

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

Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH

Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique Rapport du Burkina Faso

Yolande Séverine KABORE
Sociologue

Avant propos

Le développement des mutuelles de santé est un sujet d'une importance capitale dans le contexte notamment de la mobilisation de plusieurs types de structures qui interviennent dans le secteur. Il est en effet important que ce développement se mesure régulièrement pour apprécier la contribution effective du mouvement à l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations, particulièrement celles qui n'ont aucune forme de protection dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les populations sont de plus en plus informées de cette alternative qui leur permet, par une organisation propre, à garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Aussi, des innovations sont apportées dans les approches et stratégies pour mettre en oeuvre ces programmes. Des partenariats se nouent et les autorités étatiques sont de plus en plus intéressées à accompagner de telles initiatives.

La concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est entre autre un réseau de partage d'informations et expériences sur les mutuelles. Une de ses principales activités est le suivi du développement des mutuelles de santé. Par des études de cas, des inventaires, recueil et diffusion des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et structures d'appui. Les informations éditées du *système de suivi du développement des mutuelles de santé* sont compilées et diffusées tous les trois ans.

Ce document présente les principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 au Burkina Faso (les résultats du premier inventaire [2000]). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La base de données complète des mutuelles de santé inventoriées est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles. La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

La Concertation se félicite de la contribution à ses travaux d'un grand nombre de partenaires. Elle tient à exprimer sa sincère gratitude :

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Ses activités ont démarré en avril 1999 et concernent : (i) l'animation d'un site Internet (www.concertation.org), (ii) la diffusion d'une lettre d'information le «*Courrier de la Concertation*», (iii) le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans), et (iv) l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays africains : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Plusieurs autres pays africains, notamment central et anglophone souhaitent intégrer le réseau. La Concertation est également partenaire de plusieurs organisations nationales et internationales.

Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux. Des cadres nationaux de concertation sont également mis en place.

La Concertation

Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Les publications éditées par La Concertation n'entraînent pas que tous les promoteurs de l'organisation souscrivent systématiquement aux propos contenus dans l'ouvrage. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,
BP 414, Dakar - Fann
Sénégal

© La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique
Mars 2004

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	7
1.1	UN BESOIN D'ACTUALISATION DES CONNAISSANCES SUR LES MUTUELLES DE SANTE	7
1.2	METHODOLOGIE ET DEGRE D'INVESTIGATION	7
1.3	DIFFICULTES LIEES A LA RECHERCHE	8
2	Le Contexte spécifique du Burkina Faso	8
2.1	LE CONTEXTE PHYSIQUE ET CLIMATIQUE	8
2.2	LE CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF	8
2.3	LE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	9
2.4	LE CONTEXTE SOCIOLOGIQUE	10
2.5	LE CONTEXTE ECONOMIQUE	10
2.5.1	GENERALITES SUR L'ECONOMIE DU BURKINA-FASO	10
2.5.2	UNE LONGUE TRADITION D'AJUSTEMENT STRUCTUREL	11
2.5.3	LE PROGRAMME D'AJUSTEMENT STRUCTUREL DES ANNEES 90	12
2.5.4	EVOLUTION RECENTE DE L'ECONOMIE	12
2.6	LA SITUATION SANITAIRE AU BURKINA FASO	13
2.6.1	L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION : UNE SITUATION PREOCCUPANTE	13
2.6.1.1	Les indicateurs de mortalité	13
2.6.1.2	Les indicateurs de morbidité	14
2.6.2	QUELQUES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA SITUATION SANITAIRE	14
2.6.2.1	La persistance des épidémies endémiques comme facteur explicatif	14
2.6.2.2	La persistance de la malnutrition et autres carences nutritionnelles	15
2.6.2.3	L'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire	15
2.6.2.4	La faible utilisation des formations sanitaires existantes par les populations	16
2.6.2.5	Le coût élevé des soins sanitaires et l'accessibilité limitée aux médicaments	17
2.6.3	LE SYSTEME DE SANTE	17
2.6.3.1	Les politiques de santé au Burkina Faso	17
2.6.3.2	L'Organisation actuelle du système de santé	21
2.6.3.3	Le financement de la santé	21
3	Le Développement des mutuelles	23
3.1	CONTEXTE D'EMERGENCE DES MUTUELLES	24
3.1.1	LES DEFAILLANCES DES MECANISMES DE PROTECTION SOCIALE OFFICIELS ET TRADITIONNELS	24
3.1.2	UN INTERET DES AUTORITES, DES ONG ET DES BAILLEURS DE FONDS POUR LE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	25
3.2	L'EVOLUTION DES MUTUELLES DE SANTE	25
3.2.1	UNE TYPOLOGIE DES MUTUELLES DE SANTE EX-ANTE AU BURKINA FASO	26
3.2.2	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES DE SANTE	26
3.2.2.1	Les caisses de solidarité	26
3.2.2.2	Les initiatives de couplage crédit-épargne :	27
3.2.2.3	Les mutuelles de santé (classiques)	27
3.2.2.4	Les systèmes de pré paiement	28
3.2.3	LA POLITIQUE GENERALE POUR L'ACCES AUX STRUCTURES ET AUX PRODUITS	29
3.2.3.1	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des caisses de solidarité	30
3.2.3.2	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des structures de couplage crédit-épargne : les mutuelles de santé autogérées.	33
3.2.3.3	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations mutuelles de santé classiques	36
3.2.3.4	Les politiques d'accès aux structures et aux prestations des systèmes de prépaiement	43
4	Atouts et contraintes au développement des mutuelles de santé	44
4.1	LES ATOUS AU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES	44
4.2	LES CONTRAINTES AU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES	44
4.2.1	LES DIFFICULTES DANS LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DES MUTUELLES	44
4.1.1.1	L'absence de cadre légal comme difficulté	44

4.1.1.2	Le bénévolat et ses exigences de responsabilités et de gestion	45
4.2.2	LE RECOUVREMENT ET LE MONTANT DES COTISATIONS	45
4.2.3	UN DEFICIT EN COMPETENCES DANS LE DOMAINE DE LA GESTION	45
4.2.4	LE FAIBLE DEVELOPPEMENT DE L'ESPRIT MUTUALISTE DES MEMBRES	45
4.3	L'ACTION DES STRUCTURES D'APPUI	45
4.3.1	IDENTIFICATION DES STRUCTURES D'APPUI DANS LE PAYS ET CARTOGRAPHIE	46
4.1.1.3	Le RAMS	49
4.1.1.4	Le Projet HCK	50
4.1.1.5	Le Projet BIT/STEP	50
4.3.2	METHODES D'INTERVENTION	51
4.3.3	DOMAINES D'APPUIS	51
4.3.4	SYSTEME DE SUIVI (CRITERES ET INDICATEURS)	56
4.3.5	IMPACTS DES STRUCTURES D'APPUI	57
4.1.1.6	Un accroissement du nombre des mutuelles de santé et partant de l'accessibilité aux soins de santé	57
4.1.1.7	Une plus grande attention à la qualité des soins	58
4.1.1.8	Un accroissement du savoir et du savoir faire au sein des mutuelles	58
4.1.1.9	Une contribution à la prévention en santé	58
4.4	RELATION DES MUTUELLES AVEC LES AUTRES PARTENAIRES	58
4.4.1	AVEC L'ETAT	58
4.4.2	AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES DEPOTS PHARMACEUTIQUES	58
4.5	DEVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET DES COMPETENCES	60
4.5.1	EVOLUTION ET DISPONIBILITE DES OUTILS DIDACTIQUES, DE GESTION ET DE SENSIBILISATION	60
4.5.2	MODE ET EFFICACITE DE LA DISTRIBUTION	61
4.5.3	IMPACT ET EFFICIENCE DU CONTENU	61
4.6	PROMOTION DE LA MUTUALITE DE SANTE (JOURNEES DE PROMOTION, INVENTAIRE DES OUTILS DE PROMOTION ET ETUDE DE LEUR IMPACT)	61
5	Répertoire des mutuelles de santé	63
5.1	L'IMPORTANCE NUMERIQUE DES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO	63
5.2	MUTUELLES FONCTIONNELLES	63
	<u>Tableau 22 : Les caisses de solidarité et leur situation</u>	64
	Les caisses de solidarité recensées en 2003 sont toutes fonctionnelles exception faite de la mutuelle des travailleurs de la SONABHY en projet.	64
	<u>Tableau 23: Les mutuelles de santé classiques et leur situation</u>	65
	<u>Tableau 24 : Mutuelles de santé autogérées ou couplage crédit-santé et leur situation</u>	68
	<u>Tableau 25 : Les systèmes de prépaiement et leur situation</u>	68
5.2.1	MUTUELLES EN GESTATION	69
5.3	CARTOGRAPHIE DE L'IMPLANTATION DES MUTUELLES DE SANTE	69
6	Conclusions et recommandations	70
7	Bibliographie	71

Avertissement

L'inventaire 2003 a repris dans le rapport toute la partie littérature de l'inventaire 2000 : le contexte du Burkina, la situation sanitaire, le contexte d'émergence des mutuelles de santé, leur évolution, les atouts, les contraintes au développement des MAS.

Il s'est surtout attelé à faire ressortir dans le rapport la situation actuelle des mutuelles depuis 2000 à nos jours.

Ainsi des données de 2000 ont été réactualisées

En 2000, sur la base de la typologie arrêtée, il avait été dénombré à l'époque 64 expériences relevant de la mutualité en santé qui se composent par ordre d'importance des caisses de solidarité (29,69%), des initiatives couplant crédit-santé (28,13%) des mutuelles des santé (21,68%) et des systèmes de prépaiement (20,31%).

Ces données sont à reconsidérées actuelement avec l'inventaire de 2003 qui a dénombré 136 expériences dont essentiellement les mutuelles de santé classiques (59,56%) suivent les caisses de solidarité (16,91%), les initiatives couplant crédit-santé (13,24%) et enfin les systèmes de prépaiement (10,29%).

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

Comme souligné dans l'inventaire 2000, la période de fin août choisie pour mener cette étude ne sied pas avec le contexte du Burkina. C'est une période de grandes pluies et certaines zones sont souvent inaccessibles par manque de routes. De ce fait certaines mutuelles qui ont été initialement répertoriées, n'ont pas pu être enquêtées.

D'autre part nous avons aussi eu des difficultés à rencontrer certains responsables des caisses de solidarité surtout parce qu'ils n'étaient pas disponibles à cette période (congelés ou reprise de travail après les congés). Souvent nous nous sommes contentés des informations disponibles auprès d'autres personnes ce qui fait que certaines informations sont incomplètes.

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 Nigeria 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 des 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 exposés.

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 de 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 devenues de plus en plus courantes 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 du Burkina-Faso

Avec un Produit national brut (PNB) par habitant qui a oscillé en moyenne entre 250 et

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

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.

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 Burkinabé 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 Brettons Wood 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 une 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 énumérés 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 faiblesses 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 30ans. 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 46ans 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 100000

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

naissances) et le milieu rural (592 décès pour 100 000 naissances)⁴Ces 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.

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

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

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 situent 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 vu 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 :

- 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.

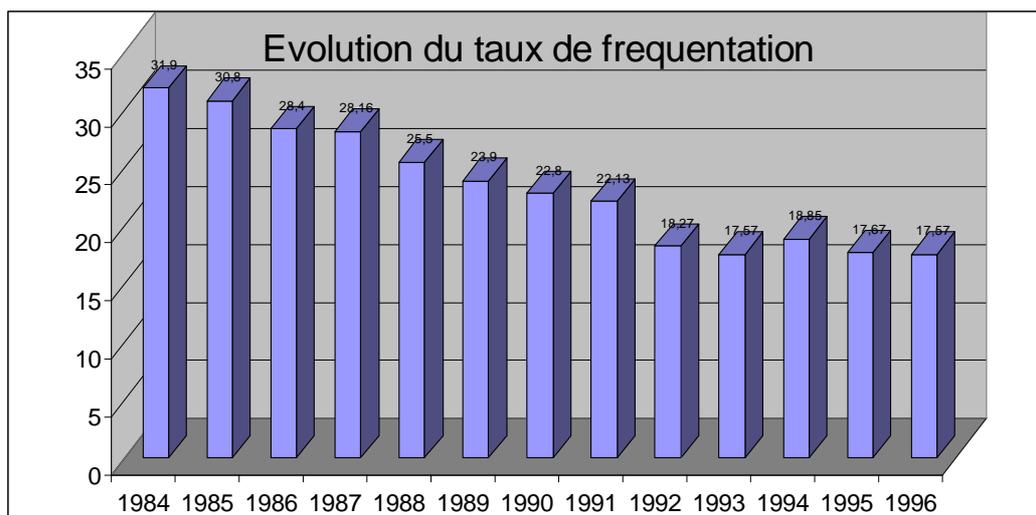
Le rayon d'action moyen de 13,7 km (compris entre 10 et 15 km)⁵ est une moyenne masquant à nouveau d'importantes disparités qui font de l'accès à une formation sanitaire un parcours du combattant pour une grande part de la population. Ainsi, près de 50% de la population rurale doit parcourir 30 km pour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

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.



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 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 trypanosomiase, 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 leurs 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 privés 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.

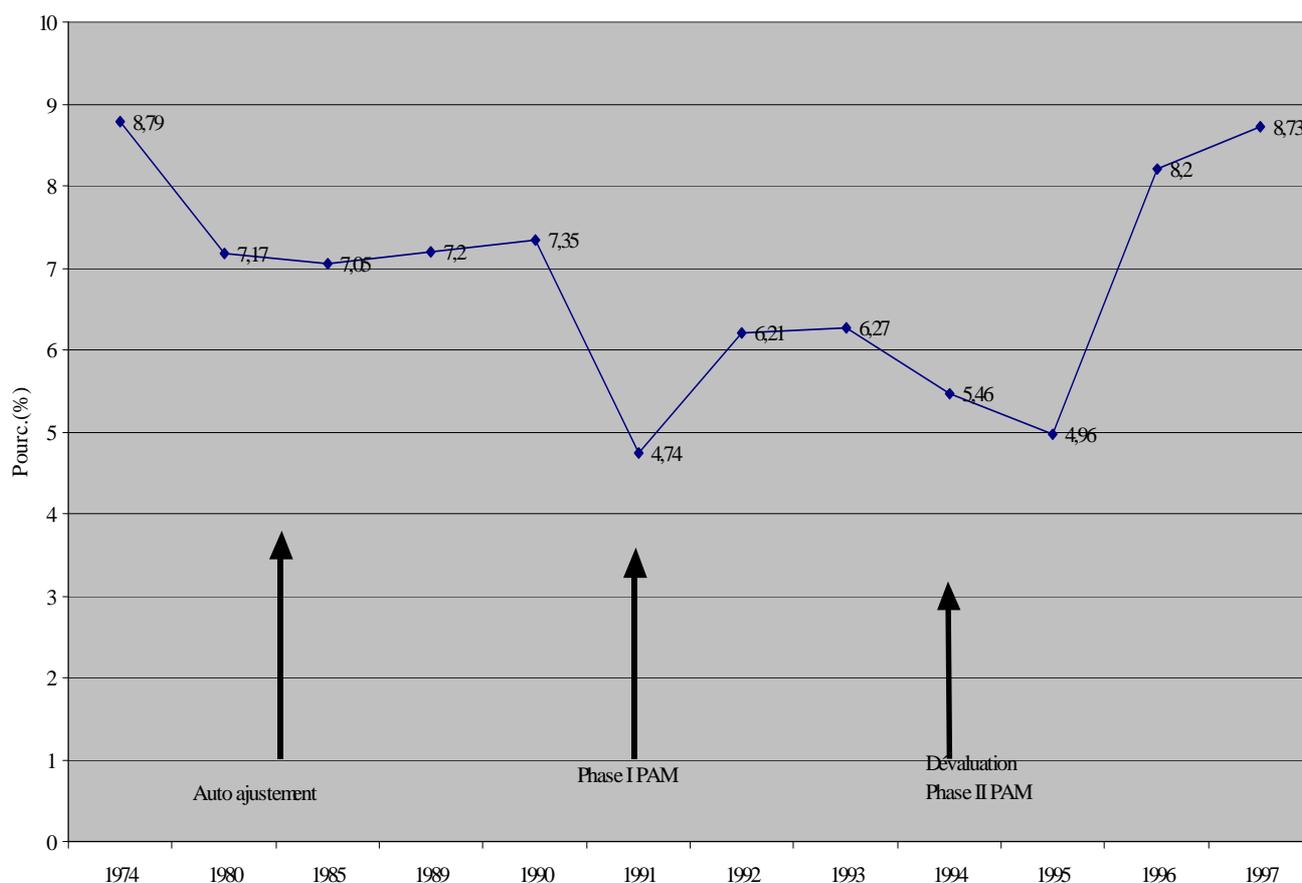
Jusqu'à la fin des années 80, l'Etat jouait un rôle prépondérant dans le financement, la régulation, l'organisation et la conduite du système de santé. Avec le PAS qui renforce le rôle du secteur privé, et au regard des ressources limitées de l'Etat, on assiste actuellement à une configuration nouvelle 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		

Evolution du Pourcentage du Budget santé



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 (environ 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.

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 « bénéfiques annuels d'un CSPS » 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

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

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.

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, conscient et planifié 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, 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 côté 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 caractérisent 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 côté 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 réformes dans la santé qui se caractérisent par un désengagement progressif de l'état du financement de la santé et la mise en œuvre d'une logique de recouvrement des coûts, de décentralisation et de participation des communautés 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'un 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 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.

3.2 L'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 proposé 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 136 systèmes repertoriés.

3.2.2 Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé

3.2.2.1 Les caisses de solidarité

Grâce à l'inventaire de 2000, une base minimale de caisses de solidarité existait déjà. Notre travail a consisté à réactualiser les informations éventuellement nouvelles qu'on pourrait recueillir auprès de ces caisses de solidarité ; et de continuer l'exploration afin de découvrir de « nouvelles » caisses de solidarité. Ainsi, en 2000, 19 caisses de solidarité avaient été repertoriées ; et 23 en 2003. Ainsi pour dire que 4 nouvelles caisses ont été mises en place.

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 base de donnée, 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-épargne⁸ :

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 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 intitulé 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.

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

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.

⁸ Les données sur les initiatives de couplage crédit-épargne n'ont pas pu être recoltées, nous considèrerons ici, les données enregistrées par l'inventaire de 2000.

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, ils mènent 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 sont signés des conventions.

L'inventaire de 2000 annonçait la Mutuelle Pharmaceutique Sainte Famille de Tounouma comme la plus ancienne structure dans cette catégorie car 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 coût. Une communauté composée à majorité d'agriculteurs, d'ouvriers, de petits fonctionnaires et surtout des chômeurs ne disposant dans une forte proportion que de revenus très modestes. Mais le constat aujourd'hui est un peu amère tout simplement parce qu'elle est classée parmi les quatre mutuelles classiques en difficulté.

En général, les mutuelles de santé retenues dans cette classification se sont formées 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.

Si en 2000, seulement sept (07) mutuelles de santé classiques ont été recensées en occurrence celles de Dakwena, de Tounouma, de Bobo, de Toma, de Sanrogho, de Guilla, de Biba et laafi Teebo de ouagadougou ; nous en avons pour notre part pu enregistrer 81 en cette année 2003.

3.2.2.4 Les systèmes de pré paiement⁹

« 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 particulier par les Centre de Santé Primaires dans le but d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour ceux à risque d'indigence saisonnière. Il consiste pour l'usager 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. Casal-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 par 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. Casal-Gamelsy et al, 2000,

⁹ Les données de 2000 seront reconsidérées à ce niveau parce que celles de 2003 ne sont pas parvenu en notre possession. Cependant, si avant les amendements de ce rapport elles étaient en notre possession, on pourra donc les réactualiser.

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 centrale dans la prise des décisions) et une forte implication des usagers. Mais dans une perspective dynamique, ces structures sont appelées à être autonomes et démocratique : 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 ressource (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 de 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 à 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

En prenant en compte les données de l'inventaire 2000 et celles de 2003, on recense au total 23 caisses de solidarité dont vous avez le détail dénommatif au tableau suivant.

Par ailleurs, on peut dire que 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.

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

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Groupes-cibles</i>	<i>Effectifs</i>
01. MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE BRAKINA ET SODIBO	Personnel de la structure	452
02. ORGANISATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS	Personnel de la structure	ND
03. CAISSE SPÉCIALE DE SECOURS SNCITEC (CSS-SN-CITEC)	Personnel de la structure	408
04. ASSOCIATION CAISSE SOCIALE CENTRE MURAZ	Personnel de la structure	ND
05. MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA MABUCIG	Personnel de la structure	167
06. MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA CNSS	Personnel de la structure	800
07. ASSOCIATION SOLIDARITE POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGEN	Personnel de la structure	ND
08. MICRO ASSURANCE SANTE ALLAHWALU DE DAKORO	Personnel de la structure	61
09. MUTAPOST	Personnel de la structure	690
10. MUTUELLE ENTRE AIDE DE LA MACO	Personnel de la structure	42
11. ORGANISATION NATIONALE DE LA SONABHY	Personnel de la structure	208
12. ORGANISATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS	Personnel de la structure	ND
13. MUTUELLE DES AGENTS DE L'OFFICE NATIONAL DES PUIITS ET FORAGES	Personnel de la structure	150
14. MUTUELLE DES GERANTS DE PARKING DU KADIOGO	Personnel de la structure	150
15. MUTUELLE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE	Personnel de la structure	122
16. MUTUELLE DES AGENTS DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES FONCTIONNAIRES	Personnel de la structure	90
17. MUTUELLE DE LA DOUANE	Personnel de la structure	ND
18. MUTUELLE DES AGENTS DE L'OST	Personnel de la structure	150
19. ASSOCIATION GNOUMALON	Personnel de la structure	10
20. ASSOCIATION DES RETRAITES DU SECTEUR 13	Personnel de la structure	150
21. ASSOCIATION LESSOKON	Personnel de la structure	10
22. MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE L'OFFICE NATIONAL DES TELECOMMUNICATIONS	Personnel de la structure	327
23. MUTUELLE DES AGENTS DU TRESOR	Personnel de la structure	272

Tableau 6a- Caisses de solidarité, ville et sexe du groupe cible

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Ville</i>	<i>Sexe du Groupe Cible</i>
ASSOCIATION CAISSE SOCIALE CENTRE MURAZ	BOBO	Mixte
ASSOCIATION SOLIDARITE POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCESB	BOGANDE	Mixte
CAISSE SPÉCIALE DE SECOURS SNCITEC (CSS-SN-CITEC)	BOBO	Mixte
MICRO ASSURANCE SANTE ALLAHWALU DE DAKORO	DAKORO	Femmes
MUTAPOST	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE BRAKINA ET SODIBO	BOBO	Mixte
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA CNSS	BOBO	Mixte
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA MABUCIG	BOBO	Mixte
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA SONABHY	OUAGA	Mixte
MUTUELLE ENTRE AIDE DE LA MACO	OUAGA	Mixte
ORGANISATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS	BOBO	Mixte
MUTUELLE DES AGENTS DE L'OFFICE NATIONAL DES PUIITS ET FORAGES	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES GERANTS DE PARKING DU KADIOGO	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES AGENTS DE LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES FONCTIONNAIRES	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DE LA DOUANE	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES AGENTS DE L'OST	OUAGA	Mixte
ASSOCIATION GNOUMALON	OUAGA	Femmes
ASSOCIATION DES RETRAITES DU SECTEUR 13	OUAGA	Mixte
ASSOCIATION LESSOKON	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE L'OFFICE NATIONAL DES TELECOMMUNICATIONS	OUAGA	Mixte
MUTUELLE DES AGENTS DU TRESOR	OUAGA	Mixte

Plus de 90% 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 23 caisses de solidarité ont des groupes cibles qui diffèrent des autres caisses et recouvrent une base sociale importante. Ce sont : l'association Gnomalon, 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.

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.

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 les 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 7- Les conditions financières d'accès aux caisses d'entraide et les prestations ¹⁰

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 Télécommunications		1000 F./mois	Prêts Opérations cyclomoteurs
Mutuelle des agents du Trésor	1000 à 5000francs	500 francs par mois	• 50% sur les ordonnances (à concurrence de 100.000F) • 20% sur les hospitalisations

¹⁰ Ce tableau aurait pu être complété et réactualisé si toutes les fiches avaient été à notre disposition pendant la rédaction du rapport.

			<ul style="list-style-type: none"> • 50% pour les verres correcteurs • Sommes forfaitaires : <ul style="list-style-type: none"> - 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 En gestation à déterminer en AG
Mutuelle des agents de l'Office National des Puits et Forages		1000/mois	
Mutuelle des agents de la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires		1000/mois	
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	250 francs par mois 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 FAARF œuvre. Il est apparu dans la genèse de cette formule que les différents acteurs qu'elles regroupent 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, devront non seulement accéder 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 8- Groupe-cible du couplage crédit-santé, membres, bénéficiaires et portée

Région	Ville	Nom de la Mutuelle	Groupe cible = taille GVF	Membres	Bénéficiaires
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
Bam	Tengsobdgo	Mutuelle de santé Teegwendé	40	28	41
Bam		Mutuelle de santé Relwendé	60	51	51
Bam	Wazelle	Mutuelle de santé Wend woaga	42	42	57
Bam	Sabce	Mutuelle de santé Waldere	45	45	73
Bam	Rounou	Mutuelle de santé Wend panga	77	67	83
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 se sont constitués 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 qui 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 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 supportés 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 coté 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 coté 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 9 :Les conditions financières d'adhésion et les prestations couvertes des 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.
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

Nom de la Mutuelle	Cotisations	Prestations
		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 et 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 prestations 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 est convenu d'appeler des 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 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. Presque toutes ont pour cible des groupes mixte sauf quelques cas qui ont pour cible uniquement des femmes. Il s'agit de l'Association Munyu à Banfora, de la mutuelle de Nayalgué à Koudougou et de la mutuelle de santé Lagnien de Toma.

Tableau 10- Mutuelles de santé classiques, ville et sexe du groupe cible

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Ville</i>	<i>Groupe Cible</i>
AMASAR (ASSOCIATION)	ZINIARE	Mixte
ASSOCIATION DEMEBOLO	BOBO	Mixte
BESAZULINYE GULG	REO	Mixte
FAAG TAABA DE SABOU	SABOU	Mixte
ICODEV (ONG)		Mixte
KENEYA GNASSIGUI	PENI	Mixte
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	KAYA	Mixte
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	KAYA	Mixte
LAAFI BOORE LBS SARIA	SARIA	Mixte
MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA	PABRE	Mixte
MUNYU (ASSOCIATION)	BANFORA	Femmes
MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	LAYE	Mixte
MUTUALITE FEMME ET DEVELOPPEMENT (LA NATIONALE)	OUAGADOUGOU	Mixte
MUTUEL DE SANTE DE VILI	VILI	Mixte
MUTUELLE AMBULANCE DE SIDERADOUGOU	SIDERADOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE GAHERI	GAHERI	Mixte
MUTUELLE DE NAMOUNGOU	FADA N GOURMA	Mixte
MUTUELLE DE SAANTE ASSOCIATION TINTUA	FADA N GOURMA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	GUILLA KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	LANTAO	Mixte
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE DAN	DAN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE KAKORO	KAKORO	Mixte
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE PANAMASSO	PANAMASSO	Mixte
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE WARA	WARA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	SANROGHO KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON (MDT)	BOBO	Mixte

MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE KANGALA (MUSAK)	KANGALA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	OUAGADOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	KOAGMA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE MANE	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI	MATIAKOALI	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	DIAPAGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	NAYALGUE	Femmes
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	NIOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA	DIAPAGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	PISSILA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	DIAPAGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)	DJIGUERA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA	OUAGADOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	KARKINDIGHIN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	GOMBOUSSOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	POUYTENGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	TOEGHIN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	TANGPORIN KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	POUYTENGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI SOULI (MSLS) DE TIBGA	FADA N GOURMA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	OUAGADOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	OUAGADOUGOU	Femmes
MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	DAKORO	Mixte
MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN	ZABRE	Mixte
MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	YANSARE	Mixte
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA	PAMNANGHIN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGB ZANGA	BANKORE	Mixte
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGBZANGA	BASKOUDRE KAYA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	TANGHIN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE SAABA	OUAGADOUGOU	Mixte
MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE	KYON	Mixte
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	FADA N GOURMA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	KOMKI IPALA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD WENDE	BALONGHIN	Mixte
MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	PINABTINGA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	GANWOKA NIONSMA	Mixte
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	GOBY	Mixte
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	KONGPAKA	Mixte
MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	BOUSSE	Mixte
MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	SOURGOUBILA	Mixte
MUTUELLE LAAFI TAANLI	FADA N GOURMA	Mixte
MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE		
SAINTE FAMILLE TOUNOUMA	BOBO	Mixte
MUTUELLE SANITAIRE DE BANZON (MUSAB)	BANZON	Mixte
MUTUELLE SANTE SOGUKO	SOURGOU	Mixte
MUTUELLE SANTE DE BOBO	BOBO	Mixte
SONG TAABA	THYOU	Mixte
SULU NYE	REO	Mixte

Tableau 11 - Les groupes-cibles des mutuelles de santé classiques et leur taille

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Province</i>	<i>Ville</i>	<i>Pop. Cible</i>	<i>Effectif</i>
AMASAR (ASSOCIATION)	OUBRITENGA	ZINIARE	Groupe de villages	NP
ASSOCIATION DEMEBOLO	HOUET	BOBO	Groupe de Quartier	48711
BESAZULINYE GULG	SANGUIE	REO		NP
FAAG TAABA DE SABOU	BOULKIEMDE	SABOU	Village	NP
ICODEV (ONG)	GNAGNA	BOGANDE	Groupe de villages	NSP
KENEYA GNASSIGUI	HOUET	PENI	Entité adm. Rurale	14054
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	NAMENTENGA	KAYA	Entité adm. Rurale	10146
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	PASSORE	KAYA	Entité adm. Rurale	9503
LAAFI BOORE LBS SARIA	BOULKIEMDE	SARIA	Groupe de Villages	16797
MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA	KADIOGO	PABRE	Groupe de Villages	
MUNYU (ASSOCIATION)	COMOE	BANFORA	Entité adm. Rurale	
MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	KOURWEOGO	LAYE	Groupe de Villages	12147
MUTUALITE FEMME ET DEVELOPPEMENT (LA NATIONALE)	KADIOGO	OUAGADOUGO U	Ville	
MUTUEL DE SANTE DE VILI	BOULKIEMDE	VILI	Groupe de Villages	9299
MUTUELLE AMBULANCE DE SIDERADOUGOU	COMOE	SIDERADOUGOU	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE GAHERI	GOURMA	GAHERI	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE NAMOUNGOU	GOURMA	FADA N GOURMA	Village	
MUTUELLE DE SAANTE ASSOCIATION TINTUA	GOURMA	FADA N GOURMA	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE DAN	HOUET	DAN		
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE KAKORO	LERABA	KAKORO	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE PANAMASSO	HOUET	PANAMASSO		
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE WARA	HOUET	WARA		

MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	SANMATENGA	SANROGHO KAYA	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON (MDT)	HOUET	BOBO	Quartier	
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO	HOUET	BOBO	Ville	
MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	PASSORE	KAYA	Entité adm. Rurale	12927
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	PASSORE	KAYA	Groupe de Villages	9503
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	PASSORE	KAYA	Entité adm. Rurale	7105
MUTUELLE DE SANTE DE KANGALA (MUSAK)	KENEDOUGOU	KANGALA	Groupe de Villages	5050
MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	KADIOGO	OUAGADOUGO U	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	KADIOGO	KOAGMA	Village	
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	SANMATENGA	KAYA	Groupe de Villages	7879
MUTUELLE DE SANTE DE MANE	SANMATENGA	KAYA	Entité adm. Rurale	17236
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI	GOURMA	MATIAKOALI	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	SANMATENGA	KAYA	Groupe de Villages	11603
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	DIAPAGA	DIAPAGA	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	BOULKIEMDE	NAYALGUE	Groupe de Villages	9659
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	KOURWEOGO	NIOU	Groupe de Villages	15374
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA	GOURMA	DIAPAGA	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	SANMATENGA	PISSILA	Entité adm. Rurale	49287
MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	SANMATENGA	KAYA	Groupe de Villages	10427
MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	GOURMA	DIAPAGA	Village	
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)	LERABA	DJIGUERA	Groupe de Villages	4847
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	SANMATENGA	KAYA	Groupe de Villages	10093
MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	SANMATENGA	KAYA	Groupe de Villages	14381
MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA	NAYALA	OUAGADOUGO U	Groupe de Villages	

MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	KADIOGO	KARKINDIGHIN	Village	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	ZOUNWEOGO	GOMBOUSSOU GOU	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	KOURITENGA	POUYTENGA	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	SANMATENGA	GUILLA KAYA	Village	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	KOURWEOGO	TOEGHIN	Groupe de Villages	10245
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	SANMATENGA	TANGPORIN KAYA	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	KOURITENGA	POUYTENGA	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI SOULI (MSLS) DE TIBGA	GOURMA	FADA N GOURMA	Groupe de Villages	312
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	KADIOGO	OUAGADOUGO U	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	NAYALA	OUAGADOUGO U		11825
MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	LERABA	DAKORO	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN	BOULGOU	ZABRE	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	KADIOGO	YANSARE	Village	
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA	KADIOGO	PAMNANGHIN	Village	
MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	GOURMA	LANTAO	Village	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEBG ZANGA	KADIOGO	BANKORE	Village	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEBGZANGA	CENTRE NORD	BASKOUDRE KAYA	Village	
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	KADIOGO	TANGHIN	Village	
MUTUELLE DE SANTE SAABA	KADIOGO	OUAGADOUGO U	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE	SANGUIE	KYON	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	GOURMA	FADA N GOURMA	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	KADIOGO	KOMKI IPALA	Groupe de Villages	
MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD WENDE	KADIOGO	BALONGHIN	Village	

MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	KADIOGO	PINABTINGA	Village	
MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	KADIOGO	GANWOKA NIONSMA	Village	
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	KADIOGO	GOBY	Village	
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	KADIOGO	KONGPAKA	Village	
MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	KOURWEOGO	BOUSSE	Groupe de Villages	
MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	KOURWEOGO	SOURGOUBILA	Entité adm. Rurale	7728
MUTUELLE LAAFI TAANLI	GOURMA	FADA N GOURMA	Entité adm. Rurale	
MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE FAMILLE TOUNEMA	HOUET	BOBO	Ville	
MUTUELLE SANITAIRE DE BANZON (MUSAB)	KENEDOUGOU	BANZON	Groupe de Villages	9467
MUTUELLE SANTE SOGUKO	BOULKIEMDE	SOURGOU	Groupe de Villages	
SONG TAABA	BOULKIEMDE	THYOU	Village	8466
SULU NYE	SANGUIE	REO	Groupe de Villages	10788

Les conditions d'adhésion à leurs structures sur le plan financier est conditionnée à l'acquittement des droits variant entre 200 et 5000F, et leurs cotisations fluctuent entre 500F et 1200 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.

Tableau 12- les conditions financières d'adhésion aux mutuelles de santé

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Adhésion</i>	<i>Cotisations</i>	<i>Evolution</i>
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	500	100F/mois*	
MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA	200		
MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE			Diminué
SULU NYE	1000		
BESAZULINYE GULG	1000	100F/mois	
MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	1000		
MUTUEL DE SANTE DE VILI	1000	50F/mois	
LAAFI BOORE LBS SARIA	1000	50F/mois	
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	500	250F/mois	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	1000		Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	1000	200F/mois	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE ASSOCIATION TINTUA			
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	1000	200F/mois	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE SAABA	1000	200F/mois	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA			

MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	ND	ND	ND
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	1000	200	Stationnaire
MUTUELLE DE GAHERI	1000	1000	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	1000	5400	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI	500	100	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE LAAFI SOULI (MSLS) DE TIBGA	500	100	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	1000	200	Stationnaire
MUTUELLE DE NAMOUNGOU			
MUTUELLE LAAFI TAANLI	2000	250	Stationnaire
MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	1000		
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	1000	80	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	500		
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	1000		
MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	1000	105	
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	1000		Stationnaire
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	1000		Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	150		
MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	150	*	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	150		
MUTUELLE DE SANTE NAMANEBZANGA	150	*	
MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	1000		
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	1000		
MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	1000		
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	1000	*	
MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	1000	*	
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	1000		
MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	1000		
MUTUELLE DE SANTE DE MANE	1000	*	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	1000		Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	1000	*	Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	250		
MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD WENDE	250		
MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	250		
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEBZANGA	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	250	1200/an	
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	1000		
MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA			
MUTAPOST	3000		Stationnaire
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO	500		
MUTUELLE SANTE SOGUKO	500		
SONG TAABA	500		
FAAG TAABA DE SABOU	1000		
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE KAKORO	5000		Diminué
MUTUELLE AMBULANCE DE SIDERADOUGOU	250		
MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	1000		Augmenté
ORGANISATION NATIONALE TRAVAILLEURS DU PRIVE ET INFORMEL			
MUTUELLE ENTRE AIDE DE LA MACO			
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE BRAKINA ET SODIBO			Augmenté
KENEYA GNASSIGUI			
MUNYU (ASSOCIATION)			
MICRO ASSURANCE SANTE ALLAHWALU DE DAKORO	200		

MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN ICODEV (ONG)	1000		Stationnaire
ASSOCIATION SOLIDARITE POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGEN			Stationnaire
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA MABUCIG			Augmenté
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA CNSS ASSOCIATION DEMEBOLO			Stationnaire
MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE FAMILLE TOUNEMA	1000		
MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA SONABHY	2500		
ASSOCIATION CAISSE SOCIALE CENTRE MURAZ	500		
MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON (MDT)	1000	5000	Augmenté
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)	100		Diminué
CAISSE SPÉCIALE DE SECOURS SNCITEC (CSS-SN-CITEC)		2500	
MUTUELLE DE SANTE DE KANGALA (MUSAK)	100	500	Stationnaire
MUTUELLE SANITAIRE DE BANZON (MUSAB)	100	500	Diminué
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	1000		
MUTUALITE FEMME ET DEVELOPPEMENT (LA NATIONALE)	500	*	Augmenté
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE WARA			
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE DAN			
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE PANAMASSO AMASAR (ASSOCIATION)			

A coté de cette difficulté à mobiliser les ressources internes certaines mutuelles ont bénéficié d'apports extérieurs sous forme de subvention.

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

Au nombre de 14 à ce jour concentrés dans le district sanitaire de Houndé, le groupe-cible des systèmes de prépaiement se réfère à la population de l'aire de santé des 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 5 000 à 10000 habitants.

Seuls les villageois de l'aire de santé peuvent adhérer et cette adhésion est individuelle et volontaire. Le montant individuel de la cotisation varie entre 350 et 500 Fcfa par mois. 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 13 Prestations prises en charge par les systèmes de prépaiement

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

Source : Dr Cazal et al 2000

La comptabilité est tenue par le trésorier. Le CSPPS 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, un pourcentage (varie de 15 à 25%)du montant des ordonnances prescrites par le CSPPS, et un pourcentage aussi pour les ordonnances prescrites lors d'une référence (parfois le même pourcentage est appliqué ou il est plus important que celui du niveau CSPPS). 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 mais ne sont pas toujours bien faits.

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

Au Burkina Faso, les mutuelles n'ont pas de statut juridique. Elles se déclarent comme des associations ou fonctionnent sans statut juridique.

Le vide juridique est évoqué par certaines organisations comme une difficulté lors des procédures de reconnaissance.

4.1.1.2 Le bénévolat et ses exigences de responsabilités et 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 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 le recouvrement des cotisations. C'est le cas de la mutuelle de Tounouma, de celle de Bobo, de la mutuelle de santé de Mané et de Pissila. 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, elles 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

Tableau 14 - Les mutuelles de santé classiques et leurs partenaires techniques

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Partenaires initiaux</i>	<i>Partenaires actuels</i>
AMASAR (ASSOCIATION)	BIT STEP	
ASSOCIATION DEMEBOLO	BIT STEP	
BESAZULINYE GULG		
FAAG TAABA DE SABOU	BIT STEP	
ICODEV (ONG)	BIT STEP	
KENEYA GNASSIGUI	BIT STEP	
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	RAMS /BIT STEP /ADRK	RAMS/ BIT STEP /WSM /ADRK
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	ADRK /BIT STEP /RAMS	BIT STEP /RAMS ADRK/WSM
LAAFI BOORE LBS SARIA	BIT STEP	
MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA	BIT STEP	
MUNYU (ASSOCIATION)	BIT STEP	
MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	BIT STEP	BIT STEP
MUTUALITE FEMME ET DEVELOPPEMENT (LA NATIONALE)		
MUTUELILE DE SANTE DE VILI	BIT STEP	
MUTUELLE AMBULANCE DE SIDERADOUGOU		
MUTUELLE DE GAHERI		
MUTUELLE DE NAMOUNOU	UNICEF	UNICEF
<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Partenaires initiaux</i>	<i>Partenaires actuels</i>
MUTUELLE DE SANTE ASSOCIATION TINTUA		BIT STEP
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE DAN	PAROISSE/CAD	
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE KAKORO	PAROISSE/CAD	
MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE PANAMASSO	PAROISSE/CAD	

MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE WARA	PAROISSE/CAD	
MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	DIRS RAMS	RAMS
MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON	AMIS DE LUXEMBOURG ET DE BELGIQUE	
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO	RAMS HCK	RAMS
MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	ADRK/ BIT STEP /RAMS	
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	ADRK/BIT STEP/RAMS	
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI WSM	ADRK/BIT STEP/RAMS	RAMS/ADRK/BIT STE/
MUTUELLE DE SANTE DE KANGALA (MUSAK)		
MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	BIT STEP	
MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	BIT STEP/ASSOCIATION VIVE LE PAYSAN	
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	DRK /BIT STEP/ RAMS	
MUTUELLE DE SANTE DE MANE WSM	ADRK/ BIT STEP/RAMS	RAMS// ADRK BIT STEP
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI	DISTRICT SANITAIRE DE FADA	
MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	ADRK/ BIT STEP /RAMS	
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	FNUAP/DISTRICT DIAPAGA	FNUAP
MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	BIT STEP	
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	PPOKK SANTE/ STEP BIT STRUCTURE SANITAIRE	
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA	FNUAP /DIST SANIT DE DIAPAGA	
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	ADRK/ BIT STEP /RAMS	RAMS/ BIT STEP/ADRK/ WSM
MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	ADRK /BIT STEP /RAMS	

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Partenaires initiaux</i>	<i>Partenaires actuels</i>
---------------------------	-----------------------------	----------------------------

MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	FNUAP /DISTRICT SANITAIRE DE DIAPAGA	
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)		RAMS /ECD
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	ADRK/BIT STEP/ RAMS	

MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	ADRK/ BIT STEP /RAMS	
MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA		
MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	BIT STEP/AVLP	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	SAVE THE CHILDREN	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	RAMS	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	DIRS/ RAMS	RAMS
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN		
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	DIRS /RAMS	RAMS
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	RAMS	
MUTUELLE DE SANTE LAAFI SOULI (MSLS) DE TIBGA		
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	RAMS/ MUT CHRETIENNE DE LIEG	RAMS/ BITSTEP/ MUT CHRET DE LIEGE
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA BENGUEDOUGOU		BIT STEP
MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN		BIT STEP
MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	BIT STEP /AVLP	
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA	BIT STEP/ AVLP	
MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	STEP /UNICEF	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGB ZANGA	BIT STEP/ AVLP	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGBZANGA	DIRS //RAMS	RAMS
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	BIT STEP AVLP	
MUTUELLE DE SANTE SAABA	BIT STEP	

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Partenaires initiaux</i>	<i>Partenaires actuels</i>
---------------------------	-----------------------------	----------------------------

MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE	RAMS	
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	UNICEF/ STEP	UNICEF/ STEP
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	BIT STEP	
MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD	BIT STEP/ AVP	

WENDE		
MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	BIT STEP/ AVLP	
MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	BIT STEP /AVLP	
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	BIT STEP/ AVLP	
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	BIT STEP AVLP	
MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	BIT STEP/ PPOKK-Santé	
MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	PPOKK-Santé/BIT-STEP	
MUTUELLE LAAFI TAANLI	STEP /UNICEF	
MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE FAMILLE TOUNOUMA		
MUTUELLE SANITAIRE DE BANZON (MUSAB)		
MUTUELLE SANTE SOGUKO	BIT STEP	DRS
SONG TAABA	BIT STEP	
SULU NYE		

Trois structures d'appui aux mutuelles ont été jusque là identifiées. Ce sont :

- Le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé qui est la fusion de deux structures d'appui antérieures que sont le Projet FAARF/OMS et le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique ;
- Le Projet Houet-Comoé-KénéDougou
- Le projet BIT/STEP

4.1.1.3 Le RAMS

Le RAMS résulte de la volonté conjointe de certaines mutuelles santé et de différents partenaires au développement de promouvoir le phénomène mutualiste émergeant 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 comportent :

- 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 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 organisations 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'une 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 populations 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 ;
- au renforcement de 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 ;
- à la réduction des cas de mortalité liés à l'absence d'hygiène ;
- à l'amélioration des connaissances de la population en matière de santé de la reproduction
- et 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 :

- l'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.

Notre constat est que depuis 2000 la presque totalité des mutuelles de santé en projet et en gestation sont appuyé par cette structure (cf tableau ci dessus).

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.

Quant au BIT/STEP, il accompagne les mutuelles dans tout le processus tout en responsabilisant les initiateurs (sensibilisation, formation, étude de faisabilité, jusqu'au suivi-évaluation

Tableau 15 - Les méthodes d'intervention des structures d'appui

METHODES	RAMS	HCK	BIT/STEP
- Personnes ressources interne à la structure	Oui	O	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 suivi-évaluation, 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.

Le tableau 14 reprend toutes les mutuelles de santé qui ont bénéficiés initialement ou actuellement d'appui technique de certains partenaires.

Tableau 16-Les mutuelles de santé classiques et les domaines d'intervention des partenaires initiaux

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Formation</i>	<i>Sensi.</i>	<i>Gestion</i>	<i>Suivi-éval</i>	<i>Apui-cons</i>	<i>Autres</i>
ASSOCIATION DEMEBOLO	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
FAAG TAABA DE SABOU	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
LAAFI BOORE LBS SARIA	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUNYU (ASSOCIATION)	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUEL DE SANTE DE VILI	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
MUTUELLE DE NAMOUNGOU	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON (MDT)	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE MANE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI						

MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non

ZANGA

MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGB ZANGA	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGBZANGA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE SAABA	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	Non	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD WENDE	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
MUTUELLE LAAFI TAANLI	Non	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE FAMILLE TOUNOUMA	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE SANTE SOGUKO	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
SONG TAABA	Oui	Non	Non	Non	Non	Non

Tableau 17-Les mutuelles de santé classiques et les domaines d'intervention des partenaires actuels

<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Formation</i>	<i>sens.</i>	<i>Gestion</i>	<i>Suivi-eval</i>	<i>Appui-cons</i>	<i>Autres</i>
LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE NAMOUNGOU	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SAANTE ASSOCIATION TINTUA	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MUTUELLE DE SANTE DE MANE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)	Oui	Non	Non	Oui	Non	
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN						
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TEEBO (MSLI)	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	Oui					
MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN	Oui	Oui		Oui	Oui	
MUTUELLE DE SANTE NAMANEBZANGA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	Non	Non	Non	Non	Non	Non

MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
MUTUELLE SANTE SOGUKO	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non

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 garantie.

Tableau 18- Les appuis financiers apportés par les structures d'appui

APPUI FINANCIER	RAMS	HCK	BIT/STEP
Fonds de réserve	Oui	Oui	Non
Fonds de garantie	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 systèmes de suivi de ses composantes en émettant l'hypothèse que n'ayant débuté.

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)
- le 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
- le coût moyen de l'ordonnance
- le coût moyen de l'ordonnance enfant
- le coût moyen de l'ordonnance adulte
- les charges de fonctionnement
- le charges totales
- le coût des dépenses de santé /charges totales
- le taux de couverture dépenses totales par les réserves
- le Ratio de liquidité
- le 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 un 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 témoigne 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 relatif 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 coté les indicateurs relatifs aux membres.

Le programme du BIT/STEP qui n'a démarré qu'en 2000 a plutôt plusieurs mutuelles en projet et en gestation dans son actif, une seule appuyée par cette structure étant fonctionnelle, la mutuelle LEERE LAFI BOLEM de Zabré et l'on ne dispose pas jusque là 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

L'inventaire 2000 notait ceci : *« 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 considérer on peut retenir que depuis leur mise en place elles ont contribuer à la mise en place de près de 34 mutuelles de santé au Burkina Faso. L'institution mutuelle de santé est donc entrain d'accroître sa part de marché dans son environnement. »* On peut dire aujourd'hui sans risque de se tromper que les écrits de l'auteur sont justes. A l'heure actuel, on compte 136 initiatives dont plus de 80 mutuelles de santé classiques.

En principe, cet accroissement du nombre devrait permettre une relative amélioration de l'accessibilité des populations aux soins de santé.

4.1.1.7 Une plus grande 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 amène 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.

Notons cependant qu'il existe au niveau du ministère de l'emploi et de la sécurité sociale une direction de la mutualité fonctionnelle depuis le début de l'année 2000, et un projet a été élaboré à cet effet dans l'objectif de permettre une collaboration étroite entre les mutuelles et les structures étatiques

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 toutes passent des conventions soit écrites soit verbales avec des structures sanitaires

Cette convention précise l'itinéraire du mutualiste pour bénéficier des prestations de la mutuelle quand il se présente à une structure sanitaire (CSPS, CMA, CHR, CHN), les obligations de la mutuelle vis-à-vis de la structure sanitaire et celles de la structure qui comprennent entre autres, la qualité des soins attendue. La mutuelle a signé des conventions avec 8 officines de la ville de Bobo Dioulasso.

Pour citer quelques exemples :

*la mutuelle Laafi Têobo, a 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 Dakwena a mis en place sa propre formation sanitaire dotée d'un dépôt pharmaceutique grâce à une subvention de 11 millions de FCFA accordée 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 mutualistes n'épuise pas 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. Mais cette mutuelle connaît quelques difficultés actuellement et ce sont les vendeuses qui essaient seules de gérer elles mêmes le dépôt par leur propre initiative, le bureau n'existant presque plus.

Et si on se réfère à l'inventaire 2000, il avait été notifié qu'avec l'obligation faite aux dépôts pharmaceutiques de s'approvisionner auprès de la Centrale d'Achat des Médicaments Génériques (CAMEG), le dépôt faisait face à circuit désormais coûteux sur le plan des médicaments et partant le prix de cession aux mutualistes avait 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 médicale; 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 19 - 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

Tableau 20- 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

Tableau 21 Les productions disponibles au BIT/STEP

Titre	Type	Nature	Ident
Statuts et règlement intérieur	Gestion/administration		Diffusé
Normes et procédures de gestion	Gestion	Fascicule	Diffusé
Eléments de sensibilisation	Guide	Brochure	Diffusé
Registre comptable et financier	Gestion	Brochure	Diffusé
Documents de formation	Guide	Classeur	Diffusé
Etudes de faisabilité	Etude	Brochure	Diffusé
Audit comptable	Gestion		Interne
Présentation COGES	Information	Brochure	Diffusé

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 la 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 qu'il 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 de 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 le développement des mutuelles de santé, que jusque là à part la recommandation de la conférence 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 cet 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 et 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 organisations 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;
- le renforcement des capacités des comités de gestion en gestion des mutuelles de santé;
- la mise en place d'un comité de concertation permanente dans le cadre du développement des mutuelles de santé;
- la préparation à la mise en place d'une fédération des mutuelles de santé;

- la 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

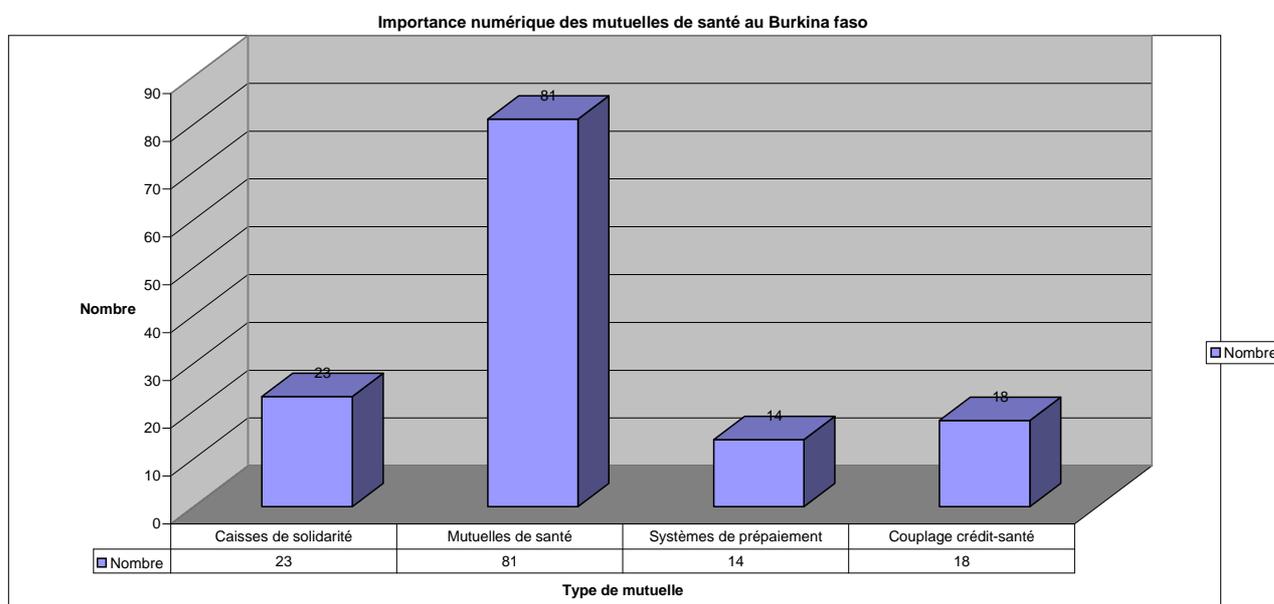
Mais à ce jour les choses n'ont pas beaucoup bougées dans ce sens parce que le RAMS a traversé des périodes difficiles entre 2001 et 2002

5 Répertoire des mutuelles de santé

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

En 2000, sur la base de la typologie arrêtée, il avait été dénombré à l'époque 64 expériences relevant de la mutualité en santé qui se composent par ordre d'importance des caisses de solidarité (29,69%), des initiatives couplant crédit-santé (28,13%) des mutuelles de santé (21,68%) et des systèmes de prépaiement (20,31%). Ces données sont à reconsidérées actuellement car l'inventaire de 2003 qui a pu dénombrer 136 mutuelles de santé dont essentiellement les mutuelles de santé classiques (59,56%) suivent les caisses de solidarité (16,91%), les initiatives couplant crédit-santé (13,24%) et enfin les systèmes de prépaiement (10,29%).

Parmi ces 136 expériences énumérées, on en compte certains qui sont fonctionnelles, en projet, en gestation et en difficultés. Ces éléments sont précisés et détaillés dans les tableaux qui suivent.



5.2 Mutuelles fonctionnelles

On dénombre actuellement sur les 136 mutuelles repertoriées, 69 mutuelles fonctionnelles composées de 20 Caisses de solidarité, 25 mutuelles de santé classiques, 10 mutuelles de santé autogérées couplant crédit-santé et 14 systèmes de prépaiement si l'on admet l'hypothèse que l'on peut ranger ces dernières dans le champ des mutuelles de santé.

Tableau 22 : Les caisses de solidarité et leur situation

<i>Région</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la caisse</i>	<i>Situation</i>
HOUET	BOBO	CAISSE SPÉCIALE DE SECOURS SNCITEC (CSS-SN-CITEC)	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	ASSOCIATION CAISSE SOCIALE CENTRE MURAZ	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA CNSS	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA MABUCIG	Fonctionnelle
GNAGNA	BOGANDE	ASSOCIATION SOLIDARITE POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGEN	Fonctionnelle
LERABA	DAKORO	MICRO ASSURANCE SANTE ALLAHWALU DE DAKORO	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE BRAKINA ET SODIBO	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE ENTRE AIDE DE LA MACO	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	ORGANISATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE LA SONABHY	En projet
KADIOGO	OUAGA	MUTAPOST	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES AGENTS DE LA POSTE	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES GERANTS DE PARKING DU KADIOGO	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	ASSOCIATION DES RETRAITES DU SECTEUR 13	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	ASSOCIATION GNOUMALON	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES AGENTS DE L'OST	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	MUTUELLE DES AGENTS DE L'OFFICE NATIONAL DE LA SANTE DES TRAVAILLEURS	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DE LA DOUANE	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE L'OFFICE NATIONAL DES TELECOMMUNICATIONS	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGA	MUTUELLE DES AGENTS DU TRESOR	Fonctionnelle

Les caisses de solidarité recensées en 2003 sont toutes fonctionnelles exception faite de la mutuelle des travailleurs de la SONABHY en projet.

Tableau 23: Les mutuelles de santé classiques et leur situation

<i>Province</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Situation</i>
GOURMA	FADA N GOURMA	MUTUELLE DE SANTE LAAFI SOULI (MSLS) DE TIBGA	Fonctionnelle
GOURMA	FADA N GOURMA	MUTUELLE DE SAANTE ASSOCIATION TINTUA	Fonctionnelle
NAYALA	OUAGADOUGOU	MUTUELLE DE SANTE LAGNIEN DE TOMA	Fonctionnelle
PASSORE	KAYA	LA MUTUELLE DE SANTE DE SARMA	Fonctionnelle
GOURMA	LANTAO	MUTUELLE DE SANTE NAMALZANGA DE LANTAOGO	Fonctionnelle
SANGUIE	KYON	MUTUELLE DE SANTE SCOLAIRE	Fonctionnelle
LERABA	KAKORO	MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE KAKORO	Fonctionnelle
COMOE	SIDERADOUGOU	MUTUELLE AMBULANCE DE SIDERADOUGOU	Fonctionnelle
KOURITENGA	POUYTENGA	MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BOUMBOU (MSLB)	Fonctionnelle
SANMATENGA	GUILLA KAYA	MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU	Fonctionnelle
NAMENTENGA	KAYA	LA MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA	Fonctionnelle
CENTRE NORD	BASKOUDRE KAYA	MUTUELLE DE SANTE NAMANEGBZANGA	Fonctionnelle
PASSORE	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI	Fonctionnelle
LERABA	DAKORO	MUTUELLE DE SANTE LAYOU DE BENGUEDOUGOU	Fonctionnelle
SANMATENGA	SANROGHO KAYA	MUTUELLE DE SANTE BUUD NOOMA	Fonctionnelle
HOUET	BOBO	MUTUELLE DE SANTE DAKWENA DE TIGIHON (MDT)	Fonctionnelle
LERABA	DJIGUERA	MUTUELLE DE SANTE DE SEREKENI (MUSAS)	Fonctionnelle
KENEDOUGOU	KANGALA	MUTUELLE DE SANTE DE KANGALA (MUSAK)	Fonctionnelle
SANMATENGA	TANGPORIN KAYA	MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGADOUGOU	MUTUELLE DE SANTE LAAFI-TAABA (MSLI)	Fonctionnelle
KADIOGO	OUAGADOUGOU	MUTUALITE FEMME ET DEVELOPPEMENT (LA NATIONALE)	Fonctionnelle
HOUET	WARA	MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE WARA	Fonctionnelle
HOUET	DAN	MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE DAN	Fonctionnelle
KOURITENGA	POUYTENGA	MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA (MSLN)	Fonctionnelle
BOULGOU	ZABRE	MUTUELLE DE SANTE LEERRE LAAFI BOLEN	Fonctionnelle

<i>Province</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Situation</i>
GOURMA	FADA N GOURMA	MUTUELLE DE NAMOUNGOU	En projet
GOURMA	DIAPAGA	MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI	En projet
GOURMA	GAHERI	MUTUELLE DE GAHERI	En projet
OUBRITENGA	ZINIARE	AMASAR (ASSOCIATION)	En projet
GOURMA	DIAPAGA	MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA	En projet
KADIOGO	KOMKI IPALA	MUTUELLE DE SANTE SONG TAABI LAAFI SULL	En projet
KADIOGO	PABRE	MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA	En projet
BOULKIEMDE	THYOU	SONG TAABA	En projet
HOUET	PENI	KENEYA GNASSIGUI	En projet
COMOE	BANFORA	MUNYU (ASSOCIATION)	En projet
GNAGNA		ICODEV (ONG)	En projet
HOUET	BOBO	ASSOCIATION DEMEBOLO	En projet
KENEDOUGOU	BANZON	MUTUELLE SANITAIRE DE BANZON (MUSAB)	En projet
HOUET	PANAMASSO	MUTUELLE DE SANTE BENKADI DE PANAMASSO	En projet
BOULKIEMDE	VILI	MUTUEL DE SANTE DE VILI	En gestation
KOURWEOGO	BOUSSE	MUTUELLE DE SONG TAABA DE BOUSSE (MUSOR)	En gestation
GOURMA	FADA N GOURMA	MUTUELLE LAAFI TAANLI	En gestation
GOURMA	MATIAKOALI	MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI	En gestation
DIAPAGA	DIAPAGA	MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU	En gestation
KADIOGO	OUAGADOUGOU	MUTUELLE DE SANTE SAABA	En gestation
ZOUNWEOGO	GOMBOUSSOUGOU	MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA	En gestation
KADIOGO	OUAGADOUGOU	MUTUELLE DE SANTE DE KOUBRI	En gestation
KOURWEOGO	LAYE	MUTELLE DE SANTE LAAFI LABOUM	En gestation
BOULKIEMDE	SARIA	LAAFI BOORE LBS SARIA	En gestation
PASSORE	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN	En gestation

<i>Province</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Situation</i>
BOULKIEMDE	NAYALGUE	MUTUELLE DE SANTE DE NAYALGUE	En gestation
SANGUIE	REO	BESAZULINYE GULG	En gestation
SANGUIE	REO	SULU NYE	En gestation
NAYALA	OUAGADOUGOU	MUTUELLE DE SANTE KONWONA DE BIBA	En gestation
GOURMA	FADA N GOURMA	MUTUELLE DE SANTE SONG TAABA (TORIYABA) DE NATIABOANI	En gestation
KADIOGO	PINABTINGA	MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA	En gestation
BOULKIEMDE	SABOU	FAAG TAABA DE SABOU	En gestation
BOULKIEMDE	SOURGOU	MUTUELLE SANTE SOGUKO	En gestation
KADIOGO	GANWOKA NIONSMA	MUTUELLE DE SANTE WAOOG TAABA	En gestation
KADIOGO	KARKINDIGHIN	MUTUELLE DE SANTE KUUM TAABA	En gestation
KADIOGO	YANSARE	MUTUELLE DE SANTE MANEGRE KA YAMSE	En gestation
KADIOGO	TANGHIN	MUTUELLE DE SANTE RELWENDE	En gestation
KADIOGO	PAMNANGHIN	MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA	En gestation
KADIOGO	BANKORE	MUTUELLE DE SANTE NAMANEGB ZANGA	En gestation
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE	En gestation
KADIOGO	GOBY	MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI	En gestation
KOURWEOGO	TOEGHIN	MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU DE TOEGHIN	En gestation
KADIOGO	BALONGHIN	MUTUELLE DE SANTE SOUGR NOOMA PEGD WENDE	En gestation
KADIOGO	KOAGMA	MUTUELLE DE SANTE DE LAAFI LA BUMBU	En gestation
PASSORE	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE BOORE	En gestation
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA	En gestation
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBGO	En gestation
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN	En gestation
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE SAABA	En gestation
KOURWEOGO	SOURGOUBILA	MUTUELLE LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA (MULNS)	En gestation
KOURWEOGO	NIOU	MUTUELLE DE SANTE DE NIOU (MUSAN)	En gestation

<i>Province</i>	<i>Ville</i>	<i>Nom de la mutuelle</i>	<i>Situation</i>
KADIOGO	KONGPAKA	MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA	En gestation
SANMATENGA	PISSILA	MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA	En difficulté
SANMATENGA	KAYA	MUTUELLE DE SANTE DE MANE	En difficulté
HOUET	BOBO	MUTUELLE SANTE DE BOBO	En difficulté
HOUET	BOBO	MUTUELLE PHARMACEUTIQUE DE LA PAROISSE FAMILLE TOUNOUMA	En difficulté

Au niveau des mutuelles de santé classiques, on relève que 14 sont en projet, 38 en gestation, 25 fonctionnelles et 4 en difficulté.

Tableau 24 : Mutuelles de santé autogérées ou couplage crédit-santé et leur situation

MUTUELLES DE SANTE AUTOGEREES OU COUPLAGE CREDIT-SANTE				
Bam	Kongoussi	Koungoussi	Mutuelle de santé Nongtaaba	Fonctionnelle
Bam	Kongoussi	Darigma	Mutuelle de santé Nongtaaba	Fonctionnelle
Bam		Zimtanda	Mutuelle de santé Manegre kayamsé	Fonctionnelle
Bam		Tengsobdgo	Mutuelle de santé Teegwendé	Fonctionnelle
Bam	Kongoussi		Mutuelle de santé Relwendé	Fonctionnelle
Bam		Wazelle	Mutuelle de santé Wend woaga	Fonctionnelle
Bam	Sabce	Sabce	Mutuelle de santé Waldere	Fonctionnelle
Bam			Mutuelle de santé Wend panga	Fonctionnelle
Bam	Kongoussi	kongoussi	Mutuelle de santé Teegwendé	Fonctionnelle

Tableau 25 : Les systèmes de prépaiement et leur situation

LES SYSTEMES DE PREPAIEMENT				
Banwa	Houndé	Bouahoun	Mutuelle Sanitaire de Bouahoun	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Koumbia	Mutuelle Sanitaire de Koumbia	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Bouéré	Mutuelle Sanitaire de Bouéré	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Boni	Mutuelle Sanitaire de Boni	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Pè	Mutuelle Sanitaire de Pe	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Dohoun	Mutuelle Sanitaire de Dohoun	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Founzan	Mutuelle Sanitaire de Founzan	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	GombéléDougou	Mutuelle Sanitaire de GombéléDougou	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Fafo	Mutuelle Sanitaire de Fafo	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Kari	Mutuelle Sanitaire de Kari	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	SébéDougou	Mutuelle Sanitaire de SébéDougou	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Béréba	Mutuelle Sanitaire de Béréba	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Koti	Mutuelle Sanitaire de Koti	Fonctionnelle
Banwa	Houndé	Kiéri	Mutuelle Sanitaire de Kiéri	Fonctionnelle

5.2.1 Mutuelles en gestation

Les initiatives couplant crédit et santé en démarrage sont au nombre de 11. Il faut encore rappeler que ce sont les données de 2000 qui sont prises en compte au niveau de ce tableau. Celles de 2003 n'ayant pas parvenues à temps pour être prises en compte.

Au niveau des mutuelles de santé classiques, on relève que 14 sont en projet, 38 en gestation, et 4 en difficulté(cf leur situation au niveau de chaque tableau).

Tableau 26- Les mutuelles de santé (couplage crédit et système de prépaiement) en gestation

Région	Département	Ville	Nom de la Mutuelle	Situation
LE COUPLAGE CREDIT-SANTE				
1.	Sanmatenga	Kaya	Mutuelle de santé Teegwendé	en démarrage
2.	Sanmatenga	Kaya	Mutuelle de santé Relwendé	En démarrage
3.	Sanmatenga	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 : micro assurance				
1.	Gourma	Fada N'gourma	Fada Laafi Taanli	En gestation
2.	Gourma		Matiakoli Mutuelle de santé de Matiakoali	En gestation
3.	gourma		Dlabo Mutuelle de santé de Diabo	En gestation

5.3 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. Cependant, on a retrouvé deux caisses de solidarité dont l'un à la Gnagna et l'autre à la Léraba.

Les mutuelles de santé fonctionnelles se retrouvent surtout dans 12 provinces que sont : le Kadiogo, le Houet, le Sanmatenga, le Passoré, le Gourma, le Sanguié, la léraba, la Comoé, le Kouritenga, le Kéné Dougou, le Boulgou 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

Les mutuelles de santé au Burkina Faso a n'en pas douter sont nécessaires pour permettre une plus grande accessibilité aux soins de santé vu le manque de moyens financiers des populations. Mais force est de constater que beaucoup de choses restent à parfaire dans leur fonctionnement. Le fait que la plupart d'elles émergent dans des zones rurales, il serait souhaitable que les gestionnaires de ces mutuelles aient une certaine compétence en vue de conduire à bien leurs activités.

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

Cela 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 136 expériences dont 69 constituent les mutuelles fonctionnelles et 64 celles en gestation ou en phase de démarrage, 4 en difficulté.

Dans les 69 mutuelles fonctionnelles, on compte 20 Caisses de solidarité, 25 mutuelles de santé classiques, et 14 systèmes de prépaiement, 10 mutuelles de santé couplant crédit-santé.

Dans les 63 mutuelles en gestation ou en projet, on recense, 1 Caisse de solidarité, 52 mutuelles de santé, 11 mutuelles de santé couplant crédit-santé.

Quelles que 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 doit 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.

Recommandations

- Recommandons que les acteurs qui ne se sont pas encore intéressé aux mutuelles de santé puissent le faire afin de soutenir financièrement les mutuelles en émergence qui ont besoin de fonds pour leur mise en place. L'implication des organisations ayant démontré un intérêt pour les MAS est une chose à saluer et à encourager. Leur appui financier a beaucoup facilité la mise en place de plusieurs mutuelles de santé, qui, sans cet appui financier ne pouvaient se prendre en charge pour tout le processus, même si l'appui technique était une garantie.

- Que l'Etat puisse orienter les organisations qui peuvent jouer ce rôle d'appui financier pour la mise en place des MAS

- qu'un cadre de concertation soit trouvé impérativement pour permettre aux MAS de se rencontrer et d'échanger

- que l'union des mutuelles du Burkina puisse voir le jour le plus rapidement possible

- que le volet mutualité au ministère de l'emploi et du travail accélère les procédures afin que des décisions concrètes et efficaces soient prises pour la mutualité au Burkina

- que les structures d'appui se concertent pour leurs interventions sur le terrain

- que tous les leaders des mutuelles de santé soient formés sur la mise en place et le fonctionnement d'une MAS, ainsi que sur la gestion administrative et financière, gage d'une bonne gestion

7 Bibliographie

1. Inventaire 2000
- 2.