

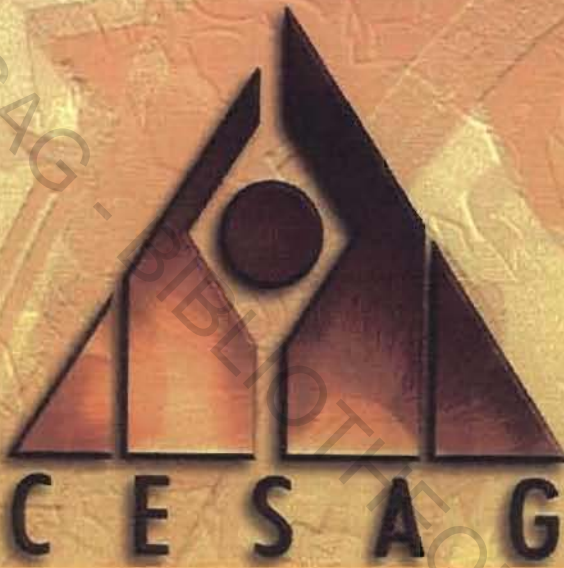
INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES EN ECONOMIE DE LA SANTE

**DSES**

**THEME :**

**ETUDE DE FAISABILITE POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE AU SEIN DE L'ASSOCIATION « GH » DU BURUNDI.**



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

Par **NDIKUMANA Désiré**

Bibliothèque du CESAG



108363

sept 2005

Sous la Direction de :  
**Dr Bocar Mamadou DAFF**

**M0090DSES05**

**2**



# DEDICACES

*A NOTRE CHER PERE : pour nous avoir montré le bon chemin,*

*A NOTRE CHÈRE ÉPOUSE : pour ton soutien, ton grand amour et  
dévouement,*

*A NOS ENFANTS Ralph et Kate : pour que vous fassiez mieux*

*A FEUÈ NOTRE chère mère, tu demeureras toujours dans nos pensées  
pour tout ce que tu as fait pour nous.*

# REMERCIEMENTS

**Nos remerciements s'adressent particulièrement à :**

L'Etat du BURUNDI en collaboration avec la Coopération française pour la bourse qu'ils ont bien voulu nous accorder pour cette formation

Messieurs **LAFARGE Hervé** et **MAMADOU Alpha BAH** pour leurs conseils

Monsieur **BOCAR MAMADOU DAFF**, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire

Monsieur **Mo MENA** et toute la Direction de l'ISS notamment Madame **GUEYE** et Madame **MBENGUE**, pour leur soutien et conseils durant notre séjour à Dakar,

**Messieurs les enseignants de l'Institut Supérieur de Santé**

**L'Association « GH » de la zone GATUMBA dans la province de BUJUMBURA rural** sans qui le recueil des données n'aurait pas été possible

**Toute la Communauté burundaise du CESAG**, grâce à laquelle je ne ressentais pas trop la nostalgie du pays

**L'ensemble des étudiants-stagiaires de la sixième promotion du DSES de l'ISS/CESAG**



# SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACOPAM</b>	: Appui associatif et Coopératif aux Initiatives de développement à la base
<b>ANMC</b>	: Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne
<b>BIT</b>	: Bureau International du Travail
<b>CAMICS</b>	: Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de santé
<b>CESAG</b>	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
<b>CSS</b>	: Caisse de Sécurité sociale
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et Sanitaire
<b>ESIS</b>	: Enquête Sur les Indicateurs de Santé
<b>GECFYS</b>	: Groupement d'Epargne et de Crédit des Femmes de Yeumbeul Sud
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IPM</b>	: Institution de Prévoyance Maladie
<b>IPRES</b>	: Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>ISS</b>	: Institut Supérieur de Santé
<b>MS</b>	: Mutuelle de Santé
<b>NR</b>	: Non-Réponse
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale

<b>PAMS</b>	: Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé
<b>PAS</b>	: Programme d'Ajustement Structurel
<b>PDIS</b>	: Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé
<b>PHR</b>	: Partnership for Health Reform
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PO</b>	: Période d'Observation
<b>PPG</b>	: Plafond des Prestations Garanties
<b>PROFEMU</b>	: Programme des Femmes en Milieu Urbain
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RO</b>	: Référence Obligatoire
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>STEP</b>	: Stratégies et Techniques de Lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
<b>TBM</b>	: Taux Brut de Mortalité
<b>TGFG</b>	: Taux Global de Fécondité Générale
<b>TP</b>	: Taux de Pénétration
<b>TPGC</b>	: Taux de Pénétration du Groupe Cible
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development
<b>WSM</b>	: Solidarité Mondiale

## **LISTES DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Expériences comparatives de chaque typologie
- Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction du statut matrimonial
- Tableau 3 : Nombre de personnes qui composent les ménages
- Tableau 4 : Distance à parcourir pour aller au CDS le plus proche
- Tableau 5 : Raisons de non consultation
- Tableau 6 : Structure de 1<sup>er</sup> recours
- Tableau 7 : Les causes du premier choix
- Tableau 8 : Fréquence des structures de 2<sup>ème</sup> recours
- Tableau 9 : Différentes raisons de fréquentation en 2<sup>ème</sup> recours.
- Tableau 10 : Mode d'utilisation de l'épargne
- Tableau 11 : Problèmes rencontrés par les membres dans la prise en charge des soins
- Tableau 12 : Sources de financement en santé.
- Tableau 13 : Les personnes qui sont tombées malades durant les 3 derniers mois
- Tableau 14 : Souhait d'organiser une solidarité au sein de la communauté.
- Tableau 15 : L'intention d'adhésion
- Tableau 16 : Fréquence des obstacles au projet de création d'une mutuelle.
- Tableau 17 : Les personnes à assurer en cas de besoin
- Tableau 18 : Fréquence des montants de cotisations proposées
- Tableau 19 : La collecte de la cotisation
- Tableau 20 : Statistiques du montant souhaité pour achat de la carte mutuelle
- Tableau 21 : Statistiques du montant souhaité pour payer le ticket modérateur
- Tableau 22 : Durée de la période d'observation
- Tableau 23 : Mode de désignation des responsables de l'association
- Tableau 24 : La compétence en gestion des responsables de l'association
- Tableau 25 : Composition du personnel médical des structures de soins par catégorie professionnelle

Tableau 26 : Les structures de référence

Tableau 27 : Modalités de paiement des factures

Tableau 28 : Taux d'incidence des prestations souhaitées

Tableau 29 : Coût moyen par prestation

Tableau 30 : Calcul de la prime adéquate

Tableau 31 : Synthèse des scénarii des différents couples cotisation/prestation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**TABLE DES MATIERES**

<i>Titres</i>	<i>Pages</i>
Dédicaces .....	i
Remerciements .....	ii
Sigles et abréviations.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Tables des matières.....	vii
Introduction .....	1
<b><i>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE</i></b> .....	<b>3</b>
<b>Chapitre I. CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>4</b>
1.1. Contexte général.....	4
1.2. Contexte opérationnel.....	8
1.2.1. Organisation et gestion du système national de santé au Burundi.....	8
1.2.2. Accessibilité financière aux soins de santé.....	9
1.2.3. Système de prépaiement au Burundi.....	10
1.2.4. Le secteur privé.....	14
<b>Chapitre II. DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE.</b> .....	<b>16</b>
2.1. Importance du problème .....	16
2. 2. Intérêt du sujet.....	17
2.3. Les objectifs .....	19
<b>Chapitre III. MODELE THEORIQUE</b> .....	<b>20</b>
3.1. Définition des concepts.....	20
3.2. Généralités sur les mutuelles.....	22
3.2.1. Conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle.....	23
3.2.2. Les étapes dans la mise en place d'une mutuelle de santé.....	24
3.2.3. Les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé.....	27
3.2.4. Les risques majeurs auxquels s'expose une mutuelle.....	29
3.2.5. La faisabilité de la mise en place de mutuelles de santé.....	32



<b>Chapitre IV : METHODOLOGIE ET HYPOTHESES.....</b>	<b>35</b>
4.1. Méthodologie.....	35
4.2. Définition de la population cible.....	35
4.3. Calcul de la taille de l'échantillon.....	36
4.4. Méthode de recueil des données.....	36
4.5. Analyse des données.....	37
4.6. Les hypothèses.....	37

## **DEUXIEME PARTIE :**

<b>PRESENTATIONS DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.....</b>	<b>38</b>
---	-----------

<b>Chapitre V : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ENQUÊTÉS.....</b>	<b>40</b>
5.1 Sexe.....	40
5.2 Le statut matrimonial.....	40
5.3 Proportion des femmes chefs du ménage et intention de cotiser.....	41
5.4 Taille des ménages.....	41

<b>Chapitre VI : ANALYSE DES DIFFÉRENTES VARIABLES A L'ETUDE.....</b>	<b>43</b>
6.1 Faisabilité sociale.....	43
6.2 Faisabilité économique et itinéraires thérapeutiques.....	44

<b>Chapitre VII : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET BESOINS EN SANTÉ.....</b>	<b>53</b>
7.1 Les pathologies les plus courantes au niveau de l'environnement des ménages.....	53
7.2. Intention d'adhésion et disposition à payer.....	55
7.2.1 Intention d'adhérer à une mutuelle.....	55
7.2.2. Disposition à payer.....	58

<b>Chapitre VIII. FAISABILITÉ INSTITUTIONNELLE ET DISPONIBILITÉ DES PRESTATAIRES DE SOINS.....</b>	<b>65</b>
8.1. Faisabilité institutionnelle.....	65
8.1.1. Le cadre institutionnel de l'association « GH ».....	65
8.1.2. La compétence en gestion de l'association.....	66
8.2. Disponibilité des prestataires de soins.....	68
8.2.1. Existence des structures de soins.....	68

8.3. Relations entre prestataires et la mutuelle.....	70
<b>Chapitre IX. FAISABILITE FINANCIERE.....</b>	<b>72</b>
9.1.Méthode de calcul des coûts moyens.....	72
9.2. Calcul du coût moyen/prestation.....	74
9.3.Calcul de la prime adéquate.....	74
9.5.Les différents scénarii possibles.....	77

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....87**

### **CONCLUSION.....88**

### **RECOMMANDATIONS.....92**

### **Bibliographie.....94**

#### **ANNEXES :**

*Annexe 1 : Questionnaire d'enquête auprès des ménages*

*Annexe 2 : Questionnaire d'enquête auprès des prestataires de soins*

*Annexe 3 : Dépenses pour le 1<sup>ER</sup> choix*

*Annexe 4 : Dépenses de santé en 2<sup>ème</sup> recours*

*Annexe 5 : Signature de convention avec les mutuelles*

*Annexe 6 : Nombre de cas traités par mois dans les structures du milieu  
environnant*

*Annexe 7 : Difficultés auxquelles sont confrontés les malades*

*Annexe 8 : Personnes qui sont tombées malades*

*Annexe 9 : Existence des outils de gestion.*

# INTRODUCTION .

Situé au cœur du continent Africain, le Burundi est une République à administration décentralisée. Il comprend 17 provinces administrées chacune par un gouverneur de province, 116 communes non incluses les zones de la mairie de Bujumbura, 17 bureaux provinciaux de santé (dont la mairie de Bujumbura).

A l'instar des autres pays africains, le Burundi a fait sien l'objectif social « de la santé pour tous » adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1977 et confirmée lors de la conférence d'ALMA ATA de 1978. Cela a été de même pour ce qui concerne le système de recouvrement des coûts avec l'initiative de Bamako (1987). Cette initiative s'est fait remarquée avec la mise en place des comités de santé et des comités de gestion (participation des populations à l'effort de santé : COSA, COGES), avec l'adoption des médicaments essentiels génériques (MEG) et aussi la généralisation du recouvrement des coûts des soins par la facturation aux usagers, au niveau des soins de santé primaires et des soins hospitaliers. Ce système a été précédé par celui de l'Etat providence, où l'administration avait mis en place une politique de soins gratuits pour toutes les populations. Cette politique se justifiait à cette époque car les Etats en gestation devaient résorber le déséquilibre d'accès aux soins modernes qui avait été instauré par les colonisateurs (à savoir des soins pour colons et d'autres pour les populations «indigènes»).

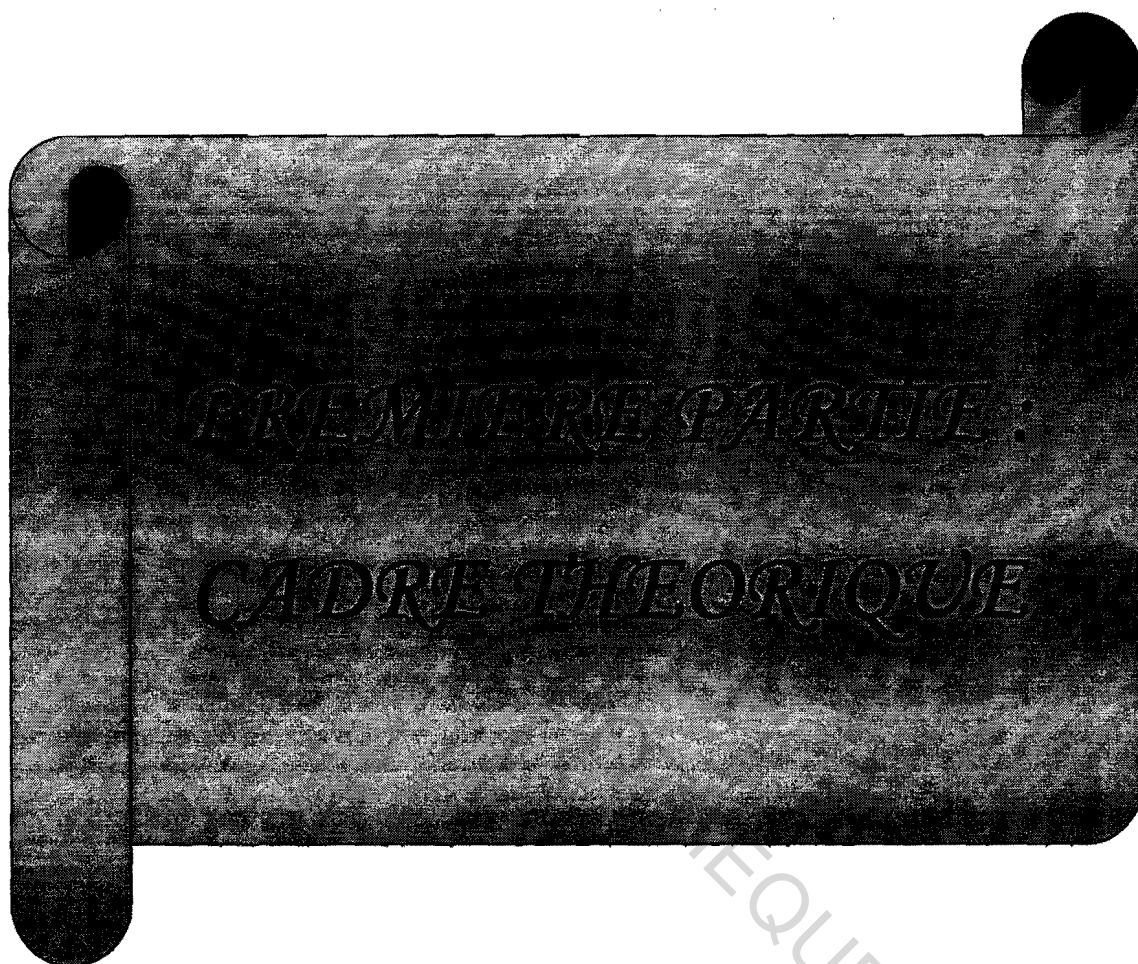
A cause de l'endettement de nos pays en développement dont le Burundi, vis à vis des pays développés, et de la mise en place des Plans d'Ajustement Structurel(PAS) dont la conséquence directe était la réduction des budgets alloués aux secteurs sociaux notamment celui de la santé, ce système a été vite abandonnée.

Depuis 1993, la situation de crise socio-politique a engendré le déchirement du tissu social, la dégradation des indicateurs socio-économiques, la destruction du capital humain, les destructions des infrastructures publiques et privées et le gel des financements extérieurs. Par voie de conséquence, l'évolution des indicateurs de santé qui étaient prometteuse avant la crise de 1993 s'est fortement effondrée. L'espérance de vie qui était estimée à 51,6 ans en 1992 a connu un sérieux recul jusqu'en 2003 où on l'estimait à 39 ans. Ceci a été conditionné par l'état sécuritaire de la nation qui est à la base du retrait des bailleurs de fonds, l'arrêt des programmes de santé, la recrudescence des maladies endémo-épidémiques et la pandémie du VIH/SIDA.

La situation actuelle est marquée par une pauvreté généralisée, une dégradation des indicateurs sociaux, aggravée par une prévalence élevée de la pandémie du SIDA, la destruction et le manque d'entretien des infrastructures collectives, l'existence d'une population nombreuse de sinistrés composée de déplacés intérieurs et de réfugiés, l'accroissement considérable du nombre d'orphelins, d'enfants de la rue et du nombre d'indigents.

La politique de recouvrement des coûts initiée par l'initiative de Bamako a eu pour effet de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins. En effet, seules quelques catégories professionnelles (fonctionnaires et salariés du privé) bénéficient d'une protection sociale organisée. Dans notre pays, cette catégorie de personnes ne représentent pas plus de 10% de la population et encore la prise en charge n'est-elle que partielle (80% pour la mutuelle de la fonction publique). Pour la grande majorité de la population, environ 90% sont dans le secteur informel et aucun mécanisme de financement collectif de leurs soins n'est prévu.

Face à cette situation d'inaccessibilité financière aux soins, l'idéal serait que les populations puissent s'organiser surtout les populations se trouvant dans des associations avec l'appui de certaines institutions et ONG, pour mettre en place des mutuelles de santé communautaire ou des micro assurances de santé en vue de prévenir le risque économique lié à la maladie et d'améliorer de facto leur recours aux soins.



PREMIERE PARTIE  
CADRE THEORIQUE

THEORIQUE

## **Chapitre I. CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE.**

### **1.1 Contexte général.**

La situation de conflit socio-politique a poussé une partie de la population burundaise à abandonner sa terre et s'installer dans des camps de déplacés à l'intérieur du pays ou à se réfugier dans les pays limitrophes pour des conditions sécuritaires. Ce phénomène a engendré la déstabilisation des populations rendant difficile l'organisation et l'accessibilité aux soins de santé de base. Cela a eu comme conséquence l'augmentation du taux de mortalité maternelle et infantile atteignant respectivement 855 pour 100.000 naissances et 129 pour 1000 naissances en 2004.

S'il apparaît indéniable que le système sanitaire burundais avait atteint un des meilleurs niveaux de performance en Afrique avant le début de la crise de 1993, il se heurte aujourd'hui à des difficultés et lacunes de plusieurs ordres dont les plus criantes sont :

- une détérioration de la qualité des soins ;
- une insuffisance des ressources humaines ;
- une insuffisance et une répartition inéquitable des infrastructures au détriment des provinces à l'intérieur du pays ;
- une insuffisance du budget alloué à la santé.

Il découle de cette situation des conséquences graves sur la santé de la population, se traduisant par :

- une baisse de l'espérance de vie ;
- des taux élevés de mortalité maternelle et infantile ;
- une forte incidence des maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, VIH/SIDA, maladies diarrhéiques, etc.).

Ainsi, cette crise qui perdure a engendré un sous financement généralisé du système qui a consisté à la réduction de la part du budget national et de l'assistance extérieure du secteur de la santé, à la fongibilité du financement et à la faible capacité de mobilisation des ressources. Un autre handicap qu'a connu le Burundi est l'inaccessibilité financière aux soins dont les origines sont surtout le faible pouvoir d'achat des populations associé à l'insuffisance de dispositifs de mise en commun des ressources propices à un partage des risques entre les membres de la communauté. La



viabilité financière des structures de soins hypothéquée en grande partie par une persistance du manque à gagner liée à la sous tarification et à l'indigence, une faible capacité gestionnaire et une fuite de ressources reste aussi un frein majeure au développement sanitaire du Burundi.

Le secteur privé commercial et associatif en se développant assure une plus grande diversité dans le choix des services de santé. Généralement, ce secteur privé offre à ses malades des conditions de soins humainement plus agréables même si techniquement ils ne garantissent pas une meilleure performance que le service public.

Des solutions en vue d'améliorer le système de financement de la santé sont jugées indispensables. Ces solutions pourraient être les suivantes :

- la définition du rôle de l'Etat en tant que régulateur du système ;
- l'élaboration et l'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé en tant qu'outils de suivi et d'évaluation du système ;
- l'augmentation de la part du budget national alloué à la santé ;
- la recherche d'une aide extérieure accrue auprès des bailleurs traditionnels et auprès de nouveaux contributeurs ;
- l'extension de l'assurance maladie dans le secteur privé structuré ;
- l'amélioration de la gestion des établissements sanitaires ;
- le renforcement de l'Initiative Bamako (IB), surtout dans la promotion du financement communautaire en privilégiant les mutuelles communautaires de santé ou autres formes de micro-assurance de santé.

Parmi ces solutions proposées ci-haut, notre étude va se rattacher beaucoup plus à la dernière qui traitera de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la zone de Gatumba en commune Mutimbuzi, province de Bujumbura rural.

Dans cette partie, nous trouvons indispensable de définir avant tout certaines dimensions du pays qui sont les suivantes :

### **a. Dimension sociale .**

Le pays se trouve dans une phase que l'on peut qualifier, avec réserve, de post conflit mais il présente des atouts et des obstacles à l'éclosion des initiatives à base communautaire.

L'évolution des indicateurs de santé qui était prometteuse avant la crise de 1993 s'est fortement dégradée. L'espérance de vie qui était estimée à 53,8 ans en 1992 a connu un sérieux recul jusqu'en 2003 où on l'estime à 39 ans. Comme nous l'avons déjà signalé dans les paragraphes précédents, cela a été conditionné par l'état sécuritaire de la nation qui est à la base du retrait des bailleurs de fonds, l'arrêt des programmes de santé, la recrudescence des maladies endémo-épidémiques et la pandémie du VIH/SIDA. On retiendra que le taux moyen de couverture vaccinale qui était de 80% en 1992 est passé à 60% en 1998.

Néanmoins, l'environnement social est tributaire d'une crise socio-politique qui théoriquement a sérieusement entamé le tissu social burundais, mais dans les faits on assiste à beaucoup d'initiatives sous forme de groupement ou d'associations sans but lucratif au niveau de la base<sup>1</sup>; cela montre que la volonté d'association et solidarité existe encore au niveau de la population.

### **b. Dimension économique.**

Depuis le début de la guerre civile en 1993, la population burundaise vit dans une situation de crise chronique. L'économie burundaise a été profondément désarticulée par les effets conjugués de la guerre, de l'embargo imposé par les pays voisins en 1996 et l'évolution défavorable des termes de l'échange en particulier la chute des cours mondiaux du café.

Cela a engendré le déchirement du tissu social et la dégradation des indicateurs socio-économiques. En 2002, l'indice de développement humain pour le Burundi est tombé en troisième plus mauvaise position au monde (171/173)<sup>2</sup>, ce qui reflète l'impact cumulé de la plupart des indicateurs. En terme de revenu, le PIB qui était de 220\$ en 1992 est passé à 100\$ en 2003, et la proportion des pauvres dans l'ensemble de la population est passée de 35,5% en 1990 à 68,5% en 1999<sup>3</sup>.

1. 1654ASBL & ONGs régulièrement inscrits par le Ministère de l'Intérieur.

<sup>2</sup> Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde, 2004

<sup>3</sup> Programme des Nations Unies pour le Développement, Rapport sur le Développement Humain Durable au Burundi 2003, P15 Bujumbura.

Alors qu'en milieu urbain le salaire réel a baissé de 60%, en milieu rural la pauvreté a considérablement augmenté en raison de la baisse de la production agricole liée à la crise. L'indice des prix a été multiplié par 4,1 depuis 1991; la monnaie nationale s'est sensiblement dépréciée. Cette situation n'est pas de nature à favoriser l'accès aux soins de santé pour la majorité de la population dans un pays qui pratique le recouvrement des coûts comme mode de financement du système de santé.

Nous tenons à souligner ici que les données évoquées ci-dessus concernent le secteur formel qui en principe ne capte pas l'aspect informel alors que c'est ce dernier aspect qui constitue une partie non négligeable de l'économie burundaise (plus de 90%). Et, l'essentiel des activités économiques qui intéressent les mutualités communautaires relèvent du secteur informel.

Néanmoins, malgré ces nombreuses difficultés qu'a connu le Burundi, les conclusions des accords de cessez-le-feu augurent une lueur d'espoir à la relance des activités de production et au redressement du secteur social. Le pays est engagé dans un processus de reconstruction et de réhabilitation du tissu socio-économique avec l'appui de la communauté internationale; le développement humain durable et la réduction de la pauvreté sont des pistes bénéficiant de beaucoup d'attention. En d'autres termes, il y a lieu d'espérer que l'économie burundaise pourra s'améliorer à moyen terme. Aussi, la conférence des bailleurs de fonds du Burundi tenue à Bruxelles en janvier 2004 a promis une aide évaluée à 810 millions d'euros, soit environ 1.032 milliards USD, une bonne allocation de ce financement participera à la réhabilitation de l'économie.

### **C. Dimension sanitaire<sup>4</sup>.**

Les statistiques épidémiologiques ne sont pas rassurantes, les différents indicateurs de santé se sont détériorés à cause de la guerre et se présentent de la manière suivante:

- Ressources humaines : un médecin pour 310.000habitans
- Infrastructures : un hôpital pour 146.000 habitants et un centre de santé pour 14.216 habitants
- Couverture vaccinale globale : 66,7%
- Mortalité maternelle : 855 pour 100 000 naissances

---

<sup>4</sup> Politique nationale de la santé 2005-2015, Bujumbura, Décembre 2004.

- Mortalité néonatale : 31,9 pour 1.000
- Mortalité infantile : 129 pour 1000 naissances
- Mortalité infanto-juvénile <5ans : 165 pour 1000<sup>5</sup>
- Morbidité du paludisme : 45,67% des consultations dans les CDS en 2002
- Morbidité du VIH/SIDA en 2003 : plus de 70% des patients hospitalisés dans les services de médecine interne des hôpitaux de Bujumbura la capitale.
- Séroprévalence du VIH/SIDA en 2002 : 9,4% en milieu urbain, 10,5% en milieu semi-urbain, 2,5% en milieu rural.
- Incidence de la tuberculose : 8,57 pour 10.000 habitants.
- Prévalence de la malnutrition chronique : 56,8% en 2000.
- Prévalence contraceptive : 5,4%

## **1. 2. Contexte opérationnel.**

### **1.2.1. Organisation et gestion du système national de santé au Burundi.**

Le système de santé au Burundi se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :

- Le niveau central se trouve au sommet de la pyramide et est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la mobilisation et de la coordination des ressources.
- Le niveau intermédiaire se trouve au milieu de la pyramide et est composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) subdivisés en 31 secteurs de santé. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province et de l'appui aux centres de santé.
- Le niveau périphérique se trouve en bas de la pyramide sanitaire. Il est composé de 483 centres de santé répartis sur les 117 communes du pays. Les centres de santé sont regroupés par secteur de santé et ont la mission de gérer les services de santé de base.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins. En effet, celui-ci comporte 4 paliers : le niveau de base, la première référence, la deuxième référence et 4 hôpitaux nationaux spécialisés dont un Centre Hospitalo-

---

<sup>5</sup> Politique sectorielle du Ministère de la Santé Publique 2002-2004, P8 Bujumbura

Universitaire (CHU) et un hôpital spécialisé (Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge : CNPK).

Le secteur privé est constitué essentiellement de centres de santé sans but lucratif qui représentent 37,4% de l'ensemble du secteur. Le secteur privé lucratif médico-pharmaceutique joue également un rôle important dans le système de santé même si les chiffres ne sont pas disponibles.

La participation communautaire est une des réformes en cours initiée non seulement dans son financement, mais aussi dans la gestion des centres de santé à travers les Comités de Santé (COSA).

Le rôle des ONGs dans le système sanitaire est important surtout pendant la période de crise socio-politique que traverse le Burundi, mais le partenariat n'est pas encore structuré et contractualisé.

Le système de référence et contre-référence n'est pas bien structuré. Le seul CHU qu'on a n'est pas suffisamment intégré dans le système de santé, notamment pour ce qui concerne la recherche opérationnelle.

La médecine traditionnelle existe mais elle n'est ni structurée ni intégrée dans le système de santé.

### **1.2.2. Accessibilité financière aux soins de santé.**

Dans cette partie, nous allons faire le point sur l'accessibilité financière de la majorité de la population burundaise aux soins de santé. En effet, qui dit accessibilité financière sous entend la capacité financière d'un individu à pouvoir satisfaire ses besoins à hauteur de son revenu.

Si dans l'ensemble le revenu des populations est estimé positif, cela suppose que le revenu moyen des ménages qui équivaut à un PIB/hab. peut couvrir les besoins vitaux de premières nécessités par ménage.

Or, au Burundi le revenu des populations est extrêmement bas eu égard au seuil de pauvreté absolu défini par la Banque Mondiale. Celle-ci estime qu'il est égal, en dollars du PIB/hab/an, à 100\$ USA. Le rapport sur la pauvreté au Burundi en 2003 élaboré par la Banque Mondiale et le FMI estime à 53.650 Fbu, le revenu moyen par personne et par an soit 1.031,73 Fbu par semaine.

Selon une étude menée par MSF/Belgique<sup>6</sup>, le revenu médian par ménage est nettement en dessous du seuil de pauvreté. De la part de l'étude d'enquête prioritaire menée par l'ISTEEBU (2000) 69% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté tandis que celle réalisée par MSF-Belgique l'estime à 85% en 2003.

Le coût moyen des prestations par les structures de soins est estimé respectivement à 1.500 Fbu dans les CDS ; 2.500 Fbu pour les hôpitaux de première référence et de deuxième référence<sup>7</sup>.

Au niveau de la médecine privée, la dispensation de soins se fait après un préalable paiement de 5.000 Fbu (cabinet privé) destiné à la constitution d'une fiche de consultation. Les frais de consultation varient dans la fourchette de 1.500 et 5.000 Fbu pour un patient qui bénéficie d'un traitement sans hospitalisation.

A part que le coût des soins de santé est plus élevé dans les établissements de santé privés, ceux-ci sont implantés en grande partie dans Bujumbura-Mairie. Cette situation génère des dépenses induites dues aux déplacements des populations rurales vers ces institutions lorsqu'elles sont dans l'obligation de faire appel à elles pour des consultations spécialisées dépourvues dans d'autres centres de soins de santé.

Elle engendre également l'abandon aux services de soins à cause des moyens financiers insuffisants, de l'inaccessibilité au moyen de transport lié à l'éloignement et l'inexistence de l'axe routier et bien d'autres.

### **1.2.3. Système de prépaiement au Burundi.**

Le système de prépaiement au Burundi comprend la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), les mutuelles de santé communautaire et le secteur privé.

#### **a) La Mutuelle de la Fonction Publique.**

La Mutuelle de la Fonction Publique a été créée en 1980 par le décret loi n° 1/28 du 27 Juin 1980. C'est une institution à caractère public (Cfr Decret-loi n°100/108 du 27 Juin 1980) dont l'objectif était de gérer le régime d'assurance maladie des agents de l'administration publique et assimilés. Ont été progressivement affiliés à cette assurance, les agents de l'ordre judiciaire, le personnel des administrations personnalisées, le personnel des différentes polices, les contractuels de

<sup>6</sup> MSF/Belgique ; Accès aux soins de santé au Burundi « 3 enquêtes épidémiologiques mars 2004 »

<sup>7</sup> MSF/Belgique ; Accès aux soins de santé au Burundi « 3 enquêtes épidémiologiques mars 2004 »



l'administration, les pensionnés et les rentiers de la Fonction Publique et le personnel des sociétés publiques.

Ces ressources proviennent des cotisations des affiliés relevant de la Fonction Publique (4%) et du gouvernement (6%) soit une contribution totale de 10% du traitement d'activité de l'affilié.

Cette institution finance les prestations des services de santé et un nombre précis de médicaments qui sont consignés dans un listing dressé par le Ministère de la Santé Publique et par la MFP à des prix plafonnés et spécifiquement pour d'autres médicaments que les génériques.

Ainsi la suppléance en service de soins de santé par l'employeur est assurée sur base d'une carte d'assurance maladie et couvre environ 70 à 80% des dépenses occasionnées par la maladie, le patient contribuant dans des proportions de 30% à 20%.

Ce système d'assurance maladie ne couvre qu'environ 10% de la population Burundaise. Il s'agit des agents de la Fonction Publique et de leurs ayants droits, des agents des établissements parapublics, des étudiants de l'université du Burundi et des forces armées.

La Mutuelle de la Fonction Publique rembourse les médicaments conformément à une liste des médicaments établis de commun accord avec le Ministère de la santé et spécifiquement les génériques et à des prix plafonnés pour d'autres que les génériques.

Le nombre des affiliés à la Mutuelle de la Fonction Publique y compris les ayants droits s'élève à 800.000 personnes.

Du point de vue évolution des charges de la MFP, ses cotisations ont connu une nette amélioration au courant de la période 1992-2000 passant de 1,279 Mn en 1992 à 2,950 Mn en 2000. Le coût des prestations est resté proportionnel aux cotisations et représentait une moyenne de 79,01%. Les frais administratifs représentent une moyenne de 13% sur toute la période considérée. En conclusion, l'ensemble des charges est resté en moyenne inférieur aux recettes, soit l'équivalent de 96,46% des recettes perçues pour la période 1992-2000. Ce qui fait que l'équilibre entre les dépenses et les recettes est resté assuré.

Ce régime d'assurance donne droit à la prise en charge des soins curatifs se rapportant à tout cas pathologique d'origine naturelle ou accidentelle, à l'exception des soins dispensés en vue de la délivrance d'un certificat ou des maladies ou blessures relevant

d'une réglementation particulière notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Le régime prend en charge les soins se rapportant à la grossesse, à l'accouchement, à l'interruption volontaire de grossesse thérapeutique et à leurs suites<sup>8</sup>.

Même si cette politique de financement des services de santé à travers la Mutuelle de la Fonction Publique est rassurante, elle reste toutefois lacunaire sous certains aspects comme par exemple la qualité des prestations de la Mutuelle de la Fonction Publique, les modalités d'accès à certains soins de santé par le biais de la carte d'assurance maladie (les services de santé dispensés à l'étranger ou aux structures de santé privées locales).

Le défi actuel est qu'il n'y a pas de Mutuelle qui couvre en même temps le secteur public, privé formel et informel.

#### **b) L'Institut National de Sécurité Sociale (INSS).**

L'INSS est une institution d'assurance qui couvre le régime des pensions, les risques professionnels (maladies et accidents de travail). Les ressources de cette institution proviennent des cotisations des affiliés qui sont les travailleurs du secteur privé et du secteur public. Le taux de cotisation mensuel actuel est de 2% du traitement de l'affilié et est versé par l'employeur à l'INSS chaque mois échu.

Les données trouvées à l'INSS nous prouvent que l'évolution des charges de cet institut a connu un pic au courant de l'année 1999 à cause notamment de la crise qui a donné lieu à un nombre croissant d'indigents victime de la guerre.

L'accroissement de ces dépenses est dû notamment aux paiements des soins médicaux réalisés à l'étranger aux bénéficiaires des handicapés de guerre plus spécifiquement les militaires blessés sur le champs de bataille d'une part et d'autre part le paiement de la rente de pension des affiliés et de leurs ayants droits.

---

<sup>8</sup> Ministère de la Santé Publique, Etats généraux de santé juin 2004

### c) Les mutuelles de santé communautaire au Burundi.

Une mutuelle de santé se définit comme étant : <<un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement>> (Chris Atim 1997)<sup>9</sup>.

Au Burundi comme ailleurs, les faits ont toujours précédé les lois car souvent ils répondent à un besoin ressenti par la société et c'est manifestement ce qui se passe dans ce pays; deux mutuelles de santé communautaires sont à l'état embryonnaire alors que techniquement (au Ministère de la Santé Publique) et juridiquement (au Ministère de la Justice) il n'y a aucun texte qui régleme ce genre d'initiative.

Néanmoins, fondamentalement rien ne s'oppose à la création des mutuelles de santé communautaires car la loi n°1/11 du 18 avril 1992 portant organisation et fonctionnement en des associations sans but lucratifs (ASBL)<sup>11</sup> et les décrets présidentiels portant autonomie des hôpitaux et d'autres lois<sup>10</sup> sont des opportunités juridiques qui s'offrent aux initiateurs des mutuelles de santé communautaires. En effet, ces textes accordent aux ASBL et aux hôpitaux autonomes le pouvoir d'ester en justice en qualité de personnes morales, ils peuvent aussi légalement signer et exécuter des contrats légalement : un aspect fondamental dans la vie d'une mutuelle.

Le pouvoir public dont la volonté politique d'associer la population dans le financement et gestion du système de santé est manifeste devra à court terme créer un cadre légal adéquat pour réguler ce secteur surtout en ce qui concerne la qualité et la quantité des prestations qui doivent ou peuvent être couvertes par les mutuelles, il s'agit d'exercer le pouvoir régalién de l'Etat en matière de protection de la santé de la population.

Compte tenu de ce qui précède, la réponse à ceux qui s'interrogent sur la faisabilité d'une mutuelle de santé communautaire au Burundi est affirmative malgré le taux élevé de la prévalence de la pauvreté. Et, deux options sont possibles:

- La création d'une mutuelle de santé communautaire qui contractualise avec les prestataires des soins pour prendre en charge les problèmes de santé des adhérents.

<sup>9</sup> Chris Atim : Guide méthodologique sur le terrain pour une étude au profit du PHR 1997

<sup>10</sup> La loi n°1/009/ du 4 juillet 2003 portant modification du Décret-loi n°1/17 du 17 juin 1998 portant transfert de certaines recettes administratives au profit des communes. Cette loi autorise les centres de santé à gérer leurs ressources en d'autres termes à recouvrer les coûts au profit du secteur de la santé: une opportunité pour mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé, pourvu quelles soient bien gérées!

- La création d'une mutuelle de santé communautaire par un hôpital autonome qui contractualise avec les autres prestataires qui ont un plateau technique supérieur ou inférieur au sien afin de respecter la pyramide sanitaire.

Cette deuxième option nous semble plus avantageuse par le fait qu'elle diminue le coût de transaction et le hasard moral inhérents à la contractualisation. L'autonomie de la mutuelle par rapport à l'hôpital est un aspect difficile à garantir dans ce cas, surtout au niveau de la comptabilité; un monitoring adéquat et régulier s'impose.

#### **1.2.4. Le secteur privé.**

Le secteur privé intervient dans les services de santé d'abord sous forme de prise en charge de ses employés ensuite sous forme d'investissement en établissement sanitaire (construction des hôpitaux, dispensaires et centres de santé).

Selon une étude réalisée en 1996 par une équipe de consultants nationaux, les soins médicaux pris en charge par les employeurs du secteur privé structuré comprennent les produits pharmaceutiques, les soins en ambulatoire, les soins d'hospitalisation, les examens de laboratoire et de radiographie ainsi que d'autres actes médicaux.

Le coût total des soins médicaux, sur un échantillon de 33 grandes entreprises (selon les mêmes consultants) a été évalué à 1,23 Milliards de Fbu en décembre 1999. Sur base de ces données, les consultants ont projeté qu'en 2002 ce coût atteindrait 1,845 Mrds de Fbu<sup>11</sup>.

Les investissements du secteur privé dans les établissements sanitaires ont permis la mise en place de 73 centres de santé, 2 hôpitaux, 15 dispensaires, 6 cabinets médicaux et 9 cliniques<sup>12</sup>.

Le coût des prestations offertes par les structures de santé relevant du secteur privé reste élevé par rapport à celui du secteur public. Cependant, des écarts peuvent être observés au niveau de la fixation des prix exercé par le secteur privé. On entend par là les structures de santé gérées par les congrégations religieuses et celles gérées par les associés privés.

Au vu du faible taux d'investissement dans le secteur privé et du caractère social dont revêt le secteur de la santé en comparaison avec le faible niveau de revenu des

<sup>11</sup> Ministère de la Santé Publique ; Politique et accès aux soins de santé au Burundi ;2003

<sup>12</sup> Ministère de la Santé Publique ; Politique et accès aux soins de santé au Burundi ; septembre 2003

ménages, l'implantation des établissements sanitaires privés restent toujours faible et limitée dans les zones à forte concentration de population où il y a certaines couches de population à revenu élevé. Ceci justifie leur prépondérance dans la ville de Bujumbura.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Chapitre II. DEFINITION DU PROBLEME DE RECHERCHE.**

### **2.1. Importance du problème.**

Depuis la mise en place de l'IB (Initiative de Bamako), la participation des ménages au financement de leur santé est devenue une réalité incontournable. Toutefois, cette initiative qui est considérée comme l'approche la plus pertinente à long terme dans l'amélioration des soins de santé de la population, n'est pas sans conséquence surtout en ce qui est de l'accessibilité financière aux soins des populations.

En effet, avec la fin des années 80, la vague de démocratisation et le développement de la société civile observés en Afrique ont favorisé l'émergence des solutions fournies par les populations elles-mêmes. Ce sont des réponses aux principaux problèmes liés à leur état sanitaire précaire et le besoin d'un financement durable. En Afrique, les travailleurs du secteur informel constituent une part importante de la population active. Au Burundi par exemple, plus de 90%<sup>13</sup> de la population active sont dans le secteur informel, et jusqu'à maintenant ce secteur n'a pas de couverture sociale. Il faut ici préciser que si l'on parle de secteur informel, l'agriculture et l'élevage sont incluses.

« Dans de nombreux pays, les populations ainsi exposées ont compris qu'elles ne pouvaient compter que sur elles-mêmes pour disposer d'une protection sociale répondant le mieux à leurs besoins », (Document publié par STEP, Guide d'introduction à la mutuelle de santé). C'est de là que les mutuelles de santé ont vu le jour. Ces mutuelles constituent une alternative intéressante pour faire face aux problèmes de financement des soins de santé.

Il faut toutefois signaler que les mutuelles mêmes là où elles existent connaissent des difficultés de viabilité due :

- à la mauvaise estimation de la prime adéquate ;
- aux difficultés de recouvrement des cotisations ;
- au faible taux de pénétration des mutuelles qui peut s'expliquer par un manque de sensibilisation convaincante de la part des promoteurs ;
- au manque de qualification gestionnaire des dirigeants des mutuelles ;

---

<sup>13</sup> Institut des Statistiques et Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU)



- à l'inexistence ou courte période d'observation pour constituer un fond de sécurité en cas de difficultés financières que peuvent rencontrer les mutuelles au démarrage des prestations.

Pour faire face à tous ces problèmes, une étude de faisabilité est jugée indispensable pour toute mutuelle ou tout système d'assurance avant sa mise en place.

Notre étude aura pour but, l'implantation d'une mutuelle de santé tout en mettant en relief les conditions de faisabilité et de viabilité de cette mutuelle.

C'est dans cette optique que nous avons voulu apporter notre contribution à l'association sans but lucratif (GH), dans la mise en place d'une mutuelle de santé en vue de lever la contrainte financière liée à l'accès aux soins de qualité.

## **2. 2. Intérêt du sujet.**

Avec la suppression de la gratuité des prestations des services de santé, à l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne, un nouveau mécanisme de recouvrement de coûts a été introduit dans le secteur de la santé sollicitant une contribution des patients.

Depuis lors, il y a eu un débat sur l'impact du recouvrement des coûts, l'accès aux soins et l'utilisation des services. Gertler et ses collègues (1987,1990) ont montré les limites du recouvrement des coûts en ce qui concerne l'équité et l'efficacité. Pour le cas du Burundi, cette idée a été appuyée par une étude réalisée par MSF Belgique/Burundi sur l'accessibilité aux soins de santé au Burundi.

*« Le système de couverture des coûts exclut presque un million de personnes des soins de santé au Burundi. En effet, avec un tel système, 17.4% des personnes malades n'ont pas accès aux soins, essentiellement faute d'argent (pour 81.7% entre eux). Même parmi les patients qui pensent être gravement malades, 14.5% ne vont pas à la consultation, essentiellement par manque d'argent (pour 90.7% d'entre eux) »<sup>14</sup>.*

Les mécanismes de financement alternatifs tels que le paiement anticipé, l'épargne santé et les mutuelles ont été identifiées comme étant susceptibles d'améliorer le financement et l'accès aux soins.

---

<sup>14</sup> MSF Belgique Burundi ; Accès aux soins de santé au Burundi ; 2004, P. 6

Le point concernant la création des mutuelles de santé communautaire a été longuement débattu, au cours de la synthèse des états généraux organisés par le Ministère de la Santé Publique du Burundi qui a eu lieu en date du 31 mai au 4 juin 2004. Cela montre bel et bien que cette option rentre dans les priorités du gouvernement et suscite un engouement de la part des intervenants dans le secteur de la santé<sup>15</sup>.

Malgré cela, les autorités nationales ne ménagent aucun effort pour identifier les approches qui peuvent non seulement mobiliser les ressources additionnelles mais aussi et surtout impulser des mécanismes générateurs d'une gestion efficiente et d'une allocation équitable au niveau national. Il nous semble donc pertinent de définir les conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein de la population burundaise.

Dans notre pays, le secteur informel est constitué principalement par des ménages très pauvres puisque plus de 70%<sup>16</sup> de la population active vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les options de partage de risques à travers les systèmes formels d'assurance sont extrêmement limitées au Burundi. Cela est dû à la petite taille du secteur formel de l'emploi, des épargnes financières limitées des secteurs et le faible environnement institutionnel d'appuyer de tels systèmes.

Les travailleurs du secteur informel constituent en Afrique plus de 90% de la population active et se trouvent dans une situation de vulnérabilité particulière suite aux conditions de travail souvent difficile, au manque de prévoyance et à la difficulté d'accès aux soins de santé. Cela est qualifié comme étant l'exclusion des soins de santé. Ce phénomène a été défini par le sommet mondial pour le développement social (Copenhague 1995) comme faisant partie intégrante de l'exclusion sociale. La population burundaise ayant un manque de culture de prévoyance (cette population a des besoins urgents à court terme), l'implantation d'une mutuelle de santé pour cette catégorie de la population est d'une importance capitale en vue de faire face aux problèmes de financement des soins de santé. Il faut souligner que les mutuelles de santé sont presque inexistantes dans notre pays malgré la présence d'une multitude d'associations ayant d'autres objectifs que la prise en charge des frais médicaux.

Or, à notre connaissance, aucune étude de faisabilité pour l'implantation d'une mutuelle de santé au Burundi n'a jusqu'à présent été réalisée.

---

<sup>15</sup> Rapport synthèse des états généraux du Ministère de la Santé Publique, P30

<sup>16</sup> Rapport du PND BURUNDI, 2003

Il existe donc un besoin réel et clair avec des données précises et objectives afin de pouvoir confirmer ou infirmer trois hypothèses que nous nous sommes fixées. A base de ces dernières, nous tenons à vérifier si les conditions socio-économiques des membres de l'association GH sont favorables ou défavorables à la mise en place d'une mutuelle de santé ou si réellement une mutuelle de santé constitue un besoin réel et prioritaire pour les membres de l'association GH. Nous tiendrons aussi à vérifier si le nombre de bénéficiaires influe beaucoup sur la fiabilité d'une mutuelle de santé. C'est pour répondre à ces différentes interrogations que nous avons jugé intéressant de mener une étude sur la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire au Burundi au sein de l'ASBL « GH ».

Cette étude est d'une utilité certaine pour les intervenants dans le financement de la santé, et notamment celui de la mutualité. Elle va permettre aux futurs adhérents de la mutuelle de santé à mieux partager les risques et à mieux gérer leurs revenus, dans le cadre d'une meilleure prévoyance. Elle sera aussi considérée pour ces adhérents comme document de base pour l'appréciation de la faisabilité de leur projet, et de l'identification de leur besoin. Ce document sera destiné à tous les promoteurs potentiels des mutuelles de santé du Burundi qui s'intéressent aux principes de base des mutuelles. Les conclusions de cette étude pourront être utilisées par le gouvernement burundais comme document de base si jamais l'Etat veut étendre la mise en place des mutuelles de santé dans d'autres coins du pays.

### **2.3. Les objectifs.**

#### **❖ L'objectif général.**

Notre étude vise à déterminer les conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein de l'ASBL Geste Humanitaire « GH » en commune Mutimbuzi, province Bujumbura rural.

#### **❖ Les objectifs spécifiques.**

Afin d'atteindre cet objectif général, nous devons atteindre les objectifs spécifiques suivants :

1. Identifier les conditions de faisabilité sociale, financière, institutionnelle et économique d'une mutuelle de santé au sein de l'ONG « GH » ;
2. Déterminer les montants des cotisations qui seraient fiables pour la viabilité d'une mutuelle de santé communautaire de « GH »;
3. Connaître les obstacles relatifs à l'accessibilité aux soins pour les membres de l'ONG « GH ».

## Chapitre III. MODELE THEORIQUE.

### 3.1. DEFINITION DES CONCEPTS<sup>17</sup>.

#### ❖ Assurance sociale.

Expression généralement utilisée pour désigner les systèmes d'assurance obligatoire existant dans certains pays développés (par exemple en Europe) et basés sur la solidarité nationale. Le gouvernement de Bismarck, en Allemagne, était le premier à instituer un système d'assurance sociale dans ce sens, et depuis lors, celui-ci a inspiré plusieurs systèmes similaires en Europe.

Dans un sens plus large, l'assurance sociale peut aussi être comprise comme tout système d'assurance à but non lucratif basé sur la solidarité sociale, qu'il soit volontaire ou obligatoire ; les mutuelles peuvent en être un exemple.

#### ❖ Assurance maladie obligatoire.

Système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale, généralisé et organisé par l'Etat.

#### ❖ Assurance maladie complémentaire.

Système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime de sécurité sociale, organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurance.

#### ❖ Conventions (entre mutuelles et prestataires de soins).

Accords conclus entre les prestataires de soins et les mutuelles, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

#### ❖ Accès aux services de santé.

Possibilité pour la population, d'utiliser les services de santé. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux services de santé, il faut que soient levés des obstacles économiques, financiers, géographiques, psychologiques, culturels et autres.

#### ❖ Adhérent d'une mutuelle.

Personne qui s'affilie à la mutuelle et s'engage à en respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser des cotisations. On l'appelle aussi titulaire. Il peut ouvrir le droit aux services de la mutuelle à un certain nombre d'individus dépendant directement de lui et qu'on appelle personnes à charge : ce sont généralement son

<sup>17</sup> Guide d'introduction à la mutuelle de santé : BIT/STEP

conjoint et ses enfants, jusqu'à un certain âge, ses ascendants au premier degré, etc. Les adhérents et les personnes à charge constituent les bénéficiaires de la mutuelle.

❖ **Association.**

Groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs.

❖ **Assurance.**

Système de couverture des risques ou des événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces risques.

❖ **Assurance commerciale.**

Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'assurance) et un assuré (individu ou groupe). En contre partie d'un versement de primes/ cotisations, l'assureur garantit à l'assuré le paiement d'une indemnité convenu en cas de réalisation d'un risque.

❖ **Structure sanitaire ou prestataire de soins.**

Toute structure ou institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé auprès de la population (centre de santé, hôpital, dispensaire, cabinet médical...).

❖ **Soins de santé primaires.**

Stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé de premier échelon, sur leur extension (de l'aspect curatif aux interventions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation active de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.

❖ **Soins de santé de base.**

Soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales, premier point de contact de la population avec le système de santé. Ces soins comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.

❖ **Une mutuelle de santé<sup>18</sup>.**

Une mutuelle de santé est une association sans but lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et par une démocratie participative, des actions de prévoyance dans le domaine de santé.

---

<sup>18</sup> La micro assurance en Afrique

❖ **Période d'observation ou période d'attente.**

Egalement appelée période probatoire ou stage d'attente (ou tout simplement « stage »), elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services de la mutuelle. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et ne démissionnent ensuite (par exemple en prévision d'un accouchement).

❖ **Ticket modérateur.**

Il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation des soins de santé.

❖ **Tiers payant.**

Système de paiement des dépenses de santé dans lequel le membre ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). La mutuelle paie le complément de ce coût directement au prestataire.

### **3.2. GENERALITES SUR LES MUTUELLES.**

La littérature sur les mutuelles de santé est nombreuse, surtout en ce qui est de la viabilité des mutuelles de santé, des déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé, de la contribution des mutuelles de santé au financement, etc. Néanmoins, la littérature sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé est très récente par rapport à l'émergence du mouvement mutualiste. Ce n'est que ces dernières années que des tentatives sont menées dans ce sens.

Cette partie de généralités sur les mutuelles va s'articuler autour de cinq aspects de la mutualité:

- les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé ;
- les étapes dans la mise en place d'une mutuelle de santé ;
- les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé ;
- les risques majeurs auxquels s'expose une mutuelle ;
- la faisabilité de la mise en place de mutuelles de santé.



### 3.2.1 Conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle<sup>19</sup>.

Cinq conditions sont indispensables à la mise en place d'une mutuelle de santé et à son bon fonctionnement ultérieur. Ces conditions sont les suivantes :

- un besoin réel et prioritaire,
- des services de santé de qualité,
- une dynamique de développement économique local,
- liens de solidarité entre les futurs membres,
- la confiance accordée aux initiateurs du projet.

#### a) Un besoin réel et prioritaire.

La cause principale de la création d'une mutuelle est l'inaccessibilité financière aux soins de santé. C'est pourquoi notre future mutuelle doit avant tout résoudre ce problème de financement des soins de santé éprouvé par les futurs adhérents à cette mutuelle.

Afin d'avoir une forte adhésion à la mutuelle, il est important non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme prioritaire.

Nos enquêtés auront à répondre au cours de notre enquête à la question de savoir si les ménages rencontrent des problèmes dans la prise en charge des soins de santé de leurs membres. Cette question nous permettra de savoir s'il existe réellement un besoin réel et prioritaire lié au financement des soins de santé.

#### b) Des services de santé de qualité.

Certaines structures sanitaires sont confrontées à diverses difficultés liées surtout à des pénuries de médicaments ou à des accueils qui ne sont pas toujours convenables. Il faut alors que la mutuelle soit à mesure d'apporter une réponse à ces déficiences : meilleure disponibilité financière permettant d'éviter les ruptures de stock répétées des médicaments, meilleures conditions de travail pour le personnel afin qu'il soit motivé, etc. La mutuelle doit donc compter sur une offre de soins permettant de faire face aux principaux besoins de la population. Dans notre zone d'étude existe 5 CDS dont un public et les autres sont des structures privées. Le questionnaire d'enquête auprès des prestataires de soins nous propose des questions qui vont nous permettre d'avoir une réponse à cette interrogation.

#### c) Une dynamique de développement économique local.

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Pour les populations qui n'ont pas de moyens financiers suffisants pour couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, les activités économiques, si elles sont rentables, donnent à ces populations des ressources financières qui facilitent leurs couvertures collectives par le biais de la solidarité entre les malades et les biens portants. Notre population cible est une population à faible revenu mais ces personnes qui sont regroupées au sein de l'association « GH », mènent beaucoup d'activités génératrices de revenu qui sont dans l'ensemble rentable. Ces activités sont principalement le petit commerce, la culture du coton, l'élevage du petit bétail, etc.

<sup>19</sup> Guide d'introduction à la mutuelle de santé

d) Liens de solidarité entre les futurs membres.

La solidarité est la base fondamentale d'une mutuelle. Elle est un facteur indispensable à tout groupement d'entraide. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations : travailleurs d'une même entreprise, habitants d'un même village ou même quartier, membres d'un mouvement social, etc.

La question n° 13 du questionnaire d'enquête auprès des membres du ménage est relative à l'existence de liens de solidarité entre les membres de « GH », futurs membres de la mutuelle.

e) La confiance accordée aux initiateurs du projet.

Les personnes susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance aux initiateurs du projet. En effet, elles vont confier leurs cotisations à l'organisation en gestation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre la population et les initiateurs du projet constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopérative, caisses d'épargne et de crédit, etc.).

La question n°45 du questionnaire d'enquête auprès des membres du ménage est libérée comme suit : « Quels sont d'après vous les obstacles qui peuvent faire échouer le projet de création de la mutuelle de santé dans votre localité ? » Dans différentes réponses proposées, figure celle en rapport avec le manque de confiance aux initiateurs du projet de création d'une mutuelle de santé.

### **3.2.2. Les étapes dans la mise en place d'une mutuelle de santé<sup>20</sup>.**

Chaque mutuelle de santé émane d'une dynamique sociale particulière et originale. Néanmoins, on peut retrouver des étapes naturelles dans la mise en place de la plupart des initiatives mutualistes. La prise en compte de ces étapes peut renforcer la bonne réussite et la pérennisation de la mutuelle de santé.

Ce document met l'accent sur les étapes suivantes :

- l'information, la sensibilisation et le diagnostic,
- la constitution et formation d'un comité d'initiative,
- l'étude de faisabilité ;
- les contacts avec les prestataires de soins de santé,
- l'assemblée générale constitutive,
- la formation des responsables,
- l'information/sensibilisation continue.

a) L'information, la sensibilisation et le diagnostic.

Il est très important de mener des actions d'information et de sensibilisation autour des problèmes de financement des soins de santé, dans le but d'optimiser

<sup>20</sup> Guide d'introduction à la mutuelle de santé : BIT/STEP

l'implication de la population. Une bonne implication tient compte des particularités du groupe cible : les principaux besoins identifiés dans la communauté, le niveau d'instruction, les coutumes de communication, les barrières culturelles peuvent être déterminants pour la détermination d'une session d'information et de sensibilisation. D'autres formes de sensibilisation comme le « porte-à-porte » peuvent aider à une meilleure compréhension.

Lors des premières sessions de sensibilisation et d'information, les initiateurs doivent s'interroger sur le potentiel d'une mise en place d'une mutuelle de santé auprès d'un groupe cible. Il s'agit de vérifier si les conditions préalables ci-haut citées nécessaires pour la mise en place d'une mutuelle de santé sont bien présentes.

#### b- La constitution et formation d'un comité d'initiative.

En vue d'asseoir les bases de la mutuelle, les initiateurs du projet peuvent préalablement constituer un comité d'initiative avec les membres fondateurs afin d'être efficace.

Le comité d'initiative est à la base de la création de la mutuelle voilà pourquoi il importe de veiller à la composition de ce comité.

#### c- L'étude de faisabilité.

L'étude de faisabilité est à la base de fonctionnement de la mutuelle. Des informations solides en rapport avec les aspects démographiques, socio-économiques, culturels, sanitaires, financiers et juridiques sont indispensables en vue de connaître la situation dans laquelle la mutuelle va œuvrer. Ces données sont nécessaires pour apprécier la faisabilité du projet, réaliser les projections financières, déterminer les besoins concrets de la population et les prestations à octroyer.

Avant d'entreprendre tout travail d'enquête, il convient de contacter différentes institutions pour recueillir les informations déjà disponibles.

L'étude de faisabilité fournira des informations nécessaires au calcul financier basées sur une estimation des dépenses et des recettes afin d'apprécier l'opportunité du projet de création de la mutuelle. Un défi majeur est le calcul du coût moyen des services et le taux de risque adéquat. Cela justifie combien notre travail est important pour la création de la mutuelle de santé communautaire au sein de « GH ».

#### d- Les contacts avec les prestataires de soins de santé.

Ces contacts ont pour but d'évaluer les possibilités d'établir des conventions de collaboration 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 de l'utilisation des services de santé pour le malade, c'est-à-dire la part restant à sa charge. Par ailleurs, la qualité des contacts avec les prestataires de soins déterminera, en partie, l'efficacité de la mutuelle aux yeux de ses membres. Les contacts aboutiront à la signature d'une convention entre les prestataires de soins et la mutuelle.

L'enquête auprès des prestataires de soins est alors jugée indispensable en vue de pouvoir éclairer la situation.

e- L'assemblée générale constitutive.

La constitution de la mutuelle s'effectue lors de l'assemblée générale. Les étapes de préparation de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC) sont les suivantes :

- l'élaboration d'un projet de statuts,
- la préparation d'un projet de règlement d'ordre intérieur,
- l'élaboration d'un premier budget,
- l'établissement de l'ordre du jour,
- la convocation de l'AGC.

L'AGC est aussi appelée à mettre en place les organes chargés d'en assurer le démarrage et la promotion ainsi que définir l'organigramme tout en précisant le rôle de chacun.

La mutuelle de santé peut comporter les organes suivants :

- assemblée générale,
- conseil d'administration,
- comité de surveillance,
- bureau exécutif.

Dans beaucoup de mutuelles communautaires, les fonctions liées à la gestion quotidienne sont assurées par des personnes bénévoles qui font partie du comité d'exécution (bureau exécutif). Il s'agit de la gestion quotidienne, de l'organisation des activités, de l'approvisionnement et de la maintenance du local, etc. A partir d'une certaine taille, les mutuelles peuvent se professionnaliser et indemniser du personnel permanent. En général, le personnel indemnisé ne fait pas partie des organes, mais se voit confier les tâches techniques et administratives liées à la gestion quotidienne : comptabilité, secrétariat, etc.

Souvent, le bureau exécutif est constitué de membres du conseil d'administration comme par exemple le président, le secrétaire général et le trésorier.

f) La formation des responsables.

Les personnes qui auront en charge la gestion de la mutuelle seront impérativement formées car cette formation leur permettra d'assurer correctement leurs responsabilités.

Il s'avère donc indispensable de bien déterminer les compétences et les responsabilités de chaque instance et de développer un fonctionnement interne à travers des outils de gestion administrative et financière.

La mise en place d'un plan d'action et d'un système de suivi (tableau de bord) est importante pour la viabilité de la mutuelle de santé.

Les premiers qui devraient bénéficier de cette formation, dès le début, est le personnel des formations médicales et autres prestataires ayant un accord de collaboration (convention) avec la mutuelle.

g) L'information/sensibilisation continue.

Afin de favoriser des cotisations régulières et d'éviter des abus, chaque mutuelle fonctionnelle devra sensibiliser ses membres sur les principes de son fonctionnement : la solidarité, la prévoyance, le partage des risques, etc.

La mutuelle doit chercher à élargir la base de ses membres. Un chiffre d'affaires plus élevé peut favoriser le partage des risques et la professionnalisation de la gestion de la mutuelle.

Pour promouvoir la mutuelle, les responsables peuvent chercher à développer de nouveaux services pour encourager et motiver les membres. Des campagnes d'information/prévention, la vente des médicaments génériques, l'organisation des soirées culturelles, etc, sont des activités que la mutuelle pourrait organiser dans ce sens.

### 3.2.3. Les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé<sup>21</sup>.

Afin de préserver l'accessibilité financière de la population aux services de santé dans un contexte où les usagers contribuent au recouvrement des coûts, afin de promouvoir la qualité des services sur base d'une approche contractuelle, le Ministère de la Santé du RWANDA a décidé de mettre en place des mutuelles de santé. Avant d'étendre la stratégie à l'échelle nationale, une expérience pilote a été menée en 1999 dans trois districts du pays avec l'assistance du Projet PHR (Partnerships for Health Reform) financé par l'USAID. Il s'agit des districts de Byumba, Kabgayi et Kabutare. Le Ministère de la Santé souhaiterait généraliser la mise en place des mutuelles après une évaluation des performances dues à la mise en place des mutuelles dans ces trois districts pilotes.

Les résultats de cette évaluation ont prouvé qu'après 3 ans d'activités, l'augmentation du taux d'adhésion par la population était timide avec une faible utilisation des services de santé.

Néanmoins, on observe des résultats satisfaisants en terme d'adhésion pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions (52%) suivi des mutuelles initiées par les autorités administratives locales (26,8%) comparativement aux résultats de l'expérience pilote (10,3%).

Le tableau suivant montre les points faibles et les points forts des différentes typologies des mutuelles se trouvant au RWANDA.

Tableau 1 : Expériences comparatives de chaque typologie.

Types des mutuelles	Points positifs	Points faibles
Initiées par les autorités sanitaires.	* Bonne tenue des outils de gestion et des données de routine sur les mutuelles	* Taux d'adhésion encore trop faible * Faible taux d'utilisation des services par la population
Initiées par les leaders d'opinions	* Forte adhésion de la population aux mutuelles suite à la sensibilisation. * Forte utilisation des services de santé depuis la mise en place des mutuelles.	* Gestion commune des fonds de la mutuelle avec ceux du recouvrement de coûts. * Outils de gestion mal tenu * Système des données sanitaires de routine sur les mutuelles mal tenues. * Offre un paquet d'activité qui n'est pas en équilibre financier avec les cotisations

<sup>21</sup> NIBAGWIRE Aimée, Les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé dans le district sanitaire de KABUTARE, région sanitaire de BUTARE/RWANDA, février 2003.

		perçues.
Initiées par les autorités locales	<p>* Moyens utilisés par les autorités locales pour renforcer l'esprit de solidarité dans la communauté.</p> <p>* Forte utilisation des services de santé depuis la mise en place des mutuelles</p>	* Faible capacité de l'équipe de gestion des mutuelles en matières d'organisation, de management et de suivi.

- Source : NIBAGWIRE, Aimée: les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé dans le district sanitaire de Kabutare, région sanitaire de BUTARE/RWANDA ; février 2003.

Il est certain que la résistance de la population paysanne à adhérer aux mutuelles de santé dans les districts pilotes n'est pas un produit du hasard. Certains facteurs intrinsèques et/ou extrinsèques doivent en être la base. C'est pourquoi, avant de généraliser la mise en place des mutuelles sur tout son territoire, le gouvernement rwandais a jugé bon mener une étude portant sur l'évaluation des performances dues à la mise en place des mutuelles dans ces trois districts pilotes. Une étude approfondie sur les raisons de non-adhésion aux mutuelles de santé dans le district sanitaire de Kabutare a été réalisée par une consultante du nom de NIBAGWIRE Aimée.

Après collecte de données de son enquête, la consultante a dégagé des résultats suivants :

- Le sexe féminin adhère plus aux mutuelles que le sexe masculin.
- Les petits ménages, (1-4 enfants), adhèrent plus que les ménages qui ont de plus de 5 enfants.
- Ceux qui mangent deux fois par jour adhèrent plus que ceux qui ne bénéficient qu'un seul repas par jour et ceux qui ont un revenu de plus de 10 \$US par mois adhèrent plus que ceux qui ont moins de 10 \$US.
- Ces résultats montrent en plus que l'accueil non satisfaisant contribue à la non adhésion aux mutuelles et qu'une sensibilisation insuffisante avec non implication de la population aux processus de mise en place influencent aussi la non adhésion.

La consultante a recommandé ce qui suit :

- ❖ Avant la mise en place des mutuelles, les services de santé devraient donc être capables d'offrir le paquet d'activités prévu dans le contrat avec ces mutuelles.
- ❖ Les autorités locales et les leaders d'opinions, eux même consommateurs des services de santé, en comprenant les notions des risques et en s'en prémunissant en adhérant aux mutuelles, pourraient contribuer à convaincre la population. La sensibilisation devrait donc cibler en priorité les autorités locales et les leaders d'opinions dont l'adhésion encourageraient la solidarité et l'organisation des mutuelles par la population.
- ❖ L'approche de haut en bas a pu décourager les initiatives de la population et d'autres parts, cette population n'a pas eu le temps de

prendre conscience des avantages qu'elle pouvait retirer du système. L'efficacité des mutuelles à long terme nécessite l'implication des membres pour qu'ils puissent prendre dès le départ, leurs responsabilités et définir le devenir de leur organisation.

- ❖ Les autorités locales devraient prendre l'initiative de créer les mutuelles de santé et sensibiliser les populations en matières de solidarité. Une fois atteinte une échelle suffisamment grande, ces mutuelles pourraient en un second temps solliciter un appui administratif et gestionnaire au niveau du district et souscrire un contrat avec le centre de santé local pour les soins de ses adhérents. La responsabilité du Ministère de la Santé se limiterait donc à informer et fournir l'appui technique et organisationnel.

Toutefois, nous devons préciser ici que l'auteur de cet ouvrage n'a pas souligné un déterminant que nous jugeons très important à la non-adhésion aux mutuelles de santé communautaire qui est le manque de sensibilisation.

### **3.2.4. Les risques majeurs auxquels s'expose une mutuelle<sup>22</sup>.**

Certains risques peuvent mettre en danger toute mutuelle naissante ou en croissance. Ces risques sont :

- sélection adverse,
- risque moral,
- l'escalade des coûts,
- les fraudes et les abus,
- l'occurrence de cas « catastrophiques ».

- Sélection adverse.

Il y a sélection adverse ou anti-sélection, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilie à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Par contre, le système d'assurance privée à caractère commercial peut procéder dans telles situations à sélectionner ses bénéficiaires ou à faire payer à chacun d'eux des primes correspondant à leur risque personnel. Cette pratique ne peut en aucun cas être pratiqué par une mutuelle de santé communautaire vue son objectif premier de solidarité.

Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système car, en pareille circonstance, on note une forte demande de soins à des coûts élevés. Le niveau des dépenses par membre augmente ainsi, et les cotisations calculées sur la base d'un taux moyen de risque pour le groupe cible, ne peuvent plus couvrir.

Comme le préconise BIT dans le calcul des primes adéquates, ces dernières sont calculées sur base des probabilités de tomber malade dans la population totale. Le coût d'un nombre excessif d'adhérents courant un risque élevé entraîne dans ce cas des difficultés pour la mutuelle d'ajuster les primes.

Pour faire face à ce genre de risque, la mutuelle pourra exiger que le nombre de bénéficiaires soit la famille pour le cas de « GH ».

<sup>22</sup> Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique/BIT-ACOPAM, 1997

- Risque moral.

Le risque moral est le phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement, ou plus que ordinaire, les services proposés, de manière à « valoriser » au maximum les cotisations versées. Le fait que la cotisation soit indépendante du montant de dépenses prises en charge, incite les individus à consommer des soins au maximum pour rentabiliser leurs cotisations. Cela peut être le cas pour notre population cible du fait que la future mutuelle va instaurer un système de solidarité où les biens portants payent pour les malades.

Ce genre de risque surgit parce que les assurés n'ont plus à effectuer de paiements directs au moment où ils consomment ces services, bien qu'il en coûte toujours de les produire.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes sont préconisées :

- instaurer un ticket modérateur qui est une participation aux frais à charge des adhérents ou d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des adhérents). Le ticket modérateur sera discuté dans cette étude parce que dans notre questionnaire figurent des questions en rapport avec cela ;
- instaurer un système de référence obligatoire qui consiste à déterminer les conditions d'accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux. On peut donner comme exemple obliger aux bénéficiaires de se présenter à l'hôpital après avoir consulté dans un centre de santé.

- L'escalade des coûts.

Les prestataires de soins peuvent provoquer une dépense plus élevée que prévue en prescrivant des soins inutiles, sans opposition de la part du patient du fait qu'il se s'ait assuré.

Ce type de risque est appelé aussi : « Risque de sur-prescription » et peut être observé dans notre future mutuelle parce qu'au cours de la pré-enquête que nous avons menée au sein de l'ONG « GH », cette inquiétude a été soulevée par pas mal de personnes.

Dans « Guide d'introduction à la mutuelle de santé : BIT/STEP », six mesures sont proposées en vue de réduire ce risque. Ces mesures sont les suivantes :

- rémunération sur la base d'un forfait par personne ou par épisode de maladie ;
- standardisation des schémas de traitement et contrôle de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle ;
- obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle ;
- instauration de plafonds dans la couverture de soins de santé (par exemple la mutuelle, peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation le reste étant à la charge de l'adhérent ;
- instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables) ;
- obligation pour les adhérents et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.



- Les fraudes et les abus.

C'est lorsque certains individus profitent des prestations sans appartenir à la mutuelle. Les fraudes et les abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage. Cela arrive souvent lorsque la mutuelle est de taille importante. Il peut arriver également qu'un adhérent opère une sélection au sein de sa famille en ne supportant pas pour tous ses enfants, par exemple. Ce qui arrive lorsque l'un de ceux qui ne sont pas couverts tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte d'adhérent auprès du personnel de la santé.

Pour lutter contre ce risque, BIT/STEP nous propose, dans « Guide d'introduction à la mutuelle de santé », des mesures à appliquer qui sont les suivantes :

- assurer un contrôle avant le recours aux soins : le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivreront une lettre de garantie, avant de recourir aux soins ;
- assurer un contrôle après le recours aux soins : les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombées malades durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée mais elle peut être repérée et sanctionnée ;
- imposer une photo d'identité de l'adhérent et de ses personnes à charge sur la carte d'adhérent. Cette solution s'avère cependant souvent onéreuse et peut freiner les adhésions.

- L'occurrence de cas « catastrophiques ».

Ce risque concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge. Il intervient essentiellement lorsqu'une mutuelle débute ses activités : si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de réserves financières importantes, d'où l'application d'une période d'observation avant la prise en charge des dépenses de santé. L'accès à un fonds de garantie ou la possibilité de se réassurer constitue une protection supplémentaire et efficace. La question concernant la période à observer avant la prise en charge des dépenses de santé a été posée à nos enquêtés et cela nous permettra de diminuer ce genre de risque.

En analysant ces cinq risques que nous venons de développer, nous pouvons affirmer que notre future mutuelle n'est pas épargnée. Il importe alors de prendre des gardes fous en tenant compte de toutes ces mesures afin d'avoir une mutuelle viable et pérenne, une mutuelle construite sur des bases solides.

### **3.2.5. La faisabilité de la mise en place de mutuelles de santé.**

Comme nous l'avons dit dans les paragraphes précédents, la littérature sur les études de faisabilité de mise en place des mutuelles de santé est très récente par rapport à l'émergence du mouvement de la mutualité particulièrement en Afrique. Néanmoins, certains ouvrages très riches ont été élaborés depuis un certain temps en vue d'asseoir des informations solides portant sur les aspects socio-économiques, démographiques, culturels, sanitaires, financiers et juridiques nécessaires pour la faisabilité d'un projet naissant.

**C'est ainsi que KABA Madigbe (DSES 2003) a mené une telle étude dans le cadre de son mémoire qui avait pour thème : « Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : cas de l'association NDADJE des femmes de Yeumbeul Sud ».**

L'auteur de cet ouvrage s'est donné comme objectif principal : rechercher les facteurs favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein du groupement d'épargne et de crédit de l'Association NDADJE des femmes de Yeumbeul Sud.

Ainsi, l'auteur de cet ouvrage a mené deux enquêtes dont l'une auprès des ménages et l'autre auprès des prestataires. Ces deux enquêtes avaient pour objectif de faire ressortir les conditions de mise en place de la mutuelle au regard des quatre dimensions de la faisabilité à savoir la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière. L'étude de ces quatre dimensions a permis à l'auteur d'élaborer des scénarii des couples de cotisations/prestations et de proposer le meilleur scénario qui est adapté pour ces femmes. Aussi, son analyse a porté sur les conditions potentielles de la viabilité future de cette mutuelle à travers notamment deux dimensions de la viabilité à savoir la viabilité institutionnelle et la viabilité administrative et gestionnaire.

Au cours de son enquête, l'auteur a pris comme taille de l'échantillon 185 femmes alors que la taille de la population totale de l'Association NDADJE était de 610 femmes.

Selon l'auteur, la mise en place d'une mutuelle au sein de l'Association NDADJE bénéficiera d'un environnement favorable à son développement pour deux raisons dont la première est le système organisationnel de l'association NDADJE et la seconde est l'existence d'une culture de signature de convention au niveau des prestataires.

Pour la première, l'association NDADJE est une organisation bien structurée avec un local qui servira de siège pour la future mutuelle. Mais ce qui est frappant dans cette association, c'est le système de fonctionnement qui y prévaut. En effet, le bénévolat est très réduit car la plupart des femmes qui y travaillent sont rémunérées et les gestionnaires jouissent d'une très bonne confiance de la part des autres membres. La compétence des gestionnaires de l'association peut être expliquée par le très fort taux de recouvrement des crédits qui est de l'ordre de 82%<sup>23</sup>.

Pour la seconde, c'est la volonté manifeste des prestataires à vouloir signer une convention avec la future mutuelle. Cette culture de partenariat au niveau des prestataires est un atout formidable qui facilitera les négociations futures entre les mutualistes et ces derniers.

Selon toujours cet auteur, la mise en place de la mutuelle devra tenir compte des hommes qui représentent près de 65,9% des chefs de ménage pour son échantillon. Leur prise en compte permettra au ménage de faire face aux cotisations, mais aussi et surtout de faire du problème de l'accès aux soins un problème du ménage et non un problème spécifique aux femmes.

Cette étude est pour nous très intéressante en ce sens qu'elle cadre bien avec notre sujet ; premièrement l'auteur mène une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé communautaire, ensuite la population cible pour nous deux est une association d'épargne et de crédit composée à majorité de femmes.

Néanmoins, cette étude a quelques défis concernant surtout le calcul des coûts des soins de santé. L'auteur a utilisé les données trouvées par d'autres auteurs ce que nous trouvons pas fiable. Effectivement, nous devons affirmer que le calcul des coûts des soins de santé est un travail qui demande beaucoup de temps et de moyens, ce qui peut être une raison valable de se fier sur les données des autres ouvrages.

La politique de mise en place des mutuelles de santé est l'un des grands axes des actions menées par le BIT (Bureau International du travail) à travers son programme Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP).

Ainsi dans le cadre de ses activités, STEP a développé un guide d'introduction à la mutuelle de santé. Selon cet ouvrage, l'étude de faisabilité est à la base du fonctionnement de la mutuelle. Des données démographiques, culturelles, socio-économiques, financières, sanitaires et juridiques sont nécessaires pour apprécier la

---

<sup>23</sup> KABA Madigbe, Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : cas de l'association NDADJE des femmes de Yembeul Sud ; Mémoire DSES- CESAG, Dakar , 2003.

faisabilité d'une mutuelle naissante. Ces dernières seront utiles pour réaliser les projections financières, pour déterminer les besoins concrets de la population et les prestations à octroyer.

Sur base de l'étude de faisabilité, le guide recommande que le comité d'initiative réalise un calcul financier basé sur une estimation des dépenses et des recettes. Deux démarches sont proposées pour identifier les services qu'une mutuelle de santé peut mettre en œuvre :

- partir des revenus disponibles et fixer des objectifs en relation avec ceux-ci ;
- identifier les besoins prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les satisfaire.

Dans le guide d'introduction à la mutuelle de santé conçu par STEP, nous sont proposées des démarches à entreprendre selon les situations suivantes :

- Dans les milieux où la contrainte principale est la faiblesse des revenus des adhérents potentiels, la démarche consiste à :
  - fixer un niveau de cotisation accessible à la population cible ;
  - estimer le nombre d'adhérents potentiels et les recettes annuelles ;
  - déterminer les services prioritaires en fonction des moyens disponibles.
- Dans les milieux où la contrainte économique est moindre, on peut procéder comme suit :
  - évaluer les besoins prioritaires ;
  - calculer le volume de ressources nécessaires pour les satisfaire ;
  - fixer le taux de cotisation de manière à disposer de ces ressources.

Pour le cas de notre étude, nous allons adopter la première démarche pour la simple raison que notre population à l'étude est majoritairement du secteur informel.

## **Chapitre IV : METHODOLOGIE ET HYPOTHESES.**

### **4.1. Méthodologie.**

Dans le cadre de notre étude, nous avons procédé par une étude synthétique de cas multiples à trois niveaux, à savoir : les futurs adhérents à la mutuelle, les promoteurs de « GH » et aussi les prestataires de soins. L'objectif était d'enquêter toute la population c'est-à-dire toutes les 257 personnes mais, suite à l'insécurité qui prévaut dans cette zone (Gatumba), nous avons décidé enquêter non pas toute la population mais un échantillon de 90 personnes. Enquêter toute la population allait nous prendre au moins trois mois ce qui était impossible vu le temps qui était prévu pour notre enquête et stage.

Afin de répondre à tous les objectifs que nous nous sommes donnés, les questions de la recherche doivent porter en général sur : l'identification des conditions de faisabilité sociale, financière, institutionnelle et économique d'une mutuelle de santé au sein de l'ONG « GH » ; sur la détermination des montants des cotisations qui seraient fiables pour la viabilité d'une mutuelle de santé communautaire de « GH » et enfin les questions doivent porter sur les obstacles relatifs à l'accessibilité aux soins pour les membres de l'ONG « GH ».

### **4.2. Définition de la population cible.**

La population cible est celle des femmes appartenant à l'ONG : « *Geste Humanitaire* » (GH). Il faut dire que la taille de la population totale de GH est de 257 femmes rassemblées dans 10 groupements. Les groupements sont composés des femmes qui ont accepté de se mettre ensemble pour mener des activités génératrices de revenu et avoir un crédit. Vu cet aspect de la solidarité au niveau des groupements et en tenant compte du fait que le succès actuel du GH est dû en partie à l'existence d'esprit de solidarité au sein des différents groupements du GH, et que toute initiative mutualiste repose sur l'idée de solidarité, nous avons décidé de faire notre enquête sur ces femmes qui appartiennent à des groupements et qui sont animées par cet esprit de solidarité. Cette stratégie a un double avantage dans le cadre de notre étude. Le premier est qu'en général toute initiative part d'un noyau et ici le noyau idéal n'est rien d'autre que les groupements. Le second est qu'il est plus facile d'enquêter sur les femmes appartenant à des groupements car leur regroupement est

relativement plus facile du fait que chaque présidente de groupement peut facilement réunir les femmes de son groupement.

### **4.3. Calcul de la taille de l'échantillon.**

La population à étudier est constituée à 100% par les femmes membres des 10 groupements affiliés à GH (Geste Humanitaire, association à étudier). Elle est répartie dans 10 groupements disséminés à travers cinq (5) villages de Gatumba. Sont représentées dans notre enquête 5 villages seulement à savoir : Kinyinya1, Kinyinya2, Kinyinya3, Mushasha1 et Mushasha2.

257 femmes sont membres de cette association et sont répartis en 10 groupes qui comprennent chacun 30 membres au maximum. Après avoir lister groupe après groupe, nous avons procédé par le système de sondage systématique avec un pas de sondage de 3. Cela va nous donner un échantillon de 86 femmes que nous avons arrondi à 90. Cette proportion est appliquée à tous les groupements. Il faut souligner que la méthode du BIT/STEP consiste à enquêter sur 10% de la population cible.

### **4.4. Méthode de recueil des données.**

Concernant le recueil des données, un calendrier a été établi par le staff de « GH ». De façon régulière, des réunions au sein des groupements de GH se tiennent chaque semaine à partir de mercredi jusqu'à samedi les après-midi. Comme points à l'ordre du jour, on évalue les activités déjà réalisées et on fait aussi une évaluation à mi-parcours des activités en cours d'exécution. Nous avons alors profité de ces jours habituels de réunion pour faire le recueil des données.

Comme nous l'avons signalé ci-haut, nous avons eu des difficultés dans le recueil des données liées à l'insécurité qui prévalait dans notre zone d'étude. Cela a eu comme conséquence l'absentéisme à ces réunions de beaucoup de membres de GH » ce qui nous a permis de ne pas enquêter toute la population de «GH ». Nous avons été obligé d'enquêter toutes les femmes qui se sont présentées aux réunions.

L'enquête auprès des ménages cherche à ressortir les prestations que les populations aimeraient que la mutuelle couvre, leur capacité contributive et gestionnaire. Aussi, elle révélera la période de collecte adéquate des cotisations, l'existence ou non d'un esprit de solidarité et le taux de morbidité au sein de cette population. Egalement, elle devrait identifier les potentialités (capital social, économique...) ainsi que les stratégies et les entraves ou contraintes pour la mise en place d'une mutuelle de santé.

A la suite des enquêtes menées sur l'échantillon, des focus groupe ont été réalisés pour compléter les données et informer davantage sur la mutuelle de santé. Des entretiens ont été aussi ouverts avec différents types d'interlocuteurs : coordonnateur des programmes au sein de « GH », le chargé du service suivi-évaluation et aussi le chargé des micro-crédits et projets.

Quant à l'enquête auprès des prestataires de soins, elle nous informe sur le taux réel de morbidité au sein de la population, le risque maladie, les pathologies les plus fréquentes, les coûts moyens des prestations et la volonté de coopération entre les prestataires de soins et la future mutuelle.

La collecte de données a été orientée vers certains prestataires de soins à savoir cinq (5) CDS :

- CDS Public de Gatumba
- CDS « Santé Pour Tous »
- CDS « KOMERA »
- CDS « BORA UZIMA »
- CDS « Mon Calme »

Les informations reçues à ces niveaux ont été complétées par une revue documentaire relative d'une part à l'état de connaissances sur le sujet et d'autres parts sur les statistiques démographiques, économiques et épidémiologiques du pays.

#### **4.5. Analyse des données.**

L'analyse et la saisie des données se sont faites à l'aide du logiciel Epi Info 2000 version corrigée de novembre 2003. Ce logiciel a été choisi à cause de sa performance dans le traitement des données et de ses facilités dans la saisie des réponses des enquêtes.

#### **4.6. Les hypothèses.**

Au cours de notre travail, nous allons vérifier les hypothèses qui suivent :

- Les conditions socio-économiques des membres de l'association GH sont favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé.
- Une mutuelle de santé constitue un besoin réel et prioritaire pour les membres de l'association « GH ».
- Le nombre de bénéficiaires influe beaucoup sur la fiabilité d'une mutuelle de santé.

DEUXIEME PARTIE :  
PRESENTATIONS DES  
RESULTATS ET  
COMMENTAIRES

QUE



La présentation des résultats et leurs commentaires se fera au fur et à mesure de leur présentation afin de les rendre plus compréhensibles.

Notre système d'analyse consiste à présenter d'abord les variables clés dans des tableaux quitte à faire des commentaires par après.

Les variables étudiées sont la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière.

C'est après tout cela que nous allons proposer des recommandations et la conclusion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre V : Caractéristiques générales des enquêtés.

Cette partie consiste à décrire les caractéristiques générales de notre échantillon. Ceci va nous permettre d'avoir une idée sur les personnes enquêtées avant d'analyser les hypothèses de recherche.

La taille de l'échantillon est de 90 personnes toutes membres de l'association « GH », association à étudier. Ces personnes sont réparties dans 10 groupements, composé chacun de 30 personnes au plus.

### 5.1. Sexe.

Tous les 90 enquêtés sont de sexe féminin. En effet, ladite association a été créée par des regroupements de femmes autour des activités génératrices de revenus. Ces regroupements permettent aux femmes d'avoir un accès plus facile au crédit. Cette notion de solidarité a été le socle de la création de l'association « GH ».

Néanmoins, parmi les membres de l'association on trouve très peu d'hommes qui se sont intégrés peu après, mais le hasard a fait que dans notre échantillon on ne trouve que des femmes.

### 5.2 Le statut matrimonial.

68,9% de la population est constitué de sujets mariés tandis que 14,4% sont veuves. Les divorcées font 13,3% de l'échantillon total alors que les célibataires occupent 3,3% de cet échantillon.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	%	%Cumulé	
1. Marié(e)	62	68,9%	68,9%	
2. Divorcé(e)	12	13,3%	82,2%	
3. Veuf (ve)	13	14,4%	96,7%	
4. célibataire	3	3,3%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

### **5.3 Proportion des femmes chefs de ménage et intention de cotiser.**

La pérennisation de toute organisation mutualiste repose sur le règlement régulier des cotisations. Ainsi donc, la capacité contributive des futures adhérentes est un volet très important pour la mutuelle naissante.

Parmi 90 femmes interrogées, 32 sont chefs de ménage représentant 35.6% de la taille de l'échantillon, ce qui suppose que la quasi-totalité des dépenses du ménage pèse sur leurs épaules et font d'elles des décideurs clé de leur foyer. Les 58 femmes restantes, c'est-à-dire 64.4% de l'échantillon ne sont pas chefs de ménages mais contribuent de façon significative aux dépenses de leurs ménages. L'intérêt qui nous a poussé à chercher cette donnée est le fait que si on n'est pas chef de ménage, la décision sur l'utilisation des revenus du ménage revient au chef du ménage. Cela peut constituer un blocage à l'adhésion à une association quelconque ou bien sur la cotisation parce que les priorités peuvent être autres. Il serait alors important d'impliquer les hommes, qui représentent dans notre échantillon une part importante de chefs de ménages (64.4%), dans la mise en place d'une mutuelle de santé. Le travail serait de leur faire comprendre le bien fondé de la mutuelle et de leur demander le soutien à cette bonne initiative de leurs femmes, car le problème de la santé concerne tout le monde.

### **5.4 Taille des ménages.**

**Tableau 3 : Nombre de personnes qui composent les ménages**

Effectif des personnes	Fréquence	%	%Cumulé	
1	2	2,2%	2,2%	
2	4	4,4%	6,7%	
3	7	7,8%	14,4%	
4	12	13,3%	27,8%	
5	15	16,7%	44,4%	
6	15	16,7%	61,1%	
7	13	14,4%	75,6%	
8	10	11,1%	86,7%	

9	6	6,7%	93,3%	
10	2	2,2%	95,6%	
11	2	2,2%	97,8%	
12	1	1,1%	98,9%	
13	1	1,1%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	
<b>Moyenne</b>	7			

Ce tableau est important car il nous donne l'idée du nombre potentiel des futurs bénéficiaires de la mutuelle de santé, ce qui est une variable importante pour une mutuelle.

Dans le cadre de notre échantillon, chaque ménage a en moyenne 7 personnes. La taille moyenne du ménage permet aussi d'évaluer le nombre moyen des personnes qui sont à la charge des actifs d'un ménage. Plus ce nombre est élevé, plus les dépenses du ménage sont élevées, ce qui peut être défavorable à la mutuelle du point de vue cotisation.

Néanmoins, l'effet du grand nombre est un point positif pour une mutuelle surtout naissante par le fait que si par exemple une mutuelle exige à ses membres de réaliser des adhésions simultanées de tous les membres d'un groupe déterminé (tous les membres de la famille, de l'entreprise, d'un syndicat...), la sélection adverse peut être ici évitée (voir la partie : « Définition des concepts »).

## Chapitre VI : Analyse des différentes variables à l'étude.

### 6.1 Faisabilité sociale.

#### ❖ Participation des membres de l'association à l'esprit de solidarité.

D'après BIT/STEP dans « Guide d'introduction à la mutuelle de santé », la solidarité est l'une des cinq conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé et de son bon fonctionnement ultérieur; un des sept principes de base de la mutuelle. Elle est la base fondamentale de tout groupement d'entraide d'une façon générale, et d'une mutualité d'une façon particulière.

A l'analyse des résultats de notre enquête, nous remarquons que sur 90 personnes enquêtées, 13 personnes qui représentent 14.4% des enquêtées ont répondu Oui à la question, concernant la fréquence de solidarité dans le milieu environnant (question11), 77 personnes, c'est-à-dire 85.6% de l'échantillon ont répondu négativement.

En effet, la zone de Gatumba, notre zone cible, regroupe très peu d'ASBL. Les plus connues sont aux environs de quatre dont « GH », qui est une ASBL très active. Dans cette association, l'engouement pour la vie associative témoigne de la volonté des membres de vouloir sortir de l'état de pauvreté par le biais de la solidarité. C'est ainsi que la naissance de ladite association s'est faite par des regroupements de femmes au départ (et d'hommes par après) autour des activités génératrices de revenus. Ces regroupements permettent aux membres d'avoir un accès plus facile au crédit. Cette notion de solidarité a été le socle de la création de l'association « GH ».

La question n° 13 du questionnaire auprès des membres de l'association « GH » (**A quelles occasions se manifestent la solidarité entre les membres de votre communauté ?**) nous révèle le degré de l'esprit de solidarité des membres de l'association qui se manifeste par des occasions d'entraide (funérailles, mariage, secours aux sinistrés, travaux communautaires, etc.). Nous constatons selon les données de notre enquête que ces personnes participent activement à plusieurs occasions d'entraide ce qui est un bon signe pour l'adhésion à une mutuelle de santé au sein de leurs associations.

## 6.2 Faisabilité économique et itinéraires thérapeutiques.


### ❖ Distance à parcourir pour aller se faire soigner.

La zone de Gatumba, zone cible, engorge au total 5 CDS placés dans un rayon de moins de 3 kilomètres. Cela nous permet d'exclure pour la population de Gatumba le problème d'inaccessibilité géographique du point de vue soins de santé primaire. Parmi ces cinq CDS, un seul est public et n'a pas encore commencé l'application du nouveau système de recouvrement de coûts recommandé par l'IB.

Il faut ici souligner que dans ce CDS public, tous les actes et médicaments y sont gratuits sauf la consultation qu'on paie 50 Fbu seulement (c'est-à-dire 0.05 USD), mais la qualité des soins et l'accueil restent à désirer.

Le tableau en bas nous pousse à affirmer que la distance à parcourir pour aller au CDS le plus proche n'est pas grande.

Tableau 4 : Temps mis pour aller au CDS le plus proche

<b>Temps mis pour aller au CSD ou hôpital le plus proche</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. Moins de 15 minutes</b>	31	34,4%	34,4%	
<b>2. De 15 à 30 minutes</b>	45	50,0%	84,4%	
<b>3. De 30 minutes à une heure</b>	14	15,6%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

L'examen du tableau 4 au dessus nous montre que la moitié des habitants de Gatumba (50%) font 15 à 30 minutes pour se rendre à la structure de soins de santé la plus proche. Une infime partie de cette population (15.6%) fait au plus une heure de temps pour arriver à la structure la plus proche alors que ceux qui font plus d'une heure n'existent pas.

Avec ces cinq CDS, nous pensons qu'ils représentent une bonne base d'offre pour le démarrage des prestations des futurs membres de la mutuelle.

La question que nous devons nous poser maintenant est de savoir si ces structures sont fréquentées par les membres de la future mutuelle malgré leur proximité. L'enquête auprès des ménages nous révèle que sur 90 personnes enquêtées, 52 personnes (soit

57.8%) sont allées à la recherche de soins pour le dernier malade de leur ménage contre 42.2% qui ne l'ont pas fait.

Après analyse de la question : « Le dernier malade de votre ménage est-il allé à la recherche des soins ? », nous pouvons nous demander les raisons qui ont poussé ce malade à ne pas aller à la recherche des soins puisque avec les données de notre enquête, nous remarquons que un nombre important de malades n'ont pas consulté. La réponse à cette inquiétude se trouve dans le tableau ci-après :

**Tableau 5: Raisons de non consultation.**

Raisons	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Manque de moyen</b>	32	84,2%	84,2%	
<b>2. Automédication</b>	3	7,9%	92,1%	
<b>3. La maladie n'était pas grave</b>	1	2,6%	94,7%	
<b>4. Mauvaise qualité des soins dans les structures les plus proches</b>	2	5,3%	100,0%	
<b>Total</b>	38	100,0%	100,0%	

Après la lecture de ce tableau, nous remarquons que la grande raison à ne pas aller se faire soigner est le manque de moyens financiers (32/38), soit 84.2% des personnes enquêtées. Les autres raisons à savoir : automédication, la maladie qui n'était pas grave et la raison de la mauvaise qualité des soins dans les structures les plus proches occupent le reste c'est-à-dire 15.8% les trois. Cela nous pousse à affirmer à priori que en général, la population de Gatumba est pauvre, ce que nous allons vérifier dans les paragraphes suivants.

Il faut souligner ici que le nombre 38 constitue le total des personnes qui ont répondu non à la question 32 demandant si le dernier malade du ménage est allé à la recherche des soins.

➤ **La structure de soins de 1<sup>er</sup> recours.**

La fréquentation des structures de soins que le malade a consulté en premier lieu se résume dans le tableau suivant :

**Tableau 6 : Structure de 1<sup>er</sup> recours.**

<b>Le 1er lieu de recours</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. CDS BORA UZIMA</b>	7	13,5%	13,5%	
<b>2. CDS MON CALME</b>	5	9,6%	23,1%	
<b>3. CDS SANTE POUR TOUS</b>	22	42,3%	65,4%	
<b>4. CDS KOMERA</b>	7	13,5%	79,8%	
<b>5. CDS PUBLIC DE GATUMBA</b>	9	17,3%	96,2%	
<b>6. HPRC</b>	2	3,8%	100,0%	
<b>Total</b>	52	100,0%	100,0%	

En cas de maladie, sur 90 personnes enquêtées, 52 personnes vont consulter (voir tableau en annexe). Selon les données se trouvant dans ce tableau en haut, le CDS « SANTE POUR TOUS » est la structure la plus fréquentée par rapport aux autres ; avec 52 enquêtés qui vont consulter, 22 malades sont allés se faire soigner au CDS « SANTE POUR TOUS » ce qui donne une proportion de 42.3% des 52. Ce CDS est suivi par le CDS public de Gatumba avec une proportion 17.3%, de CDS « KOMERA » et « BORA UZIMA » qui représentent chacun 13.5% et vient en dernier lieu le CDS « MON CALME » et l'HPRC avec respectivement une proportion de 9.6% et de 3.8% de malades qui ont fréquenté ces structures.

On peut se demander pourquoi le choix de l'une et non pas de l'autre structure. Cela trouvera une solution à partir des données du tableau suivant.



➤ **Les raisons du premier choix**

Tableau 7: Les causes du 1<sup>er</sup> choix

Les causes	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. C'est moins cher</b>	10	19,2%	19,2%	
<b>2. Bonne qualité de l'accueil</b>	11	21,2%	40,4%	
<b>3. Soins de qualité</b>	18	34,6%	75%	
<b>4. C'était urgent</b>	6	11,5%	86,5%	
<b>5. C'est plus proche de chez moi</b>	7	13,5%	100,0%	
<b>Total</b>	52	100,0%	100,0%	

Cinq facteurs expliquent la fréquentation des structures : qualité des soins (34.6%), la qualité de l'accueil (21.2%), les coûts qui sont abordables (19.2%), la proximité de la structure (13.5%), et l'urgence qui représente 11.5% de notre échantillon.

A partir de ce tableau, nous pouvons affirmer que le facteur qui influence le plus la fréquentation des structures de soins est la bonne qualité des soins, soit 34.6%. Dans le guide d'introduction à la mutuelle de santé (BIT/STEP), la qualité des services de santé est parmi les cinq conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle. Cela nous permet de conclure que la population de Gatumba est très exigeante en matière de qualité de leurs soins. Vient après, le facteur accueil qui occupe 21.2% des interrogés tandis que le facteur coût joue ici aussi un grand rôle dans le recours aux soins (19.2%). En effet, la population de Gatumba en général et les membres de l'association « GH » en particulier sont pauvres (à justifier dans les parties suivantes), cela leur permet de privilégier les structures qui ne demandent pas beaucoup d'argent pour les frais sanitaires. Une autre raison est que cette population est habituée à ne rien payer pour leurs soins parce que le nouveau système de recouvrement de coût n'est pas en vigueur dans les structures publiques.

A partir de ce qui précède, nous nous permettons de dire que la future mutuelle devra privilégier dans la signature de convention avec les prestataires les structures qui disposent d'abord une bonne qualité de soins, en plus qui assure un bon accueil de leurs patients et aussi les structures qui ne demandent pas beaucoup d'argent pour les soins.

A partir de la question 19 : « Combien le malade a payé en premiers recours ? », le minimum qu'ils ont payé est 50Fbu alors que le maximum est 34000 Fbu. Ceux qui

ont dépensé 50Fbu sont allés se faire soigner au CDS public de Gatumba qui ne demande que 50Fbu pour la consultation alors que les actes et médicaments sont gratuits. Celui qui a payé 34000Fbu a jugé lui seul que sa maladie est grave et il est allé se faire soigner dans un hôpital autonome qui est au centre ville de Bujumbura (HPRC). La dépense moyenne pour les 52 personnes qui sont allées à la recherche des soins en cas de maladie est de 2685,0980 Fbu<sup>24</sup>.

➤ **La structure de 2<sup>ème</sup> recours.**

**Tableau 8 : Fréquence des structures de 2<sup>ème</sup> recours.**

Structure de 2 <sup>ème</sup> recours	Fréquence	%	%Cumulé
<b>1. HPRC</b>	7	29,2%	29,2%
<b>3. NULLE PART</b>	3	12,5%	41,7%
<b>4. CDS PUBLIC DE GATUMBA</b>	6	25,0%	66,7%
<b>6. CDS KOMERA</b>	2	8,3%	75,0%
<b>7. CDS SANTE POUR TOUS</b>	6	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	24	100,0%	100,0%

Parmi les 52 personnes qui ont consulté en cas de maladie, 24 seulement ont dû consulter une deuxième fois parce que la maladie n'était pas guérie. Le tableau en haut relate quelles sont les structures qui ont été fréquentées en deuxième recours plus que d'autres.

Comme on le remarque, l'HPRC est la plus fréquentée ; 7 malades sur 24 qui ont consulté une deuxième fois sont allées consulter à cet hôpital, soit 29.2%. Nous ne pouvons pas continuer sans signaler que l'hôpital Prince Régent Charles (HPRC) est le plus grand Hôpital du pays et il est situé au centre ville de Bujumbura, c'est-à-dire à 15 kilomètres de la zone Gatumba notre zone cible.

En deuxième lieu vient le CDS public de Gatumba et le CDS SANTE POUR TOUS qui ont chacun un taux de fréquentation de 25%. Trois malades ne sont allées nulle part quand leurs maladies n'étaient pas guéries. Les raisons de cela comme nous le montrent les résultats de notre enquête est le manque de moyens financiers.

<sup>24</sup> Résultats de notre enquête

➤ **Les raisons du 2<sup>ème</sup> choix.**

**Tableau 9 : Différentes raisons de fréquentation en 2<sup>ème</sup> recours.**

<b>Les raisons</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. C'est plus proche de chez moi</b>	3	14,3%	14,3%	
<b>2. Bonne qualité de l'accueil</b>	5	23,8%	38,1%	
<b>3. Les soins sont de qualité</b>	13	61,9%	100,0%	
<b>Total</b>	21	100,0%	100,0%	

Trois raisons ont été exprimées par nos enquêtés pour justifier pourquoi leurs malades ont fréquenté l'une ou l'autre structure comme deuxième recours en cas de non guérison de leurs maladies.

A la lecture de ce tableau, nous concluons que la raison la plus valable est le fait que les malades cherchent une structure qui assure des soins de qualité. Ce qui est logique à mon avis parce que si le malade n'est pas guéri de sa maladie en premier temps, il faut alors trouver une solution la meilleure c'est-à-dire une structure qui a plus du personnel qualifié et avec un équipement complet. La raison de recherche des structures qui offrent des soins de qualité représente 61.9% des 21 malades qui ont consulté en deuxième recours.

La bonne qualité de l'accueil est aussi une raison importante parce qu'elle occupe un taux de 23.8% tandis que la raison de proximité a un taux de 14.3% de ceux qui ont consulté en deuxième recours, ce qui n'est pas aussi négligeable.

Comme dépenses moyennes engagées lors du 2<sup>ème</sup> recours, les résultats de notre enquête nous ont donné une moyenne d'environ 7 300 Fbu. Celui qui a dépensé moins a payé 350Fbu alors que le malade qui a dépensé plus que les autres en deuxième recours a payé 34 000Fbu.

➤ **Décision de l'épargne des membres de l'association.**

A l'analyse des données de notre enquête, nous pourrions facilement conclure que la quasi totalité des femmes, (91.7%), épargnent tandis que une petite proportion de femmes, soit 8.9% des enquêtés n'épargnent pas. Nous tenons à souligner ici que dans l'association « GH », l'épargne n'est pas obligatoire. Après six mois d'épargne, l'épargnant peut venir retirer son argent et obtenir un crédit sans intérêt. Ce dernier a droit d'avoir comme crédit le double de ce qu'il a épargné. C'est une bonne chose dans la mesure où cet argent peut aider l'épargnant en question à satisfaire pas mal de ses besoins, ce que nous allons voir dans le tableau ci-dessous.

➤ **Circonstances dans lesquelles l'épargne est utilisée.**

Tableau 10 : Mode d'utilisation de l'épargne

	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Imprévus</b>	48	58,6%	58,6%	
<b>2. Soins de santé</b>	4	4,9%	63,5%	
<b>3. Frais de funérailles</b>	8	9,7%	73,2%	
<b>4. Charges du ménage</b>	20	24,4%	97,6%	
<b>5. Frais de scolarité</b>	2	2,4%	100,0%	
<b>Total</b>	82	100,0%	100,0%	

En analysant ce tableau, nous remarquons que la plupart des enquêtés qui nous ont affirmé qu'ils épargnent, ils le font dans le but de se prévenir contre les imprévus (58.6%). Par contre, les soins de santé et les frais de scolarité ne sont pas prioritaires dans l'utilisation de l'épargne. Ils occupent 2.4%( frais de scolarité) et 4.9% (soins de santé).

Toutefois, ces données ne relatent pas la réalité pour la simple raison que si on parle d'imprévus, soins de santé peuvent faire partie comme aussi les frais de funérailles et les frais de scolarité. L'important pour ces personnes est que l'argent est disponible et les responsables de « GH » n'exigent pas de garanties pour l'octroi de crédits à leurs membres. Avoir une épargne est la seule garantie exigée par « GH » à ces membres.

➤ **Problèmes de prise en charge des soins de santé.**

Tableau 11 : Problèmes rencontrés par les membres dans la prise en charge des soins.

<b>Problèmes de prise en charge des soins</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. Oui</b>	89	98,9%	98,9%	
<b>2. Non</b>	1	1,1%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

Le tableau 11 nous trace bel et bien la réalité. Comme partout au Burundi et même en Afrique au sud du SAHARA, le problème de prise en charge des soins est une affaire de tout le monde. Poser cette question n'est alors pas un fait du hasard. Cette question a été posée à nos enquêtés avec un objectif de savoir si la population de Gatumba en général et les membres de « GH » en particulier sont conscients du problème de prise en charge de leurs soins. Une seule personne a répondu Non à la question et les raisons à cette réponse nous restent inconnues. Grâce aux données se trouvant dans ce tableau, il nous est permis alors de dire que 98.9% de la population de Gatumba sont conscients du problème de prise en charge de leurs soins sanitaires.

Toujours avec BIT/STEP dans « Guide d'introduction à la mutuelle de santé », la difficulté de financement des soins de santé est le premier élément justifiant la création d'une mutuelle de santé. Il continue en disant ce qui suit : « *Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou, pour le moins, comme important* ».

A partir de cette citation, nous pouvons dire que les personnes enquêtées ne considèrent les soins de santé comme une priorité (voir tableau 10), mais si on analyse le tableau 11, nous constatons que la population de Gatumba a un besoin réel de prise en charge de leurs soins de santé. Ces données pourront nous faire penser qu'une grande partie des enquêtés serait intéressée par la mise en place de la mutuelle de santé.

➤ **Sources de revenu pour financer les soins de santé.**

Les différentes sources de financement des soins par les membres de « GH » sont dans le tableau ci-dessous. Les résultats de notre enquête nous montrent que 51.1% des personnes interrogées ont affirmé que les frais de soins de santé sont financés par le revenu du ménage. L'association joue elle aussi un rôle important dans le financement des soins de santé. 36.7% des interrogés nous ont affirmé que leur source de financement des soins de santé est l'emprunt auprès de l'association. Les autres sources de financement comme ; Etat (3.3%), solidarité familiale (1.1%), vente des biens du ménage (3.3%) ainsi que l'aide des voisins qui représente 4.4% ne sont pas considérés comme des sources potentielles pour financer les dépenses en santé (voir tableau en bas).

Tableau 12 : Sources de financement en santé.

<b>Sources</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. Revenus du ménage</b>	46	51,1%	51,1%	
<b>2. Etat</b>	3	3,3%	54,4%	
<b>3. Solidarité familiale</b>	1	1,1%	55,6%	
<b>4. Aide des voisins</b>	4	4,4%	60,0%	
<b>5. Emprunt auprès de l'association</b>	33	36,7%	96,7%	
<b>6. Vente des biens du ménage</b>	3	3,3%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

## **Chapitre VII : Profil épidémiologique et besoins en santé.**

### **7.1 Les pathologies les plus courantes au niveau de l'environnement des ménages.**

La situation épidémiologique de la province sanitaire de Bujumbura rural dans la quelle se trouve notre zone cible (zone Gatumba, est, à l'image de toutes les régions du pays à basse altitude, à quelques variantes près du fait de son climat et de sa forte démographie. La principale maladie qui y sévit est le paludisme avec 51.4% des consultations au niveau du secteur sanitaire de Kabezi qui couvre notre zone cible. Cette maladie est suivie des maladies diarrhéiques avec 23.1% et des maladies de la peau 9.7%<sup>25</sup>. Nous avons retrouvé pratiquement les mêmes résultats lors de l'enquête auprès des ménages comme nous l'indique le tableau en annexe.

A la lecture de ce tableau, nous constatons que le paludisme est la première cause de morbidité pour les personnes enquêtées avec 59.3% de fréquence de survenue chez ces dernières. Ce chiffre est suivi de ceux des maladies de la peau (16.3%) et des maladies diarrhéiques (14.8%). Après ces cas, viennent les IRA avec 9.6%.

Il faut dire que ces pathologies s'expliquent par le manque d'hygiène au niveau des habitations, ce qui favorise la prolifération des moustiques pour le paludisme et la présence de poussière pour les maladies respiratoires dont la contagion se fait généralement par voie aérienne. Quant aux maladies diarrhéiques, elles sont causées par le manque d'eau potable qui est un problème primordial au niveau de la zone Gatumba. Suite à l'insuffisance de source d'eau potable et souvent payante (20 Fbu par récipient de 20 litres), la population de cette zone ne fait que puiser l'eau dans des rivières comme la rivière Rusizi qui engorgent pas mal de vecteurs de maladies.

Après la présentation des pathologies les plus fréquentes dans notre zone, nous allons nous intéresser maintenant aux différents types de dépenses qui causent des difficultés à payer.

#### **➤ Types de dépenses de santé qui causent les difficultés à payer.**

Selon les différents types de dépenses, les difficultés rencontrées par les ménages pour faire face aux soins de santé se présentent par ordre d'importance comme suit :

L'achat des médicaments est cité par 67.3% des enquêtés qui ont déclaré avoir des difficultés de se payer les médicaments. En deuxième position viennent les frais

<sup>25</sup> Rapport annuel d'activités EPISTAT, 2003

d'hospitalisation qui représentent 16.4% des enquêtés qui sont confrontés aux difficultés de paiement. Après ces deux types de dépenses viennent les examens de laboratoire avec 11.1% et enfin les interventions chirurgicales qui occupent 3.9% et la radiologie avec 1.3% de l'échantillon.

La consultation ne cause pas beaucoup de difficultés de paiement dans cette localité pour la simple raison que le système de recouvrement de coûts n'y est pas encore en vigueur dans les structures publiques (la consultation est 50Fbu par personne dans le CDS public).

➤ **Le nombre de membres du ménage qui sont tombés malades durant les 3 derniers mois.**

Le tableau ci-dessous nous donne la synthèse des réponses à la question libérée comme suit : « Combien de personnes de votre ménage sont tombées malades durant les trois derniers mois ? ».

Tableau 13 : Les personnes qui sont tombées malades durant les 3 derniers mois.

Nombre de personnes	Fréquence	%	%Cumulé	
0	28	31,1%	31,1%	
1	35	38,9%	70,0%	
2	18	20,0%	90,0%	
3	5	5,6%	95,6%	
4	3	3,3%	98,9%	
5	1	1,1%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	
<b>Moyenne</b>	2.5			

En analysant ce tableau, nous remarquons que 28 personnes sur 90 interrogées, c'est-à-dire 31.1% de l'échantillon nous ont répondu que durant les trois derniers mois aucune personne membre de leur ménage n'est tombée malade. La plus grande fréquence que nous constatons à partir de ces données est celle d'une seule personne qui est tombée malade durant les trois derniers mois. Cette fréquence représente 38.9% de l'échantillon, en d'autres termes, durant les trois derniers mois, 35



personnes sur le total des enquêtés (90) ont eu un malade dans leur ménage durant cette période. En moyenne, environ trois personnes (2.5), sont tombées malades pendant les trois derniers mois dans les ménages enquêtés.

Après avoir analysé les pathologies les plus courantes au niveau de l'environnement des ménages, les types de dépenses de santé qui causent les difficultés à payer et le nombre de membres du ménage qui sont tombés malades durant les 3 derniers mois, il nous semble intéressant de voir s'il y a l'intention d'adhésion des membres de l'association à la future mutuelle et de voir aussi si les futurs membres de la mutuelle sont disposés à payer les cotisations qui seront fixées en vue d'assurer le fonctionnement de la future mutuelle.

## **7.2. Intention d'adhésion et disposition à payer.**

### **7.2.1. Intention d'adhérer à une mutuelle.**

#### **➤ Connaissance de la mutuelle.**

Selon les données de notre enquête, une population de 92.2% de l'échantillon affirme qu'ils ont déjà entendu parler de mutuelle de santé alors que le reste, c'est-à-dire 7.8% de la population disent qu'ils n'ont pas entendu parler de mutuelle ni dans leurs conditions d'adhésion, ni dans leur fonctionnement.

Nous avons eu d'inquiétudes sur les résultats de ce tableau parce que ce n'est pas ce que nous attendions. C'est par après que nous avons réalisé que la réponse à la question concerne n'importe quelle mutuelle. Or, dans notre pays, nous disposons de mutuelle de la fonction publique qui concerne les fonctionnaires de l'Etat et ce genre de mutuelle de santé communautaire n'existe presque pas.

Les résultats de notre enquête nous ont permis de conclure que parmi ceux qui sont au courant de l'existence d'une mutuelle, 72.1% pensent qu'une mutuelle sert à aider à prendre en charge les dépenses de santé, tandis que 25.3% disent qu'une mutuelle prévoit la maladie. Le reste de l'échantillon (2.6% de l'échantillon) répondent qu'ils savent rien du rôle d'une mutuelle.

**Tableau 14 : Souhait d'organiser une solidarité au sein de la communauté.**

	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Oui</b>	87	96,7%	96,7%	
<b>2. Non</b>	3	3,3%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

S'agissant du souhait d'organiser une solidarité au sein de la communauté, parmi les membres de l'association interrogés, 96.7% de l'échantillon de notre enquête sont intéressés de l'organisation d'une solidarité au sein de la communauté afin de faciliter l'accès aux soins de santé. Seul trois interrogés, c'est-à-dire 3.3% de la population ne sont pas intéressés à l'organisation de cette solidarité. Cette information seule n'est pas suffisante pour savoir s'il y a l'intention ou non d'adhérer à une mutuelle. C'est pourquoi, afin de compléter cette information, il nous est demandé de prouver si les membres de l'association « GH » ont la volonté d'adhérer à cette mutuelle. La réponse à cette interrogation se trouve dans le tableau suivant.

➤ **L'intention d'adhérer à une mutuelle de santé communautaire.**

L'intention formelle d'adhésion est mesurée par la réponse à la question libellée comme suit : « Seriez-vous intéressé par la création d'une mutuelle de santé au sein de votre association ? ». Les réponses à cette question sont synthétisées dans le tableau suivant :

**Tableau 15 : L'intention d'adhésion.**

	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Oui</b>	89	98,9%	98,9%	
<b>2. Non</b>	1	1,1%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

A cette question, 98.9% des réponses est « Oui » et une seule personne sur les 90 interrogées n'est pas intéressée de la création de cette mutuelle pour dire qu'elle ne peut pas y adhérer.

Parmi les trois personnes qui n'ont pas encore entendu parlé d'une mutuelle, deux ont accepté d'y adhérer malgré la non connaissance.

➤ **Les obstacles qui peuvent faire échouer le projet de création d'une mutuelle.**

Un certain nombre d'obstacles se posent au projet de création d'une mutuelle de santé. Afin d'éviter qu'ils ne mettent pas en danger la viabilité de celle-ci, notre étude a intégré dans le questionnaire d'enquête une partie qui étudie quels sont ces obstacles.

Les obstacles majeurs auxquels s'expose une mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population sont les suivants : le faible taux d'adhésion, le manque de confiance envers les promoteurs ou envers les gestionnaires ainsi que l'absence de sensibilisation de la population.

Le tableau en dessous nous montre les différents obstacles au projet de création d'une mutuelle de santé communautaire.

Tableau 16 : Fréquence des obstacles au projet de création d'une mutuelle.

	Fréquence	%	% cumulé
<b>Faible taux d'adhésion</b>	38	42.2%	42.2%
<b>Pas de confiance envers les promoteurs</b>	7	7.8%	50%
<b>Pas de confiance envers les gestionnaires</b>	11	12.2%	62.2%
<b>Pas de sensibilisation</b>	34	37.8%	100%
<b>Total</b>	90	100%	100%

Les résultats que nous trouvons dans ce tableau nous permettent d'affirmer que un obstacle majeur à ce projet de création de la mutuelle est le faible taux d'adhésion à cette mutuelle qui représente 42.2% de la population suivi du facteur absence de sensibilisation avec 37.8% des enquêtés. Le manque de confiance envers les gestionnaires et envers les promoteurs arrivent en dernier lieu avec une proportion respective de 12.2% et de 7.8% de l'échantillon.

Cela nous fait comprendre que les membres de l'association « GH » ont confiance en leurs dirigeants.

## 7.2. 2. Disposition à payer.

### ➤ **Catégories de personnes à assurer.**

Tableau 17 : Les personnes à assurer en cas de besoin.

<b>Catégorie de personnes à assurer en cas d'adhésion</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>%Cumulé</b>	
<b>1. Moi seul</b>	7	7,9%	7,9%	
<b>2. Les enfants</b>	5	5,6%	13,5%	
<b>4. Les personnes âgées</b>	4	4,5%	18,0%	
<b>5. Toute la famille</b>	65	73,0%	91,0%	
<b>6. Les personnes qui tombent souvent malades</b>	8	9,0%	100,0%	
<b>Total</b>	89	100,0%	100,0%	

Le tableau en dessus nous résume le souhait des enquêtés en ce qui concerne la catégorie des personnes à assurer en cas d'adhésion. Comme nous le lisons dans ce tableau ci-après, 73.0% de l'échantillon souhaitent assurer toute la famille ce qui est une bonne chose parce que cela permet d'éviter la sélection adverse qui est un risque énorme à la viabilité de la mutuelle. En second temps arrive la catégorie des personnes qui tombent souvent malades et le cas où le membre de l'association veut s'assurer lui seul. Les deux catégories représentent respectivement une proportion de 9.0% des interrogés et de 7.9% de la population et 5.6% de l'échantillon souhaitent assurer leurs enfants seulement tandis que 4.5% veulent assurer les personnes âgées. Ce cas concerne les ménages qui ont les personnes de troisième âge qui commencent à avoir une santé fragile.

Nous pouvons nous demander si réellement la population de Gatumba va assurer toute la famille à un tel taux élevé comme on vient de le voir dans le tableau en haut ? La réponse se trouve dans le tableau en bas qui donne une moyenne du montant de la cotisation souhaitée.

➤ **Montant de la cotisation souhaitée.**

Nous remarquons que 25,8% des enquêtés aimeraient que le montant de la cotisation soit de 1000 Fbu alors que 13,5% préféreraient une cotisation de plus du double de la dernière, c'est à dire 2400 Fbu par an et par personne. Les autres proposent une cotisation de 2000Fbu/an/bénéficiaire (10,1%), de 3600Fbu (7,9%) et bien d'autres propositions. Il faut souligner qu'il y a de nombreuses propositions de cotisation et avec des montants disparates. Le plus minime montant de cotisation proposé est de 500 Fbu par an et par bénéficiaire tandis que le plus élevé est de 12000Fbu par an et par bénéficiaire. Ces fortes proportions discordantes nous montrent que les interrogés aimeraient une contribution qui ne serait pas un goulot pour les familles et cela suppose aussi le choix judicieux des prestations à couvrir pour éviter des montants élevés de cotisation. En analysant bien les questions précédentes, nous avons remarqué que celui qui a proposé un montant élevé comme par exemple 12000Fbu par an et par bénéficiaire, c'est cette même personne qui a beaucoup dépensé pour les soins de premier recours aux soins (34000Fbu)<sup>26</sup>. Avec sa mauvaise expérience de dépenser beaucoup pour les soins de santé, il trouve judicieux contribuer beaucoup pour la prévoyance maladie. Pour les autres personnes aussi, nous pensons que l'effet de réalisme aidant, ces personnes seront obligées de s'aligner sur les montants qui seront proposés.

Tableau 18 : Fréquence des montants de cotisations proposées.

Montant	Fréquence	%	%Cumulé	
500	7	7,9%	7,9%	
700	2	2,2%	10,1%	
800	3	3,4%	13,5%	
1000	23	25,8%	39,3%	
1200	5	5,6%	44,9%	
500	6	6,8%	51,7%	
1800	3	3,4%	55,1%	
2000	9	10,1%	65,2%	

<sup>26</sup> Voir tableau en annexe sur les dépenses de santé en premier recours.

2400	12	13,5%	78,7%			
2500	1	1,1%	79,8%			
3000	4	4,5%	84,3%			
3600	7	7,9%	92,2%			
5000	3	3,4%	95,6%			
7000	2	2,2%	97,8%			
8400	1	1,1%	98,9%			
12000	1	1,1%	100,0%			
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>			
	Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
	90	189600	2106,6667	3295460,7	1815,3404	
	Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
	500	1000	1500	2400	12000	1000

➤ **La meilleure périodicité de recouvrement de la cotisation.**

Avec les données du tableau en bas, nous remarquons que 59 interrogés c'est-à-dire 65,6% de l'échantillon préfèrent s'acquitter de leur cotisation par le biais de l'association. Cette catégorie de personnes concerne en notre sens les membres de l'association qui épargnent. Il serait préférable pour eux de retirer la cotisation à la source, ce qui arrangerait aussi le recouvrement de la part de la mutuelle.

Tableau 19 : La collecte de la cotisation.

Mode de collecte de la cotisation	Fréquence	%	%Cumulé
<b>1. Quête à domicile</b>	6	6,7%	6,7%
<b>2. Versement individuel sur le compte bancaire de la mutuelle</b>	17	18,9%	25,6%
<b>3. Précompte lors du paiement des récoltes</b>	8	8,9%	34,4%
<b>4. Par le biais de l'association</b>	59	65,6%	100,0%
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%

### ➤ Prestations souhaitées par les membres.

A la question demandant les prestations que les futurs membres de la mutuelle aimeraient couvrir, nos enquêtés se sont prononcés là-dessus. Les résultats de notre enquête nous donne une idée des prestations souhaitées par ces personnes.




L'examen de ces résultats nous montre que la majorité de nos enquêtés veut que la future mutuelle couvre toutes les prestations ce qui est pratiquement impossible vu les montants de cotisation proposés dans les parties précédentes. Ces prestations représentent 34.7% des réponses. Ce choix est suivi des prestations suivantes : Consultation, médicaments, hospitalisation et les analyses avec 31.4% des réponses. La combinaison des prestations de consultation, médicaments, analyses et accouchement occupe une proportion de 16.7% de l'échantillon. Après cela arrive la combinaison de la consultation, médicaments et radio avec une fréquence de 8.3%. En dernier lieu viennent deux combinaisons suivantes : médicaments, hospitalisations et consultation (5.2%) et analyses, médicaments et hospitalisation avec 3.7% des réponses.

En analysant bien les propositions des enquêtés, nous constatons qu'une mutuelle surtout naissante est incapable de couvrir à la fois les soins de santé primaire et les soins hospitaliers à moins que cette mutuelle ait une subvention. Cette question a été posée dont l'objectif était de voir quelles sont les prestations les plus prioritaires des futurs membres de la mutuelle pour nous aider à proposer des prestations les plus rationnelles afin de sauvegarder la viabilité de la mutuelle. Ces combinaisons seront proposées dans la partie concernant les scénarii possibles à appliquer à la future mutuelle. Ils doivent prendre en compte à la fois l'accessibilité des bénéficiaires aux soins et le montant de cotisation souhaitée par les membres de « GH ».

Mais le problème ici est que normalement l'objectif principal d'une mutuelle est de permettre l'accessibilité financière aux soins des ses membres. Or dans notre pays en général et dans notre zone cible en particulier, le manque de moyens financiers est la grande cause de l'inaccessibilité aux soins de santé.

➤ **Achat de la carte mutuelle.**

Tableau 20 : Statistiques du montant souhaité pour l'achat de la carte mutuelle.

Montant	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. 500</b>	71	79,8%	79,2%	
<b>2. 1000</b>	18	20,2%	100,0%	
<b>Total</b>	89	100,0%	100,0%	

A la lecture de ce tableau, nous remarquons que 79,8% de la population souhaitent payer la carte de membre à la mutuelle de santé un montant de 500Fbu alors que 20,2% des interrogés proposent 1000Fbu par carte de membre. Cette proportion ne nous étonne pas pour les populations burundaises parce que elles sont habituées à acheter les cartes d'assurance maladie<sup>27</sup> à ce même montant (500Fbu), ce qui est normal alors d'avoir une grande proportion de 500Fbu par rapport à 1000Fbu. Il serait alors logique de garder ce même montant pour l'achat de la carte de membre sinon les population vont croire que cette carte est très chère.

➤ **L'intention de payer le ticket modérateur.**

A la question 39 demandant les prestations que les futurs membres de la mutuelle souhaitent que la mutuelle couvre, nous avons eu une grande fréquence des personnes (34,7%), qui souhaitent être prise en charge toutes les prestations. C'est gênant alors de poser encore à ces gens la question de payer le ticket modérateur.

La question est libellée comme suit : « Si vous adhérez à la mutuelle, seriez-vous prêt à payer une partie des dépenses que vous venez de supporter lors de la dernière maladie ? »

Les résultats à cette question nous donne presque les mêmes proportions que le tableau demandant les prestations à prendre en charge par la mutuelle (tableau en annexe). Les 34,7% des enquêtés qui souhaitent être prises en charge pour toutes les prestations, ce sont ces mêmes personnes, à quelques différences près qui ne veulent pas payer le ticket modérateur. 34,8 % des fréquences ne veulent pas payer le ticket

<sup>27</sup> Carte d'assurance des paysans mais, avec le nouveau système de recouvrement des coûts cette carte n'est plus fonctionnelle sur presque toute l'étendue du territoire burundais.



modérateur alors que 65,2% de l'échantillon sont prêts à supporter ce ticket modérateur.

La question que l'on peut se poser maintenant est celle de savoir quel montant la population souhaite payer pour ce ticket modérateur ? La réponse à cette question se trouve synthétisée dans le tableau suivant.

➤ **Montant pour payer le ticket modérateur.**

Tableau 21 : Statistiques du montant souhaité pour payer le ticket modérateur.

Montant	Fréquence	%	%Cumulé	
1. 50	23	39,7%	39,7%	
2. 100	30	51,7%	91,4%	
3. 500	5	8,6%	100,0%	
<b>Total</b>	58	100,0%	100,0%	

Les personnes qui ont répondu à cette question sont au nombre de 58. Ce nombre correspond aux interrogés qui ont accepté de supporter le ticket modérateur. A l'analyse de ce tableau, nous avons constaté que la plus grande partie d'enquêtés propose 100Fbu pour le ticket modérateur par épisode maladie. Cette catégorie représente 51,7% du nombre total (58). Après cela vient la proposition de 50Fbu avec 39,7% et enfin ceux qui proposent 500Fbu pour payer le ticket modérateur occupent une proportion de 8,6% des 58 personnes.

➤ **L'intention de continuer à cotiser.**

« **Vous pouvez continuer à cotiser si votre assuré ne tombe pas malade toute l'année?** ». Cette question a été posée à toute la taille de notre échantillon parce que notre vision était de savoir si réellement les membres ont l'idée de solidarité entre eux. Nous avons alors constaté que la question de solidarité ne se pose pas au sein de l'association « GH ». Sur toute la taille de l'échantillon, 79/90 interrogés c'est-à-dire 87,8% de l'échantillon sont prêts à continuer à cotiser si une année passe sans que son bénéficiaire tombe malade. Cela prouve la volonté de solidarité que possèdent les membres de « GH ».

Ceux qui ne vont pas continuer à cotiser si aucune personne parmi leurs assurés ne tombe malade toute l'année, ce sont ces personnes en notre avis qui veulent s'assurer seules. Cette catégorie de personnes représente 12,2% des réponses.

➤ **Période d'observation.**

Trois mois d'observation est une période d'observation qui a eu une grande fréquence des réponses avec 48,9%, ce qui représente près de la moitié des propositions. Les autres périodes proposées sont : 0 mois avec 24,4%, 4 mois avec 12,2% des réponses et bien d'autres propositions. Le choix de 3 mois remporte sur d'autres périodes pour la simple raison que cette période est appliquée dans l'association pour ce qui concerne l'octroi des crédits. Pour avoir un crédit, un membre qui dispose d'une épargne doit observer au moins trois mois à compter de la date de dépôt de son argent dans les caisses de l'association.

La synthèse à ces réponses se trouve dans le tableau suivant.

Tableau 22 : Durée de la période d'observation.

Période (mois)	Fréquence	%	% Cumulé
0	22	24,4%	24,4%
1	1	1,1%	25,6%
2	3	3,3%	28,9%
3	44	48,9%	77,8%
4	11	12,2%	90,0%
5	4	4,4%	94,4%
6	4	4,4%	98,9%
7	1	1,1%	100,0%
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%

Compte tenu des résultats de notre enquête, nous pouvons dire qu'il existe bien des potentialités pour la mise en place d'une mutuelle de santé au regard des données déjà analysées. Nous allons maintenant voir si la faisabilité institutionnelle de l'association « GH » peut leur permettre de mettre sur pied ladite mutuelle.

## **Chapitre VIII. Faisabilité institutionnelle et disponibilité des prestataires de soins.**

### **8.1. Faisabilité institutionnelle.**

#### **8.1.1. Le cadre institutionnel de l'association « GH ».**

L'association « GH » est un groupement de personnes vulnérables avec comme objectif principal assister les personnes vulnérables. Le bureau qui abrite le siège de l'association est loué et se trouve au centre ville de la capitale Bujumbura. Elle a été créée le 24 octobre 1998 et a commencé ses activités au mois de février 1999. Les principales activités de cette association sont : la gestion de micro-projets (micro-finances), la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (IST) et la vulgarisation des droits fondamentaux. Comme sources de revenu, l'association « GH » dispose comme bailleurs des organismes internationaux à savoir ; l'UNICEF et le PAM, de la coopération bilatérale comme la Coopération Technique Belge (CTB), la coopération française, et la coopération italienne. A part cela, « GH » a d'autres sources de revenu comme l'Etat du Burundi et les fonds propres. Ses organes dirigeants sont : le comité exécutif, le comité de gestion ainsi que le comité de surveillance. Le président de l'association nous a affirmé que les promoteurs éventuels de la future mutuelle de santé seront les responsables des bénéficiaires et le président de l'association lui-même. Il a continué en disant que dans les instances de décision de l'association, on y trouve 15 femmes sur un total de 19 membres, ce qui montre que les femmes ont une place importante dans la prise de décision. Jusqu'aujourd'hui, on ne trouve pas plus d'une personne membre de l'association provenant d'un même foyer. Les membres de l'association ont intégré l'association d'une façon individuelle.

L'association est dotée de textes réglementaires comme les statuts, le règlement d'ordre intérieur et la lettre d'agrément signée par le Ministre de l'intérieur.

### 8.1.2. La compétence en gestion de l'association.

Comme le montre le tableau en bas, la désignation des responsables de l'association se fait de trois façons : élection, nomination et auto-désignation.

Tableau 23 : Mode de désignation des responsables de l'association.

Mode de désignation	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1 : élection</b>	81	90,0%	90,0%	
<b>2 : nomination</b>	7	7,8%	97,8%	
<b>3 : auto-désignation</b>	2	2,2%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

Sur un nombre total de 90 personnes enquêtées, 81 interrogées ont répondu que leurs responsables sont désignés par les élections d'une façon démocratique. Ce mode de désignation par élection représente 90% de l'échantillon. D'autres disent que la désignation se fait par nomination (7.8%) et l'auto-désignation est aussi un mode de désignation signalé dans cette association. Ce mode représente 2.2% de l'échantillon. Les deux derniers modes de désignation ont été signalés en notre avis par les négativistes, ceux qui n'ont pas confiance en ceux qui ont été élus.

L'association « GH » bénéficie d'une expérience de gestion qui pourrait être profitable à la future mutuelle de santé. Lors de notre enquête, les membres de l'association ont eu à se prononcer sur la compétence en gestion de leurs responsables. Le tableau suivant nous résume ce que pensent les personnes interrogées sur cette compétence en gestion.

Tableau 24 : La compétence en gestion des responsables de l'association.

	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Oui</b>	58	64,4%	64,4%	
<b>2. Non</b>	9	10,0%	74,4%	
<b>3. Je ne sais pas</b>	23	25,6%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	

En effet, les résultats présentés dans ce tableau nous prouvent que les membres de l'association ont confiance en leurs responsables pour ce qui est de la gestion de l'association. 64.4% de l'échantillon affirment reconnaître la compétence en gestion de leurs responsables. Ceux qui ne se sont pas prononcés occupent 25.6% de la taille de l'échantillon tandis que 10% des interrogés disent que leurs responsables ne sont pas compétents. A partir de ces données, nous nous permettons alors de conclure que le système gestionnaire de l'association est de bonne qualité.

Le tableau en annexe nous montre que 85.6%<sup>28</sup> des interrogés sont au courant de l'existence des outils de gestion au sein de l'association. Ces outils sont essentiellement les fiches de stock, les rapports d'activités, les livres de banque et les livres de caisse.

Afin d'éviter des risques liés au crédit, l'association a instauré un système de gestion efficace ; toute femme qui contracte un crédit doit déposer à la caisse de l'association une caution et la personne doit observer une période de trois mois avant de bénéficier un crédit. Ainsi, une évaluation est organisée afin de se rassurer si réellement le but de crédit est suivi. Cette bonne gestion qui a établi une grande confiance entre les membres et les responsables de l'association « GH » est l'un des aspects les plus positifs dont pourra bénéficier la future mutuelle.

Ainsi, au-delà de petites divergences de points de vue qui peuvent être résolues par de bonnes négociations, nous pouvons dire que la faisabilité institutionnelle est bien réelle.

Après cette présentation de la faisabilité institutionnelle, nous terminerons cette partie par la volonté de collaboration des structures sanitaires.

<sup>28</sup> Voir tableau en annexe sur les outils de gestion.

## 8.2. Disponibilité des prestataires de soins.

### 8.2.1. Existence des structures de soins.

Toute initiative de mise en place d'une mutuelle de santé doit reposer avant tout sur l'existence d'une offre de soins disponibles et capables de répondre aux besoins des populations en matière de soins de santé. Ces soins doivent être offerts dans des lieux pas trop éloignés de ceux de résidence et de travail de la population concernée. Il se pourrait alors que certaines structures de soins ne soient pas bien vues par la population parce qu'elles sont confrontées souvent à des problèmes par exemple de pénuries de médicaments ou parce que l'accueil n'y est toujours pas convenable.

Au niveau de la zone Gatumba, notre zone cible, l'offre de soins se compose de quatre centres de santé privés et d'un autre qui est public. Il faut souligner ici que tous ces CDS sont tous situés dans un rayon de moins de trois kilomètres. A cette composition des structures de soins, il faut ajouter le personnel médical et paramédical qui se répartit comme suit par rapport à ces cinq CDS :

Tableau 25 : Composition du personnel médical des structures de soins par catégorie professionnelle.

Catégories	CDS BORA UZIMA	CDS SANTE POUR TOUS	CDS MON CALME	CDS KOMERA	CDS PUBLIC	Total
Médecins	0	0	0	1	0	1
Sage-femmes	1	2	1	2	1	7
Infirmiers	2	4	3	1	5	15
Aide-soignants	1	2	1	2	6	23
Total	4	8	5	6	12	35

L'effectif total du personnel médical pour tous ces CDS est le suivant :

- 01 médecin
- 7 sages femmes
- 15 infirmières/infirmiers
- 6 aide-soignants

Avec un tel effectif, nous pensons que pour une mutuelle naissante, cette offre peut constituer une bonne base de démarrage des prestations pour les futurs membres.

Après l'analyse de l'offre des soins, nous pouvons maintenant chercher à savoir si ces différentes structures ne connaissent pas de problèmes d'approvisionnement en

médicaments. Notre enquête nous révèle qu'aucune structure ne connaisse de problèmes en approvisionnement des médicaments. Mais il reste à savoir que cette réponse reflète la réalité, ce qui est difficile à savoir. Malgré tout, pour avoir confiance en ces structures, ce qui compte le plus souvent est la qualité des services et l'accueil.

Le tableau en bas nous montre les structures dans lesquelles ces CDS réfèrent leurs malades en cas de complication. Comme nous le lisons dans ce tableau, quatre CDS parmi les cinq, aiment référer leurs malades dans un hôpital public à gestion autonome. Cet hôpital est l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC) situé au cœur de la capitale Bujumbura c'est-à-dire à 15 kilomètres de la zone Gatumba. L'autre lieu de référence est une clinique privée gérée par une congrégation à vocation chrétienne. Cette clinique est elle aussi située au centre ville de la capitale Bujumbura.

Tableau 26: Les structures de référence .

Structure de référence	Fréquence	%	%Cumulé
<b>1.Hôpital public (HPRC)</b>	4	80,0%	80,0%
<b>2.Clinique privée</b>	1	20,0%	100,0%
<b>Total</b>	5	100,0%	100,0%

Les maladies qui font souvent l'objet de référence sont : le paludisme grave, accouchement compliqué, anémie sévère, etc. A toutes fins utiles, nous nous permettons de dire que la zone de Gatumba dispose de services sanitaires en suffisance pour ce qui est des soins primaires.

Les responsables de ces structures de santé que nous avons interrogés nous ont relaté les difficultés auxquelles leurs patients sont confrontés. C'est essentiellement : le manque d'argent pour payer leurs soins (50,0%), attendre longtemps pour venir se faire soigner (33,3%) et ils souhaitent payer leurs frais d'une façon échelonnée (16,7%)<sup>29</sup>. Cela est un élément de plus qui nous pousse à dire qu'une mutuelle de santé à Gatumba est faisable.

<sup>29</sup> Voir tableau en annexe sur difficultés auxquelles sont confrontés les malades

### **8.3. Relations entre prestataires et la mutuelle.**

#### **➤ Signature d'une convention entre la mutuelle et les prestataires de soins.**

Lors des interviews que nous avons eues avec les responsables des structures sanitaires, le constat général que nous pouvons faire est que 50% de ces derniers sont prêts à collaborer avec n'importe quelle mutuelle tandis que l'autre moitié (50%) n'est pas prête à apporter son appui à une mutuelle de santé. Pour ce qui est des 50% qui veulent collaborer, la collaboration de ces deux institutions est un point très positif car la mise en place d'une mutuelle de santé ne peut se faire que dans un environnement où les structures de soins sont en parfaite adéquation avec les initiatives des populations dans la prise en charge financière de leurs problèmes de santé. En ce qui est des structures qui ne sont pas prêtes à collaborer, nous avons cherché d'autres informations supplémentaires pour savoir les obstacles à cette collaboration.

Les résultats de notre enquête nous montre que parmi les trois structures qui ont refusé de collaborer avec la mutuelle de santé, un responsable qu'on a interrogé dit qu'il ne peut pas signer un contrat avec une mutuelle qui n'existe pas encore. Il dit qu'il saura quoi faire après le démarrage des activités de la dite mutuelle. Les deux qui restent ont avancé l'idée que le contrat de signature n'est pas clair. Cette réponse porte confusion parce que le contrat de collaboration d'une mutuelle de la fonction publique (la seule que nous avons dans notre pays) ne peut pas être le même que celui d'une mutuelle de santé communautaire. Une sensibilisation à ce sujet se révèle indispensable afin de convaincre les structures de soins du milieu environnant de pouvoir collaborer avec la future mutuelle.

Concernant le mode de paiement des factures des membres de la mutuelle, les responsables de ces structures n'ont pas eu les mêmes positions. Comme le montre le tableau en dessous, la modalité de paiement par le remboursement mensuel des frais a une proportion de 66,7% du total des responsables interrogés alors que le paiement forfaitaire est une modalité qui a été proposée par deux structures parmi les six qui étaient concernées par cette question (33.3% de l'échantillon).



Tableau 27: Modalité de paiement des factures.

Modalités de paiements des factures	Fréquence	%	%Cumulé	
<b>1. Paiement forfaitaire</b>	2	33,3%	33,3%	
<b>3. Remboursement mensuel des frais</b>	4	66,7%	100,0%	
<b>Total</b>	6	100,0%	100,0%	

L'autre constat que nous avons fait pendant nos entretiens avec les structures de soins est que ces dernières ne proposent pas les mêmes taux de réduction à consentir pour les différentes prestations. La plupart des structures proposent 10% de réduction sur la facture (4 structures qui représentent 66,6%), la réduction de 20% de la facture est proposée par une seule structure (16,76%) et il y a aussi une structure qui n'a pas accepté de faire une réduction. Une telle situation montre l'existence de confiance de la part de ces responsables vis à vis de l'association.

## CHAPITRE IX. FAISABILITE FINANCIERE.

### 9.1. Présentation des taux d'utilisation.

A partir des données tirées dans le tableau en annexe parlant du nombre de cas mensuels traités dans les structures du milieu environnant (cinq CDS retenus), nous avons constitué le tableau en bas sur le taux d'incidence de la consultation, des médicaments, de l'hospitalisation, de l'analyse et de l'accouchement. Le début de recueil de données étant commencé en début du mois de décembre, les données de ce mois n'étaient pas disponibles et nous avons procédé par la formule de règle de trois simple pour trouver les données sur toute une année.

Comme formule de calcul de ce taux d'incidence, c'est le nombre de cas sur la population totale concernée. Toutes ces données sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 28: Taux d'incidence des prestations souhaitées.

<b>Prestations souhaitées</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Taux d'utilisation = nombre de cas/ population totale</b>
Consultation	34296	126%
Médicament	8160	30% <sup>30</sup>
Hospitalisation	704	2.6%
Accouchements	4679	17%
Analyse	5320	20%

Avant de faire l'analyse du tableau, il s'avère nécessaire de définir ces cinq prestations retenues comme essentielles pour éviter toute ambiguïté. Ces prestations sont la consultation, les médicaments, l'hospitalisation, les accouchements et les analyses.

Quand nous parlons ici de la consultation, c'est l'argent payé par le patient pour avoir accès à toute autre prestation. Quant aux médicaments, nous avons calculé le coût total des médicaments administrés au niveau des quatre CDS concernés<sup>31</sup> en utilisant

<sup>30</sup> Ici on ne tient pas compte des malades qui sont allés consulter dans le CDS public car les médicaments y sont gratuits

<sup>31</sup> Le CDS public ne fait pas partie car les médicaments y sont gratuits mais ce système est en voie de disparition.

les ordonnances faites. Pour l'hospitalisation, nous comptons les frais de séjour et les soins administrés. Concernant l'accouchement, ici nous parlons des accouchements simples car tous les CDS de la zone Gatumba ne disposent pas de blocs opératoires et cela fait que tous les cas compliqués de grossesse sont évacués sur Bujumbura. Quant aux analyses, elles ne concernent que l'examen de selles et la goutte épaisse et cela suite au manque d'équipements biomédicaux avancés comme radio, échographe, etc.

Avec une population de la zone Gatumba estimée à 27 100 personnes en 2004<sup>32</sup>, le taux d'utilisation a été calculé sur base de cette population totale qui est supposée utiliser les structures de soins de cette zone avec le nombre de cas des différentes prestations. Ces dernières ont été choisies pour la simple raison que ce sont celles souhaitées par la population pour être prises en charge par la future mutuelle selon notre enquête. A partir du tableau en haut, les différents taux d'utilisation se trouvent résumés ici en bas ;

**Consultation** : 1,26 est le taux d'utilisation au niveau du territoire couvert par la zone Gatumba

**Hospitalisation** : 0.026 est le taux d'utilisation dans les CDS concernés par notre enquête.

**Médicaments** : 0.30 est le taux noté au niveau de la même zone

**Accouchement** : 0.17 est le taux d'utilisation dans ces CDS

**Analyses** : 0.20 est le taux d'utilisation au niveau des laboratoires des cinq CDS Gatumba

A l'analyse des informations ci-haut, nous remarquons que c'est la consultation qui a le taux d'utilisation le plus élevé (126%). Cela est dû par le fait que dans notre zone cible, en moyenne les frais de consultation ne sont pas élevés (270Fbu)<sup>33</sup>. Par contre, le taux d'utilisation des médicaments n'est pas très élevé par rapport à celui de la consultation (30%) et cela dans la plupart des cas, suite au manque de moyens financiers pour se procurer des médicaments. Selon le travail fait par MSF Belgique au Burundi sur l'accès aux soins de santé au Burundi (mars 2004), 5% des patients qui parviennent à payer la consultation n'ont pas accès à un traitement ou reçoivent un traitement incomplet.

---

<sup>32</sup> Direction nationale de la population

<sup>33</sup> Résultats de notre enquête

### 9.2. Calcul du coût moyen/prestation.

A partir du tableau en haut et des tableaux en annexe parlant des coûts moyens des différentes prestations pour les pathologies les plus fréquentes dans notre zone, nous avons déduit le tableau suivant :

**Tableau 29 : Coût moyen par prestation.**

Prestations	Taux d'utilisation	Coût moyen/ épisode maladie	Coût moyen annuel
Consultation	126%	270	340.2
Médicament	30%	1710	513
Hospitalisation	2.6%	4250	110.5
Accouchements	17%	2800	476
Analyse	20%	540	108
<b>Total</b>			<b>1547.7</b>

### 9.3. Calcul de la prime adéquate.

La prime adéquate est le montant financier qui tient compte à la fois des coûts des prestations et des frais administratifs et de gestion de la mutuelle ainsi que la marge de sécurité. C'est cette prime que doit payer chaque bénéficiaire de la mutuelle au titre de sa cotisation. C'est à la base du tableau en haut que nous déduisons la procédure de calcul de la prime adéquate.

Cotisation = coût moyen de la prestation x taux de risque + la marge de sécurité + les frais de fonctionnement

Marge de sécurité = 10% de la cotisation

Frais de fonctionnement = 10% de la cotisation

La formule de calcul de la prime est la suivante :

Montant de la prime =

$\sum \text{descouts annuels de chaque prestation} \times \text{son taux d'utilisation} + \text{Frais de gestion} + \text{la marge de sécurité}$

Le coût de revient des prestations tiennent compte des frais de fonctionnement de la mutuelle et de la marge de sécurité respectivement pour 10% du montant de la cotisation.

Soient :

$P_i$  : la prestation  $i$

$CMA(P_i)$  : Coût Moyen Annuel de la prestation  $P_i$

$TU(P_i)$  : Taux d'Utilisation de la prestation  $i$

$N$  : Nombre d'adhérents à la mutuelle

$FAG$  : Frais Annuels de Gestion de la caisse

$MS$  : Marge de Sécurité

$CTA(P_i)$  : Cotisation Totale Annuelle pour la prestation  $i$

$MTAM(P_i)$  : Montant Total Annuel Dépensé par la mutuelle pour la prestation  $i$

$$MTAD(P_i) = CMA(P_i) \times TU(P_i) \times N$$

$$CTA(P_i) = MTAD(P_i) + FAG + MS$$

$$\text{Or } FAG = 0,1 \times CTA(P_i) \text{ et } MS = 0,1 \times CTA(P_i)$$

$$CTA(P_i) = \frac{MTAD(P_i)}{0,80}$$

$$CTA(P_i)/\text{personne} = \frac{MTAD(P_i)}{N \times 0,80} = \frac{CMA(P_i) \times TU(P_i) \times N}{N \times 0,80} =$$

$$\frac{CMA(P_i) \times TU(P_i)}{0,80}$$

Donc le montant de la prime devient ainsi :

$$\text{Montant de la prime} = \frac{\sum \text{descouts annuels de chaque prestation} \times \text{son taux d'utilisation}}{0,80}$$

Ici, nous n'avons pas pris en compte le nombre potentiel d'adhérents car ce chiffre est simplifié par lui-même en fin de calcul. Le tableau suivant résume nos calculs :

Tableau n°30 : Calcul de la prime adéquate

Prestations	Taux d'utilisation (TU)	Coût moyen/ prestation (CM/P)	TU*CM/P
Consultation	126%	270	340.2
Médicament	30%	1710	513
Hospitalisation	2.6%	4250	110.5
Accouchements	17%	2800	476
Analyse	20%	540	108
<b>Total</b>			<b>1547.7</b>
Montant annuel de la cotisation			<b>1934.6</b>
Montant mensuel de la cotisation			<b>160</b>

Pour une prise en charge à 100% des dépenses de santé de ses membres pour les cinq prestations citées dans le tableau ci-haut, la mutuelle devra faire cotiser la somme de 160Fbu par bénéficiaire et par mois. Ce montant est la prime adéquate dans le cas où tout membre de la mutuelle qui n'honorera pas ses engagements (le paiement de sa cotisation) ne bénéficiera la prise en charge médicale offerte par la mutuelle. Cette prise en charge suppose donc un recouvrement à 100% des cotisations ce qui serait très optimiste pour ne pas dire impossible dans le cadre des mutuelles de santé des populations du secteur informel.

La base fondamentale des mutualités communautaires étant la solidarité, l'exclusion des membres qui ont des arriérés des cotisations serait contradictoire à ce principe.

Si nous envisageons un taux de recouvrement (TRC) de 90%, alors la cotisation mensuelle des bénéficiaires sera :

$$\text{Cotisation mensuelle} = \text{Cotisation mensuelle} \times 1,10$$

Avec un TRC de 90%, la cotisation mensuelle devient dans ce cas  $160 \times 1,1 = 176$  Fbu, soit donc, la cotisation annuelle de 2112 Fbu par bénéficiaire.

Ainsi, nous constatons que la diminution de 10% du taux de recouvrement des cotisations entraîne une augmentation de la prime de 16Fbu par bénéficiaire et par mois ce qui nous donne une augmentation annuelle d'environ 200Fbu/ bénéficiaire.

En envisageant un taux de recouvrement de 60%, la prime mensuelle serait de  $160 \times 1,6 = 256$  Fbu par bénéficiaire c'est-à-dire une cotisation annuelle de 3072Fbu par bénéficiaire.

Les données précédentes nous montrent le rôle important que devra jouer les responsables de la future mutuelle pour la sensibilisation à l'adhésion de la mutuelle et le recouvrement des cotisations car cela est la condition sine qua non pour la pérennisation de la mutuelle. En effet, un faible taux de recouvrement nécessitera un apport plus élevé des personnes si ces dernières acceptent de faire jouer leur fibre de solidarité. 25,8% des personnes enquêtées ont proposé une cotisation annuelle de 1000Fbu par bénéficiaire<sup>34</sup> ce qui est presque le triple de la cotisation que nous avons calculée si jamais le TRC est de 60%( 3072Fbu).

Néanmoins, la proposition d'une cotisation de 200Fbu/bénéficiaire et par mois (c'est-à-dire 2400Fbu/an), occupe aussi une place de choix (13.5%).<sup>35</sup> Nous trouvons alors indispensable élaborer différents scénarii pour ajuster la prime adéquate à la prime souhaitée.

#### **9.4. Les différents scénarii possibles.**

Hypothèse 1: les cinq prestations sont prises en charge totalement par la mutuelle ; alors la cotisation est de 1934.62 Fbu environ 2000Fbu/an/bénéficiaires.

Hypothèse	Prestations prises en charge	taux de prise en charge	TU*CM/P (1)	Cotisation annuelle requise = (1)/0.8
1	Consultation	100%	340.2	425.25
	Médicament	100%	513	641.25
	Hospitalisation	100%	110.5	138.12
	Accouchements	100%	476	595
	Analyse	100%	108	135
	<b>Total</b>			

<sup>34</sup> Cfr tableau n° 23

<sup>35</sup> Cfr tableau n° 23

Ce système a des avantages comme elle a des inconvénients. L'avantage à ce type de prise en charge est que suite à une cotisation élevée, le problème de risque moral est résolu en ce sens que les bénéficiaires ont une contribution élevée pour leurs dépenses de santé. L'inconvénient à cette prime élevée réside au niveau du taux de cotisation. En effet, le montant des dépenses auquel devront faire face les bénéficiaires étant élevé, cela pourra entraîner comme conséquences le découragement de ces derniers à la longue.

**Hypothèse 2 :** la mutuelle prend en charge la moitié des prestations.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
2	Consultation	340.2	425.25	50%	212.625
	Médicament	513	641.25	50%	320.625
	Hospitalisation	110.5	138.12	50%	69.06
	Accouchements	476	595	50%	297.5
	Analyse	108	135	50%	67.5
	<b>Total</b>			<b>1934.6</b> <b>2</b>	

Si la mutuelle prend en charge 50% du coût des prestations, dans ce cas la cotisation annuelle par bénéficiaire devient 967.31 Fbu comme nous l'indique le tableau ci-haut. L'avantage d'un tel système est que le montant de la prime correspond au montant de la cotisation souhaitée par une grande partie des enquêtés (1000Fbu/an/bénéficiaire).

**Hypothèse 3 :** la mutuelle prend en charge la consultation à 100%, le remboursement des médicaments à 50%, les hospitalisations à 50%, les accouchements et les analyses à 50%.



Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
3	Consultation	340.2	425.25	100%	425.25
	Médicament	513	641.25	50%	320.625
	Hospitalisation	110.5	138.12	50%	69.06
	Accouchements	476	595	50%	297.5
	Analyse	108	135	50%	67.5
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

Dans ce cas de figure, le montant de la cotisation sera égal à 1179.935Fbu comme nous l'indique le tableau ci-dessus :

Un tel système présente le même avantage que le deuxième scénario en ce qui concerne le montant de la prime qui est plus proche de celui souhaité par une grande partie des enquêtés.

Selon les résultats de notre enquête, parmi toutes les cinq prestations proposées pour la prise en charge, la consultation est la seule prestation que presque toutes les enquêtés proposent d'être pris en charge en totalité. C'est pourquoi alors ce scénario présente ici un avantage par le fait que la mutuelle prend en charge la consultation à 100%.

**Hypothèse 4** : la mutuelle prend en charge uniquement la consultation à 80%, le remboursement des médicaments génériques à 50%, les analyses à 50% et les accouchements à 50%, alors dans ce cas la cotisation devient 1025.825Fbu par bénéficiaire et par an.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
4	Consultation	340.2	425.25	80%	340.2
	Médicament	513	641.25	50%	320.625
	Hospitalisation	110.5	138.12	0%	0
	Accouchements	476	595	50%	297.5
	Analyse	108	135	50%	67.5
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

Ce dernier scénario présente les mêmes avantages que ceux du scénario précédent à l'exception que pour le cas présent, l'hospitalisation est totalement prise en charge par le bénéficiaire. En effet, le montant de la prime ici est presque le même que celui calculé au deuxième scénario.

**Hypothèse 5 :** la mutuelle prend en charge la consultation curative à 100% sans ticket modérateur, rembourse 50% des ordonnances de médicaments en générique, 50% des analyses, 100% des accouchements et 50% des hospitalisations alors la cotisation est de 320 F CFA par bénéficiaire et par mois

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
5	Consultation	340.2	425.25	100%	425.25
	Médicament	513	641.25	50%	320.625
	Hospitalisation	110.5	138.12	50%	69.06
	Accouchements	476	595	100%	595
	Analyse	108	135	50%	67.5
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

Pour une telle forme de prise en charge, le montant de la cotisation annuelle sera de 1477.435 Fbu. Le tableau ci-haut nous donne le résumé des calculs.

Ce scénario est aussi intéressant du fait que la cotisation calculée n'est pas très élevée par rapport à celle proposée par la majeure partie des enquêtés.

**Hypothèse 6 :** la mutuelle prend en charge la consultation curative à 80%, le remboursement des ordonnances de médicaments génériques à 50% et les analyses à 50% alors que l'hospitalisation et l'accouchement sont pris en charge totalement par le bénéficiaire. La cotisation devient dans ce cas 728.325 Fbu /bénéficiaire/an.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
6	Consultation	340.2	425.25	80%	340.2
	Médicament	513	641.25	50%	320.625
	Hospitalisation	110.5	138.12	0%	0
	Accouchements	476	595	0%	0
	Analyse	108	135	50%	67.5
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

On remarque dans ce scénario que le montant de la cotisation n'est pas élevé mais l'inconvénient est que les bénéficiaires peuvent être réticents en ce sens que l'hospitalisation et l'accouchement ne sont pas pris en charge par la future mutuelle aussi bien que la quasi-totalité des membres de « GH » sont des femmes.

**Hypothèse 7 :** la mutuelle prend en charge 60% des dépenses dues à toutes les prestations prises en compte dans notre étude, alors la cotisation sera de 1160.772 Fbu par bénéficiaire et par an.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
7	Consultation	340.2	425.25	60%	255.15
	Médicament	513	641.25	60%	384.75
	Hospitalisation	110.5	138.12	60%	82.872
	Accouchements	476	595	60%	357
	Analyse	108	135	60%	81
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

Ce scénario est plus intéressant par rapport au précédent dans la mesure où ici toutes les prestations sont prises en compte malgré qu'elles ne soient pas pris en charge en totalité par la mutuelle. La différence avec le scénario précédent est qu'à ce dernier, certaines prestations, (hospitalisation et accouchement), sont prises en charge à 100% par le bénéficiaire.

**Hypothèse 8 :** la mutuelle prend en charge 100% des consultations curatives, 100% des ordonnances de médicaments génériques, 100% des analyses, 60% des accouchements et 60% des hospitalisations, alors la cotisation sera de 1641.372 Fbu par bénéficiaire et par an

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
8	Consultation	340.2	425.25	100%	425.25
	Médicament	513	641.25	100%	641.25
	Hospitalisation	110.5	138.12	60%	82.872
	Accouchements	476	595	60%	357
	Analyse	108	135	100%	135
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

En effet, la différence de cotisation entre ce dernier scénario et le cinquième est d'environ 160 Fbu/an/bénéficiaires avec une accessibilité plus grande aux soins (3 prestations sur 6 sont prises en charge totalement alors que deux autres sont prises par la mutuelle à 60%) pour le huitième scénario par rapport au cinquième scénario.

**Hypothèse 9 :** la mutuelle prend en charge les consultations curatives à 100%, 75% des analyses, 75% des accouchements et 75% des hospitalisations, alors la cotisation sera de 853.215 Fbu par bénéficiaire et par an.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
9	Consultation	340.2	425.25	100%	425.25
	Médicament	513	641.25	0%	0
	Hospitalisation	110.5	138.12	75%	103.59
	Accouchements	476	595	75%	223.125
	Analyse	108	135	75%	101.25
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

La différence entre la cotisation calculée au sixième scénario et celle calculée au neuvième est d'environ 120 Fbu/an/bénéficiaire ce qui n'est pas énorme si on compare les avantages tirés à ces deux scénarii ; au neuvième scénario, seules les factures des médicaments génériques ne sont pas prises en charge par la mutuelle alors qu'au sixième, l'accouchement et l'hospitalisation sont pris en charge en totalité par le bénéficiaire.

**Hypothèse 10 :** la mutuelle prend en charge seulement la consultation à 100% et l'analyse à 75% et les autres prestations sont prises en totalité par les bénéficiaires. Alors dans ce cas, la cotisation calculée s'élève à 526.5 Fbu/an/bénéficiaire. Ce montant est abordable et par conséquent trois prestations sur cinq ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

Hypothèse	Prestations prises en charge	TU*CM/P (1)	(1)/0.8	taux de prise en charge	Cotisation annuelle requise
10	Consultation	340.2	425.25	100%	425.25
	Médicament	513	641.25	0%	0
	Hospitalisation	110.5	138.12	0%	0
	Accouchements	476	595	0%	0
	Analyse	108	135	75%	101.25
	<b>Total</b>			<b>1934.62</b>	

Pour faciliter une meilleure compréhension de ces différents scénarii, faisons le tableau synthétique des scénarii.

Tableau 31 : Synthèse des scénarii des différents couples cotisation/prestation.

Scénarii	Caractéristiques	Montant de la prime annuelle/bénéficiaire en Fbu
<i>Scénario 1</i>	<i>Prise en charge à 100% de toutes les prestations</i>	<b>1934.62</b>
<i>Scénario 2</i>	<i>Prise en charge à 50% de toutes les prestations</i>	<b>967.31</b>
<i>Scénario 3</i>	<i>Prise en charge à 50% de toutes les prestations à l'exception de la consultation qui est prise en charge à 100%</i>	<b>1179.935</b>
<i>Scénario 4</i>	<i>Prise en charge à 50% des prestations à l'exception de la consultation et de l'analyse qui sont prises en charge à 100%</i>	<b>1025.825</b>
<i>Scénario 5</i>	<i>Prise en charge à 50% des prestations à l'exception de la consultation et de l'accouchement qui sont pris en charge à 100%</i>	<b>1477.435</b>

<i>Scénario 6</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge à 80% de la consultation</li> <li>-Prise en charge à 50% des médicaments et de l'analyse</li> <li>-L'hospitalisation et l'accouchement ne sont pas pris en charge</li> </ul>	<b>728.325</b>
<i>Scénario 7</i>	Prise en charge à 60% de toutes les Prestations	<b>1160.772</b>
<i>Scénario 8</i>	Prise en charge à 100% des prestations à l'exception de l'hospitalisation et de l'accouchement qui sont pris en charge à 60%	<b>1641.372</b>
<i>Scénario 9</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge à 100% de la consultation</li> <li>- Prise en charge à 75% des médicaments, de l'hospitalisation et des analyses</li> <li>- Les médicaments ne sont pas pris en charge</li> </ul>	<b>853.215</b>
<i>Scénario 10</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge à 100% de la consultation</li> <li>- Prise en charge à 75% des analyses</li> <li>- Les médicaments, l'hospitalisation et l'accouchement ne sont pas pris en charge</li> </ul>	<b>526.5</b>

Il est important de signaler que de toutes les simulations vues ci-haut, le cinquième scénario est le meilleur. Ce choix se justifie par le fait qu'il permet la couverture de toutes les prestations à 50% sauf l'accouchement et la consultation qui seront pris en charge à 100% par la mutuelle. La quasi-totalité des membres de « GH » étant des femmes, l'accouchement devient une prestation très importante ce qui est une raison de plus de privilégier ce scénario. Une autre raison de prendre ce scénario est que vu les souhaits de cotisation des interrogés, la cotisation trouvée ici (environ 1500 Fbu/an/bénéficiaire) n'est pas éloignée de ce que propose la plupart de nos enquêtés<sup>36</sup>.


Il faut toutefois souligner que les 1500Fbu/an/bénéficiaire sont calculés tout en supposant que le taux de recouvrement (TRC) est de 100%. Cela peut nous amener à

<sup>36</sup> Cfr tableau n° 24

arrondir un peu la cotisation dans le but de fixer une prime qui permettra à notre future mutuelle d'être viable.

CESAG - BIBLIOTHEQUE





*CONCLUSION*  
*ET*  
*RECOMMANDATIONS*

CESAG BIBLIOTHEQUE

# Conclusion .

La réflexion sur l'accessibilité financière aux soins de santé des membres de l'association « Geste Humanitaire » a pris la forme d'une étude de faisabilité d'une mutuelle de santé communautaire au sein de cette association.

Au terme de notre étude, la question à se poser maintenant est de savoir si les objectifs que nous nous sommes fixés avant ont été atteints, si les hypothèses que nous nous sommes données ont été vérifiées.

Notre étude consistait à chercher quels sont les facteurs de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé viable au sein de l'association « Geste Humanitaire ».

Pour arriver à répondre à toutes ces interrogations, nous avons été obligé de mener deux enquêtes dont l'une auprès des ménages et l'autre auprès des prestataires. Ces deux enquêtes avaient pour objectif de faire ressortir les conditions de mise en place de la mutuelle au regard des quatre dimensions de la faisabilité à savoir la faisabilité sociale, la faisabilité économique, la faisabilité institutionnelle et la faisabilité financière. L'étude de ces quatre dimensions nous a permis d'élaborer dix scénarii des couples de cotisation/prestations et de proposer le meilleur scénario le mieux adapté pour les membres de cette association.

Nous avons trouvé que dans l'ensemble, vis à vis des quatre dimensions de faisabilité, les conditions sont favorables à la mise en place de la mutuelle malgré l'existence de quelques lacunes qu'il faut corriger. Pour plus de détails en notre analyse, les observations que nous pouvons faire de cette étude sont les suivantes :

- **Du point de vue faisabilité sociale**, nous remarquons que dans notre zone d'étude, la participation des membres de l'association à l'esprit de solidarité n'est pas assez large. Cela est dû par le fait que dans la zone de Gatumba, notre zone cible, il existe pas plus de quatre associations et cela a comme conséquence la non participation des habitants de la zone Gatumba à cet esprit de solidarité. Néanmoins, la population de la zone Gatumba en général et les membres de « GH » en particulier participe activement à des occasions d'entraide comme : funérailles, mariage, secours aux sinistrés, travaux communautaires, etc, ce qui va permettre une adhésion facile à la future mutuelle de santé.
- **Du point de vue faisabilité économique et itinéraires thérapeutiques**, le problème d'accessibilité géographique n'est pas un problème du point de vue

soins de santé primaire ; la zone de Gatumba engorge 5 CDS tous placés dans un rayon de moins de 3 kilomètres et environ 85%<sup>37</sup> de la population font moins de 30 minutes pour se rendre au CDS le plus proche.

Lors de notre enquête, nous avons constaté que la grande raison à ne pas aller se faire soigner est le manque de moyens financiers (32/38), soit 84.2% des personnes enquêtées. Cela nous pousse à affirmer qu'une mutuelle de santé communautaire serait la bienvenue dans notre zone d'étude ce qui réduirait l'inaccessibilité financière des populations de la zone Gatumba. Cette affirmation répond à l'hypothèse n°2 que nous nous sommes posée dans les parties précédentes cherchant à savoir si une mutuelle de santé constitue un besoin réel et prioritaire pour les membres de l'association « GH ».

Les données de notre enquête nous ont permis de dire que 98.9% de la population de Gatumba sont conscients du problème de prise en charge de leurs soins sanitaires. L'importante source de financement des soins des membres de « GH » est le revenu du ménage (51.1% des personnes interrogées). Toutefois, l'association joue elle aussi un grand rôle dans le financement des soins de santé. 36.7% des interrogés nous ont affirmé que leur source de financement des soins de santé est l'emprunt auprès de l'association.

Les paragraphes précédents nous poussent à affirmer la première hypothèse de notre travail qui cherche à savoir si les conditions socio-économiques des membres de l'association GH sont favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé.

- **Profil épidémiologique et besoins en santé.**

Les pathologies les plus courantes au niveau de l'environnement des ménages de la zone Gatumba sont à l'image de toutes les régions du pays à basse altitude à quelques variantes près du fait de son climat et de sa forte démographie. Le paludisme est la première cause de morbidité pour les personnes enquêtées suivi des maladies de la peau, des maladies diarrhéiques et des IRA.

Sur la question de savoir si les membres de l'association ont déjà entendu dire d'une mutuelle, trois personnes seulement ont répondu négativement et ce qui est étonnant est que même parmi ces trois personnes, deux ont accepté d'y adhérer ce qui est une bonne chose en ce qui est de l'adhésion à cette future

<sup>37</sup> Tableau n°4 : Distance à parcourir pour aller au CDS le plus proche

mutuelle. Un bon nombre des membres de l'association nous ont promis continuer à cotiser si une année passe sans que son bénéficiaire tombe malade. Cela prouve la volonté de solidarité que possèdent les membres de « GH ». Ces personnes ont la volonté d'attendre trois mois à compter à partir de la date de début de la cotisation sans être pris en charge par la mutuelle. Nous pouvons alors dire qu'il existe bien des potentialités pour la mise en place d'une mutuelle de santé au regard des données précédentes.

▪ **Du point de vue faisabilité institutionnelle et disponibilité des prestataires de soins.**

L'association « GH » bénéficie d'une expérience de gestion qui pourrait être profitable à la future mutuelle de santé au sein de « GH ». En effet, les résultats de notre enquête nous prouvent que les membres de l'association ont confiance en leurs responsables pour ce qui est de la gestion de l'association. Cette bonne gestion qui a établi une grande confiance entre les membres et les responsables de l'association « GH » est l'un des aspects les plus positifs dont pourra bénéficier la future mutuelle.

Concernant la disponibilité des prestataires de soins, au niveau de la zone Gatumba, notre zone cible, l'offre de soins se compose de quatre centres de santé privés et d'un autre qui est public. Il faut souligner ici que tous ces CDS sont tous situés dans un rayon de moins de trois kilomètres. Le problème est celui de la qualité des soins et de l'accueil qui est réservé aux patients. Au cours de notre enquête, les interrogés ont eu à s'exprimer sur la préférence de l'un ou de l'autre centre de santé. La mutuelle va alors collaborer avec des centres de santé qui sont préférés par la population future adhérente à la mutuelle.

▪ **Du point de vue faisabilité financière.**

Trois sortes d'enseignements nous sont donnés à ce niveau :

- Le premier repose sur les prestations souhaitées par les femmes pour leur prise en charge par la mutuelle. Ces prestations sont les consultations, les hospitalisations, les médicaments, les analyses et l'accouchement.

-Le second est le montant de la prime adéquate que nous avons proposé et qui est de l'ordre de 1500 Fbu /an/bénéficiaire. Ce montant n'est pas éloignée de ce que propose la plupart de nos enquêtés comme nous l'avons remarqué au cours de nos enquêtes.

-Le troisième est le choix du couple cotisation/prestations. Le choix correspondant à la prime proposée est le cinquième scénario qui est le meilleur parce qu'il tient compte de nos contraintes que sont l'accessibilité financière des soins, le respect de la logique des assurances classiques et l'ajustement par rapport à la prime souhaitée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# Recommandations.

Les recommandations que nous formulons sont adressées essentiellement aux prestataires de soins, à l'association « GH » et au Ministère de la Santé Publique.

- **Aux prestataires de soins.**

- Les prestataires devront éviter toutes formes de fraudes afin de pouvoir contribuer à la pérennisation de la future mutuelle.
- Dans les conventions qu'ils auront à signer, ils devront privilégier les choix de tarification qui favorisent la recherche de l'efficience pour les deux parties et non le profit par la sur-prescription d'actes aux malades.
- Les prestataires doivent mettre à la disposition des affiliés à la mutuelle une boîte à suggestion pour que ces derniers puissent trouver comment exprimer leurs doléances qui seront tenues compte par les responsables des structures de soins
- Les prestataires devront tenir compte des critiques des mutualistes pour ce qui est de leur perception, de la qualité des soins, de l'accueil, etc, car cela ne fera que contribuer à la réactivité du système de soins.

- **A l'association « GH ».**

- Afin de doter à l'association des gestionnaires bien formés, cette dernière devra favoriser le renforcement des capacités de ses gestionnaires.
- Les membres de « GH » doivent encourager l'adhésion familiale par un forfait en fonction de la taille de la famille.
- Ils doivent utiliser un plafond pour le nombre de jours d'hospitalisation ( à 10 jours au maximum) et faire payer le surplus par le malade. La mutuelle devra financer d'abord ces soins et le malade aura à rembourser les dépenses faites par la mutuelle à sa sortie.
- Il serait important d'impliquer les hommes dans la mise en place d'une mutuelle de santé. Cela parce que ces derniers représentent dans notre association une part importante de chefs de ménages . Le travail serait de leur faire comprendre les bien fondé de la mutuelle et de leur demander le soutien à cette bonne initiative de leurs femmes, car le problème de la santé concerne tout le monde.

- La future mutuelle devra privilégier dans la signature de convention avec les prestataires les structures qui disposent d'abord une bonne qualité de soins, en plus qui assurent un bon accueil de leurs patients et aussi les structures qui ne demandent pas beaucoup d'argent pour les soins.

- **Au Ministère de la Santé Publique.**

- Le grand rôle que pourrait jouer le Ministère de la Santé est d'inciter les structures de soins à signer des conventions avec les mutuelles de leur zone qui le désireraient. La mise en place d'un tel mécanisme d'incitation à la signature de conventions facilitera le développement du mouvement mutualiste et par conséquent l'élargissement de la protection sociale à un plus grand nombre de personnes.

- Le Ministère de la Santé Publique devra aussi aider les mutuelles de santé communautaires à trouver des bailleurs de fonds qui les aideront à prendre en charge certaines prestations non couvertes par la mutuelle afin de rendre plus accessible les soins de santé.

## **BIBLIOGRAPHIE.**

- **ANOY Yapo Koutouan Serges** : Etude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé : Cas de la mise en place d'une mutuelle de santé pour trois mutuelles de crédit en COTE D'IVOIRE, DSES-CESAG/Dakar ; 2004
- **ATIM, Chris** : contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre ; mars 2004.
- **ATIM, Chris**: training of trainers manual for mutual health organisation in Ghana, PHR abt associate IN; September 2000.
- **ATIM, Chris** : Vers une meilleure santé en Afrique : Etude comparée du financement communautaire et de la mutualité. Solidarité Mondiale, Bruxelles ; 1996.
- **CAMARA, K** : financement de la santé dans un contexte socioéconomique de pénurie : l'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal ; mémoire DSGS ; CESAG.
- **CHEIK, F** : codex « déterminants de la santé » CESAG ; 2001.
- **Daff, B**: Etude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins. Mémoire DSES-CESAG, Dakar, 2000
- **Danielle Marie J. BELEMSAGA/YUGBARE** : Analyse des déterminants de la viabilité des mutuelles de santé de la région sanitaire des Hauts-Bassins (Burkina Faso) ; Mémoire DSES-CESAG ; 2004
- **Dominique Evrard**: Mutuelles de santé en Afrique: Mouvement émergent ou phénomène de mode? Forum de la concertation 2002 ; 2002
- **EPOS**: Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel : Rapport de l'étude de faisabilité technique et financière; Mars 2001
- **Fall, A** : Contribution à l'étude de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande de santé au Sénégal. Mémoire DSES-CESAG, Dakar ; 2001
- **JOHANNET, Jilles** : conditions de mise en œuvre d'une assurance maladie obligatoire encyclopédie des assurances.
- **KABA, Madigbe** : Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein d'une structure de micro-finance : cas de l'association NDADJE des femmes de Yembeul Sud ; Mémoire DSES- CESAG, Dakar , 2003.
- **Kutzin, J; Barnum, H**: Institutional features of health insurance programs and their effects on developing country health systems. International Journal of health planning and management; 1992.



- **KOUASSI, K, B** : impact de la mutuelle sur l'équité dans le financement et l'utilisation des soins par les populations féminines vulnérables du Sénégal. Mémoire DSES, Dakar, mai 2001.
- **Massiot, N**: Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. BIT/ACOPAM, Dakar ; 1997
- **Ministère de la Santé Publique du Burundi** : La Politique sectorielle du Ministère de la Santé Publique 2002
- **Ministère de la Santé Publique du Burundi** : Etats Généraux de la Santé ; Mai-Juin 2004.
- **Ministère de la Santé Publique du Burundi** : Politique nationale de la santé ; 2005-2015, Bujumbura, septembre 2004
- **MSF Belgique/Burundi** : Accès aux soins de santé au Burundi : Résultats de trois enquêtes épidémiologiques ; mars 2004.
- **NACOULMA, D** : une expérience de pré-paiement des risques fréquents à faible coût ; in innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest.
- **NIBAGWIRE, Aimée**: les déterminants de la non adhésion aux mutuelles de santé dans le district sanitaire de Kabutare, région sanitaire de BUTARE/RWANDA ; février 2003.
- **OMS**: Rapport sur la santé dans le monde: Pour un système de santé plus performant, OMS Genève ; 2000.
- **OMS** : Rapport sur la Santé dans le Monde ; 2004
- **OMS** : Investir dans la Santé : commission Macroéconomique et Santé ; 2004
- **Senghane, Gningue**: Rapport de l'étude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de santé de l'UGFPE ; STEP/BIT ; 2001
- **STEP/BIT** : guide d'introduction à la mutuelle de santé ; première édition 2000
- **STEP/BIT** : Etude de faisabilité participative : Mise en place de la mutuelle de santé de l'Union des Groupements Féminin de Pikine Est ; Mai 2002
- **STEP/CIDR** : guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé ; tome 1 et tome 2, première édition 2001.
- **Tine, J**: La problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural Sénégalais: Les mutuelles de Fandène, Lalane/Diassap et leur impact sur le recours aux structures de soins ; 1999.
- **WSM ; ACOPAM ; BIT** : mutuelles de santé en Afrique ; guide pratique à l'usage des promoteurs administrateurs et gérants, 1999.
- **Wade, A.D**: l'éclosion du mouvement mutualiste dans la région de Thiès au Sénégal ; Colloque international ANMC, ELWIJT, Belgique, 21 juin 2001
- **Zouré, Dominique**: Etude de faisabilité de l'assurance maladie sociale au sein des forces armées nationales du Burkina Faso; Mémoire DSES, CESAG ,2002

**Annexe N°1 : Questionnaire d'enquête auprès des ménages**

**ETUDE AUPRES DES MENAGES DE L'ONG LOCALE « GESTE HUMANITAIRE » SUR LA POSSIBILITE D'IMPLANTATION D'UNE MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

Thème : « *Etude de faisabilité de l'implantation d'une mutuelle de santé au sein de l'ONG « GESTE HUMANITAIRE »* »

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE**

Nom et prénom de l'enquêteur.....

Date:...../...../2004

Nom de l'association : .....

Adresse/tél. :

.....

Commune : .....

Colline:.....

**IDENTIFICATION**

❖ L'ASSOCIATION

- Nombre de groupement : .....
- Nombre de membres : .....
- Nombres de villages /villes représentées dans l'association :  
...villages/ ...villes
- Activités de l'association.....  
.....  
.....  
.....
- Existe-t-il dans votre association/ONG des organes dirigeants ?:  
Comité exécutif  Comité de gestion  Comité de surveillance   
Autres.....
- Quelles sont vos sources de financement ? Agences des nations unies   
Gouvernement  Fonds propres  ONGs  Dons privés   
Financements internationaux  Autres (à préciser).....
- Combien d'activités organise l'association par an ?.....
- Dans votre association, qui seront les promoteurs éventuels d'une mutuelle de santé ?.....
- Quel est le nombre de femmes dans les instances de décision de l'association ? :  
..... femmes sur un total de..... de membres.



## FAISABILITE SOCIALE

### 8. Existe-t- il des associations ou groupements sur votre colline ?

- (1) oui  (2) non  si non passer à la question 11

### 9. Appartenez-vous à des associations de solidarité?

- (1) oui  (2) non

### 10. Si oui, quelles sont ces associations ? (Nom de l'association)

.....  
 .....

### 11. Les membres de votre ménage prennent-ils part à la vie associative de votre colline ?

- (1) Oui  (2) Non  si non, passez à la question 13

### 12. Si oui, quelles sont ces associations ? (Nom de l'association)

.....  
 .....

### 13. A quelles occasions se manifeste la solidarité entre les membres de votre communauté ?

- (1) Funérailles  (2) Mariages  (3) Travaux communautaires   
 (4) Secours aux personnes sinistrées   
 (5) Autres : .....

## FAISABILITE ECONOMIQUE ET ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES MALADES.

### 14. Combien de temps faut-il pour aller au dispensaire, centre de santé ou hôpital le plus proche si on est à pied ?

- Moins de 15 minutes
- De 15 à 30 minutes
- De 30 minutes à une heure
- De une heure à 2 heures
- De 2 heures à une demie journée
- Une demie journée et plus

### 15. Le dernier malade de votre ménage est-il allé à la recherche de soins ?

- (1) oui  (aller à 17) (2) non

**16. Si non, pourquoi ?**

- (1) Manque de moyens
- (2) Automédication
- (3) La maladie n'était pas grave
- (4) Mauvaise qualité des soins au niveau de la structure de soins la plus proche
- (5) Trop loin
- (6) Autre .....

**17. Si oui, quelle structure de soins a-t-il consulté ?**

- (1) CDS BORA UZIMA  (2) CDS Mon Calme
- (3) CDS Santé Pour Tous  (4) CDS KOMERA
- (5) CDS de Gatumba (public)
- (6) Autre à préciser.....

**18. Pourquoi a-t-il choisi ce recours en premier?**

- (1) c'est moins cher
- (2) c'est plus proche de chez moi
- (3) il y a une bonne qualité de l'accueil
- (4) les soins sont de qualité
- (5) c'était urgent
- (6) Autre à préciser.....

**19. Combien a-t-il dépensé ?.....Fbu****20. Dans le cas où vous avez dû consulter une deuxième fois parce que la maladie n'était pas guérie, qui a-t-il allé voir?**

- (1) Nulle part  (2) CDS BORA UZIMA  (3) CDS Mon Calme
- (4) CDS Santé Pour Tous  (5) CDS KOMERA
- (6) CDS de Gatumba (public)  (7) HPRC
- (8) Automédication  (9) Autre à préciser.....

**21. Pourquoi a-t-il choisi ce recours en deuxième ?**

- (1) c'est moins cher
- (2) c'est plus proche de chez moi
- (3) il y a une bonne qualité de l'accueil
- (4) les soins sont de qualité
- (5) c'était urgent
- (6) Autre à préciser.....

**22. Combien a-t-il dépensé ?.....Fbu****23. Epargnez-vous de l'argent ?**

- (1) oui  (2) non  (si non passer à la question 25)

**24. Si oui, à quoi sert-il le plus souvent ?**

- (1) Pour les imprévus  (3) frais de funérailles  (5) Charges du ménage
- (2) Frais de santé  (4) Frais de scolarité
- (6) Autres à préciser.....

**25. Votre ménage rencontre-t-il des problèmes dans la prise en charge des soins de santé de ses membres ?** (1) oui  (2) non

**26. Comment financez-vous les dépenses de santé des membres de votre famille ?**

- Avec les revenus du ménage
- Prise en charge de l'État
- Solidarité familiale
- Avec l'aide des voisins
- Emprunt auprès de l'association
- Vente d'une partie des biens du ménage (préciser)
- Autres (à préciser).....

### **PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET BESOINS EN SANTE**

**27. Quelles sont les pathologies les plus courantes dans votre environnement ?**

- (1) Paludisme (fièvre, céphalées, vomissements)
- (2) IRA (toux, fièvre)
- (3) Maladies diarrhéiques (diarrhées, vomissements)
- (4) Maladies de la peau
- (5) VIH/SIDA
- (6) Autres

**28. Combien de personnes de votre ménage sont tombées malade durant les 3 derniers mois ?**

..... (nombre)

**29. Pendant combien de jours ces personnes sont tombées malades? .....**  
(nombre)

**30. Pour quel type de dépense de santé éprouvez-vous le plus de difficultés à payer ?**

- (1) Interventions chirurgicales  (2) Examens de labo  (3) Radiologie
- (4) Médicaments  (5) Consultations
- (6) Autres à préciser.....

**INTENTION D'ADHESION ET DISPOSITION A PAYER (Faisabilité financière)**

**31. Selon vous, est-il nécessaire d'organiser une solidarité au sein de la communauté pour faciliter l'accès aux soins de santé ?**

- (1) Oui  (2) Non

**32. Avez-vous déjà entendu parler d'une mutuelle de santé ?**

- (1) Oui  (2) Non  (si non passer à la question 34)

**33. Si oui à quoi sert-elle ?**

- (1) prévoir la maladie   
 (2) aide à prendre en charge les dépenses de santé   
 (3) autres à préciser .....

**34. Seriez-vous intéressé par la création d'une mutuelle de santé au sein de votre association?**

- (1) oui  (2) non  (Si oui, passer à la question 36)

**35. Si non pourquoi ?**

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

**36. Si oui quelle catégorie de personnes souhaitez-vous assurer?**

- (1) Les personnes qui tombent souvent malades  (2) Les enfants  (3) Les femmes   
 (4) Les personnes âgées  (5) Toute la famille

**37. Quel montant êtes-vous prêt à cotiser par an et par personne ?.....Fbu**

**38. Quelle est la meilleure périodicité pour s'acquitter de cette cotisation ?**

- (1) Par mois  (2) Par trimestre  (3) Par semestre   
 (4) Par an  (5) Autre à préciser

**39. Comment les cotisations peuvent-ils être collectées ?**

- (1) Quête à domicile  (2) versement individuel sur le compte bancaire de la mutuelle   
 (3) Précompte lors du paiement des récoltes  (4) Par le biais de l'association   
 (5) Autre à préciser.....

**40. Quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future mutuelle couvre ?**

- (1) Consultations  (2) Hospitalisation  (3) Actes chirurgicaux   
 (4) Médicaments  (5) Accouchement  (6) Transport   
 (7) Analyses de laboratoire  (8) Examens radio et échographie   
 (9) Autres(à préciser)

**41. Pour être membre de la mutuelle vous devez payer une carte d'adhésion.**

**Combien seriez-vous prêt à payer pour devenir membre de la mutuelle ?**

- (1) 500Fbu  (2) 1000Fbu  (3) Autre montant à préciser  
.....Fbu

**42. Si vous adhérez à la mutuelle, seriez-vous prêt à payer une partie des dépenses que vous venez de supporter lors de la dernière maladie ? (Ticket modérateur)**

- (1) Oui  (2) Non  si non, aller à 44

**43. Si oui, quel montant accepteriez-vous de payer ?**

- (1) 50Fbu  (2) 100Fbu  (3) 500Fbu  (4) Autre  
.....

**44. Seriez-vous prêt à continuer à cotiser si pendant une année aucun membre de votre ménage ne tombait malade ?**

- (1) Oui  (2) Non

**45. Pour sa pérennité, la mutuelle impose une période d'observation.**

**Selon vous, pendant combien de temps accepteriez-vous d'attendre avant d'être pris en charge par la future mutuelle?**

.....mois

**46. Quels sont d'après vous les obstacles qui peuvent faire échouer le projet de création de la mutuelle de santé dans votre localité ?**

- (1) Le manque de cotisation   
 (2) L'absence de confiance entre les membres et les futures gestionnaires   
 (3) Manque de confiance envers les promoteurs   
 (4) Faible taux d'adhésion   
 (5) Sensibilisation insuffisante   
 (6) Autres à préciser .....

**FAISABILITE INSTITUTIONNELLE**

**47. Votre association est-elle dotée de textes réglementaires ?**

- (1) Statuts  (2) Règlement d'ordre intérieur  (3) Lettre d'agrément   
 (4) Aucun texte  (5) Autres

**48. Comment sont désignés les responsables de votre association**

- (1) Election  (2) Nomination  (3) Auto-désignation   
 (4) Autre à préciser.....



**49. Les responsables de votre association ont-ils des compétences en Gestion ?**

- (1) Oui                       (2) Non                       (3) Ne sait pas

**50. Votre association dispose-t-elle des outils de gestion ?**

- (1) Oui                       (2) Non  (arrêtez-vous là-bas)  
(3) Ne sait pas  (arrêtez-vous là-bas)

**51. Si oui, lesquels**

- (1) Fiches de stock                       (2) Livre de caisse                       (3) Rapport d'activités   
(4) Livre de banque                       (5) Autre à préciser .....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe N°2 : Questionnaire d'enquête auprès des prestataires de soins****ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES : QUESTIONNAIRE**

Nom de l'enquêteur :.....

Nom de la structure..... Date:...../...../.....

Adresse/ tél. : .....

Personne(s) contactée(s) :.....Titre:.....

**NATURE DE LA STRUCTURE****1. Quelle est la nature de la structure ?**

- (1) Hôpital privé       (2) Hôpital public       (3) CHU   
 (4) centre de santé privé       (5) Centre de santé privé       (6) Poste de santé   
 (7) Autre à préciser.....

**PERSONNEL MEDICAL****2. Quel est l'effectif du personnel médical (nombre) :.....****3. Quelle est la composition de cet effectif par catégorie professionnelle ?**

Catégorie Professionnelle	Effectifs
Médecins :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sage-femmes :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infirmières/Infirmiers :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aides-soignants :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Garçons de salles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gardiens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres à préciser.....	

**CAPACITE D'ACCUEIL DE LA STRUCTURE****4. Quelle est la capacité d'accueil de la structure ?**

Chambre d'hospitalisation:..... Lits :.....Salles d'accouchement :.....  
 Labo :..... Pharmacie :..... Autres à préciser :.....

**5. La structure dispose-t-elle d'équipements médicaux avancés ?**

- (1) Radiologie       (2) Echographie       (3) Autres à préciser  .....

**6. Le personnel médical est-il suffisant dans la structure ?**

- (1) Oui       (2) Non

**8. La structure a-t-elle des difficultés financières ?**

- (1) Oui       (2) Non

**9. Quelles sont les prestations que vous offrez aux patients ?**

- (1) Soins  (2) Planification familiale  (3) Médicaments   
 (4) Chirurgie  (5) Soins préventifs  (6) Analyse (radio, échographie, etc.)   
 (7) Gynécologie  (8) Maternité/Obstétrique  (9) Pédiatrie   
 (10) Autres à préciser.....

**10 Qui sont vos principaux clients ?**

- (1) Particuliers à leurs frais  (2) Etat  (3) Entreprise privée   
 (4) IPM  (5) Mutuelles de santé   
 (6) Autres à spécifier.....

**11. Quels sont les différents types de médicaments que la structure délivre à ses patients ?**

- (1) Génériques  (2) Spécialités

**11. Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en médicaments ?**

- (1) oui  (2) non

**10. Vous arrive t-il souvent de référer certains de vos malades ?**

- (1) oui  (2) Non  (si non passer à 13)

**11. Si oui, où les référez-vous le plus souvent ?**

- (1) Hôpital  (2) Centre de Santé  (3) Poste de Santé  (4) Clinique Privée   
 (5) Autres à préciser  .....

**12. Quelles sont les maladies qui font le plus souvent l'objet de ces références ?**

- (1) Paludisme grave (2) Accouchement compliqué (3) IST  
 (4) Diarrhée/ Dysenterie (5) IRA (6) Autre à préciser.....

**13. Durant l'année 2004, veuillez nous indiquer pour chaque service, le nombre de cas mensuels traités**

NB : Les chiffres se trouvant dans le tableau en bas (de 1 à 12) correspondent au mois.

Services	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL
Laboratoire													
Maternité													
Petite chirurgie													
Hospitalisation													
Pédiatrie													
Médecine préventive													
Radiologie													

**14. Quels sont les coûts moyens des principales maladies (médicaments inclus) ?****a) Paludisme**

Prestations	Coût moyen
Consultation	
Médicaments	
Analyses (goutte épaisse)	
Hospitalisation	

**b) Verminose**

Prestations	Coût moyen
Consultation	
Médicaments	
Analyses (examen de selles)	
Hospitalisation	

**c) Maladies pulmonaires**

Prestations	Coût moyen
Consultation	
Médicaments	
Analyses (examen de crachat)	
Hospitalisation	

**d) Maladies diarrhéiques**

Prestations	Coût moyen
Consultation	
Médicaments	
Analyses (examen de crachat)	
Hospitalisation	

**e) IST**

Prestations	Coût moyen
Consultation	
Médicaments	
Analyses (examen de crachat)	
Hospitalisation	

**15. Quel est le coût moyen d'un accouchement simple (en Fbu) .....Fbu**

**16. A votre avis quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontées les malades qui fréquentent votre institution ?**

- (1) Manque d'argent pour payer les soins
- (2) Les patients veulent des soins gratuits
- (3) Les patients viennent souvent tardivement se faire soigner
- (4) Les malades disent que les soins de santé sont chers
- (5) Les malades souhaitent des paiements échelonnés
- (6) Les malades souhaitent avoir des soins à crédit
- (7) Autres à préciser .....

**17. Avez-vous déjà signé une convention avec des mutuelles de santé ou IPM ?**

- (1) oui  (si oui passer à 19)      (2) non

**18. Si non, pourquoi ?**

- (1) Pas de mutuelle
- (2) Le recouvrement de leurs factures est difficile
- (3) Leur contrat n'est pas clair
- (4) Pas de confiance
- (5) Autre à préciser.....

**19. Quelles sont les prestations que vous pourriez fournir à cette mutuelle ?**

- (1) Consultation
- (2) Analyse de laboratoire
- (3) Médicaments
- (4) Accouchement simple
- (5) Actes chirurgicaux
- (6) Examen radio et échographie
- (7) Autre à préciser.....

**20. Comment souhaitez-vous être payé par la dite mutuelle et selon quelles échéances ?**

- (1) Paiement forfaitaire (par capitation)
- (2) Paiement cash à l'acte
- (3) Remboursement mensuel des frais
- (4) Remboursement trimestriel des frais
- (5) Remboursement annuel des frais
- (6) Tiers payant
- (7) Autre à préciser .....

**21. Pour ces prestations quelles sont les réductions que vous pourriez consentir ?**

- (1) 10% de la facture
- (2) 20% de la facture
- (3) 50% de la facture
- (4) Pas de réduction
- (5) Autre à préciser.....

**Annexe N° 3 : Dépenses pour le 1<sup>er</sup> choix**

Fréquence	%	%Cumulé	
8	13,7%	13,7%	
2	3,9%	17,6%	
2	3,9%	21,6%	
1	2,0%	23,5%	
1	2,0%	25,5%	
1	2,0%	27,5%	
1	2,0%	29,4%	
1	2,0%	31,4%	
1	2,0%	33,3%	
1	2,0%	35,3%	
1	2,0%	37,3%	
1	2,0%	39,2%	
1	2,0%	41,2%	
1	2,0%	43,1%	
3	5,9%	49,0%	
1	2,0%	51,0%	
1	2,0%	52,9%	
1	2,0%	54,9%	
1	2,0%	56,9%	
1	2,0%	58,8%	
1	2,0%	60,8%	
1	2,0%	62,7%	
2	3,9%	66,7%	
1	2,0%	68,6%	
1	2,0%	70,6%	
1	2,0%	72,5%	

1	2,0%	74,5%	
1	2,0%	76,5%	
2	3,9%	80,4%	
1	2,0%	82,4%	
1	2,0%	84,3%	
1	2,0%	86,3%	
1	2,0%	88,2%	
1	2,0%	90,2%	
1	2,0%	92,2%	
1	2,0%	94,1%	
1	2,0%	96,1%	
1	2,0%	98,0%	
1	2,0%	100,0%	
52	100,0%	100,0%	

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev		
52	136940,0000	2685,0980	33339869,4902	5774,0687		
	Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
	50,0000	400,0000	900,0000	2450,0000	34000,0000	50,0000

**Annexe N° 4: Dépenses de santé en 2<sup>ème</sup> recours**

Combien a-t-il dépensé en 2eme? (en Fbu)	Fréquence	%	%Cumulé
350	2	11,8%	11,8%
450	1	5,9%	17,6%
700	1	5,9%	23,5%
1250	1	5,9%	29,4%
2100	1	5,9%	35,3%
2350	1	5,9%	41,2%
2880	1	5,9%	47,1%
3600	1	5,9%	52,9%
3750	1	5,9%	58,8%
4500	1	5,9%	64,7%
6000	1	5,9%	70,6%
12000	1	5,9%	76,5%
12200	1	5,9%	82,4%
15000	1	5,9%	88,2%
21400	1	5,9%	94,1%
34000	1	5,9%	100,0%
<b>Total</b>	17	100,0%	100,0%

Obs	Total	Moyenne	Variance	Std Dev
21	122880,000	7228,2353	84224615,4412	9177,3970

0

Minimum	25%	Médiane	75%	Maximum	Mode
350,0000	1250,0000	3600,0000	12000,0000	34000,0000	350,0000



**Annexe N°5 : Signature de convention avec les mutuelles.**

Signature de convention avec une mutuelle	Fréquence	%	%Cumulé	
1. Oui	3	50,0%	50,0%	
2. Non	3	50,0%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

**Annexe N° 6 : Nombre de cas mensuels traités dans les structures du milieu environnant**

SERVICES	CDS SANTE POUR TOUS	CDS KOMERA	CDS BORA UZIMA	CDS MON CALME	CDS PUBLIC DE GATUMBA	Total
LABORATOIRE	652	664	1062	785	2157	5320
MATERNITE	194	77	40	29	4339	4679
CONSULTATION	2590	1956	2340	1274	26136	34296
VACCINATION	508	0	369	0	682	1559
PETITE CHIRURGIE	375	38	66	24	504	1007
PLANING FAMILIAL	452	129	128	118	803	1630
HOSPITALISATION	261	116	93	46	188	704

**Annexe N° 7 : Difficultés auxquelles sont confrontés les malades**

Difficultés que rencontrent les malades	Fréquence	%	%Cumulé	
1. Manque d'argent pour payer les soins	3	50,0%	50,0%	
2. Venir tardivement	2	33,3%	83,3%	
3. Soins de santé chers	1	16,7%	100,0%	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

**Annexe N° 8 : Personnes qui sont tombées malades**

Frequency	Percent	Cum Percent	
28	31,1%	31,1%	
35	38,9%	70,0%	
18	20,0%	90,0%	
5	5,6%	95,6%	
3	3,3%	98,9%	
1	1,1%	100,0%	
90	100,0%	100,0%	

Obs Total	Mean	Variance	Std Dev		
90	103,0000	1,1444	1,2036	1,0971	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
0,0000	0,0000	1,0000	2,0000	5,0000	1,0000

**Annexe N° 9 : Existence d'outils de gestion**

Votre association dispose-elle des outils de gestion?	Frequency	Percent	Cum Percent	
1	77	85,6%	85,6%	
2	2	2,2%	87,8%	
3	11	12,2%	100,0%	
<b>Total</b>	90	100,0%	100,0%	