



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

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT  
DE LA SANTE (ISMS)**

**PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE  
9ème PROMOTION : 2006/2007**

\*\*\*\*\*  
**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**  
\*\*\*\*\*

**THEME**

**APPROCHE PROSPECTIVE SANITAIRE  
POUR UNE COUVERTURE UNIVERSELLE DES SSP :  
SYSTEME DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE AU BURUNDI**

Présenté par : M. Astyanax- Didier NTIRORANYA

Sous la direction de : Dr. Bocar DAFF – Economiste de la Santé  
– Professeur au CESAG.

Janvier 2008

**M0123DSES08**

**2**





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

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT  
DE LA SANTE (ISMS)

PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE  
9ème PROMOTION : 2006/2007

\*\*\*\*\*

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

\*\*\*\*\*



THEME

**APPROCHE PROSPECTIVE SANITAIRE  
POUR UNE COUVERTURE UNIVERSELLE DES SSP :  
SYSTEME DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE AU BURUNDI**

Présenté par : M. Astyanax- Didier NTIRORANYA

Sous la direction de : Dr. Bocar DAFF – Economiste de la Santé  
– Professeur au CESAG.

Janvier 2008

## **DEDICACES**

### **Au Bon Dieu Tout - Puissant,**

pour sa magnifique présence en tout temps et en tout lieu. Que son esprit saint soit, pour nous et pour toujours, notre source d'inspiration, notre guide et qu'il puisse nous fortifier davantage.

### **A mon épouse Dr Annie MUTONI et à notre Fils David -Miguel NTIRORANYA,**

que le présent travail soit, pour vous, le fruit de satisfaction pour votre patience ainsi que pour votre irremplaçable et inconditionnel soutien pendant une si longue absence.

### **A ma Mère,**

pour ses prières et ses veillées spirituelles qui ont permis que mon séjour à Dakar et ma mission au CESAG s'accomplissent selon la volonté de l'Eternel Dieu.

### **A mon Père,**

pour son inlassable encouragement à toujours percer dans les hautes sphères de la science. Que ce travail soit pour vous une preuve palpable de ma bonne volonté.

### **A ma sœur et à mes frères ainsi qu'à leurs enfants,**

pour leur soutien moral et le courage qu'ils développent en moi. Que Dieu raffermisse les liens qui nous unissent.

### **A mes grands Parents et à ma belle famille**

pour avoir fait de l'évolution de ma situation leur premier souci. Vos souhaits ont été exaucés.

### **A mes Amis (es) les plus intimes,**

pour leur permanente assistance et leur soutien multiforme,

### **A la famille NYENIMANA Pacifique& UWIMANA Chantal,**

En guise du témoignage de leur hospitalité à Dakar et leur ferme engagement à œuvrer pour la gloire de l'éternel.

**A tous ceux qui, de près ou de loin m'accordent leur estime et me donnent le courage et la volonté de continuer.**

## REMERCIEMENTS

J'exprime mes remerciements les plus sincères à l'endroit du **Dr Bocar DAFF**, Directeur de mémoire et Professeur au CESAG pour avoir montré de l'intérêt pour mon travail de par son œil critique et avisé et pour avoir répondu à mes sollicitations lorsque le besoin s'en faisait sentir. Que l'accomplissement du présent travail de recherche, soit un remerciement suffisant au soutien et à la confiance sans cesse renouvelée dont vous a fait preuve en mon égard .

A **Mr Amani KOFFI**, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé au CESAG, j'exprime mes remerciements pour vos conseils pertinents sur les différentes pistes de recherche, plus particulièrement, pour votre disponibilité durant notre formation.

Au **Dr El Hadji GUEYE**, Directeur du Département « Economie de la Santé » au CESAG, j'exprime une profonde reconnaissance pour nos fréquentes discussions sur de nombreux sujets et pour votre implication sur les nouvelles horizons de la recherche en Economie de la santé. Sa manière bien à lui de pousser continuellement à la remise en question m'a été d'une aide précieuse.

Un spécial remerciement à **Mme GUEYE** et à **Mme LO** pour leur remarquable patience, dynamisme et disponibilité durant toute la formation. Pour votre dévouement et conseils administratifs pour la préparation de la « Première journée de l'Economie de la Santé en Afrique », au nom de la 9<sup>ème</sup> Promotion, Que mes compliments et encouragement vous accompagnent dans votre travail de chaque jour.

Ma profonde gratitude va à l'endroit du **corps enseignant et à la 9<sup>ème</sup> Promotion de l'Economie de la santé**. La qualité de la formation, l'ambiance conviviale sans oublier nos continues oppositions, contradictions et confrontations, tant en travaux de groupe qu'en séances de plénière, ont sûrement contribué à l'édification de l'Economiste de la Santé que nous sommes aujourd'hui. Je vous dis sincèrement « Grand Merci ».

A tous les intervenants dans le secteur de la santé au Burundi et au Rwanda qui ont bien voulu répondre à notre batterie de questionnements, sans quoi, ce travail n'aurait pas vu le jour.

J'en profite pour remercier **Mme Goreth NIZIGAMA**, **Mrs RUHURAMBUGA's**, **Mr RUBANDA**, **Mme FIDES** et plus particulièrement **la Famille Prudence MARANGO** pour leur grande disponibilité à toutes mes sollicitations.

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AG	Assemblée Générale
AISS, SSW	Sécurité sociale dans le monde
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
B.M.	Banque Mondiale
BE	Bureau Exécutif
BIT	Bureau International du Travail
BPS	Bureau provincial de Santé
CIDEF	Centre International de l'Enfance et de la Famille
HMO	Health Mutual Organisation
I.B	Initiative de Bamako
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
IMF	Institutions de Micro-Finance
IST	Infection Sexuellement Transmissible
M.F.P	Mutuelle de la Fonction Publique
MEG	Médicaments Génériques
MSC	Mutuelles de Santé à base Communautaires
MSP	Ministère de la Santé Public
NHS	National Health System (U.K)
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le Sida
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
SA	Structure d'Appui
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquis
SMRM	Système de Mutualisation des Risques Maladie
SPT	Santé Pour Tous

SSP	Soins de Santé Primaires
UEMOA	Union Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique de l'Ouest
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
US	Dollar américain
UTM	Union Technique des Mutuelles de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHOSIS	Base de données pays OMS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Tableaux**

Tableau 1 : Indicateurs de base	13
Tableau 2 : Dépenses de santé, indicateurs principaux (Indicateur Valeur (année)	14
Tableau 3 : Ressources humaines en santé (Indicateur 2004)	14
Tableau 4 : Etat des lieux de la couverture légale (récapitulatif)	18

## **Schémas**

Schémas 1 : Système Beveridgien (Grande Bretagne : système national de santé)	24
Schémas 2 : Système Bismarkien (Allemagne)	26
Schémas 3 : Système libéral (Etats-Unis d'Amérique)	28
Schémas 4 : Synergie d'approches	45
Schémas 5 : Approche institutionnelle /Schémas détaillé ( Top_down)	49
Schémas 6 : Approche organisationnelle : Démarche technique	52
Schémas 7 : Organisation et contenu de la mise en réseau des mutuelles de santé	65

# **SOMMAIRE**

*Dédicaces*

*Remerciements*

*Acronymes et abréviations*

*Liste des tableaux et schémas*

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
CONTEXTE	2
PROBLEMATIQUE	4
OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
METHODOLOGIE	8
LIMITES DU TRAVAIL	9
<b>CHAPITRE I ANALYSE SITUATIONNELLE DU BURUNDI</b>	<b>10</b>
SECTION 1. Aperçu général : Aspects généraux	10
1.1 Aspects géo-politique	10
1.2 Aspects socio-politique	10
1.3 Aspects socio – économiques	11
1.4 Aspects épidémiologiques	12
1.4.1 Taux de mortalité élevés	12
1.4.2 Morbidité, principaux problèmes de santé et incapacités	12
SECTION 2. Système de santé du Burundi : CHIFFRES CLES	13
2.1 Organisation et fonctionnement	14
SECTION 3 Système de Santé et Couverture Sociale	17
<b>CHAP.II ASSURANCE - MALADIE ET MUTUALITE</b>	<b>21</b>
SECTION 1. Bref aperçu	21
A. Etat et Santé	21
B. La santé et la société	22
SECTION 2. Organisation des Systèmes de soins et Accessibilité	23
2.1 Trois systèmes de soins typiques	24
A. Système Beveridgien (Grande Bretagne)	24
B. Système Bismarkien (Allemagne)	26

C. Système libéral (Etats-Unis d'Amérique)	27
SECTION 3. Origines des mutuelles	31
3.1. Assurance-maladie volontaire en Afrique Sub-saharienne	34
SECTION 4. Promotion de mécanismes de prépaiement de type assurantiel	36
<b>CHAP.III. CONCEPTUALISATION D'UN SYSTEME DE MUTUALISATION DES</b>	
<b>RISQUES MALADIE AU BURUNDI</b>	<b>38</b>
SECTION 1. Typologie de la planification	38
SECTION 2. Processus de mise en place : Synergie d'approches	45
2.2. Contexte et justification : Mise en application des OMD	45
2.3. Déroulement du processus « mutualiste »	46
SECTION 3. Evaluation de la faisabilité de l'initiative mutualiste dans le contexte	
Burundais	55
<b>CHAP.IV STRATEGIES DE MISE EN PLACE ET PERSPECTIVES DE MISE EN</b>	
<b>RESEAU DES MSC</b>	<b>60</b>
SECTION 1. Stratégies de mise en place des MSC « Pilotes »	60
SECTION 2. Perspective de la mise en réseau des MS à base communautaire	65
SECTION 3. Déterminants et conditions de développement de la mise en réseau des	
MSC	69
SECTION 4. Orientations futures du système de santé et les résultats attendus	75
4.1 Rôle important de l'administration générale et des BPS dans la	
régulation de la contractualisation dans le secteur de la santé	77
4.2 Bilan espéré	79
4.3 Impacts souhaités	79
<b>CONCLUSION</b>	<b>80</b>
<b>Recommandations</b>	<b>82</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Guide d'entretien (Annexe)</b>	

## INTRODUCTION

La « santé pour tous en l'an 2000 » (Alma-Atta, 1977) tel était l'objectif commun de politique de santé pour les gouvernements des pays du Sud.

Définie comme une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé, la notion d'équité était placée au coeur de cette dernière comme étant un signe manifeste de reconnaissance d'un besoin différentiel et que «les interactions entre les droits de l'homme et la santé soient caractérisées par la dualité droits égaux et besoins inégaux». Face aux problèmes économiques des pays africains, liés essentiellement au fardeau de la dette extérieure, la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) s'est heurtée également à des contraintes tant matérielles que culturelles lors de sa mise en oeuvre.

Pour faire face à ces contraintes, les gouvernements africains, avec l'appui de l'OMS et l'UNICEF, adoptent l'Initiative de Bamako<sup>1</sup>, lors d'une conférence en 1987, en tant que politique de relance de la stratégie des SSP afin de réduire la mortalité maternelle et infantile. Souvent perçue comme une simple réforme technique du financement des services de santé, cette dernière est empreinte de valeurs et trouve son origine et ses fondements dans la politique des SSP. Elle constitue un facteur clé dans les réformes du système de santé en ce sens qu'elle préconise des relations entre les professionnels de la santé et les membres de la communauté.

Le but de l'IB est de contribuer à l'accélération de la mise en oeuvre des SSP dans les pays en voie de développement et particulièrement au niveau du district en accordant la priorité aux femmes et aux enfants. De ce fait, elle cherche nécessairement à renforcer les actions à assise communautaire pour améliorer la survie et la qualité de vie des femmes et des enfants en particulier en mettant en place un système de financement communautaire principalement fondé sur l'approvisionnement et la vente des fournitures et des Médicaments Génériques (MEG). Mais également, elle se doit d'assurer l'accès aux SSP à toute la population et particulièrement en rendant possible l'accès aux soins et aux médicaments aux populations les plus démunies, un accès aux services de santé fondé exclusivement sur les besoins des individus et non sur des considérations ethniques, économiques, politiques ou sociales.

---

<sup>1</sup> 1987: La résolution AFR/RC 37/R6 adoptée par les ministres de la santé de la région africaine lors de la 37ème session du comité régional de l'OMS tenue à Bamako au Mali en septembre 1987: « Santé de la femme et de l'enfant grâce au financement et à la gestion des ME au niveau communautaire »

Malgré certaines expériences réussies, l'agenda reste inachevé<sup>2</sup>. L'expérience Ouest-Africaine, à travers l'évaluation de cette dernière prouve que les indigents, ceux qui ne disposent d'aucune relation, sont dans l'incapacité d'obtenir des soins gratuits « celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être pris en charge ». Le contenu du terme « participation communautaire » demeure défini sans grande précision dans les différents pays ayant adopté cette politique. Concrètement, la participation communautaire a été plus financière que co-gestion bien que l'idée fût, en contrepartie de leur contribution, de permettre aux populations de gérer certains aspects locaux concernant les centres de santé. La préoccupation d'exemptions pour indigents identifiés par les communautés a été reléguée au second plan étant donnée que la mise en oeuvre de l'IB a été vue sous l'angle néolibéral et la santé est devenue un produit comme un autre soumis à la loi de l'offre et de la demande qui régule le marché (Bernard Hours, 1992)

Bref, l'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés (efficacité versus équité). Cet échec est principalement due au déclin du rôle des Etats africains (transition de l'équité des SSP à l'efficacité de l'IB), pire encore le transfert de la responsabilité aux communautés a pu, dans certains cas, renforcer l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, non seulement à l'intérieur de ces mêmes communautés mais également entre les différentes régions.

## CONTEXTE

L'implantation d'une politique est bien souvent tributaire, en partie de la volonté des acteurs impliqués et dans le cas de l'IB, nous pouvons affirmer que chaque district sanitaire africain, tout en restant dans les normes habituelles, dispose d'une certaine marge de manœuvre dans la mise en oeuvre de cette politique.

Le principe de « la santé pour tous » n'est pas oublié par les pays qui mettent en oeuvre la stratégie sanitaire de l'IB. Le rôle de l'Etat demeure crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins. La coopération internationale soutenant les états africains dans l'application de l'IB, constituent la pierre angulaire des réformes.

---

<sup>2</sup> Valéry RIDDE, « Entre efficacité et équité: Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Revue des expériences Ouest-africaines, CERDI 2003

Au Burundi, la participation communautaire est une des principales réformes en cours initiée non seulement en vue d'améliorer le financement des structures sanitaires de proximité, mais également leur gestion. La mise en place de structures communautaires de gestion démocratiquement élues (Comités de santé et Comités de gestion) intégrant des représentants de la population de l'aire d'attraction a, de manière globale, amélioré la gestion des structures sanitaires et des problèmes de santé publique et contribué à augmenter la confiance de la population dans son système de soins. Là où ils existent, ces comités opèrent comme de véritables interfaces entre les communautés de base et les centres de santé.

La disponibilité des services et soins de santé de qualité reste problématique dans la majorité des structures sanitaires de proximité. L'on note une faible demande de services et soins de santé probablement due au coût élevé des prestations médicales d'une part et, d'autre part, à l'absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel du fait qu'environ 90% de la population ne sont pas couverts par un quelconque régime d'assurance-maladie. De plus, la multiplicité des dispositifs de tarifications et de recouvrement des coûts, l'absence d'une définition standard du rôle des comités de santé et/ou de gestion, l'exclusion financière de la population de l'accès aux soins et services de santé de qualité, sont autant de questions qui devraient induire une recherche de mécanismes de financement novateurs (mutuelles de santé, forfaits de Soins, assurances maladies...) en vue d'une réelle équité et d'une meilleure accessibilité des plus démunis aux soins<sup>3</sup>.

En définitive, le financement du secteur de la santé est encore faible et ne permet pas de répondre au principe d'équité: la couverture de la population par un régime d'assurance-maladie est très faible et les mécanismes d'assurance de la pérennité (décentralisation, participation des collectivités / Société civile, implication du secteur privé et parapublic) sont insuffisamment développés.

Des Mutuelles de Santé Communautaires (MSC) commencent à voir le jour dans quelques provinces mais ces initiatives sont toujours à l'Etat embryonnaire ou en projet, donc n'ont pas encore des résultats pour faciliter une évaluation mais l'on pourrait évaluer au moins les conditions de leur implantation dans le pays et de leur potentiel selon que ces conditions existent ou non.

---

<sup>3</sup> Burundi, PNDS 2006-2010

## PROBLEMATIQUE

L'adoption de la stratégie des soins de santé primaire (SSP), solidement soutenue par la plupart des pays africains dont le Burundi, marque une profonde rupture dans la façon dont les problèmes de santé dans le Tiers monde en général, en Afrique en particulier, ont été abordés.

Les soins de santé primaires avaient été définis à Alma-Ata comme « *les soins de santé essentiels universellement accessibles pour tous les individus et toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, et un coût abordable pour la communauté et le pays* » était également souligné que « *les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté* »<sup>4</sup>.

Si le droit à la santé est consacré dans toutes les constitutions, les politiques de santé africaines restent en deçà des attentes des populations avec d'une part une « relative absence de l'Etat tuteur » en matière d'assurance maladie, d'autre part un accès aux soins de qualité qui pose toujours problème.

Avec les objectifs du Millénaire pour le développement, la communauté internationale s'est engagée à atteindre d'ambitieux objectifs dans le domaine de la santé, comme réduire la mortalité infantile, améliorer la protection maternelle et combattre le VIH/SIDA et la malaria.

L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés pourrait apporter un certain changement. Par cette initiative, le Burundi a obtenu un allègement de sa dette sur une base provisoire en 2005, et le gouvernement a pu, en conséquence, presque tripler le budget de la santé. Les dépenses de santé oscillent autour de 3,6% du Produit Intérieur Brut (PIB)<sup>5</sup>.

En analysant la situation en général, les problématiques suivantes méritent une attention spéciale de la part des acteurs du secteur de la santé<sup>6</sup> au Burundi:

- Un état de santé caractérisé par une forte morbi-mortalité dans la population en général, et chez les femmes et enfants en particulier,

<sup>4</sup> Valéry RIDDE, « Entre efficacité et équité: Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Revue des expériences Ouest-africaines, CERDI 2003

<sup>5</sup> Rapport « Economie Burundaise 2006 »

<sup>6</sup> Burundi, PNDS 2006-2010

- Un faible accès aux services de santé lié aux problèmes de disponibilité des soins de qualité et une faible demande de services de santé du fait des coûts élevés des prestations médicales mais aussi de l'absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel ;
- Une faible performance du système national de santé due, à la fois, à la faiblesse des ressources humaines, techniques et financières. Les mauvaises performances d'autres secteurs parmi lesquels le faible niveau de scolarisation et les problèmes de sécurité alimentaire pèsent négativement sur le secteur de la santé ;
- Une prise de conscience encore faible du lien entre la mauvaise santé et la pauvreté, un faible niveau de partenariat et de coordination pour la mobilisation et l'utilisation des ressources, une série de difficultés dans la mise en œuvre des réformes malgré la volonté politique.

Tous ces problèmes ont, pour conséquence, des décès prématurés ainsi qu'une mauvaise qualité de vie imputables à des facteurs comportementaux et environnementaux ainsi qu'aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles.

Cette situation déplorable requiert par conséquent une réponse urgente qui nécessite une solidarité nationale et internationale à court, moyen et probablement à long terme. Les défis majeurs à relever concernent surtout le faible accès aux services de santé lié aux problèmes de disponibilité des soins de qualité (accueil, médicaments, équipements et personnel qualifié) d'une part, et d'autre part à la faible demande de services de santé à cause des coûts élevés des prestations médicales d'un côté et absence de mécanismes de solidarité pour le secteur informel (90% de la population ne sont pas couverts par l'assurance- maladie) d'un autre<sup>7</sup>.

Mais alors qu'en est-il du système d'assurance maladie au Burundi avec un effectif de sa population estimée à 8.000.000<sup>8</sup> d'habitants dont 46,76% pour les hommes et 53,24% pour les femmes et qui se répartit sur les trois grands secteurs d'activité économique à raison de 93% pour le secteur primaire, 3% pour le secteur secondaire et 4% pour le secteur tertiaire. La population urbaine est estimée à 8% contre 92% pour la population rurale.

On retrouve quatre systèmes de prise en charge des soins de santé au Burundi<sup>9</sup> à savoir, un système d'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés, un système de

<sup>7</sup> Burundi, PNDS 2006-2010

<sup>8</sup> Ministère de la Planification du Burundi, Unité de Population, 2006.

<sup>9</sup> Denys NZOHABONIMANA, « L'expérience de la mutuelle de fonction publique », Lusaka, Zambie, 9-12 août, Conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité sociale pour l'Afrique.

prépaiement pour les travailleurs indépendants et les populations rurales et un système d'assistance sociale pour les indigents. Quant au fonctionnement de ces derniers, on constate qu'ils sont dominés par les caractéristiques suivantes<sup>9</sup> :

- Aucune articulation entre le seul système légal de protection sociale avec d'autres mécanismes existants dans le domaine de la santé; à part l'INSS ;
- Inexistence d'un cadre légal pour la mise en place de mécanismes de protection sociale à base communautaire ;
- Inexistence de définition légale ou commune du secteur informel ;
- Pas de données fiables sur l'emploi dans le secteur informel qui puissent permettre de déterminer sa part dans l'emploi ;
- Catégories de la population les plus souvent exclues des systèmes légaux de sécurité sociale ou le système de pensions et des risques professionnels:
  - les populations relevant du secteur informel.

De ce constat, la participation des usagers pose le problème de l'accessibilité financière des plus pauvres, qui peuvent avoir tendance à retarder ou exclure le recours aux structures formelles de santé. L'hospitalisation constitue souvent une dépense qui peut être catastrophique pour les ménages et peut dissuader les plus pauvres de se faire soigner, contraindre les patients à abrégé ou à suspendre leur traitement et les personnes convalescentes dans des conditions qui peuvent aggraver leurs problèmes de santé. Pour payer les frais médicaux, ceux-ci peuvent être amenés à vendre leurs biens, et parfois même leur outil de production, ce qui accroît leur risque de pauvreté. Pire encore, on assiste, ces dernières années, à un phénomène croissant de détention des patients qui ne peuvent pas payer leurs factures, cette situation a d'importantes implications sur les soins.

Ce phénomène déplorable reflète aussi le problème plus large de l'accès aux soins de tous les membres de la société burundaise. Si les récentes mesures de gratuité des soins pour les mères et les enfants en bas âge sont les bienvenues, le gouvernement devrait, de manière urgente, doter les structures sanitaires des moyens de répondre aux demandes croissantes. Plus généralement, le gouvernement doit veiller à ce que le budget de la santé soit en mesure d'atteindre la population la plus exposée et prendre des mesures contre la corruption dans le système de santé.

---

<sup>9</sup> Denys NZOHABONIMANA, « L'expérience de la mutuelle de fonction publique », Lusaka, Zambie, 9-12 août, Conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité sociale pour l'Afrique.

Face à ce problème, il convient de rechercher les modalités qui permettent d'améliorer l'accessibilité de l'ensemble de la population (et notamment des plus pauvres) aux soins hospitaliers vitaux en apportant des solutions durables à la question suivante :

***Quels mécanismes de financement  
pour rendre la demande plus active au Burundi ?***

La réponse à cette problématique étant de mettre en place une autre alternative de financement des soins envisageable capable :

- d'assurer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation,
- d'assurer l'organisation, le fonctionnement et la coordination du système national de santé favorable à l'implication active des communautés.

Bref, ***en quoi les mutuelles de santé représentent-elles une forme intéressante d'extension de la protection sociale dans les pays à faible revenu ?***

- *Les mutuelles de santé comme instrument de lutte contre la pauvreté*
- *Les mutuelles de santé comme étape vers la couverture universelle*
- *Le financement des soins de santé mutualiste : efficacité et équité*

## **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

- Créer une synergie entre l'approche organisationnelle ou institutionnelle (Top\_down) et de l'approche populationnelle (Bottom\_up) en vue de promouvoir un système d'assurance maladie basée sur la communauté ;
- Evaluer la faisabilité de ce processus dans le contexte burundais en tenant compte des enjeux et des attentes des différents acteurs principaux de cette initiative.

Bref, l'intention du présent travail est d'apporter une contribution à la maturation des institutions de financement de la santé par l'identification des facteurs de consolidation des valeurs de solidarité, d'entraide mutuelle et de prévoyance comme principes des systèmes de santé ainsi que par l'édification des modes d'organisation du mouvement associatif pour renforcer la participation et la décentralisation comme principes des systèmes de santé en

rendant « *l'efficacité indissociable de l'équité et non pas sacrifier l'équité au profit de l'efficacité* ».

Effectivement, nous pensons qu' un acteur changera s'il est incité à le faire, s'il comprend les choses de façon différente, si les techniques qu'il mobilise se transforment, si les lois et les règlements changent et enfin si le système dominant de croyances et les valeurs morales évoluent.

## METHODOLOGIE

Le présent travail a essentiellement privilégié trois aspects à savoir :

- 1°) la revue de la littérature et toute la documentation disponible tant sur la mutualisation des risques maladies que sur les notions de planification du niveau central au niveau périphérique.
- 2°) le recueil des statistiques, et autres informations tant qualitatives que quantitatives des systèmes d'assurance déjà existantes au niveau des Ministères de l'intérieur et de la santé, sans oublier les autorités traditionnelles et religieuses.
- 3°) l'élaboration d'un guide d'entretien
  - à l'endroit des différents intervenants dans le domaine de la santé au niveau périphérique (Programme verticaux, Bureaux provinciaux, Ong's, collectivités) pour permettre l'analyse de la complexité de leurs relations avec les organisations communautaires.
  - à l'endroit des organisations communautaires déjà existantes pour
    - a) effectuer un diagnostic de leur raison d'être qui permettra de mieux détecter leurs fondements essentiels ainsi que leurs principales motivations profondes dans leurs domaines d'interventions respectifs d'une part ;
    - b) analyser, leurs mécanismes et surtout le degré d'implication de la communauté d'autre part.

Quant à la synergie des approches, nous tenons à signaler que l'aspect qui est le plus visé dans l'approche institutionnelle, par le biais de la sensibilisation de haut niveau, est le développement de la culture mutualiste qui constituera un moyen de réorganiser la solidarité nationale dans un souci de lutte contre la pauvreté en général et dans un souci de prévoyance dans le domaine de la santé en particulier. S'agissant de l'approche populationnelle, elle est

inspirée par un souci d'une viabilité durable des mutuelles de santé à base communautaire et l'adhésion des populations concernées, le défi, à ce niveau, n'est pas de développer un modèle idéal, mais de concevoir des systèmes *sur mesure*, adaptés à chaque situation.

Enfin, nous ne manquerons pas de signaler que le présent travail a pris en compte les organisations communautaires à vocation santé bien que la notion « communautaire », désigne une communauté, un groupe de personnes vivants ensemble ou qui ont des intérêts communs (collectivités, associations, sociétés).

N.B : Il s'avère impératif de préciser que la nature du guide d'entretien « questions ouvertes) ainsi que la manière avec laquelle l'interview a été mené « échange direct » ont permis d'avoir beaucoup plus d'informations qui ont contribué à enrichir le présent travail de recherche.

## LIMITES

- Au niveau de la méthodologie, nous nous étions fixés, entre autres, de mener une analyse des organisations communautaires déjà existantes pour une meilleure appréhension de leur complexité de leurs relations.

Des entrevues menées auprès des ministères ayant des contacts directs avec les populations rurales (niveau périphérique) ainsi qu'auprès des coordinateurs des programmes verticaux de santé et des chefs programmes de quelques Ong's ayant une certaine ancienneté sur le territoire Burundais ; ne nous ont pas mené à grand-chose.

En effet, chaque intervenant essaie de créer un environnement incitatif pour une adhésion communautaire spécifique à son programme ou tente de former ses propres agents qui lui serviront de relais pour la réussite de son programme. De ce fait, les organisations à base communautaires qui existent déjà ont plutôt des relations verticales spécifiquement avec les programmes promoteurs et ces relations cessent toujours avec la fin du programme. Après, ces groupements pourront éventuellement être récupérées par d'autres programmes qui interviendraient dans ces mêmes localités.

Bref, des relations horizontales entre elles ne sont pas significatives et les comportements de ces dernières auraient plutôt une tendance concurrentielle.

# CHAP.I ANALYSE SITUATIONNELLE DU BURUNDI

## Section 1 Aperçu général : Aspects généraux

### I.1.1 Aspects géo-politique

Limité au nord par le Rwanda, au sud-est par la Tanzanie et à l'ouest par la République démocratique du Congo, le Burundi est un pays de l'Afrique centrale qui couvre une superficie de 27 834 km<sup>2</sup> et a une population estimée à environ 7 millions d'habitants. Avec une densité moyenne de 266 habitants au km<sup>2</sup>, un taux de croissance démographique de 2,9 % et un indice synthétique de fécondité de 6,0 enfants par femme, le Burundi est l'un des pays africains les plus densément peuplés. L'espérance de vie à la naissance y est de 40,4 ans<sup>10</sup>, et l'espérance de vie en bonne santé de 35,1 ans<sup>11</sup>, avec un rapport de masculinité évalué à environ 94 hommes pour 100 femmes.

Le Burundi est une République structurée en 17 provinces, 117 communes et 14 zones urbaines, avec une administration décentralisée du sommet à la base. À forte prédominance rurale (93 % vivent en milieu rural), la population burundaise est jeune (46,1 % ont moins de 15 ans), tandis que les sujets âgés de 60 ans et plus n'en représentent que 5,4 %.

### 1.2 Aspects socio-politique

Depuis plusieurs décennies, le Burundi est en crise d'adaptation aux principaux courants de transformation sociétale :

- Crise d'adaptation au courant de transformation économique, notamment la mondialisation dont le principal effet pervers est le basculement de plus en plus de gens dans la grande pauvreté ;
- Crise d'adaptation au courant de transformation démographique, notamment son taux de croissance intense responsable du processus d'explosion démographique depuis le début des années cinquante ;
- Crise subséquente d'adaptation d'une population de plus en plus nombreuse à son environnement, notamment la crise rurale liée au surpeuplement de l'espace agricole ainsi que la crise péri-urbaine due à l'exode rurale ;

<sup>10</sup> PNUD 2003

<sup>11</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2003.

### 1.3 Aspects socio - économiques

L'économie burundaise est largement tributaire de son agriculture. En effet, 56 % du PIB proviennent du secteur primaire. L'impact désastreux de la guerre s'est traduit par un ralentissement significatif des performances de l'économie nationale et par un appauvrissement généralisé de la population. Cet impact est omniprésent et se lit à travers la régression sensible des investissements et une récession durable à la base d'une importante érosion du pouvoir d'achat de la population et, partant, de son accessibilité financière aux soins et services de santé. Une faible proportion des malades (17,4%) n'a pas accès aux soins, tandis que 81,5 % des patients sont obligés de s'endetter ou de vendre des biens pour faire face aux dépenses de santé<sup>12</sup>. La pauvreté s'est en effet considérablement aggravée avec la crise et l'effectif des indigents s'accroît de plus en plus.

Le Burundi fait partie du groupe des pays pauvres très endettés (PPTE). En 2003, l'indice de développement humain (IDH) était de 0,337, classant le Burundi au 171ème rang parmi les 175 pays étudiés<sup>13</sup>. De 1993 à 2002, le PIB a cumulativement baissé de 20 %. Il s'est progressivement érodé pour s'établir à moins de US \$110 en 2002, contre près de US \$210 en 1990.

Selon le PNUD (Rapport PNUD 2003), 67 % de la population burundaise survivent avec moins de US \$1 par jour ; ce chiffre était estimé à 33 % avant le déclenchement de la guerre. De même, le taux d'investissement a fortement diminué, passant de près de 18 % du PIB en 1992 à moins de 9 % en 2002.

Dans le même temps, les exportations sont passées de US \$79,3 millions en 1992 à US \$31,0 millions en 2002. En 2003, le niveau d'endettement du Burundi avait atteint 208 % de son PIB. L'encours de la dette extérieure représentait 180 % du PIB en 2002, ce qui explique les grandes difficultés éprouvées par le pays pour satisfaire les besoins sociaux élémentaires de sa population.

Le taux brut de scolarisation au niveau du primaire a chuté de plus de 20% entre 1992 (67,3 %) et 1995 (46 %), mais on observe une tendance à l'amélioration depuis 2003, où on a enregistré un taux de 56 %. Au niveau du secondaire, le taux de scolarisation est passé de 6 % en 1992 à 11 % en 2001-2002, alors qu'au niveau du supérieur ce taux est resté stationnaire et très bas au cours de la période de 1992 à 2002 ; il est estimé à environ 1 %.

<sup>12</sup> Rapport d'enquête MSF Belgique, mars 2004.

<sup>13</sup> PNUD 2003.

## 1.4 Aspects épidémiologiques

### 1.4.1 Taux de mortalité élevés

Le profil épidémiologique peut se résumer ainsi<sup>14</sup> : le taux de mortalité brut, compris entre 1,2 et 1,9/10 000 habitants/jour, et le taux de mortalité observé chez les enfants de moins de 5 ans, qui est de 2,2 à 4,9/10 000 habitants/jour, restent supérieurs aux taux de mortalité attendus en situation d'urgence. Le taux de mortalité néonatale (114/1000 naissances vivantes) et celui de la mortalité maternelle (800-1300/100 000 naissances vivantes) dépassent les moyennes de la Région africaine.

Responsable de 47 % des décès en milieu hospitalier des enfants de moins de 5 ans et de 40 % des consultations dans les centres de santé, le paludisme est sans conteste le principal problème de santé publique au Burundi. Les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques figurent également parmi les causes les plus fréquentes de mortalité et sont principalement dues aux conditions environnementales, telles que la précarité de l'habitat, la promiscuité, de mauvaises conditions d'hygiène, un accès limité à l'eau potable, etc. D'autres causes de mortalité comprennent les complications de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que des traumatismes divers. La prévention et la lutte contre les maladies à potentiel épidémique restent une importante priorité de santé publique au Burundi.

### 1.4.2 Morbidité, principaux problèmes de santé et incapacités

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les cinq principales causes de morbidité observées dans les centres de santé sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et brûlures, et la malnutrition. En matière de mortalité, les femmes et les enfants de moins de 5 ans paient un lourd tribut.

Les maladies à évolution chronique telles que le SIDA, la tuberculose, le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cardiopathies, les maladies mentales et la goutte, ainsi que les violences physiques (sexuelles, accidents de la voie publique, guerre) sont à l'origine des nombreuses incapacités physiques et mentales recensées à travers le pays. Les maladies transmissibles restent la cause majeure de morbidité dans tous les groupes d'âge. Leur prise en charge consomme la plus large portion des modestes ressources allouées à la santé.

---

<sup>14</sup> Source : Burundi Health assessment and strategy 2005

Le paludisme représente 40 % des motifs de consultation enregistrés dans les centres de santé. Il est la première cause de mortalité et de morbidité au Burundi et occasionne d'importantes pertes directes liées aux coûts élevés de la prise en charge des malades, ainsi que des coûts indirects liés à l'absentéisme des adultes actifs.

Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides est de 22,34 % pour les enfants de moins de 5 ans et de 23,23 % pour les femmes enceintes. Malgré une cession gratuite dont bénéficient les femmes enceintes lors des consultations prénatales et une subvention substantielle, le taux d'utilisation de ces moustiquaires par les ménages est resté très faible. Quoique insuffisamment documentés, le recours à la pulvérisation intradomiciliaire et la destruction des gîtes de moustiques au cours de certaines épidémies méritent également d'être soulignés.

## Section 2 Système de santé du Burundi : CHIFFRES CLES

A titre illustratif, cette partie laisse apparaître l'état du système de santé Burundais à travers quelques statistiques<sup>15</sup> sur l'état de santé de la population, le niveau des dépenses de santé ainsi que la démographie médicale.

**Tableau 1 : Indicateurs de base**

PIB par habitant (Intl \$, 2004)	<b>507 US\$</b>
Espérance de vie à la naissance h/f (2004)	<b>42.0 / 47.0 années</b>
Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f (2002)	<b>33.4 / 36.8 années</b>
Mortalité de l'enfant h/f (pour 1000)	<b>196 / 184</b>
Mortalité de l'adulte h/f (pour 1000)	<b>593 / 457</b>
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 2000)	<b>1000</b>
Prévalence VIH/SIDA adultes (15 - 49 ans)	<b>3.3%</b>
Total des dépenses de santé par habitant (Intl \$, 2003)	<b>15 US\$</b>

<sup>15</sup> Base de données pays OMS (WHOSIS), Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006, ONUSIDA, Rapport sur le développement humain 2006, PNUD

**Tableau 2 : Dépenses de santé, indicateurs principaux (Indicateur Valeur (année))**

Total des dépenses de santé en % du PIB	3.1 (2003)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	23.3 (2003)
Dépenses privées <sup>16</sup> en % du total des dépenses de santé	76.7 (2003)
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	2.0 (2003)
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé	14.1 (2003)
Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	n/a
Paiements directs en % des dépenses privées de santé	100.0 (2003)
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé	n/a
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux)	15 (2003)
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux)	4 (2003)

**Tableau 3 : Ressources humaines en santé (Indicateur 2004)****Burundi : IDH : O, 384**

Médecins (nombre)	200	Part	% dépenses santé	% PIB
Médecins (densité pour 1000 habs)	0.03	Public	23.3	0.7
Infirmière (nombre)	1,348	Privé	76.7	2.4
Infirmières (densité pour 1000 habs)	0.19	Total	100,0	3.1
Dentistes (nombre)	14			
Dentistes (densité pour 1000 habs)	0.00			

## 2.1 Organisation et fonctionnement

De type pyramidal, le système national de santé s'articule autour de 3 niveaux :

*Le niveau central* est responsable de la définition de la politique sanitaire et de l'élaboration des stratégies d'intervention ; de la planification, de l'administration et de la coordination du

<sup>16</sup> Les dépenses privées sont constituées des assurances santé privées ainsi que de la participation financière directe des usagers aux services de soins

secteur de la santé ; de la définition des normes de qualité, de leur suivi et de leur évaluation. Il est représenté par le Cabinet du Ministre, la Direction générale et ses départements, ainsi que les organes de direction des divers programmes de santé.

*Le niveau intermédiaire* est composé de 17 Bureaux provinciaux de Santé (BPS) subdivisés en 31 secteurs de santé. Les BPS sont chargés de la coordination des activités sanitaires au niveau provincial, de l'appui aux centres de santé et de la formation du personnel de santé de leur ressort. Ce niveau est insuffisamment outillé et souffre d'une pénurie de capacités gestionnaires et logistiques, et de personnel médical.

*Le niveau périphérique* est composé de l'ensemble des centres de santé répartis dans toutes les communes du pays. Les recettes issues des prestations des soins et des ventes des cartes d'assurance maladie sont versées dans les caisses communales et ne sont pas recyclées dans le système national de soins, en application du Décret-loi du 17/06/88, mieux connu sous le nom de «Loi communale». La fonction administrative est assurée par les responsables des centres de santé qui planifient, organisent et gèrent toutes les activités de ces structures.

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins qui comporte 4 paliers :

- i) le niveau de base constitué par les centres de santé, porte d'entrée dans le système national formel des soins ;
- ii) les hôpitaux de première référence ;
- iii) les hôpitaux de deuxième référence ;
- iv) les hôpitaux spécialisés.

L'analyse de la Carte sanitaire actualisée du Burundi indique que le pays compte 501 centres de santé dont 497 sont fonctionnels, soit 99,2 % ; 63 % relèvent du secteur public et 2 centres de santé sur 3 sont de type B1. 47 hôpitaux sont opérationnels sur l'ensemble du territoire, dont 38 hôpitaux de première référence, 5 hôpitaux de deuxième référence et 4 hôpitaux spécialisés.

En termes théoriques, l'accessibilité physique semble satisfaisante, car 80 % de la population sont géographiquement installés à une distance inférieure à 5km d'un centre de santé.

Toutefois, l'analyse situationnelle des infrastructures de santé dénote d'importantes disparités dans leur répartition selon les milieux (rural/urbain), entre les provinces rurales et à l'intérieur de celles-ci. La guerre, qui a entraîné des destructions importantes dans certaines régions, a considérablement aggravé ces disparités.

Tout au long de la période de crise, les ONG ont joué un rôle déterminant au sein du système national de santé. Bien que le partenariat ne soit pas encore suffisamment structuré entre ces ONG et le ministère de la santé publique, il a été possible, grâce à l'appui de l'OMS, de les rassembler autour d'un cadre fédérateur pour organiser et coordonner la réponse/riposte aux problèmes de santé et mobiliser les alliances en vue d'accompagner le pays dans la réalisation des activités planifiées.

Cette collaboration dynamique entre des intervenants orientés vers l'action a permis de promouvoir les synergies et les complémentarités à différents niveaux (politique, technique, mobilisation des ressources, etc.) pour une plus grande efficacité des interventions sur le terrain.

D'une manière générale, les infrastructures hospitalières et les structures de santé de proximité ne disposent pas d'un plateau technique suffisant pour assurer un minimum d'activités et de services de base de qualité. Au regard des normes et standards du ministère de la santé publique, la plupart des hôpitaux de première et de deuxième référence sont sous-équipés et peu fonctionnels dans le cadre de leur rôle de référence.

Les bâtiments abritant les différentes structures sanitaires sont, dans leur grande majorité, dans un état vétuste et dégradé et ne permettent plus de respecter la dignité des patients. Le ministère de la Santé publique vient de lancer un vaste programme de réhabilitation des infrastructures afin de corriger cette situation.

### Section 3 Système de santé et Couverture sociale<sup>17</sup>

L'analyse des indicateurs relatifs au financement de la santé met en évidence :

- des dépenses de santé représentant **3.1 % du PIB**
- une part du budget santé dans le budget de l'Etat inférieure à **3%**
- une participation financière des usagers représentant près de **77% des dépenses totales de santé** (système de recouvrement des coûts adopté en 2002)
- des ressources extérieures qui financent **14.1 % des dépenses de santé**
- un pays avec un développement humain faible (**0,384**), plaçant le Burundi dans les Pays les Moins Avancés
- un pourcentage de la population vivant avec moins de 2 US\$ / jour de **89.2%**

Le contexte socio-sanitaire au Burundi est marqué par près de dix ans de conflits armés, avec comme conséquences :

- des déplacements massifs des populations civiles au Burundi et vers les pays voisins, estimés à près d'un million de personnes.
- la destruction des infrastructures sanitaires d'une part et le décès d'une partie du personnel soignant d'autre part, ainsi que la concentration du personnel restant dans les centres urbains pour des raisons de sécurité.

La dégradation de la situation s'est traduite par un recul de tous les indicateurs socio-sanitaires :

- chute de l'espérance de vie, qui de 51 ans en 1993 est passée à 42 ans en 2001;
- augmentation de la mortalité infantile (116 pour mille en 2001 contre 110 en 1993) et de la mortalité maternelle (estimée à plus de 800 pour 100.000 naissances vivantes en 2001) ;
- réapparition de maladies endémo-épidémiques, considérées jusqu'alors comme éradiquées ou sporadiques ;
- augmentation rapide du VIH/SIDA dont l'ampleur est mal connue

<sup>17</sup>Site AISS, SSW sécurité sociale dans le monde « L'assurance maladie de la sécurité sociale – Mise en place des régimes de soins de santé : l'expérience de la Mutuelle de la Fonction Publique », Burundi, Conférence régionale de l'AISS pour l'Afrique, Zambie, août 2005.

- augmentation du nombre de personnes touchées par le paludisme, principale cause de mortalité
- augmentation de la malnutrition : le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale est estimée à 45% en 2001

Plusieurs systèmes de prise en charge des soins de santé existent au Burundi :

- un système d'assurance-maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés
- un système de prise en charge par l'employeur des salariés du secteur privé structuré

Pour le reste de la population s'applique le système de pré-paiement pour les travailleurs indépendants et les populations rurales ou le système d'assistance sociale pour les indigents. L'année 1980 est une année repère dans l'histoire de l'assurance-maladie au Burundi. C'est celle de la création du régime d'assurance-maladie pour les agents publics par le Décret-Loi du 27 juin 1980.

Ce système à base professionnelle, repose sur les cotisations salariales et patronales. Les bénéficiaires sont l'ensemble des fonctionnaires, magistrats, personnels de police, pensionnés et retraités de la fonction publique, membres des forces armées et étudiants de l'enseignement supérieur. Il est géré par la Mutuelle de la fonction publique, créé par décret en juin 1980. Etablissement public à caractère administratif, cet organisme est sous la tutelle du ministère de la Fonction publique. Les assurés de la Mutuelle de la fonction publique représentent près de 22% de la population active, soit 12% de la population totale.

#### **M.F.P.<sup>18</sup> : Etat des lieux de la couverture légale**

Tableau 4 : récapitulatif

Eligibilité	Fonctionnaire et assimilé
Paquet de services	Petit et gros risque
Contribution	10% entre salarié et employeur
Population couverte	10% de la population totale
Groupe vulnérable	Prise en charge
Administration	Organisme de prévoyance sociale

<sup>18</sup>Jean Pierre Sery, « Couverture du risque maladie en Afrique Francophone : « Etat des lieux dans sept pays », Paris, 26-30 avril 2004

Les axes prioritaires de réforme en matière d'assurance-maladie prévoient :

- l'extension de l'assurance-maladie obligatoire aux salariés du secteur privé et à tous les travailleurs indépendants
- la mobilisation et l'encadrement des populations rurales en vue de la création de mutuelles communautaires.

Les défis majeurs de la couverture obligatoire généralisée sont :

- Les contraintes de l'environnement institutionnel et macroéconomique ;
- La croissance économique est faible voire négative dans beaucoup de pays ;
- La base de taxation dans le secteur formel est réduite ;
- L'importance de l'économie informelle ;
- L'incertitude dans la capacité des programmes d'assurance maladie à générer des ressources financières additionnelles pour le budget de la santé ;
- La maîtrise des dépenses de santé ;
- Le risque d'aggravation par l'assurance des problèmes de l'équité ;
- La difficulté à identifier les pauvres et à les prendre en charge ;
- La faible taille, la faiblesse contributive et l'absence de capacités managériales des organisations mutualistes ;
- L'articulation entre les régimes volontaires et les régimes obligatoires ;
- La bonne connaissance des populations cibles, notamment leurs capacités contributives, leur volonté à payer, leur motivation à adhérer à un programme d'assurance maladie et à y rester ;
- La planification et la programmation de l'extension.

En matière d'extension de la couverture, les réformes les plus importantes sont :

- Promulgation de la loi n°1/ 010 du 16juin 1999 portant code de la sécurité sociale : loi de référence pour la création d'organisation et la gestion des régimes de sécurité sociale au Burundi ;
- Promulgation de la loi n°1/05 du 10 septembre 2002 portant réforme du régime d'assurance maladie maternité des agents publics et assimilés en vue de mettre ce dernier en conformité avec le code de la sécurité sociale.

- Pas d'autres réformes majeures en matière d'extension de la couverture dans le domaine de la santé ;
- Cependant, une volonté politique d'élargir cette couverture qui se manifeste à travers des études en cours au ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale avec le concours du BIT.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAP.II ASSURANCE - MALADIE ET MUTUALITE

Ce chapitre met l'accent sur l'organisation des systèmes de santé et plus particulièrement sur le rôle de l'Etat et d'autres intervenants dans l'organisation d'un système de soins en faisant références aux systèmes de soins « bewerdigiens », « bismarkiens », « libéraux ».

### Section 1. Bref aperçu

#### A. Etat et Santé

Dans aucun pays africain, l'État n'est absent de l'organisation du système de santé ; sa marque y est généralement assez visible. Parmi les traits marquants, nous pouvons citer entre autres le poids de l'héritage colonial et l'absence de mécanismes de sécurité sociale.

À l'exception du Libéria, souverain depuis 1847, tous les pays de la zone restent marqués par le mode d'organisation des services de santé mis en place par les anciennes puissances coloniales (dont il faut rappeler les différences de style liées à leur propre histoire : colonies de peuplement, « *indirect rule* », administration directe...) dans un contexte très différent à plus d'un titre : taille et répartition spatiale des populations, capacités de réponse de la science à des pathologies, etc.<sup>19</sup>

Il y a quarante ans, suite à la vague des indépendances, les États durent gérer seuls des questions auxquelles la plupart n'avaient pas été préparés ; les coopérations bi- et multilatérales ont apporté, jusqu'à aujourd'hui, des concours techniques et financiers d'ampleur variable et dont les résultats sont contrastés.

Dans presque tous les pays d'Afrique existent des caisses de sécurité sociale, dont la particularité est qu'aucune ne couvre le risque maladie. Héritières des législations mises en place avant les indépendances (qui n'avaient pas de raisons de couvrir d'autres risques que ceux liés à l'activité professionnelle, les travailleurs expatriés bénéficiant d'une couverture de la mère patrie) ces caisses ont tardivement fait évoluer les textes sur les retraites, les accidents

---

<sup>19</sup>Didier Gobbers et Eric Pichard , L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest, Santé publique et pays pauvres , 38 adsp n° 30 mars 2000.

du travail... mais, faute d'une rencontre de volontés entre employeurs et salariés, n'ont jamais abordé de front les questions liées à la santé.

### **B. La santé et la société**

Un système de santé est une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins des citoyens ; parmi les très nombreux facteurs, il y a lieu de citer la physionomie des économies, la démographie, les politiques sociales, la médicalisation de la santé, mais surtout, la solidarité et enfin les comportements des ménages.

Légendaires, les solidarités africaines résistent mal au monde contemporain, tout particulièrement en milieu urbain dans lequel les ciments ethniques, culturels, religieux et familiaux sont érodés par la multitude et la promiscuité.

Plusieurs études montrent qu'elles ne disparaissent pas mais se recomposent sur des bases moins fortes puisque la pression du groupe social est en concurrence avec d'autres contraintes. Ainsi, alors qu'on aurait pu penser que les tontines traditionnelles auraient pris dans le secteur de la santé la place de solidarités institutionnelles défailtantes, peu de mutuelles ont vu le jour (encore de faible rayonnement au Bénin, Sénégal, Nigéria).

Dans un registre voisin, le développement communautaire, qui est souvent présenté comme une caractéristique africaine, n'est pas au rendez-vous des initiatives dans le secteur de la santé en milieu urbain.

Les solidarités intergénérationnelles vers les ascendants ainsi que celles fondées sur la religion restent fortes bien que des événements externes (guerres, crises économiques) les mettent à l'épreuve ; les solidarités campagne-ville ont beaucoup mieux résisté qu'en Afrique centrale. En revanche, les solidarités de commensalité sont mises à mal en milieu urbain.

Quant aux comportements des ménages, les études récentes des déterminants socio-économiques et anthropologiques du recours aux soins montrent en milieu urbain des similitudes de parcours : automédication, soins de santé modernes, médecine traditionnelle.

Cependant ces parcours, dont l'influence majeure n'est pas la capacité financière du chef de ménage mais son niveau d'instruction, sont fortement influencés par l'accessibilité au système

moderne de santé ainsi que par la représentation sociale d'une pathologie, en particulier pour le sida.

Si religion et culture sont d'un poids important pouvant influencer le choix du parcours thérapeutique, l'observation des décisions d'allocation de ressources pour la santé et la mort révèle de grandes ressemblances dans les pays de la zone : le coût du deuil est supérieur à ce qui aurait été nécessaire pour soigner. Dans le même ordre d'idée, la ventilation des dépenses du ménage montre des échelles de priorité dans lesquelles la santé n'est pas toujours prioritaire<sup>20</sup>.

## Section 2. Organisation des Systèmes de soins et Accessibilité

La structure particulière d'un système de soins reflète la façon spécifique dont une collectivité organise l'accès aux soins modernes pour répondre aux besoins de santé. La structure et l'évolution de chaque système de soins reflètent donc l'histoire socio-économique de chaque pays.

Cependant, certaines logiques sociales sont en œuvre dans tous les pays, à des degrés divers. On remarque partout le développement des activités capitalistes, le rôle protecteur que l'Etat cherche à assumer et la présence de solidarités religieuses ou traditionnelles. Or chacune de ces logiques contribue, à sa façon, à l'accès aux soins. Tous les systèmes de soins présentent ainsi des traits communs, car tous les systèmes de soins résultent à différents niveaux, de l'influence des mêmes logiques sociales.

Le développement socio-économique a pris des rythmes et des caractères différents selon les pays, mais il se caractérise partout par le développement des activités capitalistes dans une société traditionnelle.

Si l'impact du développement du capitalisme et de l'efficacité de la médecine ont conduit à trois types de systèmes de soins possibles, d'autres logiques sociales continuent à jouer un rôle dans la structure du système de soins.

Il s'agit essentiellement des institutions religieuses et des solidarités traditionnelles. Ces différentes logiques sociales expliquent la configuration particulière de chaque système de

---

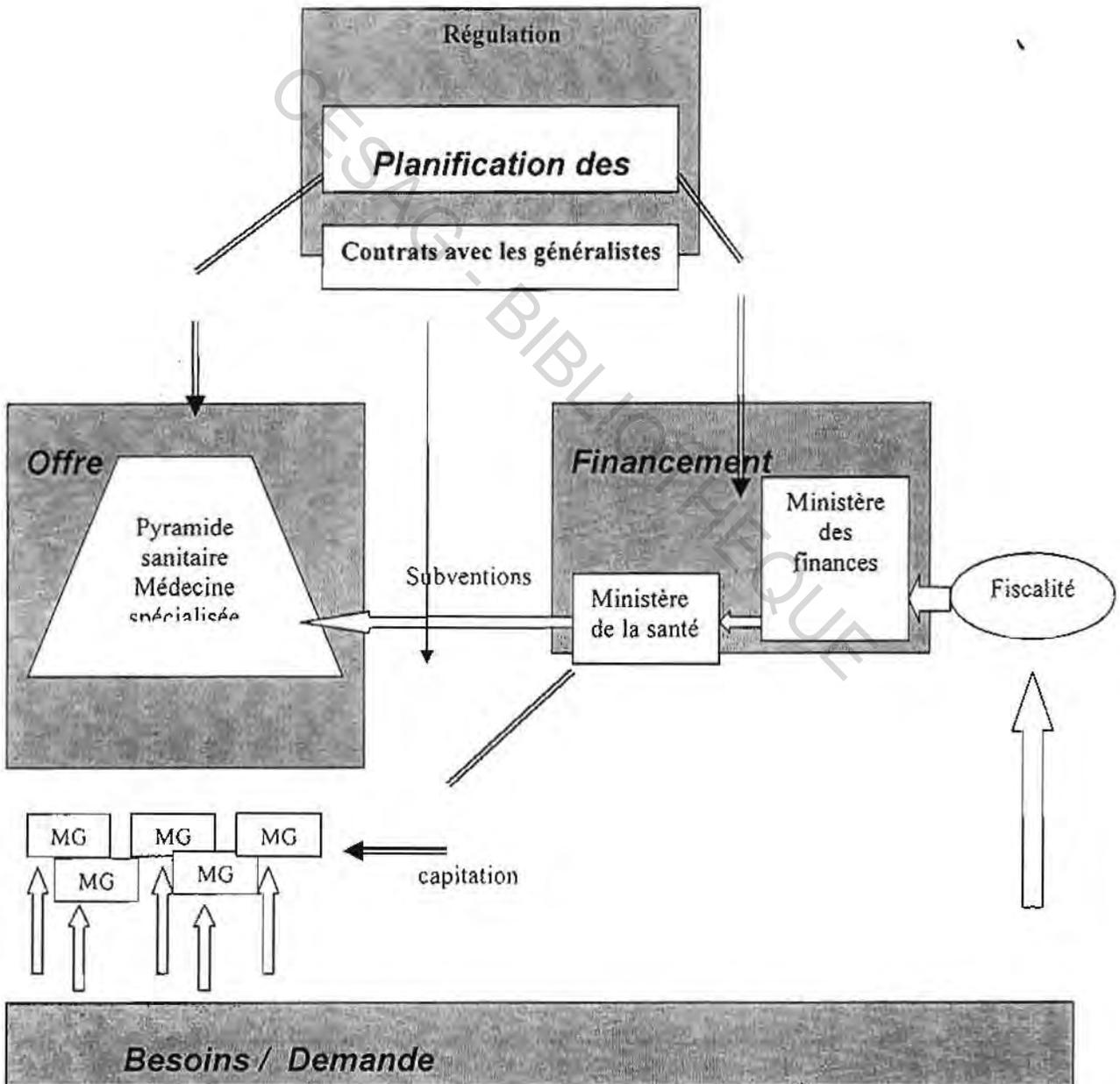
<sup>20</sup> Didier Gobbers et Eric Pichard, L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest, Santé publique et pays pauvres, 38 adsp n° 30 mars 2000.

soins. Cependant, le système de soins de certains pays peut être considéré comme typique de l'une des réponses possibles de l'Etat au problème de l'accès aux soins.

### 2.1 Trois systèmes de soins typiques<sup>21</sup>.

Les comparaisons internationales font ressortir trois types de système de soins. Dans les pays « à économie de marché bien établie », on y retrouve les systèmes de soins « beweridgiens », « bismarkiens », « libéraux ».

#### A. Système Beveridgien (Grande Bretagne : système national de santé)



<sup>21</sup> Les schémas des trois systèmes de soins typiques : cfr Hervé LAFARGE, notes de cours

Le système de soins de Grande Bretagne correspond le mieux au système *Beweridgien*. Le gouvernement travailliste de 1948 a en effet estimé que l'accessibilité des soins pour toute la population, faisait partie de sa responsabilité. Beveridge considère que le système de soins doit reposer sur trois principes : Universalité des bénéficiaires (tous les citoyens doivent être protégés), Unité de gestion du système, et Uniformité (accès uniforme quelque soit le revenu – équité horizontale d'accès). L'application de ces principes conduit le gouvernement à mettre en place un « système national de santé » (NHS) qui articule ainsi les fonctions de base du système :

#### a) **Financement**

Le financement des soins est assuré par l'Etat. La source de financement est donc la fiscalité générale. L'intermédiaire est le ministère des finances puis le ministère de la santé. Le financement des prestataires se fait sous forme de subventions pour les structures publiques spécialisées (hôpitaux) et sous-forme de paiement à la capitation pour les médecins de soins primaires (généralistes).

#### b) **Offre de soins**

Structurée sous la forme d'une pyramide sanitaire, les soins spécialisés sont offerts par les hôpitaux. Les médecins hospitaliers sont des fonctionnaires salariés. Les soins primaires sont offerts par des médecins libéraux qui contractualisent avec le NHS une rémunération à la capitation. Chaque citoyen s'inscrit sur la liste d'un généraliste pour au moins un an. Le généraliste reçoit du NHS un forfait annuel pour chaque patient de sa liste. Il fournit les soins gratuitement.

#### c) **Demande de soins**

Cette demande traduit l'expression des besoins de consultation auprès des généralistes. La demande de soins de spécialistes ne peut se porter directement sur les spécialistes : le patient doit nécessairement être référencé par son généraliste.

#### d) **Gouvernance du système**

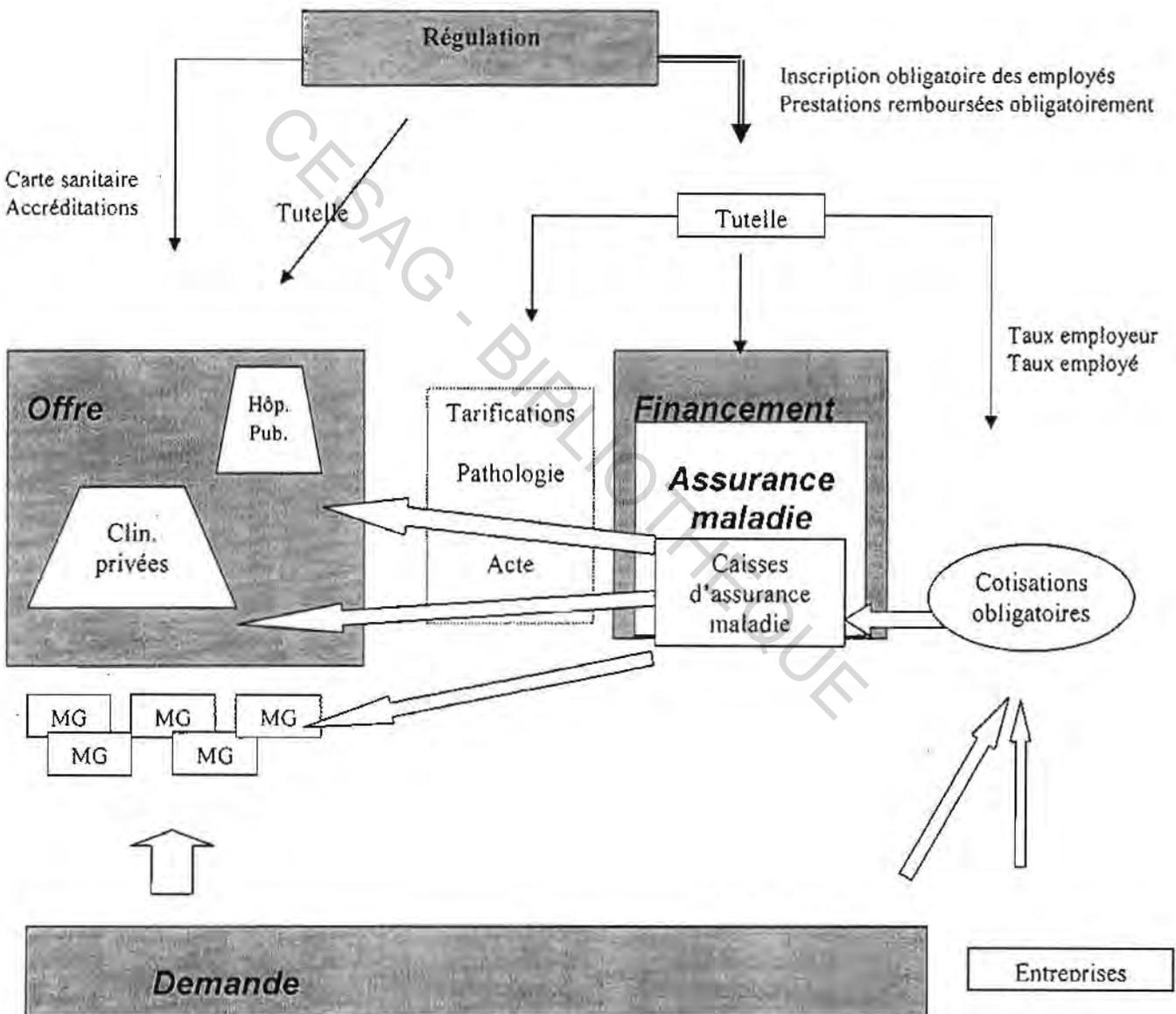
Elle s'inscrit dans une logique de planification pour l'ensembles de soins spécialisés réalisés par les structures publiques. Si les soins sont gratuits, un ticket modérateur est cependant perçu pour les soins courants (les paiements directs représentent finalement de 5 à 10 % des dépenses de santé).

Le système national de santé de la Grande Bretagne s'avère peu coûteux (les dépenses de santé représentent 7 % du PIB contre 10 % en France et 14 % aux Etats-Unis). Son impact sur

la santé ne semble pas moindre que celui des systèmes de soins des pays comparables (espérance de vie en bonne santé comparable). Toutefois, la satisfaction des usagers semblent faible (files d'attente, etc.).

Les réformes de ce système, qui consiste à favoriser le développement d'un secteur libéral, proviennent plus de la volonté de réduire les dépenses de l'Etat (liée au contexte de la mondialisation des économies capitalistes) que des dysfonctions internes du système.

### B. Système Bismarkien (Allemagne)



La loi de 1883, promulguée par le chancelier Bismark, contraint les employeurs à affilier à une assurance maladie les salariés à bas salaires. Ce principe sera généralisé par la république de Weimar en 1919. Ce dispositif de financement va permettre la solvabilisation d'une

demande nouvelle qui va venir dynamiser le système d'offre privé de soins. Les hôpitaux publics vont aussi trouver dans cette nouvelle demande des ressources propres.

Le système présente donc les caractéristiques suivantes :

#### *a) Financement*

La source de financement est constituée par les cotisations sociales patronales et salariales. L'intermédiaire de financement est la caisse d'assurance maladie à la quelle l'employeur décide d'affilier son employé. Dans le système allemand, ce choix est laissé à l'employeur.

Dans d'autres systèmes de type bismarkien, l'affiliation est obligatoirement faite à une caisse unique, cogérée par les représentant du patronat et des employés (comme en France). L'employeur a le choix entre plusieurs caisses, professionnelles ou privées. Les caisses choisissent les modalités de financement des prestataires. Les hôpitaux, quant à eux, sont remboursés sur la base d'une tarification à la pathologie, tandis que les médecins libéraux sont remboursés sur la base d'un paiement à l'acte.

#### *b) Offre de soins*

Elle reste l'œuvre de la médecine libérale et du secteur public hospitalier lorsqu'il s'est développé dans le cadre de la logique étatique ou municipale.

*c) Demande de soins* : Elle conserve le libre choix de son généraliste ou de son spécialiste.

#### *d) Gouvernance du système*

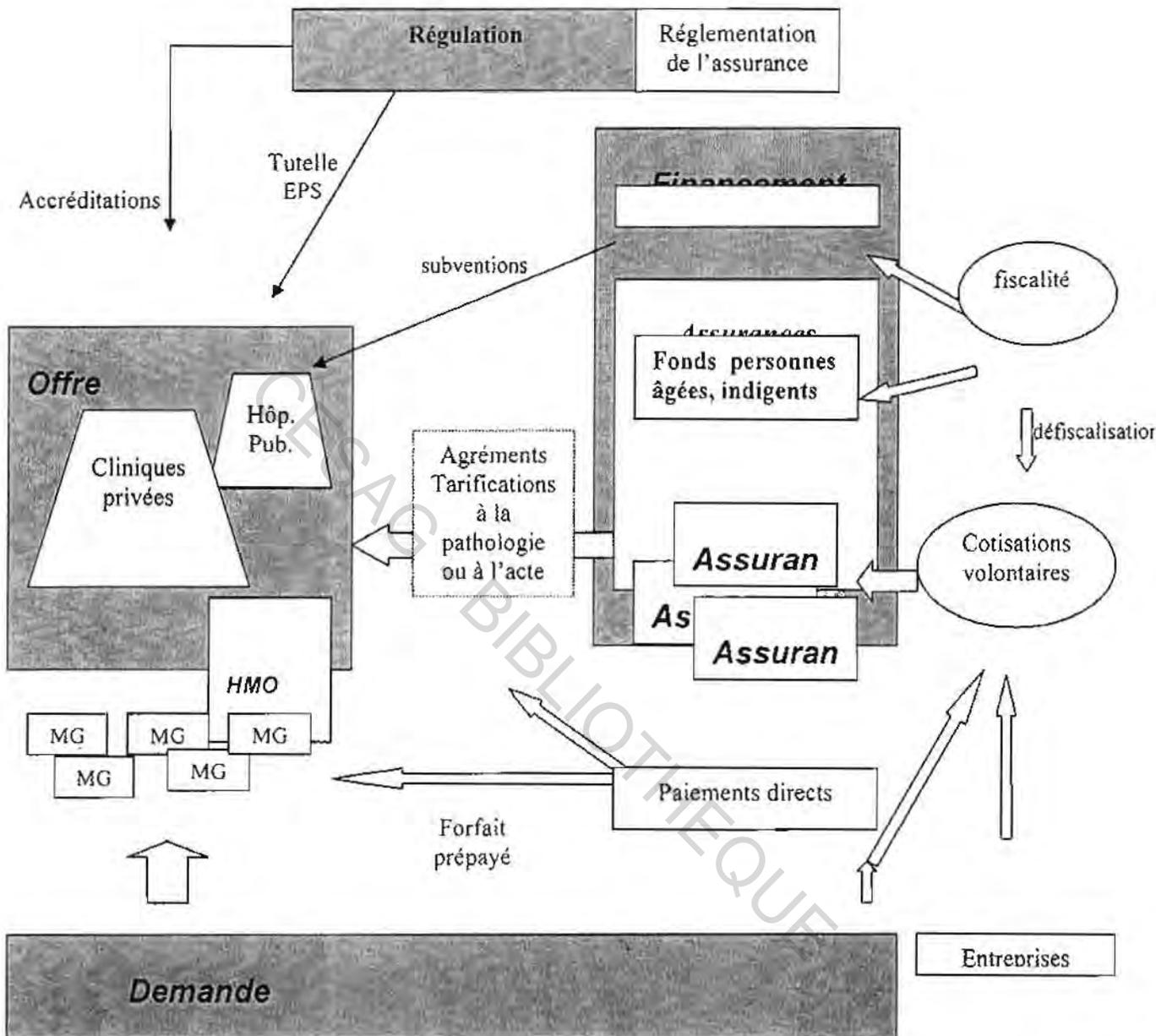
Elle est essentiellement réalisée par les « partenaires sociaux », c'est à dire les représentants des employeurs et des employés, mais aussi en Allemagne, des caisses maladies et des associations professionnelles de médecins. L'Etat se borne à encadrer les décisions de ces partenaires pour maintenir l'objectif d'une assurance maladie pour tous les salariés, garantir la qualité des soins et réguler l'installation de l'offre.

### **C. Système libéral (Etats-Unis d'Amérique)**

L'histoire des Etats-Unis est celle du triomphe du capitalisme marchand. En un moins d'un siècle, ce pays d'immigrants a bâti sur les principes individualistes de la liberté économique (libre échange) et politique (droits de l'homme), la première puissance mondiale. Dans ce contexte culturel, la responsabilité individuelle est une valeur qui l'emporte sur la solidarité.

Le système de soins, comme les autres secteurs économiques, se développe donc essentiellement au gré des initiatives privées. L'intervention de l'Etat n'est admise que pour palier aux défaillances les plus graves de cette logique marchande. Toutefois, le caractère

essentiel du besoin de soins a rendu cette intervention non négligeable. Cette dynamique conduit à un système pluraliste concurrentiel.



### a) Financement des soins

Le financement des soins relève a priori de la responsabilité de chacun. La plupart des américains s'affilie à une assurance maladie auprès des très nombreuses compagnies qui offrent différentes catégories de contrats. La majorité d'entre eux bénéficie d'une contribution de leur employeur qui leur propose le plus souvent d'adhérer à un contrat collectif. L'employeur y voit un moyen d'attirer les meilleurs employés, et il bénéficie de

dégrèvements fiscaux. On estime que la moitié des américains bénéficie de ce système « quasi-bismarkien<sup>22</sup> » volontaire mais encouragé par l'Etat.

Malgré la culture individualiste des américains, qui les conduit à estimer que chacun est responsable de sa santé, l'Etat intervient pour permettre l'accès aux soins de ceux qui seraient en grande difficulté pour le faire, soit parce qu'ils ne sont pas ou mal inséré dans le monde du travail (indigents), soit parce qu'ils courent des risques sanitaires importants (personnes âgées).

Ainsi, un fond (Medicare) est financé par le budget fédéral pour couvrir les soins hospitaliers (jusqu'à 60 jours par an) des personnes de plus de 65 ans et un fond (Medicaid) est financé à parité entre le budget fédéral et l'Etat local, pour couvrir les soins des indigents (y compris les soins de longue durée pour les personnes âgées nécessiteuses). Ces deux fonds publics couvrent au moins partiellement environ 23 % de la population. L'Etat intervient donc dans le financement des soins d'une part par le financement de medicaid et medicare, et d'autre part par les déductions fiscales accordées aux entreprises qui financent la protection maladie de leurs employés.

Les personnes qui ne s'inscrivent pas dans ces dispositifs (salariés précaires ou de petites entreprises, inactifs non indigents), doivent financer leur propre assurance ou assumer le paiement direct des soins. On estime à 15 % la part de la population qui n'a aucune couverture maladie.

Les modalités de paiement des prestataires sont laissées à l'initiative des assureurs et des prestataires. Toutes les formules peuvent être observées, chaque assureur et prestataire cherchant à obtenir un avantage compétitif dans la concurrence. La tarification à la pathologie tend à se généraliser comme modalité de paiement de l'activité. Une formule particulièrement intéressante est celle des « HMO » (Health maintenance organisation : organisation pour la maintenance de la santé). Ces organisation regroupe un ensemble de prestataires pouvant offrir un paquet de soins assez complet (soins primaires et spécialisés).

---

<sup>22</sup> Rappelons que le système Bismarkien se caractérise par l'obligation de contribuer à l'assurance maladie de ses salariés.

Le HMO offre un accès quasi gratuit (moyennant un ticket modérateur) à ce paquet de soins moyennant un forfait annuel prépayé. Le HMO est à la fois prestataire et assureur. Le forfait peut être cofinancé par l'employeur. Comme tout système de capitation, cette formule permet de faire converger l'intérêt du « client » et celui du prestataire (à savoir : que la personne soit le moins souvent malade possible), contrairement aux autres formules de rémunération des prestataires.

#### *b) Offre de soins*

Elle est « naturellement » essentiellement privée commerciale ou associative. Toutefois, les Etats subventionnent aussi des établissements hospitaliers publics qui assurent les urgences et les soins hautement spécialisés, mais se font rembourser les soins pour les patients solvables (ressources propres).

#### *c) Demande de soins*

Elle n'est pas contrainte par une réglementation. Toutefois, des contrats d'assurances peuvent prévoir des systèmes d' « agrément » de certains prestataires par l'assureur.

#### *d) Système de régulation*

L'intervention de l'Etat n'est admise que pour palier aux défaillances des initiatives privées. Il intervient ainsi pour faciliter l'accès aux soins des personnes âgées et des pauvres. Mais la régulation du système est essentiellement une autorégulation par les mécanismes de la concurrence entre les prestataires d'une part, entre les assureurs d'autre part. Ainsi, les assureurs cherchent à agréer des prestataires qui acceptent de voir la qualité de leurs activités étroitement contrôlées. La baisse énorme du coût de l'information (informatisation) permet le suivi des activités de chaque médecin et le contrôle quasiment en temps réel, des protocoles, des prescriptions et des coûts.

En résumé, on constate aisément que chaque type de système présentent des avantages et des inconvénients. On peut présumer que :

- Le système libéral sera le plus réactif et le plus inéquitable, puisqu'il repose sur la concurrence et n'a pas d'objectif universaliste.
- Le système beveridgien sera plus équitable, mais risque d'être peut réactif, car il fonctionne comme une organisation publique en situation de monopole.

- Le système bismarkien, dans une économie capitaliste bien établie, finira par être équitable (extension du secteur formel à l'ensemble de la société) et restera probablement réactif.

Selon les données de l'OMS<sup>23</sup>, la comparaison de certains aspects de la performance et du financement de ces différents systèmes semble indiquer que :

- les systèmes Beveridgien et bismarkien obtiennent un meilleur impact et soient plus équitables que le système libéral, même s'il ne faut pas oublier les autres déterminants de l'espérance de vie.
- Les indicateurs d'efficacité sont peu nombreux.
- Par contre, le système libéral apparaît comme particulièrement coûteux. Comme il ne semble pas plus efficace, on peut donc penser qu'il est moins efficient que les deux autres.
- Le système beveridgien semble le moins coûteux, pour des résultats au moins aussi bon que ceux autres. Il semble donc plus efficient

Ainsi, les systèmes d'Afrique subsaharienne reflètent l'impact des dynamiques sociales évoquées, mais aucune d'elles n'a été prédominante. D'où l'impérieuse nécessité de concevoir un système type au Burundi, bien adapté aux réalités socio-économique dans un environnement de lutte contre la pauvreté en général et de lutte contre l'inaccessibilité financière aux structures formelles de santé en particulier.

En définitive, le système de soins Burundais a une forme pyramidale et il est conçu sous l'autorité de l'Etat dans une problématique de pure complémentarité. Quant à la couverture sociale, le système de soins Burundais peut être qualifié d'« hybride » car il porte les emprunts des trois systèmes ci-haut cités. Le développement du secteur formel jette les bases d'un système libéral, dans lequel la couverture maladie est laissée à l'initiative des individus et des employeurs et l'offre de soins libérale se développe. L'Etat intervient dans une logique bismarkienne, en rendant obligatoire une contribution au financement de l'assurance maladie par l'employeur (secteur public et privé). Par ailleurs, le faible niveau de vie des populations

<sup>23</sup> Rapport OMS 2005, Indicateurs de performance et de coûts des différents types de systèmes de santé

impose, dans une logique Beveridgienne, l'intervention de l'Etat . Le secteur confessionnel et les solidarités traditionnelles sont encore très sollicités (milieux ruraux et secteur informel).

### Section 3. Origines des mutuelles

#### a) Expériences Européennes

L'origine des mutuelles en Europe est intimement associée à l'histoire sociale européenne du 19<sup>ème</sup> siècle. La révolution industrielle en Europe a entraîné une augmentation considérable du nombre de salariés, concentrés dans les nouveaux centres industriels et confrontés à une énorme misère sociale. Les revendications croissantes du mouvement ouvrier et la montée du socialisme ont alimenté les inquiétudes au sein de l'establishment (politique, économique et même religieux) quant aux risques de dislocation de la société, et ont obligé l'Etat à reconsidérer son rôle et à se transformer en puissance protectrice, « l'Etat-Providence ».

Les premières mutuelles se sont développées dans la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, à l'initiative de groupes d'ouvriers ou de patrons ayant des préoccupations sociales : « sociétés de secours mutuels » en Belgique et en France, « friendly societies » au Royaume Uni. Les principaux risques encourus par les ouvriers n'étaient pas les éventuels frais médicaux ; les soins disponibles étaient très restreints et techniquement peu efficace à l'époque, mais la perte de revenus du ménage en cas de décès, d'accident, de la maladie prolongée ou de licenciement. Mais les insuffisances des mutuelles sont rapidement devenues manifestes : les cotisations restreintes, la petite taille de la plupart de ces associations, et le manque d'expertise gestionnaire ne permettaient aux mécanismes de solidarité locale d'assurer une réelle protection aux adhérent (de Swann 1998). Si l'origine d ces caisses de secours mutuels provient du mouvement ouvrier naissant ou de mouvements philanthropiques, et non des pouvoirs publics, il est essentiel de noter que c'est seulement *après* intervention de l'Etat que ce type d'association est devenu viable.

La manière dont l'Etat-Providence est intervenu dans ce qui est appelé ultérieurement la sécurité sociale a varié d'un pays à l'autre. Là où l'Etat est intervenu directement, comme au Royaume – Uni, les mutuelles ont progressivement perdu leur raison d'être. Dans d'autres pays comme la Belgique, les mutuelles de santé ont subsisté en s'intégrant dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

En Allemagne, le nom du chancelier Bismarck est associé au premier système de sécurité sociale organisé par l'Etat, avec la création de l'assurance- maladie en 1883 financés par les cotisations patronales et ouvrières ainsi que par l'Etat. Pour Bismarck, la mise en place d'un système de sécurité sociale obligatoire, subsidié par l'état (et donc dépendant de lui), était un instrument de contrôle social et politique : plus d'égalité sociale afin de garantir une loyauté des travailleurs vis-à-vis de l'Etat. L'intention était de contrer l'influence politique des socialistes et d'endiguer les risques d'émeutes et de révolution, en répondant à certaines exigences du mouvement ouvrier (Rimlinger 1971).

L'émergence de l'Etat-Providence à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle apparaît donc comme une réponse face au péril constitué par des masses populaires paupérisées mais de plus en plus organisées et capable de se faire entendre dans la presse, dans la rue, voire dans les instances parlementaires. L'intervention de l'Etat était censée maintenir et non pas changer les fondements de la société capitaliste (Wanthemsche 1997).

Pour réaliser cette fonction de protection sociale, il fallait cependant qu l'Etat dispose de l'autorité nécessaire pour imposer et faire respecter le caractère obligatoire du système d'assurance, d'une administration efficace pour le gérer, et finalement des ressources financières nécessaires pour subsidier. L'industrialisation avait provoqué un enrichissement matériel considérable des Etats européens ; même si cet enrichissement ne profitait pas à tous. La colonisation augmenta encore le réservoir de richesses, assurant à l'Etat-Providence les moyens de sa politique.

#### *b) Expérience Ouest - Africaine*

L'expérience Ouest-Africaine montre clairement que l'éclosion significative des mutuelles de santé est expliquée essentiellement par :

- Augmentation du coût de l'accès aux soins ;
- Plus de 90% de la population ne bénéficie d'aucun système de protection sociale ;
- Cadre politique et institutionnel favorable ;
- Mouvement associatif en pleine expansion ;
- Co-existence de plusieurs programmes de coopération internationale (BIT, OMS, Coopérations)

Mais cela va s'en dire que ces mutuelles de santé n'ont pas connu que des avantages seulement. S'agissant des limites actuelles des mutuelles de santé, il y a lieu de détecter les limites internes de leur fonctionnement (formation, bénévolat...), la faible base économique (capacité contributive) des populations ainsi que la faible qualité (perçue) des soins de santé disponibles. Au delà de ces derniers, on peut toujours remarquer qu'il subsiste des questions encore non résolues à savoir les questions en rapport avec :

- l'indigence (exemptions de cotisation, aide sociale, fonds d'équité, etc.),
- la prise en charge du SIDA et maladies chroniques (exclusions),
- le passage à l'échelle : comment relier les initiatives locales vers un système national ?
- la viabilité financière et professionnalisation ?

L'union des mutuelles de santé est une vision qui est à l'heure actuelle très partagée, entre les fervents de la culture mutualiste, les autorités administratives et les professionnelles de santé, pour multiples raisons entre autres :

- couverture des soins hospitaliers (2<sup>o</sup> pallier);
- création d'un fonds de garantie ;
- gestion de l'inter-mutualité (géographique) ;
- représentation des mutuelles envers les prestataires (négociation commune) ;
- procédure de dialogue structuré avec les prestataires de soins (évaluations croisées trimestrielles);

Bref, les piliers qui ont servi de base à l'édification de la structuration du mouvement mutualiste sont essentiellement les Cadres nationaux de concertation ainsi que le réseau de partage d'expériences. Il est impératif de signaler le rôle de l'Etat et ses relations avec les mutuelles ; la législation mutualiste adaptée au contexte (cadre UEMOA); la coordination des interventions ; ainsi que reconnaissance comme acteur des systèmes de santé et de protection sociale (PNDS - B.M.). De cette structuration, l'émergence des Mutualités contribue d'une façon louable au plaidoyer de la protection sociale.

### **3.1. Assurance-maladie volontaire en Afrique Sub-saharienne**

Depuis quelques années, il y eu en Afrique sub-saharienne un intérêt croissant pour des systèmes d'assurance-maladie volontaires, développés et gérés au niveau périphérique du système de soins. La crise dans le financement public des systèmes de soins africains y est

pour quelque chose. Une réponse pragmatique à cette crise a été l'introduction généralisée dans les années 80 et 90 de politiques de paiement directs. Ceux-ci ont connu des succès ; certains en témoignent les évaluations de l'I.B faites au Bénin et en Guinée (Lévy-Bruhl et al.1997) ; mais leur limites sont claires. Faire payer les patients au moment de l'utilisation crée un problème d'accessibilité pour les plus pauvres. C'est ainsi que des mécanismes de paiement anticipé, basés à la fois sur un principe d'assurance et un principe de solidarité, constituent une alternative intéressante au paiement directs.

L'assurance-maladie n'est pas inconnue en Afrique. Des systèmes d'assurance maladie *Bismarckiens* ont été introduits dans la majorité des jeunes états Africains juste après les indépendances. Il s'agit cependant d'un modèle copié du colonisateur qui n'est pas le produit d'une culture et d'une histoire sociale locale (Ron et al.1990). Ce modèle est d'ailleurs demeuré peu performant : sa couverture est toujours resté limitée à la petite population des salariés du secteur formel qui, bien souvent, constitue déjà un groupe de population privilégié. Il y a un consensus aujourd'hui que ce modèle d'assurance-maladie, financé par des contributions de sécurité sociale payée par les employés et les employeurs, ne constitue pas une option valable pour la majorité des Africains, c'est à dire les paysans et les ménages vivant du secteur informel. La mutuelle de santé, par contre, est un modèle plus attrayant. Une mutuelle de santé est définie comme une « association facultative de personnes, à but non lucratif, et dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de la cotisation de ses membres et sur la base de leurs décisions, la mutuelle mène une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux » (ANMC<sup>24</sup> et al.1996). Une mutuelle de santé se concentre sur la prise en charge de problèmes de santé.

Une dynamique mutualiste semble émerger en Afrique surtout en Afrique-francophone (Brouillet et al.1997 ; Atim 1998 ; Bennet et al. 1998).

#### a) *Expériences mutualistes en Afrique Sub-saharienne*

En Afrique sub-Saharienne, la dynamique mutualiste présente un certain nombre de spécificités qui la distinguent nettement de la situation Européenne de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Ceux qui promeuvent le concept des mutuelles et qui apportent l'appui institutionnel et technique nécessaire à leur développement sont souvent extérieurs à la société africaine. La

<sup>24</sup> Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

dynamique est donc largement exogène et les liens éventuels avec les systèmes endogènes d'entraide ont encore été très peu étudiés (Criel et *al.* 1998). La série des réunions internationales organisées au cours de l'année 1998<sup>25</sup> témoigne de l'intérêt que les organisations de coopération, des institutions mutualistes européennes (surtout belges et françaises) portent pour le sujet. Le développement de mutuelles de santé cadre d'ailleurs avec le climat international actuel favorable à une plus grande implication du secteur non étatique dans l'offre et le financement des soins. Ainsi, la promotion des systèmes locaux d'assurance maladie volontaires en général, et des mutuelles de santé en particulier, est aujourd'hui « politiquement correct »

Cependant, la dynamique mutualiste ne va pas de pair avec un mouvement politique organisé, ouvrier ou paysan. Elle trouve sa justification dans les disfonctionnement des systèmes de soins de santé africains : d'une part le problème de l'exclusion financière des soins de santé, et d'autre part le manque de dialogue et de négociation dans les relations entre usagers et les techniciens de santé. Les attentes sont considérables : un meilleur accès aux soins de santé pour ceux qui en ont besoin, plus de solidarité sociale vis-à-vis de la maladie, et des nouveaux rapports de forces entre population et services de santé.

L'apparition des mutuelles, en l'absence d'une polarisation politique, ne semble pas constituer une « menace » quelconque ni pour l'Etat, ni pour l'establishment économique Africain. C'est peut-être l'inverse qui est vrai ; les mutuelles seraient les bienvenues ne fût-ce que pour remédier à l'insuffisance du financement public des soins de santé. La majorité des Etats en Afrique ne dispose pas d'ailleurs pour le moment ni de la crédibilité, ni des capacités administratives et institutionnelles, ni finalement des ressources financières nécessaires pour appuyer et subsidier une dynamique mutualiste.

Bref, les conditions générales qui prévalent en Afrique sub-Saharienne diffèrent considérablement de celles qui régnaient en Europe au siècle dernier. De là à prédire le futur, il est un pas que nous ne franchirons pas. Cette analyse nous apprend, cependant, qu'il est légitime de douter que la dynamique mutualiste africaine évolue de façon semblable à celle

<sup>25</sup> Paris, Centre International de l'Enfance et de la Famille (CIDEF), mai 1998 « Les mutuelles de santé en Afrique : concept importé ou réalité émergentes ? Expériences et perspectives ; Overijse (Belgique), Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC), « Le rôle de la mutualité dans l'accès aux soins de santé en Afrique et en Europe centrale », juin 1998 ; Rotterdam, Memisa-Medicus Mundi Pays-Bas,

d'Europe. Le caractère exogène du concept mutualiste ne constitue pas nécessairement un obstacle à son appropriation par les communautés africaines, mais mènera probablement à une variété d'expressions adaptées à des environnements sociaux et culturels distincts.

Cependant, si les mutuelles de santé se veulent être une réelle contribution à la création d'une société plus solidaire avec moins d'exclusion sociale, alors, à terme, l'intervention d'une autorité publique semble incontournable. La dynamique mutualiste africaine se verra donc confrontée, tôt ou tard à la problématique du rôle et de la performance de l'Etat.

#### **Section 4. Promotion de mécanismes de prépaiement de type assurantiel**

Le développement des différentes formes d'assurance est aussi une voie à explorer pour éviter les coûts catastrophiques pour les plus pauvres. Les vertus attribuées aux systèmes d'assurance maladie de type mutualiste sont :

- le prépaiement qui évite à l'individu de supporter les coûts catastrophiques en cas de maladie ;
- la contractualisation possible entre organisations de micro assurance et fournisseurs de soins, qui favorisent un équilibre entre offre et demande se traduisant par de meilleurs tarifs et/ou une qualité accrue.

Les expériences de systèmes d'assurance maladie (micro assurance du secteur informel, mutuelles de professionnels du secteur formel) ont connu un essor important au cours des dernières années<sup>26</sup>. Cependant, actuellement, leur rôle reste relativement marginal dans le financement du secteur de la santé et en particulier des hospitalisations : **Seule une faible partie de la population est couverte**, et dans de nombreux pays, ce ne sont pas les plus pauvres.

---

<sup>26</sup> Voir les expériences du Bénin et du Rwanda

## CHAP.III. CONCEPTUALISATION D'UN SYSTEME DE MUTUALISATION DES RISQUES MALADIE AU BURUNDI

Au niveau de ce chapitre, la question pratique à se poser est de déterminer quel mode de planification est le plus susceptible de donner naissance à des programmes de santé pertinents et efficaces, compte tenu du contexte particulier à chaque pays<sup>27</sup> selon l'influence du régime politique en place et des structures administratives sur le mode et le style de planification qui prévaut.

### Section 1. Typologie de la planification

L'intérêt de cette typologie est de permettre au planificateur de comprendre le système social dans lequel il évolue et d'adapter sa démarche aux contraintes et aux possibilités qui sont présentes. De cette façon, la démarche devient pragmatique et efficace, sans laisser complètement de côté des objectifs désirables à atteindre et des changements à apporter pour les réaliser.

#### A. Planification selon une perspective institutionnelle ou populationnelle

Dans une approche populationnelle, l'environnement d'une organisation, constitué par la population bénéficiaire ou la population cible, est le premier et principal objet de la planification. Dans la logique « populationnelle », le point de départ est la population et les organismes de services doivent s'y ajuster. Les questions posées par cette démarche sont les suivantes : quelle est la population dont nous sommes responsables ? De quels services a besoin cette population ? Comment pouvons-nous adapter nos ressources à ces besoins ?

Lorsqu'on adopte une **perspective institutionnelle ou organisationnelle**, la partie environnement organisationnel constituée par la population cible ou mieux la population desservie, est un élément important dans la démarche de la planification mais il n'est pas déterminant. Tout au plus, constitue-t-il une contrainte dans l'environnement de

---

<sup>27</sup> WEINSTEIN, M.C., « Allocation of Subjects in Medical Experiments », New Engl. J. of Med. Vol. 291, 1974, p. 4

l'organisation. Tout comme pour un marché, il y a possibilité d'influencer et de modifier cet environnement en faisant appel à des techniques de marketing approprié<sup>28</sup>.

La perspective organisationnelle du planning stratégique place donc l'organisation au centre du processus de planification<sup>29</sup>. Elle met l'accent d'abord sur les forces internes de l'organisation et sur les faiblesses, sur ses ressources actuelles et celles qu'elle peut acquérir, et ensuite sur l'environnement externe, vu comme étant soit un ensemble de contraintes, soit un marché présentant plus ou moins de capacité d'expansion.

Cependant, cette dynamique dépend d'un contexte plus large qui est défini par les forces socio-politiques de l'environnement. Dans un régime où la libre entreprise est de règle pour les établissements de santé, la population bénéficiaire dévient un marché manipulable et l'environnement plus ou moins déterminant, dans le sens que ce dernier peut-être modifié par des stratégies mises en avant par l'organisation.

Par ailleurs, dans un régime où les organismes de santé doivent agir de façon complémentaire à l'égard d'un environnement qu'ils doivent se partager et qui est régi par un pouvoir public, cet environnement que constitue la population devient un élément déterminant dans la planification stratégique de ces organismes<sup>30</sup>. C'est en partie à cause de cette responsabilité sociale de l'hôpital et de la nature publique de sa mission que certains privilégient une perspective populationnelle pour la planification stratégique de l'hôpital.

Ces deux perspectives constituent pour ainsi dire des cas extrêmes car la réalité se présente de façon nuancée. Par exemple dans un hôpital, une planification stratégique qui ne tiendrait pas compte de la population desservie par celui-ci mais uniquement des ressources, serait voué à l'échec, surtout dans un système où la complémentarité est la règle et où un certain contrôle gouvernemental existe<sup>31</sup>.

D'un autre côté, une perspective purement populationnelle peut-être naïve de la part d'organisations responsables de la santé d'une population résidant sur un territoire donné. En effet, l'on peut faire abstraction des ressources existantes surtout lorsqu'elles représentent un

<sup>28</sup> BRYMAN, A., « The Debate about Quantitative and Qualitative Research: a Question of method or Epistemology? » Brit. Journ. Of Soc. Vol. 35, n° 1, 1984, pp. 75-90

<sup>29</sup> LECOMTE, R., « Les apports de l'évaluation qualitative et critique en recherche évaluative », dans l'introduction des méthodes de recherche évaluative, Lecomte, R. et Rutman, L ; (eds), Les presses de l'Université Laval, Québec, 1982.

<sup>30</sup> LECOMTE, R., « Les paradigmes méthodologiques en recherche évaluative : leurs fondements et leurs répressions », dans l'introduction des méthodes de recherche évaluative, op. cit. p.17.

<sup>31</sup> PATTON, M.Q., « Qualitative Evaluation Methods », Sage Pub. Beverly Hills, 1980, p. 71

groupe de pression important. Dans ce sens, la perspective purement populationnelle à la planification est naïve et inefficace parce qu'elle ne prend pas en considération la réalité organisationnelle, c'est-à-dire la situation équivalente à l'égard des ressources, de leur organisation et des contraintes qu'elles imposent.

En réalité, un modèle plus approprié, c'est-à-dire où l'organisation établit des liens d'interaction avec son environnement. La plupart des auteurs s'entendent sur ce principe, et les sources de désaccord semblent reposer davantage sur les modalités de la démarche que sur le fond<sup>32</sup>. Ainsi le cheminement général proposé par Webber et Peters tient à la fois de l'analyse interne de l'organisation et de l'étude de son environnement. Que les attentes des principaux intervenants, internes et externes à l'organisation, soient prises en considération, avant, pendant ou après l'analyse du milieu environnant, ce sont des modalités qui n'influencent pas nécessairement l'issue du processus de planification<sup>33</sup>.

### **B. Planification selon une approche rationnelle ou pragmatique**

Il ne s'agit pas qu'un plan ou un programme soit fabriqué pour conclure au succès de la démarche de planification, encore faut-il qu'il soit adopté et appliqué. Dans un sens strict, le *planning* stratégique réfère d'abord au *planning* des grandes décisions et orientations. Dans un autre sens, il peut signifier également les éléments stratégiques, employés par le planificateur dans sa démarche, afin de voir son plan appliqué et réalisé.

En fonction de ces éléments stratégiques, l'on peut distinguer deux approches ou modèles de planification : le modèle rationnel et le modèle pragmatique<sup>34</sup>. Bien sûr, ces deux modèles sont des types extrêmes et leurs éléments respectifs peuvent se retrouver de façon variable dans une démarche concrète.

Le modèle rationnel est propre à la technocratie et se fonde d'abord et avant tout sur des données techniques et objectives. L'expert y joue donc un rôle central, quelle que soit sa discipline. Le plan qui en résulte est un document technique logique. Bien souvent, comme la préoccupation relative à la mise en œuvre concrète du plan n'est pas présente, la stratégie de réalisation y est déficiente, voire absente, et les liens avec la programmation ne sont pas formulés de façon explicite.

<sup>32</sup> PATTON, M.Q., « Utilization-Focused Evaluation », Sage Pub. Beverly Hills, Californie, 1980, p. 121

<sup>33</sup> Idem

<sup>34</sup> PATTON, M.Q., « Utilization-Focused Evaluation », Op. Cit., p. 137- 139

Le mérite principal de cette approche est toutefois l'effort que l'on y met à utiliser diverses données scientifiques et de recherche pour appuyer les propositions du plan sur une base solide. De plus, en se voulant indépendante des processus politiques, l'approche rationnelle évite certains biais inhérents à l'influence qu'ont divers groupes de pression sur les résultats de la planification. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que l'expert impose également à la démarche de planification ses propres valeurs et que celles-ci peuvent influencer les choix qui résulteront de la démarche.

La faiblesse principale de cette méthodologie est qu'elle ne tient pas compte des éléments de faisabilité. La planification rationnelle se fait dans un système fermé qui ne prend pas en considération l'environnement organisationnel et institutionnel à l'intérieur duquel la démarche de la planification se situe. Par exemple, les priorités de santé peuvent être définies à partir des indicateurs épidémiologiques, mais, dans la mesure où elles ne correspondent pas à des problèmes perçus comme prioritaires par la population elle-même, les chances de succès des programmes élaborés seront faibles. De la même façon, une politique et des programmes de santé mis de l'avant à un niveau régional auront de la difficulté à se justifier et à mobiliser des ressources s'ils ne sont pas cohérents avec les politiques nationales.

L'approche pragmatique, elle, prend en considération tous ces éléments de faisabilité, car c'est avant tout l'action qu'elle vise. Selon différents auteurs, cette approche est aussi appelée méthode adaptative et gradualiste<sup>35</sup>, modèle socio-politique, modèle d'action communautaire<sup>36</sup>. La paternité de ce modèle revient à Lindbloom<sup>37</sup>.

Le cas extrême de ce type de planification est l'approche gradualiste ou étapiste que les anglosaxons appellent le « muddling through » et que Renauld qualifie de « méthode pifomètre »<sup>38</sup>. Dans ce cas, le déroulement de la planification se fait essentiellement en

<sup>35</sup> - REICHARDT, C.S. and COOK, T.D., « Beyond Qualitative Versus Quantitative Methods », in *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*, REICHARDT, C.S. and COOK, T.D. (eds), 1979, p. 117-132

- SHORTELL, S.M., « Suggestions for Improving the Study of Health Program Implementation », *Hilth Serv. Res.* Vol. 19, n° 1, 1984, pp. 117-25

<sup>36</sup> FITZ-GIBBON, C.T. and MORRIS, L.L., « *Evaluation Handbook* », Sage Pub. Beverly Hills, Californie, 1978, p. 11

<sup>37</sup> SHORTELL, S.M. and RICHARDSON, W.C., « *Health Program Evaluation* », The C.V. Mosby Company, St Louis, 1978, p.38

<sup>38</sup> JENICEK, M. et CLEROUX, R., « *Epidémiologie : principes, techniques, application* », Edisem Inc, St Hyacinthe, Québec, 1982, p.122

réaction et en adaptation continues aux événements extérieurs et, plus particulièrement, à l'opinion des groupes de pression, sans avoir de ligne conduite prédéterminée.

Le point important de cette dernière approche et, de l'approche pragmatique en général, est que toutes deux considèrent les éléments socio-politiques comme particulièrement significatifs dans la démarche<sup>39</sup>. La programmation fait donc partie intégrante du processus de planification. Les méthodes utilisées s'inspirent davantage des sciences sociales et cherchent à recueillir l'opinion des divers groupes intéressés. Comme l'acceptabilité et la faisabilité des solutions proposées sont constamment vérifiées en cours de route, le succès dans la réalisation du plan compense pour une certaine lenteur inhérente à cette démarche.

La faiblesse principale de l'approche pragmatique est qu'elle ne reconnaît pas suffisamment la limite du consensus comme moyen d'entreprendre des actions. En conséquence, le problème de la représentativité devient majeur. Bien souvent, les groupes de pression les plus influents ne sont pas les plus préoccupés par l'optimalité sociale de la solution proposée, c'est-à-dire pour les bénéfices pour la communauté. Ce sont pourtant ces groupes qui ont bien souvent le plus de poids dans les décisions.

Cette discussion des modèles, rationnel et pragmatique de la planification, renvoie aux deux aspects identifiés par Mintzberg est particulièrement intéressant pour l'évaluation des différentes stratégies de planification. De tous ce qui précèdent, on peut dire qu'un planificateur efficace doit être à la fois un bon technicien, fondant sa crédibilité sur son expertise et sa compétence techniques, et également un bon stratège qui comprend, intègre et manipule le contexte socio-politique de la planification<sup>40</sup>.

### **C. Planification selon le contexte socio-politique**

La reconnaissance et la compréhension des facteurs socio-politiques sont importantes pour une planification efficace. Afin de bien saisir l'influence de ces facteurs, il faut aller encore plus loin et les voir comme déterminants du type de planification privilégiée dans un contexte politique donné. D'abord, il faut comprendre comment les valeurs sociales peuvent être à la

<sup>39</sup> SUSSER, M., « Causal Thinking in Health Sciences Concepts and Strategies of Epidemiology », Oxford University Press, New York, 1973, p. 95

<sup>40</sup> JENICEK, M. et CLEROUX, R., Op. Cit.

source du changement. Comme le montre Blum<sup>41</sup> les valeurs sociales, d'une part, créent des normes et des attentes et d'autre part, contribuent à la formulation de buts.

De façon générale, la position libéraliste met l'accent sur la réussite personnelle et sur la liberté des individus par rapport au pouvoir de coercition que représente l'intervention de l'Etat. La position égalitariste se fonde d'abord et avant tout sur la notion d'égalité devant les opportunités qui s'offrent aux individus. En d'autres termes, les individus n'ont réellement des chances égales que si certains pré-requis tels que l'éducation et la santé sont offerts à tous, indépendamment de leur statut socio-économique. En ce qui concerne l'influence de ces positions sur la planification, l'on peut dire, de façon générale, que le point de vue libéraliste s'oppose à toute intervention de l'Etat dans le domaine de la santé.

La typologie de Blum représente bien l'influence que peut avoir l'idéologie socio-politique sur le modèle de planification adopté par un gouvernement<sup>42</sup>. Les types de planifications vont du laisser-faire jusqu'au modèle global, complet et systématique. Ces deux types extrêmes correspondent vraisemblablement à des régimes socio-politiques qui auraient adopté des positions extrêmes, libéralistes ou égalitaristes. Le laisser-faire en planification signifie, à toute fin pratique, l'absence de planification au profit du principe des lois du marché. D'autre part, la question que l'on pourrait se poser est dans quelle mesure la planification globale et systématique est possible, dans un secteur comme celui de la santé, sans une planification de tous les autres secteurs de l'économie<sup>43</sup>.

Les cas intermédiaires comme l'étapisme d'adaptation (*disjointed incrementalism*) et l'étapisme dirigé et orienté sont des modèles prédominants dans plusieurs pays capitalistes notamment aux Etats-Unis. Le premier n'exige aucune modification au système actuel mais propose des solutions rapides pour régler les problèmes lorsqu'ils se présentent, en satisfaisant les intérêts de la majorité, sans préoccupation pour le long terme. Le deuxième ajoute un élément de contexte par rapport aux actions posées, dans le sens que les solutions proposées, en plus de régler des problèmes à court terme, s'inscrivent dans une vision, un plan implicite pour le long terme. Il y a donc une cohérence dans le choix des actions proposées et l'examen d'autres alternatives possibles, en fonction d'objectifs plus larges du système de santé.

<sup>41</sup> SUSSER, M., Op. Cit. p.96

<sup>42</sup> BYAR, D.P. et al., « Randomized Clinical Trials: Perspective on some Recent Ideas », *New Engl. Of Med.* Vol. 295, n°2, 1976, p. 75.

<sup>43</sup> COLTON, T., « *Statistics in Medicine* », Little, Brown and Company, Boston, 1974.

#### **D. Planning d'allocation et Planification d'exploitation opportuniste**

Le planning d'allocation (allocative planning) est essentiellement la planification économique des activités. Les choix se fondent sur la rentabilité économique des actions proposées. L'analyse coût-résultats en est l'instrument privilégié. La faiblesse de cette approche est qu'elle ne tient pas suffisamment compte des objectifs sociaux à poursuivre. De plus, l'expression des résultats en termes monétaires oblige à quantifier et à pondérer des mesures de nature plus qualitative. A la limite, une telle démarche peut nous conduire, par exemple, à la décision que des programmes visant les personnes âgées ou des groupes minoritaires ne sont pas rentables et qu'il faut les abandonner.

La planification d'exploitation opportuniste tient en compte des événements à venir, mais de façon opportuniste, sans véritablement vouloir en influencer le cours. Elle se distingue du planning d'exploration et surtout du planning normatif en ce sens que ces deux derniers exercent une influence sur le cours des événements, selon le degré de conformité de ceux-ci avec des objectifs définis de façon plus ou moins normative. Ainsi, dans ces deux dernières approches, on n'hésite pas à prendre des mesures pour éviter que tel ou tel événement se produise s'il est jugé contraire aux objectifs fixés.

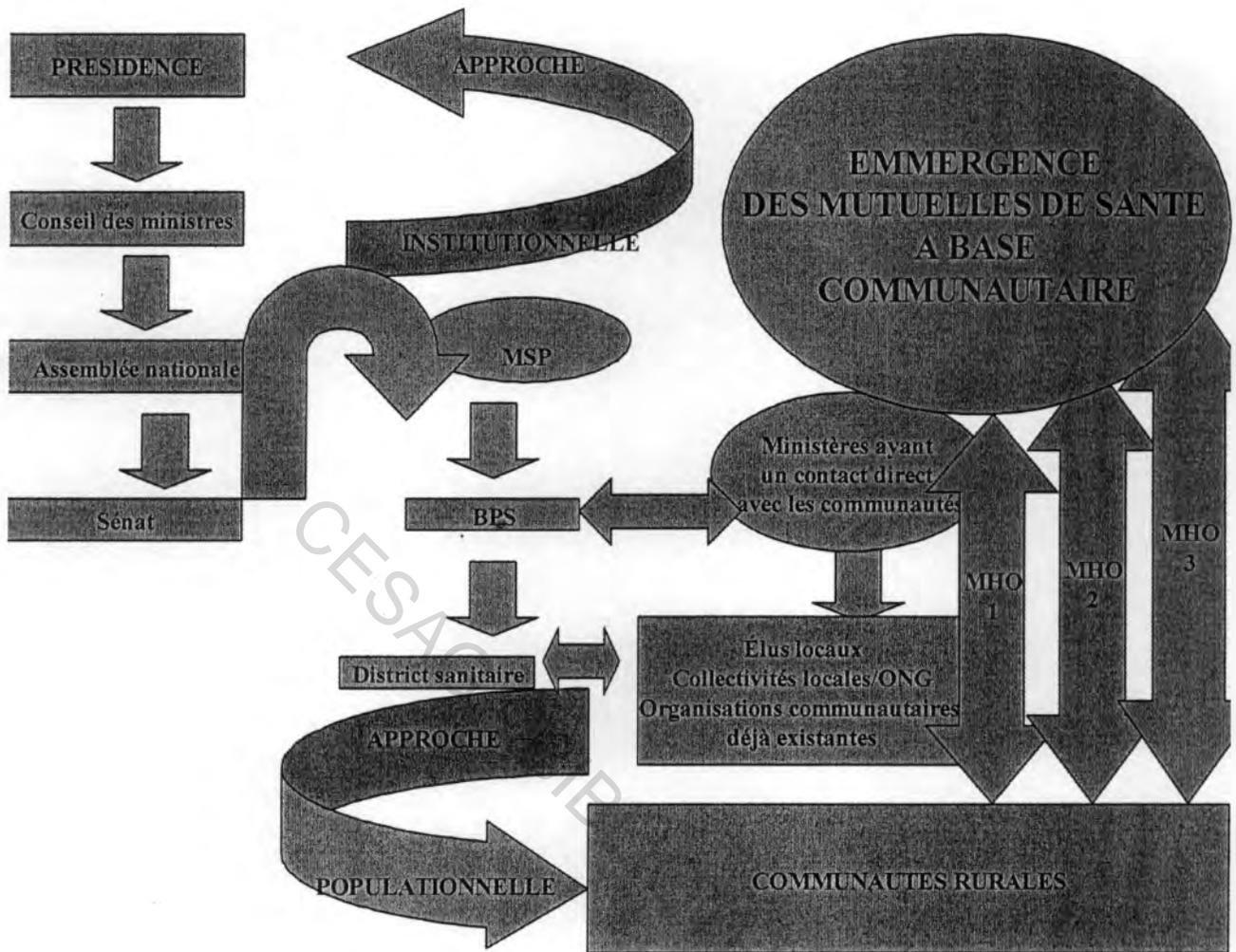
### **Section 2 Processus de mise en place : Synergie d'approches<sup>44</sup>**

La mise en place du système de mutualisation des risques maladie, proposé dans le présent travail, va s'articuler sur deux principales approches à savoir l'approche institutionnelle/organisationnelle et l'approche populationnelle avec le MSP comme principal acteur.

---

<sup>44</sup> Ce schéma traduit le déroulement du processus mutualiste (cfr III.2.3. p46)

## APPROCHE INSTITUTIONNELLE



## APPROCHE POPULATIONNELLE

## 2.2 Contexte et justification : Mise en application des OMD

Dans le cas du Burundi, quelque soit le domaine considéré, la population constitue la pièce maîtresse dans le processus de développement. En amont, elle investit son capital-travail et sa contribution atteint 71,4% du volume global du financement nécessaire. En aval, elle occupe le premier rang au titre de contribuable majoritaire : 77% des recettes de l'Etat et 100% des recettes communales. Mais l'Etat restitue faiblement : 4,1% en moyenne du volume total des investissements réalisés et 3,9% en moyenne du budget de dépenses ordinaires entre 1989 et 2004.

Ce déséquilibre est due à deux raisons : faible perception du rôle économique de la population et l'insuffisance des ressources financières consacrées au développement et au fonctionnement de l'appareil de l'Etat. Pour rétablir l'équilibre, il est nécessaire de produire plus, de redistribuer plus équitablement le revenu national notamment en faveur de la population qui agit comme levier du développement. Les changements fondamentaux envisagés pour restructurer l'économie et bâtir un processus de développement économique durable ne sont réalisables que si la population y trouve son compte. Qu'elle soit mieux soignée, mieux instruite, mieux approvisionnée en eau potable, en électricité, dans un environnement sain.

Actuellement, le Burundi désinvestit massivement. Lorsque l'espérance de vie passe de 50 à 40,4 ans, le pays perd un immense capital-travail. Lorsque le pays consacre la majeure partie de ses investissements aux infrastructures notamment sanitaires alors qu'il ne peut pas les amortir, les entretenir et les réparer en temps utile faute de budget, cela entraîne une dégradation précoce de ces dernières. Il a été noté dûment plus haut que l'Etat réserve la priorité des priorités au règlement de la dette publique extérieure : 43,6% et 38,0% contre 2,4% et 2% pour la santé en 2004 et 2005. Or la dette extérieure dont le règlement mobilise la majeure partie du budget de dépenses est affectée en priorité à l'édification de ces infrastructures qui se démolissent avant l'amortissement. Le Burundi développe le sous-développement.

### 2.3. Déroulement du processus « mutualiste »

Selon Joël de Rosnay<sup>45</sup>, un système peut être défini comme un « ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un objectif ».

Comme le schéma ci-haut l'indique, au centre de cette double démarche, à l'interne comme à l'externe, se trouve le Ministère de la Santé Public (MSP) en tant que noyau dur. Une cellule multidisciplinaire d'une légère dimension (noyau) doit être créée au sein du cabinet du MSP et aura pour mission d'intérioriser la situation structurelle, ci-haut décrit, qui domine l'économique et le social burundais, de le partager entre ses membres d'abord, ensuite d'effectuer le plaidoyer efficace auprès des institutions nationales et des partenaires au

---

<sup>45</sup> De Rosnay J. – Le microscope. Le seuil, 1975.

développement afin que le cercle vicieux mauvaise santé - mauvaise économie- mauvaise finance soit brisé.

Cette cellule légère aurait des contrats avec l'OMS Burundi et les autres experts seront recrutés et engagés pour mener les études retenues pendant la durée contractuelle. Mais également, cette cellule de conception constituera un noyau de coordination des études à mener. Le MSP en étroite collaboration avec l'OMS se chargera de réunir les ressources financières requises pour la bonne marche du présent processus.

### **A. APPROCHE INSITUTIONNELLE : Démarche politique**

Cette approche a été guidée par le souci de création d'un cadre opérationnel formel permettant de garantir la pérennisation de ce nouveau concept du système de mutualisation des risques maladie au Burundi. Bien plus, il appartient, au premier rang, à l'Etat de veiller au respect du droit à la santé dans sa circonscription politico-géographique car il est de son devoir de garantir aux populations un accès universel aux soins de santé modernes, et que la façon la plus efficace de remplir cette responsabilité est de fournir lui même des soins gratuitement en dehors du contexte socio-économique actuel évidemment.

#### **Etape 1**

Au préalable, la matière à réflexion « Document de projet » sera fournie aux différents acteurs de cette approche, en guise de plaidoyer, suivant l'hierarchie administrative Burundaise à savoir le cabinet du Président de la République, le Conseil des Ministres.

#### **Etape 2**

Après amendement et/ou enrichissement du « Document de projet », les experts qui auront travaillé sur le document devront expliquer, en quoi la mutualité constitue une alternative intéressante, successivement au niveau du Parlement et du Sénat.

#### **Etape 3**

Après adoption du présent projet suivra une journée officielle de lancement, qui marquera le début des séances multiples de sensibilisation de chaque acteur institutionnel suivant sa

sphère d'intervention du sommet à la base sans discrimination aucune. Il est à noter que la réussite d'un tel système dépendra du degré d'implication de tout un chacun.

Les résultats attendus de cette étape sont la déclaration de la ferme volonté d'engagement de la part du gouvernement d'une part et l'adoption d'une politique de sensibilisation en faveur de la culture mutualiste à tous les échelons (séances de sensibilisation)

Pour rendre opérationnel ces activités de sensibilisation, il est évident qu'au sein de chaque institution sera créée une petite équipe (Point Focal) qui servira de relais pour le « noyau dur MSP » de l'ensemble du système.

N.B. Bien que les étapes antérieures soient d'une grande importance, il est impératif de souligner que l'étape des séances de sensibilisation (Etape 3) est la plus cruciale pour le développement de la culture mutualiste.

Le discours sur la mutualité trouvera ses ingrédients dans les valeurs traditionnelles de solidarité de la culture Burundaise et sera habillé par des aspects idéologique et philosophique à tel enseigne qu'il puisse éveiller le meilleur esprit de consolidation.

Enfin, il sera fortifié et adapté selon les valeurs qui prédominent ainsi que le passé qui a caractérisé chaque localité.

**APPROCHE INSTITUTIONNELLE : Schémas détaillé ( Top\_down)**

**CABINET DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE**

**MINISTERES**

**ASSEMBLEE  
NATIONALE**

**SENAT**

**INSTITUTIONS  
RELIGIEUSES**

**GOUVERNEURS  
DE PROVINCE**

**AUTORITES RELIGIEUSES/  
COUTUMIEREES**

**DIR.GEN.&DIR.  
CENTRALISEES ;  
DECENTRALISEES**

**ADMIN.  
COMMUNAUX**

**CONFESSIONS  
RELIGIEUSES**

**POPULATION  
BENEFICIAIRE**

**CONSEILLERS  
&  
ELUS  
LOCAUX**

**ELECTORAT  
RESPECTIF**

OBC

OBC

OBC

Organisations à  
Base  
Communautaire

**POPULATION A LA BASE**

**NIVEAU PERIPHERIQUE**

Mais alors, quels sont les intérêts ou les attentes de toutes ces parties prenantes à l'approche ci-haut détaillée ?

## **A.1 Arguments pour un système de mutualisation des risques maladie au Burundi**

La pauvreté et la mauvaise gouvernance dans certains Etats qui perdurent ne laissent que de minces espoirs dans un avenir meilleur à court terme. Et pourtant, plusieurs politiques et stratégies ont été appliquées dans le secteur visant à améliorer la santé des populations. Pourquoi n'ont-elles pas donné les résultats attendus? La santé précède le développement car elle constitue une porte d'entrée suffisamment solide pour réduire la pauvreté et favoriser la croissance économique.

### **1. Cadre de lutte contre la pauvreté au Burundi**

Le Burundi compte 58,4% de pauvres vivant en dessous du seuil de pauvreté. Mais ces pauvres ne sont pas dépourvus de ressources. Ce sont eux, en effet, qui sont propriétaires des moyens de production de base à savoir le travail, la terre, le bétail. Malgré cela, 58,4% vivent avec moins d'un dollar USA par jour, 20% parmi eux bénéficient de 5,1% du revenu national, 69% souffrent de malnutrition.

Paradoxe, cette population en majorité pauvre, apporte 71,4% du capital total investi mais sous forme de force de travail et contribue pour 77% aux recettes de l'Etat et 100% aux recettes des communes en 2004 et 2005.-

#### ***Problèmes à résoudre.***

- Comment peut-on réduire de moitié, entre 2005 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du revenu de 1 dollar par jour ?
- Comment peut-on réduire de moitié la proportion de la population souffrant de la faim ?
- Quels sont les changements majeurs requis dans le domaine de l'investissement, de la production, de la redistribution du revenu national par le biais du budget de l'Etat ?

### **2. Cadre du règlement de la dette publique du Burundi**

La dette publique extérieure du Burundi s'élève à 1.120.MnUSA fin mai 2005. Elle absorbe 43,6% des dépenses ordinaires et 36,6% des recettes d'exportation en 2001. Pendant ce temps, le secteur de la santé bénéficie de 2,4% des dépenses ordinaires en 2004 et de 2,0% en 2005. Il est question d'alléger ou même d'annuler cette dette. Pendant que ce processus d'allègement ou d'annulation se poursuit, il serait indiqué que les experts du Ministère de la santé prépare son dossier et le tienne prêt au moment opportun.

**Problèmes posés**

- Comment répartir le montant libéré par l'annulation éventuelle de la dette publique extérieure entre les différents bénéficiaires dont le secteur santé ?
- Comment réorganiser le secteur de la santé pour le rendre plus performant en vue de mieux rentabiliser les crédits attendus ?
- Comment la croissance économique attendue pourrait-elle, à son tour, impulser le secteur de la santé ?
- Quels sont les ajustements structurels majeurs à introduire à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur économique pour les rendre mutuellement cohérents ?

**3. Cadre de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies.**

La population burundaise constitue le levier du développement durable par son apport en capital-travail. C'est elle qui investie la majeure partie du capital : 71,4%, contribue pour 77% dans les recettes de l'Etat et 100% dans celles des communes.

**Problèmes posés**

- Quel est l'impact de ces endémo-épidémies sur l'investissement, la production, la consommation et les capacités de contribution de la population ?
- Comment et à quelles conditions peut-on accroître les ressources humaines et financières pour les combattre efficacement ?
- Quelles sont les catégories de producteurs spécialement affectées ?
- Quelles seraient les parts de contributions des bénéficiaires, de l'Etat, des communautés de base, des partenaires au développement, du secteur privé formel, des organisations sans but lucratif ?
- Quels seraient les effets de la mobilisation de tous les acteurs, l'objectif étant d'enrayer de moitié d'ici 2015 la propagation du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose et des autres maladies.

Cette triste statistique de la situation supra-sanitaire du Burundi est liée à plusieurs déterminants et interpelle la conscience collective.

## A.2. Handicaps potentiels au système de mutualisations des risques maladies

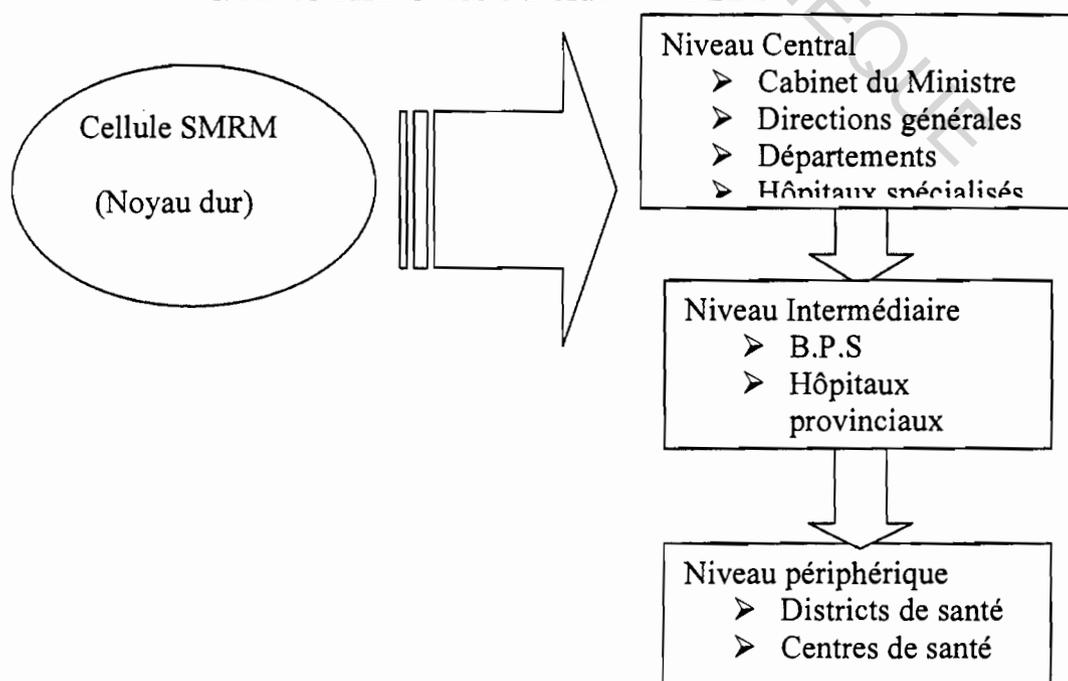
Ce qui pourra faire obstacle au développement du système de mutualisation des risques au Burundi est lié à des facteurs multiformes. D'une part, le sous-développement avec ses corollaires de manque de moyens financiers, de manque de matériels, de ressources humaines compétentes suffisantes constitue un handicap. D'autre part même si le présent projet arrive à décrocher les financements, la mise en œuvre peut advenir problématique parce qu'il n'y a pas souvent une coordination entre les acteurs et ces derniers peu motivés.

## B. APPROCHE ORGANISATIONNELLE (MSP) : Démarche technique

Cette approche est en soi une approche institutionnelle, le qualificatif « organisationnel » est utilisé du fait qu'elle s'appuie essentiellement sur les déterminants techniques et organisationnels de la mise en place du système de mutualisation des risques maladie par le biais du développement des mutuelles de santé à base communautaire.

En amont, cette approche ne concerne que le MSP exclusivement à l'interne. il est évident que c'est l'approche « Top\_down » qui convient le mieux par le simple fait que c'est le niveau central du MSP qui doit jouer le rôle de chef d'orchestre du sommet vers le bas i.e du niveau central au niveau périphérique (opérationnel) en passant par les bureaux provinciaux de santé.

### APPROCHE ORGANISATIONNELLE



Le but de cette approche est de permettre au MSP de relever un certain nombre de problèmes rencontrés dans les initiatives privées d'un côté, et d'analyser les pistes stratégiques développées pour améliorer la mise en place ainsi que le fonctionnement des mutuelles de santé à base communautaire.

Outre les séances et séminaires de sensibilisation, à l'interne, qui devront toujours avoir une place privilégiée, l'aspect nouveau que devra instaurer le MSP est l'initiative pour la performance d'un Système de santé basé sur une approche contractuelle entre le Ministère et les provinces sanitaires d'un côté et entre ces dernières et les districts de santé respectifs.

D'une part, Il s'agit de parvenir à une vision partagée sur l'intérêt à mettre en place un tel système de mutualisation des risques maladie plutôt que tel autre système de couverture social, au sein du MSP et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'autre part, l'enjeu réel étant d'améliorer la présence et les attitudes du personnel de santé, ce qui aura impérativement un impact largement positif sur l'utilisation des services de santé de la part des usagers.

En aval, le B.P.S (niveau intermédiaire) devient l'acteur principal. Nous tenons à signaler que ce niveau est d'une grande importance car il constitue le relais à la fois politique et technique de la vision sur la mutualisation des risques à l'interne (cfr schémas ci-haut) comme à l'externe.

A l'externe, par le biais de l'approche horizontale, le Bureau Provincial de Santé (B.P.S) doit s'assurer que, les ministères ayant un contact direct avec les communautés à la base, véhiculent la « prophétie » de la solidarité nationale et de l'esprit d'entraide mutuelle et sur base des exemples concrets du pays ou des pays voisins. Pour ces ministères, c'est l'approche « Top\_down » qui reste préconisée soit d'une façon directe avec les populations bénéficiaires ou indirectement soit, par le canal des élus locaux, les collectivités locales/ONG ou mieux encore par les organisations communautaires déjà existantes.

### **C. APPROCHE POPULATIONNELLE (Bottom\_up) : Démarche systématique**

Dans le domaine de la santé, on tente d'opposer l'approche axée sur les besoins de la population de celle axée sur les besoins de l'organisation. L'on parle des perspectives populationnelle et organisationnelle. La première approche semble davantage tributaire d'une

tradition de santé publique et d'épidémiologie, alors que la seconde serait propre au « management » et à l'administration

Une approche multi-disciplinaire est nécessaire pour concevoir un cadre d'analyse qui ne tienne pas seulement compte des aspects techniques et financiers, mais aussi des dimensions sociales et associatives, ainsi que de l'insertion des systèmes dans l'organisation des systèmes de santé et dans un environnement social, culturel, économique et institutionnel donné.

Dans cet optique, il doit y avoir, au préalable, un consensus des acteurs qui guident le montage et le fonctionnement des mutuelles qui devront être mise en place car ces dernières devront évoluer en respectant ces principes fondamentaux.

A ce niveau du processus, c'est le district sanitaire qui devient la pièce maîtresse de cette approche en favorisant les initiatives mutualistes à partir de la communauté.

L'adaptation du système à un contexte donné nécessite de tenir compte :

- de la demande des populations ;
- de l'insertion des systèmes de mutualisation des risques maladie dans le système local de santé ;
- de leur insertion dans un environnement social, culturel et économique donné.

***N.B. Pas de modèle standard : chaque approche doit s'inscrire dans le contexte local en tenant compte du côté politique et du côté technique de sa faisabilité***

De part la littérature sur la mutualité, on trouve plusieurs approches de mise en place des mutuelles de santé à base communautaires. Cependant, pour le cas du présent processus, l'approche sociale est vivement recommandée par rapport à l'approche économique.

D'une part, la logique sociale s'intéresse davantage aux caractéristiques qui définissent et distinguent les membres et les secteurs dans lesquels ils évoluent (formel/informel), la forme d'adhésion (volontaire ou obligatoire) ou le public cible et la couverture territoriale, etc. Cette approche s'intéresse aussi au mouvement social qui prend l'initiative de mettre en place la mutuelle (communauté, syndicats, coopératives, mouvements de femmes, associations de crédit, religion, etc.). D'autre part, l'approche économique (micro-assurance santé) semble mettre la priorité sur la dimension et l'objectif assurantiel ou économique de l'organisation.

Cette approche a été considérée comme réductrice parce qu'elle qualifie l'organisation de micro, peut-être par sa taille, le montant de ressources mobilisables, la dimension des risques couverts (distinction entre mutuelles à « petits risques » et celles à « gros risques »), et l'implication des bénéficiaires dans la gestion.

Cependant, en terme de communication, cette catégorisation peut constituer un blocage pour attirer de nouveaux membres qui ne se retrouvent pas dans cette catégorie « micro ». De même, l'introduction du terme « assurance santé » présume que l'organisation n'a que cet objectif alors que plusieurs études ont démontré le rôle que les mutuelles jouent dans l'organisation communautaire et sociale. Par contre, le terme « mutuelle » appelle à une notion beaucoup plus élargie et solidaire (et donc plus acceptable pour la sensibilité Burundaise). Bref, l'approche sociale permet une meilleure comparaison des caractéristiques.

### **Section 3. Evaluation de la faisabilité de l'initiative mutualiste dans le contexte Burundais**

L'évolution du système sera expliquée comme résultant des interactions entre les comportements des organisations, dans un contexte donné. Chaque organisation entend orienter ses activités selon ses propres objectifs. Mais elle doit tenir compte des relations qu'elle entretient avec les autres éléments du système (réglementations, contrats, concurrences, complémentarités, etc.). On peut qualifier de « *dynamique propre du système* » l'orientation des activités du système qui résulterait seulement des interactions entre les comportements des éléments du système. Mais le contexte peut à son tour contraindre certaines organisations à réorienter leurs activités. L'évolution effective du système résultera donc des interactions entre le contexte et la dynamique propre du système.

#### **a) Faisabilité sociale**

Dans les secteurs rural et informel, les mutuelles de santé sont généralement de petite taille parce que les communautés ont rarement les moyens de mener des activités de grande envergure. Aussi, le caractère communautaire limite l'aire d'attraction de la mutuelle. Dans ces formes, le lien social est très fort et exerce un certain contrôle. Il s'agit de la forme la plus « personnalisée » des différentes approches.

En effet, les mutuelles restent encore fortement liées à un ciment social (village, ressortissants de..., confession, ethnie, groupe professionnel, etc.) et sont de taille modeste. Il y a donc une maîtrise de l'instrument par les membres et une forte participation. La quasi-totalité des membres se connaissent. Elles sont gérées de façon parfois « sentimentale » ou traditionnelle. De ce fait un contrôle social est appliqué car, comme on dit, « on se connaît, on sait qui est qui dans le village ». Il y a dès lors peut de dérapage dans la gestion ou la conduite des activités de la mutuelle.

### **b) Faisabilité Institutionnelle**

Les dividendes de l'approche institutionnelle garantissent une meilleure implication de l'Etat dans l'accompagnement du mouvement mutualiste. L'Etat met à profit sa coopération bilatérale pour inscrire l'appui au développement des mutuelles de santé. Il est certain que les acteurs doivent veiller à maintenir l'autonomie du mouvement vis-à-vis de ses partenaires. Or, le rôle de l'Etat est indispensable dans l'accompagnement. Pour gérer cette tension, l'Etat peut créer une agence à qui il confie la mission de développer la mutualité dans le pays et qui sert d'interface entre lui et le jeune mouvement mutualiste.

L'Etat jouera véritablement son rôle de créateur d'un environnement incitatif au développement des mutuelles de santé par **la promulgation d'une loi sur les mutuelles et la mise en place d'un dispositif d'appui technique** du côté de la demande, chargées de l'application des dispositifs de la loi et d'accompagner les sujets (mutuelles). La tutelle de ce mouvement mutualiste sera assurée par le MSP à travers la Cellule (noyau dur) de mise en place et de supervision de ce dernier.

### **c) Faisabilité technique**

Après la mise en place et l'opérationnalisation des mutuelles de santé « pilote », une agence ou structure technique d'appui servira d'interface et se déploiera dans toutes les BPS et renforcera la diffusion de son propre produit de mutualisation des risques maladies.

Au niveau des BPS, cette agence d'appui technique, pourra également négocier les accords de services (qui incluent les exigences de qualité) directement avec les prestataires de santé, les centres de santé et les hôpitaux.

Au niveau des districts sanitaires, cette agence se chargera également de la promotion de la mutualité en milieu rural. L'objectif étant de promouvoir les mutuelles rurales à partir des expériences pilotes.

#### **d) Faisabilité économique**

La faible capacité contributive des ménages pourra être améliorée par la présence d'un autre produit financier ou par d'autres activités génératrices de revenus. Dans cet optique, une articulation ou un partenariat des mutuelles de santé avec d'autres organismes tels que les institutions de micro-finance (IMF) et le micro-crédit pourra être instauré. L'objectif est d'améliorer de manière globale la situation économique et sanitaire du bénéficiaire.

Deux formes peuvent se présenter : l'approche basée sur le produit et sa gestion (synergie IMF/mutuelle) et/ou l'approche basée sur le membre (synergie mutuelle/micro-crédit) selon la dimension de l'institut partenaire. Alors que l'IMF est une organisation de grande dimension et couvrant un nombre important de sociétaires, le micro-crédit est plutôt géré en interne par les mutuelles de santé.

- ***Les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance (IMF)***

L'octroi de micro-crédit par l'IMF pourra renforcer la capacité contributive des membres. De plus, la possibilité d'obtenir le crédit à des conditions avantageuses dans le cadre d'une convention peut être un intérêt supplémentaire qui amène la population à adhérer à la mutuelle de santé. Les sociétaires de l'IMF pourront également adhérer à la mutuelle de santé après sensibilisation aux guichets des caisses. Ce qui peut alléger le travail de communication-information de la mutuelle de santé et en même temps augmenter ses ressources par de nouvelles adhésions.

Le nombre de sociétaires que comptent les IMF constitue une base solide pour élargir la base sociale des mutuelles de santé. Aussi, la mutuelle de santé pourra loger ses fonds dans un compte rémunéré de l'institution financière et bénéficier des intérêts qui augmenteront ses ressources. Enfin, la mutuelle pourra organiser des activités d'IEC santé en faveur des mutualistes et des sociétaires.

Les résultats escomptés sont : le renforcement de la capacité contributive des membres des mutuelles, l'incitation de la population à adhérer aux mutuelles ainsi que la limitation des risques crédits.

N.B. La synergie entre les deux types d'organisation se fera avec des conventions de partenariat dans le respect de l'autonomie institutionnelle de chacun des acteurs. En effet, les IMF et les mutuelles de santé sont régies par deux lois différentes.

- **Les mutuelles et le micro-crédit**

L'objectif recherché du point de vue des mutuelles est de renforcer les capacités contributives des adhérents des mutuelles de santé pour réduire les taux de retard de cotisations, rehausser le montant de cotisation par personne, élargir la gamme des prestations et renforcer les ressources de la mutuelle. Pour le membre, l'objectif direct est l'amélioration des revenus et la finalité est l'amélioration de la santé familiale.

Les fonds de micro crédit font l'objet d'une convention qui définira clairement les conditions et procédures d'octroi, de gestion et de suivi de ces fonds de micro crédit.

N.B. Dans le principe, la séparation des activités de micro crédit et des activités traditionnelles de la mutuelle doit être prévue. Cependant, il peut arriver que ce principe ne soit pas respecté du fait du manque de personnes ressources et du problème du bénévolat. Les supports disponibles pour la gestion des deux activités sont distincts mais parfois exploités par les mêmes personnes qui sont souvent seules à être disponibles ou à pouvoir lire et écrire.

Au niveau de toutes les mutuelles de santé à base communautaire, ces fonds de micro crédit pourront aider favorablement les bénéficiaires à résoudre des problèmes ponctuels et à poursuivre des activités génératrices de revenus. L'extension de l'expérience à une échelle plus large pourrait contribuer à améliorer la situation sanitaire des populations rurales et à lutter efficacement contre la pauvreté.

- **Les mutuelles de santé, systèmes de production, de commercialisation, de micro-finance<sup>46</sup>.**

On cherchera à placer les mutuelles à un carrefour entre les systèmes de production. Il s'agit de connecter les mutuelles à ces autres systèmes, ce qui leur permettra de gagner à plusieurs niveaux. La connexion ne se situe pas aux petits crédits ou aux épargnes régulières, qui sont

<sup>46</sup> une expérience intéressante qui se développe au Cameroun, menée par le SAILD

trop faibles, mais devient intéressante si elle cible les périodes de grands crédits comme le crédit de production agricole (café, thé, riz, .....) spécifique à chaque localité

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAP.IV STRATEGIES DE MISE EN PLACE ET PERSPECTIVES DE MISE EN RESEAU DES MSC

La question centrale de la recherche est de savoir « comment développer et tester un modèle d'organisation du partage de risques communautaire ». L'implication de la demande dans ce processus d'amélioration de l'offre de soins est la principale motivation de l'approche d'implantation de mutuelles de santé avec des projets pilotes autour de formations sanitaires. Il s'agit de construire un modèle par expérimentation dans un site avant de l'étendre sur une population ou une aire géographique plus importante.

### Section 1. Stratégies de mise en place des MSC « Pilotes »

Au démarrage, la cellule, chargée de mettre en place le Système de Mutualisation des Risques Maladie (SMRM) devra cibler certaines zones, qui sont localisées, essentiellement dans les milieux environnants des districts sanitaires, des centres de négoce et des congrégations religieuses. D'autres zones déjà encadrées par les compagnies caféières et théières, pour ne citer que celles-là, constitueront également des cibles pilotes à cause du potentiel de développement économique (culture de rente) et l'encadrement dont bénéficient les paysans. Etant donné que c'est une démarche qui se veut progressive, la mise en place rentrera en harmonie avec les découpages géo-physique de tout le territoire du Burundi avec comme unité d'impulsion du système mutualiste le centre de santé et son aire d'attraction.

#### Etape 1 Evaluation du contexte socio-économique du système mutualiste

Le contexte, par définition, est illimité. L'analyse du contexte d'un système consiste donc à repérer les caractéristiques du contexte qui ont un impact important sur le fonctionnement et l'évolution du système analysé. Cette analyse dépend donc du besoin spécifique visé par le système et des caractéristiques de ce système. La dimension socio-économique du contexte peut être approchée selon trois dimensions : le contexte culturel, le contexte économique, et le contexte politique.

#### Etape 2 Evaluation du contexte socio-économique du système de soins

Le contexte socio-économique du système de soins ne saurait être analysé dans son ensemble. Il faut identifier dans ce contexte ce qui a un impact significatif sur l'évolution du système de soins.

Les relations entre le système de soins et son contexte peuvent être situées sur différents plans :

a) Sur le plan économique.

Le système de soins est l'un des secteurs de l'économie. Ses activités interagissent avec les activités économiques générales du pays, en prélevant des ressources et en fournissant des services. D'autre part, les activités économiques ont un impact sur la morbidité et sur l'accessibilité économique aux soins. Enfin, les soins médicaux, de par leur rôle de restaurer la santé, ont un impact sur la disponibilité des ressources humaines pour l'économie.

b) Sur le plan politico-culturel.

Le fonctionnement du secteur sanitaire s'inscrit dans les institutions. Quant à l'utilisation optimale des soins, elle suppose une accessibilité culturelle des prestations de soins.

Ces différentes composantes du contexte sont interdépendantes et déterminées par la structure socio-économique de la société. Bref, il s'agira d'identifier le type de structure socio-économique qui caractérise la société dans laquelle se situe le système de soins analysé. Cette structure socio-économique de la société détermine largement le contexte culturel, économique et politique du système de soins.

**Etape 3. Identification anticipée des conditions d'échecs et/ou des réussites**

L'intérêt de répertorier, d'une façon anticipée, les différents facteurs de succès ou d'échecs, à l'implantation des mutuelles de santé pilotes à base communautaire, c'est de pouvoir statuer sur les forces et les faiblesses du contexte socio-économique spécifique à chaque sous-système de soins.

a) *Facteurs de Succès*

1. Identification des facteurs qui influencent l'adhésion aux systèmes de mutuelles de santé. Les principaux facteurs sont :
  - la qualité des soins de santé : L'offre en soins de santé doit être de qualité suffisante et une bonne réactivité doit exister entre prestataires de soins et les patient.
  - la confiance des habitants dans la réussite de l'entreprise : Une gestion saine et transparente est indispensable pour gagner la confiance.
  - la capacité financière des communautés : la capacité financière des ménages doit leur permettre de faire des investissements à moyen terme.

2. L'observation et la documentation des initiatives existantes devraient faire appel à un nouveau cadre d'analyse qui tienne compte du contexte, de la dynamique sociale et des interactions humaines dans l'organisation et la gestion de tels systèmes.
3. La promotion des systèmes de mutualisation des risques maladie comme instrument pour améliorer l'accessibilité financière à des soins de qualité.
4. Les systèmes de mutualisation des risques maladie reçoivent actuellement beaucoup d'attention de la part de la communauté internationale. La part d'initiative locale ne doit cependant pas être sous-estimée.
5. La création des conditions nécessaires pour le développement des initiatives locales « mutuelles de santé » soit par l'État ou une organisation externe
6. Le développement d'un réel partenariat entre des agents externes et des membres de la communauté, c'est-à-dire qu'un partenariat croissant entre différents acteurs et surtout avec l'aide des religieux.
7. Mise en place d'une promotion active de la part de l'Etat et des organisations d'appui. Dans cet environnement favorable, des groupes de personnes intéressées mettent en route des initiatives privées.

Bref, une mutuelle de santé à base communautaire qui aura prouvé sa performance attirera probablement une plus grande partie des populations démunies et limitera l'exclusion aux seuls indigents, pour qui des mesures spécifiques doivent être prises par le Gouvernement.

Il convient cependant d'étudier davantage les causes de faible adhésion dans une variété de contextes, et d'identifier celles qui semblent les plus déterminantes pour pérenniser ce système de mutualisation des risques.

#### **b) Risques de dérives : SI**

1. Absence d'un cadre juridique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé à base communautaire
2. Le cadre sous jacent de la mise en place des mutuelles de santé est fortement influencé par les aspects techniques et financiers, encore moins politique, au dépens des aspects humains et du contexte structurel et socioculturel dans lequel ces systèmes opèrent.

3. Le système des « mutuelles de santé » reste très largement piloté par des organisations externes alors que les communautés Burundaises ont spontanément développé, et continuent à le faire, une variété de mouvements associatifs d'entraide.
4. Manque d'intérêt pour un modèle de financement des soins de santé qui, en théorie, peut offrir une solution efficace à un problème fortement perçu.
  - Les autorités locales et les leaders d'opinions peu impliqués
  - Manque d'étude de faisabilité sur la viabilité financière
  - Appui insuffisant au processus de mise en place
5. Les mutuelles de santé sont entièrement développées soit par les prestataires locaux ou soit par utilisateurs des services de santé uniquement.

### *c) Principaux défis à relever*

1. Accroissement de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté, d'où les difficultés d'avoir les fonds de cotisation pour adhérer aux mutuelles
2. Démographie galopante – Forte densité- Diminution des terres cultivables, d'où l'accroissement des effectifs des Indigents.
3. Persistance des pandémies telles que le paludisme, haute prévalence du SIDA ainsi que les maladies diarrhéiques et parasitaires
4. Problèmes de gestion du SMC liés essentiellement au déficit d'adhésion par manque de culture de solidarité, à l'analphabétisme et surtout par manque de culture de prévoyance.

## **Etape 4.1 Analyse critique**

### *Synthèse des problèmes identifiés*

1. Prise en charge des indigents
2. Inaccessibilité financière
3. Appui politique faible
4. Attention aux effets pervers
5. Faible motivation des prestataires

## **Etape 5 Comment améliorer le SMRM ?**

### **1. Identification et appui aux indigents**

- catégoriser la population par la communauté elle-même

- Retour à l'approche traditionnelle des travaux communautaire sous une formè de réconciliation et de solidarité (pratique en cours)

## 2. Micro-crédit

- But : faciliter la classe moyenne à mobiliser la cotisation en une fois
- Collaboration avec les structures financières populaires

## 3. Implication des autorités et leaders d'opinion, les religieux et les prestataires de soins

- Organisation des séances de sensibilisation de ces derniers au niveau des collines de recensement par le comité de suivi.
- Renforcer les Initiatives de mettre en place des mutuelles par certaines autorités locales :
  1. Adhésion collective basée sur la colline ;
  2. Adhésion individuelle ;
  3. Adhésion par ménage.

## Etape 6 Comment éviter les risques liés à la viabilité des MSC ?

1. Application des mesures classiques pour éviter ces risques
2. Instaurer un cadre incitatif des adhésions par ménage et par les salariés (secteur santé et autres) et les non salariés du secteur formel
  - Ceci permet d'avoir la solidarité entre salariés et non salariés et de bénéficier de l'effet du grand nombre et enfin d'éviter *le risque de sélection adverse*
3. Initiative pour la performance (prestataires de soins)
  - Approche contractuelle pour favoriser un sens entrepreneurial en vue d'augmenter la qualité des services et accroître la productivité
4. Mettre en place des arrangements spécifiques et un financement extérieur pour les populations les plus démunies afin de leurs permettre de bénéficier des services de santé
5. Mise en place des comités de gestion des mutuelles et renforcement des comités de santé dans le cadre de l'IB qui pourront statuer sur quelques questions de réflexions tels que :
  - Niveau de cotisation par an /adhérent ainsi que le nombre plafond des bénéficiaires par famille

- Niveau du ticket modérateur pour chaque épisode maladie
- Période de stage

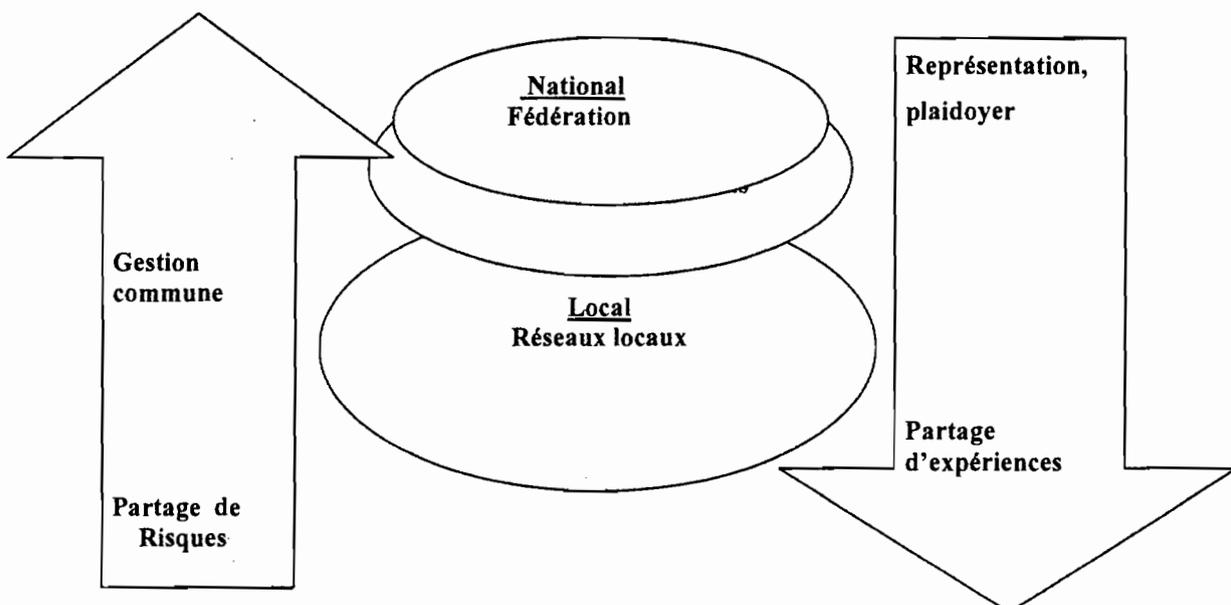
## Section 2 Perspective de la mise en réseau des MS à base communautaire

S'inscrivant dans la logique de couverture universelle des soins de santé primaires, cette perspective de mise en réseau des mutuelles de santé à base communautaires entend se construire de manière beaucoup plus dynamique et se fixe des objectifs plus opérationnels. Alors qu'en 2000 les réseaux de mutuelles de santé se souciaient uniquement de mettre ensemble les initiatives existantes, pour notre approche, le regroupement de ces dernières devra épouser les réalités des différentes formes suivant le niveau où on se trouve et la dimension et les objectifs qu'elles se donnent.

### A. Au niveau local : des mutuelles liées par un dénominateur commun

Ce type de réseau confère aux mutuelles membres les mêmes caractéristiques en terme de couverture des prestations. Elles ont une caisse centrale et des démembrements répartis en zones et qui se chargent notamment de la collecte des cotisations et de la communication envers les membres. La décentralisation des structures de gestion et de gouvernance amène les activités de la mutuelle plus près des adhérents. Ceci facilite leur participation aux assemblées générales, et en créant les autres structures de gestion, la mutuelle fournit aux autres membres des opportunités de s'engager plus activement dans la vie de la mutuelle. Ceci aussi aide à créer une masse critique de personnes compétentes dans les mutuelles.

### Organisation et contenu de la mise en réseau des mutuelles de santé



Les délégués de chaque zone, récupèrent les cotisations de leurs membres pour les verser au gérant de zone. Ils sont aussi chargés de l'animation dans tous les villages concernant la zone et de tenir à jour les documents comptables.

L'approche qui sera développée dans la mise en réseau de mutuelles de santé à base communautaire consistera à faciliter la création simultanée de mutuelles de santé selon le découpage territorial de la commune (mutuelle d'arrondissement)<sup>47</sup>. Chaque mutuelle d'arrondissement offre à ses bénéficiaires le paquet minimum d'activités (petits risques) disponible au niveau du Centre de santé. Dans ce cadre quelques caractéristiques ont été harmonisées, il s'agit notamment du paquet de services, du ticket modérateur, de la cotisation et de la période d'observation. Une union communale constituée de mutuelles d'arrondissements est mise en place pour offrir entre autre la prise en charge des risques au niveau de l'hôpital de zone.

Dans le processus, cette approche met l'accent sur la mise en réseau et la sensibilisation. Ainsi, le comité d'initiative (par arrondissement) est constitué de représentants de groupements de femmes, groupement de producteurs agricoles, association de développement, élus locaux, comité de gestion du centre de santé, agent de santé, association des artisans etc. Ce comité est chargé d'expliquer le principe de la mutualité dans les arrondissements et d'organiser à ce niveau un autre comité d'initiative qui sera chargé de mener des activités de sensibilisation jusqu'à la tenue de l'assemblée générale constitutive.

## **B. Au niveau Provincial et communal et zonal : Coordinations et Unions de mutuelles**

La coordination a un objectif de partage d'expériences et de défense d'intérêt tandis que l'union offre en plus des services communs (gestion centralisée de certaines prestations, formation, suivi financier, audit, médecin conseil, etc.). L'approche Union est très intéressante parce qu'elle apporte à ses membres une assistance technique notamment en matière de gestion, de comptabilité, de finances, d'éducation et de formation.

Généralement, ces réseaux ne font pas d'exclusion et sont assez composites dans le profil des organismes membres (taille, localisation géographique, cible, prestations, etc.). Cette mise en réseau est très développée, notamment au Sénégal qui en compte 6 au niveau régional et 2 au niveau zonal.

---

<sup>47</sup> L'approche particulièrement expérimentée par le PHRplus au Bénin.

Les cas de l'UTM au Mali et de l'Union des mutuelles de santé de Dakar sont assez édifiants. Ces unions protègent et gèrent les intérêts des membres en leur fournissant des services de tous ordres, notamment administratif, professionnel et financier en vue de concourir à la réalisation de leurs objectifs. De ce fait, elles agissent en qualité d'organisme de surveillance, de contrôle et de représentation des MS affiliées..

Au Mali, l'idée a été très tôt de mener les activités avec toutes les mutuelles qui sont mise en place dans les préfectures de Yomou N'zérékoré d'abord, puis celle de Lola. Ainsi, parallèlement à la mise en place, un processus de contractualisation est engagé avec les hôpitaux préfectoraux (Yomou et Lola) et l'hôpital régional (N'zérékoré). Les conventions prévoient la prise en charge des mutualistes pour tous les soins hospitaliers et organisent le système du tiers payant avec les mutuelles. Cependant, avec l'accroissement du nombre de mutuelles, les garanties proposées aux mutualistes sont progressivement élargies, assurant l'intégration de structures de soins primaires dans le réseau des prestataires conventionnés.

Toutes les mutuelles partagent les mêmes caractéristiques dans leur fonctionnement et leur organisation. Les statuts de l'Union des mutuelles prévoient que chaque structure membre soit représentée par trois personnes lors de l'AG annuelle. Pour sa part, le Conseil d'administration est composé d'un représentant par mutuelle membre. Ces modalités de représentation des mutuelles aux instances constituent la garantie d'une bonne participation de l'ensemble des structures du réseau. Cependant, dans l'hypothèse d'un développement important de la taille du réseau, ce mode de représentation pourrait devenir un frein au bon fonctionnement des instances. Le bureau exécutif (BE) est constitué de 6 personnes, désignées au sein du CA. Cette désignation est réalisée sur des critères de compétence parfois difficile à faire accepter aux anciennes mutuelles « fondatrices » de l'Union. Ces dernières estimant que leur ancienneté leur confère automatiquement un droit de participation au BE.

Dans le souci d'assurer la consolidation financière des mutuelles membres du réseau, un fonds de garantie, géré par le BE, est créé à partir des adhésions initiales des mutuelles membres (renouvelé chaque année) et d'une dotation annuelle du CIDR. A ce jour, aucune intervention n'a été nécessaire.

L'Union assure la représentation de ses membres, en particulier avec les prestataires de soins pour discuter des conventions de partenariat, et répondre aux sollicitations des hôpitaux. Cependant, le suivi du fonctionnement courant du partenariat, organisé sous forme de comité

de suivi semestriel, reste une prérogative des mutuelles à la base. De même, la représentation est assurée auprès des autorités sanitaires régionales et elle est l'interlocuteur privilégié de l'administration sanitaire, en cas de besoin de transmission d'information.

Enfin, l'Union noue des partenariats avec des structures locales dont la vocation est d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (sensibilisation sur les IST et le VIH, journées nationales de vaccination, émissions de radio, etc.). Les moyens de l'Union seront directement apportés par des contributions des différentes mutuelles membres, calculées sur la base d'un pourcentage des cotisations collectées pour l'exercice considéré en relation avec le développement des moyens propres de l'Union.

Le mode de financement de l'Union par les mutuelles repose sur un mécanisme de solidarité, chaque mutuelle participant au prorata de cotisations collectées dans l'année au niveau de sa structure, les grosses mutuelles sont amenées à contribuer plus fortement que les petites, sans relation directe avec la nature des services reçus. Ce principe fondateur de l'Union est un enjeu important pour l'avenir du réseau.

### **C. Au niveau national, la fédération ou la confédération : Représentation et de Plaidoyer**

Cet échelon, en plus des fonctions des deux niveaux précédents, a un rôle significatif en matière de représentation et de plaidoyer. Objectivement, elle doit se doter de puissance faite de la solidité et de la construction de ses contributions et des thèmes qu'elle aborde. Dans une structuration mature, elle peut donner les grandes orientations dans un processus de législation ou d'élaboration d'un code de déontologie.

Aucun pays, à part le Mali, ne dispose d'une fédération au niveau national. En fait, le cas de l'UTM est assez atypique. Elle se place au niveau national mais ne regroupe pas systématiquement toutes les mutuelles. Evidemment, les mutuelles qui ne sont pas membres bénéficient des retombées de l'action de l'UTM auprès des autorités de tutelle.

Les réseaux de mutuelles ont un rôle à jouer dans le développement et le renforcement du mouvement mutualiste ainsi que, et surtout, dans la pérennisation de l'appui technique actuellement apporté aux mutuelles. Cet appui aux coordinations devrait permettre notamment

de les doter de moyens matériels et de ressources humaines qualifiées pour assurer un appui à la gestion et au suivi des mutuelles membres.

### **Section 3. Déterminants et conditions de développement de la mise en réseau des MSC**

#### **1. Liés aux caractéristiques des mutuelles**

La faiblesse de la taille des populations couvertes ne permet pas de générer des ressources pouvant avoir une contribution significative dans l'amélioration de la qualité des services des organisations de prestations de soins. Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui sera couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles.

#### **2. Liés à l'organisation mutualiste**

La transparence de la gestion et la démocratie interne sont aussi des déterminants importants pour les membres. Les acteurs reconnaissent que les aspects techniques à eux seuls ne garantissent pas la réussite des initiatives mutualistes car ces dernières sont des organisations qui se basent sur la participation sociale. La participation sociale est la mesure dans laquelle les parties prenantes jouent leur rôle dans la création, la promotion, et le développement des mutuelles.

La notion de participation va au-delà de l'inscription dans la mutuelle, le paiement des cotisations, et le respect de ses règlements et doit mener à l'appropriation de la mutuelle par ses membres. Elle se concrétise ainsi au travers des instances de gestion et de décisions des mutuelles de santé. Ces instances de décision et de gestion ont parfois du mal à fonctionner car elles exigent une forte implication de la part des personnes élus ou responsabilisées pour ces tâches. De même, les membres doivent être en permanence incités à participer à la vie de la mutuelle. Pour cela, des informations doivent leur être transmises et des mécanismes de participation institués pour que la participation puisse permettre aux membres de pouvoir, en connaissance de cause, participer aux décisions et aux grandes orientations de la mutuelle.

Sans une forte participation sociale, la mutuelle risque de ne pas pouvoir répondre aux besoins des membres et opérer une adaptation de ses caractéristiques. Elle risque de voir disparaître

des membres sans savoir pourquoi. Elle risque aussi de voir des fonctions de la mutuelle non remplies (gestion, administration quotidienne, etc.). La sensibilisation des membres et des populations doit donc être assurée de manière continue afin de renforcer la participation des membres, de les fidéliser et de faire adhérer de nouvelles personnes.

### **3. Liés à l'environnement et au partenariat**

#### **a. Réseaux et mise en réseaux**

Les réseaux de mutuelles évoluent positivement dans le sens d'une plus grande prise en charge de questions d'intérêt commun. La perspective de mettre en place des réseaux partageant les mêmes caractéristiques est intéressante. Elle peut faciliter le passage à l'échelle, réaliser des économies d'échelle non négligeables dans un contexte de raréfaction des dispositifs externes d'appui, faciliter la comparaison des données, etc.

Cependant, la question est d'apprécier le bon moment pour créer de tels réseaux. La mise en place précoce suscite de nombreuses difficultés liées à la maturité des mutuelles, surtout si elles doivent accéder à des fonds communs. Par contre, trop tarder pose également des problèmes en terme de cohérence entre les mutuelles membres, de visibilité et de compréhension du processus de partage de caractéristiques communs et d'autonomisation. La mise en réseaux est un objectif urgent de la structuration du mouvement, du fait que ces derniers peuvent valablement offrir une perspective d'autonomisation sur le plan technique.

#### **b. Rôle des structures d'appui**

Plusieurs organisations appuient le développement des mutuelles de santé. L'intérêt de cet appui est justifié par d'une part, le développement des systèmes mutualistes et d'autre part par le fait que les mutuelles constituent de nos jours une alternative intéressante d'accès à des soins de santé pour les populations vulnérables qui constituent la cible de la plupart de ces organisations. Elles se regroupent dans ce qu'on appelle globalement les structures d'appui.

En guise d'exemple, la typologie des structures d'appui (SA) aux mutuelles de santé au Sénégal est assez composite. On y retrouve les agences de coopération bi/multilatérale, les ONG nationales et internationales et les réseaux (association, fédération) nationale. Ces SA sont nombreuses dans le paysage des mutuelles. Elles interviennent soit par le biais d'actions directes sur le terrain, soit, quand elles ont des mandats très larges qui vont au-delà de l'appui

exclusif au développement des mutuelles de santé, par d'autres programmes avec qui ils ont des relations de partenariat pour les activités de terrain.

Ces organismes offrent principalement un appui technique aux mutuelles, et concernent la réalisation des études de faisabilité, le conseil et la formation, la sensibilisation, la production de document de gestion, l'accompagnement dans les relations avec les prestataires (élaboration/adaptation de textes réglementaires, de convention, ...). L'objectif de l'appui technique est d'assurer à long terme une autonomie aux mutuelles appuyées. Au Sénégal par exemple, environ 115 mutuelles de santé reçoivent un accompagnement de la part des structures d'appui. Au Mali, la fonction de l'UTM confère aux mutuelles un privilège dans l'appui de proximité.

Par contre, très peu de structures d'appui interviennent directement dans le domaine financier. L'appui y est très minime, voire insignifiant, de même que l'appui institutionnel (comme pour le fonctionnement, par exemple siège, déplacement, fourniture, équipement, etc.) qui est pourtant un besoin fortement ressenti.

Enfin, les SA assurent un suivi technique des mutuelles, pour la production des outils de gestion et leur tenue correcte, un suivi institutionnel pour la rédaction des rapports d'activité, l'organisation de tournées, rencontres de coordination, l'élaboration de dossier de partenariat avec les prestataires de soins, l'élaboration de budgets, etc. Le suivi financier se résume principalement à la vérification des documents comptables. Il se réalise à l'aide de tableau de bord et de fiches mensuelles. En fin d'exercice, la présentation des résultats à l'AG se fait souvent en préparation avec la SA.

### **c. Rôle de l'État**

Globalement, on peut lire l'intervention de l'État dans la vie des mutuelles sous différents angles d'analyse : d'abord l'État (dans presque tous les pays) a juste constaté la naissance et le développement d'un mouvement communautaire. Il est alors resté dans l'expectative, ne sachant quelle action il peut prendre. Jusque très récemment, son action a été très timide, voir inexistant.. A l'heure actuelle, l'État Burundais, devrait aborder une phase de ressaisissement par l'adoption d'une démarche de planification stratégique et des actions en faveur de la création d'un environnement incitatif et ce, en collaboration avec les acteurs de terrain.

S'agissant de notre approche, l'Etat, dans le processus de développement des mutuelles est un acteur important, voire fondamental. Il constate, de par son absence, une forme de lacune dans la lecture des mutations sociales alors qu'il peut prendre des initiatives et être en quelque sorte le promoteur du système ou d'un organisme qui en sera le support.

L'Etat doit s'investir dans la promotion et le montage des mutuelles. En étroite collaboration avec les personnes issues de la société civile. Il doit encourager cette initiative en sa qualité « initiateur-promoteur » de cette politique de mutualisation des risques maladie à base communautaire ; auquel cas contraire, il risque de réduire la motivation des personnes non désignées à participer au mouvement. La disposition à cotiser des populations est rarement accrue par la présence de fonctionnaires au niveau de la promotion et de la création des mutuelles.

De toute façon, l'Etat aura particulièrement un droit de regard global sur les mutuelles. Ce droit se confirme dans le cadre de l'existence de dispositifs réglementaires. Dans ce cas, la tutelle de l'Etat peut néanmoins être plus ou moins étendue : vérifier à priori la conformité de la configuration et du fonctionnement et sa viabilité et que les engagements pris à l'égard des assurés sont tenus et que la gestion est conforme aux normes légales (procédures de règlement du contentieux et de contrôle a posteriori). Le cadre législatif et réglementaire est un élément essentiel où le mouvement attend l'action de l'Etat. Il fixe les droits et obligations des parties prenantes, intervenant ainsi pour garantir les clauses contractuelles. En outre, la promulgation de textes juridiques est en soi un élément de promotion.

Pour cas d'illustration au Mali, nous avons vu que le cadre mis en place par l'Etat (création de l'agence de développement de la mutualité et promulgation de textes législatifs) a été l'expression claire d'une incitation à développer des mutuelles de santé. L'Etat a aussi la possibilité de fournir des ressources économiques au système. La démarche la plus directe consiste à subventionner divers investissements qui vont faciliter la mise en réseau par exemple.

Enfin, l'action facilitatrice de l'Etat va s'exercer au niveau des relations entre les régimes et les prestataires de soins. En d'autres termes, l'Etat peut jouer un rôle décisif dans le processus de contractualisation.

En 2002, l'Etat du Sénégal a distribué une lettre circulaire auprès de toutes les formations sanitaires leur demandant de faciliter leurs relations avec les mutuelles. Un an après, il a organisé une formation à l'intention des 11 équipes cadres de région – ECR (regroupant chacune le médecin chef de région, le superviseur des soins de santé primaires et le directeur de l'hôpital régional), les équipes cadres de district (ECD), l'ordre des pharmaciens et les représentants de mutuelles de santé. Les résultats de ces actions, bien que n'étant pas immédiats, ont permis un déclin dans les relations qui ont toujours été tendues.

L'Etat peut aussi établir une relation contractuelle avec les structures nationales d'appui (ONG et associations). Ceci est très souhaitable dans le contexte actuel du développement des mutuelles de santé. Mais presque dans tous les pays, le principal problème de l'Etat se situe dans la continuité des actions entreprises.

#### **d. Les prestataires : contractualisation et qualité des soins**

Les relations des mutuelles avec les prestataires de soins revêtent deux formes : l'implication des structures sanitaires dans la création et l'implantation de mutuelles de santé ou la signature de conventions entre les différentes mutuelles et les structures sanitaires.

Les prestataires de soins comme promoteurs de mutuelles de santé est une approche fortement décriée par les acteurs ; du moins dans sa forme où le prestataire joue un rôle dans la gestion. En effet, il est difficile de concevoir cette symbiose, étant donné que les mutuelles ont un objectif de défense des intérêts de leurs assurés et qu'elles ont des conventions avec les prestataires. Ces conventions comportent des clauses liées à la qualité des soins, l'accueil, le mode de paiement, etc., toutes choses que le prestataire considère comme non partageables.

Par ailleurs, « le développement des mutuelles impose aux établissements publics de santé de mettre en place des dispositifs pour faciliter les relations avec ce nouveau type de client. Il s'agit certes d'une opportunité qui augmente la solvabilité des clients mais qui nécessite également que l'hôpital prenne mieux en charge les questions liées à la qualité des soins pour la satisfaction des mutualistes »<sup>48</sup>.

Concernant la qualité des soins, les populations sont prêtes à payer pour des services de meilleure qualité. Plusieurs études, aussi de faisabilité de mutuelles de santé, ont démontré

---

<sup>48</sup> Document de politique de la contractualisation–Sénégal 2004.

que parmi les déterminants du choix des prestataires, les raisons financières occupent les dernières places (Kelley A. 2003) tandis que les aspects liés à la qualité des services sont souvent cités. Cependant, les prestataires n'ont pas l'habitude de discuter avec les patients, considérant que ces derniers n'ont pas la compétence technique pour parler de la qualité des soins dispensés, ni la légitimité pour avoir un regard dans la gestion de la structure. Une meilleure collaboration est donc souhaitable pour l'amélioration de la qualité des soins.

Cependant, la collaboration des prestataires avec les mutuelles ne s'arrête pas à l'offre de soins curatifs ou à la contractualisation. Les prestataires peuvent jouer des rôles très forts aux côtés des mutuelles en encourageant la contribution de ces dernières à l'effort de santé, en s'engageant à leur côté dans les domaines notamment préventifs et d'accompagnement. Précisément, les prestataires peuvent servir de conseillers au niveau du Conseil d'Administration (CA), initier ou participer à des séances d'information/sensibilisation programmées par la mutuelle, former des animateurs relais, intégrer le thème de la mutualité dans les programmes IEC menés par les structures sanitaires, aider les gérants dans la maîtrise des coûts (rationalisation des prescriptions), aider au démarrage de l'initiative, faciliter l'accès aux statistiques nécessaires à l'étude de faisabilité, etc. De telles pratiques de promotion de la mutualité par les prestataires, cependant, ne sont pas systématiques en raison des fossés de compréhension parmi les prestataires sur le rôle que les mutuelles de santé jouent dans la promotion sanitaire.

#### **e. Partenariat pour la prise en charge de groupes extrêmement démunis**

Les mutuelles prennent parfois en charge des personnes qui ne sont ni cotisantes, ni ayants droit. On a ici une mesure de la solidarité externe des mutuelles, puisque les personnes qui bénéficient de la prise en charge sans contribution sont des personnes désignées comme pauvres ou indigentes.

### **Section 4. Orientations futures du système de santé et les résultats attendus**

De nos jours, l'espoir de la politique sanitaire de l'Afrique se retourne vers les objectifs de la "santé pour tous (SPT)" d'ici 2015. Cependant, la santé pour tous ne veut pas dire que tout le

monde doit être en bonne santé. Mais que tout le monde a accès et la facilité d'obtention de soins"<sup>49</sup>.

Pour l'aboutissement des ambitions de la SPT, les décideurs professionnels de la santé et les communautés devraient saisir les opportunités existantes et en émergence, parmi lesquelles on peut citer : la mise en place de nouvelles politiques de gestion de l'environnement ; les opportunités en matière de recherche sur la santé ; l'accès à des progrès scientifiques et techniques de plus en plus nombreux, y compris la mise à disposition des anti-rétroviraux à des coûts abordables; la participation et la responsabilisation accrues des individus et des communautés ; les actions en cours visant à promouvoir l'équité entre les hommes et les femmes ; la recherche de la bonne gouvernance à tous les niveaux ; l'émergence de la structuration progressive d'une société civile dynamique, l'élargissement du partenariat en faveur du développement, en particulier dans le domaine de la planification financière avec la participation du secteur privé, le renforcement d'une intégration économique sous-régionale efficace ; la prévention des crises et de conflits et la réforme du secteur de la santé.

L'avenir des systèmes de santé en Afrique est déjà entré à marche forcée dans une ère différente. Si globalement les grands indicateurs laissent entrevoir une amélioration de l'état de santé des populations (au sens étroit de la définition de l'OMS), une analyse attentive montre que certains progrès sont aussi apparents que fragiles.

De surcroît, la course entre les moyens et les besoins imposés par la démographie fait émerger de nouveaux problèmes exacerbés par les exigences de la morale de ce début de siècle. Au Burundi, sous le double coup de boutoir de l'évolution démographique et de la raréfaction des ressources publiques découlant autant des dépressions économiques que de gestions défailtantes, les systèmes de santé se sont dégradés progressivement lorsqu'ils n'étaient pas l'objet de transfusion massive d'aide extérieure.

La question majeure que les responsables politiques auront à traiter sera celle de l'accessibilité à des soins de qualité, sans laquelle le mot de développement n'a pas de sens. L'optimisme que l'on peut afficher pour la réponse à cette question est justifié par la montée en puissance des citoyens et de la société civile qui ont déjà fourni les signaux de leur volonté de prendre en main leur santé ; il restera à la puissance publique à ne pas perdre de vue que les exclus sont de son ressort.

<sup>49</sup> Dr. Ebrahim Malick Samba, Ancien directeur régional de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région Afrique, L'hebdomadaire, n° 284 (DU 17 au 23 septembre 2004, Burkina Faso : Soins de santé en Afrique: Maux récurrents et projets ambitieux

Deux éléments primordiaux constitueront des obstacles à surmonter, il s'agit de :

- la mauvaise gestion ;
- Une incompréhension : Considérer les mutuelles de santé comme une alternative au financement public

Le MSP doit revoir les programmes nationaux de développement sanitaire. En les reliant avec tous les intervenants. Parce que quand ce sont uniquement les spécialistes de la santé qui conçoivent les plans d'action, il arrive que sa mise en œuvre pose des difficultés pour la simple raison que le ministère des infrastructures devrait être associé et n'a pas été pris en compte". Voici autant de suggestions fécondes qui donneront un coup d'envol au développement sanitaire si la volonté politique y est.

Malheureusement force est de constater que depuis 1970, plusieurs plans de développement sanitaire n'ont pas tenu leur pari. Ceci étant, les ambitions de la SPT en 2020 sont porteuses des incertitudes qui planent sur le développement sanitaire et l'évolution des systèmes de santé en Afrique.

Cependant, si la finalité de l'analyse des systèmes de santé est d'améliorer la pertinence des politiques de santé, son objectif principal est la compréhension des déterminants de l'évolution du secteur sanitaire et l'évaluation de sa performance car les progrès de la santé des populations ne dépendent pas seulement d'une réflexion sur les stratégies médicalement efficaces et la mise à disposition des professionnels des moyens normalisés correspondant (Gilles Dussault, 1994). Ils dépendent aussi d'une réflexion sur la meilleure organisation possible du système de santé.

Evidemment, les différents aspects tels le renforcement des ressources humaines pour la santé, la promotion de l'hygiène de l'environnement, la maîtrise des maladies contagieuses, le renforcement des services de santé, etc. ne seront pas relégués aux oubliettes mais il apparaît très clairement que les tendances des principaux déterminants de la santé portent les indices de la pauvreté.

La décentralisation constituera une nouvelle opportunité pour le développement des mutuelles et pour leur permettre d'augmenter leur base sociale (membership). Elle consiste à la dévolution aux populations des pouvoirs de décision et de gestion de leurs problèmes et donc elle permet de mobiliser des énergies à la base pour le développement des territoires. Aussi,

les collectivités locales bénéficient des transferts de fonds de la part de l'État, des fiscalités (impôt, taxes, etc.) et de ressources externes fruits de la coopération (dons ou legs) et la décentralisation prévoit qu'elles prennent en charge au moins les soins de santé primaires.

Ainsi, dans ce contexte, la décentralisation permet de dépasser le cadre d'actions isolées de mutualisation et inscrire les actions dans des plans de développement à moyen et long terme.

Vu et bien assimilé sous cet angle d'analyse, la Mutualité au Burundi comme en Afrique sera à la fois un outil efficace de lutte contre la pauvreté, d'augmentation des utilisations des services de santé de qualité (équité, efficacité) ainsi qu'une étape à couverture des soins de santé primaire si :

- Approche intégrée (holistique) – liens santé et pauvreté
- Participation, Appropriation, émancipation = processus d'apprentissage
- Soutenue par un développement économique
- Contexte politique et social favorable
- Synergie et cohérence entre les organismes de coopération internationale

#### **4.1 Rôle important de l'administration générale et des BPS dans la régulation de la contractualisation dans le secteur de la santé**

##### **A) Administration générale**

- Editer des règles et des principes qui soient en harmonie avec la politique nationale de santé ;
- élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs ;
- Mettre en place un cadre d'échanges d'expériences sur les arrangements contractuels impliquant les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé ;

##### **B) Bureau Provincial de Santé**

- Créer une base de données factuelles afin de permettre l'évaluation de l'impact de différents types d'arrangements contractuels sur la performance des systèmes de santé

et de déterminer les meilleures pratiques, et ceci en prenant en considération les différences socioculturelles ;

- Apporter, à leur demande, un appui technique aux districts de santé en vue de renforcer leurs capacités et leurs compétences dans le développement des arrangements contractuels ;
- Mettre au point, à la demande des districts de santé, des méthodes et des outils adaptés aux caractéristiques spécifiques pour les aider à mettre en place un système de surveillance afin de fournir des services de santé de grande qualité, par exemple par l'accréditation, l'homologation et l'octroi de licences pour les secteurs public et privé et les organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé.

### C) Districts de santé

En étroite collaboration avec la cellule SMRM et le BPS, les districts de santé doivent réserver une attention particulière à la bonne exécution des priorités retenues et les raisons de choix en vue de développer les expériences de mutuelles de santé à base communautaires

N.B. Tous les districts devront impérativement améliorer les conditions nécessaires à la participation des femmes dans le développement sanitaire.

### D) Cellule SMRM

Guidée par le souci de la mise œuvre et de la pérennisation du SMRM, la cellule devra s'assurer de la mise en œuvre des enjeux prioritaires tels que :

- Mise en place des organes et des structures de gestion ainsi que des contrats avec les établissements de soins ;
- Mise en place d'un comité de pilotage pour les mutuelles communautaires par le ministre de la santé ;
- Elaboration d'un document de programme d'appui aux mutuelles de santé
- Faire des rapports sur le rôle positif du mixage de la politique de contractualisation (côté offre de soins en amont) et du système de mutualisation des risques maladies (côté demande de soins en aval) visant à renforcer les systèmes de santé dans l'amélioration de la performance du système de santé.

## 4.2 Bilan espéré

Les éléments souhaités du Bilan ont été inspirés par les expériences réussies en Afrique (Rwanda, Ghana, Mali, Sénégal, Bénin ...).

Une plus grande accessibilité financière aux soins de santé (Accroissement du taux d'utilisation de services curatifs de 60% pour les zones ayant les mutuelles) ;

- Une demande plus grande en mutuelles de santé par la population
- Un engagement politique très fort
- Une expertise locale plus importante
- Une lueur d'espoir pour une couverture en assurance maladie de toute la population dans 3 à 5 ans.

## 4.3 Impacts souhaités

### A. Performance renforcée des systèmes de santé

- Amélioration sensible de la santé des populations,
- Mise en place d'un financement équitable de la santé
- Réponse aux attentes légitimes des populations

### B. Réformes des systèmes de santé

- Recompositions institutionnelles qui seront traduites par une diversification des acteurs dans le domaine de la santé, tant au sein du secteur public que des secteurs privé et associatif ;

### C. Changements culturels au sein des systèmes de santé

- Une plus grande attention aux besoins des patients,
- une approche plus globale de la santé de la population et le souci de réduire les inégalités sanitaires, sont souvent nécessaires pour améliorer la performance, et que les changements structurels peuvent être sans effet sur la culture du système de santé ;

-  
-

## CONCLUSION

"Une population malade est improductive. L'environnement du cadre de vie, l'alimentation, l'hygiène sont tous concernés pour l'équilibre dans la santé morale, spirituelle"<sup>50</sup>. L'objectif du système de santé est de satisfaire un besoin spécifique couramment nommé le « besoin de santé ». La définition de l'objectif du système, de son but et de sa finalité, repose sur une définition du besoin de santé, donc de « la santé ». C'est cette définition de l'objectif qui constitue la délimitation du champ du système.

A priori tout laisse percevoir que le développement des mutuelles de santé à base communautaire passe par la lutte contre la pauvreté et l'ignorance. La capacité de ces derniers à apporter des réponses durables aux problèmes de santé dépendra en grande partie de l'évolution de certains facteurs clés. Parmi les incertitudes, deux apparaissent comme critiques parce qu'elles amplifient les effets des autres facteurs et déterminent une direction d'ensemble du développement sanitaire futur.

Le développement de la culture mutualiste traduira aisément l'ampleur de la capacité de venir à bout de la pauvreté et de la capacité d'assurer à tous l'accès aux soins de santé essentiels. Quant à lui, le développement des mutuelles de santé constitue en soi un des objectifs pour lutter contre la pauvreté et l'accès aux soins est nécessaire pour permettre une vie plus harmonieuse dans les sociétés. Il vise à réduire de façon visible et significative les problèmes liés à l'accès aux soins de santé car il est démontré qu'une mauvaise santé compromet la productivité.

Dans les pays africains, les facteurs de risque en matière de santé et l'accès aux soins de santé se posent avec acuité et les sources de revenus sont limitées et le traitement de la maladie nécessite des moyens qui peuvent conduire les ménages à s'endetter, les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté.

---

<sup>50</sup> Dr. Ebrahim Malick Samba, Ancien directeur régional de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour la région Afrique, L'hebdomadaire, n° 284 (DU 17 au 23 septembre 2004, Burkina Faso : Soins de santé en Afrique: Maux récurrents et projets ambitieux.

Par ailleurs, les mutuelles de santé contribuent réellement à la viabilité des structures sanitaires. Elles offrent des arrangements avantageux pour les patients et agents de santé et compatibles avec l'intérêt public. Au-delà de la seule motivation financière, les prestataires ont un intérêt certain à s'engager dans un partenariat avec les mutuelles. Une mutuelle peut en effet contribuer à des revenus plus stables pour les prestataires avec, en conséquence, moins de factures impayées. Les mutuelles constituent un instrument pour rationaliser l'offre de soins et promouvoir un fonctionnement intégré du système de santé local.

Pour renforcer le mouvement mutualiste au Burundi, certaines tendances seront à maintenir et à renforcer. Celles-ci incluent par exemple, la collaboration avec les IMF, le micro-crédit, la mise en réseau, et la construction de plans stratégiques. Il est important cependant que cet appui respecte le rythme de développement du mouvement mutualiste. Il faut également éviter de faire de la mutualité un champ d'expérimentation pour « développeurs » et universitaires, car l'application de leurs idées ne concourt pas toujours à améliorer l'existence des mutuelles. L'assistance technique danse parfois plus vite que la maîtrise du processus ne le permet.

Les mutuelles peuvent renforcer les activités de promotion de la santé qui représentent une occasion de montrer les avantages de la mutuelle pour ses bénéficiaires par l'amélioration de la qualité de services.

Des innovations seront apportées, notamment dans la mise en réseau. Un réseau peut couvrir différentes dimensions. Certaines mutuelles auront des ambitions de couverture d'aires de santé ou administratives tels une collectivité rurale, un département, un arrondissement, etc. Pour ne pas perdre la dynamique communautaire et le ciment social, une organisation en zone est privilégiée, chaque zone vivant comme une entité autonome. Par la même occasion, le problème de la couverture limitée des bénéficiaires est résolu, de même que celle des soins de 2<sup>ème</sup> niveau souvent trop lourdes pour les mutuelles prises individuellement.

Les programmes d'assurance maladie volontaire pourront être des outils à la disposition des gouvernements pour réduire les coûteuses subventions aux structures tertiaires de la santé afin de faire une réallocation efficiente des ressources vers les secteurs primaires et secondaires qui sont les plus nécessaires.

Mais pour cela, il faudrait que les programmes d'assurance maladie soient conçus de façon réaliste et pragmatique pour éviter qu'ils ne constituent des gouffres financiers susceptibles de trahir l'attente légitime des populations.

Mais alors, face à la faiblesse et à l'instabilité des revenus des ménages, la micro-finance associée aux mutuelles peut permettre aux ménages d'entrer dans une spirale positive en termes de santé et de revenus. Il peut s'agir de micro-finance bancaire (instituée par les IMF) ou de micro-finance communautaire traditionnelle ou moderne. Ces deux motivations constituent la base du partenariat entre la mutualité et le micro-finance/crédit

Dans cet optique, on assistera à une solidarité nationale entre les salariés et les non salariés avec comme effet positif, une augmentation importante de la couverture générale de la population en termes de paquets de soins, surtout hospitalier et du nombre de jours d'hospitalisation. Une autre catégorisation plus simpliste distingue les **mutuelles au premier franc des mutuelles complémentaires**.

Bref, la participation communautaire pour assurer une appropriation de l'organisation et le renforcement des capacités des responsables de mutuelles à travers la formation sont les principales stratégies pour contribuer à la viabilité des organisations mutualistes. Dans le cadre de l'amélioration des revenus des populations, des stratégies seront mises en oeuvre. Le développement d'activités génératrices de revenus ou la recherche d'articulation entre les mutuelles de santé et les institutions de micro finance (IMF) constituent les stratégies les plus expérimentées, même si l'impact n'est pas encore entièrement documenté.

#### **Recommandations : des pistes à explorer pour le renforcement des connaissances**

1. Diffuser les expériences prometteuses via les techniques du marketing social ;
2. Développer la recherche en vue de permettre la maîtrise du passage à l'échelle ;
3. Gérer les risques majeurs en renforçant les mesures de prévention ;
4. Professionnaliser la gestion avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires ;
5. Améliorer la communication en vue de stimuler les bénéficiaires ;
6. Assurer la viabilité institutionnelle et financière à L.T des mutuelles ;

7. Miser sur les structures nationales d'appui en raison du faible taux d'alphabétisation et de scolarisation ;
8. Construire des plans stratégiques et passer à l'échelle.

Pour terminer, nous disons que la progression des mutuelles de santé à assise communautaires sera également l'expression d'une volonté des populations à organiser elles-mêmes leur prise en charge sanitaire.

Nous sommes convaincus que c'est la façon unanime d'inciter le gouvernement du Burundi à initier, par une volonté politique réelle, le soutien au mouvement mutualiste et à encourager la mise en place de mécanismes autorisant la cohabitation mutuelles/régime d'assurance maladie permettant d'intégrer l'économie populaire.

Ainsi, au fur des années, non seulement, notre jeune mouvement mutualiste prendre rapidement maturité, mais aussi, comblera le vide social qui avait demandé asile au Burundi et cela bien avant 2015 (Vision OMD).

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Adams, M. (1999),**  
« La mutuelle de santé solidaire : une alternative de sécurisation des populations pauvres contre les aléas sanitaires. *ADA Dialogue 1999*. Luxembourg : Appui au Développement Autonome. <<http://www.globenet.org/horizon-local/ada/c183.html>>
2. **ANMC/BIT-ACOPAM/WSM (1996)**  
*Mutuelles de santé en Afrique : Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Bruxelles : Solidarité mondiale.
3. **Arhin-Tenkorang, D. (2001)**  
Health insurance for the informal sector in Africa: Design features, risk protection and resource mobilisation. CMH Working Paper Series. Paper N° WG3: 1. Geneva, World Health Organisation, Commission on Macroeconomics and Health.  
<[http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper1.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf)>
4. **Atim, C. (1998a)**  
Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Etude de cas au Ghana. Dakar: USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP and ANMC/WSM. <<http://www.concertation.org/>>
5. **Baeza, C., Montenegro, F. & Nuñez, M. ILO (2002)**  
Extending social protection in health through community based health organisations. Evidence and challenges. Discussion paper. Geneva: International Labour Organisation; STEP/Social Security Policy and Development Branch.
6. **Bennett, S., Creese, A. & Monasch, R. (1998)**  
Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO/ARA/CC/98.1; ARA paper number 16. Geneva: WHO, Division of analysis, research and assessment. <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_ARA\\_CC\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_ARA_CC_98.1.pdf)>
7. **BIT (2001)**  
*Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs*. Guide. Genève : Bureau international du travail, STEP/SEED.
8. **BIT (2002)**  
*Sécurité sociale : un nouveau consensus*. Genève : Bureau international du travail.

9. **Broohm, N. (2001)**  
Les mutuelles de santé au Togo : Situation et perspectives. Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui. Dakar : Concertation.  
<<http://www.concertation.org/>>
10. **Brouillet, P., Wade, M., Kambé, M. & Ndao, M. (1997)**  
Émergence de mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal. L'enfant en milieu tropical. N°. 228 : 40-54.
11. **Cazal-Gamelsy, R., Bellem, A. & Korgo, P. (2001)**  
Système de prépaiement en zone cotonnière au Burkina Faso. Ouagadougou.
12. **Concertation (2002)**  
Le boom des mutuelles de santé au Bénin. Courrier de la Concertation. N°7, janvier 2002.  
<[http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo\\_7.HTML#ancre492075](http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/LettreInfo_7.HTML#ancre492075)>
13. **Concertation (2003)**  
Système de suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique. Actualisation répertoire : Inventaire 2003. FT2 : Questionnaire. Dakar : La Concertation.  
<<http://www.concertation.org/>>
14. **Coulibaly, A. (1998)**  
Éléments d'appréciation et perspectives pour la mise en place d'un mécanisme d'entraide et de solidarité dans le district sanitaire de Fada N'Gourma (Burkina Faso). *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente? Expériences et perspectives.* Paris, Centre International de l'Enfance et de la Famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>
15. **Criel, B. (2002)**  
Réflexions finales. In : Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de *mutuelles de santé* en Afrique rurale. ed. Criel, B., Barry, A. et von Roenne, F. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.
16. **Diop, F. (1998)**  
Contribution actuelle et potentielle de *mutuelles de santé* au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du **Bénin**. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM. <[www.concertation.org](http://www.concertation.org/)>
17. **Évrard, D. (1998)**  
Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du **Mali**. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM. <[www.concertation.org](http://www.concertation.org/)> international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai

1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>

**18. Fonteneau, B. (2000)**

L'émergence de pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso. Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid. <<http://www.concertation.org/>>

**19. Galland, B., Kaddar, M. & Debaig, G. (1997),**

**20.** Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique sub-saharienne. L'enfant en milieu tropical. N°. 228 : 9-22.

**21. ILO-STEP. (2000)**

*Health Micro-insurance. A compendium.* Strategies and tools against social exclusion and poverty. Geneva: International Labour Organisation. <<http://www.gdrc.org/icm/step.pdf>>

**22. Koto-Yerima, A (2001)**

Communication : Mutualité et techniques de communication. *Le partenariat mutualiste international : du rêve à la réalité ? Colloque international organisé par le Service de coopération internationale ANMC, le 21.06.2001.* <<http://www.concertation.org/>>

**23. Letourmy, A (1998).**

Étude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé. Rapport à l'intention du ministère des Affaires étrangères, Paris.

**24. Letourmy, A. (2003)**

L'État et la couverture maladie dans les pays à faible revenu. *XXVIèmes Journées des Economistes Français de la Santé « Santé et Développement », Clermont-Ferrand 9 - 10 janvier 2003.* Centre d'études et de recherche sur le développement international. <<http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Letourmy.pdf>>

**25. Letourmy, A. (2003a)**

Les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Symposium international sur la solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement, Turin, 23-25 avril 2003.

**26. Mariam, D. (2003)**

Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of Eders). *Social Science and Medicine.* **56:** 1719-1726.

**27. Massiot, N. (1998)**

Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas du Sénégal. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC et WSM. [www.concertation.org](http://www.concertation.org)

28. **Meessen, B., Criel, B. & Kegels, G. (2002)**  
 Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne : Pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*. 55(2) : 91-116.
29. **Organisation International de Travail (2001)**  
*Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide*. Genève: Bureau international du Travail, STEP/SEED.
30. **Ouattara, O., Sissouma, I. & Masson, G. (1998)**  
 Union technique de la mutualité malienne. Les intentions stratégiques. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique. Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <http://www.concertation.org/>
31. **Schneider, P. & Diop, F. (2001)**  
 Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda. <<http://www1.worldbank.org/hnp/HNP%20Pubs%20-%20Discussion/Schneider-20Synopsis%20of%20Results-whole.pdf>>
32. **Some, M. (1998)**  
 Rôle des états et des organisations de coopération. *Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique : Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*. Paris, Centre international de l'enfance et de la famille, 27, 28, 29 mai 1998. Paris : CIDEF. <<http://www.concertation.org/>>
33. **Sylla, M., Barry, A., Diallo, Y., Yoboundo, M., Keita, A. & Condé, S. (2002)**  
 Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000. In : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, ed.
34. **Wade, A. (2001)**  
 L'éclosion du mouvement mutualiste dans la région de Thiès au Sénégal. Le partenariat mutualiste international : du rêve à la réalité ? Colloque international organisé par le Service de coopération internationale ANMC, le 21.06.2001. <<http://www.concertation.org/>>
35. **37ème session du comité régional de l'OMS,**  
 « Santé de la femme et de l'enfant grâce au financement et à la gestion des ME au niveau communautaire » Mali, Bamako, sept. 1987

36. **Valéry RIDDE,**  
« Entre efficacité et équité: Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Revue des expériences Ouest-africaines, CERDI 2003
37. Rapport PNUD 2003
38. Rapport sur la santé dans le monde, 2003.
39. **Denys NZOHABONIMANA,**  
40. « L'expérience de la mutuelle de fonction publique », Lusaka, Zambie, 9-12 août, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité sociale pour l'Afrique.
41. **Economie Burundaise,** Ministère du Plan, Rapport 2006.
42. Plan National pour le Développement Sanitaire du Burundi, 2006-2010
43. **MSF Belgique,** « Burundi Health assessment and strategy », 2005
44. Rapport d'enquête MSF Belgique, mars 2004.
45. **Pascal NDIAYE,**  
« Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts », Research matters en Gouvernance, Equité et Santé, Juin 2006
46. Politique Nationale de Développement Sanitaire (PNDS) 2006-2010
46. **Didier Gobbers & Éric Pichard ,**  
« L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », Santé publique et pays pauvres, 38 adsp, n° 30, mars 2000.
47. **Bart Criel et Monique Van Dormael,**  
« Mutuelles de santé en Afrique » vol.4, n° 3, Mars 1999
48. **WEINSTEIN, M.C.,**  
« Allocation of Subjects in Medical Experiments », New Engl. J. of Med. Vol. 291, 1974, p. 4
49. **BRYMAN, A.,**  
« The Debate about Quantitative and Qualitative Research : a Question of method or Epistemologie ? » Brit. Journ. Of Soc. Vol. 35, n° 1, 1984.
50. **LECOMTE, R.,**  
« Les apports de l'évaluation qualitative et critique en recherche évaluative », dans l'introduction des méthodes de recherche évaluative, Lecomte, R. et Rutman, L ; (eds), Les presses de l'Université Laval, Québec, 1982.
51. **LECOMTE, R.,**  
« Les paradigmes méthodologiques en recherche évaluative : leurs fondements et leurs répressions », dans l'introduction des méthodes de recherche évaluative.
52. **PATTON, M.Q.,** « Qualitative Evaluation Methods », Sage Pub. Beverly Hills, 1980

53. **PATTON, M.Q.**, Utilization-Focused Evaluation », Sage Pub. Beverly Hills, Californie, 1980.
54. **REICHARDT, C.S. and COOK, T.D.**,  
« Beyond Qualitative Versus Quantitative Methods », in Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research, REICHARDT, C.S. and COOK, T.D. (eds), 1979.
55. **SHORTELL, S.M.**,  
« Suggestions for Improving the Study of Health Programm Implementation », Hlth Serv.Res. Vol. 19, n° 1, 1984.
56. **FITZ-GIBBON, C.T. and MORRIS, L.L.**,  
« Evaluation Handbook », Sage Pub. Beverly Hills, Californie, 1978
57. **SHORTELL, S.M. and RICHARDSON, W.C.**,  
« Health Programm Evaluation », The C.V. Mosby Company, St Louis, 1978.
58. **JENICEK, M. et CLEROUX, R.**,  
« Epidémiologie : principes, techniques, application », Edisem Inc, St-Hyacinthe, Québec, 1982.
59. **SUSSER, M.**,  
« Causal Thinking in Health Sciences Concepts and Strategies o Epidemiology », Oxyord University Press, New York, 1973.
60. **BYAR, D.P. et al.**,  
« Randomized Clinical Trials : Perspective on some Recent Ideas », New Engl. Of Med. Vol. 295, n°2, 1976.
61. **COLTON, T.**,  
« Statistics in Medicine », Little, Brown and Company, Boston, 1974
62. **De Rosnay J.** – Le microscope. Le seuil, 1975.

# **ANNEXE**

CESAC BIBLIOTHEQUE

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

**N.B** : Comme susmentionné dans la méthodologie, le présent questionnaire a été adapté selon la structure, la position hiérarchique, la région et les interventions spécifiques dans le secteur santé.

**Q1** : Existe-t-il des mécanismes de protection sociale à base communautaire dans le domaine de la santé ?

- Si OUI, le nom du système, principales caractéristiques, critère d'adhésion, risques couverts autres que maladies.

**Q2** : A votre connaissance, quel(s) autre (s) mécanisme (s) ou système (s) de protection sociale existe-t-il au Burundi ?

**Q3** : Y a –t-il un cadre légal pour la mise en place de mécanismes de protection sociale à base communautaire ?

**Q4** : Existe-t-il une définition légale ou commune du secteur informel ?

**Q5** : Quel est le pourcentage des personnes exclues du système légal de sécurité sociale dans la population totale ?

**Q6** : Quelles catégories de la population sont le plus souvent exclues des systèmes légaux de sécurité sociale ?

**Q7** : A votre connaissance, existe –t-il actuellement une volonté politique d'élargir la couverture et/ou des initiatives concrètes en la matière ?

a) Formulation d'une stratégie nationale d'extension de la protection sociale

b) Groupe de travail au niveau du gouvernement

c) Discussion d'un projet de loi au parlement

d) .....

**Q8** : Existe-t-il des articulations entre le ou les systèmes légaux et les mécanismes de protection sociale à base communautaire ? (Au cas où il y aurait des MSC)

**Q9** : En l'absence de telles articulations, existe-t-il des articulations visant l'extension de la couverture entre au moins l'une de ces deux types d'institutions ou d'autres institutions (ex : organisation à base communautaire ; collectivités locales ; compagnies d'assurances ; Etat central+ mutuelles

**Q10 :** Si oui, quels ont été les résultats (impacts) de ces expériences d'articulation ?

**Q11 :** Vos suggestions pour l'extension de la couverture maladie et aux mécanismes de protection sociale à base communautaire au Burundi ?

- Q'en est-il de leur faisabilité (politique, économique, sociale...)

**Q12 :** Selon vous, quelles sont les conditions d'implantation des MSC ?

**Q13:** Qu'en est il de leur potentialité d'extension et de pérennisation ?

**Q14 :** Quelles sont les modalités qui permettent d'améliorer l'accessibilité de l'ensemble de la population (et notamment des plus pauvres) aux soins hospitaliers vitaux ?

**Q15 :** Selon vous, quels mécanismes de financement pour rendre la demande plus active au Burundi ?

**Q16 :** Selon vous, quelle serait la meilleure façon d'assurer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation ?

**Q17:** Selon vous, quelle serait la meilleure façon d'assurer l'organisation, le fonctionnement et la coordination du système national de santé favorable à l'implication active des communautés ?

**Q18 :** Selon vous, en quoi les mutuelles de santé représentent-elles une forme intéressante d'extension de la protection sociale dans les pays à faible revenu ?

**Q19:** Selon vous, quels sont les facteurs de consolidation des valeurs de solidarité, d'entraide mutuelle et de prévoyance qu'une logique de mutualité pourrait exploiter?

**Q20:** Selon vous, quelles sont des modes d'organisation du mouvement associatif pour renforcer la participation des populations au développement socio-économique du pays ?

**Q21:**Quelle est la nature de vos relations avec le(s) organisation(s) à assises communautaires ?

**Q22 :** Existe-t-elle avant votre intervention dans le domaine santé?

**Q23 :** Quel(s) sont leur(s) raison(s) d'être respectives (fondements essentiels & principales motivations) ?

**Q24 :** Quels en sont leurs mécanismes d'implication de la communauté ?

**Q25 :** Que pensez-vous du processus de décentralisation au sein du système de santé ?