



[LIBRAIRIE \(/FR/OUVRAGES/INDEX.PHTML\)](#)

[REVUES \(/FR/REVUES/INDEX.PHTML\)](#)

**MON PANIER**  
 (/FR/COMMANDE/PANIER.PHTML)  
 (0)  
 rechercher

[SPÉCIALITÉS \(/FR/SPECIALITES/INDEX.PHTML\)](#)

[SERVICES \(/FR/FAQ\)](#)

[Accueil \(/\)](#) > [Revues \(/fr/revues/index.phtml\)](#) > Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé - Le système de prépaiement au Rwanda (I) : analyse d'une expérience pilote

## Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé

[ACCUEIL \(/FR/REVUES/SAN/REVUE.PHTML\)](#) | [ARCHIVES \(/FR/REVUES/SAN/ARCHIVE.PHTML\)](#) | [ACHETER UN NUMÉRO \(/FR/REVUES/SAN/NUMERO.PHTML\)](#)

[COMITÉ DE RÉDACTION \(/FR/REVUES/SAN/COMITE\)](#) | [EN SAVOIR PLUS \(/FR/REVUES/SAN/EN\\_SAVOIR\\_PLUS.PHTML\)](#)

### Le système de prépaiement au Rwanda (I) : analyse d'une expérience pilote

Volume 14, numéro 2, Avril-Mai-Juin 2004  
[\(/fr/revues/san/sommaire.phtml?cle\\_parution=940\)](#)

[Imprimer](#)

[Ajouter à mes favoris \(/fr/revues/san/e-docs/00.04/04/E7/obio\\_enreg.phtml\)](#)  
[Citer cet article \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote.phtml?cle=940\)](#)  
[Envoyer un lien vers article \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote.phtml?cle=940\)](#)

### MON COMPTE

**Vous bénéficiez des abonnements de Université de Liège**

> [Me connecter à mon compte personnel \(/fr/mon\\_compte/login.phtml?authentication=individuel\)](#)

### ABONNEMENTS

[FRUMON\\_COMTE/INDEX.PHTML](#)  
[\(/fr/revues/spe/revue.phtml\)](#)  
[FRUMON\\_COMTE/INDEX.PHTML](#)  
[\(/fr/revues/spe/revue.phtml\)](#)  
 Fin d'abonnement :  
[Renouveler l'abonnement \(/fr/mon\\_compte/index.phtml\)](#)

- [Résumé \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote\\_263399/article.phtml?tab=resume\)](#)
- [Texte intégral \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote\\_263399/article.phtml?tab=texte\)](#)
- [Illustrations \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote\\_263399/article.phtml?tab=images\)](#)

**Auteur(s) :** Laurent Musango<sup>1,2</sup>, Patrick Martiny<sup>3</sup>, Denis Porignon<sup>4</sup>, Bruno Dujardin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ministère de la Santé, Kigali, BP 274 Butare, Rwanda  
 < musangol@yahoo.fr (mailto:musangol@yahoo.fr)>

<sup>2</sup> École de santé publique, Université nationale du Rwanda, Butare, Rwanda

<sup>3</sup> Département des systèmes et politiques de santé, École de santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique

<sup>4</sup> Département d'épidémiologie et de médecine préventive, École de santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique

### Illustrations

[Ouvrir l'onglet \(/fr/revues/san/e-docs/le\\_systeme\\_de\\_prepaiement\\_au\\_rwanda\\_i\\_analyse\\_dune\\_experience\\_pilote\\_263399/article.phtml?tab=images\)](#)

[\(/fr/revues/bdc/revue.phtml\)](#)  
[Bulletin du Cancer \(/fr/revues/bdc/revue.phtml\)](#)  
 Fin d'abonnement :  
[Renouveler l'abonnement \(/fr/mon\\_compte/index.phtml\)](#)

### PETITES ANNONCES

[\(/FR/PETITES\\_ANNONCES/INDEX.PH](#)



## MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE PRÉPAIEMENT DANS LES DISTRICTS DE BYUMBA, KABGAYI ET KABUTARE

Les pays en développement ont souscrit aux objectifs des soins de santé primaires (SSP) définis en 1978 à Alma-Ata. Hélas, la situation économique précaire, les contextes politico-administratifs et les guerres civiles ont souvent compromis la mise en œuvre de leur politique. Au Rwanda en particulier, le génocide d'avril 1994 a conduit aux pillages, à la destruction du pays en général et du système de santé en particulier. La régression de l'utilisation des services de santé est d'autant plus inquiétante que la croissance démographique reste importante et que les problèmes de santé se multiplient avec le développement de la pandémie du VIH/sida et la pauvreté. Le pays essaie de se réorganiser et de se reconstruire malgré le contexte de carence en ressources financières, matérielles et humaines.

Depuis l'« Initiative de Bamako », on estime que des services pour lesquels une participation financière est demandée, mais où le client trouve un minimum de qualité, sont préférables à des services gratuits, mais de très mauvaise qualité (sans médicaments, personnel démotivé...). L'accessibilité financière aux services de santé reste cependant un grand problème pour la population rwandaise : dans 40 % des cas de maladies aiguës, les ménages, ne disposeraient pas des ressources nécessaires pour payer les soins [1]. La mise en place du système de prépaiement (SPP) par le ministère de la Santé devrait contribuer à améliorer cette accessibilité. Le ministère de la Santé souhaiterait généraliser ce système suite à l'évaluation des performances d'un projet développé dans trois districts dans le cadre d'une expérience pilote conduite en collaboration avec le projet PHR (Partner-ships for Health Reform). Cet article décrit cette expérience pilote en relevant les aspects positifs à exploiter, mais aussi les faiblesses. Nous identifions les opportunités qu'il faut pouvoir saisir. Pour cela, nous présentons d'abord le processus de mise en place, nous examinons les opinions des bénéficiaires et des prestataires des services de santé sur la nouvelle approche de recouvrement des coûts et enfin, par nos analyses critiques et en nous référant à d'autres expériences, nous dégageons des recommandations.

### ENCADRÉ 1

#### Prestations couvertes par les SPP au niveau du centre de santé et de l'hôpital de district

**Au niveau du centre de santé :**

- Soins curatifs (consultations, suivi des maladies chroniques, réhabilitation nutritionnelle)
- Accouchements eutociques
- Examens de laboratoire (goutte épaisse, hémoglobine, examen direct des selles et des urines)
- Activités promotionnelles (appui psychosocial, promotion des activités nutritionnelles)
- Hébergement au centre de santé
- Médicaments génériques de la liste du ministère de la Santé et prescrits dans le cadre des prestations citées ci-dessus
- Service d'ambulance en cas de transfert vers l'hôpital du district
- Soins préventifs (vaccinations, suivi de la croissance des enfants de moins de 5 ans, consultation prénatale, planification familiale) : les soins préventifs sont aussi gratuits pour le reste de la population

**Au niveau de l'hôpital du district, si référence par un centre de santé ou admission en urgence**

- Consultation chez un médecin
- Hébergement à l'hôpital de district
- Accouchements dystociques et césariennes
- Prise en charge du paludisme grave

## FORMULATION DU SPP

Le projet a été initié en janvier 1999 par le ministère de la Santé et le PHR. Le PHR est un projet financé par l'*US Agency for International Development* (USAID) qui soutient, dans de nombreux pays d'Afrique et d'Amérique latine, des activités dans le domaine de l'économie de la santé. Sa mission principale est d'améliorer la santé des populations à faibles ou à moyens revenus en appuyant et en renforçant des réformes qui assurent une meilleure équité, une bonne accessibilité et l'efficacité des services de santé, et ce, par une participation active des populations [2]. La mission du PHR s'aligne sur les objectifs que le ministère de la Santé s'est fixés, à savoir :

- améliorer l'accès aux soins de santé ;
- améliorer la qualité des soins ;
- renforcer les capacités de gestion ;
- renforcer la participation communautaire.

La mise en place du SPP dans trois districts (Byumba, Kabgayi et Kabutare) a été identifiée par les deux partenaires comme expérience pilote pour atteindre les objectifs partagés. La durée de la mission du PHR au Rwanda a été fixée à 18 mois et s'est limitée essentiellement à un appui technique et matériel.

Un comité de pilotage a été constitué : il était composé de 10 membres, dont 3 de l'équipe PHR et 7 du ministère de la Santé. Une revue documentaire (l'étude sur le financement des services de santé au Rwanda [3], les comptes nationaux de la Santé [4] et le volet financier du rapport du système d'information sanitaire) a été réalisée pour déterminer le montant des cotisations annuelles : 7,9 dollars US par an pour une famille de 7 personnes, 1,5 dollar US par membre additionnel et 5,7 dollars US pour un célibataire. Comme le revenu annuel par habitant en milieu rural est en moyenne de 94 dollars US [1], la cotisation pour une famille représenterait 8 % du revenu annuel, ce qui a été considéré comme acceptable. L'équipe de pilotage a discuté avec les prestataires et les leaders de la communauté des modalités d'adhésion et de paiement des cotisations. Ils ont adopté par consensus le principe de l'adhésion volontaire, le paiement par ménage, la périodicité annuelle du paiement des cotisations, une période d'attente d'un mois après l'adhésion avant de bénéficier des avantages et la perception d'un ticket modérateur de 0,3 dollar US pour tout contact, excepté les soins préventifs qui sont gratuits (encadré 1). Toutes les personnes peuvent devenir membres du SPP. Les catégories des groupes d'adhérents ont été définies comme suit :

- les personnes âgées de 18 ans et plus, non mariées, peuvent adhérer comme des célibataires ;
- les ménages composés des parents avec des enfants dépendants adhèrent dans la catégorie « famille » ;
- les groupes familiaux, à savoir les personnes habitant ensemble et partageant les frais de ménage, ont le droit d'adhérer dans la catégorie « famille » ;
- enfin, les associations telles que les coopératives, les écoles et les orphelins peuvent adhérer par groupe de 7 personnes, constituant en quelque sorte une « famille ».

### ENCADRÉ 2

#### Opinions des participants au focus group sur les modalités de paiement

- C'est un problème de mobiliser en une fois 7,9 dollars US pour adhérer au SPP (tous)
- Le paiement étalé par tranche est plus proposé que le paiement annuel (tous)
- Le paiement individuel est plus proposé que le paiement familial (tous)
- Il est demandé que la cotisation forfaitaire par famille ne soit pas limitée à la couverture de sept personnes, même si cela implique que le montant de la cotisation soit augmenté, car cela éviterait de « diviser la famille » (tous)
- Les autorités locales pourraient mettre en place un fond et accorder un crédit remboursable pour payer la cotisation (adhérents)
- Les autorités locales pourraient initier des projets générateurs de revenus qui permettraient à l'avenir de s'acquitter des cotisations sans contracter de crédit (adhérents)
- La cotisation des célibataires est très élevée et devrait être revue à la baisse (adhérents)

## SERVICES ASSURÉS PAR LE SPP

Les services de santé offerts aux membres par les centres de santé et les hôpitaux de district doivent être de qualité telle qu'elle est définie dans « Les normes d'activités des formations sanitaires du district »<sup>1</sup> et suivant les protocoles standardisés pour le traitement (ordinogrammes)<sup>2</sup>. Ces services sont régulièrement évalués par la fédération ou sous son contrôle, afin de s'assurer qu'ils répondent toujours aux besoins des patients et de façon satisfaisante. L'encadré 1 montre les prestations couvertes par les SPP au niveau du centre de santé et de l'hôpital de district.

<sup>1</sup> Ministère de la santé de la République rwandaise. *Normes du district de santé au Rwanda*. Kigali, février 1997.

<sup>2</sup> Ministère de la santé de la République rwandaise. *Ordinogrammes*. Kigali, mars 1998.

### ENCADRÉ 3

#### Opinions des participants au focus group sur le paquet d'activités couvertes par le SPP et l'accessibilité

- Le paquet d'activités offert au niveau de l'hôpital de district est insuffisant, notamment la chirurgie qui n'est pas couverte par le SPP (tous)
- Les coûts indirects restent élevés, notamment les déplacements du domicile vers l'hôpital de district (non-adhérents)
- Le libre choix du malade est compromis, les adhérents doivent se faire soigner exclusivement dans le centre de santé de leur zone de rayonnement (adhérents et non-adhérents)
- L'initiative de mise en place du SPP a commencé avant que tous les centres de santé ne soient totalement capables de satisfaire les contrats de convention entre les centres de santé et la fédération (comités)
- Il y a un manque de personnel qualifié dans les centres de santé (comités)
- Il est difficile de convaincre certains patients d'utiliser les médicaments essentiels du centre de santé ; or la convention entre la fédération et les centres de santé se limite à la prescription de ces médicaments essentiels (prestataires)
- Il y a des ruptures de stock en médicaments essentiels (comités)
- Le recrutement des adhérents est conditionné par la qualité des soins, l'intégration des services et la réputation du personnel (prestataires)
- Il faudrait prévoir un statut particulier pour les adhérents, soit une file réservée lors de l'accueil au centre de santé (adhérents)
- Le SPP diminue le coût de l'épisode de maladie pour le patient (tous)
- Le SPP offre une sécurité pour la famille sur le plan de la santé (tous)

## GESTION DU SPP

L'adhésion est demandée par le responsable de chaque catégorie d'adhérents et les noms du membre et des personnes à sa charge sont communiqués à l'hôpital de district et au centre de santé par le conseil d'administration du SPP ou « fédération » du district après souscription de la prime. L'actualisation de la liste est faite mensuellement par cette même fédération, toujours selon ce critère de cotisation. La fédération ou conseil d'administration du SPP au niveau du district ou

comité de gestion du SPP du district est un conseil composé de 6 mandataires aussi appelés administrateurs (le président, le vice-président, le secrétaire et son adjoint, le trésorier et le médecin chef de district). Chaque mandataire doit avoir la qualité de membre du SPP, savoir lire et écrire, être de nationalité rwandaise et être âgé d'au moins 25 ans.

Au niveau périphérique (centre de santé), le système de prépaiement a deux structures de gestion :

1. L'assemblée générale composée de tous les adhérents ou membres du SPP en règle de leur cotisation. Elle se réunit au moins une fois l'an, généralement au mois de janvier ; au cours de cette réunion, la fédération soumet à l'approbation de cette assemblée, le compte de l'exercice écoulé et le budget du prochain exercice de l'année en cours. L'assemblée générale décide aussi de l'utilisation des réserves financières, de la déchéance et des sanctions des membres de l'association et de ceux des instances dirigeantes, de la modification du statut et de la dissolution de l'association. Dans ce dernier cas, l'assemblée générale doit être convoquée spécialement à cet effet. Cette décision de dissolution doit réunir les suffrages des trois quarts des membres présents ayant droit de vote, au cours de la même séance, un liquidateur possédant le titre d'avocat du barreau de la République rwandaise doit être identifié

2. Le comité de gestion du SPP est composé des représentants de chaque entité administrative de base (cellule), chaque représentant étant élu par les membres du SPP de sa cellule. Ce comité de gestion a un bureau qui est l'organe exécutif et qui est composé de quatre membres : le président, le vice-président, le secrétaire et le trésorier. Le titulaire du centre de santé en est d'office le vice-président. Les autres membres du bureau sont élus par l'assemblée générale des adhérents valablement réunie si un quorum de deux tiers des membres est atteint. Dans ses attributions, le comité de gestion reçoit le rapport mensuel du centre de santé qu'il transmet à la fédération après vérification de la conformité du rapport avec les registres d'information de contact (RIC) ; il représente aussi ses membres en cas de désaccord avec la formation sanitaire. Les structures de gestion du SSP fonctionnent parallèlement aux comités de santé mis en place dans le cadre de l'« Initiative de Bamako ». On peut relever trois grandes différences entre les comités des districts et les comités du SPP :

1. Tous les membres des instances dirigeantes dans les comités du SPP doivent avoir la qualité de membres de l'association du SPP et détenir la carte de membre, contrairement aux comités de santé où tous les bénéficiaires potentiels des services sont éligibles.

2. Le bureau du comité de gestion du SPP au niveau du centre de santé est élu par l'assemblée générale des adhérents alors que le bureau du comité de santé du centre de santé est élu par les membres du comité (un représentant de chaque cellule).

3. Les instances dirigeantes sont appelées « comité de santé » pour l'ensemble du district et « comité de gestion » pour le SPP.

#### ENCADRÉ 4

##### Opinions des participants au focus group sur l'organisation du SPP

- Il est apprécié que la population soit impliquée dans la gestion du SPP (adhérents)
- Il y a risque de déficit financier pour les centres de santé, car les montants payés par la fédération seraient inférieurs au montant que les centres percevraient si le paiement des prestations se faisait « à l'acte » (prestataires)

#### FINANCEMENT DU SPP

Le mécanisme de paiement des cotisations des membres à la fédération et de remboursement des soins médicaux aux centres de santé et aux hôpitaux des districts est résumé dans la figure 1 ([article.md?fichier=images.htm](#)).

La cotisation est perçue par le comité de gestion SPP de chaque centre de santé dans sa zone de rayonnement, le comité de gestion versant ensuite les fonds perçus au comité de gestion SPP du district ou fédération, après déduction de 5 % pour ses frais de fonctionnement. Outre la perception des primes de cotisation, la fédération a aussi la responsabilité d'assurer avec l'équipe cadre du district, le suivi du développement du SPP, de représenter l'association dans les actes judiciaires et extra-judiciaires, de tenir sous sa responsabilité la comptabilité de l'association, d'assurer la tenue des livres de caisse, des livres des comptes courants et registres des membres et de payer mensuellement les factures des centres de santé et de l'hôpital de district. Le paiement de soins aux centres de santé se fait par tranche mensuelle et par reversement du douzième des cotisations perçues au niveau de la zone de rayonnement du centre de santé, déduction faite de 10 % pour les frais de gestion de la fédération et du montant des dépenses effectuées à l'hôpital au bénéfice du centre de santé.

#### ENCADRÉ 5

##### Opinions des participants au focus group sur la sensibilisation de la population

- Les raisons qui expliquent la faible adhésion au SPP pourraient être : l'analphabétisme, l'ignorance, la pauvreté, une sensibilisation insuffisante (comités)
- Les autorités sont insuffisamment engagées : « Vous ne pouvez pas gouverner un pays dans lequel vous ne vivez pas ; des autorités qui n'adhèrent pas au SPP ne peuvent pas lui être utile » (tous)
- Il y a un manque d'information pertinente ; les gens n'adhèrent pas sur la base de rumeurs sur la mauvaise qualité des soins (non-adhérents)

#### RÔLE DU COMITÉ DE PILOTAGE

Pour le bon fonctionnement des comités du SPP, le comité de pilotage a élaboré plusieurs outils de gestion : livre de banque, livre de caisse, livre des comptes courants, registre des associations du SPP, registre des administrateurs des associations du SPP, fiche d'adhésion, carte d'adhésion, etc. Tous ces documents ont été soumis aux fédérations, aux équipes cadres de districts et aux membres des comités de gestion des centres de santé pour amendements et approbation avant la signature des contrats entre les centres de santé et les comités de gestion.

Le même comité de pilotage a procédé à l'information et à la sensibilisation des équipes cadres de district et des titulaires des centres de santé concernés par l'expérience pilote en février et mars 1999. Les thèmes concernaient l'effet du SPP sur l'accessibilité financière et le financement des services de santé ainsi que les modalités de paiement des services. À leur tour, ces professionnels ont sensibilisé les bénéficiaires chaque matin avant de commencer leurs activités journalières. Parfois, lors des meetings communautaires organisés par les autorités administratives, un moment était accordé au titulaire du centre de santé et/ou au médecin chef de district pour parler du nouveau système. D'autres voies de sensibilisation ont été utilisées, à savoir des messages publicitaires à la radio et des affiches produites par le projet PHR. Après le démarrage du SPP, les membres des comités de santé ont aussi sensibilisé la population et quelques témoignages de membres qui avaient déjà bénéficié des soins étaient cités à titre d'exemples convaincants.

#### SUIVI ET ÉVALUATION DU PROJET PILOTE

Le suivi du projet a été réalisé par plusieurs équipes : au niveau des centres de santé, par le bureau comité de gestion, et au niveau du district, par une équipe de six personnes composée du président de la fédération, du médecin chef de district, du directeur régional de la santé et de trois consultants engagés par le projet. Les consultants visitaient chaque district une fois par mois pour un appui technique. Au niveau central, le comité de pilotage se réunissait une fois par trimestre. Au total, 54 SPP ont été mis en place, chacun associé à un centre de santé. En juillet 1999, les premières adhésions ont été enregistrées et les nouveaux membres ont commencé à bénéficier de la prise en charge par les fonds de cotisation du

SPP. La première année (1999-2000), on a compté 88 308 nouveaux adhérents ; la deuxième année (2000-2001) 90 795 adhérents ; la troisième année (2001-2002) 121 279, et la quatrième année (2002-2003) 189 646. Le taux d'adhésion aux SPP a donc évolué progressivement : 7,9 % pendant les deux premières années de mise en place, 10,3 % la troisième année, et 15,6 % la quatrième année. La population totale des trois districts était estimée à 1 113 755 en 2000 et le taux d'accroissement de la population, à 2,9 %.

L'évaluation du projet a été faite à mi-parcours, en décembre 1999, et à la fin du projet en juin 2000. Cette évaluation a été assurée conjointement par l'équipe de pilotage et un consultant recruté par le projet PHR. Les conclusions étaient favorables à la poursuite de la mise en place du SPP.

## MÉTHODE

Pour collecter des informations sur la perception des avantages et des inconvénients de ce projet du SPP et identifier les facteurs favorables ou contraignants, nous avons procédé à des entretiens de *focus group* avec des échantillons de quatre populations cibles différentes : adhérents à la mutuelle, non-adhérents, membres du comité de gestion et prestataires de services. Dans chacun des trois districts, le processus s'est déroulé dans le centre de santé ayant le plus d'adhérents et dans celui qui en avait enregistré le moins. Chaque groupe était constitué de 10 participants. Au total, 24 groupes, soit 240 personnes, provenant de six centres de santé, ont été réunis. Lors de l'entretien, les quatre groupes étaient séparés pour éviter qu'ils ne s'influencent mutuellement. En ce qui concerne les usagers, ce sont ceux qui étaient présents lors du passage des enquêteurs dans le centre de santé qui ont été recrutés : il n'y a donc pas eu de sélection réfléchie. Des biais d'échantillonnage sont possibles dans la catégorie des adhérents, car il était difficile de recruter 10 membres dans le cadre de la consultation dans les centres de santé qui comptent peu d'adhérents. Quand l'effectif n'était pas atteint chez les adhérents, nous avons eu recours aux membres du SPP qui étaient hospitalisés et à ceux qui habitaient à proximité du centre de santé. Pour chaque centre de santé, les quatre *focus groups* étaient toujours organisés le même jour, avec 12 facilitateurs qui opéraient en quatre groupes séparés, chacun constitué d'un animateur sociologue de formation et de deux assistants qui prenaient des notes ; ces derniers étaient de formations diverses (santé publique, sciences de l'éducation, lettres, psychologie, etc.), mais tous avaient au moins un niveau universitaire. Le temps moyen de discussion a été en moyenne de 2 heures pour chaque groupe ; les discussions étaient menées en Kinyarwanda qui est la langue locale et officielle. La traduction était faite le même jour par les différents facilitateurs. Les réponses à chaque question ont ensuite été résumées et une synthèse effectuée question par question. Quatre grands thèmes ont été développés, à savoir : les modalités de paiement ; le paquet d'activités couvertes par le SPP et l'accessibilité ; l'organisation du SPP et la sensibilisation de la population sur le processus de mise en place d'un SPP ; et les réponses ont été regroupées selon les opinions des différents groupes et leurs points de convergences. Les facilitateurs avaient bénéficié préalablement de deux jours de formation ; le prétest du guide d'entretien a servi en même temps de séance d'entraînement.

## RÉSULTATS

Les informations recueillies sont classées selon les thèmes qui ont servi de guides pour les entretiens, soit : les modalités de paiement des cotisations ; le paquet d'activités offert et l'accessibilité ; l'organisation du SPP ; la sensibilisation de la population. Elles sont reprises dans les encadrés 2, 3, 4 et 5. Le groupe dans lequel l'opinion a été émise est repris entre parenthèses ; « tous » signifie que l'opinion a été émise dans tous les groupes.

## DISCUSSION

Si les ménages décident de ne pas cotiser à un SPP ou à une autre forme d'assurance maladie, si les communautés ne s'investissent pas dans la mise en place de ce système de prévoyance, c'est qu'ils considèrent, individuellement ou collectivement, qu'il existe d'autres options plus avantageuses [5]. Il est donc important de disposer de l'avis des bénéficiaires et des prestataires des services pour choisir ou adapter les modalités de fonctionnement d'un SPP ou d'un autre type d'assurance maladie.

## INITIATIVE DE MISE EN PLACE DES ASSURANCES MALADIES

Lorsqu'on étudie la mise en place des systèmes d'assurance maladies en Europe et dans certains pays africains, on constate que ces systèmes trouvent leur origine dans des associations d'entraide qui existaient vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces structures qui n'étaient pas spécialisées dans le domaine de la santé et qui ne relevaient pas du secteur étatique ont été ultérieurement incorporées dans les programmes nationaux [6, 7]. Au Rwanda, le ministère de la Santé a commencé le développement d'un système de paiement alternatif. On constate que la base de cette expérience s'est élargie, les capacités internes de mise en place, de gestion et de suivi se renforcent, les fédérations se responsabilisent avec une certaine autonomie et liberté. Fonteneau [8] souligne que la définition du système de prépaiement par l'économie sociale peut paraître discutable. Ces systèmes se rapprochent des mutuelles de santé en termes d'adhésion libre, d'assurance et de solidarité, en diffèrent en termes de participation démocratique, de responsabilisation des membres et d'autonomie par rapport aux formations sanitaires, mais pourraient, à certaines conditions, devenir de réelles mutuelles autonomes. Nous avons retenu, pour le Rwanda, l'appellation « système de prépaiement » mais, vu la tendance actuelle de la population à organiser au travers des différents comités de gestion le système dont l'initiative revient au pouvoir public, nous reconnaissons que le système de prépaiement se transforme en mutuelle. Le caractère hybride du Rwanda mériterait une expérimentation : nous voudrions identifier des autorités locales qui ont initié la mise en place de mutuelles dans leurs districts administratifs et comparer les systèmes de prépaiement initiés par les autorités sanitaires et les mutuelles initiés par les autorités administratives locales.

## SENSIBILISATION DES POPULATIONS

Les participants aux *focus groups* ont regretté que les autorités locales ne se soient pas plus impliquées pour sensibiliser la population sur l'importance du SPP. Les autorités locales et les leaders d'opinion, eux-mêmes consommateurs des services de santé, en comprenant les notions de risque et en s'en prémunissant en adhérant au SPP, pourraient contribuer à convaincre la population. La sensibilisation devrait donc cibler en priorité les autorités locales et les leaders d'opinion dont l'adhésion encouragerait la solidarité de la population.

## CHOIX DES DISTRICTS PILOTES ET EXTENSION DE L'EXPÉRIENCE

Les critères d'inclusion qui ont guidé le choix des trois districts pilotes empêchent d'extrapoler les résultats à l'ensemble du pays et d'établir la faisabilité de l'extension. En effet, les trois districts pilotes sont privilégiés par rapport aux autres districts du pays en matière de population, accessibilité géographique, ressources financières, communications...

- La population de couverture est importante : elle s'élève à 1 113 755 habitants (Byumba, 460 755 ; Kabgayi, 365 000 ; Kibutare, 288 000) sur un total de 8 109 000 habitants pour les 38 districts du pays.
  - Les trois districts sont situés sur les axes routiers inter-États qui permettent d'accéder facilement aux bureaux des directions régionales de la Santé et du ministère de la Santé, ainsi qu'à la Centrale d'achat des médicaments essentiels.
  - Les trois districts bénéficient du soutien des Coopérations bilatérales et d'organisations non gouvernementales (ONG).
  - Les trois districts pilotes sont dotés de radiophonies qui permettent les communications entre les centres de santé et les hôpitaux de référence, ainsi que des ambulances qui assurent les transferts des patients.
- Le risque est donc d'être confronté, lors du processus d'extension, à des coûts supplémentaires importants pour assurer

l'organisation et le suivi du système. Ces coûts pourraient être à la base d'un échec, même si la population adhère et mobilise des ressources financières à son niveau. Une étude devrait donc déterminer les moyens qu'il faudrait mobiliser pour assurer l'extension du système au niveau national en tenant compte des spécificités.

### L'OFFRE D'UN PAQUET MINIMUM DE SOINS DE QUALITÉ

Pour qu'une mutuelle ou un SPP puisse se développer de façon durable, elle doit être associée à une offre de soins de qualité qui répondent aux besoins des membres [9]. C'est en utilisant des services de qualité que les usagers comprendront et intérioriseront les avantages du système mis en place. Sensibiliser la population lorsque les structures de santé sont encore incapables d'offrir le paquet d'activités prévu dans le contrat conduit à la perte de confiance des populations, à un faible taux d'adhésion et au désengagement des membres, et ce avec des effets néfastes à long terme. Le montant des cotisations par les populations sera d'autant plus acceptable que les services rendus seront de qualité. Avant la mise en place du SPP, les services de santé devraient donc être capables d'offrir le paquet d'activités prévu dans le contrat avec ces SPP. La qualité de soins pourrait être améliorée par le dynamisme des instances dirigeantes du SPP, notamment de la fédération. Le constat actuel est que les centres de santé et les hôpitaux sont de plus en plus subordonnés à la fédération. La contractualisation entre les deux structures instaure une certaine redevabilité des services de santé vis-à-vis de la fédération.

### VIABILITÉ FINANCIÈRE ET MODALITÉS DE PAIEMENT (DETTES)

L'introduction du paiement par capitation comme mode de remboursement des soins aux structures de santé de base, indépendamment du volume des soins consommés par les membres, a été une préoccupation des certains prestataires de services suite à la non-absorption des coûts de soins réellement consommés par les membres du système de prépaiement. Ce système n'a pas été mis en place dans l'intention de recouvrir la totalité des coûts des services de santé de base ; il devait plutôt contribuer à combler le déficit de financement après les subventions publiques, l'aide extérieure et les paiements directs des soins. Une évaluation de la situation financière des centres de santé participant au système de prépaiement [10] montre cependant que sept des douze centres de santé évalués ont recouvert les dépenses récurrentes de l'année 2000 ; les cinq autres centres de santé ont recouvert à hauteur de 75 à 94 % de leurs dépenses récurrentes. Le paiement de la prime par la population reste un grand défi à surmonter : vu sa pauvreté et malgré sa volonté, la population est incapable de mobiliser le montant d'un seul coup. Les crédits que la « banque populaire<sup>3</sup> » accorde à la population sont l'un des mécanismes qui se développent au Rwanda actuellement pour surmonter ce problème. L'emprunteur rembourse progressivement la banque populaire sur une période de 12 mois avant de contracter de nouveau un crédit pour la réadhésion. Cette approche est encouragée par certains bourgmestres et ce sont eux qui assurent une caution morale à la population pauvre pour que cette dernière accède à ce crédit.

Au Burkina Faso, une étude réalisée par Fonteneau [8] relève les types de stratégies utilisées par les ménages pour générer l'argent nécessaire au paiement des soins de santé en cas de maladie : il s'agit d'argent liquide, de vente de biens, de travaux rémunérés, mais aussi d'emprunts. Elle souligne que les emprunts se pratiquent généralement entre les ménages avec un taux d'intérêt de 10 %. On constate cependant que la stratégie dénommée « emprunt » au Burkina Faso semble avoir les mêmes principes que le crédit de la « banque populaire » au Rwanda.

<sup>3</sup> Le gouvernement rwandais, avec l'appui de la Coopération suisse, a développé un réseau de banques populaires dans toutes les communes du pays. Les paysans peuvent y déposer leur argent et la banque n'exige aucun montant minimum pour l'ouverture d'un compte. Cette banque octroie aussi des crédits à ses membres, moyennant un intérêt de 4 %, contrairement aux banques commerciales où l'intérêt varie entre 12 et 18 %.

### LA MISE EN PLACE D'UN SPP : UN PROCESSUS À LONG TERME

La mise en place d'un SPP nécessite du temps pour que la population comprenne les notions de risque, de prévoyance et de solidarité. Une approche standardisée se focalisant sur des résultats à court terme peut aboutir à des effets négatifs difficiles à corriger par la suite.

Dujardin [11] souligne l'effet négatif dans le partenariat Nord-Sud, en disant que la précipitation force l'adhésion des partenaires et d'autres acteurs du Sud au contenu du projet sans avoir le temps réel de mettre leur personnalité, leurs désirs, leur « intimité », dans le projet. Il poursuit en disant que les partenaires du Sud exécutent ainsi le projet sans s'y investir, avec toutes les conséquences prévisibles en termes de démotivation, de déviation, de non-respect des objectifs premiers, de détournements financiers et de manque d'appropriation. Il termine en disant que les spécialistes du Nord cherchent à maximiser leur intervention sur le projet, sans tenir compte des attentes et des compétences des prestataires du terrain.

### CONCLUSION

L'expérience du Rwanda où le projet a duré 18 mois est une des illustrations de ce qui se passe parfois dans les pays en développement. Bien que ce soit difficilement compatible avec le caractère « court terme » que les bailleurs de fonds associent de plus en plus à l'approche « projet », il faudrait envisager la mise en place du SPP comme un processus à long terme. La faible adhésion aux SPP après 4 ans d'expérimentation a d'ailleurs alerté le ministère de la Santé et l'a incité à poursuivre l'expérience après le départ du projet PHR : un comité de mise en place et de suivi des SPP a été créé au sein de ce ministère ■

### RÉFÉRENCES

1. Ministry of Finance and Economic Planning. *Rwanda Development Indicators : Poverty Reduction*. Kigali (Rwanda) : Information Management Unit/United Nations Development Programme (IMU/UNDP), 2001 ; 4 : 327 p.
2. Schneider P, Diop F, Maceira D, et al. *Utilization, Cost, and Financing of District Health services in Rwanda*. Technical Report N° 61. Bethesda : Partnerships for Health Reform (PHR), Abt Associates Inc., 2001 ; 57 p.
3. Ministère de la Santé, Projet Santé Population (Rwanda). *Étude de financement du système de santé : conclusions et stratégies*. Kigali (Rwanda) : Health Research for Action (HERA) ; Département Politiques et systèmes de santé, École de santé publique, Université libre de Bruxelles (ULB), 1999 ; 56 p.
4. Schneider P, Nandakumar K, Porignon D, et al. *Rwanda National Health Accounts*. Technical Report n° 53. Bethesda : Partnerships for Health Reform (PHR), Abt Associates Inc., 1998 ; 64 p.
5. Meessen B, Criel B, Kegels G. Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne : pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés. *Rev Int Séc Soc* 2002 ; 55 : 91-116.
6. Jolly D, Durand-Zuleski I. *Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire*. Paris : Institut d'études des politiques de santé (IEPS), 2000 ; 48 p.

7. Criel B. Quelles stratégies face aux risques ? Quelques points de repères pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés traditionnelles. In : *Local health insurance system in developing country : a policy research paper*. Antwerpen : Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), 2000 ; 172 p.
8. Fonteneau B. *L'émergence de pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso*. Bruxelles : Agence générale de la coopération au développement (AGCD), 2000 ; 143 p.
9. Letourmy A. Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement. *Afrique contemporaine* 2000 ; (NS) : 230-40.
10. Ministère de la santé, Projet PRIME II (Rwanda). *Évaluation de la situation financière des centres de santé et des hôpitaux participant dans le système de prépaiement au Rwanda*. Kigali (Rwanda) : Minisanté, 2002 ; 37 p.
11. Dujardin B. *Politique de santé et attentes des patients*. Paris : Karthala ; Éditions Charles Léopold (ECLM), 2003 ; 331 p.

---

## ESPACE PARTENAIRES

[Publicité \(fr/publicite\)](#) • [Partenaires \(fr/publicite\)](#) • [Auteurs livres \(fr/departement\\_livres\)](#) • [Auteurs revues \(fr/auteurs\\_revues\)](#)

---

## SERVICES

[Abonnez-vous \(fr/revues/abonnements.phtml\)](#) • [Achetez un numéro \(fr/revues/numeros.phtml\)](#) • [Pay-Per-View \(fr/revues/ppv.phtml\)](#) • [Congrès \(fr/congres/index.phtml\)](#) • [Petites](#)

[annonces \(fr/petites\\_annonces/index.phtml\)](#)

[Infos légales \(fr/infos\\_legales\)](#) • [Aide/FAQ \(fr/faq\)](#) • [Qui sommes-nous ? \(fr/qui\\_sommes\\_nous\)](#) • [Contact \(fr/contact\)](#) • [Quelle est mon adresse IP ? \(whatsmyip.phtml\)](#)

Copyright © 2015 JOHN LIBBEY EUROTTEXT