**BURKINA FASO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | …………  Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique  ……………………  Secrétariat General |  |

**Étude de faisabilité en vue de la mise en place de la mutuelle de santé des agents du ministère de la justice**

**BURKINA FASO**

***(Rapport provisoire)***



***Février 2017***

Table des matières

Table des matières i

Liste des tableaux et figures 3

Liste des sigles et abréviation 4

Avant-Propos 5

Remerciements 7

Introduction 8

1. Contexte de la protection sociale et sanitaire au Burkina 8

2. Justification et objectifs de l’étude 9

2.1. Justification par la dynamique en cours au Burkina 9

2.2. Finalité et objectifs de l’étude 11

I. Méthodologie employée pour l’étude 13

1.1. Méthodes et techniques de conduite de l’étude 13

**1.1.1.** **Les rencontres préliminaires** 13

**1.1.2.** **La revue documentaire** 13

**1.1.3.** **Collecte opérationnelle des données** 13

1.2. Déroulement de l’enquête 15

1.3. Difficultés et limites méthodologiques de l’étude 15

1.4. Plan du rapport de l’étude 16

II. Résultats de l’étude 17

2.1. Présentation générale du pays 17

**2.1.1.** **Données administratives** 17

**2.1.2.** **Données géographiques** 18

**2.1.3.** **Données démographiques** 18

**2.1.4.** **Données économiques** 18

**2.1.5.** **Données socioculturelles** 19

2.2. Données générales sur le plan sanitaire 19

**2.2.1.** **Organisation du système national de santé** 19

**2.2.2.** **Profil épidémiologique** 20

2.3. Données sur les structures sanitaires et les services offerts 22

**2.3.1.** **Les services disponibles** 22

**2.3.2.** **Le personnel** 23

**2.3.3.** **L’utilisation des services de santé** 23

2.4. Analyses faites des données de l’enquête 25

**2.4.1.** **Informations collectées sur le groupe cible** 25

**2.4.2.** **Données sur les situations nécessitant l’entraide** 28

2.5. Le système de micro assurance identifié 29

**2.5.1.** **Faisabilité Sociale** 29

**2.5.2.** **Faisabilité économique** 31

**2.5.3.** **Faisabilité technique** 31

**2.5.4.** **Faisabilité financière** 33

III. Recommandations et suggestions d’actions 37

3.1. Référentiel d’actions pertinentes 37

3.2. Recommandations 38

Conclusion 39

Bibliographie 40

Annexes 42

# Liste des tableaux et figures

**Liste des tableaux**

**Tableau 1 :** Coûts moyens des services (en francs CFA) 24

**Tableau 2 :** Distribution des enquêtés en fonction des services du Ministère 26

**Tableau 3 :** Pourcentage des ménages par tranche de revenu annuel 27

**Tableau 4 :** Pourcentage des ménages par tranche de capacité contributive mensuelle 31

**Tableau 5 :** Prestations sanitaires souhaitées par les ménages 32

**Tableau 6 :** Hypothèse 1 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 70% 34

**Tableau 7 :** Hypothèse 2 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 80% 35

**Tableau 8 :** Hypothèse 3 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 90% 36

**Tableau 12 :** Référentiel d'actions pertinentes pour la suite 37

**Liste des figures**

**Figure 1 :** Schéma organisationnel des soins de santé au niveau du Burkina Faso 22

**Figure 2 :** Représentativité des régions dans l'échantillon des enquêtés 25

# Liste des sigles et abréviation

|  |  |
| --- | --- |
| **AG :** | Assemblée Générale |
| **AMU :** | Assurance Maladie universelle (au Burkina Faso) |
| **AMO :** | Assurance Maladie Obligatoire |
| **ASMAD :** | Association Songui Manégré/ Aide au Développement Endogène |
| **BIT-STEP :** | Bureau International du Travail / Stratégie et Techniques contre l’Exclusion et la Pauvreté |
| **CARFO :** | Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires |
| **CHU-YO :** | Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédragogo |
| **CHUP-CDG :** | Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule |
| **CHU-SS :** | Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourou |
| **CHR :** | Centre Hospitalier Régional |
| **CIDR :** | Centre International de Développement et de Recherche |
| **CM :** | Centre Médical |
| **CMA :** | Centre Médical avec Antenne chirurgicale |
| **CNSS :** | Caisse nationale de sécurité Sociale |
| **CSPS :** | Centre de Santé et de Promotion Sociale |
| **FCFA :** | Franc de la Coopération Financière en Afrique |
| **INSD :** | Institut National de la Statistique et de la Démographie |
| **IST :** | Infections Sexuellement Transmissibles |
| **MEG :** | Médicaments Essentiels Génériques |
| **MFPTSS** : | Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité sociale |
| **ODD :** | Objectifs du Développement Durable |
| **OMS :** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **ONG :** | Organisation Non Gouvernementale |
| **PNDS :** | Plan National de Développement Sanitaire |
| **RAMUS :** | Réseau d’Appui aux Mutuelles de Santé |
| **SAM :** | Système d’Assurance Maladie |
| **SIDA :** | Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise |
| **SSP :** | Soins de Santé Primaires |
| **UEMOA :** | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine |
| **VIH :** | Virus de l'Immuno-déficience Humaine |

# Avant-Propos

Le projet de la mutuelle de santé des agents du **Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique (MJDHPC)** tire son origine du décret …….. et des objectifs du Ministère… un arrêté[[1]](#footnote-1) ministériel a été signé pour assurer la mise en œuvre des recommandations de l’étude visant la mise en place de la dite mutuelle.

La signature de ces engagements (décrets, arrêté) illustre la détermination des premiers responsable du Ministère à œuvrer sur les priorités de ce ministère en matière de couverture sociale et sanitaire et ce dans un horizon très proche. C’est donc dans ce contexte, que s’est déroulée l’étude de faisabilité visant la mise en place de la mutuelle de santé des travailleurs du MJDHPC.

Au cours des prochaines années, notre système de justice sera appelé à relever de grands défis dans plusieurs domaines, particulièrement en ce qui concerne l’amélioration de l’accessibilité des services et l’efficience du système de justice. Pour relever ces défis, le Ministère a décidé de privilégier l’accès à la santé de l’ensemble des agents du Ministère aux soins de santé.

En premier lieu, le Ministère entend mettre rapidement de l’avant des initiatives génératrices de quiétude et d’assurance en matière de prise en charge des problématiques de santé des agents ainsi que de leurs familles. De plus, il compte davantage penser la justice de façon proactive et susciter une réflexion novatrice pour favoriser une justice plus accessible pour le citoyen. Enfin, il s’attardera à améliorer sa performance afin de maintenir et d’assurer une offre de service adéquate, adaptée et de qualité, au bénéfice des citoyens.

Pour y parvenir, le Ministère recommande que l’étude soit hautement participative et que la diversité des avis et points de vue puissent être pris en compte dans les analyses et les conclusions. En effet, le consensus attendu autour des résultats de l’étude constitue un préalable au bon fonctionnement de la mutuelle et surtout à une gestion efficace des problèmes de santé des agents du Ministère.

Par ailleurs, le Ministère ne peut pas agir seul. L’amélioration de la santé de ses agents relève d’un autre département ministériel, celui de la santé. Il serait donc justifié que l’ensemble des acteurs (professionnel de la santé, acteur de justice) trouve en cet outil qu’est la mutuelle de santé, un moyen pour tous pour améliorer nos résultats de développement et tendre vers une société inclusive où personne n’est laissée pour compte.

**Le Secrétaire General du Ministère**

# Remerciements

Ce rapport présente les principaux résultats de l’étude de faisabilité sur la mise en place de la mutuelle de santé du Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique (MJDHPC).

Cette étude a été réalisée par un consultant indépendant, et suivi par un comité de pilotage et de validation, crée par arrêté ministériel. A la fin donc du processus, il apparait opportun de remercier les acteurs qui se sont impliqué afin que ce rapport soit disponible.

Il est formulé en ce début du rapport des remerciements et des mots de reconnaissances pour valoriser non seulement leurs apports, mais aussi et surtout étayer la collaboration qui a existé dans la conduite de la mission.

C’est donc pour ces raisons diverses que nous tenons très particulièrement à remercier les service techniques et les Directions centrales du Ministère (SG, DAF, DRH) pour la diligence dans la précision apportée dans les attentes de la présente étude. Ne dit-on pas, que *« l’atteinte d’un objectif commence par la précision de sa définition »*, les acteurs du Ministère ont permis de définir un consensus autour des résultats et attentes de l’étude.

Nous manifestons également notre reconnaissance aux responsables des juridiction et des services déconcentrés du Ministère, aux agents de ces structure qui ont accepté répondre à nos questions.

Aux membres du comité de pilotage pour l’arbitrage objectif mené tout au long du processus. Leur regard critique et pertinent a permis d’accroitre l’acceptabilité des conclusions. Ce travail du comité de pilotage peut être enregistré dans les efforts visant à prédisposer les acteurs à adhérer et à accompagner le fonctionnement de la mutuelle. Cette équipe a grandement contribué à la validation des outils et des résultats inscrits dans ce présent rapport.

Nous voudrions, pour terminer, féliciter et remercier très sincèrement nos enquêteurs et superviseurs qui ont à travers leur détermination, permis le respect du calendrier initial. Ils ont été souples et courtois tout au long de la mission. Avec leur habileté et leur flexibilité, la collecte de données s’est très bien déroulée.

Que tous trouve dans ce rapport, des perspectives pour une société inclusives.

Nab Léonard DABIRE

Consultant,

Chef de mission



# Introduction

## Contexte de la protection sociale et sanitaire au Burkina

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est marqué par la persistance d’une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l’infection à VIH et par l’augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles. Aussi, la mortalité reste-t-elle encore élevée.

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, des résultats importants ont été obtenus au cours des dix dernières années ; (réduction de la létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans  qui est passée de 12% en 2000 à 2,8% en 2010 ; taux de succès au traitement de la tuberculose est passé de 64% en 2004 à 72,30% en 2010). Cependant, la tuberculose et le paludisme demeurent encore des problèmes de santé publique. Dans le domaine de la vaccination de routine, il y a eu l’introduction de deux nouveaux vaccins (hépatite B et hemophilus Influenzae B). Pour ce qui est de la nutrition, la prévalence globale de la malnutrition aigüe révélée par l’enquête SMART de septembre 2010 était de 11% contre 21% en 2003.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST, marquée par la gratuité des ARV depuis janvier 2010 ; le taux de séroprévalence du VIH a fortement baissé passant de 4,8% en 2001 à 2,3% en 2008.

Par contre, les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent, entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers. De plus, les accidents de la voie publique prennent de l’importance en tant que problème de santé publique.

En dépit de constat qui vient d’être dressé, de nombreux défis restent à relever, notamment au niveau du renforcement des capacités des programmes existants de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que l’élaboration et la mise en œuvre de stratégies complémentaires.

Nous savons qu’au Burkina Faso, des formes traditionnelles d’entraide et de solidarité existent sous plusieurs formes dont notamment l’aide reçue des parents, amis, voisins ; les cas ponctuels d’entraide lors des événements sociaux (décès, mariages, baptêmes…) ; les tontines etc.…. Notons également que les pratiques d’entraide et de solidarité s’expriment généralement dans les associations, milieux professionnel et groupements. Toutefois, elles sont mises à rude épreuve par les mutations sociales et les contraintes financières. La Pauvreté monétaire de la population rend ces formes de solidarité de plus en plus inefficaces. Les inégalités à l’accès aux soins semblent s’accroître avec une paupérisation de plus en plus importante des couches les plus vulnérables. Il est donc important aujourd'hui, d’expérimenter sur le terrain de la santé, une nouvelle gestion des formes de solidarité préexistantes, notamment concernant le coût des soins. Cela contribuera certainement à minimiser les difficultés d’accès aux soins de santé.

Parlant des stratégies complémentaires, l’alternative récente soutenue par le gouvernement depuis 2008 est le projet de mise en œuvre d’un système national d’assurance maladie au Burkina Faso, adopté en Conseil des Ministres le 04 août 2008. Un comité de pilotage interministériel a été mis en place ainsi qu’un secrétariat permanent, en mars 2009. Il est chargé d'explorer les voies et moyens de mettre en place un système cohérent d'assurance maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé à l'horizon 2015.

De nos jours, au Burkina Faso, le système de sécurité sociale couvre essentiellement les travailleurs du secteur formel, soit environ 7% de la population. Deux régimes de protection sociale couvrent le secteur des travailleurs du privé et du publique, la Caisse Autonome de Retraite des fonctionnaires (CARFO), et la Caisse Nationale de sécurité Sociale (CNSS). Ce système ne prend pas en charge le risque maladie et les populations éprouvent d’énormes difficultés pour accéder financièrement aux soins de santé. Ces mécanismes de protection sociale qui sont orientés vers la frange salariée de la population, n’ont pas toujours une couverture opérationnelle.

Par ailleurs, des mécanismes de partage des risques liés à la maladie se développent. Les mutuelles de santé en particulier suscitent beaucoup d’espoir auprès des populations exclues des mécanismes traditionnels de protection sociale et sanitaire et des structures qui les accompagnent. Toutefois ces organisations malgré leur pertinence rencontrent des difficultés qui limitent leur développement.

## Justification et objectifs de l’étude

## Justification par la dynamique en cours au Burkina

Depuis son indépendance, le Burkina Faso a mis en place progressivement un ensemble de dispositifs et de programmes de protection sociale axés sur l’assurance sociale, les filets sociaux et les services sociaux. Cette architecture s’est notamment renforcée ces dernières années pour mieux gérer les crises énergétiques, alimentaires, économiques et financières.

En ce qui concerne l’assurance sociale, les dispositifs de sécurité sociale couvrent uniquement les travailleurs salariés des secteurs formels public et privé, ainsi que les personnes à leur charge. Les travailleurs du secteur privé sont couverts par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui est un établissement public de prévoyance sociale, placé sous la tutelle du ministère de la fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS). Ce régime ne couvre que les trois branches qui constituent les normes minimales définies par la convention no 1022 de l’OIT, à savoir : les pensions de vieillesse, d’invalidité et de survivants, les risques professionnels et les allocations familiales. La CNSS présente un potentiel élevé pour la protection des travailleurs bénéficiant d’un emploi formel dans le secteur privé, mais se trouve confrontée à un certain nombre de difficultés, dont son coût élevé de fonctionnement et son faible taux de transformation des cotisations sociales. Le caractère informel accru des activités économiques réduit par ailleurs sa capacité de pénétration dans le marché du travail.

La couverture des agents de la fonction publique, des magistrats et des militaires est assurée par la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO), dont les prestations s’articulent autour des pensions de retraite, d’invalidité et de survivants. Ces fonctionnaires bénéficient également d’allocations familiales par imputation dans le budget national.

La couverture du risque maladie, qui constitue pourtant un besoin clairement exprimé par les partenaires sociaux, n'est pas assurée par ces dispositifs. Cette couverture est du ressort de l’Office de Santé des Travailleurs dont les prestations sont cependant peu fonctionnelles.

De plus, dans le cadre de son document de politique nationale de protection sociale, le ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS) a mis un accent particulier sur le développement des mutuelles de santé pour la couverture des travailleurs du secteur formel, mais aussi ceux de l’économie informelle urbaine et rurale. Pour ces derniers, un grand nombre d’expériences se sont développées, depuis les années 90, à travers le pays.

Basées sur les pratiques de la micro-assurance santé, ces mutuelles interviennent au premier franc et sur la base de mécanismes de tiers payant pour la couverture des soins de santé primaires et, dans certains cas, secondaires. La viabilité de ces mutuelles, qui comptent en moyenne généralement moins de 1.000 bénéficiaires, reste précaire par leur couverture très limitée et par leur manque de capacités techniques de gestion.

Face à la faiblesse des mutuelles de santé, le MFPTSS a entrepris un projet d’assurance maladie universelle. Ce projet de mise en œuvre d’une assurance maladie universelle (AMU) a été adopté lors du Conseil des ministres le 4 août 2008. Un comité national de pilotage, incluant des représentants des ministères techniques concernés, des organismes de prévoyance sociale, des établissements de santé, des mutuelles de santé, des partenaires et de la société civile, étudie actuellement les voies et moyens de mettre en place un système cohérent d’assurance maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé à l’horizon 2015, avec l’appui du BIT, et du programme commun des Nations Unies sur le HIV/SIDA (ONUSIDA) et de l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Le démarrage des activités de cette assurance maladie universelle a été effectif en 2011.

Une politique de développement des mutuelles sociales conformément à la loi UEMOA de juin 2009 est en cours de finalisation. D’ores et déjà, les acteurs mutualistes se sont assurés de l’articulation possible avec le mécanisme de l’AMU, à travers le schéma général qui prévoie comme porte d’entrée de ce mécanisme qui est devenu un mécanisme obligatoire, les mutuelles sociales. Un consensus des acteurs mutualistes a aussi prévu de considérer une organisation des mutuelles sociales selon le principe « une commune, une mutuelle » Les mutuelles communales vont se regrouper au niveau régional et une fédération nationale sera créée en fin de compte. Ces différents niveaux de mutualisation vont permettre d’accompagner la mise en œuvre de l’AMU au fur et à mesure de son implantation dans le pays.

Dès lors, le projet de la mutuelle de santé des agents du Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique présente les priorités ministérielles en matière de couverture sanitaire et ce sur l’horizon futur et accorde une attention particulière à plusieurs priorités gouvernementales liées à l’action et à la mission du Ministère.

C’est avec donc grand plaisir que le Ministre accompagne cette initiative conformément aux prescriptions de l’arrêté N° ….. a Loi sur l’administration publique.

Au cours des prochaines années, notre système de justice sera appelé à relever de grands défis dans plusieurs domaines, particulièrement en ce qui concerne l’amélioration de l’accessibilité des services et l’efficience du système de justice. Pour relever ces défis, le Ministère a décidé de privilégier l’accès à la santé de l’ensemble des agents du Ministère aux soins de santé.

A cet effet et pour être en conformité avec le Règlement N° 07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutualité sociale, le ministère décide de la réalisation d’une étude de faisabilité afin de disposer de l’ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle. Cette mutuelle viendra pallier les insuffisances des régimes de sécurité sociale (CARFO, CNSS) qui ne prennent pas en compte le risque maladie. La mutuelle aura pour objet, à titre principal, la prévention des risques sanitaires liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences et à titre accessoire, l’exercice de toute activité visant l’amélioration des conditions de vie et l’épanouissement des membres de leurs familles.

## Finalité et objectifs de l’étude

S’inscrivant en droite ligne dans le respect des conventions que notre pays a signées en matière de protection sociale et de santé (OIT, OMS, UNICEF, UEMOA, ODD), en harmonie avec les politiques nationales [(Plan Stratégique de Développement des Mutuelles Sociales (PSDMS), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020), la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), le Plan National de Développement Social et Economique (PNDES), …)], le ministère de la justice (MJDHPC) ne veux pas être en marge des acteurs soutenant la mise ne œuvre de ces engagements.

Bien qu’illustrative de ses efforts et de sa détermination, le MJDHPC par la présente étude, veut déterminer les besoins prioritaires de santé des agents du ministère, dégager les contraintes à l’accès aux services de santé, déterminer la capacité contributive des futures bénéficiaires pour prendre en charge leurs frais de santé, et enfin dégager les stratégies de prise en charge de leur soins de santé.

De façon opérationnelle, mandat a été donné à un consultant indépendant, de ***« réaliser une étude de faisabilité permettant aux décideurs du département d’apprécier la pertinence, la cohérence, la viabilité et la pérennité de la mutuelle ».*** Il s’agira de passer la réalisation d’une enquête inclusive, permettant d’apprécier les aspects sociaux et économiques de la mise en place d’une mutuelle de santé au sein du ministère de la justice, des droits humains et de la promotion civique.



# Méthodologie employée pour l’étude

## Méthodes et techniques de conduite de l’étude

L’approche utilisée dans cette étude a été participative dans son déroulement. En effet, l’approche participative et même inclusive a été celle imposée par le commendataire. Ainsi, les rôles des différents acteurs dans cette mission ont été déclinés dans les TdR. De la validation des outils à la collecte opérationnelle des données en passant par la mobilisation des acteurs et des bénéficiaires, les acteurs du Ministère ainsi que ceux des services déconcentrés des provinces touchées par l’étude se sont significativement impliqués.

L’opérationnalisation de cette étude est passée successivement par trois (3) principales étapes.

* + 1. **Les rencontres préliminaires**

Avant donc de se lancer tout azimut dans la conduite de cette étude, des échanges formels et informels ont été nécessaires entre le commentaire et le consultant. Une première rencontre a eu lieu au sein du Ministère au niveau de la DRH pour définir un consensus autour des objectifs de la mission.

Des échanges par correspondance (e-mails) ont permis à l’équipe de commanditaire, de se prononcer sur les prévisions faites sur l’échantillonnage et la méthodologie finale envisagée pour la collecte des données. A l’issu de ces rencontres et échanges, les outils et calendrier de déroulement de l’ensemble de la mission, ont été soumis par voie électronique pour amendement et validation.

* + 1. **La revue documentaire**

La revue documentaire a permis de disposer de données pertinentes sur le contexte de la mutualité au Burkina, des politiques et stratégies en cours en matière de protection sociales, de l’organisation et de la structuration du Ministère en termes de fonction, de position sociales et des problèmes vécus par les agents.

Elle a de façon pratique, permis définir l’échantillon, d’affiner la méthodologie, de finaliser les outils de collecte de données, de réajuster le calendrier d’exécution de la mission et le plan d’analyse.

* + 1. **Collecte opérationnelle des données**

Les rencontres préliminaires et les différents échanges ont abouti au lancement de l’étude, permettant ainsi aux acteurs de terrain de se déporté sur les sites retenus à cet effet.

La collecte opérationnelle des données a été précédée par des opérations techniques que sont :

* **La définition d’une base d’enquête :** La base d’enquête est constituée de l’ensemble des agents travaillant au Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique. Pour être en conformité avec les données disponibles, l’enquête s’est faite sur la base d’un échantillonnage à partir de choix raisonnés.
* **Le choix des unités à enquêter et échantillonnage :** Dans un premier temps, l’échantillonnage a été faite sur la base d’une répartition des agents dans les 5 villes les plus représentatives en termes de présence des institutions du ministère. Dans le but de respecter la représentativité des futures bénéficiaires sur le territoire et de disposer de données socio-culturelles qui prennent en compte la diversité entre régions et la possibilité de construire des estimations futures, proches de la réalité de vie des travailleurs du ministère, dans leurs zones d’affectation.

Les unités à enquêter étaient les ménages du personnel des juridictions et du personnel de soutien, les autorités centrales (Cabinet du Ministre, chef de personnel, DRH, DAF), les représentants syndicaux et les élèves en formation (Magistrat, GSP) et les formations sanitaires.

Pour ce qui est des ménages, les unités à enquêter sont réparties selon les cinq villes, en tenant compte des effectifs dans ces régions ainsi qu’il suit :

* 150 ménages pour la ville de Ouagadougou,
* 75 ménages pour la ville de Bobo-Dioulasso,
* 35 ménages pour la ville de Tenkodogo ;
* 25 ménages pour la ville de Kaya et
* 15 ménages pour la ville de Diébougou.

Pour ce qui est des responsables des services centraux et déconcentrés du ministère (Cabinet du Ministre, chef de personnel, DRH, DAF), les représentants syndicaux et les élèves en formation, 36 ont été identifiés dans les 5 villes.

Pour ce qui est des formations sanitaires ; le choix s’est porté sur 10 formations sanitaires dont 2 CHU, 2CHR, 4 CM/CMA et 2 Cliniques privées

Il a ensuite été procédé au choix de 300 agents, officiant dans les secteurs publique, privées ou afin d’avoir au moins 10% de l’effectif total des agents.

* **La collecte des données :** Elle a été effectuée à l’aide de questionnaires pour les travailleurs du ministère et les structures de soins ; puis de guides d’entretiens à l’adresse des responsables des services centraux et déconcentrés du ministère, des responsables syndicaux.

La collecte des données a été assurée par des enquêteurs, collaborateurs habituels du consultant, expérimentés, disponibles et avertis sur les enjeux de confidentialité des données collectées.

Certaines informations notamment d’ordre institutionnel ont été recueillies par le consultant lui-même, à travers une recherche documentaire auprès du secrétariat général du ministère et sur l’internet. Au total, ont été touchés (données obtenues) :

* Deux cent quarante et un (241) agents travaillant au ministère ;
* 36 responsables des services centraux et déconcentrés du ministère
* 10 formations sanitaires dont 2CHU, 2CHR, 4 CM/CMA et 2Cliniques privées
* **Le traitement et analyse des données :** Le traitement des données a été effectué à l’aide de l’outil informatique. Les questionnaires ont été saisis et analysés avec le logiciel de traitement statistique de santé publique, EPI INFO version 3.5. L’analyse de ces données a consisté en la production de mesures de fréquences, de moyennes et en la comparaison de proportions.

## Déroulement de l’enquête

L’enquête s’est déroulée du 15 septembre au 14 octobre 2016. Il s’est agi d’une enquête quantitative auprès de cent deux cent quarante un (241) ménages représentatifs de l’ensemble des agents travailleurs du ministère de la justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique, sous forme d’entretiens individuels semi-directifs. Et une autre, auprès des autorités du ministère et des prestataires de soins.

Les enquêteurs ont obtenu des rendez-vous par téléphone avec certains enquêtés, puis les rejoignaient ces derniers sur les lieux de travail.

Pour les entretiens individuels, certains agents ont donné plusieurs rendez-vous sans pouvoir les respecter. D’autres enquêtés ont refusé de répondre à des parties ou tout du questionnaire car ils ne sont pas intéressés par la mise en place d’une mutuelle de santé, où simplement parce qu’ils craignent de révéler leurs revenus

Sur le terrain, lorsque plusieurs rendez-vous sont manqués, nous procédons au remplacement et d’autres rendez-vous sont pris.

Concernant les formations sanitaires, des contacts ont été pris avec les premiers responsables afin de faciliter la collecte de données sanitaires.

## Difficultés et limites méthodologiques de l’étude

La collecte ne s’est pas déroulée comme prévue. Quelques difficultés rencontrées sur le terrain méritent d’être signalées, car les résultats présentés ici en dépendent. Au nombre de ces difficultés, on peut citer :

* Le retard causé par l’indisponibilité de quelques personnes visée par l’enquête ;
* Malgré la lettre introductive et les explications données par les enquêteurs, quelques résistances ont été vécues, mais selon les agents elle serait lié à une insuffisance de communication sur le projet au niveau des futures bénéficiaires ;
* Des reports et de nouveaux rendez-vous pris pour l’enquête ne favorisant pas l’exécution conforme du calendrier, bouleversant et allongeant ainsi le temps d’enquête ;
* Certaines fiches sont partiellement renseignées, cars quelques enquêtés l’ont jugées long au regard de leur disponibilité limitée ;
* Certaines données statistiques n’ont pu être obtenues auprès des formations sanitaires. Cela était généralement dû à une très grande occupation des responsables chargés de fournir les informations.

Ces défis lors de la collecte, n’ont pas favorisé la complétude des « données ménages » et « formations sanitaires ». Cela explique également l’allongement de la période de collecte qui est passé de 10 jours de prévu à 26 jours effectifs.

Parlant des limites méthodologiques, nous signalons que l’échantillonnage a été défini en harmonie avec le commanditaire. En effet, cette étude avait plus besoin de la représentativité des perceptions et avis en fonction des profils d’agent, de la représentativité des juridictions et des localités géographiques que de représentativité numérique ou statistique. Aussi, l’hypothèse d’une occupation des agents à leur poste a été prise en compte pour garder l’échantillon raisonnable.

En contrepartie, notre équipe et nos outils significativement complémentaires ont permis à la mission de contenir les effets négatifs de ces difficultés et limites méthodologiques.

## Plan du rapport de l’étude

Le présent rapport d’étude de faisabilité est organisé en trois (3) principales parties en dehors des préalables que sont l’introduction, le contexte/justification et la méthodologie :

* **En première partie**, il s’est agi de rappeler le contexte national du Burkina Faso, surtout sur l’organisation et la structuration du système sanitaire.
* **En deuxième partie**, il est présenté une synthèse des résultats obtenus de l’enquête et de l’ensemble des entretiens qualitatifs. Aussi, une analyse visant la prise en compte de la dynamique actuelle et des faiblesses, forces, opportunité et menace liés à la survie des mutuelle corporatiste a été associée.
* **En troisième partie,** il est mis en exergue les principales conclusions de l’étude illustrées par les principales recommandations et orientations stratégiques à prendre en compte dans la mise en œuvre de la mutuelle et surtout dans sa conduite. Aussi, un focus est fait sur les points d’attention ainsi que les efforts à engager pour offrir à la future mutuelle toutes les caractéristiques d’une organisation autonome et efficace.

L’organisation et le contenu du rapport permet de rendre compte des activités conduites sur le terrain par l’équipe de projet, mais aussi de s’informer sur l’origine du projet, de sa cohérences et de sa pertinences dans le contexte où il a été implémenté.



# Résultats de l’étude

## Présentation générale du pays

Le Burkina Faso s’est doté depuis 2000, de plusieurs cadres programmatiques successifs du développement afin d’optimiser la réalisation des objectifs du développement : Dans l’ordre :

* le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) de 2000 à 2010 ;
* la Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable (SCADD) de 2010 à 2015 ;
* puis, à partir de 2016, le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES), tiré des priorités du programme de son Excellence Monsieur le Président du Faso, adopté en mars 2016 en remplacement de la SCADD et devenant le référentiel national des interventions de l'État et des partenaires du développement du Burkina Faso pour la période 2016-2020.

Malgré ces efforts programmatiques et les nombreuses actions entreprises, nombres de besoins des populations restent non satisfaites, surtout dans les secteurs non assez investis.

Le PNDSE, dernier référentiel du pays donne une place importante, à travers son axe 2, au renforcement du capital humain et à la synergie d’action entre tous les acteurs de la vie nationale pour la réalisation des défis du développement en mettant en exergue la contribution des acteurs du secteur privé et de la société civile. Ces contributions ne pourront être significatives que si les acteurs sont en capacités d’analyser les politiques publiques, d’anticiper sur leurs missions, rôle et place dans le développement.

Entre 2009 et 2014, le recul de la pauvreté est resté faible en milieu rural, où neuf pauvres sur dix vivaient en dessous du seuil de la pauvreté, alors qu'en milieu urbain, l'incidence a été divisée par deux environ.

L’analyse de la situation socio-économique de notre pays montre la demande sociale forte et notamment des besoins non satisfaits qui demeurent importants dans le secteur de la protection sociale au sens large, et de l’accès à la santé pour tous en particulier

* + 1. **Données administratives**

Le Burkina Faso est subdivisé en collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l’autonomie financière et en circonscriptions administratives. Le pays compte 13 régions administratives,  45 provinces, 350 départements, 351 communes rurales et urbaines et presque 8.228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

* + 1. **Données géographiques**

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l’Ouest. Il est limité au nord et à l’ouest par le Mali, à l’est par le Niger, au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d’Ivoire. C’est un pays, enclavé, couvrant une superficie de 274.200 Km2.

Le taux moyen d’accroissement annuel est estimé à 3,1% selon le recensement général de la population et de l’habitation (RGPH) de 2006. Son climat est de type soudanien alternant une saison pluvieuse et une saison sèche plus longue. La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d’eaux dont les principaux sont : le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

* + 1. **Données démographiques**

La population était estimée à 14.017.262 habitants avec une densité d’environ 51,8 habitants au km², selon le RGPH 2006. Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d’hommes. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural. En 2014, la population du Burkina Faso est estimée à 17.880.386 habitants.

Le taux brut de natalité était de 46‰. La population est essentiellement jeune (46,4% est de la tranche d’âge de 0 à 14 ans). L’indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0 pour l’ensemble du pays, selon l’EDS 2010. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations internes et surtout externes.

* + 1. **Données économiques**

A l’instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso a évolué au cours de ces deux dernières décennies, dans un environnement difficile, caractérisé par la dévaluation du FCFA, la mondialisation et la globalisation de l’économie et les crises alimentaire, énergétique et financière.

L’économie burkinabè se caractérise par sa vulnérabilité aux chocs endogènes et exogènes. En effet, les crises alimentaire, énergétique et financière ont profondément affecté les performances économiques et risquent de compromettre les acquis de la décennie passée en matière de croissance et de réduction de la pauvreté.

La croissance du PIB en termes réels s’est établie à 10,0% en 2012 contre 4,9% en 2011 soit une légère hausse de 5 points. Cette performance est imputable au dynamisme d’ensemble des trois secteurs à savoir les secteurs primaire, secondaire et tertiaire.

L’inflation s’établit à 3,6% en 2011 contre. 2,8% en 2010. Cette hausse relative de l’inflation est imputable à la mauvaise campagne agricole 2010-2011.

L’Indice de développement humain (IDH) du Burkina Faso est passé à 0,343 en 2012, contre 0,331 en 2011 et 0,305 en 2010 ; ce qui traduit une progression. Ainsi le Burkina Faso est classé au 183ème rang sur 187 pays en 2012, alors qu’en 2011 il occupait le 181ème rang sur 183 pays. Le niveau de développement humain se situe en dessous de la moyenne de celui de la région Afrique subsaharienne qui s’est établi à 0,475 en 2012. Ces résultats sont tributaires des indicateurs sociaux dans les secteurs de la santé et de l’éducation et restent insuffisants pour améliorer significativement les conditions de vie des populations. En effet, selon les résultats de l’enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009/2010), il ressort que 43,9% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 108.454 FCFA contre 46,4% en 2003 correspondant à un seuil de 82.672 FCFA par adulte et par an. Le niveau global de l’incidence de la pauvreté cache des disparités selon la région et le milieu de résidence. Les ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté ne se répartissent pas de façon homogène sur le territoire national. En effet, avec une incidence de pauvreté estimée à 17,3%, la région du Centre se présente comme la moins pauvre. En revanche, les régions du Nord (68,1%), de l’Est (62,2%) et de la Boucle du Mouhoun (56%) sont celles où la pauvreté sévit le plus (Source : résultats EICVM 2009-2010, INSD).

* + 1. **Données socioculturelles**

Estimé à 42,7% en 2000-2001, le taux brut de scolarisation au primaire a atteint 74,8% en 2009-2010. Cette évolution cache les fortes disparités selon le sexe et les zones géographiques. Chez les femmes, il est estimé à 61,2% contre 71,7% chez les hommes (RGPH 2006). Le taux d’alphabétisation au niveau national reste faible, autour de 32,4% en 2004 (rapport de mise en œuvre PDDEB 2000-2009) avec encore de fortes disparités. Ce faible niveau général de scolarisation influence négativement l’impact des activités de promotion et de restauration de la santé.

Le pays est d’une très grande diversité culturelle et religieuse. On dénombre plus d’une soixantaine de groupes ethniques. Au plan religieux, on note trois grandes religions qui sont l’islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l’animisme (15,3%).

## Données générales sur le plan sanitaire

* + 1. **Organisation du système national de santé**
* ***Sur le plan administratif***

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

* le niveau central, comprend 11 directions centrales et 21 directions techniques. Il est organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il définit la politique, les normes et les standards et assure la coordination technique et administrative au sein du département ;
* le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans les régions sanitaires ;
* le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires qui sont au nombre de 70 dont sept (7) nouvellement créées en 2011. Ce sont les entités opérationnelles du système national de santé, chargées de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.
* ***Au plan de l’organisation de soins***

Les structures de soins quant à elles, s’organisent autour des trois sous-secteurs qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur traditionnel :

* le sous-secteur public de soins comporte trois niveaux :
* le premier niveau est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons :
  + le premier échelon constitué par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM). En 2015, on en dénombre 1 698 publics et ;
  + le deuxième échelon constitué par les hôpitaux de districts (HD) ou centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) qui sont des structures de référence pour le premier échelon. En 2015, on compte 47 CMA fonctionnels ;
* le deuxième niveau est constitué par les centres hospitaliers régionaux (CHR qui servent de référence pour les HD/CMA ;
* le troisième niveau constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et l’hôpital national Blaise COMPAORE (HNBC), sert de niveau de référence pour les CHR et de centre de formation de base des professionnels de santé et de recherche ;

A côté des formations sanitaires du Ministère de la santé, il existe d’autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées, les services infirmeries des OST.

* le sous-secteur sanitaire privé se développe assez rapidement et concerne principalement le médicament et les structures de soins. Ces structures sont concentrées dans les grands centres urbains essentiellement à Ouagadougou et Bobo Dioulasso. En 2015, on dénombre 435 structures privées de soins toutes catégories confondues ;
* la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la santé publique et elles font aujourd’hui l’objet d’une politique formelle du département de la santé.
  + 1. **Profil épidémiologique**

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d’une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l’infection à VIH et par l’augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

La mortalité reste-t-elle encore élevée. En effet, malgré une amélioration certaine, la situation sanitaire du Burkina Faso, reste encore caractérisée par des taux de morbidité et de mortalité générale et spécifique élevés. Le taux brut de mortalité élevé au sein de la population était de l’ordre de 11,8‰ en 2006. Cette situation est imputable à l’insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire, notamment de la mère et de l’enfant, à la persistance des endémo épidémies et à l’infection à VIH. Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité, suivi des infections respiratoires aigües et des maladies diarrhéiques.

L’espérance de vie à la naissance est en amélioration depuis 1985. Il est ainsi passé de 48,5 en 1985 à 56,7 ans en 2006, puis à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans traduisant en partie un impact positif des efforts déployés par les acteurs de la santé.

Au niveau districts sanitaires, Le paludisme demeure le principal motif de consultation avec 47,3% suivi des infections respiratoires aigües (17,8%) et des affections de la peau (3,5%). en 2012.

Le paludisme reste le principal motif de consultation chez les moins de cinq (5) ans avec 60,9%. Après le paludisme, suivent les infections respiratoires (24,9%) et les diarrhées non sanguinolentes (4,9%). Une bonne mise en œuvre de la PCIME clinique dans les formations sanitaires est indispensable pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé des enfants

Au cours des cinq dernières années, le paludisme a constitué le premier motif de consultation et d’hospitalisation. Il est également la première cause de décès dans les structures de soins. En 2012, les proportions enregistrées sont de 45,9% pour les consultations, 52,3% pour les hospitalisations et 36,4% pour les décès

Au niveau des centres hospitaliers, le paludisme reste le principal motif de consultation avec un taux de 14,0%, suivi par des affections dentaires pour 6,8%

En matière de maladies non transmissibles (affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers) sont en augmentation. De plus, les accidents de la voie publique prennent de l’importance en tant que problème de santé publique avec un fardeau de plus en plus lourd en termes de mortalité, de morbidité y compris les handicaps et de conséquences socio-économiques

Les prestations de services et de soins ont connu une amélioration notable au cours de la décennie écoulée; en témoignent l’offre du paquet minimum d’activités standard dans tous les CSPS fonctionnels, la hausse des indicateurs d’utilisation des services (0,21 nouveaux contacts par habitant et par an en 2001 à 0,64 en 2010)…

En matière de prestations de services, les défis majeurs se rapportent à l’amélioration de la qualité des services et des soins, au renforcement des soins de santé communautaire, à la consolidation des acquis de la lutte contre le VIH et le SIDA et au renforcement de l’offre de soins pour les différents groupes de population, notamment les plus vulnérables.

La disponibilité et l’accessibilité des produits de santé se sont améliorées significativement à travers la mise en œuvre du PNDS 2001-2010. Le système de distribution des médicaments a été renforcé par la déconcentration de la CAMEG, son ouverture au secteur privé, la fixation annuelle et la surveillance étroite des prix des médicaments. L’assurance qualité des produits de santé s’est améliorée par la mise en œuvre d’un système national de surveillance des effets indésirables des produits de santé à partir de 2008. En outre, la promotion de l’usage rationnel du médicament est effective à travers l’utilisation d’outils normatifs.

Plusieurs structures hospitalières ont été renforcées, notamment, les CHR de Kaya et de Banfora qui ont été reconstruits sur de nouveaux sites tandis que ceux de Tenkodogo et de Ouahigouya sont en cours de reconstruction. La construction des CHR de Manga et de Ziniaré ainsi que celui des hôpitaux de district de Bittou et de Pouytenga ont été amorcés. En 2010, le Centre hospitalier national Blaise COMPAORE a été inauguré.

Toutefois, il existe d’énormes disparités en matière de couverture sanitaire aussi bien entre les régions sanitaires qu’à l’intérieur des régions.

## Données sur les structures sanitaires et les services offerts

* + 1. **Les services disponibles**

Les formations sanitaires identifiées pour l’étude, sont des structures publiques et privées de soins de la pyramide sanitaire du pays. Les activités menées dans ces structures sont du premier, deuxième et troisième niveau de la pyramide.

**National**

**Local**

**Premier niveau de référence (médecine générale ou spécialité médicale**

**Régional**

**Deuxième niveau de référence**

**Troisième niveau de référence**

**Premier contact, soins infirmiers**

**Figure 1 :** Schéma organisationnel des soins de santé au niveau du Burkina Faso

De ce schéma, il faudra retenir que :

* Les activités du premier niveau concernent le paquet minimum d’activités d’un centre de santé. Ces activités consistent la consultation curative, les soins infirmiers la santé maternelle et infantile, la vente de médicaments génériques, les activités promotionnelles et de prévention. La mise en observation au niveau des dispensaires et les soins aux femmes enceintes sont rendus possibles par la présence de lits dans ces formations sanitaires, avec un nombre moyen variant entre 2 et 77.
* Les activités du second niveau intègrent en plus de celles du premier échelon, des activités dites du paquet complémentaire. Il s’agit ici de soins curatifs spécialisés, des analyses médicales simples. Les CMA/ hôpitaux de districts sont les dispensateurs de ces soins. Ce sont de centres de santé de référence pour le premier niveau
* Les activités du troisième niveau prennent en compte l’ensemble des activités de dernier recours de soins dans le pays. C’est le second niveau de référence et les soins de santé dans le pays

Le troisième niveau constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) au nombre de trois (3) dont CHU-YO et CHUP-CDG à Ouagadougou et le CHU-SS à Bobo-Dioulasso, représentent le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

* + 1. **Le personnel**

Concernant le premier niveau de la pyramide sanitaire, le nombre des agents dans les formations sanitaires du premier échelon est en moyenne de 15 personnes. Parmi ces agents nous comptons les agents communautaires qui sont élus au sein des comités de gestion (recommandation de l’Initiative de Bamako). Au niveau du second échelon, le nombre moyen est de 95 agents. Pour les CMA confessionnels, le nombre d’agents peut atteindre 175. Au niveau des centres hospitalier régionaux, le nombre des agents est en moyenne de 143 personnes.

* + 1. **L’utilisation des services de santé**

Au vue de la diversité de catégories, on se rend compte de l’hétérogénéité possible des coûts appliqués dans les formations sanitaires.

Cependant, les tarifications appliquées dans les formations sanitaires publiques sont assez harmonisées. Elles sont fixées sur une base définie par le Ministère de la Santé.

Au niveau du CMA publiques et confessionnels :

* Le coût moyen de la consultation curative est de 600 francs ; et 4.307 francs au niveau confessionnel ;
* Les frais de référence sont en moyenne de 15.000 francs ;
* Le coût de l’hospitalisation est de 1.050 francs pour une moyenne de 5 jours ;
* La petite chirurgie, en moyenne coûte 1.750 francs et 2.000 francs pour les centres confessionnels ;
* L’accouchement est en moyenne de 2.250 francs et 5.000 francs pour les centres confessionnels ;
* Les actes chirurgicaux coûtent en moyenne, 18.000 francs et 165.000 francs pour les centres confessionnels ;
* Le coût moyen d’une ordonnance de médicaments génériques est de 2.000 francs. Et 14.200 francs en cas d’hospitalisation dans les centres confessionnels ;
* Le coût moyen des analyses médicales est de 1.250 francs et de 3179 pour les centres confessionnels ;
* Le coût moyen de l’imagerie médicale est de 5.300 dans les CMA et de 13.950 francs dans les centres confessionnels.

Au niveau des CHR :

* Le coût moyen de la consultation curative est de 2.125 francs ;
* Les frais de référence sont en moyenne de 35.000 francs ;
* Le coût de l’hospitalisation est de 3.200 francs pour une moyenne de 5 jours ;
* L’accouchement est en moyenne de 2.700 francs ;
* Les actes chirurgicaux coûtent en moyenne, 32.136 francs ;
* Le coût moyen d’une ordonnance de médicaments génériques est de 2.000 francs ;
* Le coût moyen des analyses médicales est de 3.360 francs ;
* Le coût de l’imagerie médicale est de 12.800 francs.

Ces coûts sont ceux jusque-là pratiqué au niveau national. Le tableau suivant fait la synthèse des coûts de prestation, et donne la moyenne au niveau national.

**Tableau 1 :** Coûts moyens des services (en francs CFA)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Types d’actes ou de service | CHR | CMA/ Hôpitaux de district | CMA Confessionnels | Moyennes |
| La consultation curative | 1.600 | 600 | 4.307 | 2.169 |
| Hospitalisation (pour 5 jours et 3 jours en privée) | 3.200 | 1.050 | 35.000 | 13.083 |
| Accouchement | 1.500 | 2.250 | 5.000 | 2.917 |
| Evacuation vers une structure de référence (ambulance) | 35.000 | 15.000 | - | 25.000 |
| Petite chirurgie | - | 1.750 | 2.000 | 1.75 |
| Actes chirurgicaux | 32.136 | 18.000 | 165.000 | 71.712 |
| Analyses biologiques | 3.360 | 1.250 | 3.179 | 2.596 |
| Imagerie médicale | 12.800 | 5.300 | 13.950 | 10.683 |
| Coût ordonnance MEG | 2.000 | 2.000 | 14.200 | 6.067 |
| Soins ophtalmo | 11.311 | - | - | - |
| Soins odonto | 16.043,75 | - | - | - |
| Soins spécialisés | - | - | - | 13.677 |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

## Analyses faites des données de l’enquête

* + 1. **Informations collectées sur le groupe cible**

Le groupe cible est constitué par l’ensemble des ménages des agents du ministère de la justice et de promotion des droits humains du Burkina Faso.

Il a été suggéré dans les TdR de tenir compte de l’ensemble du territoire pour la collecte des données. Le choix des sites a été orienté comme annoncé dans la méthodologie, par les localités où il est possible de trouver le maximum d’agent et aussi les services du Ministère. Cette réflexion a permis de toucher … de région administrative dans lesquelles une seule ville a été choisie.

**Figure 2 :** Représentativité des régions dans l'échantillon des enquêtés

Dans chacune des régions, une seule ville a été retenue : Bobo-Dioulasso pour la région des haut-bassins, Diébougou pour le Sud-ouest, Tenkodogo pour le centre-est, Kaya pour le centre nord et Ouagadougou pour le centre.

Les efforts sur le terrain ont permis par ailleurs de faire figurer dans les réponses, des avis variés, venant de presque tous les services du ministère. Le tableau suivant fait été des sensibilités prises en compte.

**Tableau 2 :** Distribution des enquêtés en fonction des services du Ministère

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Services | Nombre d'enquêtés | Pourcentage |
| Cours d'appel | 10 | 4% |
| Cours des comptes | 1 | 0% |
| Direction centrales du ministère | 76 | 33% |
| Maison d’Arrêt et de Correction (MAC) | 83 | 36% |
| Garde de Sécurité Pénitentiaire (GSP) | 13 | 6% |
| Tribunal de Grande Instance (TGI) | 35 | 15% |
| Tribunal du commerce | 11 | 5% |
| Tribunal du travail | 3 | 1% |
| TOTAL | 232 | 100% |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

En marge de cette représentativité, il y a aussi celle donnée par le genre. En effet, sur l’ensemble des réponses, 22,5% sont offertes par les femmes.

* ***A. Caractéristiques socio- démographiques :***

Les enquêtes menées auprès des personnes échantillonnées, ont permis de prendre en compte environ 960 personnes membres de ménage, déterminés sur la base d’une taille moyenne de 4,14 personnes par ménage. Sur l’hypothèse qu’n ménage comptent en moyenne d’un couple vivant avec en moyenne 1,68 enfant, les préoccupations de 390 enfants seront prises en compte par les analyses.

La grande majorité des membres des ménages est jeune (87,65%), avec une moyenne d’âge égale à 16,13 ans. 77,5 % des chefs de ménages sont des hommes.

* ***B. Caractéristiques socioprofessionnelles***

Les activités socio-économiques sont dominées par les activités du secteur secondaire, essentiellement dans l’administration publique. Elles sont illustrées par les fonctions fixes (emplois) et les prestations intellectuelles.

La quasi-totalité, soit quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99,57%) des chefs de ménages enquêtés sont du secteur public et ne se donnes à aucune autre activité lucratives. Seulement une infime partie (10,49%) des personnes enquêtées ont associé à leur fonction, des activités de prestation intellectuelle (consultation, vacations).

* ***C. Capacité financière des ménages***
* Prise en charge des dépenses de la famille :

Dans l’ensemble, il faut noter que c’est le père qui survient aux dépenses de la famille en matière de santé (57,14%), et les deux parents indifféremment pour 35,96% des cas. Quelque fois, des personnes ayant un lien de parenté avec la famille, interviennent dans 5,42% des cas.

* Revenus des ménages :

La périodicité des revenus des ménages est grandement liée à l’activité menée, c’est dire mensuellement. Les autres sources de revenu sont les prestations intellectuelles pour 10,49%.

Les périodes de faibles revenus pouvant rendre difficile le paiement des cotisations se situent en début et en fin d’années (59, 56%) et aussi autour des périodes de fêtes et de la rentrée scolaire (6,55 % des réponses). 4,91% des enquêtés, ne rencontrent cependant pas de difficultés particulières pour faire face aux dépenses de santé.

Le revenu moyen annuel par ménage est estimé à 3.353.316 F CFA. Ce qui donne un revenu mensuel moyen de 279.443 F CFA pour un ménage ; avec cependant plus de 61 % des revenus qui sont inférieurs à ce montant.

**Tableau 3 :** Pourcentage des ménages par tranche de revenu annuel

|  |  |
| --- | --- |
| Revenu annuel (en francs CFA) | Pourcentage de ménages |
| 360 000 - 3 000 000 | **58,96 %** |
| 3 000 001 - 6 000 000 | **30,64%** |
| Supérieur à 6 000 000 | **10,4 %** |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

Au regard de la variation du revenu annuel, seulement 10,4% se situe dans une revenu supérieur à 6.000.000 FCFA/an, soit un mensuel de 500.000 FCFA. Cela traduit non seulement la prédominance des agents de faible catégorie dans les avis collecté et surtout rappelle et renforce la pertinence d’un tel projet, qui consiste à soutenir les moins nanties dans la prise en charge sanitaire des membres de leur ménage. Environ 89% se sentiront soulagés objectivement par le biais de la mutuelle de santé.

* ***E. Financement des dépenses de santé***

Les frais médicaux engendrés par l’ensemble des derniers épisodes de maladies s’élèvent à 7.914.637 CFA, soit une moyenne de 17.906 F CFA / épisode de maladie. Les fonds servant à cela, proviennent essentiellement des revenus du ménage (82,32%), mais également des produits de l’économie réalisée au cours de l’année (12,15%) et aussi de quelques cas d’endettement (2,76%).

* ***F. Morbidité et recours thérapeutique***
* Morbidité

Les principales maladies rencontrées dans les ménages des agents du ministère de la justice sont le paludisme, les affections respiratoires et cardiovasculaires, ainsi que les affections digestives. Des accidents de la circulation et du travail, survenus dans les 06 derniers mois, ont également été mentionnés par 2,46 % des ménages. 07 accouchements ont été signalé par 1,43% des enquêtés.

Les plus mauvaises périodes de l’année se situent autour de la saison hivernale. Les données recueillies au niveau des centres de santé confirment ce point de vu des enquêtés tout en y ajoutant les moments de l’harmattan et du froid, période couverte par les mois de novembre et mars.

Au cours du dernier semestre de l’année écoulée (2015), les avis des enquêtés pointent du doigt 343 personnes tombées malades dans les ménages concernés par l’enquête. Sur les 343 personnes concernées par les cas de maladie, 563 épisodes maladies ont été cité, soit 1,64 situation morbide par individu concerné et dans les six derniers mois de l’année. En faisant une extrapolation sur l’année, chaque individu se trouve exposé à au moins trois (3) épisodes de maladie par an.

Le taux de morbidité calculé sur le semestre donne 0,61 contact par malade (343/563) dans la population enquêtée, soit 1,22 cas par an. Il est a remarqué que ce taux de morbidité est légèrement au-dessus de la moyenne nationale.

* Recours thérapeutique

Les recours thérapeutiques sont assez diversifiés. En effet, la plupart des ménages font recours en première intention à la médecine moderne (56,8%), à l’automédication (41,3%). Le recours à la médecine traditionnelle est de l’ordre de 1,9%.

En général les ordonnances reçues des centres de santé, sont à la portée des ménages. En effet, sur 202 ordonnances reçues lors des 377 cas ayant consultés dans une formation sanitaire moderne (sur les 563 derniers épisodes maladies), 191 ont pu être honorées. Pour répondre promptement aux ordonnances, les ménages mettent à contribution leurs économies le plus souvent.

En moyenne, lorsque le coût de l’ordonnance est égal ou supérieur à 28.320 FCFA, il devient difficile d’y faire face, pour les ménages.

* + 1. **Données sur les situations nécessitant l’entraide**

En matière d’entraide, au regard des résultats, l’on constate que les principaux problèmes pour les familles de l’administration judiciaire dans leur localité sont d’abord les maladies, suivi des problèmes de logement. Toutefois, les interviewés souhaitent prioritairement une prise en charge des problèmes sanitaires (maladies, coûts des frais médicaux, etc.).

Les frais de scolarité, l’insécurité générale, l’insécurité alimentaire constituent respectivement les troisièmes, quatrièmes et cinquièmes problèmes prioritaires auxquels sont confrontées les familles de l’administration judiciaire dans leur localité. En plus de ces problèmes, les enquêtés évoquent la prise en charge des décès et enfin les mariages.

Il ressort que l’inaccessibilité financière aux soins constitue aujourd’hui le premier problème de santé rencontré par les agents dans leur localité respective suivi de l’insuffisance de plateaux techniques puis la mauvaise qualité des soins.

La grande partie des enquêtés disent qu’ils ne disposent pas de mutuelles ou n’avoir pris connaissance de l’existence d’un système quelconque au sein de leurs administrations. Ceux qui en ont, disent qu’en cas de maladie la mutuelle prend en charge 60% des dépenses sans dépasser 30.000FCFA les frais des ordonnances : c’est le cas de la mutuelle de la GSP. Aussi les cotisations sont faites soit par fourchette ou de façon spontanée. Au niveau des syndicats des magistrats, il existe également une mutuelle de santé mais non encore opérationnelle.

100% des enquêtés pensent que le projet est adéquat dans la mesure où il va contribuer à soutenir le personnel du ministère de la justice dans le domaine de la santé. Ils estiment que le projet de mutuelle est en harmonie avec les missions du ministère de la justice non seulement parce que la santé constitue un droit humain qui doit être effectif, et que ce ministère prône la promotion des droits humains et aussi parce qu’il répond aux missions de droit humains et au développement des pays.

La mise en place d’une mutuelle pourrait être un avantage pour les agents, pour leurs familles, pour les organisations, pour le ministère ainsi que pour la nation entière. En effet elle permettra l’épanouissement de tous les agents, un regain de sécurité dans le cadre de leur travail, d’un sentiment d’appartenance à la structure et tout cela contribuera à l’atteinte des objectifs du ministère.

## Le système de micro assurance identifié

* + 1. **Faisabilité Sociale**

Avec déjà en expérimentation la mutuelle des GSP, la faisabilité sociale d’une telle organisation au sein du Ministère se voit illustrée. L’exercice que mènent les GSP sert déjà d’expérience et de sources de leçons pour la future mutuelle bien qu’importante.

* ***La conception de la mutuelle de santé et expression de la solidarité et de l’entraide***

Ils ne sont pas tous membres de la mutuelle des GSP, mais ils ont été mis au courant de son existence, ce que révèle l’enquête. En effet, plus de soixante-dix pour cent (73,73%) des ménages ont déjà entendu parler d’une mutuelle de santé.

L’idée de mutuelle de santé évoque chez les enquêtés, une structure où s’exprime la solidarité et dans laquelle les membres bénéficient d’une prise en charge de leurs dépenses de soins, moyennant une cotisation. Et 88,56% des ménages ont exprimé leur désir de faire partie de la future mutuelle de santé.

Aussi, l’idée a-t-elle eu un accueil favorable auprès des agents du ministère ; et ce, d’autant plus que selon les responsables des institutions de la justice, en plus de l’accès aux soins de santé, les autres problèmes auxquels font face régulièrement les agents seront entre autres soulagés. L’économie que va engendrer les dépenses de santé pourra être réinvestie ailleurs.

Aussi, outre l’expérience de la mutuelle des GSP, il y a au sein des agents du ministère, une dynamique sociale qui favorise des cotisations pour prendre en charge leurs dépenses de santé.

* ***L’organisation de la mutuelle de santé***

La nouvelle mutuelle de santé va réunir l’ensemble des travailleurs du ministère et nécessiter un comportement de paiement régulier des cotisations. Une des alternatives qui accorde la régularité au paiement est la retenue à la source, mode de paiement d’ailleurs souhaité par les enquêtés. Le model de structuration du ministère (à travers les institutions et autres tribunaux….) doit guider la mise en œuvre de celle de la mutuelle, qui devra en tout état de cause tendre vers une gestion autonome, avec toutefois une dynamique d’adhésion portée par les différents tribunaux et les autres formes de regroupement des travailleurs (corps de métier, syndicats, etc. ...).

Compte tenu de leurs occupations, les agents du ministère ne devront pas gérer la mutuelle au quotidien, ils devront plutôt exercer un rôle d’administration/supervision et de contrôle. Chaque institution du ministère, en vue d’une meilleure implication dans la gestion de la mutuelle, pourra disposer d’un représentant dans le Comité de Gestion. Cela permettra de renforcer le climat de confiance entre la base et les administrateurs de la mutuelle.

Afin de tendre vers son autonomisation financière et sa viabilité, pour les responsables d’institutions, la mutuelle de santé devra observer les dispositions suivantes :

* mener une sensibilisation suffisante auprès des membres pour qu’ils y adhèrent avec l’ensemble de leur famille ;
* s’assurer que les services offerts par la mutuelle répondent aux besoins spécifiques de santé des bénéficiaires ;
* tenir compte de la mise en place prochaine de l’assurance universelle ;
* mettre en place des procédures et outils de gestion performants en vue d’instaurer une confiance des bénéficiaires en leur structure ;
* tenir compte des besoins des membres, de la nature de l’organisation dans l’élaboration des textes statutaires ;
* mettre en place une stratégie de communication efficace et adaptée aux bénéficiaires, en vue de leur permettre de faire le choix des options et hypothèses en fonction de leurs besoins prioritaires ;
* prendre en compte l’ensemble des catégories de formations sanitaires dans le cadre du conventionnement.

Le montage institutionnel en prenant en prenant ce qui précède, pourra comprendre les organes suivants :

* Une Assemblée Générale composée de tous les membres (adhérents), avec un système de représentation par région de tribunaux ;
* Un conseil d’administration réunissant l’ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la mutuelle ;
* Un Comité de Gestion national, purement technique dévoué à la tâche, dont le personnel sera recruté selon les aspirations et la formule retenues.

Pour la gestion quotidienne, nous proposons la mise en place de cellules régionales de gestion, composées chacune d’un gérant et de son assistant dont le gérant est membre de fait du comité national de gestion.

Il pourra être envisagé le recrutement d’un médecin conseil en vue du suivi de la mise en œuvre des termes des conventions de soins signées avec le Ministère de la santé et les structures privées de soins.

* + 1. **Faisabilité économique**
* ***Activités économiques***

Les activités économiques des agents du Ministère sont dominées par leurs occupations administratives dans l’administration publique et les prestations intellectuelles livrées. Cela engendre un certain pouvoir économique non négligeable. En rappel, le revenu mensuel moyen des ménages se situe autour de 279.443 FCFA.

En rapportant ce revenu mensuel aux dépenses mensuelles de santé, il apparait un gain substantiel de revenu. Il y a donc une dynamique économique favorable à la mise en place de la mutuelle.

* ***La capacité contributive des ménages***

La capacité contributive moyenne des ménages pour prendre en charge les dépenses de santé de leurs membres est de 14.644 frs par mois. Nous avons les répartitions suivantes :

**Tableau 4 :** Pourcentage des ménages par tranche de capacité contributive mensuelle

|  |  |
| --- | --- |
| Capacité contributive par membre de ménage et par mois (en francs CFA) | Pourcentage de ménages |
| 1.000 – 10.000 | **53,55%** |
| 10.000 – 25.000 | **33,18%** |
| plus de 25.000 | **13,27%** |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

La capacité contributive représente environ 5,24% du revenu moyen annuel des ménages. Etant donné que 54,50% des ménages sont en dessous de cette moyenne, la cotisation à fixer devrait être inférieure à cette moyenne car seul 45,5 % des ménages pourront s’acquitter de leur cotisation si ce montant était retenu. Cependant la médiane est autour de 10.000 FCFA/famille/mois. Elle repartit la distribution en 2 parties égales. C’est dire qu’au moins 50% des ménages accepteront de s’acquitter de cette cotisation si elle est fixée à 10.000 FCFA/famille/mois.

* + 1. **Faisabilité technique**
* ***Les formations sanitaires et officines pharmaceutiques, susceptibles d’être conventionnées***

La mise en place d’une mutuelle nécessite l’existence de formation sanitaire de qualité, proche des populations cibles. Sur ce plan, la plupart des formations sanitaires publiques et privées (surtout confessionnels) offrent des plateaux techniques acceptables pour des soins de santé aux populations.

La disponibilité du personnel et des médicaments est un motif important de la fréquentation de ces centres de santé.

En vue de faciliter la contractualisation des soins, les propositions de conventions entre la mutuelle et ses futures partenaires pourraient dans un premier temps, être soumises aux formations sanitaires de l’Etat (publics) d’autant plus qu’elles sont assez proches des membres.

Le coût d’une ordonnance par pathologie précise est difficile à déterminer avec exactitude, car la prescription est fonction du tableau clinique. Cependant en prenant en compte les données fournies par les formations sanitaires, le coût moyen de l’ordonnance de MEG est de 2.000 francs CFA pour les CHR et CMA publiques.

Le cout de l’ordonnance médicale est de 14.200 francs CFA au niveau des centres médicaux confessionnels. Il est à noter aussi que, globalement, les soins offerts par les structures modernes de santé, ne sont pas satisfaisants, de l’avis des personnes enquêtées soit 47,95%

* ***Les risques de santé à couvrir***

Plusieurs besoins ont été exprimés par les adhérents potentiels de la future mutuelle. Ils sont constitués de prise en charge des consultations de spécialistes, des médicaments de spécialité, des évacuations sanitaires, des actes chirurgicaux, etc…

**Tableau 5 :** Prestations sanitaires souhaitées par les ménages

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro d’ordre | Prestations / soins médicaux | Pourcentage de ménages |
| 1 | **Consultations et soins spécialisés** | 52,24% des premières intentions |
| 2 | **Médicaments** | 46,74% des premières intentions |
| 3 | **Examens de laboratoire** | 34,03% des premières intentions |
| 4 | **Imagerie médicale** | 22,14% des secondes intentions |
| 5 | **Hospitalisation** | 21,52% des troisièmes intentions |
| 6 | **Actes chirurgicaux** | 23,08 % des quatrièmes intentions |
| 7 | **Accouchement** | 39,29 % des septièmes intentions |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

En considérant les besoins exprimés, nous pouvons penser en termes de prestations de départ, que la mutuelle s‘intéressera à la prise en charge des frais des consultations, d’ordonnances de médicaments, des examens de laboratoire, de soins spécialisés, d’imagerie médicale, de l’hospitalisation, des actes chirurgicaux et de l’accouchement

La prise en compte de l’ensemble des sept (7) prestations souhaitées par les enquêtés traduirait l’engagement de la mutuelle à fournir des soins de santé qui puissent répondre aux besoins prioritaires de santé de ses membres.

* ***Les modalités d‘adhésion et de paiement des cotisations***

La grande majorité des agents du ministère (88,56%), souhaite adhérer à la mutuelle de santé. Ils estiment qu‘elle permettra de prévenir leurs dépenses de santé. C‘est dire que les futures mutualistes attendent de la mutuelle qu‘elle leur fournisse des services.

Pour garantir l’accès de chaque mutualiste aux services de la mutuelle, la cotisation pourrait être familiale. C’est le souhait de 85,00% d’entre eux. Les adhésions et cotisations devront être recueillies par la cellule de base qui est le ménage. Les frais d’adhésion et de cotisation seront fixés par l’assemblée générale constitutive des mutualistes.

Au cours de chaque réunion du comité national de gestion (à laquelle participe la cellule de gestion régionale), les adhérents devront reverser les frais d’adhésion et de cotisation. C’est à cette occasion que certains outils de gestion tels que les cartes de membres et autres lettres de garantie, pourront être remis aux gestionnaires régionaux.

La période d’observation sera déterminée à partir de la date de lancement de la mutuelle de santé, de même que la date de démarrage des prestations de la mutuelle de santé.

* + 1. **Faisabilité financière**

La faisabilité financière est appréciée sur la base d’hypothèses faites sur le montant de cotisation. Ces hypothèses sont issues de l’analyse des avis des enquêtés.

En rappel, la cotisation se détermine en considérant les éléments suivants :

* Les coûts moyens des services à couvrir par la mutuelle ;
* Les prestations demandées ;
* La probabilité de réalisation du risque maladie ;
* Les frais de fonctionnement ;
* La marge de sécurité.

Les simulations proposées considèrent les médicaments dans leur ensemble (génériques et spécialités).

**Tableau 6 :** Hypothèse 1 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 70%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SERVICES | Tx de fréq | Tx attendu | coût moyen | Tx de pec | Co paiement | Prime de risque | Charge de sécu | coût de fonct | Excédent | total |
| Médicaments | 0,54 | 0,81 | 5 000 | 0,70 | 1 500,0 | 2 835,0 | 141,8 | 297,7 | 163,7 | 3 438 |
| Consultation et soins spécialisés | 0,57 | 0,86 | 24 766 | 0,70 | 7 429,9 | 14 822,6 | 741,1 | 1 556,4 | 856,0 | 17 976 |
| Examen de laboratoire | 0,25 | 0,38 | 8 577 | 0,70 | 2 573,1 | 2 251,5 | 112,6 | 236,4 | 130,0 | 2 730 |
| Hospitalisation | 0,06 | 0,09 | 36 562 | 0,70 | 10 968,7 | 2 265,0 | 113,3 | 237,8 | 130,8 | 2 746 |
| Imagerie médicale | 0,16 | 0,24 | 17 473 | 0,70 | 5 241,9 | 2 935,5 | 146,8 | 308,2 | 169,5 | 3 560 |
| Accouchement | 0,46 | 0,70 | 2 917 | 0,70 | 875,0 | 1 419,3 | 71,0 | 149,0 | 82,0 | 1 721 |
| Chirurgie | 0,02 | 0,02 | 163 027 | 0,70 | 48 908,1 | 2 748,8 | 137,4 | 288,6 | 158,7 | 3 333 |
| Cotisation annuelle/ personne | |  |  |  |  |  |  |  |  | **35 506** |
| Taille moyenne par famille | | | | | | | |  |  | **4,0** |
| Cotisation annuelle/famille | |  |  |  |  |  |  |  | **142 025** | |
| Cotisation mensuelle/famille | |  |  |  |  |  |  |  | **11 835** | |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

Si la mutuelle envisage prendre en charge à 70% des coûts des prestations évoquées par les choix des ménages, la cotisation annuelle serait de 142.025 francs CFA  par ménage de quatre (04) personnes en moyenne. Cette cotisation prend en compte, les frais de fonctionnement, la marge de sécurité, l’excédent à réaliser.

La cotisation mensuelle par membre (famille ou ménage) est dans ce cas de 11.835 francs CFA.

**Tableau 7 :** Hypothèse 2 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 80%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SERVICES | Tx de fréq | Tx attendu | Coût moyen | Tx de pec | Co paiement | Prime de risque | Charge de sécu | coût de fonct | Excédent | total |
| Médicaments | 0,54 | 0,8100 | 5 000 | 0,80 | 1 000,0 | 3 240,0 | 162,0 | 340,2 | 187,1 | 3 929 |
| Consultation et soins spécialisés | 0,57 | 0,8550 | 24 766 | 0,80 | 4 953,2 | 16 940,1 | 847,0 | 1 778,7 | 978,3 | 20 544 |
| Examen de laboratoire | 0,25 | 0,3750 | 8 577 | 0,80 | 1 715,4 | 2 573,1 | 128,7 | 270,2 | 148,6 | 3 121 |
| Hospitalisation | 0,06 | 0,0885 | 36 562,4 | 0,80 | 7 312,5 | 2 588,6 | 129,4 | 271,8 | 149,5 | 3 139 |
| Imagerie médicale | 0,16 | 0,2400 | 17 473 | 0,80 | 3 494,6 | 3 354,8 | 167,7 | 352,3 | 193,7 | 4 069 |
| Accouchement | 0,46 | 0,6951 | 2 917 | 0,80 | 583,3 | 1 622,0 | 81,1 | 170,3 | 93,7 | 1 967 |
| Chirurgie | 0,0161 | 0,0241 | 163 027 | 0,80 | 32 605,4 | 3 141,4 | 157,1 | 329,9 | 181,4 | 3 810 |
| Cotisation annuelle/ personne | |  |  |  |  |  |  |  |  | **40 579** |
| Taille moyenne par famille | | | | | | | |  |  | **4** |
| Cotisation annuelle/famille | |  |  |  |  |  |  |  |  | **162 315** |
| Cotisation mensuelle/famille | |  |  |  |  |  |  |  |  | **13 526** |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

Si la mutuelle envisage prendre en charge à 80% les prestations concernées par le choix des ménages, la cotisation annuelle serait de 162.315 francs CFA  par ménage de quatre (04) personnes. Cette cotisation prend en compte, les frais de fonctionnement, la marge de sécurité, l’excédent à réaliser.

La cotisation mensuelle par membre est dans ce cas de 13.526 francs CFA,

**Tableau 8 :** Hypothèse 3 fixant un taux de prise en charge de la mutuelle à un seuil de 90%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SERVICES | Tx de fréq | Tx attendu | coût moyen | Tx de pec | Co paiement | Prime de risque | Charge de sécu | coût de fonct | Excédent | total |
| Médicaments | 0,54 | 0,8100 | 5 000 | 0,90 | 500,0 | 3 645,0 | 182,3 | 382,7 | 210,5 | 4 420 |
| Consultation et soins spécialisés | 0,57 | 0,8550 | 24 766 | 0,90 | 2 476,6 | 19 057,6 | 952,9 | 2 001,0 | 1 100,6 | 23 112 |
| Examen de laboratoire | 0,25 | 0,3750 | 8 577 | 0,90 | 857,7 | 2 894,7 | 144,7 | 303,9 | 167,2 | 3 511 |
| Hospitalisation | 0,06 | 0,0885 | 36 562,4 | 0,90 | 3 656,2 | 2 912,2 | 145,6 | 305,8 | 168,2 | 3 532 |
| Imagerie médicale | 0,16 | 0,2400 | 17 473 | 0,90 | 1 747,3 | 3 774,2 | 188,7 | 396,3 | 218,0 | 4 577 |
| Accouchement | 0,46 | 0,6951 | 2 917 | 0,90 | 291,7 | 1 824,8 | 91,2 | 191,6 | 105,4 | 2 213 |
| Chirurgie | 0,0161 | 0,0241 | 163 027 | 0,90 | 16 302,7 | 3 534,1 | 176,7 | 371,1 | 204,1 | 4 286 |
| Cotisation annuelle/ personne | |  |  |  |  |  |  |  | **45 651** | |
| Taille moyenne par famille | | | | | | | |  |  | **4** |
| Cotisation annuelle/famille |  |  |  |  |  |  |  |  | **182 604** | |
| Cotisation mensuelle/famille | |  |  |  |  |  |  |  | **15 217** | |

Source : Données terrain de l’étude, Octobre 2016

Si la mutuelle envisage prendre en charge à 90% les prestations concernées par le choix des ménages, la cotisation annuelle serait de 182.604 francs CFA  par ménage de quatre (04) personnes. Cette cotisation prend en compte, les frais de fonctionnement, la marge de sécurité, l’excédent à réaliser.

La cotisation mensuelle par membre est dans ce cas de 15.217 francs CFA.

# Recommandations et suggestions d’actions

Au terme de nos analyses et eu égard du constat établi, des recommandations et suggestions sont faite dans la poursuivre des activités visant la mise en place effective de la mutuelle. La suite des évènements proposés ici est définie en tenant compte de l’ordre de réalisation.

## Référentiel d’actions pertinentes

Il ressort dans la liste des suggestions, la suite des opérations afin de rendre fonctionnelle la mutuelle des agents du Ministère.

**Tableau 9 :** Référentiel d'actions pertinentes pour la suite

| Actions à venir | Ensemble de tâches pour y parvenir |
| --- | --- |
| * Diffuser les résultats de cette étude de faisabilité | * Réussir les responsables et procéder à la diffusion des conclusions du rapport de l’étude * Etablir un point de départ pour la mise en place de la mutuelle ; Faciliter l’engagement des acteurs à la base et définir les responsabilités * Informer les acteurs du ministère de la santé (SG, Districts sanitaires, Hôpitaux, CM/CMA, CSPS, COGES) du projet naissant |
| * Marketing social et Sensibilisation des acteurs | * Conduire la mobilisation sociale et la sensibilisation dans différents services et juridictions, dans toutes les régions * Développer des outils de communication sur la mutuelle (prospectus, communiqué, dépliants, etc….) |
| * Développement des capacités des membres des organes de gouvernance de la future mutuelle | * Elaborer les textes qui vont régir la vie et le fonctionnement de la mutuelle * Mettre en place conformément aux textes, les organes de gestion en tenant compte de la représentativité des services, du genre et des catégories de fonction * Former les acteurs sur le fonctionnement d’une mutuelle |
| * Planification des activités et conception des outils de gestion de la mutuelle | * Détermination des indicateurs de mise en œuvre de la mutuelle ; * Calcul des coûts, des montants de cotisation, choix des services qui seront offerts par la mutuelle, définition des modalités d’adhésion (individu, ménage) * Définition des conditions particulières (à quel effectif de ménage il faut revoir les frais de cotisation ? à quelle situation il est nécessaire d’exonérer ? etc.) * Elaboration des principes de base de la mutuelle ; * Identification des conditions et délais (adhésion, cotisation,) ; * Conception des outils de gestion de la mutuelle (Outils de suivi, différents cahiers de gestion, Indicateurs de suivi de rendement et de performance, base de données). |

***Source :*** *Données de l’étude, Octobre 2016*

En marge des actions suggérées, des recommandations sont formulées adresser aux acteurs selon leur position et leur implication ultérieure dans la vie de la mutuelle.

## Recommandations

Au regard des résultats, et surtout de la nécessité de réussir cette mission, il a été justifié de formuler des recommandations à l’endroit des acteurs. Elles sont organisées autour des acteurs responsabilisés pour leur mise en œuvre.

***A l’endroit des hauts responsables du Ministère***

1. Prendre toutes les dispositions institutionnelles pour promouvoir la mutuelle au sein du ministère
2. Impliquer significativement le ministère de la santé et signer les conventions de prestation de soins en tenant de la nécessité de couvrir tout le territoire
3. Envisager un budget annuellement pour les fonctions technique de la mutuelle

***A l’endroit des acteurs de la santé***

1. Proposer le canevas de la convention en tenant compte du contexte actuelle (gratuité en cours d’implémentation)
2. Engager tous les agents de la santé à accompagner le succès de la mutuelle

***A l’endroit des futures mutualistes***

1. S’informer d’avantage sur les principes de base d’une mutuelle en prenant part aux actions de communications/sensibilisation
2. Faire preuve de loyauté et d’engagement en respectant les interdits et en évitant les fraudes et abus, comportements qui sont notoires à la survie des mutuelles

# Conclusion

Le projet de mettre en place une mutuelle de santé des travailleurs du Ministère de la justice vise une amélioration significative et pragmatique des conditions de travail des agents du dit Ministère et illustre le soutien du Ministère à la mise en œuvre des recommandations et directives d’institutions et d’organisations internationales et sous régionales.

Utilisant une méthodologie inclusive de l’ensemble des catégories d’agents du Ministère, elle a collecté des données sur les caractéristiques des bénéficiaires, leur propension à cotiser ainsi que leur capacité financière pour répondre aux exigences de la vie organisationnelle de la mutuelle. Aussi, l’analyse a permis d’apprécier les facteurs de succès et de viabilité de la mutuelle.

Cette étude de faisabilité ainsi menée, nous a permis de mettre en évidence les éléments de la faisabilité d’une assurance maladie pour les agents du ministère de la justice, au Burkina Faso. Il ressort en conclusion, que les conditions sociale, démographique et organisationnelle sont favorables à ce type de regroupement pour la prise en charge de leur santé. Il s’agit entre autre :

* D’une faisabilité financière approuvée qui permettra de prendre en compte l’ensemble des services demandés par les agents. Toutefois, Il faudra pour sa pleine réalisation, ne pas trop s’éloigner de la capacité financière proposée par les futures bénéficiaires ;
* D’une faisabilité technique qui suppose que la mutuelle pourra envisager de signer des « conventions cadres » avec les structures professionnels de santé afin d’assurer une couverture nationale de la prestation de soins pour les futures membres.

Il appartient aux premiers responsables et aux agents du ministère, de donner une large diffusion des options de choix à faire afin qu’un choix consensuel soit recueilli par l’ensemble des agents, surtout tenant compte de leurs catégories. Par la suite, que ce choix consensuel soit communiqué aux administrations médicales et aux professionnels de soins pour les besoins de la convention.

Comme toute organisation corporatiste, il faudra veiller à la mise en place d’outil efficace de gestion, qui garantisse la transparence et un bon fonctionnement des organes de gouvernance, un suivi et une évaluation régulier de la performance.

Pour ce faire, la nécessité d’aligner formation à la volonté des agents s’avère un passage obligatoire. Un cadre référentiel existe déjà en matière et promu par l’UEMOA en matière de la promotion de l’AMU. Il peut donc être mis à profit ainsi qu’avec l’ensemble des outils de gestion proposés.

# Bibliographie

**Documents cadres**

* **MINISTERE DE LA SANTE**, Direction Générale des Etudes et ds Statistiques Sectorielles : Annuaire Statistique / Santé 2015, Burkina Faso, Mars 2016, 342 pages ;
* **MINISTERE DE LA SANTE**, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020),
* **MINISTERE DE LA SANTE,** Plan Stratégique de Développement des Mutuelles Sociales (PSDMS), la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS),
* **Premier Ministère,** Plan National de Développement Social et Economique (PNDES),
* **UEMOA**, REGLEMENT N°07/2009/CM/UEMOA PORTANT REGLEMENTATION DE LA MUTUALITE SOCIALE AU SEIN DE L’UEMOA, juin 2009
* **UEMOA,** MUTUALITE SOCIALE AU SEIN DE L’UEMOA : Enjeux, défis et chantiers porteurs ; Contributions aux réunions préparatoires, UAM-AFRO Ouagadougou, le 28 juillet 2015 ;
* <http://www.leconomistedufaso.bf/2016/06/06/masmut-secours-mutuelles-de-luemoa/>

**Ouvrages scientifiques**

* **UEMOA,** Mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le contexte du Règlement communautaire de la mutualité de l’UEMOA
* **ATIM, Chris**. *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 neuf pays d’Afrique de l’ouest et du centre*, Abt Associates Inc. Mars 2000, 81 p.
* **CADO, Emmanuelle et Maud HARANG**. « Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l’accès aux soins. L’exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », In Espace-Population-Société, Espace urbain et santé, 2006, 2-3, p. 329-339.
* **CONCERTATION**, Inventaire des systèmes d’assurance maladie en Afrique : Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays. Sénégal, Dakar ; Fann ; Octobre 2004. 112 p.
* **DUSSAULT, Gilles ; Pierre FOURNIER *et al.****,* L’assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l’accès aux soins et lutter contre la pauvreté, Série : Santé, Nutrition et Population, La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale, Washington DC, 2006, 596 p.
* **FONTENEAU, Bénédicte.** Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l’Ouest : Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité. Direction Générale de la Coopération au Développement, Mars 2004 ; 157 p.
* **FOURNIER, Pierre *et al.,*** « Performance des mutuelles communautaires au Sénégal : Le rôle de l’offre de soins ». In Mutuelles communautaires au Sénégal,
* **KABORE, Yolande Sévérine**. Etat des lieux des mutuelles de santé au Burkina Faso. Mai 2005, 29 p.
* **LETOURMY, Alain et Aude Pavy LETOURMY**, La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu, Notes et documents, CERDI, Agence Française de Développement Département de la Recherche, Numéro 26, Décembre 2005, 225 p.
* **LYNNE, Miller Franco *et al.*** ; La participation sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal. PHRplus, USAID, Novembre 2004, 53 p.
* **LYNNE, Miller Franco *et al.*** ; Initiative pour l’Equité au Mali : Evaluation de l’Impact des Mutuelles de Santé sur l’Utilisation des Service à fort Impact dans les Cercle de Bla et la Commune de Sikasso au Mali ; USAID, Septembre 2006. 200 p.
* **N’DIAYE, Pascal**. « Le développement des mutuelles de santé en Afrique », In Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l’accès aux soins et lutter contre la pauvreté, Banque Mondiale, 2006, p. 311-330.
* **VILANE, Cheikh**. Étude sur le rôle des Mutuelles de Santé au Sénégal. Document de travail, Juin 2006, 27 p.
* **WAELKENS, Maria-Pia et Criel BART**, Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub Saharienne Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. Hunpdiscussion Paper ; Mars 2004; 129 p.

# Annexes

Les outils de collecte des données

1- Questionnaire

2- Guide d’entretien

1. Arrêté 2016-088/MJDHPC/SG/DRH/SPCOM portant mise en place d’un comité chargé de la validation et de la mise en œuvre des recommandations de l’étude de faisabilité sur la mutuelle du Ministère de la Justice, des Droits Humains et de la Promotion Civique [↑](#footnote-ref-1)