DEFIS COMMUNAUTAIRES ET ACCESSIBILITE AUX SOINS D'URGENCE CHIRURGICALE AU BURKINA FASO : EXPERIENCE DE L'ASSOCIATION *TODYABA* DE LA TAPOA.

Yemboaro Pacôme LOMPO &
Bouma Fernand BATIONO
Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso
yemboaropac@gmail.com

Résumé

Au Burkina Faso on assiste, depuis plus d'une décennie, à l'implantation des mutuelles sociales dans le but de rendre accessibles financièrement les soins de santé aux populations. En s'appuyant sur ce contexte, notre recherche a été conduite dans le district sanitaire (DS) de Diapaga dans la province de la Tapoa. L'objectif de cet article a consisté dans la perspective des mutuelles sociales de santé au Burkina Faso, d'appréhender les différentes actions de mobilisation sociale et financière mises en œuvre par la mutuelle pour la prise en charge des urgences chirurgicales. Les données ont été recueillies auprès des agents de santé, des autorités locales, administratives, religieuses et coutumières, et des populations locales. L'enquête de terrain a été réalisée en suivant la méthode qualitative et la technique d'entretien semi-directif et de groupe. Il est ressorti de cette recherche que la mutuelle, pour pouvoir prendre en charge efficacement et rapidement ces urgences, a instauré un système de communication de masse pour la mobilisation sociale et une cotisation communautaire de 50F par habitant et par an, dont le recouvrement se fait de porte à porte.

***Mots clés** : actions communautaires, urgence chirurgicale, association Todyaba, Burkina Faso*

Abstract

In Burkina Faso we witness, since more than a decade, the establishment of mutual insurance associations aiming at making health care accessible to the population. Based on this context, my study has been conducted in the Sanitary District of Diapaga in the province of Tapoa. The objective of this study, from the perspective of mutual health insurance in Burkina Faso, was to understand the different social and economic mobilization actions implemented by the mutual health insurance to care for surgical emergencies. The data have been collected from heath workers, local, administrative religious and customary authorities, and local populations. The field survey has been conducted using the qualitative method and the semi-directive and group interview technique. It has emerged from the study that, the mutual insurance, to efficiently and rapidly deal with the emergencies, has established a mass communication system for social mobilization and a membership fee of 50F per habitant and per year, the recovery of which is door to door.

***Key-words**: community actions, surgical emergency, Todyaba association, Burkina Faso*

Introduction

La problématique d'accès aux soins de santé en général dans les pays d'Afrique de l'Ouest se pose en termes de financement (Criel et *al.* 2010). Une partie de la population (de 5 à 30%) dans ces pays reste incapable de payer les frais de médicaments et de ce fait n'a pas accès aux soins (Ridde et Girard, 2004). La déclaration de Jakarta de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa en 1986, ont mentionné que la plus grave menace pour la santé est la pauvreté.

Pour ce qui concerne le Burkina Faso, pays sahélien et enclavé, situé au cœur de l'Afrique l'Ouest, la question de l'accessibilité aux soins de santé par la population connait les mêmes contraintes que celles constatées par les institutions internationales. En effet, selon l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), environ 40,1% de la population burkinabè vit en dessous du seuil de la pauvreté (INSD, 2015). Aussi, le classement de 2018 du niveau de développement humain des pays place le Burkina Faso au 182ème rang mondial sur 189 pays. Au niveau africain, il est classé 46ème sur 53 pays (PNUD, 2019). Cet état de pauvreté générale contribue à limiter l'accessibilité financière des usagers aux structures de santé.

Cette situation s'est davantage dégradée suite aux effets des Institutions de Brettons Wood, notamment les PAS qui ont contraint les États en développement à libéraliser et à procéder à des réformes institutionnelles des secteurs de services sociaux de base. À ce niveau, on note une baisse considérable des dépenses publiques allouées à ces secteurs. Cette démission partielle de l'État va amener les populations à recourir à leur maigre revenu pour assurer les dépenses liées à la santé (Durufle, 1988). Cela n'est pas toujours évident pour un individu ou un ménage dans un milieu où la majorité arrive difficilement à subvenir ses besoins alimentaires. Ces reformes fragilisent de plus en plus les populations à faible niveau de revenu. Selon Halpern (2010), non seulement elles ont des conditions d'existence qui les exposent bien davantage aux pathologies, mais elles rencontrent également de nombreux obstacles d'ordre social, financier, administratif, matériel, psychologique, etc. dans l'accès aux soins de santé. Pourtant, le droit à

une protection sociale, à un niveau de bien-être et de santé pour tout-être humain est reconnu par la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 en son article 22. Dans ce sens, le Burkina Faso s'est engagé depuis les années 1970 au côté des institutions internationales pour adopter des politiques publiques de santé allant dans le sens de la réduction les inégalités et les iniquités à l'accès aux services sanitaires.

Le Burkina Faso, dans la même lancée, a fait preuve de son engagement en adhérant aux principes clés de la santé communautaire adoptés lors des conférences internationales telles que Alma-Ata en 1978 et de Bamako en 1987. Il a aussi ratifié les Objectifs du millénaire pour le développement (0MD) en 2000 et les Objectifs du développement durable (ODD) en 2015. En plus, la Constitution du Burkina Faso en son article 18, loi n°002/97/ADP du 27 janvier 1997 dispose en substance que, la sécurité sociale, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, … constituent des droits sociaux qu'il faut promouvoir. Dans ce contexte, avec l'avènement des politiques publiques de santé notamment, les soins de santé primaire (SSP), et la couverture sanitaire universelle (CSU), le pays a mis en place un système d'assurance maladie universelle (AMU). Le dispositif de ce système s'appuie sur la participation communautaire. En effet, on assiste sous l'incitation et l'appui du gouvernement et des ONG, à la création des initiatives communautaires sous formes des mutuelles sociales dans le but de permettre une auto prise en charge progressive des soins de santé des populations.

La littérature portant sur ces initiatives communautaires dans la prise en charge sanitaire montre que les différents acteurs de cette action collective ont des stratégies multiples notamment, l'accaparement, la domination, le discours, le clientélisme, l'opacité, la connivence, l'évitement, la suspicion, la substitution et le mépris du service public (Ridde, 2011) qui compromettent les objectifs de ces dernières.

C'est à la lumière de ces éléments par rapport à l'expérience de l'association *Todyaba* de la Tapoa au Burkina Faso, que nous nous sommes interrogés sur les actions de mobilisation sociale et financière mises en œuvre par cette initiative pour la prise en charge spécifique des

urgences chirurgicales dans le district sanitaire de Diapaga. En effet, selon les données statistiques de 2013 à 2020 des soins chirurgicaux disponibles au niveau du district sanitaire de Diapaga, les actions de cette association ont permis de prendre en charge 182 malades, d'évacuer 699 malades et de livrer 658 bons, au bloc opératoire de Diapaga. Ces données statistiques nous ont poussé à poser les questions suivantes :

Quelles sont les actions de mobilisation sociale et financière mises en œuvre par l'association déterminant la prise en charge des urgences chirurgicales dans le district sanitaire de Diapaga ? La mise en perspective heuristique de cette question a nécessité un certain nombre de questions spécifiques qui sont : Quelles sont les actions de communication sociale développées par l'association pour la mobilisation communautaire ? Quelles sont les actions de mobilisation financière développées par l'association influençant la prise en charge des urgences chirurgicales dans le district sanitaire de Diapaga ? Le présent article a pour objectif d'apporter des éléments de réponses à ces questions qui pourront contribuer à l'implantation effective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso.

1. Méthodologie

L'article porte sur l'association *Todyaba* dans la province de la Tapoa. La province de la Tapoa, située à la confluence du Niger et du Bénin, appartient à la région de l'Est du Burkina Faso. Elle est située à 400km de la capitale Ouagadougou. Sa superficie est de 14594km² avec une population de 605110 habitants (INSD, 2019). Les principales ethnies de la province sont, les Gourmantchés, les Peulhs, les Mossi, les Djerma et les Haoussa et elles sont majoritairement de profession agro-pasteur. Au plan sanitaire, la province est couverte par le district sanitaire (DS) de Diapaga. Il compte 36 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) normalisés plus un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) (Ministère de la santé, 2019). Le ratio habitants par CSPS du district était estimé en 2018 de 13699 habitants. Le rayon moyen d'action théorique (RMAT) en 2018 était estimé de 11,3km. Son indice synthétique de fécondité est de 8,6 enfants par femme avec une taille moyenne des ménages de 6,8 personnes. La

recherche a été menée dans la commune de Diapaga, chef-lieu de la province de la Tapoa. Le choix du terrain s'est basé sur le fait que l'initiative est née dans la localité.

La méthode privilégiée dans cet article est de type qualitatif. Les données empiriques discursives (Olivier de Sardan, 2008) ont été construites uniquement sur la base d'enquêtes qualitatives conduites dans les mois de juin et juillet 2020. La collecte des données s'est faite auprès des agents de santé, des autorités locales, administratives, religieuses et coutumières, et des populations locales à l'aide d'entretiens individuels semi-directif et des discussions de groupe. Au total, nous avons pu nous entretenir avec 36 personnes individuellement et 14 personnes en groupe. D'abord, nous avons interrogé six (06) agents de santé sur neuf (09) membres du comité de pilotage et trois (03) autres agents de santé non membres de ce comité ; un (01) comité de gestion de six (06) personnes et un groupe de huit (08) agents de santé à base communautaire (ASBC) du CSPS urbain de Diapaga. Ensuite, pour ce qui concerne les individus ayant bénéficiés d'une prise en charge médicale, dix (10) personnes ont été interrogées au CMA de Diapaga et ceux n'ayant pas encore bénéficiés directement d'une prise en charge médicale de l'association, nous avons interrogé onze (11) personnes. Enfin, pour les autres acteurs (les autorités politiques, administratives, religieuses et coutumières), nous avons pu nous entretenir avec six (06) personnes.

Les interviews avec les enquêtés se sont déroulées à leurs lieux de service et à leurs domiciles sur rendez-vous. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été systématiquement retranscrits. Le corpus textuel a été analysé et interprété en suivant la technique d'analyse de contenu. Pour une question d'éthique, nous avons fait appel aux propos des enquêtés en utilisant les initiales de leurs noms et prénoms, leur sexe, leur âge et leur activité principale.

2. Spécificité des soins chirurgicaux dans les formations sanitaires

Les établissements des soins et particulièrement les blocs opératoires constituent des structures à part entière de par leurs productions en termes de l'offre de soins et service de santé (Sidibé, 2017). Le bloc opératoire représente dans les établissements hospitaliers un des secteurs majeurs et les plus emblématiques. Il constitue la pièce maîtresse du plateau technique (Fanny, 2011). Selon l'Université médicale virtuelle francophone,

> « C'est un lieu où sont pratiqués des actes de haute technicité qui représente souvent les activités phares de l'établissement, mais dont le coût et l'investissement financier qu'ils supposent impliquent nécessairement des notions de rentabilité auxquelles s'ajoutent d'incontournables impératifs de sécurité » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2009 :1).

Malgré les progrès réalisés au cours des 20 dernières années, la problématique de la sécurité des soins au bloc opératoire reste toujours un sujet préoccupant pour les professionnels de santé et aussi pour les institutionnels (Lingard et *al.*, 2008 cités par Sidibé). L'OMS (2014), affirme dans ce sens que chaque année plus de 234 millions d'actes chirurgicaux sont pratiqués dans le monde pour traiter un large éventail d'affections touchant des patients de tous âges, de toutes catégories socioéconomiques et de tous les groupes ethniques, dans tous les États membres de l'OMS. Aussi, les maladies dont le traitement repose sur un acte chirurgical sont parmi les 15 premières causes de handicap dans le monde et 11% de la charge mondiale de morbidité sont attribuables à des maladies que la chirurgie permettrait de traiter avec succès (OMS, 2014).

Les soins chirurgicaux font partie intégrante des soins primaires. Cependant, plus de 2 milliards de personnes dans le monde n'ont pas accès à des soins chirurgicaux de base. De ce fait, le renforcement des moyens chirurgicaux dans les hôpitaux de district s'avère une stratégie rentable pour réduire la charge mondiale de maladie (OMS, 2009). Cela permettrait par ailleurs d'offrir aux

populations locales un haut niveau de protection financière tout en obtenant de façon considérable une baise maximale du nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdue (OMS, 2014).

Au Burkina Faso tout comme la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, la qualité et la sécurité des soins de santé en général et des soins opératoires en particuliers sont jugées mauvaises en raison de l'insuffisance des infrastructures, des ressources humaines, des compétences, du fonctionnement, de l'équipement et des consommables (OMS, 2014). C'est ce qu'attestent les propos de cette personne enquêtée au niveau du CMA de Diapaga, lorsqu'elle affirmait que :

> « Le problème qu'on rencontre souvent au bloc opératoire c'est le manque du personnel qualifié pour les interventions. Certains malades viennent ici on n'arrive pas à les prendre en charge par manque du personnel, donc il faut toujours les évacués à Fada. C'est le problème que l'association rencontre ici au bloc avec la prise en charge de certaines maladies, parce que les 50000F que l'association doit donner pour l'évacuation auraient pu servir pour la prise en charge ici. Donc ce sont les évacuations-là même qui font beaucoup de dépenses, souvent l'association arrive à prendre en charge les réparations des ambulances parce que quand on parle de l'association *Todyaba* sans ambulance ça n'a pas de sens… » (ND, homme, 51 ans, cultivateur).

En effet, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins opératoires, les autorités politiques et sanitaires burkinabè ont adopté des stratégies allant de la formation des spécialistes dans le domaine de la chirurgie, l'équipement des blocs opératoires en matériel médicotechnique et en consommables, à la mise en place de direction qualité dans les établissements des soins (Sidibé, 2017). Car, le bloc opératoire reste un centre à la fois technologique du fait de sa haute technicité, mais aussi et surtout un endroit où il y a une concentration de nombreux spécialistes médicaux et paramédicaux, dont les visions, les intérêts et les cultures ne sont pas toujours convergents. Alors que,

> « Les soins chirurgicaux de qualité font appel à un travail d'équipe en raison de leur complexité, ou la complémentarité, la synergie et la solidarité des uns et des autres sont nécessaires en vue de garantir l'efficacité et l'innocuité des interventions chirurgicales » (Panel et Cabarrot, 2009).

C'est au regard de cette spécificité, notamment la nécessité d'une prise en charge efficace et rapide des urgences liées aux soins opératoires dans un milieu où la paupérisation a atteint son paroxysme que l'association *Todyaba* a orienté sa prise en charge vers les pathologies d'urgence chirurgicale à savoir, les hernies étranglées, les occlusions intestinales, les péritonites et les appendicites.

3. Contexte de la création de l'association

Créée en 2001, *Todyaba* est une association à but non lucratif qui vise à rendre supportables les coûts des interventions chirurgicales par la mutualisation du risque dans le district sanitaire de Diapaga. Son siège social se trouve à Diapaga, chef-lieu de la province de la Tapoa. Elle est reconnue à sa création sous le récépissé de déclaration numéro 2004/011/MATD/PTAP/HC/SG/DRA du décembre 2004.

L'association *Todyaba* a tout comme d'autres structures associatives une histoire liée à sa création. Les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1998 montrent que la province de la Tapoa était la deuxième province après la Gnagnan la plus peuplée (234968 habitants) de la région de l'Est. Au plan de la fécondité, la Tapoa avait un taux global de 273,1‰, un indice synthétique de fécondité de 8,5 enfants par femme. Pour ce qui concerne la mortalité, le taux brut de mortalité de la Tapoa était de 18,5‰ (Direction Régionale de l'Économie et du Développement, 2003). Au niveau économique, ce document indique qu'entre 1996 et 2002 les cinq provinces de l'Est détenaient toujours les indicateurs de développement les plus faibles du pays. En effet, pour ce qui concerne la Tapoa, son IDH était de 0,244, donc faisant partie de l'intervalle de l'IDH très faibles à savoir [0,200 à 0,271].

Les principales sources de revenu des populations de la Tapoa étaient l'agriculture et l'élevage (Direction Régionale de l'Économie et

du Développement, 2003). Au regard de toutes ces données socioéconomiques et sanitaires dont possédait la province de la Tapoa dans les années 1996 à 2002 où l'association *Todyaba* a vu le jour, l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé n'était pas donnée à tout le monde. Alors que la maladie, elle, n'a pas de distinction. C'est dans ce sens qu'en parlant de contexte socioéconomique et sanitaire de la Tapoa lors de la création de *Todyaba*, tous les enquêtés ont mentionné en premier lieu le problème d'accessibilité financière des populations aux soins de santé. Cette personne ressource nous relate les éléments suivants :

> « D'abord ce qui a fait créer l'association c'est vu les difficultés que les gens rencontraient pour accéder aux soins, parce qu'il y a des gens qui viennent qui n'ont pas l'argent et la plupart c'est des urgences, donc la question était : est ce qu'il faut laisser les gens mourir ou bien il faut les soigner et avec quel fond ? Et c'est là que les gens ont trouvé une initiative louable qu'il faut appliquer pour permettre à la population de pouvoir un tant soit peu soulager le mal qui est là, parce que c'est des urgences et qui ne préviennent pas et qui nécessitent de l'argent. Donc c'est pour cela qu'ils ont pris l'initiative de créer cette association » (HAL, homme, 47 ans, 23 ans de service).

En plus des propos de cette personne, cet enquêté membre du comité de pilotage et 15 ans d'expérience dans l'association nous avoue plus précisément que :

> « Le motif là, c'est la pauvreté, il arrive souvent que quand on envoie un malade au bloc, le malade souvent n'arrive pas à prendre en charge ses ordonnances, et souvent il y en a qui meurt par pauvreté. Du commencement au niveau du CSPS jusqu'au CMA, souvent même quand on fait une évacuation du CSPS au CMA même les frais du carburant souvent c'est difficile et quand on se débrouille on arrive au CMA pour faire l'opération là ça aussi vraiment il n'y a pas les moyens et on a trouvé qu'il y avait beaucoup de mortalité surtout les femmes enceintes. Quand il y a césarienne le mari est là il traine, il traine ça devient compliquer, soit la femme décède ou soit

quand on opère on trouve que l'enfant n'est plus en vie. C'est vu de tout ça qu'on a trouvé nécessaire que cette association soit mise en place pour nous faire plaisir » (ND, homme, 51 ans, cultivateur).

Dans la province de la Tapoa à l'instar des autres provinces du Burkina Faso, que ce soit en milieu urbain ou rural, dans le secteur privé ou public, la mutualité santé s'est développée parce qu'il y a eu à un certain moment, une prise de conscience individuelle et collective de la précarité socioéconomique des populations, mais aussi d'une relation avec l'état de santé (Kagambega, 2011). Ce déficit de protection sociale dont souffre la majorité de la population va favoriser l'émergence des initiatives locales basées sur la solidarité.

4. Système de communication pour la mobilisation sociale de la population

Toute structure sociale nécessitant une mobilisation collective suscite des formes de connaissances socialement élaborées et partagées (Jodelet, 1991). En effet, des besoins en information et en communication se font ressentir par les mutuelles sociales pour se forger une image positive en termes d'assurance santé et de protection sociale. C'est ainsi que la mutuelle *Todyaba,* consciente du fait que les médias sur toutes ces différentes formes sont indispensables dans toutes les sphères de la société : le social, la santé, l'éducation, l'économie, la politique, etc. va les mettre en œuvre pour la promotion et la mobilisation sociale des populations. C'est pourquoi, tous nos enquêtés ont affirmé avoir déjà entendu parler de la mutuelle *Todyaba* à travers plusieurs canaux d'information et de communication.

4.1. Radio Buayaba de Diapaga comme premier canal d'information

La radio depuis le temps de la colonisation a été reconnue comme un moyen de communication de masse très puissant. En effet, l'idée générale de son implantation en Afrique francophone coloniale était de faire entendre partout "la voix de la France". C'est ainsi qu'elle est devenue un auxiliaire de la politique métropolitaine (Balima, 1980). L'importance capitale de cet outil de communication réside en milieu

rural où l'analphabétisme a isolé les masses populaires de la communication écrite et iconique (*op.cit.*). C'est en ce sens qu'après la création et la mise en place de la mutuelle *Todyaba*, la réponse à la question principale que les initiateurs se sont posée, à savoir, comment faire connaître cette initiative à toute la population de la Tapoa, était la radio *Buayaba* de Diapaga. C'est ce que traduisent les termes de ce enquêté, agent à la radio *Buayaba* :

> « Là où l'idée a été vraiment lancée c'était à partir de 2004 où il fallait d'abord faire des communications sociales, et ce qui fait que je suis en train de parler de ça parce que les gens ont travaillé étroitement avec la radio *Buayaba*. C'est ici qu'ils ont commencé avec la sensibilisation et ils ont organisé des caravanes qui ont sillonné toutes les 6 communes à l'époque dont le thème était, mutuelle de partage de coût qui a été dénommé *Todyaba* » (HAL, homme, 47 ans, 23 ans de service à la radio Buayaba).

Ces propos témoignent la place et le rôle prépondérant de la radio *Buayaba* de Diapaga dans le relai d'information de *Todyaba*. Le but de ces communications sociales à la radio *Buayaba* était de mettre au courant et d'une certaine manière d'associer les populations aux différentes activités de démarrage de l'association, mais aussi de voir leur capacité de réactivité et de mobilisation pour accueillir cette œuvre sociale. C'est ainsi que certaines personnes ont fait connaissance de l'association depuis la période du démarrage. C'est le cas de cette enquêtée :

> « C'est à travers la radio que j'ai pour la première fois entendue parler de *Todyaba*. À cette époque c'est madame *Palou* qui parlait de ça à la radio, mais maintenant les gens tournent dans les familles pour collecter le fond et informer la population de ce qui est *Todyaba* » (OA, femme, 65 ans, commerçante).

Les propos de cette enquêtée attestent qu'effectivement le premier canal d'information et de mobilisation sociale pour la mutuelle *Todyaba* a été la radio. Par ailleurs, aujourd'hui avec les questions sécuritaires qui ne permettent pas aux responsables de la communication et de la

mobilisation sociale de la mutuelle de se déplacer auprès de la masse pour leur expliquer leurs offres de services, la radio se présente avec nécessité comme un moyen efficace pour suppléer ce manque de "contact physique", de "contact humain" (Balima, 1980) par le contact auditif. Aussi, c'est le moyen le plus proche et le plus accessible pour la majorité des citoyens à cause de ses zones d'implantation, de la modestie du coût d'achat et d'entretien des postes récepteurs et de la production d'émissions relativement simple (Batcho, 2013).

Cependant, bien que ce canal constitue un moyen de diffusion rapide d'information dans une grande diversité de langues et sur une vaste étendue des territoires, il ne suffit pas pour informer et mobiliser la population dans le cadre de *Todyaba*. En effet, dans les villes comme Diapaga centre, la majorité de la population n'écoute pas la radio locale pourtant l'essentiel des informations de la mutuelle se passe à travers ce canal et cela affecte négativement la mobilisation sociale de la population dans les centres urbains. C'est dans ce sens que cet agent de santé nous confie en parlant de leurs difficultés :

> « Je peux dire que la difficulté qui se pose à nous est que les gens n'écoutent pas la radio, alors que la plupart de nos communications c'est à la radio. Maintenant, les gens n'écoutent pas la radio en ville ici, mais dans les périphéries, dans les villages les gens écoutent bien les radios ça fait que ceux qui sont dans ces milieux comprennent mieux *Todyaba* et adhèrent mieux à l'association que ceux de la ville de Diapaga » (OG, femme, 37 ans, personnel de santé, 3 ans de service).

Dans les propos de cet agent de santé nous comprenons clairement que la radio a joué et joue toujours un rôle important dans le fonctionnement de l'association, mais elle n'est pas suffisante car elle ne permet pas de mobiliser les habitants dans les villes qui ne sont pas les moindres.

4.2. Séances de sensibilisation

Les séances de sensibilisation sont des activités menées par *Todyaba* pour se faire connaître et susciter un engouement au sein des

communautés locales. C'est ce qu'affirme un membre du comité de pilotage :

> « L'association organise régulièrement des rencontres trimestrielles pour le bureau. Nous organisons aussi des assemblées générales qu'on échange avec les différents acteurs ; nous rencontrons également avec les membres de l'équipe cadre du district pour qu'il ait une bonne impulsion des activités de l'association ; nous organisons aussi régulièrement des émissions radiophoniques pour la sensibilisation pour booster les activités de *Todyaba* ; nous tournons aussi dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) pour mener des sensibilisations avec la population bénéficiaire et les membres de l'association » (ZR, homme, 50 ans, personnel de santé, 9 ans de service au poste actuel).

Cette stratégie consiste pour le comité de pilotage en collaboration avec le personnel des CSPS (agents de santé, ASBC, COGES) à mener des séances d'animation, des échanges directs et interactifs avec la population sur tout ce qui concerne l'association *Todyaba*. Aussi, en dehors de ces séances de sensibilisation une autre stratégie est mise en œuvre par le comité de pilotage. Il s'agit pour le comité de faire des communications directes lors des rencontres du Conseil des Services du District (CSD). Lors de ces rencontres, toutes les différentes autorités (politiques, administratives, religieuses, coutumières, sanitaires, etc.) de la province se réunissent et pendant les échanges, on autorise le comité à parler de *Todyaba* devant le public présent. À cet effet, un autre membre du comité de pilotage souligne que :

> « Lors des CSD tous les acteurs clés se réunissent, le Haut-commissaire, les préfets, les maires, le MCD, les COGES… et pendant cette rencontre il y avait un temps spécial pour l'association, où l'association fait des présentations de ses activités, ses résultats et ses défis » (ND, homme, 51 ans, cultivateur).

Cette dernière stratégie a été mise en œuvre avec la complicité de l'équipe cadre du district afin de permettre à tous les participant à la

rencontre d'être le relai d'information et de mobilisation dans leur communauté respective.

4.3. Séances de redevabilité : Question de gouvernance

Les séances de redevabilité sont aussi des cadres créés par l'association pour réunir la population d'une formation sanitaire dans l'objectif de leur communiquer les résultats obtenus. L'objectif principal de ces communications est de témoigner de la transparence dans la gouvernance de l'association, soit par rapport à la collecte de fonds, soit par rapport à la prise en charge des patients. C'est ce qu'illustrent les propos d'un responsable d'association locale sur le fonctionnement de *Todyaba* :

> « Je me rappelle en son temps j'étais à "*Kabougou*" à tout moment ils font des rencontres pour faire un compte rendu. Voilà, l'année tant, tant, on a fait rentrer comme ça, on a pu en tout cas sauver tant de personnes, voilà, voilà, voilà et habituellement ils font ça par commune, en tout cas telle commune-là on a pu évacuer tel nombre de personnes, en tout cas, on a pu sauver tel nombre de personnes, voilà, voilà, voilà. Ils font des bilans comme ça et je pense que chaque année ils font ça deux fois, je me dis que le fait de faire ces retour-là, il y a toujours la confiance sur la gestion de ces fonds » (OS, homme, 35 ans, 10 ans de service à Diapaga).

Dans les propos de ce responsable d'association à Diapaga, le constat est que les séances de redevabilité sont organisées dans l'intention de rendre compte à la population de la gestion des ressources financières de l'association afin de gagner davantage leur confiance. En l'occurrence, au mois de décembre 2017, nous avons pris part à une séance de redevabilité organisée par *Todyaba* dans notre village (Boudiéri). Comme participants à cette séance, nous avons d'abord, les autorités coutumières et religieuses, ensuite, les autorités politiques à savoir le premier adjoint au maire de la commune de Kantchari et les conseillers du village et les autorités sanitaires, et enfin toutes les couches sociales du village étaient présentes à cette séance de redevabilité. L'ordre du jour était d'abord, la présentation du bilan de la collecte de fonds réalisée et le nombre des patients pris en charge par

l'association durant l'année 2017 ; ensuite, la prise de parole par toutes les autorités présentes pour donner leur point de vue sur les activités et s'il y a lieu de donner aussi leur encouragement et/ou recommandation.

En dépit de tous ces moyens d'information et de communication, certaines personnes lors de notre enquête de terrain témoignent avoir eu connaissance de *Todyaba* à travers les collecteurs de fonds qui passent chaque année dans leur famille, mais ignorent tout de même les services de l'association dans la province. C'est ce qui est mis en exergue à travers le discours de ce bénéficiaire que nous avions rencontré au CMA juste après la prise en charge chirurgicale de son petit frère :

> « Bon, nous on a eu connaissance de l'association par l'Action sociale, qui envoie souvent leurs agents sur le terrain dans les villages, et à leur arrivée ils nous disent qu'ils sont de l'association *Todyaba* qui viennent pour récupérer les 50F de contribution. À part ça, c'est aujourd'hui encore on vient de reconnaitre l'association au CMA de Diapaga suite à l'opération de mon petit frère qui avait une hernie » (CT, homme, 26 ans, bénéficiaire).

Le discours de ce bénéficiaire nous démontre clairement que son niveau de connaissance de *Todyaba* est relativement faible. Il a confondu *Todyaba* avec le service de l'Action sociale. Avant la prise en charge de son petit frère, il ignorait les services de l'association. Cependant, avec les agents collecteurs de fonds, certaines personnes ont eu une parfaite connaissance de l'association. C'est ce qui traduisent les propos de cette personne qui paye régulièrement sa cotisation mais pas encore bénéficiaire d'une prise en charge de l'association.

> « Pour ce qui concerne l'association *Todyaba* qui est au CMA, c'est une association qui fait sortir les gens dans les quartiers pour récupérer la cotisation de 50F chacun. Ils nous disent que c'est pour les cas d'urgences à l'hôpital, que tous ceux qui sont dans cette association s'ils viennent pour des cas d'urgences qu'ils ne vont plus payer ; que *Todyaba* va les prendre en charge que même si c'est une évacuation pour Fada ils ne vont pas

payer les frais de transport » (GR, femme, 46 ans, commerçante).

Cette illustration montre qu'en quelque sorte les agents collecteurs de fonds *Todyaba* sont aussi des informateurs et des véritables mobilisateurs au sein des communautés.

5. Système de financement de l'association *Todyaba*

Depuis l'adoption de l'initiative de Bamako (IB) au Burkina Faso à sa mise en œuvre à travers la promotion de l'implantation des systèmes de partage de coût dans les communautés, le financement de ces systèmes a été laissé à la charge des populations (Kadio et *al.*, 2017). Alors, quelles peuvent être les modalités et le processus de la collecte de fonds que ces initiatives communautaires adoptent pour le financement de leurs prestations médicales ? Parlant des modalités de financement de la santé dans les pays africains pour une couverture universelle en soins de santé, Ridde et *al.*, soulignent que pour se diriger vers la couverture universelle en soins de santé, les pays africains doivent trouver des modalités de financement efficaces, équitables et adaptées aux contextes nationaux (Ridde et *al.*, 2011). Les modalités de recouvrement des fonds pour les systèmes de partage de coût pour être efficace doivent tenir compte des contextes sociaux et économiques de la localité où elles seront instituées.

5.1. Mobilisation sociale des ressources financière

Le financement des systèmes de partage des coûts pourrait être assuré par un fonds social, par un prélèvement sur les cotisations versées aux organismes de prévoyance sociale ou bien par les cotisations des mutualistes et autres adhérents au système (Bationo et Zeet, 2011). En ce qui concerne l'association *Todyaba*, un système de partage de coût, leur financement selon les enquêtés provient uniquement de la cotisation communautaire. C'est ce que souligne cet enquêté président d'un COGES en ces termes : « le système de financement de l'association c'est comme son nom l'indique, c'est la collecte communautaire qui se déroule dans les familles, c'est l'ensemble de l'argent collecté que *Todyaba* utilise pour ces activités » (focus groupe, TD, homme, 47 ans, cultivateur). En effet, dans ces

propos, *Todyaba* est une organisation instituée par la population pour la mise en commun de leurs contributions financières pour la prise en charge sanitaire. En témoignent les propos de cet enquêté, agent de santé et membre du Comité de pilotage,

> « Il faut dire que jusqu'à l'heure où je vous parle, *Todyaba*, c'est une association qui fonctionne sur la base des fonds propres. Les fonds propres c'est quoi ? C'est essentiellement les cotisations qui se font au niveau des formations sanitaires. Je dirais que ce sont des fonds propres parce que l'association même est née sur la base de ce système de collectes. Il faut dire qu'un financement en dehors des cotisations de 50 f par habitant qu'on connait, bon, on essaie quand même d'étendre l'information aux communes aux projets mais jusque-là nous n'avons pas eu de financement quelconque qui vient en aide » (OB, homme, 42 ans, 16 ans de service).

Ainsi, les propos de cet enquêté nous permettent de réfuter, seize (16) ans après le postulat de départ de Waelkens et Criel, sur les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne qui stipulait que : « le phénomène "Mutuelles de santé" reste très largement piloté par des organisations externes » (2004 :1). *Todyaba* est la preuve que, un quartier, un village, une province, une région et même une nation à travers une volonté individuelle et collective de leurs habitants peut piloter un système de partage de coût ne serait-ce que pour les soins d'urgence sans aucune aide externe. C'est ce qui traduisent les termes de cet enquêté, un ancien président de l'association, sur la question de mode de financement de l'association,

> « Euh ce sont les cotisations, les cinquante (50f), cinquante (50f) francs par personne et par an là. Ce sont ces cotisations-là, parce que par exemple, ACF qui participait, ça c'était autre chose, ça, ça concernait le CMA ça ce n'était pas dans le cadre de Todyaba. Les autres partenaires c'était les partenaires même du CMA ce n'était pas des partenaires de Todyaba. Durant tout mon temps et j'ai fait plus de cinq (05) ans je n'ai pas vu quelqu'un qui est venu en aide à Todyaba c'est toujours les cinquante (50) francs là » (TYP, homme, 76 ans, à la retraite).

C'est vrai que l'idée vient de l'extérieure, mais le plus important est la dynamique endogène pour soutenir cette idée sous forme d'organisation solidaire. Cet enquêté met en exergue dans ses propos d'abord, la cotisation minimale de 50F par tête d'habitant que *Todyaba* utilise pour la prise en charge des urgences chirurgicales. Le fait que cette cotisation est dérisoire pour la population a été un facteur qui a favorisé la participation des communautés. En effet, les gens se disent que 50F par habitant et par an n'est pas au-delà de leur capacité financière. C'est ce que cet enquêté nous dit à travers cet exemple,

> « Par exemple un paysan qui cultive et gagne un grenier qui ne dépasse pas 75000F s'il va vendre ça pour se faire opérer ce n'est pas facile surtout nous les pauvres, après tu vas revenir manger quoi ? Alors que 50F ne peut rien me faire, je peux même le perdre, il y a même des vieux lorsqu'on faisait des communications sociales qui nous disaient que chaque fois qu'ils dépensent au moins 50F pour achat du dolo » (HAL, homme, 47 ans, 23 ans de service).

Ensuite, il nous informe également que malgré la présence des organisations humanitaires dans la province, notamment au sein même du CMA, Todyaba n'a reçu aucun soutient externe pour ses prestations de services.

5.2. Organisation sociale du recouvrement de fonds

Pour les enquêtés, comme la collecte de fonds de l'association est uniquement communautaire, pour être efficace, le recouvrement de ce fonds s'effectue de porte à porte dans les familles. C'est ce processus que cet enquêté, agent de santé et membre du comité de pilotage nous a relaté de façon plus ou moins exhaustive dans son discours,

> « Le processus de recouvrement de fonds, c'est comme je vous l'ai dit, c'est simple. Chaque année, chaque formation sanitaire en fonction de sa population, identifie la somme qui sera collectée dans sa formation sanitaire. Une fois que la somme est identifiée, les agents de santé en collaboration avec le comité de gestion, ils font appel à tous les agents de santé et les ASBC. Une fois que la rencontre s'est tenue, l'ICP (Infirmier

> Chef de Poste) est censé présenter la situation par rapport aux collectes des fonds ; quelle est la somme que chaque village doit octroyer. Et chaque ASBC maintenant, va passer de porte en porte avec les tickets de reçus pour pouvoir collecter ces fonds-là. Une fois ces fonds collectés, l'argent est versé au niveau de la trésorerie avec des reçus et on profite maintenant des Assemblées générales, des rencontres semestrielles, on convoque l'ensemble des agents de santé, le comité de gestion et présenter la situation de la collecte : Quels sont les villages qui ne sont pas à jour ? quels sont les villages qui sont à jour ? Voilà ce dynamisme est lié au fait qu'il y a des rencontres périodiques et à l'issue de ces rencontres, on exige que chaque CSPS fasse passer le message à la radio pour pouvoir permettre à la population de savoir à quel niveau nous en sommes. Voilà en gros le processus qui est mis en place » (OB, homme, 42 ans, 16 ans de service).

Dans ce processus, les agents collecteurs ne manquent pas des difficultés qui peuvent se situer à différents niveaux. D'où les propos de ce enquêté, agent collecteur :

> « Pour ce qui concerne l'engagement de la population, je dirais que certains se sont engagés et que d'autres non, car il y a certains, tu vas marcher jusqu'à fatiguer sans prendre son 50F et d'autres quand tu viens seulement ils vous remettent leur cotisation sans problème. Pour ceux qui ne donnent pas, certains disent qu'ils veulent aussi voir avec leurs deux yeux l'aide de Todyaba, pourtant pour voir l'aide de Todyaba n'est pas une bonne chose parce qu'il faut que ça soit une maladie grave, soit toi-même ou soit un membre de ta famille » (focus groupe, OY, homme, 4 ans dans le service de l'ASBC).

6. Suggestions pour l'amélioration des offres de services des mutuelles sociales

De cette étude, il ressort que les systèmes de communication pour la mobilisation sociale et le mode communautaire de la collecte de fonds, ont constitué les actions développées par la mutuelle *Todyaba* pour la

prise en charge des urgences chirurgicales et dans le district sanitaire de Diapaga. Par ce fait, elle représente pour la population de la province de la Tapoa un socle et une assurance pour leur santé.

Cependant, cette mutuelle rencontre d'énormes difficultés. Elles sont liées entre autres à : L'insuffisance de compréhension des principes de base du mécanisme de partage des coûts, au retard des formations sanitaire dans les cotisations, au fait que l'esprit de solidarité n'est pas toujours compris par certaines personnes, l'insuffisance du feed-back des Assemblées générales et à l'insuffisance d'adhésion ou la faible participation des autorités locales. Suite à ces difficultés que rencontre la mutuelle, les suggestions et les recommandations sont catégorisées comme suit :

Au niveau de l'État central :

- Venir en aide à ces types de mutuelles en matériel médicaux-techniques et en intrants médicaux
- Envoyer un personnel qualifié pour la chirurgie, améliorer le plateau technique du bloc opératoire du CMA de Diapaga
- Chercher des partenaires plus efficaces pour appuyer ces mutuelles
- Doter des financements annuels
- Organiser des supervisions au niveau central pour ces mutuelles

Au niveau des collectivités locales :

- Prévoir un budget spécifique pour le compte de ces mutuelles
- Mobiliser la population à travers les conseillers municipaux
- S'approprier de ces mutuelles au lieu qu'elles soient seulement entre les mains des agents de santé

Au niveau des mutuelles elles-mêmes :

- Redoubler les campagnes de sensibilisation et les séances de redevabilité en s'appuyant sur l'esprit de solidarité et les témoignages des bénéficiaires

- Organiser la collecte de fonds sous-forme de caravane, lors de laquelle les agents collecteurs auront des tee-shirts ou des gilets avec l'effigie de la mutuelle
- Organiser des formations sur les mutuelles à l'endroit des agents de santé, des COGES et des ASBC.

Ces différentes suggestions et recommandations ont été proposées par les personnes enquêtées en vue d'améliorer le niveau de la communication et de la mobilisation sociale des ressources financières. Ce qui va permettre non seulement de rendre plus efficace la prise charge de ces urgences chirurgicales au sein du district sanitaire de Diapaga, mais aussi dans une certaine mesure, d'élargir la prise en charge à d'autres maladies.

Conclusion

Les questions des mutuelles sociales de santé et la prise en charge des malades sont au cœur des politiques de santé dans les pays développés tout comme ceux en développement. Ces préoccupations reconnues comme telles par les autorités étatiques et les ONG se traduisent par la mise en place des systèmes de partages de coût, protection sociale et des assurances maladies. Ces systèmes sont promus aussi bien dans les milieux urbains que ruraux, dans le secteur privé que public. Cette problématique a été abordée dans plusieurs recherches en sociologie et en santé communautaire. La plupart des auteurs au niveau du Burkina Faso ont conclu que ces systèmes sont salutaires, mais qu'ils ne sont pas implantés partout dans le pays et que ceux qui sont implantés n'ont pas résolu le problème d'accès équitable aux soins de santé. Pour cet article, l'objectif était d'appréhender les différentes actions de mobilisation sociale et financière mises en œuvre par l'association pour la prise en charge des urgences chirurgicales dans le district sanitaire de Diapaga. Ainsi, il est ressorti d'une part que la communication de masse à travers les radios locales, les sensibilisations de masse, les séances de redevabilité et les relais communautaires qui sont également les collecteurs de fonds de la mutuelle ont constitué les principales actions de mobilisation sociale de la mutuelle. D'autre part, nous avons retenu que les actions de mobilisation des ressources financières de la mutuelle reposent essentiellement sur le mode de

collecte qu'elle a adopté. Le mode communautaire de la cotisation, le montant de la cotisation, les périodes fixées pour la collecte et le recouvrement de fonds qui se fait de porte à porte sont selon les personnes enquêtées un ensemble d'action de mobilisation sociale des ressources financières développée par l'association et qui influence la prise en charge de ces urgences chirurgicales. Cette cotisation de 50F par habitant et par an qui semble être dérisoire a été fixée en fonction de la taille importante de la population de la Tapoa et des pathologies ciblées qui sont vraiment des cas d'urgences. Les périodes de la collecte de fonds sont fixées juste après les récoltes. C'est pour tenir compte de la disponibilité des agents collecteurs de fonds et aussi des périodes des festivités ou d'abondance dans les communautés. Cette solidarité dans le financement de la santé pourrait être une aubaine pour la population de réallouer leurs revenus à d'autres besoins (alimentation, éducation scolaire des enfants, projets de commerce, etc.). Cet aspect n'a pas été interrogé dans la collecte des données.

Cependant, nous avons retenu aussi que malgré ces différentes actions de mobilisation sociale et financière déployées par la mutuelle, elle se heurte à d'énormes difficultés. Elles sont liées entre autres à : l'incompréhension des principes de base du mécanisme de partage des coûts, au retard des formations sanitaire dans les cotisations, le fait que l'esprit de solidarité n'est pas toujours compris par certaines personnes, l'insuffisance du feed-back des Assemblées générales et à l'insuffisance d'adhésion ou à la faible participation des autorités locales.

Cette recherche a une double portée. Au plan scientifique, elle a permis d'analyser à travers une méthodologie rigoureuse, les actions communautaires de communication et de mobilisation sociale des ressources financières pour la prise en charge des urgences chirurgicales dans le district sanitaire de Diapaga. Au plan social, la prise en compte de ces données par les autorités politiques, administratives, coutumières et religieuses dans leur prise de décision, va contribuer à améliorer davantage l'accès aux soins de santé pour un meilleur développement social de la population de la Tapoa.

Références bibliographiques

Balima Serge Théophile (1980), *La Radiodiffusion en Haute-Volta : Système institutionnel et évolution socioculturelle*. Thèse de doctorat en Sciences de l'information, de la communication et de l'expression, Université de Bordeaux III.

Batcho Dognon Lucien (2013*), La Radio communautaire Ilèma et le développement local dans les communes de Dassa-Zoumé et de Glazoué au Bénin*. Mémoire de master en Sciences de l'information et de la communication, Institut Panafricain d'Étude et de Recherche sur les Médias, l'Information et le Communication.

Bationo Bouma Fernand et ZETT Jean Baptiste (2011), « Inventaire des mutuelles sociales dans la perspective de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso », Ouagadougou, ASMADE, http://ongasmade.org , le 10 mars 2021.

Criel Bart et *al*. (2010), « Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie », https://www.researchgate.net/publication/41204141 , le 10 mars 2021.

Direction Régionale de l'Économie et du Développement (2003), Cadre Régional de Lutte Contre la Pauvreté de l'Est, consulté sur http://www.hubrural.org le 13 août 2020.

Durufle Gilles (1988), *L'ajustement structurel en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Madagascar),* Édition Karthala.

Halpern Catherine (2010), La santé un enjeu de société, Éditions Sciences humaines ; extrait de la publication.

INSD (2015), « Pauvreté et inégalités en 2014 : une pauvreté à dominance rurale ».

INSD (2019), « Rapport préliminaire du RGPH 2019 », Burkina Faso.

Jodelet Denise (dir) (1991), *Les représentations sociales*, 2e Édition, Paris, PUF.

Kadio Kadidiatou et *al.* (2017), « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso » in *Science Sociale et Santé*, Vol. 35, n°2, pp. 43-68

Kagambega Marcel (2011), *L'Assurance maladie au Burkina Faso ; De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de*

mutualisation des risques sanitaires. Thèse de Doctorat, l'Université BORDEAUX 2.

Martin Fanny (2011), *Les infirmiers au bloc opératoire et la check-list de l'HAS*, Travail d'intérêt professionnel, École IADE de Lyon, http://sofia.medicalistes.fr le 23 juin 2020.

Ministère de la santé (2019), « Annuaire statistique 2018 », Burkina Faso.

Olivier De Sardan Jean Pierre (2008), « La rigueur du qualitatif ; Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique », *Anthropologie prospective* n°3.

OMS (2009), « Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009 : une chirurgie plus sûre pour épargner des vies », https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr , le 09 mars 2021.

OMS (2014), « Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle » ; consulté sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_27-fr.pdf, le 17 juin 2020.

Panel P. et Cabarrot Philippe (2009), Pourquoi une check-list au bloc opératoire ? http://www.academia/edu , le 09 mars 2021.

PNUD (2019), « Rapport sur le développement humain 2019 », http://hdr.undp.org , le 09 mars 2021.

Ridde Valéry (2011), « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *in Cahiers d'études africaines*, 201, mis en ligne le 05 mai 2013, URL : http://journals.openedition.org/etudesafricaines/16603, DOI : 10.4000/etudesafricaines.16603, consulté le 18 avril 2019.

Ridde Valéry et GIRARD E. Jacob (2004), « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *in Sante publique*, Vol.15, n°1, pp37-51 https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-37.htm , le 10 mars 2021.

Ridde Valéry et *al.* (2011), « Les défis du passage à l'échelle et de l'application des connaissances d'une expérience d'exemption du paiement des soins pour les indigents au Burkina Faso », URL : http://hdl.handle.net/10625/53139, le 10 mars 2021.

Sidibe Lassina (2017), *L'implantation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'organisation mondiale de la santé à l'hôpital national Blaise Compaoré*, Mémoire de master en sciences infirmières, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Santé et de l'Éducation (IFRISSE).

Université Médicale Virtuelle Francophone (2009), « Organisation du bloc opératoire, Support de cours (PDF) », consulté sur http://campus.cerimes.fr le 24 juin 2020.

Waelkens Maria-Pia et Criel Bart (2004), « Les mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne. État des Lieux et Réflexion sur un Agenda de Recherche », *in Health, Nutrition and Population* (HNP) Discussion Paper, consulté sur http://www.researchgate.net , le 10 mars 2021