

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE OUAGA II



UNITE DE FORMATION DE RECHERCHE EN SCIENCES
ECONOMIQUES ET GESTION
(UFR-SEG)

MAITRISE EN ECONOMIE ET GESTION DES ENTREPRISES
D'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE
(MEGEES II)

BURKINA FASO

UNITE-PROGRES-JUSTICE

Mémoire

En vue de l'obtention
de la Maîtrise en Economie et Gestion des Entreprises d'Economie Sociale et Solidaire (MEGEES)

Thème :

**La problématique de l'accès aux soins de santé et les
conditions de la mise en place d'une mutuelle de
santé : cas du village de Kamédji**

Présenté et soutenu publiquement par :

Mr. BAMAN Eugène

Maître de stage :

Mr Michel MILOGO

Chargé de programme à l'ONG
Action-Micro-Barrages(AMB)

Sous la direction de :

Drs Issa SARAMBE

Enseignant-Chercheur
à l'Université d
e Ouaga II

Juin 2010

DEDICACE

Je dédie ce travail :

- à la mémoire de ma sœur feu **KANMA *Élisabeth*** et mon oncle feu **BAMA *Pébié Jean*** ;
- à ***toute ma famille*** qui m'a soutenu matériellement et spirituellement tout au long de mes études ;
- et à tous les étudiants qui luttent nuits et jours dans des conditions très souvent pénibles pour faire honneur à leurs parents.

REMERCIEMENTS

Toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude vont à l'endroit :

- *du Drs Issa SARAMBE* enseignant chercheur à l'Université de Ouaga II pour avoir accepté de m'encadrer malgré son calendrier très chargé ;
- *du corps professoral de la MEGEES et de l'UFR/SEG* pour tous leurs efforts déployés pour nous donner cette formation ;
- *de Monsieur Issouf SOULAMA* du secrétariat permanent de l'ONG Action-Micro - Barrages pour m'avoir donné l'opportunité de travailler sur sa structure ;
- *du personnel* de l'Action Micro-Barrages pour son soutien et toute la population de Kamédji ;
- *de la famille DIALLO* pour les efforts déployés pour m'avoir soutenu lors de la rédaction du document ;
- *des étudiants de la seconde promotion de la MEGEES* pour ces merveilleux moments passés ensemble;
- de mes frères *BAMA Timothée, BAZIE Joël* pour leur appui financier et technique ; que Dieu leur rende au centuple de leurs bienfaits ;
- de tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : La description des variables de l'étude	28
Tableau 2 : La nature de la demande en soins de santé.....	34
Tableau 3 : La nature des difficultés dans la demande de soins	35
Tableau 4 : La fréquentation du CSPS par les populations.....	36
Tableau 5 : L'appréciation du personnel par les populations.....	36
Tableau 6 : Les types de soins à couvrir.	38
Tableau 7 : La connaissance de la mutuelle santé par les populations	39
Tableau 8 : Le choix d'adhésion.....	42
Tableau 9 : La connaissance du promoteur par les populations.....	43
Tableau 10 : L'appartenance à un groupe de solidarité	46
Tableau 11 : La solidarité entre les populations.....	46
Tableau 12 : La participation des populations à l'action collective	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : L'évolution numérique de la micro-assurance au Burkina Faso de 2000 à 2007.....	13
Figure 2 : Le processus de la mise en place d'une entreprise d'économie sociale et solidaire.....	21
Figure 3 : L'influence de l'environnement sur la mutuelle de santé.....	23
Figure 4 : Le niveau d'instruction des populations.....	39
Figure 5 : L'estimation du revenu annuel moyen des populations.....	40
Figure 6 : L'estimation de droit d'adhésion.....	41
Figure 7 : L'estimation de la cotisation mensuelle.....	41
Figure 8 : L'implication de l'AMB dans la gestion de la mutuelle de santé.....	43

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES	iv
TABLE DES MATIERES.....	v
SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : Facteurs d'émergence des mutuelles de santé	5
I.1- Fin de l'Etat providence et l'avènement des PAS.....	5
I.2- Adoption de l'Initiative de Bamako	6
I.3- Insuffisance du système de protection sociale	7
I.4- Libéralisation du système sanitaire au Burkina Faso.....	7
I.5- Politique de la promotion de la micro-assurance santé	8
I.6- Appui des acteurs nationaux et internationaux dans la promotion des mutuelles de santé. 9	9
CHAPITRE II : Problématique du développement des mutuelles de santé.....	11
II.1- Etat des lieux des mutuelles au Burkina Faso.....	11
II.2- Contraintes au développement des Mutuelles de santé.....	13
II.3- Conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé.....	17
II.4- Quelques faits empiriques	18
CHAPITRE III : Fondement théorique de l'émergence des mutuelles de santé.....	20
III.1- Théorie de la défaillance de l'Etat ou du marché.....	20
III.2- Influence de l'environnement à partir de l'analyse socio-économique de SOULAMA et ZETT. 22	22
III.3- Émergence des mutuelles de santé à partir de l'économie sociale.....	25

CHAPITRE IV : Approche méthodologique de l'étude	27
IV.1- Méthode de collecte de données.....	27
IV.2- Méthode d'analyse de données	27
IV.3- Définition des variables de l'étude.....	28
IV.4- Présentation du promoteur et la zone de l'étude.....	28
CHAPITRE V : Analyse des conditions de mise en place d'une mutuelle de santé a Kamédji	34
V.1- Demande et offre en soins de santé.....	34
V.2- Existence d'une population potentielle	37
V.3- Confiance envers le promoteur	42
V.4- Existence de lien de entraide et de solidarité -entre la population.....	45
CHAPITRE VI : La strategie de la viabilite de la mutuelle de santé de Kamédji.	48
VI.1- Responsabilité des membres de la mutuelle	48
VI.2- Responsabilité de l'ONG Action –Micro-Barrages.....	49
VI.3- Responsabilité des autorités communales.....	52
VI.4- Responsabilité des prestataires des soins de santé	53
CONCLUSION.....	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
ANNEXES	a

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG	: Assemblée Générale
AMB	: Action-Micro-Barrages
BIT	: Bureau International de Travail
BIT/STEP	: Bureau International de Travail / Stratégie et techniques pour l'Extension de la protection sociale
CARFO	: Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CEE	: Communauté Economique Européenne
CES/DRS	: Conservation des Eaux et des Sols / Défense et Restauration
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgical
CNSS	: Caisse National de Sécurité Sociale
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion sociale
DBA	: Défi Belgique Afrique
FAAR/RAMS	: Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices de Revenus/Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FEER	: Fonds de l'Eau et de l'Equipement
GTZ	: programme allemand d'assistance au développement international
GV	: Groupement Villageois
MESS	: Ministère de l'Emploi, du travail et de la Sécurité Sociale
OCB	: Organisations Communautaires de Base
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONG/ AMB	: Organisation Non Gouvernementale / Action Micro-Barrages
ONG /ASMADE	: Organisation Non Gouvernementale / l'Association Songui Manegre-Aide au Développement Endogène
OST	: Office de Santé des Travailleurs
PAS	: Programme d'Ajustement Structurel
RAMS/BF	: Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé/Burkina Faso
SLSD	: SOS Layette Solidarité et Développement
SONAR	: Société Nationale d'Assurance et de Réassurance
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TN	: Terres Nouvelles
UNICEF	: Organisation des Nations-Unis pour l'Enfance et l'Education
WSM	: Solidarité mondiale

INTRODUCTION

Depuis les années 1960, la question de l'accessibilité aux soins de santé est d'une grande préoccupation pour les pays africains, et ceci a contraint les Etats à fournir d'énormes efforts dans le domaine de la santé. Malgré les efforts fournis, de nombreuses populations éprouvent des difficultés pour accéder même aux soins de santé les plus élémentaires. C'est au regard de cette situation que le Burkina Faso a adopté l'Initiative de Bamako (IB) en 1987. En effet, l'adoption de cette initiative a eu pour but de collecter auprès des usagers des services sanitaires, des ressources additionnelles pour financer l'accès aux soins de santé primaires, en vue d'améliorer l'efficience des structures sanitaires ainsi que la qualité des prestations. En contrepartie, la gestion des centres de soins de santé a été déléguée aux communautés. Aussi, cette initiative avait-elle pour objectif essentiel de faciliter l'accessibilité aux soins de santé pour tous avant l'an 2000 comme le recommandait la conférence d'Alma-Ata (1978). Mais à l'application de cette initiative au Burkina Faso, l'on a constaté que l'accessibilité des populations aux soins de santé ne s'est pas améliorée compte tenu de la faiblesse du niveau de leur revenu. Pis, l'initiative aurait même réduit l'accès aux soins de santé de ces populations (TIZIO, 2005).

En outre, avec l'avènement des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) dans les années 1990, les Etats ont réduit leurs allocations budgétaires au secteur de la santé. Au Burkina Faso, la part du budget alloué à la santé est passée de 8,7% en 1970 à 2,4% en 1995¹. De telles mesures prises par l'autorité publique expliquent le faible accroissement de l'offre sanitaire de façon générale. À cette faible intervention de l'Etat dans l'offre sanitaire s'ajoute le niveau élevé de pauvreté de la population rurale (52,3% vit en dessous du seuil de la pauvreté), limitant ainsi l'accès aux soins de santé à la majorité des populations rurales burkinabè. En effet, nous avons pu percevoir et appréhender ces difficultés d'accès aux soins de santé dans le village de Kamédji, localité sur laquelle a porté la présente étude.

La population de Kamédji rencontre d'énormes difficultés pour faire face aux frais de soins de santé, lesquelles difficultés se traduisent par le manque ou l'insuffisance de moyens financiers au moment où survient le besoin de soins sanitaires. Cette situation expliquerait certains cas de

¹ Données issues de www.mgm.fr meunier

décès de patients, ou de fuite du Centre de Santé et de Promotion sociale (CSPS)². Aussi, a-t-on souvent rencontré des cas de détournement de microcrédit par les bénéficiaires, à d'autres fins telles que les soins de santé. L'analyse de ces difficultés ont permis de comprendre le faible taux de fréquentation du CSPS estimé à 32%³, taux inférieur à celui du pays qui est de 40%⁴.

Les facteurs évoqués ci-dessus sont explicatifs de la recherche d'une alternative pour favoriser l'accès aux soins des populations de Kamédji. La micro-assurance santé semble être une des meilleures solutions. En effet, elle se définit comme une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle a pour objectif de mener des actions de prévoyances dans le domaine de la santé au moyen des cotisations des membres et à leur profit. Les membres définissent les objectifs, les modalités d'organisation et les activités de leur mutuelle et participent à son fonctionnement. Ils versent des cotisations qui ne sont pas liées à leur risque personnel de tomber malade. Grâce aux cotisations, la mutuelle garantit à ses membres le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Ceux-ci sont fournis par des prestataires avec lesquels la mutuelle a conclu, le plus souvent, des accords portant entre autres sur les tarifs et la qualité des soins (BIT, 2002). Elle constitue un outil qui permet aux populations d'assurer leurs soins de santé. Cependant, sa mise en place dépend d'un certain nombre de conditions qu'il faudra bien maîtriser. En effet, la mauvaise connaissance des conditions de mise en place peut expliquer son échec. D'où la question principale de la présente étude : quelles sont les conditions de mise en place d'une mutuelle de santé ?

L'objectif du présent travail vise à étudier les conditions favorables à la mise en place et à la réussite d'une mutuelle de santé à Kamédji. Il s'agira de façon explicite :

- d'étudier l'offre et la demande sanitaire ;
- d'étudier la disponibilité de la population à adhérer à la mutuelle ;

² Données statistiques indisponibles sur les cas décès et la fuite des patients du CSPS.

³ Cahier de Visite des malades au CSPS de Kamédji (2008)

⁴ Burkina Faso en bref : un aperçu de la stratégie de coopération (2008)

- de vérifier l’existence de confiance de la population de Kamédji envers le promoteur ;
- de vérifier l’existence des pratiques d’entraide et de solidarité entre les habitants du village.

Cette étude nous semble pertinente en ce qu’elle s’inscrit dans le cadre de la promotion d’une assurance maladie au niveau national par l’Etat. Dans cette dynamique, les institutions publiques (Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier Régional, District, Centre de Santé et de Promotion Sociale, etc.) et les institutions privées telles que les mutuelles de santé et leurs structures d’appui ont un rôle déterminant à jouer. Dans le processus de mise en place d’une mutuelle de santé à Kamédji, objet de cette étude, l’expérience acquise des organisations mutualistes en matière de santé, est, sans conteste, incontournable.

Cependant, les conditions favorables pour l’implantation d’une mutuelle de santé reposent sur les hypothèses suivantes :

- **hypothèse 1** : une demande en soins de santé en médecine moderne et une offre en soins de santé de qualité contribue à la réussite de l’implantation d’une mutuelle de santé à Kamédji ;
- **hypothèse 2** : l’existence d’une population cible est déterminante dans la mise en place ou d’une initiation de mutuelle de santé à Kamédji ;
- **hypothèse 3** : L’implantation de la mutuelle de santé nécessite l’existence d’une confiance du public cible au promoteur;
- **hypothèses 4**: l’existence des traditions d’entraides de solidarité au sein de la population de Kamédji est un atout à l’émergence d’une initiative de micro-assurance santé.

Le présent travail s’articulera autour de six (06) chapitres : le **chapitre I** consistera à étudier les facteurs de l’émergence des mutuelles de santé, le **chapitre II** présentera la problématique du développement des mutuelles de santé, **chapitre III** : Fondement théorique de l’émergence des mutuelles de santé le **chapitre IV** abordera l’approche méthodologique de l’étude, le **chapitre V** fera l’analyse des conditions de mise en place d’une mutuelle de santé

Kamédji, le *Chapitre VI* proposera les actions à entreprendre pour mettre en place la mutuelle de santé de Kamédji.

CHAPITRE I : FACTEURS D'EMERGENCE DES MUTUELLES DE SANTE

Introduction du chapitre

Pour traiter la question portant sur la mise en place d'une mutuelle de santé à Kamédji, il apparaît tout d'abord nécessaire de chercher à comprendre le phénomène mutualiste dans son ensemble au Burkina Faso. En effet, parler d'émergence de mutuelles de santé au Burkina Faso, consiste à rechercher les facteurs susceptibles de donner une explication plausible à celles-ci. Au Burkina Faso, les facteurs de cette émergence peuvent être appréhendés, d'une part par l'avènement des PAS, l' (I B), l'insuffisance d'une protection sociale, l'échec du marché (secteur privé) à offrir des soins de santé socialement optimal, et d'autre part par la volonté de l'Etat et ses partenaires à promouvoir les mutuelles de santé.

I.1- Fin de l'Etat providence et l'avènement des PAS

Au cours des années 1960, la santé des populations constituait une grande préoccupation pour l'Etat. La politique à cette période était fondée sur les soins en milieu hospitalier avec un nombre très réduit des structures hospitalières : deux hôpitaux nationaux et cinq hôpitaux régionaux étaient disponibles (ZETT, 2000). Ce qui veut dire qu'à cette époque, il était difficile de couvrir les besoins d'une grande partie de la population. Il faut aussi noter que l'activité sanitaire avait une prédominance curative à savoir, les soins pour les maladies, laissant au second rang les prestations préventives. Durant la décennie 80, au Burkina Faso, on assistait à des difficultés économiques et financières malgré l'emprise de l'Etat dans toute l'économie. Ces difficultés traduisaient ainsi les limites de l'Etat dans la gestion économique et ont conduit le pays sous la houlette des PAS en 1991. En effet, les PAS se traduisaient par la faible intervention de l'Etat dans certains secteurs en l'occurrence celui de la santé (ZETT, 2000). Ainsi, l'offre de soins du reste peu développée, a régressé en termes de création d'infrastructures sanitaires, régression qui s'explique par la réduction de la part de la santé dans le budget national. Aussi, était-il devenu difficile pour les populations de payer les soins de santé qu'elles recevaient presque gratuitement de l'Etat d'une part, et d'autre part, la grande sécheresse des années 1970 a contribué à appauvrir plus la majorité de la population dont le revenu provient essentiellement

de l'agriculture. La question financière restera donc depuis lors une barrière à l'accès aux services de soins de santé pour la population. Face à une telle situation, le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays au sud du Sahara, a adopté la conférence d'Alma-Ata qui recommandait l'accessibilité aux soins de santé primaires pour tous, d'ici à l'an 2000 à travers l'IB.

I.2- Adoption de l'Initiative de Bamako

L'IB s'articule autour de trois points essentiels. Il y a d'abord l'autofinancement des centres de santé qui se traduit par le recouvrement des coûts à travers la tarification des soins. Ensuite, il y a l'amélioration de l'accès aux médicaments qui consiste à faire la promotion et la mise à disposition des médicaments génériques dits de base en lieu et place des médicaments de spécialités. Aujourd'hui, dans certains centres de santé primaire, il existe des dépôts pharmaceutiques dans lesquels sont vendus exclusivement des médicaments génériques. Enfin, il y a la participation communautaire qui consiste à impliquer davantage les populations dans la gestion des centres de santé.

Pour l'application de ces principes le pays s'est engagé dans un processus de renforcement de la décentralisation du système sanitaire par la mise en place des comités locaux de développement. Les prix moyens payés par les usagers des formations sanitaires selon FOULON et TSUMEB (2005) étaient par exemple:

- dans les CSPS : la consultation adulte 113 FCFA, le pansement 194 FCFA, l'injection 62 FCFA, le suivi de la grossesse 1007 FCFA, l'accouchement simple 897 FCFA, la vaccination 232 FCFA ;
- dans les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) : accouchement dystocique 5744 FCFA, césarienne 38620 FCFA, cure herniaire 35651 FCFA.

Ces prix, bien qu'étant relativement bas, restent hors de portée pour la plupart des patients ; ce qui induit une diminution de la fréquentation des services de santé. Si un nombre important des populations rencontrent des difficultés dans la prise en charge des frais de santé, l'on doit reconnaître l'existence d'un système de protection sociale faible soit-il au profit de certains.

I.3- Insuffisance du système de protection sociale

L'Etat burkinabè, dans le cadre de sa politique d'amélioration de la protection sociale, a mis en place trois structures à savoir : la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et l'Office de Santé des Travailleurs (OST). La CARFO assure la gestion des pensions de retraite des fonctionnaires et les militaires. La CNSS, elle, offre à ses clients des produits tels que les prestations familiales, l'indemnisation des risques professionnels, les allocations de vieillesse, etc. Quant à l'OST, elle offre aux employés des entreprises et services à caractère privé et para public les soins curatifs et la visite annuelle.

Si ces institutions de protection sociale s'étendent sur les secteurs publics et privés, il faut remarquer que la couverture des services offerts ne touche que 9% environ de la population (ZETT, 2000). Ainsi, la majeure partie de la population, soit 91%, demeure sans une protection sociale.

I.4- Libéralisation du système sanitaire au Burkina Faso

Au regard des difficultés éprouvées par l'Etat dans la promotion d'une protection sociale et conformément aux principes des PAS, l'Etat devrait réduire considérablement son influence dans ce domaine. Ainsi l'Etat s'est désengagé. Il s'en est alors suivi une libéralisation du secteur qui s'est caractérisée par la mise en place des cliniques des pharmacies privées. Cependant, il a été largement reconnu que les systèmes de soins de santé qui sont guidés uniquement par les forces du marché se sont avérés socialement inefficaces (DAVID et JACQUIER, 2003). D'ailleurs la majorité de la population burkinabè ne peut accéder financièrement aux soins de santé offerts par les formations sanitaires à caractère privé.

Au-delà de cette libéralisation, il existe un système d'assurance privé constitué de sociétés d'assurance installées au Burkina ; on peut citer par exemple la Société Nationale d'Assurance et de la Réassurance (SONAR), l'Allianz, l'Union des Assurances du Burkina (UAB). En effet, ces sociétés offrent des prestations en assurance maladie, mais ne couvrent que 1% de la population tant le montant des primes et les conditions d'adhésion constituent de sérieuses barrières à l'entrée pour la majorité de la population burkinabè (ZETT, 2000).

Dans ce contexte de plus en plus libéral, l'accès aux soins de santé des populations à faible revenu devient limité. Afin d'améliorer leur accès aux soins de santé, ces populations se doivent elles-mêmes de s'organiser à travers les mécanismes de solidarité. Dans le domaine de la santé, les organisations mutualistes semblent plus aptes à contribuer à l'allègement des charges de santé, toute chose qui devrait permettre d'améliorer leur fréquentation des structures de soins sanitaires. Par ailleurs, c'est dans cette dynamique que le gouvernement burkinabè fait la promotion des mutuelles de santé.

I.5- Politique de la promotion de la micro-assurance santé

Le déficit social compromettant la volonté de l'Etat à créer un cadre de développement a amené le Burkina Faso, en collaboration avec la communauté internationale (ZETT, 2000), à adopter un Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Dans son axe numéro trois (03), il prône l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale. En effet, après l'adoption de celui-ci en 1995, une direction de la mutualité a été créée en 1997 au sein du Ministère de l'Emploi, du travail et de la Sécurité Sociale (MESS), afin d'instaurer un cadre institutionnel de la mutualité. De plus, dans sa relecture en 2004, les autorités ont reconnu que les mutuelles de santé sont une composante importante et nécessaire dans l'atteinte des objectifs du millénaire. C'est pourquoi, la Politique Sanitaire Nationale et le Plan National de Développement Sanitaire (2001-2010) accordent une place importante à la promotion des alternatives de financement de la santé (MESS, 2008). Par ailleurs, il faut noter que cette politique de l'Etat est suivie et appuyée à plusieurs égards par des acteurs nationaux et internationaux.

I.6- Appui des acteurs nationaux et internationaux dans la promotion des mutuelles de santé.

Les initiatives de mutuelles de santé sont soutenues par des acteurs locaux et des acteurs internationaux.

1.6.1- Appui des acteurs nationaux

La première expérience des organisations mutualistes de santé remonte dans les années 1985 avec la mutuelle Sainte Famille de Tounouma. Aussi, des organisations de la société civile sont-elles impliquées dans la promotion des mutuelles de santé. Il s'agit par exemple de l'Association pour le Développement de la Région de Kaya (ADRK) qui a contribué à mettre en place plus de trente (30) mutuelles de santé en 2001, de l'Association Songui Manegre-Aide au Développement Endogène (ASMADE), de la Mutualité de Femme et Développement, du Centre de Recherche en santé de Nouna etc. De plus, il a été mis en place un Réseau d'Appui aux Mutuelle de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF) pour faciliter la promotion des mutuelles de santé au Burkina Faso (MESS, 2008). Plus récemment, il a été mis en place d'un cadre national de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé qui a pour objectif de faciliter les interventions des promoteurs, et de permettre une meilleure visibilité des mutuelles de santé. Les actions des acteurs locaux dans la promotion des mutuelles de santé sont également appuyées par les acteurs externes.

1.6.2- Appui des acteurs internationaux

De nombreux organismes sur le plan international contribuent à l'émergence de la micro-assurance santé, parmi lesquels on peut citer le Bureau International du Travail à travers le programme Stratégie de l'Extension de la Protection sociale (BIT/STEP) qui intervient au Burkina Faso depuis 2000 et contribue à la mise en œuvre de l'extension de la protection sociale; l'Organisation des Nations –Unies pour l'Enfance et l'Education (UNICEF) qui participe à la mise en œuvre du mécanisme de partage des coûts dans la région de l'Est, la coopération Française qui soutient la mutuelle de santé des producteurs de coton. A ces partenaires

s'ajoutent également la coopération Belge et le Projet Economie sociale qui ont appuyé la mise en ouvre dans ses zones d'intervention huit (08) mutuelles de santé (MESS, 2008).

Conclusion du chapitre

On peut retenir que de nombreux facteurs nécessitent l'émergence des mutuelles de santé. En effet, la précarité des conditions de vies, l'insuffisance d'un système de protection sociale et l'incapacité du marché à offrir des soins de santé accessibles aux populations à faibles revenus excluent la majorité des populations des soins de santé. D'où la nécessité pour les populations de mettre en place un cadre communautaire de prise en charge en matière de santé. Ainsi, les populations pauvres étant incapables de résoudre individuellement leurs problèmes d'accès aux soins vont se réunir autour d'une action collective (mutuelle de santé) pour satisfaire leur besoin. Par ailleurs, la synergie des actions menées par l'Etat burkinabé et ses partenaires tant nationaux qu'internationaux a favorisé la création des mutuelles de santé. Si le contexte est favorable à l'émergence des mutuelles de santé pourquoi éprouvent-elles alors des difficultés dans leur développement ? Cette question sera abordée dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE.

Introduction du chapitre

L'analyse de la problématique de l'émergence des mutuelles de santé consiste à se rendre compte de leurs existences et de leurs difficultés à se développer. En effet dans ce chapitre, il s'agira d'abord de faire l'état des lieux des mutuelles existantes au plan national. Ensuite, il s'agira de s'imprégner des difficultés, auxquelles font face les mutuelles dans leur croissance. Enfin, on essayera de comprendre si l'échec ou la réussite d'une mutuelle de santé est imputable aux conditions de la mise en place à partir de quelques exemples de mutuelles existantes. Par ailleurs, l'intérêt de ce chapitre vise à comprendre de façon générale les mutuelles de santé dans le paysage burkinabé afin de réussir la mise en place de mutuelle de santé de Kamédji.

II.1- Etat des lieux des mutuelles au Burkina Faso

L'idée de l'assurance maladie n'est pas d'origine africaine mais importée de l'extérieur depuis une dizaine d'années et introduite dans de nombreux pays de l'Afrique de l'Ouest (GTZ, 2003). Cependant, malgré l'accroissement des mutuelles et leur institutionnalisation, l'on doit reconnaître qu'elles ne sont pas suffisamment connues par la population potentielle. Aussi, sont-elles inégalement réparties à travers le territoire national.

II.1.1- Typologie des mutuelles

A travers le pays, on rencontre plusieurs formes de mutuelles qui s'y développent. En effet, selon FONTENEAU (ZETT, 2000 et MESS, 2008), on dénombre cinq (05) formes de mutuelles:

- *la caisse de solidarité* est limitée habituellement aux travailleurs d'un service d'une entreprise et prend en compte les travailleurs qui sont dans le même domaine d'activité ;
- *la mutuelle de santé* est une association de personnes à but non lucratif qui se sont volontairement regroupées pour mener en leur faveur une action de prévoyance de solidarité et d'entraide entre des membres présentant des grands risques de maladies et ceux qui présentent moins de risque ;

- *le couplage crédit-santé* représente une forme d’initiative qui, dans le cadre d’un dispositif de micro finance procède a une affectation aux frais de santé d’une partie du crédit octroyé ou d’une partie de l’épargne mobilisé par le membre ;
- *le système de prépaiement* est une formule proposée dans les formations sanitaires (hôpitaux, centre de santé). Ce système, qualifié parfois de « *système de prépaiement mutualisé volontaire* », est initié et proposé par les formations sanitaires, en particulier celles situées au premier échelon (CSPS) du premier niveau de soins (District sanitaire) de la pyramide sanitaire ;
- *le système de partage de coûts* est le dispositif initié par l’offre de soin et qui met à contribution plusieurs acteurs de l’aire d’intervention d’un district sanitaire à savoir les prestataires de soins publics, les comités de gestion des centres de santé, les bénéficiaires et éventuellement les communes et/ou les hauts commissariats pour la prise en charge des soins chirurgicaux d’urgence y compris les soins obstétricaux d’urgence.

II.1.2- Répartition spatiale des mutuelle de santé au Burkina Faso

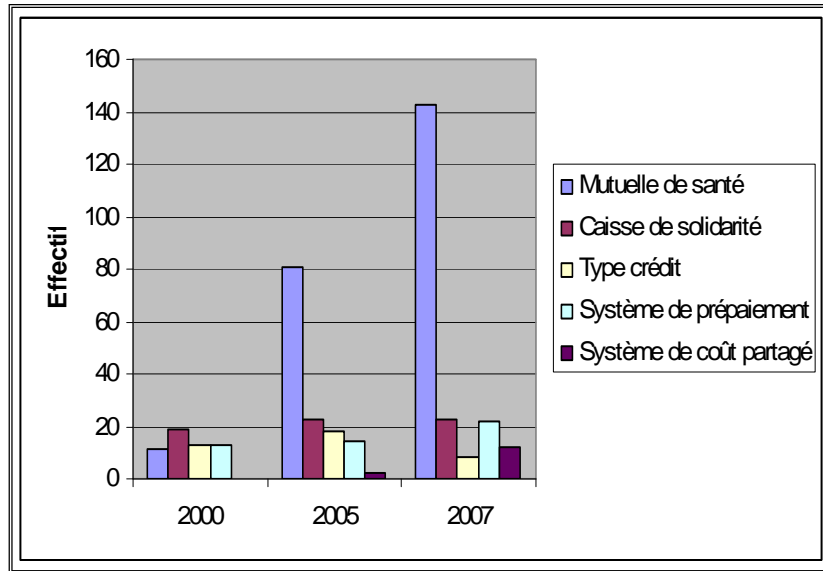
Après la description des différentes formes de mutuelles ou de micro-assurance, il s’agit à présent d’appréhender la répartition des mutuelles de santé à travers le pays. Selon une étude⁵ faite sur la protection sociale au Burkina Faso, il en ressort que les mutuelles se concentrent dans les régions du Centre Nord (20,70%), des Hauts Bassins (18,30%) et de la Boucle du Mouhoun (14,90%). Au total, ces trois régions disposent de plus de trente (30) mutuelles, toute typologie confondue. Par contre, le Centre Ouest où à lieu la présente étude, le Centre Sud et le Sahel ne disposent que moins de cinq (05) mutuelles. La catégorisation des différentes organisations montre que les mutuelles de santé sont plus concentrées dans le Centre Nord (26,6% des mutuelles de santé) et le Plateau Central (11,90% des mutuelles de santé). Ces chiffres indiquent que la micro- assurance est en expansion.

⁵ Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso version provisoire octobre 2008 réalisé par le ministère du travail et de la sécurité sociale.

II.1.3- Evolution numérique des mutuelle de santé au Burkina Faso

L'évolution numérique des mutuelles de santé au Burkina Faso s'illustre à travers la figure ci-dessous.

Figure 1 : L'évolution numérique de la micro-assurance au Burkina Faso de 2000 à 2007



Source : diagnostic des dispositifs de protection sociale ; 2008 et adapté

A travers la figure ci-dessus, on remarque que sur toute la période de l'année 2000 à 2007, il y a un accroissement numérique des mutuelles de santé. En effet, on constate que le nombre de mutuelles de santé qui était inférieur à vingt (20) en 2000 est passé à cent quarante trois (143) en 2007. Autrement dit, en moyenne vingt deux (22) mutuelles de santé $[(11+143)/6=22]$ sont créées chaque année au cours de cette période. Cette augmentation suppose que les acteurs des mutuelles de santé sont motivés dans leur mise en place. Même si on assiste à une croissance des mutuelles de santé, il faut cependant noter que le phénomène de la mutualité est confronté à un certains nombres de problèmes.

II.2- Contraintes au développement des Mutuelles de santé

Dans cette section, il s'agira principalement d'appréhender les difficultés liées à la constitution des mutuelles de santé et les risques liés à son fonctionnement.

II.2.1- Difficultés liées à la constitution des mutuelles

a- Taille faible des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé qui sont mises en place dans les pays de l’Afrique de l’ouest sont relativement jeunes et généralement fragiles compte tenu de leur taille réduite⁶. En effet, leur taille varie de quelques dizaines à quelques milliers de bénéficiaires et elle atteint rarement 10000 personnes (EVRARD, 2002). Il en résulte qu’il y a peu d’engouement de la part de la population par rapport à leur adhésion à ces mutuelles.

b- Absence de cadre réglementaire

Au Burkina Faso comme dans l’ensemble des pays de l’UEMOA, les mutuelles de santé, dans leur évolution, n’étaient régies par aucune loi. En effet, selon ZETT (2000), la consultation des journaux officiels depuis les années 1960 ont révélé l’inexistence de mutuelles de santé formées et agréées par l’autorité publique mais elles étaient plutôt reconnues par le ministère de l’administration territoriale et prenaient le statut d’association. Il a fallu attendre en 2009 pour voir l’élaboration d’un cadre réglementaire communautaire (règlement N° 07/ 2009 /CM / UEMOA), qui, en son article 94, stipule que le présent règlement ne sera applicable dans son entièreté qu’à compter du 1er Juillet 2011. Outre, la quasi-absence d’un cadre réglementaire, le droit d’adhésion et la prime sont généralement faible.

c- Modicité des droits d’adhésions et primes

Les populations, au regard de leur faible capacité financière, adhèrent aux mutuelles de santé avec des droits d’adhésions souvent faibles. Au Burkina Faso, selon (MESS, 2008), les droits d’adhésion sont compris entre 500 FCFA et 1000 FCFA et les cotisations mensuelles varient entre 100 FCFA et 200 FCFA pour les mutuelles en milieu rural. Même si ces montants sont pour la plupart calculés sur la base des études de faisabilité, ils ont pour conséquence la faible surface financière de la mutuelle de santé. Au-delà de la faible adhésion à la mutuelle de santé, les mutuelles sont confrontées à de nombreuses difficultés environnementales, culturelles et sociales.

⁶ Les tailles des mutuelles de santé au Burkina Faso peuvent s’illustrer par l’annexe 2

d- Difficultés des Mutuelles de Santé liées aux facteurs culturels et sociaux

Si le succès des mutuelles de santé dépend en partie de la capacité contributive ou de la qualité des soins, les facteurs culturels et sociaux peuvent également influencer leur survie. Par exemple, dans certaines régions du Bénin, on considère que se prémunir de la maladie, c'est l'attirer et cela constitue un frein à l'affiliation à une mutuelle de santé. Par ailleurs, les populations qui vivent au jour le jour et font face aux problèmes les plus pressants sont moins réticentes à l'esprit de prévoyance. Ainsi, demander à quelqu'un, une contribution financière à titre préventif contre les événements incertains ou lointains s'avère irréaliste pour ce dernier. Parfois, on entend dire que l'assurance « c'est l'argent qui dort » en comparaison avec les tontines ou les institutions (EVRARD, 2002). Par ailleurs, les jeunes mutuelles de santé présentent également des problèmes propres à elles.

e- Difficultés des jeunes mutuelles de santé

Les jeunes mutuelles de santé sont souvent confrontées à des problèmes identiques. A peine créées, leurs membres potentiels souhaitent voir si la mutuelle fonctionne, avant d'adhérer, alors qu'un système de micro-assurance a besoin d'une base solide et grande. De plus, on constate qu'au début, les membres décident souvent pour un montant de cotisation plus faible qu'ils peuvent payer en réalité. Cela dénote une certaine attitude de prudence des populations qui veulent s'assurer du bon fonctionnement du système avant de s'y engager (DEVELTRE et al, 2004). En dehors des difficultés énoncées, il faut préciser que les mutuelles de santé connaissent également des problèmes liées à leur fonctionnement.

II.2.2- Difficultés liées au fonctionnement des mutuelles

Les difficultés qui obstruent les mutuelles de santé dans leur fonctionnement peuvent être abordées, selon le BIT (2002), autour de la sélection adverse, du risque moral, de la surprescription et de la fraude.

a- Sélection adverse

Les mutuelles de santé, dans leur fonctionnement, sont souvent confrontées à un certain

comportement opportuniste des membres. En effet, on parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie sont plus nombreuses à s'inscrire, pendant que les personnes bien-portantes ne s'y intéressent pas, ou se retirent de la mutuelle peu de temps après leur adhésion. Ce phénomène menace la viabilité financière de la mutuelle de santé, car les prises en charge par personne sont trop importantes. Au delà de ce risque, certains membres de mutuelles de santé ont des comportements égoïstes quant à l'utilisation exagérée des services offerts.

b- Surconsommation ou risque moral

Le risque moral frappe les mutuelles de santé, lorsque les membres et les personnes à leur charge tentent de rentabiliser au maximum leurs cotisations. C'est-à-dire que les membres font de façon exagérer recours aux soins de santé même quand cela n'est pas nécessaire. Ce phénomène influence négativement la pérennisation des mutuelles de santé. Par ailleurs, les prestataires de soins de santé peuvent aussi à travers leurs prescriptions agir négativement sur la viabilité des mutuelles de santé.

c- Surprescription

Les mutuelles de santé, pour atteindre leurs objectifs, sont tenues de travailler en partenariat avec les prestataires de soins de santé. Ces derniers sont de ce fait très importants pour la viabilité de la structure. Lorsqu'ils font des surprescription, cela pourrait mettre en péril l'avenir de l'institution. Aussi, sont-elles parfois victimes des abus ou fraudes de certains membres de soins de santé.

d- Abus ou fraude

A l'instar de toute activité d'action collective qui peut connaître des vols ou des détournements, les mutuelles de santé connaissent également les mêmes problèmes. En effet, on parle de fraude ou d'abus au sein des mutuelles, lorsqu'un membre veut voir ses dépenses de santé prises en charge sans être en règle vis-à-vis de ses cotisations. Aussi, sous l'influence des membres de sa famille ou des voisins, un membre de la mutuelle de santé peut déclarer frauduleusement une personne comme membre de sa famille. En plus de ces risques,

l'environnement par moment influence négativement la viabilité des mutuelles de santé (DEVELTRE et al, 2004).

e- **Facteurs environnementaux défavorables aux mutuelles de santé**

L'environnement dans lequel évolue une mutuelle de santé peut constituer une difficulté pour la pérennisation de celle-ci. En effet, une mutuelle de santé peut subitement faire face à d'énormes dépenses à la suite d'une épidémie, d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit violent. Alors que généralement les mutuelles de santé disposent rarement assez de réserves pour parer à une éventuelle catastrophe. (DEVELTRE et al, 2004).

A la lumière de ce qui précède, on peut retenir que les mutuelles de santé connaissent des difficultés liées tant à leur constitution et à leur fonctionnement. On se demande alors, quelles sont les facteurs explicatifs de la réussite de certaines mutuelles de santé ? Cette question sera abordée à travers l'analyse des conditions de la mise en place des mutuelles existantes.

II.3- Conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé

Les conditions pré-acquis à la mise en place et de la réussite, selon le BIT (2002), reposent sur l'existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé, d'un service de santé de qualité, d'une dynamique de développement économique au niveau local, des liens de solidarité entre futurs membres de la mutuelle, d'une confiance en vers les initiateurs ou promoteurs et d'une dynamique de développement économique. Par ailleurs, dans la majorité des pays au sud du Sahara (par exemple en Mauritanie) la mise en place d'un système d'assurance santé nécessite d'abord une étude de pré faisabilité et de faisabilité. Après cette phase, la mise en place devient un processus qui se déroule à travers des étapes⁷:

- l'information et la sensibilisation des populations cibles (autorités administratives, responsables des hôpitaux, centres de santé et futurs bénéficiaires) axés sur les problèmes de financement des soins de santé ;
- la constitution et la formation d'un comité d'initiatives ;

⁷ Données issues http://mauritania.unfpa.org/docs/pdf/Etapes_mis_en_oeuvre_des_mutuelles.pdf

- la conduite des études de faisabilité participatives ;
- l’ouverture des adhésions, la négociation avec les prestataires de soins de santé,
- l’assemblée générale constitutive ;
- la formation des responsables des mutuelles et la signature des conventions avec les prestataires ;
- le suivi-évaluation et l’information ou la sensibilisation continue.

Après avoir analysé théoriquement les conditions de mise en place d’une mutuelle de place, observons à présent les raisons de la réussite ou de l’échec de certaines mutuelles de santé

II.4- Quelques faits empiriques

Les faits empiriques montrent que la mise en place d’une mutuelle de santé nécessite l’existence de services de qualité, la confiance et la bonne communication entre les différentes parties prenantes. En effet, avec la campagne d’information et la sensibilisation, le taux d’adhésion à la mutuelle de santé dénommée *the Community Health Fund* (CHF) du district de Hanang en Tanzanie s’est accru de 2,4% en 1998 à 22,8% en 1999. Aussi, retrouve-t-on dans l’histoire trois grandes mutuelles de santé réussies avec des taux de couvertures relativement élevés, il s’agit de la mutuelle de Bwamanda en République Démocratique du Congo (taux de couverture 66% de la populations cible dans les années 1990), de la mutuelle de Nkoranza au Ghana (taux 37% de couverture de la population cible en 2001), et les mutuelles de quatre (04) villages de la régions de Thiès au Sénégal avec des taux d’adhésion de l’ordre de 30 à 90%. Les raisons de leurs réussites étaient liées essentiellement à la qualité des soins et à la confiance qui existait entre les différentes parties prenantes (WAEKENS et CRIEL, 2004).

Par ailleurs, l’adhésion par groupes préexistants est la condition de la réussite des mutuelles de santé ou de leur développement. En effet, ce principe a permis à la mutuelle de santé de l’hôpital Kiliizi en Ouganda de favoriser l’adhésion de 96% de la population. En Guinée, de nombreuses mutuelles de santé se sont développées autour des structures traditionnelles d’entraides qui réunissent trois (03) à vingt cinq (25) familles. Au Burkina Faso, tout comme en Guinée, certaines mutuelles de santé initiée par le FAARF se sont fondées sur les

petits groupements de femmes (WAEKENS et CRIEL, 2004).

Bien qu'il y ait certaines mutuelles de santé qui connaissent un essor considérable dans leur évolution, d'autres par contre éprouvent des difficultés pour se développer à cause de la médiocrité des soins de santé, la faible capacité financière des membres (cas par exemple de la mutuelle de santé Maliando en Guinée). Selon MUSAU (cité par WAEKENS et CRIEL 2004), les difficultés dans la méthode de collecte des primes, les problèmes liés à un manque de professionnalisme dans la gestion des mutuelles de santé et la méconnaissance de la culture mutualiste par la population cible sont la cause de l'échec de certaines mutuelles de santé. Afin de cerner les conditions nécessaires pour la mise en place d'une mutuelle, l'on examinera théoriquement les conditions affairantes.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de comprendre que le phénomène de la mutualité est en croissance au Burkina Faso avec une répartition spatiale disproportionnée. Egalement, il renseigne sur les obstacles qui menacent l'évolution des mutuelles de santé. Enfin, à travers le cas de quelques mutuelles de santé analysées, l'on a pu s'imprégner davantage des conditions de réussites et des raisons de l'échec de certaines mutuelles de santé. En effet, l'analyse des conditions de mises des mutuelles de santé existantes a pour objectif de savoir, s'il y a une relation de causalité entre les problèmes des mutuelles de santé et leurs conditions de mise en place. Pour mieux comprendre cette situation, l'on examinera théoriquement les conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé.

CHAPITRE III : FONDEMENT THEORIQUE DE L'EMERGENCE DES MUTUELLES DE SANTE

Les principales théories économiques explicatives de l'origine des organisations du secteur sans but lucratif ou secteur non marchand desquelles relèvent les mutuelles de santé, se sont formées à partir des années 1975 et les analyses se réfèrent au courant de pensée du *Non profit Organisation*⁸. Cette partie vise alors à exposer les théories explicatives des conditions d'émergence des mutuelles de santé en l'occurrence la théorie de la défaillance de l'Etat ou du marché du côté de la demande d'une part; d'autre part du côté de l'offre, de la théorie de l'économie sociale et solidaire et de l'approche socio-économique qui seront abordées successivement.

III.1- Théorie de la défaillance de l'Etat ou du marché

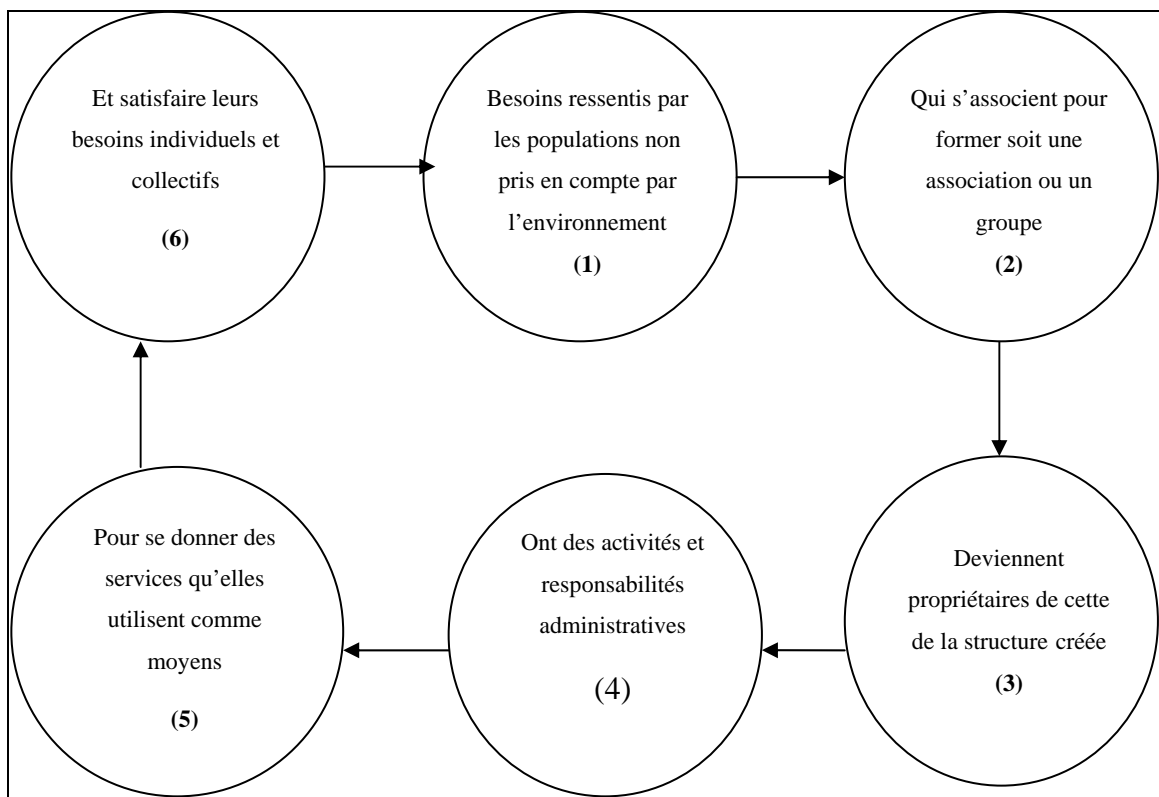
La défaillance de l'Etat et du marché s'entend par l'incapacité de ceux-ci à offrir et à satisfaire en quantité ou en qualité les besoins des populations en ce qui concerne certains types de biens ou de services publics, et à produire dans les conditions Pareto optimale.

La théorie de la défaillance de l'Etat et du marché développé par WEISBROD (1977), se fonde sur l'idée selon laquelle les pouvoirs publics ont tendance à déterminer la quantité et la qualité des biens collectifs ou produits en se référant aux préférences de l'électeur médian et laissant ainsi les demandes spécifiques sans réponse. Cela engendre une catégorie de « citoyens insatisfaits » dont les aspirations sont supérieures ou ne coïncident pas avec celles de l'électeur médian d'où une demande partiellement satisfaite. Selon cet auteur, le marché et l'Etat étant incapables de satisfaire l'éventail des besoins des citoyens insatisfaits, alors ces derniers vont réagir à ces défaillances en s'organisant collectivement. Ainsi, les consommateurs sous satisfaits peuvent recourir alors aux organisations non lucratives afin d'accroître l'offre de biens collectifs

⁸ Notes de cours d'introduction à l'économie sociale et solidaire, URFR/SEG MEGESS 1, Année 2007 - 2008 ZETT, J.B

jusqu'à la satisfaction de leur demande résiduelle et pallier ainsi aux déficiences de la production publique. Cette analyse s'illustre par la figure ci-dessous :

Figure 2 : Le processus de la mise en place d'une entreprise d'économie sociale et solidaire



Source : notes de cours d'introduction à l'économie sociale et solidaire, URFR/SEG MEGESS 1, Année 2007-2008 ZETT, J.B

La figure ci-dessus élucide les étapes de la mise en place d'une Organisation Sans But Lucratif (OSBL). Autrement dit, les étapes de la mise d'une OSBL (mutuelle de santé) s'illustre successivement comme suit :

- 1) Il y a un besoin ressenti par des personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques identiques. Ce besoin ne peut pas être satisfait ni par le marché, ni par l'Etat (déjà évoqué au –dessus).
- 2) Ces personnes s'associent pour créer une entreprise qu'elles vont faire fonctionner selon les règles et principes de l'économie sociale, lesquels seront évoqués plus tard.
- 3) Elles deviennent propriétaires de cette entreprise (propriétaire-usager).

- 4) Elles se donnent des activités et des responsabilités en vue de la gestion de l'administration de leur entreprise.
- 5) Cette entreprise a pour fonction de leur offrir des services qu'elles utilisent comme moyens.
- 6) Pour satisfaire leurs besoins individuels et collectifs.

Cette théorie de la défaillance de l'état ou du marché appliquée aux mutuelles d'assurance santé, met en évidence la défaillance du marché et de l'Etat en matière d'offre sanitaire. Cette défaillance de ces deux institutions se situe dans leur incapacité à offrir les services d'assurance santé à l'ensemble de la population déjà évoquée dans le premier chapitre. Ainsi, les individus qui ne bénéficient pas d'assurance santé (ou qui ne sont pas satisfaits de la qualité ou des quantités offertes) ni de la part de l'Etat, ni du marché se voient obligés dans certaines circonstances de s'organiser en action collective afin de mettre en place une organisation mutualiste d'assurance de santé à même de leur procurer un service d'assurance de santé, d'où la mise en place d'une mutuelle de santé. Dans le cas de la présente étude, la population de Kamédji peut s'organiser autour d'une action collective (mutuelle de santé) pour satisfaire leur besoin en soins de santé.

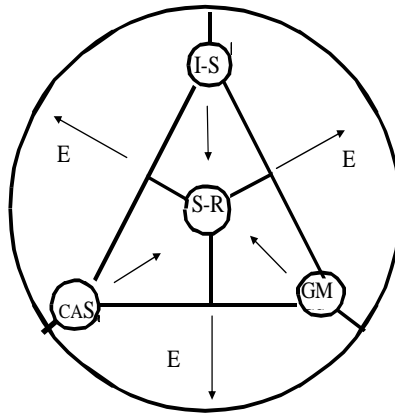
III.2- Influence de l'environnement à partir de l'analyse socio-économique de SOULAMA et ZETT.

Par ailleurs, Il faut remarquer que l'environnement joue un rôle essentiel dans l'émergence des mutuelles de santé. En effet, pour mieux cerner l'influence de l'environnement sur cette entreprise spécifique (mutuelle de santé) créée par les populations, l'on s'intéressera à un schéma dont le modèle est représenté par le « triangle mutualiste ou de type mutualiste » entouré d'un cercle, le tout, placé dans un champ de forces (SOULAMA et ZETT, 2002). Le schéma se compose de deux parties à savoir le triangle qui représente le "noyau dur" et le cercle qui désigne l'environnement influençant la pérennisation de la mutuelle de santé.

Chacun des sommets du triangle représente un des trois éléments constitutifs du "noyau dur" de la structure mutualiste : l'Individu - Sociétaire noté I-S (il s'agit de l'adhérent), l'activité de micro-assurance qui consiste en la Collecte des cotisations et à l'Assurance Santé des

membres adhérents (C-A-S) et enfin le Groupement Mutualiste noté GM. Au centre du triangle, se trouve le Système de Règles noté S-R. Enfin, comme indiqué, l'unité ainsi constituée est en contact avec son environnement noté E. Le système est donc soumis d'une part à une dynamique introvertie mue par les relations intra-système et d'autre part à une dynamique extravertie mue par les relations entre le système et son environnement.

Figure 3 : L'influence de l'environnement sur la mutuelle de santé



Source : Graphique et raisonnement extraits de SOULAMA et ZETT (2002) et adaptés

Légende : **E** : Environnement ; **I-S** : Individu sociétaire (adhérent); **S-R** : Système de Règles; **CAS** : Cotisation, Assurance de Santé ; **GM** : Groupement Mutualiste

L'encadré ci-dessous exprime l'approche de SOULAMA et de ZETT quant à l'influence de l'environnement sur la volonté des futurs adhérents de la mutuelle.

Encadré 1 : L'analyse de la pression de l'environnement dans le développement des mutuelles de santé

« Deux forces de sens opposé exercent une attraction sur le "noyau dur" et impriment à l'entreprise son sentier de développement

La première force d'attraction est positive (pression attractive de S-R), de type centripète, tournée vers l'intérieur; elle est exercée par le système de règles mutualistes conçu et accepté par le Groupement de Personnes. Elle a pour objet de maintenir l'ensemble en cohérence, d'intégrer les trois éléments du noyau dur, pour former ainsi une action collective de type mutuelle de santé. Cette force pousse l'Individu-mutualiste à respecter la règle, à agir conformément à la confiance placée en lui par les autres membres de la mutuelle.

La deuxième force d'attraction est négative, de type centrifuge, tournée vers l'extérieur; elle est exercée par l'Environnement, sur chacun des éléments du noyau dur. Elle tend à faire "éclater" l'ensemble, à le désintégrer. Elle tend par exemple à développer chez l'individu adhérent, la rationalité égoïste de l'individu à travers son comportement opportuniste (effet de surconsommation) contre la rationalité du groupe mutualiste (recherche de la maximisation du bien-être du groupe). Elle renforce dans l'unité économique, la tendance à se détourner de l'intérêt des membres, à investir les fonds de la mutuelle dans des activités répondant très peu aux besoins d'amélioration des services de l'organisation ou dans d'autres projets jugés peu rentables ou trop risqués. Aussi, renforce-t-elle dans le Groupement de Personnes « l'esprit de la solidarité perverse » la solidarité dans le non paiement de la cotisation en lieu et place de la solidarité dans le paiement de sa contribution ».

Source : SOULAMA et ZETT 2002 pp186-187

Autrement dit, l'environnement exerce une influence positive sur l'émergence des mutuelles de santé à travers l'existence d'une offre de service sanitaire de qualité, l'existence d'infrastructures sanitaires de qualité, de proximité (distance), l'existence d'une politique de promotion des mutuelles de santé). En outre, l'existence d'un personnel soignant accueillant et disposé à respecter les clauses de contrats constitue un atout à l'émergence des mutuelles de

santé. De même, la disponibilité des médicaments et la confiance entre les parties prenantes constituent également un atout de rayonnement des mutuelles de santé (Confère quelques faits empiriques évoqués ci-haut).

Autant l'environnement présente des signes favorables à l'émergence des mutuelles de santé, autant il exerce une pression négative sur l'émergence des mutuelles de santé. Par exemple, l'existence d'autres alternatives telle que la médecine traditionnelle relativement moins coûteux et accompagnée souvent de modalités de paiement plus intéressantes. De plus, un personnel soignant qui ne respecte pas les clauses du contrat et le manque d'une offre en soins de qualité, l'indisponibilité des soins et le manque des médicaments sont à la base de l'échec de certaines mutuelles de santé déjà abordé.

III.3- Émergence des mutuelles de santé à partir de l'économie sociale

Selon DEFOURNY et al (1999), l'économie sociale regroupe les activités économiques exercées par des agents économiques que sont les coopératives, les mutualités et les associations dont l'éthique se traduit par la finalité de services aux membres ou à la collectivité plutôt que du profit, l'autonomie de gestion, le processus de gestion démocratique, la primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus. En se renvoyant au cas des mutuelles de santé existantes dans les pays en voie développement, on se rend compte qu'elles fonctionnent suivant les principes de l'économie sociale.

L'émergence des organisations mutualistes se fonde d'abord sur la naissance d'une condition de nécessité ou de besoins non satisfaits (soins de santé) par l'environnement (l'Etat et le privé). C'est cette condition de nécessité qui pourrait être à l'origine des initiatives mutualistes dans tous les pays pauvres, à l'instar de ce qui a souvent été mis en évidence pour de nombreuses émergences d'entreprises d'économie sociale dans l'Europe du 19^{ème} siècle (DEFOURNY et al, 1999). Ensuite, la cohésion sociale qui fait qu'une certaine dynamique communautaire, plutôt que des stratégies purement individuelles, unit les personnes concernées dans la recherche et la mise sur en place de solutions collectives à cette nécessité (DEFOURNY et al, 1999). En effet, on note que les mutuelles de santé qui se développent en Afrique s'appuient généralement sur une forte homogénéité sociale au départ. Celle-ci s'exprime par l'appartenance à une même

communauté villageoise, tantôt par une même appartenance ethnique, tantôt sur une base professionnelle ou tantôt enfin par un agent promoteur extérieur au groupe. En illustration, on peut citer : *les systèmes d'assurance gérés par le prestataire, les mutuelles sur base ethnique et les mutuelles corporatistes.*

En effet, *les systèmes d'assurance gérés par le prestataire* sont initiés par les prestataires. Dans ce cas l'initiative vient des personnes extérieures au groupe cible (par exemple, la mutuelle Bwamanda en République Démocratique Congo, la mutuelle de Nakoranza au Ghana, et les mutuelles dans la zone cotonnière au Burkina Faso. En ce qui concerne *les mutuelles sur base ethnique*, elles sont créées à partir d'initiatives locales spontanées et sont basées sur un réseau social traditionnel. On rencontre plus cette forme au Ghana, au Cameroun et en Ethiopie. *Les mutuelles corporatistes* sont des associations qui réunissent les employés d'un même corps de métier. Un fonds est dégagé par la cotisation des membres pour les risques de décès, de vieillesse ou d'invalidité, ou encore une aide financière pour les mariages et naissances (WAEKENS et CRIEL, 2004).

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a permis de déceler les conditions théoriques de l'émergence des mutuelles de santé. En effet, les conditions nécessaires à la mise en place des mutuelles de santé ont été mises en exergues. Parmi tant de conditions exposées, il a été retenu quelques unes à travers les hypothèses que l'on essayera de vérifier dans le cas spécifique du village de Kamédji. Cependant, la vérification de ces hypothèses nécessite que l'on définisse une méthodologie appropriée. C'est dans cette perspective que nous aborderons le chapitre suivant.

CHAPITRE IV : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Introduction du chapitre

Mener une étude nécessite de définir une méthode appropriée. Dans ce présent chapitre, il sera question de présenter la méthode de la collecte des données, la méthode de l'analyse des résultats, la définition des variables de l'étude et la présentation du promoteur ainsi que la description de la zone d'étude.

IV.1- Méthode de collecte de données

Pour la collecte de données, il a été administré d'une part un questionnaire auprès d'un échantillon de la population de Kamédji, et d'autre part des entretiens menés avec le personnel sanitaire du CSPS et avec certaines personnes ressources de l'ONG /ASMADE. Le questionnaire a porté sur soixante huit (68) personnes choisies de façon aléatoire dans la population de Kamédji estimée à trois milles neuf cents quatre vingt-cinq (3985)⁹ habitants. Ce choix est dû aux contraintes financières, et aussi au temps qui était limité pour enquêter le maximum de personnes.

Outre le questionnaire et les entretiens, l'étude a nécessité un recours à des ouvrages, articles, documentaires, et recherches sur internet. Après la phase de récolte de données, il s'est agi ensuite de les traiter en explicitant la méthode de l'analyse de données.

IV.2- Méthode d'analyse de données

Les informations récoltées à partir du questionnaire ont été traitées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) et analysées à travers la statistique descriptive afin de tester les hypothèses émises.

⁹ Cahier de plan d'action de 2008 du CSPS

IV.3- Définition des variables de l'étude

Tableau 1 : La description des variables de l'étude

Variables expliquées	Variables explicatives
Existence d'une population cible	<ol style="list-style-type: none"> 1) revenu moyen annuel, 2) connaissance d'une mutuelle de santé, 3) estimation du droit d'adhésion, 4) estimation de la prime, 5) forme d'adhésion, 6) besoins à couvrir, 7) le niveau d'instruction, 8) forme d'adhésion
Demande et offre de soins de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1) type de soins souhaités, 2) la visite du centre de santé, 3) difficultés pour accéder aux soins de santé
	<ol style="list-style-type: none"> 1) présence du CSPS, 2) personnel de santé, 3) matériel didactique, 4) soins de qualité
Confiance envers le promoteur	<ol style="list-style-type: none"> 1) connaissance du promoteur, 2) la manière de connaître le promoteur, 3) capacité à la mise en place d'une mutuelle de santé, 4) gestion de la mutuelle
Existence des pratiques d'entraide et de solidarité entre les populations	<ol style="list-style-type: none"> 1) membre d'un groupe de solidarité, 2) participation aux différentes activités du comité villageois de développement(CVD), 3) soutien aux personnes affligées

Source : auteur

IV.4- Présentation du promoteur et la zone de l'étude

Dans cette section, il s'agira de présenter la structure promotrice qui nous a permis de faire un stage de trois mois(03) en son sein. En effet, la présente étude a été suscitée pour répondre aux difficultés d'accès aux soins de santé de la population de Kamédji que nous avons observées lors

du stage. Par ailleurs, pour mener à bien l'étude, il s'avère judicieux de décrire le village de Kamédji.

IV.4.1- Présentation de l'Action Micro-Barrages

La création de l'Action-Micro-Barrages (AMB°) remonte à 1973, suite à la grande sécheresse qui a sévi au sahel. A cette époque, quelques belges ont décidé de se rendre sur place pour soutenir les populations ; ils s'installèrent ainsi à Dassa, un petit village situé à environ quarante cinq (45) kilomètres de Koudougou.

Au fil des années, ils se sont rendu compte que le problème majeur des villageois est le manque d'eau, ce problème étant dû à l'irrégularité des pluies et à l'absence des retenues d'eau. C'est ainsi qu'ils ont créé le « Centre de Développement Rural de Dassa », à partir duquel diverses études, sur les moyens les plus efficaces pour lutter contre le manque d'eau, ont été menées. En 1979, le centre décide de construire un micro barrage à Dassa après plusieurs années de travaux.

Le 25 juillet 1987 le centre obtient le statut d'Organisation Non Gouvernemental (ONG) et est baptisée « Action-Micro-Barrages », en abrégé AMB avec son siège social à Koudougou. Elle est composée de personnes physiques de compétences diverses issues du secteur public et privé, et de personnes morales comprenant les Organisations Communautaires de Base (OCB) ou de Groupements Villageois (GV). Ceux-ci sont unis autour d'une préoccupation commune, celle d'apporter une contribution à la résolution des problèmes d'eau, de sécurité alimentaire et de pauvreté dans leur zone d'intervention. La mission principale de cette ONG est de contribuer à assurer un développement local intégral et durable par des soutiens aux initiatives individuelles et collectives à la base.

a- Objectifs de AMB

L'objectif global poursuivi par l'AMB est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations démunies et défavorisées.

Les objectifs spécifiques peuvent être appréhendés en sept (07) points à savoir :

- améliorer l'accessibilité en eau en milieu rural ;

- améliorer l’hygiène et l’assainissement en milieu urbain, rural et scolaire ;
- contribuer à la sécurité alimentaire et à la lutte contre la pauvreté ;
- lutter contre la désertification et protéger l’environnement ;
- impliquer les femmes rurales dans les actions de développement ;
- contribuer à l’amélioration de la situation sanitaire en milieu rural et urbain ;
- favoriser un brassage et une meilleure compréhension entre les peuples.

b- Partenaires de AMB

L’AMB travaille avec des partenaires à la base, des collaborateurs, des partenaires techniques et financiers et des alliances pour atteindre ses objectifs.

b.1- Partenaires à la base

Dans son processus d’améliorer des conditions de vie des populations, AMB travaille en étroite collaboration avec les populations locales notamment les organisations paysannes, les associations de développement, les comités spécifiques de gestion des collectivités locales et les OCB. Elle mène aussi des actions ayant pour but d’assurer la santé des populations ; il s’agit des opérations de constructions de latrines dans les différents villages de sa zone d’intervention et la formation d’hygiénistes pour sensibiliser les populations sur l’hygiène sanitaire alimentaire.

b.2- Partenaires de collaboration

Avec ces partenaires, l’AMB s’inscrit dans une dynamique gouvernementale en offrant des services étatiques et paraétatiques en adoptant des projets et programmes nationaux. Par ailleurs, elle œuvre également avec d’autres ONG et associations à vocation provinciale, régionale ou nationale.

b.3- Partenaires techniques et financiers

Au regard de ses attentes, l’AMB a recours à l’appui des partenaires techniques et financiers. A ce jour les partenaires qu’engrange la structure sont:

- Terres Nouvelles (TN) ;
- Défi Belgique Afrique (DBA).

- SOS Layette Solidarité et Développement (SLSD) ;
- Water Aid.

De cette description, il ressort que les actions menées par AMB sont en partie favorable à l'amélioration de la santé de la population de Kamédji. En effet, la présence des hygiénistes dans le village pourrait constituer un atout dans la sensibilisation des membres d'une future mutuelle de santé. Bien que AMB dispose de facteurs favorables aux mutuelles de santé, il faut cependant situer la zone d'étude et de procéder à sa description.

IV.4.2- Description de Kamédji

Le village de Kamédji est situé à dix (10) kilomètres au sud-ouest de Koudougou chef lieu de la province du Boulkiemdé. Kamédji est un village limitrophe situé entre les provinces du Boulkiemdé et du Sanguié. Il est limité au Nord par Goundi, au Sud par Séssé, à l'Est par Palogo et à l'Ouest par Koukouldi. La population de Kamédji est estimée 3985 habitants. Par ailleurs, selon le FEER (1997), le niveau de la population émigrée est important.

a- Système d'organisation du village

L'organisation du village s'établit comme suit :

- un chef de village ;
- un chef de terre et son conseil qui compte trois (03) membres ;
- un conseiller ;
- des chefs religieux.

Autrefois le chef du village et le chef de terre ainsi que son conseil ne jouaient pas de rôle très spécifique car les décisions sont prises en collégialité. Cependant, précisons que le chef de terre et son conseil sont désignés et chargés de résoudre les problèmes fonciers ainsi que tout autre problème concernant la vie du village.

Dans le contexte de la décentralisation au Burkina Faso, le village est piloté par le Conseil villageois du Développement (CVD) qui est chargé de l'exécution du plan de développement. Ce

conseil a un pouvoir politique lui permettant de travailler pour le plein rayonnement du village.

b- Conditions socio économiques des populations

Les conditions socio-économiques s'appréhendent autour des activités source de revenu des populations, des moyens de déplacements et du type de logement des populations.

b.1- Activités sources de revenus des populations.

Les revenus des populations proviennent essentiellement de l'agriculture, de l'élevage et du jardinage ; ces activités occupent bon nombre des jeunes du village (FEER, 1997).

b.2- Moyens de transports et type de logement

La majorité de la population se déplace essentiellement à vélo et une minorité à moto. La population dans sa majorité habite dans des maisons en banco.

c- Infrastructures de développement

Les infrastructures de développement sont composées des infrastructures sanitaires, des infrastructures d'éducatives et des infrastructures d'eau potable.

c.1- Infrastructure sanitaire.

Le village dispose d'un (CSPS) qui couvre deux (02) villages Kamédji et Péyiri. Ce dernier est situé au centre de Kamédji. Le personnel sanitaire est constitué d'un infirmier breveté, d'un agent itinérant de santé et d'une matrone.

c.2- Infrastructures d'éducation

Le village dispose de deux (02) écoles primaires de six (06) classes dont une école bilingue. Il a en outre bénéficié d'un collège d'enseignement général qui a commencé à fonctionner depuis 2009 avec une classe de 6ème.

c.3- Accessibilité à l'eau potable.

Les populations ont une facilité d'accès à l'eau potable puisque le village dispose de sept (07) forages. En termes de retenue d'eau, il disposait d'un barrage mais qui ne fonctionne pas aujourd'hui alors qu'une réhabilitation de cet ouvrage aiderait la population à continuer à produire pendant la saison sèche.

Conclusion du chapitre

On peut retenir qu'en dehors de la présentation de la méthode de travail et la définition des variables de l'étude, la présentation du promoteur et la description du village montrent qu'il existerait quelques facteurs favorables à la mise en place d'une éventuelle mutuelle de santé à Kamédji. Ces atouts tournent autour de l'existence des hygiénistes et des infrastructures sanitaires dans le village. Le chapitre postérieur consistera à rechercher exhaustivement les conditions favorables à l'émergence de celle-ci à travers la vérification des hypothèses émises.

CHAPITRE V : ANALYSE DES CONDITIONS DE MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE A KAMEDJI

Introduction chapitre

La volonté de mettre en place une mutuelle de santé à Kamédji nécessite que les hypothèses soient vérifiées. Ce chapitre vise donc à analyser les résultats de l'étude afin de se situer par rapport à la vérification de ces hypothèses émises.

V.1- Demande et offre en soins de santé

Dans cette section, l'on étudiera la demande de la population et l'offre en soins de santé.

V.1.1- Demande en soins de santé

Pour aborder cette partie, il y a lieu de se demander quels sont les types de soins de santé dont ont besoin la population. La réponse à cette question permettra de savoir si le type de soins que demande la population peut constituer un élément favorable à la mise en place d'une mutuelle de santé. En effet, si la population fait en général recours à la médecine traditionnelle, l'idée de la mise en place d'une mutuelle de santé apparaîtra irréaliste car la volonté de mettre en place un système de micro-assurance santé requiert que les populations fassent appel à la médecine moderne. Ici, les résultats de l'enquête montrent que la nature de la demande en soins de santé de population de Kamédji est favorable à la mise en place d'une mutuelle de santé et ce fait apparaît clairement dans le tableau 2.

Tableau 2 : La nature de la demande en soins de santé

Nature de soins	Fréquence	Pourcentage
Médecine traditionnelle	7	10,3
Médecine moderne	49	72,1
Mixte	12	17,6
Total	68	100

Source : données d'enquête 2009

On remarque que 72,1% de la population du village fréquentent les centres de santé en cas de maladie, et 17,6% de la population font appel à des soins modernes et traditionnels, seulement 10,3% de la population utilisent les médicaments traditionnels. Ces résultats révèlent que, même si la majorité de la population du village a des difficultés financières (estimées à 83,9% tableau 3) pour assurer leurs soins de santé, elle demeure favorable à la mutuelle de santé.

Tableau 3 : La nature des difficultés dans la demande de soins

Difficultés d'accès aux soins de santé	Fréquence	Pourcentage
Financière	57	83,9
Localisation géographique	2	2,9
Qualité de soins	2	2,9
Autre (absence de médicament, absence du personnel)	2	2,9
Aucune réponse	5	7,4
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

V.1.2- Offre en soins de santé

La description de Kamédji a permis de se rendre compte de l'existence d'un CSPS et d'un personnel. Cependant, il faut souligner que certains quartiers ou hameaux de culture ne sont pas accessibles en saison hivernale (Soumboelé, Sono) à cause des bas-fonds. En dehors de cette période, tous les quartiers et hameaux de culture environnants font partie de l'aire sanitaire du CSPS de Kamédji. Toutefois, le taux de fréquentation reste très faible (confère introduction), Par ailleurs, il faut signaler que le village dispose d'un dépôt pharmaceutique géré par le comité de gestion du CSPS. Mais ce dépôt manque très souvent de médicaments. Par conséquent, les populations sont obligées d'aller à Koudougou pour s'en procurer.

Cependant, il convient de savoir si la population se rend dans leur CSPS en cas de maladie. Contrairement aux statistiques sanitaires, l'étude montre que 98,5% de la population enquêtée s'oriente vers leur CSPS en cas de nécessité (tableau 4).

Tableau 4 : La fréquentation du CSPA par les populations

CSPA fréquenté	Fréquence	Pourcentage
CSPA de Kamédji	67	98,5
CSPA de Goundi	1	1,5
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

Par ailleurs, la forte fréquentation du CSPA fait de celui-ci un partenaire privilégié en matière d'offre en soins de santé de premier recours qu'il faudrait impliquer dans la mise en place de la mutuelle santé. De plus, le fort taux de fréquentation de la formation sanitaire pourrait être interprété comme une satisfaction de la demande de la population en soins de santé ; ce qui supposerait alors l'existence d'une offre en soins de santé acceptable dans le village. Ainsi, suivant la loi du marché, la satisfaction de la demande permet de corroborer l'existence d'une offre sanitaire acceptable. Une telle offre suppose que le personnel soignant travaillerait bien et resterait attentionné vis-à-vis des malades. Alors, que pensent les populations de Kamédji des agents de santé de leur CSPA ? A cette question, les résultats (tableau 5) de l'enquête traduisent que 91,2% de la population jugent le personnel dynamique et bien accueillant et les soins administrés sont de qualité. Par contre, 7,4% de la population affirment ne pas être satisfaits de la prestation des soins de santé du personnel soignant pour des raisons liées à leurs absentéismes constatés dans le CSPA. Cette protestation devrait être prise en compte si le promoteur veut réellement mettre en place une mutuelle de santé à Kamédji. En effet, certaines mutuelles de santé n'ont pas pu se développer à cause de la persistance des absences des prestataires de santé.

Tableau 5 : L'appréciation du personnel par les populations

Appréciation du personnel	Fréquence	Pourcentage
Satisfaction des prestations du personnel	62	91,2
Non satisfaction (absentéisme, mauvais accueil ...)	5	7,4
Aucune réponse	1	1,4
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

En dehors de ces facteurs moins favorables aux mutuelles de santé, le CSPA de Kamédji

dispose d'un personnel qui est favorable à la mutuelle de santé du point de vue des populations. A travers les différents entretiens avec le personnel, il ressort que ce dernier approuve l'initiative et serait disposé à s'impliquer dans la création de la mutuelle de santé de Kamédji. Ainsi, l'implication du personnel soignant va l'amener à connaître davantage les mutuelles afin de contribuer à assurer sa viabilité financière ; en évitant par exemple la surprescription. Il faut cependant souligner que la question de l'instabilité du personnel pourrait constituer un obstacle pour la viabilité de la mutuelle de santé.

On peut retenir de l'analyse précédente qu'une demande et une offre en soins de santé acceptable existe dans le village de Kamédji. La vérification de cette première hypothèse demeure insuffisante pour la création d'une future mutuelle de santé. C'est pourquoi la section suivante tentera de vérifier l'existence d'une population cible.

V.2- Existence d'une population potentielle

Pour vérifier l'existence d'une population potentielle, il sera examiné successivement les variables suivantes : l'existence de besoin à couvrir, la disponibilité de la population à l'adhésion, la disponibilité financière à l'adhésion (le droit d'adhésion et la prime d'adhésion) et la forme d'adhésion.

V.2.1- Existence de besoin à couvrir

Du point de vue théorique la mise en place d'une mutuelle de santé exige l'existence d'un besoin des individus à couvrir. Ainsi, dans cette partie on s'engagera à vérifier l'existence d'un besoin en matière de santé qui nécessite la mise en place d'une mutuelle de santé à Kamédji. Avant d'aborder les besoins à couvrir, il faut préciser que la population de Kamédji éprouve des difficultés financières pour se rendre dans la formation sanitaire comme le montre le tableau 3 ci-dessus de l'étude.

Tableau 6 : Les types de soins à couvrir.

Nature natures de besoins	Fréquence	pourcentage
Consultations curatives	27	39,7
Soins préventifs	7	10,3
Accouchements	11	16,2
Petites hospitalisations	16	23,6
Petites chirurgies	2	2,9
Evacuations/transports	1	1,5
Toutes maladies	2	2,9
Aucune réponse	2	2,9
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009.

Ce tableau fait remarquer que, les risques de maladies que la population souhaite couvrir, sont essentiellement les consultations curatives (39,7%), ensuite les petites hospitalisations (23,5%), puis les accouchements (16,2%). Avec ces besoins exprimés, les soins de santé étant relativement chers pour un individu, parvenir à se faire soigner sans faire appel à des amis ou à la famille s'avère difficile pour les populations en milieu rural, surtout qu'elles ont des revenus généralement irréguliers. C'est pourquoi les populations devraient être solidaires afin de réagir collectivement face aux risques qui surviendraient, d'autant plus qu'ils connaissent presque les mêmes difficultés financières. Par ailleurs, la volonté de mettre en place une mutuelle de santé suppose une disposition favorable de la population cible.

V.2.2- Disponibilité de la population à l'adhésion à la mutuelle

Les résultats de l'étude révèlent bien que la population du village n'ayant aucune connaissance des mutuelles de santé est prête à adhérer à celle-ci. Cette volonté se traduit dans le tableau 7. En effet, d'après ce tableau, 82,4% de la population qui n'ont jamais entendu parler de mutuelle de santé sont prêtes à adhérer à une éventuelle mutuelle de santé à Kamédji, et 17.6% de la population qui ont une connaissance de la mutualité, demeurent favorables à la création de cette dernière.

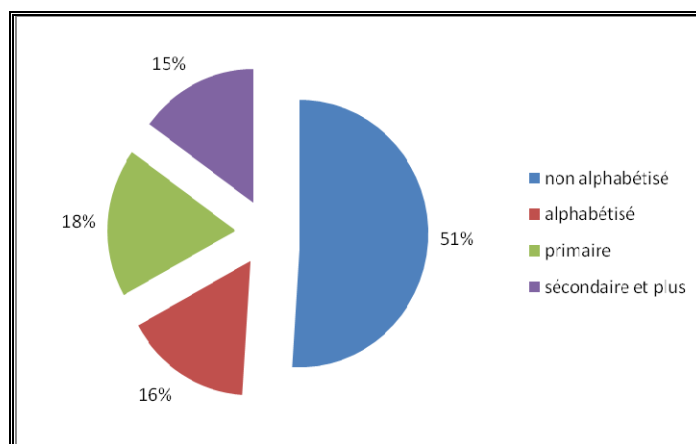
Tableau 7 : La connaissance de la mutuelle santé par les populations

Connaissance des mutuelles de santé	Fréquence	Pourcentage
Connaissance d'une mutuelle de santé et favorable	12	17,6
Aucune connaissance et favorable	56	82,4
Total	68	100

Source : Données d'enquête

Par ailleurs, la méconnaissance des mutuelles de santé constitue un réel problème auquel il faut trouver une solution. En plus de cette grande méconnaissance des mutuelles de santé, le niveau d'instruction des populations de Kamédji est faible et ceci peut par conséquent entraver le bon fonctionnement d'une mutuelle. Le faible niveau ou le manque d'instruction peut rendre difficile le fonctionnement des mutuelles (par exemple la tenue des livres comptables, le niveau de participation lors des échanges dans les Assemblées Générales (AG) ou dans la gestion de la mutuelle). Or, l'étude révèle que le niveau d'instruction de la population est quasi nul et cela apparaît à travers la figure 4.

Figure 4 : Le niveau d'instruction des populations



Source : Données d'enquête 2009

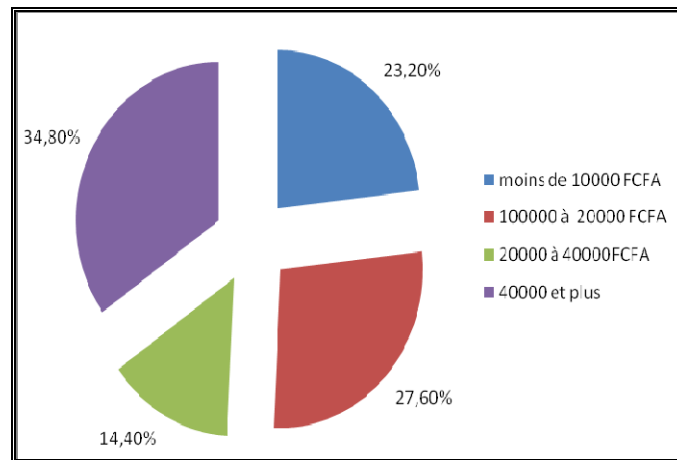
À travers la figure ci-dessus, on constate que la majorité de la population (51%) est non-alphabétisée, ce qui constitue un véritable problème pour l'implication des populations dans la gestion de la mutuelle de santé. En dehors de cette difficulté, on peut affirmer que la population est favorable à la mutuelle de santé. Cependant, dispose-t-elle une source de revenus pour payer

les frais d'adhésion?

V.2.3- Disponibilité financière de la population à l'adhésion

Au Burkina Faso, de façon générale les revenus des populations proviennent essentiellement de l'agriculture. La figure ci-après permet d'illustrer le niveau de revenu moyen par an issu de l'agriculture des populations de Kamédji. En effet, 34,8% de la population disposent d'un niveau minimum de revenu (40000 FCFA et plus) qu'elle pourrait utiliser pour s'affiler à la mutuelle. Globalement, à travers la figure 5, on peut affirmer que la population de Kamédji dispose d'une capacité financière acceptable pour mobiliser les fonds pour la mutuelle de santé.

Figure 5 : L'estimation du revenu annuel moyen des populations

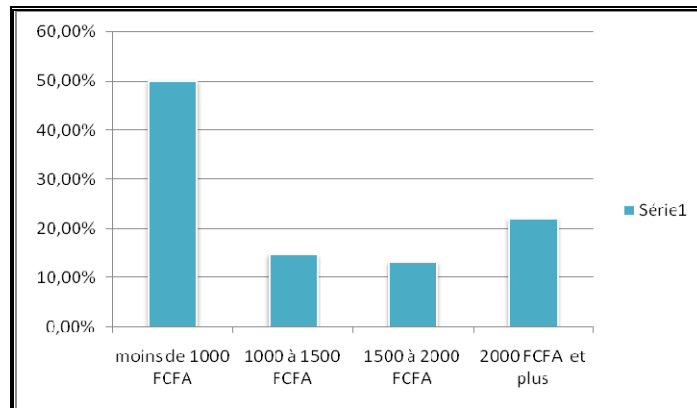


Source : données de l'enquête de 2009

Avec le niveau de revenus sus présenté, combien la population est-elle à même de payer pour adhérer à la mutuelle de santé ? A travers la figure 6 issue des données de l'enquête ci-dessous, il s'avère que 50% de la population de Kamédji sont prêtes à payer moins de 1000 FCFA comme droit d'adhésion. Ce résultat reste relativement conforme au résultat¹⁰ de la précédente étude menée par MESS en 2008.

¹⁰ Selon cette étude le droit d'adhésion varie entre 500 FCFA et 1000 FCFA

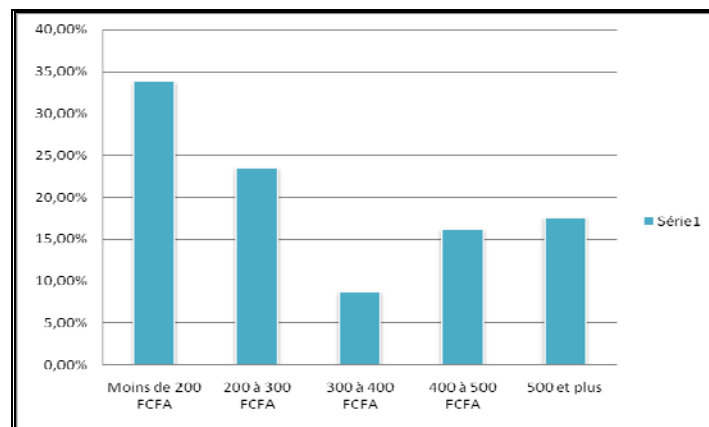
Figure 6 : L'estimation de droit d'adhésion



Source : données d'enquête 2009

Après avoir examiné le droit d'adhésion, abordons à présent le montant de la cotisation (ou prime) que la population est à même d'honorer une fois adhérente à la mutuelle. A travers la figure 7; les résultats de l'enquête font remarquer que 33,8% de la population sont prêtes à payer moins de 200 FCFA par mois. Ce résultat reste corrélativement conforme au résultat¹¹ de l'étude menée par MESS en 2008.

Figure 7 : L'estimation de la cotisation mensuelle



Source : Données d'enquête 2009

Après avoir estimé la disponibilité financière des populations, examinons la forme d'adhésion préférée de la population de Kamédji. En effet, la forme d'adhésion par groupe de personne joue un rôle très capital dans la mobilisation des cotisations des membres et facilite la diffusion de l'information aux différents adhérents. Par ailleurs, cette manière de procéder

¹¹ Selon cette étude la prime d'adhésion varie entre 100 et 200 FCFA

contribue à consolider la cohésion, la solidarité et le contrôle social qui préexistaient entre les différents groupements. Dans le cadre de la mobilisation des ressources, les hygiénistes présents dans le village peuvent être sollicités pour mobiliser de nouveaux membres ainsi que le recouvrement des cotisations. Autrement dit, une affiliation par groupe faciliterait la tâche aux responsables dans la mobilisation des primes. Ils peuvent par exemple demander aux responsables des groupes de mettre sur pieds des mécanismes appropriés pour garantir le paiement régulier des cotisations. Dans le tableau ci-dessous issu de l'étude, on constate que la population de Kamédji préfère l'adhésion par groupe.

Tableau 8 : Le choix d'adhésion

Forme d'adhésion	Fréquence	Pourcentage
individuel	6	8,8
Par groupe ou par famille	62	91,2
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

En clair, à partir de ce tableau, on constate que 91,2% de la population estiment que l'adhésion par famille(ou groupe) permet à celle-ci de travailler dans la quiétude sans avoir peur d'une maladie qui pourrait survenir. Au delà de cette attente, il faut signaler que le désir de s'assurer par groupe ou famille témoigne en quelque sorte l'esprit d'entraide qui anime la majorité des populations de Kamédji. Si la population est favorable à la mise en place de la mutuelle de santé, il faut tout de même qu'elle ait confiance au promoteur, si toute fois l'idée de créer une mutuelle émanerait de ce dernier. Alors, la population de Kamédji a-t-elle confiance au promoteur ?

V.3- Confiance envers le promoteur

La confiance au promoteur sera évaluée à travers la connaissance de l'AMB par la population et le souhait de la population à impliquer le promoteur dans la gestion de la mutuelle de santé.

V.3.1- Confiance faite au promoteur par la population

En se basant sur les faits empiriques, une mutuelle de santé ne peut se mettre en place que si les populations ont confiance au promoteur. L'analyse des variables explicatives relatives à la confiance montre que la population de Kamédji a confiance au promoteur du fait de ses actions dans le village.

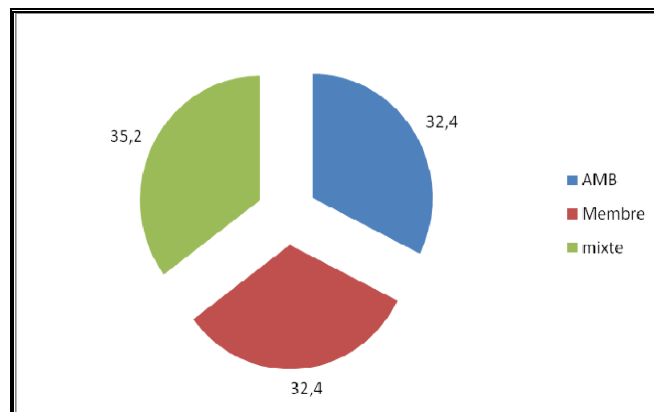
Tableau 9 : La connaissance du promoteur par les populations

Connaissance du promoteur	Fréquence	Pourcentage
Connaissance d'AMB par ses actions	53	77,9%
Méconnaissance d'AMB par les populations	15	22,1%
	68	100

Source : Données d'enquête

L'analyse de ce tableau montre que 77,9% de la population estiment connaître l'AMB grâce à ses actions dans le village. Ces résultats traduisent la reconnaissance des populations vis à vis de cette ONG. Cela constitue un indicateur de confiance de la population envers le promoteur. En outre, le fait que la population décide d'impliquer le promoteur dans la gestion de la mutuelle de santé montre qu'elle a certainement confiance au promoteur. En effet, la figure 8 permet d'illustrer le souhait de la population à l'impliquer dans la gestion de la mutuelle de santé.

Figure 8 : L'implication de l'AMB dans la gestion de la mutuelle de santé.



Sources : Données d'enquête 2009

On constate que 35,2 % de la population préfèrent une gestion mixte de la mutuelle (membres et AMB), 32,4 % de la population souhaitent que la gestion de la mutuelle de santé se fasse uniquement par les membres, et 32,4 % de la population souhaitent que la mutuelle de santé soit gérée par l'AMB. Que pouvons-nous retenir de ces observations ? Il faut avoir à l'esprit que la population de Kamédji fait confiance à l'AMB, ce qui peut réellement être un pas décisif vers la mise en place d'une mutuelle de santé.

Si la population souhaite l'implication du promoteur dans la gestion, il faut cependant reconnaître que cette manière de procéder n'est pas conforme aux principes des mutuelles de santé. En effet, les principes de ces types d'organisation recommandent que sa gestion soit faite par les membres, et non pas par une tierce personne. Dans la pratique, la méconnaissance des mutuelles par les membres fait qu'elles ont généralement recours à des personnes ressources au démarrage de l'activité d'assurance. Ainsi, la volonté des populations à inclure le promoteur dans la gestion de la mutuelle de santé confirme leur méconnaissance des mutuelles de santé.

En dépit de la violation des principes par l'ingérence du promoteur dans la gestion de la mutuelle, le promoteur joue un rôle important à court terme dans la gestion de la mutuelle de santé afin que la population puisse s'imprégner davantage de la gestion. La question qui sous-tend cette analyse est de s'assurer que la structure promotrice ait lui-même une connaissance de la mutualité. Des échanges menés auprès du coordonnateur et du représentant du secrétariat général de l'AMB, ont révélé que la structure promotrice n'a pas une grande connaissance du phénomène mutualiste et ne dispose pas de personnel compétent en la matière. Cet état de fait pourrait être un handicap pour un rayonnement d'une éventuelle mutuelle de santé à Kamédji.

De tout ceci, on peut affirmer que la population de Kamédji a confiance au promoteur. Cette confiance dénote que l'hypothèse relative à la confiance de la population envers le promoteur vient d'être confirmée. Dans la suite de la réflexion, il s'agira de vérifier l'existence de lien de solidarité entre la population de Kamédji.

V.4- Existence de lien d'entraide et de solidarité entre la population.

Il s'agira ici d'examiner l'existence des pratiques de solidarité à travers la proportion de la population faisant partie d'une action collective, le niveau de participation des membres aux différentes activités de leur groupement et la part de la population qui vient en aide aux personnes affligées.

V.4.1- Présence des pratiques d'entraides à Kamédji

Une des conditions nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé est la solidarité et l'entraide entre les futurs membres. La solidarité entre les membres d'un groupe donné peut être appréhendée autour des actions d'entraides menées en leur sein. D'après l'histoire du village, il a existé deux grands groupements à savoir le groupement des hommes dont le but était de trouver les solutions à la dégradation des conditions de productions et celui des femmes qui avait pour objectif de chercher les solutions aux problèmes des femmes. En effet, une des spécificités du groupement des femmes était que chacun devrait cotiser la somme de 25 FCFA par mois pour des éventuels risques. Aujourd'hui, le village totalise en son sein douze groupements.

Cette multitude de groupements est-elle réellement le signe de solidarité entre la population? Le nombre élevé de groupements n'est-il pas la conséquence des malentendus entre les différents membres ? Selon certaines personnes interrogées dans le village, le départ d'un groupe vers un autre groupe s'expliquerait par la déception due aux comportements égoïste de l'organe dirigeant. De cette analyse, peut-on parler d'entraide à Kamédji ? Pour y répondre, Analysons les résultats de l'enquête à travers le tableau 10.

Tableau 10 : L'appartenance à un groupe de solidarité

Groupement	Fréquence	Pourcentage
Appartenance à un groupe	37	54,5
Non appartenance	19	27,9
Absence de réponse	12	17,6
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

Le tableau 10 montre que 54,5% de la population appartiennent au moins à un groupe et que 27,9% de la population ne sont pas membres d'une structure associative. Les raisons avancées par cette catégorie de personnes sont les attitudes opportunistes de certains dirigeants évoquées un peu plus haut. Par contre 17,6% de la population n'appartiennent pas à un groupement parce qu'ils sont des élèves ou des personnes très âgées. Même si être membre d'un groupe est un signe illustratif de solidarité, il faut cependant signaler qu'on peut faire partie d'un groupement sans pour autant être actif. C'est pourquoi, l'entraide ou la solidarité pourrait être déterminée à travers la participation aux différentes rencontres, aux différentes activités du groupement et le soutien aux personnes affligées. L'entraide ou la solidarité abordée dans ce sens, est-elle corroborée à Kamédji ? L'enquête montre que 97,1% affirment venir en aide à ceux qui expriment un besoin (tableau 11).

Tableau 11 : La solidarité entre les populations

Pratiques d'entraide ou solidarité	Fréquence	pourcentage
Existence d'entraide	66	97,1
Absence de réponse	2	2,9
Total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

En ce qui concerne le niveau de participation de populations aux différentes activités, les résultats (Le tableau 12) font remarquer que 97,1% de la population participent activement aux activités de leurs organisations en particulier le CVD. On peut donc affirmer que la population est favorable à l'action collective.

Tableau 12 : La participation des populations à l'action collective

Participation à l'action collective	fréquence	pourcentage
Oui	66	97,1
Non	2	2,9
total	68	100

Source : Données d'enquête 2009

On peut donc affirmer; que même s'il existe des personnes des signes d'incompréhension entre certains membres de groupement, il faut tout de même savoir qu'il existe effectivement des pratiques d'entraides et de solidarités entre les populations de Kamédji, ce qui confirme la dernière hypothèse émise.

Conclusion du chapitre

A la lumière des différentes analyses des parties abordées, on peut retenir que les hypothèses émises sont toutes vérifiées c'est-à-dire que les facteurs favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé de Kamédji sont présents. Même si par en droit, il a été enregistré des facteurs qui pourraient compromettre la bonne réussite de la mutuelle dans le village. Ce dernier chapitre consistera à donner des orientations pour la pérennisation de la mutuelle de santé de Kamédji en tenant compte de ses facteurs.

CHAPITRE VI : LA STRATEGIE DE LA VIABILITE DE LA MUTUELLE DE SANTE DE KAMEDJI.

Introduction du chapitre

Parler de stratégie, c'est proposer des orientations dans le court et moyen terme qui pourront être utiles dans la phase de la mise en place de la mutuelle de santé de Kamédji. La stratégie vient à point nommé pour proposer les voies à suivre en vue de la pérennisation de la mutuelle de santé. La stratégie s'articulera explicitement autour d'une répartition des tâches des différentes parties prenantes.

VI.1- Responsabilité des membres de la mutuelle

La responsabilité des membres repose sur le comportement solidaire des populations, et leur capacité financière.

VI.1.1- Comportement solidaire

Il s'agit ici d'inviter tous les leaders (le chef, les chefs religieux, et le conseiller) du village à adhérer à la mutuelle. L'adhésion de ces personnes influentes participe à rendre crédible la mutuelle de santé et lui donne ainsi une bonne visibilité. Par ailleurs, cette adhésion pourrait susciter de nombreuses affiliations des personnes réticentes.

Les futurs membres devraient travailler collectivement à ce que la mutuelle réussisse afin de continuer à répondre à leurs besoins. Ainsi, ils devront de ce fait avoir des comportements sains, c'est-à-dire qu'ils doivent éviter la surconsommation, participer à la sensibilisation afin d'accroître le nombre d'adhérents ; chaque membre doit prendre conscience de l'importance de la mutuelle dans sa vie. Ainsi, tous les membres de la mutuelle devront être actifs dans la mobilisation de nouveaux membres et considérer cette tâche comme un devoir. Par ailleurs, Kamédji de par sa situation géographique pourrait augmenter le nombre d'adhésions en sensibilisant d'autres villages environnants. Plus le nombre d'adhérents augmente plus la surface financière augmente, ce qui permettrait à la mutuelle de santé d'être financièrement autonome. Les membres doivent assister aux réunions, aux assemblées générales, et être capables de faire

des propositions à même de permettre à la mutuelle de santé de se développer convenablement.

VI.1.2- Capacité financière

Dans les systèmes financiers de mutualisations des risques maladies, généralement la capacité financière des adhérents est faible. Dans la plupart des mutuelles communautaires de santé, aucun calcul actuariel rigoureux n'est effectué dans la détermination des primes mais plutôt la capacité financière. Elle est le principal déterminant dans la fixation du montant de la prime. C'est pourquoi la surface financière des mutuelles reste insuffisante dans le recouvrement des coûts des soins offerts (WAEKENS et CRIEL, 2004). Les adhérents devront de ce fait développer des stratégies pour accroître leurs ressources. Ainsi, les membres de la mutuelle pourront par exemple créer au moins deux à trois jardins pour favoriser la mobilisation des ressources. En outre, les femmes, membres pourront s'impliquer dans la vente du « dolo » comme un moyen d'accroître la capacité financière de la mutuelle. Dans le cadre de la collecte des cotisations, il est important de faire correspondre la période de la collecte des cotisations à celle des récoltes pour permettre ainsi à tous ceux qui désirent adhérer de disposer de la liquidité. Comme il est souvent difficile pour les populations en milieu rural de disposer des ressources à permanemment, il importe que les cotisations soient payées en une seule tranche. Les membres de la mutuelle pourraient également faire appel à leurs fils émigrés dans la mobilisation des fonds. Ainsi, on peut par exemple établir un répertoire de ces derniers, afin de les adresser des correspondances. Après avoir décrit la tâche qui incombe aux membres des mutuelles, définissons à présent celle de la structure promotrice.

VI.2- Responsabilité de l'ONG Action –Micro-Barrages.

La tâche du promoteur consiste à la formation des acteurs, à la recherche de partenaires financiers et d'un agent de gestion, à la recherche d'un partenaire technique d'appui, à faire un choix du prestataire de soins et à accompagner la mutuelle de santé par des activités génératrices de revenus.

VI.2.1- Formation des acteurs

La pérennisation de la mutuelle dépendrait nécessairement de l'AMB, en tant que structure promotrice. Elle devra tout d'abord se former ou rechercher un personnel chargé de la gestion qui a une bonne connaissance dans le domaine du management des mutuelles de santé. Elle devra également former les prestataires de soins, les bénéficiaires et rencontrer les premiers responsables ou les autorités communales. Outre ces formations, le faible niveau d'instruction exige que le promoteur s'efforce de former les futurs membres de la mutuelle de santé.

VI.2.2- Recherche de partenaires financiers et agents de gestions pour mutuelle de santé Kamédji

L'AMB devrait rechercher des partenaires financiers car la faible capacité financière des populations rurales est un obstacle pour la viabilité des mutuelles de santé. En effet, pour couvrir les coûts de fonctionnement, la recherche de subventions ou de partenaires devient ainsi nécessaire dans la réussite de la mutuelle de santé. Une alternative qui pourrait réduire les coûts de la rémunération est la recherche de bénévoles pour piloter la mutuelle. Mais là également, la question de la performance dans la gestion des structures nécessite un contrôle et une rigueur dans le travail pour éviter des pertes ou des malversations financières. Voilà pourquoi l'AMB, en tant que structure promotrice de la mutuelle de santé de Kamédji, devrait tout mettre en œuvre pour trouver au moins un partenaire financier pour la subventionner.

Le phénomène de la mutualité étant récent dans presque tous les pays au sud du Sahara, il existe peu de personnes ressources en la matière. En effet, au Burkina Faso et plus précisément dans le milieu rural, il n'existe presque pas de personnes capables de piloter une mutuelle de santé en dehors des structures d'appui aux mutuelles de santé. Kamédji n'est pas en reste, alors que la réussite se veut d'être accompagnée par un agent professionnel qualifié pour mieux gérer une telle structure. La bonne gestion du système de mutualisation des risques de maladies est nécessaire pour éviter les contraintes à la pérennisation de la mutuelle de santé (WAEKENS et CRIEL, 2004). A quoi pourrait consister la tâche du gestionnaire ?

Le gestionnaire devrait être capable de donner des orientations dans la détermination du montant des cotisations, des bénéfices et du coût des soins. Il devra en plus être capable de

négocier des contrats avec les prestataires, instaurer des mesures et enfin assurer la survie de l'administration et la gestion de fonds. Autrement dit, les responsables élus des mutuelles de santé et les gérants de la mutuelle devront mener des actions à savoir :

- la communication avec les membres ;
- la promotion de l'assurance de la mutuelle ;
- le suivi-évaluation et la collecte des cotisations ;
- la comptabilité.

Par ailleurs, l'organe dirigeant devra régulièrement faire l'état des lieux du fonctionnement, convoquer régulièrement des Assemblées Générales (AG), faire des rapports d'activités annuels et les présenter couramment aux membres. Ces rapports devront en principe être écrits et présentés verbalement dans un langage simple de préférence en langue locale, et les problèmes des membres ou les problèmes de la mutuelle devront être examinés lors des AG (LYNNE et al...,2004). Outre, la recherche de personne qualifiée, les structures d'appui aux mutuelles de santé sont importantes dans l'accompagnement des promoteurs de systèmes de mutualisation de risques maladies.

VI.2.3- Accord de partenariat avec un partenaire technique

L'AMB devra faire recours à des partenaires d'appui à la promotion des mutuelles de santé tels que BIT/STEP, RAMS/BF, pour bénéficier par exemple, d'un appui technique (des matériels didactiques, des comptes de gestions). Par ailleurs, Elle doit contribuer à faire un choix judicieux du prestataire.

VI.2.4- Choix de prestataire de soins de santé

En plus du CSPS du village, un choix du centre de santé à caractère social « Lafi-Ziiga » sis à Koudougou pourrait être un centre de santé de second rang pour assurer les soins de santé pour les cas de maladies graves, tout en négociant par exemple des possibilités de réduction pour les frais d'hospitalisation. L'exemple de la première mutuelle de santé Fandène créée en 1990, dans la région de Thiès au Sénégal en est une belle et véritable illustration de cette attitude. En effet, la mutuelle, pour l'atteinte de ses objectifs a choisi comme prestataire l'hôpital catholique à

vocation sociale, qui a permis aux mutualistes de bénéficier d'une réduction des traitements à hauteur de 50% (GTZ, 2003).

Pour rendre les mutuelles financièrement autonomes les promoteurs devront les accompagner avec des activités génératrices de revenus.

VI.2.5- Accompagnement de la mutuelle de santé avec des activités génératrices de revenus

Le système du micro crédit introduit par AMB constitue un réel atout pour faciliter les cotisations des membres. D'après une étude menée par NGONGANG et DANDOY (2008) au Bénin sur « le couplage mutuelle de santé et micro finance », il en découle que le système mutualiste accompagné par un système de micro crédit ou une activité génératrice de revenus connaît une réelle éclosion avec un taux d'adhésion très important. Une extension du micro crédit aux membres de la mutuelle par le canal de la caisse populaire de Koudougou constitue un atout pour une viabilité de la mutuelle de santé. Par exemple, au Bwamanda en République Démocratique de Congo, le démarrage des projets de développement agricole et communautaire a permis aux populations d'accroître leur pouvoir d'achat, qui par conséquent leur permettrait de disposer de plus de liquidité pour honorer leurs frais d'adhésion (GTZ, 2003). La réussite de la mutuelle de santé exige l'existence d'une cohésion et d'un environnement stable assurée par l'autorité publique.

VI.3- Responsabilité des autorités communales.

Un environnement instable entraverait la viabilité des mutuelles de santé, donc les responsables communaux devront soutenir les mutuelles de santé d'une part et assurer la paix sociale d'autre part.

VI.3.1- Soutien des responsables des communes

Dans le cadre du processus de la décentralisation les responsables communaux ont le devoir d'accompagner les populations locales dans leur volonté à améliorer leurs conditions de vies. En d'autres mots, dans le cadre de cette décentralisation les responsables communaux sont

de plus en plus invités à prendre des initiatives afin d'assurer le bien être des administrés. Ainsi, les responsables devraient contribuer à la bonne marche des structures sans but lucratif telles que les mutuelles de santé dans la mobilisation des ressources financières et matérielles. Le recours à ces structures publiques permettra à la mutuelle de santé de bénéficier non seulement de leurs actions sociales (par exemple l'octroi des médicaments génériques ou des dons d'ordre sanitaire) mais également une certaine crédibilité auprès de ses usagers. Autrement dit, l'appui moral et logistique des acteurs publics joue un rôle fondamental dans la viabilité des mutuelles de santé. Conformément à la volonté politique de l'Etat burkinabé de promouvoir l'assurance santé, les autorités communales devraient en principe s'inscrire dans cette lancée en faisant la promotion de la mutuelle de santé. Cette implication de l'autorité s'avère nécessaire pour renforcer le désir des populations à s'affilier à la mutuelle et de contribuer à son avenir meilleur (LYNNE et al, 2004). Dans le souci d'impliquer activement l'autorité publique, la mutuelle de santé de Kamédji pourrait choisir la Mairie de Koudougou comme un partenaire de soutien.

VI.3.2- Favoriser une cohésion sociale

Pour un développement de la mutuelle de santé ou de toute autre activité, la paix sociale est d'une grande importance. A cet effet, la cohésion sociale constitue un atout majeur dans l'extension et la durabilité de la mutuelle de santé de Kamédji. C'est à ce propos que Wilson fait savoir qu'une situation de politique stable est une condition pour investir dans le domaine de l'assurance. La place des responsables politiques est nécessaire dans l'accompagnement et la survie de la mutuelle. Par exemple dans certains pays, le décollage ou l'émergence des mutuelles de santé s'est fait sous la direction de l'Etat (WAEKENS et CRIEL, 2004).

Par ailleurs, la réussite de la mutuelle de santé dépend en grande partie de l'offre sanitaire. Ainsi, les prestataires des soins de santé jouent un rôle capital dans la pérennisation des mutuelles de santé ; il s'avère nécessaire de définir les tâches qui leur reviennent.

VI.4- Responsabilité des prestataires des soins de santé

Les prestataires de soins de santé devront accompagner la mutuelle de santé en sensibilisant les patients et la population, et en offrant un service de qualité.

VI.4.1- Campagne de sensibilisation de la mutuelle de santé de Kamédji

Les prestataires devront également contribuer à sensibiliser les populations sur la nécessité d'adhérer à la mutuelle de santé afin de susciter d'autres adhésions. En outre, ils devront respecter les clauses du contrat en évitant par exemple, la surprescription en soins de santé. Les prestataires devront se sentir membres de la mutuelle de santé pour créer un engouement autour de celle-ci.

VI.4.2- Offre de service de qualité

Les prestataires devront offrir des soins de qualité et être présent dans le centre de santé, car si les membres bénéficient des soins de qualité, ceux qui étaient réticents seront motivés à adhérer. Selon une étude menée dans la région de Thiès au Sénégal, la qualité des soins de santé permet aux populations d'adhérer très facilement à la mutuelle de santé. Ainsi, les agents prestataires de soins de santé de la mutuelle devront offrir les soins de qualité.

Au delà des prescriptions des soins, il faut qu'il y ait une véritable communication entre le prestataire et les membres. Cette exigence est un facteur qui peut augmenter le taux de souscription, et il en est de même pour la performance du centre de santé (WAEKENS et CRIEL, 2004).

Conclusion du chapitre

En guise de synthèse, après la mise en place de la mutuelle de santé, celle-ci ne se développera de façon durable qu'avec la participation sociale, qui n'est d'autre que la mesure par laquelle les acteurs internes et externes (les organes de gestion de la mutuelle de santé de Kamédji et leurs membres, AMB, prestataires, et autorités locales) s'impliquent et jouent leurs rôles respectifs dans la conception, la création, la promotion de la mutuelle de santé.

CONCLUSION

Mener une recherche scientifique n'est pas une chose aisée. En ce qui concerne ce présent travail, il a été par exemple difficile de rencontrer les professionnels dans les domaines des mutuelles de santé afin de s'inspirer de leurs expériences. Dans la phase de la recherche d'ouvrages portant sur la présente étude, il s'est avéré qu'il y'a un manque d'ouvrages à travers les bibliothèques visitées par contre avec Internet, on retrouve quelques articles qui renseignent sur le thème. Par ailleurs, il nous a été difficile de mobiliser des ressources financières nécessaires à l'étude, notamment pour assurer le transport entre le village de Kamédji et Ouagadougou.

Tout compte fait, les conditions favorables à la mise en place de la mutuelle de santé sont une réalité à travers l'analyse des hypothèses. L'offre et la demande nécessaires et favorables à la mutuelle de santé sont disponibles et les populations sont également disposées à s'inscrire dans la dynamique de l'action collective, c'est-à-dire adhérer à la mutuelle. Cette volonté de la population à travailler ensemble témoigne de l'esprit de la solidarité illustré par les résultats de l'enquête. En un mot, à travers le quatrième chapitre, les résultats de l'étude montrent que les objectifs fixés sont atteints, même s'il y a des signes qui présagent des menaces à la survie d'une éventuelle mutuelle de santé à Kamédji. Mais ces menaces ou risques sont minimisés dans la mesure où ces risques trouvent des esquisses de solutions dans le sixième chapitre de l'étude.

Certes, les conditions sont réunies pour la mise en place de la mutuelle de Kamédji, mais il faut que tous les acteurs se donnent la volonté de travailler activement à la réalisation de ce projet. De plus, les acteurs ou les membres devront avoir un comportement altruiste vis-à-vis des services de cette mutuelle afin que tous les membres puissent être satisfaits. Car l'action collective ne peut être optimale que s'il y a des membres qui ont de tels comportements. Par ailleurs, pour que les mutuelles de santé puissent répondre davantage aux besoins des membres, elles devront être accompagnées par le financement des activités génératrices de revenus pour faciliter l'adhésion des membres ou de nouveaux membres puisque sans revenus, les futurs ou anciens membres ne seront pas capables de s'acquitter de leurs cotisations.

Dans la perspective de la mobilisation des cotisations, les émigrés constituent une source potentielle lorsqu'ils s'engagent à soutenir leurs familles dans leurs cotisations. On peut alors

affirmer que la mutuelle de santé constitue une voie que les émigrés pourraient utiliser pour garantir la santé de leurs familles respectives.

Le présent travail aura permis de déceler les conditions pré-acquis pour la mise en place d'une mutuelle de santé à Kamédji. Néanmoins, ces conditions demeurent insuffisantes en termes de faisabilité. D'où la nécessité de mener une étude de faisabilité pour déterminer de manière exhaustive les coûts de fonctionnements, les taux d'adhésions, les montants des cotisations etc.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRRAGES

1. **BIT, 2002**, “*Guide d’information aux mutuelles de santé en Afrique*”, 2^{ème} édition 71pages.
2. **Jacques Défourny, Patrick Develtret, Bénédicte Fonteneau, 1999**, “*économie sociale au Nord et au Sud*” édition de Boeck, Université, Collection Jalons, ouverture économiques Bruxelles 278 pages.
3. **Souleymane Soulama et Jean Baptiste Zett, 2002** “*économie des Organisations Coopératives et type Coopératif*”, CEDRES- Editions, collection « théories économiques et manuel de cours », Université de Ouagadougou 234 pages.

ARTICLES ET REVUES

4. **CSPS de Kamédji, 2008**, *Cahier de Visite du CSPS*.
5. **CSPS de Kamédji, 2008**, *Plan d’action du 13 pages*.
6. **David M.Dror et Christian Jacquier, 2003**, “*Micro-assurance : élargissement de l’assurance maladie aux exclus*” 29 pages.
7. **Dominique Evrard, 2002**, “*Mutuelle de santé en Afrique : Mouvement émergent ou phénomène de mode*” 11pages.
8. **FEER, 1997**, *Etude de base du village de Kamédji province Bulkiemdé mars 15pages*
9. **Gérard Foulon et Romaric T.Some, 2005**, *Quel système de financement de l’accès aux soins des populations dans les PED le cas des districts de santé au Burkina Faso pp (99 - 110)*. (www.cairn.info > Discipline > Revue > Sommaire - Page).
10. **GTZ : Gôtz Huber, Jurgen Hohmann Kristen Rein Hard, 2003**, *mutuelle de santé 5 année d’expérience en Afrique de l’ouest 80 pages*.
11. **Ilère Ngongang et Sébastien Dandoy, 2008**, “*Couplage entre mutuelle de santé et micro finance comme stratégie de renforcement des systèmes de protection sociale : expériences du Programme d’économie WSM/ FBS en Afrique de l’Ouest*” 7 pages.
12. **Jean Baptiste Zett, 2000**, “*Actualisation de l’inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso version provisoire septembre*” 50 pages.

13. **Lynne Milzer Franco, Cheick Mbengue, 2004**, *“La participation sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal novembre 2004”* pp 3-14°.
14. **Marie-Pia Waelkens et Bart Criel, 2004**, *“Les mutuelles de santé en Afrique Sub-saharienne”* 124 pages.
15. **Ministère de travail et de la sécurité sociale, 2008**, *“Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso version provisoire”* 55 pages.
16. **Patrick Develtrel, Gerlinde Doyen et Bénédicte Fonteneau, 2004**, *Micro assurances et soins de santé dans Tiers- Monde au-delà des frontières* 61 pages.
17. **Stéphane Tizio, 2005**, *“trajectoire socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en Développement : une problématique institutionnelle”* PP 45-50.
18. **UEMOA, 2009**, *“Règlement n°07 / 2009 / CM / UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l’UEMOA”* 25pages.
19. **Weisbrod ,BA,1977**, *“the voluntary Non-profits sector, Lexington Books lexing ,MA”*

ANNEXES

Annexe 1: questionnaire

Nom :.....

Prénom :.....

1. Sexe :.....

1) Masculin / _ / 2) Féminin / _ /

2. Situation matrimoniale

1) Célibataire / _ / 2) Marié / _ / 3) Veuve / _ / 4) Veuf / _ /

Une population cible représentant un potentiel important et ayant confiance au promoteur

1. Quel âge avez-vous ? (âge)

1) Moins de 20ans / _ / 2) 20 à 30 ans / _ / 3) 30 à 40 ans / _ / 4) 50 et plus / _ /

2. Résidez-vous de façon permanente à Kamédji ?

1) Oui / _ / 2) Non / _ /

3. Quel est le nombre de personne à votre charge (ascendance)?

1) Moins de 2 personnes / _ / 2) 2 à 4 personnes / _ / 3) 4 à 6 personnes / _ / 6 personnes et plus / _ /

4. Quel est votre niveau d'instruction ?

1) Alphabétisé / _ / 2) Non alphabétisé / _ / 3) Primaire / _ / 3) Secondaire et plus / _ /

5. Quelles sont vos sources de revenus?

1) Agriculture (élevage, jardinage) 2) Petit commerce (vente de dolo, vente de poissons, vente de karité, vente de « soubala », vente de fagot, couture, vente d'arachide, vente de gâteaux) / _ / 3)

Famille (mari ou femme ou tout membre de la famille) / _ / 4) Autre (tierce personne) / _ /

6. Combien pouvez-vous obtenir selon votre source de revenus ?

1) Agriculture (annuel moyen)

1) Moins de 5000FCFA. / _ / 2) 10000 à 15000FCFA / _ / 3) 15000 à 25000FCFA. / _ / 4) 25000 à 35000FCFA / _ / 5) 45000 et plus. / _ /

2) Petit commerce par mois

1) Moins de 1000 FCFA. / _ / 2) 1000 à 2000FCFA. / _ / 3) 2000 à 3000 FCFA. / _ / 4) 3000 à 4000FCA. / _ / 5) 5000 FCFA et plus. / _ /

3) Famille par occasion

1) De 500 à 5000 FCFA 2) 5000 à 10000 FCFA. 3) 10000 à 15000 FCFA. 4) 15000 à 20000 FCFA. 5) Autre, précisez.....

4) Autre (tierce personne°).

1) Moins de 1000 FCFA 2) 1000 à 5000 FCA 3) 5000 à 9000 FCFA 4) 9000 à 13000 FCFA. 5)

Autre, précisez.....

7. Avez-vous une connaissance d'une mutuelle de santé ?
1) Oui / _ / 2) Non / _ /
8. La mutuelle de santé un système de protection sociale basé sur la cotisation des membres, l'entraide et la solidarité des membres afin de faire face aux risque maladies. Etes-vous disposez à adhérer à une telle structure ?
1. oui / _ / .pourquoi.....
2. non / _ / pourquoï
9. combien êtes-vous disposer à payer pour adhérer à la MS ?
1) Moins de 200FCFA / _/2) 200 à 300FCFA / _/3) 300 à 400 FCFA / _ / 4) 400 à 500FCFA / _ / 5) 500FCFA et plus / _ /
10. Etes –vous prêt à cotiser combien dans l'année pour la mutuelle de santé ? (capacité contributive)
1) moins 1000FCFA / _/ 2)1000 à1500 FCFA/_/3)1500 à 2000FCFA / _/ 4) 2000FCFA et plus / _/
11. Quelle est la forme d'adhésion préférez-vous ? (forme d'adhésion)
1) Individuel / _/ 2) Par groupement ou famille/_ /
3) Autre précisez.....
12. Quels sont les types de maladies que vous aimeriez vous couvrir ? (risque à couvrir°)
1) Consultations curatives / _/2) Soins préventifs / _/3) Accouchement / _/4) Petites hospitalisations/_/5) Petites chirurgies. / _/6) Transport / évacuation / _/7) Chirurgie. / _/
13. Connaissez- vous Action Micro Barrage
1) OUI/_ / 2) Non / _ /
14. Comment avez- vous appris à connaître l'ONG Action Micro Barrage ?
1) Par ses actions dans le village / _/ 2) attendu parlé de la structure / _/
15. Pensez-vous que cette structure est à même de mettre en œuvre une MS à Kamédji ?
1. Oui / _ / pourquoi ?.....
2. Non / _ /
16. Aimerez-vous que la mutuelle soit gérée par qui ? (gérant de la mutuelle de santé)
1) Par AMB/_ / 2) Par les membres/_ / 3) Autre précisez/_ /

Demande de soins de santé

-
17. Quels types de soins faites-vous recours en cas de maladie? (forme de soins)
1. Médecine traditionnelle / _/ pourquoi.....
2. Médecine moderne / _ / pourquoi
3. Médecine traditionnelle et moderne / _ /
18. Quel est le centre de santé faites-vous recours en cas de maladies ?
1) CSPS de Kamédji / _ / 2) CSPS de Goundi / _ / 3) centre socio sanitaire « Lafi singa » / _ /
19. Rencontrez-vous des difficultés pour accéder aux soins de santé ?
1. Oui / _ / pourquoi ?.....

2. Non /_ / pourquoi ?.....
20. Quelles sont vos difficultés dans votre demande de soins ?
 1) Financière /_ / 2) Socioculturel/_ / 3) Localisation géographique/_ /4) Qualité de soins/_ /
 5) Autre précisez.....
21. Comment financez-vous vos soins de santé ?
 1) Fonds propre/_ / 2) Famille/_ / 3) Emprunt/_ / 4) Tierce personne/_ /
22. Etes-vous satisfait de l'accueil des agents de la santé du CSPS ?
 1. Oui /_ / pourquoi
 2. Non/_ / pourquoi
23. Quelle est votre appréciation des soins reçus ? (appréciation de soins)
 1) acceptable/_ / 2) Bon /_ / 3) Mauvais /_ /

Existence des pratiques de solidarité entre les populations

24. Etes-vous membre d'un quelconque groupe de solidarité ? (membre d'un groupe)
 1) Oui /_ / 2) Non /_ / pourquoi.....
25. Êtes-vous à jour de vos cotisations ?
 1) Oui /_ / 2) Non /_ / pourquoi.....
26. Est-ce que vous participez aux différentes activités de votre structure ?
 1) Oui /_ / 2) Non/_ /pourquoi.....
27. Est-ce que vous participez à la prise des décisions dans votre organisation ?
 1) Oui /_ / 2) Non /_ /
28. Arrivez-vous à venir en aide à celui qui vous sollicite quelque chose ?
 1) Oui/_ / 2) Non /_ /
29. Est-ce que vous rendez visite aux personnes affligées, malades endeuillées
 1) Oui /_ / 2) Non /_ /
30. Participez-vous aux prises des décisions ou activités organisés par le Comité Villageois du Développement ?
 1) Oui /_ / 2) Non /_ /

Merci pour votre disponibilité

Annexe 2

Annexe 2 : L'illustration de la faiblesse de la taille des mutuelles de santé

Nom de la mutuelle	Nombre de bénéficiaires inscrits
Laafi la Bumbu de TOEGUIN	204
Laafi Soul Wend Panga	337
Mutuelle de Saaba	329
Mutuelle de santé de Munyu	329
Mutuelle de santé de Niou MUSAN	413
Mutuelle LAAFI SOANGDA du Sect 29	322
Mutuelle Nationale de Santé des Etudiants du Burkina Faso	1 032
Mutuelle Songtaaba de Bousse	382
Song Taaba Laafi Sull de Komki Ipala	706
Song Taaba/ Komsilga	201
Way Tid LAAFI Watibla	257

Source concertation 2007