



INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE

THEME :

**ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA VIABILITE
DES MUTUELLES DE SANTE
DE LA REGION SANITAIRE DES HAUTS - BASSINS
(BURKINA FASO)**



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**

Présenté et soutenu par :

Dr. Danielle Marie J. BELEMSAGA/YUGBARE

ENCADREURS

MOUSSA YAZI

Sous Directeur de PISC/CESAG

ATIM CHRIS

Conseiller Régional PHR+

Juin 2004

M0072DSES04

2



DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL

A DIEU : PERE, FILS, ET SAINT ESPRIT

« Rendez grâce à Yahvé, car il est bon, car éternel est son amour ». *Ps 107 (106) 1* « Et nous savons qu'avec ceux qui l'aiment, Dieu collabore en tout pour leur bien, avec ceux qu'il a appelés selon son dessein » *Romains 8, 28*

IN MEMORIAM A MA FILLE Nataniah Meriem Tessy Emiko BELEMSAGA

“Je vais les guérir et leur révéler une ordonnance de paix et de fidélité” *Jérémie 33,6*

A MON FILS Teegwendé Sigfrid Myra Berthold BELEMSAGA

« Repose-toi sur Yahvé de tout ton cœur, ne t'appuie pas sur ton propre entendement ; en toutes tes démarches, reconnais-le et il aplanira tes sentiers. » *Proverbes 3, 5-6*

A MON EPOUX Désiré Marie Alexis BELEMSAGA

« Voici de quels biens sera béni l'homme qui craint Yahvé. Que Yahvé te bénisse de Sion ! Puisses-tu voir Jérusalem dans le bonheur tous les jours de ta vie » *Ps 128 (127) 4-5* « Daigne avoir pitié d'elle et de moi et nous mener ensemble à la vieillesse » *Tobie 8,7*

REMERCIEMENTS

❑ **A mon pays le Burkina Faso**

❑ **J'exprime, envers les organisations ci-dessous, ma reconnaissance pour m'avoir permis d'entreprendre cette formation. Ce sont :**

- *Les autorités du ministère de la santé / Burkina Faso*
- *La Conférence Episcopale Italienne (CEI) pour le financement de mes études en DSES*
- *L'Archevêché et l'OCADES de Bobo Dioulasso : Son Excellence Mgr T. Anselme SANOU, M. l'Abbé Anselme SANOU, M. Cyriaque SANON, Sr Odile WIBGA par lesquels j'ai obtenu la prise en charge de la formation.*
- *Le Directeur Régional de la Santé Des Hauts-Bassins, Dr Mété BONKOUNGOU pour les recommandations, l'appui et la motivation.*

❑ **Je témoigne ma gratitude pour la formation :**

- *A l'Institut Supérieur de la Santé, à son directeur Mo MENA et à tout son personnel*
- *A mon directeur de mémoire Moussa YAZI : merci pour votre amour du travail bien fait, votre rigueur et votre disponibilité.*
- *Aux enseignants permanents (Laurence CODJA, Alpha BAH, Amani KOFFI) et aux enseignants associés (Pr. Hervé LAFARGE, Dr Chris ATIM) de l'Institut Supérieur de la Santé*
- *A Tous les enseignants et au personnel administratif du CESAG particulièrement à Mme Angélique SANON (Sous directrice de la scolarité du CESAG), Mme Catherine NANA (Auditeur interne du CESAG).*
- *A tous ceux qui ont collaboré et m'ont aidée pendant la phase pratique de la formation au Burkina Faso particulièrement :*
 - *Au Dr Emmanuel SEINI, Médecin-économiste de la santé, DRS de la Boucle du Mouhoun, Codirecteur de mémoire ;*
 - *Au Dr Rasmané GANABA, vétérinaire-épidémiologiste, statisticien au CIRDES/ Bobo ; A M. Denis OUEDRAOGO, docteur en Economie ; au Dr Yorba SOURA Economiste de la santé à la DSF; au Dr André KABORE Chirurgien-Dentiste, Santé Publique, Economiste de la santé au PNDS.*
 - *A la Concertation, à STEP/ BIT Burkina, et à Mme Yolande KABORE / BERE sociologue et son équipe de consultation chargée de l'actualisation 2003 de la base de données sur les mutuelles de santé du Burkina Faso.*

- *Au personnel de la DRS des Hauts-Bassins particulièrement au SLM Dr François DRABO, Aux Médecins Chefs et aux Equipes Cadres des Districts Sanitaires d'Orodara et de Houndé, et aux ICP de Kangala, Bouere, Boni, Pé, Koumbia, Béréba, Bouahoun. Aux personnel et aux bureaux exécutifs des mutuelles de santé de Bobo, de Dakwena, et de la mutuelle pharmaceutique de Tounouma.*
- *Aux structures d'appui aux mutuelles de santé de la DRS des Hauts Bassins, en particulier à Premiss B&B.*

□ **Je manifeste ma gratitude pour le soutien social, moral et spirituel :**

- *A la famille Paul YUGBARE, Enfants et alliés / OUAGA : mes parents (Paul YUGBARE, Aline YUGBARE / BAMBARA), mes frères et sœurs (Solange, Honoré, Ida, Alexandre, Julie, Céline), mes beaux-frères (Hector OUEDRAOGO, Evariste SAWADOGO), ma tante (Sr Marie Odile YUGBARE/ SIC).*
- *A ma belle-famille (la famille David BELEMSAGA, enfants, et alliés à Koupéla, à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, particulièrement à la Sr. Léa BELEMSAGA, SAB).*
- *Au Père Paul BERE, Sj. (Jésuite, à Rome), à Thérèse REMAINE (OUAGADOUGOU), au Père Désiré TANOI (Carme/Bobo), et au Père Sébastien (Lomé – Togo) , et aux familles Léonce BAMBARA, Thomas DAMBRE et alliés, à Bobo-Dioulasso.*
- *Aux familles Germain SAWADOGO, François NARE, Sosthène BAMBARA, Tahirou OUATTARA, Dady DEMBY, Ibrahima NDIAYE ; à mes belles sœurs Déborah BELEMSAGA, Ghislaine BELEMSAGA, Marie Michelle BELEMSAGA, et aux étudiantes Carole ZABRE, et Christelle YAMEOGO / DAKAR*
- *Aux responsables et aux membres du groupe de prière KASUMAY / Paroisse St. Joseph de Médina / Diocèse de Dakar, aux membres du groupe des lecteurs/ Paroisse Universitaire St. Dominique / Diocèse de Dakar (Sénégal)*
- *A mes camarades stagiaires de la promotion DSES 5/ 2002- 2003*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Personnel de santé du secteur public national en 2001	12
Tableau 2 : Evolution du budget de la santé et des dépenses (en Millions de F CFA) de 1996 à 2002.....	13
Tableau 3 : Personnel de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins	17
Tableau 4 : Liste des mutuelles à l'étude	39
Tableau 5 : Indicateurs de la viabilité administrative et gestionnaire	40
Tableau 6 : Indicateurs de la viabilité institutionnelle	41
Tableau 7 : Indicateurs de la viabilité financière	41
Tableau 8 : Mesures de la typologie et de la zone d'implantation des mutuelles de santé	42
Tableau 9 : Historique des mutuelles de santé de la région sanitaire des hauts Bassins créées avant l'an 2000	48
Tableau 10 : Distribution du nombre de bénéficiaires par mutuelle rurale et du nombre d'adhérents par mutuelle urbaine de 1992 à 2003.....	49
Tableau 11 : Mutuelles de santé de l'étude selon la typologie.....	52
Tableau 12 : Mode d'adhésion et identification des adhérents et bénéficiaires par mutuelle	53
Tableau 13: Taux de pénétration de la population cible (en %) par les 12 mutuelles et par année	54
Tableau 14 : Pourcentage des membres en règle en fonction des mutuelles et des années	56
Tableau 15: Taux de recouvrement des cotisations (en %).....	57
Tableau 16 : Formation des responsables des mutuelles.....	58
Tableau 17 : Evolution du taux des cotisations annuelles par mutuelle.....	61
Tableau 18 : Couverture sanitaire proposée par les 12 mutuelles.....	62
Tableau 19 : Distribution du ratio de sinistralité par année par mutuelle (en %)	63
Tableau 20 : Mode de gestion des risques par mutuelle	65
Tableau 21 : Problèmes ou contraintes identifiés par les 12 mutuelles	67
Tableau 22 : Périodes et causes des suspensions de prestations des mutuelles de Bobo, Banzon et Koumbia.....	68
Tableau 23 : Acteurs impliqués dans la création de 12 mutuelles de santé	68
Tableau 24 : Documentation utilisée par les 12 mutuelles de santé.....	69
Tableau 25 : Fonctionnement des organes des mutuelles	71
Tableau 26 : Evaluation et contrôle de chacune des 12 mutuelles de santé.....	74
Tableau 27 : Relations avec les prestataires de soins.....	76
Tableau 28 : Appui financier et technique par mutuelle	77
Tableau 29 : Résultat comptable par mutuelle par année.....	79
Tableau 30 : Réserves par mutuelle par année.....	81
Tableau 31: Ratio de couverture des dépenses mensuelles par mutuelle de 1992 à 2003	82
Tableau 32: Ratio frais de gestion / cotisation (en %)par mutuelle et par année.....	84
Tableau 33 : Ratio frais de gestion / recettes (en %) par mutuelle et par année	85
Tableau 34 : Ratio cotisations sur dépenses par année par mutuelle	86
Tableau 35 : Evolution des dépenses par adhérent (mutuelles à cotisation familiale) et par bénéficiaire (mutuelles à cotisation individuelle)	87
Tableau 36 : Synthèse des résultats par dimension de viabilité, par indicateur et par mutuelle ..	89
Tableau 37 : Synthèse des résultats par dimension de viabilité des mutuelles de santé, par zone d'implantation et par typologie	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle théorique	37
-----------------------------------	----

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Situation géographique de la région sanitaire des Hauts-Bassins du Burkina Faso
Annexe 2 : Questionnaire FT2 du développement des mutuelles en Afrique. Actualisation
répertoire : inventaire 2003
Annexe 3 : Guide d'entretien complémentaire au questionnaire d'actualisation du répertoire
Annexe 4 : Grille d'appréciation de la viabilité des mutuelles de santé par dimension, par
indicateur, par mesure.

SIGLES ET ACRONYMES

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux initiatives de Développement à la base
ACP	Afrique Caraïbes Pacifique
ANMC	Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne
AOI	Aide Odontologique Internationale
Banz	Mutuelle de santé de Banzon
Béréb	Mutuelle de santé de Béréba
B.D.	Mutuelle de santé de Bobo Dioulasso
Boni	Mutuelle de santé de Boni
Bouah	Mutuelle de santé de Bouahoun
Bouer	Mutuelle de santé de Bouéré
BIT / STEP	Bureau International du Travail / Stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
CAMEG	Central d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CERMES	Centre international de Recherche Médecine, Maladie et Sciences sociales
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHN	Centre Hospitalier National
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgical
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion de District
CSD	Conseil de Santé de District
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Social
CTRS	Cadre Technique Régional de la Santé
Dak	Mutuelle Dakwena
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
Dohou	Mutuelle de santé de Dohoun
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECD	Equipe Cadre de District
FAR	Femmes en Age de Reproduire
FS	Formation Sanitaire

HCK Houet Comoé Kéné Dougou
HKI Hellen Keller International
IARDT Incendies Accidents Risques Divers Transports
IB Initiative de Bamako
ICP Infirmier Chef de Poste
INSD Institut National de Statistiques et de Démographie
GTZ Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit Allemagne
Kang Mutuelle de santé de Kangala
MEG Médicaments Essentiels Génériques
MCD Médecins Chefs de District
ONG Organisme Non Gouvernemental
ONUSIDA Organisation des Nations Unies de lutte contre le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
OMS Organisation Mondiale de la Santé
OST Office de Santé des Travailleurs
PHR Plus Partnership for health reform Plus
PL Plafonnement
PNDS Programme National de Développement Sanitaire
PRSS Projet de Renforcement des Services de Santé
PVD Pays en Voie de Développement
RAMS / BF Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso
RAMUS Réseau d'appui aux mutuelles de santé
RESACOOOP Réseau d'Appui à la Coopération en Rhône-Alpes
UE Union Européenne
UNICEF United Nations Children's Fund
UTM Union Technique de la Mutualité Malienne
VIH Virus d'Immunodéficience Acquise Humain
SSP Soins de Santé Primaires
TM Ticket Modérateur
Toun Mutuelle Pharmaceutique de Tounouma
WSM Wereld Solidariteit / Solidarité Mondiale

Analyse des déterminants de la viabilité des mutuelles de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassin (Burkina Faso)

RESUME

La régulation du système de santé a induit celui du financement de la santé. Afin de faciliter l'accès aux soins de santé par la population des pays en développement en général et du Burkina Faso en particulier, des alternatives de financement ont été développées. Ainsi, la région sanitaire des Hauts-Bassins a été le lieu d'implantation des premières mutuelles de santé du pays. A travers une étude rétrospective sur 12 mutuelles dont les prestations ont débuté depuis au moins 4 années, l'auteur a analysé les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé selon la typologie et la zone d'implantation. Les résultats ont montré que les mutuelles rurales et cogérées sont plus viables que les mutuelles urbaines. La mutuelle communautaire a bénéficié d'un suivi évaluation plus régulier bien que sa dimension financière soit précaire. Afin d'envisager et de mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la viabilité des mutuelles de santé initiée par les partenaires au développement, il importe que tous les acteurs du domaine, et principalement le politique, s'engagent résolument pour la promotion et la valorisation de ces structures.

Mots clés : Financement de la santé, mutuelle de santé, Viabilité, Typologie, zone d'implantation, Burkina Faso.

Analysis of factors affecting the viability of health mutual insurance schemes in the "Hauts-Bassin" region of Burkina Faso

ABSTRACT

The regulation of the health system created need for financing of human health in both urban and rural areas. To facilitate access to health care by the population of developing countries, different approaches to financing of health were initiated. In Burkina Faso, the first health mutual insurances were implemented in the sanitary region of the "Hauts-Bassins". Using case studies of 12 mutual insurance schemes that have been providing services to their community over a period of 4 years, the author examines the factors which determine the viability of the health mutual insurance according to the typology and the location. The results indicate that mutual schemes under co-management in the rural areas are more viable than those that operate in the urban settings. Indeed, although financial aspect of the structure is precarious, the community mutual insurances schemes do benefit from a more regular monitoring and evaluation. In order to ensure the viability of communal health system, it is important to promote the involvement of all actors and development partners in the formulation and implementation of policies that enable the improvement of these schemes.

Keywords: Health Financing, health Mutual insurance, viability, location, typology, Burkina Faso

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ANNEXES	V
SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
RESUME	VIII
INTRODUCTION GENERALE	2
1. INTRODUCTION.....	2
2. PROBLEMATIQUE	4
2.1. Définition du problème et objectif de l'étude.....	4
2.2. Importance du sujet et principaux utilisateurs des résultats.....	6
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET CADRE THEORIQUE	8
CHAPITRE I. CONTEXTE DE L'ETUDE	10
I.1. APERCU GENERAL DU BURKINA FASO.....	10
I.2. LE SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO.....	11
I.3. FINANCEMENT DE LA SANTE	13
I.3.1. Contribution de l'Etat.....	13
I.3.2. Le financement extérieur.....	14
I.3.3. Les entreprises d'assurance.....	14
I.3.4. Le financement communautaire des ménages.....	15
I.4. SPECIFICITE DE LA REGION SANITAIRE DES HAUTS-BASSINS.....	16
I.5. LES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO	18
I.5.1. Généralités sur les mutuelles de santé.....	18
I.5.2. Répertoire des mutuelles de santé.....	19
CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE	22
II.1 DEFINITION DES CONCEPTS.....	22
II.1.1. Mutuelle de santé.....	22
II.1.2. Viabilité	24
II.1.3. Zone d'implantation	26
II.2. VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE.....	27
II.3. ETUDES SUR LES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO.....	33
CHAPITRE III. METHODOLOGIE.....	36
III.1. MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	36
III.2. STRATEGIE DE RECHERCHE.....	38
III.3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE	38
III.3.1. Population à l'étude.....	38

III.3.2. Définition opérationnelle des variables	39
III.3.3. Méthode de collecte des données	43
III.4. ANALYSE DES DONNEES	45
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	46
CHAPITRE 1 : RESULTATS ET ANALYSES.....	48
I.1. CARACTERISTIQUES DES MUTUELLES	48
I.2. ZONE D'IMPLANTATION	50
I.3. TYPOLOGIE DES MUTUELLES DE SANTE.....	51
I.4. VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE.....	52
I.4.1. Suivi des adhésions	53
I.4.2. Paiement des cotisations.....	55
I.4.3. Formation	58
I.4.4. Adéquation prime et services	59
I.4.5. Mode de gestion des risques	64
I.4.6. Fonctionnalité.....	67
I.5. VIABILITE INSTITUTIONNELLE	71
I.5.1. Participation sociale.....	71
I.5.2. Evaluation et contrôle.....	73
I.5.3. Aspects juridiques	74
I.5.4. Personnel salarié	75
I.5.5. Relations avec les prestataires.....	75
I.5.6. Relations avec les autres organisations mutualistes et structures d'appui, et autres activités des mutuelles	77
I.6. VIABILITE FINANCIERE	79
CHAPITRE 2 : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	91
II.1. DISCUSSIONS	91
II.2. RECOMMANDATIONS	100
II.3. PERSPECTIVES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS.....	106
II.3. LIMITES DE L'ETUDE	107
CONCLUSION GENERALE	109
BIBLIOGRAPHIE.....	112
ANNEXES.....	118

INTRODUCTION
GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

1. INTRODUCTION

Le développement socio-économique de toute nation repose principalement sur les secteurs sociaux. En particulier, la santé et l'éducation jouent un rôle fondamental dans l'amélioration des ressources humaines et du capital humain, contribuant ainsi à l'accroissement de la productivité globale de l'économie. Cependant, dans les Pays en Voie de Développement (PVD) en général et, au Burkina Faso, en particulier, ces secteurs rencontrent d'énormes difficultés liées à des déficits de financement. D'une manière générale, le déficit public est aggravé par la faiblesse des opportunités offertes par les institutions privées ou associations et la précarité des conditions de vie de la majorité des ménages.

Selon le rapport général sur la lutte contre la pauvreté dans les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) et dans l'Union Européenne (UE) en 1999, la pauvreté humaine concerne environ 40% de la population en Afrique au sud du Sahara et en Asie Méridionale contre 15% dans l'UE. Cette situation, liée à un niveau d'éducation très bas, induit un état sanitaire précaire [OUEDRAOGO, 2003]. Cependant, il faut noter que, depuis le début des années 1990, plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest se sont engagés dans une réorganisation de leur système de santé. C'est ainsi qu'au Burkina Faso, l'Initiative de Bamako (IB) adoptée en 1987 a connu un début d'application en 1992 ; cette initiative a institué le recouvrement des coûts comme moyen de mobiliser des ressources supplémentaires pour améliorer le financement de l'offre de soins. Une analyse de l'implantation de l'IB dans la région Ouest-africaine met en exergue des résultats qui sont essentiellement de l'ordre de l'efficacité et non pas de l'équité [RIDDE, 2003].

Le contexte, marqué aussi par un désengagement progressif de l'Etat dans le cadre du Programme d'Ajustement Structurel mis en oeuvre depuis 1980, est favorisé par des barrières financières, géographiques et socioculturelles, des défaillances d'une protection sociale officielle (couverture marginale dans le domaine de la santé) et des mécanismes traditionnels d'entraide inadaptés au financement des besoins de santé [FONTENEAU, 1999].

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2000 montre que dans 60% des PVD, le paiement direct représente au moins 40% du total des contributions des ménages au fonctionnement des structures sanitaires. Les obstacles financiers qui sont une des raisons de la non-utilisation des services de santé, ont conduit à la remise en question du financement des soins et en particulier au développement et à la mise en place de systèmes basés sur le partage des risques.

Les systèmes de micro-assurance santé s'adressent aux populations démunies du secteur informel, non couvertes par les systèmes d'assurance santé mis en place par l'Etat ou proposés par des sociétés commerciales [BIT, 2000].

La mutuelle de santé est un " système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent à la gestion et au financement " [ACOPAM/ BIT, 1996].

Au Burkina Faso, on a constaté en 4 ans une augmentation vertigineuse des mutuelles de santé de plus de 100% ; leur nombre est passé de 64 en 2000 à 136 en 2003 [ZETT, 2000 ; KABORE, 2003]. La région sanitaire des Hauts-Bassins abritait une grande partie des mutuelles de santé du pays en l'an 2000, soit 18 sur 41 mutuelles fonctionnelles (43,90%) ; et en 2003, elle comptait 29 sur 136 mutuelles (21,32%). Elle est l'une des premières régions dans laquelle les mutuelles se sont développées. Certaines servent de référence tandis que d'autres, malgré l'appui dont elles ont bénéficié, ont connu des insuffisances tant financières, gestionnaires, administratives qu'institutionnelles. C'est l'une des raisons qui ont motivé cette étude consacrée à l'analyse des déterminants de la viabilité des mutuelles de santé au Burkina Faso avec une référence à celles de la région des Hauts-Bassins.

Pour aborder le sujet, nous allons présenter d'abord le contexte et le cadre théorique ; ensuite les résultats obtenus et enfin la discussion qui en découle.

2. PROBLEMATIQUE

Après avoir défini et analysé le problème de recherche, nous allons en déduire les objectifs qui en découlent. Ensuite, nous démontrerons l'importance du sujet, et nous identifierons les principaux utilisateurs des résultats de l'étude.

2.1. Définition du problème et objectif de l'étude

La recherche d'alternatives pour le financement des soins de santé en général, et pour celui des personnes démunies en particulier occupe une place de plus en plus importante. C'est ainsi que, depuis deux décennies, se développe le mouvement mutualiste dans les Pays en Voie de Développement. En effet, les systèmes de micro-assurance de la santé représentent à la fois une modalité technique intéressante de financement par l'organisation des régimes volontaires d'assurance maladie, une contribution à la démocratie par le pouvoir donné aux représentants des cotisants, un mouvement social fondé sur la solidarité à travers la démarche de fédéralisation des groupements [concertation.org, 2003].

Pour la prise en charge des populations les plus démunies et non couvertes, ces institutions se présentent donc comme un bon et un véritable levier de financement pérenne de la santé. Le partage de risques et le pré-paiement apparaissent, de ce fait, comme un moyen de lever un grand nombre des handicaps du paiement direct [PERROT, 2002]. En outre, il faut noter que les Soins de Santé Primaires (SSP) se sont imposés comme l'une des stratégies les plus pertinentes à être assurées d'autant plus que les indicateurs de santé sont très bas et que les Centres de santé et de promotion sociale sont le premier niveau de soins.

Aussi le développement des mutuelles comme les systèmes simples et complexes de financement communautaire contribue-t-il à l'amélioration de l'accessibilité, des performances des services de santé et de la qualité des soins.

La solidarité et le partage des risques sont favorisés en zone rurale par une population à niveau socio-économique plus ou moins homogène avec un contrôle social très développé. En milieu urbain, ce n'est pas souvent le cas. En effet, les villes africaines sont moyennes, peu développées, avec une population caractérisée par une diversité socioéconomique et une

déperdition progressive des valeurs socioculturelles. Dans la région sanitaire de Bobo-Dioulasso, indépendamment de la typologie, les mutuelles de santé urbaines sont confrontées à des problèmes de viabilité tant gestionnaire administrative, financière, qu'institutionnelle. Quelques-unes d'entre elles sont même menacées de disparition. Les mutuelles rurales ne sont pas non plus épargnées ; elles rencontrent les mêmes difficultés de pérennité.

Plusieurs causes peuvent expliquer ces défaillances :

- la petite taille des mutuelles : ce qui implique une fragilité financière et un chiffre d'affaires limité ;
- la baisse de la demande : liée à la conjoncture économique défavorable et à la création de nouvelles mutuelles dans la zone ;
- les erreurs de gestion financière et comptable : une mauvaise gestion comptable, une insuffisance du contrôle de gestion, un taux de cotisation bas, un taux de recouvrement faible et des malversations ;
- les erreurs de gestion stratégique : avec des choix stratégiques inadéquats au contexte, une grande dépendance par rapport à un facteur externe ;
- les problèmes liés aux dirigeants : une formation insuffisante, des conflits internes, le statut bénévole et la motivation des dirigeants.

Les solutions possibles à ces problèmes sont :

- La mise en place de stratégies pour le développement des mutuelles selon leur type et adaptées au contexte socio-économique de la zone d'implantation. En effet, elles permettraient un fonctionnement conséquent de ces dernières.
- Une stratégie de sensibilisation et de communication continue permettrait l'augmentation du nombre d'adhérents et de bénéficiaires. Cela favoriserait l'implication des adhérents dans la vie de leur mutuelle.
- L'agrégation et/ou la fédération de petites mutuelles existantes surtout pour le partage de gros risques par la réassurance : cela augmenterait l'élasticité de la demande tout en favorisant la solidarité et le partage.
- Le renforcement des compétences en gestion des responsables par la formation /recyclage, et le développement d'un cadre de partage d'expériences entre les mutuelles d'une même zone résoudraient les problèmes liés aux dirigeants.

- Le développement d'un contexte institutionnel favorable à l'amélioration de l'appui technique et financier pour le suivi évaluation qui contribuerait à l'optimisation des prises de décisions pour un fonctionnement efficient de ces structures.

Parmi ces solutions, nous pensons que la principale est la mise en place de stratégies de développement des mutuelles adaptées à leur typologie et à l'environnement physique. En effet, la typologie et la zone d'implantation influent sur la pérennité des mutuelles de santé. Les autres solutions telles que la sensibilisation, la consolidation financière, la formation, le suivi évaluation, et le développement institutionnel découleront de ces dernières. Au regard de ce qui précède, nous nous sommes posé alors la question de savoir quels sont les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé selon la zone d'implantation dans la région sanitaire des Hauts-Bassins? Quelles sont les interrelations entre les différentes dimensions de la viabilité et les indicateurs les plus favorables à la pérennité des mutuelles urbaines et rurales ?

Le principal but de notre étude est de contribuer à l'identification de facteurs qui favorisent ou non la viabilité des mutuelles de santé de la Région Sanitaire des Hauts-Bassins au Burkina Faso.

- **L'Objectif général** est d'identifier les facteurs qui favorisent ou non la viabilité des mutuelles de santé de la Région Sanitaire des Hauts-Bassins au Burkina Faso.
- **Deux objectifs spécifiques** en découlent : analyser les déterminants de la viabilité administrative-gestionnaire, institutionnelle et financière d'une part, selon la zone d'implantation, et d'autre part, selon la typologie des mutuelles de santé.

2.2. Importance du sujet et principaux utilisateurs des résultats

La fonctionnalité des mutuelles de santé est essentielle pour l'amélioration de l'accessibilité de la population aux soins de santé. Le BIT a mis au point des outils d'évaluation des mutuelles de santé, et plusieurs mémoires d'études en Economie de la santé ont porté sur la micro-assurance santé [ACOPAM/BIT/WSM/ANMC, 1996 ; BIT/STEP/CIDR, 2001 ; FALL, 2001 ; GANDAHOU, 2001 ; YOBOUE, 2002 ; YO, 2002 ; BIT/STEP, 2003 ; etc.].

L'étude de la viabilité des mutuelles de santé n'a pas encore été faite spécifiquement au Burkina Faso, alors même qu'il en existe dans d'autres pays comme le Sénégal (dans la région de Thiès, par exemple), le Ghana, le Mali et le Bénin. A l'instar de ces pays, les résultats de la présente

étude pourraient être utilisés par les décideurs, comme base d'appréciation du fonctionnement intrinsèque des mutuelles de santé. Par ailleurs, dans le cadre de la promotion des mutuelles de santé dans les Pays en voie de développement, il importe que les déterminants de la viabilité selon la zone d'implantation (urbaine, rurale) et selon la typologie soient explorés.

En outre, les conclusions de cette étude pourront être utilisées non seulement par les autorités publiques dans le cadre des activités de santé et de développement programmées par l'Etat (Programme National de Développement Sanitaire, Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté, etc.) mais aussi par les mutuelles de santé elles-mêmes, en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE ET CADRE
THEORIQUE

Introduction

Cette partie situe et présente le contexte de l'étude, tout en décrivant le cadre théorique. En effet, au début de cette étude, une présentation générale du Burkina Faso et de son système de santé nous semble opportune et indispensable pour mieux faire ressortir les spécificités de la zone d'étude, à savoir, la région sanitaire des Hauts-Bassins. Par ailleurs, une revue de la littérature nous paraît d'une importance capitale, car elle permet de définir des concepts théoriques et d'explorer les travaux antérieurs afin d'aboutir à la proposition d'un modèle théorique adapté à notre problématique et d'émettre des hypothèses de recherche. Tous ces aspects seront traités dans cette première partie qui comporte deux chapitres. Le premier portera sur le contexte de l'étude, et le second traitera du cadre théorique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I. CONTEXTE DE L'ETUDE

Ce chapitre est un préalable essentiel, car il met en exergue le contexte global dans lequel va se dérouler notre étude. Nous y allons traiter du système et du financement de santé, de la spécificité de la région sanitaire des Hauts-Bassins et des mutuelles de santé au Burkina Faso. Après avoir donné un aperçu général du Burkina Faso en situant le pays par rapport aux principaux indicateurs de développement, nous présenterons le système de santé et de soins dans lequel nous décrirons les objectifs du PNDS. Ensuite, nous développerons le financement de la santé à travers les sources principales qui sont l'Etat, les entreprises d'assurance et le financement communautaire des ménages. Puis, passant du général au particulier, nous ferons ressortir la spécificité de la région sanitaire des Hauts-Bassins. Enfin nous exposerons des généralités sur les mutuelles de santé avant de conclure par le répertoire des mutuelles de santé.

I.1. APERCU GENERAL DU BURKINA FASO

Selon le rapport sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement en 2003, le Burkina Faso est classé parmi les pays les plus pauvres (173^{ème} sur 175 pays) avec un indice de développement humain évalué à 0,330 en 2001. Le Produit Intérieur Brut par habitant était de 1120 \$ US (Parité du Pouvoir d'Achat), et l'indice PIB de 0,40 en 2001 [PNUD, 2003]. La population est à 84,5 % rurale avec une activité agropastorale dominante. Au Burkina Faso, la population rurale représente 94% de la population pauvre [MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT, 2003 a]. Les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso couvrent respectivement 44,3% et 19,4% de la population urbaine [INSD, 2000 b]. L'espérance de vie à la naissance, était de 46 ans en moyenne en 2001 [PNUD, 2003].

Le taux de morbidité global qui mesure l'état général de santé a baissé de 7,1% 1998 à 5,8% en 2003 : il est de 6,8% pour le milieu urbain contre 5,3% pour le milieu rural. Quant au taux de consultation, la moyenne nationale en 2003 est de 4,2% ; en milieu urbain, il est relativement plus élevé (5,8%) qu'en milieu rural (3,8%) [MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT, 2003 a].

En 1999, le taux de mortalité infantile était évalué à 105 pour 1000 ; la malnutrition chronique touchait 12,06% des enfants de 1 à 15 ans tandis que la mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes [MINISTERE DE LA SANTE, 2002].

Le taux net de scolarisation au primaire observé en 2003 est de 33,8%. Le taux d'alphabétisation a enregistré une faible progression, passant de 18,9% en 1994 à 32,25% en 2003 [MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT, 2003a].

I.2. LE SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO

L'organisation du système de santé et de soins du Burkina Faso suit la pyramide sanitaire à trois niveaux adoptée à Lusaka en 1985. Ainsi le pays est subdivisé :

- au niveau central en Directions centrales ;
- au niveau intermédiaire en treize (13) Directions Régionales de la Santé ;
- et, au niveau périphérique et opérationnel en cinquante cinq (55) Districts Sanitaires.

Le réseau de santé du secteur public national comportait en 2001 [MINISTERE DE LA SANTE, 2002] :

- au premier niveau, 835 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ainsi que 145 Dispensaires isolés et 46 maternités, 36 Centres médicaux (CM), 33 Centres médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA) ;
- au second niveau, 9 Centres Hospitaliers Régionaux ;
- et, au troisième niveau 3 centres hospitaliers Nationaux (CHN).

L'Office de Santé des Travailleurs (OST) offre deux types de prestations aux employés des entreprises et services à caractère privé, public et parapublic : les soins curatifs et la visite annuelle. Il couvre les travailleurs des secteurs public et privé soit 9% de la population totale [MINISTERE DE LA SANTE, 2002].

Le secteur privé de santé se développe : en 2001, on comptait 185 formations sanitaires privées. Les Formations Sanitaires (F.S.) confessionnelles étaient au nombre de 27. On dénombrait 43 formations sanitaires parapubliques et 22 formations sanitaires des forces armées. Les officines pharmaceutiques et les dépôts de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) étaient au nombre de 182 et 270 respectivement [MINISTERE DE LA SANTE, 2002].

Bien que la norme au niveau national soit de un CSPS pour 10000 habitants [MINISTERE DE LA SANTE, 2002], le ratio du pays est de un CSPS pour 11538 habitants. Le tableau ci-dessous est une illustration du personnel sanitaire du secteur public ; on remarque que tous les ratios sont en deçà des normes OMS.

Tableau 1 : Personnel de santé du secteur public national en 2001

Personnel de santé	National		Norme OMS
	Nombre	Ratio	
Médecin	326	1/ 36311	1 /10 000
Pharmacien	88	1/ 134516	1/10000
Chirurgien Dentiste	33	1/ 358712	1/10000
Infirmiers d'Etat	1560	1/ 7588	1/5000
Infirmiers Brevetés	1384	1/ 8553	1/3000
Sage Femme d'Etat / Maïeuticien d'Etat	406	1/ 6647	1/5000 FAR
Accoucheuses Auxiliaires	1319	1/ 2046	1/1000 FAR
AIS	984	1/ 12029	1/1000

La population totale en 2001 était de 11 837 475, et les FAR de 2 698 921.

FAR : Femme en Age de Reproduire

Source : [MINISTERE DE LA SANTE, 2002]

Le Burkina Faso a adopté une politique sanitaire nationale dont la traduction opérationnelle est le PNDS qui couvre la période 2001-2010. L'objectif principal est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations, à travers huit objectifs intermédiaires qui concourent tous à l'amélioration de la performance du système national de santé :

1. Accroître la couverture sanitaire nationale ;
2. Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
3. Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles ;
4. Réduire la transmission du VIH ;
5. Développer les ressources humaines en santé ;
6. Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
7. Accroître les financements du secteur de la santé ;
8. Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

L'objectif intermédiaire 6 qui porte sur l'accessibilité financière des populations aux services de santé a pour objectifs spécifiques :

- d'améliorer l'efficacité des services de santé ;
- de promouvoir des mécanismes de partage des risques en matière de santé. [Ministère de la santé, 2001]

I.3. FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement de la santé est assuré d'abord par l'Etat. L'assurance sociale et privée ne couvre qu'une infime partie de la population. Le financement communautaire est assuré à travers la tarification des actes.

I.3.1. Contribution de l'Etat

Le budget de l'Etat a évolué en dents de scie de 1996 à 2002 et à prix courant avec des baisses en 1997 et en 1999. En outre, malgré la baisse absolue du budget santé de 1998 à 1999, on constate une augmentation de la part du budget de la santé. De même, les dotations budgétaires allouées à la santé ont diminué en 2000 et en 2001.

Tableau 2 : Evolution du budget de la santé et des dépenses (en Millions de F CFA) de 1996 à 2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Personnel	5322,72	5530	8430	6304,49	6112,04	7971,37	9250,50
Matériel	3128,31	2260	3070	3667,85	4017,50	4281,02	4690,34
Transferts courants	4297,65	6750	7200	8363,41	8939,65	9833,62	10128,62
Investissement	16847,32	16550	14680	19282,36	13832,99	8667,99	13226,82
Total Dépenses Santé	29596	31090	33380	37618,11	32902,18	30754,00	37296,28
Budget Etat	360739,33	345853,64	419015,30	412761,80	40949580	486383,51	526299
%Santé Etat	8,20	8,99	7,96	9,11	8,03	6,32	7,09

Source : [MINISTERE DE LA SANTE, 2002]

Au cours de la période de 1996 à 2002, la part du secteur de la santé (hors dépenses communes interministérielles) dans le budget total est restée inférieure à la norme de 9% recommandée par l'OMS avec un maximum de 9,11% atteint en 1999.

Depuis 1999, l'État alloue, d'une part, des crédits aux régions et aux districts sanitaires pour les dépenses de biens et services à travers les délégations de crédits ; et, d'autre part, des subventions d'exploitation (fonctionnement) et d'investissement pour les structures de référence (CHR et CHN) et aux Etablissements Publics à caractère Administratif (Ecole Nationale de Santé Publique, Office de Santé des Travailleurs, Laboratoire Nationale de Santé Publique, etc.). En dépit des efforts consentis par l'État, on note une insuffisance dans l'allocation des ressources en faveur de la santé.

Depuis 2000, le secteur de la santé bénéficie des ressources de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. OUEDRAOGO [2003] a estimé le montant cumulé de 2000 à 2002 à 20,251 milliards de FCFA.

I.3.2. Le financement extérieur

Le financement extérieur de la santé provenant de la coopération bilatérale représente en moyenne 11,763 milliards de FCFA par an de 1996 à 2002. Le secteur de la santé bénéficie également d'un apport important émanant d'ONG, d'associations, d'organisations confessionnelles et de comités de jumelage [OUEDRAOGO, 2003].

I.3.3. Les entreprises d'assurance

On distingue l'assurance sociale et les assurances privées.

a) L'assurance sociale

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) assure les salariés du secteur privé et parapublic et couvre les prestations familiales, les risques professionnels et les pensions de vieillesse, les pensions d'invalidité et les pensions de décès. Les prestations familiales couvrent les allocations prénatales, les allocations familiales, les indemnités journalières et les frais de maternité. La population couverte par la CNSS est estimée à environ 3,87% de la population totale du Burkina Faso [CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE, 2003].

Pour ce qui est de la couverture du risque maladie du personnel de l'Etat, l'OST assure la visite médicale annuelle et l'Etat, en principe, rembourse 80% des dépenses de santé (médicaments exclus) des fonctionnaires en cas d'hospitalisation ; ceci représente une couverture d'environ 4% de la population totale en 2001.

B) LES ASSURANCES PRIVEES

Le réseau d'établissements d'assurance et de réassurance se compose de :

- la Société Nationale d'Assurance et de Réassurance (SONAR) : Incendies, Accidents, Risques Divers, Transport (IARDT) et VIE ;
- la FONCIAS TIARD et VIE ;
- l'Union des Assurances du Burkina (UAB) IARDT et VIE ;
- la Générale des Assurances ;
- Colina Assurance.

Parmi les sociétés de courtage en Assurance-Réassurance, on distingue GRAS SAVOYE BURKINA. Cette dernière possède une Société d'étude et de Gestion des maladies fonctionnelles (SEGMA/ Gestion maladie).

Le Burkina Faso étant un pays à faible revenu, seuls quelques privilégiés souscrivent individuellement à l'assurance maladie. La cible est surtout constituée par les expatriés, les ONG et les entreprises.

I.3.4. Le financement communautaire des ménages

La population participe au financement de la santé à travers le financement communautaire mobilisé dans le cadre de l'Initiative de Bamako, notamment sous la forme de paiements directs des soins dans les formations sanitaires publiques et privées et dans le sous-secteur traditionnel. Les résultats de l'enquête bukinabè sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003 indiquent que la dépense mensuelle moyenne est de 72 198 CFA par mois. Une proportion de 47,9% de cette dépense est consacrée à l'alimentation tandis que les dépenses non alimentaires correspondent à 52,1%. La structure de cette dépense montre que chez les pauvres, celle-ci est largement consacrée à l'acquisition des produits alimentaires ; près de deux tiers des dépenses dans les ménages pauvres contre 43,3% chez les non pauvres sont consacrées à l'achat de

produits alimentaires. Au niveau des dépenses non alimentaires, l'autoconsommation des ménages pauvres représente 41,2% contre seulement 17,7% chez les non pauvres. Le loyer, le bois et charbon de bois, le savon, les dépenses pour cérémonies diverses et la santé constituent les postes de dépenses les plus importants chez les ménages pauvres. Chez les ménages non pauvres, le loyer représente le premier poste de dépenses mais ceux-ci allouent plus de ressources à la santé qu'aux cérémonies diverses qui viennent en troisième position [MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT, 2003 a].

Par ailleurs, l'évaluation du Projet de Développement Santé et Nutrition (PDSN) de 2001 a révélé que 88,14 % du financement des dépenses de fonctionnement des comités de gestion des CSPS étaient assurés par les ménages, soit environ 3 313 millions FCFA.

Les modes d'allocation des ressources de la tarification (forfait global journalier, facture détaillée de chaque type de prestations, forfait par épisode ou par pathologie) posent un problème d'accessibilité financière et favorisent l'iniquité d'utilisation. Dans le cas des paiements directs, l'exclusion par les prix entraîne une iniquité inversement proportionnelle au revenu.

La participation des populations au financement du secteur de la santé se manifeste également à travers la construction de quelques infrastructures sanitaires.

I.4. SPECIFICITE DE LA REGION SANITAIRE DES HAUTS-BASSINS

La région sanitaire des Hauts-Bassins est située dans la partie méridionale du Burkina Faso, avec une superficie de 34 635 km². Elle s'étend sur trois provinces (le Houet, le Kénédougou, et le Tuy) avec 33 départements, 7 communes, 459 villages. Elle fait frontière avec le Mali ; et abrite une ville-carrefour (Côte d'Ivoire, Mali) : Bobo-Dioulasso, deuxième ville du pays. La population totale de la région en 2003 était estimée à 1 367 589 habitants dont environ 30% dans la ville de Bobo-Dioulasso ; le taux brut de scolarisation dans la région était de 47% contre une moyenne nationale de 40,90% [DIRECTION REGIONALE DES HAUTS BASSINS, 2003].

L'économie de la région est essentiellement basée sur la production agropastorale qui occupe 85,8% de la population active. Les productions concernent les spéculations vivrières, de rente, de fruits et légumes. L'existence de sols relativement fertiles et la bonne pluviométrie font que la région dégage des excédents céréaliers (47,34% de la production céréalière du pays à la

campagne agricole 2002-2003), de rente (coton : 44,24% de la production nationale en 2002-2003), de fruits et légumes. Le secteur secondaire qui comprend les activités de l'artisanat et de l'industrie n'occupe que 3,7% des actifs de la région ; il n'est surtout développé que dans la ville de Bobo-Dioulasso. Le secteur tertiaire qui comprend le commerce et les services est également plus développé dans la ville de Bobo-Dioulasso. Le recensement consulaire de novembre 2001 a totalisé 304 entreprises dont 32,2% sont de l'artisanat, 13,9% de l'industrie, 27,8% pour le commerce et 26,1% pour les services [MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT, 2003 b]. Les activités informelles sont très importantes et sont à cheval sur les trois secteurs.

La région sanitaire des Hauts-Bassins compte 5 districts sanitaires :

- le district sanitaire du secteur 15 de Bobo-Dioulasso (semi-urbain) ;
- le district sanitaire du secteur 22 de Bobo-Dioulasso (semi-urbain) ;
- le district sanitaire de Dandé (rural) ;
- le district sanitaire de Houndé (rural) ;
- le district sanitaire d'Orodara (rural).

Tous les ratios du personnel sont en deçà de la norme recommandée par l'OMS.

Tableau 3 : Personnel de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins

Personnel de santé	Région Sanitaire des Hauts-Bassins		Norme OMS
	Nombre	Ratio	
Médecin	33	1/38145	1 /10 000
Pharmacien	ND	ND	1/10000
Chirurgien Dentiste	8	1/157350	1/10000
Infirmiers d'Etat	168	1/7492	1/5000
Infirmiers Brevetés	138	1/9121	1/3000
Sage Femme d'Etat / Maïeuticien d'Etat	37	1/7756	1/5000 FAR
Accoucheuses Auxiliaires	147	1/1952	1/1000 FAR
AIS	107	1/11764	1/1000

ND = Non Déterminé. La population y était de 1 258 807 habitants et les FAR de 287005.

Source : [MINISTERE DE LA SANTE, 2002]

Le système de soins de santé dans la région sanitaire des Hauts-Bassins est constitué d'un CHN, de 3 CMA, de 2 CM et de 113 CSPS dans le secteur public.

Les F.S. privées étaient au nombre de 49, les F.S. parapubliques de 15, et enfin les 2 F.S. des forces armées. En 2001, on comptait 26 officines pharmaceutiques et 12 dépôts MEG.

Le ratio de la région sanitaire des Hauts-Bassins était de 1 CSPS pour 11140 habitants.

Le financement de la santé est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les partenaires et les communautés. Parmi les partenaires, on peut citer entre autre l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA, le FNUAP, le Projet de Renforcement des Services de Santé (PRSS), le Projet Premiss B&B, le Hellen Keller International (HKI), le Projet Luxembourgeois BKF / 003, le Programme National de Gestion des Terroirs, l'Aide Odontologique Internationale (AOI), l'ONG AXIOS, l'ONG Medicus Mundi, etc.

I.5. LES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO

Dans cette section, nous présenterons d'abord des généralités sur les mutuelles de santé à travers un bref historique, les structures d'appui, le réseau existant et la direction de la sécurité sociale et de la mutualité. Ceci nous donnera une vision d'ensemble sur les mutuelles de santé. Ensuite, nous donnerons le répertoire de ces dernières au Burkina en général et dans la région sanitaire des Hauts-Bassins.

I.5.1. Généralités sur les mutuelles de santé

La première mutuelle de santé au Burkina Faso, créée dans les années 1960 était la « mutuelle douanière de Haute Volta ». Dans la région sanitaire de Bobo, sous l'influence de l'Eglise Catholique, la mutuelle des Catéchistes(1971) puis la Mutuelle Pharmaceutique Sainte Famille de Tounouma (1985) ont été créées. Le premier système de pré-paiement, mutuelle de santé cogérée par les prestataires et les adhérents, a été mis en place en 1991 dans le CSPS de Bouahoun relevant du district sanitaire de Houndé.

D'une manière générale, dans les années 1990, les mutuelles de santé au Burkina Faso se sont développées en se diversifiant avec l'appui de plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) et bailleurs de fonds (UNICEF, Coopération Française, Coopération Belge, Coopération Néerlandaise, BIT/STEP, l'ANMC, le CIDR, l'UTM, la GTZ etc..) [ZETT, 2000].

Un réseau d'appui aux mutuelles de santé au Burkina Faso (RAMS/BF) a été mis en place en 1999. Sa mission est de promouvoir la mutuelle de santé en tant que système de financement solidaire des soins de santé et de développer l'esprit mutualiste au niveau des communautés, des organisations et associations professionnelles. Par ailleurs, il contribue à la création d'un environnement juridique, socio-économique et culturel favorable au développement, à la protection et au fonctionnement des mutuelles de santé en vue de devenir un interlocuteur des acteurs du développement socio-économique, en particulier ceux du secteur de la santé. Avec une envergure nationale, le RAMS/BF couvre douze provinces sur les quarante cinq que compte le pays. Il est constitué de structures d'appui et d'associations mutualistes.

Au sein du Ministère du Travail, de l'Emploi, et de la Jeunesse, il existe une direction de la sécurité sociale et de la mutualité, l'aspect mutualité n'a été introduit qu'en 1997. Cette direction centrale a pour objectif de contribuer à la promotion des mutuelles, et d'élaborer une loi sur la mutualité. Une politique nationale en matière de protection sociale est en cours d'élaboration depuis 2001, et est au stade d'organisation d'un forum national sur la protection sociale pour valider la stratégie nationale prévue pour 2004. Cette dernière a pour objet d'élargir la protection sociale aux exclus et de mettre en place une dynamique mutualité dans les groupes socioprofessionnels. Afin de mieux régir également les mutuelles de santé, une loi est en cours d'élaboration avec l'appui de la mutualité française.

I.5.2. Répertoire des mutuelles de santé

La typologie retenue dans la base de données 2000 sur les mutuelles de santé du Burkina Faso de la concertation est celle de FONTENEAU [1999], elle comprend quatre catégories : les Caisses de solidarité à volet santé, les mutuelles de santé (classiques), les mutuelles de santé couplant crédit santé et les systèmes de pré paiement.

- *La caisse de solidarité* : elle est restreinte aux travailleurs d'un service, d'une entreprise ou élargie aux travailleurs oeuvrant dans un domaine d'activités similaire ; les bénéfices couvrent la santé et d'autres événements sociaux.
- *La mutuelle* : elle peut être définie comme une association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Grâce à la cotisation de ses membres principalement, et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et pour leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux.

- *Le couplage crédit-santé* consiste en l'affectation aux frais de santé d'une partie de l'épargne collectée et/ou d'une partie du crédit octroyé dans le cadre d'un programme d'épargne crédit.
- *Le système de pré-paiement* : proposé par les hôpitaux ou les centres de santé, il est géré par les agents de santé avec les Comités de Gestion des Formations Sanitaires[FONTENEAU, 1999].

L'inventaire 2003 des mutuelles a ainsi dénombré 136 expériences, composé comme suit :

- 81 mutuelles de santé classique ;
- 23 caisses de solidarité ;
- 18 couplages crédit-santé ;
- 14 systèmes de pré-paiement [KABORE,2003].

Dans l'inventaire 2003, la situation des mutuelles de santé a été définie selon les critères suivants : une mutuelle est fonctionnelle si la prise en charge est effective, elle est en gestation si les cotisations sont définies mais aucune prestation n'a été encore versée, elle est en projet si elle est au stade de sensibilisation ou d'étude de faisabilité, elle est en difficulté si les prestations sont suspendues.

L'inventaire des mutuelles a ainsi dénombré 136 expériences dont 69 constituent les mutuelles fonctionnelles et 48 sont en gestation, 15 en projet, et 4 en difficulté.

Les 69 mutuelles fonctionnelles se décomposent en 20 Caisses de solidarité, 25 mutuelles de santé classiques, 10 mutuelles de santé autogérées couplant crédit santé et 14 systèmes de pré-paiement. Parmi les 47 mutuelles en gestation, on recense, 38 mutuelles de santé.

Dans la région sanitaire des Hauts-Bassins, on en a dénombré 29 sur 136 soit 21,32 % des mutuelles du pays en 2003 contre 18 sur 41 mutuelles fonctionnelles soit 43,90% en 2000 :

- 8 mutuelles de santé dont 2 sont en difficulté, 3 sont fonctionnelles et 3 autres en projet ;
- 14 systèmes de pré-paiement dont 13 fonctionnels et un en difficulté ;
- 7 caisses de solidarité.

Ce premier chapitre qui a porté sur la présentation du contexte de l'étude, a permis de mieux circonscrire le cadre de l'étude et d'aboutir au répertoire des mutuelles de santé au Burkina Faso. Cependant, pour aborder le thème de notre travail, il est nécessaire de procéder à une revue de la littérature sur la question, dans l'optique de mieux maîtriser les notions et concepts clés qu'il renferme : c'est l'objet du chapitre suivant.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE

Les travaux antérieurs sont un patrimoine scientifique de haute valeur à partir duquel toute initiative nouvelle peut être envisagée. Les principaux concepts y sont définis et il n'est pas superflu de les rappeler ici, afin de permettre une meilleure compréhension des terminologies utilisées. C'est ainsi que, dans ce chapitre, nous procéderons à la définition des principaux concepts de l'étude (les mutuelles de santé selon la typologie, la viabilité des mutuelles de santé et la zone d'implantation), avant de nous attarder sur les travaux réalisés dans le domaine de la viabilité des mutuelles de santé en générale, et des mutuelles de santé au Burkina Faso en particulier.

II.1 DEFINITION DES CONCEPTS

Les concepts principaux de notre étude sont la mutuelle de santé, la viabilité et la zone d'implantation.

II.1.1. Mutuelle de santé

Selon la typologie des mutuelles, on distingue deux modèles ou courants de définitions. Le premier, issu de l'école de l'Europe continentale, est fondé sur les formes et la dimension sociale des mutuelles ; le second, relevant des écoles anglosaxonnes, est basé sur les modes et l'identité du gestionnaire [WAELENS et al, 2004].

a) Définition des mutuelles de santé selon la forme

Dans la littérature, on retrouve la typologie selon la forme, qui comprend, selon FONTENEAU [1999] quatre catégories : les caisses de solidarité à volet santé, les mutuelles de santé (classiques), les mutuelles de santé couplant crédit-santé et les systèmes de pré-paiement. Elle a été décrite dans le répertoire des mutuelles de santé au Burkina Faso.

Le courant de l'école Europe Continentale a utilisé les critères suivant l'adhésion pour la définition de la typologie : la base géographique, l'appartenance ethnique, la base professionnelle (secteurs formel et informel), et les groupes [WAELENS et al, 2004].

Aussi, selon ATIM (1998 ; 2003), il existe quatre types de mutuelles :

- *les mutuelles traditionnelles ou mutualités d'aide* qui sont basées sur l'appartenance ethnique ou clanique de ses membres ;
- *les mutuelles d'assurance non traditionnelles (professionnelles ou sociales)* qui sont des associations ou groupes organisés comme des mouvements sociaux. Ces groupes sont soit une association volontaire d'individus pour défendre leurs intérêts communs en matière de santé et si possible d'autres domaines (mutuelles communautaires ou d'entreprises), soit un mouvement social existant (notamment un syndicat, une association d'enseignants ou toute autre association professionnelle, ...) pour des buts similaires ;
- *les systèmes simples d'assurance de financement communautaire de l'assurance maladie* : ce sont des systèmes généralement mis en place par une structure sanitaire comme système d'assurance maladie ; l'objectif étant d'améliorer le niveau de recouvrement des coûts et d'étendre l'accès aux soins de santé au plus grand nombre dans le ressort territorial de l'institution ;
- *les systèmes complexes de financement communautaire* dans lesquels la collectivité se charge de gérer le premier niveau des soins médicaux (centre de santé) à travers des structures de participation.

b) Définition des mutuelles de santé selon le modèle(l'identité du gestionnaire)

On distingue deux modèles de mutuelles de santé selon CRIEL (2001) :

- *un modèle participatif* dont le management est assuré par les membres ;
- *un modèle technocrate* dont le management est assuré par les professionnels de santé.

En plus de ces deux modèles, le courant anglo-saxon a identifié l'assuré indépendant [WAELENS et al, 2004].

Dans notre étude nous avons retenu les deux courants de typologie des mutuelles de santé. La comparaison des différents types est utile non seulement pour vérifier si certains systèmes sont plus performants que d'autres mais également pour savoir quel système est le plus approprié, le plus viable dans un contexte donné.

II.1.2. Viabilité

La viabilité des mutuelles de santé peut être appréhendée dans plusieurs dimensions. On retrouve une classification différente des indicateurs par dimensions dans la littérature.

C'est ainsi que DFID (2000) et ATIM (2000) ont pu identifier trois dimensions : administrative et gestionnaire, institutionnelle et financière.

- La viabilité administrative et gestionnaire est la capacité de la mutuelle à assurer sa rentabilité et une utilisation rationnelle des ressources disponibles. Elle renvoie à l'ensemble des mesures prises par la mutuelle en vue de minimiser les risques inhérents à son caractère d'assurance maladie. Ces mesures sont relatives aux techniques de gestion des risques (le risque moral, la sélection adverse et la fraude), à la formation, à la fixation des taux de cotisation et à leur recouvrement, à la gestion des fonds, à la tenue des documents comptables ainsi qu'à la détermination du paquet minimum de prestations [ATIM, 2000].
- La viabilité institutionnelle permet de voir l'implication des adhérents dans la vie de leur institution et les stratégies mises en place pour son fonctionnement optimal. Elle prend en compte les aspects relatifs à la facturation, à la négociation des contrats avec les prestataires, à l'évaluation et au contrôle ainsi qu'à la promotion de la responsabilité et de la participation démocratique. L'importance de cette viabilité a été démontrée dans plusieurs études dont celles réalisées par ATIM, en 2000.
- La viabilité financière suppose que la mutuelle dispose de ressources financières pour faire face à ses exigences de façon durable. Elle se réfère aux indicateurs financiers et aux sources de financement, notamment les cotisations, les différentes subventions dont la mutuelle bénéficie, les activités génératrices de revenus et aussi les différentes dépenses engagées par la mutuelle dans le cadre de ses activités [ATIM, 2000].

Le BIT/STEP/CIDR (2001) a identifié par contre 4 dimensions de viabilité des mutuelles de santé qui sont : la viabilité administrative, technique, fonctionnelle, financière et économique.

- La viabilité administrative est définie également comme le suivi de l'assurance maladie : des adhésions, du recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion, des demandes de prise

en charge, du portefeuille de risques (paquet d'avantages), de l'enregistrement comptable, du budget et de la trésorerie [BIT/STEP/CIDR, 2001].

- La viabilité technique est en fait une subdivision de la viabilité administrative et gestionnaire car elle vise les techniques de gestion des risques inhérents au caractère d'assurance maladie [BIT/STEP/CIDR, 2001].
- La viabilité fonctionnelle détermine la bonne marche de l'assurance santé par la dynamique d'adhésion, le recouvrement des coûts, le délai de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires [BIT/STEP/CIDR, 2001], cette classification se retrouve également dans la viabilité administrative et gestionnaire.
- La viabilité financière peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers dans les délais requis [BIT/STEP/CIDR, 2001]. La viabilité économique tient compte des coûts cachés et est mesurée par le taux de financement propre et le ratio cotisations acquises sur charges plus coûts cachés [BIT/STEP/CIDR, 2001].

Enfin, ILONGA (2003) a rapporté dans le rapport de formation sur « le développement et la viabilité des mutuelles de santé en Afrique » 5 facteurs de viabilité : économique et sociale, technique, institutionnelle, lié à l'offre de soins, lié à la tutelle sanitaire.

- Les facteurs de viabilité économique et sociale sont ceux liés à l'environnement économique dans lequel devra évoluer la mutuelle. Cet environnement économique est caractérisé par le niveau absolu de revenus, la dynamique de l'évolution des revenus, la diversité des sources de revenus, la stabilité monétaire, le niveau de l'inflation, le fonctionnement du système bancaire, coûts de fonctionnement tant interne qu'externes, la performance (taille et taux de pénétration), la consolidation financière (réserves, fonds de garantie, réassurance), la population cible (taille, densité, structuration sociale, présence de leaders communautaires, niveau d'éducation, acceptation du principe).
- Les facteurs de viabilité technique font référence aux modalités d'adhésion aux mécanismes de fixation et de paiement de la cotisation, à la qualité du portefeuille de risque, aux mécanismes de contrôle, aux modalités de paiement des prestataires de soins, à l'utilisation des outils de gestion et de suivi, au calcul des cotisations, à l'audit et à la production des états financiers.
- Les facteurs de viabilité institutionnelle concernent la séparation des fonctions (organes décisionnels, exécutifs, de contrôle), les enjeux par fonction, la répartition des fonctions et le statut juridique.

- Les facteurs de viabilité liés à l'offre de soins sont relatifs à la qualité et à la tarification des soins, à la gestion des patients, du personnel et financière, aux aspects structurels (accessibilité géographique, capacité d'absorption), au statut du prestataire, à l'implication du personnel et au respect des engagements.
- Les facteurs liés à la tutelle sanitaire permettent d'examiner la position et la contribution des gouvernants aux niveaux politique, central et décentralisé.

Dans notre étude, afin d'avoir les données les plus complètes possibles, nous avons exclu la viabilité économique qui tient compte des coûts cachés, certains des facteurs de viabilité liés à l'offre de soins et à la tutelle sanitaire. Par commodité et par choix personnel, nous avons préféré retenir la viabilité administrative et gestionnaire en une seule dimension, réduisant de ce fait le nombre de dimensions de la viabilité. Nous avons ainsi retenu les trois dimensions de la viabilité : administrative et gestionnaire, institutionnelle et financière.

II.1.3. Zone d'implantation

La zone d'implantation des mutuelles est un concept important dans le cadre de notre étude. En effet, les observations faites, selon que la mutuelle est située en ville ou dans le village, vont permettre une analyse comparée.

Le village a pour caractéristique l'autosubsistance par la production agricole et un mode de vie qui s'y rapporte. Au Burkina Faso, le village est une entité administrative regroupant des populations partageant les valeurs socioculturelles similaires et ayant des activités économiques basées essentiellement sur l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'artisanat.

Le milieu urbain comprend donc toutes les localités ayant un minimum d'infrastructures socio-économiques et administratives (écoles, services administratifs, réseaux de distribution d'eau potable et d'électricité) [INSD, 2000 b]. L'effectif de population, avec un seuil démographique de plus de 10 000 habitants, n'a pas été pris comme critère d'urbanité au recensement général de la population et de l'habitation de 1996 du Burkina Faso.

II.2. VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE

La littérature sur les mutuelles de santé est nombreuse, particulièrement sur la viabilité des mutuelles de santé, où de nombreuses études se sont succédées.

C'est ainsi que TINE (1999) a abordé la problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural au Sénégal. Son investigation a porté sur deux mutuelles de santé fonctionnelles et, pour y parvenir, il a utilisé les indicateurs financiers et institutionnels. Cette étude nous a permis d'avoir des informations sur les mutuelles rurales. Néanmoins, l'auteur n'a pas ciblé de mutuelles en difficulté, et n'a également pas abordé toutes les dimensions de la viabilité.

ATIM (2000) a abordé le même domaine de financement de la santé mais sur un échantillon plus large. En effet il a procédé à une étude sur la contribution des mutuelles de santé à la fourniture, et à l'accès aux soins de santé dans 9 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et permis de collecter des données sur 50 mutuelles et 22 études de cas. Le but de l'étude est de recueillir des données comparables sur les caractéristiques de base des mutuelles dans chaque pays. L'étude a examiné systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé. A l'aide d'un questionnaire, les équipes de consultation différentes par pays ont procédé à la collecte des données par une étude transversale de 1997 à 1998 par interview des responsables et membres des mutuelles, des personnes ressources et acteurs ; et par une analyse documentaire relative aux activités et au mode d'organisation. Sur la contribution à la pérennité, il a utilisé 3 dimensions de viabilité : administrative et gestionnaire, institutionnelle, et financière. Néanmoins, bien que les mutuelles possèdent certaines compétences administratives et de gestion, des problèmes majeurs demeurent pour le développement institutionnel et la maîtrise des activités de mise en place (fixation du taux de cotisation, détermination des bénéficiaires, marketing et communication), la tenue des registres, la comptabilité. Ils ont conclu que la jeunesse des mutuelles (<3ans) à l'étude ne permettait pas d'appréhender correctement la contribution à la pérennité. Les limites de cette étude sont liées également à la diversité des équipes de consultation augmentant le biais d'interprétation, et de collecte. De cette étude, nous avons retenu la définition des concepts de mutuelle et de viabilité, les indicateurs et mesures, et nous nous sommes inspirés de l'outil de collecte.

Les résultats de cette étude ont été à la base de la plate forme d'Abidjan qui a permis une meilleure organisation de la promotion des mutuelles de santé en Afrique. Elle a été également le point d'orientation des études sur le fonctionnement de ces structures, comme celle de FALL (2001).

En 2001, FALL a conduit une étude intitulée « Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal » dont l'objectif était d'identifier les facteurs pouvant rendre aptes ces organisations à disposer de moyens et de manière durable pour financer les besoins en prestations de leurs membres. La question de recherche était qu'il existerait une raison fondamentale expliquant la faillite des mutuelles ; son approche était basée sur une recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse.

L'auteur a procédé à une étude transversale, bien que l'abord idéal de ce type d'étude soit longitudinal, sur des mutuelles âgées d'au moins quatre ans à partir de la date de création, fonctionnelles ou en difficultés, appartenant à l'inventaire 2000. Il a donc exclu les mutuelles à caractère professionnel et surtout d'adhésion obligatoire, sauf la mutuelle Faggu des retraités. L'échantillon qui représentait 43,75% de la base de sondage était constitué de 14 mutuelles dont 11 fonctionnelles et 3 en difficulté. 86% de l'échantillon est implanté dans la région de Thiès ; 9/14 mutuelles étaient d'implantation rurale. Pour collecter les données, l'auteur a élaboré un questionnaire sur l'organisation mutualiste, et un guide d'entretien pour les responsables des coordinations régionales des mutuelles.

Le modèle théorique vise l'interrelation entre les variables les plus favorables à assurer aux mutuelles une bonne disponibilité financière et durable.

Les résultats de l'étude de FALL, 2001 ont montré que les facteurs présumés responsables de la mise en difficulté des mutuelles sont :

- la faiblesse des taux de pénétration ;
- les problèmes de leadership et de prises de décisions ;
- l'inadéquation des prestations aux réalités épidémiologiques ;
- l'inadéquation de la prime aux coûts des prestations retenues.

Les facteurs favorisant la pérennité des mutuelles sont :

- la prédominance de la ruralité des mutuelles ;
- l'important rôle promoteur joué par l'Eglise au niveau de Thiès ;
- un financement interne prédominant ;
- une solvabilité financière, authentifiée par un ratio de solvabilité supérieur à 1 ;
- l'absence de l'impact des instruments juridiques sur le fonctionnement et la gestion des mutuelles ;
- la gestion exclusive par des volontaires ;
- l'existence d'un programme de formation.

Nous avons retenu la méthodologie de l'étude de FALL (2001), et conclu que les facteurs liés au contexte et à la zone d'implantation sont importants pour la viabilité de ces structures. Une telle étude longitudinale aurait permis de suivre l'évolution de ces dernières.

Contrairement à FALL (2001), YOBOUET (2001) a abordé essentiellement l'aspect financier de la viabilité à travers son étude. Ses travaux ont ainsi porté sur l'adéquation des ressources financières aux prestations de soins. La question principale dans cette étude était celle de l'utilisation efficiente des primes collectées pour la prise en charge des pathologies des adhérents. L'auteur a utilisé deux catégories de mutuelles dans son échantillon : celles qui ne parvenaient pas à faire face aux charges financières par faute de gestion et dont la pérennité semblait hypothéquée, et celles dont la gestion était saine et dont la pérennité semblait assurée. Elle a pu démontrer, par cette approche que les mutuelles qui traduisaient en actes la bonne gestion, semblaient faire de la thésaurisation alors qu'elle a été une mauvaise attitude de gestion.

La gestion efficiente de ces structures a été aussi étudiée par YO (2001) sous l'angle du paquet de bénéfices et de la pérennisation. YO (2001) a ainsi étudié les facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès. L'auteur s'est interrogé sur la survie des mutuelles de santé à l'épreuve du temps et a procédé à une étude rétrospective sur trois ans, de 1999 à 2001. Les résultats de l'étude ont montré que des efforts ont été accomplis afin de pérenniser ces structures de financement de la santé. Le taux de recouvrement des cotisations, a été acceptable pour la majorité des mutuelles, dû en grande partie à la concomitance de la collecte des primes et de l'entrée des revenus. Le ratio de couverture des dépenses, pour jauger de la stabilité financière des mutuelles en présence des sinistres exceptionnels, bien que fluctuant d'un exercice à l'autre fut plus favorable pour le

dernier exercice. En effet, certaines mutuelles peuvent couvrir les dépenses de santé des membres sur une période supérieure à l'intervalle normal de six mois déterminé par ATIM (1996). Les frais de gestion n'ont représenté qu'une infime part du portefeuille de celles-ci, la cause principale a été la stratégie de bénévolat qui n'est pas sans créer quelques désagréments de gestion par moment liés à l'insuffisance de motivation et à la priorité donnée [GOTZ et al., 2003].

a) Impact de la typologie des mutuelles de santé sur leur viabilité

Pour ce qui est de la liaison entre la viabilité des mutuelles de santé et leur typologie, la littérature n'y est pas assez étendue.

GOTZ et al. (2003) ont mené une étude sur « les mutuelles de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest » en vue de confirmer et/ou reformuler les concepts et les stratégies favorables à la promotion des mutuelles dans laquelle ils ont abordé les concepts de solidarité. Ils ont procédé d'abord à une revue de la littérature portant sur la promotion des mutuelles. Ensuite, ils ont recueilli des données par interview auprès d'informateurs clés sur les problèmes majeurs actuels et les controverses. Ils ont montré que dans les modèles basés sur les prestataires, ces derniers sont en même temps assureurs et gestionnaires. Ainsi, la gestion se fait de haut en bas en général, et la communauté y joue un rôle négligeable. En effet, dans le système de pré-paiement, la participation des membres est la plupart du temps indirecte [FONTENEAU, 1999]. Le principe de l'autonomie du modèle participatif ou communautaire dans lequel l'implication des usagers est directe, augure d'une pérennité de cette typologie.

WAELEKENS et al. (2004) ont davantage abordé la typologie des mutuelles de santé dans leur étude sur l'état des lieux sur les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Ils ont procédé à une analyse de la littérature scientifique existante afin de mieux cerner les raisons du faible taux d'adhésion aux initiatives de mutualisation des risques maladie en Afrique subsaharienne et d'explorer les stratégies pour y remédier. Ils ont présenté les deux écoles de pensée : Européenne selon la dimension sociale et anglo-saxonne selon l'identité du gestionnaire (Cf. Définition des concepts I.1.1. Mutuelle de santé). Ils ont ainsi montré le défi du rapprochement des deux écoles et l'importance d'une définition internationale. Car la typologie « n'est pas seulement un instrument de recherche, mais elle est également un instrument de planification qui facilite l'identification du modèle le plus adapté à un groupe cible et à un contexte donné ».

L'étude a montré que le faible taux d'adhésion aux mutuelles de santé est plus constaté au niveau de celles dites communautaires.

Pour les systèmes d'assurances gérés par les prestataires aussi bien en Afrique de l'Est qu'en Afrique de l'Ouest, les bénéficiaires conscients du rôle bénéfique de leur participation au développement du système, souhaitent être davantage impliqués à la prise de décisions. Par contre, pour les mutuelles communautaires, la plupart des évaluations ont montré que les mutuelles n'ont pas le pouvoir de négociation attendu pour les modes de paiement des prestataires, et l'autorité nécessaire pour influencer l'offre de manière significative et promouvoir une réelle implication des prestataires de soins dans la conception et la gestion du système. Les mutations fréquentes du personnel dans les établissements de soins surtout des systèmes de pré-paiement entament la confiance dans la capacité du système d'atteindre les résultats.

b) Impact de la zone d'implantation sur la viabilité des mutuelles de santé

Selon GREINER et CASSIL (2001), la zone de résidence des membres d'une mutuelle est une variable importante à ne pas négliger, car elle détermine la couverture en assurance ou pas, ainsi que l'utilisation des services. L'unité géographique est donc le fondement d'une cohésion sociale selon GOTZ et al. (2003). Ils ont également soutenu la mise en place des mutuelles en zone urbaine par rapport à la zone rurale à cause de la densité élevée de la population en zone urbaine. Certes ce facteur est un avantage de la ville, mais le facteur culturel de la solidarité en milieu rural est plus prononcé. Aussi, sous l'effet de différentes crises, la famille, cadre référentiel sur lequel repose toutes les interrelations entre les membres d'une communauté connaît actuellement de plus en plus de modifications aussi bien dans sa structure que dans son rôle. Au plan structurel, la famille africaine des villes tend de plus en plus à une nucléarisation élargie, surtout perceptible dans les centres urbains. Elle perd également de plus en plus ses filets de sécurité et de solidarité pour des valeurs qui la fragilisent, et expose davantage les femmes et les enfants [ZETT, 2000]. Le contexte socioculturel et économique agit ainsi sur les facteurs individuels (instruction, milieu rural/urbain, traditions, état civil, statut matrimonial, âge, etc.). Ces facteurs interviennent dans l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité des services de santé. Les déterminants de la santé liés à l'environnement social et physique sont donc fonction de l'hétérogénéité de l'état de santé des populations. L'accessibilité géographique influe ainsi les facteurs de viabilité des mutuelles de santé liés à l'offre selon ILONGA (2003).

Il existe plusieurs avantages liés notamment aux prestataires dans l'environnement urbain que rural. En effet, la concurrence y renforce les soins de qualité, alors que dans les zones rurales, les prestataires sont en position de monopole [WAELEKENS et al., 2004].

Concernant, l'influence du lieu de résidence des bénéficiaires des mutuelles sur l'utilisation des services de santé, BENNET et GILSON (2000), ont trouvé que les bénéficiaires proches de la formation sanitaire ont tendance à utiliser les services plus fréquemment que ceux qui en sont éloignés. En effet, NACOULMA et al., en 1995 ont montré que le taux d'adhésion des populations à la mutuelle décroît avec l'éloignement du lieu de résidence par rapport au CSPS : 65% à moins de 5 km, 17% entre 5 et 9 km, et 6% à 10 km et plus. Aussi, GOTZ et al.(2003) ont montré que le transport (le déplacement) est un grand obstacle pour les communautés rurales reculées. Ils ont montré que les membres vivant dans les zones éloignées des mutuelles, ne souscrivent qu'aux risques catastrophiques. Certaines personnes interviewées dans cette étude ont trouvé que, compte tenu des Soins de Santé Primaires subventionnés à coûts bas en zone rurale par les services de santé, les mutuelles ne doivent pas y être introduites. Or le risque maladie catastrophique uniquement manque de visibilité, mais la combinaison des gros et petits risques est de rigueur. Pourtant, non seulement la prise en charge des SSP est une priorité de santé publique, mais aussi les mutuelles rurales pourraient être plus viables que celles urbaines surtout à cause de la cohésion sociale.

La situation socio-économique est un déterminant important de l'état de santé. Les principaux facteurs socio-économiques sont : l'éducation, l'emploi, la profession, les conditions de travail, les réseaux de soutien social (maison, famille, autres), la culture, l'ethnicité. L'environnement socio-économique offre des conditions plus favorables dans les villes pour le développement des systèmes mutualistes.

SENE (2000) dans sa recherche sur la contribution des mutuelles à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé pour les populations surtout pauvres qui a porté sur deux mutuelles communautaires en milieu urbain et rural a montré que les mutuelles facilitent l'accessibilité aux soins de santé pour les plus pauvres. Cependant il a noté une insuffisance et une irrégularité des ressources pour la mutuelle rurale de Tambacounda (association de Promotion de la santé communautaire de Goulounbou). Il n'a trouvé des différences significatives entre les deux mutuelles que pour l'accessibilité géographique et l'éventail des services couverts. L'éloignement des structures sanitaires prestataires des services en zone rurale

a induit des coûts indirects supplémentaires aux coûts d'accès aux soins de santé pour les membres. Par ailleurs, plus le paquet d'avantages est large, moins les adhérents ont tendance à solliciter d'autres structures. Or, malgré toutes ces conditions socio-économiques défavorables à la zone rurale et face à la solidarité principe fondamental des mutuelles, les mutuelles rurales semblent se développer mieux. Nous tenterons de vérifier cet état de fait dans la présente étude.

Les travaux relatifs à la viabilité des mutuelles de santé s'intègrent à la notre par la définition des concepts à l'étude, les indicateurs et mesures. Parmi ces études, seule YO (2001) a mené une étude rétrospective permettant de mieux cerner les facteurs de viabilité. Car le facteur temps a une influence sur le développement des mutuelles de santé [WAELEKENS et al, 2004]. Mais avant de retenir la méthodologie, il importe de poursuivre cette revue par les études sur les mutuelles de santé au Burkina Faso.

II.3. ETUDES SUR LES MUTUELLES DE SANTE AU BURKINA FASO

Les études sur les mutuelles de santé au Burkina Faso ont un lien étroit avec la notre eu égard à leur contexte, mais aussi en raison des questions qui y ont été abordées.

Ainsi, parmi les travaux qui sont disponibles, on peut citer l'étude portant sur « le processus de développement d'un système de mutuelles et d'assistance en santé au Burkina Faso ». Elle a été la seconde phase d'une recherche multicentrique portant sur dix pays sur le processus de prise de décisions par l'analyse de l'implication des parties prenantes dans des domaines de réforme du système de santé. Elle avait pour objectif de dégager des stratégies pour améliorer le processus de prise de décisions par une meilleure utilisation de la recherche.

Cette évaluation de base a consisté à mesurer le volume d'informations disponibles sur les mutuelles et les assurances santé au Burkina en répertoriant les documents présents, leurs sources et les expériences réalisées ou en cours d'une part et de l'autre d'évaluer le niveau de connaissance des décideurs sur le sujet et l'étape de développement d'une stratégie nationale.

La population étudiée était constituée essentiellement par

- les décideurs centraux (Ministre de la santé, son cabinet, les directeurs centraux impliqués dans la promotion du sujet et les autres secteurs ministériels : administration territoriale, le Ministère de l'Emploi, du travail et de la sécurité sociale) ;

- les partenaires influents composés par les organisations internationales et les ONG et associations ;
- et la documentation disponible à ces différents niveaux.
- Les résultats de cette étude menée en 2000-2001 ont montré que «un potentiel d'informations et d'expériences existe surtout au niveau opérationnel et chez les partenaires. Il y a un réel paradoxe entre les décideurs peu informés et les acteurs de terrain qui le sont mieux. D'autre part les informations disponibles sont éparées et ne sont pas capitalisées » [TRAORE et al., 2001].

Cette évaluation de base nous a permis de nous rendre compte que très peu d'études ont été réalisées au Burkina Faso, dans le domaine des mutuelles de santé, et que les recherches spécifiques à la micro assurance santé y sont encore embryonnaires.

BOUDA en 1999 a mené une étude qui avait pour objectif d'appréhender les représentations que les populations rurales se font des mutuelles de santé. La population cible était constituée par les adhérents, les non adhérents, le bureau de la mutuelle, le personnel sanitaire du CSPS et les autorités hiérarchiques. Il a montré que les populations de l'aire de couverture de la mutuelle (Bouahoun) sont intéressées à adhérer à la mutuelle et étaient prêtes à dégager les moyens nécessaires à cette fin. Les raisons les plus déterminantes à la non-adhésion ont été le manque de moyen et l'insuffisance d'information sur la mutuelle. Cette étude nous a permis d'appréhender les conceptions liées à la place et le rôle perçu de ces structures dans la mutuelle rurale la plus ancienne de notre zone d'étude, la région sanitaire des Hauts Bassins.

SAWADOGO en 2002 a mené une étude sur la "problématique du fonctionnement des mutuelles de santé dans le district sanitaire de Houndé : cas de la mutuelle sanitaire de Koumbia ». La population à l'étude était les mutualistes, les non mutualistes, les leaders d'opinion, le COGES, le personnel de santé et l'ECD. Le fonctionnement d'une structure induisant sa viabilité, cette étude a auguré des déterminants de la viabilité d'une mutuelle rurale de la zone d'étude. Ainsi, les variables dépendantes étaient l'existence et la pérennité des activités, le taux de pénétration, le cadre légal et l'implication des mutualistes à la gestion. Les variables indépendantes étaient les facteurs économiques, les facteurs socioculturels, les facteurs organisationnels et les facteurs liés aux services.

Les résultats ont montré que le principe de base des mutuelles n'a pas été respecté car 5/6 membres du COGES, bureau exécutif de la mutuelle ne sont pas membres de la mutuelle. Les

facteurs économiques : les aléas climatiques néfastes à la culture du coton ont influé le taux d'adhésion. 2/5 mutualistes n'ont pas inscrit tous les membres de leur famille. Ceci pourrait avoir comme conséquence l'augmentation des fraudes et abus. L'étude de SAWADOGO permet, ainsi, d'appréhender les risques de confiance (dans la gestion du système), et de sélection adverse (dans le fonctionnement d'une mutuelle de santé basé sur les prestataires).

Enfin, il est à noter que parmi les facteurs socioculturels, l'analphabétisme constitue un frein au développement de la mutuelle. Cela a été confirmé par EVRARD en 2002 qui a démontré que « l'analphabétisme de la plupart des adhérents rend très lent le processus d'appropriation des mutuelles par les membres en zone rurale ».

En résumé, la revue de la littérature sur les mutuelles de santé en générale, a permis de mettre en exergue les études faites au Burkina Faso dans ce domaine. Force est de constater qu'elles ont été peu nombreuses et ont surtout porté sur le niveau d'information des décideurs et la disponibilité de l'information, ainsi que sur la perception de la population et sur le fonctionnement des mutuelles.

Ainsi, à la lumière des travaux réalisés dans d'autres pays de la sous-région, nous pouvons retenir, pour la conduite de notre étude, les indicateurs des dimensions de la viabilité des mutuelles de santé suivants :

- viabilité administrative et gestionnaire : Suivi des adhésions, Paiement des cotisations, Formation, Variable adéquation prime et services, Mode de gestion des risques, Zone d'implantation, Fonctionnalité ;
- viabilité institutionnelle : Participation sociale, Evaluation et contrôle, Aspect juridique, Personnel salarié/volontaire, Relations avec les prestataires, Relations avec des organisations / structures ;
- Viabilité financière : Adéquation prime et services, Rendement financier.

Pour mieux aborder notre thème de recherche, il est souhaitable qu'un modèle théorique, sur la base des travaux antérieurs et de la problématique de notre sujet, soit élaboré et que des hypothèses de recherche soient formulées. C'est l'objet du prochain chapitre où nous traiterons de la méthodologie.

CHAPITRE III. METHODOLOGIE

La définition et l'application d'une méthodologie pour une étude donnée, découle toujours d'une revue bibliographique à partir de laquelle les stratégies d'approche peuvent être élucidées. Dans le cadre de notre travail, nous avons envisagé une étude rétrospective afin de mieux percevoir l'évolution des mutuelles ; en outre, pour éviter de grands écarts, nous avons choisi de nous limiter à une région sanitaire du Burkina Faso. Dans ce chapitre donc, après avoir proposé un modèle théorique, et suggéré des hypothèses de recherche qui peuvent en découler, nous allons présenter la stratégie de recherche et la planification opérationnelle avant de décrire les méthodes de collecte et d'analyse des données.

III.1. MODELE THEORIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Dans cette section, nous allons présenter le modèle théorique qui repose sur les variables à l'étude. Les hypothèses de recherche en seront émises.

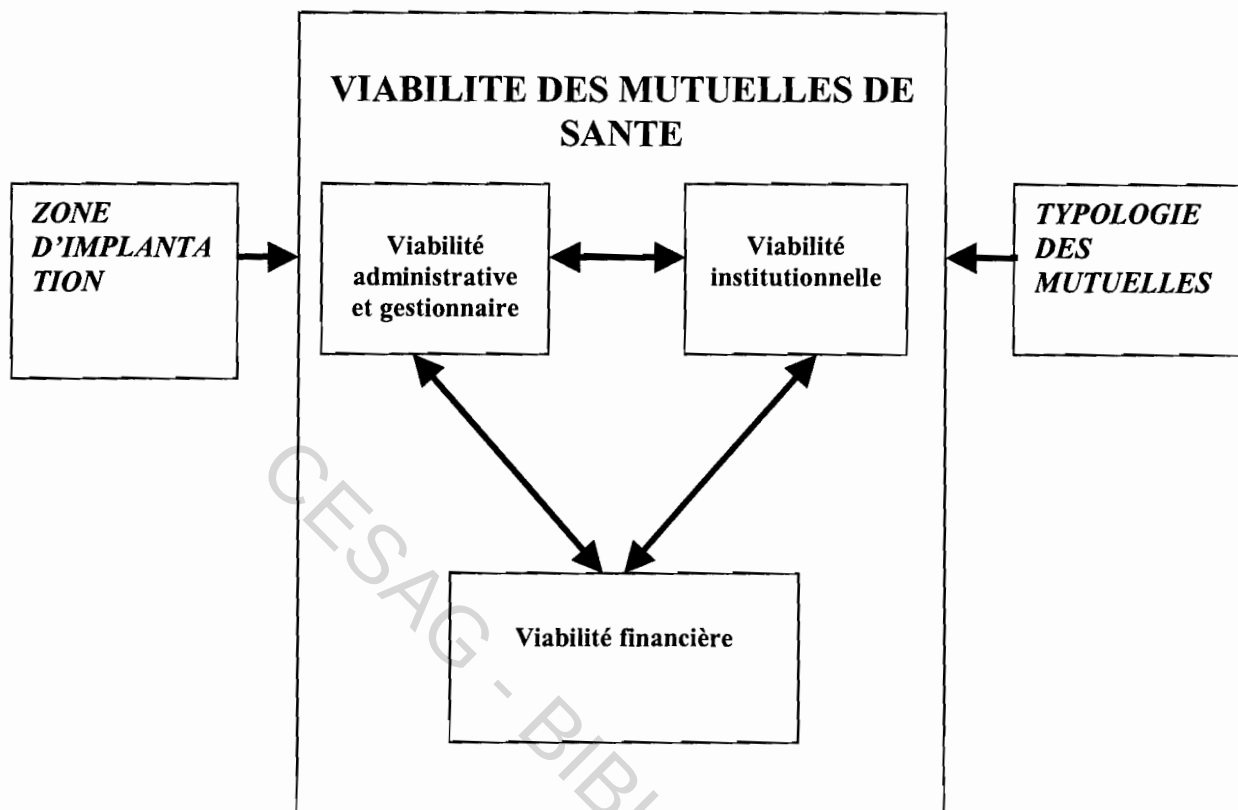
A) MODELE THEORIQUE

Le modèle théorique proposé est basé essentiellement sur les variables suivantes :

- la viabilité avec ses trois dimensions ;
- la typologie des mutuelles de santé ;
- la zone d'implantation.

La figure 1 est une représentation schématique de ce modèle.

Figure 1 : Modèle théorique



b) Hypothèses de recherche

Hypothèse 1

1a : Les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la typologie des mutuelles de santé :

1b : les mutuelles de santé à base communautaire sont plus viables que les mutuelles de santé basées sur les prestataires.

Hypothèse 2

2a : Les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la zone d'implantation des mutuelles de santé.

2b : Les mutuelles de santé des zones rurales sont plus viables que les mutuelles urbaines, quelle que soit la typologie de la mutuelle.

III.2. STRATEGIE DE RECHERCHE

Nous avons adopté une approche de type synthétique de cas multiples avec des niveaux d'analyse imbriqués. Nous avons fait une étude rétrospective à partir du début des prestations de chaque mutuelle jusqu'en août 2003. A part la mutuelle pharmaceutique de Tounouma qui a démarré ses prestations en 1985, les plus anciennes mutuelles de la zone datent de 1992.

La variable dépendante est constituée par la viabilité des mutuelles de santé avec ses trois dimensions ; les variables indépendantes par la typologie des mutuelles de santé et leur zone d'implantation.

III.3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

Dans cette section, nous avons défini la population à l'étude par des critères d'inclusion et d'exclusion. Ensuite, nous avons procédé à la définition opérationnelle des variables. Puis, nous avons présenté la méthode de collecte des données avant de définir le plan d'analyse.

III.3.1. Population à l'étude

La base de sondage est constituée par les mutuelles de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins. La population cible a été définie par des critères d'inclusion et d'exclusion. Ainsi, dans cette étude, par un choix raisonné, nous avons retenu les mutuelles qui répondaient aux critères suivants :

- être défini et identifiable comme une mutuelle de santé selon la typologie prédéfinie¹ ;
- être sur l'aire sanitaire de la Direction Régionale de la santé des Hauts-Bassins ;
- avoir au moins trois années de fonctionnement et être fonctionnelle ou en difficulté.

Ont été exclues de cette étude, les mutuelles non traditionnelles à caractère professionnel (encore appelés Caisses de Solidarité) et surtout d'adhésion obligatoire, afin d'avoir des informations concernant principalement le secteur informel.

¹ Classification selon ATIM : 4 types, mutuelles traditionnelles, non traditionnelles, systèmes simples et complexes d'assurance de financement communautaire.

Les mutuelles de Santé Autogérées ou Caisse Crédit Santé ont été exclues de l'enquête en raison de la faible importance du volet santé de ces types de mutuelles par rapport aux autres.

La collecte des données a concerné 12 mutuelles de santé dont 3 sont situées en milieu urbain et les 9 autres, en milieu rural. Le tableau ci-dessous en donne quelques informations générales.

Tableau 4 : Liste des mutuelles à l'étude

Mutuelle de santé		Date de début des prestations	Etat de la mutuelle en 2003 ²
Zone d'implantation	Dénomination		
Urbaine	Mutuelle de santé de Bobo Dioulasso	07-98	En difficulté
	Mutuelle Dakwena	09-97	Fonctionnelle
	Mutuelle Pharmaceutique de Tounouma	09-85	En difficulté
Rurale	Mutuelle de santé de Boni	07-97	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Bouahoun	04-92	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Bouéré	09-97	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Dohoun	06-99	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Koumbia	04-92	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Pê	08-97	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Béreba	97	Fonctionnelle
	Mutuelle de santé de Banzon	09-00	En difficulté
	Mutuelle de santé de Kangala	01-00	Fonctionnelle

Source : [ZETT, 2000 ; KABORE, 2003]

III.3.2. Définition opérationnelle des variables

Pour la définition opérationnelle des variables et les indicateurs, nous avons pris en compte :

- les indicateurs définis par ILONGA, 2003 ;
- les indicateurs utilisés dans la grille d'évaluation conçue par ATIM [2000] pour les mutuelles de santé ;
- Les indicateurs définis dans le guide pratique sur les mutuelles de santé WSM/ANMC/ACOPAM.

² Une mutuelle est fonctionnelle si la prise en charge est effective. Elle est en difficulté si les prestations sont suspendues.

Les tableaux ci-dessous décrivent les indicateurs et les mesures en fonction de la viabilité selon ses trois dimensions suivantes : la viabilité administrative et gestionnaire (tableau 5), la viabilité institutionnelle (tableau 6), et la viabilité financière (tableau 7), et celles de la typologie et la zone d'implantation (tableau 8).

Tableau 5 : Indicateurs de la viabilité administrative et gestionnaire

Dimension de la viabilité	Indicateur	Mesure
Viabilité administrative et gestionnaire	- Suivi des adhésions	• Mode d'adhésion et Identification des adhérents / bénéficiaires • Evolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires • Taux de pénétration de la population cible
	- Paiement des cotisations	• Taux de membres en règle • Taux de recouvrement des cotisations
	- Formation	• Thèmes abordés et régularité • Nombre d'agents formé
	- Adéquation prime et services	• Etude de faisabilité • Taux des cotisations • Paquet d'avantages • Ratio de sinistralité
	- Mode de gestion des risques : Sélection adverse, risque moral, fraude, escalade des coûts	• Référence obligatoire • Période d'observation • Co-paiement • Modes de paiement • Réassurance • Mode d'adhésion • Problèmes et contraintes rencontrés
	- Fonctionnalité	• Fonctionnement actuel de la mutuelle • Historique de la mutuelle • Documentation et archives

Tableau 6 : Indicateurs de la viabilité institutionnelle

Dimension de la viabilité	Indicateur	Mesure
Viabilité institutionnelle	- Participation sociale	Fonctionnement des organes
	- Evaluation et contrôle	- Suivi et évaluation - Contrôle
	- Aspect juridique	- Reconnaissance officielle de la mutuelle - Existence de statut et de règlement intérieur
	- Personnel salarié/volontaire	Ratio volontaire/salarié
	- Relations avec les prestataires	- Existence de convention avec structure sanitaire - Paquet d'avantages : prestations couvertes - Mode de règlement des prestataires
	- Relations avec des organisations / structures	- relation avec organisations similaires - Relation avec structures d'appui - Relations avec la structure responsable, - Autres activités des mutuelles

Tableau 7 : Indicateurs de la viabilité financière

Variable	Indicateur	Mesure
Viabilité financière	- Adéquation prime et services	- Etude de faisabilité - Taux de cotisation - Paquet d'avantages
	- Rendement financier	- Résultats - Réserves - Ratio couverture dépenses mensuelles - Ratio frais de gestion / cotisations - Ratio frais de gestion/ recettes - Ratio cotisations /dépenses - Evolution des dépenses par bénéficiaires et/ou adhérents - Existence de compte bancaire

Tableau 8 : Mesures de la typologie et de la zone d'implantation des mutuelles de santé

Variables	Dimensions	Indicateurs	Mesures
Zone d'implantation	Dimension spatiale de la zone d'implantation : zone urbaine /rurale	- Caractéristiques de la population cible	• Population cible • Taux de pénétration de la population cible
	Dimension socio-économique	- Contexte socio-économique	• Profil socio-économique de la population cible
Typologie	Ecole Européenne/école anglo-saxonne	- Dimension sociale	• Classification basée sur la dimension sociale
		- Identité du gestionnaire	• Mutuelles communautaires/ basées sur les prestataires
	Prise en Charge	- Paquet d'avantages	• Gros risques /petits risques

Par définition :

Le taux de pénétration de la population cible est le rapport du nombre de bénéficiaires ou d'adhérents sur l'effectif total de l'entité.

Le taux de recouvrement des cotisations est le ratio de la masse des cotisations payées sur les cotisations émises.

Le ratio de liquidité (valeur disponible du bilan / dettes à court terme) mesure la capacité de la mutuelle à faire face immédiatement à ses engagements financiers ; il doit être ≥ 1 . Le ratio de solvabilité (actif du bilan / dettes) indique l'autonomie et la capacité financière de la mutuelle ; il doit être ≥ 1 .

Le ratio de sinistralité (prestations santé / cotisations) acceptable est compris entre 75% et 90% [BIT/STEP, 2001]. Lorsqu'il est faible, il se traduit par le sentiment des adhérents de cotiser trop par rapport aux avantages qu'ils en retirent. A l'inverse si ce ratio est trop élevé, la mutuelle aura des difficultés pour financer ses autres dépenses.

Le ratio couverture des dépenses mensuelles (réserves/charges en prestations mensuelles) mesure le nombre de mois de fonctionnement normal qui pourraient être financés par les réserves de la mutuelle.

Le ratio frais de gestion (ou frais de fonctionnement) / recettes mesure la part des recettes consacrée aux dépenses de fonctionnement (loyer, transport, eau et électricité, téléphone, fournitures de bureau...) de la mutuelle et se situe de préférence entre 5% et 15% [BIT/STEP,

2001]. Lorsqu'il dépasse largement cette fourchette, la mutuelle doit rationaliser son fonctionnement qui s'avère trop onéreux.

Le ratio cotisation sur dépenses, lorsqu'il est ≥ 1 , signifie que les cotisations suffisent à couvrir les charges de la mutuelle.

L'évolution des dépenses par adhérents/bénéficiaires est le rapport du volume total des dépenses sur le nombre d'adhérents pour les mutuelles à cotisation familiale et sur le nombre de bénéficiaires pour les mutuelles à cotisation individuelle. Cet indicateur permet d'analyser les dépenses par adhérents et/ou par bénéficiaires en fonction du montant de la cotisation.

III.3.3. Méthode de collecte des données

Des documents officiels ont été utilisés à cet effet. Ce sont :

- les rapports d'activités ;
- les rapports des partenaires ;
- les statuts, règlement intérieur ;
- l'étude de faisabilité ;
- les rapports financiers;
- les outils de gestion des mutuelles.

Les données collectées ont porté sur :

- le profil de la mutuelle ;
- la gestion de la mutuelle : son organisation et ses activités.

Des entrevues dirigées ont été faites par l'intermédiaire d'un questionnaire préconçu.

Pour la collecte des données, à cause de l'étude concomitante sur l'actualisation de la base des données sur les mutuelles de santé au Burkina Faso, nous avons joint au questionnaire de la concertation sur l'actualisation un questionnaire spécifique à l'objet de notre étude adressé aux responsables (bureau exécutif) des mutuelles [Cf. Annexe]. Le couplage des questionnaires a eu comme avantage d'éviter la collecte de données identiques à la même période auprès des mutuelles, de faciliter la finalisation de notre outil de collecte. En effet, le questionnaire pour l'actualisation a été élaboré par les équipes de consultations des onze pays de la concertation, centralisée, pré-testé et finalisé par la concertation. Mais contrairement à nos attentes, cela nous

a retardé, et a nécessité des investigations poussées pour la complétude de nos données, et a également augmenté le nombre de questions et la quantité d'information recueillie.

Le questionnaire complémentaire a été élaboré à partir de l'instrument de collecte de YO (2002), du guide d'entretien et de collecte des données sur l'étude sur la Capitalisation de UNF/STEP (2003). Il a été pré-testé dans les mutuelles de santé de Bobo-Dioulasso et Dakwena en septembre 2003. A l'issue du pré-test, nous avons opté d'élargir la période de l'étude du début des prestations de chaque mutuelle en août 2003. En effet, les mutuelles ayant traversé plusieurs étapes et crises avant l'an 2000, un biais interne plus important risquerait de se poser si l'on se limitait aux trois dernières années.

Le questionnaire de l'inventaire 2003 a porté sur les thèmes suivants :

- L'identification : Q1 à Q 8
- La situation : Q9
- Le contexte local : Q10 à Q13
- L'historique du système d'assurance maladie : Q14 à Q20
- Les caractéristiques : Q21 à Q35
- Les cotisations : Q36 à Q41
- Les relations avec l'offre de soins : Q42 à Q46
- L'organisation et les activités : Q47 à Q63
- Les autres activités : Q 64 à Q 65
- Les problèmes et contraintes : Q 66
- Les documents de référence : Q 67.

Dans le cadre de notre étude, les questions 11,13, 25, 26, 27, 49, 50, 51, 52, 58, 60 et 61 ont été modifiées et les questions 68 à 89 ajoutées. Ces compléments ont concerné surtout les données par année (l'année de début des prestations, et les années 1992 à 2003) (Cf. Annexe 2 : Questionnaire).

La collecte des données a été effectuée :

- à Bobo-Dioulasso par nous-même ;
- dans les districts sanitaires de Houndé et d'Orodara par les Infirmiers Chefs de Postes, par l'équipe cadre de district et par nous même.

Le questionnaire a donc été auto administré surtout dans les mutuelles rurales, et administré par nous dans les mutuelles urbaines. Le mode d'administration du questionnaire induit ainsi un biais d'interprétation, et un risque d'uniformité des réponses.

III.4. ANALYSE DES DONNEES

Nous avons utilisé les statistiques descriptives, et les résultats ont été présentés sous forme de rapport en général, la taille de l'échantillon ne permettant pas des résultats en proportions.

Plusieurs logiciels ont été utilisés à cet effet : EPI INFO 6 version 6.4 d fr, EXCEL2000, SAS. A l'aide du logiciel Epi Info, nous avons fait la saisie des données dans trois fichiers différents compte tenu du volume des données à introduire. Ensuite, avec le logiciel SAS nous avons procédé à l'analyse des données et enfin EXCEL a servi également à l'analyse des données et à la mise en forme des résultats.

Les limites de l'analyse des données sont relatives essentiellement à la taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon de notre étude est de 12 mutuelles qui est inférieure à 30, avec des données souvent manquantes surtout pour deux mutuelles (Béréba et Koumbia). Elle ne peut répondre à la loi des grands nombres, d'où la difficulté de lui appliquer une loi normale.

L'objectif, les hypothèses de l'étude ainsi que la typologie différente de fonctionnement des mutuelles nécessite une stratification qui affaiblit l'effectif pour le contrôle de variable. Le début des prestations des mutuelles à des périodes différentes constitue également un frein à l'analyse des données.

La stratégie de recherche, analyse cas par cas et par cas multiples imbriqués sur un échantillon de 12 mutuelles empêche une généralisation des résultats d'une analyse des données liée aux hypothèses.

La présentation du contexte et du cadre théorique a abouti à la définition de la méthodologie de l'étude. Dans cette étude synthétique de cas multiples imbriqués, nous avons procédé à la collecte des données auprès des responsables de 12 mutuelles de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins. Après avoir analysé les données, nous avons présenté et discuté les résultats dans la partie suivante.

A speech bubble with a black outline and a grey stippled fill. It has a rectangular body with rounded corners and a small triangular tail pointing downwards and to the left. The text is centered within the bubble.

DEUXIEME PARTIE :
RESULTATS ET
DISCUSSIONS

Introduction

Cette partie représente le cœur de notre étude car elle comporte à la fois les résultats du travail et leur analyse critique en fonction des résultats déjà publiés. Nous y avons donc exposé les résultats obtenus, en fonction de la planification opérationnelle. C'est ainsi que nous allons d'abord présenter les caractéristiques des mutuelles, ensuite les indicateurs et mesures des variables indépendantes (la zone d'implantation et la typologie des mutuelles de santé), et enfin ceux des trois dimensions de la viabilité. La discussion des résultats sera faite selon les variables et les hypothèses de l'étude ; puis, après en avoir tiré des conclusions, nous formulerons des recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 1 : RESULTATS ET ANALYSES

Les résultats seront présentés par dimension de viabilité, par indicateur et mesure. Simultanément seront mises en exergue les spécificités selon les mutuelles rurales et urbaines, basées sur les prestataires et communautaires. Des indicateurs et mesures ont été retrouvés dans plusieurs dimensions, mais pour une raison de commodité de présentation nous les avons fixés par dimension de viabilité.

I.1. CARACTERISTIQUES DES MUTUELLES

Dans cette section, nous avons présenté les mutuelles à l'étude à travers leur historique, et le nombre d'adhérents et de bénéficiaires.

- **Historique des mutuelles de santé**

Le tableau 9 suivant présente par zone d'implantation et par mutuelles, les dates des Assemblées Générales constitutives, des premières cotisations et prestations.

Tableau 9 : Historique des mutuelles de santé de la région sanitaire des hauts Bassins créées avant l'an 2000

Mutuelle		AG constitutive		Premières cotisations	Premières prestations
		Date	Nombre de présents		
Mutuelles urbaines	Tounouma	05/09/1984	72	02/09/1985	22/09/1985
	Dakwena	08/08/1992	31	30/06/1991	01/01/1995
	Bobo Dioulasso	26/12/1997	34	06/05/1998	01/07/1998
Mutuelles rurales	Bouahoun	28/02/1992		01/03/1992	15/04/1992
	Koumbia	29/02/1992			01/04/1992
	Béreba	31/08/96		01/06/1997	01/06/97
	Pê	14/11/1996	60	30/05/1997	30/08/1997
	Boni	21/02/1997		30/03/1997	01/07/1997
	Bouére	31/12/1997		31/12/1997	31/12/1997
	Dohoun	30/03/1999		30/03/1999	30/06/1999
	kangala	01/12/1999		01/12/1999	31/01/2000
	Banzon	01/03/2000		31/03/2000	31/03/2000

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activité des mutuelles concernées, 2003]

L'ancienneté des mutuelles de notre échantillon a varié entre 3 et 18 ans avec une moyenne de 7,25. De façon générale, les premières prestations ont commencé dans les 3 mois qui ont suivi les premières cotisations. Seule la mutuelle Dakwena a observé une attente de 4 ans afin de constituer des réserves. Cette longue période d'observation a eu un impact négatif sur la croissance et le fonctionnement de cette mutuelle. De plus, les adhérents de la mutuelle Dakwena ont commencé à donner les primes de cotisation avant l'Assemblée constitutive.

- **Nombre d'adhérents et de bénéficiaires des mutuelles de santé**

Dans le tableau 10, nous avons présenté le nombre d'adhérents (nouveaux + anciens) aux mutuelles urbaines et le nombre de bénéficiaires aux systèmes de pré-paiement par année de 1992 à 2003. Malheureusement, la disponibilité des données ne nous a pas permis d'avoir non seulement le nombre de bénéficiaires en zone urbaine, mais aussi le nombre d'adhérents en zone rurale.

Le nombre d'adhérents aux mutuelles urbaines a une tendance à la hausse. Dans les systèmes de pré-paiement, le nombre de bénéficiaires correspond au nombre de bénéficiaires à jour. Il y a été constaté globalement une tendance à la baisse. La mutuelle de Koumbia a connu deux périodes de cessation de prestations en 1993 et de 1995 à 1997.

Tableau 10 : Distribution du nombre de bénéficiaires par mutuelle rurale et du nombre d'adhérents par mutuelle urbaine de 1992 à 2003

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	Toun	Dak	B.D.	Bouah	Koum	Boni	Bereb	Bouer	Pe	Dohou	Kang	Banz
1992	1005	41		2053	1929							
1993	1252	42		2074	0							
1994	1441	44		1624	402							
1995	1531	54		1972	0							
1996	1572	55		2111	0							
1997	1598	84		1829	0	1921	1016	2696	1597			
1998	1603	94	217	1780	520	356	422	-	-			
1999	1605	119	371	1418	860	139	115	2044	-	361		
2000	1606	124	395	1154	648	126	128	251	566	226	932	1014
2001	1607	133	410	1077	810	384	65	201	328	136	1189	*
2002	1607	147	415	1173	363	637	132	246	978	137	642	*
2003	1607	158	416	1113	283	705	99	148	673	202	620	*

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia, (-)= Information non disponible, (*)= Mutuelle non fonctionnelle

Source : [Tableau établi à partir des registres des mutuelles concernées, 2003]

Aussi bien en zone urbaine qu'en milieu rural, la taille des mutuelles est petite. Elle ne répond pas à la loi des grands nombres. D'ailleurs, il en est ainsi pour la plupart des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Cependant, cette loi joue un rôle important dans la viabilité d'une assurance. En effet, le mécanisme d'assurance ne peut jouer pleinement son rôle que si le nombre d'adhérents est suffisamment élevé pour une bonne répartition des risques. Lors d'un groupe de discussion sur les mutuelles de santé organisé par RESACOOOP et CERMES [resacoop.org, 2004, il a été donné une taille acceptable dans le contexte africain de 1000 à 2000 membres. Cela est une limite interne au fonctionnement, et joue sur le paquet d'avantages des mutuelles [EVRARD, 2002].

En outre, la taille des mutuelles a connu, pour certaines, une évolution en dents de scie mais, pour la plupart des mutuelles, cette taille a baissé au fil des années. Cela peut être lié à une démotivation des adhérents due à des facteurs externes (baisse de revenus, attrait initial, etc.) ou à la disposition à payer.

Sur la période d'investigation, le taux de croissance des adhésions en zone urbaine a varié de 0% à 50,7% en fonction des mutuelles. La mutuelle pharmaceutique de Tounouma, en effet depuis 1998 n'a fonctionné que comme un dépôt de vente MEG. A l'exception de la mutuelle de Dakwena où le taux de croissance a évolué en dents de scie, Celui des 2 autres mutuelles urbaines a évolué en baisse depuis leur création jusqu'en 2003.

En résumé, le faible nombre et l'évolution à la baisse des adhérents tant au niveau rural qu'urbain, peut ne pas favoriser la pérennité de ces structures de solidarité et de partage.

I.2. ZONE D'IMPLANTATION

La variable indépendante zone d'implantation a été appréhendée selon deux mesures : la population cible et le profil socio-économique de la population cible.

- **Population cible**

La population cible visée par les mutuelles de l'échantillon est celle d'une entité géographique. La population cible des mutuelles urbaines était composée de la population de la ville de Bobo Dioulasso, et, pour les systèmes de pré-paiement, de celle de l'aire de santé des CSPS ruraux. La mutuelle Dakwena, à sa création, visait un groupe social : l'ethnie Bobo dans le quartier « village », autochtone Dioulassoba ; la mutuelle pharmaceutique de la paroisse Sainte famille de Tounouma, les fidèles catholiques de la dite paroisse. Mais pour ces dernières mutuelles urbaines, la cible s'est élargie dès le début des prestations à la population de la ville de Bobo de par sa résidence.

Pour ce qui est de la profession des adhérents aux mutuelles, on a rencontré une prépondérance d'emplois salariés dans la mutuelle urbaine de Bobo. Par contre, les emplois non salariés ont été prépondérants pour les mutuelles rurales et pour la mutuelle Dakwena.

- **Profil socio-économique de la population cible**

L'économie de la région est essentiellement basée sur la production agropastorale (vivrières, de rente, de fruits et légumes) [Cf. I.4. Spécificité de la Région Sanitaire des Hauts-Bassins].

Ainsi, la production de coton, est la principale source de revenus de la population de l'aire du district de Houndé dans lequel sont implantés 7 des 9 mutuelles rurales de l'échantillon. Selon CAZAL et al (2000), les revenus annuels par habitant s'élèvent à environ 20000FCFA. Les recettes de la vente sont versées annuellement par la société de fibres et textiles en fin de campagne soit en février-mars.

Bobo-Dioulasso est la seconde ville du Burkina Faso dans laquelle les secteurs secondaires (artisanat et industrie), tertiaire (commerce et services) et les activités informelles sont surtout développées.

Le profil sanitaire épidémiologique de la cible n'a pas été particulièrement exploité.

I.3. TYPOLOGIE DES MUTUELLES DE SANTE

La typologie des mutuelles de santé, seconde variable indépendante a été étudiée selon la dimension sociale, l'identité du gestionnaire et la prise en charge. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : Mutuelles de santé de l'étude selon la typologie

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Mutuelles communautaires	x											
Mutuelles basées sur les prestataires		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Base géographique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Appartenance ethnique		x										
Base socioprofessionnelle	x	x										
Simple d'assurance de financement			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Complexes de financement		x	x									
Gros risques	x											
Petits risques	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir des statuts et règlement intérieur des mutuelles concernées, 2003]

La seule mutuelle communautaire de l'étude est la mutuelle de Bobo-Dioulasso. Toutes les autres sont basées sur les prestataires. En effet, le système simple d'assurance de financement communautaire est mis en place par une structure sanitaire, c'est le cas des 9 mutuelles rurales. Les mutuelles Dakwena et de Tounouma ont mis en place leur structure de soins ou de vente de médicaments.

Seule la mutuelle de Bobo a pris en charge les gros risques. Le paquet de bénéfices sera davantage exploité dans les résultats suivants (I.4.4. Adéquation primes services).

I.4. VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE

Elle a été mise en évidence par l'intermédiaire des indicateurs suivants :

- suivi des adhésions ;
- paiement des cotisations ;
- formation ;
- adéquation primes et services ;
- mode de gestion des risques ;
- et fonctionnalité.

I.4.1. Suivi des adhésions

Cet indicateur a été appréhendé par le mode d'adhésion et l'identification des adhérents et bénéficiaires.

- **Mode d'adhésion et identification des adhérents et bénéficiaires**

Contrairement aux mutuelles rurales où l'adhésion est individuelle, au niveau des mutuelles urbaines, elle est familiale ; dans tous les cas, elle est volontaire.

Tableau 12 : Mode d'adhésion et identification des adhérents et bénéficiaires par mutuelle

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê
Adhésion familiale	x	x	x									
Adhésion individuelle				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Carte sans photo				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Carte avec photo	x	x	x									
Frais d'adhésion	500F	1000F*	1000F									
Prise en charge des indigents		x										

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

*Les frais d'adhésion de la mutuelle Dakwena ont été de 1991 à 1996 de 500F/adhérent

Source : [Tableau établi à partir des statuts et règlement intérieur des mutuelles concernées, 2003]

L'absence de photo sur les cartes des mutuelles rurales certes permet de réduire les coûts d'adhésion, mais augmente le risque de fraude et d'abus. La carte des adhérents et des bénéficiaires de la mutuelle Dakwena comporte une photo d'identité, mais sans aucune mention de l'état de l'adhérent par rapport aux cotisations, ce qui accroît également le risque de fraudes et ne facilite pas le recouvrement des cotisations. Cependant, un système statutaire de prise en charge des indigents est fonctionnel dans la mutuelle de Dakwena qui possède son dispensaire.

• Taux de pénétration de la population cible

Pour le calcul de ce taux en zone urbaine, nous avons utilisé la taille moyenne de la famille au Burkina Faso de 5,6 en milieu urbain pour simuler le nombre de bénéficiaires en zone urbaine [SAGNON, 2000].

Tableau 13: Taux de pénétration de la population cible (en %) par les 12 mutuelles et par année

Année	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê
1992		0,083	2,03				33,06				*	
1993		0,083	2,46				32,11				*	
1994		0,084	2,75				24,18				*	
1995		0,10	2,84				28,23				*	
1996		0,10	2,84				29,06				*	
1997		0,14	2,72			9,27	24,21	37,42			*	
1998	0,35	0,15	2,58			3,75	22,66	*			*	
1999	0,56	0,18	2,44			1,01	13,27	26,06			*	
2000	0,56	0,18	2,30	0,88	10,71	1,10	12,44	3,11	5,74	21,87	4,46	4,57
2001	0,55	0,18	2,17	2,61	-	0,56	11,22	2,38	3,34	27,15	5,40	2,53
2002	0,53	0,19	2,05	4,18	-	1,11	16,53	2,81	3,25	14,30	2,34	9,30
2003	0,50	0,19	1,93	4,47	-	0,85	24,0	1,82	4,64	13,38	3,21	6,20

(-) = Mutuelle non fonctionnelle, (*) = Donnée non disponible, B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma,

Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir des registres des mutuelles concernées et des données démographiques, 2003]

Le taux de pénétration de la population cible a varié de 0,08% à 2,84% en zone urbaine et de 0,56% à 37,42% en zone rurale.

Le taux de pénétration de la population cible est insignifiant en zone urbaine. Le public cible pour les trois mutuelles urbaines considérées pour le calcul de cette mesure a été la population totale de la ville de Bobo-Dioulasso, ce qui explique le très faible taux. Ce taux correspond donc en zone urbaine dans notre étude au taux de couverture de la population de la zone. Mais comme certains autochtones du « village », quartier Dioulassoba étaient disséminés dans tous les secteurs de Bobo, la délimitation de la population s'est avérée difficile. Face à cette situation, la population cible de la ville de Bobo a été prise comme population cible pour la mutuelle Dakwena. La mutuelle Pharmaceutique de la Paroisse de Tounouma mise en place pour la

population relevant de la dite paroisse a en réalité couvert toute la ville de Bobo. A ce niveau également, la population de la ville a été prise comme population cible.

Le taux de pénétration de la population cible de la mutuelle Dakwena comme pour celui des 2 autres mutuelles urbaines est faible. Le taux le plus élevé a été enregistré en 1998, année d'ouverture du dispensaire.

Bien que la mutuelle de santé de Bobo ait développé des stratégies de sensibilisation par des animateurs de zone les premières années, puis une campagne médiatisée en l'an 2000 surtout, le taux de pénétration de la population cible est demeuré insignifiant.

La population cible des 9 systèmes de pré-paiement est constituée par la population de l'aire de santé des CSPS concernés. Ce taux a évolué comme le nombre de bénéficiaires de ces mutuelles à la baisse. Dans la zone, la carte sanitaire a évolué avec l'ouverture de nouvelles structures, qui a entraîné à chaque fois un réaménagement de l'aire de santé des CSPS voisins.

Le faible taux de pénétration de la population cible s'explique par :

- le faible niveau d'adhésion, exemple de la mutuelle urbaine de Bobo qui a eu 416 adhérents en 2003 pour une population cible de 465 781 personnes ;
- le désintéressement de la population compte tenu des actions de sensibilisation et d'information entreprises par cette mutuelle,
- l'influence des difficultés de fonctionnement des organes sur l'adhésion : mobilité du personnel de santé dans les systèmes de pré-paiement, conflits internes,
- l'insuffisance, le contenu inadapté des messages et l'irrégularité des stratégies de sensibilisation.

I.4.2. Paiement des cotisations

Il est constitué par deux mesures : le taux de membres en règle et le taux de recouvrement des cotisations.

• Taux de membres en règle

En raison de la typologie des systèmes de pré-paiement, ce taux y a été de 100% ; exception faite des années de suspension des prestations durant lesquelles il était nul. En outre, le taux de recouvrement des cotisations était également de 100% pour ces types de mutuelles.

Tableau 14 : Pourcentage des membres en règle en fonction des mutuelles et des années

Année	Mutuelle de santé de Bobo	Mutuelle Pharmaceutique de Tounouma	Mutuelle de santé Dakwena	Mutuelles rurales
A la création	33,18	57,83	52,78	100
1992	*	43,18	0	100
1993	*	40,49	0	100
1994	*	47,12	0	100
1995	*	24,43	03,70	100
1996	*	16,80	03,64	100
1997	*	8,45	14,29	100
1998	33,18	2,87	06,38	100
1999	22,10	2,37	08,40	100
2000	14,18	1,12	-	100
2001	3,66	0,62	01,50	100
2002	2,89	0,44	11,56	100
2003	1,20	0,31	12,02	100

(*) : Mutuelle non encore fonctionnelle.

(-) : Donnée manquante due à l'absence d'un carnet de reçu.

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Concernant les mutuelles urbaines, le taux de membres en règle à leur création était de 57,83% en 1985 pour la mutuelle de Tounouma, 33,18% en 1998 pour la mutuelle de Bobo, et 52,78% en 1991 pour la mutuelle Dakwena.

On a constaté une baisse du taux de membres en règle de la mutuelle de Bobo de 22,10% en 1999 à 3,66% en 2001. Les problèmes de gestion liés aux conflits internes, fraudes et abus rencontrés en 1999-2000, suivi de la révision des statuts et règlement intérieur ainsi que du paquet d'avantages et du couple prestations / cotisations pourraient en être l'origine.

La mutuelle pharmaceutique de Tounouma a connu une adhésion variant autour de 40 - 57% jusqu'en 1994 ; ensuite elle a baissé à 8 % en 97 et moins de 1% depuis 2001. Cela s'explique par la mise en place effective de l'IB à partir de 1995 dans les formations sanitaires de la ville de Bobo.

Pour la mutuelle Dakwena, de 53% en 1991, le taux de membres en règle est tombé à 4% en 1995, pour remonter à 14% en 1997 année d'ouverture de son propre dispensaire (Tableau 14). Ceci est lié à la longue période d'attente de 4 ans observée avant les premières prestations qui a induit un manque de visibilité des avantages de la mutuelle.

- **Taux de recouvrement des cotisations**

Le taux de recouvrement des cotisations est le ratio de la masse des cotisations sur les cotisations émises (attendues) [STEP, 2003].

Tableau 15: Taux de recouvrement des cotisations (en %)

Année	Mutuelle de santé de Bobo	Mutuelle Pharmaceutique de Tounouma	Mutuelle de santé Dakwena	Mutuelles rurales
A la création	83,83	57,23	43,29	100
1992	*	39,81	47,42	100
1993	*	40,20	14,48	100
1994	*	34,49	17,05	100
1995	*	19,40	40,74	100
1996	*	14,76	31,31	100
1997	*	9,7	28,21	100
1998	83,83	3,18	12,34	100
1999	33,27	2,55	21,88	100
2000	17,39	1,11	6,69	100
2001	10,24	0,62	7,82	100
2002	5,64	0,44	10,61	100
2003	1,52	0,37	11,39	100

(*): Mutuelle non encore fonctionnelle.

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Le taux de recouvrement des cotisations est non seulement faible, mais a évolué à la baisse pour toutes les mutuelles urbaines. Pour la mutuelle pharmaceutique de Tounouma cela est dû à la baisse de l'attrait lié à son paquet d'avantages. Pour la mutuelle de Bobo, la perception et l'acceptation du système par la population cible, la confiance dans la gestion du système et les relations entre les promoteurs et la population cible en sont les principales causes. Quant à la mutuelle Dakwena, la chute du taux particulièrement en 2000 a été entraînée par des problèmes de gestion et les conflits au sein de la population cible. Dans les systèmes de pré-paiement, l'absence de frais d'adhésions et le paiement des cotisations annuel induit que seules sont bénéficiaires de la mutuelle les personnes s'étant acquittées les frais de cotisation. Ceci a donné un taux de membres en règle et de recouvrement des cotisations de 100%.

L'indicateur paiement des cotisations influe sur la viabilité financière des mutuelles de santé, les cotisations étant le principal produit de ces structures.

L'analyse critique de l'indicateur paiement des cotisations montre que les systèmes de pré-paiement, qui correspondent à toutes les mutuelles rurales de notre échantillon, ont des avantages du point de vue gestion financière de la mutuelle. Par contre, pour les mutuelles urbaines, il se pose un problème de recouvrement des cotisations. Cela est confirmé par un taux de membres en règle faible, et un taux de recouvrement des cotisations très faible. Il est en relation avec la typologie de ces mutuelles, mais également avec la disposition à payer insuffisante. Cette dernière dépend non seulement de l'expression de la personnalité de l'individu, des valeurs de son appartenance sociale et du système de positions sociales, mais aussi elle est liée à la maximisation de l'utilité, au revenu de l'individu et à l'interaction de comportements individuels utilitaristes.

I.4.3. Formation

• Thèmes abordés et régularité de la formation

Tableau 16 : Formation des responsables des mutuelles

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê
Oui	x	x		x		x	x	x	x		x	x
Oui Selon le renouvellement des bureaux	x											
Nombre d'agents formés au moins ¼ du BE	x			x		x	x	x	x		x	x
Thème abordé : mise en place et fonctionnement	x	x				x	x	x	x		x	x
Thème abordé : étude de faisabilité	x	x					x					x
Thème abordé : gestion administrative et financière	x	x		x		x	x	x	x		x	x
Thème abordé : suivi évaluation	x	x		x		x	x	x	x			x
Autres thèmes abordés			x							x	x	

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activité des mutuelles concernées et des questionnaires de l'étude, 2003]

La formation/recyclage permet de développer les compétences et les responsabilités de chaque instance. Sur les thèmes suivants : la mise en place et fonctionnement, l'étude de faisabilité, la

gestion administrative et financière, le suivi évaluation 2/6 des mutuelles dont 2 mutuelles urbaines ont reçu des formations ; 4/6 mutuelles dont 2 urbaines et 5 rurales ont reçu des formations sur au moins trois thèmes (mise en place et fonctionnement, suivi-évaluation, gestion administrative et financière) sur la période de fonctionnement. Les autres thèmes abordés sont la formation des gérantes pour la mutuelle de Tounouma, la formation à la sensibilisation pour la mutuelle de Koumbia.

Ainsi, en 2002 et en 2003 les ICP et membres des COGES du district de Houndé ont bénéficié d'une formation sur la gestion des mutuelles. Seulement, le rythme des formations ainsi que les thèmes abordés n'ont pas suivi celui du renouvellement des bureaux exécutifs et de la mobilité du personnel. La période moyenne de service des ICP dans les CSPS dudit district a varié entre 2 et 3 ans, celle réglementaire de renouvellement des COGES est de 2 ans.

I.4.4. Adéquation prime et services

Quatre mesures ont été utilisées pour cet indicateur : l'étude de faisabilité, le montant des cotisations, le paquet d'avantages et le ratio de sinistralité.

- **Etude de faisabilité**

L'étude de faisabilité est l'un des deux critères (l'autre étant la pertinence) déterminants d'un plan d'assurance [CONN et WALFORD, 1998]. Le programme STEP/BIT, dans le cadre de ses activités, a développé un modèle d'étude de faisabilité appelé étude de faisabilité participative. Ce modèle commence par les enquêtes auprès des ménages et des prestataires, puis, en se basant sur les données de l'enquête fait ressortir la faisabilité sociale, économique, institutionnelle et financière.

L'étude de faisabilité a été faite pour 3 mutuelles sur 12 ; ce sont les mutuelles de santé de Bobo, de Dohoun et de Boni. Le rapport de cette étude n'est disponible que pour la mutuelle de Bobo. Cette étude a utilisé une approche multisectorielle et a été menée sur quatre composantes : volet sociologique, offre de soins, demande de soins, faisabilité et simulations [TRAORE et al, 1996]. L'analyse sociologique a porté sur le contexte socioculturel de la faisabilité de la mutuelle. Il s'agissait de cerner les principales caractéristiques des organisations sociales sur lesquelles pourrait se créer une dynamique mutualiste. Pour ce faire, une recherche documentaire a été

faite sur les expériences de mutuelles au Burkina Faso ou dans les pays voisins avec un contexte similaire à celui du Burkina Faso. Par ailleurs, l'étude a identifié les groupes cibles et partenaires potentiels et évalué les perceptions d'épargne pour la santé des différents groupes socioculturels.

L'étude de l'offre de soins s'est attelée à définir le risque de santé à couvrir par la mutuelle. Les enquêtes ont concerné les résidents de Bobo-Dioulasso qui ont fait l'objet d'hospitalisation, d'une consultation spécialisée ou d'exploration para clinique au cours de l'année 1995. Les données du fichier informatique et des archives ont été complétées par un sondage (20% des individus du fichier informatique). Les principaux résultats révèlent que 60% des personnes hospitalisées au cours de la période concernée vivent dans la ville de Bobo-Dioulasso. Le nombre de nouveaux cas d'hospitalisation est évalué à 11,8 pour 1 000 habitants. La durée d'hospitalisation variait entre 1 et 245 jours, avec une moyenne de 16 jours. Plus de 90% des individus étaient dans des catégories payant moins de 1000 F CFA par jour. En ce qui concerne la tarification des actes, on enregistrerait souvent une réduction de 50% pour certaines catégories socioprofessionnelles, et même l'exonération dans certains cas.

Les analyses portant sur la demande de soins ont utilisé des données collectées dans les 25 secteurs de la ville de Bobo-Dioulasso. L'échantillon était constitué de 30 grappes de 20 ménages d'environ 5 personnes. En 1995, les dépenses de santé représentaient environ 6% des dépenses des ménages dans la ville de Bobo-Dioulasso. La décomposition de ces sommes allouées à la santé montre que 61% et 30% sont consacrées aux frais de consultation et à ceux d'hospitalisation, respectivement.

Enfin, la simulation a été faite sur la base de trois éléments fondamentaux. Il s'agit des groupes, les paquets d'avantages et les scénarios de prise en charge. Par ailleurs, les schémas d'organisation de la mutuelle ont été examinés. Le schéma des prestations indirectes a été suggéré, eu égard à la faiblesse des investissements qu'il occasionne. Enfin, des estimations ont été faites en références au nombre des adhérents, les coûts des prestations et les coûts administratifs en utilisant plusieurs indicateurs.

Les forces de l'étude de faisabilité qui ont influencé la viabilité de la mutuelle sont liées à son approche méthodologique multidisciplinaire et aux performances de l'équipe de consultation, bien que l'approche technique ait été privilégiée et que l'étude ait été onéreuse.

Par contre, les prévisions de l'étude de faisabilité de la mutuelle de Bobo ont été fortement influencées par la disposition du partenaire à accorder une subvention d'exploitation à la structure pendant sa phase de croissance. En plus, la structure chargée des activités de mise en place de la mutuelle par le partenaire n'y a pas été suffisamment impliquée. Egalement, l'atelier de restitution au cours duquel, le scénario a été choisi n'a pas vu la participation des représentants de la communauté. Toutes ces forces et faiblesses de l'étude ont influencé la viabilité de la mutuelle.

Le coût a été estimé supportable par la population ; pour la mutuelle Dakwena par exemple il a été estimé initialement à une dépense journalière familiale de 10 FCFA soit 3600 FCFA/an.

• Taux des cotisations

Le taux des cotisations annuelles a été calculé sur une base forfaitaire par bénéficiaire pour les 9 mutuelles rurales, tandis que pour les 3 mutuelles urbaines, il a été évalué sur une base forfaitaire par famille. Le tableau ci-dessous en donne les détails.

Tableau 17 : Evolution du taux des cotisations annuelles par mutuelle

	Mutuelle de santé	Taux initial	Cotisations actuelles		
			Taux	Date des variations	Causes
Mutuelles urbaines: cotisation familiale	Bobo	12000	12000 & 24000	01/02/01	Révision du paquet d'avantages
	Tounouma	2500	2000	31/12/91	Recouvrement des cotisations
	Dakwena	3600	5000	*En 97 et 05/02/98	Révision du paquet d'avantages
Mutuelles rurales : cotisation individuelle	kangala	500	500	+	
	Banzon	500	x	+	
	Bouère	350	500	En 99	Recouvrement des dépenses
	Bouahoun	300	500	**En 97 et 98	Epidémie de méningite, bilan négatif
	Pè	300	500	12/08/98	Epidémie de méningite, bilan négatif
	Dohoun	500	500	+	
	Boni	400	500	01/01/03	Problème de Recouvrement de coûts
	Béreba	500	500	+	
	Koumbia	250	500	En 98	Epidémie de méningite, bilan négatif

(x)= Mutuelle en difficulté, (+)=Montant stationnaire, (*) = En 97, le taux de cotisation de la mutuelle Dakwena est passé à 4000F / adhérent, (**)= En 97, le taux de cotisation de la mutuelle de Bouahoun est passé à 350F/bénéficiaire

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Seule la mutuelle de santé de Bobo a plusieurs catégories de cotisations, et cela depuis 2001. Le montant actuel des cotisations pour les mutuelles de santé rurales est le même soit 500 F/ bénéficiaire.

Ce dernier a diminué pour une mutuelle sur 12, augmenté pour 1/3 des mutuelles, et est resté stationnaire pour 3 mutuelles sur 11. Les résultats comptables négatifs ont été évoqués pour expliquer cet état de fait. Le montant des cotisations a été fixé à la suite d'assemblées générales et de l'analyse du bilan des mutuelles.

- **Paquet d'avantages**

Tableau 18 : Couverture sanitaire proposée par les 12 mutuelles

		Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales								
		B.D.	Dak	Toun	Ban	Boni	Béré	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Niveau Primaire	Consultations curatives et soins ambulatoire		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Consultations prénatales		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Autres Consultations préventives				x		x			x	x		
	Petites hospitalisations (observations)		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Accouchements simples				x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Maladies chroniques		x							x			
Niveau secondaire	Consultations et soins ambulatoires	x											
	Consultations prénatales	x											
	Hospitalisations médicalisées	x											
	Chirurgie	x											
	Accouchements simples												
	Accouchements avec complications	x											
Médicaments	Maladies chroniques	x											
Médicaments	Médicaments génériques/essentiels	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Médicaments marque et spécialités	x	x										
Spécialités médicales	Ophtalmologie	x											
	Lunetterie												
	Soins dentaires	x											
	Prothèse dentaire												
	Gynécologie	x											
	Autres												
Examens Complémentaires	Laboratoire	x	x										
	Radiologie	x											
	Echographie	x											
Transport Evacuation	Ambulances				x	x	x	x	x	x	x	x	x
	transports locaux (taxis, etc.)									x			

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Ban = Banzon, Béré = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré,

Doho = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir des statut - règlement intérieur et des rapports d'activité des mutuelles concernées, 2003]

Pendant la période d'enquête, nous avons constaté que seule la mutuelle de santé de Bobo offrait une couverture de gros risques. Les autres mutuelles couvraient les petits risques. La mutuelle pharmaceutique de Tounouma offrait l'accès à des médicaments essentiels génériques à ses

adhérents. La mutuelle urbaine Dakwena basée sur les prestataires donnait ses propres services à ses mutualistes, de niveau primaire avec des consultations en gynécologie et des analyses de laboratoire. Les mutuelles rurales étaient toutes basées sur les prestataires publics, des systèmes de pré-paiement.

Il existe des clauses d'exclusion de pathologies dans les conventions et/ou statutaire pour la mutuelle urbaine de Bobo et les 4 mutuelles rurales suivantes : Banzon, Kangala, Koumbia et Boni.

• Ratio de sinistralité

Il mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations. La marge acceptable est comprise entre 75% et 90% [BIT/STEP, 2001].

La mutuelle pharmaceutique de Tounouma, vu son mode de fonctionnement, n'a pas été prise en compte pour cette mesure. En effet, elle ne court aucun risque par rapport à la prise en charge des prestations de santé car facilitant l'accès des MEG à ses bénéficiaires.

Tableau 19 : Distribution du ratio de sinistralité par année par mutuelle (en %)

	Mutuelles Urbaines		Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		0,00			45,57				
1993		0,00			78,61				
1994		0,00			88,16				
1995		50,72			123,68				
1996		9,07			108,77				
1997		3,73	38,94		132,68	*			*
1998	15,32	0,00	249,39		92,11	*			*
1999	177,57	2,18	380,83		24,14	*	52,44		*
2000	148,36	0,00	115,28	48,24	*	96,87	99,04	54,31	105,39
2001	67,68	17,40	118,60	-	*	82,56	92,99	61,96	125,52
2002	64,86	0,00	56,62	-	*	62,56	84,57	94,00	56,14
2003	101,40	0,00	53,79	-	*	97,49	76,84	146,14	127,77

() = Mutuelle non encore fonctionnelle, (-) = Mutuelle non fonctionnelle, (*) = Données non disponibles. Les données des mutuelles de Béréba et de Koumbia sont manquantes. B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Banz = Banzon, Béréb = Béréba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

On constate un fort ratio de sinistralité pour les mutuelles de Bouahoun (sur 4 années d'exercice), de Boni et Pê (sur 3 années d'exercice), de Bouére (sur 2 années d'exercice), de

Dohoun et de Bobo (sur une année d'exercice). Rappelons qu'un taux élevé de ce ratio augure, pour la mutuelle des difficultés à financer ses autres dépenses [BIT/STEP, 2001].

La mutuelle de Bouahoun a eu des bilans négatifs dus à l'inadéquation entre les prestations et les cotisations, si bien qu'elle a revu à la hausse la prime de cotisations en 1997 et 1998 (Cf. Tableau 17 : Evolution du taux des cotisations annuelles par mutuelle). En effet, le ratio de couverture des dépenses mensuelles de la mutuelle de 3,7- en 1996 et 12,22 en 1997 ne lui a pas permis de gérer l'augmentation de la demande de prestations dues à l'épidémie de méningite (Cf. Tableau 31 : Ratio de couverture des dépenses mensuelles par mutuelle de 1992 à 2003).

Le ratio de sinistralité de la mutuelle de Bobo montre que cette mutuelle a fonctionné sur des ressources autres que les cotisations, notamment les subventions.

La mutuelle Dakwena n'a commencé ses prestations qu'en 1995, soit 4 années après les premières cotisations, afin de constituer des réserves (Cf. Historique des mutuelles page 48). Elle a seulement remboursé les frais de médicaments supérieurs au montant de la franchise. La nature de la relation tripartite dispensaire mutuelle bénéficiaires, les outils de gestion utilisés, leur enregistrement et l'archivage des données expliquent les ratios de sinistralité nul de cette mutuelle.

L'indicateur adéquation prime services notamment les mesures sur le montant des cotisations et le ratio de sinistralité agissent sur la viabilité financière des mutuelles de santé

Le couple cotisations/prestations est, en principe, déterminé en fonction du scénario adopté par les membres, suite à l'étude de faisabilité. Or, l'étude de faisabilité, base du fonctionnement des mutuelles, n'a été faite que pour ¼ des mutuelles (Bobo, Dohoun et Boni). Cependant, au niveau des 3 mutuelles où l'étude de faisabilité a été faite, on a observé un ratio de sinistralité élevé ; cela est dû à l'étude de faisabilité proprement dite, à l'inadaptation du scénario retenu ou à la non maîtrise de la gestion des risques. Ce dernier facteur est appréhendé dans la section suivante.

I.4.5. Mode de gestion des risques

Les risques encourus par les mutuelles de santé sont la sélection adverse, le risque moral, la fraude, et l'escalade des coûts. Les modes de gestion des risques utilisés par les mutuelles à l'étude figurent dans le tableau 20 ci-après.

Tableau 20 : Mode de gestion des risques par mutuelle

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Adhésion familiale	x	x	x									
Carte d'identification Avec photo	x	x	x									
Référence obligatoire	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Période d'observation	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Séparation des fonctions	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Double signature	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ticket Modérateur %	25			25	15	15 et 8	15 et 10	15 et 8	15 et 8	15	15 et 8	15 et 8
Plafonnement	x											
Franchise		x										
Tiers Payant	x			x	x	x	x	x		x	x	x
Forfait	x	x	x		x					x		
Remboursement	x	x			x		x	x	x			x
Capitation	x											

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia.

Source : [Tableau établi à partir des statuts et règlement intérieur des mutuelles concernées et du questionnaire de l'étude, 2003]

L'adhésion familiale et l'usage de carte d'identification avec photo permettent de réduire les risques de fraudes et abus. Ils ont été utilisés en zone urbaine seulement.

• Référence obligatoire

L'accès aux soins est limité aux prestataires conventionnés pour toutes les mutuelles. En dehors de la mutuelle de santé de Tounouma pour laquelle les adhérents avaient accès seulement au dépôt MEG de la mutuelle, les adhérents de toutes les autres mutuelles n'avaient accès qu'aux prestations publiques, sauf la mutuelle Dakwena. C'était le dispensaire de la dite mutuelle qui offrait les soins.

La référence obligatoire est effective pour toutes les mutuelles, pour tous les systèmes de prépaiement. A la mutuelle Dakwena, ils doivent d'abord passer par les dits CSPS ou le dit dispensaire. Pour la mutuelle de Bobo, la délivrance d'une lettre de garantie par la mutuelle est nécessaire pour une prise en charge des bénéficiaires.

- **La période d'observation**

Elle était de 6 mois pour les maladies chroniques et de 3 mois pour les autres aspects du paquet d'avantages pour les mutuelles de Bobo et pour toutes les mutuelles rurales. Elle n'existe pas pour les mutuelles de Tounouma et de Dakwena pour des raisons essentiellement sociales. Bien que les structures d'offre de prestations appartiennent à ces mutuelles, cela augmente la sélection adverse.

- **Co-paiement**

Trois types de co-paiement ont été constatés : le ticket modérateur, le plafonnement et la franchise (Tableau 17). Le premier type a été pratiqué à un montant de 8% à 25% en général par toutes les mutuelles. Le deuxième type a été utilisé par la mutuelle de Bobo pour le nombre d'épisodes de maladies, et la prise en charge des maladies chroniques. Le troisième type a été employé par la mutuelle de Dakwena pour l'accès aux MEG et spécialités.

- **Mode de paiement**

De nombreux modes de paiement des prestations ont été pratiqués par les mutuelles. Ce sont le tiers-payant, le remboursement, le forfait, la capitation.

Des prêts en cas d'évacuation sanitaire remboursables sur un mois sont proposés et accordés aux bénéficiaires des systèmes de pré-paiement de la zone de Houndé afin de couvrir les frais de ticket modérateur d'ordonnance ou d'évacuation de 8 à 15%.

- **Réassurance**

La réassurance proprement dite n'existait dans aucune des mutuelles enquêtées.

- **Problèmes et contraintes rencontrés**

Les problèmes et contraintes rencontrés sont ceux perçus par les responsables des mutuelles, les résultats de ce tableau doivent donc être analysés en tenant compte de cet élément.

Tableau 21 : Problèmes ou contraintes identifiés par les 12 mutuelles

Problèmes ou contraintes	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Gestion administrative et financière défective	x	x	x			x						x
Recouvrement des cotisations insuffisant	x	x	x									
Faible niveau de formation des responsables et gestionnaires	x	x		x	x	x		x	x	x		x
Insuffisance de communication / information de la population cible	x	x		x	x			x	x	x	x	
Faible taux d'adhésion	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Désistement des adhérents	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Surconsommation	x					x						
Sélection adverse	x	x										
Fraudes et abus	x	x						x				
Conflits internes	x	x			x			x				x
Relation avec les structures fédératives							x					

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia,

Source : [Tableau établi à partir des questionnaires de l'étude, 2003]

Toutes les mutuelles urbaines ont rencontré des problèmes de recouvrement des cotisations. Pour, les systèmes de pré-paiement, il s'agit d'un problème de fidélisation. Dans notre étude nous n'avons pas inclus cette mesure. La mutuelle de Bobo semble avoir rencontré le plus de problèmes allant de la sélection adverse, à la surconsommation, en passant par les fraudes et abus, les conflits internes, le faible taux d'adhésion et le désistement des adhérents.

Au regard de tout ce qui précède, nous pouvons conclure que des mécanismes de gestion des risques (risque moral, sélection adverse, escalade des coûts, fraudes et abus) ont été mis en place dans toutes les mutuelles aussi bien urbaines que rurales ; mais davantage dans la mutuelle communautaire de Bobo eu égard aux problèmes rencontrés.

I.4.6. Fonctionnalité

• Fonctionnement actuel de la mutuelle

Depuis leur création, 9 des 12 mutuelles enquêtées ont toujours été fonctionnelles. Les 3 autres, les mutuelles de Bobo, Banzon et de Koumbia ont connu des difficultés de fonctionnement de

diverses natures. Le tableau 20 ci-dessous relate les causes et les périodes de suspension des prestations des mutuelles.

Tableau 22 : Périodes et causes des suspensions de prestations des mutuelles de Bobo, Banzon et Koumbia

Mutuelle	Suspension de prestations	
	Période(s)	Causes
Mutuelle santé de Bobo	Du 01/03/99 au 01/03/00	Mauvaise gestion
	De février 2003 à nos jours	Recouvrement de coûts
Mutuelle sanitaire de Banzon	Du 01/03/01 à nos jours	Gestion du CSPS, suspension du COGES
Mutuelle de santé de Koumbia	Du 01/01/93 au 31/12/93	Faible taux d'adhésion
	Du 01/01/95 au 31/12/97	

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activités des mutuelles concernées, 2003]

- **Acteurs impliqués à la création des mutuelles**

Plusieurs acteurs ont participé à la création de ces mutuelles.

Tableau 23 : Acteurs impliqués dans la création de 12 mutuelles de santé

Acteurs	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales									
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê	
Administration régionale	x								x		x		
Administration locale	x			x			x	x	x				
Personnalité politique ou civile	x							x	x				
Communauté		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Groupe de fonctionnaire							x		x				
Syndicat								x					
Structure sanitaire	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médecin ou professionnel de santé	x			x		x	x		x				x
Partenaire du développement	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activité des mutuelles concernées et du questionnaire de l'étude, 2003]

La communauté a été grandement impliquée à la création de toutes les mutuelles, sauf celles de Bobo et Pê où cette implication a été moindre. Cela a eu un impact négatif sur le fonctionnement de ces dernières par l'insuffisance d'appropriation de ces structures. Par contre, les groupements féminins de Béréba et Boni par leur dynamisme et leur rôle dans la sensibilisation ont été les initiateurs des mutuelles des dites localités. En plus dans ces zones, les mutuelles se sont implantées à partir de ces groupes.

- **Documentation et archives**

Les outils de gestion employés par les mutuelles sont présentés dans le tableau 24 ci-après.

Tableau 24 : Documentation utilisée par les 12 mutuelles de santé

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Registre des adhérents	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Carte d'adhérent	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registre de paiement des cotisations	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registre de suivi des prestations	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Livre caisse cahier de dépenses	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cahier de versement					x					x		
Livre banque	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Budget prévisionnel	x			x			x				x	
Plan de trésorerie	x											
Compte de résultat	x											
Bilan	x	x	x	x		x	x		x		x	x

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béréba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir de la documentation des mutuelles concernées, 2003]

Les outils de gestion existent et sont utilisés par les mutuelles. Mais, nous avons noté une insuffisance dans l'enregistrement des données dans ces derniers, des problèmes d'archivage et de disponibilité pour certaines années.

En effet, face à la quasi-inexistence d'information formelle, et au problème de gestion de l'information et de tenue des documents, il a fallu presque tout reconstituer. On a constaté une insuffisance de documentation et de données pour le district sanitaire de Houndé tant au bureau du district qu'au CSPS, siège des mutuelles. En effet, divers documents (originaux) sur le fonctionnement des mutuelles empruntés pour d'autres études n'ont pas été rendus. En plus, l'archivage des données est insuffisant dans la plupart des mutuelles. Par absence de siège, la documentation conservée par les membres des bureaux exécutifs n'a pas totalement été remise en cas de renouvellement, c'est le cas de la mutuelle de Tounouma et Dakwena. La mutuelle Dakwena comme celle de Tounouma, bien que la documentation existe, et bien qu'elles disposent de dépôt MEG pour l'un et de dispensaire pour l'autre, ont une insuffisance dans le système d'archivage des données.

Pour la mutuelle Dakwena, l'enregistrement des patients au dispensaire n'a pas tenu compte de leur statut de bénéficiaire ou non ; cela nous a obligé, dans le cadre de cette étude, à nous référer aux souches des carnets de reçu de 1997 à 2003 et aux registres de consultation et de soins pour identifier les bénéficiaires, le type de prestation dont ils ont bénéficié, et le coût. Malheureusement les outils de gestion surtout du dispensaire n'étaient pas tous disponibles et bien remplis.

Le système de gestion de la mutuelle de Bobo est informatisé. Cependant, il est à noter que les comptes de résultats et les bilans ne respectent pas l'année administrative. Depuis sa création, elle a engagé une secrétaire et a embauché un gestionnaire comptable, de juin 1998 à 2001.

Au total, l'analyse des résultats liés à la viabilité administrative et gestionnaire sur la base de 7 indicateurs a révélé ce qui suit :

- une baisse globale et progressive des adhésions et bénéficiaires ;
- un problème de recouvrement des cotisations pour les typologies autres que les systèmes de pré-paiement, et en zone urbaine ;
- l'influence de l'indicateur paiement des cotisations sur la viabilité financière ;
- un taux de pénétration de la population cible faible et en baisse ;
- l'existence de modes de gestion de risques surtout au niveau de la mutuelle communautaire de Bobo.

On peut donc déduire de cette analyse, que sur la dimension viabilité administrative et gestionnaire, les mutuelles rurales sont relativement plus viables que celles urbaines, de même que les mutuelles communautaires sont plus viables que les mutuelles basées sur les prestataires ou cogérées.

Après cette analyse de la viabilité administrative et gestionnaire, nous allons procéder à celle de la viabilité institutionnelle.

I.5. VIABILITE INSTITUTIONNELLE

Cette viabilité a été appréhendée par 6 indicateurs.

I.5.1. Participation sociale

• Fonctionnement des organes

Les organes des mutuelles de santé sont constitués par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Bureau exécutif et la commission de contrôle. Le tableau 26 ci-dessous donne leur fonctionnement à travers leurs rencontres.

Tableau 25 : Fonctionnement des organes des mutuelles

		Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
		B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Dohou	Kang	Koum	Pê
		an	men	an	trimes	an	an	an	an	trime	semes	an	an
AG	Fréquence statutaire												
	Dernière AG	2003	2001	1995	2003	2001	2002	2002	2003	2002	2003	2002	2002
	Taux de participation	12%	9%	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Existence de CR	x	x	x									
CA	Fréquence statutaire	trime			ND	trime	ND	ND	ND	ND	semes	ND	ND
	Existence de CR	x				x					x		
BE	Fréquence statutaire	men	heb		men	men	men	men	men	men	trime	men	Men
	Composition	7	18	10	6	8	7	7	7	7	8	7	6
	Taux de participation	71	*	*	80%	*	*	75%	83%	100%	85%	*	100%
	Existence de CR	x											
CC	Composition	6	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
	Exercice réel du rôle	x							x		x		

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia, heb= hebdomadaire, men= mensuelle, trime= trimestrielle, semes= semestrielle, an= annuelle, ND= non déterminée, (*)= Donnée non disponible

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activité des mutuelles concernées, 2003]

La participation sociale était effective pour la mutuelle de Bobo, avec des structures qui fonctionnent en général, par un système d'intéressement des dirigeants. Par contre pour les mutuelles urbaines de Tounouma et Dakwena, les AG ne se tenaient pratiquement plus. Les mutuelles rurales organisaient plus régulièrement les AG, les rencontres du COGES et le suivi évaluation par l'ECD.

Le compte-rendu des AG avec la liste de présence ou le nombre de participants n'est pas souvent disponible. Le taux de participation aux AG n'était disponible que pour les trois mutuelles urbaines et seulement pour quelques années. Les AG de la mutuelle de Tounouma se sont tenues régulièrement jusqu'en 1995. Pour Dakwena, le taux de participation a varié entre 52 et 86% avec une moyenne de 71% de 1991 à 1997. En 2001, il était de 9%. Pour la mutuelle de Bobo, ce taux a varié entre 7 et 15% de 1999 à 2001 ; cela est lié au fait que seuls sont convoqués aux AG les membres à jour des cotisations.

Le conseil d'administration des systèmes de pré-paiement de notre échantillon était constitué par l'ECD qui assure le suivi et l'évaluation. Pour la zone du district d'Orodara (la mutuelle de Kangala), les contrôles étaient effectués avec une périodicité mensuelle au début, puis trimestrielle les premières années de fonctionnement. Actuellement, les contrôles sont semestriels (par l'ECD), et trimestriels (par le COGES).

Pour la zone du district de Houndé, l'évaluation des mutuelles a repris en 2003, non plus pendant des sorties à cet effet, mais les ICP et les bureaux exécutifs remplissent les outils d'évaluation tous les trimestres. En plus, lors des contrôles trimestriels de la gestion des CSPS et des dépôts MEG, l'équipe de contrôle s'assure des passations des écritures.

La mutuelle de Bobo a un conseil d'administration qui se réunit trimestriellement avec un taux de participation aux rencontres qui était de 50% en 2000, en 2001 et en 2003. Les autres mutuelles urbaines ne disposent pas de conseil d'administration.

Une commission de contrôle existe pour les mutuelles ; sa composition varie de 2 à 6 personnes selon les mutuelles. Celle de la mutuelle de Bobo est constituée de 3 commissaires aux comptes et de 3 médecins conseils. Nous n'avons trouvé que des rapports d'activités de la commission de contrôle de la mutuelle de Bobo.

Pour ce qui est des bureaux exécutifs, ceux des bureaux des systèmes de pré-paiement sont les mêmes que ceux des Comités de Gestion de CSPS, mais avec un système de gestion séparé sauf pour la mutuelle de Boni qui a mis en place en 2003 un bureau spécifique à la mutuelle. La fréquence de leurs rencontres est mensuelle pour 6 mutuelles, trimestrielle pour une mutuelle. Leur composition varie de 6 pour les mutuelles rurales à 18 pour la mutuelle de Dakwena. Le nombre pléthorique de membres du bureau exécutif augure de conflits internes, de problèmes de coordination et de communication au sein de l'organe.

Le taux de participation pour les dernières rencontres, variait entre 100% et 80%. Dans le système de l'IB des jetons de présence sont prévus pour les rencontres des COGES. Le taux de participation aux rencontres du bureau exécutif de la mutuelle de Bobo était de 86% en 2000, de 71% en 2001, en 2002, et en 2003. Jusqu'en 2002, des jetons de présence et/ou du carburant étaient donnés aux participants aux rencontres du Bureau exécutif.

Des conflits internes et des problèmes de leadership ont paralysé les activités des bureaux exécutifs de certaines mutuelles telles que celle de Bobo du dernier trimestre 1999 en mars 2000 ; et celle de Dakwena (depuis 1998, année d'ouverture de son dispensaire).

Le fonctionnement des organes des mutuelles a été marqué par l'absence de compte rendu, et même de liste de participants. Cet état ne permet pas un suivi efficace de leurs activités.

I.5.2. Evaluation et contrôle

L'évaluation et le contrôle ont été non seulement assurés par les adhérents mais aussi par les organes de gestion, principalement la commission de contrôle et le conseil d'administration.

Tableau 26 : Evaluation et contrôle de chacune des 12 mutuelles de santé

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Séparation des fonctions	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Séparation de la détention de la clé du coffre et de la porte de la salle *				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Approbation des comptes par l'AG	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Appui technique pour le suivi évaluation par les partenaires techniques	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contrôle Suivi évaluation par le CA	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contrôle interne par la commission de contrôle	x							x		x		
Audit externe	x											

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba, Bouah = Bouahoun,

Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia , (*)= Les coffres forts sont en général sans code et dans le bureau de l'ICP.

Source : [Tableau établi à partir des questionnaires de l'étude, 2003]

Les conseils d'administration des systèmes de pré-paiement (ECD) et de la mutuelle de Bobo ont assuré le suivi évaluation des mutuelles.

Le contrôle externe est fait par le conseil d'administration et les structures d'appui et de financement. Seule la mutuelle de Bobo a fait appel à un audit externe, sous l'instigation de la structure d'appui et de financement.

Toutes les mutuelles de l'échantillon ont un médecin-conseil, soit dans les systèmes de pré-paiement, les médecins de l'ECD ; soit, pour les mutuelles urbaines, des médecins attitrés. La mutuelle Dakwena ne dispose pas de coffre fort. Par contre, la clé du coffre fort de la mutuelle pharmaceutique de Tounouma est détenue par les gérantes. L'absence (CA) et les déficiences (AG) de fonctionnement des organes des mutuelles Dakwena et de Tounouma expliquent l'insuffisance voire l'absence d'évaluation et de contrôle. Il faut cependant signaler que cela a été effectif pour la mutuelle de Tounouma de 1985 à 1995 ; et pour la mutuelle Dakwena de 1991 à 1998, surtout pendant la construction du dispensaire.

I.5.3. Aspects juridiques

Selon la loi nationale Burkinabé, les mutuelles sont actuellement sous le régime des associations, et toutes les mutuelles détiennent un récépissé de reconnaissance comme une

association. Ce qui fait qu'il n'existe pas encore de textes juridiques spécifiques aux mutuelles. Ils sont en phase de conception.

Les mutuelles ont toutes des statuts et un règlement intérieur ; les mutuelles de Bouahoun et de Bobo ont revu leurs textes fondamentaux. Les textes de la mutuelle Dakwena sont en révision.

I.5.4. Personnel salarié

Deux mutuelles sur 12 emploient du personnel salarié : il s'agit des mutuelles urbaines de Tounouma dont le personnel salarié était constitué par les gérantes, et de Bobo dont le personnel était constitué par une secrétaire, un gardien, un gestionnaire (de 98 à 2001), et des animateurs (de 98 à 2001). Le personnel de la mutuelle de Dakwena se composait d'un médecin biologiste, de 2 infirmiers, d'une fille de salle, d'une gérante. Cependant ce personnel a travaillé plus pour le dispensaire duquel relève le budget. Le dispensaire Dakwena et la mutuelle de Bobo ont rencontré des problèmes de gestion des ressources humaines.

Pour toutes les mutuelles, les membres du bureau exécutif sont des bénévoles. Cependant, ils ont bénéficié de jetons de présence en tant que membres du COGES pour les systèmes de prépaiement et pour la mutuelle de Bobo de 1998 à 2002.

I.5.5. Relations avec les prestataires

Le mode d'accès aux soins et aux médicaments est limité, pour toutes les mutuelles, aux prestataires conventionnés. Seules les mutuelles de Boni et de Bobo ont passé des conventions écrites avec les prestataires. Or, la convention écrite permet de formaliser les relations de partenariat et les modalités de collaboration ; elle peut donc assurer un meilleur fonctionnement de cette relation extérieure. En effet, la convention entre la mutuelle de Bobo et le Centre Hospitalier Sourou Sanou (CHNSS) précisait le paquet d'avantages, les modes de paiement du prestataire avec les délais de règlement des factures. Le CHNSS a mis à la disposition de la mutuelle un local, pour l'agent chargé de la délivrance des lettres de garantie ou bon de prise en charge. Cependant, la mutuelle n'a pas bénéficié de faveurs. Le tarif en vigueur à l'Hôpital lui a été appliqué. En 2000, le circuit de prise en charge des bénéficiaires a été revu, avec suppression du local au CHNSS.

Tableau 27 : Relations avec les prestataires de soins

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Convention écrite	x			x								
Convention de facto					x	x	x	x	x	x	x	x
Prestataire Public	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Prestataire privé à but non lucratif	x	x	x									
Prestataire privé à but lucratif	x											
Tarification à l'acte	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
tarif par journée d'hospitalisation	x											
Forfait pour toute la durée de l'hospitalisation						x						

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir de la documentation des mutuelles concernées et des questionnaires de l'étude, 2003]

Les structures d'offre de soins de 2 mutuelles urbaines ont été mises en place par les mutuelles elles-mêmes.

La mutuelle de Tounouma avait pour objet de faciliter l'accès des MEG aux adhérents au temps où les médicaments génériques n'étaient pas disponibles. Actuellement, vu l'implantation généralisée de l'IB dans les Formations sanitaires et vu son circuit de ravitaillement plus onéreux, les avantages initiaux à l'adhésion à cette mutuelle n'existent plus.

La mutuelle Dakwena, de 1998 à 1999, a offert un forfait de 50 % des frais de consultations aux bénéficiaires de la mutuelle. Depuis 1999, les consultations sont gratuites pour les mutualistes. Pour les analyses de laboratoire et « l'assistance perfusion », ces derniers bénéficient d'un forfait de 65 à 70%. Il n'existe donc pas de système de facturation entre la mutuelle et le dispensaire Dakwena. Pendant les premières années de fonctionnement du dispensaire 1998-1999 la gestion était commune.

L'indicateur relations avec les prestataires à travers le mode de règlement des prestataires influence la viabilité financière des mutuelles de santé.

I.5.6. Relations avec les autres organisations mutualistes et structures d'appui, et autres activités des mutuelles

• Relations avec des organisations similaires

Six mutuelles appartiennent à une même fédération en projet (AG constitutive effective, statuts et règlement intérieur en cours d'élaboration) dans la zone de Houndé.

La mutuelle de Bobo est membre du Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé(RAMS).

Tableau 28 : Appui financier et technique par mutuelle

	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Appui financier:												
- Fonds de réserve				x								
- Subvention de fonctionnement	x	x	x			x						
- Equipement	x	x										
Appui technique												
Suivi évaluation	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Formation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Appui conseil	x											
Autres activités		x	x	x								

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Béréb = Béreba,

Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, Koum = Koumbia

Source : [Tableau établi à partir des rapports d'activités des mutuelles concernées, 2003]

• Appuis financiers et techniques

Les mutuelles ont bénéficié d'appuis financiers et techniques divers. Les principaux bailleurs étaient le projet HCK, les COGES, et *Medicus Mundi* en zone rurale. En zone urbaine, non seulement, il y avait le HCK pour la mutuelle de Bobo mais aussi l'ANMC, Ottignies, le Luxembourg, la Belgique et Menusa. L'appui financier dont a bénéficié la mutuelle de Bobo a eu un impact négatif sur la mutuelle et la confiance avec les promoteurs et gestionnaires.

Les principaux partenaires sont l'ECD et *Medicus Mundi* pour les mutuelles rurales, le projet HCK / Premiss B&B, le RAMS, la CAMEG pour les mutuelles urbaines. Cependant l'appui

technique n'a pas été constant selon les années et les mutuelles. La mutuelle Dakwena n'a bénéficié ni d'appui pour le suivi évaluation ni d'appui conseil.

- **Autres activités des mutuelles**

Des activités financières génératrices de revenus à destination collective ont été menées par les mutuelles Dakwena et de Boni. D'autres exemples ont été menés par les mutuelles de Tounouma et Dakwena.

C'est ainsi que, la mutuelle Dakwena, ayant une structure organisée, a eu à défendre avec succès les intérêts du « village » de Dioulassoba auprès de la commune de la ville dans le cadre des lotissements. Mais vu la sensibilité du domaine et les intérêts personnels en jeu et l'insuffisance de communication, cela a créé des conflits internes. Ces derniers ont eu une influence négative sur le fonctionnement des organes de la mutuelle.

La mutuelle de Tounouma a participé aux activités de sa structure mère : la paroisse Sainte famille de Tounouma.

En résumé, les organes des systèmes de pré-paiement et de la mutuelle de Bobo fonctionnent mieux que ceux des autres mutuelles de l'échantillon. Les commissions de contrôle ont été de fonctionnalité insuffisante. Toutes les mutuelles disposent de médecin-conseil. Par ailleurs, toutes les mutuelles ont bénéficié d'appui financier et technique, mais les mutuelles urbaines ont davantage eu un appui financier, et les systèmes de pré-paiement et la mutuelle de Bobo un appui technique. Les mutuelles Dakwena et de Tounouma mènent d'autres activités que la micro-assurance santé.

Toutes les mutuelles disposent d'une reconnaissance officielle comme association, avec des statuts et un règlement intérieur.

Elles ont davantage accès à des prestataires publics que privés non lucratifs ou lucratifs. La tarification à l'acte est plus utilisée. Seules les mutuelles urbaines disposent de personnel salarié.

Après avoir démontré à travers l'analyse de la dimension viabilité institutionnelle, que les mutuelles basées sur les prestataires et rurales sont plus viables que celles urbaines. Nous allons procéder à celle de la viabilité financière.

I.6. VIABILITE FINANCIERE

Dans la présente étude, cette dimension a été mesurée par l'indicateur de rendement financier, à travers les 8 mesures ci dessous. La nature des documents comptables utilisés par les mutuelles ne nous a pas permis d'avoir des données sur les dépenses engagées par les mutuelles.

• Résultat

Le résultat est obtenu par différence entre les charges et les produits de l'exercice. Les charges d'exploitation considérées sont les dépenses techniques (prestations), les frais de fonctionnement (charges de personnel, eau électricité, téléphone, transport, autres services, les frais d'amortissement), les charges financières. Les produits sont constitués par les produits d'exploitation (droits d'adhésion, cotisations, subventions d'exploitation, produits de services auxiliaires), les produits financiers et les produits exceptionnels. Pour calculer le résultat, nous avons collecté les données disponibles au sein des mutuelles que nous avons reconstitué selon les rubriques.

Tableau 29 : Résultat comptable par mutuelle par année

	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
A la création	22 946 507	73 050	2 521 100	779 200	211 905	300 950	*	85 850	212 895	
1992		53 325	2 727 007			300 950				
1993		20 900	3 041 537			-52 324				
1994		82 690	9 152 381			57 308				
1995		-176 624	2 170 407			-169 973				
1996		70 045	217 697			80 330				
1997		64 205	181 191	779 200		734 416	*			*
1998	22 946 507	38 600	240 688	-181 567		83 055	*			*
1999	6 936 481	-158 280	575 876	-156 140		533 955	0	85 850		*
2000	3 835 337	46 500	123 321	11 630	211 905	*	3 925	1 080	212 895	-124 518
2001	-8 158 043	51 950	376 062	-11 160	-	*	17 530	4 385	226 130	-46 654
2002	-2 730 213	-16 000	213 958	-163 358	-	*	46 055	12 340	19 270	109 550
2003	-2 247 582	95 500	858 614	34 875	-	*	1 855	24 180	-143 020	-150 175

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou = Dohoun, () = Mutuelle non encore fonctionnelle, (-) = Mutuelle non fonctionnelle, (*) = Données non disponibles. Les données des mutuelles de Bereba et Koumbia ne sont pas disponibles.

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

La mutuelle de Bobo a bénéficié de subventions à la création, en 1999 et en 2000, permettant le remboursement de ses dettes en 1999, et la reprise des activités.

La mutuelle de Dakwena en vue de réorganiser sa gestion a procédé à une commande de d'outils de gestion (fiches d'adhérents,...) en 1999 ; ce qui a augmenté les frais de gestion et explique le résultat négatif malgré un ratio de sinistralité de 2,18% (Cf. Tableau 19 : Distribution du ratio de sinistralité par année par mutuelle). Mais, cette acquisition n'a pas été utilisé pour raison d'organisation.

La mutuelle pharmaceutique de Tounouma depuis 1995 a connu des résultats en baisse. Cela est expliqué par le changement de circuit de ravitaillement, les vols répétés que le dépôt a subi, et l'insuffisance de contrôle.

Les mutuelles de Boni et de Pê ont eu davantage de résultat négatif que positif. La mutuelle de Boni a bénéficié d'une subvention d'exploitation à sa création qui lui permet de combler ces déficits. En l'an 2000 la mutuelle de Boni a eu un ratio de sinistralité de 115,28% avec un produit financier de 19 330 FCFA, ce qui lui a permis de dégager un résultat comptable positif. Par contre, le résultat de 2002 est négatif et s'explique par les frais de gestion (autres dépenses et dépenses de transport), le ratio frais de gestion / cotisation est de 112,18%. En 2003, la même mutuelle a eu un ratio de sinistralité presque identique de 53,79% avec une marge positive de 34 875 FCFA à cause du ratio frais de gestion / cotisation de 36,31% (Cf. Tableau 32 : Ratio frais de gestion / cotisation (en %) par mutuelle et par année).

La mutuelle de Bouahoun sur 8 années de fonctionnement a obtenu des résultats déficitaires en 1993 et 1995. Nous n'avons pas pu avoir toutes les données des dernières années.

La mutuelle de Dohoun a connu une hausse du nombre de bénéficiaires de 137 en 2002 à 202 en 2003 avec un taux de recouvrement des cotisations de 100%, ce qui explique le bénéfice deux fois supérieur à l'an 2002 malgré le ratio de sinistralité de 76,84 % en 2003.

• Réserves

Les réserves sont constituées par les excédents en fin d'exercices précédents et en cours. Elles ont été calculées à partir des résultats d'exercices : réserve année (n-1) + résultat année n . Ces réserves ne correspondent pas à des fonds réels. En l'absence de précisions sur l'échelonnement des subventions dans le temps, nous les avons considérées seulement l'année d'octroi.

Tableau 30 : Réserves par mutuelle par année

	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		126 375	2 521 100			300 950				
1993		147 275	5 562 637			248 626				
1994		229 965	14 715 018			305 934				
1995		53 341	16 885 425			135 961				
1996		123 386	16 667 728			216 291				
1997		187 591	16 848 918	779 200		950 707	-			-
1998	22 946 507	226 191	17 089 606	597 633		1 033 762	-			-
1999	³	67 911	17 665 482	441 493		1 567 717	-	85 850		-
2000	3 835 337	114 411	17 542 160	453 123	211 905	-	3925	86 930	212 895	0
2001	0	166 361	17 918 222	441 963	211 905	-	21 455	91 315	439 025	0
2002	0	150 361	18 132 180	278 605	211 905	-	67 510	103 655	458 295	0
2003	0	245 861	17 273 566	313 480	211 905	-	69 365	127 835	315 275	0

B.D. = Bobo Dioulasso, Dak = Dakwena, Toun = Tounouma, Banz = Banzon, Bouah = Bouahoun, Bouer = Bouéré, Dohou =

Dohoun. (-) = Données non disponibles

Les données des mutuelles de Béréba et Koumbia ne sont pas disponibles.

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

La mutuelle de Pê n'a pas de réserves depuis sa création.

La mutuelle de Bobo-Dioulasso en tenant compte de l'amortissement n'a pas de réserves depuis 2001. La mutuelle de Bobo a fonctionné sur ses subventions d'exploitation, et a déposé son bilan en décembre 2003.

La mutuelle Dakwena en 2003 ne dispose que de 245 861FCFA en réserve. Or, selon un rapprochement bancaire du 1/09/03, le compte de la mutuelle dispose d'un crédit de 4 944 535FCFA et le dispensaire de 4 844 535FCFA à la date du 31/10/03. Cela est dû à la gestion commune de la mutuelle et du dispensaire de 1994 à 1999. En effet, la mutuelle a procédé à la construction du dispensaire qui a démarré ses activités en 1998.

La mutuelle de Bouahoun de 1995 à 1997 a eu des ratios de sinistralité supérieurs à 100%, avec un résultat négatif en 1995. L'augmentation de la prime de cotisation en 1997 et en 1998 a permis la constitution des réserves (Cf. Tableau 31: Ratio de couverture des dépenses mensuelles par mutuelle de 1992 à 2003).

³ La mutuelle de Bobo-Dioulasso a eu des problèmes de fraudes, abus et détournement de fonds en 1999 si bien que ses réserves en 1999 étaient nulles.

• Les ratios de liquidité et de solvabilité

Le ratio de liquidité (valeur disponible du bilan/ dettes à court terme) mesure la capacité de la mutuelle à faire face immédiatement à ses engagements financiers ; il doit être ≥ 1 . Plus il est élevé, plus la liquidité est importante, un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant [BIT/STEP, 2001] ; BIT/STEP/CIDR, 2001 ; BIT/STEP, 2003].

Le ratio de solvabilité (actif du bilan/dettes) indique l'autonomie et la capacité financière de la mutuelle ; il doit être ≥ 1 [BIT/STEP, 2001] ; BIT/STEP/CIDR, 2001 ; BIT/STEP, 2003].

La dette constituée par le décalage normal entre la facturation par le prestataire et le paiement par la mutuelle, n'est pas enregistrée et ne ressort pas dans les documents comptables des mutuelles. Les mutuelles tiennent une comptabilité de caisse. Nous n'avons donc pas pu calculer ce ratio dans cette étude.

• Ratio couverture des dépenses mensuelles

Le ratio couverture des dépenses mensuelles (réserves/charges en prestations mensuelles) mesure le nombre de mois de fonctionnement normal qui pourraient être financés par les réserves de la mutuelle.

Tableau 31: Ratio de couverture des dépenses mensuelles par mutuelle de 1992 à 2003

Année	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		70,28	2,55			11,03				
1993		841,57	7,43			4,30				
1994		174,10	22,02			8,33				
1995		2,42	18,36			1,83				
1996		47,99	24,13			3,76				
1997		45,53**	30,99	31,25		12,22	*			*
1998	29,32	92,32**	38,25	20,19		14,96	*			*
1999	0	2,60**	46,87	25,02		107,47	*	10,88		*
2000	2,50	*	35,92	93,59	8,62	*	0,39	9,32	10,09	0
2001	0	220,60**	52,97	29,11	-	*	3,10	18,83	14,30	0
2002	0	17,52**	54,03	7,77	-	*	10,53	18,39	18,23	0
2003	0	*	40,64	7,89	-	*	7,69	12,75	5,57	0

Les données des mutuelles de Bereba et Koumbia sont manquantes.

() = Mutuelle non encore fonctionnelle, (-) = Mutuelle non fonctionnelle, (*) = Donnée non disponible,

(**)= Les charges techniques étant occultées par absence de relation tripartite entre la mutuelle, les adhérents et le dispensaire, on ne voit pas la performance réelle de cette mutuelle.

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

On remarque que seules les mutuelles de Pê et Bobo par absence de réserves ont eu des ratios de couverture des dépenses mensuelles nuls. Le ratio de couverture des dépenses mensuelles de la mutuelle Dakwena a fluctué de 841, 57 en 1993 à 2,60 mois en 1999. En 1993, les dépenses de la mutuelle Dakwena se résumaient à celles de gestion et étaient infimes (2 200F CFA) et le taux de recouvrement des cotisations de 47,42%. De plus, la mutuelle Dakwena a observé une période d'attente de 4 ans avant le début des prestations en 1995 (cf. Tableau 9 : Historique des mutuelles de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins créées avant l'an 2000). L'insuffisance d'archivage, de remplissage des outils de gestion, et la non disponibilité des données tant du dispensaire que de la mutuelle Dakwena ne nous ont pas permis d'avoir toutes les charges techniques de la mutuelle.

Les mutuelles de Tounouma, Boni, Bouéré et Dohoun ont eu un ratio de couverture des dépenses mensuelles supérieur à 6 mois en 2002 et 2003, la valeur du taux de réserve à atteindre est généralement entre 6 et 9 mois de dépenses en prestations maladie [BIT/STEP, 2003]. Il convient de rappeler que la mutuelle pharmaceutique de Tounouma facilite l'accès des MEG à ses adhérents et fonctionne comme un dépôt de vente de MEG.

• **Ratio frais de gestion/cotisation**

Tableau 32: Ratio frais de gestion / cotisation (en %)par mutuelle et par année

	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		30,82	273,71			7,57				
1993		9,59	256,83			32,78				
1994		58,70	161,42			2,28				
1995		283,65	412,91			26,95				
1996		40,69	442,22			0,31				
1997		48,43	432,53	0		13,18				
1998	415,86	50,69	1408,26	0		1,07				
1999	803,00	238,63	1315,15	0		0,55	*	0		
2000	2079,82	0	3531,74	0	9,96	*	0	0	0	42,87
2001	1602,62	0	6128,05	0	-	*	0	0	0	7,61
2002	979,08	132,05	8708,48	112,18	-	*	0	0	0	23,32
2003	2862,40	0	7255,12	36,31	-	*	0	0	0	17,42

Les données des mutuelles de Dohoun, Bereba et Koumbia sont manquantes.

(-) = Mutuelle non fonctionnelle

(*) = Donnée non disponible

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Le ratio frais de gestion / cotisations a varié entre 0 et 8708,48%. Pour les mutuelles rurales il a fluctué entre 0 et 112,18%. Par contre, pour celles urbaines, il était situé entre 9,59 et 8708,48%. Les chiffres les plus élevés ont été observés à la mutuelle Pharmaceutique de Tounouma de 1998 à 2003 et à la mutuelle de Bobo en 2000 et 2001. La mutuelle Pharmaceutique de Tounouma qui a fonctionné comme un dépôt de vente MEG, a non seulement connu une baisse du montant des cotisations perçu mais également elle a dû revoir son circuit de ravitaillement, tous ces facteurs ont contribué à la hausse du ratio frais de gestion.

La mutuelle de Bobo a été dépendante des subventions de fonctionnement, d'où la part faible des cotisations dans les dépenses de gestion.

Les ratios frais de fonctionnement nuls des mutuelles surtout rurales s'expliquent par la gestion certes séparée mais faite par les mêmes bureaux exécutifs, COGES. Ceci fait partie des coûts indirects, mais dans notre étude nous n'avons pas estimé les coûts cachés, et nous n'avons pas retenu comme dimension la viabilité économique.

• **Ratio frais de gestion / recettes**

Le ratio frais de gestion / recettes mesure la part des recettes consacrée aux dépenses de gestion de la mutuelle, et se situe de préférence entre 5% et 15%. Lorsqu'il dépasse largement cette fourchette, la mutuelle doit rationaliser ses dépenses de fonctionnement qui s'avèrent trop onéreuses.

Tableau 33 : Ratio frais de gestion / recettes (en %) par mutuelle et par année

Année	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		28,80	15,01			7,42				
1993		9,13	21,50			31,83				
1994		16,08	9,34			2,23				
1995		254,71	18,57			22,11				
1996		25,00	25,42			0,26				
1997		40,40	20,00	0		5,06				
1998	28,00	43,24	25,64	0		1,05				
1999	156,77	200,18	21,15	0		0,55	0	0		
2000	77,22	0	22,16	0	9,96	-	0	0	0	41,12
2001	1579,83	0	27,63	0	*	-	0	0	0	7,27
2002	970,70	118,39	28,75	107,15	*	-	0	0	0	22,89
2003	2844,28	0	34,26	36,31	*	188,2	0	0	0	17,33

Les données des mutuelles de Bereba et Koumbia sont manquantes.

(-) = Mutuelle non fonctionnelle

(*) = Donnée non disponible

Source : [Tableau établi à partir de la documentation des mutuelles concernées, 2003]

Le ratio de fonctionnement de la mutuelle de Boni était élevé en 2002 et en 2003. Le ratio de la mutuelle de Bobo, confirme l'absence d'autonomie de cette dernière et sa dépendance des subventions.

En dehors des mutuelles Dakwena (en 1993) et de la mutuelle de Tounouma (en 1994), urbaines basées sur les prestataires, toutes les autres mutuelles ayant eu un ratio acceptable étaient rurales et cogérées.

- **Le ratio cotisation sur dépenses**

Ce ratio lorsqu'il est ≥ 1 , les cotisations suffisent à couvrir les charges de la mutuelle

Tableau 34 : Ratio cotisations sur dépenses par année par mutuelle

Année	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
1992		3,24	0,06			1,88				
1993		10,43	0,11			0,90				
1994		1,70	0,12			1,11				
1995		0,30	0,054			0,66				
1996		2,01	0,056			0,92				
1997		1,92	0,048	2,57		0,68	*			*
1998	0,23	1,97	0,019	0,40		1,07	*			*
1999	0,102	0,41	0,018	0,26		4,05	*	1,91		*
2000	0,045	*	0,006	0,87	1,71	*	1,03	1,01	1,84	0,67
2001	0,060	5,74	0,005	0,84		*	1,21	1,07	1,61	0,75
2002	0,10	0,76	0,003	0,59		*	1,60	1,18	1,06	1,26
2003	0,034	*	0,003	1,11		*	1,026	1,30	0,68	0,69

Les données des mutuelles de Bereba et Koumbia sont manquantes.

(-) = Mutuelle non fonctionnelle

(*) = Donnée non disponible

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Le ratio cotisation sur dépenses est ≥ 1 pour les mutuelles de Bouère, Dohoun de la création à 2003 ; et pour Dakwena de 1992 à 1994, de 1996 à 1998 et en 2001 ; Kangala de 2000 à 2002 ; Banzon en 2000; Bouahoun en 1998 et 99 ; Pê en 2002 ; Boni en 1997 et 2003.

La mutuelle de Boni a effectué des dépenses supérieures aux cotisations de 1998 à 2002 ; ce déficit a été comblé par la subvention de fonctionnement de 1997. Par contre, nous n'avons pas trouvé d'explication à celui de la mutuelle de pê.

Par contre, pour la mutuelle de Bobo, ce ratio a montré la part faible du financement des activités par les cotisations. En effet, elle a bénéficié de subvention de fonctionnement. Il en est de même de la mutuelle de Boni du début des prestations en 2002.

Pour ce qui est de la mutuelle Pharmaceutique de Tounouma, les recettes MEG ont joué un rôle prépondérant dans son fonctionnement.

• Evolution des dépenses par adhérents/bénéficiaires

C'est le rapport du volume total des dépenses sur le nombre d'adhérents pour les mutuelles à cotisation familiale et sur le nombre de bénéficiaires pour les mutuelles à cotisation individuelle. Cet indicateur permet d'analyser les dépenses par adhérents et bénéficiaires en fonction du montant de la cotisation synthétisé dans le tableau 35 ci-dessous.

Tableau 35 : Evolution des dépenses par adhérent (mutuelles à cotisation familiale) et par bénéficiaire (mutuelles à cotisation individuelle)

	Mutuelles urbaines			Mutuelles rurales						
	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Pê
A la création	43 276,46	79,17	*	155,75	291,02	159,41	*	262,19	271,57	*
1992		526,22	11 802,40			159,41				
1993		50,00	7 175,53			334,19				
1994		360,23	5 565,76			271,31				
1995		4 904,15	7 209,32			451,90				
1996		561,00	5 273,50			327,26				
1997		588,63	4 082,85	155,75		510,52	*			*
1998	43 276,46	312,77	3 344,28	997,57		465,91	*			*
1999	39 143,69	2 633,95	2 818,01	1 523,31		123,44	*	262,19		*
2000	46 510,00		3 648,74	461,1	291,02	*	484,36	495,22	271,57	741,37
2001	21 184,25	68,045	2 526,16	474,39	-	*	412,79	427,90	309,81	665,64
2002	7 282,44	700,68	2 506,06	675,21	-	*	312,78	493,80	469,98	397,29
2003	5 592,75		2 115,79	450,53	-	*	487,47	397,05	730,68	725,97

Les données des mutuelles de Bereba et Koumbia sont manquantes.

(-) = Mutuelle non encore fonctionnelle, (-) = Mutuelle non fonctionnelle

(*) = Donnée non disponible

Source : [Tableau établi à partir de la documentation comptable des mutuelles concernées, 2003]

Les mutuelles de Bouéré et Dohoun, depuis leur création, ont fait des dépenses inférieures au montant des cotisations. Pour les autres mutuelles, ce résultat varie en fonction des années d'exercice. Ainsi, les données les plus extrêmes ont été retrouvées dans les mutuelles urbaines : Bobo de 1998 à 2001, et Tounouma. Ces mutuelles avaient d'autres sources de revenu à savoir les subventions pour la mutuelle de Bobo et les produits de la vente des médicaments pour la mutuelle de Tounouma.

Les mutuelles de Boni (1998, 1999, 2002), de Kangala (2003) ; Pê (2000, 2001 et 2003) ; et Bouahoun en (1997), ont eu des indicateurs supérieurs au taux de la cotisation par bénéficiaire de 500F.

- **Existence de compte bancaire**

Sur les 12 mutuelles, 3 n'ont pas de comptes auprès des systèmes financiers décentralisés, il s'agit de 3 mutuelles rurales.

L'analyse de la variable rendement financier, a montré que les résultats ont été variables d'un exercice à l'autre et d'une mutuelle à l'autre. Les mutuelles rurales de Dohoun, de Bouère et de Kangala ont eu des résultats dans les normes (depuis la création jusqu'en août 2003). Par contre, les mutuelles de Pê, de Boni et de Bobo ont eu en moyenne des résultats négatifs.

Au terme de ce chapitre portant sur les résultats et analyse, afin de nous permettre de tirer des conclusions sur la viabilité des mutuelles prises individuellement, nous avons établi une grille d'appréciation de la viabilité des mutuelles de santé par dimension de viabilité, par indicateur, par mesures (Cf. Annexe N°4). Nous avons ainsi procédé à une moyenne des résultats sur les mutuelles depuis leur création en août 2003. Le tableau 36 ci-dessous est la synthèse des résultats par dimension de viabilité, par indicateur et par mutuelle.

Tableau 36 : Synthèse des résultats par dimension de viabilité, par indicateur et par mutuelle

Dimension De la viabilité	Indicateurs	Mutuelles Urbaines			Mutuelles rurales								
		B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Béréb	Bouah	Bouer	Doho	Kang	Koum	Pê
Viabilité administrative et gestionnaire	Suivi des adhésions	xxx	xx	xxx	x	xx	-*	xx	x	-	x	-	x
	Paiement des cotisations	-	-	-	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
	Formation	xx	xx	-	xx	-	xx	xx	xx	xx	-	xx	xx
	Adéquation prime/service	xx	x	-	x*	x	-*	xx	xx	xx	xx	-*	-
	Mode de gestion des risques	xxx	x	-	x*	xx	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	Fonctionnalité	xx	xx	xx	xx*	x	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx
	<i>Synthèse</i>	xx	x	-	xx	xx	x	xx	xx	xx	xx	x*	xx
Viabilité institutionnelle	Participation sociale	xxx	-	-	xx	x	x	xx	xx	xx	xx	x	xx
	Evaluation et contrôle	xxx	-	-	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	Aspect juridique	xx	xx	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	Personnel salarié	xxx	xx	xxx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	Relations avec les prestataires	xxx	x	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	Relations avec des organisations	xxx	-	-	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
	<i>Synthèse</i>	xxx	-	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
Viabilité financière	Adéquation prime/service	xx	x	-	x	x	-*	xx	xx	xx	xx	-*	-
	Rendement financier	-	xxx	xx	xx	xxx	-*	xxx	xxx	xxx	xxx	-	-
	<i>Synthèse</i>	x	xx	x	x	xxx	-*	xxx	xxx	xxx	xxx	-*	-

(-)= négatif, (x)= faible, (xx)= passable, (xxx)=Bon, (*)= Données non disponibles

Synthèse par indicateur et par dimension : (-) = < 20%, (x) = [20,40%[, (xx) = [40, 70%[, (xxx) = [70, 100%[

Ce tableau donne un cliché sur le fonctionnement des mutuelles de santé, mais ne ressort pas les variations en fonction du temps.

Nous avons synthétisé, dans le tableau 37, les résultats obtenus d'après la variable dépendante (la viabilité des mutuelles de santé selon ses trois dimensions) et les variables indépendantes (la zone d'implantation et la topologie des mutuelles de santé).

Tableau 37 : Synthèse des résultats par dimension de viabilité des mutuelles de santé, par zone d'implantation et par typologie

			VAG	VI	VF	V
Zone d'implantation	Mutuelles urbaines		x	xx	xx	xx
	Mutuelles rurales		xx	xx	xx	xx
Typologie	Mutuelles communautaires		xx	xxx	x	xx
	Mutuelles basées sur les prestataires	Système d'assurance simple : système de pré-paiement	xx	xx	xx	xx
		Système d'assurance complexe	-	-	xx	x

V= Viabilité, VAD= Viabilité administrative et gestionnaire, VI= Viabilité Institutionnelle, VF= Viabilité financière
 Synthèse : (-) = < 20%, (x)= [20,40%[, (xx)= [40, 70%[, (xxx)= [70, 100%[, (-)= négatif, (x)= faible, (xx)= passable, (xxx)=Bon,

Le tableau ci-dessus montre que les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent davantage selon la zone d'implantation que la typologie. En effet, les mutuelles rurales sont plus viables que celles urbaines.

Cette synthèse conclut la présentation des résultats de l'étude et nous permet d'aborder, dans le chapitre suivant, les discussions.

CHAPITRE 2 : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre, nous discutons les résultats de notre étude selon les variables et les hypothèses. Nous y abordons également les principales incertitudes et les mécanismes de consolidation. Ensuite, nous procédons à des recommandations aux mutuelles, au niveau périphérique, au niveau intermédiaire et central et aux structures d'appui.

II.1. DISCUSSIONS

Les résultats de l'étude seront discutés en fonction des hypothèses : de la variable dépendante, constituée par les trois dimensions de la viabilité, et des variables indépendantes, qui sont la typologie des mutuelles de santé et la zone d'implantation. Mais avant toute considération, il est important de rappeler qu'à l'exception de la mutuelle de Bobo qui était une mutuelle communautaire ou mutuelle d'assurance non traditionnelle sociale, toutes les autres mutuelles étaient basées sur les prestataires et/ou cogérées. Ce sont les 9 systèmes simples d'assurance communautaire ou systèmes de pré-paiement et les systèmes complexes d'assurance communautaire (ou mutuelles basées sur les prestataires dont la structure d'offre de soins ou de MEG a été mise en place par la communauté) de Dakwena, de Tounouma.

La première hypothèse de notre étude stipule que les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la typologie des mutuelles de santé et que les mutuelles de santé à base communautaire sont plus viables que les mutuelles de santé basées sur les prestataires.

Parmi les facteurs qui concourent à la viabilité des mutuelles de santé, on peut citer le recouvrement des cotisations, première source de revenus des mutuelles de santé. Il est vital pour ces structures. Ainsi, dans le cadre de notre étude, tous les systèmes de pré-paiement ont présenté un taux de membres en règle de 100%. Or, l'absence de problèmes liés au recouvrement des cotisations favorise la pérennité des mutuelles concernées. Ceci est un avantage par rapport aux 3 mutuelles urbaines qui ont un taux de recouvrement des cotisations non seulement faible mais qui a évolué à la baisse. Par exemple, de 1998 à 2003, le taux de recouvrement des cotisations de la mutuelle de Bobo a varié de 83,83% à 1,52%. En effet, DROR et al., 2001 ont démontré que le succès d'une mutuelle de santé dépend non seulement de

sa capacité intrinsèque à offrir un paquet d'avantages répondant aux besoins des clients, à négocier avec les prestataires, mais aussi de ses possibilités à recouvrer les cotisations, à enregistrer, à analyser et à communiquer les données comptables, financières et opérationnelles.

Dans le domaine des soins de santé, il a été démontré que l'équité d'utilisation parmi les assurés et la disponibilité du personnel soignant sont aussi importantes car elles influencent grandement le système de soins. C'est ainsi que FONTENEAU, 1998 a pu observer que « la viabilité des mutuelles organisées autour des CSPS est non seulement conditionnée par la volonté de l'ICP de s'y impliquer mais également par le suivi et l'engagement des médecins de l'hôpital de district ». Mais, il faut le noter, ces prestataires ont rencontré des difficultés à combiner judicieusement les activités professionnelles avec la gestion de la mutuelle [FONTENEAU, 1999] ; en effet, celle-ci constitue une surcharge de travail pour les agents de santé [CAZAL et al, 2000]. RESCHOVSKY et al., 2000, ont cité des cas de besoins non satisfaits ou de soins retardés à cause des règles de gestion administrative de la mutuelle de santé. L'augmentation de la capacité de gestion des responsables par la formation recyclage permet une utilisation efficiente des outils de gestion.

Cependant, le faible niveau général de formation est une limite au bon fonctionnement des organes [EVRARD, 2002]. Cela a été remarqué durant notre étude. En effet, la compétence et l'expertise des responsables à gérer les mutuelles ont été jugées insuffisantes, malgré le fait que la formation/recyclage ait été régulièrement organisé ces deux années dernières par les ECD pour les systèmes de pré-paiement. La mutuelle communautaire urbaine de Bobo a quant à elle renforcé plus régulièrement les compétences des responsables de sa structure. En effet, non seulement elle a abordé au moins trois thèmes de formation (l'étude de faisabilité, la mise en place et fonctionnement, le suivi-évaluation, la gestion administrative et financière) mais également la formation a concerné les trois bureaux exécutifs qui se sont succédé. Une formation adaptée au niveau d'alphabétisation des responsables des mutuelles surtout rurales est donc nécessaire [CAZAL, 2000]. En plus, les districts sanitaires, les bureaux exécutifs des mutuelles de santé devront se doter des supports de formations pour une meilleure gestion des systèmes de micro-assurance. Car dans l'étude de TRAORE et al.(2001), seulement 3,84% (1/26) des documents sur les mutuelles de santé retrouvés dans les districts sont relatifs à la formation.

Le coût des services de santé en dehors de ceux des médicaments est partagé entre les bénéficiaires de la mutuelle Dakwena et le dispensaire seulement. La relation tripartite entre le bénéficiaire, la mutuelle, et le prestataire de soins n'est pas bien définie et est pratiquement inexistante pour la mutuelle Dakwena basée sur les prestataires. Ainsi, il n'y a pas de facturation du dispensaire à la mutuelle. Une analyse des coûts par activités et/ou une analyse coût efficacité, avec pour objet de déterminer le rôle et l'influence du paquet d'avantages de la mutuelle sur le fonctionnement du dispensaire, serait d'un intérêt certain.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus ont montré que les mutuelles basées sur les prestataires, les systèmes de pré-paiement et la mutuelle communautaire de Bobo ont davantage de déterminants de viabilité institutionnelle. En effet, la participation sociale, le suivi-évaluation et le contrôle y ont été effectives. Aussi, toutes les structures de la mutuelle de santé de Bobo ont fonctionné. Pour les systèmes de pré-paiement, les AG, les rencontres du COGES, et le suivi-évaluation par l'ECD ont été plus réguliers que pour les mutuelles de Tounouma et Dakwena. En effet, les dernières AG de ces structures remontent à 1995 et 2001. Différentes études antérieures [ATIM, 2000 ; FALL, 2001; GANDAHU, 2001] ont confirmé l'importance de la viabilité institutionnelle par rapport aux autres dimensions. Ainsi, ATIM (2002), dans une étude sur l'assurance santé au Ghana, a montré que « les systèmes communautaires (au moins les plus réussies) tendent à inclure un degré important de participation des membres dans la gestion et la prise de décision ». L'implication effective des parties prenantes (qui inclut non seulement les membres mais aussi les prestataires, l'Etat et ses démembrements, les partenaires, les fédérations groupements et réseau de mutuelles) est donc un facteur de succès qui, associé à une forte collaboration des prestataires, assure la viabilité des mutuelles [OCHWO, 2000]. Parmi les déterminants du succès d'un plan d'assurance, CONN et WALFORD en 1998 ont aussi fait mention de l'acceptation par les parties prenantes ; en effet cette acceptation détermine la viabilité institutionnelle, qui est également influencée par la typologie. Cependant, le suivi-évaluation et le contrôle demeurent des variables clés de la viabilité institutionnelle. Ils peuvent être aussi bien menés par les bénéficiaires, les prestataires que par les structures d'appui technique. Ils ont été bien menés dans les systèmes de pré-paiement (sauf la mutuelle de Pê) et la mutuelle communautaire de Bobo. Pourtant pour les mutuelles Dakwena et de Tounouma, cet indicateur a été négatif.

Le ratio frais de gestion / cotisation en zone urbaine a été très élevé. La situation de la mutuelle de Tounouma qui est « une pharmacie » mutualiste est expliquée en partie par ses résultats.

Pour ce qui est de la mutuelle de Bobo, la gestion « entrepreneuriale », l'absence d'autonomie de gestion financière liée à la stratégie d'appui financier à la mutuelle ont conduit aux frais de gestion élevés. En plus, la présence des bailleurs internationaux mène à des attentes trop élevées de la part des membres des mutuelles. C'est la raison pour laquelle la promotion de l'assistance technique sans subvention de cotisations a été envisagée [GOTZ et al., 2003].

Toutes les mutuelles en dehors de la mutuelle de Tounouma ont une précarité financière. 3 systèmes de pré-paiement (Dohoun, Bouer et Kangala) qui ont en moyenne 3 années de fonctionnement ont eu des ratios correspondant aux normes requises, particulièrement les ratios cotisations sur dépenses (>1) et les dépenses par bénéficiaires ($<$ prime de cotisation), avec un ratio de couverture des dépenses mensuelles supérieure à 6 mois en moyenne sauf pour la mutuelle de Bouéré. Egalement, la mutuelle de Bouahoun sur 8 années (de 1992 à 1999) et celle de Banzon sur une année de fonctionnement ont obtenus en moyenne des résultats financiers passables. Par contre, les mutuelles de Pê et Boni ont eu des résultats financiers négatifs en général.

Le projet de réassurance au Mali, diffère selon la typologie de la mutuelle [OUATTARA, 2002]. Des projets de réassurance dans la région de Thiès au Sénégal ont été également développés. Car la stratégie de la réassurance des micros assureurs maladie est tributaire de la sinistralité de leur portefeuille. Celle-ci est elle-même tributaire de la fluctuation du nombre de sinistres et de leurs coûts. A ces aspects doivent être ajoutés les primes d'assurance, la taille des mutuelles. Les mutuelles ont besoin de consolider leurs acquis et la réassurance se pose comme une alternative [DIABATE, 2003]. Or, notre étude ne nous a pas permis d'approfondir, par insuffisance de données, la sinistralité liée aux prêts aux bénéficiaires des systèmes de pré-paiement surtout dans le cadre du paquet d'avantages. Mais l'alimentation de ce fonds de réassurance, et le supplément de cotisation parfois nécessaire et son impact sur l'adhésion doivent être cernés.

Le paquet d'avantages des mutuelles de l'étude actuellement fonctionnelles ne couvre que les petits risques, la couverture des gros risques hospitaliers tant au niveau CMA qu'au niveau du CHNSS ne peut être effective qu'avec des structures plus pérennes. Mais l'essor de la réassurance dépend au préalable de celui des mutuelles. Les mutuelles de la région de Thiès au Sénégal couvrent des gros risques sans système de réassurance proprement dite, bien que la réassurance sociale y existe avec la coordination régionale.

En définitive, dans la région sanitaire des Hauts-Bassins, les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la typologie. Les systèmes d'assurance simple de financement communautaire de l'assurance maladie sont aussi viables que les mutuelles à base communautaire, bien que ces dernières aient une meilleure viabilité institutionnelle. Par contre, les systèmes d'assurance complexe de financement communautaire ont obtenu des résultats négatifs pour toutes les dimensions de la viabilité. L'hypothèse 1a est donc vérifiée, mais l'hypothèse 1b ne l'est pas.

La seconde hypothèse de ce travail stipule que les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la zone d'implantation des mutuelles de santé et que les mutuelles de santé des zones rurales sont plus viables que les mutuelles urbaines quelle que soit la typologie de la mutuelle.

La taille des mutuelles est comprise entre 99 et 2696 bénéficiaires en zone rurale, et 41 et 1607 adhérents en zone urbaine. Le taux de membres en règle en zone urbaine et le nombre de bénéficiaires en zone rurale sont en baisse. Des études réalisées dans les pays en développement et particulièrement en Afrique de l'Ouest, ont montré que la petite taille des mutuelles constitue une des limites internes à leur fonctionnement [EVRARD, 2002]. La proportion de la population cible qui s'inscrit est souvent inférieure à celle prévue par les initiateurs [GOTZ et al., 2003]. Ceci est en concordance avec les observations de la présente étude. En effet le scénario retenu à l'issue de la restitution de l'étude de faisabilité de la mutuelle de Bobo, et consécutive à une étude prospective faite en l'an 2000 a estimé que la taille critique hors subvention serait de 1665 adhérents à jour. Or, le nombre total d'adhérents n'était que de 416 et le nombre de bénéficiaires 908 en 2003. Cette étude a nécessité un capital externe considérable et montré une faible capacité de prévision. Compte tenu de cela, GOTZ et al. (2003) se sont interrogés sur la nécessité de l'étude de faisabilité approfondie. Et le BIT/STEP a développé l'étude de faisabilité participative [GOTZ et al., 2003].

Non seulement la taille des mutuelles est faible, mais également le taux de pénétration de la population cible est très faible en zone urbaine surtout, il y a varié entre 0,08% et 2,84%. Pourtant, selon GOTZ et al. (2003) la densité élevée de la population en zone rurale est une des conditions favorables au développement de mutuelles. En effet dans le domaine de la micro-finance, la faible densité de la population est une contrainte au développement de la micro-finance en zones reculées et défavorisées, rurale ainsi que la précarité des revenus. Cependant,

l'hétérogénéité des milieux humains, la dilution des valeurs, les problèmes de sécurité physique et financière, de même que la densité de la population, entraînent un problème de dimensionnement des caisses et leur degré d'appropriation en ville [CERISE,1999]. Dans notre étude le taux de pénétration de la population cible a été plus élevé en zone rurale (de 0,56 à 33,06%) qu'en milieu urbain (de 0,083 à 2,84%). Mais cela n'est pas forcément avantageux pour les mutuelles rurales. En effet, les taux des mutuelles de Bouere et Dohoun sont les plus faibles en zone rurale. Car, selon ATIM, 2002, la « taille généralement réduite souvent considérée comme un handicap dans certains milieux est en lui-même un avantage dans la gestion de quelques risques comme la fraude et le risque moral » ; en effet, il facilite le contrôle social.

C'est ainsi que des instruments pour réduire les risques ont été mis en place :

- la référence obligatoire a été effective pour toutes les mutuelles, dans le domaine du risque moral ;
- le co-paiement, pour la sélection adverse ;
- les franchises (Dakwena pour les médicaments) pour l'escalade des coûts ;
- les plafonds (la mutuelle de Bobo), pour les fraudes ;
- les contrôles et évaluations pour la gestion et la prévention des risques
- le délai d'observation (3 mois en général).

Tous ces mécanismes de gestion des risques majeurs liés à l'assurance santé ont déjà été soulignés par FOURRY et PRIEUR, 2000 et par BIT/STEP, 2001. Ceux-ci, en fonction du type de risques, ont mis en parallèle les instruments et mesures préventives nécessaires pour les éviter et donner ainsi à la mutuelle toutes les chances de pérennité. Des insuffisances dans le contrôle et l'évaluation ont été observées surtout dans les systèmes complexes de financement communautaires, les mutuelles urbaines de Dakwena et Tounouma. Tous les mécanismes de gestion des risques ont été davantage mis en place dans la mutuelle de santé de Bobo.

Cette dernière a bénéficié de personnel administratif. Ce personnel a pour avantage de contribuer à l'exercice du rôle du bureau exécutif. Il pallie les problèmes liés au bénévolat. Ceci avait déjà été signalé dans la littérature où il a été démontré que le bénévolat est source d'insuffisance de motivation et de manque de disponibilité [EVRARD, 2002]. Les inconvénients de l'embauche pour les structures telles que les systèmes de solidarité sont liés à la maîtrise des ressources humaines et à l'impact des coûts de prise en charge du personnel sur leur fonctionnement. Ainsi, 2/3 des mutuelles urbaines ont eu à gérer des problèmes de fraude et

d'abus. GOTZ et al. (2003) ont souligné la dualité liée à la nécessité d'une administration technique qui certes encourage le travail bénévole mais également pose des problèmes liés aux tâches à garder et à déléguer. Les limites de la délégation sont selon lui, les problèmes de confiance, la difficulté de déléguer la gestion des risques et l'augmentation des frais administratifs.

En effet, le ratio frais de gestion/ recettes obtenu par la mutuelle de Bobo était très élevé. Elle a bénéficié d'un capital externe considérable. Ainsi, la mutuelle de santé de Bobo, communautaire mais pilotée par des technocrates, a fonctionné beaucoup plus comme une entreprise dès le début des prestations, ce qui a entravé l'appropriation de la structure par les bénéficiaires et son autonomie de gestion. GOTZ et al. (2003) a en effet souligné que « la présence des bailleurs internationaux mène à des attentes trop élevées de la part des membres des mutuelles ». Les mutuelles urbaines ont davantage bénéficié d'appuis financiers que les mutuelles rurales. Cependant on a déploré la réduction, d'une manière générale dans toutes les mutuelles de l'échantillon, des appuis technique et financiers. Car malgré les implications de la subvention, l'assistance technique est nécessaire. Dans les systèmes de pré-paiement, la réalisation des activités de suivi évaluation des mutuelles est tributaire d'un financement externe surtout. Dans l'aire sanitaire du district de Houndé, l'absence de financement a été la raison principale de l'irrégularité et de la performance de cette activité. La mutuelle de Boni a eu également un ratio frais de fonctionnement sur recettes élevé en 2002 et 2003.

Dans la présente étude, l'offre de soins (publique, privée, et privée sans but lucratif) assez fourni du secteur urbain a joué un rôle défavorable dans l'évolution du paquet d'avantages de la mutuelle de Bobo. En effet, les bénéficiaires étaient remboursés au tarif du CHNSS quel que soit le prestataire conventionné qui les a pris en charge. Des études ont montré que les mutuelles communautaires n'ont pas l'autorité nécessaire pour influencer l'offre de soins de façon significative et le pouvoir de négociation attendu [WAELEKENS et al, 2004]. Par contre, le secteur rural se caractérise par le quasi-monopole de l'offre de soins publics comme dans notre étude, sauf lorsqu'il existe des structures confessionnelles ; ceci avait déjà été souligné par FALL, 2001, dans le cadre d'une étude sur les mutuelles de santé de la région de Thiès, au Sénégal. Pour ce qui est de la participation effective des membres des systèmes d'assurance simples de financement communautaire, elle n'est pas évidente, bien que ces structures soient cogérées. Ainsi, selon WAELEKENS et al (2004) les membres de ces structures aussi bien en



Afrique de l'Est qu'en Afrique de l'Ouest ont exprimé le souhait de plus de participation à la prise de décision.

Les interrelations entre les indicateurs les plus favorables à la viabilité des mutuelles de santé sont celles qui intègrent la dimension financière. Ce sont les indicateurs paiement des cotisations, adéquation prime/ service, mode de gestion des risques, relations avec les prestataires et le rendement financier.

En ce qui concerne la viabilité financière, on constate que toutes les mutuelles ont une précarité financière. Trois systèmes de pré-paiement qui ont en moyenne 3 années de fonctionnement ont eu des ratios correspondant aux normes requises. La faible capacité financière des mutuelles de santé est ainsi liée à la faible et irrégulière capacité contributive des ménages. Néanmoins, il y a une équité contributive horizontale interne apparente pour toutes les mutuelles, les primes ou cotisations étant fixes, et également une inaccessibilité financière de la prime. En effet, une cotisation graduelle selon le revenu est promue actuellement par le BIT dans le cadre de la promotion de ces alternatives de financement. Or cela est faisable dans le secteur formel. Mais dans l'informel où les revenus ne sont pas en général complètement déclarés, la mise en œuvre de cette stratégie sera difficile. Egalement, GOTZ et al (2003) proposent une cotisation graduelle selon la localisation géographique surtout en zone rurale pour pallier les problèmes liés à l'impact géographique sur l'équité et l'acceptabilité.

Afin de permettre la consolidation financière de ces structures, des mécanismes tels que la réassurance, le fonds de garantie, la prise en charge des indigents, le renforcement de la base ont été développés et expérimentés par des mutuelles et des structures d'appui.

Le fonds de garantie n'existe pas et la réassurance sociale est en train d'être mis en place dans le district sanitaire de Houndé. En effet, une fédération des mutuelles de santé dans ladite région est en projet, avec la tenue de l'AG constitutive en 2003. Les statuts et règlement intérieur ne sont pas encore élaborés, et il se pose aussi un problème de financement. Le projet d'appui au développement de la mutualité en matière de santé, à travers l'approche agence de développement a mis en place ces mécanismes pour la consolidation des mutuelles de santé de l'Union Technique de la Mutualité (Mali) [WAELEKENS, 2004]. Pour le fonds de garantie, des avances de fonds remboursables sont possibles pour combler les périodes de tension de trésorerie à des conditions déterminées. Le bilan de ce projet montre que de 2000 à 2002, aucune mutuelle n'a sollicité le concours du fonds.

La prise en charge des indigents et le renforcement de la base économique sont des initiatives qui permettent d'améliorer l'équité et de lever la barrière financière mais ils demandent une solidarité très accrue ; cela a été expérimenté avec succès en Guinée et au Sénégal [EVRARD, 2002]. Cependant, WAELKENS et al ont identifié des stratégies divergentes pour remédier à l'exclusion des plus démunies. Il s'agit de la mise en place de structures spécifiques d'assistance sociale et la prise en charge par le gouvernement.

Par ailleurs, les déterminants de la viabilité des mutuelles de santé diffèrent selon la zone d'implantation des mutuelles de santé. En effet, les déterminants clés pour le milieu rural sont le paiement des cotisations, l'évaluation et le contrôle, les relations avec les prestataires et avec des organisations. Ainsi, les mutuelles des zones rurales sont plus viables que les mutuelles urbaines, quelle que soit la typologie.

Selon GOTZ et al. (2003), six approches principales peuvent être retenues pour la promotion des mutuelles de santé ; ce sont :

- le projet pilote coûteux avec une extension incertaine, inappropriée à la promotion ;
- l'agence gouvernementale, qui compromet l'autonomie des mutuelles ;
- la coordination régionale, exemple de la région de Thiès approche de bas en haut;
- l'agence de développement, UTM du Mali dépendance d'un soutien externe et forte dans la sensibilisation;
- le co-développement prestataire acquéreur, fiable techniquement mais nécessite un capital externe considérable ;
- et l'approche entrepreneuriale ou le modèle Centre de Compétence pour l'assurance Maladie (CHIC).

Les discussions des résultats de notre étude, nous permettent de faire des recommandations aux acteurs des mutuelles afin d'améliorer leur viabilité. Nos recommandations privilégient d'abord l'approche coordination régionale. Ensuite l'agence gouvernementale vise surtout à favoriser un aspect environnement propice au développement tout en préservant l'autonomie.

II.2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations que nous formulons se basent sur les résultats et les objectifs de l'étude. Elles sont adressées aux mutuelles de santé de l'étude, et à toutes les mutuelles de santé, au niveau périphérique ou opérationnel, au niveau intermédiaire et central, et aux structures d'appui.

a) Aux mutuelles de santé selon la zone d'implantation et la typologie

Dans cette section, nous donnons des recommandations aux mutuelles selon la zone d'implantation et selon la typologie, avant de faire des recommandations spécifiques.

□ Aux mutuelles selon la zone d'implantation

▪ Aux mutuelles urbaines

- Assurer le suivi évaluation des mutuelles particulièrement des indicateurs adéquation prime services, paiement des cotisations, formation, participation sociale, évaluation et contrôle, relations avec les prestataires et avec des organisations, et rendement financier.
- Développer une stratégie de sensibilisation et de communication avec le public cible et la population de la zone par les associations et éventuellement par les médias.

▪ Aux mutuelles rurales

- Assurer le suivi évaluation des mutuelles particulièrement des indicateurs suivi des adhésions, formation, adéquation prime services, participation sociale.
- Renforcer les compétences des responsables des mutuelles en tenant compte de leur niveau d'alphabétisation.

□ Aux mutuelles selon la typologie

▪ Aux mutuelles communautaires

- Assurer le suivi évaluation des mutuelles particulièrement des indicateurs paiement des cotisations, et rendement financier.

- Développer des stratégies de collecte des primes adaptées aux sources et entrées de revenus des bénéficiaires.
- **Aux mutuelles basées sur les prestataires**
 - *Aux systèmes simples d'assurance de financement communautaire* : Assurer le suivi évaluation des mutuelles particulièrement des indicateurs suivi des adhésions, adéquation prime services.
 - *Aux systèmes complexes d'assurance de financement communautaire* : assurer le suivi évaluation des mutuelles particulièrement des indicateurs participation sociale, évaluation et contrôle, relations avec les prestataires et les organisations.

b) Aux mutuelles de santé de l'étude

La mutuelle de santé de Bobo, au moment où nous finalisons ce travail, a été dissoute (décembre 2003). Une autre structure de micro assurance santé est en projet. L'étude de faisabilité a été réalisée du 26 novembre au 30 décembre 2003, sur une population cible constituée par 531 membres dont 32% de femmes de 9 associations (professionnelle du milieu informel, ethnique, de résidence) [PAMOUSSO, 2004]. Le processus de restitution est en cours avec, comme perspective, la prise en charge des petits risques.

Pour une viabilité de la structure, les indicateurs adéquation prime services, le rendement financier (le ratio frais de fonctionnement, couverture des dépenses par adhérent, l'évolution des dépenses par adhérents) devraient être particulièrement surveillés.

Il importe que dès l'étude de faisabilité, dans le binôme cotisation/prestation, le supplément lié à une réassurance soit d'ores et déjà envisagé. La dynamique locale avec l'autonomie de gestion tant financière qu'administrative de la mutuelle doivent être la base de fonctionnement de la future structure.

Par ailleurs, vu la diversité des associations, la participation sociale avec une représentativité de toutes les composantes de la mutuelle serait un gage de succès. La dynamique d'adhésion (Taux de pénétration de la population cible, taux de croissance interne et externe) pourrait être suivie par une stratégie de sensibilisation, communication d'abord intra association, orientée vers la cible, ensuite vers la population de la zone.

A la mutuelle Dakwena, la formation des responsables du dispensaire et du bureau exécutif à la gestion, et au suivi évaluation des mutuelles doit être une priorité. L'accélération de la révision des statuts et règlement intérieur, et surtout une réorganisation et détermination des rôles pour la gestion surtout administrative de la mutuelle rendra plus efficient le dispensaire et pérenne la mutuelle.

La mutuelle pharmaceutique de Tounouma, en tant que « pharmacie mutualiste », a bien fonctionné jusqu'en 1997. Aujourd'hui, elle ne fonctionne plus que comme un dépôt de vente MEG. Or, les textes n'autorisent les dépôts de vente MEG privé qu'en zone rurale. Il importe donc que les structures responsables, les autorités religieuses catholiques de la paroisse Sainte Famille de Tounouma soit dynamisent la mutuelle en variant le paquet d'avantages soit intègrent le dépôt MEG de la mutuelles à une de leur formation sanitaire privé à but non lucratif.

Pour les systèmes de pré-paiement, une meilleure organisation de la documentation, de l'archivage des données et du processus de collecte de données sur les CSPS et surtout sur les mutuelles des aires sanitaires des districts, faciliterait non seulement la gestion de celles-ci mais aussi les études ultérieures. Au siège des districts, une base de données sur les mutuelles de santé pourrait être reconstituée au niveau de la Cellule d'information sanitaire.

Les indicateurs suivants devront être suivi particulièrement ;

- le suivi des adhésions pour toutes les mutuelles rurales ;
- l'adéquation prime services surtout pour les mutuelles de Pê et Boni ;
- le mode de gestion des risques surtout pour les mutuelles de Boni et Béréba ;
- la participation sociale pour les mutuelles de Béréba et Koumbia ;
- les indicateurs de la viabilité financière surtout pour les mutuelles de Pê et Boni.

La formation/recyclage, le suivi évaluation et le contrôle du fonctionnement des mutuelles de santé pourraient être planifiés et harmonisés dans la région.

Les systèmes de pré-paiement doivent mettre l'accent sur le suivi-évaluation des indicateurs de la viabilité administrative et gestionnaire.

La reprise des activités de la mutuelle de Banzon, le COGES ayant été mis en place en 2003, doit être envisagée.

Le processus de mise en place de la fédération des mutuelles de santé de la zone de Houndé devra être accélérée. Il faudrait envisager dès le stade projet, la transformation de cette réassurance sociale en réassurance proprement dite avec la disponibilité d'un fond de garantie à moyen terme.

La mise en place de bureau exécutif différent de celui du COGES doit être examinée au cas par cas eu égard au contexte social particulier de la zone, et au dynamisme du COGES.

c) A toutes les mutuelles de santé

- **A court terme**

- Rendre plus effective la participation et le contrôle sociale ainsi que le fonctionnement des organes.
- Promouvoir et mettre en œuvre des stratégies de sensibilisation, information des adhérents.
- Développer des relations de contractualisation avec les prestataires de soins.

- **A moyen terme et à long terme**

- Développer la réassurance sociale dans un cadre de concertation régional des mutuelles de santé.
- Mettre en place un système de réassurance soit par niveau de soins (CMA/ district, CHR/ région sanitaire, CHN) soit par zone administrative (département, province, région).

d) Au niveau périphérique ou opérationnel

Engagement des équipes cadres de districts

- **A court terme**

- Intégrer aux Conseils de Santé de District les mutuelles de santé.
- Appuyer les mutuelles en place pour un essor et une viabilité.
- Planifier, Suivre, évaluer, et contrôler les activités de développement des associations mutualistes dans leur aire de responsabilité respective.
- Développer des relations de contractualisation avec les mutuelles de santé garantissant la disponibilité et la qualité des services de soins.
- Promouvoir la réassurance sociale.

- **A moyen terme et à long terme**

- Promouvoir la réassurance au niveau secondaire et tertiaire.

e) Au niveau intermédiaire et central

Engagement du gouvernement

- **A court terme**

- Accélérer et mettre en œuvre l'adoption des textes juridiques sur les mutuelles
- Accélérer la validation de la stratégie nationale sur la protection sociale
- Accélérer la mise en place d'une cellule d'appui technique multisectorielle au sein de la direction de sécurité sociale et de la mutualité du ministère du travail.
- Accélérer la mise en place des fichiers de base sur les mutuelles.
- Contribuer à rendre performantes les structures de réassurance sociale en projet (Fédération des mutuelles de santé de Houndé, Fédération des mutuelles de santé de Boussé) ou fonctionnelles (RAMS),
- Intégrer les indicateurs de suivi des mutuelles de santé dans le Système d'Information sanitaire et dans les plans d'actions des CSPS, Districts, et DRS.

- **A moyen terme et à long Terme**

- Faciliter l'émergence d'une structure de coordination de la promotion et d'accompagnement du mouvement mutualiste, par la passation d'un contrat d'objectif avec cette institution, et en veillant à l'équité d'accès par toutes les structures et organisations sur toute l'étendue du territoire.
- Promouvoir la réassurance tant pour les mutuelles autogérées, cogérées et /ou basées sur les prestataires, que pour les mutuelles socioprofessionnelles.
- Mettre en place des moyens financiers pour soutenir les actions de la structure mandatée pour conduire le processus, notamment pour sensibiliser les principaux acteurs dans l'approche (Cadre Technique Provincial, CTRS/CSD, Conseil de direction, ECD, COGES etc.).
- Former/recycler en cascade les responsables des structures de santé (Niveau central+DRS, MCD, ECD, ICP, COGES), de l'action sociale, et des mouvements associatifs sur les alternatives de financement de la santé.

- En cas de besoin, approfondir et réviser les modules de formation en gestion des districts des MCD, et des membres non-médecins des ECD, volet gestion des ressources financières alternatifs de fonctionnement.
- Intégrer/ réviser les programmes de formation initial du personnel de santé (paramédical, médical) en approfondissant le module sur le financement de la santé et les alternatives de financement.
- Promouvoir la réassurance au niveau national.
- Promouvoir un meilleur accès aux soins de santé par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

f) Aux structures d'appui

Engagement des partenaires pour la promotion de l'autonomie de gestion des mutuelles de santé

- **A court terme**
 - Développer l'appui technique : formation, suivi et évaluation.
 - Renforcer l'appui financier des activités de formation, suivi, évaluation et contrôle des mutuelles de santé.
 - Promouvoir la collaboration entre structures d'appui financier et structures d'appui techniques.
- **A moyen terme et à long terme**
 - Mettre en place un cadre de concertation national sur les mutuelles de santé coordonné par la cellule multisectorielle.
 - Promouvoir la pérennité du cadre de concertation nationale.

Les recommandations que nous avons formulées privilégient l'approche coordination régionale et agence gouvernementale avec un aspect environnement propice au développement tout en préservant l'autonomie co-développement prestataire acquéreur. Afin de favoriser leur mise en œuvre, nous traiterons des perspectives dans la section suivante .

II.3. PERSPECTIVES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

- **Mutuelle de Bobo**

- Participation démocratique des membres de toutes les associations la composant
- Maîtrise des ressources humaines
- Négociation et promotion de la participation des prestataires à la gestion des mutuelles.

- **Mutuelle Dakwena**

- Adoption des nouveaux textes
- Description et séparation des fonctions
- Renouvellement des structures en évitant les titres honorifiques.
- Une analyse des coûts par activités et/ou une analyse coût efficacité avec pour objet de déterminer le rôle et l'influence du paquet d'avantages de la mutuelle sur le fonctionnement du dispensaire permettra une pérennité du couple dispensaire/mutuelle;

- **Mutuelle de Tounouma**

- Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle
- Ou le règlement des frais de licenciement des gérantes pouvant être onéreux pour la structure, elles pourront être soit maintenues dans un dépôt MEG de l'organisation mère de la mutuelle soit reconverties à d'autres fonctions.

- **Systèmes de pré-paiement**

- Une des conditions à une collecte de données dans l'aire de santé des districts pourrait être la disponibilité des copies des instruments de collecte des différentes études et une rétro information des résultats aux mutuelles.
- La disponibilité de documents de formation sur les mutuelles de santé à la bibliothèque bleue des districts facilitera une formation continue des agents de santé dans ce domaine.

- Une analyse de la situation et surtout une étude de faisabilité participative pour la reprise des activités de la mutuelle de Banzon afin de rendre la nouvelle structure plus pérenne doivent être réalisées au préalable.
 - Une étude sur la pertinence des systèmes de pré-paiement en zone rurale par rapport aux mutuelles strictement communautaire : une analyse de coûts par activités pourrait déterminer la stratégie la plus efficace pour le système de santé.
- **Toutes les mutuelles**
 - Veiller à l'utilisation adéquate des outils de collecte des données.

II.3. LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de l'étude sont liées essentiellement à l'échantillon et à la disponibilité des données.

- **Par rapport à l'échantillon**
 - La taille de l'échantillon est petite (12 mutuelles).
 - La répartition des mutuelles à l'étude selon les variables indépendantes (zone d'implantation et typologie) n'est pas équilibrée. Selon la zone d'implantation, nous avons étudié 3 mutuelles urbaines et 9 rurales. Et selon la typologie une mutuelle communautaire et 11 mutuelles basées sur les prestataires dont 9 systèmes de pré-paiement.
 - Les mêmes mutuelles de santé ont été classées selon les variables.
 - Le démarrage à des périodes différentes des activités de chacune des mutuelles n'a pas permis d'identifier les différentes étapes de croissance des mutuelles : naissance, phase de croissance, équilibre [BIT/STEP/CIDR, 2001]
- **Par rapport aux données**
 - La non disponibilité des données, l'insuffisance d'archivage et de remplissage des outils de gestion n'ont pas permis leur complétude.
 - La non utilisation de système comptable par les mutuelles a été une limite à l'analyse financière.

CONCLUSION
GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Les sources de financement des services de santé dans les pays en développement proviennent d'une part, du financement public, des donateurs et, d'autre part, de la participation des individus ; mais la participation des ménages induit une iniquité d'accès due aux exclusions (temporaires ou permanentes, partielles ou totales) que cela produit. Afin de faciliter l'accès aux soins et de réduire aussi les exclusions, des alternatives de financement de soins se sont développées.

Ainsi, pour contribuer à l'analyse de la viabilité des mutuelles de santé selon la typologie et la zone d'implantation dans la région sanitaire des Hauts-Bassins, nous avons mené une étude rétrospective par approche de cas multiples imbriqués. L'échantillon a porté sur des mutuelles fonctionnelles depuis l'an 2000, qui sont au nombre de 12 dont :

- 9 mutuelles rurales, cogérées et fonctionnant sur la base des systèmes de pré paiement ;
- 3 mutuelles urbaines dont une communautaire, deux basées sur les prestataires.

Les résultats de l'étude ont montré que les mutuelles rurales cogérées sont plus viables que les mutuelles urbaines. Les facteurs suivants ont été identifiés comme favorisant la pérennité des systèmes de pré-paiement :

- l'appui technique sous forme de formation suivi-évaluation et contrôle apporté par les Equipes Cadres de District et les structures d'appui ;
- l'implication communautaire ;
- le contexte social traditionnel de la zone rurale avec la forte notion de solidarité ;
- le facteur économique de la zone cotonnière et/ou fruitière ;
- le taux de membres en règle de 100%.

Cependant des limites ou incertitudes clés ont été constatées. Ce sont :

- l'implication politique, qui est fortement liée à l'adhésion et l'implication du personnel des formations sanitaires ;
- le mouvement du personnel de santé ;
- la précarité financière, l'absence de réserves, l'évolution des dépenses par bénéficiaire par année est supérieure au montant des cotisations.

Les interrelations entre les indicateurs les plus favorables à la viabilité des mutuelles de santé sont celles qui intègrent la dimension financière.

Les mutuelles rurales qui ont obtenu des indicateurs répondant aux normes depuis leur création sont parmi les plus récentes (4 à 5 années d'ancienneté) de l'échantillon : Bouéré, Kangala et Dohoun.

Les systèmes complexes d'assurance de financement communautaire (mutuelle Dakwena et de Tounouma) ont obtenu des indicateurs de viabilité administrative- gestionnaire , institutionnelle, et financière faibles. Il s'agit surtout des indicateurs de paiement des cotisations, de participation sociale, d'évaluation et contrôle, d'adéquation primes services, de mode de gestion des risques et de relations avec les prestataires et les organisations.

Les problèmes rencontrés par la mutuelle communautaire de Bobo confirment le rôle et l'importance de la participation communautaire et de l'autonomie de gestion financière. En effet, la mutuelle de santé de Bobo a bénéficié d'une subvention d'exploitation, et a fonctionné comme une entreprise. En plus, les indicateurs de paiement des cotisations et de rendement financier ont été faibles ne permettant pas sa viabilité.

La promotion de la mutualité comme alternative de financement de la santé est un acquis de la politique du gouvernement. Cependant, les stratégies de réalisation en cours requièrent un engagement de tous les acteurs des mutuelles. C'est à ce prix que les mutuelles de santé connaîtront des lendemains meilleurs, et pourront prospérer dans les pays en développement.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **ACOPAM, BIT, WSM, ANMC, 1996.** Guide pratique à l'usage des promoteurs administrateurs et gérants : mutuelles de santé en Afrique. Dakar : WSM/ANMC, 1^{ère} édition. 164p.
2. **ATIM C., 1998.** Mouvements sociaux et assurance –maladie : une évaluation critique des systèmes d'assurance volontaires à but non lucratif avec des études de cas au Ghana et au Cameroun.
3. **ATIM C., 2000.** Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse des travaux de recherche menés dans 9 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Abt associates Inc STEP
4. **ATIM C., 2002.** Vers un système de réassurance au Ghana. Courrier de la concertation N°7. http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo_7.HTML#ancre414001
5. **ATIM C., 2003.** Codex sur le module Assurance et Mutualité. CESAG/ DSES 5.
6. **BIT, 2000.** La micro-assurance santé en Afrique : guide d'introduction à la mutuelle de santé. Organisation Internationale du travail ;75p.
7. **BIT/STEP, 2003.** Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique. Genève : BIT/STEP; 268p
8. **BIT/STEP, 2001.** Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé. Dakar : BIT/STEP/Afrique. 228 p
9. **BIT/STEP/ CIDR, 2001.** Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé. Genève : BIT/STEP/CIDR. Tome 1 : Méthodologie. 144 p . Tome 2 : Indications pratiques. 102 p
10. **BOUDA J. F., 2000.** Les stratégies d'implantation des mutuelles de santé au Burkina Faso. Le cas de la mutuelle de Bouahoun.. Ouagadougou :Ambassade de France,. Service de coopération et d'action culturelle 100p.
11. **BENNET S. et GILSON L., 2000.** Which financing mechanisms are pro-poor ? DFID Health Systems Resource Center.
12. **CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE, 2003.** Direction de l'informatique et de la statistique N°9 Edition 2001. OUAGADOUGOU :Mars 2003, 84p
13. **CAZAL G.R., BELLEM A., KORG P., 2000.** Système de prépaiement en zone cotonnière au Burkina Faso. 7^{ème} Conférence Internationale sur la science des systèmes en santé « structure possible pour une meilleure santé » Budapest Hongrie 29 mai – 2 juin 2000 Publication II p. 199-207
14. **CERISE,1999.** Comité d'échanges de réflexion et d'information sur les systèmes d'épargne crédit : les contraintes et les défis de la viabilité des systèmes de micro-finance en zones rurales défavorisées en Afrique. 69p.

15. **CONN C. et WALFORD V., 1998.** An introduction to health Insurance for Low Income countries, DFID Health Systems Resource Center.
16. **CONTANDRIOPOULOS A. P., et al., 1990.** Savoir préparer une recherche la définir la structurer la financer. Les presses de l'Université de Montréal. 196p.
17. **CRIEL B., 2001.** Types of mutual aid arrangements in sub Saharan Africa: what place for health insurance? Medicus Mundi International Newsletter **67** (summer)
18. **DFID, 2000.** Health Systems Resource Centre & the health economics and financing programme : making the most of the private sector. DFID workshop May 11th and 12th.
19. **DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DES HAUTS BASSINS, 2003.** Plan d'action annuel 2003. 88p.
20. **ECOLE BIBLIQUE DE JERUSALEM, 1996.** La Bible de Jérusalem. Edition du Cerf. 1844p.
21. **EVARD D., 2002.** Mutuelles de santé en Afrique : mouvement émergent ou phénomène de mode ? Courrier de la concertation N°9 Spécial Forum.P11-17.
22. **FALL A., 2001.** Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal. Mémoire DSES CESAG Dakar
23. **FONTENEAU B., 1998.** Réalités de l'économie sociale au Burkina Faso. 126p.
24. **FONTENEAU B., 1999.** L'émergence des pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso.
25. **FOURRY J.P., PRIEUR C., 2000.** Etudes sur l'extension des assurances sociales obligatoires au Risque Maladie dans les pays de la zone de solidarité prioritaire. Bilan et perspectives. Ministère des affaires étrangères, Direction Générale de la coopération internationale et du développement. CREDES. 79 p.
26. **GANDAHO R., 2001.** Etude sur la viabilité des mutuelles de santé au Bénin et leur contribution au financement et à l'accès aux soins. CESAG ISS DSES 83p.
27. **GOTZ H., JURGEN H., KIRSTEN R., 2003.** Mutuelles de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposées. BONN : GTZ Projet sectoriel maladie. 80p.
28. **GREINER A. et CASSIL A., 2001.** Community Variation in health insurance coverage : where you live matters, News Release. Center for studying health system change.
29. **HSIAO W., 1999.** Health care financing in developing countries. South Africa.
30. **ILONGA S., 2003.** Synthèse de la session de formation sur "le développement et la viabilité des mutuelles de santé en Afrique ». KINSHASA : Centre de Formation et d'appui sanitaire (CEFA), du 2 au 6 juin 2003.

31. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 1994.**
Direction de la démographie. Analyse des résultats de l'Enquête Démographique 1991.
Première partie : Etat de la population, habitat et ménage.. 73 p.
32. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 1998.**
Direction des Statistiques Générales. Analyse des résultats de l'Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages en 1998, Dimensions sociales de l'ajustement, Ministère de l'Economie et des finances. 281p.
33. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2000.**
Direction de la Statistique et de la Démographie. Recensement général de la population et de l'habitation 10 – 20 décembre 1996 Fichier des villages du Burkina Faso. 115p.
34. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, 2000.**
Direction de la Démographie. Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitation de 1996. Volume I Ouagadougou
35. **KABORE Y., 2003.** Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso en 2003. Version provisoire. 70p. Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique.
36. **MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT / BURKINA FASO , 2003 a.** Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. 124 p.
37. **MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT / BURKINA FASO, 2003 b.** Synthèse des cadres stratégiques régionaux de lutte contre la pauvreté. Secrétariat technique pour la coordination des programmes de développement économique et social. 151p
38. **MINISTERE DE LA SANTE / BURKINA FASO, 2001.** Plan National de Développement Sanitaire 2001 – 2010, PNDS. 56 p
39. **MINISTERE DE LA SANTE / BURKINA FASO, 2002.:** Annuaire statistique santé année 2001. DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION 149 p.
40. **MENA M., 2003.** Codex sur le module politiques de santé en Afrique. Dakar : CESAG/ISS/DSES 5.
41. **NACOUлма D., PETIT JEAN F., et al., 1995.** Une expérience de mutuelle en zone rurale au Burkina Faso. pp 367-380. In BRUNET-JAILLY, 1997. Innover dans les systèmes de santé Expériences d'Afrique de l'Ouest. Paris :Editions Karthala. 427p.
42. **OUATTARA O., 2002.** Les mécanismes de l'UTM (Mali) pour la consolidation des mutuelles de santé. Courrier de la concertation N°7 janvier 2002.
43. **OUEDRAOGO B., 2003.** Accessibilité financière des populations démunies aux Médicaments Essentiels Génériques au Burkina Faso : Politiques et stratégies mises en œuvre de 1992 à 2001, et perspectives. Mémoire ISGEO / 15^{ème} promotion 2001 – 2003. 87p.

44. **PAMOUSSO P., OUATTARA P.A., SANOU I., 2004.** Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé a Bobo-Dioulasso. Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé au Burkina Faso (Rams/BF) Antenne de Bobo-Dioulasso. Rapport provisoire. 52p.
45. **PERROT J., 2002.** Les mutuelles de santé : quelles relations contractuelles développer ? Courrier de la concertation N°9 Janvier 2003 Spécial forum p35-39.
46. **PNUD, 2003.** Rapport de Développement humain durable.
http://hdr.undp.org/reports/global/2003/français/pdf/hdr03_fr_hdi
47. **PROJET HCK, 1999.** Les expériences de prépaiement dans le district de Houndé : mise en place de systèmes de prépaiement en zone rurale. 21p.
48. **RESACOOP, 2004.** RESACOOP- Réunions – Groupes de travail – Mutuelles de santé.htm 25 mars et 4 juin 1998. www.resacoop.org/reunion/reu_pg10.htm 19 avril 2004
49. **RIDDE V., 2003.** Entre efficacité et équité : qu'en est il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest africaines. XXVIèmes Journées des Economistes Français de la Santé, Santé et développement Clermont Ferrand 9-10 janvier 2003
50. **ROSNAY J. de, 1975.** La macroscopie. Le seuil. 305 p
51. **SAGNON C.L., 2000.** Caractéristique des ménages et des enquêtés. pp 11-27. In « Burkina Faso : enquête démographique et de santé, 1998-1999 ». INSD, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, 327 p.
52. **SAWADOGO N.S., 2002.** Problématique du fonctionnement des mutuelles de santé dans le district sanitaire de Houndé : cas de la mutuelle sanitaire de Koumbia. Ecole nationale de santé publique « Docteur Comlan Alfred QUENUM » Mémoire Année académique 2001-2002. 104p.
53. **SENE M., 2000.** L'accessibilité des populations pauvres aux soins de santé: la contribution des mutuelles au Sénégal. 118p. Laval : Faculté des sciences sociales, mémoire.118p.
54. **TRAORE B., MEDA N., SOULA G. et KANKI B., 1996.** Mise en place d'une mutuelle de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso : Etude de faisabilité, Rapport final de consultation.78 p.
55. **TRAORE C., SANOU A., SANOU A., SEINI E., BOUDA J.F., ZOUBGA A., HIEN M., 2001.** Stratégies pour améliorer l'utilisation de la recherche dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Evaluation du niveau de développement d'une politique nationale en matière de mutuelles et d'assurance en santé au Burkina Faso. Rapport provisoire. UNICEF / BURKINA FASO
56. **UNF/STEP, 2003.** Capitalisation: recherche comparée sur les systèmes de micro-assurance santé Bénin- Burkina Faso – Sénégal : guides d'entretiens et de collecte des données. recherche VLIR / Coopération Belge : Mai 2003. 89p

57. **WAEKENS M.P., CRIEL B., 2004.** Les mutuelles de santé en Afrique Sub Saharienne: Etat des lieux et reflexions sur un agenda de recherche. WASHINGTON : The world Bank, HNP 129p.
www.worldbank.org/hnppublications 24 avril 2004

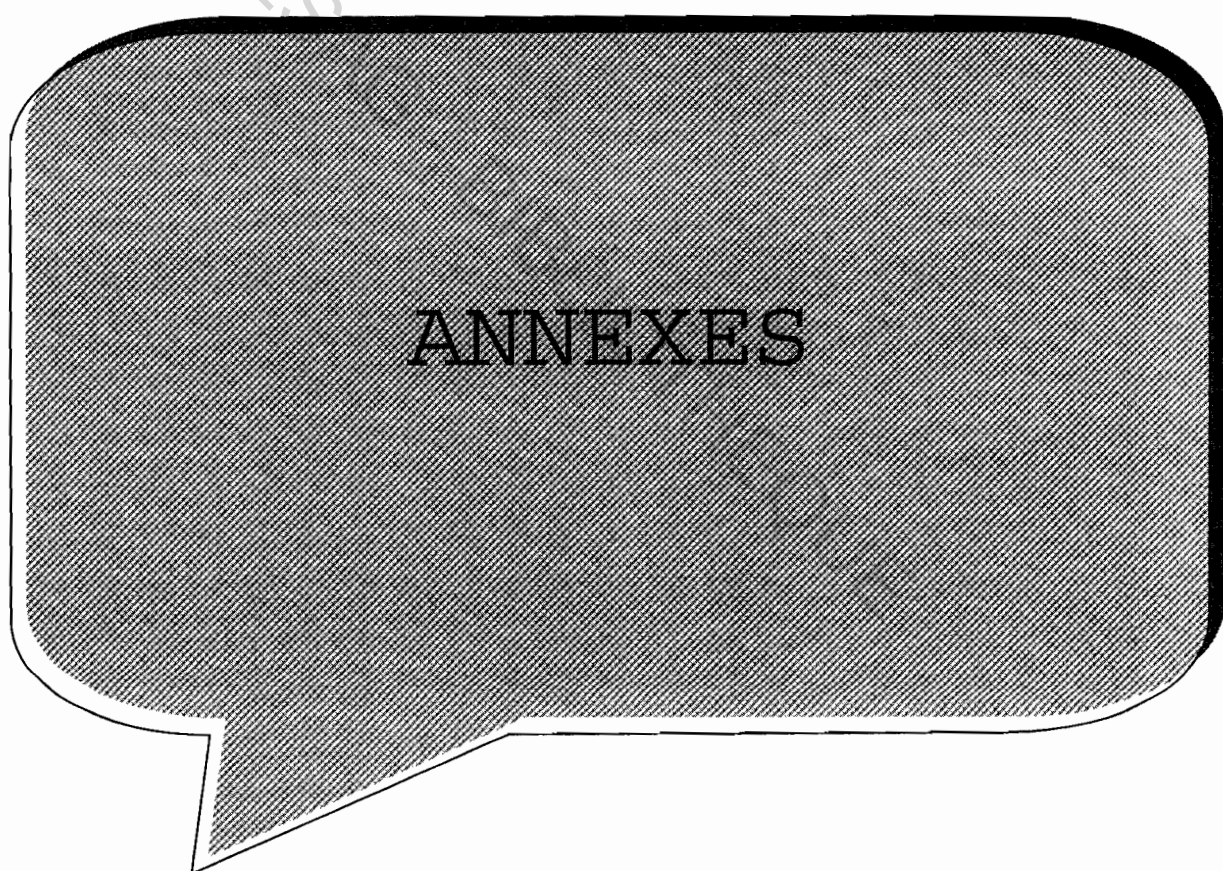
58. **YO M.E., 2002.** Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès. CESAG/ Mémoire DSES 3. M0025DSES02. 80p.

59. **YOBUE S.P.,2002 :** Adéquation ressources financières et prestations de soins : étude rétrospective portant sur 4 mutuelles de santé. CESAG/Mémoire DSES3. MOO24DSES02. 92p

60. **ZETT J.B.,2000.** Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso. Version provisoire. 50p. Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique.
www.concertation.org/documents/base de données sur les mutuelles de santé : Burkina Faso

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CEP

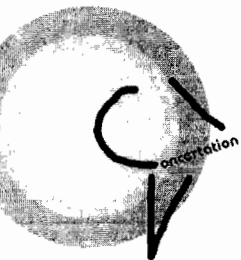


ANNEXES

Annexes

Annexe 1 : Situation géographique de la région sanitaire des Hauts-Bassins au Burkina Faso





Système de suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique
Actualisation répertoire : inventaire 2003
FT2 : Questionnaire

REGION
DEPARTEMENT.....
NOM DE L'INFORMATEUR
QUALITE
ADRESSE
DATE.....

A. IDENTIFICATION

1. Quel est le nom de votre système d'assurance maladie ? (nom complet + sigle)?
2. Définissez-vous votre système d'assurance maladie comme une mutuelle de santé ¹ ? ☐ OUI ☐ NON
3. Votre système d'assurance maladie fait-il partie d'une organisation plus large? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, quelle est la nature de l'organisation responsable de l'assurance maladie? ☐ Association ☐ Mutuelle de santé ☐ Coopérative ☐ Organisation communautaire autre que mutuelle ou coopérative ☐ ONG ☐ Structure sanitaire ☐ Syndicat ☐ Autre : Préciser
4. Quelle est l'adresse du siège sociale de l'organisation responsable de l'assurance maladie ? - Nom..... - Ville / village..... - Région ou zone..... - Adresse..... - Tel. Fax Email - Site web.....

5. Votre organisation responsable a-t-elle d'autres activités que l'assurance maladie?
☐ OUI ☐ NON

SI OUI, quelles sont ces autres activités ?

☐ Offre de soins	☐ Autres formes d'assurance :
☐ Micro-finance	
☐ Appui à une filière agricole/pêche	
☐ Appui à une filière artisanale	☐ Autres activités :
☐ Activités syndicales	
.....	
.....	

6. L'adresse de votre système d'assurance maladie est-elle la même que celle de l'organisation responsable?
☐ OUI ☐ NON ☐ Pas d'organisation responsable

Si NON, informez les rubriques ci-dessous

- Nom.....

- Ville / village.....

- Région ou zone.....

- Adresse.....

- Tel. Fax Email

- Site web.....

7. Quel est le statut juridique de votre organisme ?
☐ Mutuelle selon la loi nationale
☐ Association selon la loi nationale
☐ Sans statut
☐ Autre.....

8. Votre organisme appartient-il à :

☐ Une union ou une fédération de mutuelles ?
Préciser laquelle

☐ Un réseau d'organismes d'économie sociale?
Préciser laquelle

☐ Aucun réseau

B. SITUATION

9. Votre système d'assurance maladie est :

☐ Fonctionnel (prise en charge effective, des prestations ont déjà été versées à des adhérents)

☐ En gestation (les cotisations/prestations sont définies ; cependant, aucune prestation n'a été encore versée)

☐ Projet (sensibilisation, étude de faisabilité)

☐ Autre : Préciser

C. CONTEXTE LOCAL

10. Quelle est la zone d'intervention³ de votre assurance santé ?

☐ Rurale

Si oui : ☐ Village

☐ Groupe de village

☐ Entité administrative – Préciser

☐ Urbaine

Si oui : ☐ Quartier

☐ Groupe de quartier

☐ Ville

☐ Entité administrative – Préciser

☐ Nationale

11. Quelle est la population cible³ visée par votre assurance santé ? (réponses multiples)

☐ Population d'une entité géographique (zone d'intervention)

☐ Groupe social

☐ Groupe professionnel du secteur public

☐ Groupe professionnel du secteur privé

☐ Groupe professionnel du secteur informel

☐ Hommes

☐ Femmes

☐ Mixte

12. Quelle est l'activité économique principale du groupe cible ou de la zone d'intervention de votre assurance santé ?

☐ Prépondérance des emplois salariés (secteur public et privé)

☐ Prépondérance des emplois non salariés

☐ Agriculture mono produit (coton, café, etc.)

☐ Agriculture diversifiée (cultures vivrières, etc.)

☐ Elevage

☐ Pêche

☐ Commerce, artisanat (marchés à proximité)

☐ Autre.....

13. Quel est l'effectif de la population cible de votre assurance santé ?

☐ Effectif précis :

☐ Estimation :

☐ moins de 1 000

☐ de 1 000 à 3 000

☐ de 3 000 à 5 000

☐ de 5 000 à 10 000

☐ plus de 10 000

☐ Effectif inconnu

D. HISTORIQUE DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE

14. Quels acteurs ont été impliqués dans la création de votre assurance santé ? (réponses multiples possibles)

- ☐ Etat central
- ☐ Administration régionale
- ☐ Administration locale
- ☐ Personnalité politique ou civile (si rôle personnel identifié)
- ☐ Communauté (village, quartier)
- ☐ Entreprise
- ☐ Groupe de fonctionnaire
- ☐ Syndicat
- ☐ Structure sanitaire
- ☐ Médecin ou professionnel de santé (si rôle personnel identifié)
- ☐ Communauté de ressortissants à l'étranger
- ☐ Partenaire du développement (bailleur, coopération bi ou multi)
- ☐ ONG ou association caritative spécialisée dans le développement
- ☐ Organisme étranger (mutuelle, caisse de Sécurité sociale)
- ☐ Autre.....

14.Bis Comment la création de la mutuelle a été décidé ?

- ☐ Etude de faisabilité
- ☐ Calcul des coûts y afférents ?
- ☐ Montant supportable par la population.....

15. A quelle date l'Assemblée Générale constitutive a -t-elle eu lieu ?

(jour/ mois/ année) Nombre de participants.....

16. A quelle date les premières cotisations ont-elles été versées à votre assurance santé ?

(mois/ année)

17. A quelle date les premières prestations ont-elles été délivrées ?

(mois/année)

18. Votre assurance santé a-t-elle bénéficié d'appuis financiers ? (réponses multiples possibles)

Appui financier initial :

- ☐ OUI ☐ NON
- ☐ Equipement
- ☐ Fonds de réserve
- ☐ Fonds de garantie
- ☐ Subvention de fonctionnement
- ☐ Subvention des prestations
- ☐ Autres

Principaux Bailleurs

.....
.....
.....
.....

Appui financier entre le début et maintenant : (préciser les années)

- ☐ OUI ☐ NON
- ☐ Equipement
- ☐ Fonds de réserve
- ☐ Fonds de garantie
- ☐ Subvention de fonctionnement
- ☐ Subvention des prestations
- ☐ Autres

Principaux Bailleurs

.....
.....
.....
.....

Appui financier actuel :

- ☐ OUI ☐ NON
- ☐ Equipement
- ☐ Fonds de réserve
- ☐ Fonds de garantie
- ☐ Subvention de fonctionnement
- ☐ Subvention des prestations
- ☐ Autres

Principaux Bailleurs

.....
.....
.....
.....

19. Votre assurance a-t-elle bénéficié d'appuis techniques extérieurs ? (réponses multiples possibles)

Appui technique initial

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Formation
- ☐ Sensibilisation
- ☐ Gestion
- ☐ Suivi/évaluation
- ☐ Appui – conseil
- ☐ Autre.....

Principaux Partenaires techniques

Appui technique entre le début et maintenant (préciser les années)

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Formation
- ☐ Sensibilisation
- ☐ Gestion
- ☐ Suivi/évaluation
- ☐ Appui – conseil
- ☐ Autre

Principaux Partenaires techniques

Appui technique actuel

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Formation
- ☐ Sensibilisation
- ☐ Gestion
- ☐ Suivi/évaluation
- ☐ Appui – conseil
- ☐ Autre

Principaux Partenaires techniques

20. Votre assurance entretient-elle des relations avec des systèmes d'assurance étrangers (mutuelles, etc.) ?

oui ☐ non ☐

Si oui, précisez le nom de ces systèmes d'assurance

E. CARACTERISTIQUES DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE

21. Comment se fait l'adhésion ?

☐ Adhésion volontaire

- ☐ Individuelle
- ☐ Familiale
- ☐ de groupe

☐ Adhésion automatique

- ☐ Individuelle
- ☐ Familiale
- ☐ de groupe

☐ Adhésion obligatoire

- ☐ Individuelle
- ☐ Familiale
- ☐ de groupe

22. Avez-vous des critères statutaires d'adhésion ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez.....

23. Votre système d'assurance maladie est :

☐ Au premier franc

☐ Complémentaire

☐ Mixte

a. Effectifs

24. Demandez-vous un droit d'entrée (ou droit d'adhésion) à vos adhérents

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez le montant de ce droit.....

25. Combien de personnes ont payé leur droit d'adhésion ou le droit d'entrée? (Nouveaux)

26. Combien de bénéficiaires votre système d'assurance maladie compte-t-il ?

27. Parmi ces bénéficiaires, combien, sont à jour de leur cotisation et bénéficient des prestations de la mutuelle ?

28. Votre assurance santé prend-elle en charge des personnes qui ne sont ni cotisant, ni bénéficiaire/ ayant droit ?

oui ☐ non ☐

Si Oui – Préciser :

b. Prestations

29. Votre organisme propose-t-il différentes garanties⁴ (paquets de prestations?)

oui ☐ non ☐

Si oui, combien d'options proposez-vous ? 2 ☐ 3 ☐ Plus de 3 ☐

29.A. Y a-t-il eu des changements d'option de garantie

oui ☐ non ☐

Si oui préciser.....

30. Quelle est l'étendue de la couverture proposée ? Cocher les cases

		Option 1	Option 2	Option 3
Niveau Primaire	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Autres consultations préventives			
	Petites hospitalisations (observations)			
	Accouchements simples			
Niveau secondaire	Maladies chroniques			
	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Hospitalisations médicalisées			
	Chirurgie			
	Accouchements simples			
Médicaments	Accouchements avec complications			
	Maladies chroniques			
Spécialités médicales	Médicaments génériques/essentiels			
	Médicaments marque et spécialités			
Examens Complémentaires	Ophtalmologie			
	Lunetterie			
	Soins dentaires			
	Prothèse dentaire			
	Gynécologie			
Transport Evacuation	Autres			
	Laboratoire			
	Radiologie			
	Echographie			
	Ambulances			
	transports locaux (taxis, etc.)			

31. Existe-t-il des clauses d'exclusion de pathologies dans les conventions et / ou statutaire ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez.....

32. Votre assurance laisse t-elle un copaiement à la charge des assurés ?

oui ☐ non ☐

Si oui, indiquer le type de copaiement⁵ (ticket modérateur, franchise, plafonnement) en fonction des garanties et des soins – Indiquer le type dans chaque case

TM : ticket modérateur (+% du ticket modérateur)

FR : franchise(+montant de la franchise)

PL :plafonnement (+montant du plafond ou type[fréquence, nombre de jours ou de consultation,etc.)

Y a t-il eu des changements

oui ☐ non ☐

Si oui préciser

		Option 1	Option 2	Option 3
Niveau Primaire	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Autres consultations préventives			
	Petites hospitalisations (observations)			
	Accouchements simples			
	Maladies chroniques			
Niveau secondaire	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Hospitalisations médicalisées			
	Chirurgie			
	Accouchements simples			
	Accouchements avec complications			
Médicaments	Maladies chroniques			
	Médicaments génériques/essentiels			
	Médicaments marque et spécialités			
Spécialités médicales	Ophtalmologie			
	Lunetterie			
	Soins dentaires			
	Prothèse dentaire			
	Gynécologie			
	Autres			
Examens Complémentaires	Laboratoire			
	Radiologie			
	Echographie			
Transport Evacuation	Ambulances			
	transports locaux (taxis, etc.)			

33. Quel(s) mode(s) de paiement⁶ (tiers payant, remboursement) des prestations votre assurance santé pratique-elle ?

Indiquer pour chaque garantie et chaque soins le type de paiement

TP : Tiers Payant

RB : Remboursement

CA : Capitation

FO : Forfait

AU : autre (précisez)

		Option 1	Option 2	Option 3
Niveau Primaire	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Autres consultations préventives			
	Petites hospitalisations (observations)			
	Accouchements simples			
	Maladies chroniques			
Niveau secondaire	Consultations curatives et soins ambulatoires			
	Consultations prénatales (CPN)			
	Hospitalisations médicalisées			
	Chirurgie			
	Accouchements simples			
	Accouchements avec complications			
	Maladies chroniques			
Médicaments	Médicaments génériques/essentiels			
	Médicaments marque et spécialités			
Spécialités médicales	Ophtalmologie			
	Lunetterie			
	Soins dentaires			
	Prothèse dentaire			
	Gynécologie			
	Autres			
Examens Complémentaires	Laboratoire			
	Radiologie			
	Echographie			
Transport Evacuation	Ambulances			
	transports locaux (taxis, etc.)			

34. Les garanties proposées ont-elles évoluées depuis la création de l'assurance santé ?

oui ☐ non ☐

Si oui, a-t-elle

☐ augmenté ?

☐ diminué ?

35. Votre assurance santé propose-t-elle des services ou des prestations non individualisées (exemple : éducation à la santé, prévention collective, etc.)

oui ☐ non ☐

D. Cotisations

36. Quelle est la durée de stage⁷ (période d'observation) imposée aux adhérents ?

.....

37. Quelle est la périodicité statutaire du paiement des cotisations ?

- ☐ Jour
☐ Semaine
☐ Mensuelle
☐ Trimestrielle
☐ Semestrielle
☐ Annuelle
☐ Autres – Préciser

38. Quelle(s) modalité(s) de recouvrement des cotisations pratiquez-vous ?

- ☐ Paiement direct par le cotisant
☐ Prélèvement à la source
☐ Paiement par un tiers (employeur, ONG, bienfaiteur, ressortissant, etc.)
☐ Autre – Préciser

39. Comment les adhérents attestent-ils leurs droits ?

- ☐ Carte/carnet individuelle sans photo
☐ Carte/ carnet familiale sans photo
☐ Carte/ carnet individuelle avec photo
☐ Carte/ carnet familiale avec photo
☐ Autre – Préciser

40. Sur quelle base est calculé le montant des cotisations ?

- ☐ Montant forfaitaire⁸ par bénéficiaire
☐ Montant forfaitaire par famille
☐ Montant forfaitaire selon la taille de famille
☐ Montant proportionnel aux ressources du cotisant
☐ Montant forfaitaire par groupe de bénéficiaires
☐ Autre – Préciser

41. Quel est le montant actuel de votre (vos) cotisation(s) ?

.....

Si votre système d'assurance maladie propose plusieurs catégories de cotisations, précisez

Catégorie	Montant de la cotisation

Depuis la création de votre assurance ce(s) montant(s) a-t-il (ont-ils) : Pourquoi ?

- ☐ Diminué(s) ?
☐ augmenté(s) ?
☐ stationnaire(s)

E. RELATIONS AVEC L'OFFRE DE SOINS

42. A quels types de prestataires ont accès vos adhérents dans le cadre de vos garanties ? *Détaillez dans la colonne de gauche les catégories de structures sanitaires (poste de santé, centre de santé, hôpital, etc.) et dans les trois autres colonnes, le nombre de prestataires couverts*

	Prestataires publics	Prestataires privés à but non lucratif	Prestataires privés à but lucratif

43. Quel mode d'accès aux soins et médicaments avez-vous retenu? *Cochez les cases*

- ☐ Libre choix des prestataires
☐ Accès limité aux prestataires conventionnés

44. Avez-vous négocié avec les prestataires pour votre assurance santé

- ☐ La qualité des services ?
☐ La disponibilité en médicaments génériques / essentiels ?
☐ La réduction du temps d'attente ?
☐ La rapidité de prise en charge des urgences ?
☐ L'hygiène dans la structure sanitaire ?
☐ La réduction des coûts
☐ Autres aspects négociés

45. Avez-vous passé des contrats avec des prestataires de soins ?

- ☐ Ecrites
☐ Orales
☐ Aucunes

46. Quel mode de facturation utilise les prestataires de soins ?

	Prestataires publics	Prestataires privés à but non lucratif	Prestataires privés à but lucratif
forfait annuel	☐	☐	☐
montant par épisode de maladie	☐	☐	☐
Tarification à l'acte (montant par consultation, analyse, visite médicale, etc.)	☐	☐	☐
tarif par journée d'hospitalisation	☐	☐	☐
Forfait pour toute la durée de l'hospitalisation	☐	☐	☐
autres			

G. ORGANISATION ET ACTIVITES

47. Ces documents sont-ils disponibles et quand ont-ils été introduits ?

	Dès le premier exercice	En cours de fonctionnement
registre des adhérents	☐	☐
carte d'adhérent	☐	☐
registre de paiement des cotisations	☐	☐
registre de suivi des prestations	☐	☐
documents d'enregistrement comptable (donnez la liste)	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

48. Votre système d'assurance dispose-t-il :

	Dès le premier exercice	En cours de fonctionnement
un système comptable	☐	☐
un budget prévisionnel	☐	☐
un plan de trésorerie	☐	☐
un compte de résultat	☐	☐
Un bilan	☐	☐
d'autres outils de gestion financière (donnez liste et spécifications)	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

49. Quel est le montant total correspondant aux prestations que vous avez payées en 2002 ?

50. Quel est le montant des cotisations perçues en 2002?

51. A combien estimez-vous le montant de vos frais de gestion en 2002?

52. Avez-vous constitué des réserves ?

oui ☐ non ☐

53. Votre assurance a-t-elle accès à un fonds de garantie?

oui ☐ non ☐

54. Votre assurance est-elle réassurée ?

oui ☐ non ☐

55. Votre assurance a-t-elle un compte bancaire ?

oui ☐ non ☐

56. Disposez-vous d'un local hébergeant votre assurance ?

oui ☐ non ☐

Si oui, êtes-vous :

- ☐ Propriétaire du local
☐ Locataire
☐ Simple utilisateur (local prêté)

57. Combien de personnes salariées ou indemnisées travaillent pour votre assurance ?

.....

58. Votre mutuelle a-t-elle réuni une assemblée générale des adhérents ?

oui ☐ non ☐

Si oui, quelle est la fréquence statutaire des réunions de l'assemblée générale ?

- ☐ trimestrielle
☐ semestrielle
☐ annuelle

59. Quel est le rôle (prévu par statuts et réel) des adhérents dans :

	Ces éléments sont prévus dans les textes (RI et statuts)	Les adhérents jouent réellement leur rôle
le choix des services couverts	☐	☐
le montant des cotisations	☐	☐
les modalités de paiement des cotisations	☐	☐
Le choix des prestataires	☐	☐
Approbation des comptes annuels	☐	☐
Approbation du budget prévisionnel	☐	☐
Approbation d'un plan d'action	☐	☐
l'affectation des excédents	☐	☐
le choix des responsables	☐	☐
l'évaluation du fonctionnement	☐	☐

60. Instances du système d'assurance maladie et participation des membres

oui ☐ non ☐

fréquence des réunions

H= hebdomadaire

M= mensuelle

T= trimestrielle

S= semestrielle

A= annuelle

	Nombre total des membres	Nombre de femmes membres	Fréquence des rencontres	Taux de participation à la dernière rencontre	Date de la dernière rencontre
Conseil d'administration (CA)					
Bureau ou comité exécutif (CE)					
Commission de contrôle (CC)					

61. Votre système d'assurance maladie fait-il appel à un audit externe des comptes
 OUI NON
 Si OUI, quel est le type de structure (cabinet, consultant, etc.)
 Qui finance l'audit (structure d'appui, mutuelles de santé elle-même, personne ou structure, Etat, etc.)

62. Les gérants de votre mutuelles ont-ils reçu des formations ?

	Nombre ayant reçu la formation	Période (année)
Mise en place et fonctionnement		
Etude de faisabilité		
Gestion administrative et financière		
Suivi-évaluation		
Autres		

63. Votre système d'assurance maladie a-t-il un médecin conseil ? (différent du médecin prestataire)
☐ OUI ☐ NON
 OUI, dans le cadre de l'union, la coordination, la fédération ☐

F.AUTRES ACTIVITES

64. Votre système d'assurance maladie a-t-il d'autres activités ?

☐ Sociales (organisation de vacances, visite à domicile, visite des malades, fêtes...)
☐ Politiques (participation à des groupes de réflexion sur politique nationale, régionale,...)
☐ Revendicatives
☐ Tontines
☐ Groupes d'entraide
☐ Financières (activités génératrices de revenus à destination collective (champs, kermesses, ventes, soirées,...)
☐ Financières (activités génératrices de revenus à destination individuelle (embauche, prêts, etc...)
☐ Autres – préciser

65. Votre système d'assurance maladie a-t-il des relations avec la concertation ? (choix multiple)
 OUI ☐ NON ☐
☐ Connaissance de la concertation
☐ Accès au site
☐ Réception du courrier de la concertation
 Si NON, souhaitez-vous être inscrit dans le réseau et recevoir régulièrement les informations
 OUI ☐ NON ☐

H. Problèmes et contraintes

66. Quels sont les problèmes ou les contraintes identifiés par votre assurance ? (laisser répondre librement et noter au verso de la page, puis cocher les cases)

- ☐ Gestion
- ☐ Recouvrement des cotisations
- ☐ Dérapage des dépenses maladies
- ☐ Formation des responsables et gestionnaires
- ☐ Aspects juridiques
- ☐ Relations avec les prestataires
- ☐ Communication / information de la population cible
- ☐ Faible taux d'adhésion
- ☐ Désistement des adhérents
- ☐ Sur-consommation
- ☐ Sélection adverse
- ☐ Fraudes et abus
- ☐ Conflits internes
- ☐ Relation avec les autorités
- ☐ Relation avec les structures fédératives
- ☐ Autres – Préciser

I. Documents de référence

67. A partir de quels documents le questionnaire a-t-il été rempli ?

- ☐ Registres
- ☐ documents comptables
- ☐ rapports d'activités
- ☐ rapport des structures d'appui
- ☐ autres

J. NOTES

¹ **Organisation responsable de l'assurance** : Organisation qui assume la responsabilité du fonctionnement de l'assurance. Cette dernière pouvant être l'activité unique ou être intégrée à un ensemble d'activités (micro finance, production, etc.) de l'organisation.

² **Zone d'intervention** : Zone géographique ou administrative dans laquelle intervient l'assurance santé

³ **Population cible** : Ensemble des individus qui a la possibilité de devenir bénéficiaire de l'assurance santé. Lorsque que l'assurance vise un groupe particulier (question 9), la population cible regroupe les membres de ce groupe et leurs personnes à charge (conjoint, enfants, etc.).

⁴ **Garantie** : Ensemble des avantages octroyés par une assurance à ses assurés en contrepartie du versement des cotisations. Souvent désigné également sous le terme de "paquet de prestations".

⁵ **Copaiement** : Mécanisme de partage des risques entre l'assurance et l'assuré et revêt trois grandes forme :

- **Le ticket modérateur** : Pourcentage du coût des soins qui reste à la charge de l'assuré
- **La franchise** : Montant fixe en dessous duquel les coûts sont à la charge de l'assuré
- **Le plafonnement** : Montant (ou nombre de prestations) fixe au-delà duquel les coûts sont à la charge des assurés

⁶ Plusieurs modes de paiement sont possibles, parmi lesquels :

- **Le tiers payant** : L'assurance paie directement le coût des soins au prestataire, sauf le copaiement qui reste à la charge de l'assuré.
- **Le remboursement** : l'assuré paie la totalité des coûts au prestataire puis se fait intégralement ou en partie remboursé par l'assurance.
- **La capitation** : L'assurance verse au prestataire un montant fixe par adhérents pour une période donnée, quel que soit le et les coûts des soins qui seront consommés durant celle-ci.

⁷ **Le stage** (également appelé période d'observation, période d'attente, délai de carence, etc.) correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux prestations de l'assurance.

⁸ **Montant forfaitaire** : Par ce terme on indique un montant par personne, famille ou autres qui reste égal pour tous. Ce terme vient en opposition aux systèmes d'assurance commerciales dont les montants de cotisations varient par exemple en fonction de l'âge, du sexe, de la profession, des antécédents médicaux et autres données qui font varier le risque individuel de maladie.



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Diplôme Supérieur en Economie de la Santé

**GUIDE D'ENTRETIEN COMPLEMENTAIRE AU
QUESTIONNAIRE D'ACTUALISATION REPERTOIRE :
INVENTAIRE 2003 (Concertation FT2)**

Analyse des déterminants de la viabilité des mutuelles de
santé selon la zone d'implantation dans la Région Sanitaire des
Hauts Bassins (Burkina Faso)

NOM DE LA MUTUELLE.....

Nom de l'enquêteur.....

Date.....

A. IDENTIFICATION *Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire*

B. SITUATION *Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire*

C. CONTEXTE LOCAL

10. Zone d'intervention :

préciser les noms des villages, quartiers, villes et régions

le nombre d'habitants des villages, quartiers, villes et régions

l'évolution de la zone d'intervention de 2000 à 2003

11. Population Cible

Préciser la population de la zone d'intervention¹ :

A la Création En 1992.....En 1993.....

En 1994.....En 1995..... En 1996..... En 1997.....

En 1998.....En 1999..... En 2000..... En 2000

En 2002.....En 2003

préciser le nombre d'adhérents et de bénéficiaires par villages, quartiers, villes et régions de 2000 à 2003

12. Principales activités économiques du groupe cible ou de la zone d'intervention *Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire*

13. Effectif de la population cible

	A la création	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nombre d'adhérents (Nouveaux + anciens)							
Nombre de bénéficiaires							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Nombre d'adhérents (Nouveaux + anciens)							
Nombre de bénéficiaires							

¹ Pour les mutuelles dont les prestations ont commence avant 1992, donner les informations par année du début des prestations en août 2003

D. HISTORIQUE DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE

14. Acteurs à la création

14.bis Comment la création de la mutuelle a été décidé ?

Etude de faisabilité- enquête ?

Calcul des coûts y afférents ?

Ou basé sur la montant supportable par la population ?

(Existence de documentation ? Possibilité de détenir un exemplaire ?)

15. Date de L'AG constitutive ?

Préciser le nombre de participants et le nombre d'adhérents et de bénéficiaires à l'AG constitutive

16. Date des premières cotisations ?

préciser le montant des premières cotisations

Au cas où il y aurait eu une variation des cotisations depuis la création préciser les raisons, les dates et les circonstances

17. A quelle date les premières prestations ont elles été délivrées ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

18. Appuis financiers ?

préciser les périodes, les montants et les circonstances

19. Appuis techniques

préciser les périodes, et circonstances si besoin

20. Relations avec des systèmes d'assurance étrangers ?

Si oui, préciser également la nature et le type de relations

E. CARACTERISTIQUES DU SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE

21. Comment se fait l'adhésion ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

22. Avez vous des critères statutaires d'adhésion ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

23. Votre système d'assurance est au premier franc, complémentaire ou mixte ?

préciser les proportions

a. Effectifs

24. Droit d'entrée ?

25. Combien de personnes ont payé leur droit d'adhésion ou le droit d'entrée ?
(Nouveaux°

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000		En 2001	En 2002

En 2003 (Janvier à Août)

26. Combien de bénéficiaires votre système d'assurance maladie compte t-il ?

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

27 Bénéficiaires à jour de leurs cotisations par année

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000		En 2001	En 2002

En 2003 (Janvier à Août)

28. Prise en charge des ayants droit ou des indigents ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

b. Prestations

29. 30. 32.et 33. Options de garantie, prestations couvertes et co paiement ?

Les préciser à la création et par année (en 2000, 2001, 2002, et 2003)

31.Clauses d'exclusion ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

34. Evolution des options de garantie ?

Si oui, préciser les causes

35. Prestations ou services non individuelles ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

c. Cotisations

36. Durée de stage imposée aux adhérents ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

37. Périodicité statutaire du paiement des cotisations ?

Cette périodicité coïncide t-elle avec une entrée de revenus ? Si oui, préciser

de 38. à 40. Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

41. Montant des cotisations ?

Catégories de cotisations?

Variation du montant des cotisations ? Préciser l'année les raisons et le montant

F. RELATIONS AVEC L'OFFRE DE SOINS

42. Types de prestataires ?

préciser les éventuelles modifications survenues, les dates et les causes

préciser l'existence d'un système de référence obligatoire

43. Mode d'accès aux soins et aux médicaments ? Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

44. Avez vous négocié avec les prestataires pour votre système d'assurance maladie ?

La qualité des services :

Il y a-t-il un contrôle de la qualité des soins ?

Comment contrôlez vous la qualité ?

Qui assure le contrôle de la qualité ?

Items suivants : Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

45. à 46. Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

G. ORGANISATION ET ACTIVITES

47. et 48. Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

49. Quel est le montant total correspondant aux prestations que vous avez payées par année ?

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

52 Quel est le montant des cotisations perçues par année?

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

53A combien estimez-vous le montant de vos frais de gestion par année?

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

49. à 53.

Poste	Au début des prestations (préciser l'année)	2000	2001	2002	2003
Immobilisations					
Stocks					
Caution					
Créance					
Banque					
Caisse					
Réserves					
Subvention					
Dettes					
RECETTES					
Cotisations					
Adhésions					
Intérêts bancaires					
Dons					
Autres recettes					
DEPENSES					
Prestations					
Hospitalisations					
Soins primaires					
Médicaments					
FONCTIONNEMENT					
Fournitures					
Agios bancaires					
Salaire					
Transport					
Autres dépenses					
INFORMATIONS					
Nombre d'adhérents					
Nombre de bénéficiaires					

	Au début des prestations		2000		2001		2002		2003	
	Nombre	Coût	Nombre	Coût	Nombre	Coût	Nombre	Coût	Nombre	Coût
Soins de Santé Primaires										
Hospitalisations										
Médicaments										
Analyses										
Radio										
Consultations externes										
Consultations										
CPN										
Acouchements										
Evacuation										
Autres										

54. à 56. Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

57. Salariés de la mutuelle ?

Préciser le montant par salarié

Nombre de volontaires

58. AG des adhérents ? fréquence ?

Date des assemblées générales et taux de participation par année

A la création (moment des premières prestations)

En 1992

En 1993

En 1994

En 1995

En 1996

En 1997

En 1998

En 1999

En 2000

En 2001

En 2002

En 2003 (Janvier à Août)

59. Rôle prévu et réel des adhérents?

S'ils ne jouent pas réellement leur rôle quels sont les raisons probables ?

60 Instances du système d'assurance maladie et participation des membres

oui ☐ non ☐

fréquence des réunions

H= hebdomadaire

M= mensuelle

T= trimestrielle

S= semestrielle

A= annuelle

	Nombre total des membres	Nombre de femmes membres	Fréquence des rencontres	Taux de participation à la dernière rencontre	Date de la dernière rencontre
Conseil d'administration (CA)					
Bureau ou comité exécutif (CE)					
Commission de contrôle (CC)					

Tenue du Conseil d'administration (CA) et taux de participation par année

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

Tenue des rencontres du Bureau ou comité exécutif (CE) et taux de participation par année

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

Tenue des rencontres de la Commission de contrôle (CC) et taux de participation par année

A la création (moment des premières prestations)

En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

61. Audit externe ?

Votre système d'assurance maladie fait-il appel à un audit externe des comptes

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, quel est le type de structure (cabinet, consultant, etc.)

Qui finance l'audit (structure d'appui, mutuelles de santé elle-même, personne ou structure, Etat, etc.)

61.A. La commission de contrôle exerce t-elle réellement son rôle ? comment ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, sur quoi porte ce contrôle externe ?

61. bis Quelles sont les attributions de la commission de contrôle ?

Sont elles précisées dans les statuts et Règlement intérieur

Quels sont les conclusions et les changements apportés par l'audit externe ?

Peut-on consulter quelques rapports ?

62. et 63. Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

E. AUTRES ACTIVITES Idem questionnaire de l'actualisation du répertoire

H. PROBLEMES ET CONTRAINTES

Préciser les éventuelles solutions envisagées

66. Problèmes et contraintes identifiés par le système d'assurance ?

Informations complémentaires sur les dispositions prises par la mutuelle pour éviter la sélection adverse :

Visite des personnes hospitalisées par les mutualistes

Adhésion obligatoire de tous les membres de la famille ou du groupe

G. DOCUMENTS DE REFERENCE

67. A partir de quels documents le questionnaire a t-il été rempli ?

Registres

Documents comptables :

Cahier de compte

Registre des recettes

Registre des entrées

Livre de caisse

Fiches de cotisation

Livret bancaire

Registre de compte

Fiche de recette

Fiche de dépense

Cahier de caisse

Cahier de remboursement

Livre journal

Compte de résultat d'exploitation

Bilan*

Budgets

Etats financiers des 4 dernières années (à défaut les rapports financiers)*

Rapports d'activités :

PV des conseils d'administration

PV des AG*

Rapports des Audits*

Rapports des structures d'appui*

Autres :

Statuts*

Règlement Intérieur*

Etude de faisabilité*

si possible annexer un exemplaire (une copie) au questionnaire*G. Notes****K. ORGANISATION ET ACTIVITES (Suite)**

68. Immobilisations par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
69. Créance			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
70. Montant en banque			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
71. Montant en caisse			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
72. Subvention			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
73. Intérêts bancaires			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
74. Dons			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995

En 1996 En 2000	En 1997 En 2001	En 1998 En 2002	En 1999 En 2003 (Janvier à Août)
75 a Recettes MEG par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
75. Autres recettes			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
76. Dépenses d'Hospitalisations			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
77. Dépenses : Soins primaires			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
78. Dépenses en Médicaments			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
79. Dépenses en Fournitures			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
80. Dépenses en Agios bancaires			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
81. Dépenses en Salaire			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
82. Dépenses en Transport			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)
83. Dépenses en Electricité, Eau, Téléphone			

A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

84. Autres dépenses			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

85. Dépenses en équipement par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

86. Dettes contractées par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

87. Prêts accordés par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

88. Remboursement de prêts par année			
A la création (moment des premières prestations)			
En 1992	En 1993	En 1994	En 1995
En 1996	En 1997	En 1998	En 1999
En 2000	En 2001	En 2002	En 2003 (Janvier à Août)

89. Période de cessation de prestations		
OUI NON		
Si oui, préciser les périodes et les causes		
Du mois/année	Au mois/année	Pourquoi

ANNEXE4: Grille d'appréciation de la viabilité des mutuelles de santé par dimension par indicateur, par mesure

VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE				Mutuelles Urbaines			Mutuelles Rurales									
INDICATEURS	MESURES	MODALITES	APPRECIATION	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bereb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê	
Suivi des adhésions	Mode d'adhésion	Familiale	xxx	xxx	xxx	xxx										
		Individuel	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Identification	Carte avec photo	xxx	xxx	xxx	xxx										
		Carte sans photo	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Taux de pénétration de la population cible	[50, 80 %]	xxx													
		[20, 50 %]	xx								xx					
		[10, 20%]	x					x				x				
		<10%														
	Nombre de bénéficiaires	> 2000	xxx			xxx										
		[2000, 1000]	xxx					xxx			xxx					
[1000, 500]		xx	xx			xx								xx		
[500, 250]		x		x							x		x			
< 250																
	Synthèse suivi des adhésions		Total 12	xxx	xx	xxx	x	xx	*	xx	x		x		x	
Païement des cotisations	Taux de membres en règle	>75%	xxx				xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
		[50,75%]	xx													
		<50%	x													
	Taux de recouvrement des cotisations	>75%	xxx				xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
		[50,75%]	xx													
<50%	x															
	Synthèse		Total 6				xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
Formation	Selon le renouvellement	Oui	xxx	xxx												
		Non	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
		Pas de formation														
	Nombre d'agents formés:	Oui	xxx	xxx												
		Non	x													
	Thèmes:1- Mise en place,2- étude de faisabilité, 3-Gestion administrative et financière, 4-Suivi-évaluation, 5- autres	Au moins 3 thèmes dont 1,3 et 4	xxx	xxx	xxx		xxx		xxx	xxx	xxx	xxx	xxx		xxx	xxx
		Au moins 2 thèmes dont 3 et 4	xx													
Au moins un thème dont 3		x														
	Synthèse		Total 9	xx	xx		xx		xx	xx	xx	xx		xx	xx	

ANNEXE4: Grille d'appréciation de la viabilité des mutuelles de santé par dimension par indicateur, par mesure (suite)

VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE (suite)				Mutuelles Urbaines			Mutuelles Rurales								
INDICATEURS	MESURES	MODALITES	APPRECIATION	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bereb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê
Adéquation prime services	Etude de faisabilité	oui et rapport disponible	xxx	xxx											
		oui mais pas de rapport	xx				xx								
		non, mais simulations	x		x			x	x	x	x	x	x	x	x
	Ratio de sinistralité	> 100 %					*								*
		[90, 100 %[	x	x											
		[75, 90 %[	xxx							xxx	xxx	xxx	xxx		
		[50, 75 %[	x												
	Synthèse	< 50 %			x	x		x							
		Total 6		xx	x		x*	x	*	xx	xx	xx	xx	*	*
Mode de gestion des risques	reference obligatoire	oui	xxx	xxx	xxx		xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
		non	x			x									
	Période d'observation	6 mois	xxx												
		3 mois	xx	xx			xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx
		0 mois	x												
	Copaïement	Ticket modérateur	xxx	xxx			xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
		Plafonnement	xxx	xxx											
		Franchise	xx		xx										
	Modes de paiement	Tiers Payant	xxx	xxx			xxx	xxx	xxx	xxx	xxx		xxx	xxx	xxx
		Forfait	xx	xx	xx	xx		xx					xx		
		Remboursement	xx	xx	xx			xx		xx	xx	xx			xx
		capitation	xxx	xxx											
	Synthèse	Total 24		xxx	x		xx	xx	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx
Fonctionnalité	Fonctionnement actuel	Pas de suspension	xxx		xxx	xxx	xxx		xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
		Suspension antérieure	x											x	
		Suspension													
	Acteurs impliqués à la création	Communauté, Prestataires, Partenaires, Administration,	xxx				xxx		xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	
		Communauté, Prestataires, Partenaires	xx		xx	xx	xx								xx
		2 des acteurs	x	x											
	Documentation et archives	Disponibilité: bonne	xxx	xxx	xxx						xxx	xxx	xxx		
		moyenne	xx			xx	xx			xx					xx
		médiocre	x						x					x	
		Remplissage des outils: Bon	xxx	xxx				x							
		Moyen	xx		xx	xx	xx			xx	xx	xx	xx		xx
		médiocre	x						x					x	
		Archivage: Bon	xxx	xxx									xxx		
		Moyen	xx				xx			xx	xx	xx			xx
		médiocre	x		x	x		x	x					x	
	Synthèse	Total 15		xx	xx	xx	xx	x	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx
	Synthèse VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE	Total 24		xx	x	x		xx	x*	xx	xx	xx	xx	x*	xx

[illegible]

ANNEXE4: Grille d'appréciation de la viabilité des mutuelles de santé par dimension par indicateur, par mesure (suite)

VIABILITE financiere				Mutuelles Urbaines			Mutuelles Rurales								
INDICATEURS	MESURES	MODALITES	APPRECIATION	B.D.	Dak	Toun	Boni	Banz	Bereb	Bouah	Bouer	Dohou	Kanga	Koum	Pê
Adéquation prime services	Etude de faisabilité	oui et rapport disponible	xxx	xxx											
		oui mais pas de rapport	xx			xx									
		non, mais simulations	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ratio de sinistralité	> 100 %					*								*
		[90, 100 %[	x	x											
		[75, 90 %[	xxx							xxx	xxx	xxx	xxx		
		[50, 75 %[	x												
		< 50 %			x	x		x							
	Synthèse		Total 6	xx	x		x	x		xx	xx	xx	xx		
	Rendement financier	Résultat	Excédent	xxx		xxx	xxx		xxx		xxx	xxx	xxx	xxx	
Déficitaire															
Réserves		Oui	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx		xxx	xxx	xxx	xxx		
		Non													
Ratio de couverture des dépenses mensuelles		[3, 6 mois[	x								x				
		[6, 9 mois[	xx					xx							
		> 9 mois	xxx		xxx	xxx	xxx			xxx		xxx	xxx		
Ratio frais de fonctionnement / recettes		>30%													
		[15, 30 %[	x		x										
		[5, 15 %[	xxx					xxx							
		[0, 5 %[	xx								xx	xx	xx		
Ratio cotisations / dépenses		>1	xxx		xxx			xxx		xxx	xxx	xxx	xxx		
		<1													
Evolution des dépenses par		<cotisation	xxx		xxx		xxx	xxx		xxx	xxx	xxx	xxx		
		> cotisation													
	Synthèse rendement financier		Total 18	-	xxx	xx	xx	xxx	-*	xxx	xxx	xxx	xxx	-	-
	Synthèse VIABILITE FINANCIERE		Total 6	x	xx	x	x	xx x	-*	xxx	xxx	xxx	xxx	-*	-

()= négatif, (x)=faible

(*)= Données non disponibles

(x x)= passable

(x x x)= Bon

<20% _

[20,40 x

[40, 70' xx

[70, 100% xxx

B.D = Bobo Dioulasso, Dak= Dakwena, Toun = Tounouma, Banz= Banzon, Bouah= Bouahoun, Bouer= Bouéré, Dohou= Dohoun, Béréb=Béréba, Koum=Koumt