



**Mutuelle de santé :
« Pour des soins de qualité à
moindre coût, prenez votre carte
et inscrivez vos proches ! »**



*Depuis 2005 et avec l'appui de ses partenaires,
ABS a adhéré à la Mutuelle de Santé
Kénéya Sira (MSKB) pour contribuer à la santé
de ses membres et de leurs familles.*

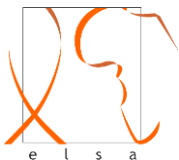


**Association
Burkinabè de
Solidarité (ABS)**

01 BP 962 Bobo-Dioulasso
Burkina Faso
Tél. : +226 20 98 50 27
E-mail : asbusol@yahoo.fr



Introduction	4
1^{ère} partie : Définition et principe général d'une mutuelle	5
1. Définition d'une mutuelle.....	5
2. Valeurs et principes éthiques.....	5
3. Fonctionnement général	6
4. Objectifs et avantages attendus d'un point de vue santé publique	7
2^{ème} partie : Présentation de la Mutuelle de Santé Kénéya Sira de Bobo-Dioulasso (MSKSB)	8
1. Historique de la Mutuelle	8
2. Objectif de l'adhésion d'ABS à la Mutuelle	8
3. Equipe en charge de l'activité	9
4. Modalités d'adhésion à la mutuelle	9
5. Evénements couverts et nature des frais de santé pris en charge	10
6. Liste des Centres de Santé et de Promotion Sociale conventionnés de la MSKSB à Bobo-Dioulasso	11
7. Procédure de déclenchement de la couverture	11
8. Frais d'adhésion et de cotisation	11
3^{ème} partie : Limites actuelles et améliorations envisagées	12
1. Sur le plan technique	12
2. Sur le plan partenarial	12
4^{ème} partie : Témoignages et points de vue	14



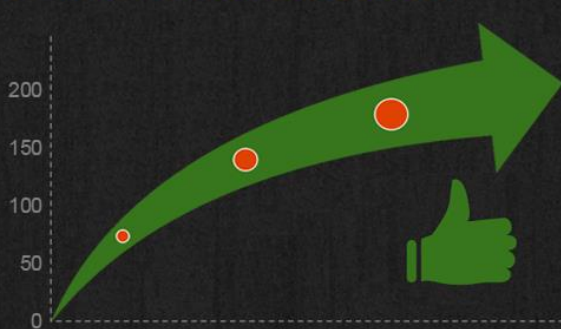
Ce document a été élaboré dans le cadre d'un exercice de capitalisation soutenu par la Plateforme ELSA, sur financement de l'Agence Française de Développement. Il est librement téléchargeable sur le site du Centre de Ressources d'ELSA (www.plateforme-elsa.org) à la page de l'Association Burkinabè de Solidarité.



ABS et Kénéya Sira en quelques chiffres



248 Adhérents



27 Femmes adultes

24 Hommes adultes

197 Enfants < 18 ans



16 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) conventionnés



**Frais d'adhésion :
1 000 FCFA**

**Frais de cotisation :
2 000 FCFA**



« Avant je ne parvenais pas à payer les ordonnances et je ne pouvais pas me soigner. Je restais malade, je prenais des produits traditionnels. Donc la mutuelle m'a aidé à me faire suivre plus régulièrement en consultant au CSPS dès que je suis malade. J'ai même pu retrouver du travail et donc avoir des revenus »

3 partenariats dynamiques :

FONDATION
DE
FRANCE

**Prise en charge des frais
d'adhésion et de
cotisation**



La **solidarité**,
c'est bon pour la santé.

**Soutien aux activités
génératrices et au
fonctionnement de la
mutuelle**



**Soutien à la promotion
de la mutuelle,
formation, appui à la
gestion administrative &
financière**

Selon le Bureau International du Travail (BIT), il était estimé en 2003 que « *l'exclusion de la protection sociale en matière de santé touche aujourd'hui près de quatre-vingt pour cent de la population de la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne* »¹. Les raisons de cette exclusion de la protection sociale sont multiples et souvent concomitantes : nature de l'emploi (temps de travail, existence ou non d'un contrat, type de contrat...), capacité contributive, législation en vigueur au niveau national, qualité et volume de l'offre de soins disponible localement, répartition géographique des services (couverture sanitaire), discrimination ethnique ou sexuelle dans les centres de santé, tabous sociaux, culturels ou religieux, etc. Les personnes exclues sont donc souvent victimes de plusieurs de ces facteurs. C'est dans l'économie informelle que le déficit de protection sociale est le plus grand et, plus globalement, que la qualité de l'emploi est la plus faible.

En Afrique et au Burkina Faso en particulier, l'exclusion de la protection sociale est particulièrement préoccupante au regard de l'ampleur de la pauvreté. Les crises économiques conjuguées à un relatif désengagement de l'Etat ont eu pour conséquence une réduction des dépenses publiques. Le secteur de la santé a été l'un des plus fortement affectés par cette situation : la gratuité des soins pour tous, promue depuis la période des indépendances jusqu'au milieu des années 70, a laissé progressivement la place à des systèmes de recouvrement des coûts faisant appel à la contribution des utilisateurs des services de santé. En effet, selon les recommandations de la conférence d'Alma-Ata de 1978², les politiques de santé publique reposent notamment sur le principe que les soins de santé primaires « *exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer* ».

Malheureusement, si les systèmes de recouvrement des coûts ont contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé, ils ont également rendu plus difficile l'accès aux soins pour les personnes disposant de revenus modestes. Les régimes formels de sécurité sociale, qui ne couvrent que les travailleurs salariés alors que l'économie demeure principalement informelle, n'ont pu apporter de solutions à grande échelle à cette difficulté.

Dans ces conditions, on assiste depuis une vingtaine d'années au développement de nombreux systèmes de protection créés par d'autres acteurs que les Etats : groupements, ONG, organisations de travailleurs, organisations d'employeurs, coopératives, etc. Les mutuelles de santé constituent l'une des formes prises par ces systèmes. En associant les principes d'entraide et de solidarité au mécanisme de l'assurance, elles présentent un réel intérêt en termes d'amélioration de l'accès aux soins et de diminution du risque financier lié à la maladie. Toutefois, comme le rappelle le BIT, « ces mutuelles sont de création récente en Afrique et, bien qu'elles fassent l'objet d'un développement rapide, elles restent fragiles ».

L'objectif de ce document, fruit d'un exercice de capitalisation de l'Association Burkinabè de Solidarité (ABS), s'inscrit donc dans une logique de pérennisation. En documentant et en valorisant son expérience de collaboration avec une mutuelle de santé, ABS plaide pour un soutien accru des partenaires nationaux et internationaux en faveur du renforcement et du développement de ses services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Alma-Ata, 1978 :

« L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale (...) doit être de donner à tous les peuples du monde un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ».

¹ Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, Bureau International du Travail, 2003

² Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Organisation Mondiale de la Santé, décembre 1978

1^{ère} partie : Définition et principe général d'une mutuelle

1. Définition d'une mutuelle

Selon la **définition de l'UEMOA**³, une mutuelle est un « *groupement qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences* ».

Le statut d'une mutuelle de santé est celui d'une association volontaire de personnes à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents.

A ce titre, l'UEMOA précise qu'elles peuvent « *exercer toute activité ayant pour objet l'amélioration des conditions de vie et l'épanouissement de leurs membres, notamment :*

- ✓ *Créer, conformément à la législation en vigueur, des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel ;*
- ✓ *Mener des activités économiques en vue d'améliorer les prestations servies à leurs membres dans le strict respect de la réglementation en vigueur en la matière* »⁴.

C'est quoi une mutuelle ?

C'est un groupement de personnes qui organise la solidarité entre ses membres, afin de prendre en charge leurs dépenses de santé et contribuer ainsi à améliorer leur santé et celle de leur famille.

2. Valeurs et principes éthiques

Une mutuelle sociale est basée sur **des valeurs fondamentales de transparence, de responsabilité sociale, de démocratie, d'égalité, d'équité et de solidarité.**

Ces valeurs se déclinent en autant de principes éthiques, que l'on peut considérer comme les piliers fondamentaux :

- I. L'**adhésion volontaire et non discriminatoire** consiste en un acte volontaire de participation à une mutuelle sociale non fondé sur le sexe, la race, la nationalité, l'appartenance politique ou religieuse ;
- II. Le **but non lucratif** suppose que les activités sont conduites dans un but autre que de faire du profit ;
- III. Le **fonctionnement démocratique et participatif** s'entend de la participation des adhérents, soit directement soit par l'intermédiaire de leurs représentants, au fonctionnement de l'institution ;
- IV. L'**engagement solidaire** repose sur l'entraide mutuelle entre les membres dans un souci de partage des risques ;
- V. L'**autonomie et l'indépendance** impliquent la libre administration du patrimoine de l'institution dans le respect des règles prudentielles ;
- VI. Le **bénévolat** consiste en la gratuité des fonctions exercées par les membres de l'organe dirigeant ;
- VII. La **participation responsable** oblige l'adhérent à observer une certaine loyauté envers l'institution et envers les autres membres.

Qui peut en bénéficier ?

Tout le monde peut adhérer à une mutuelle : malade ou pas, et quelle que soit votre maladie, vous bénéficierez de ses services.

La recette d'une mutuelle de santé :

- une calabasse d'autonomie et de liberté ;
- un litre de solidarité ;
- une dose de participation démocratique ;
- une boîte d'épanouissement de la personne ;
- un bidon de but non lucratif.

Mélanger ensuite avec :

- beaucoup de responsabilité dans la gestion ;
- un canari de dynamique de mouvement social.



³ Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA

⁴ Idem

3. Fonctionnement général

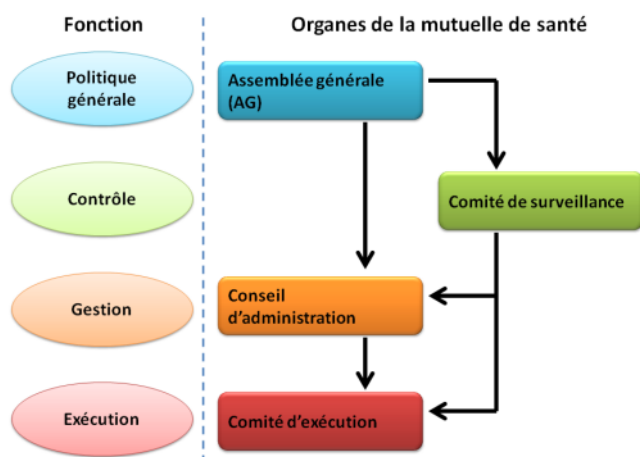
Deux types d'entreprises peuvent prendre la forme d'une mutuelle : les mutuelles de santé au sens strict, mais aussi les sociétés d'assurances mutuelles. Les premières relèvent du code de la mutualité, les secondes du code des assurances.

La distinction la plus importante entre une mutuelle de santé et une mutuelle d'assurance tient à l'interdiction de la sélection des risques pour les premières, soit en d'autres termes à l'absence de questionnaire médical. **Contrairement aux assurances qui sont à but lucratif, les mutuelles proposent en effet des cotisations indépendantes du risque individuel. Les adhérents ne sont donc pas sélectionnés selon leur état de santé, et le risque est partagé entre tous.**

En tant qu'organisation à but non lucratif, **l'organisation interne d'une mutuelle est similaire à celle d'une association classique.**

Toute mutuelle comprend ainsi les organes suivants :

- L'**Assemblée générale**, composée de l'ensemble des membres participants et adhérents (qui ont des droits de vote égaux), est l'instance suprême de la mutuelle sociale ;
- Le **Conseil d'administration**, composé d'administrateurs élus par l'Assemblée générale, détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application, et veille au bon fonctionnement de la mutuelle ;
- Un **Comité d'exécution**, dont les membres sont recrutés par le CA et qui a pour charge d'assurer le fonctionnement quotidien et la gestion administrative et financière de la mutuelle.
- Et le **Comité de surveillance**, qui a la charge du contrôle de la gestion technique, administrative et financière de la mutuelle.



Les principales ressources financières d'une mutuelle de santé sont :

- Les droits d'adhésion ;
- Les cotisations ;
- Les contributions des membres honoraires ;
- Les dons, legs et subventions diverses.

D'où vient l'argent ?

Les fonds d'une mutuelle de santé proviennent principalement des frais d'adhésion et des cotisations de ses membres.

Toutefois, les ressources peuvent être **améliorées par les emprunts, les produits des activités génératrices de revenus et/ou les produits financiers.**

Il est important de distinguer deux types de bénéficiaires d'une mutuelle de santé :

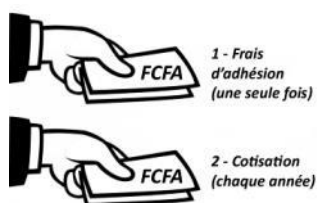
L'adhérent



Les personnes à charge

➔ L'**adhérent (aussi appelé membre ou titulaire)** est la personne qui adhère à la mutuelle de santé, s'engage à respecter les textes régissant son fonctionnement et à verser ses cotisations ;

➔ **Les personnes à charge** sont des personnes qui dépendent directement du membre titulaire et peuvent avoir le droit aux services de la mutuelle. Ce sont des personnes qui dépendent directement du membre titulaire et peuvent bénéficier des services de la mutuelle, généralement son/sa partenaire et ses enfants.



Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé sont très simples :

➔ Le **paiement du droit d'adhésion** sert à couvrir les frais inhérents à l'inscription. Il n'est payé généralement qu'une seule fois.

➔ Le **paiement de la cotisation** permet d'octroyer les prestations aux mutualistes, de financer son fonctionnement et de constituer des réserves. La cotisation est le plus souvent versée annuellement ; son montant peut être dégressif en fonction des prestations attendues par l'adhérent.

En fonction du règlement intérieur de chaque mutuelle, **différents systèmes de cotisation peuvent être mis en place :**

- ✓ Le titulaire et les personnes à charge paient la même cotisation,
- ✓ Les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle du titulaire,
- ✓ Deux taux de cotisations sont appliqués ; l'un avec personnes à charge et l'autre sans personnes à charge,
- ✓ Une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge.



Les modalités d'accès aux soins sont également très simples :

il suffit au bénéficiaire de s'adresser au prestataire conventionné de soins (l'une des structures de santé ayant signé une convention de partenariat avec la mutuelle), puis de présenter à la formation sanitaire sa carte de membre. Une fois le service rendu par la formation sanitaire (consultation, examen, achat de médicaments...), le bénéficiaire n'a plus qu'à payer le ticket modérateur, c'est-à-dire le montant de la dépense non-couvert par la mutuelle s'il s'agit d'un service qu'elle ne prend pas intégralement en charge.

4. Objectifs et avantages attendus d'un point de vue santé publique

Toute mutuelle se fixe pour **objectif de contribuer à préserver et à améliorer l'état de santé de ses membres, en facilitant leur accès au système de santé.**

Pour la société en général, ou pour toute association travaillant dans le champ de la santé, les avantages attendus de l'adhésion à une mutuelle peuvent se résumer en 5 points essentiels :



- ➔ Les membres de la mutuelle peuvent se soigner chaque fois que nécessaire ;
- ➔ Le continuum des soins est favorisé tout au long du parcours de soins des membres ;
- ➔ La prise en charge précoce des épisodes de maladie préserve l'état de santé général des membres ;
- ➔ Les personnes les plus démunies ont accès aux services de santé ;
- ➔ Les recours aux pratiques parallèles (automédication, traitements alternatifs et/ou traditionnels...) sont moins fréquents.

A quoi ça sert ?

Dans tous les cas, une mutuelle de santé fonctionne comme une assurance santé, en prenant en charge la totalité ou une partie de vos dépenses de santé.

2^{ème} partie : Présentation de la Mutuelle de Santé Kénéya Sira de Bobo-Dioulasso (MSKSB)

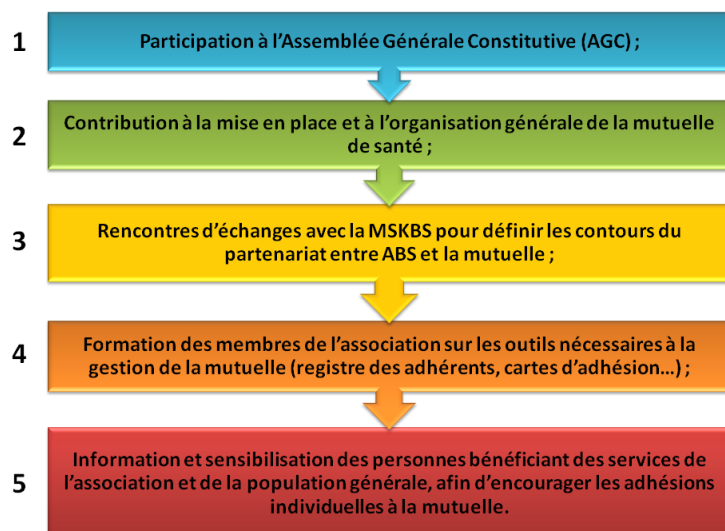
1. Historique de la Mutuelle

C'est en 2005 que l'Association Burkinabè de Solidarité a adhéré à la Mutuelle de Santé Kénéya Sira de Bobo-Dioulasso (MSKSB), en espérant ainsi contribuer à la santé de ses membres et de leurs familles. Ayant largement contribué à sa mise en place et à son développement dans la région des Hauts-Bassins, les responsables d'ABS sont d'ailleurs aujourd'hui membres du Conseil d'Administration de la MSKSB.

Le choix stratégique d'ABS d'adhérer à une mutuelle de santé a été décidé collectivement au sein de l'association, en tenant compte d'un certain nombre de préalables :

- L'existence d'un **esprit de solidarité entre les futurs adhérents**, non seulement entre les membres actifs de l'association mais également entre l'équipe et les personnes bénéficiaires des services ;
- L'existence d'un **réel besoin en matière de financement des soins de santé** : bien que le travail de l'association soit reconnu pour sa pertinence et sa qualité, ABS dispose d'un nombre limité de partenaires financiers, ce qui ne lui permet pas de diversifier suffisamment ses ressources ;
- La **confiance** accordée par ABS aux initiateurs du projet de création de la MSKSB ;
- La **disponibilité de services de santé de qualité** dans la ville de Bobo-Dioulasso mais **l'accès difficile à ces services** pour les personnes vivant avec le VIH.

Plusieurs étapes ont cependant été nécessaires entre la mise en place effective du partenariat et les premières adhésions individuelles à la mutuelle :



➤ **Photo ci-dessus** : une séance de sensibilisation des employés de la SITARAIL à Bobo-Dioulasso.

2. Objectif de l'adhésion d'ABS à la Mutuelle

En décidant d'adhérer à la Mutuelle Kénéya Sira, l'objectif de l'association était d'assurer à ses membres un meilleur accès aux services de santé modernes en :

- ✂ **Intervenant comme tiers-payant** auprès des structures sanitaires pour le remboursement des frais médicaux ;
- ✂ **Promouvant l'esprit d'entraide et de solidarité** entre ses membres ;
- ✂ Contribuant à **l'amélioration du fonctionnement des services de santé** à Bobo-Dioulasso.

3. Equipe en charge de l'activité

Au sein de l'Association Burkinabè de Solidarité, **ce sont deux personnes qui sont directement en charge de la gestion de la mutuelle de santé :**

- **Une conseillère psychosociale**, qui a pour double rôle...
 - a. De sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et leurs familles lors des activités dédiées (réunions du groupe de parole une fois par mois, repas communautaires, club d'observance) ;
 - b. De réaliser les entretiens individuels, de procéder à l'enregistrement des nouveaux adhérents dans un registre et de remplir les cartes d'adhésion qui seront remises aux nouveaux inscrits.
- **La Trésorière d'ABS**, qui gère les frais d'adhésion et de cotisations des adhérents. Une fois les fonds collectés, elle dépose les sommes versées directement sur le compte bancaire de la mutuelle. Lorsque les CSPS transmettent à l'association les factures correspondant aux prestations de santé fournies aux adhérents, la Trésorière se charge elle-même du paiement de ces factures en prélevant directement sur le compte de la mutuelle (le président et la trésorière d'ABS sont tous les deux signataires du compte, en tant que membre du Bureau exécutif de la MSKSB).

Si ces deux personnes sont celles qui assurent le bon fonctionnement de la mutuelle, en réalité **presque tous les membres d'ABS sont impliqués dans sa promotion** auprès des personnes bénéficiant des services de l'association, mais aussi auprès des autres associations, des employés des grandes entreprises et des personnes travaillant dans le secteur informel.

Jusqu'à présent, le seul outil de communication disponible pour sensibiliser les gens sur la mutuelle était un dépliant d'information conçu par le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS). C'est pour cette raison que dans le cadre d'un premier exercice de capitalisation, **l'association a souhaité concevoir son propre dépliant d'information** avec l'appui de la Plateforme ELSA (voir ci-dessus).



4. Modalités d'adhésion à la mutuelle

Les modalités d'adhésion à la mutuelle sont claires et compréhensibles par le plus grand nombre. **Si la personne s'adresse directement à l'association, tout commence par un entretien individuel (ou de couple) avec la conseillère psychosociale**, au cours duquel les objectifs, les services et le fonctionnement de la mutuelle sont expliqués à la personne.

Ce temps d'échange est important parce qu'il permet de fournir toutes les informations nécessaires et surtout de répondre aux interrogations des uns et des autres, et ce **de manière totalement confidentielle** (l'entretien se déroule dans l'un des bureaux du siège d'ABS).

Si la personne décide d'adhérer à la MSKSB, elle est invitée à revenir à l'association avec deux photos d'identité. Lors de ce deuxième entretien, la conseillère psychosociale enregistre son inscription dans le registre des adhésions. **La personne n'a aucun document à fournir** : les seules informations demandées concernent son identité, sa date et son lieu de naissance, son adresse complète, son numéro de téléphone, et le nom du centre de santé le plus proche de son domicile (répertorié comme sa « formation sanitaire traitante »).

Où et à qui s'adresser ?

Deux solutions :

- a. Venir au siège d'ABS ou contacter la conseillère psychosociale par téléphone (ses contacts figurent sur le dépliant d'information remis aux personnes)
- b. S'adresser directement au secrétariat de la MSKSB.



Si le nouvel adhérent souhaite les inscrire sur sa carte, les **mêmes informations sont nécessaires à propos des personnes qui sont à sa charge.**

Grâce aux renseignements personnels, la **conseillère remplit une carte d'adhésion** en y collant l'une des deux photos d'identité de la personne (l'autre est conservée dans le registre des adhésions). Une fois remplie, cette carte est **délivrée à la personne à la fin de l'entretien** (voir ci-contre).

Si le nouvel adhérent est **membre d'ABS**, bénéficie des services de l'association et s'adresse **directement à elle**, il n'a pas à s'acquitter des frais d'adhésion et de cotisation : ces frais sont **intégralement pris en charge par l'association**. Seul le renouvellement de la carte en cas de perte ou de vol est à la charge de l'adhérent (à hauteur de 1 000 francs CFA).

Il convient cependant de préciser que le nouvel adhérent ne pourra pas recourir aux prestations de la mutuelle immédiatement en sortant du bureau de la conseillère : celle-ci doit d'abord établir un rapport mensuel sur la base du registre d'enregistrement et du cahier du prestataire (qui permet de suivre les services dont bénéficie chaque patient) et des outils de gestion financière (fiche mensuelle pour la situation des dépenses...). **L'enregistrement de toute nouvelle adhésion et l'ouverture des droits des nouveaux adhérents ne sont donc effectifs qu'après la transmission de ce rapport à la MSKBS et une période d'observation de 3 mois.**

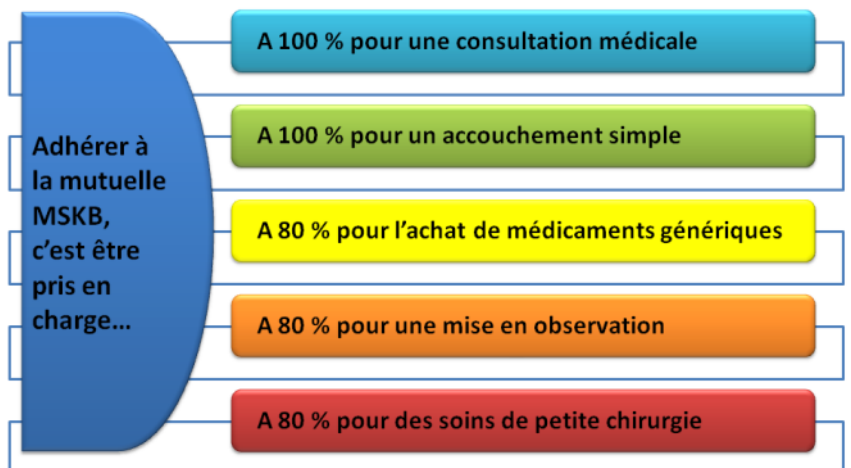
Quelles démarches effectuer ?

- Dans tous les cas, accueil et entretien se déroulent en toute confidentialité :
- c. Pas de dossier à remplir ni apporter : fournir seulement 2 photos d'identité, une pièce d'identité et quelques informations personnelles.
 - d. Une inscription immédiate dans le registre des adhésions, et la délivrance d'une carte d'adhésion.

5. Evénements couverts et nature des frais de santé pris en charge

Si l'on se place du point de vue des individus, **l'adhésion à la mutuelle de santé d'ABS offre de nombreux avantages puisqu'elle permet :**

- ➔ De se soigner dans n'importe quel CSPS de Bobo-Dioulasso (*Centre de Santé et de Promotion Sociale*)
- ➔ D'avoir accès aux consultations médicales et aux médicaments essentiels génériques quelle que soit sa maladie
- ➔ De consulter un médecin sans attendre, avant que la maladie ne s'aggrave
- ➔ De ne plus payer les consultations dans les CSPS
- ➔ De payer moins cher les médicaments génériques (*si un produit coûte 1 000 Francs CFA, l'adhérent ne paye que 200 FCFA*)
- ➔ De faire en sorte que l'accouchement soit entièrement pris en charge (*sauf en cas de complication*)
- ➔ De diminuer les dépenses de santé de l'adhérent s'il est placé en observation dans un CSPS (*par exemple s'il est placé sous perfusion*)
- ➔ Et enfin, de payer moins cher les soins infirmiers dans les CSPS (*par exemple si l'adhérent a besoin de points de suture*)



6. Liste des Centres de Santé et de Promotion Sociale conventionnés de la MSKSB à Bobo-Dioulasso



A ce jour, **ABS assure ses adhérents auprès de 16 Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) conventionnés à Bobo-Dioulasso** (des négociations sont en cours auprès du dernier CSPS de la ville qui ne figure pas encore sur cette liste) :

- | | | |
|----------------------------|----------------|---|
| ✓ Accartville | ✓ Ouezzinville | ✓ Tounouma |
| ✓ Belleville | ✓ Guimbi | ✓ Centre d'Ecoute |
| ✓ Bolomakoté | ✓ Hamdallaye | ✓ Kua |
| ✓ Colma | ✓ Lafiabougou | ✓ Et l'Association Dispensaire Trottoir (ADT) |
| ✓ Colsama (<i>photo</i>) | ✓ Sakaby | |
| ✓ Dogona | ✓ Sarfalao | |

7. Procédure de déclenchement de la couverture

Lorsqu'une personne adhérente à la mutuelle tombe malade, elle n'a pas besoin de contacter la MSKSB ou l'association pour signaler sa situation : il lui suffit de se rendre dans le CSPS de son choix (par exemple le plus proche de son domicile pour éviter un long déplacement et des coûts de transport, ou au contraire dans un autre CSPC éloigné de son domicile si elle s'inquiète de la confidentialité de sa sérologie).

Une fois sur place, le patient n'a plus qu'à présenter sa carte d'adhésion à la mutuelle pour bénéficier des prestations prises en charge par la mutuelle.

A l'issue de la consultation, elle se rendra avec son ordonnance et sa carte de mutualiste à la pharmacie du CSPS, où on lui délivrera les traitements correspondants. Le parcours de l'adhérent peut donc se résumer de la manière schématisée ci-contre :



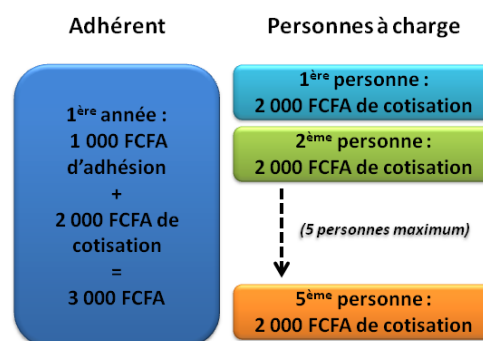
8. Frais d'adhésion et de cotisation

Une fois que l'adhérent est enregistré, il doit s'acquitter des frais d'adhésion et de cotisation :

- ✓ Les frais d'adhésion s'élèvent 1 000 FCFA (payable une seule fois, et ce quelque soit le nombre de personnes inscrites sur la carte).
- ✓ Les cotisations sont quant à elles de 2 000 FCFA par an et par personne.

Cependant, comme expliqué plus haut, les membres de l'association sont pris en charge par ABS, qui s'acquitte elle-même directement de ces frais d'adhésion et de cotisation auprès de la MSKSB.

Chaque adhérent peut inscrire jusqu'à 5 autres personnes sur sa carte de membre (les « personnes à charge » : son/sa partenaire, ses enfants, autres personnes vivant sous le même toit...) Tous bénéficieront des mêmes avantages que l'adhérent.



1. Sur le plan technique

Les limites actuelles du dispositif en place et les améliorations envisagées par ABS se résument comme suit :

Nombre encore restreint d'adhérents parmi les personnes bénéficiant des services de prise en charge de l'association	→ Mobiliser davantage les bénéficiaires et les convaincre des avantages d'une adhésion à la MSKSB
Connotation péjorative encore forte parmi la population, le fait d'adhérer à la mutuelle étant encore trop souvent perçu comme un signe révélateur de séropositivité au VIH	→ Insister davantage sur l'ouverture de la mutuelle à tous, sans considération de pathologie
Couverture de la mutuelle aujourd'hui restreinte à l'échelle des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	→ Poursuivre les négociations en cours pour étendre le dispositif à l'échelle des Centres Médicaux (CM), aux hôpitaux et aux dispensaires de l'Office de Santé des Travailleurs (OST)
Couverture de la mutuelle aujourd'hui restreinte aux centres de santé de la ville de Bobo-Dioulasso	→ Envisager l'extension du dispositif aux villes et villages environnants, en tenant compte des lieux de résidence des bénéficiaires d'ABS
Réticence de certains personnels de santé des CSPS conventionnés à respecter les engagements pris par leur centre (et même fréquents cas de refus de prise en compte des cartes d'adhésion dans deux CSPS)	→ Signaler ces comportements discriminants à la Direction Régionale de la Santé et aux médecins chefs de districts (MCD)
Non couverture des consultations spécialisées, des produits de spécialité et des examens biologiques, pourtant régulièrement nécessaires pour les personnes vivant avec le VIH	→ Etendre le dispositif à l'échelle des Centres Médicaux (CM), des hôpitaux et des dispensaires de l'Office de Santé des Travailleurs (OST)
Méconnaissance de certaines modalités d'accès aux prestations de la mutuelle, de nombreux adhérents ne sachant pas qu'ils peuvent se rendre dans n'importe quel Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	→ Communiquer mieux et davantage auprès des adhérents, d'autant plus que le dispositif est amené à évoluer dans les prochains mois

2. Sur le plan partenarial

A ce jour, l'association Burkinabè de Solidarité compte 3 organisations soutenant financièrement la mutuelle **Kénéya Sira** : la Fondation de France (FFF), la Mutualité Chrétienne de Liège (MCL) et dans une moindre mesure, le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS).

1

L'appui de **la Fondation de France** consiste en une subvention triennale prenant en charge les frais d'adhésion et de cotisation des personnes vivant avec le VIH et de leurs ayants droits accompagnés par ABS. Le projet actuellement en cours arrivera à échéance à la fin de l'année 2015.

2

Le soutien de **la Mutualité Chrétienne de Liège (MCL)** vise à soutenir les activités génératrices de revenus développées par ABS, en l'occurrence par l'achat et la vente de produits artisanaux locaux revendus en Belgique, dont les bénéfices sont intégralement reversés à l'association (*photo ci-contre*). Ces fonds sont utilisés comme fonds de réserve par ABS et pour couvrir une partie des frais de fonctionnement de la mutuelle.



L'appui du **Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS)**, nettement plus restreint sur le plan financier, permet néanmoins de soutenir les actions de promotion de la mutuelle auprès des personnes bénéficiant des services de l'association, mais aussi auprès des autres associations, des employés des grandes entreprises et des personnes travaillant dans le secteur informel dans les quartiers environnant le siège d'ABS à Bobo-Dioulasso.

Pour l'association, **les difficultés financières demeurent un obstacle majeur au développement des services de la mutuelle, et les enjeux sur le plan financier sont importants :**

Manque de ressources allouées à la promotion de la mutuelle et à la sensibilisation des membres d'ABS et de la population générale



Mobiliser des fonds complémentaires à ceux alloués par le RAMS

Indemnisation insuffisante de la conseillère psychosociale en charge de la gestion de la mutuelle au sein d'ABS



Envisager de solliciter l'un des partenaires pour revaloriser ce poste

Fragilité du dispositif de prise en charge des frais d'adhésion et de cotisation, qui repose sur la seule subvention de la Fondation de France



Maintenir et renforcer le partenariat avec la Fondation de France, avec la soumission d'un nouveau projet en 2015

Part encore faible de la contribution des activités génératrices de revenus au fonctionnement de la mutuelle



Développer et diversifier les activités génératrices de revenus avec la Mutualité Chrétienne de Liège

Insuffisance des ressources financières allouées de manière générale au dispositif mis en place avec la Mutuelle Kénéya Sira



Diversifier les ressources financières en développant de nouveaux partenariats au niveau national ou international

Sur le plan technique, en dehors de la MSKSB elle-même et des CSPS de la ville de Bobo-Dioulasso, **le seul partenaire d'ABS est jusqu'à présent le Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé (RAMS)**, avec lequel l'association entretient des liens de collaboration réguliers et satisfaisants. Chaque année, le RAMS forme ainsi les membres d'ABS sur les techniques d'information et sur la gestion administrative et financière de la mutuelle, et alloue à celle-ci une subvention mensuelle de 30 000 FCFA pour organiser des séances de sensibilisation dans divers lieux de la ville.

Le soutien du RAMS s'avère en outre indispensable dans le cadre du plaidoyer auprès des autorités sanitaires, car le Réseau constitue un relais de la parole de l'association et représente une forme de caution morale aux yeux des partenaires techniques et financiers.

Afin de renforcer le dispositif existant, il est toutefois nécessaire qu'**un partenariat technique soit mis en place avec l'Office de Santé des Travailleurs (OST)**, dont les dispensaires sont ouverts aux travailleurs du secteur formel, **et avec les associations de travailleurs du secteur informel** (en profitant des efforts de structuration entrepris par ce dernier depuis quelques années au niveau local et national).

De la même manière, ABS doit envisager de **consolider ses liens de collaboration avec les entreprises d'Etat et les grandes entreprises privées**, avec lesquelles elle est déjà partenaires dans le domaine de la prévention des IST et du VIH mais qui pour le moment ne contribuent pas au développement de la mutuelle.

1. Témoignages des bénéficiaires / adhérents

Information sur l'existence de la mutuelle et décision d'adhérer :

- « J'ai eu toutes les informations nécessaires à travers une causerie de groupe. Après la causerie, on a accepté de fournir les noms et la liste de nos enfants ».
- « J'assiste aussi aux réunions d'information de la mutuelle qui se tiennent régulièrement à ABS ».
- « C'est le président d'ABS qui m'a parlé la première fois de la mutuelle, lors d'une rencontre entre l'association et les bénéficiaires ».
- « La première fois que j'ai entendu parler de la mutuelle c'était à ABS, au cours d'un entretien avec la trésorière de l'association. Je suis adhérent depuis 2008 ».
- « C'est ABS qui m'en a parlé au cours d'un entretien, et j'ai accepté le jour-même car ça m'a plu, c'est une aide précieuse ».
- « J'ai eu les premières informations à ABS au cours d'un groupe de parole, il y a deux ans ».
- « Je suis adhérente depuis la mise en place du partenariat d'ABS avec la mutuelle en 2009, j'ai pris part à sa mise en place. Tout de suite j'ai trouvé que c'était une bonne idée d'adhérer, parce que si tu as ta carte, tu pars à l'hôpital et tu payes moins cher ; c'est une faveur ».
- « J'avais entendu parler d'une mutuelle en Europe, donc quand j'ai appris l'existence de celle d'ABS lors d'un groupe de parole qui en parlait, je me suis tout de suite intéressé. Je suis adhérent depuis la création de la mutuelle ».
- « J'avais eu des informations sur les mutuelles à la radio, sur France Inter, et la télévision sur Africa 24, alors j'ai adhéré dès la mise en place de la mutuelle d'ABS ».
- « C'est mon chef de service qui a pris les informations au niveau de la Sofitex et m'a proposé de venir adhérer en fournissant des informations sur ABS et la mutuelle. J'ai tout de suite adhéré en venant voir ABS »
- « C'est un cousin qui m'a amenée ici et m'a présenté au président d'ABS, qui m'a parlé de la mutuelle en 2009 ».

Mère de 3 enfants, sans emploi, Assita nous raconte :

« C'est le président d'ABS qui m'a parlé de la mutuelle en 2009, lors d'une rencontre entre ABS et les bénéficiaires. Il m'a donné toutes les informations. C'est un système de cotisation, et quand tu es malade, il suffit de se rendre dans un CSPS en présentant sa carte d'adhérent. Comme cela, la consultation ne te coûte rien et tu ne payes pas la totalité des médicaments. Je suis rentrée chez moi pour réfléchir mais je n'ai pas hésité longtemps car mon enfant est tombé malade. On m'a dit de me rendre dans un CSPS. J'y suis allée et j'ai présenté la carte. Le médecin m'a délivré une ordonnance de médicaments génériques. Grâce à la carte, j'ai payé seulement 20% du prix des médicaments, car le reste était couvert par la mutuelle ».



- « C'est mon médecin traitant du CMA de Do dans le secteur 22 qui m'a référé à ABS pour un soutien alimentaire. Et ensuite c'est à l'association qu'on m'a parlé de la mutuelle, au cours d'un groupe de parole. Je suis revenue dès le lendemain pour adhérer ».
- « J'ai eu des informations sur les mutuelles avant d'entendre parler de celle d'ABS, mais les conditions n'étaient pas intéressantes pour moi. Ici les conditions de prise en charge sont meilleures, et l'existence de la mutuelle est un plus ».
- « Moi, chaque fois je tombais malade, donc c'est ça qui m'a poussée à adhérer. Je n'ai pas cherché à voir d'autres mutuelles, car tout le monde aurait pensé que j'étais malade et infectée par le VIH ».
- « J'ai entendu parler de la mutuelle à ABS en entretien individuel. Je ne me sentais pas, et on m'a expliqué que ça serait plus facile pour me soigner. Ma seule préoccupation était de retrouver la santé, donc je n'ai pas hésité ».
- « C'est à ABS qu'on m'a parlé de la mutuelle le premier jour où je suis venu. J'ai tout de suite accepté car même si tu n'as pas l'argent, tu peux soigner toute ta famille. Je n'étais pas malade mais je voulais préserver ma santé ».

Adama, veuf de 37 ans : « Lors de mon premier test de dépistage au centre MURAZ, on m'a annoncé ma séropositivité et transféré à l'hôpital de jour. Là, j'ai été informé sur la mutuelle dans le groupe de parole de l'hôpital et on m'a indiqué ABS, en me proposant d'adhérer dès la première réunion du groupe de parole à laquelle j'ai assisté ».

Avantages et impacts de la mutuelle sur la santé des adhérents :

- « La mutuelle est une opportunité de dépenser moins pour soigner ma famille. Et le fait d'avoir payé 1000 F au lieu de 4000 F la première fois que j'ai dû acheter des médicaments a renforcé ma décision ».
- « La carte est très bien pour moi, ça m'arrange beaucoup. Même aujourd'hui j'ai demandé à l'association si les cartes avaient été renouvelées, car j'en ai souvent besoin ».
- « Dans une situation de pauvreté, pour se soigner, mieux vaut être aidé ».
- « Les avantages de la mutuelle que j'ai retenues, c'est la possibilité de consultations gratuites au CSPS, le fait que les médicaments ne sont pas payants, l'obligation de payer des cotisations annuelles, et le fait que la carte peut être pour moi seul ou pour la famille – j'ai choisi la famille ».
- « Ça a amélioré notre état de santé, à moi et ma famille, car sans la mutuelle, ça serait difficile de payer les produits ».
- « Même si je cotise sans être malade, ça peut servir à d'autres personnes donc je continue de payer ».
- « Si tu n'as pas les moyens et que tu peux adhérer à la mutuelle, c'est un avantage car tu peux te soigner à moindre coût. C'est moi et ma fille qui nous sommes inscrites sur la nouvelle carte mais nous n'avons pas encore utilisé la carte car nous ne sommes pas tombés malades cette année ».
- « Par le passé je l'ai souvent utilisée pour me soigner et soigner ma fille. L'enfant avait le paludisme, donc il fallait consulter et obtenir les produits. Sans la mutuelle, j'aurais pu payer les frais moi-même à l'époque mais là j'ai pu garder l'argent pour d'autres types de dépenses ».
- « Je vis seule avec mes enfants, donc la santé représente de nombreuses dépenses que je ne peux pas assumer toute seule ».
- « Cela m'a fait du bien côté financier et côté santé, pour moi et mes enfants ».
- « Nous allons au CSPS sans attendre de trouver l'argent pour nous soigner ».
- « La mutuelle s'est élargie l'an passé en 2014 aux accouchements simples, à la petite chirurgie, et aux mises en observations ».

Paul, ouvrier agricole saisonnier :

« Les gens ont moins de problèmes quand ils adhèrent, surtout si on a beaucoup d'enfants - j'ai 6 enfants - et qu'on est contractuel et pas salarié. Je n'ai pas d'activités professionnelles pendant 6 mois de l'année, donc pas de revenus pour faire face aux dépenses de santé ».



Rosalie, mère de famille de 33 ans, sans emploi :

« Avant d'adhérer à la mutuelle, j'allais demander de l'argent ; aujourd'hui je vais les voir seulement quand on me prescrit des spécialités (j'ai des sinusites qui ne se soignent pas avec les génériques) ou je me débrouille parfois pour acheter un produit. Même l'infirmier dit que c'est bien car je n'attends pas pour venir me soigner ».

- « Quand tu apprends qu'on veut te prendre en charge gratuitement, tu n'as pas besoin de réfléchir longtemps, surtout si tu as une famille ».
- « Je suis veuve et j'ai 5 orphelins, donc c'était une occasion de mieux les soigner »
- « Le fait d'avoir des revenus aléatoires (pas de contrat salarial annuel), ça veut dire qu'on a besoin de soutien pendant certaines périodes. Sans la mutuelle, ça serait dur de payer les frais de santé pendant les périodes sans travail et revenus ».
- « Dès que je suis malade je vais au CSPS alors qu'avant je restais chez moi malade, faute de moyens financiers ».
- « Je ne tombe plus aussi souvent malade, car je vais me faire soigner dès que besoin, sans attendre. Même si une autre mutuelle proposait mieux, je resterais ici car ce sont les vieilles marmites qui font les bons plats ».
- « Nous sommes moins souvent malades, car on attend pas de l'être gravement ».
- « Avant je ne parvenais pas à payer les ordonnances et je ne pouvais pas me soigner. Je restais malade, je prenais des produits traditionnels. Donc la mutuelle m'a aidé à me faire suivre plus régulièrement en consultant au CSPS dès que je suis malade. J'ai même pu retrouver du travail et donc avoir des revenus ».
- « Je ne suis plus obligé de courir à droite à gauche pour chercher l'argent des produits et des consultations ».
- « On peut consulter sans attendre, donc c'est plus facile de guérir les petites maladies. Avant, j'attendais et ça s'aggravait ».

Pauline, infectée par le VIH, est accompagnée depuis 4 ans par ABS : « C'est plus simple que de donner l'argent aux patients pour aller se soigner, parce que donner de l'argent, ça oblige les patients à passer d'abord à l'association et donc ça veut dire des frais de déplacement et un retard de prise en charge. C'est plus simple aussi qu'un système de remboursement ».

Limites et améliorations à apporter :

- « Je suis toujours membre d'ABS, mais j'ai quitté Bobo pour N'dorola, et malheureusement le dispositif ne fonctionne pas hors de Bobo-Dioulasso, même dans les localités où ABS est présente ».
- « Il y a un manque d'information des gens sur la mutuelle. Je n'en ai pas parlé à mon papa et à mes frères, car je ne savais pas qu'ils pouvaient être inscrits sur ma carte. ABS mais aussi les adhérents devraient faire un effort d'information auprès de leurs proches, et il faudrait passer les informations à la radio, à la télévision ou dans les journaux ».
- « Il faudrait que davantage de gens adhèrent pour que la mutuelle se développe en ayant davantage de moyens. Cela permettrait de prendre en charge les médicaments spécialités ou de se faire soigner dans les hôpitaux (même si moi je n'ai jamais été dans cette situation) ».
- « Il y a un déficit d'information d'ABS aux adhérents, qui ne savent pas que la mutuelle est ouverte même aux personnes non concernées par le VIH et non prises en charge par ABS »
- « Il faudrait que tous les CSPS acceptent de signer la convention avec la mutuelle, et prendre en charge les spécialités car aujourd'hui il faut les payer soi-même en « grouillant chercher l'argent » ou en venant solliciter ABS ».
- « J'espérais que les produits allaient être disponibles aussi dans les pharmacies et pas seulement les CSPS. J'aurais aimé avoir accès aux hôpitaux ».
- « Il faudrait un élargissement au niveau national, car on devrait pouvoir se soigner quand on est en déplacement en famille ou pour le travail ».
- « Il faudrait que la mutuelle ait son propre médecin. Et ça serait bien d'étendre aux dispensaires de l'OST dans la zone industrielle, même s'ils ne fonctionnent que le jour ».



- « Mais même les 20% [restant à payer], c'est encore difficile pour moi, je ne peux pas toujours payer ça ou alors je dois trouver l'argent autour de moi pour réunir la somme ».
- « Ça serait bien de pouvoir avoir les produits de spécialités, car les génériques ne suffisent pas toujours, il y a des maladies où il faut la spécialité ».
- « Pour faire des examens, il faudrait pouvoir aller dans les hôpitaux. Moi j'en aurais eu besoin pour ma fille car j'ai dû demander en famille pour faire une radio et un examen de sang ».

Fatimata, mère célibataire, vendeuse ambulante :

« Si c'était à l'hôpital cela serait mieux, là-bas il y a des spécialistes ça coûte cher de les voir en consultation. Et comme il n'y a pas d'examens dans les CSPS, il faut vraiment que le dispositif soit élargi aux hôpitaux ».

Quand les CSPS ne jouent pas le jeu...

Adèle : « Un jour, un agent de santé m'a dit qu'il ne connaissait pas la mutuelle. J'ai été obligé de payer, car il pensait qu'il allait être obligé de payer lui-même ».

Amina : « On a déjà refusé de prendre en compte ma carte une fois au CSPS de [...], j'ai été obligée de rentrer chez moi car je n'avais pas l'argent pour payer la consultation. Je ne savais pas que je pouvais aller dans un autre CSPS, si j'avais su ça je serai partie »

Abdul : « Plusieurs fois on a refusé de prendre ma carte. Ils disent qu'ils ne sont pas informés de l'existence de la mutuelle, mais je ne les crois pas. Dans ces cas-là, soit je pars dans un autre CSPS, soit je reste sur place et je paye »

Maurice : « Il faudrait que l'argent soit géré directement par ABS, puisque l'argent est versé au CSPS de [...], mais celui-ci refuse de soigner les gens qui sont adhérents. Il faut obliger les CSPS à respecter les conventions signées avec la mutuelle ».

Germaine : « Souvent quand on présente notre carte, les agents de santé nous disent d'attendre notre tour après les autres patients. Ils prennent d'abord les patients qui payent, ce qui est décourageant pour les adhérents. A cause de ça, parfois je préfère quitter le CSPS ».

Promotion de la mutuelle par les adhérents eux-mêmes :

- « J'avais une association vers chez moi et je suis allé les voir pour les encourager à adhérer en assistant à deux de leurs réunions et en prenant la parole, mais l'association n'a pas fait la démarche même si des gens voulaient le faire individuellement ».
- « J'utilise l'argument financier : la mutuelle permet de dépenser moins pour sa santé. Ça marche, certaines personnes sont allées s'inscrire suite à nos discussions ».
- « Je leur explique comment ça se passe en prenant mon exemple, je parle des avantages de l'adhésion. Deux personnes de mon entourage sont prêtes à adhérer, mais elles ne sont pas prises en charge par ABS et ont encore besoin d'un temps de réflexion ».
- « J'ai conseillé d'autres personnes, mais comme ils ne sont pas pris en charge par ABS, les gens me demandent si c'est eux qui devront payer la cotisation ».
- « Oui, j'encourage la famille. Ils trouvent que c'est une bonne idée et certains viennent adhérer ; les autres trouvent que ça ne leur convient pas ».
- « Certains voudraient adhérer à une mutuelle mais n'ont pas les moyens de payer une cotisation ».
- « En famille j'en parle, mais pas en dehors. La famille est intéressée et certains membres ont adhéré. En dehors c'est plus difficile, car je ne pense pas avoir assez d'informations pour expliquer aux gens ».
- « On en parle, on explique les avantages, mais les gens ne s'y intéressent pas. Certains pensent qu'adhérer à la mutuelle signifie que tu es infecté, d'autres ont assez de moyens pour payer seuls leurs produits ».
- « Ceux qui sont contre l'adhésion à la mutuelle disent qu'ils ne veulent pas payer pour rien quand ils ne sont pas malades. Il existe aussi une crainte à propos de la gestion financière des cotisations, il faudrait convaincre les



personnes non-adhérentes en leur expliquant comment l'argent est utilisé, que l'argent est géré par la mutuelle, pas par ABS qui en est partenaire ».

Pour Bernard, 41 ans, il faut en parler en famille :

« Je parle souvent de ça en famille et avec les amis, on cause de la mutuelle. Il y en a qui veulent s'inscrire. Je leur dit de venir discuter avec les membres de l'association pour avoir davantage d'informations ».

Abdul rappelle qu'il faut laisser le temps de la réflexion :

« J'en ai parlé avec ma famille et avec quelques collègues de service. Actuellement, deux personnes de mon entourage sont prêtes à adhérer, mais elles ne sont pas prises en charge par ABS et ont encore besoin d'un temps de réflexion ».

Selon Sabine, il faut aussi rassurer les gens sur la gestion financière :

« Ceux qui refusent d'adhérer disent qu'ils ont adhéré à une autre mutuelle qui a disparue avec leur argent, donc maintenant ils hésitent car ils ont cotisé sans jamais bénéficier des prestations. Certaines mutuelles ne fonctionnent pas correctement et cela peut décourager les adhérents ».

Quand l'image de la mutuelle est systématiquement associée au sida...

Sosthène : « Sensibiliser c'est très bien mais beaucoup ne comprennent pas : il faut savoir expliquer à qui peut comprendre. Si tu parles d'ABS, on te dit que tu as le sida alors que ce n'est pas tout le monde ».

Sandrine : « En parlant de la mutuelle, les gens se mettent tête que tu as la maladie - le sida, donc je ne parle qu'aux gens en qui j'ai confiance ».

Amidou : « Pour de nombreuses personnes, mutuelle = sida, car elles pensent que les mutuelles sont destinées aux séropositifs et aux associations de lutte contre le sida, donc pour elles, adhérer à une mutuelle = être infecté par le VIH ».

Germain : « Je n'en parle pas aux gens qui ignorent mon statut sérologique, car ils vont associer la mutuelle à ABS et ABS au sida et le sida à moi-même ».

Denise : « On en parle, mais les gens sont réticents car ils associent mutuelle et sida. D'autres ne sont pas intéressés même s'ils sont infectés par le VIH, d'autres n'ont pas confiance dans les associations. Même certains membres d'ABS ne souhaitent pas adhérer, car la carte les identifie en tant que personnes infectées par le VIH ».

2. Interviews des Centres de Santé et de Promotion Sociale partenaires

La mutuelle Kénéya Sira et son fonctionnement :

- « C'est un grand appui au système de santé. Son fonctionnement me paraît satisfaisant » (CSPS de Ouezzinville)
- « La mutuelle est un soutien au système de prise en charge des soins, même si son fonctionnement reste pour le moment perfectible » (CSPS de Bolomakoté)
- « La mutuelle favorise la prise en charge de ses membres, et son fonctionnement est globalement satisfaisant » (CSPS de Guimbi)

Avantages perçus pour les CSPS :

- « Je constate une bonne utilisation des services, cela augmente le nombre de personnes qui fréquentent notre CSPS. Grâce au dispositif de la mutuelle, les prescriptions sont honorées » (CSPS de Ouezzinville)
- « Grâce à la mutuelle, on observe une augmentation du taux d'utilisation de notre formation sanitaire » (CSPS de Bolomakoté)
- « Le plus grand avantage pour le CSPS, c'est l'augmentation du taux de fréquentation des services » (CSPS de Guimbi)

Avantages perçus pour les patients adhérents à une mutuelle de santé :

- « Pour les patients, le fait d'adhérer à une mutuelle c'est l'assurance d'être pris en charge à temps, surtout pour ceux qui sont indigents » (CSPS de Ouezzinville)
- « Les personnes adhérentes à la mutuelle sont assurées d'être prises en charge par des soins de qualité » (CSPS de Bolomakoté)
- « Le plus important, c'est l'accès à des soins de qualité à tout moment. Et puis cela évite l'automédication, en particulier le recours aux médicaments de la rue » (CSPS de Guimbi)

Améliorations à envisager selon les agents de santé des CSPS :

- « Il faudrait envisager l'animation de séances de sensibilisation dans les secteurs, afin d'enrôler de nouveaux adhérents, et l'accompagnement des nouveaux adhérents au CSPS pour s'assurer qu'ils se familiarisent avec les agents de santé du centre » (CSPS de Ouezzinville)
- « Avoir une permanence dans les CSPS conventionnés serait nécessaire, afin d'assurer les sensibilisations et les inscriptions des nouvelles adhésions. Il serait bon également de tenir des rencontres d'échange avec le personnel du CSPS, par exemple une fois par trimestre » (CSPS de Bolomakoté)
- « Tenir des rencontres régulières avec le personnel du CSPS serait une bonne amélioration. L'association devrait aussi multiplier les séances de sensibilisation au sein du CSPS, surtout les jours d'affluence comme les lundis et les vendredis. Et si possible, ABS pourrait initier une permanence au sein du CSPS, avoir par exemple des volontaires sur place afin de guider les nouveaux adhérents » (CSPS de Guimbi)

Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, BIT 2002 :

«La mutuelle doit compter sur une offre de soins permettant de faire face aux principaux besoins de la population. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé (...)
Les contacts avec les prestataires de soins de santé ont pour but d'évaluer les possibilités d'établir des conventions entre les prestataires de soins et la mutuelle. Ces accords doivent, entre autres, fixer les prix des services. Il s'agit d'un élément essentiel pour déterminer le montant des cotisations et le coût d'utilisation des services de santé pour le malade, c'est-à-dire la part restant à sa charge. Par ailleurs, la qualité des relations de la mutuelle avec les prestataires de soins déterminera, en partie, son efficacité ».

Région sanitaire des Hauts-Bassins

