

UNIVERSITE OUAGA II

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

ANNÉE ACADÉMIQUE 2009-2010



## **MEMOIRE**

*EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE MAÎTRISE EN ECONOMIE ET GESTION DES ENTREPRISES  
D'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE*

## **THEME**

**STRATEGIE DE COMMUNICATION DANS UNE  
MUTUELLE DE SANTE : CAS DE LA MUTUELLE DE  
SANTE URBAINE 'LAAFI BAORE'**

**Présenté et soutenu publiquement par :**

NOMBRE Boureïma

**DIRECTEUR DE MEMOIRE :**

Drs Issa SARAMBE  
Enseignant-chercheur à l'Université  
Ouaga II, UFR/SEG

**MAITRE DE STAGE :**

M. Marcel ZANTE  
PCA DE LA MSU/LB

SEPTEMBRE 2011

## Dédicace

---

**A la mémoire de ma mère, trop tôt partie,  
A ma famille qui m'a toujours soutenu,  
A ma grand sœur à qui je dois beaucoup ici à Ouagadougou.**

## Remerciement

---

La rédaction de ce mémoire est le fruit de plusieurs années d'enseignements et de plusieurs mois de recherches.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mon Directeur de mémoire Drs Issa SARAMBE qui, tout de suite a été intéressé par le projet de ce travail qu'il n'a pas manqué d'encourager et d'éclairer durant tout le processus de rédaction.

Mes remerciements vont à l'endroit de toute la famille NOMBRE, particulièrement à mon père qui n'a jamais cessé de me soutenir.

Mon mémoire a bénéficié des commentaires et suggestions constructifs des amis(es) et proches dont je me garde de citer les noms de peur d'en oublier. C'est l'occasion pour moi de leur exprimer ma profonde gratitude.

Je n'oublierais pas de remercier le conseil d'administration de Laafi Baoré notamment M. Marcel ZANTE et à toute l'équipe du RAMS-BF qui m'ont permis d'avoir un cadre favorable pour mener cette étude.

Toute ma gratitude à l'équipe du laboratoire d'Economie Publique Sociale et Solidaire (LEPSS) qui travail et qui continu d'œuvrer à promouvoir l'économie sociale et solidaire au Burkina Faso.

A Feu le Pr Souleymane SOULAMA père fondateur de la filière MEGEES et enfin à tous les camarades de classe de qui j'ai reçu beaucoup de conseils.

*Je souhaite que Allah me guide près de ce qui est correcte*

## Table des matières

Dédicace .....	i
Remerciement.....	ii
Table des matières .....	iii
Liste de tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
Sigles et abréviations.....	vii
Introduction .....	1
Chapitre I: PROBLEMATIQUE DE LA COMMUNICATION DANS L'ADHESION AUX MICROASSURANCES SANTE (MAS).....	4
I. Contexte d'émergence des MAS au Burkina Faso .....	4
I.1. Évolution des modes de financement de la santé.....	4
I.2. Une défaillance du marché de l'assurance au Burkina Faso.....	5
I.3. Une défaillance de l'Etat en terme de couverture sociale, sanitaire et infrastructurelle.....	7
I.4. Limites de la solidarité et de l'entraide .....	9
I.5. Le contexte politique marqué par un projet d'assurance maladie universelle (AMU) 10	
II. Définition et concept des mutuelles de santé .....	10
II.1. Définition de la mutuelle de santé .....	10
II.2. Principes de base d'une mutuelle de santé .....	11
II.3. Développement mitigé des mutuelles de santé au Burkina Faso.....	13
II.3.1. Evolution numérique des mutuelles.....	13
II.3.2. Taux d'adhésion dans les mutuelles.....	14
III. Les problèmes de communication dans les organisations et la communication à la MSU/LB .....	15
III.1. Définition de la communication .....	15
III.2. Importance et difficulté de la communication dans les organisations Burkina Faso .....	15
III.3. La communication à la MSU/LB.....	17
III.3.1. Présentation de la MSU .....	17
III. 3.1.1. Naissance, instances et organes de la MSU/LB.....	17
III. 3.1.2. Contexte de création et prestations de la MSU/LB.....	19
III.3.1.3. Conditions d'adhésion et conditions de prise en charge .....	20
III. 3.1.4. Partenaires .....	20
IV. Enjeux de la communication pour la MSU/LB.....	21
V. Les problèmes de communication de la MSU/LB.....	22
VI. Le plan de communication et les résultats mitigés .....	22
Chapitre II : CADRE THEORIQUE ET METHOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION .....	26
I. Théorie de la communication.....	26
I.1. Principes de base de la communication.....	26
I.2. Eléments de la communication .....	26
II. La communication interpersonnelle (CIP) .....	27

II.1. Objectifs de la CIP .....	28
II.2. Avantages et inconvénients de la CIP .....	28
II.2.1 L'émetteur .....	29
II.2.2. Le récepteur .....	29
II.2.3. Le canal .....	30
II.2.4. Le message .....	30
II.2.5. Le feed-back .....	30
III. La méthodologie et techniques de collecte des informations.....	31
IV. L'outil de traitement des données .....	33
Chapitre III : ANALYSE DES DONNEES ET PRESENTATION DES RESULTATS ....	34
I. Diagnostic de la MSU/LB .....	34
II. Analyse SWOT .....	36
III. Présentation des actions pour la promotion de la MSU/LB .....	39
III.1 Concertation avec les agents de santé .....	39
III.2 Sorties d'information et de sensibilisation .....	41
III.3 Séances d'informations et de sensibilisation dans les associations et entreprises. ....	41
III.4 Spots et émissions télé et radio .....	42
IV. Analyse du bilan obtenu après les campagnes de communication .....	42
Chapitre IV : CADRE LOGIQUE ET STRATEGIE DE LA COMMUNICATION DE LA MSU/LB .....	45
I. Cadre logique de la stratégie de communication .....	45
II. Cadre opératoire de la stratégie : ressources et financement de la stratégie.....	46
II.1 Ressources humaines et matérielles .....	46
II.2 Financement de la stratégie .....	47
III. Proposition d'activités à mener.....	47
III.1. Activités visant les formations sanitaires conventionnées.....	47
III.2 Activités visant le public cible : les VAD, les entreprises, les associations et autres structures assimilées.....	50
III.3 Activités visant les médias .....	52
III.4 Activités de plaidoyer visant les autorités et autres partenaires .....	53
CONCLUSION .....	55
BIBLIOGRAPHIE .....	58
GLOSSAIRE .....	61
ANNEXES 1: Formations sanitaires publiques .....	I
ANNEXE 2: Tableau de sections de la MSU/LB .....	I
ANNEXE 3: Cartographie des mutuelles sociale au Burkina Faso .....	II

## Liste de tableaux

---

Tableau 1: incidence (en %) et seuil (en FCFA) de la pauvreté au Burkina.....	9
Tableau 2 : Evolution numérique des mutuelles au Burkina Faso en pourcentage.....	14
Tableau 3 : Estimation du taux de pénétration des mutuelles sociales .....	14
Tableau 4 : liste de membres fondateurs de la MSU/LB .....	18
Tableau 5 : Matrice des problèmes de communication.....	22
Tableau 6 : Forces et Faiblesses de la mutuelle .....	37
Tableau 7 : Opportunités et Menaces de la mutuelle .....	38
Tableau 8 : Acteurs ayant participé à la concertation avec les agents des FSC .....	40
Tableau 9 : Etat des adhésions par section en 2010 .....	42

## Liste des figures

---

Figure 1: Schéma illustratif des principes de la mutualité .....	1
Figure 2: nouveaux bénéficiaires suite à l'action de la communication.....	43
Figure 3 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'avril 2007 à décembre 2010.....	44
Figure 4 : Illustration des avantages liés à la relation mutuelle de santé-formation sanitaires .	46

## Sigles et abréviations

---

<b>AG</b>	Assemblée Générale
<b>AGK</b>	Association des Garagistes du Kadiogo
<b>AESK</b>	Association des Entrepreneurs Soudeurs du Kadiogo
<b>AMU</b>	Assurance Maladies Universelle
<b>ASY</b>	Association Song taaba Yalgré
<b>BIT</b>	Bureau International du Travail
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CARFO</b>	Caisse Autonome des Retraités des Fonctionnaires
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIMA</b>	Conférence Interafricaine des Marchés d'assurance
<b>CIP</b>	Communication Interprofessionnelle
<b>CNTB</b>	Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina
<b>CM</b>	Centre Médicale
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
<b>COGES</b>	COmité de GESTion
<b>CSLP</b>	Centre Stratégique de Lutte contre la pauvreté
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>FFOM</b>	Forces Faiblesses Opportunités et Menaces
<b>FSC</b>	Formation Sanitaire Conventionnée
<b>GA</b>	Générale des Assurances
<b>IB</b>	Initiative de Bamako
<b>MAS</b>	Micro assurance Santé
<b>MDS</b>	Mutuelle de santé
<b>MEG</b>	Médicament Essentiel Générique
<b>MUFEDE-B</b>	Mutualité Femme et Développement du Burkina
<b>MSU-LB</b>	Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré
<b>MFPTSS</b>	Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OST</b>	Office de Santé des Travailleurs

<b>PAC</b>	Personne à Charge
<b>PAS</b>	Programme d'Ajustement Structurelle
<b>PNPS</b>	Programme Nationale Protection Sociale
<b>PVD</b>	Pays en Voie de Développement
<b>RAMS-BF</b>	Réseaux d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso
<b>RMO</b>	Radio Municipale de Ouagadougou
<b>RTB</b>	Radiodiffusion Télévision du Burkina Faso
<b>SCADD</b>	Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable
<b>SONAR</b>	Société Nationale d'Assurance et Réassurance
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>STEP</b>	Stratégie et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
<b>SWOT</b>	Strenght Weakness Opportunities Threat
<b>UG</b>	Unité de Gestion
<b>UNICEF</b>	Organisation des Nation Unie pour l'Education et l'Enfance

## ***Introduction***

Au Burkina Faso comme partout ailleurs en Afrique, le problème de financement des soins de santé se pose et l'inaccessibilité financière touche une grande partie de la population. L'Etat n'est plus à mesure de financer seul les soins de santé de la population.

Face à cette situation, les pays africains ont réorienté avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, leur politique en matière de soins de santé primaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako<sup>1</sup>. La population est appelée désormais à contribuer dans le financement de leurs soins de santé.

Ainsi, dans les années 1990, les populations exclues des systèmes de protection sociale et les acteurs internationaux du développement se sont mobilisés afin de trouver des solutions au double défi de l'amélioration de la santé et du financement durable des soins, en particulier en Afrique. Une attention particulière a été accordée aux capacités d'innovation que pouvaient offrir des acteurs autres que l'Etat : les communautés, les organisations d'employeurs et de travailleurs, les institutions de micro-finance, les mutuelles de santé. Ces dernières sont apparues comme une forme d'organisation particulièrement bien adaptée pour mettre en œuvre des mécanismes de protection contre les risques liés à la maladie. Elles associent en effet les pratiques traditionnelles d'entraide et de solidarité aux mécanismes de l'assurance et présentent ainsi un réel potentiel pour améliorer de manière significative l'accès aux soins et diminuer le risque financier lié à la maladie.

C'est dans cette perspective qu'il a été créé à Ouagadougou en juin 2006 sous l'égide du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (RAMS/BF), la Mutuelle de Santé Urbaine Laafi Baoré (MSU/LB). La mission première de la MSU/LB est de faciliter l'accessibilité de la population à des soins de santé de qualité, à moindre coût. Pour ce faire, elle a donc signé des conventions avec vingt quatre (24) centres de santé dans la commune de Ouagadougou allant du niveau inférieur Centre de Santé et Promotion Sociale (CSPS) au niveau supérieur Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Dans ces formations sanitaires, les frais médicaux des bénéficiaires sont pris en charge à hauteur de 70%. En se basant sur les conditions d'accès favorables à la mutuelle et malgré la faiblesse des revenus de la majorité de la population l'on devrait s'attendre à une adhésion massive à la MSU/LB. Cela n'est pas le cas, le bilan après quelques années de fonctionnement est mitigé.

---

<sup>1</sup> L'initiative de Bamako date de depuis 1987 lors de la rencontre des chefs d'Etat de la sous région sur les questions de santé et adoptée au Burkina Faso en 1994

En trois années de fonctionnement, (de 2007 à 2010), les résultats de la MSU/LB en terme de croissance d'adhésion restent en deçà des attentes.

Au 31 décembre 2009, la mutuelle comptait 888 bénéficiaires dont 502 adhérents et au cours de l'année 2010 elle a enregistré 209 nouveaux bénéficiaires dont 72 adhérents. En examinant les résultats atteints on note qu'ils sont mitigés malgré les efforts des promoteurs. Le taux de recouvrement est faible (27%). Le nombre de bénéficiaires à jour des cotisations n'a jamais excédé la barre de 300 personnes par mois. Cette situation d'échec nous amène à nous interroger sur les facteurs explicatifs d'adhésion des individus à cette organisation. Selon la littérature les principaux facteurs d'adhésion sont entre autre le niveau de revenu, la qualité des soins, la confiance aux dirigeants, la qualité de la communication avec la population. Dans le cadre de cette étude nous nous intéresserons à la communication comme outil de sensibilisation et de mobilisation pour l'adhésion de la population à la MSU/LB. D'où la question principale de recherche de la présente étude : Quel est l'impact de la communication dans l'adhésion à la MSU/LB?

Plus spécifiquement il s'agit des questions suivantes :

- ✓ Quel est l'objet de la communication de la MSU/LB, sur quoi porte t-il ?
- ✓ Le public cible identifié par la MSU/LB est il pertinent ?
- ✓ Quels sont les matériels et canaux de communication utilisés pour la sensibilisation et l'adhésion à la MSU/LB?

L'objectif général de ce présent travail est d'étudier la mise en place d'une stratégie communicationnelle efficace pour la MSU à même d'augmenter son taux d'adhésion.

L'atteinte de cet objectif se fera par la définition et la réalisation des objectifs spécifiques suivants :

- ✓ Analyser l'objet et le type de la communication pour le public cible.
- ✓ Analyser le public cible pour une communication réussie.
- ✓ Analyser les matériels et les canaux de communication adaptés à ce public.

Pour mener à bien notre étude nous avons défini les hypothèses suivantes:

H 1 : Une campagne de proximité dans la sensibilisation est efficace pour l'adhésion.

H 2 : Une communication qui tend à renforcer la confiance du public en la MSU entraîne une augmentation du taux d'adhésion.

H 3 : Les matériels (vidéo projecteurs, dépliants, autocollants,...) et les canaux de communication (presse écrite, radio, pancartes, télévision, ...) utilisés sont adaptés au public cible.

Le présent travail est structuré en quatre chapitres. Le premier chapitre intitulé problématique de la communication dans l'adhésion aux micro assurances de santé retrace l'émergence de la mutuelle de santé et l'impact de la communication dans l'adhésion des membres dans ses organisations et plus particulièrement dans la mutuelle de santé Laafi Baoré. Le second chapitre intitulé cadre théorique et méthodologique de la communication fait ressortir d'une part la notion de la communication dans son ensemble et son application dans les mutuelles de santé. D'autre il explique la démarche suivie pour la collecte des informations et les techniques de traitement de ces données recueillis sur le terrain. Analyse des données et présentation des résultats, chapitre 3, comme son nom l'indique aborde l'analyse des informations collectées et présente les résultats qui en découlent. Enfin le chapitre 4, cadre logique et stratégie de la communication, propose une stratégie de communication en se basant sur les forces et les faiblesses de la MSU/LB.

## ***Chapitre I: PROBLEMATIQUE DE LA COMMUNICATION DANS L'ADHESION AUX MICROASSURANCES SANTE (MAS)***

Dans ce chapitre, il sera question de retracer l'évolution des modes de financement de la santé en Afrique et plus spécifiquement au Burkina Faso. Ensuite, nous nous attarderons sur le contexte dans lequel a évolué la mutuelle de santé Laafi Baoré et les principales difficultés d'ordre communicationnel qui minent son fonctionnement.

### ***I. Contexte d'émergence des MAS au Burkina Faso***

L'émergence et le développement des MAS au Burkina Faso sont marqués par un ensemble de contextes. Les plus importants sont entre autres : l'évolution des modes de financement de la santé, la défaillance du marché de l'assurance, celle de l'Etat en terme de couvertures sociale, sanitaire et infrastructurelle, la pauvreté de la population et enfin les limites de la solidarité et de l'entraide au sein de la population.

#### ***I.1. Évolution des modes de financement de la santé***

Au Burkina Faso comme partout ailleurs en Afrique subsaharienne, les soins de santé étaient gratuitement administrés aux populations jusqu'à la veille des indépendances. Les raisons évoquées de cette pratique étaient qu'une gratuité des soins aux populations augmenterait non seulement la demande de soins mais aussi le revenu de cette population (B. Fontenau 1999 ; Van Lerberghe W et V. de Brouwer, 2000). Mais cette pratique n'aurait pas engendré de résultats satisfaisants. Pour François Perroux, (1961) de tous les besoins vitaux à satisfaire, la santé constitue un domaine fondamental. Il convient de ce fait d'injecter d'importantes ressources dans ce domaine pour assurer une protection à toute la population.

Au début des années 90, la plupart des pays en voie de développement (PVD) en Afrique abandonnent leur pratique de gratuité des soins et s'inscrivent dans le cadre du programme d'ajustement structurel (PAS). On assiste dès lors à un retrait progressif des Etats dans la gestion de santé de la population.

L'application des PAS n'a pas été sans effet. L'offre de soin a baissé de manière quantitative et qualitative. On note aussi une inefficacité des ressources humaines et matérielles disponibles et une réduction de la population bénéficiaire. Les conditions d'accès aux soins n'étaient pas à la portée de tous. Shaw et Griffin, (1995) préconisaient pour cela le principe de partage des coûts comme moyen pour venir à bout de ce problème d'exclusion. La Banque Mondiale dans la même lancée recommandait elle aussi l'inclusion du principe de

recouvrement des coûts de prestations des services de santé par le secteur public dans l'optique d'améliorer l'offre de soins dans les PVD. L'application de ce principe a été consacrée en 1987 au Mali avec l'Initiative de Bamako (IB) qui s'affirmait comme une stratégie visant à relancer la politique de la promotion des soins de santé primaire (SSP) adoptée auparavant en 1978 à Alma Ata au Kazakhstan.

L'idée de l'IB était d'impliquer la population dans la gestion et la prise en charge de leurs soins de santé. Cela pour leur faciliter l'accès aux médicaments essentiels génériques (MEG) et faciliter aussi leur disponibilité. Un comité de gestion des centres de santé (COGES) sera mis en place et géré toujours par la population. La mise en œuvre de l'IB a commencé en 1992 (Ridde, 2005).

Notons que l'application de l'IB a eu un résultat encourageant à travers la création des comités de bases, l'apparition et la mise à la disposition de la population davantage de médicaments de base et génériques. Mais il faut souligner que bien de chose restent encore à satisfaire. On note cependant une hausse du coût moyen de soins de santé provoquant encore une fois, une exclusion de la population à faible revenu malgré l'amélioration qualitative de l'offre (Shaw et Griffin, 1995 ; Ridde 2001 ; Schneider et Diop 2001 ; Develtère et al 2003 ; Fonteneau, 2003). Foirry (2001) affirme aussi que " le principal constat que l'on peut faire au bout de 10 ans est le suivant : la priorité donnée par l'IB à l'amélioration de l'accessibilité physique, de la disponibilité en médicaments, des ressources humaines et financières a rendu plus évident le caractère inachevé de la réforme des soins de santé primaires. Car ce qui compte fondamentalement en matière de santé, c'est que la fréquentation des formations sanitaires augmente et que l'état de santé des populations s'améliore. Dans ces deux domaines, l'IB a historiquement échoué ".

Tel que initié à Bamako, l'IB n'a pas atteint tous ses objectifs. A cela s'ajoute une défaillance sur le marché du système d'assurance.

### ***1.2. Une défaillance du marché de l'assurance au Burkina Faso***

En plus de l'échec de l'IB, il faut aussi imputer l'inaccessibilité aux soins de santé au marché de l'assurance santé. On note une faible couverture sociale et sanitaire et une faible accessibilité de la population aux soins privés offerts par le marché.

Certaines entreprises purement commerciales et capitalistes marquent leur présence dans le domaine de l'assurance santé au Burkina Faso. En 2005, on comptait six (06) sociétés d'assurances de dommage (SONAR, RAYNAL.SA, GA, AGF Burkina Assurances, COLINA

Assurances, l'UAB) et quelques unes spécialisées dans les assurances de personnes (SONAR, AGF assurances, et l'UAB). Cette spécialité est règlementée par le code CIMA (Conférences Interafricaine des marchés d'Assurances) en vigueur depuis 1995 et ratifié par le Burkina Faso. Selon le CIMA les sociétés d'assurance ne sont plus autorisées à pratiquer les assurances mixtes.

Intéressons nous de ce faite au public cible de ces institutions.

Les services offerts par ces sociétés sont limités en effet à un public bien déterminé. Ce public est constitué des entreprises, des ONG, des associations, de quelques ménages et particuliers ayants un revenu élevé.

Quatre niveaux de limites entachent le bon fonctionnement des sociétés d'assurance privée. Selon Soulama et Zett (2008) on note :

- *la localisation géographique, qui révèle une relative exclusion des zones rurales. Les populations des zones rurales sont de plus en plus exclues de l'offre de soins. Ce sont les grands centres comme Ouagadougou et Bobo Dioulasso qui sont couverts par ces assureurs ;*
- *le niveau élevé de cotisations, qui exclue la majorité des ménages. Moins d'un pour cent (1%) de la population burkinabè est couverte par ces services (STEP/BIT, 1995). En raison de leur faible capacité contributive les ménages à revenu faible sont d'emblée exclus ;*
- *la surfacturation des prestataires. Les assurés font face à une surfacturation dans les formations sanitaires. Ils payent au moins 50% plus cher que les non assurés dans les cliniques privées. L'assuré se trouve de ce fait pénalisé ;*
- *la non maîtrise du coût de revient lié aux opérations de l'assurance santé constitue un facteur de défaillances des sociétés d'assurance. Pour Soulama et Zett (2008), « la non maîtrise du coût de revient est le principal facteur explicatif de la faible rentabilité de la branche santé se référant non seulement à la question de la tarification dans un contexte où la branche maladie est conçue plus comme un **produit d'appel** devant permettre le développement des autres banches ».*

Les défaillances du marché de l'assurance de santé ne sont pas sérieusement résorbées par les dispositifs assurantiels, sécuritaires de l'Etat burkinabè qui présente aussi des faiblesses en matière de couverture sociale en direction de la population.

### *1.3. Une défaillance de l'Etat en terme de couverture sociale, sanitaire et infrastructurelle*

Notons aussi qu'en plus de l'incapacité des sociétés privées à assurer la couverture sanitaire des populations, l'Etat burkinabè est aussi frappé par son incapacité à combler ce déficit. La couverture sociale et sanitaire est par conséquent faible. Les principaux bénéficiaires de la couverture étatique sont généralement les fonctionnaires et les contractuels de l'Etat ainsi que les agents des collectivités territoriales d'une part et des agents du secteur privé d'autre part. Ce sont généralement les risques professionnels à savoir les accidents et les maladies professionnelles qui leur sont offerts.

Trois institutions offrent ces services ici au Burkina Faso à savoir : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Caisse Autonome de Retraite de Fonctionnaires (CARFO) et l'Office de Santé des Travailleurs (OST).

Les ressources de la CNSS sont issues d'un système de prélèvement obligatoire sur les salaires dans le privé. Elle couvrait en (2006), 175 317 travailleurs salariés sur un effectif estimé à plus de 360 000 personnes soit un taux de couverture de 48%. Les cotisations sociales obligatoires étaient de 17,853 milliards de fcfa en 2003 et de 29,329 milliards de Francs CFA en 2007.

La CNSS ne couvre au total que la moitié des travailleurs salariés du secteur formel, soit à peine 1% de la population. Les travailleurs du secteur informel et autres non salariés se trouvent ainsi exclus.

Tout comme la CNSS, les cotisations de la CARFO sont obligatoires. Le taux de couverture est aussi faible et ne se limite qu'aux salariés de la fonction publique. En 2007, la CARFO comptait 86 700 cotisants civils et prend en charge 14700 retraités et 11700 conjoints survivants sur une population estimée à environ 13 millions de personnes, avec un taux de couverture de 0,87%<sup>2</sup> de la population totale du pays en 2007.

Quant à l'OST, bien qu'étant une structure de prestation de services sanitaires, elle enregistre tout de même une couverture beaucoup limitée qui se confine aux employés des entreprises et services à caractère privé et parapublic. La protection contre la maladie offerte par l'OST ne concerne qu'une minorité de la population. En effet, elle ne couvrirait qu'environ 100 000

---

<sup>2</sup> Ce taux est obtenu en faisant le rapport du total des bénéficiaires de la CARFO qui est de 113100 (86 700 cotisants civils + 14700 retraités + 11700 conjoints) sur la population totale estimée en 2007 à 13 millions de personnes.

bénéficiaires au total. Selon Soulama et Zett, (2008) en ajoutant les fonctionnaires, on totalise au maximum un public bénéficiaire de 150 000 personnes, soit moins de 1% de la population.

Le faible taux de couverture sociale de l'Etat se justifie par le fait qu'elle se limite aux salariés de la fonction publique, aux agents des entreprises parapubliques et à quelques salariés du secteur privé. Le taux de couverture sociale est estimé à seulement 9% de la population totale burkinabè (STEP/BIT, 1995 ; Concertation, 2004). La population exclue des systèmes de couverture sociale est d'environ 80%.

Cette situation qui s'explique par, l'élaboration d'une politique<sup>3</sup> nationale de protection sociale au Burkina Faso (PNPS) (*Banque Mondiale, 2005*).

L'on remarque qu'en plus de cette faiblesse il y a un manque d'infrastructures et de personnel aussi bien en quantité qu'en qualité. Selon l'OMS dans son rapport 2007, certains pays ont plus de peine que d'autres à faire face efficacement aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire du fait qu'ils manquent des ressources nécessaires, que leurs infrastructures sanitaires se sont effondrés par suite de l'insuffisance des investissements et de la pénurie de personnels sanitaire dûment formés. A cela s'ajoute le contexte économique caractérisé par la pauvreté de la population. Et celle vivant en dessous du seuil de pauvreté se trouve défavorisée.

Le rapport du CSLP (2003) donne les résultats suivants : « sur la base d'un seuil absolu de pauvreté estimé à 82 672 F CFA en 2003 contre 72 690 FCFA par adulte et par an en 1998, la proportion des pauvres est passée de 45,3% à 46,4%, soit une aggravation de 1,1 point.

---

<sup>3</sup> Cette politique est basée sur un cadre stratégique composé de cinq axes classés par ordre de priorité: 1) Renforcement du cadre institutionnel et juridique ; 2) Protection sociale des populations indigentes ; 3) Couverture des travailleurs du secteur informel ; 4) Appui à l'extension de la protection sociale par l'intermédiaire des mutuelles et micro assurance santé ; 5) Amélioration de la couverture sociale déjà existante. Le 4<sup>ème</sup> axe est relatif à l'appui à l'extension de la protection sociale par les MAS pour les secteurs informel, formel et les indigents) se décline en cinq points : renforcement des capacités des structures d'appui à la mise en place des MAS; intensification de l'Information, de la sensibilisation des différents acteurs sur les MAS; élaboration et adoption d'une législation spécifique des mutuelles ; renforcement du cadre de concertation entre les acteurs d'appui aux MAS; mise en place d'un comité multisectoriel de promotion et d'appui. Malgré ce contexte théorique favorable à l'émergence des mutuelles de santé, les actions concrètes de sa matérialisation sur le terrain n'ont pas suivies. Et jusqu'à nos jours, au Burkina Faso, les mutuelles de santé ne sont pas dotées d'un cadre législatif même si cela est en cours.

Comparativement à 1994, elle s'est globalement accentuée de 2 points. En 1994, l'incidence de la pauvreté était estimée à 44,5% pour un seuil de 41 099 FCFA par adulte et par an. Les indices relatifs à la gravité de la pauvreté ont aussi légèrement augmenté, indiquant que les pauvres se sont davantage éloignés du seuil de pauvreté ». Toutes ces données sont résumées dans le tableau suivant.

**Tableau 1: incidence (en %) et seuil (en FCFA) de la pauvreté au Burkina**

Indicateurs	1994	1998	2003	2004	2005	2006	2007
Indice de la pauvreté (%)	44,5%	45,3%	46,4%	46,6*	43,0*	42,1	42,6*
Incidence urbaine	10,4	16,5	19,9	18,6*	18,0*	16,8*	16,6*
Incidence rurale	51,0	51,0	52,3	50,6*	48,9*	48,2*	49,1*
Contribution urbaine	3,8	6,1	7,8	ND	ND	ND	ND
Contribution milieu rural	96,2	93,9	92,2	ND	ND	ND	ND
Seuil national de la pauvreté	41 099	72 690	82 672	82 347	87 609	89 712	91 598

*Source* : Drs SARAMBE (à partir de données de 1994, 1998, 2003 à 2008 de l'INSD, CSLP, du Ministère de l'économie et du développement et du PAMS).

Aux défaillances de l'Etat, du marché et de la pauvreté croissante s'ajoute l'affaiblissement de la solidarité et de l'entraide qui autrefois constituaient, un véritable socle des valeurs sociales au Burkina Faso.

#### ***1.4. Limites de la solidarité et de l'entraide***

Ces deux notions doivent être abordées de façon distincte. L'entraide repose sur le principe de réciprocité attendue de l'aide, alors que la solidarité s'exprime plutôt envers les plus démunis, sans rien attendre en retour de la part du bénéficiaire. La solidarité s'inscrit cependant au sein d'un système complexe de droits et d'obligations. Mais de nos jours, selon Platteau (1998), la plupart des systèmes traditionnels d'entraide ont souvent été érodés ou affaiblis en raison notamment de l'impact conjoint de la pénétration du marché, de la croissance de la population et de l'aggravation de la pauvreté. Pour Ridde, (2005) le contexte est certes marqué par une solidarité africaine plus évidente qu'en occident, mais seulement que celle-ci est dynamique et sélective

### ***1.5. Le contexte politique marqué par un projet d'assurance maladie universelle (AMU)***

Le contexte actuel est marqué par la volonté du gouvernement burkinabé qui a engagé depuis 2008, une réflexion sur la mise en œuvre d'une politique d'assurance maladie à vocation universelle. Ce projet d'Assurance maladie universelle (AMU) qui est piloté par le Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS) met en bonne position les mutuelles de santé. Les mutuelles auront pour rôle la diffusion de l'information et l'affiliation des assurés<sup>4</sup>.

Après avoir situé le contexte d'émergence des MAS, venons-en à présent à la problématique relative à leur développement numérique limité et à la faible adhésion des populations synonyme d'une utilité économique apparemment négligée par le public cible.

Mais avant d'aborder le développement et la faible adhésion du public cible des MAS nous allons nous attarder sur une forme de MAS qui est la mutuelle de santé

## ***II. Définition et concept des mutuelles de santé***

Il existe une pléiades de mutuelles de santé ayant un même objectif celui de permettre aux membres de bénéficier des soins de santé à moindre coût. Mais qu'est ce qu'une mutuelle de santé? Quels sont les fondements d'une telle organisation?

### ***II.1. Définition de la mutuelle de santé***

Une mutuelle de santé est une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et à leur profit, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé.

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 portants, entre autres, sur les tarifs et la qualité des soins.

---

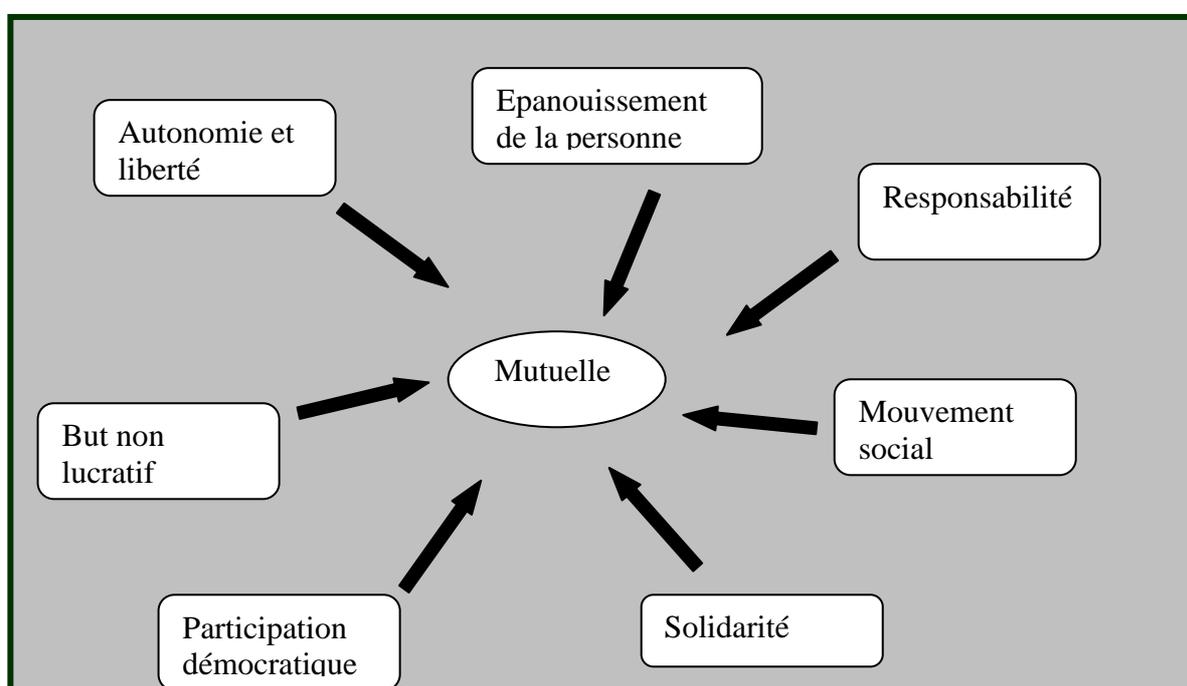
<sup>4</sup> La population du secteur informel

## II.2. Principes de base d'une mutuelle de santé

Pour favoriser le versement régulier de cotisations et pour éviter des abus, les responsables de chaque mutuelle fonctionnelle devront bien informer les membres des principes de fonctionnement de l'organisation

Une mutuelle est une composante essentielle de l'économie sociale, avec le mouvement coopératif et mouvement associatif. Elle fonctionne suivant un certain nombre de principes fondamentaux dont la solidarité et la participation démocratique sont les deux pierres angulaires.

Figure 1: Schéma illustratif des principes de la mutualité



*Source: guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*

### Principe n°1: La solidarité

Le véritable principe du fondement de la mutualité est la solidarité. Ses implications sont doubles :

- Chaque membre, quels que soit son sexe, son âge, son état de santé paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade ;
- Chaque membre bénéficie des mêmes services pour un même montant de cotisation.

La mutuelle instaure une solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux et entre les différentes catégories professionnelles et sociales, etc. l'adhésion à la mutuelle de

santé n'est ni obligatoire, ni conditionnée par l'état de santé des futurs membres. La solidarité se présente comme un des meilleurs instruments pour atteindre la justice sociale. Mais il n'y a pas solidarité sans responsabilité, notamment dans l'utilisation des ressources.

Principe n°2: La démocratie participative

Chaque membre est libre de s'adhérer sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale, politique ou autres.

Tous les membres ont les mêmes droits et les mêmes obligations. Ils ont, entre autres le droit de participer directement ou indirectement aux différentes instances de décision de la mutuelle.

Principe n°3: Autonomie et liberté

La mutuelle est une organisation libre qui doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités politiques. Ceci ne signifie pas que la mutuelle, ne doit pas être soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle etc.

Principe n°4: Epanouissement de la personne

Dans son fonctionnement, la mutuelle doit veiller au respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale.

C'est dans ce cas que les mutuelles offrent à leurs membres, des formations, des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

Principe n°5 : But non lucratif

La mutuelle à travers ses activités ne recherche pas le profit. Une mutuelle doit donc veiller à équilibrer ses comptes et dégager des excédents afin de constituer des réserves.

Principe n°6 : La responsabilité

Les autres principes resteront lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas rigoureuse, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé, de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle, dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées.

Principe n°7: Dynamique d'un mouvement social

De tout ce qui précède, il ressort que les membres de la mutuelle ne sont pas des consommateurs passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif.

Malgré la volonté des acteurs du monde de la mutualité on note un développement négligeable des mutuelles de santé au Burkina Faso.

### ***II.3. Développement mitigé des mutuelles de santé au Burkina Faso***

Malgré les efforts des promoteurs de la mutualité, nous remarquons un développement mitigé des mutuelles sur le territoire. Depuis les premières mutuelles jusqu'à nos jours elles se sont installées de façon lente et réduite dans les différentes régions du pays. Dans cette partie nous allons mettre en exergue l'état numérique des mutuelles et le taux d'adhésion à celles-ci.

#### ***II.3.1. Evolution numérique des mutuelles***

De 1960 à 1992, la situation se résumait à la mutuelle de Tounouma (Mathias SOME, 2008). Dès lors nous avons assisté au démarrage d'une nouvelle dynamique dans le mouvement mutualiste au Burkina Faso. C'est en cette même année que les systèmes de pré-paiement furent lancés dans le CSPS de Koumbia et de Bouahoun dans la province de Tuy. D'autres initiatives ont vu le jour ça et là à travers le pays, notamment dans la région de l'Est, du Centre Est et du Centre Nord.

Selon M. SOME, en 2000 on dénombrait 64 mutuelles. Au nombre desquelles 29,69% de caisse de solidarité, suivi des initiatives de couplage micro crédit et santé 28,13%, des mutuelles de santé 21,68% et des systèmes de prépaiement 20,31%. Au titre de l'année 2003<sup>5</sup> le Burkina Faso comptait 136 mutuelles dont 81 mutuelles de santé classiques, 23 caisses de solidarité, 18 initiatives de couplage crédit-santé et 14 systèmes de prépaiement. La situation des mutuelles au Burkina Faso a considérablement évolué. En 2008, on comptait 144 mutuelles fonctionnelles ou en gestation dont 25 caisses de solidarité, 88 mutuelles de santé/micro assurance, 08 mutuelle de santé couplage de crédit santé et 23 systèmes de prépaiement (M. SOME 2008).

Selon JB. Zett et Fernand BATIONO, 2011 le Burkina Faso compte 181 mutuelles.

Le tableau suivant fait état de l'évolution de mutuelles entre 2000 et 2011.

---

<sup>5</sup> BERE/KABORE Y.S citée par M. SOME

**Tableau 2 : Evolution numérique des mutuelles au Burkina Faso en pourcentage**

Typologie des mutuelles	2000	2003	2007	2008	2011
Mutuelle de santé classique	21.68	59.56	72.59	61.11	59.7
Mutuelle professionnelle	ND	ND	ND	ND	21
Caisse de solidarité	29.69	16.91	11.06	17.36	2.2
Système de prépaiement	20.31	10.29	10.58	15.97	5
Système de partage des coûts	28.13	13.24	05.77	05.56	12.2

*Source: compil de données*

Les mutuelles de santé « classique » sont au nombre 107 soit 59.7% de l'effectif, les mutuelles professionnelles au nombre de 38 occupent 21% de l'effectif, les caisses de solidarité 5 soit 2.2%, les systèmes de prépaiement 9 soit 5% et enfin les systèmes de partage des coûts 22 soit 12.2%.

### **II.3.2. Taux d'adhésion dans les mutuelles**

L'adhésion dans ces mutuelles de santé suscite peu d'engouement de la part du public cible. Le taux de pénétration est faible tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans le centre nord Kaya-Kongoussi dans les 10 mutuelles appuyées par le RAMS, dans la région du Sud ouest (Koudougou), le haut bassin (Bobo), et à Ouaga dans le centre le taux moyen d'adhésion très faible (RAMS, 2009). Cependant la tendance sur le territoire indique une nette évolution du taux d'adhésion qui a varié de 0.23% à 4.43% entre 2000 et 2011

Le tableau ci dessous dresse le taux de pénétration en considérant le nombre d'adhérents ou de bénéficiaires entre 2000 et 2011.

**Tableau 3 : Estimation du taux de pénétration des mutuelles sociales**

	2000	2003	2004	2007	2011
Nombre d'individus membres (a)	4500	5268	8778	22866	103373
Nombre d'individus bénéficiaires (b)	10350	14580	25000	13900	256015
Population totale (milliers) (c)	11800	13000	13400	13430	14000
Nombres de famille (e)= c/6	1966600	2166700	2233300	2238000	2333333
Taux d'adhésion f=(a)/(e)(%)	0.23	0.24	0.39	1.02	4.43
Taux de pénétration f=(b)/(e)	0.53	0.67	1.12	6.21	10.9

*Source: inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'AMU au Burkina Faso (version provisoire)*

Le déficit de communication est l'un des facteurs qui expliquent ce résultat mitigé. Elle est pratiquée avec peu de professionnalisme et cela engendre des effets négatifs sur ces organisations.

### ***III. Les problèmes de communication dans les organisations et la communication à la MSU/LB***

#### ***III.1. Définition de la communication***

La communication d'après le Larousse (2001), c'est l'action et le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui. Donc toute communication suppose un code et des signes, un émetteur, un récepteur et un canal. La communication pour une association c'est l'ensemble des moyens destinés à : sensibiliser les publics d'une association à ses services ou ses actions ; promouvoir des causes d'intérêt général et participer à de grands débats. La communication c'est surtout être à l'écoute des autres. Pour communiquer, il faut être au moins deux : un émetteur et un récepteur. La communication, c'est donc faire passer un message à une personne ou à une population cible, la sensibiliser. Elle sert à faire passer cette cible d'une situation de départ à une situation plus élevée. Il y a donc un processus de transformation de la cible. La communication doit être concrète, opérationnelle, pratique et réaliste. La communication à une dimension stratégique. En effet, l'association qui communique le fait dans un objectif précis et pour cela, elle se donne des moyens.

#### ***III.2. Importance et difficulté de la communication dans les organisations au Burkina Faso***

L'information et la sensibilisation sont des composantes directes de la communication des mds. Elles constituent aussi des pièces maitresses dans le processus de mise en place et le développement de ces organisations. Au cours des travaux préliminaires, il est important que les initiateurs du projet de mise en place de la mutuelle de santé, développent une concertation étroite avec la population pour recueillir son point de vue, préciser ses besoins et définir les actions à entreprendre.

Lors des premières sessions de sensibilisation et d'information, les initiateurs doivent s'interroger sur l'opportunité et la pertinence de mettre en place une mutuelle de santé.

Pour favoriser l'implication de la population, des actions d'information et de sensibilisation peuvent être menées autour des problèmes du financement des soins de santé. Une bonne sensibilisation tient compte des particularités du groupe cible. Les principaux besoins

identifiés dans la communauté, le niveau d'instruction, les habitudes de communication, les barrières culturelles sont entre autre des paramètres importants à prendre en compte dans la préparation d'une session d'information et de sensibilisation. D'autres formes de sensibilisation comme le «porte-à-porte» peuvent aider à une meilleure compréhension des objectifs et des modalités de fonctionnement de la mutuelle.

Pour favoriser le bon fonctionnement de la mutuelle (versement régulier des cotisations, augmentation de membres, etc.) et pour éviter des abus, les responsables de chaque mutuelle fonctionnelle devront bien informer les membres des principes de fonctionnement de l'organisation basés sur la solidarité, la prévoyance, etc.

Une mutuelle doit au départ chercher à accroître le nombre de ses membres. Plus ce nombre sera élevé, plus le partage des risques sera efficace. De plus, un volume important d'activités de communication permet de réaliser des économies d'échelle, de recruter du personnel salarié et renforce le pouvoir de négociation de la mutuelle (*BIT/STEP 2002*).

Force est de constater que les moyens de communication disponibles de nos jours sont très peu utilisés par les promoteurs et gestionnaires des mds.

La communication constitue la principale composante du travail d'une association qui cherche à former des groupes en vue d'une action de développement. S'il est vrai que la communication ne peut à elle seule engendrer le développement, il est aussi vrai qu'une communication insuffisante rend le développement plus lent et plus difficile, en même temps qu'elle entrave la participation de la population (*Fatimata M. COMPAORE, 2000*).

Un travail de communication reste à faire au sein de ces associations qui pour la plupart ne disposent d'aucun système de communication. Or l'information et la sensibilisation de la population passent par une bonne communication. De plus, ces organisations négligent l'utilité d'assoir un système de communication efficace et pérenne.

Selon *Fatimata M. COMPAORE, 2000* les ONG et les associations sont confrontées à certaines difficultés. Ces problèmes jouent négativement sur leur communication à l'interne et à l'externe.

**A l'interne**, elles rencontrent des difficultés avec leurs membres et/ou leur personnel pour des raisons telles que l'analphabétisme, la mentalité traditionnelle des populations, l'insuffisance de matériel nécessaire à assurer l'information des membres, et la non maîtrise des techniques de communication.

**A l'extérieur**, des difficultés de communication sont aussi notées avec les partenaires et les autres ONG et associations (avec qui elles collaborent ou non). Les problèmes rencontrés avec leurs partenaires techniques et financiers sont dus :

- aux procédures administratives trop longues de ces partenaires (traitement des dossiers) ;

Une méconnaissance des réalités africaines de la part des partenaires étrangers (européens, américains et asiatiques) ;

- la rigidité de leur système de gestion des fonds octroyés d'où le manque de confiance ;
- et une non maîtrise des techniques de communication (en terme de présentation de projet, d'approche et de négociation avec le client) par ces organisations.

D'autres raisons rendent aussi difficiles la communication de ces organisations avec les autres ONG et associations qui sont au Burkina ; à savoir :

- le manque d'échange d'expérience entre elles ;
- la forte rivalité d'où une absence de solidarité ;
- et l'absence d'un chargé en communication au sein de chacune de ces organismes.

Pour la suite nous nous attarderons sur la communication plus précisément appliqué à la MSU/LB.

### ***III.3. La communication à la MSU/LB***

Avant d'aborder les problèmes de communication à la MSU/LB il convient de faire une présentation de cette structure.

#### ***III.3.1. Présentation de la MSU***

##### ***III. 3.1.1. Naissance, instances et organes de la MSU/LB***

La Mutuelle de Santé Urbain "Laafi Baoré" est née de la volonté du RAMS-BF et de plusieurs organisations socioprofessionnelles<sup>6</sup> et entreprises à Ouaga. Ces organisations et entreprises exprimaient toutes le même besoin qui était de trouver une solution au financement de leurs soins de santé. Celles-ci se sont ainsi réunies en association dont la forme la mieux appropriée qui répondait à leur préoccupation était la mutuelle de santé. Le RAMS-BF fut saisi à cet effet pour la mise en place de mutuelle. Compte tenu de la spécificité de la ville et suite aux

---

<sup>6</sup> Cf. annexe: tableau des sections qui sont membres fondateurs de la mutuelle

difficultés de gestion des mutuelles qu'il appui, le secrétariat permanent de RAMS a proposé aux administrateurs, d'expérimenter une mutuelle de santé urbaine à grande échelle qui sera gérée par le Secrétariat Permanent du RAMS (SP/RAMS). Un voyage échange d'expériences a été effectué auprès de l'Union Technique de la Mutualité Malienne à Bamako. De retour à Ouaga, le RAMS a mené une étude de faisabilité qui a conclu que la MSU/LB était réalisable. La MSU vu alors le jour en 2006 avec la tenue de son assemblée générale constitutive exactement le 30 juin et a débuté ses prestations en avril 2007. Les organisations fondatrices de la mutuelle se sont constituées en différentes sections et reçoivent les adhésions et cotisations de leurs membres pour la mutuelle. Certaines d'entre elles ne sont plus fonctionnelles.

**Tableau 4 : liste de membres fondateurs de la MSU/LB**

<u>Sigle</u>	<u>Définition</u>	<u>Fonctionnalité</u>
APEMERO	Association des Petit Mécaniciens d'Engin à deux Roues	Non fonctionnelle
AESK	Association des Entrepreneurs Soudeurs du Kadiogo	En difficulté
AGK	Association de Garagistes du Kadiogo	En difficulté
BAITOUL MAAL	Caisse Baitoul Maal	Fonctionnelle
CNTB	Confédération Nationale des Travailleurs du Burkina	Fonctionnelle
Hage industrie	Section des entreprises Hage	Fonctionnelle
Inter pro	Inter professionnelle	Fonctionnelle
MUFEDE	Mutualité de Femmes et Développement du Burkina	Fonctionnelle
SENIMI	Association des couturières	En difficulté

Les organes et instances actives de la mutuelle sont les suivantes:

La *Mutuelle de Santé Urbaine « Laafi-Baoré »* a une Assemblée Générale (AG) qui est composée des délégués des sections et des représentants des mutualistes. Elle se réunit au moins une fois l'an et fixe les orientations de politiques générales.

La *Mutuelle* est dirigée par un Conseil d'administration (CA). Celui-ci est composé des huit membres élus par l'AG parmi les délégués des sections. Il se réunit au minimum une fois par semestre. Il est chargé de mettre en œuvre les décisions prise par l'AG et de coordonner toutes les activités opérationnelles de la MSU.

Enfin, la *MSU/LB*, dispose d'une Unité de Gestion (UG). C'est elle qui exécute les activités quotidiennes de la MSU, prépare les rapports et représente la MSU sur le terrain. L'UG est actuellement composée de deux (03) personnes qui s'occupent aussi bien du travail administratif que des animations sur le terrain.

### *III. 3.1.2. Contexte de création et prestations de la MSU/LB*

Dans un climat marqué par une pauvreté absolue de la population et de rareté de ressources la population de Ouagadougou arrivait difficilement à s'assurer le minimum de soin. C'est dans une optique de répondre aux besoins de cette population que Laafi Baoré fut créée. Elle s'est donnée pour mission de faciliter l'accès aux soins de santé de qualité et à moindre coût à ses bénéficiaires. La mutuelle de santé « Laafi Baoré » s'est taillée comme zone d'action le périmètre de la ville de Ouagadougou et prend en charge ses bénéficiaires dans 24 formations sanitaires.

Les prestations de la mutuelles sont multiples elles vont du paquet minimum administrés par le niveau inférieur de la pyramide sanitaire (CSPS) au niveau de référence (CHU) en passant par le second niveau qui administrent le paquet complémentaire. Ces services sont entre autres :

- Les soins hospitaliers : hospitalisation chirurgicale, médicale, la maternité dystocique, l'hôtellerie, les examens para cliniques;
- Les Médicaments Essentiels et Génériques MEG;
- Les soins ambulatoires : les consultations, la maternité simple, les analyses de bases, les soins dentaires sans prothèses, les soins ophtalmologiques sans lunettes.

### ***III.3.1.3. Conditions d'adhésion et conditions de prise en charge***

La mutuelle de santé Laafi Baoré est ouverte à toute personne désirant s'adhérer. L'adhésion n'est pas conditionnée par l'appartenance à une race, une ethnie ou une classe sociale donnée.

L'adhésion est familiale et la taille de l'unité d'adhésion est de cinq (5) personnes maximum. La famille représente: les conjoints et leurs enfants de moins de 18 ans. L'adhérent principal débourse la somme de deux mille cinq cent (2500) fcfa et inscrit toutes ses personnes à charge (PAC). L'adhésion à la mutuelle donne droit à une carte pour chaque membre inscrit.

Pour bénéficier des prestations de la mutuelle le nouveau bénéficiaire devra observer les trois premiers mois de stage qui ne donnent droit à aucun service. Le non paiement des cotisations (800 fcfa/mois) suspend le bénéficiaire des prestations de la mutuelle. Le bénéficiaire devra se rendre dans les formations sanitaires conventionnées (FSC). Muni de sa carte qu'il présentera au guichet de la formation, il paie un ticket modérateur qui est de 30% de ses frais médicaux, s'il est à jour de sa cotisation. Autrement dit le bénéficiaire malade qui est à jour de ses cotisations est pris en charge à hauteur de 70% de ses frais médicaux; (pour une ordonnance ou une consultation de 1000fcfa le patient mutualiste paie 300fcfa).

### ***III. 3.1.4. Partenaires***

La MSU/LB a plusieurs partenaires à savoir le RAMS-BF, les formations sanitaires conventionnées et les sections de la mutuelle.

#### **Le Réseau d'Appui aux Mutuelle de Santé au Burkina Faso**

Depuis les premiers jours de la MSU le RAMS/BF constitue pour elle un partenaire privilégié. Le réseau lui apporte un appui technique et des conseils pour son fonctionnement. Le réseau inscrit quelques activités de la MSU dans son plan d'action qui sont financées par son partenaire de la Mutualité Chrétienne de Liège (MCL). La mutuelle est logée actuellement dans les locaux du RAMS/BF sis au 1200 logements côté sud de l'école les Petits Poucets. Tous les frais liés à la gestion du siège sont pris en charge par le RAMS-BF.

#### **Les formations sanitaires**

La mutuelle de santé urbaine "Laafi Baoré" ne disposant pas de structures propres à elle pour dispenser les soins de santé à ses bénéficiaires a fait appel à des prestataires de soins dans le cadre d'une démarche contractuelle. Ceux-ci partageant les mêmes valeurs reçoivent les bénéficiaires pour leur prise en charge. Dans le souci de rapprocher davantage ces partenaires de ses bénéficiaires elle a signé des conventions avec vingt un (21) formations sanitaires

publiques et trois (03) confessionnelles privées réparties dans les tous secteurs de Ouaga. Ces centres vont du plus bas niveau (CSPS) au niveau supérieur (CHU) de la pyramide sanitaire au Burkina Faso. Ce sont entre autre: 12 CSPS, 05 CM, 04 CMA, 01 Clinique et le CHU Yalgado. (*Voir annexe*)

#### Les sections de la mutuelle

Les organisations fondatrices de la mutuelle constituent les sections de la mutuelle. La mutuelle entretient des relations de partenariats avec elles en ce sens qu'elles enregistrent les adhésions et cotisations de leurs membres. Les IMF telles que Baitoul Maal et la MUFEDE reçoivent respectivement les frais d'adhésion et les cotisations des membres de Laafi Baoré.

La présentation de la MSU/LB étant ainsi faite, venons en maintenant à la problématique de la communication à la MSU/LB. Mais avant cela revenons plus particulièrement sur l'enjeu de faire de la communication à Laafi Baoré.

### ***IV. Enjeux de la communication pour la MSU/LB***

Au Burkina Faso, la micro assurance santé est perçue à travers une diversité de formes ayant chacune un public spécifique. Les échanges que nous avons eu avec les différents acteurs et partenaires rencontrés à Ouagadougou font ressortir des notions et expressions récurrentes relatives au fonctionnement des mutuelles:

- on voit beaucoup de mutuelles mais on n'arrive pas à faire la différence entre elles;
- la mutuelle a commencé avec beaucoup d'engouement mais cela fait un moment qu'on n'en a pas entendu parler;
- il se dégage une impression de comparaison entre les mutuelles appuyées par d'autres structures et Laafi Baoré;
- il se dégage aussi une impression de confusion entre Laafi Baoré et le RAMS;
- beaucoup de question se posent sur ce que c'est qu'une mutuelle de santé.

Cette impression générale permet de comprendre que l'opinion ouagalaise ne connaît pas assez la mutuelle et ne la perçoit pas comme une organisation ayant une autonomie de gestion et une mission qui va au-delà de l'accessibilité aux soins de santé.

## ***V. Les problèmes de communication de la MSU/LB***

La MSU/LB est confrontée à des problèmes de communication. En effet le constat qui est fait, est que la plupart des acteurs (les premiers responsables, les agents de santé, etc...) ne s'impliquent pas assez dans la promotion de la mutuelle, les médias sont rarement touchés. Il faut aussi souligner les sorties de sensibilisation et d'information sont faites de façon spontanée. Tout ceci est résumé dans la matrice ci-après.

**Tableau 5 : Matrice des problèmes de communication**

<b>Constat et problème</b>	<b>Impact sur la MSU/LB</b>	<b>Impact sur la communication</b>
Non participation effective de tous les acteurs (membres du CA)	Difficulté à animer une communication conjointe, représentativité insuffisante	La cohérence de la communication est faible.
Non participation effective des agents de santé à la promotion de la mutuelle	Les usagers des formations sanitaires ne reçoivent pas d'informations sur la MSU-LB	Pas d'information dans les formations sanitaires
Rareté d'interventions sur les médias	Absence de la MSU-LB sur les médias	Faible promotion des activités et résultats de la MSU-LB sur les médias
Les actions de sensibilisation et d'information entreprises sont faites de façon spontanée	Peu de mobilisation, nombre de personnes touchées est minime par rapport à la population cible	L'information est connue par une petite partie de la population

L'essentiel des problèmes de communication de la MSU/LB ainsi évoqué, nous allons aborder son plan de communication et les résultats qui s'en ont suivies.

## ***VI. Le plan de communication et les résultats mitigés***

Le plan de communication est la définition des objectifs et des cibles à atteindre, la conception, les différents moyens à mettre en œuvre pour chacun de ces objectifs, la précision des responsabilités des différents acteurs, la fixation de calendriers et des dates jalons, la budgétisation de chacune de ces opérations et la définition des indicateurs de mesure des résultats. C'est un véritable outil de management qui sert aux responsables de l'organisation émettrice à fixer les objectifs communs, à piloter les actions et à s'assurer qu'on est bien en ligne avec le plan prévu. La réussite d'une communication repose rarement sur une seule action ou une seule technique, si marquante soit elle. Elle résulte d'une série d'actions qui convergent vers le même objectif. Une bonne stratégie de communication associe donc

différents vecteurs, intervenant chacun vers une cible spécifique développant un message particulier, agissant à un moment choisi, de façon que l'impact de l'ensemble de ces actions soit supérieur à celui de la somme des actions de chacune des parties. Selon *PHILIPPE Malaval, Jean-Marc Décaudin et Christophe Bénaroya*, cet effet de synergie est essentiel à la qualité de la stratégie de communication.

La mutuelle inscrit dans son programme des sorties de sensibilisation et d'information, des rencontres avec les autorités locales. Elle effectue des sorties très souvent non programmées. Cela se fait de façon spontanée quand le besoin s'exprime. Des responsables d'associations ou d'entreprises qui de bouche à oreille ont été informés de l'existence de Laafi Baoré nous invitent à rencontrer leurs employés pour des séances de sensibilisation. Ces actions entraînent des adhésions. Cependant, bien de choses restent à faire. Les moyens de communication tels que les médias pour la diffusion du message à grande échelle sont très peu utilisés. On notera par ailleurs qu'au cours de l'année 2010 des actions ont été faites pour améliorer la visibilité de la mutuelle. Des rencontres de concertations ont été organisées avec les prestataires de soins, partenaires par excellence dans la promotion de la mutuelle. Ces rencontres avaient pour objectifs de faire l'état de mise en œuvre des conventions dans les formations sanitaires, de sensibiliser et d'informer l'ensemble des agents qui ne connaissaient pas assez ou pas du tout la mutuelle. Notons aussi la confection des pancartes à l'effigie de la mutuelle qui ont été plantées dans les formations indiquant à tout usager que ce centre est conventionné. Des spots sur la radiodiffusion télévision burkinabè (RTB) et une émission sur la radio municipale de Ouagadougou (RMO) ont été diffusés au cours du deuxième trimestre de l'année 2010. Grâce à ces pancartes et ces émissions nous recevons de nombreux appels des gens qui souhaitent avoir plus d'informations sur la mutuelle.

La communication et particulièrement la publicité, est de loin la variable marketing, dont l'usage dépasse le cadre des entreprises à caractère commercial. Pour *Abdelmajid AMINE, 1999, p185* "d'autres types d'organisations notamment celles à but non lucratif telles que les associations humanitaires sportives ou culturelles, les partis politiques l'utilisent abondamment".

La non information du public sur le produit ne peut encourager un intéressement à celui-ci. En Inde par exemple, un régime public d'assurance maladie avait été instauré et entièrement subventionné par l'Etat à l'intention de personnes vivantes en dessous du seuil de pauvreté. L'Etat a ensuite conclu un contrat avec un assureur pour l'administrer. Celui n'était tenu qu'à un effort minime de marketing et de communication. Au final après une année de

fonctionnement le régime n'a reçu que peu de demandes de règlement, les bénéficiaires ignorants qu'ils étaient couverts par un régime (*rapport d'atelier sur l'assurance maladie en Afrique, P71*).

La publicité est certes l'outil qui permettra d'informer le public cible à grande échelle mais elle devra s'accompagner davantage de la présence d'agents de la mutuelle sur le terrain. A ce titre, il ressort du rapport de l'*atelier sur l'Assurance Maladie en Afrique, P 59*, que la sensibilisation et l'inscription des assurés pourront être décentralisées et sous-traitées à des personnes mieux à même d'établir un rapport de confiance avec la communauté. Au Rwanda par exemple des animateurs se déplacent dans les villages. De même aux Philippines des administrations locales sont rémunérées pour inscrire les familles pauvres (...). Il y aura parfois également avantage à décentraliser l'encaissement des primes, en confiant cette mission à une entité ancrée dans la communauté, notamment si elle dispose d'un mécanisme d'encaissement.

Depuis le déferlement des MAS en Afrique, la population n'a pas encore compris la nécessité d'un tel système de protection. Il apparaît de ce fait nécessaire pour les MAS d'adopter une politique d'information et sensibilisation auprès leur public cible.

En effet *Jacques DEFOURNY et Julie FAILON*, (2008) l'évoque en ces termes: "la difficulté à concevoir le risque santé relève ou non d'une certaine conception du malheur, l'utilité d'une assurance maladie n'est pas évidente pour les communautés et requiert donc une sensibilisation particulière". Toutefois il ressort qu'un niveau élevé d'information des populations cibles n'est pas nécessairement la résultante d'un taux d'adhésion plus importants, mais les promoteurs de mutuelles de santé doivent insister particulièrement sur ces actions de sensibilisation continues et sur l'influence que celles-ci peuvent avoir. Il faudra mettre l'accent sur une sensibilisation continue, dans le long terme, jusqu'à obtenir un changement de comportement.

Ce que Laafi Baoré et d'autres organisations pourraient entreprendre pour améliorer la communication en leur sein ce sont entre autre, la formation de leur personnel en techniques de communication, leur adhésions à des réseaux ou collectifs, la nécessité pour elles d'avoir un chargé à l'information et à la communication, la nécessité d'avoir l'information accessible à tout le personnel et les membres (besoin en matériel), et un accès à Internet.

### *Conclusion du chapitre 1*

Il apparaît au vu de tout ce qui précède dans ce chapitre que les mutuelles de santé ont émergé au Burkina Faso dans un contexte marqué par la pauvreté et la rareté de ressources qui s'est accompagné de la mise en œuvre d'un programme d'ajustement structurel. A cela s'ajoute l'incapacité des sociétés d'assurance à satisfaire toute la population, et la couverture sociale et sanitaire de l'Etat est aussi jugée trop insuffisante. C'est dans la floraison des mutuelles qu'est née Laafi Baoré qui couvre la commune de Ouagadougou par l'ensemble de ses centres conventionnés. Mais depuis sa création elle n'est pas arrivée à mobiliser le public qu'elle a tant souhaité. Les raisons de cet échec s'expliqueraient entre autre par le déficit de communication.

Si le plan de la communication n'est pas efficace, alors quel plan ou stratégie faut il mettre en place à la MSU/LB? A cet effet il convient de jeter un regard sur les théories explicatives du cadre conceptuel de la communication.

Plusieurs auteurs tels que Joseph Devito, Gilles Chassé, Carole Vézeau (2008) ont développé des théories de communication que nous avons jugées intéressantes à adaptées à la mutuelle.

## ***Chapitre II : CADRE THEORIQUE ET METHOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION***

Dans ce chapitre nous développerons dans un premier temps comme théorie la communication interpersonnelle (CIP) qui est une fonction essentielle du marketing social dans une association après la sensibilisation et l'information. L'intérêt porté à la CIP dans ce chapitre est qu'elle inclut dans son déroulement non seulement la sensibilisation mais aussi l'information. Nous évoquerons plus largement aussi son intérêt dans la communication pour la MSU/LB. Ensuite nous énoncerons dans un second temps la démarche méthodologique à suivre pour mener à bien notre étude. Il s'agit de déterminer les outils de collecte et de traitement des informations.

### ***I. Théorie de la communication***

#### ***I.1. Principes de base de la communication***

Dans une conversation, le langage utilisé doit être impérativement celui du récepteur. On dit souvent que le langage doit être le langage commun ou partagé entre l'émetteur et le récepteur. Si techniquement ce n'est pas faux, nous préférons affirmer que le seul point nécessaire et suffisant est que le langage doit être celui du récepteur (Didier Frochot, 2000).

La langue majoritairement parlée à Ouaga est le Mooré ce qui nous interpelle ici dans la mise œuvre de la communication. Les responsables à la tâche ont pour principale langue de communication le Mooré.

#### ***I.2. Eléments de la communication***

La communication pour qu'elle soit menée suppose plusieurs éléments :

L'émetteur : c'est celui qui émet le message. Pour la mutuelle, il s'agit de l'agent qui s'adressera à son public. Il devra avoir les qualités d'un bon communicateur. Il doit se faire comprendre par le public et maîtriser le contenu du message.

Le récepteur : élément qui reçoit le message (le public cible)

Le message : élément porteur d'information quelle qu'elle soit (l'information nécessaire à porter à la connaissance du public). Ce message est transmis de l'agent vers le public.

Le code : ou langage en lequel le message est formulé

Le canal : ou la voie par laquelle va circuler le message de l'émetteur vers le récepteur.

Ici les canaux propices pour véhiculer le message de la mutuelle sont multiples. On peut citer entre autre le support papier pour les dépliants, les affiches, les prospectus, etc. D'autres supports tels que les médias (radio, télé, journaux...) sont des moyens de communication efficaces que pourrait utiliser la mutuelle Laafi Baoré. Pour Abdelmajid AMINE, 1999: "l'efficacité de la communication est tributaire de la capacité de résorption de ce décalage entre le message encodé et les informations finalement reçues au travers des filtres perceptuels de l'audience".

En pratique, dans une conversation par exemple, chaque interlocuteur est tour à tour émetteur et récepteur, le sens de la communication s'inversant alternativement.

## ***II. La communication interpersonnelle (CIP)***

La CIP peut englober différentes situations et réunir deux personnes ou un groupe de quelques personnes. Dans la logique de ce mémoire nous avons retenu quelques définitions de la CIP qui cadre avec l'objet de la mutuelle qui est d'améliorer sa communication avec ses bénéficiaires. Nous avons choisie de parler de la CIP qui pourrait intervenir entre agents de santé et patients. Ce choix s'explique par le fait que les agents de santé sont les personnes les plus habilités à convaincre la population à adhérer à une structure de micro assurance santé (MAS). Ils sont non seulement en contact permanent avec celle-ci et sont mieux écoutés pour les questions liées à la santé. Les définitions qui ressortent ici sont plus ou moins larges et plus ou moins précises. Il peut s'agir, pour des formateurs marocains<sup>7</sup> : " d'un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de santé partage les connaissances avec un client pour arriver à une compréhension mutuelle afin de lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé.

Un processus finalisé signifie que l'échange entre le prestataire et la consultante a un but précis. Il n'est pas une simple discussion ou un flot de bonnes idées. Il détermine les thèmes jugés prioritaires. Il organise le passage d'un thème à l'autre. Cela signifie également que le consultant doit être informé de la structure et du but auquel elle conduit. "

Les Malgaches<sup>8</sup> nous livrent une définition beaucoup plus générale : "c'est l'échange d'information entre deux personnes ou en petits groupes qui a pour but d'informer, d'éduquer ou de communiquer un message spécifique "

---

<sup>7</sup> Lors d'une discussion avec des formateurs marocains à la communication interpersonnelle, 1998 (in : De Coster, B. Analyse des besoins en formation de formateurs à la communication interpersonnelle.

<sup>8</sup> Notes de formation en techniques de communication. Antananarivo : Appropop, 1997

D'après Bérengère de Negri, CERES, CICS, 1999 " la communication interpersonnelle est l'échange (interaction) en face à face d'informations ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes. Elle comprend la communication verbale et non verbale. La communication verbale se fait par des mots et la communication non verbale se fait par des gestes, des mimiques, le silence ; elle se traduit par les vêtements que l'on porte, et par les attitudes que l'on prend ».

La communication interpersonnelle (CIP) est donc l'échange entre au moins deux personnes. Cette communication, l'infirmier la pratique tout le temps et principalement avec le malade ou avec la communauté. Il doit donc être outillé pour faire de cette communication un moment privilégié et surtout utilisé pour faire sa consultation. Elle va au-delà d'un entretien simple avec le patient.

### ***II.1. Objectifs de la CIP***

Les objectifs de la CIP sont multiples. Elle permet un échange direct entre l'infirmier et le patient. Elle doit adapter le message à la situation et aux besoins individuels du patient (dans notre cas le malade). La CIP permet aussi une communication non verbale (expressions faciales, gestes corporels,...) qui lui donne une dimension telle qu'aucun autre moyen ne pourrait avoir en cherchant la compréhension et l'empathie. La CIP permet un feed-back immédiat et direct, puisque les deux parties sont présentes au même moment, cela permet à l'infirmier de s'assurer que le patient l'a bien compris.

La CIP sera efficace grâce à la capacité qu'aura l'émetteur à transmettre un message, à créer chez le récepteur une certaine disponibilité pour la réception, de l'intérêt et de la réceptivité, de la confiance et à contrôler l'impact du message.

Néanmoins, gardons à l'esprit que l'efficacité de la CIP dépend du contenu du message et de son organisation. Pour illustrer et clarifier le contenu du message des techniques de CIP utilisées pour la transmission du message et des facteurs sont à prendre en considération.

### ***II.2. Avantages et inconvénients de la CIP***

Les obstacles peuvent se situer à plusieurs niveaux. Soit au niveau de l'émetteur, du récepteur, du canal de la communication, du message et du feed-back

Bien évidemment, les obstacles les plus fréquents se situent au niveau du récepteur et de l'émetteur.

### *II.2.1 L'émetteur*

En ce qui concerne **l'émetteur**, nous pouvons retenir les obstacles suivants :

Le cas où l'émetteur parle trop vite, sans articuler ou avec un ton de voix trop bas, Il récite un texte sans se préoccuper de savoir si son interlocuteur le comprend. L'émetteur peut formuler mal les idées qu'il veut transmettre. Il peut y avoir distorsion entre ce que l'émetteur pense et ce qu'il dit réellement. L'émetteur peut ne pas choisir aussi les mots qui conviennent pour le récepteur (le récepteur ne comprend pas les mots). Il parle du paludisme, alors que cette maladie est appelée « weogo baanga »<sup>9</sup> dans ce village. L'émetteur peut ne pas être crédible, il parle de la tuberculose alors qu'il fume beaucoup et sent la cigarette. Le statut social de l'émetteur est perçu comme inférieur par le récepteur, la personne qui vient parler de la tuberculose ne sait ni lire, ni écrire. Les motivations de l'émetteur prêtent le flanc à des interprétations pour le récepteur, il vient pour parler de la tuberculose, mais insiste pour rester manger dans la famille et demande de l'argent pour l'information qu'il a donnée. Il existe encore le cas où l'émetteur n'est pas reconnu par la communauté à traiter d'un sujet parce que c'est une personne qui a eu des problèmes dans le village qui vient faire passer un message. L'émetteur laisse entendre qu'il sait quelque chose, mais il ne dit pas tout ce qu'il sait. Il fait référence à des situations, à des personnes, à des événements ou utilise des mots que les autres ne comprennent pas. Cela peut dérouter l'interlocuteur, il sous-entend de manière détournée qu'une des personnes présentes à la tuberculose. L'émetteur peut aussi abuser de la confidentialité en s'adressant à un individu du groupe devant les autres. Il divise les participants par ses propos, il ne s'adresse qu'à une seule personne et le prend à témoin de tout ce qu'il dit. L'émetteur peut empêcher toute communication directe entre les individus en se plaçant toujours entre eux et empêche les autres d'établir leurs propres rapports. Il est sûr de son rôle de médiateur, il n'autorise pas la discussion entre les membres du groupe. L'émetteur se met en valeur et ridiculise ses interlocuteurs, il rit quand une personne pose une question.

### *II.2.2. Le récepteur*

**Pour le récepteur**, la CIP peut se trouver bloquée si celui-ci n'est pas dans des bonnes conditions d'écoute, il y a trop de bruit tout autour et le récepteur n'entend pas l'émetteur, mais il ne dit rien. Celui-ci peut avoir des préjugés sur la question, il croit déjà tout savoir sur la mutuelle et n'écoute pas l'émetteur. Le récepteur, accepte tout ce qu'on lui dit sans être

---

<sup>9</sup> Paludisme en langue Mooré.

d'accord. Il peut changer d'avis dès que son interlocuteur est parti, Exemple : Le récepteur dit oui à tout sur les modalités d'adhésion et de prise en charge, soit pour avoir pour s'en débarrasser, soit parce qu'il ne comprend pas. Le récepteur détournant la conversation pour empêcher qu'elle aboutisse, il est mal à l'aise avec le sujet, peut-être parce qu'il considère toujours la tuberculose comme une maladie honteuse et essaye toujours de changer de sujet. Théorisant, le récepteur fait tout son possible pour exclure les sentiments et les faits concrets de la conversation. Par exemple, il amène des notions de théorie, mais dès qu'un participant donne son avis personnel, il ne l'écoute pas.

### *II.2.3. Le canal*

Au niveau **du canal** de communication on peut rencontrer les obstacles suivants : soit le canal n'est pas audible, la personne ne parle pas assez fort ou bien il n'y a pas de son à la télévision. Soit il y a des perturbations (comme le bruit ou les interruptions mécaniques) exemple, le GSM (portable) se coupe par moment pour de courts instants (micro coupures). Le canal peut ne pas être adapté à la situation du récepteur, exemple donner un dépliant à quelqu'un qui ne sait pas lire.

### *II.2.4. Le message*

**Le message** peut aussi bloquer la CIP. Soit le langage n'est pas adapté au récepteur, l'animateur emploie un jargon mutualiste (ticket modérateur pour dire la part payer par le bénéficiaire). Ou encore l'émetteur parle espagnol alors que ces interlocuteurs parlent uniquement que la langue du terroir. Soit le vocabulaire utilisé n'est pas accessible au récepteur, l'émetteur utilise des mots que les récepteurs ne connaissent pas (période de stage pour dire période observé sans bénéficier de prestations une fois l'adhésion faite). Le message aussi peut ne correspond pas à son besoin, l'émetteur fait passer un message sur le paludisme alors que les récepteurs sont préoccupés par la mort d'un tuberculeux.

### *II.2.5. Le feed-back*

Un mauvais **feed-back** peut entraver également la CIP.

On a vu plus haut que la communication était une relation entre personnes par laquelle les interlocuteurs peuvent se comprendre et se faire comprendre ou s'influencer l'un l'autre. Elle est le fait des mots, d'attitudes ou de comportements.

Toute communication produit un effet sur le récepteur qui réagit et par la même occasion renvoie un message à l'émetteur. C'est ce qu'on appelle le **FEED-BACK**.

Le feed-back peut être conscient ou non conscient, verbal ou non verbal. Pour qu'une relation soit efficace, il vaut mieux qu'il soit conscient. Alors chaque personne a le droit de recevoir un feed-back. Il n'est pas sensé savoir ce que son discours provoque chez l'autre et il est donc préférable de le lui dire. Pour que le discours soit efficace, il doit être perçu mutuellement comme un moyen de s'aider à évoluer et améliorer la qualité de participation.

Grâce au feed-back, l'émetteur pourra se rendre compte si son message a été reçu, et a été comme il le voulait. Il peut se rendre compte de l'effet produit par son message. Il doit pour cela adapter continuellement son message à son interlocuteur, adapter aussi son comportement en tenant compte des autres membres du groupe, il pourra se découvrir lui-même.

D'autre part, le récepteur pourra grâce au feed-back, montrer qu'il a plus ou moins compris le message. Le récepteur dans ce cas aide l'émetteur à découvrir les points faibles dont il n'aurait pas perçu.

Le feed-back permet aussi d'améliorer les relations entre les membres d'une même équipe. Il permet aux différents membres de se découvrir, en évitant les malentendus, en augmentant la confiance mutuelle, en facilitant la communication tout en permettant aux membres de l'équipe de travail d'adapter leurs comportements en tenant compte des uns et des autres.

Pour s'assurer qu'un feed-back est efficace, il faut que celui qui le reçoit, veuille le recevoir, qu'il le ressente comme une opportunité pour se découvrir, s'adapter, etc. et non comme une agression. Le récepteur doit être à l'écoute de celui qui lui donne le message afin de faciliter le feed-back.

### ***III. La méthodologie et techniques de collecte des informations***

Pour conduire à bien notre étude, nous avons adopté une démarche participative. Ce choix se fonde sur la volonté de partir d'un dialogue avec les différentes parties prenantes de la MSU. Ce dialogue vise à ancrer la stratégie de communication dans la réalité et les attentes des uns et des autres. Les échanges ont permis de mieux cerner les enjeux actuels de la présence de la MSU dans la ville de Ouagadougou. Elle permet surtout de capitaliser les expériences déjà acquises dans ce domaine.

La démarche a consisté à impliquer les acteurs notamment les agents de santé des FSC, les bénéficiaires, les non bénéficiaires de la MSU, les responsables de la MSU. Toutefois, pour des raisons de temps et surtout d'efficacité, des niveaux de participation et d'implication, des acteurs ont été identifiés. Il s'agit principalement de :

- la collecte des informations requises, notamment à l'étape du diagnostic et des attentes. Cette étape a consisté d'abord à rencontrer la plupart des acteurs impliqués dans le fonctionnement de la MSU. Il s'agit des responsables du CA (7 membres), du RAMS-BF (2 personnes), des agents des FSC (74 gents) et de quelques bénéficiaires de la mutuelle (28). Ce qui fait un total de 111 personnes dont 35 femmes.
- le processus de validation consistant à soumettre le draft de la stratégie de communication à toutes les parties prenantes en vue de recueillir les avis dans la perspective de son amélioration. Les différentes observations seront alors prises en compte dans la version finale du document. Une telle démarche vise à permettre d'élaborer une stratégie à travers laquelle la plupart se retrouveront et se sentiront concernés. Il en est attendu, non seulement une adhésion mais surtout un engagement personnel et collectif de tous afin de traduire la stratégie de communication dans la réalité de tous les jours.

Pour collecter les données, nous avons utilisé quelques techniques de recherche et de collecte d'information notamment :

- la revue documentaire: qui consiste à parcourir les documents susceptibles d'apporter toutes les informations requises pour mieux comprendre l'environnement actuel de la MSU/LB en élaborant une stratégie. Il s'agit du diagnostic sur la MSU/LB réalisé en équipe<sup>10</sup> ;
- un mini sondage (aléatoire): il a consisté à faire des entrevues improvisées avec des personnes rencontrées lors de nos nombreuses sorties dans les artères de Ouagadougou. Ceci a permis de recueillir des opinions sur la perception populaire de la MSU/LB et appréhender ainsi les attentes en termes de messages et d'images que la MSU/LB devrait projeter vis-à-vis de l'opinion ;
- l'observation: nous avons donné une grande part à l'observation dans la mesure où elle permet de collecter des données inexprimées ou même inexprimables, en fonction du contexte. Une telle technique est souvent assez utile en matière de communication

---

<sup>10</sup> Equipe constituée de l'UG et l'assistante technique RAMS/MSU.

interne. Une grande attention a été accordée aux échanges entre les différents acteurs, aux expressions utilisées par ces acteurs, à l'environnement, etc.

#### ***IV. L'outil de traitement des données***

Les données ont été traitées de façon analytique grâce notamment à trois outils

- a) ***Approche SWOT ou FFOM*** (Strength/forces, Weakness/faiblesses, Opportunities/opportunités Threat/et menaces): afin de faire un état des lieux, une analyse de type SWOT a été adoptée. Elle a permis de parcourir assez sommairement les FFOM en matière d'information de positionnement et de communication de la MSU/LB à Ouaga. La perspective est de consolider les forces, corriger les faiblesses, mais surtout exploiter au mieux les opportunités.
- b) ***Grille de lecture***: Une grille de lecture est élaborée sur la base des données chiffrées de la MSU/LB et celles recueillies à l'observation.
- c) ***Analyse de contenu***: la grille est soutenue par une analyse de contenu. Les données collectées à travers les entretiens avec les acteurs sont traitées de façon analytique en vue de tirer les conclusions requises et faire les extrapolations nécessaires dans le cadre de la planification. Elle a consisté à repérer ce qui a été dit, le noter et rendre compte des idées clés. Le travail d'analyse a consisté à isoler les passages significatifs pour le mémoire et noter les thèmes qu'ils contiennent en vue des inférences.

#### ***Conclusion du chapitre 2***

Dans ce chapitre, il a été question du marketing social des mds. La forme la plus adaptée dans notre contexte ou que nous avons jugée importante pour les mds est la CIP. Elle se tient généralement entre l'agent de santé et son patient (mutualiste ou non).

La relation que nous avons développée dans cette section ne constitue pas à elle seule la résultante du niveau d'adhésion à la mutuelle. Il s'agit ici de faire ressortir l'importance de la communication entre l'agent de santé et le patient. Comme évoqué, l'agent constitue un élément catalyseur dans le changement de comportement d'un individu vis-à-vis de sa santé.

Il a été aussi question d'énumérer les démarches suivies pour réaliser notre étude. Notre principale méthodologie pour la collecte des données a été la méthode participative. A présent, passons à la présentation et l'analyse des données collectées dans le chapitre suivant.

### **Chapitre III : ANALYSE DES DONNEES ET PRESENTATION DES RESULTATS**

Ce chapitre, est essentiellement consacré à l'analyse des données et à la présentation des résultats. Plus précisément nous ferons un diagnostic de la MSU/LB et une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces.

#### **I. Diagnostic de la MSU/LB**

Au vu de l'environnement dans lequel évolue Laafi Baoré un certain nombre d'éléments positifs et encourageant ont été identifiés. Mais il n'y a pas seulement que ces éléments positifs car on note aussi des dysfonctionnements dans la mise en œuvre pratique de certaines activités telle que souhaitée par ses promoteurs.

Comme éléments jugés encourageants on note qu'il y a un effort qui est fait pour appliquer les points de l'étude de faisabilité. Aucune **fraude** n'a jusqu'à présent été avérée de la part des mutualistes. Le système de cartes magnétiques avec photo peut expliquer cela conformément à ce qui avait été prévu par l'étude de faisabilité<sup>11</sup>. Les cartes offrent un autre avantage qui n'avait certainement pas été prévu au début. Elles confèrent plus de crédit à la MSU et améliore son image comme étant une mutuelle gérée de manière professionnelle.

La mutuelle bénéficie d'un avantage qui lui permet d'éviter certaines charges fonctionnement. Elle est logée dans les locaux du RAMS-BF, de ce fait les charges liées à la location, à la consommation d'eau et d'électricité sont couvertes par ce partenaire. Le secrétariat exécutif du RAMS-BF est toujours disponible quand il s'agit de l'accompagnement de l'équipe de l'UG lors des rencontres avec d'autres partenaires et autorités.

Dans le soucis de les rendre opérationnel dans leurs activités de sensibilisation tous les agents ont bénéficié d'une formation en technique d'animation.

Quant au **panier de soins** il semble pour l'instant satisfaisant. Cependant beaucoup de gens réclament la prise en charge des spécialités (la principale critique) mais cela n'est pas possible pour l'instant, car cela implique une étude de faisabilité. Conformément à ce qui a été dit dans l'étude de faisabilité, il y a une **demande réelle** pour ce type de produit proposé par le MSU/LB<sup>12</sup>. L'accès aux soins de santé reste toujours une difficulté majeure pour la

---

<sup>11</sup> Dans le cadre de la procédure d'identification des mutualistes un système avec des cartes par bénéficiaires semble conseillé pour réduire les risques de fraude (Page 33 de l'étude de faisabilité).

<sup>12</sup> 96,8 % des ménages interrogés lors de l'étude de faisabilité ont exprimé leur désir d'adhérer à une mutuelle.

population de Ouaga et lors de nos sorties le message véhiculé par la MSU/LB séduit et reçoit un bon accueil.

Le handicap majeur qu'il faut souligner dans le fonctionnement de la mutuelle est le mauvais fonctionnement de certaines sections. L'hypothèse à la base de l'étude de faisabilité était de passer par « des sections » pour faciliter l'accès aux bénéficiaires potentiels, le recouvrement des cotisations, les sensibilisations, etc.<sup>13</sup> Concernant le montage institutionnel, l'étude de faisabilité propose que : *« les promoteurs de cette mutuelle (soient) les différents groupements ou organisations intéressés par la diffusion du produit. A ce titre, au niveau de ces différentes structures, la mutuelle pourra y avoir une section qui offrira l'occasion aux adhérents de participer aux prises de décisions concernant le produit. (...) Le système de gestion qui sera développé sera modulé de façon que les sections qui offrent une capacité puissent gérer une partie, notamment, l'encaissement des cotisations, la centralisation des éventuels remboursements directs. »*. Malheureusement de nos jours nous ne notons que cinq sur dix (05/10) sections fonctionnelles (cf. tableau des sections en annexe)

Signalons par ailleurs que la MSU manque de présence sur le terrain. Elle n'est pas proche de la population, du point de vue géographique, pour le **paiement des cotisations**. Etant donné que certaines sections ne sont pas fonctionnelles, le **siège** (situé dans le quartier des 1200 logements) est le seul endroit où les membres (il s'agit principalement des membres de la section inter pro) peuvent venir payer leurs cotisations. Pour la grande majorité de la population de Ouagadougou ce bureau est trop éloigné. Il n'est pas aisé pour eux de se déplacer chaque mois pour venir s'acquitter de leurs cotisations. Cela décourage de nombreuses personnes. Au jour d'aujourd'hui, c'est l'unité de gestion qui se déplace, soit auprès des sections, soit auprès de certains membres directement, pour récolter les cotisations. Cela est possible étant donné le faible nombre d'adhérents mais ce n'est pas tenable sur le long terme (problème de coûts de déplacement, de disponibilité du personnel, ...).

Ensuite, la MSU n'est pas intégrée dans **les quartiers**. Les membres de l'unité de gestion (UG) ne sont pas connus des populations. Ce qui rejoint le problème de visibilité. Ici culturellement l'on se méfie beaucoup des inconnus, de tout ce qui est nouveau. La crainte de voir la personne à qui l'on paye les cotisations disparaître du jour au lendemain sans trace.

---

<sup>13</sup> (...) la problématique urbaine est caractérisée (...) par le développement d'une logique individualiste. Ainsi, les mécanismes de solidarité se fragilisent de plus en plus par l'attitude de chaque individu à bénéficier des avantages liés à son adhésion à une mutuelle. Il est donc souhaitable pour le Réseau d'Appui aux mutuelles de Santé « RAMS » de se focaliser sur les associations et autres groupements et entreprises pour la diffusion du produit. (Etude de faisabilité, p. 38)

Cela est édifié sur le vécu des gens et pose de gros problèmes pour la sensibilisation et la collecte des cotisations.

Bien qu'il y ait une flotte<sup>14</sup> qui lie les centres de santé à la MSU/LB la communication n'est pas permanente. Nombreux sont les agents de santé qui n'ont aucune notion sur la mutuelle. Il arrive qu'ils reçoivent un mutualiste qu'ils ne satisfont pas du fait de la méconnaissance de la procédure de prise en charge. Il est alors, difficile pour l'UG d'assurer une présence régulière dans les **centres de santé** pour essayer de régler tous les problèmes que pourrait rencontrer un des mutualistes. Les centres conventionnés sont au nombre de 24. Si l'on considère que l'UG doit être présente au moins une matinée par mois dans les centres de santé pour régler les factures, déposer les listes, gérer les problèmes quotidiens, assurer le recyclage des agents de santé, être le relais d'information entre la MSU et les formations sanitaires cela demande presque un emploi à temps plein.

La MSU/LB connaît aussi un autre problème celui de sa visibilité auprès **des autorités**. Bien que le maire de Ouagadougou ait été le parrain de la mutuelle à son lancement, il semble qu'elle soit encore méconnue dans la commune. Or, il est important qu'elle puisse faire un lobbying pour être prise en compte dans les politiques publiques et nouer des partenariats qui pourraient lui être bénéfique surtout dans le contexte actuel du développement de l'assurance maladie.

Enfin, toujours le **problème de visibilité**, la mutuelle n'avait pas de pancartes dans les centres de santé, ni dans les sections, ni au siège, les dépliants, les autocollants de la mutuelle n'étaient pas à jour<sup>15</sup>. Or, les ouagalais sont très sensibles à la publicité. S'ils entendent parler de la MSU à la télé ou vu des affiches, cela les rassure quant à la fiabilité de la structure.

## ***II. Analyse SWOT***

L'état des lieux fait cas, des forces et faiblesses d'une part et des opportunités et menaces (FFOM) auxquelles la mutuelle fait face d'autre part. La MSU/LB regorge des potentialités qu'il faut renforcer d'avantage mais cela reste tout de même insuffisant au regard du défi qui l'attend. Quant aux faiblesses, elles sont multiples et si rien n'est fait pour relancer les entités (partenaires) à faire la promotion, la mutuelle risque de ne pas avoir de chance vis-à-vis de ses

---

<sup>14</sup> Ligne téléphonique avec lequel certaines personnes communiquent gratuitement.

<sup>15</sup> Le problème de pancartes et dépliants ont été partiellement été résolu durant le second semestre de l'année 2010.

concurrents<sup>16</sup>. Au regard du contexte de la ville la mutuelle dispose d'énormes opportunités qui sont mal exploitées. Il existe aussi, compte tenu de l'environnement, des éléments explicatifs qui entravent son bon fonctionnement. Nous avons regroupé le détail de tous ces éléments dans les tableaux suivants.

**Tableau 6 : Forces et Faiblesses de la mutuelle**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les agents de l'UG sont formés en technique d'animation: ce qui leur permet bien que peu expérimentés de tenir des séances de sensibilisation et d'information et convaincre leurs interlocuteurs.</li> <li>▪ Le système de carte magnétique avec photo de membre conseillé dans l'étude de faisabilité fonctionne correctement. Cela permet l'utilisation facile des services de la mutuelle et évite les fraudes, il confère également à la mutuelle un crédit et une image de marque.</li> <li>▪ La disponibilité du Secrétariat Exécutif du RAMS à accompagner l'équipe MSU/LB ses à rencontres avec les partenaires et autorités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mutuelle est composée de plusieurs sections qui fonctionnent mal. Celles-ci étaient chargées d'assurer les sensibilisations et d'enregistrer les adhésions au sein de leurs structures mais rien ne se fait pour certaines d'entre elles. Seules quelques unes<sup>17</sup> font l'effort d'accroître le nombre de leurs membres à la mutuelle</li> <li>▪ Selon les dispositions de l'étude de faisabilité le personnel de la MSU/LB serait constitué de 4 agents pour un départ dont deux agents commerciaux. Cela n'a pas été fait et explique en partie la situation actuelle de la mutuelle.</li> <li>▪ Les agents de la MSU/LB ne sont pas formés pour faire des plaidoyers auprès des autorités publiques et partenaires extérieurs.</li> <li>▪ Certains outils tels les cartes de membres et autocollants sont distribués avec les anciens contacts de la mutuelle.</li> <li>▪ Tous les responsables (membres du CA) ne s'impliquent pas assez dans le processus de communication.</li> <li>▪ Il y a une rareté de communication sur les médias.</li> </ul>

<sup>16</sup> Il s'agit notamment d'autres mutuelles de Ouagadougou ayant le même public cible que la MSU/LB et les sociétés commerciales d'assurance.

<sup>17</sup> Cf. tableau de sections fonctionnelles et non fonctionnelles de la mutuelle.

**Tableau 7 : Opportunités et Menaces de la mutuelle**

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il y avait un manque crucial de visibilité sur le terrain mais cela à été amélioré depuis peu par la plantation de pancartes à l'effigie de la mutuelle dans les FSC. Cela permet aujourd'hui à la MSU/LB d'améliorer un temps soit peu sa visibilité sur le terrain. Nombreuses sont les personnes qui viennent à la mutuelle par le biais de ces pancartes.</li> <li>▪ Les responsables des différentes mairies rencontrées sont convaincus de l'opportunité que pourrait leur offrir la MSU/LB. Certains se sont mobilisés et ont permis d'enregistrer de nouveaux bénéficiaires.</li> <li>▪ Les responsables d'arrondissement ont promis de faire bénéficier de plages gratuites sur une radio de la place.</li> <li>▪ La MSU/LB dispose d'une flotte qu'elle partage avec les points focaux des FSC. Elle peut permanemment avoir les informations sur le fonctionnement de la mutuelle dans ces centres.</li> <li>▪ Dans le contexte de la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) prévu par le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), les mutuelles figurent en bonne place. C'est l'occasion pour Laafi Baoré de confirmer sa notoriété dans le domaine de la mutualité à Ouaga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La non compréhension du 1<sup>er</sup> principe de la mutualité: <b>La solidarité</b>. Certains bénéficiaires ne renouvellent pas leur adhésion parce qu'ils ont cotisé durant un moment et ne sont pas tombés malade.</li> <li>▪ La gestation de nouvelles mutuelles telle que la mutuelle des artistes vient réduire le champ d'action de la MSU/LB.</li> <li>▪ Le turn over dans les FSC: les nouveaux agents ne connaissent pas la MSU/LB.</li> <li>▪ Le comportement malhonnête de certains agents de santé qui s'adonnent à des ventes personnelles de médicaments lors de la garde et disent qu'ils n'ont pas d'information sur la mutuelle est de nature à mettre en péril la bonne marche de la MSU/LB au sein de la formation sanitaire et favorise la fuite des bénéficiaires.</li> </ul>

### ***III. Présentation des actions pour la promotion de la MSU/LB***

Suite aux limites ainsi constatées dans la promotion de la MSU/LB, des actions ont été entreprises pour améliorer les résultats.

Ces différentes actions sont en effet les rencontres de concertation avec les agents de santé de FSC, la confection et la plantation de pancartes à l'effigie de la MSU, les séances de sensibilisations dans les quartiers, les associations, les entreprises, etc.

#### ***III.1 Concertation avec les agents de santé***

Au cours du second semestre de l'année 2010 la MSU/LB avec le soutien du RAMS a entrepris des rencontres de concertation avec les agents des différentes FSC. Le but de ces rencontres était de faire l'état de la mise en œuvre des conventions et faire des propositions pour une meilleure collaboration. Sur 15 agents présents en moyenne par district sanitaire (DS), au moins 10 affirment n'avoir pas connu la mutuelle et les autres l'ont connu qu'au début de ses prestations (en 2007). Pour d'autres encore ce sont les agents de l'UG qu'ils connaissent et qu'ils reçoivent chaque mois mais n'ont pas grandes informations sur le fonctionnement de la MSU/LB. C'était l'occasion pour le SE/RAMS de revenir sur quelques généralités sur la mutualité: principes de fonctionnement, avantages de la mutuelle pour une formation sanitaire, les procédures de prise en charge du patient mutualiste etc. Les agents de Laafi Baoré quant à eux ont fait un exposé sur leur structure. Il s'agissait de donner toutes les informations concernant le fonctionnement de la mutuelle: conditions d'adhésion, de prise en charge, les prestations. Ces échanges ont été faits par projection de diapositives et par distribution de documents de présentation MSU/LB aux différents participants. Au sortir de ces rencontres tout le monde était satisfait. Les partenaires avaient compris les principes de la mutualité et la procédure de prise en charge du patient de la MSU. Le tableau suivant fait état des participants à la rencontre de concertation.

**Tableau 8 : Acteurs ayant participé à la concertation avec les agents des FSC**

<b>Dates</b>	<b>Formations sanitaires (FS)</b>	<b>Nbre de participants</b>	<b>Agents du RAMS/MSU impliqués</b>
15/07/10	District sanitaire de Bogodogo	19	SE RAMS, Assistante technique, PCA/MSU et l'UG
02/08/10	District sanitaire de Boulmiougou	14	SE RAMS, Assistante technique, membre du CA et l'UG
17/08/10	District sanitaire de Nongr Maassom	15	Assistante technique, PCA et l'UG
02/09/10	District sanitaire de BASKUY	17	Assistante technique, PCA et l'UG
16/09/10	District sanitaire de Sig Nonghin	15	SE, Assistante technique, membre du CA, l'UG
17/09/10	Clinique OST	14	SE, Assistante technique, membre du CA; PCA et l'UG
09/09/10	CMA Schiphra	Non déterminé	SE RAMS, PCA, et l'UG
21/10/10	CM Ibn SINA	4	SE RAMS, Assistante technique, UG
05/11/10	CM St Camille	3	SE RAMS et l'UG

**Source:** par l'auteur

Les conseils recueillis de la part des agents après cet entretien sont très bénéfiques pour un meilleur fonctionnement de la mutuelle. Pour la plupart des participants la mutuelle devrait prendre certaines mesures pour qu'elle ait plus de visibilité. Pour cela il faudrait:

- multiplier les rencontres avec les agents de santé afin que l'information passe régulièrement et que chaque agent nouvellement affecté ne soit pas étranger des activités de la MSU.
- recruter des animateurs par district sanitaire (DS) qui pourraient sensibiliser les usagers des formations sanitaires (FS) du district, collecter les adhésions et les cotisations des membres qui sont à proximité de la FS.
- organiser des sessions de formation des agents de santé sur la mutualité et sur l'utilisation des outils de Laafi Baoré.

- multiplier les publicités sur les médias,
- désigner des points focaux, etc ...

Dans certains cas les agents participants à la concertation étaient consultés par les autres lorsqu'ils recevaient des mutualistes. Des usagers des formations sanitaires ont reçu l'information par le biais de certains agents. Un agent du district de Bogodogo s'est inscrit avec une famille de quatre (04) personnes. La restitution du contenu de l'échange n'a malheureusement pas été faite dans la plupart des centres aux autres qui n'ont pas participé. Ce qui a entraîné deux cas de démission pour avoir été mal reçu par des agents qui disent ne pas connaître la mutuelle. Ces mutualistes sont rentrés sans soins. Ces démissions font perdre à Laafi Baoré deux adhérents avec cinq (05) PAC.

### ***III.2 Sorties d'information et de sensibilisation***

Des sorties d'information et de sensibilisation ont eu lieu dans les formations sanitaires à l'endroit des usagers et dans le quartier 1200 logements. Une centaine de personnes malades ou accompagnateurs a été touchées. La grande majorité dit être surprise d'entendre parler d'une mds qui existerait à Ouagadougou et qui aurait signé une convention avec la dite FSC.

Les visites à domicile (VAD) dans le quartier 1200 logements où est situé le siège de la mutuelle ont enregistré 116 concessions et services visités en deux semaines. Nous nous sommes entretenus avec 3 personnes en moyenne par concessions et services. Certaines connaissent le siège du RAMS parce qu'elles sont du quartier mais ne savaient pas que la mutuelle y était logée. Cela était dû au fait qu'il n'y avait pas de pancarte indiquant la présence de Laafi Baoré. D'autres ont connu la mutuelle à travers des spots passés à la télévision. Tous ceux qui ont été touchés s'ils ne sont pas couverts par une assurance classique affirment être intéressés et promettent de s'inscrire. Ce qui a été le cas pour trois adhérents inscrits qui ont au total six (06) personnes à charge (PAC).

### ***III.3 Séances d'informations et de sensibilisation dans les associations et entreprises.***

Les entreprises et associations rencontrées ont été informées de l'existence de la mutuelle soit par le biais d'émissions télé, soit par un bénéficiaire de la MSU. Celles-ci ont contactés la mutuelle afin d'animer une séance pour informer et sensibiliser leurs membres et personnels. Jusqu'au 31 décembre 2010 aucune adhésion n'a été enregistrée dans ces structures.

### **III.4 Spots et émissions télé et radio**

Sept spots télé ont été diffusés, deux émissions télé et radio ont-elles aussi été réalisées. A la suite de ces diffusions plusieurs coups de fils ont été enregistrés pour avoir des informations complémentaires sur la mutuelle. Nous déplorons le caractère bref de ces spots. Ils sont diffusés dans un temps très réduit (environs 95 secondes). Toutes les informations sur le produit ne ressortent pas. Ils laissent souvent les téléspectateurs sur leur soif d'en savoir plus sur le produit et entraînent une mauvaise interprétation (80 pour cent des personnes qui appelaient suite à la diffusion pensaient que la mutuelle était un centre de santé dans lequel ils pouvaient bénéficier de prestations à coûts réduits).

### **IV. Analyse du bilan obtenu après les campagnes de communication**

Il faut noter qu'après toutes ces activités, les réactions d'adhésion ne sont pas systématiques. Les gens prennent le temps pour vérifier la réalité des informations sur le produit présenté. Cela se fait via d'autres bénéficiaires, ou encore par des responsables des centres de santé qui les rassurent. Certaines personnes effectuent le déplacement au siège de la mutuelle pour se rendre compte de sa crédibilité. Toutes ces actions conjointes ont permis à la mutuelle d'enregistrer 209 nouveaux membres dont 72 adhérents. La caisse Baïtoul Maal, la MUFEDE et la CNTB qui sont des organisations de la société civile (OSC) et Hage industrie, une entreprise ont enregistré respectivement 10, 3, 1 et 10 nouveaux adhérents. La section inter pro regroupant différentes personnes de différentes couches sociales enregistrent 48 adhérents. Le tableau suivant fait ressortir les adhésions au cours de l'année 2010 par sections.

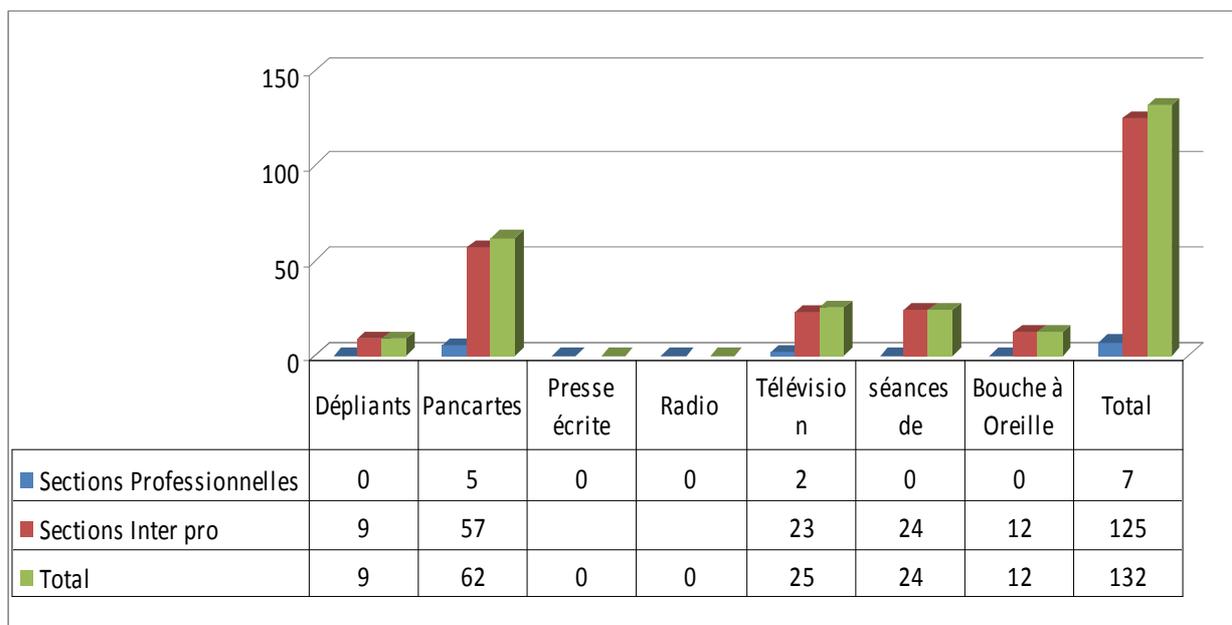
**Tableau 9 : Etat des adhésions par section en 2010**

Qualités de membre Section	ADHERENTS			BENEFICIAIRES		
	H	F	T	H	F	T
BAÏTOULMAAL	8	2	10	13	13	26
HAGE INDUSTRIE	9	1	10	19	8	27
MUFEDE	1	2	3	2	5	7
CNTB	1	0	1	3	2	5
INTERPRO	31	17	48	75	69	144
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>72</b>	<b>112</b>	<b>97</b>	<b>209</b>

*Source: rapport d'activités 2010 et adapté par nos soins.*

Certaines entrées ont été enregistrées grâce aux canaux, matériels et dispositifs utilisés. Cent trente deux (132) nouveaux bénéficiaires ont été enregistrés par l'action de communication menées par la MSU ce qui représente 63.16% des entrées de l'année. Le schéma suivant donne un aperçu général des nouveaux bénéficiaires enregistrés en 2010 suite aux actions de communication.

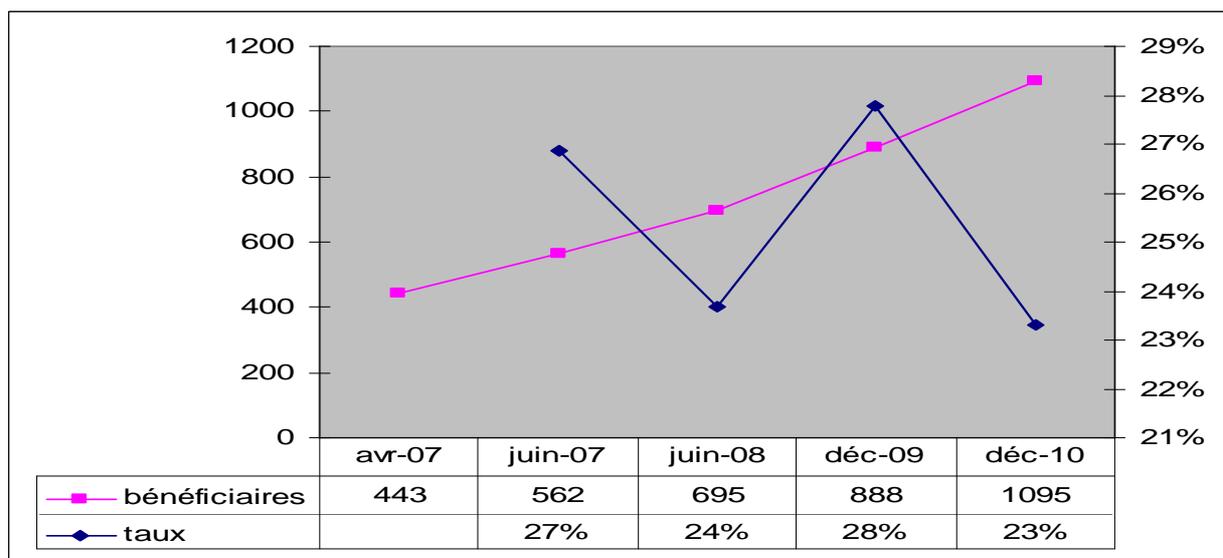
**Figure 2: nouveaux bénéficiaires suite à l'action de la communication**



L'action des dépliants à permis d'enregistrer 9 nouveaux bénéficiaires, 62 pour les pancartes, 25 pour la télé, 24 pour les séances de sensibilisations, 12 pour le bouche à oreille et zéro pour la presse écrite et la Radio. Ainsi Laafi Baoré tend peu à peu à atteindre son objectif tant souhaité.

Le schéma ci-dessous montre la croissance des bénéficiaires de la mutuelle depuis le début des prestations jusqu'à décembre 2010.

**Figure 3 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'avril 2007 à décembre 2010**



Le graphique ci-dessus indique que le nombre de membres s'est accru durant ces trois dernières années. Ce taux a progressé en dent de scie. 27% de taux de progression pour la première année, 24% en 2008, ensuite 28% en 2009 et en fin 23% en 2010. La chute du taux d'adhésion est due aux personnes qui n'ont pas renouvelé leur cotisation et qui ont été exclus de la mutuelle.

### ***Conclusion du chapitre 3***

Au vu de tous ces résultats et des avis recueillis, il ressort qu'il y a un déficit de communication à la MSU/LB. La plupart des personnes rencontrées qui connaissent Laafi Baoré n'ont juste qu'une notion pour avoir entendu parler à la radio à sa création et lors de la diffusion des spots. Mais néanmoins les canaux et matériels de communication utilisés lors de campagne de communication ont contribué respectivement à enregistrer toute section confondue 9 et 62 personnes pour les dépliants et pancartes ; 25, 24 et 12 pour la télé, les séances d'information et de sensibilisation et les informations de bouche à oreille.

Ce qui nous amène à proposer un ensemble d'activités visant à rapprocher davantage la mutuelle de son public cible. Mais avant tout nous dresserons un cadre explicatif (cadre logique) regroupant les objectifs attendus de la communication, le public visé pour les réaliser, les canaux et supports de communication et les indicateurs nous permettant d'évaluer ces actions. La réalisation et la mise en œuvre de ces objectifs nécessitera la mise en place d'une équipe forte de communication et une autre chargée de plaidoyer.

## ***Chapitre IV : CADRE LOGIQUE ET STRATEGIE DE LA COMMUNICATION DE LA MSU/LB***

Dans ce chapitre nous aborderons la stratégie de communication proprement dite qui sera applicable à la MSU/LB. Nous déterminerons les différentes ressources nécessaires pour sa mise en œuvre. Un éventail d'activités est proposé avec à travers des messages qu'il serait important d'adresser au public ciblé. Le cadre logique ci-dessous définit s'inscrit dans une logique d'articulation des divers niveaux d'objectifs de la stratégie et les moyens à mettre en œuvre pour la réaliser. C'est aussi une manière de rechercher les conditions critiques extérieures aux activités qui doivent être satisfaites pour que l'enchaînement se produise à partir des moyens, jusqu'à la réalisation de la finalité.

Deux objectifs généraux sont définis dans ce cadre qui ont pour but de renforcer l'image de la MSU/LB, de promouvoir ses actions afin de susciter une meilleure adhésion du public. A ces deux objectifs plusieurs éléments sont associés pour leur réalisation. Dans la première colonne de ce tableau nous avons défini les objectifs spécifiques de la stratégie, dans la seconde ce sont le public et les acteurs ciblés pour leur mise en œuvre. La troisième colonne est réservée à la définition du type d'approche qui constitue le type de communication par rapport à la cible. Ensuite ce sont les résultats attendus puis les outils et canaux de communication et enfin les indicateurs de réussite et de succès de la stratégie définie.

### ***I. Cadre logique de la stratégie de communication***

Dans ce tableau, deux grands objectifs ont été définis. Le premier est de susciter et renforcer l'image de la mutuelle dans la commune de Ouaga. Le second est de promouvoir ses activités afin de susciter l'adhésion des groupes cibles et des partenaires. Le tableau ci-dessous expose les matrices de ce cadre logique.

Objectifs de communication	Cibles/acteurs	Types d'approches	Résultats attendus	Canaux et supports de communication	Indicateurs objectivement vérifiables
<b>Objectif N° 1</b>					
<i>Susciter et renforcer l'image de la MSU/LB</i>					
<b>Communication interne</b>					
Accroître le niveau de connaissance et de conscience sur la communication de l'équipe de la MSU/LB	Personnel et membre du CA	Information Formation	Chaque agent maîtrise la communication et ses implications	AG, module de formation	Nombre de formation Taux de personne évaluée "bien" sur la connaissance de la MSU/LB et de l'enjeu de la communication
Dynamiser l'équipe de communication et plaidoyer afin de le rendre plus efficace	Membre du CA, membre de l'UG	Définir les rôles Renforcement des capacités	L'équipe du CA et l'UG sont aptes à mettre en œuvre la stratégie de communication et à l'actualiser	Atelier de renforcement des capacités Documentation Ressources humaines	Rapport d'atelier Taux de mise en œuvre de la stratégie de communication (SC) Nombre d'initiatives mises en œuvre Nombre d'outils produits
<b>Communication externe</b>					
Accroître la connaissance de la MSU et son action à Ouaga	Toutes les cibles	Information Sensibilisation	Le public perçoit la mutuelle comme alternative de facilitation d'accès aux soins de santé de qualité et à moindre coût	Dépliant MSU Séances de sensibilisation Médias et autres outils Affiches	Nombre de sensibilisation (1 ou 2 fois/mois) Statistique de personne touchées Rapport de suivi des médias
<b>Objectif N°2</b>					

**Promouvoir les activités de la MSU afin de susciter l'adhésion des groupes cibles et partenaires**

<b>Communication interne</b>					
Assurer une meilleure circulation de l'information en amenant chaque acteur à produire, partager ou solliciter l'information en vue d'atteindre l'objectif de la communication	UG, CA	Sensibilisation Harmonisation des TDR Responsabilisation Evaluation périodique	L'information est produite en qualité par les acteurs Elle circule mieux au sein de la MSU et avec les partenaires	Réunions Comptes rendus Rencontres Affiches Téléphone/Email	Nombre d'articles produits Animation de forum MSU Nombre de publipostage internes
<b>Communication externe</b>					
Promouvoir les interventions de la MSU dans la lutte contre l'inaccessibilité aux soins de santé	Toute cible extérieure	Information Document Publication Plaidoyer	Les ouagalais connaissent les actions de la MSU	Médias Relation publique	Nombre de publicités Nombre de ouagalais et autres connaissent l'action de la mutuelle.
Augmenter la fréquence et la pertinence des publications, production et diffusion sur la MSU et ses interventions sur les médias	Médias Associations professionnelles Toutes les cibles	Renforcement des capacités Développement de partenariats Appui technique et matériel	La MSU est très présente dans les médias	Documentations Dépliants, autocollants, autres gadgets Relation presse	Convention de partenariat Nombre de publications Supports de communication Supports d'émissions Rapports divers.

## ***II. Cadre opératoire de la stratégie : ressources et financement de la stratégie***

Le cadre opératoire regroupe l'ensemble des moyens matériels, humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de communication. Nous aborderons ces éléments avec beaucoup plus de détails.

### ***II.1 Ressources humaines et matérielles***

Les principaux acteurs de la mise en œuvre de la stratégie de communication sont les membres du CA et le personnel (UG). L'état des lieux fait plus haut a révélé une assez faible participation du CA dans les activités de promotion. La diversité des compétences regroupées au sein de ce groupe, les responsabilités individuelles au sein du groupe ont été des raisons qui ont empêché l'animation d'une communication cohérente de la MSU. Pour plus de proximité et de promptitude, il serait important pour la mutuelle de multiplier ses présences dans les districts sanitaires pour des sensibilisations et servir en même temps de points de collectes. Pour cela, il faudra de nouveau engager au moins deux agents commerciaux comme l'a proposé l'étude de faisabilité. Il serait aussi indispensable que leur cahier de charge (TDR) soit revu afin d'y introduire des activités spécifiques relatives à la communication de la MSU. Leurs capacités pourraient être renforcées selon les besoins qu'ils exprimeraient.

Il importe aussi qu'au sein de l'équipe, les rôles soient répartis en fonction des activités à mettre en œuvre. Ainsi les responsabilités du Chargé de la communication de la MSU seront essentiellement de :

- préparer, coordonner, prendre part et évaluer les activités de communication ;
- faire le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de communication ;
- préparer et animer les réunions du CA sur la stratégie de communication ;
- prendre part aux réunions des groupes thématiques ;
- assurer la couverture des activités de la MSU et en rendre compte sur les différents supports ;
- prendre les photos, créer et gérer une photothèque de la MSU ;
- assurer un rôle de chargé de relations publiques de la MSU ;
- préparer toutes autres tâches nécessaires à l'animation de la communication de la MSU ;

Pour conduire à bien la présente stratégie, quelques équipements techniques sont nécessaires :

- ❖ 1 Appareil photo numérique ;
- ❖ 1 un vidéo projecteur;
- ❖ 1 ordinateur portable

## ***II.2 Financement de la stratégie***

Le budget a été essentiellement déterminé sur la base d'une estimation approximative du coût des activités qui seront mises en œuvre. C'est l'une des principales techniques en matière de détermination d'un budget de communication, et la plus pertinente dans le cas d'espèce. La MSU n'est pas soumise à Ouaga à la pression d'un marché concurrentiel, et n'a pas non plus l'expérience de l'exécution d'une stratégie de communication à laquelle il faille se référer.

Sur cette base, le budget général de cette stratégie de communication est estimé à environ 10 millions (dix millions de nos francs). La stratégie sera financée partiellement par les ressources prévues annuellement pour les activités de promotion de la MSU.

Toutefois, ces ressources étant insuffisantes, elles pourront être soutenues par la contribution d'éventuels bailleurs à qui l'on présenterait ce projet. Cette proposition tient du fait que la stratégie de communication est élaborée pour soutenir la mise en œuvre des plans d'action de la MSU.

## ***III. Proposition d'activités à mener***

Les propositions ci-dessous énumérées nous ont été inspirées par le diagnostic fait sur la mutuelle. Ces activités vont à l'endroit des formations sanitaires conventionnées, de la population cible, des médias et des autorités et autres partenaires.

### ***III.1. Activités visant les formations sanitaires conventionnées***

Comme souligné précédemment dans le diagnostic, certains agents de santé ignorent Laafi Baoré et cela rend difficile voire même impossible la prise en charge des mutualistes. Les activités suivantes pourraient venir plus ou moins résoudre ces problèmes que rencontre MSU.

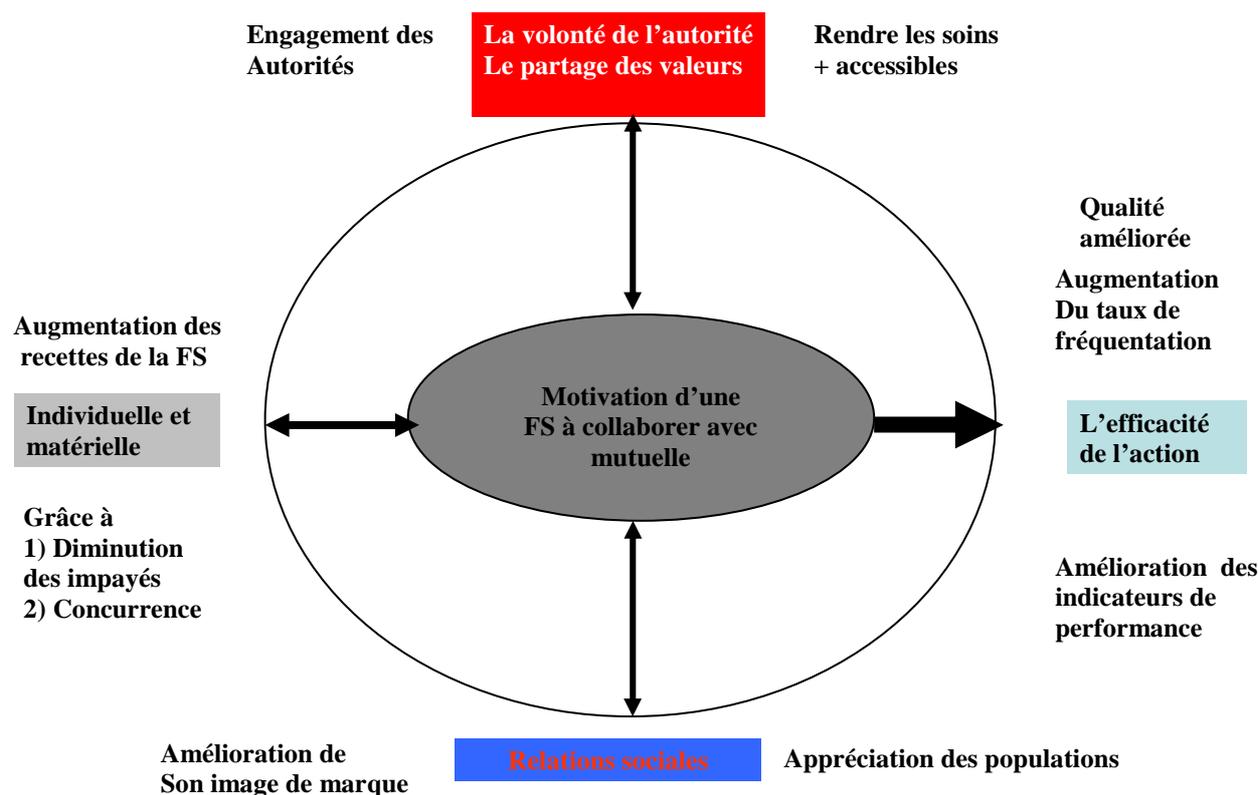
**Organiser des séances de concertation et d'information à l'endroit des agents de santé par DS.** L'inscription dans un programme biennal des rencontres avec les agents de santé par DS afin de faire l'état de lieux de l'exécution des conventions et de les réviser si possible. Des rencontres d'information sur la mutuelle permettront d'éclairer les agents sur le fonctionnement de la MSU/LB.

**Renforcement de capacité du personnel de la santé sur la mutualité.** Avec le concours du ministère de la santé et celui de l'enseignement, l'instauration d'un module de formation en mutualité dans les écoles de formation et dans les universités permettra à l'ensemble du corps médical d'être aguerri sur les questions de mutuelles.

**Conception d'affiches MSU qui seront collées dans chaque service des FS.** Sur ces affiches il sera mentionné la procédure de prise en charge du patient mutualiste. Cela permettra aux nouveaux agents d'avoir une idée sur la procédure de traitement du mutualiste qui entre en consultation. Pour les gérants et les gestionnaires de dépôts et pharmacies de pouvoir s'occuper du malade mutualiste qui se présente au guichet pour s'acquitter de son ticket modérateur.

Dans le cadre de cette étude, les prestataires de soins rencontrés à tous niveaux ont exprimé leur satisfaction quant à la contribution des mds à la prise en charge sanitaire des populations: les mutualistes se font soigner à temps, ce qui permet, d'une part, de prévenir la chronicité de certaines maladies, et d'autre part, de réduire le coût de la prise en charge de la maladie. De plus, les mutuelles de santé augmentent le taux de fréquentation de FS, qui disposent alors de plus de recettes. Il en résulte une efficacité accrue et une amélioration de la qualité des soins car les conditions de travail et de prise en charge des prestations sont meilleures comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Figure 4 : Illustration des avantages liés à la relation mutuelle de santé-formation sanitaires



*Source: Présentation du secrétariat exécutif du RAMS lors des rencontres avec les agents de santé*

Commentaire

L'aspect clé marquant le rapport entre les FS et les mds est la contractualisation, à travers laquelle les prestataires de soins et les mutuelles concluent une convention. Dans cette convention, ils définissent les services couverts, les normes de qualité à garantir, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Ainsi la convention garantit aux membres de la mutuelle de santé l'accès aux soins de qualité à un tarif réduit (70%) et connu d'avance. De même, les conventions garantissent aux FS le paiement des services rendus et assurent une fréquentation élargie, régulière et prend en charge des pathologies moins lourdes.

Une bonne convention suivie d'une sensibilisation de qualité du personnel sanitaire permet d'éviter certains comportements opportunistes des agents de santé vis-à-vis des mutualistes. Il s'agit des surprescriptions, des malversations, des désintéressements, etc.

Comportement à éviter :

Certains agents s'adonnent à des comportements de nature à compromettre le bon fonctionnement des mds:

Les surprescriptions : la solvabilité du mutualiste incite souvent des prestataires à avoir recours aux actes les plus rentables ou à prescrire des soins inutiles afin d'augmenter les marges bénéficiaires ou de donner "satisfaction" au patient.

Les malversations : les agents de garde s'adonnent à la vente de leurs propres médicaments aux patients qu'ils soient mutualistes ou pas. Cela décourage le bénéficiaire qui croit pouvoir payer moins se voit obligé de déboursier plus.

Les désintéressements : il y a des agents qui connaissent la mutuelle et s'intéressent peu à sa promotion. Comme souligné plus haut.

### *III.2 Activités visant le public cible : les VAD, les entreprises, les associations et autres structures assimilées*

Afin de toucher toutes les couches nous proposons à la mutuelle de mener les activités suivantes.

**Organiser des rencontres périodiques avec les associations, les entreprises et autres structures assimilées** dans l'objectif de présenter la mutuelle à toutes les structures associatives et aux entreprises de la capitale. Une ou deux fois dans l'année à l'occasion de l'anniversaire de la mutuelle ou de l'AG inviter ces structures pour diffuser les valeurs de la mutuelle dans ces couches majoritaires.

**Organiser des visites à domicile (VAD)** pour informer les habitants des quartiers périphériques par la distribution des dépliants et passer l'information sur l'existence et le fonctionnement de la mutuelle. Le VAD permet de mieux personnaliser ses rapports avec les familles tout en l'observant et en discutant avec elle dans des situations vécues par ses membres. L'objectif de la VAD est de découvrir les conditions de vie de la famille et de connaître les préoccupations de celle-ci par rapport à la mutuelle.

**Organiser des séances de sensibilisation de grande envergure par quartier** qui pourront regrouper les associations, les chefs coutumiers et leaders religieux par quartier. Pendant ses séances un jeu comportant des questions sur le fonctionnement de Laafi Baoré serait organisé à l'attention du public. Ce sera l'occasion pour la MSU de distribuer des gadgets (tee shorts, casquettes, porte-clés, etc. ...)

#### Message d'information et de sensibilisation

La MSU a été créée pour réduire les problèmes de santé de la population de Ouaga notamment les plus démunies. Elle aide cette population à avoir accès à des soins de santé de qualité et à

un coût relativement réduit. On remarque aujourd'hui que cotiser pour assurer sa santé n'est pas rentré dans les habitudes de cette population. Assurer sa santé n'est pas souvent une priorité pour nos communautés. Lorsque la maladie survient cette population a recours à des pratiques qu'il faut désormais abandonner. En effet, lorsqu'un membre de la famille tombe malade et qu'on est dans l'impossibilité de régler ses frais médicaux on a tendance soit à faire recours à un parent proche pour emprunter, soit à vendre ses biens et/ou ses récoltes pour prendre en charge ses dépenses de santé. Après la maladie on reste débiteur d'énormes dettes et sans bien matériels pour survivre.

Si nous appartenions à une mutuelle, rien de cela ne nous arriverait. Elle nous aiderait à payer une partie de nos soins et rester en possession de nos biens et éviter d'être la risée du quartier ou de la communauté.

La mutuelle Laafi Baoré est la solution désormais pour prendre en charge nos soins de santé.

En cas de maladie, la MSU dispose de 24 FS (*voir annexe*) dans les quartiers de Ouagadougou, où l'on peut se faire prendre en charge à hauteur de 70% des frais médicaux. La prise en charge est automatique. Le mutualiste paie directement les 30% de ses frais médicaux à la caisse de la FS. Seule la carte atteste que l'on est membres de la mutuelle, la prise en charge se fera sur présentation de cette carte. Cette procédure est applicable dans tous les centres sauf au CHU Yalgado. En effet le mutualiste qui y est référé devra se munir d'un bon de prise en charge à retirer à la mutuelle. La prise en charge se fera sur la base de bon dûment remplie par les gestionnaires de la MSU/LB pour la prestation à recevoir.

Il peut arriver que le bénéficiaire malade ne soit pas pris en charge en tant que mutualiste soit par la méconnaissance de la mutuelle par l'agent en poste, soit par oubli de la carte de membre à la maison ou encore par rupture de MEG (médicaments essentiels génériques) dans le dépôt de la FS. Dans ce cas d'espèce le bénéficiaire paie la totalité des frais et adresse une demande au Président du Conseil d'Administration de la mutuelle pour solliciter le remboursement de 70% de ces frais. Le demandeur prend soins de joindre toutes les pièces qui justifient ses dépenses.

Pour une cotisation de 800 (huit cent) frs mensuelle, le mutualiste bénéficie d'une prise charge de 70% de ses frais sans plafond sauf en cas d'hospitalisation du malade. Pour les hospitalisations il est prévu la somme de 25000 (vingt cinq mille) frs par hospitalisation. Le surplus est pris en charge par le malade. Le bénéficiaire à droit à deux hospitalisations de 15 jours dans l'année (soit 30 jrs/an).

Au bout d'une année de cotisation si l'on ne tombe pas malade la somme cotisée n'est pas remboursée. En effet, en micro assurance, les gens paient d'avance certains coûts des soins de santé, et par le biais d'une unification des recettes, ce sont les biens portants qui subventionnent les soins pour les malades<sup>18</sup>. Dans une mutuelle, selon le principe de solidarité, les bien portants sont solidaires des malades, les jeunes des vieux, les riches des pauvres. Quand on s'inscrit dans une mutuelle ce n'est pas parce qu'on souhaite tomber malade, mais plutôt dans une logique de prévention. Si on ne tombe pas malade notre cotisation aura servi à soigner quelqu'un.

L'appartenance à la mutuelle de santé ne donne pas tous les droits au mutualiste. Un mutualiste malade n'a pas de droit de priorité sur les personnes non membres de la mutuelle. Le patient mutualiste est traité au même titre que les autres malades. Il y a des mutualistes qui pensent qu'ils doivent être prioritaires quand ils se rendent dans une FS. Ce sont des comportements qu'il faut bannir. Ce ne sont pas des attitudes responsables cela est contraire aux principes de la mutualité.

### *III.3 Activités visant les médias*

Les médias constituent un canal important de diffusion du message de la mutuelle. Étant donné qu'elle ne peut toucher tout le monde lors de ses séances de sensibilisation, les médias constituent un renfort et non des moindres. Ils conduisent l'information au-delà des limites des agents de terrain.

En général, il importe d'entretenir un contact étroit avec les médias. Des émissions sur les activités de la MSU, des émissions de jeu sur la MSU/LB, des causeries débats, etc. peuvent y être animées. Dans cette approche, la MSU gagnerait à s'associer à court terme d'excellents journalistes sur au moins deux médias afin d'en tirer des productions de qualité. En dehors de cette relation presse, il importe de conclure un partenariat qui devra indiquer clairement les activités à exécuter par les médias et la contrepartie de la MSU. La durée ne devrait pas excéder une année, afin de faciliter l'évaluation et l'amélioration. Négocié par l'entremise **des associations de journalistes**, ce partenariat gagnerait à être signé par chaque organe de presse identifié.

---

<sup>18</sup> M. Kent Ranson et Sara Bennett dans Réassurance sociale: stabiliser les micro assurances santé dans les pays pauvres cités par David M. Dror et Alexandre S. Preker

La création et l'hébergement d'un site web étant fort onéreux nous proposons à défaut un blog. A partir de ce blog les abonnés ou non abonnés pourront discuter avec les promoteurs de la MSU/LB pour avoir permanentement les informations.

Afin d'améliorer son taux de recouvrement la mutuelle pourrait procéder par l'envoi de texto (sms) à ses membres pour leur rappeler leurs cotisations mensuelles. Ceci pourrait être mise en œuvre par la signature d'un protocole d'accord avec les réseaux de télécommunication qui se chargeront de dispatcher les messages chaque fin du mois.

#### ***III.4 Activités de plaidoyer visant les autorités et autres partenaires***

Laafi Baoré est peu connue des autorités locales et même d'éventuels bailleurs qui pourraient l'accompagner dans la réalisation de ses objectifs. Ces activités suivantes sont proposées pour essayer d'approcher davantage cette catégorie de personne qui si elle est touchée, apportera un déclic à la mutuelle.

**Renforcer le plaidoyer auprès des officiels gouvernementaux** pour mieux les impliquer dans les activités et la communication de MSU (visites conjointes de terrain, activités sociales, communication conjointe, etc.). Annuellement une note faisant état de la situation de la mutuelle peut être adressée au gouvernement pour attirer son attention sur les acquis de l'année, et les initiatives qui pourraient être prises par la suite.

**Initier des rencontres annuelles regroupant les premiers responsables de la mutuelle et des cibles spécifiques** : le Parlement, les leaders politiques, traditionnels, et des partenaires techniques et financiers (PTF), les responsables des départements en charge de la protection sociale dans les ministères, des institutions internationales telles l'OMS, l'UNICEF, etc. Ce sont des occasions pour échanger, faire connaître les actions en cours, faire le plaidoyer pour solliciter l'appui et l'adhésion au programme.

**Inciter l'Etat à s'engager dans la promotion des MAS.** En effet l'Etat est responsable de la performance globale du système de santé. Il a la responsabilité d'orienter l'activité des micro assureurs de manière à ce qu'ils contribuent aux objectifs de la politique nationale de santé.

Les responsables des mutuelles et les autorités devraient organiser conjointement la sensibilisation et l'information de la population quant aux avantages de la mutualité afin de l'inciter à s'affilier. Les mutuelles de santé sont des canaux de formation à la prévoyance et à la solidarité ainsi qu'à la santé préventive. Pour cette raison, il arrive déjà que les agents sanitaires s'impliquent dans les actions de sensibilisation dans la communauté locale. Cette

bonne pratique doit se généraliser. L'autorité du personnel médical peut amener la population à la mutualisation.

Dans le but de convaincre les partenaires et avoir leur soutien voici une proposition du contenu de message qu'il importe de leur adresser.

- la mutuelle de santé Laafi Baoré est une organisation particulière distincte des autres mutuelles de la capitale;
- elle est ouverte à toute personne qui voudrait y adhérer. Cette caractéristique la différencie des autres mutuelles qui sont soit des organisations ouvertes à des personnes appartenant à un même secteur d'activité ou appartenant à une même organisation;
- elle a une gestion professionnelle. La gestion au quotidien de la MSU est faite par une équipe de personnes diplômées et formées en la matière.
- c'est la seule mutuelle ayant signé des conventions avec 24 formations sanitaires dans la capitale.

La stratégie ainsi élaborée permettra d'intégrer la communication dans le quotidien de tous ses acteurs de la MSU/LB. Les ressources ainsi définies pour sa réalisation ne sont certes pas exhaustives mais elles ont été jugées suffisantes pour mener à bien ce programme.

#### ***Conclusion du chapitre 4***

Dans ce chapitre il a été question de l'élaboration d'un cadre définissant les activités et les objectifs à atteindre, les moyens et ressources nécessaires pour sa mise en œuvre. Des indicateurs ont été aussi définis pour identifier le succès ou l'échec des activités.

Nous avons ensuite proposé en sus un certain nombre d'activités plus faciles et dont la réalisation doit être imminente et importante pour la mutuelle à court terme et à long terme.

## CONCLUSION

---

L'étude que nous avons menée vise à accroître la communication de la mutuelle de santé urbaine "Laafi Baoré". Au-delà de l'aspect de pauvreté qui mine toutes les couches sociales et qui empêchent la population à accéder aux services dont elle a besoin, il y a aussi la méconnaissance de son existence qui entraîne peu d'engouement, d'où le rôle primordial de la communication.

Pour mener cette étude notre outil principal de collecte d'information était l'observation participante. Un diagnostic de l'état de la communication dans la mutuelle a été fait afin de relever les aspects positifs et ceux qui « étouffent » le développement de celle-ci.

L'étude a montré que la mutuelle souffrait de sa visibilité et qu'il fallait mettre en place un dispositif organisationnel pour l'améliorer. Toutes les actions de communication entreprises courant 2010 ont permis d'enregistrer 132 nouveaux membres sur un total de 209 sur la même période soit 63.16%.

Les canaux et matériels de communication utilisés ont contribué respectivement à enregistrer toute section confondue 9 et 62 personnes pour les dépliants et pancartes ; 25, 24 et 12 pour la télé, les séances d'information et de sensibilisation et les informations de bouche à oreille.

Ces résultats nous permettent d'affirmer que notre première hypothèse, *"les campagnes de proximité dans la sensibilisation sont efficaces pour l'adhésion"* est vérifiée.

Les nouvelles entrées dues à la transmission de l'information de bouche à oreille montrent que les anciens membres connaissent bien la mutuelle, ils se sont rendu compte de l'effectivité de la prise en charge dans les formations sanitaires de sorte qu'ils ont convaincu leurs proches à s'y adhérer. Ainsi nous arrivons à conclure que la seconde hypothèse ; *"une communication tendant à renforcer la confiance du public en la MSU entraîne une augmentation du taux d'adhésion"* est aussi vérifiée.

L'importance des entrées en terme de bénéficiaires engendrés par les spots et émissions télé, les pancartes dans les formations sanitaires et la distribution des dépliants indique que la troisième hypothèse ; *" les matériels et canaux de communication utilisés sont adaptés au public cible"* est vérifiée mais qu'il faut améliorer au niveau de la presse écrite et de la radio (utilisant les langues nationales à la radio).

Les résultats obtenus nous ont permis d'élaborer une stratégie de communication qui s'adapte au contexte de Laafi Baoré. Cette stratégie comprend deux grands axes. Premièrement il s'agit de « *susciter et renforcer l'image de la MSU/LB* », deuxièmement « *promouvoir les activités de la MSU/LB afin de susciter l'adhésion des groupes cibles et partenaires* ». L'atteinte de ces objectifs nécessite des actions tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la mutuelle ce qui nous a motivé à définir des sous objectifs pour chacun des deux axes. En fonction des sous objectifs fixés, nous avons défini le public cible, les type de communication, les canaux et supports de communication adaptés et les indicateurs de vérification des résultats.

En plus de cette stratégie un ensemble d'activités à été proposé dont la faisabilité viendra renforcer à court terme les actions de communication déjà entreprises par la MSU. A ces activités pourraient se greffer bien d'autres lors de leur exécution si elles s'avèrent importantes dans la réalisation de celles ci-dessous citées.

### **Recommandations et suggestions**

Au-delà de cette stratégie et de ces activités il y a des actions que nous voudrions recommander à la MSU ce qui lui permettra de gagner davantage le cœur de son public cible.

- Les cartes de membres et les autocollants actuellement distribués portent les anciennes coordonnées de la mutuelle. Ceci n'est pas favorable pour la mutuelle en ce sens que ces matériels sont très durables et peuvent être consultés par nombre de gens qui seraient intéressés et voudraient la contacter pour plus d'information. Il faudra songer à les actualiser
- Le plus grand souhait des membres et des personnes rencontrées lors de nos sorties est de voir la mutuelle prendre en charge les spécialités et signer des conventions avec les cliniques de la capitale. Une étude actuarielle pourrait être faite à cet effet pour voir la faisabilité.
- Dans le souci de se rapprocher davantage de son public la MSU pourrait travailler à se soustraire un peu de l'aide de sa structure d'appui, le RAMS. Nous faisons ici allusion au local qui abrite la mutuelle. La mutuelle n'est pas assez vue du fait qu'elle est logée dans la même enceinte que le RAMS. Beaucoup sont ceux qui confondent la MSU et sa structure d'appui.
- Dans la même lancée elle pourrait, avec l'aide des partenaires et/ou des autorités envisager dans le long terme de construire un dispensaire et un dépôt pharmaceutique

où ses membres et bien d'autres personnes viendraient demander des soins. Cela serait un moyen aussi pour la mutuelle d'augmenter ses recettes et assurer elle-même certains frais.

- Comme évoqué ci-dessous, les agents de santé sont les pièces maîtresses dans la sensibilisation de la population à adhérer à une micro assurance santé. Par conséquent, il serait important d'impliquer au moins un agent de santé lors des séances de sensibilisation.

### **Limite de l'étude**

La réalisation de cette étude n'a pas été sans difficultés et sans limites. Des difficultés ont été rencontrées lors de nos recherches documentaires. Nous avons été confrontés à un manque d'ouvrages traitant de la communication dans une mutuelle de santé. Nous nous sommes donc contentés des documents qui ont abordé la communication en générale que nous avons adaptés à notre étude.

La collecte des données exactes sur l'évolution et les activités menées depuis le début de la MSU n'a pas été chose facile. Plusieurs rapports et autres documents consultés donnaient des informations parfois contradictoires.

Vue tout le temps passé pour la rédaction de ce mémoire nous avons été confronté à des difficultés matérielles et financières.

Les sections non fonctionnelles n'ont pu être visitées, les responsables bien qu'étant relancés plusieurs fois ne répondaient pas à notre rendez vous.

Enfin la stratégie proposée dans ce document pourrait constituer un plan d'action pour la mutuelle, elle a été élaborée à certain moment de l'évolution de la mutuelle. Certains éléments pourraient évoluer au cours de son application. Nous invitons par conséquent les promoteurs de la MSU à intégrer d'autres variables si nécessaire pour la réussite de ses activités.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Ouvrage:

**Abdelmajid AMINE** (1999), Le comportement du consommateur face aux variables d'action marketing;

**ANMC/BIT-ACOPAM/WSM**, Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique (1997);

Annuaire statistique Santé-2000 (2001) , Ministère de la santé, Direction des études et de la Planification

**Banque Mondiale**, (2005), Stratégie Nationale de Protection Sociale au Burkina Faso, <http://info.worldbank.org/etools/docs/library> (Consulté le 17 septembre 2008)

**BIT-STEP**, Guide de suivi et évaluation des systèmes de micro assurance santé (2001) tome 1;

**BIT-STEP**, Guide de suivi et évaluation des systèmes de micro assurance santé (2001) tome 2;

**BIT-STEP**, Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique (2003);

**Claude GEFROY** (1970), Analyse économique du fait publicitaire, Paris Gauthier;

**CONCERTATION**, 2004, *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique. Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*, La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique, Dakar (En ligne) <http://www.concertation.org> (Consulté le 15 novembre 2006);

**David M. Dror et Alexandre S. Preker** (2003), Réassurance Sociale : Stabiliser les micro assurance santé dans les pays pauvres.

**DEFOURNY J. & SARAMBE, I.**, 2007, « Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique », Centre d'Economie Sociale, Université de Liège

**Defourny Jacques et Julie Failon**, (2008), « *les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : Un inventaire des travaux empiriques* », GRAP-OSC, Axe Economie sociale.

**David M. DROR et Alexandre S. PREKER** (2003), Réassurance Sociale : Stabiliser les micro assurances santé dans les pays pauvre;

**Fonteneau B. and P. van der Hallen** (1998). Réalités de l'économie sociale au Burkina Faso, Université Catholique de Louvain.

**FONTENEAU B., 2003**, *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de arbeid, Leuven;

**Perroux F.** (1961), L'Economie du vingtième siècle, PUF, Paris.

**Platteau J.-P.** (1997), "Mutual Insurance as an Elusive Concept in Traditional Rural Communities", in *Journal of Development Studies*, Vol.33, No.6.

**Philip KOTLER et AL** (2009), Le marketing management 13<sup>e</sup> édition;

**Philip KOTLER**, Le marketing selon Kotler ou comment créer, conquérir et dominer un marché? Edition 2005 Person France, Paris;

**Philippe MALAVAL, Jean-Marc DECAUDIN** avec la collaboration **Christophe BENAROYA**, Pentacom : Communication: Théorie et pratique;

**Ridde V.** (2003a). "Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative." *Bulletin of World Health Organization* 87(7): 532-538;

**Souleymane SOULAMA et Jean Baptiste ZETT** (2008), Diagnostic des dispositifs de protections sociales au Burkina Faso (version provisoire);

**Sybil PERSON** (2006), Méthode de communication interpersonnelle;

**Van Lerberghe W., V. de Brouwer** (2000) « Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique Subsaharienne », *Revue Afrique Contemporaine*, Paris, La documentation Française, n° 195, p. 175-190;

**WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ/Assurance maladie, PHR ET AIM**, Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui en Afrique de l'Ouest et du Centre;

**Yves François Le COADIC** (1997), La science de l'information, Presses Universitaires de France.

## **Rapports et Mémoires**

**Alassane ZONGO**, (2010), Problématique de l'adhésion des membres des organisations socioprofessionnelle de la ville de Ouagadougou à la mutuelle de santé urbaine "Laafi Baoré": cas des organisations membres fondateurs de la mutuelle;

**Fatimata M. COMPAORE** (2004), La problématique de la communication dans les ONG et Associations: cas de ANAR;

**FNMF, CIDR**, Participation et responsabilisation de la population au développement de l'assurance maladie au Burkina Faso, février 2011 ;

**Jean Baptiste ZETT et Fernand BATIONO**, (juillet 2011), Inventaire des mutuelles; sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso;

**Mathias SOME**, Vers l'élaboration d'un cadre stratégique de développement des mutuelles de santé au BF ; avril 2008 ;

**Moussa YAMEOGO** (2008), Analyse des déterminants d'adhésion et stratégie d'intégration de la mutuelle de santé dans les habitudes de consommation des étudiants: cas de la MUNASEB;

Rapport d'étude de faisabilité de la mutuelle "Laafi Baoré" 2006;

Plan marketing du RAMS 2008-2012;

Rapport d'atelier sur l'Assurance Maladie en Afrique (Assurance Maladie: comment l'opérationnaliser) : KIGALI, RWANDA 30 mai - 04 juin 2010.

## GLOSSAIRE

---

**Adhérent**: personne qui paie un droit d'adhésion à la mutuelle. Celui peut inscrire à sa charge ses ayant droits.

**Assemblée générale** : séance qui regroupe l'ensemble des adhérents. Dans la mutuelle elle représente l'organe de décision le plus important, elle détermine les objectifs et la politique de l'organisation.

**Association** : groupement de personnes qui réunit librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs.

**Bénéficiaire** : toute personne qui bénéficie des prestations de la mutuelle.

**Convention (entre mutuelle et CS)** : accord conclu entre le prestataire de soins et la mutuelle, comprenant les services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les maladies de remboursement. Les conventions doivent garantir à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

**Cotisation** : somme d'argent versée périodiquement à la mutuelle pour pouvoir bénéficier de ses services.

**Droit d'adhésion** : somme d'argent versée à la mutuelle par le nouvel adhérent au moment de son inscription. Il n'est pas remboursable en cas de démission ; il est aussi appelé droit d'entrée ou droit d'inscription ou encore d'admission.

**Personne à charge** : personne qui sans être adhérent à la mutuelle bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec un adhérent.

**Santé** : selon la définition de l'OMS « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »

**Soins ambulatoires** : soins effectués dans un établissement médical mais sans hospitalisation ou internement du patient.

**Soins hospitaliers** : soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation du malade c'est-à-dire d'un séjour en hôpital au moins une nuit.

**Spécialité** : médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

**Ticket modérateur** : il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.

## ANNEXES 1: Formations sanitaires publiques

District sanitaire	Formation sanitaires	Position géographique
BOGODOGO	CMA du secteur 30	Face à la ZAD
	CM St Camille*	Au 1200 logements
	CM Ibn SINA*	Face à 14 jaar
	CSPS du secteur 30	
	CSPS du secteur 29	Wemtenga
	CSPS du secteur 28	Dassagho
	CSPS du secteur 15	A la patte d'oie
BOULMIOUGOU	CMA de Pissy	
	CSPS de Sandogho	A boulmiougou
	CSPS de Nagrin	Sur la route Pô
NONGR MAASOM	CMA de Kossodo	Zone industrielle
	CMA de Schiphra*	Face au barrage de Tanghin
	CSPS du secteur 27	Wayalghin
	CSPS du secteur 23	A Tanghin
BASKUY	CM de Gounghin	Face à l'ATB
	CM de Samandin	Face à l'avenue Bassawarga
	CM Urbain	Face à la maison de l'entreprise
	CSPS de Pogbi	Au côté du lycée Dimdolomson
SIG NONGHIN	CSPS du secteur 3	A Paspanga
	CSPS du secteur 21	Tampuy
	CSPS du secteur 22	Tampuy
	CSPS de Bissighin	Kilwin
L'office de santé de travailleurs (OST)		
Le CHU Yalgado OUEDRAOGO		

*\*formations sanitaire confessionnelles privées*

## ANNEXE 2: Tableau de sections de la MSU/LB

SECTION	Fonctionnelle/ Non fonctionnelle
<b>AESK</b>	Fonctionnelle
<b>AGK</b>	Fonctionnelle
<b>APMERO</b>	Non fonctionnelle
<b>ASY</b>	Non fonctionnelle
<b>BAITOUL MAAL</b>	Fonctionnelle
<b>CNTB</b>	Fonctionnelle
<b>HAGE Industrie</b>	Fonctionnelle
<b>MUFEDE</b>	Fonctionnelle
<b>INTER PRO</b>	fonctionnelle
<b>SENIMI</b>	Non fonctionnelle

## ANNEXE 3: Cartographie des mutuelles sociale au Burkina Faso

### REGION DE LA BOUCLE DU MOUHOUN

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Sourou	Tougan	Tougan	Mutuelle de partage de coût de Tougan		Système de partage des coûts		Nd	Nd
Kossi	Nouna	Nouna	Mutuelle de santé de Dembo		Mutuelle de santé classique	2007	24	Nd
Les Banwa	Solenzo	Solenzo	Mutuelle de santé de Daboura		Mutuelle de santé classique	2009	54	Nd
Mouhoun	Bondoukuy	Bondoukuy	Mutuelle communautaire de santé de Bondoukuy		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Les Banwa	Tansila	Tansila	Mutuelle des producteurs de coton de Tansila		Mutuelle de santé classique	2004	469	Nd
Nayala	Yé	Yé	Mutuelle de santé Biyen de Saoura	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2002	41	Nd
Nayala	Toma	Toma	Mutuelle de santé Lagnien de Toma	RAMS/BF	Système de partage des coûts	1999	575	Nd
Nayala	Yaba	Yaba	Mutuelle de santé Kowoma de Biba	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2001	111	Nd
Mouhoun	Bondokuy	Bondokuy	Mutuelle de santé de Koumana		Mutuelle de santé classique	2005	103	Nd

### REGION DES CASCADES

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Léraba	Loumana		DJIGUIYA		Caisse de solidarité	2005	42	Nd
Léraba	Wolokonto		Mutuelle de santé de Malon		Caisse de solidarité	2007	177	Nd
Léraba	Dakora		Mutuelle de santé de Benguedougou	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2001	Nd	Nd
Léraba	Dakoro		Mutuelle de santé de Dakoro		Système de partage des coûts	2003	203	Nd

Léraba	Loumana		Mutuelle de santé du Groupement villageois des femmes		Mutuelle de santé classique	2004	Nd	Nd
Léraba	Loumana		Kokoma Kogodjan		Mutuelle de santé classique	2003	Nd	Nd
Léraba	Loumana		Benkadi Wan Wouna Kokounaou de Niansogoni		Système de partage des coûts		95	Nd
Léraba	Loumana		SINIGNASSIGUI		Caisse de solidarité	2003	139	Nd
Léraba	Loumana		SIE Mogosse de Tchémantchèra		Mutuelle de santé classique	2003	Nd	Nd
Comoé	Banfora	Banfora	Mutuelle de santé Munyu		Système de partage des coûts	2004	Nd	Nd
Léraba	Loumana		Faso Lombé		Mutuelle de santé classique	2005	Nd	Nd
Léraba	Loumana		Binkadi de Kakoro		Mutuelle de santé classique	2003	46	Nd

#### REGION DU CENTRE

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBR ES	FONCTIONALITE
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la CCVA		Mutuelle professionnelle	2003	75	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des Travailleurs de Sidwaya	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2009	88	Fonctionnelle
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle CSC	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2004	75	Fonctionnelle
Kadiogo			Mutuelle des forces armées nationales		Mutuelle de santé classique	2006	Nd	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle de l'ONATEL	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1990	1126	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la commune de Ouagadougou		Mutuelle professionnelle	2004	536	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la RTB		Mutuelle professionnelle	1996	213	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle du personnel de l'UAB		Mutuelle professionnelle	2006	185	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle de la police municipale		Mutuelle professionnelle	2006	566	Nd

Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la CBC		Mutuelle professionnelle	2003	172	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la SONAR	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1996	247	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de Catwel		Mutuelle professionnelle	2008	136	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de FASOPLAST		Mutuelle professionnelle	2000	170	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la poste	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1994	687	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des Travailleurs de ARTEL	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2008	215	Fonctionnelle
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle du personnel de l'Assemblée Nationale		Mutuelle professionnelle	2008	195	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle ECOBANK	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2006	289	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la BCB		Mutuelle professionnelle	2001	247	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuel des agents de la BICIAB	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2000	327	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de l'Observateur		Mutuelle professionnelle	2008	161	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de BRAKINA		Mutuelle professionnelle	2001	608	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents des impôts		Mutuelle professionnelle	2004	1500	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la CAMEG		Mutuelle professionnelle	2004	240	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents du ministère de l'économie		Mutuelle professionnelle	2002	567	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la SONABEL	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1990	1447	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents du Trésor	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1991	1600	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la CNSS		Mutuelle professionnelle	1997	566	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de Hage Matériaux	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2007	176	Fonctionnelle

Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de la douane	FMP/B	Mutuelle professionnelle	1957	6000	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de l'ONEA	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2000	802	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la LONAB	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2010	437	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des agents de l'ASECNA	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2001	364	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mutuelle des travailleurs de la SONABHY	FMP/B	Mutuelle professionnelle	2003	387	Nd
Kadiogo	Komsilga	Komsilga	Mutuelle de santé Song taaba de komsilga	REGIPIV	Mutuelle de santé classique	2005	332	Nd
Kadiogo	Pabré	Pabré	Way tid Bao Laafi	UMUSAC	Mutuelle de santé classique	2004	211	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Laafi la viim	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	204	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Nakogl Zanga	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	37	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Laafi Nooma	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	97	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Laafi Sore Baoba	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	58	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Kogl Zanga	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	76	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Laafi La Bumbu	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	54	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Na Kenb Zanga	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	42	Nd
Kadiogo	Tanghin Dassouri	Tanghin Dassouri	Laafi La Yondo	RAMS/BF	Système de partage des coûts	2010	103	Nd
Kadiogo	Komki-Ipala	Komki Ipala	Song-taaba laafi de Komki Ipala	UMUSAC	Mutuelle de santé classique	2004	Nd	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Bogodogo	Laafi Béologo	UMUSAC	Mutuelle de santé classique	2008	475	Nd
Kadiogo	Saaba	Saaba	Mutuelle de santé laafi la bumbu de saaba	UMUSAC	Mutuelle de santé classique	2003	1551	Nd
Kadiogo		Koubri	Laafi Songr Waya de Koubri	UMUSAC	Mutuelle de santé classique	2003	653	Nd
Kadiogo	Ouagadougou		Union des mutuelles de santé de la région du centre		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Laafi Soangda du secteur 29	UMUSAC	Mutuelle de santé classique		1016	Nd
Kadiogo	Ouagadougou	Bogodogo	Mutuelle de santé urbaine Laafi baoré	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2006	1041	Nd

**REGION DU CENTRE-EST**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Kouritenga	Koupela	Koupela	Nayolsba		Système de partage des coûts	2002	33	Fonctionnelle
Koulpeleogo			Association Fangnoré		Système de partage des coûts	2003	Nd	Fonctionnelle
			Laafi Nooma		Mutuelle de santé classique		Nd	Fonctionnelle
Boulgou	Tenkodogo	Tenkodogo	Mutuelle des agents de l'hopital de Tenkodogo		Mutuelle professionnelle	2009	197	Fonctionnelle
Kouritenga		pouytenga	Laafi La Bumbu		Système de partage des coûts	2000	50	Fonctionnelle
Boulgou	Zabré	Zabré	LERE LAAFI BOLEM		Mutuelle de santé classique	2001	931	Fonctionnelle
Boulgou		Tenkodogo	Song Taaba		Mutuelle de santé classique	2008	3010	Nd
Boulgou		Bissiga	SUGR-NOOMA		Mutuelle de santé classique		752	Nd
Boulgou	Bissiga	Bissiga	TEELTAABLAFI		Mutuelle de santé classique		3846	Nd
Koulpélogho	Sangha	Sangha	LAAFI LA BUMBU		Mutuelle de santé classique	2008	3024	Nd
Boulgou	Garango	Legho	Mutuelle sociale de Lergho		Mutuelle de santé classique	2008	2340	Nd
Koulpélogho	Yondé	Yondé	SUGR NOOMA		Mutuelle de santé classique	1995	1061	Nd
Boulgou	Boussouma	Boussouma	KO KOUMA		Mutuelle de santé classique	2008	7644	Nd
Boulgou	Garango	Garango	KOUBOLEM		Mutuelle de santé classique	2008	2415	Nd

Koulpélogho	Sangha	Sangha	NAMANEGZANGA		Mutuelle de santé classique	2008	3417	Nd
Koulpélogho	LALGAYE	Lalgaye	SONGTAABA		Mutuelle de santé classique	2008	705	Nd
Koulpélogho	Dourtenga	Dourtenga	TEEL TAABA		Mutuelle de santé classique	2008	3615	Nd
Boulgou	Komtoèga	Komtoèga	LAAFI YINTA		Mutuelle de santé classique	2008	1353	Nd
Boulgou	Niaogho	Niaogho	LAAFI YINTA		Mutuelle de santé classique	2008	1585	Nd

#### REGION DU CENTRE-NORD

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONNALITE
Bam	Kongoussi	Kongoussi	Union des mutuelle du Bam		Mutuelle de santé classique		3	Nd
Sanmatenga	Korsimoro	Korsimoro	Mutuelle de santé de Tangporé	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2000	353	Fonctionnelle
Sanmatenga	Kaya	Kaya	Mutuelle de santé du secteur 1 Kaya	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2004	194	Fonctionnelle
Sanmatenga	Mane	Mane	Mutuelle de santé de Bendogo		Mutuelle de santé classique	2005	96	Fonctionnelle
Namentenga	Niega	Niega	Mutuelle de santé de Niega		Mutuelle de santé classique	2001	47	Fonctionnelle
Sanmatenga	Boussouma	Boussouma	Mutuelle de santé de Guilla	RAMS/BF	Caisse de solidarité	2000	232	Fonctionnelle
Namentenga	Dargo	Dargo	Mutuelle de Santé de Dargo		Mutuelle de santé classique	2005	31	Fonctionnelle
Sanmatenga	Boussouma	Boussouma	Mutuelle de saanté de Sughin		Mutuelle de santé classique	2002	102	Fonctionnelle
Sanmatenga	Boussouma	Boussouma	Mutuelle de santé de Boussouma	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2005	130	Fonctionnelle
Sanmatenga	Barsalogo	Barsalogo	Mutuelle de santé de Basma	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2006	50	Fonctionnelle
Sanmatenga	Korsimoro	Korsimoro	Mutuelle de santé de Baskoudré	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2000	175	Fonctionnelle

Sanmatenga	Korsimoro	Korsimoro	Mutuelle de santé de Sanrgho	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2000	55	Fonctionnelle
Bam	Kongoussi	Kongoussi	Laafi la bumbou	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	1997	647	Fonctionnelle
Bam	Sabcé	Sabcé	Laafi la BAORE	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	1997	467	Fonctionnelle
Bam	Zimtenga	Zimtenga	Laafi nomma	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	1997	583	Fonctionnelle
Bam	Rollo	Rollo	BEOG LAAFI	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2010	522	Fonctionnelle
Bam	Kongoussi	Rollo	Pang la Wendé	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2010	Nd	Fonctionnelle
Sanmatenga	Mane	Mane	Mutuelle de santé de nakombgo		Mutuelle de santé classique	2002	36	Fonctionnelle

#### REGION CENTRE-OUEST

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Boukiemdé	Koudougou	Koudougou	Laafi Baouré		Mutuelle de santé classique	2003	Nd	Non Fonctionnelle
Boukiemdé	Thyou	Thyou	Mutuelle des fonctionnaires de Thyou		Mutuelle professionnelle	2008	Nd	Non Fonctionnelle
Sanguié	Tenado	Tenado	Mutuelle de santé Sana Dwanye		Mutuelle de santé classique	2010	Nd	Non Fonctionnelle
Boukiemdé	Poa	Poa	Mutuelle de santé de la commune de Poa		Mutuelle de santé classique	2007	430	Fonctionnelle
Boukiemdé	Thyou	Thyou	Mutuelle de santé Song taaba de Thyou		Mutuelle de santé classique	2001	Nd	Non Fonctionnelle
Boukiemdé	Sourgou	Sourgou	Mutuelle de santé Sourgou Guirgo Kougsin		Mutuelle de santé classique	2002	Nd	Non Fonctionnelle
Boukiemdé	Sabou	Sabou	Mutuelle de santé Faan Taaba		Mutuelle de santé classique	2001	Nd	Non Fonctionnelle
Boukiemdé	Koudougou	Koudougou	Micro-assurance Santé de Nayalgué		Mutuelle de santé classique	2006	Nd	Non Fonctionnelle
Sanguié	Kyon	Kyon	Mutuelle de santé départementale "Besazuli		Mutuelle de santé classique	2006	137	Non Fonctionnelle

**REGION CENTRE-SUD**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Nahouri	Pô	Pô	Yazoura Nimôrô		Mutuelle de santé classique	2004	Nd	Non Fonctionnelle
Nahouri	Guiaro	Guiaro	Mutuelle de santé communale de Guiaro		Mutuelle de santé classique	2009	15	Nd
Nahouri	Zecco	Zecco	Mutuelle de santé communale de Zecco		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Nahouri	Ziou	Ziou	Mutuelle de santé communale de Ziou		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Bazèga	Kombissiri	Kombissiri	Mutuelle sociale du district sanitaire de Kombissiri	ASMADE	Mutuelle de santé classique	2008	990	Nd
Nahouri	Pô	Pô	Mutuelle communale de santé de Pô		Mutuelle de santé classique	2009	297	Nd
Nahouri	Tiébébé	Tiébébé	Mutuelle de santé communale de Tiébébé		Mutuelle de santé classique	2009	1492	Nd
Zoundwéogo	Gogo	Gogo	SONGTAABA		Mutuelle de santé classique		639	Nd
Zoundwéogo	Manga	Manga	MANEGDBZANGA		Mutuelle de santé classique		1723	Nd
Zoundwéogo	Gogo	Gogo	ZEMSTAABA		Mutuelle de santé classique	2008	2647	Nd
Zoundwéogo	Manga	Manga	KOAGENDBZANGA		Mutuelle de santé classique		1524	Nd
Zoundwéogo	BERE	Béré	WEND PANGA		Mutuelle de santé classique		1808	Nd
Zoundwéogo	Gomboussougou	Gomboussougou	DAKUPA		Mutuelle de santé classique	2008	783	Nd
Zoundwéogo	Bendé	Bindé	NONGTAABA		Mutuelle de santé classique	2008	1676	Nd

**REGION EST**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Kompienga	Pama	Pama	Association TODYAABA de Pama		Système de partage des coûts	2006	9	Fonctionnelle
Tapoa	Diapaga	Diapaga	TODYABA	Réseau des systèmes de partage de coûts	Système de partage des coûts	2001	27	Fonctionnelle
Gna-gna	Bogandé	Bogandé	Association solidarité pour la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales de Bogandé	Réseau des systèmes de partage de coûts	Système de partage des coûts	2002	22	Fonctionnelle
Gourma	Fada	Fada	Association solidarité pour la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales de Fada	Réseau des systèmes de partage de coûts	Système de partage des coûts	2006	34	Fonctionnelle
			Laafi No				Nd	Non Fonctionnelle
Gourma	Fada	Fada	Laafi Taanli		Mutuelle de santé classique	1999	126	Non Fonctionnelle
Gourma	Diabo	Diabo	Mutuelle de Lantaogo/Diabo		Mutuelle de santé classique	1999	288	Fonctionnelle

**REGION HAUTS-BASSINS**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONALITE
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	MDS Ste famille de Tounouma		Mutuelle de santé classique	1985	Nd	Nd
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle Professionnelle de CITEC		Mutuelle professionnelle		Nd	Nd
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle Professionnelle de SAP		Mutuelle professionnelle		Nd	Nd
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle professionnelle des travailleurs de la commune de Bobo		Mutuelle professionnelle		Nd	Nd
Kenedougou		Bobo Dioulasso	Mutuelle de santé de Kourouma		Mutuelle de santé classique		Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de Sérékéni		Mutuelle de santé classique		Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de Djigouera		Mutuelle de santé classique	2005	Nd	Nd
			Mutuelle de santé de Kourinon		Mutuelle de santé classique		Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de Diéri		Mutuelle de santé classique	2011	Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de Fara		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de Kangala		Mutuelle de santé classique	200	Nd	Nd
Kenedougou			Mutuelle de santé de N'Gorlani		Mutuelle de santé classique	2009	Nd	Nd
Houet			Mutuelle Professionnelle de MABUCIG		Mutuelle professionnelle		Nd	Nd
Tuy	Koumbia	Koumbia	Mutuelle sanitaire de Gonbélé Dougou		Système de prépaiement	2003	500	Fonctionnelle
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle de santé Dakwena de Tigihon de Bobo		Mutuelle de santé classique	1992	1641	Nd
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mutuelle Keneya Sira de Bobo		Mutuelle de santé classique	2004	156	Nd
Houet	Satiri	Commune rurale de Satiri	Mutuelle de santé des cotonculteurs de Satiri	Réseau des mutuelles de santé des cotonculteurs	Mutuelle de santé classique	2010	Nd	Nd

Kenedougou			Mutuelle de santé de Banzon		Mutuelle de santé classique		Nd	Nd
Houet	Lèna	Lèna	Mutuelle de santé de Lena		Mutuelle de santé classique	2004	Nd	Nd
Houet		Karangasso Vigué	Mutuelle de santé Djiguiya de Soumousso		Mutuelle de santé classique	2005	368	Nd
Tuy	Boni	Boni	Mutuelle sanitaire de Boni		Système de prépaiement	1997	4823	Fonctionnelle
Houet	Peni	Commune rurale de Peni	Mutuelle de santé des cotonculteurs de Peni	Réseau des mutuelles de santé des cotonculteurs	Mutuelle de santé classique	2009	632	Nd
Houet	Karangasso Sambla	Karangasso Sambla	Mutuelle de santé des cotonculteurs de Karangasso Sambla	Réseau des mutuelles de santé des cotonculteurs	Mutuelle de santé classique	2006	1468	Nd
Tuy	Houdé	Houndé	Mutuelle sanitaire de Bouahoun		Système de prépaiement	1992	3699	Fonctionnelle
Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	DEME-BOLO		Mutuelle de santé classique	2005	400	Non Fonctionnelle
Tuy	Bekuy	Bekuy	Mtuelle sanitaire de Békuy		Système de prépaiement		Nd	Non Fonctionnelle
Tuy	Houndé	Houndé	Mutuelle sanitaire de Bouéré		Système de prépaiement	1997	Nd	Fonctionnelle
Tuy	Koumbia	Koumbia	Mutuelle sanitaire de Koumbia		Système de prépaiement	1997	Nd	Fonctionnelle
Tuy	Bereba	Bereba	Mutuelle sanitaire de Maro		Système de prépaiement	2004	Nd	Fonctionnelle
Tuy	Koumbia	Koumbia	Mutuelle sanitaire de Pê		Système de prépaiement	1997	Nd	Fonctionnelle

**REGION NORD**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONNALITE
Passoré	Bokin	Bokin	Mutuelle de Bokin		Mutuelle de santé classique	2002	29	Fonctionnelle
Passoré	Bokin		Mutuelle de santé de Tema		Mutuelle de santé classique	2006	Nd	Non Fonctionnelle
Passoré	Bokin		Mutuelle de santé de Guila		Mutuelle de santé classique	2006	Nd	Non Fonctionnelle
Passoré	Bokin		Mutuelle de santé de Barma		Mutuelle de santé classique	2001	Nd	Non Fonctionnelle
Zandoma	Gourcy	Gourcy	Mutuelle de santé Laafi la bumbou de gourcy	RAMS/BF	Mutuelle de santé classique	2005	212	Fonctionnelle
Passoré	Bokin		Mutuelle de santé de Bakouya		Mutuelle de santé classique	2006	20	Fonctionnelle
Passoré	Bokin		Mutuelle de santé de Boré		Mutuelle de santé classique	2002	Nd	Fonctionnelle

**REGION PLATEAU CENTRAL**

PROVINCE	DEPARTEMENT	COMMUNE	DENOMINATION	RESEAU D'APPUI	TYPE DE MUTUELLE	DATE CREATION	MEMBRES	FONCTIONNALITE
Kourwéogo	Laye	Laye	Laafi La Buumb		Système de prépaiement	2003	437	Fonctionnelle
Kourwéogo		Niou	Mutuelle de santé de Niou		Mutuelle de santé classique		800	Fonctionnelle
Kourwéogo	Sourgoubila	Sourgoubila	Laafi Nooma		Mutuelle de santé classique	2003	832	Fonctionnelle
Kourwéogo	Boussé	Boussé	Mutuelle de santé de Boussé		Mutuelle de santé classique	2003	557	Fonctionnelle
Kourwéogo	Niou	Niou	Mutuelle de santé de Toaghin		Mutuelle de santé classique	2003	717	Fonctionnelle
Oubritenga	Zitenga	Zitenga	Laafi Soul Wend panga		Mutuelle de santé classique	2004	387	Fonctionnelle

**Source:** inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie au Burkina Faso (version provisoire).