



BURKINA FASO
Unité ó Progrès -Justice

INVENTAIRE
DES MUTUELLES SOCIALES DANS LA PERSPECTIVE DE
L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE
AU BURKINA FASO

Version finale

Octobre 2011

Jean Baptiste ZETT, socio-économiste
Laboratoire d'Économie Publique Sociale et Solidaire (LEPSS)
CEDRES, UFR/SEG, Université de Ouagadougou
Fernand BATIONO, Socio-Anthropologue
Unité de Formation et de Recherche en Sciences Humaines,
Université Ouagadougou

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	12
1.1. Objet et intérêt de l'étude.....	12
1.2. Les objectifs de l'étude : un inventaire des mutuelles axé sur leur pertinence dans l'AMU	14
1.3. La méthodologie.....	14
1.1.1 Les apports de la recherche documentaire	14
1.1.2 L'organisation des enquêtes	15
1.1.3 L'analyse thématique.....	15
1.4. La structuration de l'étude.....	15
1. 6 L'INTEGRATION DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE DANS LE CONTEXTE BURKINABE	17
1.1. Descriptif du schéma d'assurance maladie proposé.....	17
1.1.1. Les objectifs et principes directeurs	17
1.1.1.1. Les objectifs.....	17
1.1.1.2. Les principes de base.....	18
1.1.2. Les catégories sociales couvertes	18
1.1.3. Les prestations offertes	18
1.1.4. L'organisation et la structuration du système d'assurance maladie.....	18
1.1.4.1. La caisse nationale d'assurance maladie	19
1.1.4.2. Des caisses régionales d'assurance maladie :.....	19
1.1.4.3. Les structures spécialisées d'affiliation et de recouvrement	20
1.1.5. Le mode de financement	21
1.1.6. Les étapes prévues pour la mise en œuvre.....	21
1.2. Les conditions d'intégration de l'assurance maladie dans le contexte burkinabé.....	22
1.2.1. Les conditions macro- économiques et l'implantation de l'AMU	22
1.2.1.1. Une capacité d'affiliation à l'AMU contrainte par la persistance structurelle de la pauvreté.....	22
1.2.1.2. Une faible capacité de l'économie à créer l'emploi salarié qui conforte l'option mutualiste dans la stratégie de l'AMU	23
1.2.1.3. Un processus d'« informalisation » du travail.	23
1.2.1.4. Des travailleurs faiblement rémunérés à intégrer dans l'assurance maladie.....	23
1.2.1.5. La capacité à gérer un système national d'assurance maladie.....	24

1.2.2.	Les conditions liées à la gouvernance.....	24
1.2.2.1.	L'engagement des autorités : l'assurance maladie comme une priorité de développement.....	24
1.2.2.2.	Le degré d'engagement des autorités vis-à-vis de l'objectif de l'accessibilité des populations (pauvres) aux soins de santé.....	25
1.2.2.3.	Adhésion de la société au principe de solidarité.....	25
1.2.2.4.	La bonne gestion des affaires publiques.....	25
1.2.2.5.	La nécessité d'une adhésion des parties prenantes à l'AMU	26
1.2.3.	Les conditions de l'offre des soins de santé et l'assurance maladie universelle	27
1.2.3.1.	Le déficit des ressources financières allouées au secteur de la santé.....	27
1.2.3.2.	Une disponibilité et une répartition des structures sanitaires insuffisante ..	28
1.2.3.3.	L'acceptation du principe de la tarification	31
1.2.3.4.	La décentralisation des services de santé, un facteur de viabilité de l'AMU	31
1.2.3.5.	Une qualité des soins qui reste posée dans le cadre de l'AMU	33
1.2.4.	Les conditions liées à la demande potentielle d'assurance	34
1.2.5.	Les attitudes des populations vis-à-vis du risque maladie	34
1.2.6.	La contribution financière des ménages à l'assurance maladie	35
1.2.6.1.	La part de la santé dans le budget des ménages.....	36
1.2.6.2.	La volonté de payer ou les niveaux vraisemblables de cotisations.....	36
1.2.6.3.	La nature et le contenu du paquet de soins : les prestations désirées.....	37
1.2.6.4.	L'adhésion aux principes de tarification et de paiement des services.....	38
1.2.6.5.	La dynamique en matière de mutualisation et d'assurance	38
2.	6 LES MUTUELLES SOCIALES, EVOLUTION ET ETAT DES LIEUX.....	39
2.1.	Caractérisation des mutuelles sociales.....	40
2.1.1.	Typologie multicritères des mutuelles sociales	40
2.1.1.1.	La typologie usuelle des mutuelles sociales	40
2.1.1.2.	La typologie suivant l'origine de l'initiative de création de la mutuelle sociale	42
2.1.1.2.1.	Des mutuelles majoritairement créées par les usagers.....	42
2.1.1.2.2.	L'existence d'acteurs clés pouvant servir de creuset pour l'extension des mutuelles sociales	43
2.1.1.3.	La typologie suivant le degré de fonctionnalité des mutuelles sociales.....	44
2.1.2.	Les catégories sociales visées.....	45
2.1.3.	Les modalités d'adhésion à la mutuelle sociale en tant que structure	45
2.1.3.1.	Les modes d'adhésion	46
2.1.3.2.	Les droits d'adhésion.....	46
2.1.3.3.	Les cotisations.....	47
2.1.3.4.	La périodicité de paiement des cotisations	48
2.1.4.	Les autres conditions d'accès aux prestations	48

2.1.5.	Les prestations de santé.....	48
2.1.5.1.	Les prestations couvertes au niveau primaire	49
2.1.5.1.1.	La nature des prestations au niveau des CSPS	49
2.1.5.1.2.	L'importance de la prise en charge par les mutuelles sociales.....	50
2.1.5.1.3.	Les prestations au niveau des CMA	51
2.1.5.2.	Les prestations aux niveaux secondaire et tertiaire.....	52
2.2.	Organisation et fonctionnement des mutuelles sociales	52
2.2.1.	La structuration interne et l'organisation des mutuelles sociales	52
2.2.1.1.	La durée des mandats	52
2.2.1.2.	Le mode de désignation des membres des organes.....	53
2.2.1.3.	La taille des organes et la place des femmes	53
2.2.1.4.	La fonctionnalité des organes	54
2.2.1.5.	La capacité de gestion et d'administration	54
2.2.2.	La capacité à mobiliser les ressources humaines	55
2.2.2.1.	La taille démographique des mutuelles sociales.....	56
2.2.3.	La capacité à mobiliser les ressources financières	57
2.3.	L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE DES MUTUELLES ET PARTENARIATS.....	58
2.3.1.	L'Etat.....	58
2.3.1.1.	L'intérêt stratégique des autorités pour les mutuelles de santé.....	58
2.3.1.2.	La question du cadre réglementaire	59
2.3.1.3.	La question de la tutelle.....	59
2.3.1.4.	La question de la politique sanitaire nationale en relation avec les mutuelles de santé	60
2.3.1.5.	La question de la contractualisation avec les structures de soins	61
2.3.1.6.	Les partenaires internationaux	62
2.3.1.7.	Les structures d'appui	62
2.4.	EVOLUTION DES MUTUELLES SOCIALES	64
2.4.1.	La récente évolution du secteur sur le plan numérique.....	64
2.4.2.	Cartographie des mutuelles sociales	64
2.4.2.1.	La répartition par région administrative	64
3.	LES FORCES ET LES FAIBLESSES DES MUTUELLES SOCIALES	68
3.1.	LES FORCES DU SECTEUR DE LA MICRO ASSURANCE SANTE.....	68
3.1.1.	L'accessibilité aux prestations	68
3.1.2.	La couverture des populations.....	68
3.1.2.1.	L'existence d'un potentiel de couverture.....	68
3.1.2.2.	Un taux de couverture des personnes à charges des ménages incomplet.....	68
3.1.3.	Le taux de pénétration en évolution.....	69
3.1.3.1.	Une gouvernance qui favorise la participation des bénéficiaires.....	70
3.1.4.	Des procédures de gestion adaptées à la population cible	70
3.1.5.	L'engagement de l'Etat	70

3.1.6.	L'existence du Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM)	70
3.1.7.	Les partenaires internationaux et sous régionaux.....	71
3.2.	LES FAIBLESSES DU SECTEUR DES MUTUELLES SOCIALES	71
3.2.1.	Le bénévolat vs exigences des responsabilités de gestion	71
3.2.2.	3. La faiblesse du taux d'adhésion.....	72
3.2.3.	Le difficile recouvrement des cotisations	73
3.1.1.	La faible capacité contributive des membres	73
3.1.2.	Le déficit de compétences en matière de gestion	74
3.1.3.	Le problème de contrôle et la difficile réduction du risque moral interne et externe	74
3.1.4.	Le faible degré de maîtrise de la logique mutualiste	74
3.1.5.	La faible capitalisation des expériences, des outils et de l'information	74
3.1.6.	La difficile réalisation d'économie d'échelle	75
3.1.7.	L'insuffisance de communication :information sur le mutualité.....	75
3.1.8.	La non effectivité du cadre réglementaire.....	75
3.1.9.	La mobilité des agents de santé formés sur la mutualité	76
3.1.10.	La qualité des soins.....	76
3.1.11.	La rupture des MEG	76
	Conclusion sur les mutuelles sociales	77
4.	ó LE ROLE ET LA PLACE DES MUTUELLES DANS L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE.....	79
4.1.	L'information et la communication sur l'AMU et la mutualité	79
4.1.1.	La nécessité d'une sensibilisation des populations comme préalable	79
4.2.	Consolider l'existant tout en accroissant l'échelle des opérations	80
4.2.1.	Ancrer la consolidation et/ou promotion des mutuelles sociales dans le processus de décentralisation.....	81
4.2.2.	Baser la consolidation et/ou création sur des organisations professionnelles disposant d'un potentiel de croissance.....	81
4.3.	Structurer le mouvement en référence l'AMU.....	82
4.3.1.	Mettre en réseaux les expériences existantes au niveau de la commune	82
4.3.2.	Construire progressivement des réseaux et/ou regroupement au niveau régional et national.....	83
4.4.	Renforcer les capacités organisationnelles.....	83
4.5.	Organiser le secteur de la mutualité.....	84
4.6.	Le rôle de l'Etat	85
4.7.	Le rôle des structures d'appui	86
4.8.	Le positionnement des mutuelles sociales vis-à-vis du paquet minimum	86
	CONCLUSION.....	87

1. BIBLIOGRAPHIE.....	89
-----------------------	----

Conclusion

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -Evolution du financement de la santé 2003- 2008 (en milliers de francs CFA)....	27
Tableau 2 -Evolution des infrastructures sanitaires 2000- 2009	29
Tableau 3 - La disponibilité des ressources humaines dans le domaine de la santé.....	31
Tableau 4- Les dépenses de santé.....	36
Tableau 5- Estimations des préférences de paniers de soins des populations.....	38
Tableau 6 - Typologie usuelle des mutuelles sociales	40
Tableau 7- Origine de l'initiative à la création des mutuelles sociales.....	43
Tableau 8- la fonctionnalité des mutuelles sociales	44
Tableau 9- La fonctionnalité suivant les types de mutuelles sociales	44
Tableau 10 - les différents modes d'adhésion des mutuelles sociales	46
Tableau 11- les montants des droits d'adhésion	46
Tableau 12- les montants des cotisations.....	47
Tableau 13- La périodicité de paiements des cotisations.....	48
Tableau 14-Le contenu des prestations couvertes par les mutuelles sociales au niveau des CSPS.....	49
Tableau 15 - Les prestations concernant la maternité couvertes par les mutuelles sociales.....	50
Tableau 16- les prestations concernant la maternité couvertes par les mutuelles sociales.....	50
Tableau 17 - Les niveaux de prise en charge	50
Tableau 18 - Niveaux de prise en charge selon le type de mutuelles	51
Tableau 19- La durée des mandats des membres des différents organes.....	52

Tableau 20- les modes de désignation des membres des organes	53
Tableau 21- Les outils de gestion et d'administration des mutuelles sociales	55
Tableau 22- La taille des mutuelles sociales	56
Tableau 23- Les <i>bénéficiaires et l'importance de ceux qui son à jour des cotisations</i>	56
Tableau 24 - Les recettes et les dépenses moyennes des mutuelles sociales	57
Tableau 25 - Les recettes et les dépenses par tête	58
Tableau 26 - Les mutuelles ayant passé une convention avec les ofmraitons sanitaires.....	61
Tableau 27- Evolution numérique des mutuelles sociales	64
Tableau 28- <i>Cartographie régionale des mutuelles sociales au Burkina Faso 2011</i>	65
Tableau 29 - Répartition des types de mutuelles selon les régions	66

LISTE DES ABBREVIATIONS

ADRK	: Association pour le Développement de la Région de Kaya
AG	: Assemblée Générale
AGC	: Assemblée Générale Constitutive
AMASAR	: Association pour la Maternité SAns Risque
AMBC	: Assurance Maladie à Base Communautaire
AMU	: Assurance Maladie Universelle
ASMADE	: Association Songui Manégré Aide au Développement Endogène
AMV	: Assurance Maladie Volontaire
BE/CE	: Bureau Exécutif / Comité Exécutif
BIT	: Bureau International du Travail
BM	: Banque Mondiale
CA	: Conseil d'Administration
CARFO	: Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires
CC	: Commission de Contrôle / Commissaires aux Comptes
CCSAM	: Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé
CENOU	: Centre National des Œuvres Universitaires
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIDR	: Centre International de Développement et de Recherche
CM/CMA	: Centre Médical/avec Antenne chirurgicale
CNAM	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	: Comité de GESTION
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRSN	: Centre de Recherche en Santé de Nouna
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSPS	: Centre de Santé et de promotion Sociale
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre de District
FMP/B	: Fédération des Mutuelles Professionnelles du Burkina
FNMF	: Fédération Nationale de la Mutualité Française
ICP	: Infirmier Chef de Poste
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
MAS	: Micro Assurance Santé
MCD	: Médecin Chef de District
MDS	: Mutuelle De Santé
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MS	: Ministère de la Santé
MUFEDE	: MUtualité FEmmes et DEveloppement
MUFAN	: Mutuelle des Forces Armées Nationales
MUNASEB	: MUtuelle NAtionale de Santé des Etudiants du Burkina
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire

RAMS	: Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
SCADD	: Stratégie de Croissance Accélérée et du Développement Durable
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPC	: Système de Partage de Coûts
STEP	: Stratégie et Technique de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TDR	: Termes De Référence
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Programme des Nations Unies en matière de population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

AVANT-PROPOS

Le présent rapport est un produit collectif acquis à la suite d'une série de rencontres de travail autour d'une première version afin d'amender les premiers résultats et d'arriver à une version proche des préoccupations de l'ASMADE.

Au-delà des rencontres avec l'équipe interne d'ASMADE un atelier regroupant les différentes parties prenantes à la mutualité au Burkina Faso s'est déroulé le 12/08/2011 au sein d'ASMDE. L'objectif était, de permettre aux ministères concernés, aux mutualistes et aux structures d'appui de critiquer et d'amender les premiers résultats. Après l'exposé des résultats, les participants ont, à travers des ateliers portant sur les principaux thèmes du rapport, apporté leurs critiques, amendements et enrichissements.

Une version tenant compte des résultats de l'atelier a été produite dans la perspective du Colloque international sur « Mutuelles de santé et assurance universelle » qui s'est tenu à Ouagadougou du 19 au 22 septembre 2011.

Les différentes interventions à ce colloque ont été prises en compte dans la présente version afin d'améliorer le travail.

Le travail comprend deux documents :

1. Le rapport principal, qui présente les informations détaillées sur l'importance de la mutualité dans le domaine du risque maladie et de son rôle et sa place dans le projet assurance maladie universelle ;
2. Une synthèse de l'étude qui livre les conclusions essentielles du rapport principal.

INTRODUCTION

1.1. Objet et intérêt de l'étude

La présente étude a pour objet de dresser l'état des lieux des mutuelles sociales¹ en tenant compte de leur rôle et de leur place éventuels dans le projet d'assurance maladie universelle en cours au Burkina Faso : comment se présente le mouvement mutualiste dans le domaine de la mutualisation du risque maladie ? Les mutuelles sociales peuvent-elles être acteurs incontournables de la mise en œuvre du schéma d'assurance maladie ? Comment les mutuelles peuvent-elles se positionner par rapport à cette couverture santé universelle ? Quel rôle peuvent-elles jouer ? Peut-on attendre des mutuelles sociales qu'elles prennent en charge les besoins de soins complémentaires de leurs adhérents en plus du paquet minimum promu par l'AMU ? Peuvent-elles prendre en charge les catégories sociales totalement exclues tels les indigents ? Au regard de leurs spécificités, quelles concessions les mutuelles sociales peuvent-elles consentir dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle ?

En effet, une question actuelle d'importance pour la majorité des pays en développement en général et pour le Burkina Faso en particulier, est celle de savoir comment le financement de leur système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population contre le risque financier des coûts de la santé. Le risque maladie relève de la sécurité sociale qui couvre de nombreux risques sociaux : retraite, chômage, accidents de travail, maladie, maternité. Le droit à une protection sociale, à un niveau de bien-être et de santé pour tout être humain est reconnu par la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, en son article 22 et la Conférence de l'Organisation Internationale du Travail de 1952 dans sa convention 102, en a fixé la norme minimum. Le Burkina Faso, partie prenante de cette convention, a reconnu dans sa Constitution ce droit comme un droit social de tout citoyen burkinabè.

Toutefois, il faut noter que la sécurité sociale formelle ou officielle, au Burkina Faso est peu développée et défaillante en termes de couverture et de prestations liées au risque maladie. Elle est actuellement limitée aux seuls salariés des secteurs publics et privés formels (moins de 10% de la population) et porte sur les pensions, les risques professionnels (maladies et accidents professionnels), les allocations familiales et les prestations de maternité. Concernant la maladie, il n'est tenu compte que des maladies professionnelles (seulement 3% des consultations dans les formations sanitaires en 2005). Elle ne prend donc pas en charge le risque maladie. Le secteur lucratif de l'assurance maladie composé des sociétés d'assurance de dommages privées offre des prestations prenant en compte tous les besoins en matière de soins de santé. Mais le montant élevé des primes et les conditions d'adhésion sont des contraintes fortes à l'accès à la majorité des ménages et même pour les classes moyennes. Les

¹ C'est sous la notion de mutuelle sociale que l'UEMOA regroupe les expériences solidaires de partage des risques dans le domaine de la santé

mécanismes traditionnels d'entraide et de solidarité dans le cadre des ménages et/ou des communautés d'appartenance reposent sur les contrats implicites de solidarité et de protection entre générations. Ce qui signifie que plus la descendance est nombreuse, plus il y a de chance que les ascendants soient protégés des vicissitudes de la vie. Au Burkina Faso, cette forme de protection sociale est abondamment mise en œuvre ((Badini-Kinda 2004, Roth 2004, S. Soulama, 2005); les études empiriques révèlent que la présence des enfants en âge de travailler (descendants), socialement intégrés, est encore perçue par les parents (ascendants), dans une relation contractuelle normale, comme une protection contre l'insécurité dans la vieillesse. Ces mécanismes traditionnels d'entraide et de solidarité présentent aussi des limites pour une gestion efficace du risque maladie en raison de leur caractère ex-post traduisant le fait que l'on n'y cherche à mobiliser les ressources qu'une fois que l'évènement se réalise. Ce qui exclut la dimension prévoyance et anticipation ; leur nature multirisques indique qu'ils ne sont conçus pour répondre uniquement au financement du risque maladie mais pour faire face aussi bien à des événements heureux qu'à des événements malheureux. Ce qui réduit les ressources disponibles selon leur degré de sollicitation.

Le contexte de pauvreté que connaît le Burkina, accompagné de l'introduction à la fin de la décennie des années 1980, du principe de recouvrement des coûts de la santé par un système de tarification des actes médicaux, posent la question de l'accès pour tous aux soins de santé et aux médicaments de base à travers l'exclusion de la majorité de la population du système de santé qui en résulte. Les populations éprouvent d'énormes difficultés pour accéder financièrement aux soins de santé. En particulier, la majorité des travailleurs vivant de l'économie informelle urbaine et rurale courent à tout moment le risque de basculer dans la pauvreté, sinon dans l'extrême pauvreté, du fait de la maladie. Les difficultés économiques qu'éprouvent les populations pour accéder aux services de santé remettent actuellement en cause la progression vers les objectifs du millénaire, vers l'exécution du plan 2020 du Comité régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et vers la mise en œuvre des mesures du sommet d'Abuja concernant le VIH/sida et le paludisme.

L'exclusion à l'accès aux soins de santé adéquats a un impact économique et social important, car en plus de ses incidences négatives sur la santé et la pauvreté, il est aujourd'hui établi qu'il existe un lien entre la santé, le marché du travail, la création de revenus d'une part et la croissance économique et le développement d'autre part. Une distribution de pouvoir d'achat inter-temporel est souhaitable sur le plan économique mais aussi sur le plan social. La protection sociale est de plus en plus perçue comme un moyen participant à la constitution d'un capital humain qui accroît ainsi la productivité et la croissance économique. Ces liens entre mauvaise santé et pauvreté jouent un rôle important dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Dans le souci d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population et de permettre à chaque burkinabè d'accéder à un minimum de soins de santé, le Gouvernement a engagé la réflexion en vue de mettre en place un système national d'assurance maladie. Le schéma envisagé est une combinaison d'une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel, d'une assurance maladie volontaire pour les acteurs de l'économie informelle urbaine et

rurale et d'un mécanisme d'assistance pour les populations indigentes. Il repose sur la promotion d'un paquet de prestations de base accessible à toute la population. A moyen terme, l'assurance maladie devrait être obligatoire pour toute la population. Le projet a été adopté en conseil des ministres en mars 2008. En mars 2009, un comité de pilotage et un secrétariat permanent ont été mis en place afin de déterminer les voies et moyens d'implantation d'un système cohérent d'assurance maladie permettant l'accès aux soins de santé à tous à l'horizon 2015. Ce projet survient alors que le constat est fait que l'atteinte des objectifs du millénaire dans le domaine de la santé est loin d'être un acquis.

Dans le cadre de ses activités, ASMADE a prévu dans son programme 2011, de mener des actions de plaidoyer avec Solidarité Socialiste auprès des autorités et des partenaires techniques et financiers pour qu'ils accompagnent la consolidation des mutuelles et leur permettent ainsi de jouer leur partition notamment dans l'extension de l'AMU auprès des populations des secteurs non structurés et ruraux. Ce projet de plaidoyer est largement appuyé par le mouvement mutualiste Belge et par le cadre de concertation des structures d'appui aux mutuelles (CCSAM) du Burkina. Pour ce faire, il est prévu une rencontre internationale sur les mutuelles de santé et l'AMU. Le présent inventaire devrait permettre : 1) de disposer d'éléments d'information nécessaires et pertinentes sur l'état de la mutualité dans le domaine du risque maladie au Burkina Faso pouvant servir d'argumentaire pour le plaidoyer ; 2) d'alimenter le colloque international sur les mutuelles de santé et l'AMU par ces mêmes informations et enfin 3) de situer le rôle et la place des mutuelles dans le dispositif de l'AMU.

1.2. Les objectifs de l'étude : un inventaire des mutuelles axé sur leur pertinence dans l'AMU

Le principal objectif de cet inventaire est de permettre d'avoir une vision claire et précise de l'existant en matière de mutuelles de santé et de toutes formes d'assurance confondues au Burkina Faso. Ceci permettra de voir dans quelle mesure les mutuelles de santé pourront être utilisées pour permettre à chaque Burkinabè de bénéficier des prestations de l'assurance maladie en construction. Cette étude permettra de voir comment travailler à ce que les mutuelles sociales soient à même de répondre aux attentes et aux exigences de l'AMU.

1.3. La méthodologie

Au regard des objectifs, l'étude a comporté trois grands volets. Le premier volet a servi à préciser le cadre de l'étude par une recherche documentaire et le second volet a eu pour but de faire l'inventaire des mutuelles sociales existantes. Ces deux premières étapes devront permettre dans le troisième volet d'analyser les thèmes pertinents et les variables clés pour des analyses plus approfondies qui vont alimenter le troisième volet.

1.1.1 Les apports de la recherche documentaire

La recherche documentaire a poursuivi plusieurs objectifs ; notamment ceux de permettre :

1. un descriptif du contexte socio-économique afin de faire apparaître les facteurs économiques et sociaux qui d'une part favorisent et renforcent l'inaccessibilité des populations aux soins de santé et d'autre part les stratégies individuelles et collectives mises en œuvre pour résoudre cette situation insatisfaisante ;
2. de dresser un bilan numérique et cartographique des différents inventaires des mutuelles de santé qui ont été effectués depuis 2000 pour disposer d'une situation de référence à actualiser
3. de dresser d'une part une première typologie des mutuelles sociales qui existent déjà et sont recensées officiellement, et d'autre part une typologie de leurs partenaires et des appuis dont elles bénéficient ;
4. Une première typologie des groupes cibles permettra une meilleure connaissance des motifs de recours aux soins déterminants en cause (la demande) et partant les prestations potentielles que ces structures peuvent offrir pour s'adapter à cette demande.

1.1.2 L'organisation des enquêtes

Ce volet a concerné surtout la recherche de terrain pour l'actualisation des informations existantes sur les mutuelles sociales. La collecte s'est déroulée selon quatre entrées:

1. les Structures promotrices des mutuelles : ADRK, ASMADE, CRSN, BorneFonden, SNV, DIRS et ;
2. les Structures d'appuis techniques aux mutuelles : RAMSBF, ASMADE, CRSN ;
3. les Ministères impliqués dans la promotion des mutuelles sociales: Ministère de la Santé, Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, Ministère de l'Action Sociale ;
4. les entreprises publiques et privées.

1.1.3 L'analyse thématique

Les activités de cette phase ont porté sur l'analyse affinée des résultats acquis dans la première et la seconde phase. Les thèmes à couvrir étaient :

- La pertinence contextuelle de l'AMU au Burkina Faso ;
- Les conditions déterminantes d'intégration de l'AMU ;
- La typologie des mutuelles sociales, leur mode d'organisation et de fonctionnement
- Les atouts et les contraintes de participation efficace des mutuelles sociales à l'AMU ;
- l'inventaire numérique et cartographique des mutuelles.

1.4.La structuration de l'étude

Les résultats de l'inventaire sont structurés autour de quatre parties. La première partie porte sur les facteurs contextuels qui peuvent faciliter ou freiner la mise en place de l'assurance maladie universelle. Elle commence par un descriptif du projet d'assurance maladie puis analyse les atouts et les contraintes potentiels de l'AMU sur les plans macro-économiques, de la gouvernance, de l'offre des soins de santé et de la demande. La seconde partie traite de l'état des lieux des mutuelles sociales et de leur évolution. Elle décrit d'abord les caractéristiques générales, puis examine leur organisation et leur fonctionnement et analyse enfin leurs relations avec l'environnement. La troisième partie concerne les atouts et les contraintes des mutuelles sociales dans l'optique de l'AMU. Elle introduit sur les forces du secteur et termine par leurs faiblesses. La dernière partie porte sur le rôle et le place des mutuelles sociales dans l'AMU.

1. - L'INTEGRATION DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE DANS LE CONTEXTE BURKINABE

L'analyse des expériences d'assurance maladie conduites tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement indique qu'un certain nombre de conditions préalables doivent être remplies et des questions importantes résolues avant qu'un pays surtout à faible revenu comme le Burkina Faso puisse mettre en place une couverture maladie universelle. La mise en place de l'Assurance Maladie Universelle constitue une innovation technique et institutionnelle très importante qui va se réaliser dans un contexte où le développement de l'assurance maladie se heurte à de nombreux facteurs économiques, sociaux et politiques qu'il importe de mettre en évidence. Quelles sont les forces contextuelles positives ou négatives qui peuvent faciliter ou freiner l'implantation de nouveau service ? Quels sont les atouts et les faiblesses que l'on observe actuellement dans le contexte politique, économique, social ? Dans ce qui suit, l'étude débute par un retour sur le projet d'assurance maladie afin de préciser ses objectifs, les catégories sociales couvertes, les prestations offertes, l'organisation et le fonctionnement, le financement et les étapes de mise en œuvre ; ensuite les atouts et les faiblesses sont évalués

1.1.Descriptif du schéma d'assurance maladie proposé

Le système national d'assurance maladie tel que proposé a été conçu en vue de permettre une couverture sanitaire de base pour tous les burkinabés à l'horizon 2015. Dans cette optique, le projet de mise en œuvre du système a été adopté en Conseil des Ministres le 4 août 2008 suivi de la création d'un Comité de Pilotage (CP) et d'un Secrétariat Permanent d'Assurance Maladie Universelle (SP/AMU) chargés d'assurer la supervision de ce chantier.

1.1.1. Les objectifs et principes directeurs

1.1.1.1. Les objectifs

Le principal objectif visé à travers le système national d'assurance maladie est l'accès équitable de l'ensemble de la population burkinabée à des soins de santé de qualité. Pour ce faire, des objectifs spécifiques ont été définis, qui sont :

- mobiliser des financements pérennes pour le secteur santé ;
- mettre en cohérence les outils existants en matière de protection sociale de la santé ;
- améliorer le taux de fréquentation des structures de soins ;
- permettre l'accessibilité de tous à un paquet minimum de base ;
- protéger les populations burkinabés contre le risque de basculer dans la pauvreté du fait de la maladie.

1.1.1.2. Les principes de base

Le projet s'appuie sur cinq (5) principes directeurs : la solidarité nationale, l'équité et l'égalité de traitement, la diversification des dispositifs et des acteurs, la responsabilité générale de l'État, la gestion démocratique.

1.1.2. Les catégories sociales couvertes

Le but poursuivi, est la couverture à terme de l'ensemble de la population. La démarche se veut donc progressive. A cet effet, il est prévu d'entrée, la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les travailleurs du secteur formel. L'extension de l'assurance maladie aux acteurs du secteur informel et du secteur agricole se fera dans un second temps, sous la forme de l'assurance maladie volontaire (AMV), tout en maintenant l'objectif d'évoluer vers une assurance maladie obligatoire à terme.

1.1.3. Les prestations offertes

Le système est fondé sur la promotion d'un paquet minimum (en cours de définition), de prestations de base applicable à toute la population devant garantir aux citoyens l'accès à des soins de santé essentiels. Ce paquet se limite essentiellement à l'offre de soins publique et privée et aux consommables et médicaments génériques jugés fondamentaux. Le panier des soins sera défini sur la base des besoins sanitaires réels de la population permettant de réduire fortement le taux de morbidité de certaines maladies. Des paquets de prestations complémentaires pour couvrir les services non inclus dans le paquet minimum pourront également être promus en direction de groupes spécifiques en fonction de leurs besoins et de leurs capacités contributives à travers les assureurs privés, commerciaux et les systèmes mutualistes. Le paquet minimal laisse donc un espace pour l'offre de paquets de prestations complémentaires par les sociétés d'assurance privées et/ou les mutuelles sociales.

1.1.4. L'organisation et la structuration du système d'assurance maladie

Le schéma d'assurance maladie se structure autour d'un organe central responsable de la gestion et jouant le rôle de l'assureur qui prendrait la forme d'une Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Cet organe central, disposerait de représentations dans les régions sous la forme de caisses régionales qui seront des unités déconcentrées. La CNAM s'appuiera sur un ensemble d'organismes délégués de gestion technique des affiliations, du recouvrement des cotisations. Ce sont : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les travailleurs du secteur privé, la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) pour les travailleurs du secteur public ; les mutuelles de santé, les institutions de micro finance, les organisations non gouvernementales et les coopératives pour les actifs des secteurs informel et agricole et leurs dépendants.

1.1.4.1. La caisse nationale d'assurance maladie

La Caisse nationale d'assurance maladie reçoit de l'État la mission d'organiser et de gérer le paquet de base. À ce titre, elle occupe la fonction d'assureur. Elle aura essentiellement pour mission de coordonner la réalisation des études et la mise en œuvre du schéma de l'assurance maladie.

Dans le cadre de sa mission, la caisse nationale d'assurance maladie détermine le paquet de base et les régimes applicables aux différentes catégories de population. Elle sollicite et supervise les études de faisabilité technique, financières et actuarielles ainsi que les études d'impacts, évalue la viabilité du paquet de base et des différents régimes et propose les évolutions. Elle assure aussi la gestion des revenus provenant des contributions des assurés, du budget national ainsi que des financements internationaux. Ces ressources sont destinées aux dépenses liées aux prestations d'assurance maladie, aux investissements et au fonctionnement. Elle veille à la mobilisation des partenaires extérieurs et assure la redistribution des financements au travers des mécanismes de subventionnement des cotisations des populations indigentes et des acteurs des secteurs informel et agricole.

Enfin, la Caisse nationale d'assurance maladie assure l'administration du système d'information prévu, dans le but de gérer les flux de données entre les différents organes y compris les prestataires de soins.

1.1.4.2. Des caisses régionales d'assurance maladie :

Les Caisses régionales d'assurance maladie reçoivent délégation de la Caisse nationale d'assurance maladie pour la gestion technique des remboursements des prestations de soins dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie volontaire. Le statut de ces caisses régionales d'assurance maladie devra permettre la représentation des assurés afin que les Caisses régionales puissent jouer un rôle de représentation des usagers auprès de l'offre de soins. Les Caisses régionales d'assurance maladie ont pour rôle :

- L'instruction administrative et technique des dossiers de remboursement présentés par les prestataires de soins (enregistrement et contrôle des prestations) ;
- La réalisation des remboursements à partir du budget maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie ;
- La contractualisation avec l'offre de soins. Les relations entre les caisses régionales d'assurance maladie et l'offre de soins seront régies par des textes juridiques fixant les modalités de facturation, de paiement et de tarification des prestations de soins de santé ;
- La rétrocession d'informations à la caisse nationale qui est responsable de la maîtrise des risques.

1.1.4.3. Les structures spécialisées d'affiliation et de recouvrement

La gestion technique des affiliations et du recouvrement des cotisations est déléguée à des structures spécialisées chacune par rapport à une catégorie de population spécifique donnée. Les structures spécialisées ont ainsi pour mission d'assurer :

- La mise en place de procédures d'adhésion et de recouvrement adaptés à leurs groupes cibles ;
- L'enregistrement et l'immatriculation des bénéficiaires ainsi que la mise à jour des dossiers des assurés (naissances, décès, changements d'adresses, etc.) ;
- Les appels de cotisations et leur recouvrement sur la base des mécanismes propres et appropriés aux caractéristiques des revenus des groupes cibles ;
- La rétrocession des informations aux caisses régionales d'assurance maladie et à la caisse nationale d'assurance maladie.

L'analyse selon les catégories de populations indique que la caisse nationale de sécurité sociale et la caisse autonome de retraite des fonctionnaires sont pressenties pour assurer ces fonctions dans le cadre de l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur formel. Ces deux institutions disposent d'une expérience en matière d'affiliation et de recouvrement des cotisations. La Caisse nationale d'assurance maladie délèguera ses prérogatives à travers une convention avec chacune des structures de prévoyance sociales ci-dessus citées.

Pour les travailleurs des secteurs informels et agricoles l'identification des structures spécialisées fait l'objet de réflexions et d'études. C'est dans ce cadre qu'apparaît les mutuelles sociales perçues comme des structures spécialisées d'affiliations et de recouvrements à côté des autres organisations de la société civile. Dans cette perspective, soit la mutuelle sociale se positionne comme un simple canal de diffusion du paquet de prestations proposé et dans ce cas, elle perd toute sa spécificité institutionnelle, ou alors, en plus du paquet proposé, elle offre des paquets complémentaires à ce dernier. A court terme la question qui se pose tenant à la nature des structures spécialisées dans le cadre de l'assurance maladie volontaire est : quelle catégorie de structure est de nature à instaurer une confiance telle que les populations, par son biais peuvent adhérer à l'AMU ?

Les travailleurs des secteurs informels et agricoles peu intéressés par l'action collective au travers d'une mutuelle, peuvent en effet envisager de passer par une organisation quelconque de la société civile notamment une association de développement économique, ou un syndicat, ou encore une organisation professionnelle. Mais cela n'est faisable que si c'est une organisation de qualité, performante et qui a la confiance de ses adhérents. La gestion technique des affiliations et des recouvrements va accroître les responsabilités et les activités des organisations de la société civile déjà multifonctionnelles. Ce qui n'est pas de nature à créer une dynamique de professionnalisation.

Pour les populations indigentes, leur intégration dans le système national d'assurance maladie sera fonction des programmes actuellement menés, notamment par le Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, en matière d'identification et d'assistance sociale. Les démembrements de ce ministère pourront tenir lieu de structures d'affiliation.

1.1.5. Le mode de financement

Le financement de l'assurance maladie pourrait être assuré, d'une part, par un fond social alimenté par des ressources fiscales et para fiscales et par un prélèvement sur les cotisations versées aux organismes de prévoyance sociale et, d'autre part, par les cotisations des mutualistes et autres adhérents au système.

En ce qui concerne les travailleurs du secteur formel, leur cotisation est prélevée par l'intermédiaire de la Caisse nationale de sécurité sociale pour la contribution des salariés et assimilés et des employeurs et de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires pour les salariés du public.

Pour ce qui est de la provenance des ressources allouées par l'État, des financements innovants ont été identifiés :

- l'État à travers le Ministère en charge de l'Économie et des Finances pourra prélever des taxes spéciales sur les communications de téléphonie mobile, le tabac et l'alcool. Ces nouvelles recettes fiscales permettront de financer la part patronale de l'État-employeur d'une part, et de subventionner les cotisations des personnes vulnérables de l'économie informelle et celles des indigents d'autre part ;
- l'État pourra également recourir aux fonds de solidarité au niveau international tel que le fonds global et/ou le fonds d'équité pour alimenter le dispositif national d'assurance maladie ;

En ce qui concerne les ressources émanant de la Caisse nationale de sécurité sociale et de la caisse autonome de retraite des fonctionnaires, les points suivants peuvent être retenus :

- les cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs au niveau de la CNSS et de la CARFO seront révisées légèrement à la hausse pour prendre en compte le régime d'assurance maladie ;
- Au niveau de la part patronale due à la CNSS, un réaménagement des taux de cotisations sera opéré en vue de permettre le financement de l'assurance maladie sans pour autant augmenter les prélèvements sur les employeurs.

1.1.6. Les étapes prévues pour la mise en œuvre

Le processus de mise en œuvre du système national d'assurance maladie s'étend de 2008 à 2015. On y distingue une première étape qui comporte une phase de conception qui va de 2008 à 2010 et une phase de mise en œuvre dont la 1^{ère} étape débute en 2011. La construction du schéma d'assurance maladie est à cette étape. Les études de faisabilité sont structurées autour de six thèmes : la définition d'un panier de soins ; la détermination des relations avec l'offre de soins ; l'élaboration du cadre juridique ; la stratégie financière ; le système de gestion ; la communication. Chaque aspect est sous la responsabilité d'un groupe de travail au sein du Comité de Pilotage. Cette étape finit avec l'adoption d'une loi instituant le système national d'assurance maladie suivi de la création de la caisse nationale d'assurance maladie.

Une deuxième étape débutera (en 2012) avec l'instauration de la couverture dans les secteurs formels public et privé et l'insertion progressive du secteur informel. La troisième étape sera consacrée à l'extension de la couverture du secteur informel.

1.2. Les conditions d'intégration de l'assurance maladie dans le contexte burkinabé

1.2.1. Les conditions macro-économiques et l'implantation de l'AMU

1.2.1.1. Une capacité d'affiliation à l'AMU contrainte par la persistance structurelle de la pauvreté

Les expériences réussies d'introduction et d'extension de l'assurance maladie universelle enseignent qu'un des facteurs déterminants de réussite a été, une croissance économique soutenue et dynamique, capable de modifier significativement le niveau de vie et partant d'accroître la solvabilité de la demande. L'accroissement continu du niveau de revenu par habitant et des recettes fiscales est une des conditions nécessaires pour renforcer la capacité de l'Etat, des entreprises et des citoyens à prendre en charge les cotisations. Au Burkina Faso, la croissance économique au cours de la période 2000-2009 a été en moyenne de 5,2 % par an avec une croissance démographique annuelle de 3,1 %, limitant la croissance du PIB par habitant à 2,3 %. Avec une inflation qui a été de l'ordre de 3 % en moyenne sur la période 2000-2009, il en découle que le revenu disponible par tête sur la période a relativement stagné. Le seuil de pauvreté est passé de 41 099 FCFA en 1994 à 82 672 FCFA 2003, révélant que le coût de la vie a fortement augmenté : il est devenu deux fois plus cher de satisfaire ses besoins essentiels en biens alimentaires et non alimentaires dans le pays. Dans le même temps, les taux de pauvreté n'ont cru que d'à peine 2 %. La SCADD (2011), révèle que l'incidence de cette croissance sur la pauvreté n'a pas été très significative : la réduction du taux de pauvreté est ainsi passée de 46,4 % en 2003, à 43,2 % en 2009, accusant une baisse globale de 3,2% sur la période. L'incidence de la pauvreté est restée considérablement plus élevée dans les zones rurales (+48,8 %) que dans les zones urbaines (+20,6 %). Les inégalités n'ont pas diminué non plus au cours de la période. L'indice de Gini² est passé à 0,21 en 2009 contre 0,22 en 2003. La profondeur et la sévérité de la pauvreté ont connu de légères baisses en se situant respectivement à 13,9 % et 6,2 % en 2009 contre 15,6 % et 7,1 % en 2003.

Le processus de création de richesses est fortement sensible aux chocs endogènes (conditions climatiques,) et exogènes (conjoncture internationale). Le défi dans ce cadre consiste à développer des secteurs-clés de croissance et ayant un potentiel d'exportation et aussi de percevoir des revenus dans les zones rurales. Dans cette optique, des pôles de croissance tournés vers le secteur privé ont été élaborés en vue de renforcer les actions entreprises dans le cadre de la SCADD.

² Expliquer l'indice de Gini

1.2.1.2. Une faible capacité de l'économie à créer l'emploi salarié qui conforte l'option mutualiste dans la stratégie de l'AMU

1.2.1.3. Un processus de « informalisation » du travail.

Les différents travaux sur le marché de l'emploi (SCADD, 2011 ; PNUD, 2007 ; Banque mondiale 2006 ; SOME A.S 2004, etc.) indiquent qu'il existe une corrélation positive entre la croissance du PIB et la dynamique de l'emploi. Ainsi il apparaît que sur la période 1972-2000, une hausse de 1 % du PIB aurait entraîné une augmentation du taux d'emplois de 0,2 %. On en déduit que cette relation n'a pas été proportionnelle et que la croissance économique jusque-là, ne donne lieu qu'à la création d'un nombre limité d'emplois. La SCADD dans son analyse plus récente révèle que dans la décennie écoulée, la croissance ne s'est pas accompagnée d'une création massive d'emplois dans le secteur moderne. Au total, les nouvelles créations d'emplois qui accompagnent la croissance se réalisent plus dans les secteurs informels et agricoles que dans le secteur moderne où le salariat est très limité.

La croissance économique constatée dans la décennie des années 2000 n'a pas entraîné non plus de changements significatifs de la structure du marché de l'emploi. L'agriculture reste le principal secteur d'emploi en occupant 79,5 % de la population active. L'économie informelle non agricole urbaine emploie 7,2% des actifs et le secteur informel non agricole rural 5,5%. Ce qui signifie que l'emploi informel pesait donc pour 12,7 % des actifs occupés. Les 7,2% des actifs restants sont occupés dans le secteur moderne (public, parapublic et privé). Dans ce secteur l'Etat reste le principal employeur. L'analyse du marché du travail selon les catégories de travailleurs, montre que les travailleurs familiaux non rémunérés et les travailleurs indépendants représentent 95 % des emplois. La part des employés salariés ne représente qu'environ 5 %.

1.2.1.4. Des travailleurs faiblement rémunérés à intégrer dans l'assurance maladie

Les professions indépendantes et les travailleurs du secteur informel sont donc les plus nombreux. On comprend alors pourquoi l'AMU dans sa stratégie d'implantation admet un volet assurance maladie volontaire dans un premier temps, car, ces catégories de travailleurs sont difficilement identifiables et posent de ce fait le problème de leur enregistrement et de la collecte de leurs cotisations. Ces catégories sont spécifiques par rapport aux prérequis pour l'affiliation à l'assurance obligatoire : ce sont des travailleurs à faibles revenus, souvent irréguliers, qui ne disposent pas de contrats de travail formels permettant de les identifier. Ils mettent en œuvre des activités économiques dans une logique de survie ou d'autosubsistance.

L'action collective du type mutualiste est le moyen adapté aux caractéristiques socio-économiques de ces travailleurs : des agents économiquement faibles, dont le besoin spécifique de couverture du risque maladie n'est pas satisfait dans le cadre du fonctionnement

normal des institutions de protection sociale publiques et privées et dont la précarité les pousse à se regrouper pour créer une solidarité qui leur permet de mutualiser le risque.

1.2.1.5. La capacité à gérer un système national d'assurance maladie

Le Burkina devra se doter d'une masse critique d'actuaire, d'économistes de la santé spécialistes des questions de financement, de gestionnaires de l'assurance, de gestionnaires de mutuelles sociales, de médecins (experts et généralistes), sans laquelle, la mise en place de régimes couvrant progressivement une proportion de plus en plus importante des populations importantes est impossible. Cela suppose des programmes de formation qui préparent des cadres déjà formés qui prendront des responsabilités dans ce processus d'expansion, et surtout qui prépareront la relève qui devra assurer la pérennité des régimes.

1.2.2. Les conditions liées à la gouvernance

1.2.2.1. L'engagement des autorités : l'assurance maladie comme une priorité de développement

Tout au long de la décennie des années 2000, les orientations stratégiques des autorités révèlent leurs intérêts pour les questions liées à la protection sociale de façon générale et à l'accessibilité des populations aux soins de santé en particulier.

Le Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté (CSR) conçu à la suite de l'initiative PPTE répond à cet enjeu en se fondant sur les axes suivants : **1) ancrer la croissance économique dans la sphère des pauvres ; 2) rendre plus accessibles les soins de santé de base et 3) protéger les populations contre une multitude d'aléas dont notamment les risques sociaux.** La révision du CSR en 2003 a consacré la priorité accordée à la protection sociale (axe 2). Les actions à entreprendre ont fait l'objet d'un travail interministériel avec la collaboration du BIT et de la Banque Mondiale pour la formulation d'un document de stratégie nationale de gestion des risques et de la protection sociale qui a été adopté en février 2006. Cette stratégie qui n'est pas encore adoptée a été révisée (2008) pour prendre en compte la vision articulée de la protection sociale pour tous en matière de santé à l'horizon 2015. Elle a été reversée dans le document de Politique Nationale du Travail en voie d'adoption. Il est construit autour de 3 axes qui ciblent une catégorie spécifique de la population : **1) assurer l'accès des populations indigentes et des groupes particulièrement vulnérables aux services sociaux ; 2) assurer la couverture sociale adaptée pour les acteurs du secteur informel ; 3) reformer la sécurité sociale institutionnelle et renforcer sa légitimité.**

Actuellement dans la SCADD, la protection sociale fait partie intégrante de l'objectif de développement du capital humain. En effet, les autorités ont récemment élaboré de façon participative une stratégie de développement, visant une croissance économique accélérée et la réduction de la pauvreté. Ce processus qui impliquait les principales parties prenantes (administration centrale et locale, la société civile, les donateurs, le parlement, entre autres), a

conduit à la formulation de la Stratégie de Croissance Accélérée et du Développement Durable (SCADD). Cette nouvelle stratégie cherche à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, grâce à un taux de croissance soutenu de 10% par an afin de réduire la pauvreté à 35% entre 2011 et 2015. Elle repose sur quatre axes stratégiques:

1. Promouvoir les pôles de croissance et réduire la vulnérabilité de l'économie ;
2. Développer les infrastructures économiques ;
3. Investir dans le capital humain, y compris la promotion de la protection sociale ;
4. Renforcer le cadre de développement durable ;

1.2.2.2. Le degré d'engagement des autorités vis-à-vis de l'objectif de l'accessibilité des populations (pauvres) aux soins de santé

L'intérêt que les autorités portent à la question de l'accessibilité des populations aux soins de santé (PNDS 2005-2010) objectif intermédiaire 6 sur l'accès aux services de santé par des systèmes de partage de risque maladie) par la promotion des médicaments essentiels génériques, par la gratuité des soins et par les subventions (soins obstétricaux d'urgence et néonataux). Pour amoindrir les coûts du régime d'assurance maladie, la Caisse doit encourager la prescription des médicaments génériques. A cet effet, l'approvisionnement du pays en génériques doit confirmer les orientations de la politique de santé du Gouvernement.

1.2.2.3. Adhésion de la société au principe de solidarité

La solidarité prévue, qu'elle soit verticale (les riches contribuant plus que les pauvres) ou horizontale (malades et non malades), est source potentielle de conflits entre les parties prenantes à l'assurance maladie. C'est le cas notamment lorsqu'il sera question des ressources financières qui vont impliquer une hausse des cotisations patronales et des travailleurs du secteur formel. Il est prévu aussi la levée de nouvelles taxes. Elles vont enfin suivant leur niveau, jouer sur la compétitivité des produits. La définition du paquet minimal de soins est aussi source de conflits potentiels: ce paquet peut être attractif pour les uns et pas pour d'autres. On en déduit que la solidarité que va exiger l'AMU doit être négociée.

1.2.2.4. La bonne gestion des affaires publiques

Un facteur important d'adhésion à l'AMU en partant du principe que le promoteur est l'État, est la perception que les populations ont de la gestion administrative et économique. Or dans de nombreux domaines dont la santé, on note la présence significative de la corruption qui a pour effet de remettre en cause la transparence et la bonne gestion des affaires de l'État. Les autorités s'emploient certes, à lutter contre la corruption en créant des institutions de lutte contre ce fléau et en adoptant une législation rigoureuse pour y mettre un terme. Ainsi l'Autorité supérieure de contrôle d'État (ASCE) a été mise en place par la loi n°032-2007/AN du 29 novembre 2007, chargée des missions de contrôle, de l'observation des textes, d'investigations sur les pratiques de délinquance économique, de suivi de la mise en œuvre des politiques

nationales de lutte contre la corruption. Selon l'indice de perception de la corruption en 2003 de Transparency International, le Burkina était un pays à niveau élevé de corruption. En 2009, le classement accordait au Burkina la note de 3,6 avec un rang de 79^{ième} sur 180 pays indiquant qu'il occupe la première place des pays les moins corrompus de la zone UEMOA . On observe donc une évolution positive dans la lutte contre la corruption.

Toutefois, la corruption continue d'entraver la mise en œuvre de politiques économiques judicieuses et le bon fonctionnement des institutions publiques. Le dysfonctionnement des institutions publiques génère une méfiance de la part des populations sur la capacité de gestion des affaires dans une optique de l'intérêt général ce qui peut être source de réticences.

1.2.2.5. La nécessité d'une adhésion des parties prenantes à l'AMU

La capacité de l'Etat à faire face au déficit d'accès des populations à la protection sociale en général et à la protection contre le risque maladie en particulier sera fonction de son aptitude à concevoir et à mettre en œuvre de façon concertée, le projet d'assurance maladie universelle en conciliant à la fois un objectif de développement à long terme avec la nécessité de mobiliser de façon efficace des ressources accrues dans un contexte de pauvreté. Jusque-là on observe qu'une grande majorité de la population ignore l'élaboration en cours du projet. Ce qui doit induire des pourparlers et des plaidoyers avec les différentes parties prenantes (syndicats, pharmaciens, médecins, cliniques, laboratoires d'analyses, travailleurs du secteur informel, agriculteurs etc.).

Au total, sur le plan de la gouvernance, les autorités doivent accorder autant d'importance à l'AMU que celle qu'elles ont accordé à la lutte contre le VIH/Sida en termes de volonté politique. Le simple fait d'accorder un caractère prioritaire dans les documents de stratégies de développement du pays est certes une condition nécessaire mais pas suffisante.

La question de l'équité peut être posée en se référant à l'inégale répartition de l'offre des soins combinée avec le fait que l'approche commence par l'assurance obligatoire qui s'adresse aux travailleurs du secteur formel. Ces travailleurs bénéficient déjà d'une série de mesures visant à réduire les tarifs de soins et sont situés dans les zones urbaines où on note une offre abondante de soins tant privés que publics. Or on sait que l'offre de soins dans les zones rurales est celle qui est la plus déficiente. Bien que débiter par l'AMO soit un choix technique et financier qui s'explique par l'opérationnalisation de la solidarité verticale, il faudra beaucoup de pédagogie et de plaidoyer pour que les populations comprennent la démarche et y adhèrent. Il s'agit d'entamer en même temps avec les populations membres de mutuelles pour inciter les autres à y adhérer pour bénéficier le plus tôt de l'AMU.

1.2.3. Les conditions de l'offre des soins de santé et l'assurance maladie universelle

L'offre de soins de santé aux plans quantitatif et qualitatif se réalise sous des conditions qui peuvent être défavorables pour l'implantation de l'AMU. En effet, bien que l'évolution récente du secteur de la santé révèle que des efforts notables ont été consentis pour développer les infrastructures et augmenter le personnel affecté au secteur de la santé, l'offre en matière de soins de santé reste insuffisante pour couvrir les besoins des populations.

Les performances du secteur de la santé du point de vue de l'offre dépendent surtout du niveau des ressources, humaines et financières qui y sont consacrées ; or, si l'on se réfère aux normes de couverture sanitaire, on constate : 1) une pénurie de ressources dans le secteur de la santé, 2) une disponibilité insuffisante des structures sanitaires en quantité et qualité, 3) une couverture des services de santé insatisfaisante, 3) une décentralisation des services de santé qui est atout pour l'AMU et une insuffisante qualité.

1.2.3.1. Le déficit des ressources financières allouées au secteur de la santé

Le financement de la santé est traité ici suivant trois principales sources que sont : l'État et ses démembrements (fonds publics), du secteur privé (fonds privés provenant des ménages et des entreprises privées) et du reste du monde (aide au développement) qui recouvre les coopérations bilatérales et multilatérales et les ONG et fondations internationaux. Le financement de la santé est surtout le fait des ménages avec une contribution moyenne de plus de 41,3% sur la période ???. Le financement des ménages est constitué pour l'essentiel des paiements directs. Quand on sait qu'une proportion importante des ménages (41,6%) vit sous le seuil de pauvreté, cette logique de financement de la santé s'adapte mal aux ménages dont les dépenses de santé sont généralement imprévisibles (INSD, 2010).

Tableau 1 -Evolution du financement de la santé 2003- 2008 (en milliers de francs CFA)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses Totales de Santé	136270	164076	202068	206592	221996	254241
Fonds publics	34812	44208	48315	64395,3	68669	79560
Fonds privés	70442	75005	81906	81627,1	88827	100637
Entreprises privées	2618	1252	6291	1010	2583	3132
Ménages	67824	73753	75615	80617,1	84244	97504
Fonds du reste du Monde	27988	43991	70731	61173,2	64500	74044
Dépenses/habitant	10972	12896	15687	14738	15436	17259
Fonds publics/DTS (%)	25,5	26,9	23,9	31,17	31,21	31,29
Dépenses Ménages/DTS (%)	49,8	45	37,4	39,02	38,29	38,35
DTS/Budget total	7,20	7,40	7,70	7,80	7,42	9,91
DTS/PIB	5,5	6,1	6,8	6,47	6,77	6,89

L'OMS recommande que l'on consacre 10 % du budget national aux dépenses liées à la santé. Dans le cas du Burkina Faso, le budget de la santé bien qu'il ait connu un accroissement continu ne représentait que près de 8 % du budget national sur la même période (2003-2008). Cependant on observe que ces dernières années de réels efforts ont permis au pays d'être quasiment dans les normes de l'OMS. Les analyses de l'INSD indiquent en effet, qu'en partant du critère des dotations budgétaires consacrées au secteur de la santé au sens large, le Burkina aurait en 2008 respecté ses engagements pris lors du sommet des chefs d'État à Abuja au Nigeria, de consacrer au moins 15 % des budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Cependant, quand on voit l'importance de la contribution (près de 28% en moyenne par an) de l'aide au développement au financement de la santé, on déduit aisément que le pays éprouve des difficultés à mobiliser ses propres ressources et la relative dépendance du financement de la santé vis-à-vis d'engagements internationaux difficiles à maîtriser et contrôler.

La capacité de l'état à prendre un engagement coûteux dans le cadre de l'AMU est donc modeste. La marge de manœuvre de l'État est accru actuellement grâce aux remises de la dette dans le cadre du PPTE et aux apports des coopérations bilatérales et multilatérales. On en déduit que le financement de la santé ne sera résolu de façon durable qu'en prenant simultanément des mesures pour atteindre une croissance élevée et un développement durable.

1.2.3.2. Une disponibilité et une répartition des structures sanitaires insuffisante

Au plan de la couverture en infrastructures sanitaires, le pays disposait en 2009 de 1573 structures publiques (tous statuts et catégories confondus) contre 1070 en 2000. On note donc une amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires des populations remarquable surtout au niveau des centres de santé de premier échelon (centres de santé et de promotion sociale) qui traduit les efforts de recherche de proximité avec les populations. Près de 77% de ces centres respectent les normes en termes de personnel.

Les ratios population par structure sanitaire se sont nettement améliorés en 2009, les centres de santé de base (CSPS, CM, dispensaires isolés, maternités isolées) dès 2005 au regard de la norme minimale de l'OMS qui est de 10 000 habitants. Cependant beaucoup d'efforts restent à faire pour les deux autres niveaux des soins de santé. Ce constat est confirmé par le rayon d'action moyen de 7,9 km (2009) pour une norme définie entre 10 et 15 km. Vu ces ratios, on pourrait penser que la situation des infrastructures est satisfaisante. Mais cette moyenne masque d'importantes disparités selon que l'on habite en milieu urbain ou rural ou suivant la catégorie de structure sanitaire concernée et qui font de l'accès à une structure sanitaire un parcours du combattant pour la majorité de la population située en zone rurale : en effet l'INSD (2007) partant de la norme qu'un ménage a accès aux services de santé si elle est

capable d'atteindre en moins de 30 minutes la formation sanitaire la plus proche, indique que seuls 40,8% des ménages au Burkina Faso ont cette capacité.

Tableau 2 -Evolution des infrastructures sanitaires 2000- 2009

INFRASTRUCTURES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHR/CHU	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12
CMA	31	33	36	38	41	41	42	42	42	42
CM	41	36	28	33	42	35	26	33	32	31
CSPS	798	835	1051	1147	1148	1172	1211	1268	1352	1373
Dispensaire	145	145	87	93	67	83	178	164	113	
Maternité	46	46	39	28	16	23	18	21	22	239
Total public	1072	1107	1253	1351	1326	1366	1487	1540	1573	1697
Confessionnels							76	69	66	67
Privés							268	302	316	320
Rayon d'action						8,19	7,83	7,69	7,51	7,49
CSPS normés en personnel (%)						77,1	66,45	75,4	76,85	
Ratio hbts par CSPS						10079	9946	9867	9692	9835
Ratio hbts par CM/CMA						186681	205069	191074	204600	

Sources : INSD, 2010, Comptes nationaux de la santé 2000-2009

Tableau 3 -Evolution des infrastructures sanitaires 2000- 2009

INFRASTRUCTURES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHR/CHU	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12
CMA	31	33	36	38	41	41	42	42	42	42
CM	41	36	28	33	42	35	26	33	32	31
CSPS	798	835	1051	1147	1148	1172	1211	1268	1352	1373
Dispensaire	145	145	87	93	67	83	178	164	113	
Maternité	46	46	39	28	16	23	18	21	22	239
Total public	1072	1107	1253	1351	1326	1366	1487	1540	1573	1697
Confessionnels							76	69	66	67
Privés							268	302	316	320
Rayon d'action						8,19	7,83	7,69	7,51	7,49
CSPS normés en personnel (%)						77,1	66,45	75,4	76,85	
Ratio hbts par CSPS						10079	9946	9867	9692	9835
Ratio hbts par CM/CMA						186681	205069	191074	204600	

Sources : INSD, 2010, Comptes nationaux de la santé 2000-2009

L'analyse suivant le critère urbain/rural, révèle qu'en milieu rural, moins de 3 ménages sur 10 ont accès au centre de santé le plus proche, contre près de 7 ménages sur 10 en milieu urbain. L'accès à la formation sanitaire la plus proche varie aussi selon les régions et dans onze régions sur treize, les ménages sont, pour la plupart, éloignés des services de santé. En effet, seuls les ménages du Centre ont déclaré avoir accès à ce service (75,1%). Dans les Hauts-Bassins les taux d'exclusion et d'accessibilité sont égaux. Les plus forts taux d'exclusion se trouvent au Sahel (87,2%) et au Sud-Ouest (82,5%). On observe donc une répartition inégale des infrastructures qui relativise le niveau satisfaisant de la couverture des structures sanitaires suivant le rayon d'action moyen, créant des barrières géographiques à l'accès aux structures sanitaires.

Au total, bien que le rayon d'action des structures sanitaires de base ait fortement baissé, on observe des inégalités accentuant l'accessibilité de certaines zones aux structures sanitaires en raison soit du manque d'infrastructures de proximité, soit de l'état des routes qui deviennent peu praticables en saisons pluvieuses, soit enfin de l'absence de moyens de transport. Il faut noter que jusque-là aussi l'accessibilité géographique aux soins hospitaliers de second niveau est restée faible et se conjugue à des problèmes de coût d'évacuations sanitaires au plan local et de vétusté du matériel de transport. La distance est donc un facteur qui contribue à accroître les difficultés d'accès aux soins de santé qui doit être pris en compte dans les besoins nécessaires à la définition du paquet minimal de services de santé à offrir dans le cadre de l'assurance maladie universelle. Ce facteur suggère aussi que l'implantation et l'extension de l'AMU doit se faire en synergie avec les autres domaines d'interventions pour le développement notamment celui du développement des infrastructures économiques dans le cas présent.

En ce qui a trait au personnel de la santé, malgré la tendance générale à l'augmentation des effectifs du personnel toutes catégories confondues qui est réelle bien que le contexte au départ des années 90 ait été celui de l'ajustement structurel. Par contre, on relève des ratios personnel/population qui demeurent faibles du point de vue des normes fixées par les Nations Unies : ils se situent entre 2,5% et 94 % de ces normes à la fin de la décennie des années 2000.

Le tableau ci-après qui ne retient que l'année 2009 illustre cette situation. On y observe que seules les catégories d'infirmiers brevetés et les accoucheuses auxiliaires sont fortement présentes dans les centres de santé.

Tableau 4 - La disponibilité des ressources humaines dans le domaine de la santé

	2009	Ratio 2009	Degré de conformité la norme
Médecins	483	22522	44,40
Pharmaciens	88	94564	31,72
chirurgiens-dentistes	31	400652	2,50
Infirmier diplômé d'état	2757	5333	93,76
Infirmier Breveté	2348	6317	47,49
Sage femmes	833	17703	28,24
Accoucheuses auxiliaires	2460	6186	80,83

Les ratios des autres catégories de personnel de santé, notamment les médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens et les sages-femmes du fait de leur faiblesse traduisent un déficit énorme à combler dans le cadre de l'assurance maladie universelle. En effet, on le verra, une des conditions d'adhésion à cette innovation est la garantie de la qualité des soins. Or un des déterminants de cette qualité est la disponibilité du personnel de santé.

1.2.3.3. L'acceptation du principe de la tarification

La familiarisation de la population avec la tarification et le paiement des services même si la tarification ne se fait pas en relation avec le prix fixé.

1.2.3.4. La décentralisation des services de santé, un facteur de viabilité de l'AMU

Un facteur de réussite et de viabilité de l'AMU est probablement son inscription dans le processus de décentralisation administrative et politique en cours. Les orientations stratégiques actuelles font de la commune, le cadre de coordination des multiples interventions pour le développement. *La santé figure parmi les domaines de compétence transférés aux collectivités décentralisées (régions et communes).* Sur le plan de l'information, les systèmes nationaux sont en cours d'adaptation pour la collecte et la gestion des informations utiles pour les actions de développement. Au plan stratégique, la planification du développement économique et social est aussi en train d'intégrer l'espace en prenant en compte le local. La dévolution par l'Etat de compétences dans le domaine de la santé aux collectivités locales va être accompagnée de mesures d'accompagnement destinées à donner des moyens financiers aux collectivités locales pour qu'elles puissent assumer cette responsabilité. Elles disposeront en effet de ressources propres, de transferts de l'Etat central et des produits de la coopération décentralisée qui pourraient offrir des opportunités pour

renforcer le financement public des services de santé de base. Les collectivités territoriales sont plus proches des besoins de santé des communautés de base et constituent des espaces dans lesquels l'identification des indigents et leur prise en compte dans l'AMU sont facilitées. L'instauration de l'AMU pose la question des indigents. Ces personnes sont censées bénéficier d'une couverture sanitaire à travers des fonds provenant de l'Etat qui seront gérés par les collectivités locales. Les collectivités locales disposent aussi d'un avantage comparé dans le développement de partenariats avec les organisations de la société civile ou du mouvement associatif et les organisations professionnelles au niveau local. Dans la perspective du développement de l'assurance maladie ces différentes organisations sont des creusets potentiels pour la promotion de l'assurance volontaire. On observe une absence de correspondance entre la décentralisation administrative actuelle et la décentralisation des services de santé.

Parallèlement, le secteur de la santé est engagé dans un processus de décentralisation depuis les années 1990 avec la mise en place des districts sanitaires dans l'objectif de développer les soins de santé primaires. Ce processus de décentralisation du système de santé a été renforcé au cours des années suivantes, par la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, la réforme pharmaceutique et la réforme hospitalière, la responsabilisation des acteurs locaux et la mise en place de partenariats entre les services de santé et les communautés de base. La base du système de santé publique est organisée en 53 districts sanitaires axés sur les deux échelons du système de prestation de soins de santé de base que sont les CSPPS et le CMA. Le district sanitaire sert non seulement de cadre à l'organisation et l'intégration des services périphériques de santé, de cadre opérationnel des programmes prioritaires de santé, mais aussi de cadre de l'auto responsabilisation et l'auto promotion des communautés de base en matière de santé. Le développement des systèmes de soutien (système d'information, planification et suivi, IEC, financement et gestion, participation communautaire, logistique, approvisionnement et distribution des médicaments) qui accompagnent la mise en place du district sanitaire contribue non seulement à renforcer l'autonomie et la flexibilité dans la gestion des services de santé périphériques, mais aussi à élargir le cadre de la participation des populations aux questions de santé.

Ce serait donc un atout que d'ancrer l'AMU dans la décentralisation administrative et politique en faisant de la commune l'unité de base pour la mutualisation des risques. Cela suppose une harmonisation entre ces deux processus de décentralisation. Les orientations récentes sur cette question, semblent aller dans ce sens. Une réforme de l'architecture du système de santé est prévue dans laquelle, les premier et deuxième niveaux de soins connaîtront une organisation fondamentale. Il s'agira, au niveau des districts sanitaires, les centres de santé et de promotion sociale (CSPPS) des chefs-lieux de communes rurales et des principales villes seront transformés en centres médicaux animés par des médecins. Les centres médicaux avec antenne chirurgicale deviendront des hôpitaux de districts.

1.2.3.5. Une qualité des soins qui reste posée dans le cadre de l'AMU

Toutes les parties prenantes au secteur de la santé sont unanimes pour reconnaître que la qualité des soins surtout dans les structures publiques est peu satisfaisante. Les différentes études sur cette problématique (MS, 2003. BM, 2003. INSD, 2007 etc.) le soulignent et notent que cette qualité insuffisante des services de santé serait explicative (en partie) de la faible fréquentation ou utilisation des centres de santé publics. Il en découle des prestataires démotivés, des patients mal pris en charge, un système de santé peu efficace et partant peu adapté aux besoins des usagers. Or, dans la perspective de mise en place de l'AMU, seule la garantie de qualité préalable peut justifier et inciter l'adhésion des populations à un paiement anticipé à destination d'une structure publique de santé en particulier. Les populations ne pourront accepter de se mobiliser et de contribuer que ce soit dans le cas d'une assurance obligatoire ou dans celui d'une assurance maladie volontaire, que si elles sont assurées que les structures sanitaires leur offriront des soins de qualité. L'expérience du développement des mutuelles de santé permet d'illustrer ce constat. En effet, dans le domaine de la promotion des mutuelles de santé qui pratiquent à petite échelle l'assurance maladie, Criel (1999), souligne que les facteurs déterminants de l'accroissement des taux de souscriptions sont, la performance globale de la structure sanitaire et la qualité de ses relations avec la communauté. De même, Atim (1977) indique aussi que la viabilité des mutuelles de santé augmente quand elles se forment dans une zone où la structure de soins présente une bonne réputation en matière de temps d'attente des patients, et que le comportement du personnel vis-à-vis des patients est de qualité.

La mauvaise qualité des structures publiques de soins a des causes nombreuses qui tiennent tantôt au niveau et à la prévisibilité des allocations publiques, tantôt à la faible utilisation des structures par les usagers, tantôt encore au comportement stratégique du personnel de santé public dont certains préfèrent officier dans les services privés tout en bénéficiant des avantages du statut public etc.

La qualité des services de santé est donc un facteur déterminant de réussite et d'extension de l'assurance maladie. De ce fait des actions doivent être menées à plusieurs niveaux :

- Le renforcement de la couverture géographique accompagnée du renforcement du plateau technique et d'un système efficace d'approvisionnement et de distribution des médicaments, etc. ;
- La disponibilité en quantité et qualité du personnel de santé ;
- La définition de normes dans la prise en charge des patients à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, etc.

- Le contrôle des coûts des services médicaux aussi bien du côté du secteur public que du privé, car l'assurance maladie entraînerait une augmentation des tarifs. Le marché des soins de santé a besoin d'être réorganisé et réglementé par l'État pour éviter les coûts exorbitants, surtout du secteur privé.
- Suivi-évaluation de la qualité du processus contractuel par le ministère de la santé en collaboration avec les organisations d'assurance maladie.
- Formation des cadres du ministère de la santé à la contractualisation.

1.2.4. Les conditions liées à la demande potentielle d'assurance

L'analyse des déterminants de la demande potentielle en assurance maladie suscite des questions tenant à la mise en œuvre de l'AMU dans le contexte burkinabè. En effet, on sait que l'AMU est une innovation institutionnelle et un produit qui suppose une culture de mutualisation des risques: quelles sont les attitudes des populations vis-à-vis du risque maladie dans l'affectation de leurs ressources ? Pour assurer son financement, l'AMU ??des différentes catégories sociales le paiement anticipé d'une cotisation dont le montant est fixé proportionnellement à la capacité contributive de chaque groupe homogène. Jusque-là on ignore le montant de cette cotisation mais la question qui se pose est celle de savoir : quelles sont les ressources mobilisables par les ménages pour la santé ? Quel peut être le niveau de contribution des ménages dans le cadre de l'AMU ? Pour quelles prestations de santé ?

1.2.5. Les attitudes des populations vis-à-vis du risque maladie

Le comportement de prévoyance dans le domaine de la santé ne fait pas partie des habitudes de la majorité des ménages au Burkina Faso, surtout pour ceux à faibles revenus. Les causes d'une telle attitude telles qu'elles ressortent des différents entretiens se réfèrent tantôt à :

- la représentation que les populations ont de la maladie et du fait d'anticiper sa survenance ; dans cette optique et pour certains groupes sociaux, prévoir la maladie serait justement une attitude qui provoquerait sa réalisation (Bouda, 2001 ; Bationo, 2001 ; Traoré, 1999);
- la forte préférence pour le présent qui s'explique par l'environnement fait d'incertitudes, l'espérance de vie relativement courte ;
- la faiblesse des revenus qui place les ménages dans une situation telle qu'ils peinent à faire face aux dépenses essentielles ; etc.

Dans les faits et dans de nombreux ménages, les stratégies mises en œuvre pour faire face aux dépenses de santé, relèvent des mécanismes traditionnels d'entraide et de solidarité (Fassin, 1992). Les mécanismes d'entraide traditionnels sont des systèmes qui apparaissent quand les

conditions économiques et sociales de l'individu sont précaires et incertaines. Toutefois, ils présentent des limites au regard de la logique de fonctionnement d'une mutuelle de santé :

- leur caractère *ex-post* traduit le fait que les ménages ne sont contraints à mobiliser les ressources que lorsque l'événement se produit, ce qui exclut la dimension prévoyance et anticipation ;
- ils sont multirisques et pas toujours conçus pour répondre au financement du risque maladie ; ils concernent aussi bien des événements heureux que des événements malheureux, ce qui réduit les ressources disponibles selon leur degré de sollicitation ;

Ces attitudes vis-à-vis du risque maladie sont un frein à l'adhésion à l'AMU et impliquent dans la perspective de l'implantation de l'AMU, le besoin d'une stratégie d'information et de communication sur l'assurance maladie afin d'amener les populations à changer leurs perceptions. Paradoxalement, ces mécanismes présentent des caractéristiques qui pourraient représenter des leviers pour l'adhésion des ménages à l'AMU. Ainsi on note dans ces mécanismes de solidarité que nombre de travailleurs urbains ont à leur charge des parents situés dans les zones rurales et doivent de ce fait, faire face à des dépenses imprévues en cas de maladie. L'AMU pourrait être une opportunité pour des travailleurs de réduire le poids de leurs responsabilités en cofinçant les cotisations des parents à charge. De même on a vu se multiplier depuis les années 1990, des associations des ressortissants d'une localité donnée, qui visent l'amélioration du bien-être de leur localité d'origine. Ces associations pourraient constituer des facteurs facilitant l'adhésion et la sensibilisation des populations. Elles pourraient même pour certaines d'entre-elles cofinancer les cotisations des ressortissants d'une localité donnée.

1.2.6. La contribution financière des ménages à l'assurance maladie

L'assurance doit être attractive. Si le niveau de cotisation exigée et subséquemment de co-paiement ou des franchises éventuelles sont trop élevés, les ménages, en particulier ceux à faibles revenus risquent de n'être pas intéressés ou, d'être incapables de souscrire à une assurance maladie obligatoire. Si les niveaux de cotisation sont bas, le paquet minimal de prestations prévu risque de n'être attractif pour nombre de catégories sociales, notamment les travailleurs aisés. Il faut trouver un équilibre entre le besoin de financement et les comportements des assurés.

La contribution des ménages au financement de l'AMU, pose le problème de l'offre et de la tarification des biens et services publics. Cette contribution est souvent examinée à travers la notion de volonté à payer des populations.

Très peu d'études ont été réalisées sur la volonté de payer des ménages dans le cadre de l'assurance maladie au Burkina Faso que ce soit au niveau des mutuelles de santé ou alors à un niveau plus global. A partir des données existantes, on peut tenter d'évaluer les niveaux de

contribution possible des ménages à travers le niveau courant des dépenses en santé des ménages et les intentions de payer.

1.2.6.1. La part de la santé dans le budget des ménages

On peut estimer la capacité contributive théorique des ménages en retenant comme indicateur la part des dépenses en santé dans le budget des ménages. Elle exprime théoriquement le montant des ressources qu'un ménage peut allouer à l'assurance maladie tout en étant capable de satisfaire ses besoins essentiels. On peut faire l'hypothèse qu'il est difficile (à conditions identiques) que la cotisation d'un ménage donné à l'assurance maladie universelle soit supérieure au niveau de dépenses qu'il supporte habituellement pour ses besoins de santé. Dans cette perspective, en se référant à l'INSD (2003), le niveau moyen des dépenses de santé du ménage est passé de 32 952 FCFA en 1998 à 38 122 FCFA en 2003. Ces niveaux rapportés au total des dépenses monétaires donnent 3,2% pour 1998 et 4,4% pour 2003. On dispose ainsi d'un premier point de repère pour le niveau de cotisation potentielle des ménages qui serait inférieur à 5% des dépenses totales des ménages pour une garantie complète.

Tableau 5- Les dépenses de santé

	Dépenses moyennes par ménage		Part (%) dans total santé		% dans dépenses
	1998	2003	1998	2003	
Frais de consultations	1 752	2 126	5,32	6,60	0,23
Frais d'analyses médicales	1 788	3 890	5,43	10,20	0,24
Médicaments	27 420	28 809	83,21	75,60	3,65
Frais d'hospitalisation	780	1 773	2,37	4,70	0,10
Autres services médicaux	1 224	1 516	3,71	4,00	0,16
Total	32 952	38 112	100,00	100,00	4

Sources: Banque mondiale 2003, INSD

La structure des dépenses de santé révèle que les médicaments constituent le poste le plus important du budget santé des ménages avec une part de plus 75%.

1.2.6.2. La volonté de payer ou les niveaux vraisemblables de cotisations

Les intentions de cotisations représentent un montant que l'enquêté déclare être prêt à payer sachant qu'il ne connaît pas encore le service apporté. Très peu de travaux ont été réalisés sur les intentions de payer des populations à l'assurance maladie au Burkina.

DONG et al (2002), cité par NøGuessan (2006) ont étudié la disposition à payer pour une assurance santé communautaire au Burkina Faso, ainsi que les facteurs influençant cette disposition à payer. Les résultats de leurs travaux indiquent que la disposition moyenne à payer des chefs de ménages est de 2 384 FCFA par an pour eux-mêmes et de 6 448 FCFA pour le ménage. La disposition à payer croît avec le niveau d'éducation, le revenu et les dépenses de santé. Les autres facteurs qui influencent les dispositions à payer sont l'âge et le sexe. Ainsi les individus de sexe masculin et les jeunes chefs de ménages ont des dispositions à payer plus élevées.

Le CIDR (2011) dans l'objectif de caractériser la demande de couverture maladie des populations des secteurs informels et agricoles a aussi récemment étudié dans les régions du centre et du centre-nord les intentions annuelles de cotisations selon le nombre de personnes déclarées à inscrire. Ce travail a été réalisé sur un échantillon total de 1214 individus constitué d'hommes à 52,5 % contre 47,5 % de femmes.

Les résultats montrent que les intentions de cotisation par personne et par an selon le nombre de personnes déclarées à s'inscrire pour l'ensemble de l'échantillon se situent à 1 710 F.CFA par personne et par an en moyenne. La médiane des intentions de cotisation par famille et par an quant à elle, est de 8 500 F.CFA avec cependant la présence de deux paliers, l'un à 5 000 F.CFA et l'autre 10 000 FCFA, celui à 5 000 FCFA étant le plus important. Ce qui signifie que ces deux paliers sont des seuils de cotisation au-delà desquels les comportements des ménages se modifient soit dans le sens de la réduction du nombre d'inscrits soit alors par un moindre intérêt. On a là aussi un second repère pour la fixation des niveaux de cotisation. En tenant compte des résultats de Dong et al (2002) la cotisation par famille et par an devrait varier dans un intervalle compris entre 5 000 et 10 000FCFA.

1.2.6.3. La nature et le contenu du paquet de soins : les prestations désirées

Le panier de soins minimal peut être défini comme la liste des services de santé et biens médicaux qui vont faire l'objet de la prise en charge par l'AMU. Sa définition a certes une dimension technique (allier le choix aux exigences de viabilité et d'efficacité) mais elle repose aussi sur des choix politiques. Dans tous les cas, elle doit correspondre aux attentes et/ou préférences des populations. La difficulté dans la définition de ce panier proviendra sans doute de l'hétérogénéité des catégories sociales parties prenantes à l'AMU : travailleurs du secteur formel, travailleurs du secteur informel, agriculteurs. Il n'est pas évident que les attentes/besoins de ces différentes catégories coïncident : quel est le contenu du panier de soins minimal qui sera retenu? Qui va définir les modalités inclusion/exclusion des services et biens médicaux dans ce panier ? Quelles sont les préférences des potentiels assurés ?

Pour avoir une idée des préférences des acteurs des secteurs informels et agricoles, l'étude du CDRI a construit trois catégories de paniers possibles de soins et demandé aux enquêtés une classification de ces paniers selon leur degré de préférence. Les résultats indiquent (cf. tableau

ci-après) une préférence pour un panier comportant l'accès aux médicaments génériques l'évacuation et la prise en charge globale dans une structure de soins disposant d'un plateau chirurgical. Ce panier implique l'accès aux premier et deuxième niveaux du système de santé.

Tableau 6- Estimations des préférences de paniers de soins des populations

Prestations prises en charge à 100 %	Soins de santé primaires	Transfert au CMA Prise en charge: - Hospitalisation - Chirurgie - Médicaments génériques au CMA	Transfert de cas référés au CHU de Ouagadougou ou au CHR Prise en charge au CHU : - Hospitalisation - Chirurgie - Médicaments génériques à l'hôpital
Offre de soins contractuelle	CSPS/CM	CMA	CHR/CHU
Montant de la cotisation par personne et par an	2 000 F.CFA	2 000 F.CFA	3 000 F.CFA

Source: CIRD 2011

1.2.6.4. L'adhésion aux principes de tarification et de paiement des services

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako aura permis de diffuser l'idée que la santé a un coût et partant d'introduire la participation des usagers à la prise en charge partielle ou totale de leurs dépenses de santé. Aujourd'hui les futurs assurés sont familiarisés avec l'acte de paiement même si cela ne se fait pas au coût réel des soins.

1.2.6.5. La dynamique en matière de mutualisation et d'assurance

La mutualité dans le domaine de la santé est un phénomène nouveau au Burkina ; il s'est surtout développé dans les années 1990 à la faveur de la mise en œuvre, d'une part, du programme d'ajustement structurel qui a marqué un désengagement de l'État dans le secteur de la santé et, d'autre part, du principe de recouvrement des coûts et du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, avec l'appui de certaines institutions nationales et internationales.

2. - LES MUTUELLES SOCIALES, EVOLUTION ET ETAT DES LIEUX

La mutuelle sociale est définie par l'article 1^{er} du règlement n° 07/2009 de l'UEMOA portant réglementation de la mutuelle sociale comme suit : il s'agit d'un « *groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant à la prévention des risques sociaux liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences.* » Une « *forme originale de solidarité, de redistribution et de mutualisation visant à étendre la protection sociale aux populations qui en sont traditionnellement exclues* »³,

Le but de la mutuelle sociale est de permettre à chacun de ses adhérents et aux personnes à leur charge (bénéficiaires) d'avoir accès aux soins de santé de qualité au moyen d'une cotisation. La mutuelle sociale est alors avant tout:

- un ensemble d'individus identifiables par leurs besoins d'accès aux soins de santé et des biens médicaux à moindre coût ;
- c'est aussi une entreprise qui rend accessibles les prestations de services de santé à ses membres sur la base uniquement des cotisations que ceux-ci payent de façon périodique et qui ne leur est pas retournée lorsqu'ils quittent l'unité ou lorsqu'ils ne tombent pas malades;
- c'est aussi un groupe ou une association de solidarité, car ce qui caractérise les individus qui se regroupent, c'est leur incapacité à mobiliser individuellement les ressources nécessaires pour faire face aux soins de santé et la mutualisation du risque maladie par la formation du groupe leur offre cette capacité ;
- c'est aussi une entreprise ou une organisation qui s'inscrit dans un environnement socio-économique et qui entretient avec celui-ci des relations plus ou moins favorables à son développement.

Les mutuelles sociales relèvent du secteur des organisations sans but lucratif ou de l'économie sociale et fonctionnent de ce fait sur la base de principes propres à ce secteur notamment ceux de la finalité de services ou de la non lucrativité, de la gestion démocratique, d'autonomie et de liberté, de l'épanouissement de la personne, de solidarité et de responsabilité. Elles ont révélé une capacité à faciliter l'accès des soins des populations à faibles revenus au

³ Voir les considérants du règlement n° 07/2009 adopté en Conseil des Ministres de l'UEMOA le 26 juin 2009.

point que dans la perspective de l'implantation de l'AMU, elles sont perçues comme des outils de promotion et d'extension de l'assurance maladie.

Seulement on dispose d'une connaissance insuffisante de leur importance numérique, de leur cartographie, de leurs capacités d'administration et de gestion, et de leur volonté à collaborer avec les autres acteurs de l'environnement social et économique. Si les mutuelles sociales sont appelées à jouer un rôle important à court et moyen terme, quelles sont leurs principales caractéristiques ? Quels sont leurs publics cibles ? Quelles sont leurs prestations ? Quelles sont leurs capacités institutionnelles et organisationnelles ?

2.1. Caractérisation des mutuelles sociales

2.1.1. Typologie multicritères des mutuelles sociales

2.1.1.1. La typologie usuelle des mutuelles sociales

Si on se réfère à la typologie fréquemment utilisée pour distinguer les organisations qui composent le secteur des mutuelles sociales dans le domaine de la santé, elle comporte 6 catégories que sont : les mutuelles de santé (classiques), les mutuelles de santé couplant crédit-santé, les mutuelles professionnelles, les caisses de solidarité, les systèmes de prépaiement et les systèmes de partage des coûts. Les critères utilisés pour les distinguer combinent aussi bien la logique avec laquelle elles mutualisent les risques maladies que la nature de ces organisations. Le tableau ci-dessous présente la répartition des mutuelles sociales recensées suivant cette typologie usuelle.

Tableau 7 - Typologie usuelle des mutuelles sociales

	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Système de prépaiement	9	4,4	4,4
Système de partage de coûts	22	10,7	15,1
Mutuelle professionnelle	38	18,5	33,7
Caisse de solidarité	5	2,4	36,1
Mutuelle de santé	131	63,9	100,0
Total	205	100,0	

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

On note que 205 mutuelles ont été recensées par la présente étude. La composante mutuelle de santé classique est la plus importante avec 131 unités et une part de 63,9%, suivie des mutuelles professionnelles au nombre 38 avec 18,5%, puis des systèmes de partage de coût au nombre de 22 soit 10,7%, puis des systèmes de prépaiement qui totalisent 9 unités avec 4,4% et enfin, 5 caisses de solidarité représentant 2,4%

Les mutuelles de santé dites classiques sont les structures qui s'en réclament. Ce sont des associations de personnes à but non lucratif qui se sont volontairement regroupées pour mener en leur faveur et en faveur de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans les domaines des risques sociaux. Pour ce faire, elles mettent en œuvre une entreprise au moyen des droits d'adhésion et cotisent pour offrir des prestations qui répondent à leurs besoins. Cette association fonctionne sur la base de la solidarité, de la démocratie et de l'autonomie. On peut distinguer 3 types de mutuelles de santé classiques :

1. *Les mutuelles urbaines* qui sont des unités complexes parce qu'elles prennent en charge de gros risques et recherchent une taille importante. Elles exigent de bonnes compétences en termes d'administration et de gestion. Des exemples de cette catégorie sont : la mutuelle de santé Laafi Baoré, de la Mutuelle Sainte Famille de Tounouma, La Mutuelle Nationale de Santé des Etudiants du Burkina Faso (MUNASEB), la Mutuelle des Forces Armées Nationales (MUFAN) ;
2. *Les mutuelles rurales* s'adressent à un public cible moins nanti que ceux couverts par les mutuelles urbaines donc plus vulnérables et de faible taille. Elles se limitent généralement à la couverture de petits risques compte tenu du pouvoir d'achat limité de leur groupe cible ;
3. *Les mutuelles type crédit-santé* sont des formes d'initiatives qui combinent dans le cadre d'un dispositif, la microfinance à la mutualité. La MUFEDÉB expérimente ce modèle de couplage. La différence avec la mutuelle de santé en tant que telle, réside dans la logique de mise en œuvre et dans la relation fonctionnelle qu'elle établit entre les activités de crédit-épargne et celles liées à la santé. Ainsi dans le modèle mis en œuvre par la MUFEDÉB, l'obtention du crédit est subordonnée au paiement régulier des cotisations à la mutuelle de santé qui coexiste avec un système d'épargne santé.

Les caisses de solidarité avec volet santé sont des initiatives qui se forment suivant une logique basée sur la formalisation d'une pratique d'entraide informel qui existait au préalable entre les individus dans une localité donnée ou une structure donnée pour faire face à un événement social heureux ou malheureux survenant à l'un d'eux et qui nécessite des ressources pour lesquelles chacun dans l'entreprise, est sollicité. On comprend aisément pourquoi ces caisses vont se particulariser par leur caractère multifonctionnel. Les caisses sont alors mises en place pour collecter de façon régulière des cotisations auprès des individus concernés afin de faire collectivement face aux événements sociaux (baptêmes, décès, maladies, funérailles, etc.) ;. Les niveaux de cotisations et les risques à couvrir ne sont généralement pas l'objet d'études de faisabilité mais décidés en Assemblée générale. La première expérience identifiée est celle de la mutuelle douanière de Haute-volta

Les mutuelles professionnelles sont dans les faits des caisses de solidarité dont la particularité est de regrouper les travailleurs d'une entreprise donnée. On les rencontre donc dans les services publics et parapublics et dans certaines entreprises privées.

Les systèmes de prépaiement, qualifiés parfois de « système de prépaiement mutualisé volontaire » ou encore de « mutuelle sanitaire » sont initiés et proposés par les formations sanitaires en particuliers celles situées au premier échelon (CSPS) du premier niveau de soin (District sanitaire) de la pyramide sanitaire. Ils ont pour double but d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations à fort potentiel de risque d'indigence saisonnière et d'accroître leur base financière dans l'optique de l'autonomie financière de structures de santé. Le prépaiement consiste pour l'usager membre du système à payer une somme fixe une fois par an afin de bénéficier des soins tout au long de l'année. C'est un système qui vient en complément des mécanismes traditionnels d'entraides (Dr R. Casal-Gamelsy et al, 2000]. Il faut replacer ce mécanisme dans les réformes du système sanitaires en relation avec l'initiative de Bamako qui visent la décentralisation, la participation communautaire aux soins de santé c'est-à-dire à leur gestion et leur financement. Ce sont les représentants de la communauté, à travers les comités de gestion des formations sanitaires mis en place par les populations locales qui gèrent le système en collaboration avec les agents de santé. C'est donc un dispositif basé sur la cogestion (prestataires de soins + représentants de la communauté). Or théoriquement la structure devrait être gérée par les membres. Cependant la finalité de ces structures est d'amener les membres à s'approprier leurs mutuelles et à les gérer de façon autonome. Le qualificatif de mutuelle que se donne cette structure tient au fait que l'adhésion est libre, que la structure organise le partage des risques, et la prévoyance.

Le système de partage des coût est un dispositif initié aussi par l'offre de soin et qui met à contribution une multiplicité d'acteurs de l'aire d'intervention d'un district sanitaire notamment, les prestataires de soins publics, les comités de gestion des centres de santé, les bénéficiaires et éventuellement les communes et/ou les Hauts commissariats pour la prise en charge des soins chirurgicaux d'urgence y compris les soins obstétricaux d'urgence, Les catégories sociales visées par ces dispositifs sont prioritairement les femmes enceintes et les enfants de bas âge, Le COGES financent leur participation sur la base des recettes issues de la vente des MEG. L'Etat subventionne une partie de ces soins

2.1.1.2. La typologie suivant l'origine de l'initiative de création de la mutuelle sociale

2.1.1.2.1. Des mutuelles majoritairement créées par les usagers.

On pourrait imaginer une seconde typologie suivant que l'origine de l'initiative à la création provient de la demande ou de l'offre de soins de santé. Rappelons-le, dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako, nombre de services de santé dans le double objectif d'atteindre l'autonomie financière et faciliter simultanément l'accès des populations aux soins ont été amenés à initier des expériences de mutualisation des risques, notamment les systèmes de prépaiement et les systèmes de partage de coût. Dans ce cas au vu du tableau 6, les mutuelles initiées par l'offre de soins seraient au nombre de 31 unités soit 17,2% de

l'ensemble. Ce qui signifie que c'est surtout les populations demandeuses qui sont à l'origine de la création des mutuelles sociales.

2.1.1.2.2. L'existence d'acteurs clés pouvant servir de creuset pour l'extension des mutuelles sociales

Enfin une typologie plus précise sur les acteurs ou structures qui ont été à l'origine des mutuelles pourrait être d'une utilité dans le domaine de l'extension des mutuelles dans le cadre l'AMU. Elle fournit les leviers sur lesquels on peut se baser pour promouvoir la formule mutuelle sociale. Le tableau ci-après décrit les sources de création des mutuelles.

Tableau 8- Origine de l'initiative à la création des mutuelles sociales

	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Acteurs eux-mêmes	95	50,5	50,5
Structure faitière	6	3,2	53,7
une institution de microfinance	5	2,7	56,4
Prestataires de soins	22	11,7	68,1
Projet	2	1,1	69,1
ONG	24	12,8	81,9
Structure d'appui	23	12,2	94,1
Personnalités religieuses et coutumières	3	1,6	95,7
Autres	8	4,3	100,0
Total	188	100,0	

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

Il apparaît que l'initiative à la création est endogène dans le sens où 50,5% des mutuelles recensées auraient été initiées directement par les membres mêmes. Ensuite viennent quasiment en seconde position les ONG et les structures d'appui pour respectivement 12,8% et 12,2%, puis les prestataires de soins pour 11,7%, les structures faitières (3,7%), les institutions de microfinance (3%), les projets et les personnalités religieuses. Il apparaît ainsi que les structures d'appui, les ONG, les structures faitières, les personnalités religieuses et les IMF constituent des moyens appropriés pour l'AMU dans le domaine de la promotion et/ou de l'extension des mutuelles sociales. Ces acteurs disposent d'une proximité avec les populations qui facilitent ce travail. Ils ont pu développer pour certains d'entre eux, une expertise et une méthodologie d'approche de la demande d'assurance maladie issue des populations à faible revenus qui devrait être capitalisée dans le cadre de l'implantation de l'AMU.

2.1.1.3. La typologie suivant le degré de fonctionnalité des mutuelles sociales

Sur les 205 mutuelles sociales recensées, 188 sont fonctionnelles actuellement soit 91,7 et les 8,3% restant sont non fonctionnelles. Notons que parmi les mutuelles fonctionnelles 115 d'entre elles (63,5%) éprouvent quelques difficultés dans leur fonctionnement. Ces difficultés sont pour l'essentiel liées aux cotisations ou à la faible adhésion ou aux relations avec les prestataires de soins. Elles sont aussi liées au déficit d'appui dont elles bénéficiaient de la part des structures d'appui qui ont opéré chacune des réorientations vers des échantillons de mutuelles plus réduits en nombre. Ce constat tout en révélant l'importance des structures d'appui dans l'accompagnement des mutuelles, interroge sur les facteurs de viabilité des mutuelles, notamment leur autonomie. Il dénote aussi de l'importance de la relation entre le système et l'offre de soins : l'implication des prestataires de soins dans le dispositif semble être un facteur stabilité.

Tableau 9- la fonctionnalité des mutuelles sociales

	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Fonctionnelle	188	91,7	91,7
Non fonctionnelle	17	8,3	100,0
Total	205	100,0	

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

L'analyse de la fonctionnalité suivant les types de mutuelles indique, que celles qui sont fonctionnelles se composent à 56,6% de mutuelles classiques, suivies des mutuelles professionnelles (18%), des systèmes de partage des coûts (10,7%), puis des systèmes des prépaiements (8%) et enfin des caisses de solidarité (2%).

Tableau 10- La fonctionnalité suivant les types de mutuelles sociales

		Type de mutuelle sociale					Total
		Système de prépaiement	Système de partage de coûts	Mutuelle professionnelle	Caisse de solidarité	Mutuelle de santé	
Fonctionnelle	Effectif	8	22	37	5	116	188
	% Total	3,9%	10,7%	18,0%	2,4%	56,6%	91,7%
Non fonctionnelle	Effectif	1	0	1	0	15	17
	% Total	,5%	,0%	,5%	,0%	7,3%	8,3%
Total	Effectif	9	22	38	5	131	205
	% Total	4,4%	10,7%	18,5%	2,4%	63,9%	100,0%

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

En revanche si on inverse l'analyse en examinant le type de mutuelle selon la fonctionnalité, on note que près de 89% des systèmes de prépaiement sont fonctionnels, contre près de 32% de système de partage des coûts, 26,9% de mutuelles de santé classiques, 25% de caisses de solidarité et enfin, 13,2% de mutuelles professionnelles.

2.1.2. Les catégories sociales visées

Les mutuelles sociales s'adressent à priori à toutes les catégories sociales dont la spécificité est l'impossibilité ou la difficulté d'accès à des soins de santé de qualité. Cela a pour conséquence une hétérogénéité de son membership. Si l'on se réfère au critère socioprofessionnel, on distingue des agriculteurs, des éleveurs, des artisans, des commerçants, des fonctionnaires, des groupements professionnels d'agriculteurs ou d'artisans etc. Ces différentes catégories sociales ne partagent pas forcément les mêmes intérêts et les mêmes besoins de santé, mais elles éprouvent toutes, des difficultés à faire face individuellement au financement de leurs besoins en soins. Habituellement les mutuelles sociales dans les zones rurales connaissent une prédominance des 4 premières catégories socioprofessionnelles. Dans les zones urbaines ce sont plutôt les commerçants, les fonctionnaires et les artisans qui représentent la majorité des membres. Une autre spécificité des mutuelles sociales rurales est celle de grouper des membres dont la caractéristique principale est d'appartenir à une zone géographique ou une communauté précise avec des intérêts, des histoires lignagères et des logiques de solidarité différentes (village, quartier, etc.) ou alors à une organisation préexistante. Ce sont parfois aussi des catégories sociales spécifiques telles que les femmes.

2.1.3. Les modalités d'adhésion à la mutuelle sociale en tant que structure

L'adhésion à une mutuelle sociale se fait normalement sans distinction de sexe, d'ethnie, de religion ou de race. Toute personne physique ou morale de l'aire d'influence d'une mutuelle sociale peut devenir membre après avoir rempli les conditions financières suivantes : le droit d'entrée ou droits d'adhésion et la cotisation.

2.1.3.1. Les modes d'adhésion

On note une diversité des modes d'adhésion, parmi lesquels le mode familial occupe une part importante soit près de 53% suivi du mode individuel pour 30,8%.

Tableau 11 - les différents modes d'adhésion des mutuelles sociales

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Familial	91	52,9	52,9
Individuel	53	30,8	83,7
Groupe	8	4,7	88,4
Familial et individuel	7	4,1	92,4
Familial et groupe	1	,6	93,0
Familial, individuel et de groupe	12	7,0	100,0
Total	172	100,0	
Données manquantes	33		
Total	205		

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

2.1.3.2. Les droits d'adhésion

Les droits d'adhésion tels qu'ils apparaissent dans le tableau ci-après montrent que la majorité des mutuelles sociales (86,6%) exige des droits inférieurs à 2000FCFA. La moyenne des droits d'adhésion est de 1812 FCFA avec un maximum de 25 000 FCFA. Les structures qui exigent plus de 5000 FCFA comme droits d'adhésion représentent 6,4% de l'ensemble.

Tableau 12- les montants des droits d'adhésion

Montant (FCFA)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
<500	69	38,5	38,5
500-1000	64	35,8	74,3
1000-2000	22	12,3	86,6
2000-5000	14	7,8	94,4
5000-10000	6	3,4	97,8
>10000	4	2,2	100,0
Total	179	100,0	
System	26		
Total	205		

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

2.1.3.3. Les cotisations

Quant aux cotisations, elles ont la même allure que celle des droits d'adhésion. Les cotisations d'un niveau inférieur à 500 FCFA par mois dominant. Mais on observe que l'intervalle de 2000 à 5000 FCFA constitue une mode. Autrement dit on note qu'une part importante de l'échantillon (près de 18%) situe leurs cotisations dans cet intervalle.

Tableau 13- les montants des cotisations

Montant (FCFA)	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
>500	62	39,7	39,7
500 à 1 000	10	6,4	46,2
1000 à 2000	24	15,4	61,5
2000 à 5000	28	17,9	79,5
5000 à 10000	8	5,1	84,6
10 000 et +	24	15,4	100,0
Total	156	100,0	
System	49		
	205		

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

Toutefois, on note aussi que les cotisations supérieures à 10000 CFA concernent une part importante de l'échantillon (15,4%). Or il a été vu dans la contribution des ménages à l'AMU que le montant de 10 000 FCFA constituait un seuil au-delà duquel les ménages modifiaient leurs comportements d'adhésion. L'explication plausible de ce paradoxe provient sans doute du fait que les mutuelles concernées par cet intervalle de cotisations sont majoritairement situées en zone urbaine en l'occurrence les mutuelles professionnelles.

2.1.3.4. La périodicité de paiement des cotisations

Le paiement annuel est la pratique la plus courante avec près de 60,2%, suivi du paiement mensuel pour près de 30,1%.

Tableau 14- La périodicité de paiements des cotisations

Périodicité	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Mensuelle	53	30,1	30,1
Trimestrielle	6	3,4	33,5
Semestrielle	2	1,1	34,7
Annuelle	106	60,2	94,9
Au moment des récoltes	5	2,8	97,7
Autres	3	1,7	99,4
Mensuelle et annuelle	1	,6	100,0
Total	176	100,0	

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011, Asmade

Les autres modes de collecte des cotisations sont peu pratiqués. On observe aussi que certaines mutuelles sociales cherchent à faire correspondre la collecte des cotisations avec des périodes de bonne trésorerie du public-cible, notamment au moment des récoltes. Dans la perspective de l'AMU, cela signifie que le mode de collecte des cotisations doit être diversifié et souple afin de s'adapter aux différentes catégories sociales. Il devrait ainsi reposer sur la saisonnalité des activités économiques des futurs assurés.

Le recouvrement des cotisations se fait pour l'essentiel par paiement direct des membres. Les mutuelles sociales, hormis les mutuelles professionnelles pratiquent peu le prélèvement à la source.

2.1.4. Les autres conditions d'accès aux prestations

On le verra la majorité des mutuelles sociales offre la prise en charge des soins primaires incluant les MEG et les accouchements. Elles courent de ce fait le risque d'une forte sinistralité. Pour réduire ce risque, nombre d'entre elles limitent leur engagement financier en fixant des plafonds pour certains actes et la majorité introduit le principe du ticket modérateur. Il faut ajouter à ces conditions l'existence de stage d'attente ou période d'observation.

2.1.5. Les prestations de santé

Les prestations couvertes par les mutuelles sociales varient suivant la pyramide des soins du système de santé d'une part et suivant le type de mutuelle sociale. Le paquet des prestations

couvertes concerne surtout les soins primaires au niveau des CSPS/CMA et seules certaines mutuelles sociales au niveau urbain offre des soins couvrant tous les niveaux.

2.1.5.1. Les prestations couvertes au niveau primaire

2.1.5.1.1. La nature des prestations au niveau des CSPS

Comme l'indique le tableau suivant,(14) toutes les catégories de mutuelles sociales couvrent des prestations au niveau des structures de santé que sont les CSPS et les CMA. Ces prestations comportent de façon générale, la prise en charge des soins ambulatoires, des actes médicaux, des MEG et des évacuations.

Tableau 15-Le contenu des prestations couvertes par les mutuelles sociales au niveau des CSPS

Prestations santé	Système de prépaiement		Système de partage des coûts		Mutuelle professionnelle		Caisses de solidarité		Mutuelle classique	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)		
Consultation infirmière	8	7,5	13	12,3	2	1,9	3	2,8	80	75,5
Consultation médicale					2	4,7	1	2,8	40	93,0
Mise en observation	8	10,7	9	12	1	1,3	2	2,7	55	73,3
Pansement, injection	3	3,3	12	13,3	1	1,1	2	2,2	72	80,0
Transfusion /perfusion	1	1,3	8	10,4	0		1	1,3	67	87,0
Petite chirurgie ambulatoire	3	4,3	9	13,0	1	1,4			56	81,2
MEG	9	9,4	13	13,5	0	0	2	2,1	72	75,0
Consommables médicaux	1	4,2	1	4,2	1	4,2	1	4,2	20	83,3
Goutte épaisse/KOP					1	7,7	1	2,4	41	97,6
Vaccinations	1	4,2					0		13	92,3
Soins nourrissons	1	2,4	2	4,9	1	2,4	0		37	90,2
Ambulance	6	8,8	8	11,8	1		0		54	79,4

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

L'analyse selon la nature des prestations, révèle que les soins ambulatoires et les actes médicaux sont surtout pris en charge par les systèmes de prépaiement, les systèmes de partage des coûts et les mutuelles de santé classiques. Les caisses de solidarité et les mutuelles professionnelles interviennent très peu dans ce domaine. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles prennent en charge plusieurs catégories de risques sociaux (naissance, baptême, mariage, prêts, maladie, décès, funérailles, etc.) parmi lesquels le risque maladie n'est pas prioritaire

On note que parmi les actes médicaux, les examens de laboratoire, en particulier la goutte épaisse et le KOP, sont peu pris en charge par les systèmes de prépaiements et les systèmes de partage de coûts comparativement aux mutuelles de santé classiques.

Des prestations sont offertes au niveau de la santé maternelle par tous les types de mutuelles sociales hormis les mutuelles professionnelles. Elles portent sur les consultations pré et post-natales, le planning familial, l'accouchement simple et/ou compliqué.

Tableau 16 - Les prestations concernant la maternité couvertes par les mutuelles sociales

Tableau 17- les prestations concernant la maternité couvertes par les mutuelles sociales

	Système de prépaiement		Système de partage des coûts		Mutuelle professionnelle		Caisses de solidarité		Mutuelle classique	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)		
Consultation prénatale	6	9	8	11,9			1	1,5	52	77,6
Consultation post-natale	5	7,7	8	12,3			1	1,5	51	78,5
Planning familial	6	35,3							11	64,7
Accouchement simple	8	8,3	13	13,5			2	2,1	73	76
Accouchement avec complications	8	11,4	9	12,9					53	75,7

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

Le planning familial est surtout offert par les mutuelles de santé classiques et les systèmes de prépaiement.

2.1.5.1.2. L'importance de la prise en charge par les mutuelles sociales

Les mutuelles sociales prennent en charge au niveau des CSPS 15 à 100% des dépenses des membres. Tel que l'indique le tableau ci-après. Les taux les plus pratiqués sont : 80% par près de 40% des mutuelles sociales, suivi de 70% par près de 28% et 100% par 23%. On en déduit que la tendance pour le taux de prise en charge est compris entre 70 et 100%.

Tableau 18 - Les niveaux de prise en charge

Niveaux (%)	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
15	2	2,7	2,7
50	3	4,1	6,8
65	1	1,4	8,1
70	19	25,7	33,8
75	2	2,7	36,5
80	29	39,2	75,7
90	1	1,4	77,0
100	17	23,0	100,0
Total	74	100,0	

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

La prise en charge examinée suivant les types de mutuelles confirme que très peu de mutuelles sociales ont des taux de prise en charge inférieurs à 50%. Seules quelques Caisses de solidarité et une minorité de mutuelles de santé classiques relèvent de ce cas de figure.

Tableau 19 - Niveaux de prise en charge selon le type de mutuelles

		Système de prépaiement	Système de partage de coûts	Caisse de solidarité	Mutuelle de santé	
> à 25%	Effectif				2	2
	% dans Prise en charge				100,0%	100,0%
	% dans Type de mutuelle				3,7%	2,7%
	% du total				2,7%	2,7%
25 à 50%	Effectif			1	2	3
	% dans Prise en charge			33,3%	66,7%	100,0%
	% dans Type de mutuelle			50,0%	3,7%	4,1%
	% du total			1,4%	2,7%	4,1%
50 à 75%	Effectif		8	1	13	22
	% dans Prise en charge		36,4%	4,5%	59,1%	100,0%
	% dans Type de mutuelle		80,0%	50,0%	24,1%	29,7%
	% du total		10,8%	1,4%	17,6%	29,7%
Plus de 75%	Effectif	8	2		37	47
	% dans Prise en charge	17,0%	4,3%		78,7%	100,0%
	% dans Type de mutuelle	100,0%	20,0%		68,5%	63,5%
	% du total	10,8%	2,7%		50,0%	63,5%

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

Près du tiers des mutuelles sociales ont des taux de prise en charge compris entre 50 et 75% avec une domination des systèmes de partage des coûts et des caisses de solidarité. Les mutuelles de santé classiques et les systèmes de prépaiement se concentrent surtout dans les taux de prise en charge compris entre 75 et 100%.

2.1.5.1.3. Les prestations au niveau des CMA

Les prestations au niveau des CMA proviennent uniquement des mutuelles de santé classiques. Seules 26 mutuelles offrent la prise en charge des soins au niveau des CMA. Parmi les prestations couvertes, figurent les consultations spécialisées (dentaire, ophtalmologique, gastro-entérologique).

2.1.5.2. Les prestations aux niveaux secondaire et tertiaire

Seules trois mutuelles sociales interviennent aux niveaux secondaire et tertiaire. Ces sont : la mutuelle de santé urbaine Laafi-Baoré de Ouagadougou, la Mutuelle de santé de Boré dans le Passoré, la mutuelle des forces armées nationales.

2.2. Organisation et fonctionnement des mutuelles sociales

Le degré de structuration et de formalisation, analyse les organes des mutuelles c'est-à-dire le mode désignation des responsables, leur mandat, la périodicité des réunions de l'exécutif et de l'AG et enfin le système interne d'incitation, de décision et de sanction pour les absences non justifiées aux réunions. Cela suppose l'existence de textes qui régissent le fonctionnement des mutuelles sociales. Au niveau de l'échantillon de l'étude toutes les mutuelles sont reconnues par les autorités et disposent de ce fait d'un agrément. Ce qui suppose l'existence d'un statut et d'un Règlement Intérieur.

2.2.1. La structuration interne et l'organisation des mutuelles sociales

On retrouve globalement les organes classiques d'administration et de gestion d'une mutuelle sociale que sont : une Assemblée Générale, un Conseil d'Administration. On distingue aussi les organes spécialisés dans l'organisation, le contrôle et le suivi des activités de prise en charge. Ils prennent la forme de Commissions de surveillance ou de comités de gestion ou encore de Commissions de contrôle.

2.2.1.1. La durée des mandats

La durée des mandats varie entre 2 et 5 ans de façon générale avec une fréquence plus élevée pour 3 ans pour le Conseil d'Administration et le Bureau Exécutif et 2 ans pour le comité de surveillance.

Tableau 20- La durée des mandats des membres des différents organes

Durée mandat	CA	BE	CS
2 ans	38,2	52,7	56
3 ans	55,9	41,9	40
4 ans	2,9	1,6	2
5 ans	2,9	3,9	2
Total	100	100	100

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

2.2.1.2. Le mode de désignation des membres des organes

Les modes de désignation des membres des différents organes sont variés. La voie des élections semble être la pratique la plus fréquente pour désigner les membres des bureaux exécutifs et de commissions de surveillance.

Tableau 21- les modes de désignation des membres des organes

	CA	BE	CS
Election	29,4	67,9	86
Collège électoral	58,8	22,9	6
Cooptation	2,9	0,7	
Nomination	2,9	7,1	4
Autres	5,9	1,4	4
Total	100	100	100

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

Par contre le collège électoral serait la méthode la plus utilisée pour désigner les membres des CA comparativement à l'élection. Ce résultat est à confirmer car cela signifierait que dans de nombreuses mutuelles sociales, les membres du Conseil d'administration sont choisis par un comité mis en place à cet effet.

2.2.1.3. La taille des organes et la place des femmes

Les conseils d'administration sont composés en moyenne de 16 personnes comportant 25% de femmes soit 4 femmes. Les Bureaux Exécutifs de 8 personnes avec une part de 41% de femmes soit 3 femmes. Les comités de surveillance comptent en moyenne 3 personnes dont une femme. Au regard de la place importante des femmes dans la gestion de la santé, cette représentation peut être jugée relativement insuffisante.

Tableau 20 - La taille moyenne des organes et présence des femmes

Rubriques		CA	BE	CS	Autres	Moy.
Partage Coûts	Effectif	8,5	9,16	2,64	7	
	% femmes	47%	50%	21%	0%	30%
Mutuelle professionnelle	Effectif	13,68	8,72	2		
	% femmes	35%	40%	0%		25%
Caisse de solidarité	Effectif		9	2		
	% femmes		81%	50%		65%
Mutuelle classique	Effectif	19,55	7,34	2,7	13,7	
	% femmes	11%	35%	34%	50%	33%
Total	Effectif	15,23	7,94	2,66	12,23	
	% femmes	25%	41%	31%	50%	37%

L'analyse suivant les types de mutuelles sociales, indique que c'est dans les mutuelles de santé classiques que la taille des CA est très importante avec près de 20 membres dont 11% seulement sont des femmes. Par contre les systèmes de partage des coûts disposent en moyenne de 8 membres par CA avec près de 47% représentant les femmes.

De façon générale, les Bureaux exécutifs connaissent une meilleure représentation des femmes avec un minimum de 35% dans les mutuelles de santé classiques et un maximum de 50% dans les systèmes de partage des coûts. Ces derniers disposent aussi des Bureaux exécutifs les plus importants en nombre de membres avec 10 personnes en moyenne.

Les comités de surveillance semblent être l'organe dont le nombre de membres varie peu suivant les types de mutuelles.

2.2.1.4. La fonctionnalité des organes

La fonctionnalité des organes s'intéresse au respect des règles qui régissent les Assemblées Générales (AG), les Conseils d'Administration (CA), les Bureaux et les comités de façon globale.

Au niveau des AG, il ressort un fonctionnement régulier pour 91,5% des mutuelles sociales qui est dû à l'obtention facile du quorum pour la tenue de ces AG pour 86,4% des mutuelles.

Les CA ne se tiendraient régulièrement que pour 45,6% des mutuelles. Près de 50% des mutuelles sociales éprouvent des difficultés pour obtenir le quorum nécessaire à la tenue des réunions des CA. A cela s'ajoute le fait que 60% n'ont pas renouvelé régulièrement leurs membres.

Le fonctionnement des Bureaux exécutifs est satisfaisant puisque près de 96,4% des mutuelles sociales tiennent toutes les réunions statutaires avec les quorums nécessaires. Seulement là aussi la procédure de renouvellement des membres du Bureau n'est appliquée que par 49% des mutuelles sociales.

Enfin, les comités de surveillance fonctionnent régulièrement à 80,6% avec toutefois un faible renouvellement de leurs membres.

2.2.1.5. La capacité de gestion et d'administration

L'analyse du tableau ci-dessous montre que les mutuelles sociales sont relativement bien dotées en outils de gestion et d'administration. En effet hormis les outils de gestion des risques de fraude et d'abus et ceux de gestion des risques de sur-prescription, plus des 2/3 des mutuelles disposent d'un manuel de procédures, d'un organigramme, de procédures de suivi des adhésions, de recouvrement des cotisations et de traitement des retards de cotisations. Elles disposent aussi de registres des adhérents et des prestations.

Tableau 22- Les outils de gestion et d'administration des mutuelles sociales

	Fréquence	Pourcentage	N
Existence d'un manuel de procédures	90	66,2	136
Existence d'un organigramme	83	61	136
Définition et descriptif des tâches	117	85,4	137
Existence d'outils de suivi des adhésions	116	87,2	133
Existence de procédures pour recouvrement des cotisations	119	90,8	131
Existence d'une procédure de traitement des retards des cotisations	91	68,9	132
Existence d'un registre de prestations	103	80,5	128
Existence d'un registre des PV de réunion	116	85,3	136
Existence d'outils comptables	102	77,3	132
Existence d'outils de suivi du budget et de la trésorerie	93	70,5	132
Existence d'outils de gestion des risques de fraude et d'abus	54	41,5	130
Existence d'outils pour gérer les risques de sur-prescription	44	34,4	128
Utilisation d'un logiciel de gestion et/ou de suivi	35	24,8	141

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

Au plan de la gestion comptable, on note aussi l'existence d'outils comptables et certaines mutuelles disposent d'un budget qui fait l'objet d'un suivi. L'existence d'un manuel de procédures relève surtout des mutuelles professionnelles.

Par contre des procédures ou des outils liés à la gestion des risques de fraude et d'abus de la part des membres ou à la gestion des risques sur-prescription ne sont mis en œuvre respectivement que par 41,5% et 34,4% des mutuelles sociales. Ce défaut d'outils est une faiblesse qui pourrait expliquer en partie les difficultés qu'éprouvent les mutuelles sociales à fonctionner de façon autonomes.

On note que près du quart (24,8%) des mutuelles sociales utilisent des logiciels d'information et de gestion adaptés aux mutuelles de santé. Les logiciels concernés sont: SGM, CS100, SAGE, LAAFI.

2.2.2. La capacité à mobiliser les ressources humaines

Les mutuelles sociales dont le but est de faciliter l'accès des populations à faibles revenus aux soins de santé ont une fonction de groupes de pression et de négociation de meilleures conditions d'accès aux services de santé. Cela implique une capacité de mobilisation des ressources humaines pour construire une force institutionnelle. Cette capacité peut s'estimer par la taille démographique des mutuelles sociales et par les compétences disponibles.

2.2.2.1. La taille démographique des mutuelles sociales

Le nombre total d'adhérents tel qu'il ressort des données est de 100 479 avec un nombre moyen par unité de 767. Cette taille est sous-estimée au vu de la qualité des données et peut être corrigée en partant de la taille moyenne par unité par type de mutuelle. Ce faisant, on obtient un total des membres égal à 103 373 individus.

Tableau 23- La taille des mutuelles sociales

Rubriques	Total	SP	SPC	MP	CS	MDS
Total de membres	100 479	9 459	1 871	20 601	590	67 958
Adhérents à jour de cotisations	43 920	9 512	513	20 289	411	13 195
Taille moyenne	767	2 365	1 871	624	148	957
Taille théorique	190130	21283	41162	23722	590	103373
Part de ceux à jour	44%	100%	27%	98%	70%	19%

Source : Inventaire mutuelles sociales 2011; Asmade

Suivant le type de mutuelle sociale, ce sont les mutuelles initiées par les prestataires de soins qui ont les tailles démographiques les plus importantes. Puis viennent les mutuelles de santé classiques avec 957 membres en moyenne, suivies des mutuelles professionnelles qui ont une taille moyenne de 624 individus.

Cette capacité à mobiliser est remise en cause par la part des membres à jour de leurs cotisations qui n'est que de 44% au niveau de l'échantillon. Ce sont surtout les mutuelles de santé classiques et les systèmes partage des coûts qui connaissent les plus faibles part de membres à jour de leurs cotisations.

Le nombre de bénéficiaires à ce jour en partant des moyennes de bénéficiaires par types de mutuelles donne 256 015.

Tableau 24- Les bénéficiaires et l'importance de ceux qui son à jour des cotisations

Rubriques	Total	SP	SPC	MP	CS	MDS
Bénéficiaires (adhérents+personnes à charge)	256 015	17642	5855	136621	815	95082
Part de ceux à jour des cotisations		6,9%	2,3%	53,4%	0,3%	37,1%

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

2.2.3. La capacité à mobiliser les ressources financières

Dans l'état actuel de l'information, il ressort que les recettes globales des mutuelles sociales peuvent être estimées à 1,023 milliards FCFA en partant des recettes moyennes par type de mutuelle. Les dépenses liées aux prestations maladie ne sont que de 171,8 millions FCFA sur des dépenses totales de 286,7 millions FCFA. Sur 1 FCFA de dépensé 0,59 FCFA vont à la prise en charge santé. Sur 1 FCFA de caissés seuls 0,16F vont à la prise en charge santé.

L'analyse suivant les types de mutuelles sociales dans le cas des systèmes de prépaiement indique un montant des dépenses égal aux recettes en raison de la logique de financement même du dispositif. Les populations commencent par payer aux prestataires leurs cotisations, et c'est le montant total qui est décompté à chaque fois qu'un usager vient pour des soins.

Tableau 25 - Les recettes et les dépenses moyennes des mutuelles sociales

	SP	SPC	MP	CS	MDS	Total
Dépenses maladie	5 059 800	37 635 947	16 668 700	424 556	112 058 316	171 847 319
Recettes totales	5 059 800	39 782 876	800 202 171	779 320	177 219 725	1 023 043 892
Frais fonctionnement	5 059 800	4 361 466	47 444 500	1 440 000	56 548 380	114 854 146
Dépenses totales	10 119 600	41 997 413	64 113 200	1 864 556	168 606 696	286 701 465
DP/DT	0,5	0,90	0,26	0,23	0,66	0,60
DP/R	1	0,95	0,021	0,54	0,63	0,17

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

Dans le cas des systèmes de partages de coûts, on voit que les ratios financiers calculés indiquent que ces systèmes affectent une grande partie de leurs recettes à la prise en charge des maladies.

Les mutuelles professionnelles et les Caisses de solidarité semblent être les types de mutuelles sociales qui affectent le moins à la prise en charge de maladies. Dans le cas des mutuelles professionnelles on observe une très bonne capacité de mobilisation des ressources financières qui accompagne ce constat (prélèvement à la source ou versement de primes). Sur 1 FCFA dépensé 0,26 vont à la maladie pour les mutuelles professionnelles et 0,23 pour les Caisses de solidarité

Les mutuelles de santé dites classiques sont globalement peu performantes dans la prise en charge de la maladie avec un ratio de 0,66 qui révèle une possibilité de rationaliser les coûts d'accès.

La capacité de mobilisation des ressources financières mesurée par tête est présentée pour l'année 2010 dans le tableau qui suit.

Tableau 26 - Les recettes et les dépenses par tête

	Total	SP	SPC	MP	CS	MDS
Dépenses maladie /tête 2010	426	26	623	240	540	472
Recettes par tête 2010	2916	26	703	18641	991	794
Frais de fonctionnement par tête	270	26	77	1000	610	228

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

De façon globale, les recettes par tête s'élève à 2916FCFA pour des dépenses, dont 426FCFA sont affectés aux dépenses maladies et 270 FCFA comme frais de fonctionnement. Ce qui signifierait une trésorerie de près de 2220 FCFA. Une première conclusion est que la part des ressources consacrées à la prise en charge semble faible.

2.3.L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE DES MUTUELLES ET PARTENARIATS

La création et le fonctionnement des mutuelles sociales mettent en relation des acteurs qui sont au cœur de la promotion du système mutualiste dans le domaine de la santé. On distingue l'Etat, la coopération internationale, les structures d'appui et plus particulièrement les prestataires de soins.

2.3.1. L'Etat

Les autorités politiques ne sont pas restées indifférentes au développement des mutuelles sociales dès le début de la décennie des années 1990. Face à leur rapide multiplication et vu leur importance stratégique, des actions sont en cours pour les intégrer dans la politique de protection sociale avec l'idée que ce sont des outils adéquats de lutte contre la pauvreté et dans un cadre administratif et réglementaire visant leur institutionnalisation et/ou professionnalisation.

2.3.1.1. L'intérêt stratégique des autorités pour les mutuelles de santé

L'intérêt que les autorités burkinabés accordent au développement des mutuelles sociales s'est traduit lors de la relecture du Cadre Stratégique de lutte Contre la Pauvreté (CSLP) en 2004, par une reconnaissance de ces organisations comme une composante importante nécessaire pour l'atteinte des objectifs du millénaire. Elles constituent en soi un secteur, évoluant à côté du secteur public et du secteur privé de la protection sociale. La stratégie de protection sociale révisée récemment, pour prendre en compte une vision articulée de la protection sociale, met l'accent (axe 4) sur le renforcement des mutuelles de santé dans une

optique de couverture pour tous au Burkina Faso. Les autorités politiques situent donc les mutuelles de santé dans une perspective de l'extension de la protection sociale et/ou de l'accessibilité des pauvres et des indigents aux soins de santé et moins comme de simples alternatives de financement pour le secteur de la santé. Face au niveau élevé de pauvreté et à la défaillance des mécanismes d'entraide et de solidarité, les mutuelles de santé en raison de leurs spécificités apparaissent comme une alternative qu'il faut mieux organiser et renforcer.

2.3.1.2. La question du cadre réglementaire

Malgré cette volonté politique de promouvoir les mutuelles sociales, jusque-là ces dernières ne disposent pas d'un cadre législatif et réglementaire qui leur est spécifique. La réflexion sur la question dans le cadre plus global de l'UEMOA a abouti à l'adoption d'une loi réglementant les mutuelles sociales dans la zone UEMOA en juin 2009. En attendant l'opérationnalisation de cette loi dans cadre national du Burkina, les mutuelles sociales adoptent le statut juridique d'association en se référant à la loi n°10/92/ADP portant liberté d'association au Burkina Faso. L'avantage qui découle de l'emprunt du statut juridique d'association (cf. Ibriga L.M 2005, p7) est qu'il permet une formalisation rapide des initiatives et une certaine flexibilité prenant en compte la diversité des initiatives et leurs modes d'expression. Mais l'insuffisance majeure de ce cadre juridique est la précarisation des structures mises en place découlant de la liberté accordée aux associations en matière de gestion. Le manque de rigueur dans la gestion financière qui en découle et les risques de dissipation des cotisations des membres et partant la détérioration de la qualité des prestations, n'instaure pas un climat de confiance nécessaire aux adhésions et donc au développement de la mutuelle.

La qualification de mutuelle sociale utilisée jusque-là, ne renvoie donc à aucune catégorie juridique spécifique conférée par la loi. Cependant l'avant-projet de loi relative à la mutualité s'orienterait vers une codification des expériences en cours, structurée autour de cette notion de « mutuelle sociale » dont la souplesse permet ainsi de prendre en compte la diversité des formes institutionnelles et des pratiques. Il soumet la constitution des mutuelles à un agrément par le ministère de la protection sociale, et à l'obligation de tenir une comptabilité dans les règles de l'art. Un régime fiscal spécifique aux mutuelles serait prévu (cf. Ibriga L.M 2005 p.16). Le Ministère du travail et de la sécurité sociale œuvre donc pour rendre effectif ce cadre de reconnaissance juridique spécifique aux mutuelles sociales. Notons que dans cette perspective, les systèmes de prépaiements et les systèmes de partage de coûts décrits précédemment, ne disposent pas de cadres réglementaires, parce qu'ils sont intégrés à l'offre de soins de santé.

2.3.1.3. La question de la tutelle

Au Burkina Faso la tutelle technique et administrative des mutuelles de santé relève du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Ce ministère travaille actuellement à

promouvoir un environnement propice au développement des mutuelles de santé au Burkina Faso. Pour ce faire, les actions allant dans ce sens comprennent :

1. l'institution d'une Direction Générale de protection sociale comprenant une Direction de la mutualité ;
2. l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale
3. l'élaboration d'une législation spécifique aux mutuelles de santé
4. l'élaboration d'un cadre national de contractualisation entre les mutuelles de santé et l'offre de soins.
5. l'élaboration d'un cadre stratégique de développement des mutuelles de santé

Dans les faits, on note que le Ministère de la santé aussi est très engagé dans la mise en œuvre et le fonctionnement des initiatives des mutuelles sociales notamment à travers les systèmes qualifiés de prépaiement ou encore les systèmes de coûts partagés et à travers les conventions que signent les mutuelles de santé avec les structures de soins au niveau local. Le Ministère de l'Administration territoriale intervient aussi dans le développement des mutuelles car jusque-là, les organisations impliquées fonctionnent comme on l'a vu selon la loi 10/92 et relèvent de ce fait de ce ministère pour leur agrément. Enfin d'autres ministères tels le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale au regard de leurs finalités, pourraient être impliqués dans le développement des mutuelles.

Dans l'optique de la promotion des mutuelles sociales comme celle de l'assurance maladie, la structure de tutelle, dispose de peu de ressources humaines et techniques qualifiées pour assumer pleinement et efficacement sa fonction.

2.3.1.4. La question de la politique sanitaire nationale en relation avec les mutuelles de santé

La politique sanitaire nationale et le plan national de développement sanitaire (PNDS 2001-2010) accordent une importance clé à la levée de la barrière financière dans l'accès des populations aux soins de santé et dans cette optique, la promotion des alternatives solidaires de financement de la santé est l'un des objectifs spécifiques (objectif spécifique 6) à atteindre. Des mesures sont développées dans le PNDS pour faciliter l'accès des populations aux services de santé de base. Ce sont :

- la gratuité pour les soins préventifs et promotionnels (CPN, vaccination) ;
- la gratuité du traitement du paludisme des enfants de 0-5 ans

- la subvention de certaines prestations d'urgences (Soins obstétricaux d'urgence et néonataux) : accouchements, césariennes ;
- la promotion des systèmes de partages des coûts ;
- la gratuité des ARV
- le programme de prise en charge des personnes âgées (en cours de formulation).

On peut donc en déduire l'existence d'un contexte favorable pour les relations entre mutuelles sociales et prestataires de soins (publics) notamment dans le processus de contractualisation. Mais il semble que jusque-là l'action directe de l'Etat reste timide car les dispositions contractuelles entre mutuelles sociales et prestataires de soins ne sont pas toujours favorables aux initiatives mutualistes et n'intègrent pas complètement les actions ainsi prévues dans le PNDS.

2.3.1.5. La question de la contractualisation avec les structures de soins

Dans ce contexte, la prise en charge de la maladie implique trois acteurs clés que sont : l'adhérent individuel, la mutuelle sociale et les prestataires de services. Pour opérationnaliser cette prise en charge, les mutuelles signent des conventions avec les formations sanitaires.

La contractualisation des prestations de soins de santé avec une structure sanitaire tout comme la qualité de la mise en œuvre de cette relation contractuelle constitue une des conditions importantes de la viabilité de la mutuelle sociale et de la garantie des soins de qualité.

Au vu de l'information recueillie, 69% des mutuelles ont passé une convention avec une ou des structures sanitaires. Ces conventions impliquent habituellement les acteurs suivants : le Directeur régional de la santé, le Médecin chef de district, le Président du comité de gestion de la formation sanitaire et le Président de la mutuelle.

La MS a-t-elle passée des conventions avec un (des prestataires de soins) ?

Tableau 27 - Les mutuelles ayant passé une convention avec les formations sanitaires

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Oui	80	69,0	69,0
Non	36	31,0	100,0
Total	116	100,0	
Système manquant	65		
	181		

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

Le contenu des conventions diffèrent d'une mutuelle à l'autre et la négociation porte sur les éléments tels que la prescription des MEG, la sur prescription médicale, l'implication des prestataires dans la détection des fraudes, le mode de tarification, le mode de paiement des soins par les patients, les modes de paiement des soins consommés et la facturation au niveau des services de santé, la qualité des soins et la gestion administrative et financière des patients.

Les différents problèmes qui ont été recensés relèvent : (1) de la reconnaissance des bénéficiaires et de leurs droits, (2) du respect (ou du non-respect) de la tarification, du contrôle des actes médicaux et des règles de prescriptions (sur-prescriptions), (3) de la disponibilité et la qualité de l'offre (mauvais accueil), (4) le non-respect par certains prestataires des clauses de la convention ; les retards dans l'établissement et l'envoi des factures au niveau des mutuelles ; (5) la mobilité des agents de santé impliqués dans les mutuelles ; (6) les fréquentes ruptures en MEG ; (7) vente parallèle des médicaments par certains agents de santé ; (8) exigence d'un désintéressement financier par des agents de santé pour la tenue des fiches des mutuelles (remplissage des attestations de soins, facturation des prestations de soins, consultation des carnets de membres).

2.3.1.6. Les partenaires internationaux

Le partenariat s'avère important aussi bien pour le développement des structures d'appui que pour la mise en place des mutuelles sociales. Les principaux pays partenaires sur le plan technique et financier qui appuient les mutuelles sociales sont : l'Alliance Nationale des Mutualité Chrétienne de Belgique, Solidarité Socialiste de Belgique, la mutualité socialiste de Belgique, WSM (Solidarité Mondiale) de Belgique, la coopération française, l'Ambassade des Pays-Bas, la SNV, Bornefonden, l'UNICEF. Leurs interventions prennent la forme :

- D'appuis techniques et financiers aux mutuelles sociales existantes ;
- De promotion de nouvelles expériences ;
- D'appui technique et financier à l'Etat à travers la cellule de suivi et de contrôle.

2.3.1.7. Les structures d'appui

Dans le cadre du processus de mise en place, quatre principales structures d'appui ont été recensées au cours de l'étude : le RAMS, ASMADE, ADRK, ONG Bornefonden. Le RAMS a été créé pour intervenir de façon spécifique dans la promotion et la mise en place de mutuelles de santé, tandis qu'en plus de leurs activités de développement initiales (crédits, assainissement, renforcement de capacités, activités génératrices de revenus, parrainage, etc.) ASMADE, ADRK et Bornefonden (faisait déjà l'assurance santé pour les familles concernées

par le parrainage) se sont intéressées à la promotion des mutuelles de santé au profit de leurs groupes cibles ou bénéficiaires. Toutes ces structures interviennent dans les zones rurales, urbaines, semi-urbaines et périurbaines. Deux stratégies d'intervention ont été constatées à savoir les formes directe et indirecte (Ministère de la santé, 2005). Il faut que dans le temps, le BIT/STEP avait accompagné la mise en place de mutuelles et formé des membres des structures d'appui.

Intervention directe : les structures d'appui technique se rendent directement dans la localité identifiée et passe par l'intermédiaire d'une organisation sociale (association, groupement, etc.) pour susciter la création d'une mutuelle sociale. Dans ces conditions, c'est la structure d'appui technique qui réalise les activités de sensibilisation, de formation, des études de faisabilité et l'organisation des AGC, etc.

Intervention indirecte : les structures d'appui utilisent des organisations sociales pour la promotion et la mise en place de la mutuelle sociale. Les membres d'une organisation sociale locale identifiée sont formés par la structure d'appui technique. Ces derniers sont chargés à leur tour de mener les activités de mise en place de la mutuelle sociale et supervisés par la structure technique. Par exemple, les responsables de l'ADRK, de l'ONG Bornefonden ont été formés par l'équipe technique du RAMS pour la mise en place de leurs mutuelles sociales. En fonction des contextes de demande, les deux formes d'intervention sont utilisées par toutes les structures d'appui technique identifiées. On assiste parfois aussi à une répartition des tâches selon les compétences (sensibilisation/information par la structure intermédiaire et formation par la structure technique). En conclusion toutes les mutuelles de santé ont bénéficié à la fois des deux types d'intervention.

2.4.EVOLUTION DES MUTUELLES SOCIALES

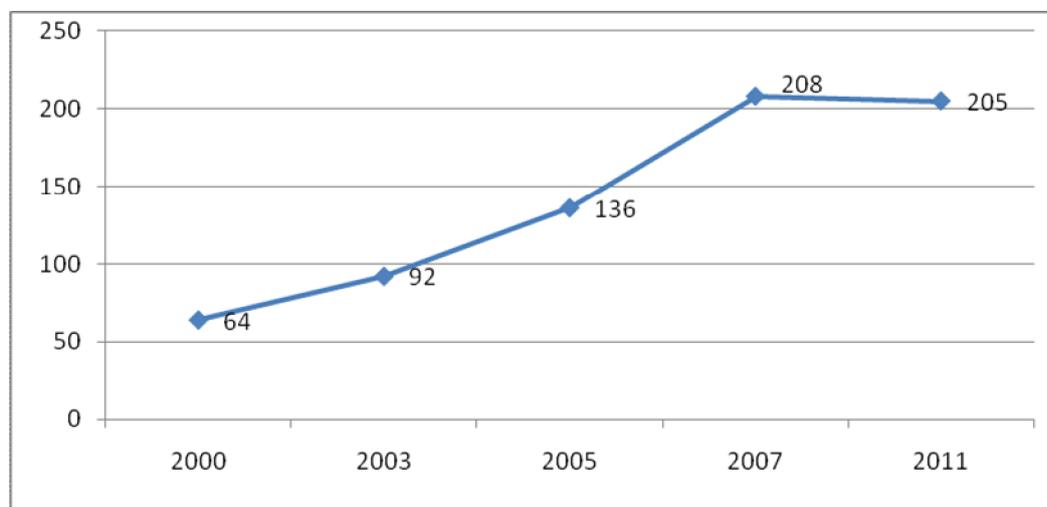
2.4.1. La récente évolution du secteur sur le plan numérique

Sur la base des différents inventaires réalisés depuis 2000, et en se basant sur la documentation existante on peut tenter de décrire l'évolution du secteur des mutuelles sociales. Ce faisant, on observe une forte croissance des initiatives durant toute la décennie des années 2000 qui accuse une baisse, dès 2011. Comme le montrent le tableau suivant et le graphique qui l'accompagne, de 64 expériences en 2000, on est passé à 92 en 2003, puis à 136 en 2005, 208 en 2007 pour chuter à 205 en 2011.

Tableau 28- Evolution numérique des mutuelles sociales

	2000	2003	2005	2007	2011	
Mutuelle de santé		11	ND	81	143	131
Caisse de solidarité		19	ND	23	23	43
Type Crédit-santé		13	ND	18	8	0
Système de prépaiement		13	ND	14	22	9
Système de coût partagé		0	ND	2	12	22
Total		64	92	136	208	205

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade



2.4.2. Cartographie des mutuelles sociales

2.4.2.1. La répartition par région administrative

La cartographie révèle que la forte présence des mutuelles sociales dans les régions du Centre (27,6%) et Hauts bassins (16,6%). Les régions à concentration moyennes sont les régions du Centre-Nord (09,9%), le Centre-Sud (7,7%), les Cascades (6,6%), la Boucle du Mouhoun

(5%) et le Centre-Ouest (5%). Comparativement à 2008, on observe des modifications sensibles car à cette période, les mutuelles se concentraient surtout dans les régions du Centre-Nord (20,70%) des Hauts Bassins (18,30%) et dans la Boucle du Mouhoun (14,90%). Le Centre-Nord et la région de la Boucle du Mouhoun ont connu de nombreuses mutuelles sociales qui ont suspendu leurs activités.

Tableau 29- Cartographie régionale des mutuelles sociales au Burkina Faso 2011

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Centre	50	24,4	24,4
Centre-Nord	40	19,5	43,9
Cascades	12	5,9	49,8
Centre-Est	19	9,3	59,0
Est	7	3,4	62,4
Plateau central	6	2,9	65,4
Centre-Sud	14	6,8	72,2
Boucle du Mouhoun	9	4,4	76,6
Hauts Bassins	30	14,6	91,2
Centre-Ouest	9	4,4	95,6
Nord	8	3,9	99,5
Nationale	1	,5	100,0
Total	205	100,0	

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

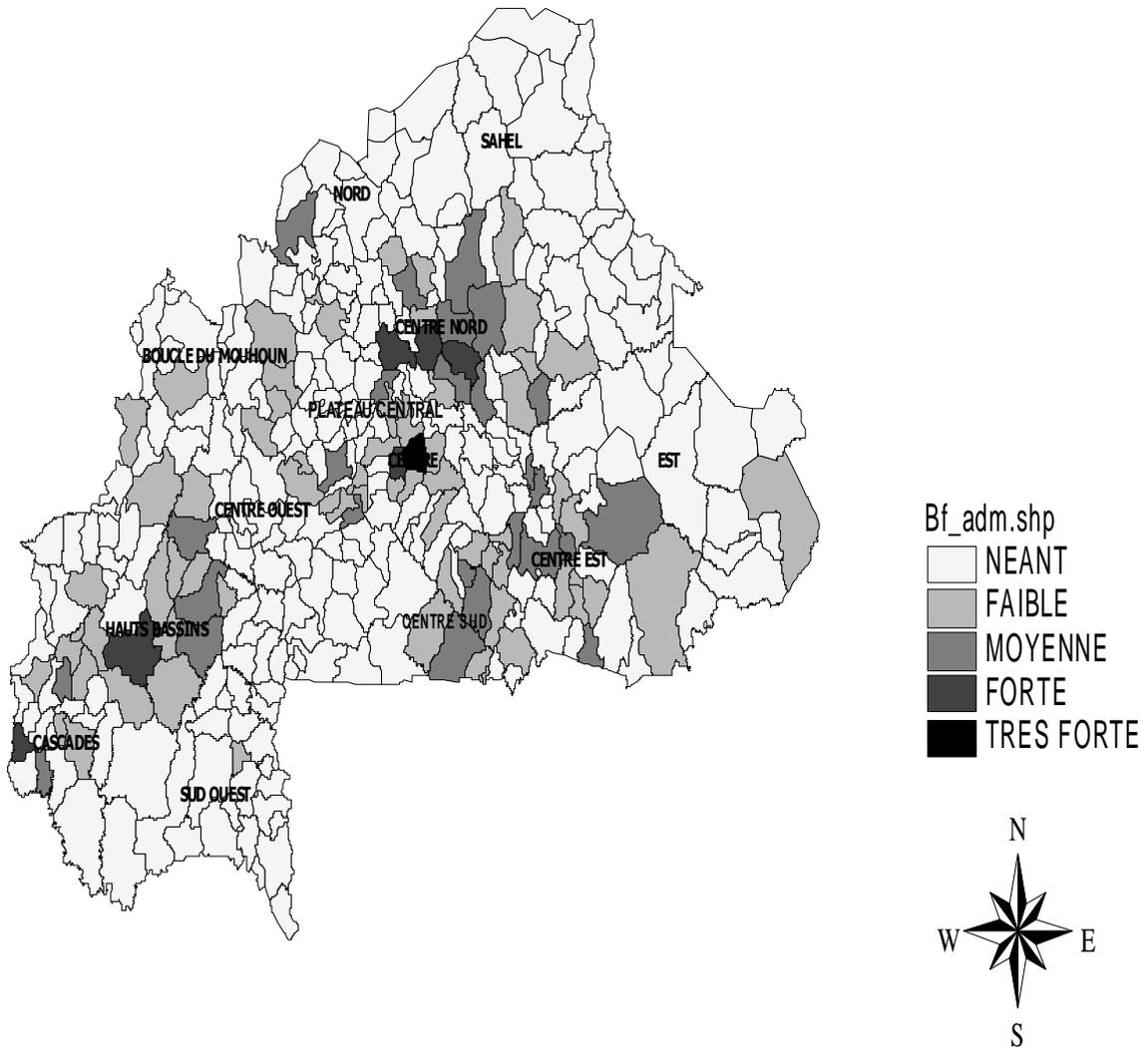
Les régions de faible concentration sont le Plateau central (3,3%), l'Est et le Nord (3,9%) et Le degré de présence des différentes catégories d'organisations dans les régions est donné dans le tableau ci-après. Il en ressort que les 50 unités du Centre se composent de 8 systèmes de coût partagé, 35 Mutuelles professionnelles et 10 mutuelles de santé classiques. Dans le Centre-nord, on dénombre une caisse de solidarité et 39 mutuelles de santé classique. Dans les cascades, on compte 3 systèmes de partage des coûts, 3 caisses de solidarité et 6 mutuelles de santé classique. Le centre-est comprend 3 systèmes de partage des coûts, une mutuelle professionnelle et 6 mutuelles de santé classique. L'est se compose de 4 systèmes de partage des coûts et 3 mutuelles de santé classique. Dans le Plateau central, on dénombre 1 système de partage des coûts et 5 mutuelles de santé classique. Le Centre-sud se compose 14 mutuelles de santé classique. La Boucle du Mouhoun comporte 4 systèmes de partage des coûts et 5 mutuelles de santé classique. Les Hauts Bassins se composent de 8 systèmes de partage des coûts, 4 mutuelles professionnelles et de 8 mutuelles de santé classique. Le Centre-ouest comprend une mutuelle professionnelle et 8 mutuelles de santé classique. Enfin le nord comporte 8 mutuelles de santé classique.

Tableau 30 - Répartition des types de mutuelles selon les régions

		Système de prépaiement	Système de partage de coûts	Mutuelle professionnelle	Caisse de solidarité	Mutuelle de santé	
Centre	Effectif	0	8	32	0	10	50
	% dans Région	,0%	16,0%	64,0%	,0%	20,0%	100,0%
	% of Total	,0%	3,9%	15,6%	,0%	4,9%	24,4%
Centre-Nord	Effectif	0	0	0	1	39	40
	% dans Région	,0%	,0%	,0%	2,5%	97,5%	100,0%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,5%	19,0%	19,5%
Cascades	Effectif	0	3	0	3	6	12
	% dans Région	,0%	25,0%	,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% of Total	,0%	1,5%	,0%	1,5%	2,9%	5,9%
Centre-Est	Effectif	0	3	1	0	15	19
	% dans Région	,0%	15,8%	5,3%	,0%	78,9%	100,0%
	% of Total	,0%	1,5%	,5%	,0%	7,3%	9,3%
Est	Effectif	0	4	0	0	3	7
	% dans Région	,0%	57,1%	,0%	,0%	42,9%	100,0%
	% of Total	,0%	2,0%	,0%	,0%	1,5%	3,4%
Plateau central	Effectif	1	0	0	0	5	6
	% dans Région	16,7%	,0%	,0%	,0%	83,3%	100,0%
	% of Total	,5%	,0%	,0%	,0%	2,4%	2,9%
Centre-Sud	Effectif	0	0	0	0	14	14
	% dans Région	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	6,8%	6,8%
Boucle du Mouhoun	Effectif	0	4	0	0	5	9
	% dans Région	,0%	44,4%	,0%	,0%	55,6%	100,0%
	% of Total	,0%	2,0%	,0%	,0%	2,4%	4,4%
Hauts Bassins	Effectif	8	0	4	0	18	30
	% dans Région	26,7%	,0%	13,3%	,0%	60,0%	100,0%
	% of Total	3,9%	,0%	2,0%	,0%	8,8%	14,6%
Centre-Ouest	Effectif	0	0	1	0	8	9
	% dans Région	,0%	,0%	11,1%	,0%	88,9%	100,0%
	% of Total	,0%	,0%	,5%	,0%	3,9%	4,4%
Nord	Effectif	0	0	0	0	8	8
	% dans Région	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	3,9%	3,9%

Source : Inventaire des mutuelles sociales 2011; Asmade

Cartographie



3. – LES FORCES ET LES FAIBLESSES DES MUTUELLES SOCIALES

3.1.LES FORCES DU SECTEUR DE LA MICRO ASSURANCE SANTE

3.1.1. L'accessibilité aux prestations

Les statistiques de la santé indiquent qu'au Burkina Faso, le nombre de nouveaux contacts/habitant et par an est d'environ 0,64 (Ministère de la santé, 2010). Or les mutuelles sociales fixent en moyenne le nombre de contacts par an entre 3 et 4 épisodes pour chaque bénéficiaire. On en déduit que ce nombre est pertinent au regard du fait qu'habituellement les malades vont rarement au-delà de 3 épisodes de maladie par an. Ces expériences sont donc un moyen efficace d'accroître le taux de fréquentation des services de santé par les bénéficiaires.

3.1.2. La couverture des populations

3.1.2.1. L'existence d'un potentiel de couverture

Les mutuelles sociales ont un potentiel élevé pour la couverture des catégories sociales relativement pauvres qui peuvent difficilement non seulement mobiliser mais aussi disposer à temps de ressources financières propres pour faire face aux problèmes de santé. Habituellement on identifie ces catégories sociales en se référant soit aux agents intervenant dans des secteurs d'activités marginalisées/précaires (secteur informel, secteur agricole, secteur artisanal) ou à des individus qui de par leur statut économique sont exclus : femmes, sans emploi, handicapés, personnes âgées, etc.

En se basant sur le taux de prise en charge, on peut observer que la couverture de la majorité des mutuelles estimée à 80% en moyenne, voire à 100% pour certains actes, réduit le coût moyen des ordonnances pour les mutualistes au moment de l'épisode de maladie. De même le mode de paiement le plus usité qui est le tiers payant favorise l'utilisation des services et est pertinent au regard de la situation de précarité des populations cibles. En effet, le patient paie en moyenne les 20% des coûts des prestations couvertes au moment de la consultation et la mutuelle paie la facturation du CSPP sur le montant restant.

3.1.2.2. Un taux de couverture des personnes à charges des ménages incomplet

Les analyses sur échantillon indiquent qu'en moyenne les mutuelles prennent en charge par adhérent 6 bénéficiaires. Si on ne se tenait qu'à la moyenne nationale de 6,4 personnes par

ménages, on pourrait en déduire que le degré de couverture des personnes à charges des adhérents est quasi total. Cependant comme les ménages concernés par ces mutuelles sont par définition pauvres, cela a pour conséquence que le nombre de personnes à charge potentielle des adhérents est supérieur à 6.

Une étude récente sur les adhérents mêmes des mutuelles dans la région du centre indique en effet, que seuls 53% des personnes à charge sont effectivement pris en charge comme bénéficiaires (Cf. S. Soulama et A. Bicaba, 2006, p.23). Le facteur explicatif de cette situation serait relatif à la faible capacité financière des adhérents qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants pour inscrire tous les membres de leur ménage.

En combinant ce constat avec les conclusions sur l'analyse de la contribution des ménages, une première leçon que l'on tire est que le niveau de cotisation qui va être exigé des ménages doit être très proche du seuil inférieur. Une seconde leçon porte sur la modalité d'adhésion à privilégier : la totalité de la famille comme condition d'adhésion.

3.1.3. Le taux de pénétration en évolution

Le tableau ci-après donne une estimation du taux de pénétration calculé selon que l'on considère le nombre d'adhérents ou le nombre de bénéficiaires. Ce calcul est fait en partant du principe que tous les ménages quel que soit leurs catégories peuvent adhérer à une mutuelle sociale. C'est un indicateur brut qui permet de dégager la tendance dans l'adhésion des populations.

Tableau 29 - Estimation du taux de pénétration des mutuelles sociales

	2000	2003	2004	2007	Mars 2011
Nombre d'individus membres (a)	4500	5268	8778	22 866	103 373
Nombre d'individus bénéficiaires (b)	10350	14580	25000	139000	256015
Population totale (milliers) (c)	11800	13000	13400	13430	14000
Nombre de familles (e)=c/6	1 966 600	2 166 700	2 233 300	2 238 000	2 333 333
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

Que ce soit en rapportant le nombre de membres ou le nombre de bénéficiaires à l'ensemble des ménages, il apparaît que la mutualité dans la santé pénètre progressivement la population bien que le niveau jusque-là soit faible : entre 1 et 10,9%. La culture de la solidarité dans le financement du risque maladie se diffuse et la cartographie du phénomène indique une bonne spatialisation. Cela n'est pas rapporté au nombre de membres ou de ménages à jour de leurs cotisations. Cependant en termes d'information, on peut conclure à une progression de l'idée

de solidarité dans le partage du risque maladie au sein de la population. Ce qui présenterait un facteur favorable à l'implantation et à la compréhension de l'AMU.

3.1.3.1. Une gouvernance qui favorise la participation des bénéficiaires

Le caractère participatif des alternatives solidaires de financement des soins de santé représente un atout considérable pour une meilleure définition des besoins en soins de santé. Le partenariat entre les mutuelles de santé mises en place et les formations sanitaires poussent les formations sanitaires bien qu'elles souffrent d'insuffisances, d'un cadre (s'il est rénové) qui peut servir à améliorer la qualité des prestations et à les adapter aux besoins des populations. Ce mécanisme de révision et de dialogue avec la demande est incontournable dans le fonctionnement de l'AMU. Le caractère participatif des membres à la gestion démocratique de la mutuelle favoriserait la bonne gouvernance. La mise en place des organes et leur fonctionnement sont des facteurs qui entraîneraient la confiance des populations à adhérer aux mutuelles.

3.1.4. Des procédures de gestion adaptées à la population cible

Les procédures administratives appliquées par les mutuelles sociales pour la prise en charge des soins de santé sont plus souples et plus flexibles que celles de structures publiques ou privées officielles de protection sociale en matière de santé. Ces procédures sont adaptées à la capacité contributive des différents groupes cibles. Elles génèrent des coûts de transactions peu élevés pour les membres dans l'accès aux soins de santé. Il y a donc un besoin de capitaliser ces procédures de les uniformiser pour faciliter leur redéploiement.

3.1.5. L'engagement de l'Etat

Enfin, il faut mentionner que les mutuelles sociales bénéficient d'un engagement de l'Etat par la création **d'une direction de la mutualité chargée des aspects juridiques de la mutualité. La création d'un cadre de concertation national pour promouvoir la mutualité. Ce sont entre autres, des atouts nécessaires à l'accompagnement et au développement du mouvement social.**

3.1.6. L'existence du Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM)

Depuis 2008, les structures d'appui sont organisées dans un cadre de concertation dénommée « Cadre national de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé », en abrégé « CCSAM ». Le CCSAM regroupe une quinzaine de structures et ayant pour fonctions de :

- faciliter les interventions des promoteurs ;
- fournir et analyser les informations sur la demande en vue d'orienter les interventions des promoteurs ;
- mener un plaidoyer auprès des décideurs pour permettre une meilleure visibilité des mutuelles de santé ;
- mener des réflexions sur les grandes thématiques qui accompagnent le développement des mutuelles de santé ;
- diffuser les supports didactiques et de promotion des mutuelles de santé ;
- renforcer les compétences des acteurs ;
- développer un partenariat avec les réseaux nationaux et internationaux.

Ce cadre devrait permettre de capitaliser les expériences en termes d'outils, de méthodes et d'informations. Il constitue aussi un outil de promotion des mutuelles sociales.

3.1.7. Les partenaires internationaux et sous régionaux

Le partenariat s'avère important aussi bien pour le développement des structures d'appui que pour la mise en place des mutuelles sociales. Les principaux pays partenaires sur le plan technique et financier qui appuient les mutuelles sociales sont : l'Alliance Nationale des Mutualité Chrétienne de Belgique, la mutualité socialiste de Belgique, la coopération française, l'Ambassade des Pays-Bas, la SNV, Bornefonden, l'UNICEF, l'UEMOA. Leurs interventions prennent la forme :

- D'appuis techniques et financiers aux mutuelles sociales existantes ;
- De promotion de nouvelles expériences ;
- D'appui technique et financier à l'Etat à travers la cellule de suivi et de contrôle

3.2.LES FAIBLESSES DU SECTEUR DES MUTUELLES SOCIALES

3.2.1. Le bénévolat vs exigences des responsabilités de gestion

La gestion dans ces catégories de mutuelles est autonome, c'est-à-dire se réalise sans l'assistance d'intervenants extérieurs dans les organes de gestion. Ces élus qui sont désignés en fonction de leur personnalité et de leur qualification éprouvent des difficultés à combiner

leurs activités professionnelles avec la gestion de la mutuelle. La conséquence est la difficile tenue à jour des comptes, de la caisse et des documents de gestion. Le statut de bénévolat des initiateurs et responsables dans les mutuelles sociales et en particulier dans les mutuelles urbaines va, au fur et à mesure que l'extension des mutuelles va se développer dans le cadre l'AMU, constituer un problème au niveau de la gestion (B. Fonteneau, 1999 :56).

Le bénévolat élément important de la dynamique mutualiste est évoqué ici comme un facteur peu propice à la motivation des administrateurs et peu adapté à la croissance des mutuelles sociales sur le plan démographique et celui de leurs prestations. Certaines mutuelles ont recruté des gestionnaires qui sont rémunérés mensuellement (mutuelles professionnelles). D'autres ont mis en place des mécanismes de motivations pour les administrateurs.

3.2.2. 3. La faiblesse du taux d'adhésion

Un certain nombre de facteurs participe à l'explication de cet état de fait :

- Le manque de confiance des populations (pose le problème de la bonne gouvernance) dans certains cas est réel et visible. Il s'exprime souvent par la remise en cause des compétences des gestionnaires et est conforté par des expériences malheureuses vécues qui confortent les populations cibles dans l'idée de la fragilité des mécanismes mis en place. A cela s'ajoute la faible compréhension des principes de l'assurance (basée sur le risque aléatoire) par les populations cibles des projets de micro assurance santé ;
- L'esprit d'assistanat ou de dépendance auquel certaines populations ont été habituées et qui ne favorise pas toujours l'acceptation de participer financièrement à des projets collectifs. Cela ne favorise pas l'appropriation du système par les bénéficiaires ;
- La faible visibilité de l'Etat dans l'accompagnement des initiatives mutualistes ne conforte pas les populations sur la portée de ces systèmes et le rôle complémentaire qu'ils jouent dans l'accès aux soins de santé ;
- De plus le niveau de pauvreté dans les zones d'interventions est élevé et influe fortement sur la propension et la capacité à payer des populations cibles. Cette donne a pour conséquence la distribution de produits d'assurance minimalistes dont l'attractivité est réduite ;
- L'absence d'un cadre législatif adapté qui sécuriserait les droits et ressources des sociétaires est également un facteur limitant l'adhésion ;
- L'absence de stratégie de fidélisation des membres mutualistes

- Enfin les problèmes de qualité, de disponibilité des médicaments et de mobilité du personnel soignant influe négativement sur la décision d'adhésion des populations à ces initiatives.

3.2.3. Le difficile recouvrement des cotisations

Une des difficultés auxquelles est confrontée la majorité des mutuelles réside dans la collecte des cotisations. Malgré les nouvelles stratégies mises en place par les mutuelles et leurs structures d'appui en occurrence, le recouvrement des cotisations en fonction de la variabilité saisonnière des ressources financières des ménages des zones rurales, les taux moyens cumulés restent faibles. Les mutuelles connaissent toujours des problèmes de retard de paiement ou de non paiement. L'impossibilité de certaines mutuelles de procéder à un précompte et vu la taille relativement importante des membres dans d'autres associations ou structures communautaires rend difficile toute stratégie de mobilisation des cotisations.

Les difficultés de recouvrement résultent généralement de 3 cas de figures :

1. Les ressources financières existent au niveau des membres mais c'est le mécanisme de collecte qui est défaillant ;
2. Les ressources financières existent au niveau des membres mais ceux-ci adoptent un comportement opportuniste et affectent leurs ressources à d'autres usages ;
3. Les ressources financières sont rares en raison de la vulnérabilité de l'activité économique qui soutient ces ressources.

3.1.1. La faible capacité contributive des membres

Une autre difficulté réside dans la nécessité qui se fait jour d'augmenter le niveau de la cotisation afin d'espérer une autonomie financière avec corrélativement le risque de perdre des membres. Or cette difficulté en soi pose aussi le problème de la diversification future des risques à mutualiser afin d'offrir aux membres de nouvelles prestations.

Les enquêtes antérieures réalisées auprès des adhérents et des ex-adhérents révèlent que le montant des cotisations est la principale cause de la non-adhésion ou des démissions (Bayala, 2010, Bouda, 2001). Cette capacité contributive des adhérents dépend du potentiel en ressources qu'offre l'environnement aux adhérents pour mener leurs activités économiques. Plus les dotations en ressources sont moindres, plus les membres éprouvent des difficultés pour générer des revenus. On comprend alors pourquoi nombre d'initiatives de financement solidaires des soins de santé investissent dans les activités génératrices de revenus pour soutenir l'adhésion aux mutuelles.

3.1.2. Le déficit de compétences en matière de gestion

Les compétences font défaut dans la majorité des mutuelles. Le fonctionnement d'une mutuelle exige des membres un minimum d'instruction scolaire pour améliorer leur participation aux échanges pour la gestion de leur organisation. Or il ressort que la majorité des membres pouvant s'affilier aux mutuelles sont analphabètes et que les gestionnaires et responsables élus ont des lacunes dans la maîtrise des outils de gestion et d'administration. Ce déficit en compétences s'accompagne de faibles disponibilités en ressources pour accroître le savoir et le savoir-faire au sein de ces organisations (formation) en relation avec des prestataires de l'environnement sanitaire. L'acquisition du savoir et du savoir-faire des membres devrait être un objectif prioritaire des mutuelles de santé.

3.1.3. Le problème de contrôle et la difficile réduction du risque moral interne et externe

3.1.4. Le faible degré de maîtrise de la logique mutualiste

Cette difficulté est propre aux mutuelles de santé classique. Les membres se caractérisent par leur faible participation au fonctionnement des mutuelles. L'hétérogénéité des membres, doublé du caractère impersonnel des relations entre les membres et l'absence d'une politique d'éducation ou de formation sont des facteurs qui limitent le développement d'une culture organisationnelle.

On note ainsi une faible compréhension des mécanismes de mutualisation quand on se réfère aux demandes des membres qui exigent une prise en charge plus importante de leur mutuelle en terme de maladie et de médicaments mais qui simultanément se plaignent du montant élevé des cotisations. Cela pourrait être justifié par le fait que la prise en compte et la résolution des problèmes de santé par les populations se fait encore dans la plus grande partie des cas, ex post pour au moins deux raisons : 1) la notion de prévoyance santé est faiblement diffusée et 2) il est difficile de mobiliser la solidarité pour le paiement des cotisations alors qu'elle est plus facilement acceptée pour faire face à l'urgence du paiement des soins.

3.1.5. La faible capitalisation des expériences, des outils et de l'information

Posé comme un phénomène émergent, il apparaît une nécessité de disposer et d'accéder à l'information sur les initiatives en cours afin de s'assurer que le mouvement ne s'achemine pas vers un échec. Or, un des résultats de la présente étude tient à la dispersion des informations sur les expériences et sur les outils (méthodologie de mise en œuvre, de gestion et d'administration etc.). La faible capitalisation de ces informations, rend difficile toute analyse de la portée du mouvement, de ces forces et faiblesses. Il est nécessaire de mettre en place un système d'informatisation de la gestion surtout avec l'augmentation de la taille des

mutuelles. Qui a cotise? Qui est à jour ? Qui a droit aux prestations ? Combien a été utilisé pour les soins, le fonctionnement, etc.

3.1.6. La difficile réalisation d'économie d'échelle

Un trait dominant des mutuelles analysées réside dans leur faible taille (démographique, financière et économique). En effet, les mutuelles qui ont procédé au préalable à une étude de faisabilité et à un calcul d'un montant de la cotisation au regard des risques à couvrir, sont confrontées à un problème d'augmentation du nombre de membres nécessaire qui accroît leurs problèmes d'autonomie financière. Quant aux autres qui sont passées par des calculs relativement simplifiés, elles sont confrontées à la difficulté de mobilisation des ressources et à la faiblesse des ressources mobilisées par rapport aux risques couverts.

De même on observe nulle part un processus d'intégration verticale qui permettrait d'envisager des économies d'échelle et des opportunités d'élargissement des prestations couvertes. On a des tentatives d'intégration verticale basées sur le critère géographique qui ont été réalisées par le projet Economie sociale de la Coopération technique Belge. Ce sont notamment les mutuelles de Zakin et de Saaba. Mais les récentes évaluations indiquent que le degré de dispersion dans l'espace a été trop élevé au point que les coûts de coordination l'emportent sur le facteur de réduction des coûts à l'origine de l'intégration. Les adhérents sont trop dispersés dans l'espace de compétence. Cela suggère donc qu'il existe une taille optimale à ne pas dépasser ou qu'il faille prendre en compte de nouveaux paramètres dans la mise en œuvre d'une approche visant le plus grand nombre. La démarche pourrait ainsi s'articuler autour de mécanismes ou de dispositifs novateurs qui allègeraient les problèmes habituellement rencontrés par les initiatives mutualistes classiques tout en appuyant fortement sur leur potentiel.

3.1.7. L'insuffisance de communication : information sur le mutualité

Il existe enfin un déficit d'information sur le secteur et l'absence de mécanisme de capitalisation de cette information.

3.1.8. La non effectivité du cadre réglementaire

Malgré cette volonté politique de promouvoir les mutuelles sociales à travers la création la Direction de la mutualité, jusque-là ces dernières ne disposent pas d'un cadre législatif et réglementaire qui leur est spécifique. Dans le cadre régional de l'UEMOA, les travaux ont abouti à l'adoption d'une loi réglementant les mutuelles sociales dans la zone UEMOA en juin 2009 qui n'est pas encore opérationnalisée.. Les mutuelles sociales adoptent le statut juridique d'association en se référant à la loi n°10/92/ADP portant liberté d'association au Burkina Faso. Cette dernière accorde une grande liberté dans la gestion financière qui peut

être sources de risques de dissipation des cotisations des membres et partant la détérioration de la qualité des prestations.

3.1.9. La mobilité des agents de santé formés sur la mutualité

La mobilité des agents de santé impliqués dans le fonctionnement des mutuelles au niveau local sont sources de dysfonctionnement. Le fonctionnement des mutuelles reposent jusque là sur la construction d'une relation plus personnalisée qu'institutionnelle avec les agents de santé au niveau local. Cela s'explique par le fait tous les agents de santé ne se sentent pas forcément concernés par la philosophie des mutuelles. La mobilité des agents remet en cause la qualité de ces relations.

3.1.10. La qualité des soins

La mauvaise qualité perçue par la population des soins est un facteur qui freine la création et le développement des mutuelles sociales. C'est un facteur déterminant de la faible fréquentation ou utilisation des centres de santé publics. Comme tel, les populations peuvent difficilement accepter de se mobiliser et de cotiser dans le cadre d'une mutuelle si elles ne sont assurées que les structures sanitaires leur offriront des soins de qualité suffisante. En dépit de ces faiblesses relevées, les mutuelles sociales offrent des opportunités dans le processus de construction de l'AMU.

3.1.11. La rupture des MEG

Certains centres de santé connaissent des ruptures fréquentes de MEG ou alors font des prescriptions de médicaments indisponibles dans le dépôt pharmaceutique. Or les conventions entre les mutuelles de santé et les centres de santé exigent une prescription des ordonnances uniquement en MEG. Ces ruptures obligent les mutualistes à recourir à d'autres dépôts qui ne sont pas forcément concernés par la convention, donc à déboursier de l'argent pour honorer son ordonnance. La règle du tiers payant sensée faciliter l'accès, n'est plus activée. C'est un facteur de démotivation de nature à inciter certains mutualistes à ne pas renouveler leur adhésion à la mutuelle de santé. Cette pratique complexifie la gestion des mutuelles pour des responsables dont les compétences sont limitées.

Cependant, il existe des opportunités pour le développement des mutuelles sociales dans le cadre de l'AMU. A ce propos, il faut relever que de plus en plus les autorités sont entrain de prendre conscience de l'importance des mutuelles sociales dans l'accès aux structures de santé. C'est ce qui explique la mise en place d'un projet d'assurance maladie universelle. La mise en place de réseaux en mutuelles sociales et la concertation entre les différents acteurs constituent de réelles opportunités sociales pour promouvoir les mutuelles sociales dans une

perspective dynamique de développement durable. Tout cela ne peut se faire que dans un environnement professionnel ; les mutuelles sociales ont besoin pour se développer et se pérenniser d'un professionnalisme aussi des gestionnaires que des structures d'appui. Ces opportunités permettront d'accroître la mobilisation sociale et vont favoriser à long terme la réalisation d'une économie d'échelle des mutuelles sociales.

Conclusion sur les mutuelles sociales

Les mutuelles sociales présentent certains avantages par rapport aux institutions de protection sociale privées et publiques que sont : une meilleure accessibilité, un avantage de l'autonomie de gestion et du contrôle par les membres et le fait qu'étant des entreprises d'économie sociale, elles n'ont pas pour objectif de réaliser un profit maximum ce qui les distingue d'ailleurs des institutions privées de protection sociale. Leur objectif en matière d'accessibilité et d'adhésion est de produire des prestations de service au meilleur coût et d'étendre leurs services au plus grand nombre possible de personnes relevant de leur groupe cible. Ceci est d'autant plus nécessaire que la taille de la mutuelle est un déterminant d'efficacité (économie d'échelle) et de performances plus élevées. Elles présentent aussi des avantages sur les dispositifs de protection sociale des communautés d'appartenance telles les familles que sont : la prise en compte de la prévoyance et la possibilité qu'elles offrent de développer une politique de protection sociale en soi.

Donc, les mutuelles sociales qui fonctionnent bien devraient permettre :

- D'accroître l'accès aux soins de santé par les populations, avec cet avantage d'être capable d'adapter les besoins de santé à la capacité contributive des membres au niveau local ;
- D'améliorer la qualité relationnelle des services de santé par l'instauration d'un dialogue plus fécond entre le patient (membre de la mutuelle) et le prestataire de service, avec qui la mutuelle a généralement passé une convention ;
- De mobiliser des ressources pour le fonctionnement des structures assurant les services de santé et d'améliorer l'adéquation entre l'offre de soins de santé et la demande par un mécanisme de révision des services offerts par les formations sanitaires en fonction des niveaux et des besoins ;
- D'améliorer la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé en jouant le rôle de représentation des consommateurs des services de santé ;
- De consolider le partenariat avec d'autres organisations de la société civile pour améliorer les adhésions.

Ces avantages justifient l'intérêt qui leur est porté et la nécessité de travailler à leur promotion. Cependant, les mutuelles sociales, sur le plan de l'analyse économique, sont toutefois des entreprises productrices de biens collectifs, notamment l'accès au marché de

l'assurance maladie pour une catégorie de la population ; comme tel, elles ne sont pas à l'abri des risques de production sous-optimale propres aux productions de biens publics (Soulama 1995, 2003). Pour résoudre ces problèmes inhérents à la nature même de la structure, à son ambition d'associer l'économique et le social, le fonctionnement d'une mutuelle exige des membres, un système de communication interne et externe, des responsables notamment, des compétences en économie sociale, en assurance sociale et santé et en gestion des entreprises d'économie sociale. Il exige également des membres de base un minimum d'instruction scolaire pour améliorer leur participation aux échanges durant les différentes réunions ou pour la gestion de leur association. Ces compétences font défaut : il ressort que la majorité des membres sont analphabètes et que les gestionnaires et responsables élus ont des lacunes importantes dans la gestion de la mutualité. Ce déficit en compétences s'accompagne de faibles disponibilités en ressources pour accroître le savoir et le savoir-faire au sein de ces organisations en relation avec des prestataires de soins de santé.

Les mutuelles connaissent en effet dans leur majorité des difficultés dans la collecte et le recouvrement des cotisations. Ces institutions connaissent de sérieux problèmes de retard ou de non paiement des cotisations et sont souvent dans l'impossibilité de procéder à un précompte. Vu le nombre relativement important des membres, toute stratégie de collecte des cotisations doit s'adapter au contexte social.

Une autre difficulté réside dans la nécessité d'augmenter ou améliorer la capacité contributive pour pouvoir offrir un éventail plus significatif de prestations de soins de santé et espérer une autonomie financière. Cette augmentation de la capacité contributive, problème de sélection adverse, fait augmenter le risque de défaut de paiement et celui de la démission de certains membres, notamment ceux qui estiment présenter le moins de risques. En outre, la contrainte d'une cotisation financière préalable à l'accès aux soins de santé pose problème aux populations les plus défavorisées. Les mutuelles de santé constituent sans doute une solution possible pour l'accès aux soins de santé, mais pas une solution générale pour les populations les plus pauvres.

4. - LE ROLE ET LA PLACE DES MUTUELLES DANS L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Rappelons que dans sa stratégie, le projet d'assurance maladie prévoit deux types de régimes, un régime obligatoire concernant les travailleurs du secteur formel (privé et public) et un régime volontaire couvrant les travailleurs des secteurs informel et agricole. Toute la question est de savoir comment opérationnaliser le régime volontaire ? Malgré les faiblesses précédemment énumérées, quels peuvent être la place et le rôle des mutuelles sociales ? La question des indigents et des personnes vivant avec le VIH/sida ou de maladies chroniques fait l'objet de débats en relation avec les mutuelles sociales.

L'hypothèse défendue ici, est que dans un contexte caractérisé par une étroitesse du marché de l'assurance maladie qui s'explique pour l'essentiel par une demande peu solvable provenant des acteurs des secteurs informel et agricole, les mutuelles sociales sont un moyen efficace permettant d'opérationnaliser l'assurance maladie volontaire dans une perspective de professionnalisation et de viabilité à long terme.

Il est clair que le développement des mutuelles de santé nécessite des efforts continus, du temps et des moyens en rapport avec les ambitions affichées. Le travail des structures d'appui est important. Mais un effort accru est requis dans la professionnalisation de la gestion qui semble insuffisant au regard des réponses apportées au cours de l'inventaire et du taux de non réponse pour cause de non disponibilité des informations. Le questionnaire de transfert de savoir-faire aux acteurs impliqués dans le fonctionnement des mutuelles de santé devrait être accéléré. Dans ce sens les structures d'appui gagneraient à miser sur les structures nationales d'appui (associatives ou privées) ayant des connaissances et des expériences dans la promotion et la mise en place des mutuelles sociales. Penser l'état en termes de décentralisation des structures étatiques, par exemple les mairies, les formations sanitaires peuvent contribuer au renforcement des capacités des gestionnaires. Pourquoi l'état n'affecterait-il pas des ressources humaines compétentes (payées par l'état) pour une gestion professionnelle des mutuelles ? Les mutuelles pourraient organiser un test de recrutement de personnels payés par l'état. Cela est déjà connu dans des mutuelles professionnelles. Pourquoi les mutuelles ne seraient-elles pas organisées par district sanitaire ?

4.1.L'information et la communication sur l'AMU et la mutualité

4.1.1. La nécessité d'une sensibilisation des populations comme préalable

L'information existante sur l'AMU en tant que projet, sur l'assurance maladie même en tant que technique et sur la mutualité comme mode d'organisation est apparue comme insuffisante. Elle a eu pour conséquences, la marginalisation du phénomène de la mutualité et sa méconnaissance et l'ignorance des populations sur l'assurance maladie et le projet en

cours. Dans un contexte où la culture de la prévoyance est peu développée, la sensibilisation sur l'assurance maladie et sur la mutualité peut être un vecteur de modification des comportements d'adhésion. L'exemple de la lutte contre le VIH/Sida est là pour attester de tels propos. La communication et l'information ont joué un rôle déterminant dans la rapide baisse de l'infection. Le poids financier n'est pas à négliger et le VIH/sida était une préoccupation mondiale (exemple du fonds mondial dans la lutte contre le sida).

Dans la perspective de l'implantation de l'AMU et en amont de toute action de création et/ou d'extension de la mutualité dans le domaine de la santé, il est nécessaire de procéder à une large information et sensibilisation sur l'assurance maladie touchant toutes les catégories socio-professionnelles via des canaux de communication adaptés.

A moyen terme, les besoins en connaissance du secteur des mutuelles sociales et en diffusion d'une information fiable à destination de différents publics seront indispensables aussi bien pour la promotion du secteur que pour son développement (besoin de transparence pour rassurer les partenaires, crédibiliser le mouvement mutualiste, outils d'aide à la décision et à la détection de crise, suivi de la mise en œuvre de la politique sectorielle etc.). L'information sectorielle devra être maîtrisée par les mutualistes eux-mêmes et par les services de tutelle. L'information collectée auprès des mutuelles sociales doit être un acte volontaire accepté par la profession. Il est en effet indispensable qu'à côté de l'information réglementaire contraignante, la profession s'engage à se doter des moyens d'information pour faire sa promotion et s'autoréguler. Pour cela une véritable stratégie de collecte de l'information, de traitement et de restitution devra être mise en place.

4.2.Consolider l'existant tout en accroissant l'échelle des opérations

L'un des problèmes importants concernant les mutuelles sociales est leur petite taille qui n'autorise pas des économies d'échelle. La promotion de l'assurance volontaire devra donc faire face à la nécessité de faire passer ces mutuelles sociales à une échelle d'opérations plus grande garantissant leur viabilité mais tenant compte des conditions déterminantes d'émergence de ce type d'organisation. En économie sociale, les deux facteurs indispensables pour l'émergence des entreprises de type mutualiste sont la nécessité et l'identité collective du groupe cible. La condition de nécessité suppose l'existence d'un besoin réel en matière de financement de la santé au niveau du groupe cible (acteurs des secteurs informel et agricole). Ce besoin existe en raison de la vulnérabilité des populations concernées, c'est-à-dire de leur incapacité à mobiliser des ressources pour faire face aux événements extérieurs défavorables de façon générale et recevoir des soins de santé en particulier. Il provient aussi du coût élevé des soins de santé et des médicaments qui constituent des obstacles à la fréquentation des structures sanitaires. La condition d'identité porte sur les caractéristiques du groupe social à partir duquel les mutuelles sociales se constituent. Une cohésion sociale préalable est nécessaire à la formation de la mutuelle afin que des liens de solidarité nécessaires soient

présents ou se développent. Le groupe social cible doit être de grande taille pour que la mutuelle puisse atteindre des effectifs autorisant une viabilité.

Deux critères peuvent servir de repères : la confiance et la construction d'une solidarité plus large.

4.2.1. Ancrer la consolidation et/ou promotion des mutuelles sociales dans le processus de décentralisation

Il est nécessaire de chercher à construire une solidarité beaucoup plus large que celles existantes actuellement au niveau des petits groupes formant les mutuelles sociales en impliquant les collectivités territoriales appelées à assumer des responsabilités au niveau de la santé notamment les communes. La condition sine qua non d'une telle démarche étant que les autorités communales, provinciales et régionales acceptent et partagent le principe que la formule mutuelle puisse être une solution adaptée à l'accès de leurs populations aux soins de santé. Une telle attitude de ces autorités va dépendre de la profondeur de l'engagement politique de l'Etat lui-même vis-à-vis des mutuelles sociales.

4.2.2. Baser la consolidation et/ou création sur des organisations professionnelles disposant d'un potentiel de croissance

Si cette première étape est franchie, la consolidation va consister, à partir des mutuelles existantes, d'accroître leur base sociale en collaboration avec les autorités communales et en associant les associations locales de développement, les groupements professionnels locaux, les ONG et les associations des ressortissants de la localité concernée situées en zone urbaine ou à l'étranger. L'élargissement de l'échelle des opérations ou de la taille des mutuelles sociales se baserait sur des organisations de la société civile de façon générale, et plus particulièrement sur des organisations professionnelles des secteurs informel et agricole au niveau local (Fédération Nationale des Artisans du Burkina Faso, Fédération Nationale des Cotonculteurs du Burkina Faso, etc.). Les critères de choix étant la qualité de l'organisation et son potentiel croissance et/ou de couverture.

Les associations professionnelles et autres organisations appartenant à la société civile constituent un terreau favorable au développement des mutuelles sociales. Le phénomène associatif est très développé et diversifié. L'émergence de ces associations peut en effet s'interpréter comme des structures à la recherche d'une protection sociale au sens large. L'examen du flux annuel de création d'associations nouvelles sur la période 1960-2000 révèle une accélération du rythme de création à partir de 1990. Les cinq dernières années, entre 1995 et 2000, ont connu une véritable explosion de l'effectif des associations avec la création en moyenne annuelle de 288 associations, soit dix fois plus que durant la décennie 1960-1970 et six fois plus que durant la décennie 1970-1980. En complément de leur objectif premier, ces

associations engendrent de la protection sociale. La protection est multidimensionnelle et couvre la perte de revenu, la mort, la maladie, le déficit alimentaire, etc.

En procédant à une sensibilisation préalable de ces associations et en privilégiant celles qui présentent un bon potentiel de croissance des effectifs futurs de la mutuelle sociale, on pourrait faciliter l'émergence de mutuelles sociales capables d'atteindre des effectifs garantissant un minimum de viabilité. La démarche doit respecter le caractère endogène de la création. Cette approche est en cours de test avec la fédération des artisans du Burkina et l'Union Nationale des producteurs de Coton du Burkina. On le voit, ce sont des structures faitières, qui ont une assise nationale, une cohésion professionnelle et qui sont fonctionnelles avec un fort engagement de l'Etat et des PTF.

La philosophie de la promotion des mutuelles sociales au niveau local doit donc reposer sur une coordination des acteurs de développement intervenant au niveau local. Cela est d'autant plus nécessaire qu'il est apparu qu'un des facteurs freinant l'adhésion des populations est la faiblesse des capacités contributives. Il faut donc accompagner les créations ou consolidations d'une promotion des activités génératrices de revenus et surtout de la confiance. Les consolidations/créations pourraient partir des communes de plein exercice sous la forme d'expérimentation. Evidemment, on fait l'hypothèse que l'offre des soins est disponible et de qualité dans ces communes. Ces expérimentations feront l'objet de capitalisation afin d'isoler les bonnes pratiques pour la promotion des mutuelles.

4.3. Structurer le mouvement en référence l'AMU

La structuration du mouvement est une nécessité dans l'optique de l'AMU. Elle pourrait se faire progressivement en retenant au minimum trois échelles de regroupement : la commune, la et la région.

4.3.1. Mettre en réseaux les expériences existantes au niveau de la commune

La structuration passe à court terme par une mise en réseau des initiatives existantes au niveau de la commune. Chaque structure d'appui pourrait déjà travailler isolément à cette tâche pour ses unités situées dans une même commune. Consolider ce réseau au point d'atteindre une représentativité satisfaisante des catégories socioprofessionnelles pour permettre le choix de représentants communaux. La CCSAM à ce propos suggère la mise en place d'un comité communale regroupant les parties prenantes éventuelles à la promotion ou structuration des mutuelles sociales qui conduirait le processus de mise en place de la mutuelle. Il y a un risque ici que ce comité ne privilégie l'urgence de la création de la mutuelle communale au détriment d'une démarche endogène qui responsabilise et permet aux catégories sociales locales de s'approprier leur mutuelle. Il y a donc ici toute une réflexion méthodologique à faire et des conditionnalités à définir.

4.3.2. Construire progressivement des réseaux et/ou regroupement au niveau régional et national

Une fois la mutuelle communale mise en place, ses rapports avec l'AMU, se fait sur la base d'une convention. Dans laquelle, elle pourrait bénéficier d'un appui financier de la part de la CNAM et en retour, prendre en charge les fonctions d'information et de sensibilisation, celles collecte des cotisations

Au niveau régional l'AMU a prévu la mise en place de Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM). Il serait donc opportun d'envisager la mise en place d'unions régionales des mutuelles sociales. Les expériences réussies de structuration réussie enseignent que la bonne pratique doit partir de la base et tenir compte de la représentativité des catégories sociales ou professionnelles. Ce qui suppose que les regroupements au niveau communal doivent être de qualité. Ce sont ces représentants communaux qui désigneront par la suite les représentants provinciaux, puis ceux régionaux qui défendront leurs intérêts au niveau des Caisses régionales d'assurance maladie.

La structuration au niveau national, pourrait prendre la forme d'une fédération regroupant les différentes unions régionales. Il s'agira de mettre en place une structure ayant une fonction de représentation nationale des mutualistes et capable de défendre leurs intérêts, au niveau de la Caisse nationale d'assurance maladie. Elle a donc une fonction de représentation. Elle vient aussi en appui aux unions régionales pour le renforcement de leurs capacités.

4.4. Renforcer les capacités organisationnelles

L'objectif de renforcement des capacités est d'aider la mutuelle sociale à mieux se gérer, à se professionnaliser. Il a été constaté que le fonctionnement des mutuelles sociales n'est pas accompagné comme il se doit dans l'amélioration de l'organisation, les stratégies, les outils et méthodes de gestion. Il est apparu dans le diagnostic des insuffisances de gouvernance dans les ressources humaines, dans le système de gestion. La viabilité et la pérennisation des activités des mutuelles sociales passent donc par une réduction de ces lacunes. Le renforcement des capacités apparaît comme un des moyens de correction de ces lacunes afin de conférer un bon niveau de professionnalisme. L'objectif de renforcement des capacités inclut les objectifs spécifiques suivants :

- Le renforcement de la gouvernance ;
- Le développement d'une offre d'outils internes de gestion et d'information ;
- Le développement des ressources humaines et la formation ;
- Le développement de partenariats inter- institutionnels.

4.5. Organiser le secteur de la mutualité

La promotion de l'assurance volontaire au travers des mutuelles sociales ne devrait pas être du ressort de l'État au regard de l'histoire du développement coopératif d'une part et de celle des mutuelles de santé. Le développement coopératif enseigne ainsi que la forte présence de l'État au lendemain des indépendances, dans la promotion des coopératives est un des facteurs explicatifs de l'échec du mouvement coopératif. La conséquence de l'intervention de l'État dans la création et le fonctionnement des premières coopératives aura été surtout l'incapacité des populations à s'approprier ces coopératives, ce qui a débouché sur un désintérêt des paysans. Le développement récent des mutuelles sociales, s'il a permis la multiplication d'une diversité d'expériences en cours provient sans doute du retrait de l'État dans leur promotion. Le succès enregistré est redevable surtout aux ONG et aux structures d'appui qui ont construit aujourd'hui une expertise dans le domaine qui ne demande qu'à être capitaliser.

Le secteur des mutuelles sociales dans l'optique de l'implantation de l'AMU pourrait s'organiser et se structurer autour de trois pôles forts parfaitement légitimés et complémentaires :

- L'outil gouvernemental de supervision du secteur, la Direction de la mutualité du Ministère du travail et de la sécurité sociale. Une direction chargée de faire appliquer la réglementation (qui devient une exigence). Elle aura pour fonction la surveillance des mutuelles sociales et la collecte et l'analyse de l'information financière à usage réglementaire et prudentiel de nature confidentielle.
- Une organisation privée de représentation et de défense des intérêts de la profession, constituée des représentants des mutuelles sociales. Elle formerait l'Association des professionnels de la Mutualité assurant la régulation interne du secteur et sa promotion.
- Une agence centrale d'appui au développement de la mutualité, de gestion des outils communs et de définition de la stratégie de développement qui émanerait de l'actuel Cadre de Concertation des Structures d'Appui aux Mutuelles de santé (CCSAM). Elle est indépendante de pouvoirs publics et est l'outil principal du développement des mutuelles.

Une des insuffisances propres à la Direction de la mutualité, porte sur sa faible dotation en ressources. Le renforcement de ses capacités institutionnelles est une priorité qui doit lui permettre de conduire sa mission de supervision avec compétence et efficacité. Les orientations stratégiques concernant l'Association professionnelle portent sur ses rôles et les moyens dont elle devra disposer pour répondre efficacement à l'attente de ses membres et à sa mission de régulation interne. Cinq domaines peuvent être couverts :

- La connaissance du secteur et la circulation de l'information sur les mutuelles,
- La communication sur le secteur,

- Le développement des capacités humaines du secteur,
- La régulation interne de la profession [maîtrise commune des risques liés à l'activité de l'assurance maladie aux ménages à faibles revenus, aide à la constitution et à la présentation des dossiers d'agrément etc.],
- La défense des intérêts de la profession au plan national et international.

L'Agence centrale d'appui au développement de la mutualité s'inscrit dans la problématique de la consolidation, de l'extension de l'assurance volontaire par la mise en place de nouvelles mutuelles et de la structuration verticale sous forme d'unions régionales et de fédération nationale. Pour ce faire, une capitalisation des outils et méthodes d'intervention auprès des mutuelles sociales est nécessaire. Il faut arriver à une harmonisation des méthodologies et des outils dans le but de faciliter les interventions.

4.6. Le rôle de l'Etat

L'Etat devrait travailler à créer un environnement propice au développement des mutuelles sociales au Burkina Faso. Pour ce faire, il devrait :

- Rendre effectif le cadre réglementaire spécifique aux mutuelles sociales ; L'AMU est l'opportunité que pourrait saisir les autorités pour montrer leur réel engagement politique en promulguant la loi spécifique pour l'encadrement de la mutualité sans laquelle toute promotion s'avère difficile. L'AMU oblige d'ailleurs à aller dans ce sens pour préciser les droits et les obligations. Ce cadre spécifique devrait situer sur l'intervention des institutions de microfinance dans le domaine du risque maladie
- Rendre l'offre des soins et les MEG disponibles en quantité et en qualité pour les mutuelles en création ou celles en extension ;
- Développer une synergie d'action entre les directions des ministères s'occupant des questions de santé et de mutualité
- Renforcer les capacités des mutuelles dans le domaine des compétences en prévoyant des formations continues ou non dans le domaine de la gestion des mutuelles ;
- Prendre en charge les opérations d'information et de sensibilisation ;
- Afficher une volonté politique de promotion de l'assurance maladie proche de celle qui a été à l'origine de la lutte contre le VIH SIDA afin que la population mesure toute l'importance accordée à la question de l'accessibilité aux soins de santé ;
- Mettre à contribution son autorité dans le processus de contractualisation entre
- Prévoir un mécanisme de fixation et de contrôle des tarifs ou des coûts au niveau des prestataires pour faciliter l'accès aux prestations et éviter que l'appartenance à une assurance maladie ne soit pas une cause d'escalade des coûts ;

- Mettre en place un organisme autonome de promotion des mutuelles sociales ; Pr
- évoir des subventions pour appuyer la consolidation et l'extension de la mutualité. Un appui financier direct de l'état sera nécessaire pour soutenir l'extension et /ou la consolidation de l'existant au niveau de mutuelles sous formes de subventions. Il revient à l'Etat aussi de prendre en charge les activités de sensibilisation, information-communication, de renforcement de compétences nécessaires pour améliorer la connaissance des populations.

4.7. Le rôle des structures d'appui

Les structures d'appui doivent travailler à capitaliser les expériences, les bonnes pratiques dans le domaine de la mutualité et à harmoniser les outils et les méthodes d'intervention pour consolider les acquis et accroître l'efficacité des actions. Cela suppose une concertation permanente et un renforcement des capacités du CCSAM.

Dans l'optique de l'AMU, le CCSAM devrait travailler à décloisonner leurs interventions pour aller vers une couverture de l'étendue du territoire. Dans cette perspective il pourrait être érigé en une sorte d'agence privée d'appui au développement de la mutualité, de gestion des outils communs et de définition de la stratégie de promotion.

4.8. Le positionnement des mutuelles sociales vis-à-vis du paquet minimum

La majorité des mutuelles offre des garanties incomplètes en raison même de la modicité de la cotisation. Elle se concentre sur la couverture du petit risque accompagnée de la prise en charge des MEG, des soins de maternités et de la petite chirurgie. L'activité de prise en charge ne concerne que les centres de santé publics.

Si le paquet minimum qui va être défini se limite aussi aux soins de premier niveau, alors c'est son coût qui va définir la place de la majorité des mutuelles sociales. A paquet égal avec une contribution faible la majorité des mutuelles risquent de n'être que des intermédiaires prenant en charge le paquet officiel. De même que si le paquet officiel offre plus de garanties et à moindre cotisation.

Par contre si le paquet minimal officiel couvre les petits et quelques risques moyens au second niveau, il donne l'opportunité aux mutuelles sociales situées en zones urbaines de gérer non seulement le paquet officiel mais d'offrir en plus un paquet complémentaire.

Si les travailleurs des secteurs formels relèvent de l'AMO, alors les mutuelles professionnelles en particulier disposent d'une grande marge de manœuvre pour offrir à leurs adhérents des paquets complémentaires au paquet minimal.

CONCLUSION

Dans la perspective de mise en place de l'AMU, la mutuelle sociale est l'outil pour l'extension de l'assurance maladie volontaire en raison de la proximité qu'elle permet de développer avec les mutualistes potentiels. Proximité dans l'expression des besoins, proximité sociale. Elle permet une meilleure professionnalisation dans l'extension de l'assurance maladie.

Les mutuelles de santé ont développé au fil des ans une expertise dans le domaine de la sensibilisation et de l'information. Elles peuvent donc assumer les fonctions d'information prévues dans le cadre de l'AMU.

Elles ont une proximité avec les usagers qui est telle qu'elles peuvent assumer les fonctions techniques de gestion des affiliations et du recouvrement des cotisations.

Cependant au regard du contexte de pauvreté tant au niveau macroéconomique que microéconomique, et à court et moyen terme les mutuelles sociales restent les outils adaptés pour le développement de l'assurance volontaire surtout dans les zones rurales et dans le secteur informel. Elles sont les vecteurs par lesquels on peut progressivement diffuser la culture de la mutualisation des risques, solvabiliser la demande, établir un dialogue entre offre de soins et la demande pour une plus grande efficacité.

Cependant le processus d'extension doit être progressif, respecter le caractère endogène de la création et garantir l'appropriation par les populations de base de leurs mutuelles. L'articulation avec l'AMU, exige une structuration verticale du mouvement afin de faire émerger des organisations faitières de représentation et de défenses des intérêts dans les différents organes prévus par l'AMU au niveau régional et national

Entre les mutuelles de bases et les différentes structures de l'AMU, pourrait s'établir des contrats définissant les droits et devoirs de chaque partie prenante.

Sur le plan des prestations, en fonction de leur capacité de mobilisation des ressources financières, les mutuelles pourraient offrir des paquets complémentaires suivant les besoins de leurs membres

BIBLIOGRAPHIE

Atim C. (1996) **Vers une meilleure santé en Afrique**», Etude comparée du financement communautaire et de la mutualité, WSM/ANMC, 1996.

Atim C., Diop F., Evrad D., Marcadent P., Massiot N.(1998) : **Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : résumé de la synthèse et des études de cas**, BIT-ANMC, 1998.

Boyer S. et Al (2000) : le risque maladie dans les assurances sociales :Bilan et perspectives dans les PVD ; Ministère des affaires étrangères ; France

Burkina Faso(2011) : SCADD du Burkina 2011-2015, Ouagadougou

Banque mondiale (2003): **Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté** ; Banque mondiale Washington DC.

Bénédicte Fonteneau (2000) : **L'émergence de pratiques sociales en matière de financement de la santé au Burkina Faso**

Bénédicte Fonteneau (2000) : **L'émergence de pratiques sociales en matière de financement de la santé au Burkina Faso, phase II : enseignements, recommandations et données relatives aux démarches d'appui** » ; HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.

BIT-ACOPAM-ANMC (1996), Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants , BIT,

Brousseau E.(1993), **L'Economie des contrats - Technologie de l'Information et coordination interentreprise**; PUF, Economie en Liberté.

Defourny J. (1999): **L'économie sociale au Nord et au Sud**. Edit. De Boeck Université, coll. Jalons, Ouvertures Economiques, Bruxelles, 278p.

Defourny J. (1990) **Démocratie coopérative et efficacité économique-La performance comparée des SCOP françaises**- Editions Ouvertures Economiques, série Jalons.

Desroche H. (1976) :**Le projet Coopératif**; les Editions Ouvrières; Paris 457p.

Esman M.J.,Uphoff N.T (1982) **Local Organization and Rural Development** :The the Art of State; Ithca Cornell University.

Esman M.J.,Uphoff N.T (1984): **Local Organizations-Intermediaries in rural development**-Ithca Cornell University.

FNMF et le CIDR (2001) : Rôle des organisations de la société civile (OSC) dans la diffusion de l'AMU dans les régions Centre et Centre Nord ; Ouagadougou

Gentil D. (1979) : **Les Pratiques Coopératives en Milieu Rural Africain**; Sherbrooke, Canada; CEDEC

Gentil D.(1986) : **Les mouvements coopératifs en Afrique de l'Ouest : intervention de l'Etat ou organisations paysannes?** Editions L'Harmattan, Paris 1986.

Haddad S. et al (2004) :Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso ; **Revue SANTÉ, SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ N° 2, Canada**

INSD (2007) Tableau de bord social du Burkina Faso 2006; Ouagadougou

INSD (2010) Tableau de bord social du Burkina Faso 2009; Ouagadougou

INSD (2010) : Comptes nationaux de la sante années 2007 et 2008 ; Ouagadougou

INSD (2006) : Construction des comptes nationaux de la sante pour 2004 :additif au rapport sur les travaux effectués de mai à novembre 2005

INSD (2010 ,) : Annuaire statistiques ; Ouagadougou

KAGAMBEGA M (2010) : L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires ; Tjèse de Doctorat ; Université Bordeaux2 ; France

Ministère de l'Economie des finances (2000) : profil et évolution de la pauvreté au Burkina Faso, première édition, INSD

Ministère de la santé (2003) : Programme national d'assurance qualité en sante ; Ouagadougou

Ministère de la santé (2003) : Document de base de la table ronde des bailleurs de fonds du PNDS 2001-2010 ; Ouagadougou

Ministère de la santé (2005) : rapport d'étude sur les schémas de financement communautaires de la santé au Burkina Faso ; Ouagadougou

Ministère de la santé (2010) : Mesurer les prix, la disponibilité, L'accessibilité financière et les Composantes tdes prix des Médicaments au Burkina Faso

NØGUESSAN Coffie Francis José (2006) : Contribution des ménages ruraux au financement de l'assurance maladie universelle en cote d'ivoire: une analyse a partir du modèle Tobit censure ; **CIRES**, Papier Présenté à la conférence AED, Paris, Septembre 2006

OMS Afrique (2009) : Stratégies de coopération avec les pays 2010-2015 : Burkina Faso,

ONU (2004) : Assurance-maladie universelle, rapport du secrétariat, CES 114ème session. Washington, USA.

Soulama S. (1992), **Performances économiques et sociales, dynamique des Organisations Coopératives et de Type Coopératif (OCTC) au Burkina Faso**;CEDRES, Laboratoire d'Etudes Micro- économiques, Document de Travail N°3, 237 p; Université de Ouagadougou.

Soulama S.et ZETT JB (2002) **Economie des Organisations Coopératives et de Type Coopératif**; CEDRES-Editions, collection Théories économiques et manuels de cours, Université de Ouagadougou.

Soulama S. (2000), **Micro-finance, pauvreté et développement économique**. Groupe d'Etudes et de Recherches sur l'Economie des Organisations et des Institutions, CEDRES, Université de Ouagadougou. Document de Travail, Série N°DT-04/00.

Sylvie Boyer et al : **Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD**, Ministère des Affaires Etrangères, 2001, France.

ZETT Jean Baptiste (1996) :**Analyse de l'efficacité économique e l'entreprise detype coopératif : Cas des marchés autogérés de coton** ; Thèse dedoctorat 3^{ème} cycle

ZETT Jean Baptiste (2000) : **Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso** ; dans Banque de données sur les mutuelles de santé et de leurs structures d'appui : travaux de recherche dans onze pays de l'Afrique de l'ouest et du centre ; par concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique

ANNEXE - CARTOGRAPHIE REGIONALE

Boucle

Mutuelle de santé #N/A	Système de partage des	Nayala	Toma	Toma	Décembre	1999
Mutuelle de santé #N/A	Système de partage des	Nayala	Yaba	Biba	Décembre	2001
Mutuelle #N/A	Mutuelle de santé	Mouhoun	Bondoukuy	Bondoukuy	Avril	2009
Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Les Banwa	Solenzo	Daboura	Octobre	2009
Mutuelle des #N/A	Mutuelle de santé	Les Banwa	Tansila	Tansila	Février	2004
Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Kossi	Nouna	Dembo	Janvier	2007
Mutuelle de partage de Mutuelle de santé #N/A	Système de partage des	Sourou	Tougan	Tougan		
	Système de partage des	Nayala	Yé	Saoura	Mars	2002
Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Mouhoun	Bondoukuy	Koumana	Mars	2005

Cascad

SIE Mogosse de #N/A	Mutuelle de santé	Léraba	Loumana	Kangoura	Janvier	2003
DJIGUIYA	Caisse de solidarité	Léraba	Loumana	Kokora	Mars 2005	
Kokoma Kogodjan #N/A	Mutuelle de santé	Léraba	Loumana	Kangoura	Janvier	2003
Faso Lombé #N/A	Mutuelle de santé	Léraba	Loumana	Kangoura	Janvier	2005
Benkadi Wan Wouna #N/A	Système de partage des	Léraba	Loumana	Niansogoni		
Mutuelle de santé du	Mutuelle de santé	Léraba	Loumana	Kangoura	Janvier	2004

#N/A							
SINIGNASSIGUI	Caisse de solidarité	Léraba	Loumana	Baguéra	Janvier	2003	
#N/A							
Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Système de partage des	Léraba	Dakoro	Dakoro	Octobre	2003	
Mutuelle de santé de #N/A	Caisse de solidarité	Léraba	Wolokonto	Malon	Janvier	2007	
Mutuelle de santé #N/A	Système de partage des	Comoé	Banfora	Banfora	Avril	2004	
Binkadi de Kakoro #N/A	Mutuelle de santé	Léraba	Loumana	Kangoura	Janvier	2003	
Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Léraba	Dakoro	Kasseguera	Avril	2001	

Centre

Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2003
Mutuelle de l'ONATEL #N/A	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Ao t	1990
Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mars	2000

jeudi 17 novembre 2011

Pag

REGION FONCTIONNALI	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION	
	Mutuelle CSC Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juillet	2004
	Mutuelle des Mutuelle de santé Song #N/A	Mutuelle Professionnelle Mutuelle de santé	Kadiogo	Ouagadougou Komsilga	Ouagadougou Komsilga	Janvier 2003 Novembre	2005
	Mutuelle des forces #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo			Juin	2006
	Mutuel des agents de la Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2000
	Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Février	2004
	Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	1996
	Mutuelle du personnel Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2006
	Mutuelle de la police Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Février	2006
	Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juillet	2003
	Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Avril	1996
	Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2008
	Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2000
	Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mars	1994
	Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juillet	2008
	Mutuelle du personnel Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juin	2008

Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Avril	2001
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2001
Way tid Bao Laafi #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Pabré	Pabré	Juin	2004
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2008
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	2001
Mutuelle des agents Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Avril	2004
Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Février	2004
Mutuelle des agents du Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Septembre	2002
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	1990
Mutuelle des agents du Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juin	1991
Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mars	1997
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Mars	2007
Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Janvier	1957
Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juin	2003
Mutuelle ECOBANK Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juin	2006

jeudi 17 novembre 2011

Page

REGION FONCTIONNALI	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION	
	Laafi la viim #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Sané	Juillet	2010
	Na Kenb Zanga #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Zékounga	Septembre	2010
	Laafi La Yondo #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Bazoulé	Juillet	2010
	Laafi Songr Waya de #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo		Koubri	Novembre	2003
	Mutuelle des Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juillet	2009
	Laafi La Bumbu #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Dassouri	Septembre	2010
	Song-taaba laafi de #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Komki-Ipala	Komki Ipala	07 Février	2004
	Kogl Zanga #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Koudière	Juin	2010
	Laafi Sore Baoba #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Lougsi	Juin	2010
	Laafi Nooma #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Doundoulma	Juin	2010
	Mutuelle de santé #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Juin	2006
	Nakogl Zanga #N/A	Système de partage des	Kadiogo	Tanghin Dassouri	Yimdi	Juillet	2010
	Laafi Soangda du #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou		
	Mutuelle de santé laafi #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Saaba	Saaba	Novembre	2003
	Laafi Béologo #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Décembre	2008
	Union des mutuelles de #N/A	Mutuelle de santé	Kadiogo	Ouagadougou	Ouagadougou	Novembre	2009

Centre-

SUGR-NOOMA #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou		Benna	janvier	
Association Fangnoré Fonctionnelle	Système de partage des	Koulpeleogo		Ouargaye	Mars	2003
LAAFI YINTA #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Niaogho	Niaogho	Janvier	2008
LAAFI YINTA #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Komtoèga	Komtoèga	Janvier	2008
SONGTAABA #N/A	Mutuelle de santé	Koupléogho	LALGAYE	Lalgaye	Janvier	2008
LAAFI LA BUMBU #N/A	Mutuelle de santé	Koupléogho	Sangha	Yurga	Janvier	2008
TEELTAABLAFI #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Bissiga	Bissiga	janvier	
NAMANEGZANGA #N/A	Mutuelle de santé	Koupléogho	Sangha	Sangha	Janvier	2008
KOUBOLEM #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Garango	Zigla koulpélé	Janvier	2008
KO KOUMA #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Boussouma	Boussouma	Janvier	2008
SUGR NOOMA #N/A	Mutuelle de santé	Koupléogho	Yondé	Salambaoré	Janvier	2008
Mutuelle sociale de #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou	Garango	Lergho	Janvier	2008
TEEL TAABA #N/A	Mutuelle de santé	Koupléogho	Dourtenga	Dourtenga	Janvier	2008
Song Taaba #N/A	Mutuelle de santé	Boulgou		Tenkodogo	janvier	2008

jeudi 17 novembre 2011

Pag

REGION FONCTIONNELLE	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION
	Nayolsba Fonctionnelle	Système de partage des	Kouritenga	Koupela		Juin 2002
	Mutuelle des agents de Fonctionnelle	Mutuelle Professionnelle	Boulgou	Tenkodogo	Tenkodogo	Février 2009
	Laafi La Bumbu Fonctionnelle	Système de partage des	Kouritenga		Pouytenga	Janvier 2000
	Laafi Nooma Fonctionnelle	Mutuelle de santé			Gounghin	
	LERE LAAFI BOLEM Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Boulgou	Zabré	Zabré	Avril 2001
Centre-						
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Caisse de solidarité	Sanmatenga	Boussouma	Guilla	Janvier 2000
	Pang la Wendé Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Bam	Kongoussi	Rollo	Février 2010
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Korsimoro	Baskoudré	Janvier 2000
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Barsalogo	Basma	Janvier 2006
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Namentenga	Niega	Niega	Mai 2001
	BEOG LAAFI Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Bam	Rollo	Rollo	Jnavier 2010
	Mutuelle de Santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Namentenga	Dargo	Dargo	Novembre 2005
	Mutuelle de saanté de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Boussouma	Sughin	Janvier 2002
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Korsimoro	Korsimoro	Décembre 2000
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Mane	Bendogo	Novembre 2005

Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Boussouma	Boussouma	Janvier	2005
Union des mutuelle du	Mutuelle de santé	Bam	Kongoussi	Kongoussi		
Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Korsimoro	Sanrgho	Décembre	2000
Laafi nomma Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Bam	Zimtenga	Zimtenga	janvier	1997
Mutuelle de santé du Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Kaya	Kaya	Novembre	2004
Laafi la bumbou Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Bam	Kongoussi	Kongoussi	Mai	1997
Laafi la BAORE Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Bam	Sabcé	Sabcé	Janvier	1997

Centre-

Micro-assurance Santé Non	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Koudougou	Nayalgué	Mai	2006
Mutuelle de santé de la Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Poa	Poa	Juin	2007
Mutuelle de santé Faan Non	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Sabou	Sabou	Janvier	2001
Mutuelle de santé Non	Mutuelle de santé	Sanguié	Kyon	Kyon	Novembre	2006
Mutuelle des Non	Mutuelle Professionnelle	Boukiemdé	Thyou	Thyou	Janvier	2008
Laafi Baouré Non	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Koudougou	Saria	Janvier	2003
Mutuelle de santé Sana Non	Mutuelle de santé	Sanguié	Tenado	Tenado	Octobre	2010

REGION FONCTIONNAL	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION	
	Mutuelle de santé Non	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Sourgou	Sourgou	Janvier	2002
	Mutuelle de santé Song Non	Mutuelle de santé	Boukiemdé	Thyou	Thyou	Octobre	2001
Centre-							
	Mutuelle de santé	Mutuelle de santé	Nahouri	Zecco	Arrobissi	Janvier	2009
	Mutuelle de santé	Mutuelle de santé	Nahouri	Ziou	Youka	Juin	2009
	KOAGENDBZANGA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Manga	Skoulga	janvier	
	Yazoura Niméré Non	Mutuelle de santé	Nahouri	Pé	Pé	Janvier	2004
	NONGTAABA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Bendé	Ka bo	Janvier	2008
	WEND PANGA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	BERE	Béré	Janvier	
	ZEMSTAABA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Gogo	Gogo	janvier	2008
	MANEGDBZANGA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Manga	Zigla	janvier	
	SONGTAABA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Gogo	Kiougou	janvier	
	Mutuelle de santé #N/A	Mutuelle de santé	Nahouri	Tiébélé	Tiébélé	Janvier	2009
	Mutuelle de santé	Mutuelle de santé	Nahouri	Guiaro	Guiaro	Mars	2009
	Mutuelle sociale du #N/A	Mutuelle de santé	Bazèga	Kombissiri	Kombissiri	Février	2008
	Mutuelle communale #N/A	Mutuelle de santé	Nahouri	Pé	Pé	Ao t	2009
	DAKUPA #N/A	Mutuelle de santé	Zoundwéogo	Gomboussougou	Dendéogo	Janvier	2008

Est

Laafi Taanli Non	Mutuelle de santé	Gourma	Fada	Fada	Janvier	1999
Association TODYAABA Fonctionnelle	Système de partage des	Kompienga	Pama	Pama	Mars	2006
TODYABA Fonctionnelle	Système de partage des	Tapoa	Diapaga	Diapaga	Juin	2001
Association solidarité Fonctionnelle	Système de partage des	Gnagnan	Bogandé	Bogandé	Janvier	2002
Association solidarité Fonctionnelle	Système de partage des	Gourma	Fada	Fada	Février	2006
Laafi No Non	Mutuelle de santé			Pouytenga		
Mutuelle de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Gourma	Diabo	Lantaogo	Mars	1999
Hauts-						
Mtuelle sanitaire de Non	Système de	Tuy	Bekuy	Bekuy		
Mutuelle de santé des #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Karangasso Sambla	Karangasso Sambla	Novembre	2006
Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		N'Gorlani	Janvier 2009	
Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Houdé	Bouahoun	janvier	1992
Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Kangala	Janvier 200	

jeudi 17 novembre 2011

Pag

REGION FONCTIONNAL	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION	
	Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Boni	Boni	Janvier	1997
	DEME-BOLO Non	Mutuelle de santé	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Avril	2005
	Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Houndé	Boueré	Janvier	1997
	Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Koumbia	Koumbia	Janvier	1997
	Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Bereba	Maro	Janvier	2004
	Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Koumbia	P	Janvier	1997
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Diéri	Janvier 2011	
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé					
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Fara	Février 2009	
	Mutuelle Keneya Sira #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Mai	2004
	Mutuelle	Mutuelle Professionnelle	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso		
	Mutuelle	Mutuelle Professionnelle	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso		
	Mutuelle	Mutuelle Professionnelle	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso		
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Kourouma		
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Sérekeni		
	Mutuelle de santé des #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Peni	Peni	Décembre	2009
	Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Kenedougou		Banzon		
	Mutuelle	Mutuelle Professionnelle	Houet		Bobo Dioulasso		
	Mutuelle de santé de	Mutuelle de santé	Kenedougou		Djigouera	Septembre 2005	
	Mutuelle de santé de #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Lèna		Décembre	2004

Mutuelle de santé #N/A	Mutuelle de santé	Houet		Karangasso Vigué	Octobre	2005
Mutuelle sanitaire de Fonctionnelle	Système de	Tuy	Koumbia	Gombélé Dougou	Janvier	2003
Mutuelle de santé #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Ao t	1992
MDS Ste famille de	Mutuelle de santé	Houet	Bobo Dioulasso	Bobo Dioulasso	Septembre 1985	
Mutuelle de santé des #N/A	Mutuelle de santé	Houet	Satiri	Satiri	Novembre	2010

Nord

Mutuelle de Bokin Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Bokin	Janvier	2002
Mutuelle de santé de Non	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Tema	janvier	2006
Mutuelle de santé de Non	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Sarma	Janvier	2001
Mutuelle de santé Laafi Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Zandoma	Gourcy	Gourcy	janvier	2005
Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Bakouya	Janvier	2006

jeudi 17 novembre 2011

Page

REGION FONCTIONNALI	DENOMINATION	TYPE DE MUTUELLE	PROVINCE	DEPARTEMENT	VILLE/VILLAGE	DATE DE CREATION	
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Boré	Janvier	2002
	Mutuelle de santé de Non	Mutuelle de santé	Passoré	Bokin	Guila	Janvier	2006
Centre-Nord							
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Sanmatenga	Mane	Nakombgo	Mai	2002
Plateau							
	Laafi La Buumb Fonctionnelle	Système de	Kourwéogo	Laye	Laye	Avril	2003
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Kourwéogo		Niou		
	Laafi Nooma Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Kourwéogo	Sourgoubila	Sourgoubila	Mars	2003
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Kourwéogo	Boussé	Boussé	Novembre	2003
	Mutuelle de santé de Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Kourwéogo	Niou	Toaghin	Mai	2003
	Laafi Soul Wend panga Fonctionnelle	Mutuelle de santé	Oubritenga	Zitenga	Zitenga	Juillet	2004

jeudi 17 novembre 2011