

ETUDE DE LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE : CAS DE LA MUTUELLE DE SANTE DU DISTRICT DE MUSANZE/RWANDA (2006-2008)

J. Kanyeshuri^{1,*}, J.B. Kakoma²

¹UNILAK

²Université Nationale du Rwanda, Ecole de Santé Publique

RESUME

Introduction : Le Rwanda fait face au défi de l'accès financier aux services de santé. Dans l'objectif de combattre l'inaccessibilité financière aux soins de la population à faible revenu, le Gouvernement a mis en place une politique des mutuelles de santé (MS). Cependant la viabilité de cette politique mérite une attention particulière.

Objectifs : L'objectif général de cette étude est de contribuer à la promotion des MS par l'identification des facteurs pouvant gêner sa viabilité. Les objectifs spécifiques visent à décrire la structure de la MS de District de Musanze et identifier les facteurs pouvant gêner sa viabilité afin de proposer des solutions aux faiblesses identifiées.

Méthodologie : L'étude de la viabilité s'est basée sur quatre facteurs principaux, notamment : la conception, la gestion, l'environnement socio-économique et celui des services de soins. Les rapports des sections de la mutuelle de santé (SMS), l'interview auprès des responsables des SMS et prestataires des soins, et un questionnaire aux chefs des ménages ont constitué la source des données. La technique aléatoire à plusieurs degrés a conduit le choix des sujets de l'étude, l'échantillon a été constitué de 601 chefs de ménages et le test de Chi carré a été utilisé pour comparer les propositions observées.

Résultats : Les organes de la MS de District Musanze sont tous opérationnels. La couverture d'adhésion est de 66.6% en 2008. L'utilisation des services de soins des adhérents est le triple des non adhérents. La prime et le ticket modérateur sont abordables respectivement pour 86% et 96.4% des enquêtés. Seuls 46.9% adhèrent grâce à l'appréciation de l'offre de la MS alors que 48.4% le font suite à l'approche dirigiste. Toutefois, grâce à la connaissance croissante des avantages de la MS, 89.2% des mutualistes comptent adhérer pour la suite sans pression aucune. La technique de communication est lacunaire et le marketing est absent. La formation continue qui devrait améliorer la qualité des services n'est pas encore envisagée par la MS. L'état financier s'est montré vulnérable. En effet, en additionnant les 20% de pooling risque avec les 72% de la Charge en prestations, et le 16,7% de la charge d'exploitation, on arrive à 108.7% ; d'où le déséquilibre entre recettes et dépenses. 76.7% des enquêtés connaissent les principaux avantages de la mutualisation des risques. 46.3% des enquêtés ont participé à au moins la moitié de ses réunions de la MS. Pour augmenter la qualité, 57.1% des enquêtés proposent la réduction de la période d'attente. Quant à leurs sources, 35% des recettes des Centres de santé (CS) proviennent des Sections de la Mutuelle de Santé (SMS).

Conclusion : Dans l'ensemble, le modèle de la mutualisation des risques maladies du Rwanda est prometteur. L'approche dirigiste n'est qu'une pédagogie qui permet aux mutualistes de changer d'attitude. Les dépenses des SMS sont supérieures aux recettes. La période d'attente des soins est le grand obstacle à la qualité des soins. On recommande aux autorités compétentes de : 1° remplacer progressivement l'approche dirigiste par la sensibilisation et le marketing. En outre, une étude sur le rôle que peut jouer l'implication des activités de prévention comme l'un des volets de la MS est recommandable.

Mots Clés : Mutuelle de santé - Viabilité - Approche dirigiste - District de Musanze - Rwanda

ABSTRACT

Back ground : Rwanda like other countries is facing the financial challenge for accessing health services. In the endeavor to roll back the financial setback preventing the population with limited means from accessing medical care, the Government has resorted to the promotion of mutual health organizations. However the sustainability of these deserves a particular attention.

Objectives of the study: The general objective is to contribute to the promotion of mutual health organizations through the identification of factors that can undermine its viability. Specific objectives consist in describing the structure and functioning of the mutual health organization, identifying factors that can undermine its viability, and proposing solutions to identified weaknesses in the Musanze District.

Methodology : The viability study was based upon four main factors, namely the design of the health insurance scheme, its management, and its socio-economic and medical care services environment. Different reports from mutual health organization sections, interview with Heads of Sections and medical care providers, as well as a questionnaire addressed to heads of households served as a source of data. The choice of respondents at different levels was based upon a random sample. The sample size required number of 601 household heads, Chi square test was used to compare sample size of consider observed proportion.

Results : The organs of Musanze mutual health organization are all operational. Membership amounted to 66.6% in 2008. The use of medical care services for adherents was the triple the one observed in non-adherents. The premium and the proportion of medical expenses payable are affordable for patients, according to 86% and 96.4% of respondents respectively. Only 46.9% adhere because they appreciate services provided by mutual health organizations, while 48.4% adhere following the interventionist approach. However, due to the growing advantage offered by mutual health organizations, 89.2% of mutualists are willing to adhere without any pressure. The communication techniques fall short and the marketing strategy is inexistent. Mutual health organizations have not yet planned the in service trainings to the improvement of quality services. The financial situation has proved to be frail. In fact, 20% is allotted to pooling risk, plus 72% to service delivery expenses, plus 16% to operating expenses, which is equivalent to 108.7%; hence the unbalance between incomes and expenses. 76.7% of respondents recognize the advantages offered by risk sharing. 46.3% of respondents attended at least a half of the meetings organized by Mutual health organizations. In order to scale up the quality of services, 57.1% of respondents suggest that the waiting period should be reduced. 35.5% of the total income of Health Centers originate from Mutual health organizations.

Conclusion : On the whole, the health risk-sharing policy in Rwanda is promising. The interventionist approach is only viewed an educational method which will ultimately end into mutualists attitude change. Expenses incurred by Mutual health organizations are superior to incomes. Competent authorities are recommended to gradually replace the intervention approach with awareness campaign and marketing and to reduce the pooling risk rate. To other researchers, we suggest to conduct a survey on the role that the involvement of prevention activities may play as a component of Mutual health organizations.

Key-words: Health assurance - sustainability - interventionist approach - Musanze District - Rwanda

* Correspondence to: Josaphat KANYESHULI
josaphakan@yahoo.fr
Tél : 078 830 65 45

INTRODUCTION

Au Rwanda, depuis la réintroduction du paiement direct en 1996, les données de routine du système d'information sanitaire (SIS) ont montré que les ménages font face aux difficultés des coûts des soins de santé. En effet, les taux d'utilisation des services de santé modernes étaient en moyenne de 0.28 nouveaux cas par habitant par an avant la réintroduction de la Mutuelle de Santé contre les normes de l'OMS de 0.6 en PVD (1). Une des deux principales causes de non utilisation évoquées été le coût des soins élevés (2). Les mutuelles de santé sont une des options qui permettent à la population non seulement de se faire soigner à temps et en cas de besoin, mais aussi c'est une stratégie de lutte contre la pauvreté (1). Une mutuelle de santé (MS) est une association à but non lucratif, basée sur les principes mutualistes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Elle a pour objectif principal de mener, au moyen des cotisations de ses membres et par une démocratie participative, des actions de prévoyance dans le domaine des risques maladie (4- 6). La MS est viable lorsqu'elle est conçue et organisée à la satisfaction de ses clients et partenaires, elle dispose des gardes fous qui la protègent contre les grands risques (sélection adverse, risque de la fraude et abus, risque d'escalade des coûts) et elle est capable de s'autofinancer (7, 8). Différentes initiatives de Mutuelle de santé furent expérimentées ici et là au Rwanda, mais leur viabilité financière était éphémère et la majorité s'est retrouvée en faillite suivie de dissolution. Leur existence et leurs raisons d'échec devraient servir de leçons à celles qui ont vu le jour par la suite (9). A travers le pays, il existe bien quelques MS qui font face au problème de financement. Si les mesures ne sont pas prises à temps, leur survie peut être compromise à la longue. L'engagement politique prouvé de mettre en place un système de MS à base communautaire constitue un enjeu de taille dans ce pays où le revenu annuel moyen est de 260 \$ par personne et où l'espérance de vie est de 49 ans (10-12). Dans le cadre de généraliser l'assurance maladie obligatoire, les autorités administratives à tous les niveaux ont reçu des directives de leur ministère de tutelle de procéder à la mise en place des MS dans leurs zones respectives dans un délai aussi court que possible. La création de celles-ci a été un des points de leur évaluation. Pour y arriver, les autorités locales font recours à l'approche directive qui consiste à user des mesures de coercition et moins celle de conviction. Malheureusement, cette approche ne permet pas à la population d'avoir le temps de connaître l'intérêt d'adhérer pour s'engager, s'impliquer et s'approprier de la MS.

Le District de Musanze, cible de cette étude, est un des trente districts administratifs du Rwanda. Il compte une population de 318 486 habitants, une densité de 600 hab/km² avec l'indice synthétique de fécondité de 8 enfants par femme (3). Sur le plan sanitaire, il dispose de 11 Centres de Santé et d'un grand hôpital (Hôpital de Ruhengeri) (3).

Les cinq premières causes de morbidité sont: les infections aiguës des voies respiratoires supérieures, les parasitoses intestinales, les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, le paludisme et les affections cutanées. Les causes de mortalité les plus importantes sont les infections des voies respiratoires inférieures, le paludisme grave, la diarrhée non sanglante, le sida, les traumatismes physiques, la malnutrition protéino-énergétique et le décès des mères pendant l'accouchement. Cette étude vise à décrire la structure de la MS de District de Musanze et à identifier les facteurs pouvant gêner sa viabilité enfin de proposer des pistes des solutions.

METODOLOGIE

Pour évaluer la viabilité de la MS de Musanze (2006-2008), les variables indépendantes ci-après ont été prises en considération : la conception de la MS, attitudes et comportement des ménages, les coûts de la prime et du ticket modérateur, la gestion de la MS, la capacité de la MS à s'autofinancer et la qualité des soins offerts aux mutualistes. Trois techniques ont été utilisées, à savoir, la recherche documentaire, la recherche qualitative auprès des gestionnaires des SMS et auprès des prestataires des soins, tandis que la recherche quantitative a été menée auprès des mutualistes (responsables des ménages). Pour avoir les sujets d'étude plus au moins homogènes, on a subdivisé le district en trois strates, à savoir : la région basse, la région centrale et la région haute. Chaque strate est constituée à son tour par des grappes (Sections de la Mutuelle de Santé). On a choisi aléatoirement pour chaque strate (région), une grappe notamment : la SMS de Murandi pour la région basse, la SMS de Muhoza pour la région centrale et la SMS de Bisate pour la région haute. Pour l'enquête auprès des chefs de ménages, la taille de l'échantillon a été calculée sur base de 61834 chefs de ménages, (p : prévalence attendue = 66%, $q=1-p= 44\%$, d : degré de précision= 95%, la marge d'erreur =0.05, biais de grappe = 2). Grâce au logiciel Epi Info 6, la taille exigée, a été évaluée à 589 sujets, effectif qui a été porté à 601 chefs de ménages. Le test de Chi² a été utilisé pour comparer les proportions observées, le seuil de signification étant fixé à $P < 0.05$.

RESULTATS

Description de la MS de Musanze

Les mutualistes sont en majorité des familles à faible revenu du secteur informel et agro-pastoral. Pour permettre à tous les rwandais d'accéder aux soins de santé, le Gouvernement a mis sur pied une loi obligeant tout rwandais d'adhérer au moins à une assurance maladie. L'adhésion à la MS est familiale et la prime de 1000frw équivalant à 1.8\$, couvre une assurance des soins d'une année par individu. Le ticket modérateur est de 200frw au CS et de 10% à l'Hôpital. Ce montant couvre les consultations, médicaments et analyse de laboratoire par épisode. La famille comme unité

Etude de la Viabilité des Mutuelles de Santé

minimum d'adhésion et l'approche dirigiste protègent la MS contre la sélection adverse. Le ticket modérateur, la franchise et la référence obligatoire protègent la MS contre le risque moral. La standardisation des schémas de traitement, l'obligation des prestataires de prescrire les médicaments essentiels et génériques, le plafond dans la couverture des soins, la franchise et le respect des schémas de vaccination protègent les MS contre le risque d'escalade des coûts. Les indigents de district de Musanze sont chaque année identifiés et recensés au niveau des villages par la population et sur base des critères de degrés de pauvreté tels que définis dans l'approche "ubudehe". Les entités administratives locales aidées par des ONG paient la prime pour les indigents identifiés. Les soins

suivants sont assurés à part : la chirurgie esthétique si elle n'est pas réparatrice, la chirurgie de changement de sexe, les maladies professionnelles et accidents de travail.

Déterminants de viabilité de la mutuelle de santé liés à la conception

Pour savoir que la mutualisation des risques maladies répond au besoin réel et ressenti par la population, la fréquence de recours aux soins des mutualistes a été comparé à celle de non adhérents.

Tableau 1: Utilisation des CS (2008) selon le statut d'adhésion [n (%)]

Section de la MS	Population cible	Bénéficiaires de la MS	Fréquentation des services de soins des bénéficiaires	Non bénéficiaires de la MS	Fréquentation des services de soins des non bénéficiaires
Murandi	24561	18185(74) *	15696(86.3) •	6375(26) *	25(0.4) □
Muhoza	75186	48278(64.2) *	51567 (107) •	26908(35.8) *	12604(46.8) □
Bisate	19490	12538(64.3) *	12138(96.8) •	7352(37.7) *	854(11.6) □
Total	119237	79001(66.3) *	79401(100.5) •	40236(33.7) *	13483(33.5) □

Source : Rapport des Centres de santé de enquêtes

*Par rapport à la population cible, • Par rapport aux bénéficiaires, □ Par rapport aux non bénéficiaires
Le tableau 1 fait ressortir que les mutualistes se font soigner plus que les non mutualistes. Ration adhérents- non adhérents est 3.

Tableau 2 : Appréciation du coût de la prime et du ticket modérateur selon le degré de la pauvreté [n (%)]

Degré de pauvreté	Appréciation du coût de la prime			Appréciation du ticket modérateur		
	Non abordable	Difficilement abordable	Abordable	Non Abordable	Difficilement abordable	abordable
Indigents (N=82)	40(48.8)	34(41.5)	8(9.7)	3(3.7)	21(25.6)	58 (70.7)
Pauvres (N= 363)	33(9)	265(73)	65(18)	13(3.6)	89(24.5)	261(71.9)
Moins pauvres (N=128)	7(5.5)	63(49.2)	58(45.3)	6(4.6)	24(18.6)	98(76)
Riches (N=27)	4(14.8)	12(44.4)	11(40.7)	1 (4.5)	3(11.1)	23(85.2)
Total (601)	84(13.9)	374(62.2)	142(23.6)	23(3.8)	137(22.8)	440

P=0.01

P=0.01

Selon le tableau 2, l'appréciation du cout de la prime et celle du ticket modérateur montre en grossomodo qu'il ya une différence significatif en fonction des classes socio-économique tel que définie par l'approche "ubudehe "

Etude de la Viabilité des Mutuelles de Santé

Tableau 3 : Répartition des mutualistes selon le motif d'adhésion et l'attitude actuelle [n (%)]

Motif de 1 ^{ère} adhésion	Attitude à l'adhésion pour l'année 2009			Total
	Planifie la ré adhesion	Ne planifie pas la ré adhésion	Ne sais pas encore	
Conviction personnelle	209(89.7)	24(10.3)	0	233 (46.9)
Crainte des autorités locales	214(89.2)	26(10.8)	0	240(48.3)
Imitation des autres	6(100)	0	0	6(1.2)
Autre motif (tiers payant)	0	0	18(3.6)	18(3.6)
Total	449(90.4)	30(6)	18(3.6)	497

P=0.03

Il ressort du tableau 3 que les adhérents par coercition sont plus nombreux que ceux ayant adhéré par conviction respectivement 48.3% contre 46.9%. Toutefois l'expérience relative à l'offre de la MS a convaincu 89.2% des adhérents par l'approche directive. Ils sont ainsi près à readhérer volontiers pour la suite. La MS n'investie rien dans la prévention alors que les plaintes qu'accusent les mutualistes sont le plus souvent liées, au non respect du calendrier vaccinal, l'inaccessibilité à l'eau potable, le manque de l'hygiène tant corporelle, ménagère alimentaire et environnementale. La plaidoirie, la sensibilisation, l'implication et le contrôle communautaire pouvait aider à réduire sensiblement la fréquence des soins et des coûts y afférant.

Le pooling risque exigé aux SMS a été croissant pendant les 3 années de l'étude. En 2006, on n'exigeait rien, en 2007 on a exigé 10% des recettes et en 2008, 20% ; ce qui représente une moyenne annuelle de 10% pour la période considérée. Selon les normes de la gestion des MS, les charges en prestations ne devraient pas dépasser 70% des recettes, celles d'exploitation 10% des recettes et le pooling risque 20%. Le tableau 4 fait ressortir que la SMS de Bisate n'a pas été capable de payer le pooling risque moyen de 10%. Pour les charges en prestation, la SMS de Muhoza a dépassé les normes en payant 77.1% au lieu de 70%. Pour les charges d'exploitation seule la SMS de Muhoza est dans les normes alors que Murandi

Tableau4 : Comptes des résultats et principaux indicateurs (2006 -2008) en [n (%)]

Comptes des résultats (2006-2008)	Murandi	Muhoza	Bisate	Total
Cotisations nettes acquises	43240689	100452887	33661242	177354818
Contribution au fond de garanties (Pooling risque)	6776290 (15.7)	12022900 (12)	921400 (2.7)	19720590 (11.1)
Charges en prestations (Ratio de sinistralité)	30316385 (70.1)	77449997 (77.1)	19869668 (59)	127636050 (72)
Charges d'exploitation (Ratio des frais de gestion)	9662240 (22.3)	9216930 (9.2)	10683468 (31.7)	29562638 (16.7)
Total charges (Ratio combiné)	46754915 (108.1)	98689827 (98.2)	31474536 (93.5)	176919278 (99.7)
Solde (Ratio résultat d'exploitation)	-3514226 (-8.1)	1763060 (1.8)	2186706 (6.5)	435540 (0.2)

Déterminants de viabilité de la MS relatifs à sa gestion
Les agents des Sections de la Mutuelle de Santé (SMS) sont gérés comme les autres agents locaux de même statut. Les spécialistes en assurances sont rares et chers sur le marché du travail. Malheureusement les séminaires de formation continue des agents locaux qui pouvait améliorer la qualité des services sont rares (3/7 activités principales des agents permanents). Rien n'a été envisagé pour les bénévoles, ainsi leurs séances de sensibilisation se consacrent plus à l'approche directive et moins aux avantages de l'offre de la MS.

a dépensé plus que le double et Bisate, plus que le triple des normes.

Etude de la Viabilité des Mutuelles de Santé

Déterminants de la viabilité relatifs à la situation socio-économique

Tableau 5: Connaissance des avantages de MS et statuts d'adhésion [n (%)]

Avantages de l'adhésion à la MS	Statut d'adhésion ou de non adhésion		Total
	Adhérents (N= 497)	Non adhérents (N=104)	Chefs de ménages(N=
l'adhésion à la MS améliore l'accessibilité financière aux soins de santé ;	467 (93.9)	47 (45.2)	514 (85.5)
l'adhésion à la MS protège les ménages contre le risque financier associé à la maladie ;	385 (77.4)	59 (56.7)	444 (73.9)
l'adhésion à la MS renforce l'inclusion sociale dans la santé	395 (79.5)	17 (16.3)	412 (68.5)
l'adhésion à la MS contribue à la qualité de santé communautaire.	458 (92.1)	17(16.3)	475 (79)
Moyenne	426 (85.7)	35(33.6)	461(76.7)

P=0.02

Ce tableau fait ressortir que l'ignorance des avantages de la MS contribue significativement à la non adhésion.

Tableau 6: Motifs de non recours aux FOSA selon l'adhésion ou non à la MS en 2008 [n (%)]

Motif de non recourt au FOSA	Statut d'adhésion ou non adhésion		
	Adhérents à la MS	Non adhérents à la MS	Total (601 enquêtés)
Inaccessibilité à la prime	0	61(79.2)	61 (56)
Inaccessibilité au ticket modérateur	12 (37.5)	0	12 (11)
Inaccessibilité géographique	11 (34.4)	6 (7.8)	17(15.6)
Recourt aux guérisseurs traditionnaires	9 (28.1)	10 (13)	19(17.4)
Total des malades 2008	32 (100)	77 (100)	109(100)

P=0.01

Il ressort de ce tableau que le non recours aux soins est associé au statut d'adhésion ou non avec $p=0.01$. Le motif de non recourt aux soins est lié surtout à l'inaccessibilité au ticket modérateur pour les adhérents (37.5%) et à l'inaccessibilité de la prime pour les non adhérents (56%). La distance FOSA-CS est un autre obstacle pour 34.4% des adhérents n'ayant pas recouru aux services de santé. La culture est aussi une barrière pour 28.1% des adhérents contre 13% des non adhérents qui choisissent se faire soigner chez les guérisseurs traditionnels.

Environnement des prestataires des soins

Les résultats de l'étude ont montré l'association entre

l'inaccessibilité géographique et l'adhésion à la MS. 71.8 % des enquêtes apprécient positivement la qualité des services des soins alors que 28.2% autres sujets d'étude apprécient négativement la qualité des services des CS. 50.4% des enquêtés ont recommandé l'augmentation d'agents des santés pour réduire le temps d'attente, 21.5% ont recommandé de prescrire aux mutualistes les mêmes médicaments que les autres patients présentant les mêmes plaintes. L'usage inconditionnel des génériques frustre les mutualistes. 11.1% ont recommandé l'amélioration de l'accueil des malades et 8.5% ont dit que s'il faut un transfert, il faut le faire en temps.

DISCUSSION

Points forts et points faibles de la Mutuelle de santé de Musanze

Considérant les paramètres de la conception les points forts de la MS sont : la volonté politique, l'existence de la loi de MS, l'existence d'une structure pré fédérative, le paquet de bénéfices répond aux besoins des adhérents en services de santé, la prime et le ticket modérateur sont abordables, les techniques de gestion des risques qui sont en général efficaces, le changement progressif d'attitude des mutualistes ayant adhérents par l'approche dirigiste.

Les points faibles de la MS sont : La circoncision est comptée parmi les soins d'esthétique, son rôle préventif devrait le classer dans la liste des soins aux mutualistes, une proportion importante des enquêtés adhèrent grâce à l'approche directive, la non implication de la MS dans la prévention.

Considérant les paramètres de la gestion, les points forts de MS sont : l'existence des organes de prise de décision et ceux d'exécution, des facteurs de motivation aux agents tant permanents que bénévoles. La collecte des cotisations est bien assurée et le nombre d'adhérents à la MS est toujours croissant.

Les points faibles de la MS sont : les formations continues relatives à la gestion de la MS sont insuffisantes, le marketing, techniques de sensibilisation à l'adhésion sont lacunaires. La hausse des coûts des soins et le non respect des normes dans la gestion des SMS est un handicap à la bonne gestion.

Considérant les paramètres liés au comportement des ménages, les points forts de MS sont : la connaissance des avantages de la MS élevée, le coût de la prime et de ticket modérateur dans l'ensemble abordable

Les points faibles sont : La participation et l'appropriation de la MS ne sont pas encore effectives, le mécanisme de paiement progressif n'est pas encore bien structuré alors qu'il paraît plus approprié, le pouvoir d'achat de la population est encore faible, il existe une tendance à la surconsommation et une proportion importante d'indigence.

Considérant les paramètres relatifs à la qualité des soins, les points forts sont : La distance qui sépare les ménages de CS est aussi obstacle aux soins. La qualité des soins est pour 71,8% des enquêtés bonne et les SMS contribuent sensiblement au financement des CS partenaires (35.5%) des recettes, ils sont considérés dans l'ensemble comme des partenaires importants.

Les points faibles sont : Une proportion importante des enquêtés (28.2%) ne sont pas satisfaits de la qualité des soins, le temps que les malades et parturientes passent au CS est très long en moyenne 4h, la prescription inconditionnelle des médicaments génériques frustre les mutualistes.

CONCLUSION

Pour répondre à la question de savoir si la MS de Musanze est viable et atteindre les objectifs de l'étude, on a analysé la conception de la MS pour voir si elle est adaptée, si elle est bien gérée, si l'environnement socio-économique est adapté et si l'environnement des soins est attrayant. Les résultats de l'étude ont montré que la viabilité de la MS de Musanze est prometteuse et le pas franchi est déterminant. Toutefois, quelques indicateurs accusent encore des lacunes et montrent que la performance de la viabilité n'est pas encore effective. On recommande ainsi au Ministère de la santé d'impliquer d'avantage les mutualistes dans les organes de prise de décision de la MS, de renforcer le marketing et les techniques de sensibilisation adaptées pour réduire progressivement l'adhésion par approche dirigiste, d'alléger le fardeau des charges des sections de MS par la réduction de pooling risque et de réduire la fréquence des maladies évitables et le coût des soins correspondant par la mise en place de la politique de la promotion de la prévention.

REFERENCES

1. Gilson, L et Mills A (1995). Health sector reform in sub-Saharan Africa: Lesson of the last 10 years. Health sector reform in developing countries, Making Health development.
2. MINISANTE (2007), Politique de développement de mutuelles de santé au Rwanda, MINISANTE, Kigali.
3. District de Musanze (2006), Plan de Développement de District de Musanze (2007-2010).
4. Loi N° 62/2007, du 30/12/2007, portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, Journal officiel de la République du Rwanda, Kigali.
5. Ouatra O, mutualité malienne, expérience en matière d'appui aux mutuelles de santé, www.mutualitemalienne.org.ml
6. Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) (2001), guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé.
7. Dror D M et Jacquier C (1999) "Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus." Revue Internationale de Sécurité Sociale 52(1/99): 87 -119.
8. Butera J D (2009), Effet de fonds national de garanties des mutuelles de santé sur l'utilisation des services de santé dans les hôpitaux de districts et de référence nationale, Ecole de santé publique, UNR, 2009.
9. Bennett S M (2004), The Role of CBHI within the Broader Health Financing System: A Framework for Analysis, Health Policy and Planning.
10. Musango L (2005), Organisation et mise en place des mutuelles de santé, défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda, ULB, ESP.
11. Evrard D (2000), La mutualité dans une perspective historique, l'évolution des caisses de secours mutuel vers l'assurance maladie généralisée en Belgique. Une telle évolution est-elle envisageable ? Atelier national sur la promotion des mutuelles de santé, juin 1999, Ouagadougou, Burkina Faso.
12. Ministère de Finance et Planification (2005) Services national de recensement, synthèse des analyses des données du recensement 2002 du Rwanda, Kigali, Février 2005.