans la fourniture et l'accès aux soins de santé ?
- Quelles sont les structures d'appuis intervenant auprès des mutuelles de santé et quels sont les effets de leur intervention sur leurs performances ?
- Quels sont les facteurs susceptibles de renforcer leurs capacités à améliorer l'offre de soins de santé ?

L'objectif global de l'étude est de procéder à un inventaire des mutuelles de santé d'une part et d'autre part des structures d'appuis à ces mutuelles en dans le but de parvenir à une meilleure connaissance de ce secteur de l'économie sociale en mettant en évidence leurs rôles, leurs dynamiques et leurs performances de façon plus spécifique il est demandé de se focaliser sur :

- L'analyse de leur évolution en partant éventuellement des résultats de l'inventaire réalisé en 1997 et des études de cas antérieures (dénombrement);
- L'actualisation des données sur les mutuelles déjà répertoriées
- L'inventaire des mutuelles naissantes ou en cours de mise en place ;
- L'analyse du rôle des structures d'appui

Les résultats attendus étant :

- la construction d'une base de données fournissant des statistiques fiables sur les mutuelles de santé ;
- une analyse des impacts de leurs prestations sur le plan financier, économique et institutionnel
- des recommandations sur les modalités et les outils d'appui et de renforcement des mutuelles de santé au Burkina Faso.

1.2 Méthodologie et degré d'investigation

Elle a reposé sur une démarche d'analyse systémique qui prend en compte les préoccupations recensées dans les termes de référence. Elle a cherché à :

- 1 comprendre en effet, le contexte dans lequel les mutuelles de santé se forment et fonctionnent, afin de mettre en évidence les facteurs qui agissent positivement ou négativement sur les performances ;
- 2 caractériser, les mutuelles de santé dans leur structuration, leur organisation, leur fonctionnement ;

¹ La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique

- 3 caractériser les intervenants extérieurs auprès des mutuelles dans leur mode d'intervention, la typologie ou la nature de leur appuis
- 4 mesurer les impacts des mutuelles et des structures d'appuis.

Au regard des objectifs de l'étude (cf. Termes de référence jointes), l'étude s'est fondée sur trois grands volets dont deux visaient à structurer les informations collectées auprès des mutuelles de santé et des structures d'appuis. Le premier volet a servi à préciser le cadre de l'étude par une recherche documentaire et le second volet a eu pour but de faire l'inventaire des institutions existantes. A partir de ces deux premières étapes, un troisième volet d'analyse des thèmes formant le centre d'intérêt de l'étude a été mise en œuvre.

1.3 Difficultés liées à la recherche

L'accord de principe pour mener cette étude a été reçu en plein du mois d'août. Ce qui a fait a rendu difficile la collecte des données auprès des mutuelles et des structures d'appui. En effet, la majeure partie du personnel de ces structures était en vacances et n'étaient disponible qu'au mois de septembre. De ce fait jusque là l'inventaire comporte des informations incomplètes à ce stade.

2 Le Contexte spécifique du Burkina Faso

2.1 Le contexte physique et climatique

Le Burkina Faso est un pays enclavé, situé dans la boucle du Niger et qui s'étend sur une superficie de 274 000 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est et au nord par le Niger, au Sud-ouest par la Côte d'Ivoire, au sud par le Ghana, et au Sud-est le Togo et le Bénin. Il fait partie des pays sahéliens avec son climat tropical de type soudanien, rude et sec, marqué par une faible pluviométrie dont la moyenne varie entre 300 mm d'eau par an au nord et 900 mm au sud. Cette pluviométrie se caractérise aussi par son inégale répartition dans le temps et dans l'espace. C'est un pays qui connaît d'énormes aléas climatiques en particulier de fréquents déficits pluviométriques qui influencent grandement les disponibilités alimentaires et partant, l'état nutritionnel des populations. A ces irrégularités pluviométriques s'ajoute la grande pauvreté d'une grande partie des sols cultivables.

2.2 Le contexte politique et administratif

Depuis son accession à l'indépendance (1960), le Burkina Faso est l'un des pays de l'Afrique occidentale à côté du Nigéria et du Ghana, à avoir connu une forte instabilité politique marquée par une succession de régimes civils et militaires (sept au total) jusqu'à la fin des années 1980 avant de connaître dès 1991 une relative stabilité politique. Cette instabilité politique a connu son apogée entre 1980 et 1983, période durant laquelle trois coups d'Etat vont se succéder donnant respectivement naissance au Comité Militaire de Redressement et du progrès National (CMRPN), au Conseil du salut du Peuple (1et 2) et au Conseil National de la Révolution (CNR). Avec le CNR, un régime militaire doté d'idées révolutionnaires, le Burkina Faso va connaître de profondes modifications dans les domaines économiques, de la santé et de l'environnement en particulier. Mais ce régime va connaître des contradictions internes qui vont déboucher en 1987 (octobre) à la mise en place d'un nouveau régime, celui du Front Populaire, qui met fin au régime révolutionnaire et met en œuvre un processus de "Rectification Politique". Ce processus de rectification tente de mettre en place un système politique plus consensuel. Un accent est ainsi mis sur l'ouverture politique et la démocratisation du pouvoir sans toutefois rompre avec les options révolutionnaires du régime antécédent.

C'est à la poursuite d'un consensus national et surtout d'une légitimité internationale, que le processus de rectification engagé par le Front populaire va déboucher en 1991 sur l'adoption d'une constitution qui va conduire le Burkina Faso vers un régime démocratique donnant lieu à la mise en place des institutions républicaines. Cette évolution politique s'accompagne d'une rupture avec les grandes orientations politiques et économiques antérieures avec la mise en œuvre des politiques d'ajustement structurel d'inspiration néo-libérale. Depuis 1991, le pays connaît une relative stabilité politique cependant marquée par certains remous depuis 1998 en raisons d'évènements comme l'assassinat de Norbert Zongo, rédacteur en chef d'un important journal de la place.

Actuellement au plan administratif, le territoire Burkinabé est divisé en circonscriptions administratives qui sont : le village, le secteur communal, la commune, le département, la province. Le pays compte quarante cinq provinces qui sont les circonscriptions administratives de premier degré. Il existe également des régions éducatives, militaires, économiques et sanitaires. Le Burkina compte ainsi onze régions sanitaires qui se subdivisent en 53 districts sanitaires.

2.3 Le contexte socio-démographique

Avec une population estimée à 11, 063 millions d'habitants en 1999 (INSD) sur une superficie de 274 000 km², le Burkina Faso est parmi les pays les plus peuplés d'Afrique occidentale. La densité moyenne qui est de 38 habitants au km² passe à 570 hab dans la province du Kadiogo (qui abrite la capitale) alors qu'elle atteint à peine 20 habitants au km² dans certaines province du Nord et de l'Est. Cette population composée en majorité de femmes (51,7%), est inégalement répartie dans les 45 provinces du pays.

Tableau 1- Superficie et données démographiques

Superficie (en milliers de Km ²)	274
Population totale (en millions d'habitants) estimation 1997	11,063
Densité de la population (hab/km ²)	38
Taux de croissance en % population totale (1990-1997)	2,8
Population rurale en % de la population totale	83
Population urbaine en % de la population totale	17
Taux annuel d'accroissement de la population urbaine (1995-2015)	5,7
Taux d'alphabétisation des adultes	20,7

Source : Rapport PASMEC, Banque de données sur les systèmes financiers décentralisés 1998, BCEAO.

La population s'accroît au rythme de 2,8 % par an, ce qui fait du Burkina un pays à forte croissance démographique. Près de la moitié (49%) de la population burkinabé a moins de 15 ans. Si dans l'ensemble, on note une évolution rapide de la population urbaine (17% en 1997 contre 10% en 1985) il reste que la majorité de la population vit en milieu rural. L'urbanisation du pays demeure faible avec deux villes principales (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) qui à elles seules abritent environ 65% de la population urbaine. L'exode rural explique en partie l'accélération de l'urbanisation. Le Burkina est connu comme étant un pays à fort mouvements migratoires. Quoique les mouvements internes occupent une place importante, l'essentiel des flux migratoires sont de types externes, dirigés vers les pays voisins et surtout la Côte d'Ivoire où vit près d'un million de burkinabé.

2.4 Le contexte sociologique

La famille demeure le cadre référentiel sur lequel repose toutes les interrelations entre les membres d'une communauté. La famille, au sens large du mot, est en cas de maladie ou de difficultés sociales et économiques le recours premier. Au regard de l'importance accordée aux familles, il faut cependant signaler que celles-ci sous l'effet des différentes crises que traversent les pays africains dont le Burkina, la famille actuelle connaît de plus en plus modifications aussi bien

dans sa structure que dans son rôle. Au plan structurel la famille africaine des villes tend de plus en plus à une nucléarisation élargie. Cette nucléarisation de la famille est surtout perceptible dans les centres urbains tels Ouagadougou et Bobo Dioulasso. En somme, l'analyse des structures et fonctions de la famille montre que celle-ci perd de plus en plus ses filets de sécurité et de solidarité pour des valeurs qui la fragilisent et engagent les femmes et les enfants dans la voie de la précarité et de la paupérisation. Dans cette insécurité l'enfant et la femme sont les plus exposées.

On peut relever par exemple que dans la plupart des communautés traditionnelles, la situation de la fillette n'est souvent pas des plus aisées. En effet, comme la femme qui tout au long de sa vie, la fillette est confrontée déjà dès le bas âge à des pressions sociales qui empêcheront la satisfaction de ses besoins essentiels et des ses droits humains fondamentaux. La fillette est éduquée dans le sens de la soumission et de la domination, elle est surchargée par les tâches domestiques. La fillette est sujette à des pratiques traditionnelles affectant sa santé. Ce sont par exemple, les tabous nutritionnels, les scarifications pratiquées dans de nombreuses régions du pays Bobo, Nouna, Bazèga. A côté des pratiques traditionnelles néfastes comme l'excision, les mariages forcés ou précoces, il est important de relever des pratiques qui sont devenus de plus en plus courant avec l'urbanisation comme les infanticides, les abandons d'enfants, la prostitution etc.

L'analyse du statut économique révèle une surexploitation, un suremploi de la femme. Le faible taux de scolarisation, le manque de formation et de qualification professionnelle, la maintiennent dans les activités précaires et peu rémunératrices, limitant ainsi sa capacité productive et quelques fois son autonomie à satisfaire ses besoins en santé. Pourtant dans toutes les sociétés burkinabè, la femme est vue comme un outil de cohésion du tissu social. C'est souvent la personne vers laquelle tout le monde a recours en cas de dysfonctionnement au sein de la famille ou même de dysfonctionnement sanitaire. Ne dit-on pas que derrière chaque barbe se cache une tresse pour signifier que tout homme a souvent recours à la femme

La situation actuelle de la famille burkinabè résulte de plusieurs facteurs comme la colonisation, l'urbanisation les religions, la scolarisation, les progrès techniques, les systèmes de communication actuelle. Sur le plan culturel, les systèmes de (patriarcat matriarcat) en vigueur constituent des handicaps à la promotion du bien être des femmes et des enfants. Le pouvoir de décision, sur la vie du ménage, sur les ressources est aux mains du chef de ménage, du village ou du clan, qui sont en général des hommes. Cette inégalité dans le pouvoir de décision est plus accentuée avec la répartition des tâches au sein du ménage et dans la santé reproductive. Par ailleurs au plan culturel, les croyances, les valeurs, les coutumes influencent positivement ou négativement l'état de santé du couple mère- enfant².

2.5 Le contexte économique

2.5.1 Généralités sur l'économie Burkinabè : un petit pays pauvre

Avec un Produit national brut (PNB) par habitant qui a oscillé en moyenne entre 250 et 300 \$US, (253\$ en 1997) durant la seconde moitié de la décennie des années 90, le Burkina fait partie des pays les plus pauvres du monde (considérant la limite supérieure de 695\$, utilisée pour caractériser les pays à faible revenu). En se référant à l'échelle des indicateurs du développement humain (IDH) le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classait le Burkina Faso au rang de 172^e sur 174 pays en 1999. Les travaux récents de l'INSD, (1996) sur le profil de pauvreté indiquent que près de 44,5% de la population vivait en dessous du seuil de la pauvreté, c'est-à-dire avec un revenu annuel inférieur à 82\$. Cette pauvreté touche surtout les agriculteurs qui exploitent les produits vivriers, et les ménages polygames en particulier et les familles nombreuses en générale.

² UNICEF/ **Burkina Faso**: Analyse de la situation des femmes et des enfants au Burkina Faso, Nov.1994

Du point de vue sectoriel, l'économie repose principalement sur le secteur primaire (agriculture et l'élevage) qui en occupant plus de 92% de la population active, est le plus grand pourvoyeur d'emplois. Sa proportion dans le Produit Intérieur Brut varie de 37 à 40% suivant les années et sa contribution dans le total des exportations est de l'ordre de 55%. Il représente ainsi, la principale source de revenus de la majorité des populations. Une analyse de la structure de la population active dans ce secteur indique une prééminence de la population féminine dans le secteur primaire. Les principales caractéristiques de ce secteur dont la vitalité est conditionnée à la pluviométrie, sont les cultures de rente (coton, arachide etc.); les cultures vivrières (sorgho, mil, maïs..) et l'élevage.

Le secteur secondaire (industrie et artisanat) qui participe pour 18% au PIB, est faiblement développé. Il est dominé par l'industrie manufacturière (textile, BTP, artisanat, agro-industrie, industrie chimique, etc.) et un secteur minier sous exploité. Les unités industrielles en place sont caractérisées par leur capacité de production réduite, leur modeste niveau de technicité et leur faible compétitivité. Le secteur tertiaire qui occupe 4% de la population active, contribue pour 40% au PIB. Il est composé des filières traditionnelles liées au commerce et aux activités de service.

Une autre caractéristique de l'économie toujours sur la plan sectoriel, est exprimée par l'importance de son secteur non structuré ou secteur informel tant au niveau urbain qu'au niveau rural et plus particulièrement au niveau des secteurs tertiaire et secondaire. Il occupe 22% de la population active. Il contribue depuis plus d'une dizaine d'années à près de 70% à la formation du PIB. Dans ce secteur, l'on relève une forte participation de la femme dans les zones urbaines. C'est un secteur qui se caractérise par la très grande diversité de ses d'activités du fait de son accès aisé : avec un faible capital financier et un savoir faire limité tout un chacun peut initier une activité allant de l'industrie alimentaire en passant par le textile ou l'artisanat et les services. On y voit évoluer des meuniers, des dolotières, des boulangers, des teinturières, des fileuses, des menuisiers, des forgerons, des maçons, des commerçants etc.. D'un point de vue qualitatif, les unités de production de ce secteur se caractérisent par : leur petite échelle, exprimant le refus d'association et/ou de collaboration; leur caractère familiale. Sa part dans l'emploi non agricole se situe à 70% si on ne retient que le critère de l'activité principale exercée.

2.5.2 Une longue tradition d'ajustement structurel

Depuis son accession à l'indépendance, le Burkina Faso a initié volontairement et sans l'appui des agences internationales, une série de réformes structurelles afin de redresser son économie. La première qui remonte à la période 1966-70, est habituellement qualifiée de " Garangose " du nom du ministre des finances de l'époque. Elle s'est réalisée sous un régime politique d'exception, celui du gouvernement militaire provisoire. La seconde de 1980, relève du régime du Conseil Militaire de Redressement pour le Progrès National (CMRPN), mais elle tournera court en raison de l'avènement du nouveau régime militaire qu'est le CSP. On a enfin celle allant de 1984-1986 sous le Conseil National de Révolution (CNR). Malgré ces différentes réformes, le pays s'est vu obligé d'adopter un Programme d'ajustement structurel avec l'appui des avec les institutions financières internationales au début des années 1990.

2.5.3 Le programme d'ajustement structurel des années 90

Durant la décennie 80, le Burkina Faso a été confronté à un environnement économique difficile marqué sur le plan extérieur, par des secousses liées aux crises que l'économie mondiale a connu et qui ont été ressenties par l'économie Burkinabè par : (1) la chute des cours des matières premières qui a aggravé le déficit du commerce extérieur; (2) la hausse des taux d'intérêt et partant, l'alourdissement de la dette; (3) la réduction, comme dans la plupart des pays en développement, des flux de capitaux. Au plan interne, les chocs provenaient d'une part de détérioration des conditions climatiques du fait de la persistance des sécheresses qui influait négativement sur l'activité agricole et agro-industrielle et d'autre part d'une série de difficultés économiques et financières à caractère tant conjoncturel que structurel (faible productivité et compétitivité des secteurs de production, étroitesse

des marchés, rigidité de réglementation et des procédures industrielles, net déficit d'infrastructures etc.

Ces contraintes et difficultés (Y.A. Fauré et al 200 p.28), révélatrices des limites d'une gestion économique marquée par une forte emprise d'un État intervenant de façon traditionnelle par le biais de l'investissement public, le contrôle des entreprises publiques ou parapubliques, un ensemble de réglementations contraignantes pour les activités de production et d'échange et la mise en place de structures administratives encadrant et contrôlant divers secteurs). Sur le plan des performances, cette emprise de l'Etat sur l'économie aboutit dès 1986 à un niveau d'endettement et à une accumulation d'arriérés préoccupants. On notait simultanément une dégradation de la situation des finances publiques, du système bancaire et des comptes extérieurs.

Ces contre-performances vont conduire le pays à négocier un Programme d'ajustement structurel (PAS) avec les institutions de Bretton Woods en 1991, visant l'assainissement financier, le désengagement de l'Etat de l'économie et une progressive déréglementation de activités.

2.5.4 Evolution récente de l'économie

Après une baisse continue de son rythme de croissance de 1991 jusqu'à 1994 année où on note une régression remarquable due à la dévaluation, le Burkina Faso a renoué ces dernières années avec une croissance régulière suivant les indicateurs macro-économiques (6,1 en 1996, 5,5% en 1997 et 6,7% en 1998). En effet, bien que le taux croissance accuse un légère baisse en 1997 par rapport 1996, il apparaît que d'une moyenne de 3,3% par an sur la période 1991-95, le rythme de croissance est passé à 6,1% par an sur ces trois dernières années.

Tableau 2- Quelques indicateurs macro-économiques du Burkina Faso

AGREGATS	1996	1997	1998
PIB nominal (en milliards FCFA)	1298,3	1390,4	1522,5
Taux de croissance réelle (en %)	6,1	5,5	6,7
Valeur ajoutée du secteur primaire (en % du PIB réel)	39,0	36,7	36,5
Valeur ajoutée du secteur secondaire (en % du PIB réel)	17,3	18,3	19,1
Dont valeur ajoutée des industries manufacturières(en % du PIB réel)	13,0	13,7	14,5
Valeur ajoutée du secteur tertiaire (en % du PIB réel)	39,7	40,9	40,3
Droits et taxes à l'importation	4,0	4,1	4,1
Taux d'inflation	6,2	3,0	4,9

Source : INSD et Estimation FMI et Autorités Burkinabé

Cette dynamique de croissance de l'économie, est d'autant plus satisfaisante qu'elle se situe au dessus du taux de croissance démographique qui s'est stabilisé à 2,8% en moyenne par an. Ce qui traduit une augmentation nette positive du PIB par habitant.

Cette performance de l'économie globale est essentiellement due aux évolutions du secteur agricole qui a connu de bons niveaux de pluviométrie ce qui a été un facteur de croissance de la production céréalière et cotonnière (accroissement des superficies, intensification de la surveillance et de lutte anti-parasitaire). Elle provient aussi du dynamisme du secteur minier et manufacturier.

Bien que l'on observe dans le tableau précédent une baisse de la contribution du secteur primaire sur la période, l'économie reste fortement dépendante de la dynamique de ce secteur, en particulier de la filière coton.

Le secteur secondaire connaît une évolution à la hausse depuis 1996 grâce à la performance des industries extractives, manufacturières notamment l'activité de transformation du coton graine en coton fibre. Les travaux de réhabilitation et de construction des infrastructures en relation avec l'organisation de la Coupe d'Afrique des Nations et le démarrage de nombre de chantiers routiers expliquent aussi la croissance du secteur BTP.

L'inflation a évolué en dents de scie sous l'effet des baisses de la production céréalière (campagnes 1996/97, et 1994/95) qui provoque des pressions sur la demande de produits alimentaires entraînant de fortes tensions inflationnistes. Sa moyenne de 4,7% reste supérieure à l'objectif fixé par l'UEMOA.

Les finances publiques connaissent une dégradation au cours de l'année 1998, avec un déficit de 28,1 milliards de FCFA due en partie à l'augmentation des dépenses d'investissement liées à l'organisation d'événements politiques et sportifs durant cette année.

2.6 La situation sanitaire au Burkina Faso

2.6.1 L'état de santé de la population : une situation préoccupante

Bien que d'importants efforts aient été fournis depuis l'indépendance du pays pour développer le système de santé, l'état de santé de la population de façon générale est préoccupante. Les indicateurs actuels révèlent en effet des conditions de vie et des taux élevés de mortalité de morbidité et d'exposition aux risques. On le verra les principales causes explicatives de cette situation généralement énumérées sont (1) la persistance des maladies endémo-épidémiques aggravée par le développement rapide du SIDA ; 2) la persistance de la malnutrition et autres carences nutritionnelles ; (3) l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire, (4) la faible utilisation des formations sanitaires existantes par les populations ; (5) l'insuffisant développement des activités de prévention en faveur des populations ; (6) la faiblesse des ressources financières des conditions environnementales non favorables à la santé ; (7) le coût souvent élevé des soins sanitaires et l'accessibilité limitée aux médicaments.

2.6.1.1 Les indicateurs de mortalité

Le taux brut de mortalité, bien qu'en diminution depuis les années 1960, reste élevé par rapport à ceux de la sous-région. Il est passé de 32 ‰ dans les années 1960-61 à 17,5 ‰ en 1985 et à 16,4 ‰ en 1991 (INSD, 1995), une baisse d'environ 50% en 30 ans. L'espérance de vie à la naissance bien que son niveau demeure faible a régressé : elle est passée de 52,2 ans en 1991 à 46 ans en 1997.

Le taux de mortalité infantile est estimé à 94 ‰³ et la mortalité juvénile à 103 ‰ en 1993. Quant à la mortalité maternelle, elle est de 566 pour 100 000 naissances vivantes (INSD, 1993). On note une différence significative pour cet indicateur entre la zone urbaine (538 décès pour 100 000 naissances) et le milieu rural (592 décès pour 100 000 naissances)⁴. Ces taux élevés ont pour causes principales les infections, les hémorragies et les anémies. Il provient aussi de la faible couverture obstétricale et l'insuffisance des soins prénataux : Seules 59% des femmes en grossesse procèdent à une consultation prénatale (EDS, 1993). Et parmi ces 59%, il ressort 84% des femmes en milieu rural et 56% des femmes en milieu urbain consultent tardivement, ce qui peut expliquer les difficultés et les complications rencontrées lors des accouchements quand on sait en plus que 56% des accouchements se passent à la maison et non dans une formation sanitaire. On en déduit que les risques de décès liés à la grossesse sont importants.

³ INSD: Enquête démographique et de santé (EDS) 1993.

⁴ INSD: Données démographiques, socio-économiques et culturelles sur les femmes du Burkina Faso, Ouagadougou, 1993, 43p.

2.6.1.2 Les indicateurs de morbidité

Suivant l'INSD, le taux de morbidité compris comme la proportion des personnes déclarées tombées malades au cours des 30 derniers jours est estimé à 15, 79% (INSD, 1996) . Ce niveau de morbidité est du principalement aux maladies endémo-épidémiques. Les maladies parasitaires et infectieuses comme le paludisme, les parasitoses digestives restent à l'état endémique. Par contre des maladies infectieuses à potentiel épidémique comme la rougeole, la méningite ont présenté des poussées épidémiques. La rougeole reste une cause majeure de décès des enfants à côté des diarrhées et affections respiratoires aiguës.

2.6.2 Quelques facteurs explicatifs de la situation sanitaire

2.6.2.1 La persistance des épidémies endémiques comme facteur explicatif

Le niveau élevé de la morbidité globale est due à certaines maladies endemo-épidémiques qui persistent voire, augmentent en ampleur d'année en année. De façon plus générale, les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, la dracunculose, les bilharzioses, l'onchocercose, la fièvre jaune, la maladie du sommeil, la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, le choléra, la tuberculose et le sida.

Il ressort dans le cas du paludisme que non seulement plus de 600 000 cas sont recensés par an depuis 1985 mais que la majorité des individus ont établi un contact avec le parasite.

La situation épidémiologique de la dracunculose est marquée par une endémie dans l'ensemble du pays avec toutefois des zones qui apparaissent comme les plus touchées.

L'onchocercose est certes aujourd'hui une maladie sous contrôle mais son réservoir n'est que jusque là pas totalement éliminé bien qu'il soit en rapide disparition.

La fièvre jaune apparaît de manière épisodique

La rougeole est une maladie fortement épidémique qui touche surtout les enfants.

Bien que l' incidence et la prévalence de la tuberculose soient en baisse, cette maladie demeure un problème de santé publique. Mais la situation est actuellement mal connue. Les statistiques au niveau national ne donnent qu'une vision partielle du problème réel de la tuberculose au sein de la population. Quant à la lèpre l'application du programme de polychimiothérapie depuis les années 1990 montrent une régression notable de cette maladie.

La survenue de l'infection VIH rend la situation épidémiologique de la tuberculose très préoccupante. Le SIDA, connaît une propagation fulgurante de sorte que le taux de séro-prévalence actuelle de 10% au niveau du Burkina pose un problème crucial de santé publique à laquelle les populations et les autorités sont invitées à faire face. En effet, de 1986 à nos jours le SIDA est passé de 10 cas à plus de 3 400 cas cumulés. Ainsi, enregistre-t-on les taux de séro-positivité les plus élevés chez les personnes de 20 à 39 ans (plus de 50% des cas); dans ce lot, les hommes sont plus de 60%, les travailleurs migrants 36%. Ces indicateurs qui dépeignent l'aggravation de la situation situe par ailleurs le Burkina avec ses 10% (CNLS, 1997) en deuxième position des pays les plus frappés de l'Afrique occidentale par la pandémie après la Côte D'Ivoire (14,5%).

En plus du SIDA qui est une maladie en émergence il est important de souligner le nombre croissant de cas MST, d'épidémies comme le choléra la méningite cérébro-spinale. En zone urbaine le nombre de cas d'hypertension artérielle, de décès subits pouvant être liés aux maladies cardiovasculaires, de viols, enlèvement et décès d'enfants sont de plus en plus fréquents.

2.6.2.2 La persistance de la malnutrition et autres carences nutritionnelles

Une autre cause du niveau élevé de la morbidité et de la mortalité provient de la sous alimentation et le malnutrition. L'analyse suivant les groupes de population et selon les zones montre que l'ensemble de la population est concernée par l'insécurité alimentaire et la malnutrition (2,5 millions soit 28 % en 1989). Les statistiques montrent que 90 % des enfants sont allaités jusqu'à 18 mois. Selon les enquêtes menées entre 1984 et 1989, il ressort que 43.5 % des enfants de 0 à 1 ans souffrent d'une malnutrition selon le rapport poids /taille parmi lesquels 2.35 % ont une malnutrition sévère. Le taux de malnutrition est aussi élevé dans les tranches d'âge de 1 à 4 ans et de 5 à 10 ans (47.6 % et 30 % respectivement). Le taux d'enfants de faible poids à la naissance est aussi élevé (12% chez les enfants nés en maternité). Les carences en micro-nutriments constituent des problèmes de santé publique. La carence en vitamine A est largement répandue dans tout le pays, le taux de prévalence varie de 3.9% à 18 % selon les provinces.

La carence en iode existe également de façon endémique. Les études faites au niveau de 25 provinces du pays montrent que les taux varient entre 0.5 % et 41 % dont 52 % sont des enfants et 45 % sont des femmes adultes et 3 % des adultes hommes. L'anémie est aussi un problème de santé publique. Les études dans ce domaine montrent que 70 % des enfants de 0 à 5 ans avaient un taux d'hémoglobine inférieur à la normale.

Il faut adjoindre à ces maladies et à ces déficiences qui touchent surtout les femmes et les enfants, un nombre de facteurs sociaux comme les croyances et habitudes néfastes qui participent à l'accroissement de la morbidité.

2.6.2.3 L'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire

Malgré la tendance générale à l'augmentation des effectifs du personnel toutes catégories confondues est réelle, elle demeure néanmoins faible du point de vue des normes fixées par les Nations Unies : elle se situe entre 11 et 44,41% de ces normes. Le tableau suivant illustre cette situation.

Tableau 3 - Pourcentage de réalisation des normes des Nations unies en personnel de santé en 1994

Catégorie de personnel	Normes des Nations Unies	Pourcentage de réalisation
Médecins	1/10000	32,91%
Pharmaciens	1/20000	11,00%
Infirmiers d'état	1/5000	44,41%
Sages-femmes/Maganeuticiens	1/5000	17,29%
Infirmiers Brevetés	1/3000	35,34%
Auxiliaires de santé	1/1000	14,95%

Source : CODERIA, UNDP, Programme pour le renforcement de la société civile pour la réduction de la pauvreté en Afrique Sub-saharienne, 1999, Dakar.

Sur le plan qualitatif, on observe une concentration des agents de santé toutes catégories confondues dans les zones urbaines où ne résident comme on l'a vu 17% seulement de la population au détriment des zones rurales. Ce déséquilibre est prononcé pour certaines catégories de personnel, comme les médecins et les sages-femmes.

Les infrastructures demeurent aussi insuffisantes à l'image du personnel. En 1994, il fallait compter :

5 089 457 habitants pour un Centre Hospitalier National. Le Burkina ne dispose que de deux hôpitaux nationaux situés à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso;

1 017 891 habitants pour un Centre Hospitalier Régional;
 151 924 habitants pour un Centre Médical - Centre Médical avec antenne chirurgicale;
 13 572 habitants pour un Centre de santé et de promotion sociale y compris les dispensaires seuls et les maternités seules.

Le rayon d'action moyen de 13,7 km (compris entre 10 et 15 km)⁵ est une moyenne masquant à nouveau d'importantes disparités qui font de l'accès à une formation sanitaire un parcours du combattant pour une grande part de la population. Ainsi, près de 50% de la population rurale doit parcourir 30 km pour accéder à une structure de santé (FNUAP, 1997).

2.6.2.4 La faible utilisation des formations sanitaires existantes par les populations

Le taux de fréquentation des formations sanitaires révèle que non seulement que l'utilisation des services de santé publics est faible mais accuse régression : il est passé de 31,95% en 1986 à 18% à 25,52 en 1990 puis à 18,85% en 1994 pour se situer à 17,57%. Quant au taux de consultation médicale qui est aussi un indicateur d'utilisation des services de santé, il est estimé à 39,4%. Suivant l'INSD (1996) les causes tenant à la non consultation sont :

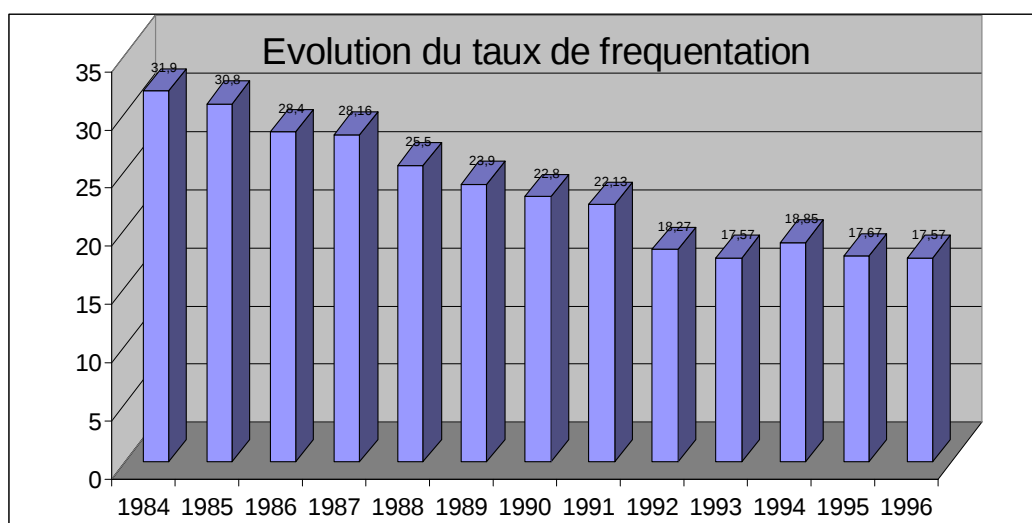
manque d'infrastructures pour 1,7%

éloignement pour 4,6%

coûts élevés pour 27,6%

pas nécessaire pour 63,5%

Autres pour 2,5%



Cette moyenne cache le fait qu'en milieu rural à peine 10 à 14% des malades consultent les formations. Cet état de fait est probablement lié à la faible accessibilité géographique des formations sanitaires, à la qualité des services etc.

2.6.2.5 Le coût élevé des soins sanitaires et l'accessibilité limitée aux médicaments

Jusqu'aux années 1990, la capacité de production locale de produits et matériels pharmaceutiques était faible dans le pays. Tous les produits étaient importés produits de spécialités ce qui rendait très chers le coût des médicaments aux populations. Cela a été d'autant plus ressenti que pendant la période coloniale et post coloniale, les produits étaient distribués « gratuitement » dans les formations sanitaires. Ainsi la faible disponibilité des produits dans les structures de soins et

⁵ Association pour le développement par la recherche et l'action intégrées (ADRAI): Appui au district sanitaire Paul VI de Ouagadougou (BF) Louvain-la-Neuve, 1995.

surtout leur inaccessibilité financières constitue un des facteurs de faibles utilisation des services par la populations à la période de l'auto ajustement

2.6.3 Le système de santé

2.6.3.1 Les politiques de santé au Burkina Faso

Jusqu'à la fin des années 80, la politique de santé se référait au code de la santé publique de 1970 qui représentait le document de référence du Ministère de la Santé. Ce code se limitait à réglementer les services et les soins médicaux. La politique sanitaire à cette période était fondée sur les soins en milieu hospitalier avec un faible nombre de structures hospitalières soit faible : 2 hôpitaux nationaux et 5 hôpitaux régionaux couvraient l'ensemble des possibilités hospitalières du pays. *mais de ce fait il était difficile de couvrir les besoins de la plus grande partie de la population. L'activité sanitaire avait une prédominance curative à savoir les soins pour maladies laissant en second rang les prestations préventives et promotionnelles de la santé.* C'est une période qui est aussi caractérisée par la lutte contre certaines maladies endémo-épidémies comme la lèpre, la variole, la peste, la tuberculose, la trypanosomiose, l'onchocercose, paludisme etc à travers des campagnes de masse. Cela va avoir des impacts positifs sur la réduction de certaines de ces maladies épidémiques certes, mais peu d'actions portant sur les autres maladies notamment infectieuses et parasitaires vont être menées. L'accent est aussi mis sur l'organisation administrative avec la mise en place de directions départementales de santé publiques. Ces directions départementales recevaient des financements venant du budget national ainsi que des collectivités comme les communes et des départements.

Après 1983, avec l'arrivée au pouvoir du Conseil National de la révolution, l'organisation administrative et technique du système de santé a été modifiée : le découpage repose sur trente (30) directions provinciales de la santé (DPS) à l'image des trente provinces créées et au niveau technique l'accent sera mis sur le renforcement des services de santé de première ligne constitués par les Postes de Santé Primaires (PSP). Depuis la mise en place de la politique nationale en 1980, il a été défini des normes d'infrastructures sanitaires, d'équipements techniques et de personnel à mettre en place aux différents niveaux (district, CHN, CHR,).

Pour les principales prestations, il a été également élaboré un guide pour le diagnostic et le traitement des pathologies les plus fréquentes, surtout pour l'usage dans les formations sanitaires périphériques.

Au niveau sous régional, l'adoption de « l'Initiative de Bamako » en 1987 influence les discussions au plan national. Mais cette approche ne connaîtra pas d'application effective au cours de cette période.

Au cours de cette période, les activités visant surtout le milieu rural de la politique des soins de santé primaires ont été privilégiées. Ainsi on peut citer entre autre la « campagne un village un poste de santé primaire » qui a permis de mettre en place environ 7500 postes de santé au niveau village dont 6 265 seraient encore fonctionnels. Il en est de même de la campagne d'immunisation de masse avec la « vaccination commando » en 1986 qui a permis d'atteindre une couverture vaccinale de 68% des enfants de contre la rougeole.

Le contenu de cette politique reste basé sur les SSP avec néanmoins certaines activités organisées en programmes verticaux et le reste des activités devait être intégrée dans le paquet de services à offrir à différents niveaux : - niveau famille et communauté, - niveau CSPS, - niveau district /CM, - niveau CHR;- niveau CHN. La période a été marquée par une systématisation et organisation au plan administratif et technique.

A partir de 1991, les réformes sanitaires mises en œuvre font partie intégrante de la politique d'ajustement structurelle adoptée par le pays. C'est en effet fait une particularité de la politique macro économique qui a pris en compte d'emblée le secteur santé dans le contenu de la politique d'ajustement structurel. Ces réformes trouvent leurs principales justifications dans les difficultés éprouvées par l'État pour maintenir un niveau satisfaisant de ressources dans un contexte de forte croissance de la demande de soins. Elles accordent une priorité au renforcement des infrastructures sanitaires et à l'amélioration de la gestion des services de santé afin de rendre les soins de santé essentiels accessibles à la population. Les moyens d'action recouvrent : (1) la décentralisation du système de santé ; (2) la mise en place de procédures de recouvrement des coûts comportant une prise en charge progressive du financement par les patients et la communauté; (3) la rationalisation de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments; (4) la réforme de la gestion hospitalière; (5) la promotion de la médecine privée; (6) le renforcement de la collaboration avec la médecine traditionnelle.

Le processus de décentralisation date en fait de l'adoption des soins de santé primaires en 1980. La décentralisation n'est toutefois devenue effective qu'à travers la relance des SSP en 1992. Le processus de décentralisation comporte dans chaque district, les actions suivantes :

1. La mise en place d'un hôpital de district qui dispose des compétences en ressources humaines et du matériel technique nécessaire pour offrir les soins appropriés, notamment la prise en charge des urgences médicales, obstétricales et chirurgicales. L'antenne chirurgicale et le laboratoire constituent des structures clés de fonctionnalité de l'hôpital de référence du district. Le Ministère prévoit la construction et l'équipement de 53 CMA d'ici l'an 2 000.
2. Le renforcement des compétences techniques et des équipements des CSPS qui sont les structures périphériques du système de santé. Ce renforcement inclut également la mise en place d'un dépôt pharmaceutique disposant de médicaments essentiels sous leur noms génériques (MEG).
3. L'autonomie de gestion des formations sanitaires et du district en tant qu'entité décentralisée du système de santé. Ainsi le district et chaque formation sanitaire (CSPS, CMA, CHR, CHN) gèrent eux-mêmes les ressources financières provenant de la tarification des prestations.

La décentralisation met donc l'accent sur le district sanitaire; une entité opérationnelle autonome ayant en charge une population variant entre 150 000 à 200 000 habitants. Il est prévu la création de 53 districts sanitaires. Le processus d'opérationnalisation des districts se réalise de façon progressive. La mise en place des 11 régions sanitaires en 1997 vise à soutenir et à renforcer cette opérationnalisation.

Divers textes législatifs et réglementaires ont été émis pour faciliter la mise en œuvre du processus. Les données existantes ne permettent pas de connaître le nombre de formations sanitaires ou de districts réellement autonomes. En 1998, 20 districts sont qualifiés d'opérationnels par le ministère. Il faut noter que cette autonomie est partielle car les ressources générées par ces formations sanitaires ne permettent pas de couvrir leurs investissements ou équipements lourds qui doivent être pris en charge par l'État ou d'autres partenaires.

Le recouvrement des coûts par un système de tarification des actes est à relier avec l'autonomie de gestion accordée désormais aux formations sanitaires. A la suite d'un processus de sensibilisation de la population en charge, chaque formation sanitaire met en place un comité de gestion de 6 à 7 membres. La population est majoritaire au sein de ce comité et le personnel de santé de la formation sanitaire y joue un rôle de conseil technique. Le comité a la responsabilité de donner son avis sur l'organisation des services et doit rendre compte à la population qui l'a mis en place. Le

comité fixe les tarifs des prestations et peut opter pour un mode de paiement qu'il juge adapté aux conditions des populations. Toutefois, certains aspects de tarification comme les prix des médicaments, sont fixés au niveau central. Le processus de mise en place des divers comités est en cours dans tous les districts sanitaires et est une condition pour la décentralisation de la gestion financière des budgets alloués.

En 1995, une évaluation d'un projet d'appui à la mise en œuvre du processus de recouvrement des coûts au Bazèga et au Gourma a montré que les recettes moyennes dans un CSPS étaient de 137 633 FCFA par mois et les dépenses mensuelles moyennes de 89 990 FCFA. Les statistiques des formations sanitaires de la région de Bobo Dioulasso donnaient des recettes mensuelles moyennes de 476 800 FCFA et des dépenses moyennes mensuelles de 412 700 FCFA. Avec la mise en œuvre des médicaments essentiels et de la rationalisation de la prescription médicale, le coût moyen d'une ordonnance au Bazèga était de 665 FCFA contre 550 FCFA à Houndé, dans la région de Bobo Dioulasso.

La rationalisation de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments vise à mettre à la disposition des populations des médicaments génériques à coûts abordables. Différentes études ont relevé que les coûts des médicaments participent pour près de 60% aux coûts des soins dans les structures sanitaires. La population en est consciente car parmi les nombreux problèmes évoqués, la disponibilité et le prix des médicaments est une préoccupation constante. La politique en matière de médicaments inclue la construction des dépôts pharmaceutiques gérés avec la participation de la communauté et l'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dont les coûts sont plus abordables. Ainsi chaque formation sanitaire doit avoir un dépôt de MEG à proximité. Ces dispositions sont complétées par des mesures visant à réduire les coûts des prestations telles que la promotion de Kits de médicaments et matériels spécifiques pour des prestations données (ex - accouchement, soins d'urgence) et la rationalisation de la prescription médicale.

La réforme hospitalière vise à redonner plus d'efficacité aux hôpitaux qui semblaient avoir été négligés depuis l'adoption des soins de santé primaires. Les actions portent sur: (1) l'amélioration de leur plateau technique ; (2) le renforcement du nombre et des compétences des agents ; (3) l'organisation des soins; (4) l'amélioration de la qualité des prestations (accueil, propreté etc.).

La politique de libéralisation a connu un essor important depuis les années 1990. Le nombre de certaines infrastructures comme les officines et dépôts pharmaceutiques, les laboratoires et les cliniques privées de soins ont presque triplé depuis. Mais cet accroissement concerne surtout les zones urbaines ou semi-urbaines comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso qui regroupent près de 82 % de l'ensemble des infrastructures de soins du secteur privé (statistiques sanitaire DEP, 94). Le personnel de santé s'ajuste à cette évolution via, par exemple, une pratique combinée associant pratique dans le secteur public et pratique à temps partiel dans le secteur privé.

La collaboration entre médecine moderne et traditionnelle a commencé depuis l'adoption de la politique des soins de santé primaires. D'importants efforts sont faits tant au niveau national que régional pour établir des relations de collaboration entre les deux types de médecine. On peut noter entre autres, l'organisation des tradipraticiens en groupements, l'octroi d'un local pour les tradithérapeutes à Ouagadougou, l'association des tradipraticiens à certaines rencontres comme la recherche essentielle en santé, les rencontres sur le SIDA, etc. Au niveau régional, certains pharmaciens ont établi des collaborations avec des thérapeutes traditionnels et certaines plantes médicinales ont été étudiées et transformées en thérapeutiques sous diverses formes (sirop, décoction etc.). Cette collaboration est également bien établie au niveau universitaire à travers le département de recherche sur les substances naturelles au sein du département de la recherche scientifique.

Enfin des normes minimales de prestations ont été définies pour chaque niveau du système sanitaire. Pour les principales prestations, il a été produit un guide pour le diagnostic et le traitement des pathologies les plus fréquentes, surtout pour l'usage dans les formations sanitaires périphériques.

Conclusion sur la situation sanitaire

En conclusion, on remarque que les prestations offertes ont sensiblement évolué depuis 1983 sous l'effet de plusieurs programmes ou activités tels que la planification familiale, la promotion des médicaments essentiels génériques, les campagnes de masses se sont sensiblement renforcées. Cette évolution s'est accompagnée d'une certaine systématisation des prestations : ciblage des vaccins et populations à couvrir, paquet minimum d'activités par niveau de services, promotion de Kits pour assurer la disponibilité des prestations, etc. Une dynamique nouvelle de la participation communautaire s'opère au travers le développement de mutuelles de santé et la mise en place des comités des CSPS. Les femmes sont de plus en plus représentées dans les structures de gestion des formations sanitaires. Elles sont reconnues comme agents sanitaires importants au sein des familles.

Ces changements s'accompagnent toutefois, on l'a vu, d'une faible fréquentation des services sanitaires publics. Cette tendance à la baisse est plus prononcée surtout en milieu rural. Les résultats de l'étude sur pauvreté et santé montre par ailleurs que plus 38 % des personnes malades n'acquièrent pas de médicaments pendant leur maladie (53 % des plus pauvres, 39% dans le groupe intermédiaire et 22 % des non pauvres). Différentes observations suggèrent un regain d'intérêt des populations pour la pharmacopée traditionnelle. A l'opposé, il y a manifestement accroissement de la vente illicite de médicaments et de la pratique illicite de la profession médicale. Une étude récente menée auprès des jeunes sur l'ensemble du Burkina montre que cette population privilégiait à 56% la pharmacopée, à 48% l'automédication. Seulement 42,3% déclaraient utiliser les services de santé après d'infructueux résultats auprès de guérisseurs.

Ces modifications s'opèrent dans un environnement où l'on observe l'émergence du secteur privé dans le domaine de la santé entraînant une nouvelle configuration de l'offre de soins. Celle-ci comporte désormais une offre moderne à but lucratif; une offre moderne à but non lucratif et une offre de soins traditionnels. Le développement de ces différentes catégories d'offres n'est pas sans conséquences sur le système de santé classique. D'abord parce que les stratégies de soins des populations s'inscrivent désormais dans cette offre multiple. Ensuite, parce que les professionnels de santé se tournent de plus en plus vers le privé pour améliorer leurs conditions économiques.

On peut donc résumer la situation sanitaire globalement de la manière suivante : (1) une rareté structurelle de ressources financières qui se répercute au niveau des montants affectés au secteur de la santé et conséquemment, sur le développement des services sanitaires; (2) une croissance démographique qui accroît la demande des soins face à une insuffisance des services sanitaires. A cette demande accrue en soins s'ajoute les problèmes d'habitat urbain, de chômage et de manque d'emploi, de surexploitation du potentiel écologique; (3) un contexte de grande pauvreté qui va de pair avec la malnutrition, l'analphabétisme, les difficultés d'accès aux services sociaux, notamment sanitaires en particulier.

2.6.3.2 L'Organisation actuelle du système de santé

Afin de rendre le système de santé actuel plus efficace, une réflexion s'est engagée dès 1988 au sein du Ministère de la santé autour d'un scénario de développement sanitaire en trois phases. La mise en œuvre de cette stratégie visait une plus grande décentralisation du système sanitaire avec la mise en place des comités locaux de développement ayant en leur sein des structures chargées de la santé. Cette réflexion a abouti en 1992 à la définition de districts sanitaires : " une zone géographique bien délimitée, pouvant inclure plusieurs départements à l'intérieur d'une même province avec une

population de deux cent mille (200 000) habitants environ et comprenant des CSPS, un CMA et des structures de gestion adaptées ». Le réseau sanitaire comportait en 1995:

Le réseau sanitaire comportait en 1997, au premier niveau contact 759 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ainsi que 130 dispensaires isolés et 21 maternités. Au niveau des structures de référence il existait à cette même période (1997) 44 centres médicaux (CM), 25 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), et 9 centres hospitaliers régionaux (CHR), au niveau tertiaire 2 centres hospitaliers nationaux (CHN). Cela donnait un total de 988 infrastructures sanitaires toutes catégories confondues pour l'ensemble du pays. A cela il faut ajouter les structures privées de soins et les postes de santé primaires installés en 1986 et dont certains sont toujours opérationnels. Mais il faut souligner l'insuffisance de données permettant d'avoir le nombre exact aussi bien des structures privées que des postes de santé au niveau village. Cela donnait en 1997, des ratios population par formation sanitaire encore faibles: Un CHR pour 1 213 677 habitants; un CMA pour 321 267 habitants ; Un CSPS pour 14 391 habitants.

2.6.3.3 Le financement de la santé

Le financement du système de santé provient de trois principales sources : i) l'Etat ; ii) les partenaires de la santé ; iii) la communauté.

Jusqu'à la fin des années 80, l'Etat jouait un rôle prépondérant dans le financement, la régulation, l'organisation et la conduite du système de santé. Avec le PAS qui renforce le rôle du secteur privé, et au regard des ressources limitées de l'Etat, on assiste actuellement à une configuration nouvelle du système de santé. Dans le PAS, un programme de réforme du secteur de la santé est actuellement en œuvre dont l'objectif essentiel est l'accroissement du taux de couverture sanitaire.

Les performances du secteur de la santé dépendent surtout du niveau des ressources, humaines et financières, qui y sont consacrées. Or le budget de la santé ne représentait que 6 à 7% du budget national de 1982 à 1986, et l'expérience de ces dernières années semble indiquer que le pays éprouve des difficultés à maintenir les niveaux atteints dans les années 80. Déjà en 1985, des orientations budgétaires ont amené le gouvernement à suspendre son programme de formation des infirmiers et on note que depuis la décennie des années 90 la part du budget affectée à la santé semble avoir relativement diminué : en 1993, elle était de 5,9 % du budget national et moins encore en 1994 (5,4 %)(cf tableau ci-dessous).

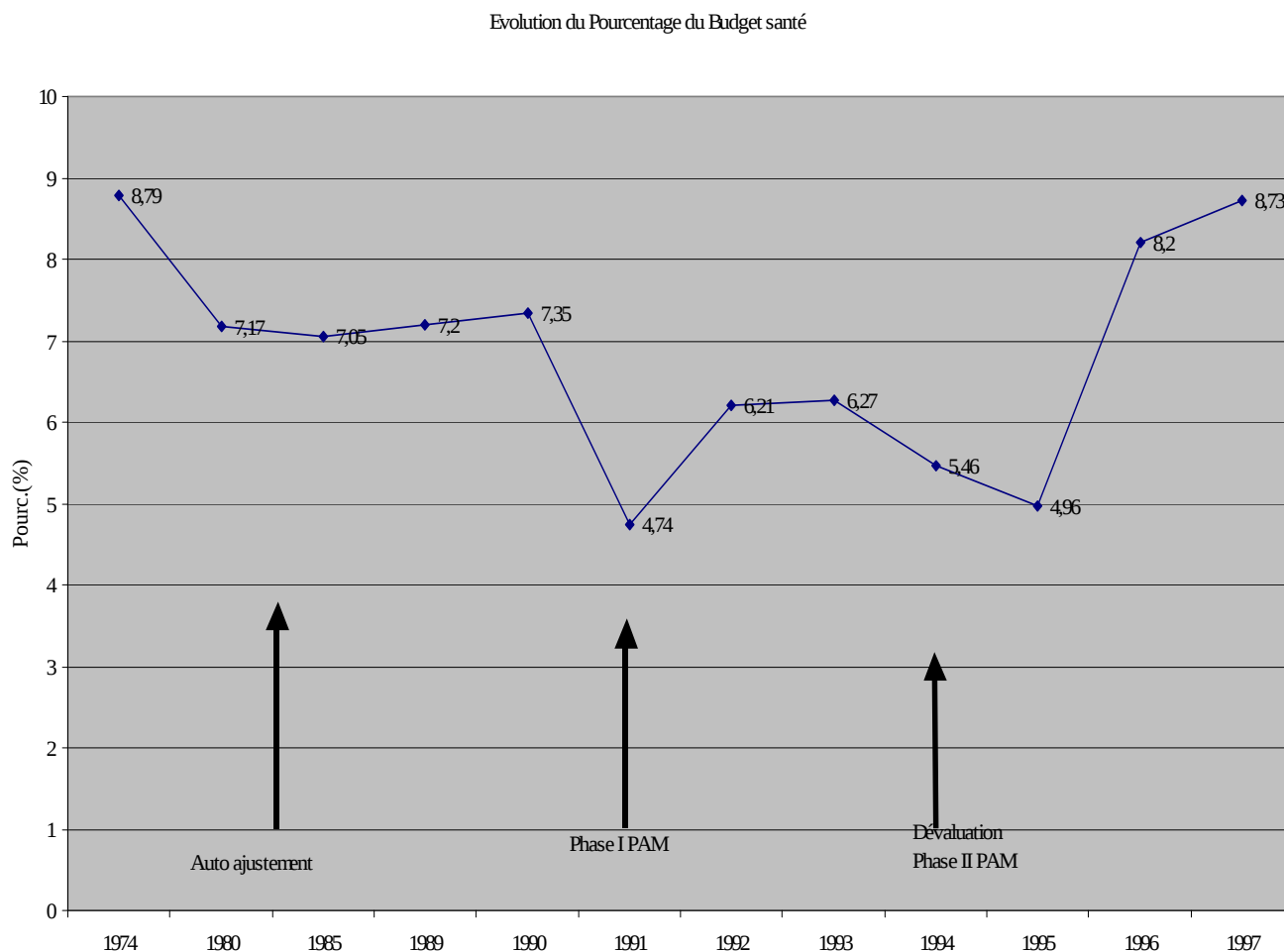
Tableau 4 – Evolution du budget santé de 1974 à 1976 (en %)

Année	1974	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Budget santé / budget national (%)	8.79	7.17	7.05	7,20	7.35	4,74	6,21	6,27	5.46	4,96	8,20
Part du personnel dans budget santé	82.9	50.5	81.9	75	78.4	27,3	33		63.1	33	17,98
Part des médicaments. & matériels dans budget santé	9.05	8.9	4.45		9	13,5			4.77		

Source : DEP du Ministère de la santé

Il se dégage du tableau une évolution en dents de scie de la proportion du budget santé suivant les années. Cette fluctuation de façon tendancielle ,est surtout marquée par une baisse de la proportion du budget santé jusqu'à la fin de la première moitié des années 1990. On note une tendance au relèvement de la part du budget santé, témoignant partiellement un accroissement des ressources financières du secteur santé. La contribution de l'Etat reste encore prédominante dans le budget des

formations sanitaires (hôpitaux, CSPS), car la tarification ne rapporte pas beaucoup (les salaires des agents sont pris en charge par le budget national à tous les niveaux.



La proportion est nettement en deçà du seuil recommandé par l'OMS (10 %). En 1998, il ressort que le budget santé était de 33 milliards FCFA avec une proportion de 8,8 % par rapport au budget total. La dépense publique par habitant était de 3000 FCFA(environs 5 \$ US) par an⁶.

La baisse qui a commencé bien avant la période d'auto ajustement a été plus marquée au moment de l'ajustement structurel de 1991. Une certaine augmentation se constate après l'ajustement structurel atteignant en 1996 son niveau d'avant l'auto ajustement. Cet accroissement peut s'expliquer par les apports du programme d'ajustement macro économique.

Si le financement du secteur de la santé par le budget national est bien établie en montant et en pourcentage par an, il n'en est pas de même des contributions des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONGs/Associations. La contribution des partenaires est souvent difficile à préciser du fait de plusieurs facteurs.

Les partenaires recensés sont les ONGs, les institutions bilatérales, multilatérales, les associations, comités de jumelage, les organisations confessionnelles (tous ces financements sont entremêlés d'où difficulté de faire le point d'une manière exacte des financements extérieurs au niveau de la santé). En effet, les ONGs/Associations, les projets, les comités de jumelage, les organisations confessionnelles sont aussi financés par les institutions multilatérales et les bilatérales sans négliger les autres sources de financement.

⁶ Aide mémoire mission de la Banque Mondiale, 15-29 mars 1998

Les financements extérieurs surtout multilatéraux et bilatéraux influencent beaucoup la politique sanitaire du pays. En effet, les différentes réformes au niveau du Ministère de la santé sont suscitées par les grands partenaires comme l'OMS (SSP, IB), l'UNICEF (Vaccination commando, GOBI FFF), FNUAP (SR), Banque Mondiale (appui aux districts sanitaires).

Contribution de la communauté au financement

La notion de participation de la formation sanitaire à son propre fonctionnement à travers la génération des ressources financières est récente, puisqu'elle date seulement de 1991. Elle n'est devenue effective que dans les années 1994 avec la mise en place l'initiative de Bamako. Ainsi depuis la mise en place de la stratégie de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, des recettes propres sont générées au sein de certaines structures. Les statistiques ne sont pas disponibles pour apprécier l'ampleur de cette contribution propre des formations sanitaires.

Depuis la mise en œuvre de la politique de recouvrement partiel des coûts, des ressources importantes sont générées par les services de santé. L'absence de chiffre ne permet pas d'estimer exactement la hauteur de leur contribution notamment au fonctionnement. Les expériences de certains districts laissent croire que cette contribution peut être importante mais sa gestion est délicate et conditionne sa pérennité. Mais le bilan partiel des expériences sus citées montre que les « bénéfices annuels d'un CSPA » suffisent à peine à recruter un agent itinérant de santé ou une accoucheuse auxiliaire au taux de la fonction public. La contribution de l'Etat reste prépondérante dans le financement des services de santé. Les contributions des partenaires en terme de prêts, dons et appuis divers bien que difficile à chiffrer sont appréciables et permettent la mise en œuvre des principaux programmes en cours..

3 Le Développement des mutuelles

Les mutuelles de santé sont un phénomène qui émerge au Burkina Faso. Bien que, sur la base de l'information jusque là existante, l'on puisse faire remonter la première expérience au début des années 1960 avec la création de la « mutuelle douanière de Haute Volta ». Elles se sont surtout développées en se diversifiant avec l'appui de certaines ONG et bailleurs de fonds (Coopération Française, Coopération Belge, Coopération Hollandaise, BIT/STEP, l'ANMC, le CIDR, l'UTM, la GTZ etc..) dans les années 90 et en la faveur d'un contexte marqué par :

un désengagement de l'Etat progressif dans le cadre du programme d'ajustement structurel mis en œuvre depuis 1991 ; qui on le verra va susciter un intérêt pour le développement des mutuelles de santé

des barrières financière, géographique et socioculturel, on l'a vu dans la situation sanitaire à l'accès des populations aux soins de santé,

les défaillances d'une protection sociale officiel (couverture marginal dans le domaine de la santé) et de mécanismes traditionnels d'entraide inadaptés au financement des besoins en santé (B. Fonteneau, 1999).

Une mutuelle de santé peut être définie comme « une association facultative de personnes (donc à adhésion libre) à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de ses cotisations principalement et sur la base de leurs décisions elle mène en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux » (ANMC-WSM/BIT-ACOPAM, 1996, p.11, cité par B. Fonteneau, 1999, p16). Elle couvre essentiellement des risques liés à la santé de ses membres. Dans les faits, elle procède à une sélection des risques à couvrir. C'est donc un système qui repose sur la prévoyance et suppose un effort collectif, conscients et planifiés pour réduire l'incertitude concernant les risques de santé dans une logique de solidarité.

3.1 Contexte d'émergence des mutuelles

3.1.1 Les défaillances des mécanismes de protection sociale officiels et traditionnels

Le système officiel (public) de protection sociale au Burkina faso se compose des institutions suivantes : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) et l'Office de Santé des Travailleurs (OST).

La CNSS offre aux travailleurs trois catégories de prestations :

- les allocations familiales et maternelles ;
- des actions en matière de risques professionnels ;
- les allocations de vieillesse d'invalidité et de décès.

La CARFO, elle gère les pensions des fonctionnaires civils et militaires, des magistrats et de leurs ayants droits.

L'OST, offre aux employés des entreprises et services à caractère privé et parapublic deux types de prestations : les soins curatifs et la visite annuelle. La couverture offerte par l'OST peut large ou limitée. Dans le premier cas l'employé bénéficie de 80% des réduction par la maladie sans aucune limite. Dans le second cas l'entreprise de l'employé concerné opte pour un montant forfaitaire pour couvrir les dépenses de santé de l'agent. Dans ce cas l'employé bénéficiera de la prise en charge de 80% jusqu'à concurrence du montant du budget versé.

La couverture porte on le voit sur les travailleurs des secteurs public et privé. Elle a un caractère partiel au regard de la population couverte d'une part, et d'autre part par rapport aux prestations offertes La population couverte est estimée à 9%.

A coté de ce réseau de sécurité sociale public, existe un réseau d'établissements d'assurance et de réassurance qui se compose de la Société Nationale et de Réassurance (SONAR), la FONCIAS, l'Union des Assurances du Burkina (UAB) etc.. Ces sociétés offre des prestations en assurance maladie, mais le montant des primes et les conditions d'adhésion constituent de sérieuses barrières à l'entrée. Ce réseau qui ne couvre de 1% de la population sur le plan de la santé est marginal.

Hormis ces réseaux publics et privés il existes pratiques populaires d'entraide et de solidarité dans le domaine social au Burkina. Elles sont multidimensionnelles et couvrent la perte de revenu, la mort, la maladie, le déficit alimentaire etc.. Mais il ressort que ces pratiques se caractérise par une prévalence des mécanismes de solidarité ex-post : l'intervention ne se réalise qu'au moment ou après que l'événement se soit produit. A la différence des mutuelles de santé qui reposent sur la prévoyance, les mécanismes traditionnels ont un caractère spontané faisant intervenir la réciprocité.

3.1.2 Un intérêt des autorités, des ONG et des bailleurs de fonds pour le développement des mutuelles de santé

Le contexte économique global dans lequel les mutuelles de santé apparaissent se caractérise depuis 1991 par la mise en œuvre d'un programme d'ajustement structurel qui se traduit par une série de réformes économiques et institutionnelles visant le désengagement de l'Etat et la promotion des secteurs privé et associatif. Ces réformes cherchent à instaurer et à consolider les conditions d'une économie de marché d'un coté et de l'autre à soutenir les entreprises et les entrepreneurs privés qui sont désormais perçus comme les vecteurs de la croissance économique. Dans ce processus, une attention particulière est accordée par les autorités, les ONG et les bailleurs de fonds aux mutuelles de santé qui sont perçues comme *des alternatives au financement de la santé* face aux reformes dans le santé qui se caractérisent on l'a vu par un désengagement progressif de l'état du financement de la santé et al mise ne œuvre d'une logique de recouvrement des coûts, de décentralisation et de participation des communauté à la gestion des services de santé.

Plusieurs initiatives révèlent l'intérêt que les autorités et les bailleurs de fonds accordent aux mutuelles de santé.

Ainsi le BIT se basant sur un rapport sur la protection sociale au Burkina Faso, suggérait en 1995 la mise en place d'un système d'assurance mutuel en lieu et place d'une système nationale de santé financé sur fonds publics vu la rareté des ressources budgétaires et le retrait progressif de l'Etat.

De même en 1996, à travers la conférence des partenaires organisée par le Ministère de la santé et de l'action sociale, une recommandation était formulée sur : « la mise sur pied de mécanismes de financement communautaire de soins de santé de type mutualiste ».

Cet intérêt s'est traduit au niveau institutionnel par la création en 1997 au sein du Ministère de l'Emploi, du Travail et la de la Sécurité Sociale d'une Direction de la Mutualité. Il ressort que cette Direction a rédigé une proposition de loi portant sur les mutuelles

En juin 1999, un premier atelier a été organisé par les institutions mutualistes dans le domaine de la santé avec le soutien des bailleurs de fonds, des ONG et de certaines coopérations bilatérales qui s'intéressent au soutien et à la promotion des mutuelles de santé.

3.2L'évolution des mutuelles de santé

Le développement des mutuelles de santé au Burkina Faso qui a pris à l'origine la forme d'une initiative limitée aux employés d'un service donné qui est la Douane regroupe actuellement une variété d'expériences diverses par la taille, le degré de structuration, la philosophie, les objectifs, les moyens techniques, financiers et humains. Quelle est l'importance réelle des mutuelles de santé ? Quelles sont leurs caractéristiques principales (mode de fonctionnement, insertion dans le tissu socio-économique, implication des bénéficiaires dans le fonctionnement, cadre juridique et institutionnel ? Quelles sont leurs stratégies (nature des services offerts, populations cibles, rentabilisation des opérations etc.) et leurs règles de gestion ? Quelles sont leurs performances dans la fourniture et l'accès aux soins de santé.

La méthodologie suivie pour dresser l'inventaire a reposé : 1) sur la consultation des journaux officiels depuis les années 1960 jusqu'à nos jours afin d'identifier les mutuelles qui se sont formées et sont agréées par les services techniques ; vu l'absence d'un cadre réglementaire jusque là ces organisations sont reconnues par le ministère de l'administration territoriale et prennent le statut d'association et non de mutuelle même si leur dénomination contient le qualificatif de mutuelle ; 2) sur les résultats de la revue documentaire et des interviews qui ont permis de disposer d'une seconde liste qui permet de prendre en compte les organisations qui ne sont pas forcément agréées.

3.2.1 Une typologie des mutuelles de santé ex-ante au Burkina Faso

Pour procéder à l'analyse du paysage de la mutualité dans le domaine de santé au Burkina, il est proposé la grille de classification suivante (emprunté à B. Fonteneau, 1999 p21) qui distingue quatre (4) types d'organisations :

- La Caisse de solidarité limitée habituellement aux travailleurs d'un service, d'une entreprise ou élargie aux travailleurs œuvrant dans le même domaine d'activité.
- La Mutuelle de santé (classique) dont le contenu a déjà été donné en début de chapitre.
- Le couplage crédit-santé représentant une forme d'initiative qui dans le cadre d'un dispositif de microfinance procède à une affectation aux frais de santé d'une partie du crédit octroyé ou d'une partie de l'épargne mobilisée par le membre. On le verra cette formule bénéficie de l'existence préalable de facteurs facilitant la mise en œuvre. Sa différence d'avec la mutuelle de santé en tant que telle réside dans sa logique de mise en œuvre et dans la relation fonctionnelle qu'elle établit entre les activités de crédit-épargne et celles liées santé.
- Le système de prépaiement une formule proposée dans les formations sanitaires (hôpitaux, centre de santé) consistant en un prépaiement annuel qui garantit à la personne l'accès aux soins durant l'année. Son adhésion couvre soit les soins hospitaliers, soit les soins dispensés dans le centre de santé soit tout ou une partie des deux.

Cette typologie est intéressante car chaque type soulève une problématique tenant soit à sa logique de mise en œuvre soit à sa professionnalisation, soit à son institutionnalisation dans le domaine de la couverture des risques de santé. Les informations statistiques qui vont suivre portent sur 56 unités mais dans les faits on recense 63 unités dont certaines sont en cours de formation.

3.2.2 Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé

3.2.2.1 Les caisses de solidarité

Elles sont les plus difficiles à inventorier car nombre d'entre elles existent mais opèrent dans l'informel et ne font pas l'objet d'un appui de la part d'une structure donnée. En partant des journaux officiels on a en dénombré CAPut! jusqu'à là.

Le groupe-cible de ces caisses est représenté par les travailleurs d'une entreprise, d'un service donné. Ainsi ce type d'initiative est fréquent dans les différents Ministères et services publics et parapublic et dans certaines entreprises privées.

Les Caisses ont cette spécificité d'avoir un caractère multidimensionnel dans les prestations offertes avec souvent un volet santé de couvertures de certains risques de santé ou à défaut les unités retenues dans cette catégorie disposent d'un projet d'intervention dans le domaine de la santé.

Elles sont les structures les plus anciennes car elles représentent les premières formes que prennent la mutualité dans le domaine de la santé au Burkina Faso. Ainsi dans notre échantillon la mutuelle de la Douane est créée en 1963⁷ sur l'initiative du premier dirigeant de cette institution.

Une caractéristique importante dans le cas des Caisses de solidarité réside dans leur logique de formation. Elle révèle que les caisses ne sont qu'une formalisation de pratiques d'entraide existantes au sein de l'entreprise lorsqu'un agent rencontre des problèmes sociaux (santé, décès etc..) sans la mise en œuvre d'une étude de faisabilité en tant que telle. De ce fait les taux de cotisations et l'ampleur de ses interventions de la caisses sont déterminés sans un calcul économique : de façon forfaitaire.

3.2.2.2 Les initiatives de couplage crédit-épargne :

Les expériences qui couplent le crédit à la santé sont nées d'une initiative conjointe du Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF) une institution de microfinance orientée spécifiquement vers femmes et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visant l'amélioration de l'état de santé des clientes du FAARF et de leurs familles, notamment les enfants à travers le financement des soins de santé. L'inventaire actuel en dénombre 18.

La nécessité d'intégrer la dimension sociale des clientes dans la mise en œuvre d'activités de crédit repose sur les facteurs suivants :

- L'analyse des impayés du FAARF indique que 75 à 80% de ces derniers s'expliquent par un problème de santé rencontré par les femmes ou leurs enfants d'où la possibilité d'améliorer le portefeuille de ses prêts en contribuant à la résolution des problèmes de santé de ses clientes ;
- Le renchérissement des coûts des médicaments suite à la dévaluation qui a eu pour effets d'importants retraits dans l'épargne des femmes.
- La demande des clientes portant sur des formations en IEC formulée en son endroit ; Ce besoin ressenti par les femmes provient des multiples sensibilisations des populations par les responsables de la santé dans le cadre de la promotion de la santé familiale ;

Un comité de pilotage est mis en place ayant pour fonction d'orienter le projet et la forme d'intervention retenue pour le financement des soins de santé primaires des femmes clientes du FAARF est la mutuelle de santé. Une cellule intitulée FOCS est créée afin de développer une capacité en matière de création et d'accompagnement des mutuelles de santé.

Le dispositif fonctionne en affectant une partie de l'épargne collectée auprès des femmes à une caisse commune destinée à couvrir les dépenses de santé.

⁷ L'inventaire des journaux officiels fait apparaître aussi une autre caisse dans les années 1960 : la Caisse de Secours des Instituteurs de l'enseignement privé créée en 1969.

Les Mutuelles de santé fondées sur le couplage crédit-santé sont initiées à partir des Groupements Féminins clientes du FAARF et sont autogérées. Elles ont donc pour public-cible les femmes membres du groupement féminin et leurs enfants de moins de 5ans.

3.2.2.3 Les mutuelles de santé (classiques)

Dans une approche stricte rappelons la définition de la mutuelle de santé : « **une association** facultative de personnes (adhésion libre) à **but non lucratif** (qui ne recherche pas le profit) dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres principalement et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et en faveur de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux.

Les risques sociaux habituellement couverts sont :

- La maladie (soins de santé)
- L'incapacité de travail découlant d'un accident ou d'une maladie (allocations journalières)
- L'invalidité (rente périodique)
- La vieillesse (allocation de pension)
- Le décès (allocation et services funéraires).

Les notions de volontariat, de solidarité, de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle, d'initiative à la base, d'autonomie apparaissent comme fondamentaux dans la définition de ce qui est une mutuelle.

C'est à partir des cotisations que la mutuelle de santé garantit à ses membres le paiement ou le remboursement de toute ou une partie du coût de leurs soins de santé. Les soins de santé sont généralement fournis par des prestataires avec lesquels

La structure la plus ancienne dans cette catégorie est la Mutuelle Pharmaceutique Sainte Famille de Tounouma. Elle est née en 1985 à partir d'un besoin fortement ressenti par les membres d'une communauté paroissiale à savoir celui de se soigner à moindre. Une communauté composée à majorité agriculteurs, ouvriers, petits fonctionnaires et surtout des chômeurs ne disposant dans une forte proportion que de revenus très modestes.

A l'image des autres structures retenues ici comme mutuelles de santé et hormis la mutuelle de santé de Bobo Dioulasso, les mutuelles retenues ici sont celles qui se forment à partir de l'initiative des membres eux-mêmes et de l'expression de leurs besoins, partant des risques de santé qu'il sont prêts à couvrir.

3.2.2.4 Les systèmes de pré paiement

« Le système de prépaiement », qualifié parfois de « système de prépaiement mutualisé volontaire » ou encore de « mutuelle sanitaire » est un dispositif proposé par les formations sanitaires en particuliers par les Centres de Santé Primaires dans le but d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour ceux à risque d'indigence saisonnière. Il consiste pour l'utilisateur membre du système à payer une somme fixe une fois par an afin de bénéficier des soins tout au long de l'année. C'est un système qui vient en complément des mécanismes traditionnels d'entraides (Dr R. Cazal-Gamelsy et al, 2000]. Il faut le replacer dans les réformes du système sanitaires en relation avec l'initiative de Bamako qui visent la décentralisation, la participation communautaire aux soins de santé c'est-à-dire à leur gestion et leur financement. La gestion de ces systèmes est assurée les comités de gestion des formations sanitaires mis en place par les populations locales. Ce sont les représentants de la communauté, qui gèrent le système. Cette gestion de proximité (Dr R. Cazal-Gamelsy et al, 2000,

p.1) , renforce le crédit qu'accordent les villageois au système. Ce modèle est particulièrement pertinent en zone de culture de rente où les paysans disposent *1 fois par an* d'un revenu consistant. L'expérience ici abordée est celle des « mutuelles » en zone cotonnière, dans l'Ouest du Burkina Faso.

Cette forme d'organisation solidaire de financement de la santé a été retenue comme composante des mutuelles de santé en raison de l'existence des principes d'adhésion libre, d'assurance et de solidarité. Elles se différencient des mutuelles dans leur fonctionnement puisque l'on ne perçoit jusque là un fonctionnement démocratique (le personnel des formations sanitaires jouant un rôle central dans la prise des décisions) et une forte implication des usagers. Mais dans une perspective dynamique, ces structures sont appelées à être autonomes et démocratiques : il se pose ainsi par rapport à ce type d'organisation des questions liées à son processus d'institutionnalisation et de professionnalisation dans un contexte d'analphabétisme.

La formule de système de prépaiement s'inspire d'un document cadre élaboré par la Direction Provinciale de la Santé du Houet ayant pour objet la sensibilisation par les formations sanitaires des populations à l'autonomie de gestion et aux mutuelles sanitaires. Le premier système de prépaiement va apparaître dans la zone de Houndé à Bouahoun plus précisément sur l'initiative de l'infirmier chef en 1991. Pour ce faire il procède à une sensibilisation des leaders d'opinions, des responsables coutumiers et administratifs et des autres personnes ressources (Enseignants, Encadreurs agricoles ...). Puis fait le tour des villages pour présenter le projet à la communauté. C'est suite à cette campagne qu'il a été décidé de mettre en place la mutuelle sanitaire. L'Assemblée Générale (AG) constitutive des mutualistes a lieu en 1992 et les organes de gestion sont mis en place. Dès 1993, est mis en place le Comité de gestion du CSPS (COGES), l'AG des représentants décidera alors que le COGES de la mutuelle est aussi celui du CSPS.

Au total les systèmes de prépaiement disposent de 2 organes : l'AG et le COGES. L'AG comme dans toute association est l'organe souverain ; elle fixe le montant de l'adhésion à la « mutuelle », détermine les types de prestations couvertes apprécie les propositions émanant du COGES. Ce dernier représente l'organe de gestion et ses membres sont élus pour 2 ans. Le COGES gère simultanément les recettes du CSPS et de la « mutuelle » et les dépôts de cette dernière. Il est chargé aussi de la sensibilisation et apprécie les recommandations de l'équipe cadre du District (ECD). Les responsables du dispositif sont formés à la gestion une fois élus. Les réunions sont mensuelles et constituent un cadre de formation continu pour ses membres. Les mutualistes contribuent aux décisions, en participant aux différentes rencontres. Quant l'Equipe Cadre du District (ECD), elle est responsable de la supervision, du contrôle, de l'évaluation, de l'appui technique et propose des modifications éventuelles à apporter au système. [24], [25]&[35]

3.2.3 La politique générale pour l'accès aux structures et aux produits

L'objectif fondamentale de la politique des mutuelles de santé en matière d'adhésion à leurs structures est normalement d'étendre leurs services au plus grand nombre possible de personnes relevant de leur groupe-cibles. Ceci est d'autant plus nécessaire que la taille de la mutuelle est un déterminant d'efficacité (économie d'échelle) et de performances plus élevées.

Il s'agira aussi de mettre en évidence la base sociale sur laquelle se forme chaque type, les politiques d'accès aux mutuelles et à leurs produits.

3.2.3.1 Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des caisses de solidarité

1.1.1.1.1 Les groupes-cibles et la taille des caisses de solidarité

Les caisses de solidarité ont un groupe cible restreint puisqu'elles ne s'adressent qu'au personnel ou travailleurs de la structure dans laquelle elle prennent naissance. L'information jusque là n'est pas complète pour calculer les taux de pénétration de chaque caisse. On peut par contre donner un aperçu des conditions d'accès à ces caisses et à leurs prestations.

Tableau 5- Groupe -cible des Caisses de solidarité et le nombre d e membres

Nom de la Caisse de solidarité	Région	Ville	Groupe Cible	Taille
1. Caisse sociale du Centre Muraz	Houet	Bobo Dioulasso	Le personnel de la structure	91
2. Mutuelle des Travailleurs de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale	Houet	Bobo Dioulasso	Le personnel de la structure	185
3. Caisse Spéciale Secours des travailleurs de la SN-CITEC	Houet	Bobo Dioulasso	Le personnel de la structure	359
4. Mutuelle des agents de la Poste	Houet	Bobo Dioulasso	Le personnel de la structure	60
5. Mutuelle des travailleurs de la Société Nationale Burkinabè des Hydrocarbures	Houet	Bobo Dioulasso	Le personnel de la structure	65
6. Mutuelle des travailleurs de l'Office National des TELécommunications	Houet	Bobo-Dioulasso	Le personnel de la structure	327
7. Mutuelle des agents du Trésor	Houet	Bobo-Dioulasso/ouaga	Le personnel de la structure	272
8. Mutuelle des travailleurs de la SONABHY	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	150
9. Mutuelle des agents de l'Office National des Puits et Forages	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	150
10. Mutuelle des agents de la Poste	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	600
11. Mutuelle des gérants de parking du Kadiogo	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	150
12. Mutuelle du personnel d'encadrement de l'enseignement primaire	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	122
13. Mutuelle des agents de la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	90
14. Mutuelle de la Douane	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	Nd
15. Mutuelle des agents de l'Office national de la Santé des Travailleurs	Houet	Bobo-Dioulasso	Le personnel de la structure	Nd
16. Association Gnoumalon	Kadiogo	Ouagadougou	Les femmes	10
17. Association des retraités du Secteur 13	Kadiogo	Ouagadougou	Les retraités du secteur	150
18. Association Lessôkon	Kadiogo	Ouagadougou	Population urbaine et rurale	10
19. Mutuelle des agents de l'OST	Kadiogo	Ouagadougou	Le personnel de la structure	150
Total	2 régions	2 villes	4 groupes cibles	2941

Près de 80% des Caisses de solidarité ne s'adressent qu'aux agents relevant de leur structure d'appartenance. Leur groupe potentiel de membres est définie précis et facilement accessible. Seules 2 sur les CAPut! ont des groupes cibles qui diffèrent des autres caisses et recouvrent une base sociale importante. Ce sont : l'association Gnoumalon, et l'association Lessôkon qui s'adressent respectivement aux femmes et jeunes filles et à la population urbaine. Pourtant ces associations mobilisent très peu par rapport à la taille de leur groupe cible.

La taille moyenne des Caisses de solidarité est de 173 personnes avec un nombre de membres estimée à 2941.

1.1.1.1.2 Les conditions d'adhésion aux caisses de solidarité

Toute personne physique ou morale relevant du groupe-cible d'une caisse peut devenir membre après s'être acquitté des conditions financières suivantes : son droit d'adhésion, et sa cotisation. L'adhésion est volontaire dans toutes les structures relevant de type.

Le droit d'adhésion est une somme qui représente la participation du postulant à une partie des fonds propres destinée à couvrir les frais administratifs. Elle est une propriété de la mutuelle et elle n'est pas remboursable au membre une fois payée, même si le membre doit quitter la structure. Bien que l'information ne soit totalement disponible, son montant varie suivant les coopératives de 1000 à 5 000fcfa.

La cotisation est aussi une contrainte financière à l'adhésion et au statut de membre afin de bénéficier des prestations. Son montant varie entre 250 et 1500 F par mois.

Dans le cas des Caisses de solidarité la détermination des niveaux de cotisations se fait de façon aléatoire sans procéder à un calcul économique ou financière au regard des besoins de santé et de la capacité contributive des membres risques couverts. Dans leur mise en œuvre aucune étude de faisabilité n'est faite et les préoccupations de viabilité financière n'entrent pas en ligne de compte dans le choix des prestations à fournir et de leur tarification.

Il ressort aussi que nombre de caisses rencontrent des difficultés dans la collecte des cotisations surtout celles qui n'ont pas un mécanisme de précompte. C'est le cas notamment de la caisse du Centre Muraz, de celle du Trésor etc.

Certaines Caisses bénéficient de ressources complémentaires provenant de dons issus de leur direction.

Les prestations offertes par les Caisses telles qu'elles apparaissent dans le tableau, indiquent que les Caisses peuvent être classées suivant leur degré d'implication dans la prise en charge du volet santé ? on peut distinguer ainsi :

- celles qui sont centrées sur les risques santé : c'est le cas notamment de la mutuelle du Trésor
- Celles qui ont une couverture spécifique ou particulière des risques santé : on a notamment toutes les caisses qui interviennent en procédant à l'affectation de sommes forfaitaires dont les montants ne sont forcément en correspondance avec les besoins
- Celles qui interviennent de façon indirecte par le biais soit des prêts accordés facilement dans le cas d'événements sociaux. Il faut noter que dans ce dernier cas on a à faire à des structures au sein desquelles le volet santé est pris en charge par la société.

Tableau 6- Les conditions financières d'accès aux caisses d'entraide et les prestations

Nom de la Mutuelle	Adhésion	Cotisation	Prestations
Caisse sociale du Centre Muraz		1500 F Cadres sup; 700F Cadres moy. ; 300F autres	Sommes forfaitaires - Hospitalisation/ maladies ; 25 000 F maximum - Mariage : 10 000 F - Sinistres : 25 000 - Naissance, retraite, fin de séjour : 25 000F - Prêts remboursables sans intérêt
Mutuelle des Travailleurs de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale		1000 francs/mois	Sommes forfaitaires : - Naissances : 25 000 - Décès adhérent : 100 000 - Décès conjoint: 100 000 - Enfant décédé : 50 000 - Mariages adhérent : 50000.-Enfants : 25000 - Licenciement/retraite : 100 000 - Sinistres (incendie, inondations etc.):100 000
Caisse Spéciale Secours des travailleurs de la SN-CITEC		2500 F/an	Sommes forfaitaires : - Baptêmes : 50 000 - Décès : 50 000 - Mariages adhérent : 50000.-Enfants : 25000 - Licenciement/retraite : 100 000 - Sinistres (incendie, inondations etc.):250 000 - Ordonnances : 25 000 F
Mutuelle des agents de la Poste		12 000/an	Sommes forfaitaires Avances sur salaires : 25 000 F maximum Achats de vivres aux agents Prêts : 100 000 F maximum Prêts véhicules : 2 millions maximum Prêts
Mutuelle des travailleurs de la Société Nationale Burkinabè des Hydrocarbures		2500 F	Prêts
Mutuelle des travailleurs de l'Office National des TELécommunications		1000 F./mois	Prêts
Mutuelle des agents du Trésor	1000 à 5000francs	500 francs par mois	Opérations cyclomoteurs • 50% sur les ordonnances (à concurrence de 100.000F) • 20% sur le hospitalisations • 50% pour les verres correcteurs • Sommes forfaitaires : - Capital décès : 100 000 - Enfant décédé : 50 000 - Parent décédé : 25 000
Mutuelle de la Douane	1000 et 5000F	5000 francs/an	Frais funéraires : 25 000 Disponibilité d'une infirmerie Forfait de 50 000 F pour les verres correcteurs Prêts en cas d'événements sociaux (à compléter) Prise en charge à concurrence de 80% des consultations et examen
Mutuelle des agents de l'Office National des Puits et Forages		1000/mois	En gestation à déterminer en AG
Mutuelle des agents de la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires		1000/mois	nd
Mutuelle des gérants de parking du kadiogo		1000 F/mois	nd
Association des retraités du Secteur 13			Somme forfaitaire 2500 lors pour le s événements sociaux en cas de maladie, décès d'une proche, accouchement
Association Gnoumalon		500/Mois	Somme forfaitaire 2500 lors pour le s événements sociaux en cas de maladie, décès d'une proche, accouchement etc
Association Lessôkon			Nd
Mutuelle du personnel d'encadrement de l'enseignement primaire		10 000 F/an	Prise en charge des frais d'hospitalisation
Mutuelle des agents de l'OST	250 francs par mois	250 francs par mois	Une somme forfaitaire de 5000 pour le s événements sociaux en cas de maladie, décès d'une proche, accouchement etc.

3.2.3.2 Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des structures de couplage crédit-épargne : les mutuelles de santé autogérées.

La logique de couplage du crédit avec la santé vise pour l'essentiel les femmes membres des groupements féminins avec lesquels le FARF œuvre. Il est apparu dans la genèse de cette formule que les différents acteurs qu'elle regroupe ont un intérêt réciproque : le FAARF devrait y gagner de par l'éventuelle réduction des impayés et partant améliorer la qualité de son portefeuille de prêts, quant aux femmes intéressées, elles non seulement à l'information et à une éducation dans le domaine de la santé, mais leur état de santé devrait s'améliorer ce qui peut être source d'accroissement de productivité.

Tableau 7- Groupe-cible du couplage crédit-santé, membres, bénéficiaires et portée

Région	Ville	Nom de la Mutuelle	Groupe cible = taille GVF	Membre s	Bénéficiaires	Taux de pénétration
Kadiogo	Ouagadougou	Mutuelle Femmes et Développement Burkina		50	300	
Bam	Koungoussi	Mutuelle de santé Nongtaaba Secteur 5	ND	34	48	
Bam	Darigma	Mutuelle de santé Nongtaaba	ND	60	108	
Sanmatenga	Kaya	Mutuelle de santé Teegwendé		62	62	
Bam	Zimtanda	Mutuelle de santé Manegre kayamsé	55	55	66	100%
Bam	Tengsobdgo	Mutuelle de santé Teegwendé	40	28	41	62.5%
Bam		Mutuelle de santé Relwendé	60	51	51	85%
Bam	Wazelle	Mutuelle de santé Wend woaga	42	42	57	100%
Bam	Sabce	Mutuelle de santé Waldere	45	45	73	100%
Bam	Rounou	Mutuelle de santé Wend panga	77	67	83	80.51%
Bam	Kongoussi	Mutuelle de santé Teegwendé		51	62	
Sanmatenga	Kaya	Mutuelle de santé Relwendé		43		
Sanmatenga	Kaya	Mutuelle de santé Wend manégda		29	33	
Kouritenga		Mutuelle de santé Nateeg wende secteur 2		CAPut'	24	
Kouritenga		Mutuelle de santé Songtaaba secteur 4		32	44	
Kouritenga		Mutuelle de santé Kiswendsida secteur 1		22	22	
Kouritenga		Mutuelle de santé Matadiongo secteur 2		21	29	
Kouritenga		Mutuelle de santé Teegwendé secteur 5		24	24	
				735	176	

Le groupe-cible des initiatives qui couplent le crédit à la santé sont les membres d'un GVF donné qui constitué dans le cadre du crédit octroyé par le FAARF. Ne peut avoir accès aux prestations de la mutuelle que si on est membre. C'est une logique de mise en œuvre se fonde sur des expériences de regroupement, donc de solidarité qui préexistent et qui ont développé un certain dynamisme. Cette méthode a des avantages certains en ce que les femmes qui se sont réunies dans le GVF se connaissent déjà les unes les autres et peuvent identifier qui d'entre elles peut être choisie pour mener une expérience d'entraide et de solidarité dans le domaine de la santé de façon efficace. Il a été retenu comme dénomination des structures ainsi mises en place : mutuelles de santé autogérées.

La méthodologie de mise en œuvre de ces mutuelles débute par une phase de sensibilisation de la population de la population-cible et des formations sanitaires de la zone. Un premier critère de mise en place est l'existence d'un Groupement féminin dynamique et d'un besoin d'appui dans le domaine de la santé émanant des femmes membres de ce groupement. La seconde étape est l'étude de

faisabilité qui prend en compte la présence d'un centre de santé à proximité, les besoins des femmes en services de santé, la nécessité que les risques qui doivent être couverts soit supporter par les femmes, le coût moyen des risques à couvrir comme indicateur du montant des cotisations. Cette étude est restituée aux parties prenantes de la mutuelle à mettre en place et il est alors procédé à des ajustements en termes de risques et partant en terme de montant des cotisations au regard de la capacité contributive.

Le tableau ci-dessous révèle de façon globale que la taille des expériences est de petite taille comparativement aux Caisses de solidarité : on a en moyenne 40 femmes par mutuelle. Les conditions d'adhésion au niveau financier varie d'une mutuelle à l'autre entre 200f et 450 par mois. A côté de ces conditions une période d'observation d'une durée de 6 mois est nécessaire à tout prétendant avant d'avoir accès aux prestations.

Les prestations offertes par les mutuelles de ce type est la Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.

A la différence des Caisses de solidarité, la détermination des prestations à fournir s'est fondée sur un calcul économique tenant compte de la disposition des femmes à payer. Vu le niveau des cotisations la couverture ne peut se référer qu'à des petits risques de santé.

A côté de ces prestations certaines mutuelles offrent des services de transport pour faciliter les séances de vaccination. Les femmes bénéficient aussi de séances d'information-éducation-communication dans les domaines de l'hygiène, la nutrition, la diarrhée etc..

Tableau 8 Les conditions financières d'adhésion et les prestations aux structures de couplage crédit-santé

Nom de la Mutuelle	Cotisations Prestations
Mutuelle Femmes et Développement Burkina	Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Nongtaaba	400 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Nongtaaba	400 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Teegwendé	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Manegre kayamsé	200 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Teegwendé	400 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Relwendé	200 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Wend woaga	300 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Waldere	400 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.

Nom de la Mutuelle	Cotisations Prestations
Mutuelle de santé Wend panga	300 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Teegwendé	400 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Relwendé	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Wend manégda	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Nateeg wende secteur 2	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Songtaaba secteur 4	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Kiswendsida secteur 1	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Matadiongo secteur 2	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.
Mutuelle de santé Teegwendé secteur 5	450 Couverture des soins primaires à 80% y compris les MEG pour les enfants de moins de 5 ans limité à 6 épisodes par an et les femmes sans enfants de cette tranche à concurrence de 2 épisodes par an.

Sur le plan organisationnel, chaque mutuelle met en place un Comité de gestion dont les membres sont élues habituellement composé d'une présidente, d'une secrétaire, d'une trésorière.

Si par définition les petits groupes sont efficaces dans la mutualité, il reste à savoir si la taille en tant que telle de ces mutuelles permet d'opérer des économies d'échelle et d'intégrer sinon diversifier les prestations. C'est ce pourquoi il est envisagé actuellement pour les mutuelles de petites tailles de mettre en place une fédération afin d'élargir leur base sur le plan financier, des prestation et partager les risques sur un plus grand nombre de femmes.

On peut ranger dans la présente analyse aussi les mutuelles de Sanrogho, de Biba, de Toma, de Guila qui ont les mêmes caractéristiques mais sont classées dans ce que l'on convenu d'appeler les mutuelles de santé.

3.2.3.3 Les politiques d'accès aux structures et aux prestations mutuelles de santé classiques

Ce qu'il est convenu d'appeler ici mutuelles de santé (hormis celles de Guila, de Sanrogho, de Biba et de Toma que nous avons ranger dans le couplage crédit-santé du fait la structure de leurs prestations et de leur taille) visent un groupe-cible plus large et partant un membership hétérogène qui ne partage pas forcément les mêmes intérêts et les mêmes besoins de santé. Hormis en effet, Dakwena qui s'est formée sur une base identitaire très forte, les autres mutuelles ne s'adressent qu'à des groupes sociaux hétérogène, et peu cohérent. Le cas notamment de la mutuelle de Bobo qui apparaît comme une initiative dont l'idée de création émane des promoteurs et non des membres. La logique de sa mise en place a débuté par la création de entreprise (la mutuelle en tant qu'établissement) avant de se préoccuper de l'association, c'est-à-dire des membres, de leurs besoins et de la nécessité de leur participation au fonctionnement de l'entreprise.

Tableau 9- Les groupes-cibles des mutuelles de santé classiques

Mutuelles	Ville/village	Groupe-cible	Membres
Mutuelle DAKWENA	Bobo-Dioulasso	les paysans	310
Mutuelle Sainte Famille de TOUNOUMA	Bobo-Dioulasso	Population de Bobo (paysans et fonctionnaires démunis)	1640
La Mutuelle de santé de Bobo	Bob Dioulasso	Ville de bobo	292
Mutuelle de santé de Toma	Toma	Population du village	30
Mutuelle de santé de Sanrogho	Sanrogho	Population du village	39
Mutuelle de santé de Guilla	Guilla	Toute personne physique ou morale	84
Mutuelle de santé de Biba	BIBA	Population du village	30
Laafi Teebo	Ouagadougou	Population du village	103
			2528

Les conditions d'adhésion à leurs structures sur le plan financier est conditionnée à l'acquittement des droits variant entre 500 et 1000F, et leurs cotisations fluctuent entre 5000f et 12000 F l'an. Ces conditions ne diffèrent pas tellement de certaines caisses de solidarité pourtant ces mutuelles de santé couvrent des risques plus élevés. Cet état de faits interroge sur la détermination des montants des cotisations nécessaires à la couverture des risques en relation avec la capacité d'affiliation des membres potentiels et actuels. On le verra il se actuellement au sein de ce unités la question de marge de manœuvre pour l'augmentation des cotisations et leur recouvrement. Elles ont la taille moyenne plus élevé de l'ensemble des mutuelles concernées soit 306 membres.

Tableau 10- les conditions financières d'adhésion aux mutuelles de santé et leurs prestations

		Adhésion	Cotisation	Prestations
Mutuelle DAKWENA	les paysans	1000 F	5000 F par an (couverture familiale)	- 50% sur le médicament pour les ordonnances supérieures ou égales à 2500 F - Rabais sur les examens réalisés au laboratoire du dispensaire - Gratuité des soins et infirmiers disponibles au dispensaire
Mutuelle Sainte Famille de TOUNOUMA	Population de Bobo (paysans et fonctionnaires démunis)			Prix préférentiel du dépôt pharmaceutique
La Mutuelle de santé de Bobo		500 F	1000 F/mois	Convention avec CHNSS de Bobo : - Gratuité des actes (consultations et examens) - Gratuité du Kit opératoire et hospitalisation en troisième catégorie - 75% sur les ordonnances et ordonnances d'hospitalisation - Forfait en cas de pathologie chronique avérée (25 000 F/an/titulaire)
Mutuelle de santé de Toma	Population du village			
Mutuelle de santé de Biba	Population du village			
Laafi Teebo	Toute personne physique ou morale	1000 F	1000 F/mois	Conventions avec la clinique de l'OST et CHNYO : - 75% sur les consultations généralistes - 75% sur les hospitalisations (plafond 25 000/An/titulaire) - 50% sur les consultations spécialisées - 50% sur les examens médicaux 10% réduction sur les médicaments achetés au dépôt pharmaceutique de la mutuelle
Mutuelle de santé de Sanrogho	Population du village			
Mutuelle de santé de Guilla	Population du village			

A coté cette difficulté à mobiliser les ressources internes ces mutuelles bénéficient d'apports extérieurs sous forme de subvention. Ainsi Laafi Teebo a reçu un soutien extérieur de près de 5 millions FCFA tandis que la mutuelle de Bobo recevait elle un apport de 30 millions FCFA en 1998.

Quant aux prestations offertes deux mutuelles de santé ont au préalable procédé à une étude de faisabilité. Ce sont : la Mutuelle de Santé de Bobo et Lafi Teebo.

3.2.3.4 Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des systèmes de prépaiement

Le groupe-cible des systèmes de prépaiement se réfèrent à la population de l'aire de santé des 8 centres de santé publics périphériques ruraux ou Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Ces aires d'un rayon de 15 Km autour des CSPS comportent de 3 à 10 villages soit environ 5 à 10000 habitants.

Seuls les villageois de l'aire de santé peuvent adhérer et cette adhésion est individuel et volontaire. Le montant individuel de la cotisation varie entre 350 et 500 Fcfa. Tout postulant s'inscrit auprès de l'infirmier qui lui établit en retour une carte d'adhésion *qui indique la liste de tous les individus de sa famille à jour de la cotisation*

Les *campagnes de collecte de fonds coïncident avec les périodes de paiement du coton aux paysans* et s'étendent sur près de 6 semaines. Elles se déroulent tous les jours de marché et tous les jours au CSPS. La période d'observation est de 3 mois pour bénéficier des prestations.

Après un délai de stage de 3 mois le nouvel adhérent peut sur présentation de la carte de membre, bénéficier de la prise en charge de 3 types de frais : le paiement des actes effectués au CSPS, une partie des coûts d'ordonnance (15 ou 8% selon le cas), les frais d'évacuation sanitaire. [23]

Tableau 1 Prestations prises en charge par les systèmes de prépaiement

Prestations	tarif	Prestations	tarif
Consultation Curative	100 f	Planification familiale	300 f
Sutures	300 f	Carte de vaccination	100 f
Journée d'hospitalisation	100 f	Remise sur ordonnance interne (rédigées au CSPS)	15%
Carnet de santé	150 f	Remise sur ordonnance rédigée à l'extérieur si référence	8%
Consultation pré natale	300 f	Evacuation sanitaire sur Houndé	4000 f
Accouchements assistés	1500 f	Evacuation sanitaire sur Bobo	11 500 f

Source : Dr Cazal et al 2000

La comptabilité est tenue par le trésorier. Le CSPS procède à une facturation mensuelle afin d'entrer en possession du montant total des prestations prises en charge par la « mutuelle ». Ainsi, il remet la facture au COGES qui se charge du règlement. La « mutuelle » rembourse au dépôt de MEG, 15 % du montant des ordonnances prescrites par le CSPS, et 8% pour les ordonnances prescrites lors d'une référence. Lors de l'évacuation sanitaire d'un mutualiste, les frais de transport sont réglés, au départ (achat carburant) ou sur justificatif. Les outils de gestion consistent en 1 cahier d'enregistrement des mutualistes, 1 cahier de prise en charge des mutualistes, 1 livre de caisse, 1 livre de banque, 1 cahier de versements, des supports d'évaluation et des cartes de membre. Les contrôles de tous les supports de gestion disponibles par l'ECD sont trimestriels.

4 Atouts et contraintes au développement des mutuelles de santé

4.1 Les atouts au développement des mutuelles

Les mutuelles de santé présentent certains avantages qui justifient l'intérêt qui leur est porté et la nécessité de travailler à leur promotion. En effet, les autorités et partenaires au développement sont intéressées par la formule mutuelle de santé car elle peut participer de par son fonctionnement à :

- accroître l'accessibilité aux soins de santé et l'utilisation des services de santé par les populations avec cet avantage d'être capable d'adapter les besoins de santé aux capacités financières au niveau local ;
- à mobiliser des ressources pour le fonctionnement des institutions assurant les services de santé et à améliorer l'adéquation entre l'offre des soins de santé et la demande par un mécanisme de révision des services offerts par les formations sanitaires en fonction des besoins ;
- améliorer la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé en jouant le rôle de représentation des consommateurs de services de santé.

4.2 Les contraintes au développement des mutuelles

4.2.1 Les difficultés dans la conception et la mise en œuvre des mutuelles

4.1.1.1 L'absence de cadre légal comme difficulté

Le vide juridique évoquée par certaines organisations comme une difficultés lors des procédures de reconnaissance. L'intérêt que porte les expériences au statut juridique

4.1.1.2 Le bénévolat vs exigences des responsabilités de gestion

Le statut de bénévolat des initiateurs et responsables dans les mutuelles de type caisse de solidarité et Mutuelle de santé classique en particulier Laafi Têebo, la Mutuelle de santé de Bobo, la Mutuelle Sainte Famille de Tounouma pose problème au niveau de la gestion (B. Fonteneau, 1999, p56). La gestion dans ces catégories de mutuelles est autonome c'est-à-dire se réalise sans l'assistance d'intervenants extérieurs dans les organes de gestion. Ces élus qui sont désignés en fonction de leur personnalité et de leur qualification éprouvent des difficultés à combiner leurs activités professionnelles avec la gestion de la mutuelle. La conséquence est la difficile tenue à jour des comptes, de la caisse et des documents de gestion.

4.2.2 Le recouvrement et le montant des cotisations

Une des difficultés auxquelles sont confrontées la majorité des mutuelles réside dans la collecte des cotisations et le recouvrement des cotisations. C'est le cas de la mutuelle de Tounouma, de celle de Bobo et Lafi Têebo. Ces institutions connaissent de sérieux problèmes de retard. L'impossibilité de certaines mutuelles de procéder à un précompte et vu la taille relativement importante des membres rend difficile toute stratégie de collecte des cotisations.

Une autre difficulté réside dans la nécessité qui se fait jour d'augmenter le niveau de la cotisation afin d'espérer une autonomie financière avec corrélativement le risque de perdre des membres. Les mutuelles qui ont procédé au préalable à une étude de faisabilité et à un calcul d'un montant objectif, sont confrontées à un problème de taille du membership qui accroît leurs problèmes d'autonomie financière. Quant aux autres qui sont passées par des calculs relativement simplifiés, elle sont confrontées à la difficulté de mobilisation des ressources et à la faiblesse des ressources mobilisées par rapport aux risques à couvrir.

4.2.3 Un déficit en compétences dans le domaine de la gestion

Les compétences font défaut dans nombre de ces mutuelles. Le fonctionnement d'une mutuelle exige des membres un minimum d'instruction pour améliorer leur participation aux échanges durant les différentes réunions ou pour la gestion de leur association. Or il ressort que la majorité des membres pouvant s'affilier aux mutuelles sont analphabètes et que les gestionnaires et responsables élus ont des lacunes. Ce déficit en compétences s'accompagne de faibles disponibilités en ressources pour accroître le savoir et le savoir faire au sein de ces organisations en relation avec des prestataires de l'environnement.

L'acquisition du savoir et du savoir-faire devrait être un objectif prioritaire des mutuelles de santé.

4.2.4 Le faible développement de l'esprit mutualiste des membres

Cette difficulté est propre aux mutuelles de santé classique comme celle de Bobo ou celle de Tounouma ou encore celle de Laafi Têbo. Il ressort que les membres se caractérisent par leur faible participation au fonctionnement des mutuelles.

4.3 L'action des structures d'appui

4.3.1 Identification des structures d'appui dans le pays et cartographie

Trois structures d'appui aux mutuelles ont été jusqu'à présent identifiées. Ce sont :
Le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé qui est la fusion de deux structures d'appui antérieures qui sont le Projet FAARF/OMS et le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique ;
Le Projet Houet-Comoé-Kéné Dougou
Le projet BIT/STEP

4.1.1.3 Le RAMS

Le RAMS résulte de la volonté conjointe de certaines mutuelles de santé et de différents partenaires au développement de promouvoir le phénomène mutualiste émergent au Burkina lors d'une table ronde organisée le 1^{er} juillet 2000 à Ouagadougou. C'est une ONG qui naît de la fusion du projet FAARF/OMS et du Programme d'Appui aux Mutuelles de santé en Afrique. Son siège est à Ouagadougou.

Le projet FAARF/OMS rappelons-le est une initiative conjointe du Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé visant l'amélioration de la santé des clientes du FAARF et de leurs familles, notamment les enfants à travers le financement des soins de santé

Le Projet FOCS apportait à ces mutuelles un appui technique qui comportait :

- La réalisation d'études de faisabilité technique pour la création des mutuelles
- L'appui à la l'organisation (élaboration des RI, des Statuts, mise en place des Comités de Gestion, constitution des groupes de solidarité pour faciliter le règlement des cotisations et améliorer les taux de recouvrement etc..)
- L'encadrement des femmes dans le choix des risques à couvrir et des personnes à couvrir
- La réalisation d'études de faisabilité financière afin de situer la capacité contributive des mutualistes en rapport avec les couvertures et les cibles qu'elles ont retenues ;
- L'appui aux mutuelles dans l'élaboration des contrats de prestations de soins entre elles et les centres de santé ainsi que dans leur rapport quotidien avec eux ;
- L'élaboration d'outils de gestion administrative et financière pour le fonctionnement, le suivi régulier et l'évaluation des mutuelles ;

- La création au sein des mutuelles d'une expertise qui puisse leur permettre de s'approprier rapidement l'outil

Le suivi des activités et l'évaluation interne des résultats.

Le PROMUSAF

Le PROMUSAF quant à lui, avait pour objectifs de promouvoir le développement des mutuelles de santé ; d'apporter un appui technique à la création des mutuelles de santé ; de renforcer les compétences des promoteurs, administrateurs et gérant des mutuelles ; de favoriser les échanges entre mutualistes par la mise en réseau des différentes initiatives ; de renforcer le réseau d'expertise nationale en mutuelles de santé. Ses activités recouvraient :

- L'information/sensibilisation de la population et des organisation de base ;
- l'organisation de sessions de formation généralistes ou spécialisées ;
- la réalisation d'études de faisabilité pour appuyer la création de mutuelles viables
- le suivi-évaluation des mutuelles existantes
- les activités d'appui conseil sur « mesure » pour renforcer le fonctionnement des mutuelles
- la communication par la mise en réseau.

Le public-cible du RAMS est constitué des mutuelles ou de leurs promoteurs. Dans le cas des systèmes de prépaiement, il est prévu qu'elles ne pourront adhérer qu'un fois qu'ils se seraient réorganiser sous forme de mutuelles.

Sur le plan, organisationnel, le réseau comprend : une Assemblée Générale, un Conseil d'administration et un Comité de concertation.

L'objectif général, du RAMS est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des population en favorisant leur accès à des soins de santé de qualité et à moindre coût. De façon spécifique, le RAMS doit contribuer à :

- la création et la promotion des mutuelles de santé ;
- l'amélioration du taux de fréquentation des services de santé par les mutualistes ;
- renforcer la médecine préventive en faisant appliquer les règles d'éducation en matière d'hygiène, de salubrité des lieux et d'immunisation à travers l'IEC ;
- réduire les cas de mortalité liées à l'absence d'hygiène ;
- améliorer les connaissance de la population en matière de santé de la reproduction
- faire accéder les mutualistes à la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

4.1.1.4 Le Projet HCK

Ce projet HCK de la Direction régionale de la Santé de Bobo-Dioulasso financé par la Coopération Française dispose d'une composante sur les mutuelles de santé pour laquelle deux activités sont menées dans le sens de la promotion des mutuelles de santé : appui à la mise en place d'une mutuelle de santé urbaine et l'appui aux mutuelles rurales.

4.1.1.5 Le Projet BIT/STEP

Le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté (STEP) du BIT intervient depuis janvier 2000 au Burkina Faso à travers un projet de développement de la micro assurance santé pour les femmes et leurs familles.

4.3.2 Méthodes d'intervention

Une première méthode d'appui est la mise à la disposition des mutuelles de personnes ressources pour aider ces dernières à maîtriser et contrôler une dimension de leur organisation. C'est le cas notamment du Projet HCK qui met à la disposition de la Mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso un gestionnaire. Le Rams aussi intervient dans ce sens. En particulier dans le cas des mutuelles de santé autogérées à travers les animatrices qui assurent un appui permanent à la gestion quotidienne car elles remplissent souvent elles-mêmes les documents de gestion dans les mutuelles où les responsables élus ne sont pas scolarisées ou alphabétisées.

Tableau 11 - Les méthodes d'intervention des structures d'appui

METHODES	RAM S	HCK	BIT/STE P
Personnes ressources interne à la structure	Oui	Oui	Non
Intervention à distance	Non	Non	Non
Personnes ressources externe à la structure	Oui	Oui	Oui
Intervention directe	Oui	Non	Oui

Une autre méthode d'intervention consiste à identifier des personnes ressources externes aux mutuelles pour qu'elles interviennent pour des besoins ponctuelles (audit, études etc..). toutes les structures d'appui appliquent cette méthode.

Enfin une dernière méthode qui a cours est l'intervention directe des structures d'appui dans la formation, le fonctionnement et le développement des mutuelles.

4.3.3 Domaines d'appuis

Les structures d'appui interviennent dans plusieurs domaines au niveau technique. Elles mènent des activités d'appui conseil en organisation interne et information, de formation, de sensibilisation, de production de documents, d'appui à la gestion et surtout des études faisabilité pour la mise en place des mutuelles.

L'activité d'appui conseil recouvre la formalisation des mutuelles mise en place en les aidant à l'élaboration des textes réglementaires (statuts et règlement intérieur), à la mise en place des organes, aux choix de risques à couvrir, à l'élaboration de contrat de prestations entre les mutuelles et les prestataires de soins ;

L'activité de formation porte généralement sur la formation des responsables sur leurs rôles et attributions et sur la gestion de la mutuelle

Tableau 12- Les interventions techniques des structures d'appui

APPUI TECHNIQUE	RAMS	HCK	BIT/ST EP
Appui conseil	Oui	Oui	Oui
Formation	Oui	Oui	Oui
Sensibilisation	Oui	Non	Oui
Production de documents	Oui	Oui	Oui
Gestion	Oui	Oui	Oui
Autres : Etudes de faisabilité, suivi-évaluation	Oui	Oui	Oui

La sensibilisation est une activité continuelle qui débute depuis l'idée de création de la mutuelle et continue avec sa mise en place. Elle s'adresse non seulement aux membres, mais aussi aux partenaires de la mutuelles et aux personnes ressources de la zone qui peuvent avoir une influence sur le fonctionnement de la mutuelle. Seul le projet HCK , n'intervient pas dans le volet sensibilisation .

La production de documents consiste en l'élaboration d'outils de gestion administrative et financière, de manuels de procédure.

L'intervention en gestion peut se faire de façon directe dans ce cas on a une personne ressources qui participe quotidiennement à la prise de décision ou à la tenue des documents comptables ou de façon indirecte à travers la formation.

A coté de ces interventions on recense aussi la mise en œuvre d'études de faisabilité et le suivi-évaluation des mutuelles de santé.

Dans le domaine financier, les outils d'appui se résument à la constitution d'un fonds de réserves pour toutes les structures et du financement des activités. Seul, le RAMS met en œuvre des fonds de garanti.

Tableau 13- Les appuis financiers apportés par les structures d'appui

APPUI FINANCIER	RAM S	HCK	BIT/STE P
Fonds de réserve	ui	Oui	Non
Fonds de garanti	Oui	Non	Non
Financement des activités	Oui	Oui	Oui
Autres :	Oui	Non	Non

4.3.4 Système de suivi (Critères et indicateurs)

Le RAMS étant au début de ses activités, il est plus indiqué de passer en revue les système s de suivi de ses composantes en émettant l'hypothèse que n'ayant débuté ses Dans le cas des mutuelles de santé Autogérées mis en place par le Projet FAARF/OMS qui font partie intégrante du RAMS, il existe un système de suivi-évaluation de proximité doté d'indicateurs précis sur les différents aspects de la gestion des mutuelles. Les principaux indicateurs sont :

- La taille (nombre de femmes cotisantes, de bénéficiaires, de femmes dans le GV)
- Taux de pénétration
- Les maladies les plus courantes
- Le nombre de consultations
- Le taux de fréquentation
- Le nombre de cas de maladie par bénéficiaires
- Le nombre moyen de bénéficiaires soignés par titulaire (femme cotisante)
- Le nombre de membres décédés
- Le nombre de bénéficiaires décédés
- Les dépenses totales de santé (dépenses totales de consultation, de médicaments de soins et d'analyse de laboratoire)
- Les dépenses de santé par bénéficiaire

- Les dépenses de santé par bénéficiaire réellement soigné
- Coût moyen de l'ordonnance
- Coût moyen de l'ordonnance enfant
- Coût moyen de l'ordonnance adulte
- Charges de fonctionnement
- Charges totales
- Coût des dépenses de santé /charges totales
- Taux de couverture dépenses totales par les réserves
- Ratio de liquidité
- Ratio de solvabilité

Les statistiques sont régulièrement collectées par les animatrices et transmises à la conseillère technique pour traitement. Le suivi est mensuel et la conseillère assure une assistance en se déplaçant auprès des mutuelles tous les 2 mois.

Le système de suivi du projet HCK est relativement négligé surtout au niveau de la mutuelle urbaine de Bobo Dioulasso. En témoignent les difficultés rencontrées par les auditeurs tant internes qu'externes pour dresser le bilan de cette mutuelle en décembre 1998. Ces difficultés provenaient de l'absence de documents relatifs au fonctionnement. Au niveau des mutuelles rurales qui recouvrent les systèmes de prépaiement, il ressort qu'un suivi-évaluation a été fonctionnel jusqu'en 1998. Mais que depuis cette date le suivi s'est relâché. L'évaluation se basait sur des indicateurs liés aux prestations : taux d'utilisation, taux de recouvrement, résultats financiers etc. et laissait de côté les indicateurs relatifs aux membres.

Le programme du BIT/STEP est en cours de démarrage et l'on ne dispose pas jusqu'à présent du système de suivi-évaluation.

Au total, les structures d'appui recouvrent surtout les mutuelles de santé classiques, les mutuelles de santé couplant crédit-santé et les systèmes de prépaiement. Les Caisses de solidarité souffrent d'une absence d'appui.

4.3.5 Impacts des structures d'appui

Les impacts des structures de promotion peuvent s'analyser que par rapport à leurs objectifs globaux et leurs attentes d'une part et par rapport aux attentes des mutuelles de santé.

4.1.1.6 Un accroissement du nombre des mutuelles de santé et partant de l'accessibilité aux soins de santé

Un premier élément d'impact est lié à l'objectif de multiplication des mutuelles de santé dans un environnement où le besoin de ce type d'institution existe. Et dans ce sens quelque soit la structure d'appui considérée on peut retenir que depuis leur mise en place elles ont contribué à la mise en place près de 34 mutuelles de santé au Burkina Faso. L'institution mutuelle de santé est donc entraînée à accroître sa part de marché dans son environnement.

Cet accroissement du nombre implique une relative amélioration de l'accessibilité des populations aux soins de santé.

4.1.1.7 Une plus attention à la qualité des soins

L'intervention des structures d'appui a donné lieu à un partenariat entre les mutuelles de santé mises en place et certaines formations sanitaires. Ces contrats dans leur contenu (on le verra)

sont un outil qui amènent les formations sanitaires à améliorer la qualité de leurs prestations et à les adapter aux besoins des populations.

4.1.1.8 Un accroissement du savoir et du savoir faire au sein des mutuelles

L'existence de formateurs au sein des structures d'appui et les séances de formation dispensées aux responsables élus dans les organes (Conseil d'administration, le Comité de gestion etc.) aussi bien en français qu'en langue nationale en gestion et en organisation permet de construire une expertise au sein des mutuelles de santé qui est un facteur d'amélioration des performances.

4.1.1.9 Une contribution à la prévention en santé

L'activité d'information que mènent les structures d'appui par le biais de l'IEC sur les thèmes de la santé maternelle/infantile, l'hygiène, la nutrition favorise dissémination de l'information sur la santé des membres et de leurs familles.

4.4 Relation des mutuelles avec les autres partenaires

4.4.1 Avec l'Etat

On note très peu de contact entre les mutuelles de santé et les structures étatiques. La seule relation qui mérite mention est celle qui s'établit lorsque les mutuelles cherchent une reconnaissance officielle par la constitution d'un dossier d'agrément.

4.4.2 Avec les prestataires de soins et les dépôts pharmaceutiques

Ces relations prennent pour l'essentiel trois formes. La première, est l'implication des agents de santé dans la création et l'implantation de mutuelles de santé. C'est le cas notamment des systèmes de prépaiement dans lesquels l'initiative de création émane des CSPS. C'est aussi le cas de l'hôpital de Bobo Dioulasso qui a pris une part importante dans la mise en œuvre de la mutuelle de santé de Bobo Dioulasso. La seconde forme concerne la signature de conventions entre les différentes mutuelles et les structures sanitaires. Hormis la majorité des Caisses de solidarité, toutes les mutuelles recensées ont établi des conventions avec des structures sanitaires. Enfin la dernière forme est la création ou l'établissement d'une convention avec les dépôts pharmaceutiques.

Au niveau des Caisses de solidarité, la mutuelle de la douane dispose d'un dispensaire et la Caisse de solidarité de la CNSS a passé une convention avec le dispensaire de l'OST. Cette dernière a participé à la mise en place d'un dépôt pharmaceutique en collaboration avec la Mutuelle Laafi Têbo.

Parmi les mutuelles de santé qualifiées de classiques celles qui disposent de conventions avec des structures sanitaires sont : la mutuelle de santé de Bobo-Dioulasso et Laafi Têbo. La première a passé une convention avec le Centre national Hospitalier Sanon Sourou de Bobo Dioulasso. Cette convention précise l'itinéraire du mutualiste pour bénéficier des prestations de la mutuelle quand il se présente à l'hôpital, les obligations de la mutuelle vis-à-vis de l'hôpital et celles de l'hôpital qui comprennent entre autres, la qualité des soins attendue. La mutuelle a signé des conventions avec 8 officines de la ville de Bobo Dioulasso.

Laafi Têbo, a aussi passé une convention avec le dispensaire de l'OST et avec Centre National Hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou en raison de la qualité de leurs soins et des prix. Cette mutuelle a mis en place un dépôt pharmaceutique au sein de l'OST en collaboration avec la Caisse de solidarité des travailleurs de l'OST. Les membres de ces mutuelles peuvent ainsi bénéficier d'une remise de 10% sur les Médicaments génériques achetés au dépôt.

La mutuelle de Dakwena a mis en place sa propre formation sanitaire dotée d'un dépôt pharmaceutique grâce à une subvention de 11 millions de FCFA raccordée par l'Organisme des chrétiens du sahel. ce dispensaire est fonctionnel depuis 1997. Il dispose de deux médecins dont un est permanent, d'un infirmier bénévole à la retraite, de deux filles de salle et d'un laborantin. Situé à Bobo Dioulasso il connaît par contre une sous utilisation vu que le nombre de mutualiste n'épuise sa capacité de prestation.

La mutuelle de Tounouma dispose aussi de son propre dépôt pharmaceutique depuis 1985. Le responsable est un pharmacien qui est secondé par un auxiliaire médical à la retraite ; la vente de médicaments est assurée par 2 vendeuses formées à cet effet. Le dépôt ne détient uniquement que des médicaments essentiels génériques de 1985, jusqu'en 1994, les médicaments étaient commandés auprès de MEMISA⁸ aux Pays Bas ou de MEDEOR⁹ en Allemagne, ce qui permettait de les céder aux mutualistes à bas prix. Depuis que l'obligation est faite aux dépôts pharmaceutiques de s'approvisionner auprès de la Centrale d'Achat des Médicaments Génériques (CAMEG), le dépôt fait face à circuit désormais coûteux sur le plan des médicaments et partant le prix de cession aux mutualistes a connu une augmentation qui remet en cause sa compétitivité et partant sa viabilité.

Les mutuelles mises en œuvre par le projet FAARF/OMS (celles catégorisées comme couplage crédit-santé) et celles soutenues par le PROMUSAF (Mutuelles de santé de Guilla, de Sanrogho, de Biba, de Toma), dans leur ensemble ont conclu pour chacune d'elle une convention avec un CSPS et un CMA. Les conventions sont signées avec les centres de santé des différentes localités et leur dépôts pharmaceutiques. La mutuelle prend l'engagement de respecter les délais de paiement arrêtés par les parties prenantes. L'itinéraire du mutualiste est précisé. Les centres de santé et dépôts pharmaceutiques ont l'obligation de dispenser des soins de qualité conformément aux règles et à la déontologie médicales; de prescrire rationnellement, en adaptant le conditionnement quantitatif au traitement prescrit et en évitant les doubles emplois, les médicaments essentiels génériques sous leur forme simple à l'exception des sirops et à l'exclusion des spécialités pharmaceutiques ; et enfin de garantir la disponibilité constante des médicaments essentiels génériques prescrits (B. Fonteneau 1999, p67).

4.5 Développement des connaissances et des compétences

4.5.1 Evolution et disponibilité des outils didactiques, de gestion et de sensibilisation

L'analyse des productions disponibles au niveau de structures d'appui pour mener à bien leur travail de promotion indique une diversité des outils. Les tableaux suivants indiquent la confection de documents orientés vers la gestion, l'information, la sensibilisation.

Tableau 14 -les productions disponibles au projet HCK

Titre	Type	Nature	Ident
Statuts et règlement intérieur	Gestion/administration	Polycopié	Diffusé
Normes et procédures de gestion	Gestion	Fascicule	En cours de finalisation
Documents de relance	Gestion	Polycopié	Interne
Etudes de faisabilité	Etude	Polycopié	Diffusé
Audit comptable	Gestion	Polycopié	Interne
Présentation COGES	Information	Brochure	Diffusé
Guide du Prépaiement	Sensibilisation	Brochure	Diffusé

⁸ MEMISA : ONG Catholique des Paysans dans le domaine de la santé

⁹ MEDEOR : Ouvre de secours médical d'Allemagne

Tableau 15- Productions disponibles au RAMS

Titre	Type	Nature	Ident
Registre comptable et financier	Gestion	Brochure	Diffusé
Eléments de sensibilisation	Guide	Brochure	Diffusé
Problématique du RAMS	Information	Polycopié	Diffusé
Répertoire bibliographique	Information	Bibliographie	Interne

Les guides de gestion des mutuelles que ce soit sur le plan des procédures et normes ou sur celui de la réglementation sont disponibles et diffusés auprès du public-cible.

4.5.2 Mode et efficacité de la distribution

La diffusion se limite aux mutuelles qui font l'objet d'un encadrement par les structures d'appui. Jusque là on assiste pas à mise en commun des connaissances acquises et formalisées sur le développement des mutuelles. Avec la constitution du réseau d'appui aux mutuelles de santé, le secteur dispose d'une opportunité d'échanges sur les outils didactiques, de gestion et de sensibilisation qui faudra opérationnaliser.

4.5.3 Impact et efficacité du contenu

Il est difficile à ce stade du développement des mutuelles de santé et au vu de l'information disponible d'isoler, l'impact des outils didactiques, de gestion et de sensibilisation. Ce que l'on peut retenir c'est que tant au niveau des mutuelles de santé classiques qui ont une gestion autonome qu'au niveau des autres mutuelles qui bénéficient de gestion assistée, bien que l'on note la disponibilité de plus en plus grande de ces documents, des insuffisances persistent au niveau de l'administration et de la gestion.

4.6 Promotion et la mutualité de santé (journées de promotion, inventaire des outils de promotion et étude de leur impact)

Il est apparu dans la partie portant sur les développement des mutuelles de santé, que jusque là à part la recommandation de la conférences des partenaires organisée par le Ministère de la santé portant sur la mise sur pied de mécanismes de financement communautaire des soins de santé de type mutualiste, l'Etat jusque là se signale par son absence dans la promotion de ce secteur.

Par contre on note une progressive organisation du secteur par les acteurs et promoteurs des mutuelles de santé avec le premier atelier sur la promotion des mutuelles de santé du 28 au 30 juin 1999 organisé par les organisations mutualistes elles mêmes avec l'appui de bailleurs de fonds. C'est ce t atelier qui a permis de dresser un premier bilan des expériences en cours et créer un dialogue entre les mutuelles de santé et les acteurs de leur environnement socio-économique : les professionnels de santé, les autorités administratives, les associations de base ou groupements mutuels, les mutuelles d'épargne et de crédit, les structures d'appui et les partenaires au développement. Il a permis aussi la mise en place du réseau d'appui aux mutuelles de santé dans l'objectif de travailler à la promotion.

Ce réseau doit permettre d'une part une collaboration entre structures d'appuis et partenaires financiers pour entreprendre des actions d'une envergure nationale et répondre de façon efficace aux besoins des organisation de base intéressées par la mutualité ; d'autre part de bénéficier d'une économie d'échelle par la mise en commun des ressources.

Les résultats attendus du fonctionnement de ce réseau sont :

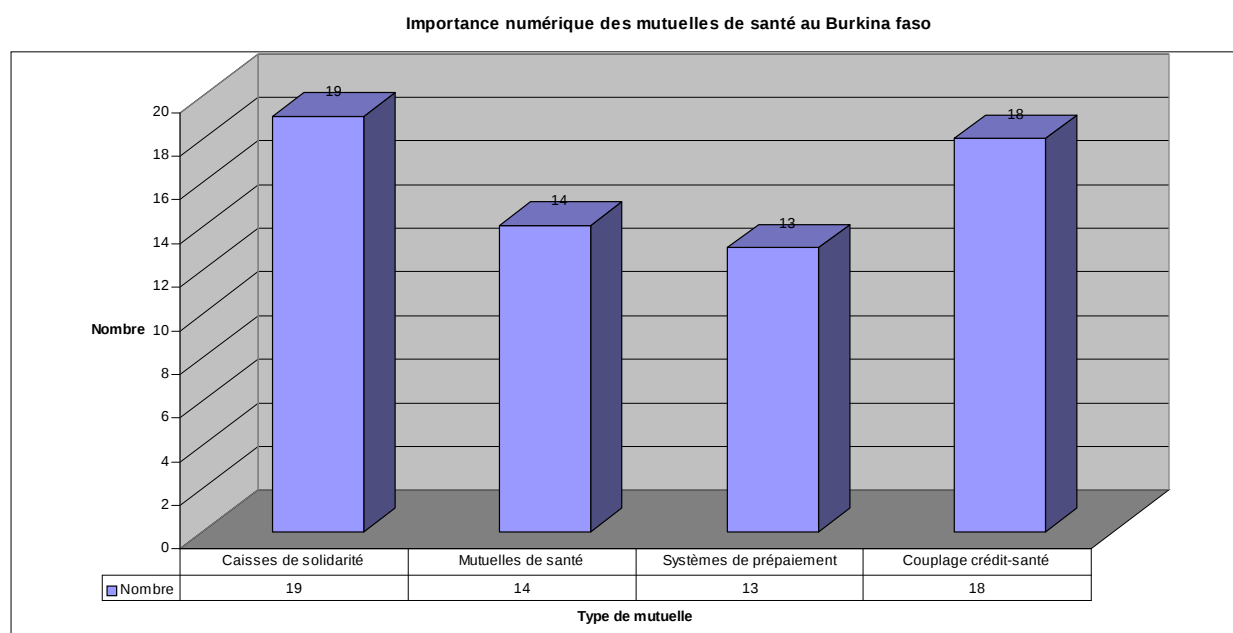
- La mise en place par an de 5 mutuelles de santé mobilisant 100 adhérents chacune, ce qui donne 25 mutuelles comptant 2500 adhérents ;
- La couverture en moyenne de 25 000 bénéficiaires à la fin de la phase de 5ans du programme, avec l'hypothèse que chaque adhérent a en moyenne en charge 10 personnes;
- L'amélioration de l'accès aux soins des mutualistes;
- L'amélioration de la qualité d'offre des soins de santé;
- Le développement de l'esprit mutualiste en matière de financement solidaire des soins de santé et de prévoyance maladie;
- Renforcement des capacités des comités de gestion en gestion des mutuelles de santé;
- Mise en place d'un comité de concertation permanente dans le cadre du développement des mutuelles de santé;
- Préparation à la mise en place d'une fédération des mutuelles de santé;
- Constitution d'une association de promotion des membres des mutuelles et des mutuelles elles mêmes comme structure de représentation et défense des intérêts du secteur

5 Répertoire des mutuelles de santé

5.1 L'importance numérique des mutuelles de santé au Burkina Faso

Sur la base de la typologie arrêtée, il a été dénombré jusque là 64 expériences relevant de la mutualité en santé qui se composent par ordre d'importance les caisses de solidarité (29,69%), les initiatives couplant crédit-santé (28,13%) les mutuelles de santé (21,68%) et de système de prépaiement (20,31%).

Ces 64 expériences comprennent aussi bien les mutuelles fonctionnelles que celles en gestation.



5.2 Mutuelles fonctionnelles

On dénombre actuellement 41 mutuelles fonctionnelles composées de 15 Caisses de solidarité, 8 mutuelles de santé classiques, 10 mutuelles de santé autogérées couplant crédit-santé et 8 systèmes de prépaiement si l'on admet l'hypothèse que l'on peut ranger ces dernières dans le champ des mutuelles de santé.

Tableau 16- Les mutuelles de santé fonctionnelles

Région	Département	Ville	Nom de la Mutuelle	Situation
LES CAISSES DE SOLIDARITE				
1.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo Dioulasso	Caisse sociale du Centre Muraz	Fonctionnelle
2.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle des Travailleurs de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale	Fonctionnelle
3.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo Dioulasso	Caisse Spéciale Secours des travailleurs de la SN-CITEC	Fonctionnelle
4.Houet	Bobo-DioulassoB	Bobo Dioulasso	Mutuelle des agents de la Poste	Fonctionnelle
5.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle des travailleurs de la Société Nationale Burkinabè des Hydrocarbures	Fonctionnelle
6.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle des travailleurs de l'Office National des TELécommunications	Fonctionnelle
7.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle des agents du Trésor	Fonctionnelle
8.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la Poste	Fonctionnelle
9.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des gérants de parking du Kadiogo	Fonctionnelle
10.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Association des retraités du Secteur 13	Fonctionnelle
11.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Association Gnoumalon	Fonctionnelle
12.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle du personnel d'encadrement de l'enseignement primaire	Fonctionnelle
13.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de l'OST	Fonctionnelle
14.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle des agents de l'Office national de la Santé des Travailleurs	Fonctionnelle
15.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle de la Douane	Fonctionnelle
LES MUTUELLES DE SANTE				
16.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Laafi Têebo	Fonctionnelle
17.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle Sainte Famille de TOUNOUMA	Fonctionnelle
18.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle de Santé de Bobo Dioulasso	Fonctionnelle
19.Houet	Bobo-Dioulasso	Bobo-Dioulasso	Mutuelle DAKWENA	Fonctionnelle
20.Sanmatenga	Kaya	Sanrogho	Mutuelle de santé de Sanrogho	Fonctionnelle
21.Sanmatenga	Kaya	Guilla	Mutuelle de santé de Guilla	Fonctionnelle
22.Nayala	Toma	Toma	Mutuelle de santé de Toma	Fonctionnelle
23.Nayala	Toma	Biba	Mutuelle de santé de Biba	Fonctionnelle
MUTUELLES DE SANTE AUTOGEREES OU COUPLAGE CREDIT-SANTE				
24.Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle Femmes et Développement Burkina	Fonctionnelle
25.Bam	Kongoussi	Koungoussi	Mutuelle de santé Nongtaaba	Fonctionnelle
26.Bam	Kongoussi	Darigma	Mutuelle de santé Nongtaaba	Fonctionnelle
27.Bam		Zimtanda	Mutuelle de santé Manegre kayamsé	Fonctionnelle
28.Bam		Tengsodbgo	Mutuelle de santé Teegwendé	Fonctionnelle
29.Bam	Kongoussi		Mutuelle de santé Relwendé	Fonctionnelle
30.Bam		Wazelle	Mutuelle de santé Wend woaga	Fonctionnelle
31.Bam	Sabce	Sabce	Mutuelle de santé Waldere	Fonctionnelle
32.Bam			Mutuelle de santé Wend panga	Fonctionnelle
33.Bam	Kongoussi	kongoussi	Mutuelle de santé Teegwendé	Fonctionnelle
LES SYSTEMES DE PREPAIEMENT				
34.Banwa	Houndé	Bouahoun	Mutuelle Sanitaire de Bouahoun	Fonctionnelle
35.Banwa	Houndé	Koumbia	Mutuelle Sanitaire de Koumbia	Fonctionnelle
36.Banwa	Houndé	Bouéré	Mutuelle Sanitaire de Bouéré	Fonctionnelle
37. Banwa	Houndé		Mutuelle Sanitaire de Boni	Fonctionnelle
38. Banwa	Houndé		Mutuelle Sanitaire de Pe	Fonctionnelle
39. Banwa	Orodara		Mutuelle Sanitaire de	Fonctionnelle
40. Banfora			Mutuelle Sanitaire	Fonctionnelle
41. Orodara			Mutuelle Sanitaire	Fonctionnelle

5.3 Mutuelles en gestation

Les mutuelles en gestion sont au nombre de 23. Elles se composent de 4 caisses de solidarité, de 6 mutuelles de santé dans lesquelles on peut distinguer 3 menées dans une démarche classiques et 3 autres dans une démarche micro assurance sous l'appui du BIT/STEP, 7 mutuelles de santé couplant crédit-santé et 5 systèmes de prépaiement.

Tableau 17- Les mutuelles de santé en gestation

Région	Département	Ville	Nom de la Mutuelle	Situation
LE COUPLAGE CREDIT-SANTE				
1. Sanmatenga	Kaya	Kaya	Mutuelle de santé Teegwendé	en démarrage
2. Sanmatenga	Kaya	Kaya	Mutuelle de santé Relwendé	En démarrage
3. Sanmatenga	Kaya	Kaya	Mutuelle de santé Wend manégda	en démarrage
4. Kouritenga			Mutuelle de santé Nateeg wende secteur 2	en démarrage
5. Kouritenga			Mutuelle de santé Songtaaba secteur 4	en démarrage
6. Kouritenga			Mutuelle de santé Kiswendsida secteur 1	en démarrage
7. Kouritenga			Mutuelle de santé Matadiongo secteur 2	en démarrage
8. Kouritenga			Mutuelle de santé Teegwendé secteur 5	en démarrage
LES MUTUELLES DE SANTE				
9. Sanmatenga	Korsimoro	Baskoudre	Mutuelle de santé de Baskoudré	En gestation
10. Sanguié	Reo	Kyon	Mutuelle de santé de Kyon	En observation
11. Kéné Dougou	Orodara	SAILD	Mutuelle de santé de Saild	En observation
LES CAISSES DE SOLIDARITE				
12. Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de l'Office National des Puits et Forages	En gestation
13. Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires	En gestation
14. Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Association Lessôkon	En gestation
15. Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la SONABHY	En gestation
LES MUTUELLES DE SANTE : micro assurance				
16. Gourma	Fada N'gourma	Fada	Laafi Taanli	En gestation
17. Gourma		Matiakoli	Mutuelle de santé de Matiakoali	En gestation
18. Gourma		Diabo	Mutuelle de santé de Diabo	En gestation

5.4 Cartographie de l'implantation des mutuelles de santé

Les caisses de solidarité sont par essence un phénomène urbain. Elles se concentrent surtout à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso.

Les mutuelles de santé fonctionnelles se retrouvent surtout dans 4 provinces que sont : le Kadiogo, le Houet, le Sanmatenga et le Nayala.

Les mutuelles couplant le crédit à la santé se concentrent dans les provinces du Bam, du Sanmatenga et du Kouritenga.

Quant aux systèmes de prépaiement, leurs zones de prédilection recouvrent les espaces cotonniers avec une concentration dans la province du Banwa ou elles ont vu le jour, dans le Kéné Dougou et dans la Comoé.

6 Conclusions et recommandations

Le contexte dans lequel émerge les mutuelles de santé au Burkina est marqué la pauvreté et la rareté des ressources qui s'accompagnent de la mise en œuvre d'un Programme d'ajustement structurel. Les chiffres relatifs aux conditions sanitaires et sociales sont éloquentes : selon le rapport sur le développement humain du PNUD en 1996, le pays est classé parmi les plus pauvres (170^e sur les 174 pays pris en compte) avec un indice de développement humain évalué à 0,225 et le produit national Brut par habitant se situe autour de 240 \$ US. Rappelons aussi l'espérance de vie à la naissance est de 46 ans. Cette espérance est moindre en zone rurale qu'en zone urbaine. Le taux de mortalité infantile est évalué à 132‰ et la malnutrition chronique touche 46% des enfants de 1 à 15 ans. L'analphabétisme touche 78% de la population, particulièrement les femmes (90%) et les zones rurales. 38% des enfants en âge d'aller à l'école sont scolarisés avec une forte proportion de garçons. L'état de santé de la population s'explique en partie par les barrières financières à l'accès aux soins de santé. Cette situation aggravée par le désengagement progressif de l'Etat, les insuffisances des systèmes officiels de protection et les limites que présentent aujourd'hui les mécanismes traditionnels d'entraide. En terme de ressources stricto sensu, le Burkina est fragilisé par la prédominance du secteur agro-pastoral qui occupe près de 90% de la population et représente bon an mal an 37 à 40% du PIB.

Ce contexte tel que décrit justifie en soit l'espoir que suscite les mutuelles de santé du fait qu'elles peuvent constituer des alternatives au financement de la santé.

Ces mutuelles de santé ont été analysées en se fondant sur une typologie retenant 4 catégories : les Caisses de solidarité à volet santé, les mutuelles de santé (classiques), les mutuelles de santé couplant crédit-santé et les systèmes de prépaiement.

Au total, l'étude a dénombré 64 expériences dont 41 constituent les mutuelles de santé fonctionnelles et 23 celles en gestation ou en phase de démarrage (période initiale d'observation). Dans les 41 mutuelles fonctionnelles, on compte 15 Caisses de solidarité, 8 mutuelles de santé classiques, 10 mutuelles de santé autogérées couplant crédit-santé et 8 systèmes de prépaiement. Dans les 23 mutuelles en gestation, on recense, 4 Caisses de solidarité, 6 mutuelles de santé avec la spécificité que 3 sont actuellement conçues suivant la formule de micro assurance, 7 mutuelles de santé couplant crédit-santé et 5 système de prépaiement.

Les caisses de solidarité avec volet santé sont par définition des structures ayant pour public cible les travailleurs d'une entreprise donnée. Elles se forment suivant une logique basée sur la formalisation d'une pratique d'entraide informel qui existait au préalable entre les agents de l'entreprise pour faire face à un événement social heureux ou malheureux survenant à un agent et qui engage des ressources pour lesquelles chacun dans l'entreprise est sollicité. On comprend aisément pourquoi ces Caisses vont se particulariser par leur caractère multifonctionnel. Les caisses sont alors mises en place pour collecter de façon régulière des cotisations auprès des agents afin de faire collectivement face aux événements sociaux. Les taux de cotisations et les risques à couvrir ne font généralement pas l'objet d'études de faisabilité mais décidés en Assemblée générale. Qualifiées souvent de mutuelles au regard de leur dénomination, elles ont un statut officiel d'association. La première expérience identifiée est celle de la mutuelle douanière de Haute-volta. Les prestations qu'elles offrent dans le domaine de la santé varient suivant les caisses. Mais généralement elles recouvrent sommes forfaitaires offertes aux membres en cas de réalisation de l'événement social. Les événements prennent la forme de consultation, d'hospitalisation, de naissances, de décès, de mariage, de licenciement ou retraite, de maladie.

Ces caisses de solidarité ne bénéficient jusque là d'aucun appui pourtant certaines d'elles veulent valoriser le volet santé de leurs prestations. Elles rencontrent des difficultés pour mobiliser

les ressources financières internes quant elles n'arrivent pas à précompter les cotisations. Une première recommandation est que les structures d'appui devraient se rapprocher de ces Caisses afin de leur fournir une expertise pour accroître leurs performances.

Les mutuelles de santé classiques sont des associations de personnes à but non lucratif qui se sont volontairement regroupées pour mener en leur faveur et en faveur de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans les domaines des risques sociaux. Pour ce faire elles mettent en œuvre une entreprise au moyen des droits d'adhésion et cotisent pour s'offrir des prestations qui répondent à leurs besoins. Cette association fonctionne sur la base de la solidarité, de la démocratie et de l'autonomie. Dans les unités qui ont été passées en revue. On distingue deux types de mutuelles de santé au regard du public-cible. Celles qui visent un public large hétérogène, caractérisée par une faible cohérence sociale mais recouvrent des personnes éprouvant éventuellement des besoins de couverture de certains risques sociaux. C'est le cas notamment de Laafi Têebo, de la mutuelle de santé de Bobo Dioulasso, de la Mutuelle Sainte Famille de Tounouma. La taille recherchée de l'association est élevée à priori et les risques couverts sont habituellement de gros risques. Ce sont des unités complexes qui exigent des compétences en termes d'administration et de gestion. Elles connaissent des problèmes de participation des membres, d'appropriation par les membres de la mutuelle, d'arriérés de cotisations et de déficit en compétences.

On distingue aussi celles qui visent un public-cible plus réduit en particulier les femmes avec un paquet de prestations aussi réduit. C'est le cas notamment de la mutuelle de Toma,, de Biba, de Sanrogho, de Guilla. Là aussi les difficultés sont liées non seulement à l'analphabétisme des membres qui rend difficiles une maîtrise et un contrôle de l'organisation, à la taille qui pose des problèmes de viabilité.

Les mutuelle de santé couplant crédit-santé qualifiées d'autogérées, ont cette spécificité de se former à partir d'une action collective déjà existante et dynamique que sont les groupements féminins qui se créent pour avoir accès au crédit octroyé par le FAARF. Elles éprouvent les mêmes difficultés que les mutuelles de santé de petites taille.

Les systèmes de prépaiement sont des structures initiées par les agents de santé dans l'objectif d'accroître la fréquentation et l'accessibilité des formations sanitaires et d'améliorer leur base financière dans l'optique de l'autonomie. Ces agents font partie intégrante du fonctionnement des mutuelles ainsi créées. C'est une situation de cogestion (prestataires de soins +représentants de la mutuelle). Ce qui pose un problème de participation effective des membres et celui de l'autonomie de la structure et questionne sur l'appartenance ou non de genre de structure au champ des mutuelles de santé. Rappelons que le qualificatif de mutuelle que se donnent ces structures tient au fait que l'adhésion est libre, que la structure organise le partage des risques, et la prévoyance. De même théoriquement la structure devrait être gérées par les membres. Enfin, la finalité de ces structures est d'amener les membres à s'approprier leurs mutuelles et à les gérer de façon autonome.

Quelque soit les mutuelles considérées, on note des insuffisances internes liées au déficit de compétences en gestion, la formation continue constitue donc une priorité pour les structures d'appui aux mutuelles. Cette formation du fait même que les mutuelles sont des structures démocratiques concernée plusieurs personnes pour mettre à la disposition des structures un nombre suffisant d'expertises.

Les outils de gestion et d'administration si elles existent aux sein des structures d'appui ne s'adressent qu'à certaines unités. On devrait s'orienter vers une plus grande production et diffusion de ces outils à l'ensemble. L'information sur l'existence de ces outils et des expertises disponibles dans l'environnement est fondamentale pour la promotion des mutuelles de santé.