



CESAG

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE

3ème promotion



Mémoire de fin d'études
THEME

**Étude de faisabilité de
L'ASSURANCE MALADIE SOCIALE
Au sein des Forces Armées Nationales du Burkina Faso**



Sous la direction de:

Dr. Chris ATIM
Économiste de la santé

Dr. Mamadou Alpha BAH
Statisticien

Présenté et soutenu par:

Dr. Dominique ZOURE
Médecin-militaire

M0018DSES02

2

avril 2002



TABLES DES MATIERES



DEDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS.....	vi
ABREVIATION, SYMBOLES ET ACRONYMES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES SCHEMAS ET DES GRAPHIQUES.....	ix

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 3

CADRE DE L'ETUDE 3

I.1) CARACTERISTIQUES GENERALES DU BURKINA FASO.....	3
I.1.1) Situation géographique.....	3
I.1.2) Organisation politico-administrative.....	3
I.1.3) Situation économique.....	3
I.1.4) Situation sanitaire.....	4
I.1.5) Situation démographique.....	5
I.2) L'ARMEE NATIONALE.....	5
I.2.1) Structure de l'armée burkinabé.....	6
I.2.2) Les ressources humaines.....	6
I.2.3) Caractéristiques sanitaires.....	7
I.2.4) Le service de santé des armées.....	8

CHAPITRE 2 9

DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE..... 9

II.1) IMPORTANCE DU PROBLEME.....	9
II.2) OBJECTIF de L'ETUDE.....	10
II.3) DEFINITION des CONCEPTS.....	10
II.4) UTILISATEURS de L'ETUDE.....	11

CHAPITRE 3 12

ETAT DES CONNAISSANCES 12

III.1) OBJECTIFS STRATEGIES et CONTRAINTES d'une ASSURANCE MALADIE SOCIALE.....	12
III.2) ANALYSE d'un MODELE de MISE EN ŒUVRE d'une A.M.O.....	12
III.2.1) Les contraintes de l'assurance maladie en France.....	13
III.2.1.1) l'escalade des coûts.....	13
III.2.1.2) Les déterminants de l'escalade des coûts.....	13
III.2.1.3) Les déterminants du risque moral.....	13
III.2.1.4) Les déterminants de l'attitude des gestionnaires.....	14
III.2.2) Quelques omissions du modèle d'analyse.....	18
III.2.2.1) Le rôle joué par le contexte économique et social.....	18
III.2.2.2) La triade prime prestation adhésion.....	20

CHAPITRE 4 25

MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES	25
IV.1) Le CADRE CONCEPTUEL	25
IV.2) QUESTIONS DE RECHERCHE	29
IV.2.1) question générale de recherche	29
IV.2.2) questions spécifiques de recherche	29
CHAPITRE 5	30
STRATEGIE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE.....	30
(PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE)	30
V.1) LA POPULATION d'ETUDE	30
V.1.1) Population cible	30
V.1.2) Echantillon	30
V.1.3) Méthode sondage	31
V.2) DEFINITION des VARIABLES	31
V.2.1) Les variables du contexte	31
V.2.2) Variables liées à l'unité statistique	32
V.2.2.1) Les variables d'état	32
V.2.2.2) Les variables comportementales	34
V.2.3) méthodes de collecte des données	34
V.2.3.1) La recherche documentaire	35
V.2.3.2) L'enquête quantitative	35
V.2.3.3) Les entretiens semi-dirigés	35
V.2.4) Analyse des données	36
CHAPITRE.6	37
RESULTATS : ANALYSES ET DISCUSSION.....	37
VI.1) POPULATION D'ETUDE.....	37
VI.1.1) Structure de la population des enquêtés.....	37
VI.1.1.1) Structure de l'échantillon selon le grade.....	37
VI.1.1.2) Structure de l'échantillon selon le statut matrimonial	38
VI.1.1.3) Structure de l'échantillon selon l'âge	38
VI.2) Les VARIABLES du CONTEXTE	39
VI.2.1) La situation sanitaire.....	39
VI.2.2) le cadre législatif.....	40
VI.2.3) Le besoin de financement.....	41
VI.2.3.1) Les crédits pour raisons de santé	41
VI.2.3.2) Les dépenses publiques de santé par militaires.....	41
VI.2.4) Le revenu des futurs adhérents potentiels.....	42
VI.3) Les VARIABLES RECUEILLIES sur L'UNITE STATISTIQUE	42
VI.3.1) Les variables d'état.....	42
VI.3.1.1) La morbidité	42
VI.3.1.2) L'inaccessibilité financière	43
VI.3.1.3) L'esprit de solidarité	46
VI.3.1.4) La dépense de santé par individu et par an	48
VI.3.1.5) L'impact psychologique des mouvements associatifs antérieurs.....	51
VI.3.2) variables de comportement.....	52
VI.3.2.1) L'intention d'adhésion.....	52
VI.3.2.2) Les déterminants de l'adhésion	53
VI.3.2.3) le risque moral de l'adhérent	70
VI.4) Les VARIABLES LIEES au FONCTIONNEMENT de la MUTUELLE	71
VI.4.1) Prime- prestations – adhésion.....	71

VI.4.2) La gestion démocratique.....	75
VI.4.3) Les autres ressources	76
VI.4.4) L'équité d'utilisation	78
VI.4.5) La gestion du portefeuille des risques	78
VI.4.6) Le personnel bénévole	81
VI.5) VARIABLES liées aux STRUCTURES de SANTE.....	81
VI.5.1) la qualité des soins.....	81
VI.5.2) L'efficacité allocative	82
<u>VII) SYNTHESE DES RESULTATS</u>	83
<u>CONCLUSION</u>	85
<u>RECOMMANDATIONS</u>	86
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	89
<u>REVUES</u>	90
ANNEXE II	95
ANNEXE III	96
.....	96
<u>REMERCIEMENTS</u>	VI
<u>ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES</u>	VII

DEDICACES

Pour la Patrie, la Science et l'Humanité⁴⁶

CESAG - BIBLIOTHEQUE

⁴⁶ Devise du Service de Santé des Armées du Burkina Faso

A NANI
(Bissalo Elena Eunice ZOURE)

Que tu puisses acquérir le sens de l'effort de ton père
...puisque tu as le charme de ta mère

Bisous à Maman pour moi

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Directeur de L'Institut Supérieur de Santé

A Madame la Sous-Directrice de l'ISS et son personnel

A monsieur Hervé LAFARGE professeur à l'université Paris Dauphine

A Monsieur Chris ATIM, docteur en économie de la santé, conseiller régional du PHR pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

A Monsieur Mamadou Alpha BAH, docteur en statistique, enseignant associé au CESAG

A Monsieur le Chef d'Etat Major Général des Armées du Sénégal

A Monsieur le médecin-colonel Cheikh DIAGNE, Directeur du Service de Santé des Armées du Sénégal

A monsieur le Lieutenant-colonel Daouda DIENE, Directeur du CHU de Fann

ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES

% : pourcentage

CES : Caisse Epargne Santé

CFA : Communauté Financière Africaine

CNRPS : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

DCSSA : Direction Centrale du Service de Santé des Armées

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IPM : Institution de prévoyance Maladie

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MDR : Militaires Du Rang

O : Officier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PIB : Produit Intérieur Brut

PNB : Produit National Brut

PNUD : Programme des Nations Unis Pour le Développement

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e

SO : Sous-Officier

STEP : Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

VIH : Virus de l'Immunodéficienc e Humaine

LISTES DES TABLEAUX

<u>Tableau n°1 : répartition des enquêtés selon le statut matrimonial</u>	38
<u>Tableau n° 2 : fréquence de la solidarité dans l'armée</u>	46
<u>Tableau n° 3 : fréquence des opinions sur la suppression de la CES</u>	51
<u>Tableau n° 4 : répartition des 413 enquêtés selon leur opinion sur la CES et leur intention d'adhésion</u>	53
<u>Tableau n°5 : répartition des 413 enquêtés selon la disposition à adhérer à la mutuelle et l'armée</u>	55
<u>Tableau n° 6 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et l'armée</u>	55
<u>Tableau n° 7 : répartition des 413 enquêtés selon le souvenir qu'ils ont de la CES et l'armée</u>	56
<u>Tableau n°8 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et l'attitude face à la mutuelle</u> .	57
<u>Tableau n° 9 : analyse stratifiée accessibilité financière/ favorable à la mutuelle / souvenir de la CES</u>	58
<u>Tableau n° 10 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et le grade</u>	58
<u>Tableau n° 11 : répartition des 413 enquêtés selon l'intention d'adhésion et le grade</u>	59
<u>Tableau n°12 : analyse stratifiée accessibilité financière/ favorable à la mutuelle/ grade</u>	59
<u>Tableau n°13 : corrélation entre l'accessibilité financière et le fait d'être favorable à la mutuelle dans la strate des MDR</u>	59
<u>Tableau n°14 : répartition des 413 enquêtés selon le statut matrimonial et l'accessibilité financière</u>	61
<u>Tableau n° 15 : répartition des 413 enquêtés selon le fait d'avoir bénéficié de la solidarité d'un militaire et l'intention d'adhésion à la mutuelle</u>	63
<u>Tableau n°16 : mobilisation annuelle des ressources en fonction de la prime (10000 militaires)</u>	68
<u>Tableau n° 17 : taux de prise en charge en fonction de la prime</u>	71
<u>QUESTIONNAIRE D'ENQUETE</u>	91

LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES

<u>Schéma n° 1 : arbre à problème de l'assurance maladie en France</u>	15
<u>Graphique n° 1: taux de pénétration en fonction de la prime</u>	22
<u>Graphique n°2 : mobilisation des ressources en fonction de la prime</u>	24
<u>Schéma n°2 : cadre conceptuel (page N+1)</u>	27
<u>Graphique n°3 : histogramme des âges des 413 enquêtés</u>	39
<u>Graphique n°4: les motifs de non consultation</u>	45
<u>Graphique n°5 : solutions à l'inaccessibilité financière aux soins</u>	45
<u>Graphique n°6 : manifestation de solidarité envers le malade</u>	47
<u>Graphique n°7 :courbe d'évolution des consultations pendant l'année 2001 dans quatre centres médicaux militaires</u>	49
<u>Graphique n° 8 : dépense de santé selon le grade</u>	50
<u>Graphique n°9: courbe de demande d'adhésion en fonction de la prime</u>	67
<u>Graphique n°10 : courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime</u>	68
<u>Graphique n° 11 : histogramme des propositions de primes</u>	70
<u>Graphique n° 12 : actes médicaux inaccessibles</u>	73
<u>Graphique n° 13 : natures des prestations demandées par les futurs adhérents</u>	73

INTRODUCTION

Le lien entre le financement de la santé et l'accès à des soins de qualité n'est plus à démontrer. Au Burkina Faso, dans le village de Bouahoun, zone de culture cotonnière, NACOULMA faisait le constat que plus on s'éloignait des périodes de récoltes, moins les populations fréquentaient le centre de santé, parce que les ressources s'amenuisaient¹.

Citant le rapport de la Banque Mondiale de 1988 sur le développement dans le monde, Marie Odile WATY rapportait le constat selon lequel, après une décennie d'expansion des services de santé de 1970 à 1980, on a assisté à une diminution des dépenses publiques de santé de 7 à 4%, baisse plus marquée par l'inflation et la croissance démographique, d'où une diminution en terme réel des dépenses publiques de santé par habitant². HSIAO lors de l'atelier d'Abidjan en février 2002 confirme cette tendance³. En effet, le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) en obligeant les Etats à réduire leurs dépenses publiques a provoqué une « migration » des ressources des secteurs sociaux vers les secteurs dits productifs. L'impact sur la fréquentation des centres de santé et partant sur les indicateurs de santé fut immédiat. Selon WATY, au Sénégal, le nombre de consultations a diminué de 35.8% entre 1978 et 1986 alors que la population a augmenté de 25% pendant la même période.

Avec le désengagement partiel de l'Etat, la réflexion se devait d'être menée sur la recherche de solutions alternatives. Au Burkina Faso, le premier symposium sur la recherche nationale essentielle en santé tenu en 1997, dans la logique de ALMA ATA et de l'Initiative de BAMAKO réaffirmait la nécessité d'une réforme des politiques et des systèmes de santé qui devait prendre en compte le système de paiement des usagers et le système d'assurance maladie. Ce symposium s'inscrivait dans la dynamique des rencontres d'ARUSHA en 1995 dont un des thèmes de recherche était la viabilité des régimes d'assurance communautaire. A ce propos, il est encourageant de savoir que BOUDA dans son travail au Burkina Faso ait battu en brèche cette idée reçue selon laquelle pour les populations, le fait de se prémunir

¹ NACOULMA, D : une expérience de pré-paiement des risques fréquents à faible coûts in innover dans le système de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest

² WATY, M O : état des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique, quelle perspective pour le financement communautaire in argent et santé, actes du séminaire international 24-27 septembre 1991

³ 2^e atelier francophone sur les « dispositifs de financement et de couverture maladie en Afrique » 4-8 février 2002 Abidjan, Côte d'Ivoire

contre la maladie attire la maladie, ce qui peut laisser penser que ces populations ne sont pas culturellement réfractaires à tout système de prévoyance maladie⁴.

S'il est vrai que certaines personnes⁵ pensent que l'assurance maladie sociale est difficile au Burkina Faso du fait qu'une telle structure s'adresse à des salariés qui représentent moins de 10% de la population, on pourrait de notre point de vue se réjouir que l'aventure ne soit pas impossible. En effet, l'histoire de ces assurances maladies nous enseigne que ces institutions ne sont pas des générations spontanées et qu'elles sont souvent l'aboutissement d'un long processus. Nous pensons donc qu'au Burkina Faso, une institution telle que l'armée nationale pourrait s'engager dans le processus, avec les arguments suivants :

- Le financement de la santé est un problème global et national. Mais à défaut de trouver une solution globale et immédiate à l'échelle nationale, la résolution du problème d'un groupe social quelconque contribue à l'atteinte de cet objectif.
- Une assurance maladie sociale dans les Armées pourrait jouer un rôle de projet pilote pour les autres secteurs. En effet, sur le plan médical, la Caisse Epargne Santé (CES) militaire faisait déjà l'objet d'un vif intérêt de la part de certaines corporations qui voulaient s'en inspirer. En dehors de la santé, la réforme de la fonction publique survenue en 2000 au Burkina Faso s'est inspirée du mode de gestion des ressources humaines dans l'Armée.
- L'inaccessibilité aux soins en tant que biens de première nécessité est un motif légitime de frustration. Or les mutineries qu'ont connues beaucoup de pays africains (dont le Burkina Faso) ont pour thème l'amélioration des conditions de vie. Favoriser l'accès aux soins des militaires c'est contribuer à améliorer leurs conditions de vie, c'est diminuer le mécontentement d'un groupe social bien structuré qui a les moyens de remettre en cause un ordre social qui ne prendrait pas en compte leurs préoccupations, compromettant ainsi la stabilité institutionnelle qui est la base d'un développement durable.

⁴BOUDA, J F :les stratégies d'implantations des mutuelles de santé au Burkina Faso. Cas de la mutuelle de Bouahoun, OMS, février 2000

⁵ FONTENEAU, B :l'émergence d'une pratique d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso, IRD,Ouagadougou 1999

CHAPITRE 1 **CADRE DE L'ETUDE**

I 1) CARACTERISTIQUES GENERALES DU BURKINA FASO

I.1.1) Situation géographique

Le Burkina Faso est situé dans la boucle du Niger, au cœur de l'Afrique Occidentale. Sa superficie est de 274 000 km². Les pays limitrophes sont : le Mali au nord et à l'ouest, le Niger à l'est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au sud. Le port le plus proche est celui de Lomé qui est situé à 970 Km de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso, celui d'Abidjan étant à 1 200 Km.

C'est un pays sahélien qui est soumis à un climat tropical de type soudanais rude et sec, avec une pluviométrie moyenne qui varie de 300 mm au nord à 1 200 mm au sud. Cette pluviométrie faible et mal répartie influence négativement les disponibilités alimentaires. De plus, le pays connaît des cycles de sécheresse marquée dans le nord.

I.1.2) Organisation politico-administrative

Le Burkina Faso est subdivisé en circonscriptions administratives : il compte 45 provinces, 350 départements, 33 communes de plein exercice et plus de 8 000 villages.

Au lendemain des indépendances en 1960, le Burkina Faso a beaucoup plus été dirigé par des régimes militaires de 1966 à 1991 date à laquelle il s'est à nouveau engagé dans le processus démocratique. Toutes les institutions républicaines sont à nos jours fonctionnelles.

I.1.3) Situation économique

Le Burkina Faso à l'instar de beaucoup de pays africains connaît des conditions économique difficiles. Le PNB par habitant y était estimé à 310 dollars US en 1997⁶.

L'économie du Burkina Faso repose sur l'agriculture et l'élevage, secteurs qui sont tributaires d'une pluviométrie que l'on pourrait qualifier de capricieuse. Ces secteurs qui occupent les trois quart de la population active contribuent au PIB à hauteur de 37.2% (PNUD, 1998).

⁶ INSD : enquête démographique et de santé, Burkina Faso 1998-1999, mai 2000

I.1.4) Situation sanitaire

La situation sanitaire du Burkina est caractérisée par une morbidité et une mortalité générale élevées du fait des endémo-épidémies. Le taux brut de mortalité générale est de 15,2/1000 et le taux de mortalité infantile est de 107/1000.⁷Le principal déterminant de cette morbidité est l'environnement caractérisé par le manque d'infrastructures d'assainissement en ville et par les difficultés d'accès à l'eau potable en milieu rural, 11% des ménages ruraux s'approvisionnant encore dans les cours d'eau. Le système de santé est un déterminant non négligeable dans cette situation sanitaire. En effet, en 1997, on comptait environ un médecin pour 29 000 habitants, une sage-femme pour 28 500 femmes en âge de procréer et un infirmier pour 8 500 habitants. Nous rappelons que les ratios préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont de un médecin pour 10 000 habitants, et de un infirmier pour 5 000 habitants. La mauvaise répartition des ressources humaines est une réalité : les deux grandes villes que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso avec 16% de la population nationale comptabilisent 50% du personnel de santé. Ce tableau déjà peu reluisant est encore assombri par l'émergence du SIDA, mélange complexe de déterminants biogénétiques et comportementaux ; le taux de séroprévalence au Burkina Faso est de 7.17% et place ce pays en troisième position dans la sous région après la Côte d'Ivoire et le Togo. La morbidité générale est dominée par les affections suivantes : le paludisme, les affections des voies respiratoires, les affections de la peau, les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales etc.

Le Burkina Faso a adopté la politique des soins de santé primaires préconisées par la conférence de Alma Ata en 1978 et dont la mise en œuvre s'est faite à travers l'Initiative de Bamako (IB). La décentralisation a été instituée comme mode de gestion du secteur de la santé, avec le district comme unité fonctionnelle. Il existe 53 districts. Le niveau intermédiaire est constitué par les 11 directions régionales de la santé, le sommet étant représenté par le cabinet du ministre. Il est bon de mentionner que parmi les grandes orientations et programmes prioritaires figurent **les alternatives pour le financement des soins de santé.**

Si les ressources financières proviennent essentiellement du budget de l'Etat, il faut noter que la tendance est souvent à la baisse. Ainsi, de 1990 à 1994, les dépenses budgétaires de santé ont évolué à un rythme de 1,14% à prix courant alors que le budget national a connu une croissance de 1,66%, ce qui correspond bien à une baisse relative. Ce budget reste inférieur à 10% le plus fort taux étant de 9,10% en 1994.

⁷INSD :Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 1998-1999 INSD mai 2000

La couverture sanitaire est satisfaisante en ce qui concerne la répartition géographique des infrastructures. Le rayon moyen de toutes les formations sanitaires est de 10.08 Km, les rayons les plus faibles situant au Kadiogo (2.88 Km) et le Kouritenga (5.09 Km) tandis que les plus grandes distances sont enregistrées au nord dans le Séno (17.51 Km) et l'Oudalan (17.05 Km). L'accessibilité géographique ne semble pas être l'obstacle majeur à la fréquentation des structures de santé, en témoignent les raisons de non consultation pour éloignement qui va de 0.90% des causes de non consultation à l'ouest (taux le plus faible) à 9.4% au nord (taux le plus fort)⁸.

L'approvisionnement en médicament est assuré par des grossistes importateurs tels la SONAPHARM, la COPHADIS, la CAMEG et le LABOREX. Les pharmacies privées, les ONG et les projets de santé contribuent à ce réseau de distribution, de même que les dépôts de médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako. La production locale est assurée par MEDIFA, U PHARMA et SOPAL.

1.1.5) Situation démographique

La population du Burkina Faso est de 10 312 609 habitants selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGHP) effectué en 1996. La densité moyenne est de 38 habitants au km². Le taux d'accroissement naturel est de 2.4%, ce qui laissait prévoir un doublement de la population dans 29 ans. Les taux bruts de mortalité générale et infantile connaissent une amélioration, passant respectivement de 32/1000 et 182/1000 dans les années 60 à 15.2/1000 et 107/1000 en 1996.

Pays de forte tradition migratoire, le Burkina a enregistré entre 1988 et 1992, environ 602 000 migrants dont 273 000 immigrés contre 329 000 émigrés, le plus grand flux migratoire (508 000 déplacements) se faisant avec la Côte d'Ivoire.

1.2) L'ARMÉE NATIONALE

L'Armée nationale a été créée le 15 octobre 1961 à partir du 6^e Bataillon de Tirailleurs Sénégalais (BTS n° 6). Le premier novembre 1961, elle s'installait officiellement dans les camps Mangin et Gallieni fusionnés et rebaptisés camp Guillaume OUEDRAOGO du nom de cet illustre homme politique Burkinabé disparu accidentellement le 21 février 1951⁹.

⁸INSD : Pauvreté et santé au Burkina Faso, mars 1997

⁹Echo des Armées N°005-006 avril à septembre 2001

I.2.1) Structure de l'armée burkinabé

L'armée nationale burkinabé est composée des trois entités suivantes :

- L'armée de terre.
- L'armée de l'air.
- La gendarmerie nationale.

Les services techniques ci-après, de par leurs natures interarmes offrent leurs prestations à ces armées

- le service de santé des armées.
- l'intendance militaire.
- le génie militaire.
- le service informatique des armées.
- le service de transmission.

L'armée nationale est investie des missions classiques de sécurité intérieure et extérieure. Cette mission lui impose un déploiement sur toute l'étendue du territoire selon l'organigramme suivant : Au sommet de la pyramide siège l'Etat Major Général des Armées qui coiffe les Etats Majors des différentes armées. Ces institutions se subdivisent en régions (régions militaires, aériennes ou de gendarmerie), entités administratives qui correspondent aussi à des territoires géographiques. Ces régions sont elles-mêmes subdivisées en corps puis en détachements. La spécificité de la mission de la gendarmerie lui impose un quadrillage encore plus marqué du territoire. Ces différents déploiements permettent de comprendre le profil épidémiologique de cette population militaire.

I.2.2) Les ressources humaines

L'armée procède régulièrement à la levée des recrues sur toute l'étendue du territoire national. Sur le plan administratif, les conditions sont, le sexe masculin, l'âge qui doit être compris entre 18 et 20 ans et la moralité. La nouvelle recrue est soumise à une visite médicale d'aptitude qui prononce son admission définitive. Si dans les années 60, l'armée avait quelques difficultés à boucler l'effectif qui lui était nécessaire, de nos jours, du fait du déséquilibre accentué entre l'offre et la demande d'emplois au niveau national, des personnes titulaires du baccalauréat se présentent spontanément au recrutement pour être soldat de deuxième classe. La demande est si forte que le bureau de recrutement est obligé de trouver des formules pour garantir l'égalité des chances d'accès à l'armée. Certaines armées telle la gendarmerie du fait de leurs spécificités procèdent à des recrutements par voie de concours et

de tests psychotechniques, l'admission définitive étant conditionnée à l'aptitude physique. Il faut souligner le rôle de pourvoyeur de cadre que joue le Prytanée Militaire de Kadiogo (PMK) dans l'armée.

Les mesures restrictives du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) n'ont pas toujours permis de respecter la périodicité du recrutement dans l'armée, ce qui se traduit par un déplacement de la pyramide des âges vers la droite.

I.2.3) Caractéristiques sanitaires

Une population sélectionnée justement sur des critères médicaux, notamment l'aptitude physique devrait avoir une meilleure santé que la population générale. Si cette assertion est vraie pour les nouvelles recrues qui de surcroît vivent en cantonnement c'est-à-dire dans un environnement « sous contrôle médical », il n'en est pas de même pour le militaire Après la Durée Légale (ADL) qui doit se loger et se nourrir avec sa solde. Soumis aux mêmes déterminants environnementaux et adoptant le même comportement que la population avec laquelle ils partagent tout, le meilleur comme le pire, les militaires finissent par présenter le même profil épidémiologique que la population générale. De plus, les contraintes professionnelles notamment les affectations, fréquentes ou en zones ne disposant pas de certaines infrastructures (établissements secondaires pour la scolarisation des enfants) conduisent parfois le militaire à se déplacer sans sa famille. Le concept de « célibataire géographique » a comme dimensions les contraintes économiques de la gestion d'un double ménage de faits et l'adoption d'un comportement à risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) qui n'est en réalité que le corollaire d'une situation à risque. Les déterminants spécifiques de la morbidité dans cette population sont :

- La croissance de la population militaire qui a été multipliée par 20 depuis la création de l'armée nationale.
- le vieillissement de la population militaire qui a favorisé l'émergence de pathologies inconnues dans une armée jeune, telles les maladies cardio-vasculaires, les maladies systémiques comme le diabète et la goutte, les maladies « d'usures » comme les arthroses.
- A cela s'ajoute la pandémie du VIH à laquelle aucune catégorie socioprofessionnelle n'échappe.

- Un déterminant lié au service de santé est notamment le budget consacré à la santé qui a connu une très faible croissance en valeur monétaire depuis 1960, en déphasage avec l'augmentation de l'effectif.

I.2.4) Le service de santé des armées

C'est la structure militaire qui a en charge la santé des militaires, sa mission classique étant de préserver les effectifs.

- Sur le plan des ressources humaines, ce service comprend, des médecins généralistes et spécialistes médicaux et chirurgicaux, des médecins de santé publique, des pharmaciens, des docteurs vétérinaires. Ils sont formés dans les écoles militaires de France, du Sénégal, du Maroc et du Burkina. Le personnel paramédical est formé à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et à l'école des sous-officiers du service de santé.
- Au niveau des infrastructures, s'il y a plus ou moins un déploiement adéquat à la base de la pyramide (niveau primaire et niveau intermédiaire), la construction d'un hôpital militaire ou plutôt son achèvement tarde à se faire. Cet état de fait conduit beaucoup de médecins militaires spécialistes à demander leur détachement à l'hôpital national Yalgado OUEDRAOGO. Cette collaboration est appréciée par le ministère de la santé qui bénéficie ainsi des prestations d'un personnel qualifié dont il n'a pas financé la formation et dont il ne supporte pas les charges salariales. Elle est aussi appréciée par les patients qui sont sensibles au dévouement des militaires.
- Un élément comportemental récent car constaté depuis les 5 dernières années et rencontré uniquement dans le service de santé, est la désertion de jeunes médecins militaires en fin de spécialisation en France (ils ont fait directement leurs spécialisations après l'obtention du diplôme de docteur en médecine sans être rentré au Burkina) qui choisissent de se placer sur le marché de l'emploi dans ce pays. On note aussi quelques départs à la retraite anticipée demandés par des officiers du service de santé en vue d'ouvrir leurs cliniques ou leurs officines.

CHAPITRE 2 **DEFINITION du PROBLEME de RECHERCHE**

II.1) IMPORTANCE DU PROBLEME

Le présent travail se situe dans le domaine du financement de la santé au Burkina Faso, et plus précisément au sein d'un groupe socioprofessionnel particulier, l'Armée nationale.

Lors du deuxième atelier francophone sur les dispositifs de financement de la santé et de couverture de risque maladie en Afrique de l'Ouest tenu du 4 au 8 février 2002 à Abidjan en Côte d'Ivoire, HSIAO réaffirmait que le pourcentage des dépenses privées dans les dépenses totales de santé était plus élevé dans les pays en voie de développement que dans les pays à économie de marché bien établie, soit 45% en moyenne contre 22%. Avant lui, SAKHO et collaborateurs dans l'étude des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé avaient abouti à la conclusion que le paiement par les usagers occupait la première place¹⁰. Les autres financeurs de la santé sont l'Etat par le biais du budget national et les partenaires à travers les aides bilatérales et multilatérales.

Au Burkina Faso, le mécanisme de financement de la santé présente des similitudes avec celui du Sénégal, mais aussi des dissemblances. Similitudes dans le choix des priorités de l'Etat et des partenaires au développement. 63.07 à 90.6% du budget était alloué au personnel entre 1988 et 1994, lequel budget fluctuait entre 5.3 et 9.4% du budget national dans la même période¹¹. Quant aux partenaires au développement, leurs aides sont orientées vers les soins de base tel le Programme Elargi de Vaccination ou vers l'investissement telle la construction de l'hôpital pédiatrique de Ouagadougou.

Les dissemblances se situent essentiellement au niveau du financement privé. Si au Sénégal l'assurance maladie obligatoire chez les salariés et les mutuelles dans une moindre mesure concourent à une mobilisation efficace des ressources pour le secteur de la santé, en appoint au paiement direct, au Burkina Faso, la sécurité sociale n'offre pas de prise en charge en dehors des accidents de travail et des maladies professionnelles. Ainsi, même les agents publics de l'Etat doivent faire un paiement direct avec les conséquences prévisibles sur l'accessibilité aux soins. D'une manière générale, le mouvement mutualiste est embryonnaire

¹⁰ SAKHO, M ; CISSE, M ; CODJA, L ; COMPAORE, S : étude des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal : in codex politique de santé , CESAG, 1998

¹¹ INSD : annuaire statistique du Burkina Faso, 1993, décembre 1994

au Burkina Faso comme l'affirmait Bationo lors des journées scientifiques de Bobo-Dioulasso¹²; et les mutuelles de service qui existent n'offrent pas de prestation de santé.

II.2) OBJECTIF de L'ETUDE

Nous émettons l'hypothèse que le paiement direct qui est le mode de paiement en vigueur dans l'armée est source d'inaccessibilité financière aux soins. Cette hypothèse si elle est confirmée, justifiera notre étude qui vise à répondre à la question suivante : une assurance maladie sociale comme alternative au paiement direct est-elle viable au sein de la catégorie socioprofessionnelle que constitue l'Armée Nationale ?

II 3) DEFINITION des CONCEPTS

Les définitions suivantes sont données au mot viabilité dans le dictionnaire encyclopédique Larousse.

viabilité provient du mot latin vita qui signifie vie ; caractère de ce qui est viable ; la viabilité est l'aptitude à vivre d'un organisme.

viabilité provient du latin via qui signifie chemin ; c'est le bon état d'un chemin permettant d'y circuler.

- **viable** : organisé pour aboutir, pour durer ; viabilité d'une entreprise.

Le Robert, dictionnaire de la langue française propose les définitions suivantes :

- **viable** : apte à vivre, qui présente les conditions anatomiques et physiologiques indispensables à une certaine durée de vie.

- **viabilité** : caractère de ce qui est viable, peut vivre, se développer : viabilité d'une entreprise, d'un projet.

- **viabilité** : qui présente les conditions nécessaires pour durer, se développer ; durable, sain. Entreprise, œuvre.

Dans notre travail, nous retiendrons le concept ayant trait aux entreprises.

Deux dimensions se dégagent de ce concept de viabilité :

- la **dimension temps** dont l'indicateur est la durée mesurée en jours en mois ou en années

¹² BATIONO, F : les mutuelles de santé au Burkina Faso ; in journées des sciences et de la santé, Bobo-Dioulasso, mai 2000

- la **dimension but** à atteindre dont l'indicateur est l'objectif poursuivi par l'entreprise qui dans le cas d'une assurance maladie pourrait être mesuré par le pourcentage de pénétration du groupe cible ou encore par des indicateurs épidémiologiques tels les taux de létalité ou encore les taux de fréquentations des centres de santé.
- Les concepts ayant trait aux variables telle l'inaccessibilité financière aux soins seront définis dans le chapitre y afférant.

II.4) UTILISATEURS de L'ETUDE

- Les utilisateurs de l'étude sont :
 - **L'Etat Major Général des Armées**

Ce travail apportera aux Hautes Autorités militaires l'éclairage nécessaire pour une bonne décision sur la question du mouvement mutualiste au sein des forces armées. Il fournira les arguments pour un plaidoyer si ses conclusions démontrent la faisabilité de la mutuelle de santé.

- **les acteurs et chercheurs du domaine des mutuelles de santé**

S'il est d'ores et déjà établi qu'une des limites objectives de notre travail sera la spécificité de notre milieu d'étude qui ne permet pas une extrapolation des résultats, en revanche, nous pensons que le cadre théorique qui donnera un aperçu de la complexité des mouvements mutualistes pourrait constituer un outil qui contribuera à l'approfondissement de la réflexion sur la question de la mutuelle de santé. Il sera notre modeste pierre à l'édifice.

CHAPITRE 3 **ETAT DES CONNAISSANCES**

III 1) OBJECTIFS STRATEGIES et CONTRAINTES d'une ASSURANCE MALADIE SOCIALE

L'assurance maladie est un financeur de la santé. Elle a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé en assurant à ses membres une meilleure accessibilité financière à des soins de qualité. La fixation de l'objectif en terme d'action à mener, de critères de performance et d'échéancier découle du diagnostic situationnel qui évalue la situation initiale grâce à des indicateurs fiables permettant de faire une évaluation finale d'atteinte des objectifs. Un indicateur pourrait être par exemple le nombre de cas d'inobservances thérapeutiques par manque de ressources financières.

Les stratégies mises en place par l'assurance sont :

- le paiement de primes par les membres
- le pooling (mutualisation) des risques

La principale contrainte rencontrée est l'escalade des coûts elle-même due au risque moral et à la fraude, contrainte pour laquelle elle est obligée d'élaborer des stratégies qui lui permettent d'atteindre ses objectifs sans compromettre sa viabilité.

III 2) ANALYSE d'un MODELE de MISE EN ŒUVRE d'une A.M.O

Le modèle qui a retenu notre attention est celui proposé par Gilles JOHANNET, ancien directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) de France, intitulé « les conditions de mise en œuvre d'une assurance maladie »¹³. En effet, l'intitulé de ce document laissait penser que nous y trouverions un canevas clair, une méthode prêt-à-porter qui nous épargnerait l'effort d'une longue réflexion sur la question, d'autant plus que l'ouvrage qui s'en fait l'écho, **l'encyclopédie**, est une référence. Un aperçu des facteurs qui peuvent compromettre la viabilité de telles entreprises y est donné. Mais l'approche synthétique utilisée pourrait certainement poser des problèmes de validité externe quant à l'extrapolation des résultats à d'autres assurances maladies sous d'autres cieux. Certains déterminants qui nous paraissent fondamentaux et qui expliquent la dynamique de tout mouvement social, tel le contexte de naissance ne sont pas clairement évoqués. Son analyse des maux qui minent l'assurance maladie en France se résume comme suit :

III.2.1) Les contraintes de l'assurance maladie en France

III.2.1.1) l'escalade des coûts

10% du produit intérieur brut (PIB) de la France est consacré aux dépenses de santé. La France occupe le troisième rang (du pourcentage de PIB le plus élevé consacré à la santé) après les Etats Unis d'Amérique et l'Allemagne. Le taux moyen d'évolution des dépenses de santé est de 4,8% or inflation, contre une moyenne de 2,5% en Europe.

III.2.1.2) Les déterminants de l'escalade des coûts

L'escalade des coûts est essentiellement due au risque moral du consommateur qui consomme parce qu'il y a droit et du prestataire de soins qui veut réaffirmer sa liberté de prescription. Elle est aussi due à l'attitude des gestionnaires qui pensent qu'il y a une corrélation positive entre augmentation des dépenses de santé et amélioration de la qualité des soins, en d'autres termes, les gestionnaires pensent que plus l'institution dépense pour la santé et mieux les Français se portent.

III.2.1.3) Les déterminants du risque moral

Ce sont :

- 1) l'absence de codage pour savoir quel prestataire prescrit quoi et quel patient consulte qui et combien de fois. L'anonymat favorise donc l'irresponsabilité.
- 2) la liberté de choix du prestataire. Malgré l'asymétrie de l'information entre prestataire et client dans le secteur de la santé, les Français estiment savoir à quelle spécialité s'adresser devant un problème de santé. Il s'en suit un manque de rationalité dans la consommation des soins, le malade devant parfois se fier à son intuition pour opérer un choix entre plusieurs prescriptions.
- 3) L'absence d'ajustement de l'offre à la demande de soin du fait d'un contrat automatique entre prestataires et assurance maladie, sans limite de durée de quantité ou de qualité.
- 4) Une prise en charge irrationnelle des prestations tel le remboursement d'une homéopathie qui n'a pas fait la preuve de son efficacité alors que les appareils dentaires sont mal pris en charge.

¹³ Encyclopédie de l'assurance ; economica, 1998

- 5) Une absence de politique claire de santé publique en terme d'identification des besoins, de définition des priorités de fixation des objectifs et d'évaluation des résultats.
- 6) Une gestion éclatée entre l'Etat, les prestataires et l'assurance maladie qui conduit à l'immobilisme.

III.2.1.4) Les déterminants de l'attitude des gestionnaires

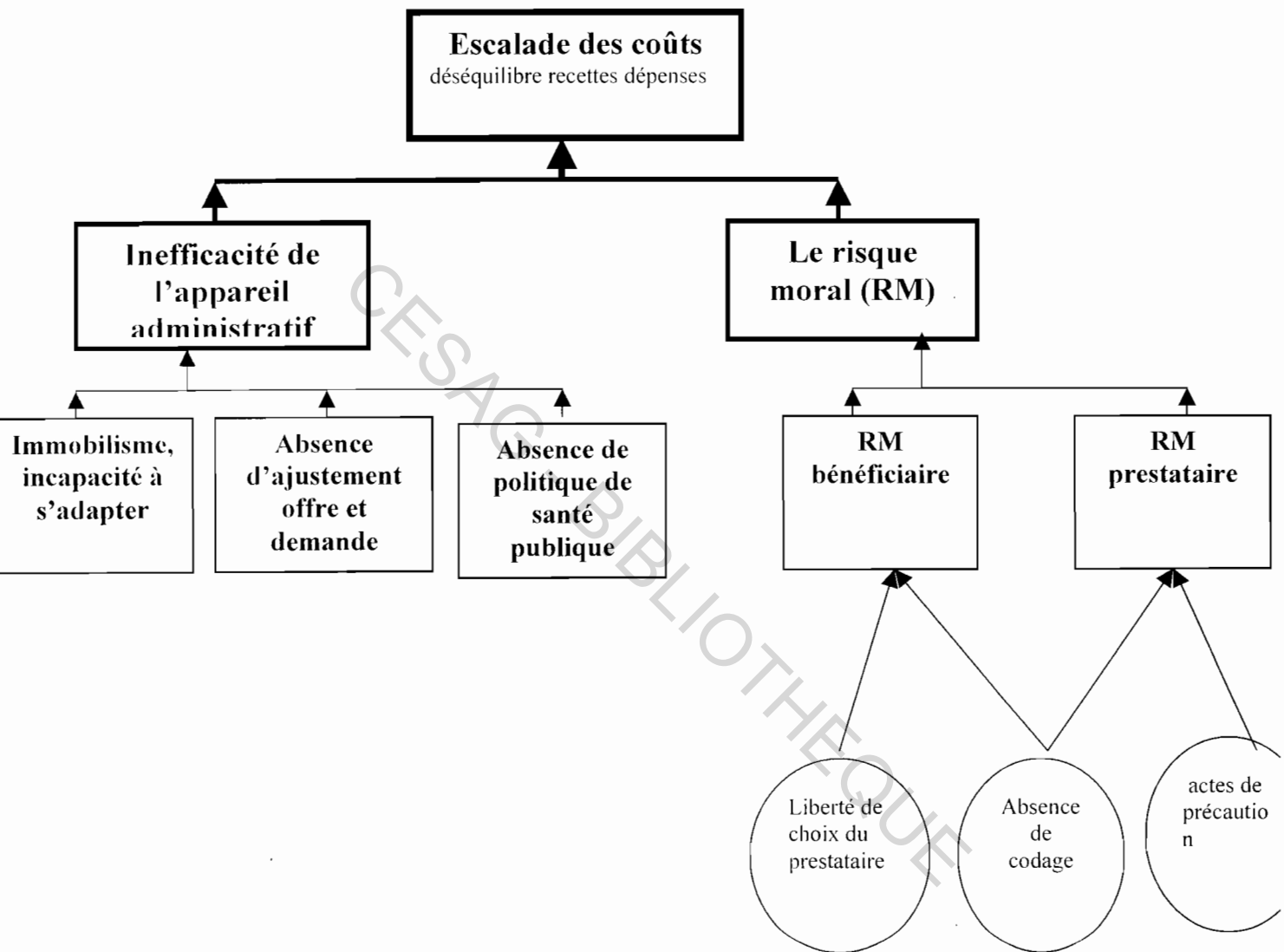
Ils se résument en l'absence d'indicateurs leur permettant d'évaluer la rationalité des prestations et de suivre le comportement des consommateurs de soin.

Les solutions préconisées par Gilles JOHANNET sont les suivantes :

- la définition du champ d'application de l'assurance maladie. Pour lui, soit le bien santé est un bien ordinaire et sa satisfaction est laissée au seul marché, ou ce bien revêt un caractère particulier notamment l'asymétrie de l'information et certaines dispositions particulières doivent être prises.
- Maîtriser le hasard moral par la sélection de l'offre de soins et de la demande de soins. Il faut faire une incitation à un comportement responsable parce qu'il n'est pas normal que l'assurance supporte les coûts d'un risque moral telle la prise en charge d'une couronne dentaire qui est l'aboutissement d'une carie mal soignée du fait de la négligence du patient.
- Instituer une concurrence entre offreurs de soins en mettant fin à l'habitude de l'assureur aveugle qui accepte un contrat automatique et sans condition avec ses partenaires.
- Créer des mécanismes de responsabilité qui éviteraient que le praticien du fait de sa responsabilité engagée pour faute professionnelle et par l'obligation de moyens, ne multiplie les actes de précautions qui sont un facteur d'escalade des coûts.

Nous schématisons sa réflexion sous forme d'un arbre à problème.

Schéma n° 1 : arbre à problème de l'assurance maladie en France



Les conditions de mise en œuvre d'une assurance maladie sociale ne seraient donc que la face positive de cet arbre à problème. Les ordonnances d'avril 1996 qui prennent en compte certaines préoccupations de Gilles JOHANNET¹⁴ ont renforcé les missions du service médical de la sécurité sociale.

A travers ce besoin de rationalisation des ressources se dégage la nécessité de la gestion du risque moral qui est la « maladie congénitale » de tout système d'assurance. Les actions seront initiées en direction des professionnels de la santé pour une application des référentiels, c'est-à-dire une pratique médicale conforme aux normes, ceci devant aboutir à une économie des ressources. En effet, une bonne prise en charge assure une guérison dans de meilleurs délais. Si on peut envisager que les frais puissent peut-être augmenter avec la qualité de la prise en charge, ceux-ci devraient être compensés par la diminution de la durée d'hospitalisation et par la minimisation de la compensation de la perte de salaire occasionnée par l'arrêt de travail, d'où un solde positif.

A l'endroit des établissements, l'escalade des coûts est combattue par le contrat d'objectif pour une adéquation entre offre et besoins.

A l'endroit des assurés, c'est essentiellement la sensibilisation au bon usage du système, à la préservation de la santé en n'adoptant pas un comportement à risque parce qu'on est assuré ; bien que le ticket modérateur soit là pour « aider » les bénéficiaires à être consciencieux, à défaut du codage qui aurait mis fin à un anonymat déresponsabilisant.

La tendance à la hausse des dépenses de santé est constante d'environ 0,3% et cette hausse est surtout le fait des soins de villes qui ont enregistré une hausse (estimée pour l'ensemble des régimes) à 4,5% en 1999 contre 2,1% pour les établissements sanitaires. La hausse est surtout le fait des prescriptions de médicaments (6,3%), selon les résultats détaillés sur les dépenses en fin 1999. L'analyse fine montre que cette augmentation est surtout relative aux médicaments remboursés à 100%.

Nous avons là un exemple de risque moral qui porte sur un secteur de la santé où l'élasticité prix de la demande est forte, la consultation externe par opposition à l'hospitalisation, démontrant une fois de plus le bien fondé de l'instauration du ticket modérateur, voire du choix de la nature des prestations à offrir.

Un autre comportement imputable au risque moral est la tendance des Français, du fait du principe de la liberté de choix du prestataire que garantit par la sécurité sociale, à s'adresser directement à un médecin spécialiste (pour une affection bénigne relevant de la

¹⁴ JOHANNET, Gilles : conditions de mise en œuvre d'une assurance maladie obligatoire ; encyclopédie des assurances

médecine générale) dont la consultation est plus chère. Il y a inefficience dans l'utilisation des ressources. La réaction normale de tout médecin qui veut maximiser son revenu est donc la spécialisation. Sans revenir sur le principe de la liberté de choix du prestataire, des mesures correctrices ont été prises. Il s'agit de la revalorisation de la lettre clé de la médecine générale afin de permettre au médecin généraliste d'augmenter son revenu et de freiner ainsi la tendance à la spécialisation, couplée à une dévalorisation de la lettre clé du spécialiste. L'augmentation de leurs revenus pour les uns et la maîtrise des coûts pour les autres semblent être à l'origine de la grève qu'observent les médecins généralistes en France depuis décembre 2001 et qui se poursuivait à la date du 26 février 2002.

L'escalade des coûts est une réalité à laquelle sont confrontés tous les mouvements mutualistes. Ainsi, au Sénégal le ticket modérateur ne dissuade pas les bénéficiaires qui font un recours massif à la médecine libérale pourtant plus onéreuse. Le risque moral lié aux comportements du producteur de soins n'est probablement pas en reste dans cette escalade des coûts, à en juger par ces chiffres : les IPM avec 500 000 bénéficiaires soit 6% de la population du Sénégal contribuent pour 50% aux revenus des médecins et pharmaciens du secteur privé. D'ailleurs, la tentative du syndicat des médecins libéraux d'imposer une hausse de 25 à 43% dans sa lettre circulaire du 10 octobre 2000 en est une preuve¹⁵.

S'il est exact que nous avons là un résumé des problèmes majeurs auxquels est confrontée une assurance maladie qui existe déjà, la validité externe de ce modèle comme canevas à la mise en place d'une assurance maladie n'est pas prouvée. En effet, dans son analyse, l'escalade des coûts est présentée comme étant le problème central dont il énumère les causes mais qui n'aurait pas de conséquences, puisque non évoquées de manière explicite. Cette vision peut se justifier dans le contexte français. En effet, le déficit de la sécurité sociale n'a jamais entraîné une cessation de paiement du fait de l'intervention de l'Etat qui comble le déficit. En général, dans les mouvements mutualistes, la crainte perpétuelle est de ne plus avoir assez de ressources pour assurer l'accès aux soins. Le but même de la mutuelle ne pourrait plus être atteint et sa viabilité s'en trouverait alors compromise. Nous rappelons le fait que son analyse ait passé sous silence le rôle du contexte dans la viabilité d'une mutuelle. Certaines conditions particulières, telle la situation épidémiologique (une forte prévalence du VIH par exemple) ou la faiblesse du pouvoir d'achat de la population cible peuvent être des déterminants majeurs de cette viabilité.

¹⁵ Entreprendre n°34 janvier février 2000

III.2.2) Quelques omissions du modèle d'analyse

III.2.2.1) Le rôle joué par le contexte économique et social

En France, la sécurité sociale n'est pas survenue ex-nihilo. Elle a vu le jour en 1946, juste après la deuxième guerre mondiale, épreuve à l'issue de laquelle le peuple français est ressorti très soudé, malgré la fracture socio-politique provoquée par l'Appel du 18 juin du Général DE GAULLE en opposition à la politique de collaboration du régime du Maréchal PETAIN. Ce sentiment identitaire et de solidarité exacerbé était un levain pour un tel mouvement social. La sécurité sociale est constituée d'un ensemble d'organismes décentralisés autonomes qui assurent une mission de service public. A sa création, seul 33% des Français en bénéficiaient, ratio qui dépasse 80% de nos jours.

Un de ses principes fondamentaux est la solidarité dont les épicycles se situent dans les corporations. La généralisation de la couverture sociale s'est faite non pas par la mise en place d'emblée d'un régime unique comme le souhaitait ses promoteurs mais plutôt par la juxtaposition de régimes multiples et distincts, fondés sur ces corporations dans lesquelles les personnes se connaissent ou se reconnaissent.

A ce jour le régime de sécurité sociale en France comprend :

- le régime général qui couvre les salariés de l'industrie du commerce et de certains secteurs assimilés aux salariats soit 47 millions de personnes, correspondant à 80% des adhérents.
- le régime agricole qui couvre 5 millions de personnes.
- les régimes spéciaux (dont le régime militaire) avec 2.5 millions de personnes.

La sécurité sociale généralisée à toute la population a vu le jour en Allemagne en 1883 sous le Chancelier OTTO VON BISMARCK. Mais cette décision ne faisait qu'institutionnaliser un mouvement social qui était la solidarité de corporation, très développée chez les mineurs. L'assurance maladie comme étant l'aboutissement d'un long processus, d'une dynamique sociale y est plus perceptible. En effet, depuis le moyen âge, les mineurs avaient créé une caisse commune en vue de venir en aide à leurs membres victimes d'accidents de travail ou se trouvant dans des conditions difficiles. Ils avaient pris conscience que la faiblesse de leurs revenus ne leur permettait pas de venir à bout individuellement de leurs problèmes sociaux. Mais c'est surtout vers la fin du 19^e siècle que le mouvement mutualiste va s'accélérer en Allemagne avec la révolution industrielle et son « armée » d'ouvriers. Le chancelier prendra donc cette législation sociale très progressiste de création de

l'assurance maladie, dans le double objectif de répondre aux besoins réels de protection sociale des travailleurs et de « récupérer » un mouvement social très puissant.¹⁶ Le contexte socio-politique a donc été un déterminant majeur de la mise en œuvre de cette sécurité sociale. Trois lois en 1883 1884 1889 institueront trois assurances obligatoires pour les ouvriers et pour certaines catégories d'employés : il s'agit de l'assurance maladie, de l'assurance accident de travail et l'assurance retraite, toujours en vigueur en Allemagne.¹⁷

Quatre choses méritent d'être soulignées dans la genèse de la sécurité sociale :

- l'esprit mutualiste qui animait les membres des corporations.
- le fait que le processus de généralisation de cette sécurité sociale à toute la population ait utilisé le canal des corporations.
- le rôle joué par la mutation du tissu économique qui est passé du secteur informel au secteur formel c'est-à-dire la naissance du capitalisme et du salariat.
- Le rôle de l'Etat comme quatrième déterminant mérite d'être souligné.

Vu sous l'angle de la performance des sources de financement, cette approche corporatiste assure à l'institution des recettes stables et durables, contribuant ainsi à la stabilisation des indicateurs financiers. En Allemagne par exemple le taux de cotisation est de 13.5% du revenu brut de l'employé, payé à 50% par l'employeur. 90% de la population bénéficiait en 1999 de la couverture sociale.

Au Sénégal, l'Institution de Prévoyance Maladie (IPM) a été créée par le décret n°75-895 du 14 août 1975. Là comme ailleurs, les mutuelles ont été les ancêtres des IPM, car le mouvement mutualiste préexistait dans les entreprises telles Eaux et Electricités de l'Afrique de l'Ouest, EEAO (actuelles SDE et SENELEC). L'adhésion était volontaire, mais déjà à cette époque, certains employeurs accordaient des subventions à ces initiatives à caractère social ; d'autant plus facilement que la rentabilité de l'entreprise était garantie par le fait qu'elle avait le monopole du secteur. Bien entendu, un des acteurs incontournables de l'entreprise à savoir les syndicats ont activement œuvré pour ces acquis, conscients de leurs forces, puisque leurs sociétés (eau, électricité) jouent un rôle stratégique dans l'économie nationale. C'est parce que les mutuelles ont fait la preuve de leur utilité publique que le législateur a restructuré le mouvement mutualiste en IPM.¹⁸ Le rôle de stabilisateur du climat social que jouent les IPM n'a donc pas été perdu de vue dans cette décision.

¹⁶ Office de Presse et d'Information du Gouvernement fédéral : Allemagne, faits et réalités, 1999

¹⁸ Entreprenre n°34 janvier février 2000

L'institution de Prévoyance Maladie au Sénégal comptait en 2000, 85 000 adhérents et 500 000 bénéficiaires, selon le patronat, dans la revue « entreprendre n°34 ». Elle offre des prestations de tiers payant par une prise en charge partielle des dépenses de santé des travailleurs et des membres de leurs familles. En tant que financeur, elle injecte environ 13 milliards par an dans le secteur de la santé. Leurs ressources proviennent essentiellement des cotisations des membres au prorata de leurs revenus bruts, mais aussi des employeurs dont la contre partie doit être au moins égale à la cotisation des employés.

Le sort d'une IPM est lié à celui de l'entreprise mère et à la santé de l'économie nationale démontrant une fois encore la corrélation entre dynamisme économique et mouvement mutualiste. De fait, certaines IPM ont disparu avec la fermeture de leurs entreprises de tutelle (SOTRAC, SENELAIT etc.).

III.2.2.2) La triade prime prestation adhésion

Dans son analyse, l'ancien directeur de la CNAM n'aborde la question des prestations que sous l'angle de l'efficacité dans le seul souci de maîtriser l'escalade des coûts. La nature de ces prestations du point de vue de leurs qualités et de leurs diversités semble être une évidence. La qualité des soins est indéniablement une des conditions de mise en œuvre d'une assurance maladie et est un déterminant majeur de la disposition à adhérer des personnes ciblées. En effet, l'adhérent exige que lui soit garanti l'accès à des soins de qualité, laquelle qualité ne peut être assurée que grâce à un personnel qualifié, disponible, un plateau technique adéquat bref, une carte sanitaire qui prend en compte toutes les contraintes épidémiologiques, démographiques, géographiques etc. De même, le revenu des adhérents n'intervient pas dans son modèle. Manifestement dans l'environnement français, le montant des cotisations ne semble pas être un obstacle majeur, puisque jusque-là l'Etat comble le déficit. Tel n'est pas le cas dans les pays en voie de développement, en témoigne cette étude de faisabilité effectuée à Malika à Dakar. Cette étude nous montre les relations qui existent entre la prime et l'intention d'adhésion ou encore entre la prime et les ressources mobilisées. De façon générale, les assurances et mutuelles tirent l'essentiel de leurs ressources de la cotisation de leurs membres. La recette (R) = prime (P) x nombre d'adhérents (Q). La maximisation de la recette passe par un équilibre judicieux entre les deux variables de l'équation P et Q, compte tenu du fait que Q est soumis à l'élasticité prix de la demande d'adhésion comme le montre le graphique du taux de pénétration à Malika¹⁹ (graphique n°1)

¹⁹ Courrier de concertation n°4 janvier 2001 :étude de faisabilité de la mutuelle de Malika p22-24

taux de pénétration et ressources mobilisées en fonction de la prime (Malika)

Montant de la prime (CFA)	Taux de pénétration	Ressources mobilisées (pour cent personnes)
10	100	1000
15	100	1500
25	99	2475
50	95	4750
55	73	4015
75	50	3750
100	48	4800
110	24	2640
150	23	3450
200	20	4000
250	11	2750
300	8	2400
350	6	2100
500	6	3000
1000	1	1000

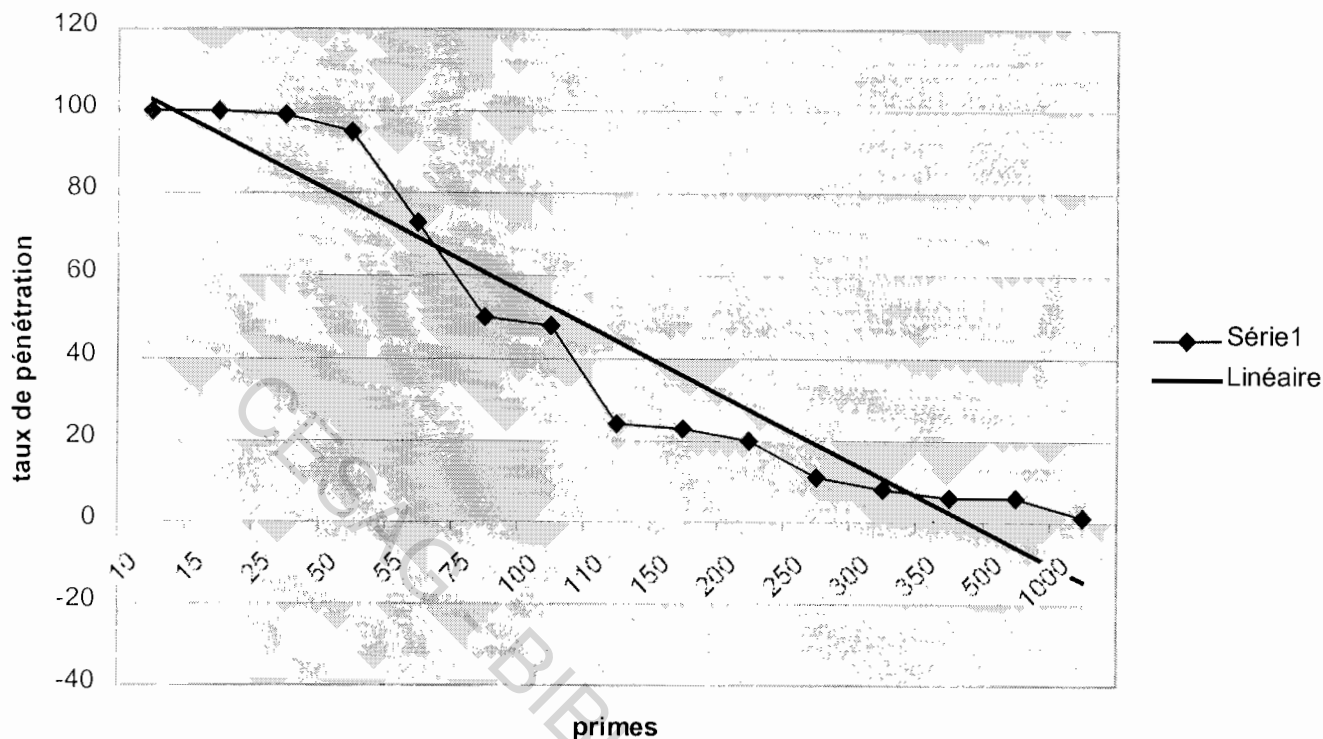
Nous constatons que les intentions d'adhésion (taux de pénétration correspondant à Q de l'équation) sont maximales quand P (la prime) tend vers zéro. C'est la situation de gratuité des soins dont tout le monde est prêt à bénéficier. Si nous émettons l'hypothèse par estimation économétrique qu'il existe une relation linéaire entre P et Q, (graphique n°1) nous pouvons écrire que $Q = Q_0 - aP$ avec a positif ; Q_0 correspondant à l'adhésion quand $p=0$

$$R = PxQ = Pq_0 - aP^2$$

R (les ressources mobilisées) est maximum si la dérivée de R par rapport à P est nulle et si la dérivée seconde est négative. Cette condition est réalisée si $P = Q_0/2a$.

Graphique n° 1: taux de pénétration en fonction de la prime
(étude de faisabilité MALIKA)

courbe de taux de pénétration (à MALIKA) en fonction de prime



La fonction du taux de pénétration peut s'écrire comme suit :

Taux (en pourcentage) = $66.266 - 0.103 \times \text{prime}$.

Par ailleurs, nous constatons que le coefficient de détermination (R carré) est égal à 0,47 ce qui signifie que dans cette équation linéaire, la prime explique à 47% la demande d'adhésion. En appliquant cette équation, nous voyons que quand la prime est égale à zéro (situation de gratuité des soins), l'adhésion n'est que de 66,2%. Des facteurs autres que la prime expliquent cette demande d'adhésion, ce qui était prévisible. En effet, la nature et la qualité des prestations sont aussi et entre autres des déterminants de la demande d'adhésion. Personne ne serait disposé à confier sa santé à un agent de santé aux compétences douteuses, parce que ses soins sont gratuits !

Notre inquiétude sur le fait que le modèle proposé par l'encyclopédie ne fasse pas cas des variables "primes", "natures et qualités des soins" se trouve justifiée. Nous venons aussi de démontrer qu'à partir du moment où le nombre d'adhérents Q est fonction de la prime P, la recette totale R ne peut plus être une fonction linéaire de la prime P. La maximisation de la

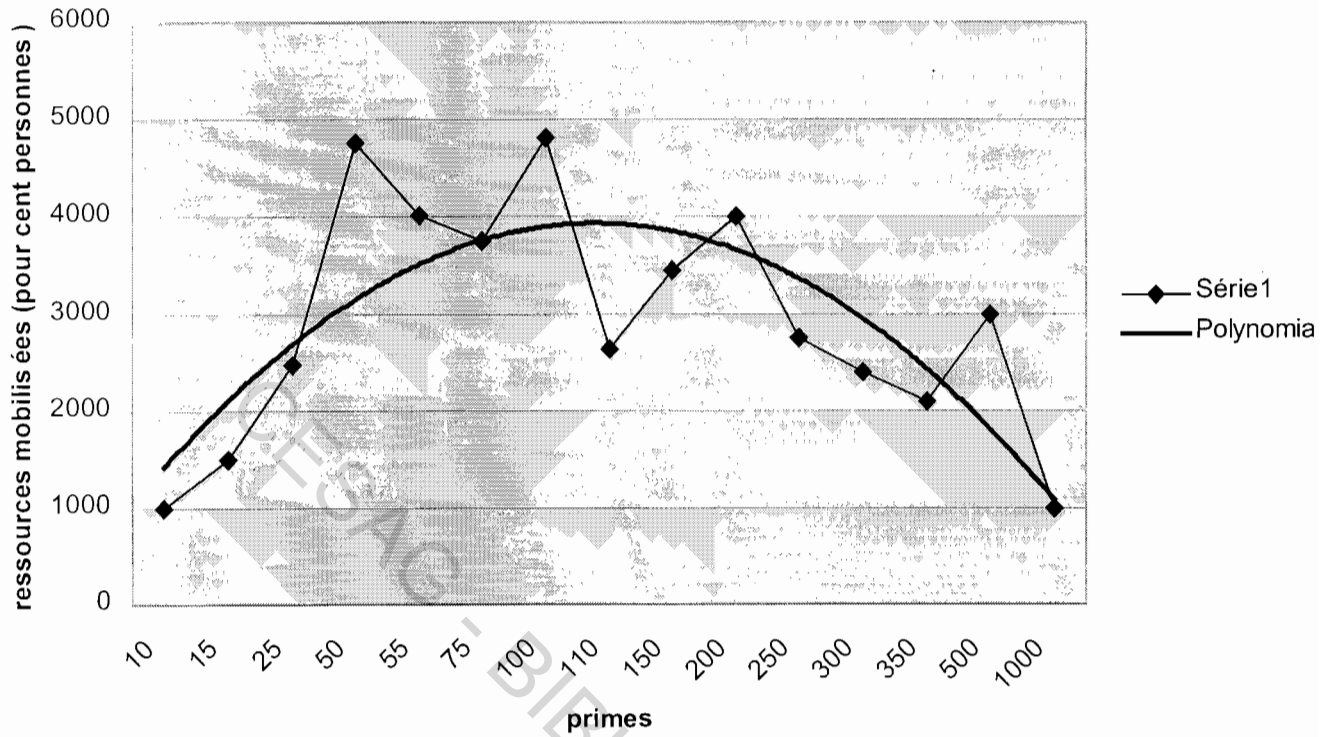
recette ne passe donc pas par une augmentation de la prime sauf dans le cas d'une assurance maladie obligatoire ou le caractère obligatoire correspond à une élasticité prix de la demande nulle.

Mais si théoriquement une assurance maladie obligatoire peut maximiser son revenu en augmentant la prime, en pratique «le prix à payer» sera probablement très élevé du fait d'un risque moral et de la fraude qui seront exacerbés. En effet, l'individu qui juge le coût d'opportunité de l'adhésion obligatoire trop élevé (et qui aurait aimé faire autre chose avec cette somme d'argent) cherchera à maximiser son utilité par des consultations abusives parce qu'il « veut en avoir pour son argent ! ». Pire, il peut mettre en place un mécanisme qui lui permette de récupérer une partie de sa prime en faisant de fausses consultations et en revendant à des tiers les médicaments qui lui sont prescrits. Ce comportement de « l'adhérent mécontent » était un des mécanismes qu'avait adoptés certains militaires du Burkina Faso à l'égard de la Caisse Epargne Santé qui pourtant n'était même pas mutualiste ! Par ailleurs, les mouvements syndicaux ne vont pas rester les bras croisés devant des cotisations qui leur paraîtraient exorbitantes ; d'où la nécessité même dans le cas d'une assurance maladie sociale obligatoire de prendre en compte la disposition à payer des adhérents.

La prise en compte de la disposition à payer des adhérents est le choix fait par la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) en Tunisie. Conscient du fait que l'on ne peut garantir toutes les prestations qu'au prix d'une prime élevée qui amènerait les travailleurs à se poser la question du coût d'opportunité de l'assurance maladie.

Graphique n°2 : mobilisation des ressources en fonction de la prime
(étude de faisabilité de MALIKA ;pour cent personnes)

courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime



CHAPITRE 4 **MODELE THEORIQUE et HYPOTHESES**

IV.1) Le CADRE CONCEPTUEL

Il ressort donc que si l'objectif premier des mutuelles et assurances maladies sociales est d'améliorer l'accessibilité financière à des soins de qualité, cet objectif aussi noble soit-il ne peut malheureusement être atteint que si l'institution est capable d'assurer sa propre viabilité tant est vraie cette devise « être et durer pour servir » de la deuxième région militaire du Burkina Faso²⁰. Elle doit au moins équilibrer ses comptes avant de prétendre contribuer à l'atteinte des performances du système de soin²¹. Le tableau de bord de l'état de santé d'une mutuelle ou d'une assurance maladie sociale est constitué des indicateurs suivants :

- le ratio de liquidité qui évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les avoirs en caisse et en banque aux dettes à court terme. Ce ratio doit être supérieur à un
- le ratio de capitaux propres qui mesure la capacité de la mutuelle à faire face à toutes ses dettes sans avoir recours à l'emprunt. C'est le rapport capitaux propres sur l'ensemble des dettes. Il est aussi appelé ratio de solvabilité.
- le ratio de couverture des dépenses ou taux de réserve. C'est le rapport entre les réserves comptables et les charges mensuelles de prestations. Ces réserves doivent couvrir au moins 6 mois de prestations.
- Le ratio de cotisations acquises sur charge permet de vérifier si les cotisations sont suffisantes pour le financement des prestations et si on peut dégager des excédents.
- Le ratio de sinistralité qui mesure la part de cotisations ayant effectivement servi à payer des prestations.
- le ratio des frais administratifs par rapport aux recettes
- le ratio cotisations dues sur cotisations payées^{22 23}.

Ces indicateurs ne sont que le reflet, la traduction chiffrée des problèmes internes et environnementaux majeurs auxquels sont confrontées les mutuelles et assurances maladie sociale. Les risques inhérents à la nature même de ces structures sont la sélection adverse qui fait que l'assurance « attire » les mauvais risques ce qui peut augmenter les coûts au-delà des

²⁰ devise de la 2^e région militaire Armée burkinabé

²¹ IISIAO, William : le financement des soins de santé dans les pays du sud, septembre 1999

²² Atim, Chris : training of trainers manual for mutual health organisation in Ghana ;PHR Abt Associates IN september 2000

²³ STEP CIDR : guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, tome 1 et tome 2, première édition 2001

estimations faites par les méthodes actuarielles, le risque moral aussi bien du côté des bénéficiaires que des prestataires de soins, les fraudes et abus, l'escalade des coûts n'étant que le corollaire des précédentes ²⁴.

Bien sûr, il ne faudrait pas perdre de vue les préalables à l'initiation de ces mouvements mutualistes à savoir l'existence d'un lien de solidarité entre les futurs membres, la confiance en l'initiateur du projet, la confiance au projet lui-même eu égard aux expériences passées, le cadre juridique, la qualité des soins et l'existence d'un certain dynamisme économique notamment les activités génératrices de revenus. Sur ce dernier point, le chargé du programme BIT/STEP à Dakar nous a confié ses convictions : s'il est vrai que le programme STEP (Stratégie et Technique de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) ambitionne d'étendre la protection sociale au secteur informel qui représente 90% de la population, cet objectif qui s'appuie sur la stratégie de mobilisation des ressources commence à montrer ses limites. En effet, le projet pilote qui couvre quatre pays dont le Sénégal et le Burkina a fait le constat que malgré la modicité des primes, les mutuelles de santé ont un taux de pénétration très faible. La mobilisation des ressources est rendue difficile par la rareté des ressources, par l'extrême pauvreté des populations. La création d'activités génératrices de revenu semble être la deuxième stratégie incontournable dans cette lutte contre l'exclusion et la pauvreté. Ce constat corrobore donc le rôle du contexte économique dans la naissance des mouvements mutualistes qui ne font que mobiliser des ressources préexistantes, qu'ils orientent de façon coordonnée et efficiente vers le secteur de la santé.

Une fois sa viabilité assurée, l'assurance maladie sociale peut contribuer à l'amélioration de la performance du système de soin. En tant que financeur, elle est aussi un puissant moteur du développement du secteur privé²⁵ qui est devenu un partenaire incontournable du secteur public à l'heure de la fin des Etats providence et du désengagement partiel de l'Etat ; en témoigne l'apport des IPM dans le revenu des médecins et pharmaciens libéraux au Sénégal (50% de leurs revenus proviennent des IPM).

L'approche analytique que nous avons adoptée peut laisser penser que la viabilité d'une mutuelle de santé est un objectif qui peut et doit être atteint avant qu'elle ne commence sa mission. En réalité, sa viabilité est en partie fonction de sa capacité à remplir sa mission ; en d'autres termes, **ce n'est donc pas sa viabilité qui la rend apte à remplir sa mission mais plutôt son aptitude à remplir sa mission qui garantit sa viabilité.** Par exemple, elle

²⁴ Atim, Chris : contribution des mutuelles de santé à la fourniture et à l'accès aux soins : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'ouest et du centre, mars 2000

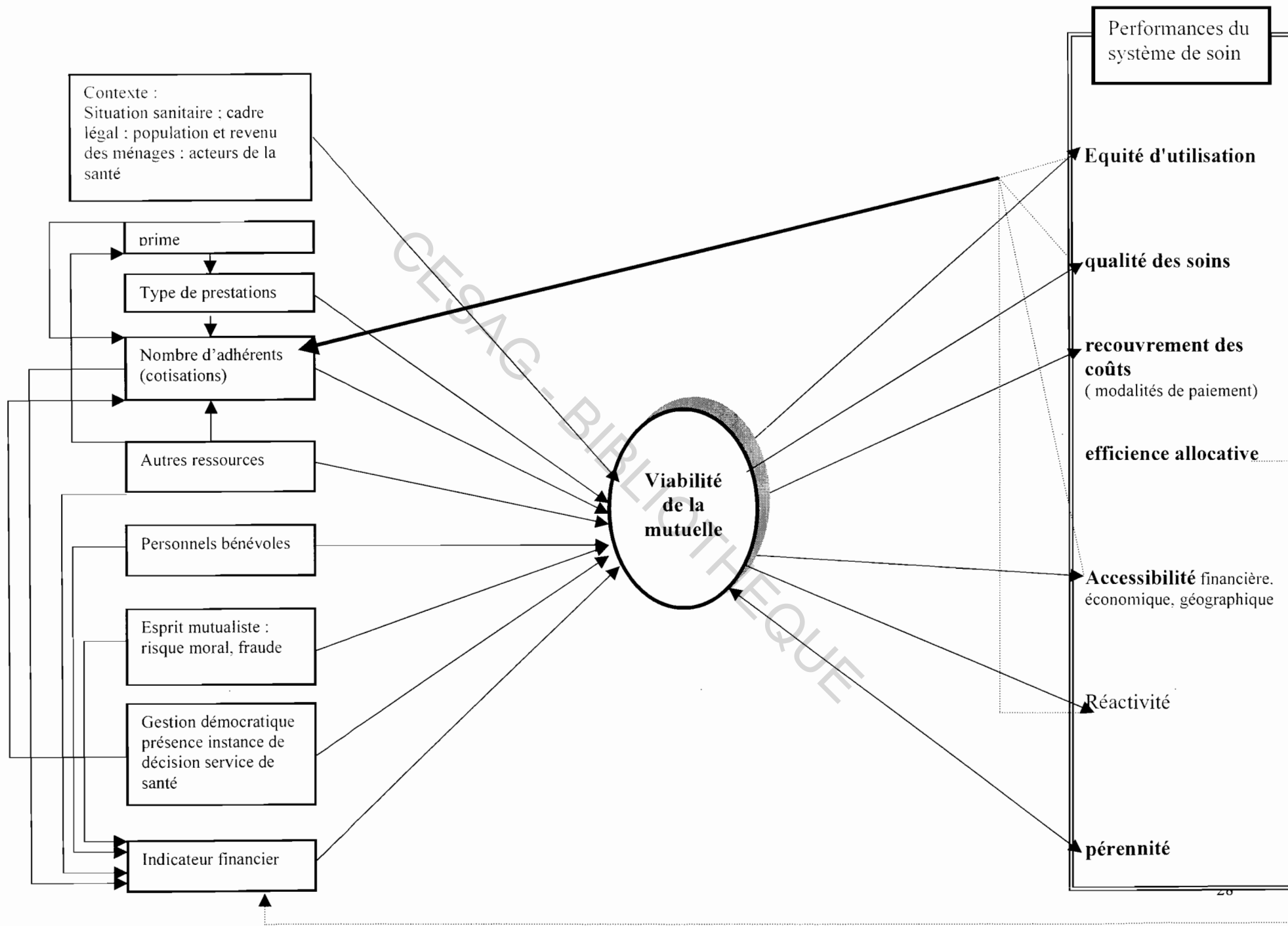
²⁵ Mukech, Chawla Peter, Berman : la mobilisation des ressources : guide méthodologique

aura d'autant plus d'adhérents qu'elle est en mesure d'offrir à ses membres une prise en charge médicale satisfaisante (qualité des soins, réactivité), qu'elle garantit l'équité d'accès au sein des bénéficiaires. Les indicateurs financiers seront « au vert » dans la mesure où elle pourra négocier des tarifs préférentiels pour ses membres ; en tout cas éviter d'être la vache à lait d'une structure de santé.

La viabilité d'une mutuelle de santé est au centre d'interrelations complexes entre plusieurs variables et ne se prête pas à un modèle d'explication linéaire. Afin de mieux cerner cette complexité, nous proposons un cadre conceptuel global qui prenne en compte tout mouvement mutualiste, et pouvant servir de cadre d'analyse aussi bien aux mutuelles villageoises aux mutuelles de corporation qu'à une assurance maladie obligatoire.

Schéma n°2 : cadre conceptuel (page N+1)

CESAG - BIBLIOTHEQUE



IV.2) QUESTIONS DE RECHERCHE

IV.2.1) question générale de recherche

Notre question de recherche est la suivante : L'Armée burkinabé peut-elle mettre en place une assurance maladie sociale viable selon le cadre conceptuel sus-jacent ?

IV.2.2) questions spécifiques de recherche

- 1) Les militaires du Burkina Faso sont-ils confrontés à un problème d'inaccessibilité financière aux soins ?
- 2) Le contexte (politique, socioéconomique, juridique) est-il favorable aux mouvements mutualistes ?
- 3) Les intentions d'adhésions permettent-elles à la loi des grands nombres d'agir ?
- 4) La disposition à payer des adhérents potentiels permet-elle de mobiliser les ressources substantielles ?
- 5) La sélection adverse est-elle un obstacle au bon mixe des risques ?
- 6) La qualité des soins attire-t-elle la population cible vers les centres de santé ?
- 7) La nature des prestations attendues par les futurs membres permet-elle de contrôler le risque moral de l'adhérent ?
- 8) La nature des partenaires et la nature des contrats qui lient ces partenaires au mouvement mutualiste ne vont-elles pas entraîner une recherche de maximisation de leurs revenus par le mécanisme de multiplication des actes médicaux ou de diminution de la qualité des soins ?
- 9) Quel mécanisme de gestion permet d'endiguer la fraude ?

CHAPITRE 5

STRATEGIE de RECHERCHE et METHODOLOGIE

(planification opérationnelle)

Notre recherche est de nature synthétique parce qu'elle analyse les interrelations complexes entre variables à la fois explicatives et à expliquer.

L'étude de faisabilité objet de cette réflexion utilise la technique de simulation afin de prévoir comment peut évoluer une assurance maladie dans un contexte donné et d'éclairer la décision. La validité interne de cette stratégie de recherche est fonction de la capacité du modèle à mettre en évidence de manière exhaustive toutes les interrelations entre les variables. Mais ce n'est qu'a posteriori, après la mise en oeuvre avec succès de cette assurance maladie au sein de l'Armée burkinabé que cette validité interne pourra être confirmée.

Nous avons identifié les contraintes auxquelles sont soumises les variables dans le cadre d'une étude de faisabilité d'une assurance maladie obligatoire dans l'armée burkinabé, et les indicateurs les plus fiables qui permettaient de mesurer ces variables.

V.1) LA POPULATION d'ETUDE

V.1.1) Population cible

Elle était constituée par l'ensemble des militaires des forces armées burkinabé sans distinction de sexe, de grade ou d'âge.

V.1.2) Echantillon

L'effectif de l'armée est légèrement supérieur à 10 000 militaires. Un sondage exhaustif de toute la population militaire n'étant pas indispensable à l'étude, nous avons procédé au recueil d'un échantillon selon la méthode suivante: La taille de l'échantillon a été fixée en fonction des données qui sont :

- l'effectif de l'armée qui est supérieure à 10 000
- la précision retenue pour notre étude qui est de 5%
- l'intervalle de confiance qui est de 95%
- aucune étude préalable n'ayant été faite sur l'intention d'adhésion à un mouvement mutualiste au sein des forces armées, la probabilité d'adhésion a été fixée à 50% soit

$p=0,5$. De tout ce qui précède, la taille de l'échantillon a été fixée à 400; selon la formule de la précision qui est : $i = \text{racine carree de } (pq/n)$.

V.1.3) Méthode sondage

Afin d'avoir une représentativité des trois armées (armée de terre, armée de l'air, gendarmerie) proportionnellement à leurs effectifs, il a été fait dans un premier temps un sondage stratifié.

Au niveau de l'armée de terre, la base de sondage était constituée par tous les corps de troupe. Les corps de troupes retenus l'étaient par choix raisonné; des corps de la région du centre, (Ouagadougou) des corps de la région de l'ouest et du sud-ouest et (Bobo-Dioulasso, Gaoua, Po) des corps de la région du nord et de l'est (Dori, Kaya, Fada Ngourma). Les zones ci-dessus délimitées constituent approximativement les grands axes de mouvements d'affectations des militaires qui se font d'une région à une autre. Ce découpage correspond aussi aux trois zones climatiques que connaît le Burkina Faso, ce qui a son importance sur le plan épidémiologique. Dans les corps de troupe retenus pour l'enquête, nous avons procédé à un sondage systématique à partir du tableau des effectifs avec un pas de 20.

L'armée de l'air quant à elle est uniquement basée à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Une stratification a été faite entre les deux bases et un sondage systématique a été effectué avec le même pas de sondage.

La gendarmerie est une institution qui présente une spécificité dans son déploiement géographique. En plus des grosses entités basées dans les grands centres comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, elle est disséminée sur tout le territoire. Ainsi, au niveau de cette armée, les grosses entités ont fait l'objet d'un sondage systématique avec le même pas de sondage, tandis que la gendarmerie départementale a été assimilée à des grappes. Le choix de ces grappes s'est effectué au niveau de la troisième région de gendarmerie, de telle sorte que la gendarmerie départementale soit représentée proportionnellement à son effectif.

V.2) DEFINITION des VARIABLES

V.2.1) Les variables du contexte

Le mouvement mutualiste est une proposition de solutions aux difficultés rencontrées dans le financement de la santé. Il a pour objet d'améliorer l'accessibilité financière des futurs membres au soin de santé. Les variables du contexte sont:

- la variable « textes législatifs » dont les indicateurs sont l'ensemble des textes de loi qui régissent les mouvements associatifs de façon générale et le mouvement mutualiste en particulier, les textes réglementaires dans les forces armées.
- La variable « épidémiologique » mesurée par les taux d'incidence, de prévalence, et de mortalité.
- La variable « démographique » schématisée par l'histogramme des âges.
- La variable « dynamisme économique du milieu » mesurée par les sources de revenu.
- La variable « besoin de financement » mesurée par le montant de la dépense santé par militaire, de crédit pour raison de santé (avance sur solde, acompte).

V.2.2) Variables liées à l'unité statistique

Ce sont les variables recueillies sur l'unité statistique c'est-à-dire les sujets enquêtés. Nous ne classerons pas ces variables en variables explicatives et en variables à expliquer, du fait de la nature synthétique de notre étude mais plutôt en **variables d'état** qui sont les caractéristiques physiques économiques ou encore l'état d'esprit de l'unité statistique au moment de l'enquête et en **variables comportementales** qui traduisent l'intention de l'enquêté par rapport à une action future.

V.2.2.1) Les variables d'état

- l'inaccessibilité financière

Elle est définie comme le fait d'avoir eu au moins une fois depuis le début de l'année en cours, des difficultés à trouver l'argent nécessaire pour faire face à des dépenses de santé. C'est le fait pour l'enquêté que son revenu et/ ou son épargne ne suffisent pas à couvrir les frais de santé. L'indicateur de cette variable est le pourcentage de militaires ayant eu une inaccessibilité aux soins. Cette information sera recueillie grâce au questionnaire d'enquête, question qui sera évoquée plus loin dans le chapitre sur la méthode de collecte des données.

- l'esprit de solidarité

La solidarité est un sentiment qui a des manifestations multiformes. Elle peut se manifester dans des situations de joie tels un mariage, un baptême, et dans le cas de l'armée lors d'une promotion à un grade supérieur. Les contextes de peine sont la maladie et le décès. La solidarité est donc une variable qui a plusieurs dimensions, et celle qui nous intéresse dans

ce travail est la dimension «manifestation de solidarité envers les malades ». Nous avons retenu cette dimension pour les trois raisons ci-dessous énoncées

- Les hommes sont très attentifs aux absences de leurs parents, amis ou confrères lors des évènements douloureux et plus sensibles aux gestes de solidarité dans de telles circonstances, puisqu'en Afrique, on s'accorde pour dire que dans les circonstances douloureuses, on se doit de surmonter les divergences éventuelles pour manifester sa compassion.
- Nous avons choisi les situations de maladie pour mesurer la solidarité parce que de nos jours, dans l'armée burkinabé, on peut faire le constat que les morts « bénéficient » d'une meilleure prise en charge que les malades. Le mort a droit à tous les égards : les frais funéraires sont entièrement à la charge de l'armée, et il a droit aux honneurs militaires, alors que le malade est parfois confronté à des problèmes de ressources financières ou à des problèmes de garde-malades.
- La troisième et non la moindre qui motive notre choix est le thème de notre travail qui est l'assurance maladie sociale dans l'armée.

L'esprit de solidarité est le substratum d'un mouvement mutualiste. Les militaires ont-ils le sentiment que leurs frères d'armes manifestent une solidarité en leur endroit quand ils sont malades? L'indicateur est le pourcentage de militaires qui affirment avoir bénéficié de la solidarité d'un autre militaire quelle que soit la forme que revêt cette solidarité.

- la dépense de santé pour sa propre personne

Elle est mesurée en monnaie (CFA). Elle permettra après la prise en compte des frais de gestion de faire une estimation de la prime en fonction du pourcentage de prise en charge.

- le souvenir d'un mouvement associatif antérieur

Le souvenir que l'enquêté garde d'un mouvement associatif antérieur est un déterminant majeur de son intention d'adhésion à tout autre mouvement associatif, surtout si ce mouvement se déroule dans le même espace géographique avec les mêmes promoteurs et dans le même secteur d'activité. Cette variable sera mesurée par le pourcentage d'enquêtés qui ont gardé un bon souvenir de la Caisse Epargne Santé (CES) qui peut être assimilée à une activité associative de santé.

V.2.2.2) Les variables comportementales

Elles permettent de simuler le comportement des enquêtés.

- l'intention d'adhésion

Elle mesure le pourcentage d'enquêtés qui manifestent le désir formel d'adhérer à la mutuelle hors mis les facteurs limitant que pourrait constituer la prime, ou la nature des prestations.

- la disposition à payer

Elle permet de déterminer la somme maximale que l'individu est prêt à payer pour adhérer à une mutuelle. Elle permet de simuler le nombre d'adhérents en fonction de la prime (dans l'hypothèse selon laquelle celui qui est prêt à adhérer pour un montant donné sera adhérent pour tout montant inférieur et conformément au principe de liberté d'adhésion qui régit les mouvements mutualistes).

- La sélection adverse

Le croisement de certaines variables telle que l'inaccessibilité financière ou encore la morbidité de l'enquêté et l'intention d'adhésion permettra de mettre en évidence cette sélection adverse si elle existe.

- Le risque moral

Elle vise à mesurer le taux d'augmentation de la consultation en cas de prise en charge par une mutuelle. Ce taux sera mesuré par le ratio entre les cas de non consultations parce que la maladie était jugée bénigne, et les autres causes de non consultation. Nous pensons que certaines personnes qui n'ont pas consulté parce qu'ils ont jugé leurs maux bénins auraient eu recours aux soins s'ils pouvaient bénéficier d'une prise en charge gratuite.

Nous avons évoqué par ailleurs les variables liées au fonctionnement de la mutuelle et celles liées aux structures de santé.

V.2.3) méthodes de collecte des données

Trois techniques de recueil de données ont été utilisées:

- la recherche documentaire
- une technique quantitative d'enquête (questionnaire écrit)
- une technique qualitative par entretien semi-dirigé

V.2.3.1) La recherche documentaire

Elle a été faite par nous même :

- au niveau de la Direction Centrale du Service de santé des Armées (DCSSA) afin de rechercher des données chiffrées sur le contexte (morbidité, mortalité, budget alloué à la santé).
- de la direction de l'intendance militaire (évolution du budget alloué à la santé de la création de l'armée à 2000, le nombre d'avances sur solde et d'acomptes accordés; au cours de l'année 2000).
- de l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD) à la recherche du taux d'inflation de 1960 à 2000 afin de faire une étude comparative des dépenses de santé par militaire, après correction par le déflateur.

V.2.3.2) L'enquête quantitative

La collecte des données au sein de l'armée a commencé le premier octobre 2001 suite au message porté n° 2001-4379/ DEF./EMGA/DO du 27 septembre 2001 autorisant l'enquête et donnant les instructions y afférentes. Elle a duré un mois.

L'enquête quantitative a été faite grâce à un questionnaire écrit remis à l'enquêté. Elle visait à obtenir des données chiffrées sur les variables sus-citées. Les fiches d'enquêtes étaient administrées par les médecins-chefs de garnison avec qui nous avons eu une séance de travail préalable dans le but de les outiller pour cette enquête. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test qui nous a conduit à reformuler la question n° 15 en apportant les précisions qui sont dans la parenthèse.

V.2.3.3) Les entretiens semi-dirigés

Ils se sont déroulés au sein des corps de troupe . Ils regroupait des enquêtés ayant déjà rempli le questionnaire écrit dans le but de susciter le débat et de leur donner l'occasion de livrer les arguments qui ont prévalu au choix de certaines réponses. Dans le but d'avoir des groupes homogènes, le groupe de discussion composé de 6 à 8 personnes ne comprenait pas d'officier dont la présence aurait pu, soit inhiber le débat ou au contraire susciter une passion excessive contre l'officier symbole du commandement. Ces entretiens étaient dirigés par nous-même. Nous pensons que notre statut d'officier supérieur (médecin-lieutenant-colonel) n'a pas constitué un handicap parce que dans le fonctionnement normal des armées, le

médecin militaire (en plus de sa pratique médicale qui lui a permis d'acquérir le sens de la communication et du contact), est statutairement conseiller du commandement, laquelle fonction l'amène à s'entretenir régulièrement avec les hommes. De plus, notre pratique de sociologue (nous avons soutenu avec succès notre mémoire de maîtrise en sociologie en 1996 sur le thème : les médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso) nous a été d'un apport appréciable.

Les entretiens semi-dirigés étaient menés auprès des autorités militaires et des personnes ressources tels les dirigeants de mutuelles de services, les responsables des structures partenaires potentielles de la mutuelle telles les pharmacies, les laboratoires d'analyse médicale et d'imagerie médicale.

Les entretiens semi-dirigés des groupes étaient enregistrés sur bande magnétique tandis que les entretiens avec les autorités militaires et les personnes ressources ont fait l'objet de reconstitution a posteriori compte tenu surtout du rang de ces autorités (chefs d'état-major).

V.2.4) Analyse des données

Les données qualitatives

Après transcription, nous avons procédé à un repérage des thèmes qui se dégagent de certains extraits du discours et qui confirmaient ou infirmaient les variables de notre modèle d'analyse tels le risque moral, la sélection adverse, l'opinion sur les promoteurs de la mutuelle etc.

Les données quantitatives

Elles ont été analysées grâce au logiciel Epi info. Les liens entre les variables qualitatives ont été testés par le test du Chi carré avec un seuil de significativité de 5%. Les variables quantitatives ont été appréciées par la corrélation et le lien existant entre une variable quantitative et une variable qualitative a été mesuré par le test de comparaison de moyenne.

CHAPITRE.6 RESULTATS : ANALYSES ET DISCUSSION

VI.1) POPULATION D'ETUDE

VI.1.1) **Structure de la population des enquêtés**

l'enquête quantitative a porté sur un échantillon de 425 personnes. Certaines fiches mal remplies ont été exclues de l'analyse. Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- toute fiche dans laquelle l'enquêté n'avait pas répondu à la question numéro 15 « pensez-vous que c'est une bonne chose de créer une caisse de solidarité à partir des retenus sur solde des militaires pour aider ceux qui tombent malades à se soigner ?(il ne s'agit pas de recréer la caisse épargne santé mais de délivrer des bons pour les pharmacies en ville, pour les radiographies etc.) »
- toute fiche dans laquelle l'enquêté confondait mutuelle et épargne individuelle, notamment à travers la réponse à la question numéro 18 « seriez-vous d'accord pour continuer à cotiser si pendant plusieurs années vous ne tombez pas malade ? » En effet, certains enquêtés qui ont répondu qu'ils étaient en train de constituer une épargne montraient par là qu'ils ne comprenaient pas le principe de la mutuelle. La réponse qu'ils ont donnée notamment sur l'accord de principe pour la création d'une mutuelle dans les forces armées ne pouvait être prise en compte. Au total, 12 fiches sur 425 (2.8%) ont été exclues de l'analyse.

VI.1.1.1) Structure de l'échantillon selon le grade

Le tableau suivant donne la répartition des enquêtés selon le grade

grade	MDR	OFFICIER	sous-officier	indéterminés
pourcentage	32.9%	9.4%	56.9%	0.7%

Les militaires du rang (MDR) regroupent les soldats de 2^o et de 1^o classe de même que les gendarmes (sans grade). La modalité « indéterminés » regroupe ceux qui n'ont pas répondu à la question numéro 3 qui portait sur le grade ; l'absence de réponse à cette question n'était pas un facteur d'exclusion de la fiche d'enquête.

La proportion des grades dans notre échantillon montre une prédominance de sous-officiers. Cette couche de la population a connu une croissance en valeur absolue mais surtout en valeur relative par les deux mécanismes suivants : dans un premier temps, il faut savoir que le programme d'ajustement structurel (PAS) dans ses mesures budgétaires a pendant longtemps imposé le gel du recrutement dans l'armée d'où une absence d'apport de jeunes

recrues, tandis qu'on assistait par ailleurs à « l'arrivée » de nouveaux sous-officiers par le mécanisme normal de passage au grade supérieur. Mais ce ratio en augmentation est aussi le fait de notre méthodologie d'échantillonnage qui a retenu la méthode stratifiée par armée. En effet, il y a des armées comme la gendarmerie, qui de façon structurelle comportent beaucoup de sous-officiers.

VI.1.1.2) Structure de l'échantillon selon le statut matrimonial

Cette variable qualitative a été subdivisée en deux modalités : le célibataire sans enfant qui est la première modalité, la seconde modalité correspondant à tous les autres cas (célibataire avec enfant, marié avec ou sans enfant, veuf, concubinage etc.) Le critère qui a prévalu à cette catégorisation est le fait d'avoir ou non plusieurs personnes à charge avec l'hypothèse que le célibataire sans enfant à moins de difficultés financières et représente un bon risque.

Notre échantillon comprenait les proportions suivantes :

Tableau n°1 : répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

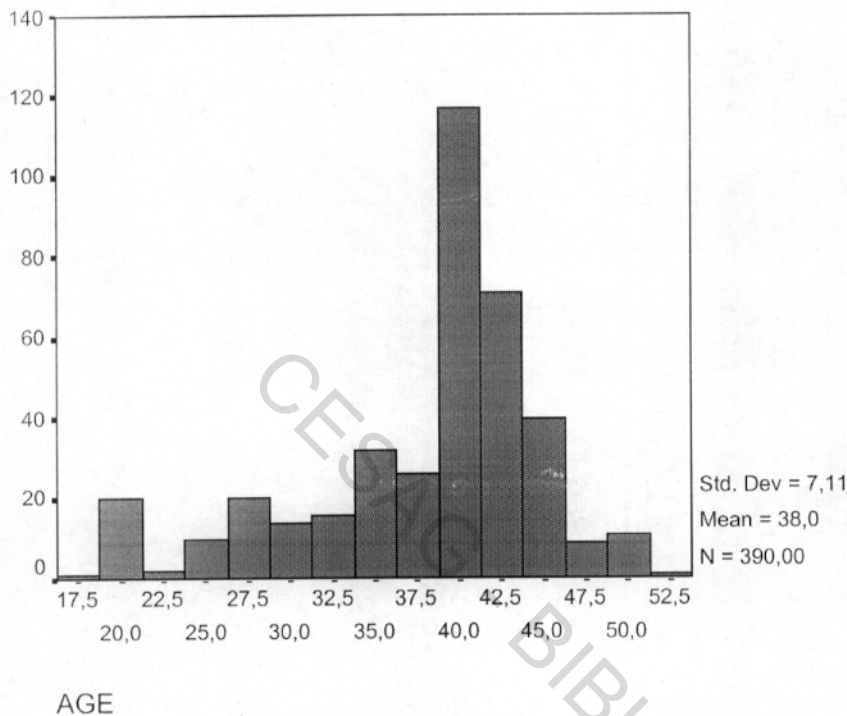
(24 personnes n'ont pas répondu à la question)

Modalité	célibataire sans enfant	Autres	indéterminés
Fréquence	67	322	24
Pourcentage	16.1%	77.6%	5.8%

VI.1.1.3) Structure de l'échantillon selon l'âge

L'âge moyen des enquêtés est de 38 ans (37.95 ans) avec un écart type de 7 ans (7.11ans). Le mode et la médiane sont de 38 ans ; l'âge maximum est de 53 ans, le minimum étant à 18 ans. On constate une augmentation de l'âge moyen des militaires provoqué par le même processus qui est à l'origine de l'augmentation du ratio des sous-officiers, c'est-à-dire l'irrégularité de la levée des recrues. Ce phénomène se traduit par un déplacement vers la droite de l'histogramme des âges (graphique n°3) .

Graphique n°3 : histogramme des âges des 413 enquêtés
 (23 personnes n'ont pas répondu à cette question)



VI.2) Les VARIABLES du CONTEXTE

VI.2.1) **La situation sanitaire**

Les forces armées nationales burkinabé disposent d'une structure spécialisée qui est le service de santé des armées dont la mission classique est de préserver les effectifs. Ce service mène des actions de prévention individuelle telle la vaccination, ou de prévention collective telle l'hygiène de l'alimentation ou du cantonnement. Il développe une médecine curative assurée par des médecins spécialistes médicaux ou chirurgicaux, des médecins généralistes et un personnel paramédical. D'une manière générale le service de santé des armées agit sur tous les déterminants de la santé en vue de diminuer la morbidité et la mortalité dans l'armée. Par exemple, concernant le déterminant génétique, le service de santé des armées a identifié la drépanocytose comme étant un critère d'invalidité dans l'armée.

Le service de santé des armées à l'instar du ministère de la santé a une structure pyramidale avec à la base les infirmeries régimentaires qui réfèrent à un deuxième niveau constitué par les infirmeries de garnison, le sommet de la pyramide étant occupé par la Clinique Médicale du Camp de l'Unité (CMCU) qui est le projet d'hôpital militaire.

Le service de santé des armées serait d'office le premier partenaire d'une assurance maladie sociale dans l'armée. Le plateau technique est renforcé par les hôpitaux régionaux et nationaux qui sont des structures de référence. En effet, ce système de santé s'intègre harmonieusement dans la pyramide sanitaire nationale, l'itinéraire thérapeutique des malades aussi bien militaires que civils les conduisant à s'adresser à la structure sanitaire de leurs choix soit en première intention ou par référence de leurs médecins traitant. Cette collaboration est d'autant plus facilitée que beaucoup de médecins militaires spécialistes exercent dans des hôpitaux civils, établissant ainsi une passerelle entre les deux systèmes de santé ; le vice-doyen de la faculté de médecine et de pharmacie est un médecin militaire.

Les indicateurs relatifs à la situation sanitaire (effectif du personnel de santé, structure de la population militaire, la morbidité et la mortalité) n'étaient pas accessibles. Néanmoins, il est opportun de rappeler les déterminants de cette morbidité qui sont :

- le vieillissement de la population militaire, en témoigne l'histogramme des âges de l'échantillon, qui a les mêmes caractéristiques que celui de la population d'étude.
- l'augmentation des effectifs.
- la diminution des crédits alloués à la santé.
- l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Si dans les années 1970 la mort d'un militaire constituait un événement émouvant (cette mort étant souvent due à un accident en mission, rarement à une courte maladie) depuis la décennie 90, rien que dans la seule garnison de Ouagadougou, il y a des jours sombres où la morgue accueille trois « locataires ».

VI.2.2) le cadre législatif

Le contexte national et le cadre militaire constituent un bon réceptacle à un mouvement mutualiste

- L'armée est une institution républicaine qui est soumise à la loi fondamentale, laquelle loi en son chapitre IV article 18²⁶ garantit le droit à la santé.
- L'armée dans sa structure dispose d'une entité chargée de veiller sur la santé des hommes
- Les Hautes Autorités militaires ont la prérogative de prendre toutes les initiatives qui ne sont pas contraires au règlement dans le cadre du bon fonctionnement du service. Ainsi des structures comme la Caisse Epargne Santé (CES), la caisse de soutien au sport, la caisse épargne retraite ont été créés sur décision du commandement.

²⁶ Burbina Faso : recueil de lois, année 1997

En revanche, toute activité qui n'est pas décidée par le commandement est interdite. C'est dire donc qu'un mouvement mutualiste ne peut exister dans une caserne qu'avec l'autorisation du chef.

VI.2.3) Le besoin de financement.

Les dimensions du besoin de financement sont :

VI.2.3.1) Les crédits pour raisons de santé

Ce sont des avances sur solde qui selon les textes en vigueur ne sont accordées que pour raison de santé. Mais comme tout bon militaire doit savoir « se débrouiller », les hommes trouvent les moyens de franchir les obstacles des textes tout comme on leur a appris à franchir les obstacles du terrain. En effet, le militaire ayant à sa charge ses descendants et ascendants, il lui est facile de trouver une ordonnance médicale attestant que sa mère est malade. Le médecin militaire très souvent ne peut contester, compte tenu des difficultés que pose la confirmation de cette information, et délivre le document nécessaire au crédit (On ne peut tout de même pas mobiliser la gendarmerie pour de telles enquêtes !) Le fait que ce crédit soit substantiel, constituant une alternative aux banques commerciales puisqu'étant de fait un crédit à taux d'intérêt nul, incite les hommes à tricher afin de résoudre des problèmes telle une maison à achever. Plus fiables sont les acomptes, qui sont de micro crédits à recouvrer le mois suivant, accordées aussi sur la base des ordonnances médicales. En 2000, le nombre d'avances sur solde était de 2523 et celui des acomptes de 7076²⁷ pour une population de 10000 militaires. En nous référant au nombre d'acomptes, nous pouvons estimer que 70.76% des militaires ont été confrontés à une inaccessibilité financière aux soins et ont fait recours au crédit. Mais compte tenu du fait que certaines personnes demandent plusieurs acomptes dans l'année nous pouvons en déduire que les vrais taux d'inaccessibilité financière aux soins, tout en étant élevés sont sensiblement inférieurs à ces chiffres.

VI.2.3.2) Les dépenses publiques de santé par militaires

A sa création le premier novembre 1961 à partir du bataillon de tirailleur sénégalais numéro 6, l'armée nationale voltaïque (devenue burkinabé) comptait 500 hommes sous les ordres du chef de bataillon Sangoulé LAMIZANA.²⁸ Cet effectif a évolué pour atteindre 10000 hommes en 2000, soit une multiplication par 20. Dans le même intervalle de temps, le

²⁷ Source Direction Centrale de l'Intendance Militaire

²⁸ Général Sangoulé LAMIZANA :sur la brèche trente ans durant ; imprimerie de l'indépendant, décembre 1999

budget de la santé a été multiplié par 5. La dépense de santé par militaire a subi en réalité une division par 4, passant de 56000f/an/militaire à 14300f/an/militaire. Pour refléter toute la réalité, ces chiffres devraient prendre en compte le taux d'inflation des produits pharmaceutiques entre 1961 et 2000. En extrapolant avec le taux d'inflation global de la même période pendant laquelle les prix ont été multipliés par 7.48²⁹ cette dépense de santé par militaire aurait donc été divisée par 30.

VI.2.4) Le revenu des futurs adhérents potentiels

Les militaires sont des agents publics de l'Etat qui ont un revenu régulier, la solde mesurée en valeur monétaire. La solvabilité de même que la collecte des primes ne pose pas de problèmes, car auparavant de tels prélèvements étaient faits à la source. Ainsi des indicateurs tel le taux de cotisations dues sur cotisations payées seraient assurément de 100%.

VI.3) Les VARIABLES RECUEILLIES sur L'UNITE STATISTIQUE

VI.3.1) Les variables d'état

A travers l'estimation de la morbidité et la mise en évidence des difficultés financières éventuelles face à cette morbidité, nous confirmerons ou infirmerons notre première hypothèse qui est : **le paiement direct qui est le mode de paiement en vigueur dans l'Armée est cause d'inaccessibilité financière aux soins.**

VI.3.1.1) La morbidité

La morbidité moyenne est de 91% sur une période de 3 mois soit environ 30% par mois. Environ, un militaire sur trois tombe malade dans le mois. L'étude spécifique sur la pauvreté et la santé réalisée au Burkina Faso en 1997³⁰ avait trouvé sur une période de 30 jours les taux de morbidité suivants : 28% à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, 25% dans les autres villes, un maximum de 16% en zones rurales, le taux de morbidité le plus faible étant retrouvé dans le nord du pays, soit 9%. Il est exact que nous ne pouvons faire de comparaison valide entre ces deux études du fait de la rigueur qu'exigent les analyses épidémiologiques. En effet, en épidémiologie, des trois variables que sont le temps, le lieu et la population, deux devraient rester constantes afin de pouvoir mesurer l'impact de la variation de la troisième. En l'occurrence, notre étude ne se situe pas dans la même période et ne porte pas exactement sur

²⁹ source INSD ministère de l'économie et des finances Burkina Faso

³⁰ INSD : pauvreté et santé au Burkina Faso mars 1997

la même population mais sur un sous-groupe spécifique de cette population à savoir les militaires. Mais nous pouvons tout de même mentionner la similitude de nos chiffres avec ceux recueillis en milieu urbain et dans la couche qui a accès à l'adduction d'eau. Cette étude avait fait le constat paradoxal que ce sont les personnes vivant en milieu urbain et ceux qui ont accès à l'eau potable qui semblaient tomber fréquemment malade, ce qui voudrait dire a priori que l'assainissement de l'environnement altère la santé des populations. Mais une analyse approfondie avait conclu que les pauvres avaient tendance à minimiser ou à cacher leurs maladies, ces faibles taux de morbidité n'étant que la conséquence d'une sous déclaration. On est amené à penser que la définition que les pauvres donnent de la maladie se rapproche de celle des économistes : on n'est malade que lorsqu'on ne peut plus vaquer à ses occupations, la santé étant donc un état qui permet de produire³¹. On comprend alors toute la difficulté à éradiquer cette « maladie de la pauvreté » qu'est la lèpre puisque, un des premiers signes de la maladie qui est une macule hypochrome, n'est pas perçu comme une maladie.

En nous plaçant dans le contexte de l'étude sur la pauvreté et la santé au Burkina, les militaires qui sont des agents publics de l'Etat peuvent être classés dans la strate riche, ce qui expliquerait ces taux de morbidité élevés. De plus, le fait que les officiers aient déclaré un taux de morbidité légèrement supérieur à ceux des sous-officiers et militaires du rang tend à corroborer cette explication.

Tableau de moyennes pour morbidité
Effet : grade

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
mdr	117	,923	1,084	,100
o	36	1,000	,828	,138
so	213	,901	1,021	,070

VI.3.1.2) L'inaccessibilité financière

Elle est mesurée par la question numéro 7 « avez-vous déjà eu des difficultés à trouver l'argent nécessaire pour vous soigner depuis le début de l'année 2001 ? ». Cette même variable est mesurée par les questions numéro 12 et 13. « y a-t-il eu des fois où vous êtes tombés malade mais vous n'êtes pas allé en consultation depuis le début de l'année 2001 ? si oui, pour quelle raison n'êtes-vous pas allé en consultation ? »

En ce qui concerne la question numéro 13, la combinaison des motifs de non consultation nous permettra de cerner le contour de la non consultation pour raison financière.

³¹ CHEIHK F. : codex déterminants de la santé, CESAG, 2001

Si la première proposition de réponse « vous n'aviez pas l'argent pour acheter les médicaments qu'on allait prescrire » est un aveu d'inaccessibilité financière, la seconde réponse qui stipule que l'individu n'a pas consulté parce qu'il a jugé que la maladie n'était pas grave, traduit aussi une inaccessibilité financière. En effet, un raisonnement économique en terme de maximisation de son utilité l'a conduit à cette décision : par rapport à ses ressources limitées, il apprécie quelle est la décision d'achat qui lui permet de maximiser son utilité, par exemple acheter un sac de riz ou encore payer sa facture d'électricité arrivée à échéance. S'il juge que sa santé se trouve sur une courbe de préférence inférieure à celle du sac de riz, il achètera le sac de riz afin que la famille puisse avoir à manger. En réalité beaucoup de personnes finissent par faire le constat que la plupart des rhumes et autres céphalées ont une évolution naturelle favorable si bien que le traitement de ces affections pour eux relève du superflu, du luxe. « La maladie n'était pas grave » signifie « ça ne va pas me tuer ni me handicaper, donc je préfère utiliser mes maigres ressources pour des choses plus urgentes ». Il est fort à parier que si les ressources de cette personne augmentaient ce bien qui avait été catégorisé bien de luxe serait acquis.

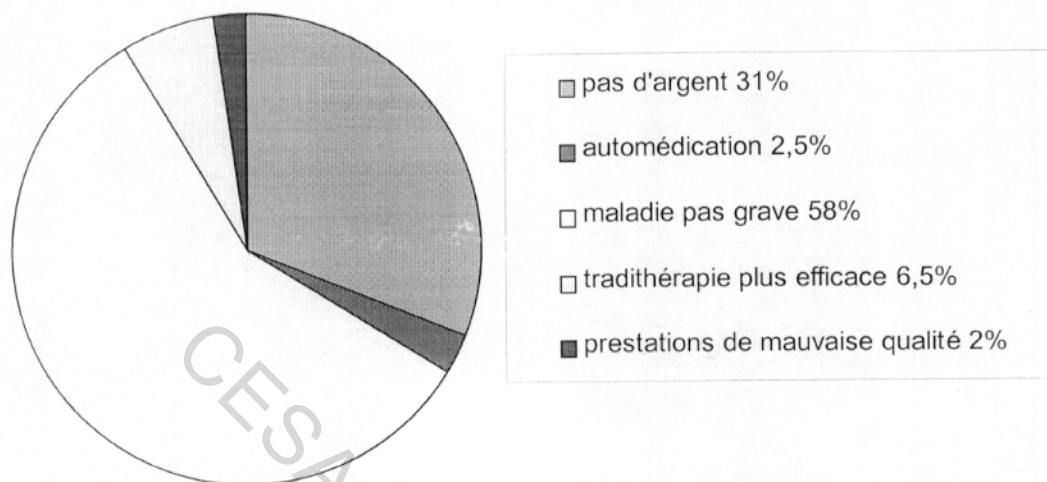
Nous reviendrons sur cette catégorie de malades, parce que, en pratique les maladies jugées pas grave constituent un pool potentiel de risque moral de l'adhérent à un mouvement mutualiste. 58% de ceux qui n'étaient pas allés en consultation avaient estimé que leurs maladies n'étaient pas graves (graphique n°4)

Le taux d'inaccessibilité financière estimé par la question numéro 7 est de 55.9% tandis que le cumul des deux réponses de la question 13 donne 50.1%. Dans l'analyse des variables du contexte, nous disions que les 70.76% de militaires ayant fait un crédit pour raison de santé devraient être revus à la baisse du fait qu'une même personne faisait plusieurs fois recours à cette prestation. Les chiffres que nous venons d'obtenir semblent corroborer cet argument. Nous pouvons donc estimer qu'un militaire sur deux a eu des problèmes d'accessibilité financière au cours de l'année 2001. **L'étude de faisabilité trouve sa justification dans la confirmation de l'inaccessibilité financière aux soins.**

Par ailleurs, les solutions qui ont été trouvées par les militaires pour résoudre le problème de l'inaccessibilité financière aux soins figurent dans le diagramme ci-joint (graphique n°5).

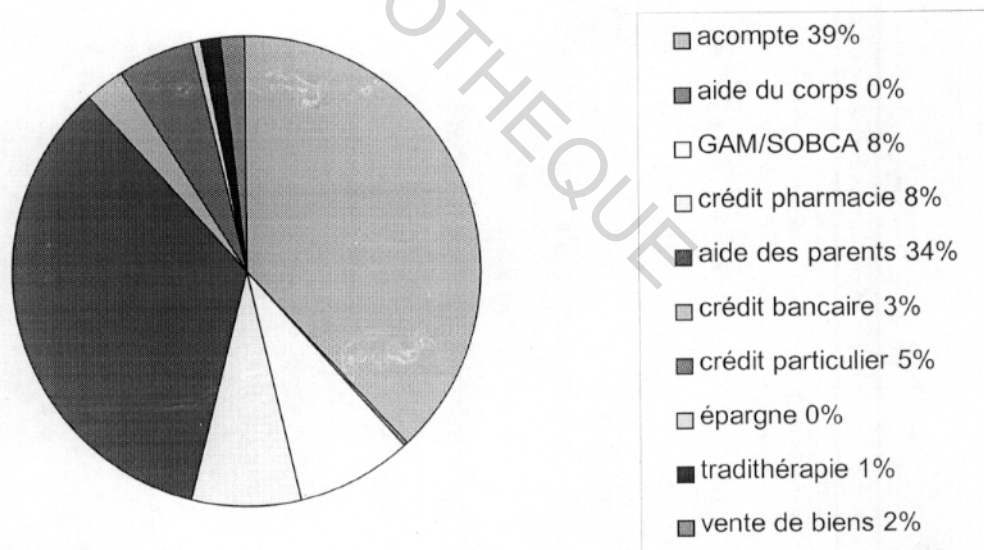
Graphique n°4: les motifs de non-consultation (questions n° 12 et 13)

diagramme en secteur: motif de non consultation



Graphique n°5 : solutions à l'inaccessibilité financière aux soins (questions n°7 et 8)

diagramme en secteur: solutions à l'inaccessibilité financière aux soins



Nous constatons que l'acompte est la première voie de recours du militaire en situation d'inaccessibilité financière aux soins. Or l'acompte qui est une avance sur solde à recouvrer le mois suivant, traduit le manque de marge de manœuvre financière des personnes qui y ont recours. Cette situation traduit une absence de gestion prévisionnelle du risque maladie. En effet, on constate que l'épargne individuelle pour la santé, voire l'épargne tout court est quasi nulle. La mutuelle qui est une forme d'épargne santé pourrait donc combler ce vide. Les

cercles traditionnels de solidarité semblent toujours fonctionner puisqu'ils occupent la seconde place avec 34%. L'émergence de ce phénomène nouveau qu'est le crédit fournisseur accordé par les pharmacies de la place est à souligner : les médicaments sont fournis aux militaires très souvent avec l'accord de leurs institutions qui se chargent de faire le recouvrement au profit des pharmacies prestataires du service. Parmi les voies de recours utilisées, on peut déplorer la vente de biens qui, effectuée dans de telles conditions d'urgence ne peut profiter qu'aux usuriers qui par ailleurs sont compris dans les 5% de la strates « crédit particulier ».

VI.3.1.3) L'esprit de solidarité

La solidarité est un des sept principes de base de la mutualité³². Nous rappelons que la dimension de la solidarité que nous avons retenue est celle qui se manifeste devant la maladie. Le pourcentage de militaires qui affirment avoir ressenti une manifestation d'un esprit de solidarité en leur endroit quand ils étaient malade ;(question numéro 7. « avez-vous déjà bénéficié de la solidarité d'un militaire pendant que vous étiez malade depuis que vous êtes dans l'armée ») est le suivant :

Tableau n 2 : fréquence de la solidarité dans l'armée

réponse	fréquence	Pourcentage
oui	181	43,42%
non	224	54,23%
abstention	8	1,9%

La réponse à cette question sous-entend que tout militaire est déjà tombé malade une fois au moins depuis qu'il est sous les drapeaux. Nous avons pensé que les militaires qui ne sont jamais tombés malades et qui ne se sont jamais trouvés en situation d'attendre un geste de solidarité de leurs frères d'arme ne sont pas nombreux et ne devraient pas biaiser nos résultats. C'est ce que semble traduire le nombre d'abstention à cette question. En effet, 8 personnes n'ont pas répondu à la question peut-être parce qu'ils ne sont jamais tombés malades, soit un pourcentage de 1,9%.

³²WSM ; ACOPAM ; BIT : mutuelle de santé en Afrique :guide pratique à l'usage des promoteurs administrateurs et gérants, 1999

Un militaire sur deux estime que les militaires ne sont pas solidaires entre eux dans les situations de maladie. La solidarité étant le marché du donner et du recevoir, ce faible taux constitue un handicap pour un mouvement mutualiste.

Nous vous rapportons quelques propos des enquêtés qui ont trouvé que les militaires ne sont pas solidaires.

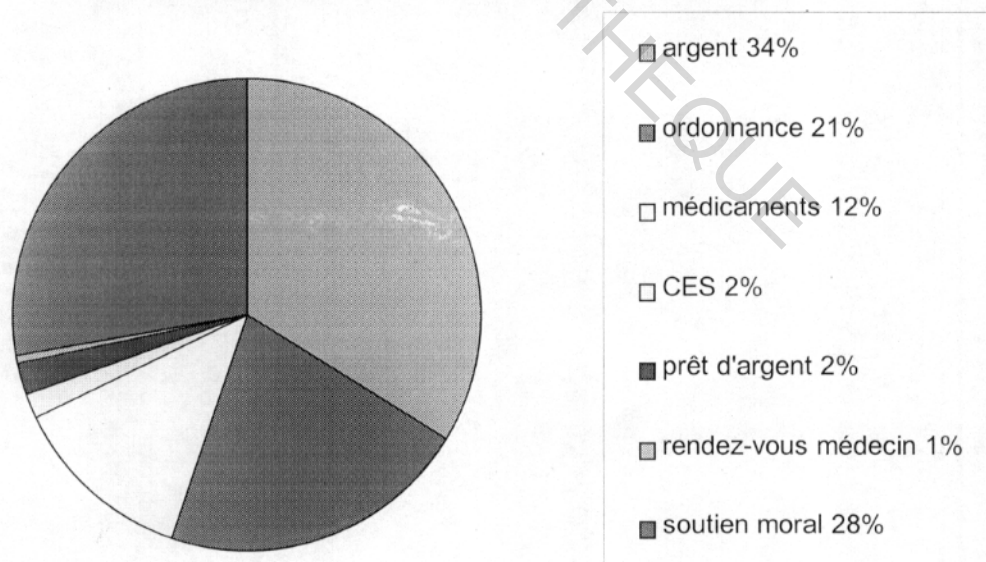
- que chacun se débrouille !
- le militaire malin trouve une source de revenus.

Il est vrai que depuis un certain temps, certains militaires « se débrouillent » en menant des activités génératrices de revenus au mépris des textes en vigueur et presque « au nez » du commandement (comme ces chauffeurs qui conduisent leurs taxis aux couleurs caractéristiques dans l'enceinte du camp après en avoir simplement ôté l'enseigne ; à la descente du service, ces militaires se convertissent en chauffeur de taxi).

Les manifestations de la solidarité sont représentées dans le graphique n°6 ci-joint.

Graphique n°6 : manifestation de solidarité envers le malade (questions n°10 et 11)

diagramme en secteur: manifestations de solidarité envers les malades



La solidarité matérielle (don d'argent, de médicaments ou achat des médicaments prescrits) vient en tête avec 69%. Le prêt d'argent perçu comme un geste de solidarité est très symptomatique de l'inaccessibilité financière et traduit toute la difficulté de certains malades chroniques, insolubles, qui ne peuvent pas avoir accès aux institutions financières de la

place, et dont les supérieurs hiérarchiques, lassés de leurs multiples demandes d'acomptes refusent d'émettre un avis favorable. On comprend aisément dans ces conditions que même un usurier soit perçu comme un bon samaritain. L'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste relève parfois du parcours du combattant (pour un malade !). "Le rendez-vous est difficile à avoir et quand on l'a, il est parfois si éloigné qu'on a tout le temps de mourir avant la date³³". Le fait de connaître personnellement le médecin ou de passer par un intermédiaire à qui il est redevable ou à qui il doit du respect (parenté par alliance voire parenté à plaisanterie) peut s'avérer utile pour l'obtention d'un rendez-vous dans des délais raisonnables.

VI.3.1.4) La dépense de santé par individu et par an

La dépense de santé dans la période allant du 15 juin au 15 septembre est de 21767.494f par militaire. Ces données ont été recueillies par la réponse à la question numéro 14 formulée comme suit : « combien avez-vous dépensé pour votre santé entre le 15 juin et le 15 septembre 2001 (3 mois) ? (on ne parle pas des dépenses faites pour les autres membres de votre famille mais de vous seul ;il faudra ajouter l'argent ou le prix des médicaments que des parents et amis vous ont donnés) ».

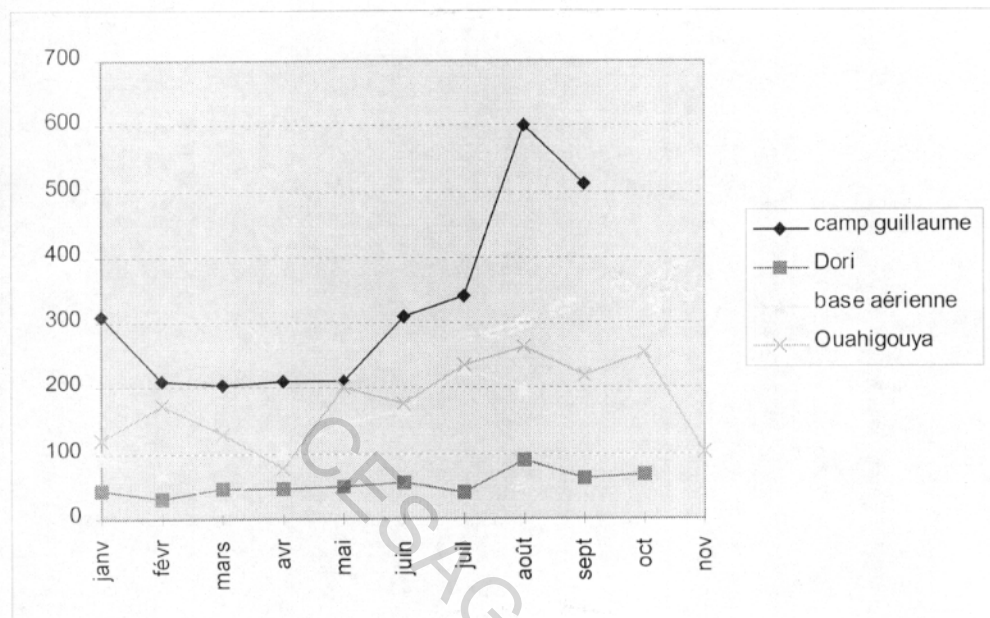
Cet intervalle de temps a été retenu pour les raisons suivantes:

- minimiser le biais de mémorisation en choisissant la période de trois mois ayant précédé l'enquête.
- La date du 15 a été retenue parce que, au Burkina Faso le militaire touche sa solde le 15 du mois tandis que les autres agents de l'Etat ont leurs virements à la fin du mois.

Pour pouvoir extrapoler et faire une estimation des dépenses moyennes annuelles par militaire, une analyse de la nature et de la répartition de la morbidité dans l'année s'impose.

³³ Journal du Jeudi n° 496 du 22 au 28 mars 2001

Graphique n°7 : courbe d'évolution des consultations pendant l'année 2001 dans quatre centres médicaux militaires



En regardant l'allure des courbes de consultations dans ces quatre infirmeries régimentaires ou de garnison (choisies au hasard) nous constatons une tendance à la hausse dans la période de juin à octobre, qui est celle pendant laquelle nous avons collecté nos données. Cette ascension est essentiellement due à la résurgence du paludisme qui connaît une poussée épidémique pendant la saison des pluies, en témoignent les résultats des travaux du docteur SIRIMA du Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP)³⁴ au Burkina Faso.

Faut-il pour autant revoir les estimations des dépenses de santé à la baisse pour compenser le fait que la période d'enquête corresponde à une période de hausse de consultations? Nous pensons que non parce que :

- Il n'est pas certain que les nombreux cas de paludisme de la saison des pluies coûtent plus chers que les broncho-pneumopathies des temps de poussières (périodes allant de février à avril).
- Les fêtes de fins d'année avec leurs cortèges d'accidents de la voie publique augmentent la morbidité post traumatique³⁵ dont la prise en charge est souvent lourde techniquement et partant, financièrement.

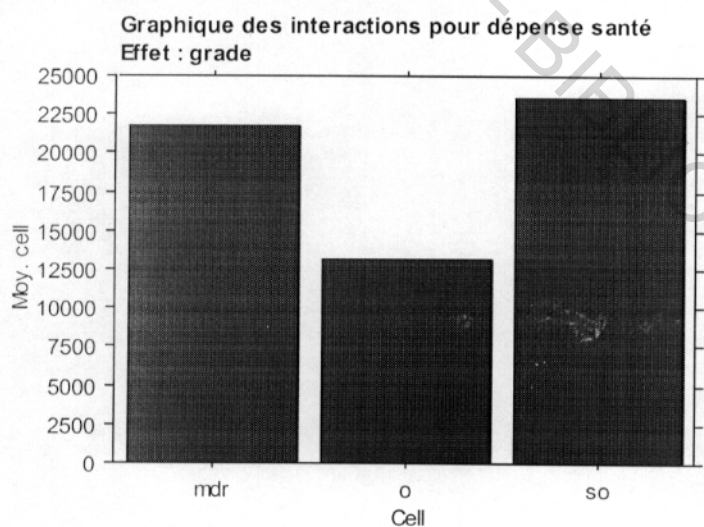
³⁴ SIRIMA, S.B. KONATE, A : Le paludisme grave au Burkina Faso, leçon d'une décennie d'étude; in journée des sciences et de la santé de Bobo-Dioulasso, mai 2000

³⁵ rapports annuels de la brigade des sapeurs pompiers

- Par ailleurs, il est fort probable que les officiers aient sous estimé leurs dépenses de santé. En effet, si nous n'avons pas mis en évidence une différence de morbidité entre les grades (Fisher= 0,145 p= 86,54%), par contre les dépenses de santé des officiers sont sensiblement inférieures à celles des deux autres catégories.(O = 13 205,28 ; SO= 23 554,42 MDR= 21 707,31 ; valeur de p(O/SO)=13,40). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les officiers qui s'adressent directement au médecin, bénéficient plus souvent des échantillons médicaux gratuits dont ils ont probablement sous estimé la valeur monétaire (question n°14 de la fiche d'enquête).

- Un dernier argument et non des moindres est qu'il nous semble plus prudent dans un travail de cette nature, de pécher par excès que par défaut, en d'autres termes, mieux vaut surestimer les charges et se retrouver avec un excédent d'exploitation que de faire une sous estimation qui confronterait les gérants à un déséquilibre financier dès la mise en œuvre du projet.

Graphique n° 8 : dépense de santé selon le grade



Nous estimons la dépense mensuelle par militaire de la manière suivante :

$$(21767,494/3=7\ 255,831F)$$

La dépense de santé par an pour l'ensemble des militaires est estimée à 870 699 760F

Partant de la dépense de santé, nous pouvons faire une estimation de la prime.

Dans les conditions idéales, les frais de gestion d'une mutuelle étant de 5%, nous pouvons en déduire que la prime équitable pour ce mouvement mutualiste est de 7637,716F Mais il faut prendre en considération le fait que la plupart des mouvements mutualistes ont eu à leurs démarrages, des frais de fonctionnement supérieurs à 5%. C'est le cas de la mutuelle des armées du Sénégal qui, avec un taux de fonctionnement moyen de 5,6% était à 13,5% à sa

création et à 16% à la phase d'informatisation³⁶. Pour ce faire, nous pensons qu'il est prudent de faire nos estimations avec un taux moyen de 10% qui étale les charges de démarrage sur plusieurs années. Ce nouveau taux nous donne une prime équitable de 8062.03f pour une prise en charge totale de 100%. Il faudrait d'ores et déjà savoir que le risque moral (du praticien et de l'adhérent) entraînera une escalade des coûts, ce qui nécessitera un ajustement périodique de la prime. De même, l'inflation et les nouvelles technologies sont des déterminants de l'évolution des charges liées aux prestations de soins.

VI.3.1.5) L'impact psychologique des mouvements associatifs antérieurs

Nous avons voulu mesurer le taux de satisfaction que les militaires ont eu avec la Caisse Epargne Santé (CES) qui est le type même de mouvement associatif institué dans l'armée au profit de tous les militaires. La Caisse Epargne Santé est une institution qui a été créée en 1984 dans un contexte politique national très favorable aux idées novatrices. Elle a fonctionné pendant 12 ans de janvier 1985 à septembre 1996 date à laquelle elle a été dissoute. Elle avait comme objectif de réduire l'inaccessibilité financière aux soins en facilitant l'acquisition du médicament. Elle jouait le double rôle de centrale d'achat et de réseau de distribution. Ses ressources étaient exclusivement constituées par un prélèvement obligatoire et à la source, d'une somme de 2000f sur la solde de chaque militaire. Son mode de fonctionnement était le suivant : quand le militaire ou un membre de sa famille était malade, il lui était délivré un bon de médicaments par le prescripteur. Celui-ci s'adressait au dépôt pharmaceutique de son unité ou il était servi si son compte était crédité, parce qu'il ne s'agissait pas d'une mutuelle. A sa dissolution, elle a pu faire face à ses créances grâce au Commandement qui a incorporé ses capitaux propres (les moyens logistiques notamment les véhicules de livraison) et lui a donné toutes les liquidités nécessaires pour désintéresser les cotisants.

A la question n° 19 « regrettez-vous que l'on est supprimé la caisse épargne santé », les réponses suivantes ont été recueillies (tableau n°3):

Tableau n° 3 : fréquence des opinions sur la suppression de la CES

réponse	fréquence	pourcentage
oui	153	37.04%
non	246	59.56%
abstention	14	3.38%

³⁶CAMARA, K : financement de la santé dans un contexte socio-économique de pénurie :l'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal ;mémoire deses cesag 1995

La Caisse Epargne Santé n'a donc pas répondu aux attentes de la plupart des militaires. Ceux qui sont mécontents déplorent le fait que très souvent les médicaments qui leur étaient prescrits n'étaient pas toujours disponibles dans les dépôts. S'il est vrai qu'il est techniquement impossible à un même fournisseur de disposer de toutes les gammes de produits pharmaceutiques, il faut reconnaître que le problème de la disponibilité des produits était aggravé par l'attitude des prescripteurs. En effet, les premiers responsables de cette CES n'ayant pas associé les prescripteurs notamment les médecins à l'élaboration de la liste des médicaments essentiels, ces derniers usaient donc de leur liberté de prescription dans le mépris quasi total de cette liste de médicaments. Il en résultait les deux conséquences ci après :

- une insatisfaction de la part de ceux qui ne trouvaient pas les médicaments prescrits dans les dépôts, d'autant plus qu'ils étaient obligés de chercher l'argent nécessaire à l'achat de leurs produits pharmaceutiques dans les officines en ville ; alors même que leurs comptes étaient crédités.
- une péremption de produits disponibles mais non prescrits par les médecins, ce qui compromettrait l'équilibre financier de l'institution, l'obligeant à réduire sa gamme de commande. IL en résultait une aggravation du mécontentement des hommes.

La conscience collective a tellement été marquée par cette expérience que des jeunes militaires arrivés sous les drapeaux bien après la suppression de la CES ont répondu qu'ils ne regrettaient pas sa suppression, et cela sur la foi de ce que leur ont raconté leurs anciens.

VI.3.2) variables de comportement

VI.3.2.1) L'intention d'adhésion

L'intention formelle d'adhésion est mesurée par la réponse à la question n° 15, libellée comme suit : « pensez-vous que ce soit une bonne chose de créer une caisse de solidarité à partir des retenus sur solde des militaires pour aider ceux qui tombent malades à se soigner (il ne s'agit pas de recréer la caisse épargne santé mais de délivrer des bons pour les pharmacies en ville, pour les radiographies etc.) ? ».

On pourrait faire objection en disant que cette question telle que formulée ne traduit pas une intention d'adhésion parce qu'une personne peut trouver qu'il est bon de créer une mutuelle et ne pas y adhérer pour autant. Cette formulation tient compte de la connaissance que nous avons du milieu. En effet, les militaires sont conscients que si une décision de créer

une mutuelle est prise, cette mutuelle ne respectera certainement pas le principe de liberté. Il en découle que psychologiquement, le militaire qui ne veut pas adhérer à une mutuelle dans l'armée est d'office défavorable à sa création. Pour des objectifs moins nobles que la santé tel le soutien au sport, une retenue sur solde à la source est opérée chez tous les militaires au profit des équipes militaires engagées dans les compétitions nationales ou internationales.

L'intention d'adhésion est de 61.98%.

VI.3.2.2) Les déterminants de l'adhésion

VI.3.2.2.1) L'impact de la caisse épargne santé

Les souvenirs que les personnes ont gardés des mouvements associatifs antérieurs, la confiance aux promoteurs sont des déterminants majeurs de l'adhésion aux mouvements mutualistes. Nous avons donc voulu mesurer l'impact du souvenir que les militaires ont gardé de la caisse épargne santé sur leur intention d'adhésion à la mutuelle.

Tableau n° 4 : répartition des 413 enquêtés selon leur opinion sur la CES et leur intention d'adhésion

	souvenir de la CES		total
	mauvais	bon	
Non-adhésion	131	21	152
adhésion	115	132	247
total	246	153	399

Degré de signification : $\chi^2=62.58$ degré de liberté = 2 P= 0.00000000

Il y a un lien très fort entre les deux variables ; ceux qui ont gardé un bon souvenir de la CES sont très favorables au mouvement mutualiste.

En effet, la gestion de la Caisse Epargne Santé (CES) était le problème récurrent auquel il était fait référence dans la réponse à la question ouverte n° 20 « d'après vous, que faudrait-il faire pour que cette caisse de solidarité appelée mutuelle marche ? ». Les solutions qui figuraient dans les fiches d'enquêtes sont:

- la gestion décentralisée pour un besoin de transparence.
- la gestion par un personnel compétent.
- un enquêté a même proposé que la gestion soit confiée à un cabinet civil.

De même, la gestion était le point focal des débats. Nous vous rapportons certains propos qui traduisent la méfiance des hommes à l'égard de la gestion, propos qui revenaient dans tous les entretiens au niveau de toutes les armées.

- Le principe de la mutuelle est bien mais il faut définir les modes de gestion pour éviter les malversations, comment éviter que la mutuelle ne connaisse le même sort que la caisse (la CES) ?
- Notre inquiétude est que les gens veulent bouffer sur le dos des autres. Les gérants vont prendre les cotisations pour acheter des voitures de luxe et il n'y aura plus d'argent pour payer les pharmacies.....
- L'idée est bonne mais la gestion pose problème ! les militaires sont devenus des douaniers, comme ils ne peuvent pas aller sur les routes, l'argent qui passe entre leurs mains ils l'empochent.
- si les gens en arrivent à rejeter cette mutuelle, c'est parce qu'ils ont gardé un mauvais souvenir de la caisse (la CES).
- On a une riche expérience de la CES, donc la mutuelle doit bien définir son mode de gestion, un comité de gestion, des bilans etc. ce sont les gestionnaires qui font échouer les objectifs les plus nobles !
- Les gestionnaires constituent un véritable casse-tête ! on ne peut plus faire confiance en quelqu'un. Il faut qu'il y ait des bilans, que l'équipe change et ne pas laisser le temps à quelqu'un de prendre le gâteau.
- Il est indispensable que les gérants soient compétents !par exemple, la CES pouvait faire des placements d'argent permettant de récupérer d'une main ce que l'on perdait avec les produits périmés.
- Il y a trop d'exemples de mauvaises gestions ! la caisse épargne santé, la caisse de soutien au sport qui n'a jamais fait de bilan; la caisse épargne retraite, de façon générale nous avons l'amère expérience de la mauvaise gestion de nos ressources !
- Depuis qu'on a commencé les cotisations, il n'y a jamais eu de bilan ; même au niveau du sport..... si vous voyez qu'on est en train d'organiser quelque chose, ce sont des gens qui veulent bouffer !

Pour résumer toutes ces interventions, nous pouvons dire que si certaines critiques stigmatisent l'incompétence des gérants, la plus grande inquiétude provient du manque de confiance aux promoteurs de ces activités associatives ou du moins aux gérants si l'on considère que c'est l'autorité militaire qui en est le promoteur. En effet, la quasi-totalité des militaires est convaincu qu'on ne peut trouver de gérants intègres (au pays des hommes intègres !) qui mettront l'intérêt des hommes au-dessus de leurs propres intérêts ; tout cela

aggravé selon eux par un constat d'impunité. « Si quelqu'un bouffe on ne lui fait rien, moi aussi si on me nomme (responsable de la structure) je bouffe ! » soutient un intervenant.

S'il est vrai que des rumeurs ont toujours couru sur des cas de malversations dans la gestion de certains fonds, ce sentiment de mauvaise gestion doublée d'impunité a été probablement exacerbé par un problème de détournement de fonds qui a défrayé la chronique en juin 2001³⁷.

Par ailleurs, nous constatons qu'il existe un lien significatif entre l'armée et le fait d'être favorable à la mutuelle, en témoigne le tableau suivant :

Tableau n°5 : répartition des 413 enquêtés selon la disposition à adhérer à la mutuelle et l'armée

	Air	Gendarmerie	Terre	Total
oui	36	35	185	157
non	8	30	119	256
total	44	65	304	413

Degré de significativité : $\text{Chi}^2= 9.34$ valeur de $p= 0.0094$ (0.94%)

Nous constatons que les gendarmes sont les moins favorables à la mutuelle avec un pourcentage de 53.84% contre 60.85% pour l'armée de terre et 81.81% au niveau de l'armée de l'air. Ceci nous amène à rechercher les raisons d'une telle attitude. Sont-ils de bons risques, auquel cas leurs attitudes relèveraient de la sélection adverse, ou ont-ils été beaucoup plus frustrés par la Caisse Epargne Santé ? Le tableau de contingence entre l'accessibilité financière et l'armée nous donne la réponse.

Tableau n° 6 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et l'armée (2 personnes n'ont pas répondu à la question)

	Accessibilité financière aux soins	Inaccessibilité financière aux soins	Total
Air	22	22	44
Gendarmerie	30	34	64
Terre	127	175	302
Total	179	231	411

Degré de signification : $\text{Chi}^2= 2.24$ $p= 0.69$ (69%)

A la lecture de ce tableau, nous pouvons affirmer que les gendarmes n'ont pas moins de problèmes d'accès aux soins que les autres militaires. Leur méfiance à l'endroit de la mutuelle

³⁷ journal du jeudi n° 508 du 14 au 20 juin 2001

n'est donc pas un effet de sélection adverse. C'est ce que corrobore le test de comparaison des moyennes (morbidité moyenne par armée) qui donne une valeur de Fisher à 0.5836 avec une valeur de $p= 58.36\%$. L'hypothèse qui nous reste pour justifier leurs attitudes est le mauvais souvenir qu'ils ont gardé de la CES.

Tableau n 7 : répartition des 413 enquêtés selon le souvenir qu'ils ont de la CES et l'armée

(14 personnes n'ont pas répondu à la question)

	Air	Gendarmerie	Terre	Total
Mauvais souvenir	23	45	178	246
Bon souvenir	20	17	116	153
Total	43	62	294	399

Degré de significativité (après exclusion des fiches dans lesquelles ne figurent pas les réponses à ces questions) : $\text{Chi}^2= 4.5$ Valeur de $P= 0.1055$ (10.55%)

Bien que nous n'ayons pas pu mettre en évidence par le test de Chi^2 un lien entre les différentes modalités de ces deux variables, nous pensons néanmoins que cette hypothèse est la bonne. Ainsi, les taux d'insatisfactions par rapport à la prestation de la Caisse Epargne Santé place la gendarmerie en tête avec un taux de 72.58% d'insatisfaits contre 60.54% pour l'armée de terre et 53.48% pour l'armée de l'air. Le mode de déploiement de la gendarmerie sur le territoire national ne facilite pas la prise en compte de cette armée dans les activités de santé. De façon générale, l'accessibilité géographique aux structures médicaux militaires est une des difficultés auxquelles sont confrontés certains gendarmes. Même la visite annuelle systématique malgré l'application de la stratégie avancée ne parvient pas à résoudre ce problème, certains gendarmes étant obligés de parcourir 100 Km pour rejoindre le poste de santé. S'il est vrai que le militaire peut s'adresser à un centre de santé civil, les documents médico-administratifs (notamment les repos médicaux prolongés) ne sont valables que s'ils émanent d'un médecin militaire. L'inquiétude des gendarmes notamment de la gendarmerie départementale est légitime chaque fois qu'une activité médicale est programmée et a été exprimée à propos de la mutuelle par la question de savoir quel mécanisme de prise en charge sera mis en place pour un gendarme qui se trouverait à 400 km de Ouagadougou loin de toutes structures de santé militaires ? Il est vrai qu'à l'époque de la CES, les gendarmes de certaines brigades n'avaient d'autres choix que l'alternative suivante qui est de laisser s'accumuler leurs crédits sans pouvoir les utiliser ou d'expédier leurs carnets par

l'intermédiaire des transporteurs routiers à leurs collègues qui résident dans les garnisons militaires afin de se faire approvisionner en médicaments. Cette structure ne pouvait donc leur être d'aucun recours en cas d'urgence.

VI.3.2.2.2) La sélection adverse

La sélection adverse est un déterminant majeur de l'adhésion à une mutuelle dans la mesure où les malades ont tendance à adhérer. Mais nos résultats ne semblent pas aller dans le sens de cette donnée classique de l'assurance maladie. En effet, l'impact de l'accessibilité financière aux soins ou de la morbidité sur l'intention d'adhésion à la mutuelle donne ces résultats :

Tableau n°8 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et l'attitude face à la mutuelle

(3 personnes n'ont pas répondu à la question)

	Accessibilité financière aux soins	Inaccessibilité financière aux soins	Total
Défavorable à la mutuelle	75	80	155
Favorable à la mutuelle	104	151	255
Total	179	231	410

Degré de significativité : $\chi^2 = 2.54$ valeur de $p = 0.28$ (28%)

Nous ne pouvons donc pas confirmer la sélection adverse même si le résultat de ce test signifie qu'il y a 72% de chance que cette sélection adverse existe.

Le test de comparaison des moyennes (morbidité moyenne au sein des deux sous-groupes) ne nous aide pas à trancher. En effet nous obtenons les résultats suivants : Fisher=0.278 valeur de $p = 59.81\%$.

Compte tenu de l'influence très forte du souvenir de la Caisse Epargne Santé sur l'attitude à l'égard de la mutuelle, nous avons jugé utile de faire une stratification avec cette variable qui selon nous pourrait masquer certains comportements.

Tableau n ° 9 : analyse stratifiée accessibilité financière/ favorable à la mutuelle / souvenir de la CES

	Chi2	P	RR
Bon souvenir de la CES	0.04	0.83	1.09
Mauvais souvenir de la CES	0.98	0.32	1.13

Conclusion : le risque relatif (RR) n'est pas différent par strates.

Nos résultats jusque-là ne sont pas conformes à la théorie de la sélection adverse qui stipule que les malades ou ceux qui ont des difficultés d'accès aux soins pour raison de finance sont attirés par la mutuelle. Nous continuons notre « prospection » à la recherche de manifestation de la sélection adverse. Ayant mis en évidence un lien entre l'accessibilité et le grade, (tableau n° 10) et entre le grade et l'intention d'adhésion à la mutuelle (tableau n°11), nous raisonnons par transitivité mathématique pour dire qu'il devrait avoir un lien entre l'accessibilité et l'intention d'adhésion ; ce qui nous conduit à faire une stratification des deux variables par le grade.

Tableau n° 10 : répartition des 413 enquêtés selon l'accessibilité financière et le grade (6 personnes n'ont pas répondu à la question)

	MDR	O	SO	Total
Accessibilité financière	69	25	82	176
Inaccessibilité financière	67	14	150	231
Total	136	39	232	407

Degré de signification : Chi2= 15.92 P= 0.00034 (0.034%)

Tableau n° 11 : répartition des 413 enquêtés selon l'intention d'adhésion et le grade
(6 personnes n'ont pas précisé leurs grades)

	MDR	O	SO	Total
Défavorable à la mutuelle	59	4	90	153
Favorable à la mutuelle	77	35	142	254
Total	136	39	232	407

Degré de significativité : Chi2=14.51 P= 0.000707 (0.07%)

Tableau n°12 : analyse stratifiée accessibilité financière/ favorable à la mutuelle/ grade

	Chi2	P
MDR	4.41	0.035
O	0.23	0.631
SO	0.38	0.53

Nous avons enfin pu mettre en évidence que dans la strate « MDR » il existe un lien entre l'intention d'adhésion à la mutuelle et l'accessibilité financière, lien qui est identifié comme une sélection adverse, en témoignent les chiffres du tableau n° 13. En effet, ces chiffres montrent que ce sont les Militaires Du Rang (MDR) qui ont des difficultés d'accès aux soins qui ont exprimé le plus leur intention d'adhésion au mouvement mutualiste

Tableau n°13 : corrélation entre l'accessibilité financière et le fait d'être favorable à la mutuelle dans la strate des MDR

	Défavorable à la mutuelle	Favorable à la mutuelle	Total
Accessibilité financière	36	33	69
Inaccessibilité financière	23	44	67
Total	59	77	136

Degré de significativité : Chi2= 4041 P= 0.035 (3.5%)

La sélection adverse a été un des sujets de préoccupation lors des entretiens. Elle est d'abord apparue sous la forme d'une défense du principe de la liberté d'adhésion, point qui a d'autant

plus fait l'objet d'insistance que, habituellement dans l'armée c'est la loi du tout ou rien, c'est-à-dire que le commandement prend une décision qui s'impose à tous, ou aucune activité n'est menée. Puis au fil des débats, les propos devenaient de plus en plus explicites :

- Comme il n'y a pas de remboursement pour ceux qui ne tombent pas malade, il est mieux que l'adhésion soit volontaire.
- Je suis malade, je traîne ma maladie depuis 5 ans mais je suis apparemment bien portant, il y a une mutuelle je me lève et je me lance à l'assaut ! . L'analyse sociolinguistique de ce lapsus est très intéressante, parce que dans l'armée quand on lance l'assaut c'est pour détruire ; le « je » employé par l'intervenant n'étant pas personnel mais signifiant « celui qui » C'est ce que reprend un autre intervenant dans un autre groupe de débat en des termes plus simples et plus explicites
- Si l'adhésion est volontaire, est-ce que ceux qui sont dépistés malades lors des visites systématiques n'auront pas tendance à adhérer, compromettant ainsi la viabilité de la mutuelle ? Sa préoccupation trouve confirmation dans le tableau n° 13 présenté ci-dessus.
- Et le problème de ceux qui cotisent et qui ne tombent pas malades, comment les motiver à adhérer à la mutuelle ? Cet intervenant posait ainsi la question de la motivation des bons risques. Les solutions qui ont été proposées sont :
- celui qui n'a pas bénéficié des prestations de la mutuelle pendant toute l'année, pour l'encourager à rester, on lui rétrocède une partie de sa cotisation sous forme de bons de médicaments de première nécessité.
- Que la mutuelle fasse de la prévention par la vaccination.
- Que les primes soient échelonnées. Ainsi le soldat aura une faible prime non pas par équité contributive mais parce qu'il constituerait un bon risque par sa jeunesse; argument vite balayé d'un revers de la main puisqu'il y a des vieux soldats qui ont 20 ans de service.

La préoccupation de la sélection adverse réapparaît quand il est question d'autoriser le militaire admis à la retraite à rester membre de la mutuelle s'il le désire. Leur aspect mauvais risque est indexé par un intervenant. « La gestion des retraités pose problème. N'est-il pas mieux si l'intéressé n'a pas trop empiété sur les finances de la mutuelle qu'on lui reverse quelque chose plutôt que de vouloir le garder dans la mutuelle ? parce que c'est les moments les plus durs de la vie, il vont tuer la caisse, ils seront un fardeau pour la mutuelle ! ».

Dans la classification des enquêtés en bon et mauvais risque, nous avons confirmé que les célibataires sans enfant étaient de bons risques, en témoigne le tableau croisé entre la situation matrimoniale et l'accessibilité financière.

Tableau n°14 : répartition des 413 enquêtés selon le statut matrimonial et l'accessibilité financière

(27 personnes n'ont pas répondu à la question)

	Célibataire sans enfant	Autres	Total
Accessibilité financière	43	124	67
Inaccessibilité financière	24	195	319
Total	67	219	386

Degré de significativité : $\text{Chi}^2 = 14.03$ $p = 0.000896$ (0.089%)

La sélection adverse conduirait ce sous-groupe à se tenir à l'écart de la mutuelle, ce que ne confirme pas l'analyse quantitative ($\text{Chi}^2 = 0.008$ $P = 0.9297$). Une stratification est peut-être nécessaire pour la mise en évidence de cette sélection adverse selon le statut matrimonial. Cet état de fait a pourtant été exprimé par un intervenant de manière explicite « si j'avais une famille j'allais m'inscrire, mais actuellement, je peux me soigner seul » Quand nous lui avons demandé s'il pouvait trouver le 5 du mois (soit 3 semaines après avoir touché sa solde) une somme de 100 000F pour faire face aux charges d'un accident de la voie publique, il est resté songeur. Manifestement, ce jeune militaire en parfaite santé physique n'avait pas pris en compte la survenu aléatoire d'un tel gros risque dans sa décision. C'est aussi la sélection adverse qui est exprimée à travers les propos suivants : « il y a trop de malades, on ne peut pas cotiser pour les soigner ! ». Ces propos signifient que notre interlocuteur ne se sent pas appartenir à ce groupe de malades et n'est pas non plus disposé à contribuer à leurs prises en charge. Ils émanaient d'un sous-officier qui avouera n'être jamais tombé malade depuis qu'il est dans l'armée et n'avoir jamais en son temps eu recours à la Caisse Epargne Santé.

De même, le croisement des variables grade et accessibilité financière montre que les officiers sont de bons risques (tableau n° 10). Mais la sélection adverse est inopérante dans ce groupe, comme l'indique le tableau n° 12. Les officiers qui sont pourtant de bons risques sont très favorables à la mutuelle (tableau n°11). Pour comprendre cette attitude apparemment

paradoxale des officiers, il est indispensable d'avoir une certaine connaissance de la sociologie du milieu militaire, plus précisément de son système de représentation. Dans une armée, l'autorité n'est pas seulement un chef qui commande les subordonnés. Elle a aussi le devoir de veiller à l'épanouissement des hommes en prenant toutes les dispositions utiles. Un jeune sous-lieutenant de 25 ans est appelé à entendre et à résoudre les problèmes d'un adjudant-chef de 50 ans dont il pourrait être le fils. Par exemple si un chef se rend compte que le changement de comportement d'un de ses hommes est dû à un problème dans son ménage, il est tenu d'apporter solution à ce problème. L'attitude des officiers n'est pas celle d'individus bons risques mais plutôt celle des chefs quotidiennement confrontés aux multiples problèmes des hommes notamment les demandes d'avance sur solde et d'acomptes, et qui seraient enchantés qu'une structure efficace telle une mutuelle les soulage de cette charge morale.

Des entretiens avec les autorités militaires (chef d'état major, commandants de région militaire et de gendarmerie, chefs de corps), il ressort que l'initiative d'une mutuelle est bien accueillie ce qui confirme le sens de responsabilité qu'ils ont de la troupe. Néanmoins certains chefs militaires à qui nous avons rapporté les préoccupations des hommes sur la gestion, ont reconnu que cette méfiance était fondée.

C'est au niveau du service de santé que le consensus ne semble pas se faire sur la question. La quasi-totalité des praticiens est favorable à la mutuelle eu égard à son impact positif sur l'accessibilité aux soins. En effet, étant régulièrement confrontés à l'inobservance thérapeutique par manque de ressources, et restant souvent sur leur soif scientifique de ne pas pouvoir faire les explorations que nécessite l'état du patient, les praticiens perçoivent la mutuelle comme un soulagement pour les malades et pour eux-mêmes.

Au niveau des autorités du service de santé des armées, certaines personnes défendent des positions classiques « une nation républicaine doit soigner ses militaires ». Comme arguments à la création d'une mutuelle, nous avons évoqué le contexte économique difficile. Le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) impose des mesures drastiques à nos Etats telle la réduction du budget du secteur de la défense considéré comme le type même de secteur non productif. Nous avons aussi évoqué le fait que beaucoup d'armées de la sous région utilisaient cette stratégie pour financer la santé des militaires : au Sénégal, les militaires et leurs familles ont bénéficié de la gratuité des soins jusqu'en 1980, date à partir de laquelle des ordonnances ont commencé à être délivrées et les examens de laboratoire ont fait l'objet de tarification. Le

budget santé de l'armée sénégalaise a subi une réduction de 50% de 1980 à 1995³⁸. Mais nos arguments ne sont pas venus à bout de leur conviction. « une nation républicaine doit garantir la santé de ceux là qui sont prêts à verser leur sang pour la patrie ». Le fait est que les médecins qui tiennent ces propos ont la nostalgie de la période faste de l'Etat providence. Ils n'ont probablement pas fait le constat que dans les décennies 60 et 70, ce n'était pas les seuls militaires qui avaient droit à la gratuité des soins ! Dans tous les postes de santé, il y avait les médicaments et on cherchait les malades, parfois avec l'appui des forces de l'ordre³⁹. De nos jours, les malades viennent plus ou moins spontanément, mais il n'y a plus de médicaments !

VI.3.2.2.3) Solidarité et mutualité

La solidarité est le pilier principal d'un mouvement mutualiste. Nous rappelons que 43,6% des enquêtés affirment avoir bénéficié d'un élan de solidarité de la part d'un frère d'arme. A notre humble avis ce taux est faible pour une armée dont le substratum devrait être l'esprit de groupe selon cette célèbre formule « un pour tous et tous pour un ». Cette solidarité s'est manifestée de façon multiforme, matérielle (argent, médicaments) ou morale (visite au malade). Le lien entre la solidarité et la mutualité est mis en évidence dans le tableau suivant :

Tableau n° 15 : répartition des 413 enquêtés selon le fait d'avoir bénéficié de la solidarité d'un militaire et l'intention d'adhésion à la mutuelle
(6 personnes n'ont pas répondu à la question sur la solidarité)

	Absence de solidarité	Présence de solidarité	Total
Défavorable à la mutuelle	94	58	152
Favorable à la mutuelle	130	123	253
Total	224	181	407

Degré de significativité : $\text{Chi}^2 = 5.58$ $P = 0.05844$ (5.8%)

Nous admettons l'existence d'un lien entre les deux variables. La solidarité étant le marché du donner et du recevoir, il est tout à fait prévisible que ceux qui estiment avoir bénéficié de la

³⁸ Camara K : financement de la santé dans un contexte socio-économique de pénurie, l'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal, mémoire DSGS CESAG, 1995

³⁹ ZOURE D. : les médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso ; mémoire sociologie, FLASHS université de Ouagadougou, 1996

solidarité d'un militaire soient plus favorables à une solidarité encore plus forte et mieux structurée, tel un mouvement mutualiste.

Mais à côté de la solidarité on trouve l'aversion pour le risque comme déterminant à l'adhésion au mouvement mutualiste, en témoignent ces réponses données à la question n° 18 « seriez-vous d'accord pour continuer à cotiser si pendant plusieurs années vous ne tombez pas malades ? »

propos relevant de l'esprit de solidarité

- pour aider ceux qui tombent malade.
- parce qu'on ne le fait pas pour soit même mais par esprit de solidarité.
- à cause de la solidarité entre collègue.
- parce que je serais très fier de voir les militaires recevoir les soins chaque fois que besoin sera.
- le militaire aurait aimé résoudre ses problèmes dedans et sortir bomber le torse.

propos révélateurs de l'aversion pour le risque

- la maladie ne prévient pas, on peut tomber malade à tout moment .
- un jour je pourrais être gravement malade.
- on n'a pas toujours l'argent et on ne peut pas toujours faire face au coût de la santé.
- parce qu'il y a les accidents aussi.
- parce que la guerre se prépare en temps de paix.

propos qui reflètent les deux sentiments

- solidarité et la maladie ne prévient pas.
- même si je ne tombe pas malade, ce sera ma contribution pour aider les autres à se soigner.

La solidarité revient dans les débats à propos des questions de l'équité contributive, de l'équité d'utilisation verticale, de la nature des prestations.

- Sur la nature des prestations notamment l'exclusion des petits risques de l'offre, un intervenant soutient qu'il est mieux que l'individu se prenne en charge pour les pathologies assez bénignes, laissant ainsi la mutuelle s'occuper des cas graves sinon poursuit-il, « je ne donne pas longue vie à la mutuelle ». « C'est plutôt cette discrimination qui sera à l'origine

de l'échec de la mutuelle ! » s'exclame un autre. Invité à s'expliquer, voici ce qu'il dit : « les gens qui vont faire plusieurs années sans tomber gravement malade ne vont pas bénéficier de la mutuelle et ils vont mettre fin à leur adhésion ! ». Son raisonnement est cohérent ; il veut attirer l'attention sur le fait que les bons risques vont mettre fin à leur adhésion parce que ne tirant aucun profit d'une telle option d'inéquité d'utilisation verticale de la mutuelle, laissant ainsi les mauvais risques entre eux; alors que nous savons qu'un bon mixe des risques est un déterminant de l'équilibre financier de la mutuelle et partant de sa viabilité. C'est au cours de ce débat que l'idée suivante a été émise : si les petits risques ne sont pas pris en charge, il est souhaitable, pour encourager les bons risques à rester, qu'un bonus, sous forme de trousse de médicaments de première nécessité, soit remis à ceux qui pendant une année n'ont pas bénéficié des prestations de la mutuelle ; d'autant plus qu'il est certain qu'ils ont dû déboursier directement de leur poche pour faire face à ces petits malaises. Nous rappelons que le pourcentage de ceux qui sont disposés à cotiser plusieurs années sans en bénéficier (question n° 18) est de 53,3% contre un pourcentage d'intention d'adhésion qui était à 61,7% ; les 53,3% étant motivés par l'esprit de solidarité ou par l'aversion pour le risque.

- L'équité d'utilisation verticale (c'est-à-dire que chacun soit soigné en fonction de la gravité de sa maladie)⁴⁰ ne fait pas l'unanimité. « les biens portants vont en vouloir aux malades d'abuser de la mutuelle, d'ailleurs la meilleure formule était la CES ou chacun consommait ses cotisations » « ne peut-on pas définir une consommation à ne pas dépasser par personne » « ne peut-t-on pas imposer une cotisation supplémentaire aux séropositifs ? » « certains malades du SIDA ne seront même pas en mesure de payer leurs cotisations et vont se contenter de bénéficier des cotisations des autres ». Nous voyons que la prise en charge de tous les gros risques (qui est une équité d'utilisation verticale) n'est pas acceptée par certaines personnes. Les arguments émis par ceux qui sont favorables à l'équité d'utilisation verticale sont : « le fait de permettre à un séropositif de se soigner, c'est ça la solidarité qui se manifeste depuis la CES » « si chacun veut consommer ce qu'il a cotisé, la mutuelle ne servira à rien ! c'est l'esprit de la CES qui est toujours en train d'animer les gens, combien j'ai cotisé, combien j'ai dépensé, il faut se départir de cela » « l'idée est lumineuse, parce que quand on parle de solidarité, c'est quand on est pas dans le besoin qu'on pense que c'est pour les autres, le jour ou ça te concerne tu vois que c'est utile ».
- Le concept d'équité contributive lui aussi souffre des interprétations multiples. De l'avis d'un sous-officier supérieur, il n'y a pas de maladie pour soldat et de maladie pour officier, donc il

⁴⁰ SCHNEIDER-BUNNEL, Claude : Santé et justice sociale: l'économie des systèmes de santé face à l'équité Paris. Economica, 1997

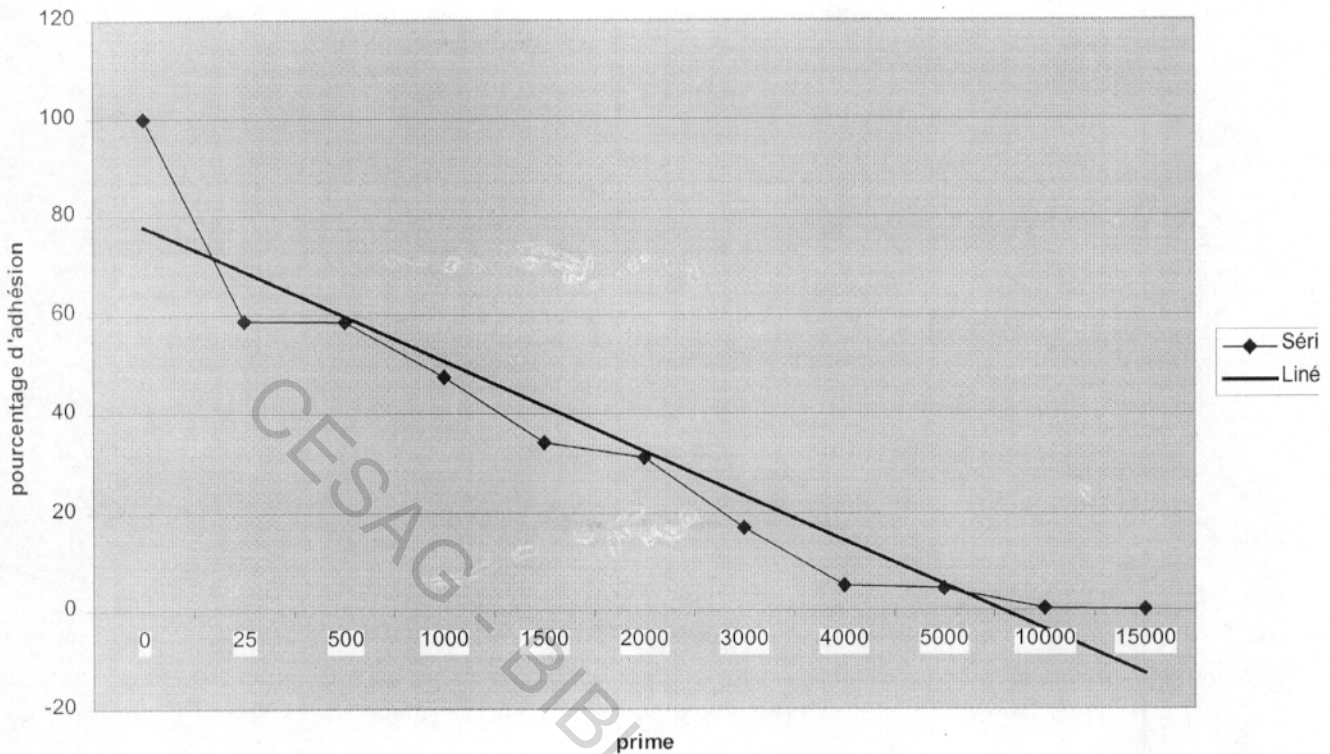
faut un taux unique pour tous. Cette logique qui veut que l'équité d'utilisation horizontale justifie une prime identique (ce qui revient de fait à une inéquité contributive) revenait très souvent. Le paradoxe est que ce raisonnement est tenu par des personnes qui sont lésées par le taux unique, et qui sont pourtant conscientes que 1000F de cotisation représentent beaucoup plus de sacrifice pour un soldat que pour un officier, conformément à la théorie de l'utilité marginale décroissante avec le revenu. Mais elles se sont justifiées en nous avouant qu'elles craignent qu'une équité contributive (qui amènerait les officiers à cotiser plus) ne conduise à une inéquité d'utilisation horizontale, à une meilleure prise en charge des officiers. En cotisant la même chose, ces personnes estiment avoir le droit de se plaindre en cas d'injustice. Il faut reconnaître que ce type de raisonnement reflète un trait culturel du Burkinabé qui ne tarde pas à dire « je ne mange pas chez toi ! », ce qui signifie qu'il n'est redevable vis-à-vis de personne et qu'il peut donc s'exprimer librement. Mais tous les intervenants ne partageaient pas cet avis. Si dans certains groupes les objections se faisaient en des termes nuancés tel « si la mutuelle implique solidarité, chacun devrait contribuer en fonction de ses moyens », ailleurs les débats étaient houleux et les oppositions fermes « soit on est pour le principe de mutuelle ou on ne l'est pas ! »

VI.3.2.2.3) Le montant de la prime

Le montant de la prime est une variable comportementale parce qu'il traduit la disposition à payer des adhérents potentiels. Nous rappelons qu'il s'agit d'une prime par bénéficiaire comme le stipulent les questions n°15 et n°16 du questionnaire d'enquête. Suite à l'affirmation d'une intention formelle d'adhésion, l'adhésion réelle n'interviendra qu'après l'arbitrage de facteurs qui sont le montant de la prime et les prestations offertes. « Le montant de la cotisation peut être source de démobilisation » disait un intervenant. Si nous partons du postulat selon lequel qui peut le plus peut le moins, c'est-à-dire que quelqu'un qui est disposé à adhérer pour une prime fixée à un montant donné sera disposé à adhérer pour toute autre prime fixée à un montant inférieur, nous pouvons tracer une courbe d'intention d'adhésion en fonction de la prime (graphique n°9).

Graphique n°9: courbe de demande d'adhésion en fonction de la prime

courbe de demande d'adhésion en fonction de la prime



Nous confirmons ainsi que la demande d'adhésion est une fonction inverse du montant de la prime, ce qui est conforme au comportement normal du consommateur de biens. C'est l'élasticité prix de la demande qui se manifeste par cette courbe⁴¹. L'analyse des paramètres de la formule de la droite de régression appelle les commentaires suivants :

Nous constatons que le coefficient de détermination (R carré) est égal à 51% ce qui signifie que le montant de la prime explique à 51% seulement les intentions d'adhésion. Nous obtenons ainsi la confirmation chiffrée de cette réalité qui se dégage aussi bien des analyses quantitatives que des entretiens semi-dirigés. Grâce à la première approche, nous avons mis en évidence le lien fort qui existe entre le souvenir de la Caisse Epargne Santé et l'intention d'adhésion ($p= 0.00000000$), et les entretiens ont confirmé que la confiance aux gestionnaires du projet en l'occurrence était un déterminant majeur. Notre modèle d'analyse qui propose un cadre conceptuel fait d'interrelations complexes trouve ainsi sa validité.

En prenant en compte l'élasticité prix de la demande d'assurance et en supposant que le principe de liberté d'adhésion est respecté, nous vous proposons le tableau et la courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime (graphique n°10).

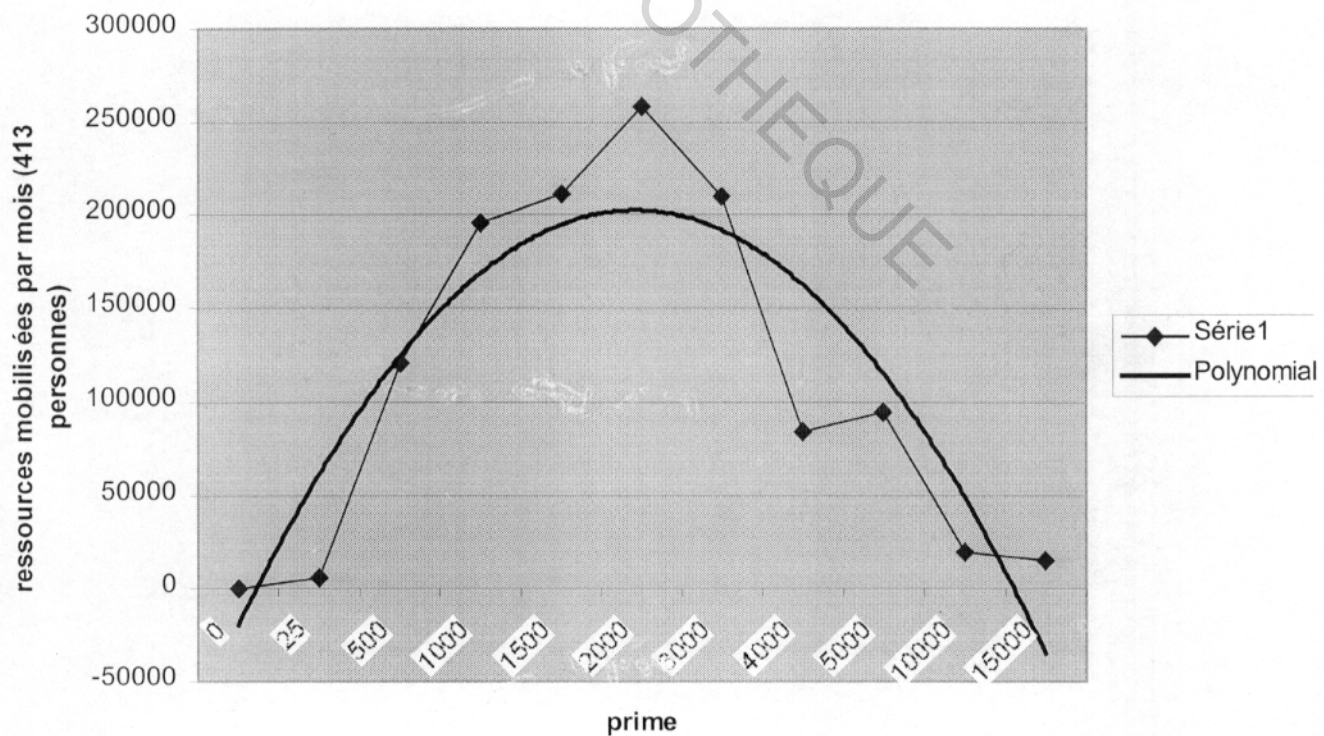
Tableau n°16 : mobilisation annuelle des ressources en fonction de la prime (10 000 militaires)

ceux qui n'ont pas proposé un montant ont été classés dans le groupe 0F

Montant de la prime (en CFA)	Pourcentage cumulé d'adhésion	Ressources mobilisées par an (10000 militaires)
0	100	0
25	58,83	1 765 133,17
500	58,59	35 157 385
1000	47,45	56 949 152,5
1500	34,14	61 452 784,5
2000	31,23	74 963 680,4
3000	16,94	61 016 949,2
4000	5,08	24 406 779,7
5000	4,6	27 602 905,6
10000	0,48	5 811 138,01
15000	0,2	4 358 353,51

Graphique n°10 : courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime

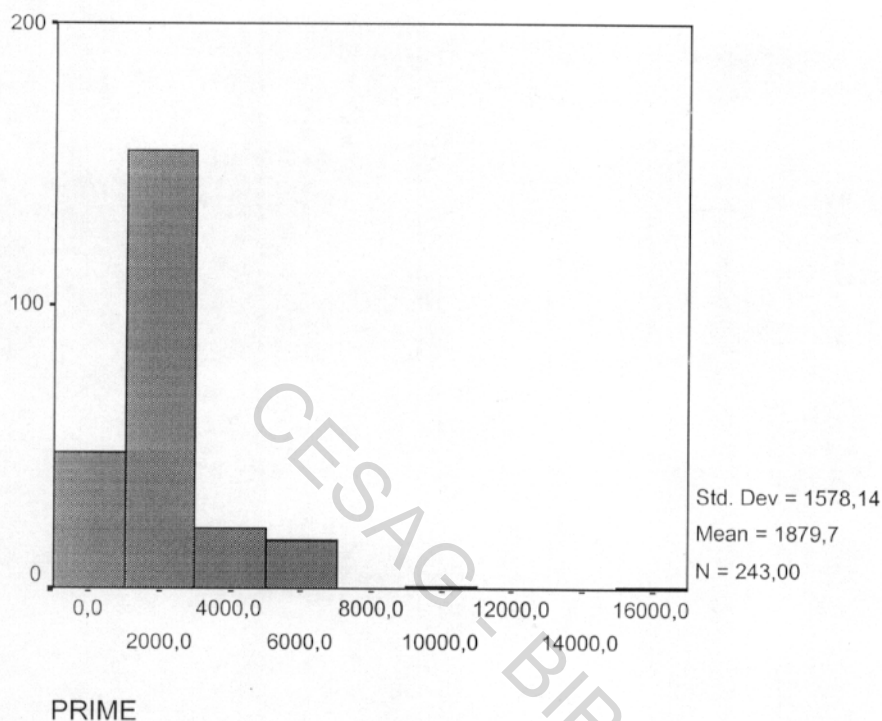
courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime



Nous constatons que cette courbe a une allure en cloche ; les ressources mobilisées augmentent avec l'augmentation de la prime, atteignent un maximum pour une prime fixée à 2000f et commencent à décroître. Elle reflète l'allure générale de la courbe de recettes pour tout bien normal vendu en dehors de tout monopole, c'est-à-dire dans un marché de concurrence pure et parfaite. En effet, l'assurance sociale en tant que produit n'a pas le monopole, puisqu'elle ne constitue qu'une solution alternative du financement de la santé. La maximisation des ressources ne passe donc pas par une augmentation inconsidérée de la prime. La mobilisation des ressources n'étant qu'une stratégie, le mouvement mutualiste ne doit pas perdre de vue sa finalité qui est d'améliorer l'accessibilité aux soins au sein de sa population cible en touchant le maximum de personnes possible.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Graphique n° 11 : histogramme des propositions de primes



Le dépouillement des fiches d'enquête nous a permis de mettre en évidence que ce sont ceux qui proposent les faibles primes (montant égal ou inférieur à 1000F) qui sont le plus motivés par la solidarité. Il s'agit pour eux d'un apport sans contrepartie, tel cet enquêté qui donnait la motivation suivante « je serais très fier de voir les militaires recevoir des soins chaque fois que besoin sera ». Cette frange représente 24.6%. Au-delà de 1000F, la solidarité pure cède le pas à l'aversion pour le risque et l'adhérent s'attend à ce que la mutuelle lui vienne en aide en cas de besoin.

VI.3.2.3) le risque moral de l'adhérent

« C'est pas parce qu'il y a une mutuelle que toi sergent, tu es malade tu ne vas pas aller à l'hôpital mais à la Clinique Notre Dame de la Paix pour séjourner à 17 000F jour ! » C'est par cette petite altercation que la question du risque moral de l'adhérent a été évoquée dans un groupe de discussion.

Le problème du risque moral est une réalité à laquelle sont confrontés tous les mouvements mutualistes. Il est un déterminant de l'escalade des coûts. Dans notre travail, la recherche des

causes pour lesquelles les malades n'étaient pas allés en consultation, avait mis en évidence que 32,7% des personnes ne se sont pas rendus dans un centre médical parce qu'ils ont jugé que leurs maladies n'étaient pas graves. On peut se demander quelles auraient été leurs attitudes si ces personnes bénéficiaient d'une prise en charge. Il est fort probable que la majorité aille en consultation justement parce qu'ils ne payent pas. Ce groupe de personnes aurait adopté une attitude que l'on peut qualifier de risque moral, ou du moins à la limite entre l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins et le risque moral. Nous constatons que la frontière entre d'une part l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins et d'autre part le risque moral ou l'abus n'est pas bien délimitée et est vite franchie.

VI.4) Les VARIABLES LIEES au FONCTIONNEMENT de la MUTUELLE

VI.4.1) Prime- prestations – adhésion

S'il est vrai que les prestations sont un déterminant de la demande d'adhésion, le panier d'offres est à son tour fonction des ressources mobilisées qui elles-mêmes sont fonction du nombre d'adhérents qui fait d'une mutuelle un groupe de consommateurs important, un partenaire crédible et courtisé par les structures de santé, ce qui lui permet de négocier des tarifs préférentiels et de faire des économies d'échelle. Les tarifs préférentiels permettent soit de revoir la prime à la baisse ou d'améliorer la prise en charge quantitativement (pourcentage de prise en charge) ou qualitativement (diversification de la nature des prestations). Cette triade est donc difficilement dissociable. Les cotisations étant la ressource principale d'une mutuelle, nous allons évaluer le taux de prise en charge que l'on peut effectuer avec les primes proposées. Nous rappelons que la prime équitable pour une prise en charge de 100% était de 8062,03f.

Tableau n° 17 : taux de prise en charge en fonction de la prime

nature de la prime	montant	taux de couverture
prime moyenne	1879,73	23,31
prime modale	2000	24,80
prime maximale	15000	186,05

Si une prime de 15 000f assure un taux de couverture de 186,05%, cette prime ne correspond qu'à une demande d'adhésion de 0,2% tandis que la prime modale de 2000f convient à 31,23% de la population cible (tableau n°16). Les exigences d'un pooling de risques imposent que l'on propose une prime qui attire le maximum d'adhérents, qui ne repousse pas les bons

risques tout en mobilisant les ressources de façon substantielle. Compte tenu de l'élasticité prix de la demande d'adhésion à une mutuelle, nous avons montré plus haut (graphique n°10) la courbe de mobilisation des ressources en fonction de la prime ; et ceci dans un esprit mutualiste pur ou le principe de la liberté d'adhésion est respecté.

Si la mutuelle faisait l'option d'une prise en charge limitée aux gros risques ou instaurait une franchise à 4000F, la prime moyenne correspondrait à une couverture de 43,73% à 60,05%. Nous tenons ces pourcentages d'une extrapolation avec les chiffres de l'Office National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) de France et de l'étude de faisabilité technique et financière des mutuelles de santé dans la région de Diourbel, où les dépenses d'hospitalisation représentent respectivement 53% et 38.6%. La condition préalable à une telle option est la certitude que tout le monde a accès aux soins ambulatoires. Mal pris en charge, les petits malaises peuvent se transformer en cas hospitaliers avec un pronostic plus incertain et des coûts très élevés ; A Diourbel, le ratio de coût entre un paludisme simple et une hospitalisation pour paludisme grave est de 7, les coûts allant de 3877 à 27926.

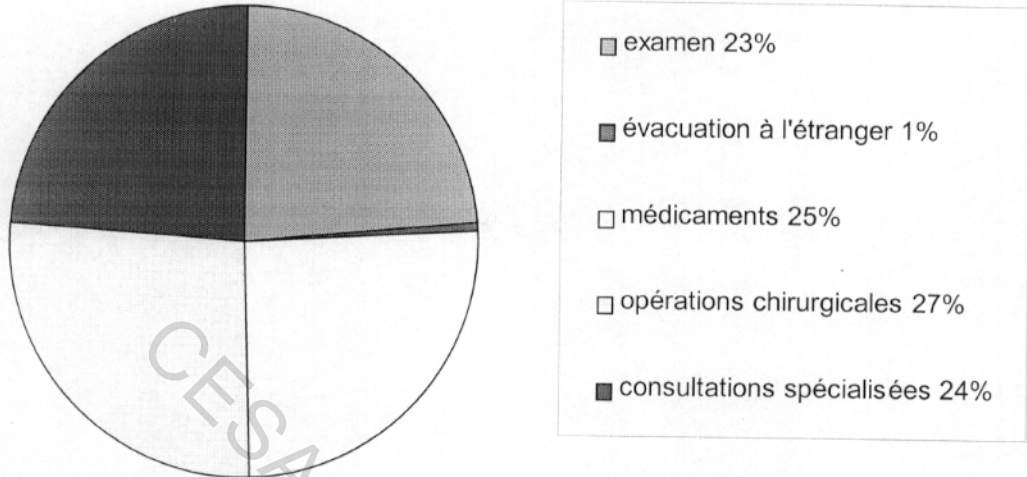
Dans le panier des prestations la préférence va aux médicaments, suivis par les charges d'hospitalisation et des consultations spécialisées. Nous sommes conscients que l'ordre des préférences n'est pas stable parce qu'il comporte un biais psychologique. En effet, chaque enquêté en fonction des expériences vécues fixe un ordre de préférence qui pourrait varier d'un moment à l'autre chez la même personne au fil des nouvelles situations difficiles auxquelles il viendrait à être confronté. En d'autres termes, l'individu ne peut classer l'opération chirurgicale comme une priorité que s'il a vécu lui-même ou indirectement (personne à charge)cette expérience. On comprend alors pourquoi l'expérience la plus partagée à savoir l'achat des médicaments soit la modalité la plus fréquente.

Par ailleurs il semble difficile de faire une déduction des desiderata des futurs mutualistes en matière de prestations à partir des actes de santé qui leur posent le plus de difficultés. Ainsi dans l'étude de faisabilité des mutuelles de santé dans la région de Diourbel au Sénégal, il était ressorti que les médicaments posaient le plus de problèmes à la population (89,8%), loin devant les frais de diagnostic (49,7%). Pourtant les médicaments n'occupaient que la quatrième place dans l'ordre des préférences⁴². Notre travail retrouve la même « incohérence », en témoignent les graphiques n°12 et n°13.

⁴²République du Sénégal : Promotion des mutuelles de santé dans la région de Dioubel ,mars 2001

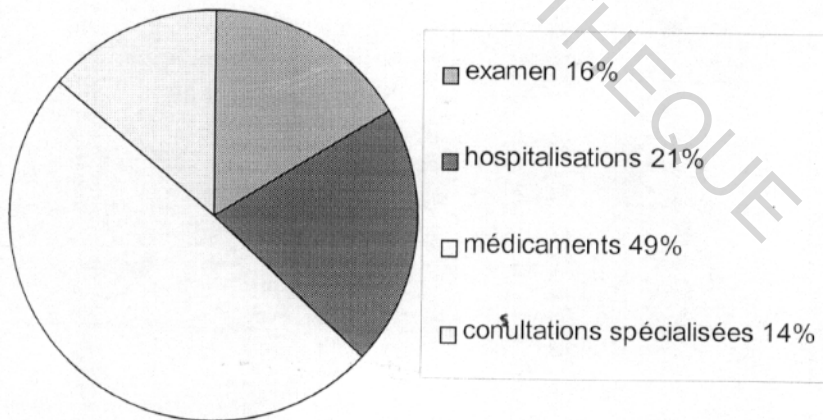
Graphique n° 12 : actes médicaux inaccessibles (question n°9)

diagramme en secteur: actes médicaux inaccessibles



Graphique n° 13 : natures des prestations demandées par les futurs adhérents (question n°17)

diagramme en secteur: demande de prestations des adhérents



Dans le graphique n° 12, si les quatre prestations sont au coude à coude dans l'expression des difficultés rencontrées, (à l'exception de l'évacuation sanitaire à l'étranger qui a ce faible pourcentage parce qu'étant précisément une expérience vécue par très peu de personnes), les médicaments se détachent largement quand il s'agit de donner l'ordre des préférences en matière de prestations. Nous expliquons ce choix par le souci des adhérents d'augmenter leurs chances de rentabiliser leurs primes. En effet, en médecine, tous les chemins mènent aux médicaments. En allant en consultation, on n'est pas sûr d'avoir des explorations à faire ni d'être orienté chez un spécialiste, mais on est certain que quel que soit l'itinéraire, on aboutira à la pharmacie, d'où le choix prioritaire des médicaments dans le panier des prestations.

Le principe du ticket modérateur est spontanément évoqué en ces termes. « il ne faudrait pas faire une prise en charge totale sinon au bout d'une année il n'y aura plus rien dans la caisse ». « Le militaire peut se prendre en charge jusqu'à 3000 4000F et si ça dépasse ça la mutuelle intervient ». Nous voyons là se dégager le principe de franchise qui est effectivement un mode de fonctionnement adopté par certains mouvements mutualistes.

Beaucoup de militaires ont voulu savoir si les familles étaient bénéficiaires parce que les questionnaires écrits qui leur avaient été remis au préalable étaient axés sur le militaire seul. « Une mutuelle qui ne prendrait pas en compte la famille ne peut pas atteindre ses objectifs parce qu'on ne peut pas dissocier le militaire de sa famille ! parce que si la femme du militaire est malade, le militaire lui-même n'est pas disponible pour le service ».

L'incontournable question de l'inclusion de la tradithérapie dans le panier d'offres de soins a été posée à plusieurs reprises avec l'argument qu'il y a des militaires qui s'y réfèrent en première intention non pas pour des raisons de minimisation de coût mais par conviction que seule cette médecine peut trouver une solution à leurs maux.

Dans presque tous les entretiens, il se dégageait que la disposition à payer n'est pas tant fonction du revenu, les militaires étant disposés à consentir les sacrifices nécessaires pour leur santé. Cette disposition à payer est liée à la crainte que cette somme dont ils sont prêt à se défaire ne profite à quelques gestionnaires véreux. « Si on coupe ton indemnité de logement et tu es bien logé, il n'y a pas de problème ! mais si on te donne une maison où tu ne peux même pas étendre ton pied... ». Ces comparaisons devraient être perçues comme de sérieuses mises en garde, quand on sait que la question de l'indemnité de logement a déjà été une cause de profond malaise au sein de l'armée.

VI.4.2) La gestion démocratique

Il est illusoire de croire que le principe de liberté d'adhésion puisse être respecté dans une armée. Déjà, le responsable de la mutuelle des douanes du Burkina Faso avec qui nous avons eu une séance de travail justifiait l'adhésion obligatoire de tous les douaniers par la nature paramilitaire de leur corporation. La mutuelle des armées du Sénégal dans son règlement intérieur garantit « une liberté piégée » d'adhésion, le piège étant la marginalisation dans une institution dont le maître mot est la cohésion. En effet, le règlement intérieur stipule que tout militaire est d'office membre, à moins qu'il n'y renonce par écrit ; le renoncement par écrit étant irrévocable. Le principe de liberté se trouve subtilement bafoué et la mutuelle devient un passage obligé pour les militaires sénégalais. Cette clause est beaucoup plus une mesure de gestion de la sélection adverse. En effet, certaines personnes pourraient se tenir à l'écart de la mutuelle parce qu'ils sont de bons risques (c'est-à-dire qu'ils refusent de manifester leur solidarité avec les autres) et vouloir d'adhérer quand ils deviennent mauvais risques.

Une gestion strictement démocratique ou les décisions de l'Assemblée Générale seraient exécutoires sans aucune ingérence de l'autorité militaire est utopique. Aucun corps social ne saurait abriter en son sein une institution dont certains principes de fonctionnement sont aux antipodes de ses propres valeurs. On se retrouverait alors comme devant la cellule cancéreuse qui est soit étouffée par l'organisme ou qui de façon insidieuse vient à bout de celui-ci. Dans une vision plutôt synergique entre les deux institutions, on pourrait affirmer que pour qu'il n'y ait pas rejet du greffon, il peut s'avérer indispensable de trouver un compromis. Ce compromis semble être trouvé au Sénégal où certaines prérogatives reviennent à l'autorité administrative telles les nominations du président, du vice-président, du commissaire aux comptes, de même que les décisions de fusion, dissolution, liquidation, qui reviennent au ministre chargé des Armées. Mais au Burkina Faso comme dans beaucoup de pays africains et même tout récemment en France, la Grande Muette a pris l'habitude de descendre dans la rue pour se faire entendre, comme quoi elle n'est plus disposée à se faire imposer des irrégularités au nom de la discipline militaire !

Bien que l'armée soit une institution antidémocratique par essence, la démocratie dans la gestion surtout le respect des textes a été un point de préoccupation des hommes. Un des soucis majeur est que le prescripteur ne s'en tienne pas uniquement à l'état de santé du malade mais tienne compte aussi de son grade.

- si un officier vient en consultation ou bien sa femme, est ce qu'on va lui prescrire des génériques ?
- il faut respecter les textes parce que dès qu'on fait des faveurs à quelqu'un on est obligé d'en faire pour les autres sinon il y a des frustrations.
- Il est parfois difficile d'appliquer les textes s'exclame un ancien gérant de dépôt de la CES. Son expérience est éclairante. Le chef de détachement militaire qui n'avait aucun crédit sur son compte et qui n'avait donc pas le droit de se servir au dépôt de la CES est venu pour s'approvisionner en extencilline avec une ordonnance de médecine vétérinaire, délivrée au chien de sa maîtresse. Le gérant a refusé de le servir, mais en représailles il aurait été très mal noté par ce supérieur, ce qui aurait eu des répercussions négatives sur son avancement.

Une approche systémique permet de comprendre la position inconfortable des gérants de dépôts. Ces gérants qui sont un personnel paramédical sont gérés sur le plan technique par le service de santé mais administrés par une unité militaire de tutelle. Dans leurs activités quotidiennes ceux-ci devaient faire un arbitrage entre : appliquer le règlement pour garantir un bon fonctionnement de la CES et du même coup s'attirer les foudres de certains supérieurs hiérarchiques qui décident de leur avenir, ou bien sacrifier l'institution sur l'hôtel de leurs intérêts personnels d'autant plus que, soulignent-ils le service de santé ne peut pas défendre leurs intérêts. Quand on sait que dans une armée, la simple permission (congés) n'est pas un droit mais est considérée comme une récompense ! La crainte d'un manque de démocratie dans la gestion qui est la porte ouverte à toutes les injustices peut décourager certains militaires, influençant ainsi le nombre d'adhérents.

VI.4.3) Les autres ressources

« La mutuelle étant une affaire de solidarité, il faudrait que l'Etat manifeste sa solidarité envers ses militaires ! » C'est par cet argument qu'un intervenant a sollicité l'appui institutionnel. Ou encore « la mutuelle ne peut-elle pas bénéficier d'une subvention ? ».

Quand nous leur avons demandé s'ils pensaient que la mutuelle pouvait bénéficier d'une subvention si elle était une association de quelques volontaires, un consensus commençait à se dégager pour une adhésion par acte de commandement, c'est-à-dire à un renoncement au principe de liberté d'adhésion avec en contrepartie un appui financier. En effet renchérit quelqu'un, si la CES a eu des problèmes, c'est aussi parce qu'elle puisait dans les cotisations pour assurer la logistique, achat de véhicule de livraison, matériel de bureau etc.

Nous voyons là, la complexité de l'analyse synthétique où les variables interfèrent de façon surprenante : le besoin en ressources additionnelles conduit à renoncer au principe de liberté d'adhésion, lesquelles ressources additionnelles vont faire baisser sensiblement les primes, incitant à une adhésion massive ; le taux d'adhésion évoluera vers 100% même si le principe de liberté était respecté en ce moment, contribuant ainsi à améliorer les indicateurs financiers (par le mécanisme de l'économie d'échelle) donc à la viabilité de la mutuelle, conformément à notre modèle d'analyse.

Les subventions qu'apportent les institutions mères à leurs mutuelles sont assez fréquentes au Burkina Faso. Mieux, on constate que les mutuelles naissent dans les institutions qui ont une bonne santé financière ; SONABEL, douane, Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Trésor Public etc. A la société nationale d'électricité du Burkina (SONABEL) la cotisation des membres est de 15 000F par an pour chacun des 13 000 adhérents, soit une somme de 20 millions de francs environ contre un apport de la maison mère d'un montant de 40 millions. La mutuelle dispose en outre des ressources provenant du club SONABEL (bar dancing) et de recettes provenant de la location de leur bus. Cet appui institutionnel explique sans nul doute le taux de pénétration de 92,85% de la population cible (1300 agents sur 1400). Les ressources de la mutuelle des douanes proviennent essentiellement des retenus de 2% effectuées sur la valeur des saisies effectuées par les agents. Ces saisies représentent 90% des ressources de la mutuelle contre un apport de 10% par les cotisations qui sont d'un montant mensuel de 500F prélevés à la source.

Mais il faut noter que la plupart des mutuelles de service se méfient du volet santé qu'elles jugent difficile à gérer. Ainsi, la mutuelle des douanes limite sa prestation de santé à l'octroi d'un crédit sans intérêt pour raison de santé et à des aides non remboursables aux malades, en fonction de la gravité de leurs états et à l'appréciation des membres du bureau. La mutuelle de la SONABEL offre les mêmes types de prestations, mais cette institution a une particularité qui mérite réflexion. Chaque agent de la dite société a droit chaque année à une somme de 110 000F pour ses soins, somme qui ne fait pas l'objet de report budgétaire, c'est-à-dire que le 31 décembre de l'année en cours, toute somme non dépensée est perdue. A l'évidence, ce montant est insuffisant pour ceux qui sont gravement malades mais superflue pour ceux qui jouissent d'une parfaite santé, et qui utilisent donc leur crédit pour acheter des parfums de luxe en pharmacie, quand ils ne revendent pas purement et simplement leurs bons, (l'institution faisant du tiers payant intégral à hauteur de 110 000F). La Direction Générale de la SONABEL avait proposé de remettre cette enveloppe globale à la mutuelle afin qu'elle la gère au mieux de la santé du personnel, en somme, qu'elle fasse un pooling des risques. Mais

cette idée ne semble pas plaire à tous et suscite même des craintes de la part des gérants de la mutuelle quant à leurs capacités à gérer une mutuelle de santé. En effet, au Burkina Faso, si certaines mutuelles de services offrent biens quelques prestations en matière de santé, elles ne peuvent pas pour autant être assimilées à des mutuelles de santé car l'élément de base qu'est le pooling des risques est absent.

VI.4.4) L'équité d'utilisation

Des inquiétudes ont été exprimées par rapport à l'équité d'utilisation horizontale. « A l'infirmerie nous sommes admis dans une salle ventilée alors que l'officier a droit à une salle climatisée. Nous avons peur que cette différence de traitement ne ressorte dans la mutuelle » Mais de façon générale, l'équité d'utilisation verticale se posait pour la prise en charge des malades du SIDA, notamment par la tri thérapie d'abord en des termes voilés à savoir s'il valait la peine de prendre en charge des malades qui ne pouvaient pas guérir. Mais tout de suite, le principe qui veut que tous les malades soient pris en charge sans ségrégation a été retenu. Mais une chose est d'accepter le principe et une autre est de prendre les dispositions nécessaires à sa mise en œuvre. En effet, lorsque nous leur avons fait savoir qu'avec un taux de séroprévalence de 7%, une tri thérapie estimée à 60 000F par mois, une cotisation mensuelle supplémentaire de 4 200F était nécessaire pour permettre à tous les séropositifs de l'armée de bénéficier du traitement anti-retro viral, un silence gênant s'instaurait. « 4 200F pour la tri thérapie plus les autres charges, ça peut remonter à 8 000F, c'est pas supportable pour un soldat. » affirma courageusement un intervenant.

De façon générale dans tous les groupes de discussion quand l'estimation de la prime atteignait 8 000F il s'instaurait toujours un silence qui traduisait la contradiction entre leur désir de ne pas faire de ségrégation et le prix à payer pour garantir cette équité verticale. Manifestement ce prix commençait à être élevé à leurs yeux, en témoigne le graphique n°9. C'est dans ce contexte que l'idée avait été émise de soumettre les séropositifs à une prime supplémentaire, idée vite battue en brèche dans un tollé général.

VI.4.5) La gestion du portefeuille des risques

Le portefeuille des risques est lié

- aux modalités d'adhésion tels le respect du principe de liberté d'adhésion, l'adhésion individuelle ou familiale.

- l'instauration d'un temps d'observation pendant lequel le nouvel adhérent cotise sans bénéficier des prestations.
- la nature des prestations notamment les prestations à forte élasticité prix qui induisent donc un comportement de surconsommation.
- l'instauration d'un ticket modérateur ou d'un plafonnement.
- la nature du contrat avec les prestataires de soins.
- la nature du contrat avec les bénéficiaires notamment le principe de tiers payant ou de remboursement⁴³ etc.
- aux situations particulières où les risques ne sont plus indépendants⁴⁴ telles les épidémies de méningite qui sont cycliques sous nos tropiques et qui nécessitent que la mutuelle s'implique en étroite collaboration avec le service de santé des armées dans leur gestion préventive.

A travers le suivi des indicateurs que sont le nombre et le montant des prestations prises en charge par les prestataires, le coût moyen des prestations prises en charge, la fréquence d'utilisation des bénéficiaires, bref une traçabilité des prestataires et des bénéficiaires, on pourra mettre en évidence les habitudes de surprescription de certains prestataires et en rechercher les causes. Cette escalade des coûts peut être justifiée par l'arrivée d'une nouvelle technologie médicale tout comme elle peut être motivée par une stratégie du prestataire qui veut maximiser son revenu en exploitant les insuffisances du contrat qui le lie au mouvement mutualiste. Il ne faudrait pas occulter la possibilité de collusion (comme cela se passe ailleurs) entre médecin-militaire prescripteur et spécialiste (imagerie médicale) qui pourraient instaurer un mécanisme de ristourne, incitant ainsi le médecin à multiplier les explorations. Il peut en être de même pour les représentants médicaux. Les abus et la fraude de certains bénéficiaires doivent être une préoccupation de tous les instants. C'est le point sur lequel le médecin-colonel, Directeur du Service de Santé des Armées sénégalaises, ancien médecin conseil de la mutuelle des armées a particulièrement insisté lors de l'entretien qu'il nous a accordé dans le cadre de ce travail. A la lumière de son expérience, il attire notre attention sur la psychologie des hommes qui n'aiment pas cotiser plusieurs années sans tomber malade, ou plutôt sans en bénéficier, ce qui les conduit à établir de fausses ordonnances médicales afin de se faire rembourser (alors qu'ils n'ont pas déboursé) et ce malgré le visa du médecin-militaire qui est exigé; d'où la nécessité de faire une sensibilisation des bénéficiaires mais surtout des médecins afin qu'ils n'avalisent pas une ordonnance sans preuve formelle que le demandeur

⁴³ STEP :CIDR ; guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance de santé 2001

⁴⁴ courrier de la concertation n°7 janvier 2002

était effectivement malade. Cette sensibilisation ne dispense pas du contrôle qui lui a permis de faire chuter les remboursements mensuels de 45 millions à 35 millions. Au regard de ce que le contrôle fait économiser à la mutuelle, il doit être perçu comme un investissement, et le médecin conseil qui fait ce travail conflictuel doit être encouragé par des indemnités conséquentes et des conditions de travail très agréables. En effet, il faut noter que le contrôle social devient inopérant dans les mutuelles quand l'effectif augmente, mettant les mutualistes dans une situation d'anonymat génératrice du comportement d'irresponsabilité.

« C'est au niveau des patrons même que le problème se pose », nous a confié un médecin militaire comme une réplique au colonel qui les accuse de laxisme ; « les colonels font des bons en pharmacie au profit de qui ils veulent, et après ils appellent un sergent-chef et lui disent : prescris moi ceci. L'infirmier se retrouve en train de faire des ordonnances de produits qui sont hors de sa gamme de prescription, mais le pauvre, il ne peut pas refuser ! ».

De façon tacite ce jeune médecin reconnaît que les accusations de laxisme sont fondées. Il ne se sent probablement pas l'âme d'un Samouraï et n'est pas disposé à aller « en guerre » contre des colonels. « L'idéal poursuit-il est que la mutuelle ait son propre dépôt de médicaments pour éviter ce type de fraude ».

- Lors de notre enquête de terrain au sein de l'Armée burkinabé, la réflexion sur la question de la fraude a ramené les débats sur la nature des prestations. Certains intervenants disaient que c'est au service de santé qu'il incombe de lutter contre cette fraude en détectant notamment les substitutions d'identité ou encore les faux malades qui cherchent à constituer des stocks de médicaments. Nous leur avons fait savoir que notre expérience de praticien nous permet d'affirmer qu'il est difficile de mettre en évidence les simulations surtout quand elles portent sur les petits malaises telles les céphalées, les coliques etc. Ne valait-il pas mieux pour limiter les fraudes que les prises en charges soient axées sur les pathologies graves ne pouvant pas être simulées et laisser le mutualiste s'occuper lui-même des petites affections ? d'autant plus que l'idée de bonus pour encourager les bons risques a été émise. Cette proposition a eu un écho favorable. Elle permet de lutter contre ce type de fraude, de diminuer les charges de la mutuelle sans aller contre l'objectif d'accessibilité financière aux soins, (au risque « d'écorcher » l'équité verticale) d'autant plus que l'idée d'une franchise jusqu'à 3000 4000F avait déjà été défendue dans un groupe de discussion. Les membres de ce groupe avaient estimé que le militaire pouvait se prendre en charge à hauteur de 4000F. Il est donc préférable que la mutuelle évite de prendre en charge les petits risques où l'élasticité prix de la demande est forte au profit des gros risques qui ont une élasticité prix quasi nulle, parce que personne

ne viendra se faire perfuser avec des sels de quinine sans être réellement malade parce qu'il ne paie pas, a fortiori se faire opérer !

VI.4.6) Le personnel bénévole

S'il est vrai qu'un enquêté a proposé pour des raisons de transparence que la gestion de la mutuelle soit confiée à un cabinet d'expert, cette idée n'est ressortie dans aucun entretien de groupe. Elle entraînerait des charges supplémentaires. Mais il faudrait surtout prendre en compte le fait qu'une armée dans sa conception, est une institution autonome qui doit disposer de toutes les ressources nécessaires à son fonctionnement. Elle est doit porter secours et non crier au secours. De plus, les exigences de secrets et de sécurité ne sont pas compatibles avec un tel mode de gestion qui est celle adoptée par la mutuelle de la SONABEL.

VI.5) VARIABLES liées aux STRUCTURES de SANTE

VI.5.1) la qualité des soins

La qualité des soins n'a été directement incriminée que dans 2% des cas de non-consultations même si nous soupçonnons que certains patients qui prennent la décision de faire de l'automédication le font du fait d'un mauvais accueil, d'un temps d'attente jugé trop long pour un temps de « contact-prestataire » trop bref (la qualité perçue). A cela s'ajoute l'aspect réglementaire d'une infirmerie militaire, en effet, il est arrivé que certains malades ressortent du bureau du médecin avec une ordonnance médicale et une feuille de punition. Les griefs à l'endroit du personnel de santé ont été formulés à trois niveaux :

- Dans un premier temps, le mode de référence des malades dans l'armée a été stigmatisé « les officiers sont reçus directement par le médecin alors que nous on doit s'adresser aux infirmiers ». Certains militaires perçoivent cet état de fait comme si on les confiait à des personnes moins compétentes parce qu'ils sont moins importants. En vérité, il s'agit d'un système de trie réglementaire et les cas les plus graves sont toujours adressés au médecin.
- Le deuxième point de mécontentement est le constat que les médecins militaires manifestent de moins en moins de réactivité à l'égard des patients. « avant, le médecin militaire et le militaire c'était comme une femme et son bébé, aujourd'hui, l'appât du gain fait que certains médecin-militaires sont prêts à aller travailler dans les cliniques pendant les heures de service ».

- Le troisième point est la crainte que la mutuelle n'ait un effet pervers sur l'accès aux soins. « si on dit que la mutuelle ne s'occupe pas des petites maladies, je tousse on dit que je n'ai pas droit à une prise en charge, et si après ça s'aggrave ? ». Les propos étaient par moment plus explicites. « Si la mutuelle ne prend en charge que les maladies à partir d'une certaine gravité, n'y a-t-il pas de danger à ce que les médecins minimisent l'état de santé des gens pour faire économiser la mutuelle ? par exemple, j'ai un palu grave au lieu de me prescrire la perfusion, comme la mutuelle ne veut pas dépenser on me donne la chloroquine à avaler. ». Il se dégageait effectivement la crainte que l'obsession d'une bonne gestion ne conduise à perdre de vue l'essence même de la mutuelle à savoir l'accès rapide à des soins de qualité.

VI.5.2) L'efficience allocative

Les militaires réservent un accueil favorable aux médicaments essentiels génériques. « Nous tous qui sommes là, c'est avec ça qu'on se soigne d'habitude, parce qu'on n'a pas les moyens; c'est peut-être les officiers qui vont refuser les génériques ». « C'est comme quelqu'un qui mange son riz au bord de la route et l'autre qui mange le riz à l'hôtel Silmandé, c'est le même riz... mais nous tous on aurait aimé manger à l'hôtel Silmandé » « tout ça c'est le cafouillage des techniciens sinon moi je ne sais pas ce qui est générique et ce qui est spécialité ».

L'utilisation des médicaments essentiels génériques permettra de réduire les charges, contribuant ainsi à l'efficience allocative et à l'amélioration des indicateurs financiers. Très souvent, c'est paradoxalement dans les pays en voie de développement, aux ressources déjà limitées que les médicaments essentiels occupent une faible place. BRUNET-JAILLY rapporte les chiffres suivants : Les médicaments essentiels représentent 30% du marché en Allemagne, 40% aux Etats-Unis et seulement 5% en Côte d'Ivoire⁴⁵.

Le risque moral du praticien a été reconnu par les praticiens comme étant un penchant naturel des médecins. Si la question n'a pas été tranchée, certains ont proposé qu'à l'instar de l'armée française la liberté de prescription soit repensée, avec la définition d'une liste de médicaments essentiels et la conception des algorithmes pour homogénéiser les prescriptions.

⁴⁵ BRUNET JAILLY, J. innover pour développer; in innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'ouest

VII) SYNTHÈSE DES RESULTATS

Ce chapitre est un récapitulatif des différents résultats auxquels nous sommes parvenus, en répondant aux questions spécifiques de recherche de manière concise.

➤ 1) Les militaires du Burkina Faso sont-ils confrontés à un problème d'inaccessibilité financière aux soins ?

Les militaires du Burkina Faso sont confrontés aux problèmes d'inaccessibilité financière aux soins, puisque 55,9% des enquêtés ont déclaré avoir eu des difficultés à trouver l'argent nécessaire à leurs dépenses de santé au cours des 10 premiers mois de l'année. Les voies de recours que ces personnes utilisent sont, le crédit sous diverses formes dans 63% des cas, la solidarité dans 34% des cas. La mutuelle qui est une forme d'épargne santé pourrait être une alternative de financement de la santé, surtout en lieu et place des solutions peu recommandables que sont les ventes de biens ou le recours à la SOBCA.

➤ 2) Le contexte (politique, socioéconomique, juridique) est-il favorable aux mouvements mutualistes ?

Le contexte est dominé par un climat de méfiance et de suspicion à l'égard de toutes les instances de gestion de ressources, et notamment par le souvenir de la caisse épargne santé qui a très fortement marqué les esprits et qui influence les intentions d'adhésion. En effet, l'analyse statistique de la corrélation entre le souvenir de la CES et l'intention d'adhésion donne une p value $\ll 0,0001$.

➤ 3) Les intentions d'adhésions permettent-elles à la loi des grands nombres d'agir ?

Les intentions formelles d'adhésion sont de 62%. Elles permettent a priori à la loi des grands nombres d'agir, compte tenu de l'effectif de l'armée.

➤ 4) La disposition à payer des adhérents potentiels permet-elle de mobiliser les ressources substantielles ?

La disposition à payer des adhérents potentiels ne permet pas de mobiliser les ressources nécessaires à une prise en charge totale. Ainsi, la prime moyenne et la prime modale qui sont très proches couvrent environ 25% des besoins. Un apport en ressources additionnelles de l'institution mère s'avère indispensable. Ceci est conforme à la démarche classique de toutes les assurances maladie où employeurs et employés se partagent les charges.

➤ 5) La sélection adverse est-elle un obstacle au bon mixe des risques ?

La sélection adverse est faiblement perceptible. Elle a été mise en évidence dans le groupe des MDR. A l'inverse, elle est inopérante sur les officiers qui, bien qu'étant de bons risques, demeurent favorables à la mutuelle, du fait de leurs statuts de chef, responsables des hommes, dans la pure tradition militaire. Par ailleurs, les autres déterminants de l'adhésion qui sont l'esprit de solidarité (qui existe effectivement), et l'aversion pour le risque (qui est une motivation égoïste) contribuent à un bon mixe des risques.

➤ 6) La qualité des soins attire-t-elle la population cible vers les centres de santé ?

La qualité des soins a fait l'objet de quelques critiques sur la réactivité des médecins. Cette qualité était à l'origine de 2% de non-consultations.

➤ 7) La nature des prestations attendues par les futurs membres permet-elle de contrôler le risque moral de l'adhérent ?

Les prestations attendues sont diverses, mais les médicaments occupent la première place, suivis de l'hospitalisation et des consultations spécialisées. Si l'accès aux médicaments quelle que soit la gravité des cas, peut entraîner un comportement d'abus, en revanche, pour les deux autres prestations, le praticien est le véritable consommateur initial de soins puisqu'il en est le prescripteur. Le patient (consommateur final) ne peut donc être tenu responsable d'éventuels abus.

➤ 8) La nature des partenaires et la nature des contrats qui lient ces partenaires au mouvement mutualiste ne vont-elles pas entraîner une recherche de maximisation de leurs revenus par le mécanisme de multiplication des actes médicaux ou de diminution de la qualité des soins ?

Les partenaires potentiels que nous avons approchés sont très favorables à un partenariat avec une mutuelle des armées. Il s'agit des pharmacies, des laboratoires d'analyses médicales et d'imageries médicales, des hôpitaux de référence. Il reviendra à la mutuelle à travers les termes du contrat de se mettre à l'abri de telles dérives.

➤ 9) Quel mécanisme de gestion permet d'endiguer la fraude ?

Le problème de la fraude trouve solution à travers la capacité de l'équipe dirigeante à faire l'évaluation du portefeuille des risques et à mettre en place un mécanisme adéquat de gestion de ces risques.

CONCLUSION

La réflexion sur l'Assurance Maladie Sociale au sein des Forces Armées Nationales burkinabé a pris la forme d'une étude de faisabilité d'une mutuelle dans la communauté militaire, parce que la mutuelle nous semble la stratégie la meilleure pour atteindre cet objectif. Cette option stratégique se justifie par le fait que certaines assurances maladie sociales en Afrique telles les IPM au Sénégal ou la sécurité sociale en Allemagne ont eu comme socle les mouvements mutualistes.

La faisabilité institutionnelle demeure un acte de commandement qui est fonction de la volonté des chefs militaires à explorer cette voie alternative de financement de la santé. Cette volonté s'est manifestée par l'autorisation de cette étude de faisabilité et mieux par la commande d'une autre étude auprès du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS) du Burkina Faso. L'acte de commandement se traduira par la mise à la disposition de la mutuelle de ressources humaines nécessaires à son fonctionnement, de même que des locaux devant héberger son siège. Cet engagement du commandement offrira aussi des facilités administratives notamment le suivi des adhérents, le recouvrement des frais d'adhésion et des cotisations, et dans le volet de la gestion du portefeuille des risques.

La faisabilité sociale est un préalable à un acte de commandement bien compris. Le potentiel organisationnel d'un milieu militaire sera un atout supplémentaire à cette mutuelle.

La faisabilité économique et financière est facilitée par le fait que cette mutuelle s'adresse à des agents publics de l'Etat dans le cadre de leur institution. Il s'agit d'un public cible qui est solvable. La cotisation moyenne que les adhérents potentiels proposent est faible et s'explique par le souci de faire une mise raisonnable sur un cheval qui n'a pas fait ses preuves. L'appui institutionnel par la mise à la disposition de ressources humaines, matérielles, voire d'une subvention, constitue des coûts cachés non supportés par la mutuelle et qui concourent à sa viabilité.

Ce travail nourrit la modeste ambition de convaincre les décideurs que l'aventure de l'Assurance Maladie Sociale par le truchement de la mutuelle de santé peut être menée dans ce groupe social que constitue l'armée nationale burkinabé. Il n'a nullement la prétention de donner un plan de vol rigide aux personnes qui seront éventuellement chargées sa gestion, plutôt sa gestation et qui devront comme des pilotes, prendre les bonnes décisions en fonction de l'environnement et des multiples indicateurs du tableau de bord.

RECOMMANDATIONS

Le thème de notre travail nous amène à formuler nos recommandations à l'adresse des Hautes Autorités militaires du Burkina Faso qui sont les maîtres d'ouvrage de ce projet; mais les acteurs et chercheurs du domaine des mutuelles de santé percevront à travers certaines recommandations spécifiques, des préoccupations qui sont propres à toutes les mutuelles. Elles concourent à augmenter les chances de succès de cette entreprise.

- 1) Restaurer la confiance entre les militaires et les différentes instances de gestion de ressources. Le déficit de communication entre certaines structures de gestion et les hommes a entraîné un déficit de confiance. Un signal fort doit être donné pour convaincre les militaires que la gestion de la mutuelle se fera dans la transparence. Cette volonté de clarté dans la gestion, de rupture avec le passé doit se manifester au niveau des structures préexistantes telle la caisse de soutien au sport qui a fait l'objet de vives critiques. Beaucoup de militaires attendent que l'on fasse un bilan chiffré de ses activités.
- 2) Faire une sensibilisation sur la nécessité de créer une mutuelle dans l'armée. Beaucoup de militaires perçoivent la fin de la gratuité des soins et les modes alternatifs de financement de la santé comme un signe du manque d'intérêt que le commandement a pour la santé de la troupe. Il est indispensable de faire savoir aux hommes que leur santé demeure une préoccupation du commandement et que la stratégie de financement qui fait appel à leurs concours, à leurs ressources, est imposée par l'environnement économique national et international.
- 3) Manifester cette solidarité que les hommes attendent de leurs chefs par un appui institutionnel fort avec un apport de ressources additionnelles. Cet apport de ressources aura le double effet de concourir à faire baisser la prime, et de mobiliser les hommes sur une base égoïste. En effet, l'adhésion au mouvement mutualiste, donc le versement de la prime sera le prix à payer pour bénéficier de ces ressources additionnelles.
- 4) Mettre en place un système efficace de gestion des risques et surtout de lutte contre la fraude grâce aux mesures suivantes :
 - un choix judicieux des prestations à offrir en excluant celles qui sont à haut risque de fraude ou d'abus.

- Un contrat bien défini avec les partenaires extérieurs à l'armée qui évoque clairement les droits et obligations de chaque parti, notamment sur les complicités de fraudes et les comportements de maximisation du revenu.
 - une gestion confiée à des personnes compétentes ou ayant suivi un minimum de formation en matière de gestion de mutuelle.
 - un traitement adéquat de l'information qui nécessite la mise en place au préalable d'un système informatisé de traitement des données.
- 5)-Impliquer le service de santé des armées dans la gestion de cette mutuelle en invitant tous les prestataires militaires mais surtout les médecins à s'approprier cet outil mis en place dans l'optique d'améliorer aussi leurs conditions de travail. Nous rappelons qu'une des difficultés auxquelles était confrontée la Caisse Epargne Santé était les péremptions qui étaient dues en partie au fait que certains médecins refusaient de se conformer à une liste de médicaments définie à leur insu.
 - 6)-Inciter la Direction Centrale du Service de Santé des Armées à généraliser l'application de l'Initiative de Bamako, stratégie efficace de maîtrise des coûts des médicaments qui constituent habituellement une des plus grandes charges des mutuelles.
 - 7)-Laisser un délai d'un an de fonctionnement à la mutuelle, temps nécessaire à la mise en place et à la mise à l'épreuve des différents mécanismes de gestion et de lutte contre la fraude avant d'étendre le bénéfice de la mutuelle aux familles.
 - 8)-Se limiter uniquement à la prise en charge des gros risques pendant la première année de fonctionnement; dans le double but de faciliter la gestion des risques mais aussi de proposer une prime qui corresponde à la disposition à payer des adhérents potentiels. Au fur et à mesure que la confiance va s'instaurer, ils seront disposés à payer plus afin que les prestations soient diversifiées.
 - 9)-Définir le cahier de charges des partenaires notamment les pharmacies qui doit inclure les conditions suivantes : être proche d'un camp militaire ou d'un hôpital de référence, avoir une gestion informatisée pour un meilleur contrôle.
 - 10)-Limiter le nombre de partenaires, surtout les pharmacies dans le but de faciliter les contrôles.
 - 11)-Tenir compte de la disposition à payer dans la fixation de la prime car si l'augmentation de la prime va entraîner un accroissement linéaire des recettes dans un contexte d'adhésion obligatoire, elle entraînera en contrepartie un accroissement exponentiel du mécontentement des hommes.

- 12)- Notre dernière recommandation s'adresse aux chercheurs, afin de susciter un débat sur cette délicate question de la frontière entre l'inaccessibilité financière aux soins et les abus qui constituent une menace réelle à la viabilité des assurances maladies sociales.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- **ATIM, Chris** : contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre ; mars 2000
- **ATIM, Chris**: training of trainers manual for mutual health organisation in Ghana PHR abt associate IN; september 2000
- **BATIONO, F** : les mutuelles de santé au Burkina Faso, in les journées des sciences et de la santé de Bobo-Dioulasso, mai 2000
- **BOUDA, J F** : les stratégies d'implantations des mutuelles au Burkina Faso, cas de la mutuelle de Bouahoun OMS février 2000
- **BRUNNER-JAILLY, j** : innover pour développer ; in innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest
- **BURKINA FASO** : recueil de loi 1997
- **BURKINA FASO** :premier symposium sur la recherche nationale essentielle en santé ; Ouagadougou du 3 au 7 février 1997
- **CAMARA, K** : financement de la santé dans un contexte socioéconomique de pénurie : l'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal ; mémoire dsgs cesag 1995
- **CHEIKH, F.**: codex « déterminants de la santé » CESAG ; 2001
- **Deuxième Atelier Francophone** sur « les dispositifs de financement et de couverture maladie en Afrique » 4-8 février 2002 Abidjan Côte d'Ivoire
- **DIXECO de l'ECONOMIE** édition ESKA n°7, 1997
- **ENCYCLOPEDIE de l'ASSURANCE** : édition economica,1998
- **FONTENEAU, B** : l'émergence d'une pratique d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso ;IRD Ouagadougou 1999
- **GENERAL LAMIZANA, S** : sur la brèche trente ans durant ; imprimerie de l'indépendant ; 1999
- **HSIAO, William** : le financement des soins de santé dans les pays du sud ; septembre 1999
- **INSD** : enquête démographique et de santé au Burkina Faso 1998-1999, mai 2000
- **INSD** : pauvreté et santé au Burkina Faso ; mars 1997

- **JOHANNET, Jilles** :conditions de mises en oeuvre d'une assurance maladie obligatoire encyclopédie des assurances
- **KOUASSI, K, B** : impact de la mutuelle sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins par les populations féminines vulnérables du Sénégal. Mémoire DSES, Dakar, mai 2001
- **MUCECH, C ; PETER,B** :la mobilisation des ressources: guide méthodologique
- **NACOULMA D** : une expérience de pré-paiement des risques fréquents à faible coût ; in innover dans les système de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest
- **Office de Presse et d'Information du gouvernement fédéral** : Allemagne faits et réalités, 1999
- **REPUBLIQUE du SENEGAL** :promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel, mars 2001
- **SCHNEIDER-BUNNEL, C** :santé et justice sociale; l'économie des systèmes de santé face à l'équité; économi;1997
- **SIRIMA,S B ; KONATE,A** : le paludisme grave au Burkina Faso leçon d'une décennie d'étude , in journées des sciences et de la santé de Bobo-Dioulasso mai 2000
- **STEP/CIDR**: guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé ; tome 1 et tome2 première édition 2001
- **WATY,M O** : Etat des lieux sur la crise du financement de la santé en Afrique ; quelle perspective pour le financement communautaire ; in Argent et santé, actes du séminaire international du 24 au 27 septembre 1991
- **WSM ; ACOPAM ;BIT** :mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs administrateurs et gérants, 1999
- **ZOURE, D** : les médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso, mémoire sociologie FLASHS /UO 1996

REVUES

- **COURRIER de la CONCERTATION n°4** : étude de faisabilité de la mutuelle de Malika, janvier 2001 p. 22-24
- **COURRIER de la CONCERTATION n°7** : janvier 2002
- **ECHO des ARMEES** n° 005-006 avril à septembre 2001
- **ENTREPRENDRE** : n°34 janvier février 2000
- **JOURNAL du JEUDI n°496** du 22 au 28 mars 2001
- **JOURNAL du JEUDI n °508** du 14 au 20 juin 2001

9° quels sont les actes médicaux qui vous posent le plus de difficultés financières ? (mettre des numéros en allant du plus difficile au moins difficile)

- les consultations chez les spécialistes
- l'achat des médicaments
- les examens (laboratoires, radiologie, échographie etc.)
- les opérations chirurgicales
- autre acte médical (à préciser)

10° Avez- vous déjà bénéficié de la solidarité d'un militaire pendant que vous étiez malade (depuis que vous êtes dans l'Armée) ?

- oui
- non

11° Si oui, qu'a-t-il fait pour vous ?

- il vous a donné de l'argent
- il vous a acheté votre ordonnance
- il vous a donné des médicaments (il ne s'agit pas des médicaments de l'infirmerie)
- il a fait autre chose (à préciser)

12° Y a t-il eu des fois où vous êtes tombé malade mais où vous n'êtes pas allé en consultation depuis le début de l'année 2001?

- Oui (combien de fois depuis le début de l'année ?) ...
- non

13° Si oui, pour quelle raison n'êtes- vous pas allé en consultation ?

- vous n'aviez pas d'argent pour acheter les médicaments qu'on allait prescrire
- la maladie n'était pas grave
- la maladie se soigne mieux à l'indigénat
- autre raison (à préciser)

14° Combien avez vous dépensé pour votre santé entre le 15 juin et le 15 septembre 2001 (3 mois) ? (on ne parle pas des dépenses faites pour les autres membres de votre famille mais de vous seul ; il faudra ajouter l'argent ou le prix des médicaments que les parents et amis vous ont donnés)

..... francs

15° Pensez--vous que c'est une bonne chose de créer une caisse de solidarité à partir des retenus sur solde des militaires pour aider ceux qui tombent malade à se soigner (il ne s'agit pas de recréer la caisse épargne santé mais de délivrer des bons pour les pharmacies en ville, pour les radiographies etc.) ?

- oui

- non

pourquoi ?

16° Si oui, quel montant proposez--vous ?

..... Francs par mois

17° Selon vous, une caisse de solidarité (une mutuelle de santé) devrait s'occuper de quoi en priorité ? (mettre des numéros d'ordre en allant du plus prioritaire au moins prioritaire)

- achat de médicaments
- examens (laboratoire, radio, échographie)
- consultations chez les spécialistes
- hospitalisation (médicaments, bilans et frais d'hospitalisation)
- autre (à préciser)

18° Seriez vous d'accord pour continuer à cotiser si pendant plusieurs années vous ne tombez pas malade ?

- oui

- non

Pourquoi?

19° Regrettez--vous que l'on ait supprimé la Caisse d'Epargne Santé ?

- oui

- non

pourquoi ?
.....

20° d'après vous, que faudrait-il faire pour que cette caisse de solidarité appelée mutuelle marche ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Nous vous remercions pour votre disponibilité

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE (adhérents)

- les prestations à offrir (prise en charge des petits risques ou des gros risques comme les hospitalisations qui ont une inélasticité de la demande ?)
- le montant de la prime nécessaire à la satisfaction du panier d'offre (la notion d'équité contributive, prime fixe pour tous ou prime fonction du revenu ?)
- les mesures à prendre pour minimiser la fraude et le risque moral
- l'équité d'accès (prise en charge identique pour tous en fonction de la maladie et non en fonction du grade)
- la prescription des médicaments essentiels génériques

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE prestataire de soin (médecin laborantin pharmacien radiologie etc.)

- le risque moral du prestataire : bilan systématique type CHU au lieu du bilan motivé par l'examen clinique ; définition du profil technique de la personne autorisée à prescrire selon le niveau de référence, par exemple, un infirmier est-il autorisé à prescrire une radiographie ?
- la fraude avec la complicité du prescripteur pour faire bénéficier une tierce personne des prestations de la mutuelle, par exemple, un militaire dont l'épouse est malade et qui voudrait qu'on porte son nom et non celui de l'épouse sur les bulletins d'examen
- nécessité d'un contrat avec les pharmacies et laboratoires partenaires qui sanctionne la complicité de fraude
- nécessité de collaborer avec les partenaires qui peuvent faire une traçabilité c'est-à-dire une identification des prescripteurs et des bénéficiaires afin de faciliter le contrôle (outil informatique souhaité)
- facilité offerte à la mutuelle ; tarif préférentiel, modalités de paiement etc.

