



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

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

MON PANIER
[\(/FR/COMMANDE/PANIER.PHTML\)](#)
 (0)
 rechercher

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

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

[Accueil \(/\)](#) > [Revues \(/fr/revues/index.phtml\)](#) > Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé - Le système de prépaiement au Rwanda (II) : adhésion et utilisation des services par les bénéficiaires

Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé

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

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

Le système de prépaiement au Rwanda (II) : adhésion et utilisation des services par les bénéficiaires

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

[Imprimer](#)

[Ajouter à mes favoris](#)

[\(/fr/revues/san/e-docs/00/04/04/E8/biblio_enreg.phtml\)](#)

[Citer cet article](#)

[\(/fr/revues/san/e-docs/le_systeme_de_prepaiement_au_rwanda_ii_adhesion_et_utilisation_des_services_par_les_beneficiaires.phtml\)](#)

[tab=citer\)](#)

[Envoyer un lien vers article](#)

[\(/fr/revues/san/e-docs/le_systeme_de_prepaiement_au_rwanda_ii_adhesion_et_utilisation_des_services_par_les_beneficiaires.phtml\)](#)

[tab=envoi\)](#)

MON COMPTE

Vous bénéficiez des abonnements de Université de Liège

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

ABONNEMENTS

[Le système de prépaiement au rwanda ii adhesion et utilisatio](#)

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

[\(/fr/revues/ipe/revue.phtml\)](#)

[\(/fr/revues/ipe/revue.phtml\)](#)

Fin d'abonnement :

[Renouveler l'abonnement](#)

[\(/fr/mon_compte/index.phtml\)](#)

[Résumé \(/fr/revues/san/e-docs/le_systeme_de_prepaiement_au_rwanda_ii_adhesion_et_utilisation_des_services_par_les_beneficiaires.phtml\)](#)

[Texte intégral \(/fr/revues/san/e-docs/le_systeme_de_prepaiement_au_rwanda_ii_adhesion_et_utilisation_des_services_par_les_beneficiaires.phtml\)](#)

Auteur(s) : Laurent Musango^{1,2}, Patrick Martiny³, Denis Porignon⁴, Bruno Dujardin³

¹ Ministère de la Santé, Kigali, BP 274 Butare, Rwanda

< musangol@yahoo.fr (mailto:musangol@yahoo.fr) >

² École de santé publique, Université nationale du Rwanda, Butare, Rwanda

³ Département des systèmes et politiques de santé, École de santé publique, Université libre de Bruxelles, Belgique

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

Au Rwanda, le génocide d'avril 1994 a conduit à la destruction du pays et en particulier du système de santé ainsi que le montrent les indicateurs du [tableau 1](#).

Tableau 1. Indicateurs socio-sanitaires, démographiques et économiques du Rwanda en 1990 (avant la guerre) et 2000 (nouvelle période de stabilité) [1].

Table 1. Socio-sanitary, demographic and economic indicators in Rwanda in 1990 (before war) and 2000 (new stability period) [1].

Indicateurs	1990	2000
PIB par habitant par an en dollars US	255	190
Population en dessous du seuil de pauvreté (en %)	47,5	64,1
Espérance de vie à la naissance	53	49
Habitants par médecin	35 090	55 705
Dépenses publiques de santé en million de dollars US	12,0	9,5
Dépenses de santé par rapport au budget national en %	2,3	3,1
Dépenses publiques de santé par personne par an en dollars US	1,8	1,2
Taux d'utilisation de la consultation curative	0,34 (en 1997)	0,28
Naissances assistées par le personnel de santé (en %)	26,0	7,1
Séro-prévalence VIH/sida en milieu rural (en %)	1,3	11,6

La diminution de l'utilisation des services de santé est d'autant plus inquiétante que la croissance démographique reste importante et que les problèmes de santé se multiplient avec le développement de la pandémie du VIH/sida et de la pauvreté. Afin de préserver l'accessibilité financière de la population aux services de santé dans un contexte où les usagers contribuent au recouvrement des coûts et afin de promouvoir la qualité des services sur la base d'une approche contractuelle, le ministère de la Santé a décidé de mettre en place un système de prépaiement (SPP). Avant d'étendre la stratégie à l'échelle nationale, une expérience pilote a été menée depuis 1999 dans trois districts du pays avec l'assistance du Projet PHR (*Partnerships for Health Reform*) financé par l'*US Agency for International Development* (USAID). Il s'agit des districts de Byumba, Kabgayi et Kabutare. Le montant des cotisations a été fixé à 7,9 dollars US par an pour une famille de 7 personnes, 1,5 dollar US par membre additionnel et 5,7 dollars US pour un célibataire. La politique de tarification est restée la même chez les non-membres (paiement par acte)¹, alors que les membres du SPP payent un ticket modérateur de 0,3 dollar US pour toute intervention. La procédure et les leçons de l'initiative ont été décrites dans l'article précédent. Le présent travail traite plus spécifiquement de l'adhésion de la population au SPP, de l'utilisation des services de santé en fonction du statut socio-économique et démographique et des dépenses de santé des bénéficiaires.

¹ Paiement par acte : c'est le paiement des coûts réels de chaque prestation individuelle. Les recettes sont liées entièrement aux activités que la structure de santé offre aux bénéficiaires.

MÉTHODE

Mesurer l'impact du SPP revient à cerner les effets de ce système en comparant les situations « avant et après » son intervention, et/ou « avec et sans » celle-ci. Dans la présente étude, nous avons mesuré l'impact du SPP sur l'accès des bénéficiaires et du public cible aux soins de santé, les conditions socio-économiques des adhérents et non-adhérents et l'impact sur les dépenses de santé des bénéficiaires.

• Pour mesurer l'impact du SPP sur l'accès des bénéficiaires et du public cible aux soins de santé, nous avons considéré les trois districts pilotes où nous avons enregistré en parallèle, les adhésions au SPP (l'adhésion doit être renouvelée chaque année) et l'utilisation des services de consultation curative et de maternités. La consultation curative a été retenue comme indicateur du premier contact entre la population et le centre de santé. Pour les accouchements assistés, il ne peut y avoir de surconsommation des services dans ce cas, car une femme ne peut aller accoucher que quand elle est enceinte, contrairement à une consultation curative où quelqu'un peut consulter « par plaisir » pour consommer les frais de sa cotisation. Nous avons examiné les registres d'inscription au SPP et de paiement des cotisations ainsi que les rapports mensuels des centres de santé qui sont les supports de routine du système d'information sanitaire (SIS). Les données ont

[\(/fr/revues/ipe/revue.phtml\)](#)

[\(/fr/revues/ipe/revue.phtml\)](#)

Fin d'abonnement :

[Renouveler l'abonnement](#)

[\(/fr/mon_compte/index.phtml\)](#)

[\(/fr/revues/bdc/revue.phtml\)](#)

[Bulletin du Cancer](#)

[\(/fr/revues/bdc/revue.phtml\)](#)

Fin d'abonnement :

[Renouveler l'abonnement](#)

[\(/fr/mon_compte/index.phtml\)](#)

PETITES ANNONCES

[\(/FR/PETITES_ANNONCES/INDEX.PH](#)

[\(/pub/riah/revue_vegf?\)](#)
[url=/fr/VEGF/index.mhtml\)](#)

[\(/pub/riah/fr/alr?\)](#)
[url=http://www.i-alr.com/\)](#)

été recueillies de façon exhaustive, chaque année de juillet à juin de l'année suivante. Elles ont été résumées par le calcul de proportions, de moyennes arithmétiques, de ratios. Nous avons comparé l'utilisation des services l'année précédant la mise en place du SPP (1999) et pendant les trois premières années de fonctionnement (2000 à 2002). Pour déterminer l'influence de l'adhésion du SPP sur l'utilisation des services, nous avons calculé les taux d'utilisation des services selon le critère d'adhésion ou non.

• Pour déterminer le statut socio-économique des adhérents et non-adhérents, nous avons pris un échantillon de 1 042 ménages, dont 521 membres du SPP et 521 non-membres. Les 521 membres ont été choisis au hasard sur la liste des membres disponibles et à chaque membre on a associé son voisin le plus proche non-membre du SPP. Nous avons comparé dans les deux catégories (adhérents et non-adhérents), l'âge du chef de ménage, le sexe, le statut familial, le statut professionnel, la taille du ménage et les revenus moyens des ménages. La taille du ménage a été catégorisée en deux groupes, le premier constitué par les ménages ayant une taille inférieure ou égale à la taille moyenne du ménage rwandais et le second groupe constitué de ménages de taille supérieure à cette moyenne [2]. Nous avons aussi catégorisé les revenus en trois groupes : ceux qui n'ont pas de revenus formels², ceux qui ont un revenu inférieur à celui de la moyenne du pays par ménage et enfin ceux qui ont un revenu supérieur ou égal à cette moyenne [1]. Pour obtenir les revenus des ménages dans cette population constituée principalement d'agriculteurs et/ou éleveurs, tout en sachant que leur capital constitue souvent la seule source de revenu, nous nous sommes fondés sur la possession de terres cultivables, de bananeraies, de forêts, de bois de chauffage, et d'élevage (vaches, chèvres, moutons, porcs, poules et lapins). Nous avons valorisé ces ressources en termes monétaires en nous référant aux prix moyens du ministère du Commerce et de l'Industrie. Pour ceux qui avaient d'autres revenus, tel le salaire, ce montant a été aussi considéré. Nous avons fait l'analyse univariée, en comparant les membres du SPP aux non-membres. Le test de χ^2 de Pearson a été appliqué pour étudier l'association des variables en catégories.

• Pour mesurer les dépenses de santé des bénéficiaires, nous avons comparé les moyennes des dépenses de santé des membres et des non-membres de ce même échantillon durant les six premiers mois de l'année 2003. Nous avons aussi comparé les dépenses des deux groupes par rapport au montant annuel de cotisation dans un SPP (7,9 dollars US). Les dépenses considérées sont celles liées seulement aux services de santé. Le transport, le logement et les jours d'absentéisme ne sont pas considérés dans cette comparaison.

² C'est-à-dire les personnes qui n'ont pas de salaires, bétails, forêt, espace cultivable, bananeraies et petit commerce. Sachant que ces biens et activités constituent les sources de revenu dans cette catégorie de population étudiée, ceux qui n'avaient aucune ressource se sont déclarés « sans revenu ». Sachant qu'ils vivent, même misérablement, nous les avons désignés par les termes « ménages sans revenus formels ».

RÉSULTATS

ADHÉSION AUX SYSTÈMES DE PRÉPAIEMENT

À Byumba et particulièrement à Kabgayi, on constate une augmentation progressive du recrutement par les SPP. En revanche, à Kabutare, l'adhésion reste relativement faible (tableau 2).

Tableau 2. Niveau d'adhésion au système de prépaiement dans les trois districts pilotes.

District	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	99-00	00-01	01-02	02-03
Byumba	48 840/460 755	43 185/474 117	60 772/487 866	100 737/502 014	10,6	9,1	12,5	20,1
Kabgayi	21 900/365 000	32 619/375 585	43 998/386 477	63 190/397 685	6,0	8,7	11,4	15,9
Kabutare	17 568/288 000	14 991/296 352	16 509/304 946	25 722/313 789	6,1	5,1	5,4	8,2
Total	88 308/1 113 755	90 795/1 146 054	121 279/1 179 289	189 646/1 213 488	7,9	7,9	10,3	15,6

(*) Le taux d'accroissement de la population est estimé à 2,9 % par an.

IMPACT DU SPP SUR L'ACCÈS DES BÉNÉFICIAIRES ET DU PUBLIC CIBLE AUX SOINS DE SANTÉ

Utilisation de la consultation curative

Globalement, l'utilisation s'améliore dans les trois districts pilotes : à Byumba (0,21 à 0,48), à Kabgayi (0,31 à 0,70), et à Kabutare (0,50 à 0,61) (tableau 3).

Tableau 3. Taux d'utilisation de la consultation curative et couverture des accouchements avant (1999) et après l'introduction du SPP (2000-2002) dans les districts pilotes.

Table 3. Utilization rate of the curative outpatient department and coverage of deliveries before (1999) and after the launching of the prepayment scheme (2000-2002) in the pilot districts.

Districts pilotes		Taux d'utilisation de la consultation curative				Accouchements assistés (% de couverture)			
		1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Byumba	Total	0,21	0,26	0,32	0,48	9,2	17,6	17,0	18,2
	Adhérents	-	1,16	1,47	1,19	-	31,9	41,1	44,3
	Non-adhérents	-	0,15	0,20	0,30	-	15,9	14,6	11,7
	Ratio	-	7,7	7,4	4,0	-	2,0	2,8	3,7
Kabgayi	Total	0,31	0,35	0,37	0,70	14,8	24,1	27,4	32,3
	Adhérents	-	1,52	1,41	1,89	-	29,1	49,6	53,0
	Non-adhérents	-	0,27	0,27	0,37	-	23,8	25,3	27,7
	Ratio	-	5,6	5,2	5,1	-	1,2	2,0	1,9
Kabutare	Total	0,50	0,38	0,38	0,61	8,5	10,0	8,6	25,1
	Adhérents	-	1,56	1,66	3,20	-	14,1	15,6	47,9
	Non-adhérents	-	0,30	0,31	0,38	-	9,7	8,2	22,9
	Ratio	-	5,2	5,4	8,4	-	1,5	1,9	2,1

Le district de Byumba et celui de Kabgayi manifestent une augmentation progressive de l'utilisation des services depuis la mise en place du SPP. Le district de Kabutare a connu deux ans de sous-utilisation avec une importante augmentation au cours de la troisième année. Les ratios utilisation par adhérents/utilisation par non-adhérents montrent de fortes différences de comportement : de l'ordre de 4,0 à 8,4.

Accouchements assistés

Globalement, l'utilisation des maternités augmente aussi dans les trois districts pilotes : à Byumba (de 9,2 à 18,2), à Kabgayi (de 14,8 à 32,3), et à Kabutare (de 8,5 à 25,1). Il faut souligner que le taux d'utilisation des maternités a été relativement stable durant les deux premières années de mise en place du SPP dans le district de Kabutare. L'augmentation concerne surtout les adhérents, mais aussi, contrairement à l'utilisation de la consultation curative, les non-adhérents, et ce dans les districts de Kabgayi et Kabutare. Les ratios utilisation par adhérents/utilisation par non-adhérents montrent des différences de comportement beaucoup moins importantes que pour la consultation curative : il est de l'ordre de 1,2 à 3,7.

RECRUTEMENT DE MEMBRES ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES BÉNÉFICIAIRES

La répartition du sexe, de l'état civil et du statut professionnel ne diffèrent pas significativement entre adhérents et non-adhérents (tableau 4). Parmi les membres, les proportions de ménages avec plus de 5 membres et des personnes avec revenus élevés sont supérieures à celles observées chez les non-membres.

Tableau 4. Adhésion au système de prépaiement (SPP) et statut socio-économique des bénéficiaires.

Variables	Membres [n (%)]	Non-membres [n (%)]	p
Sexe du chef de ménage	521 (%)	521 (%)	NS
F	198 (38)	176 (34)	
M	323 (62)	345 (66)	

État civil	521 (%)	521 (%)	NS
Marié	336 (64)	334 (64)	
Célibataire	43 (8)	62 (12)	
Veuf(ve)	137 (26)	116 (22)	
Divorcé	5 (1)	9 (2)	
Statut professionnel	517 (%)	515 (%)	NS
Cultivateur/éleveur	480 (93)	488 (95)	
Autres (agents de l'État, élèves, étudiants, commerçants et privés)	37 (2)	27 (2)	
Taille du ménage	521 (%)	521 (%)	p = 0,01
≤ 5	367 (70)	408 (78)	
> 5	154 (30)	113 (22)	
Revenu du ménage en dollars US	521 (%)	521 (%)	p < 0,001
Sans revenu formel	117 (22)	173 (33)	
1-230	339 (65)	326 (63)	
> 230	65 (12)	22 (4)	

NS : non significatif.

IMPACT DU SPP SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES

Si on considère les dépenses de santé, les non-membres dépensent plus que les membres : 8,8 dollars US versus 6,8 dollars US (tableau 5).

Tableau 5. Comparaison des dépenses de santé (en dollars US) des membres et non-membres du système de prépaiement (SPP) sur une période de six mois (janvier-juin 2003).

Table 5. Health expenditures in the prepayment scheme membership group compared to those of other Health Centres users (January-June 2003).

	Dépenses des membres en dollars US, prime d'adhésion comprise (n = 475)	Dépenses des non-membres en dollars US (n = 439)
Moyenne	6,8	8,8
Minimum	4,6	0,3
Maximum	147	162
Somme totale	3 224	3 845
Dépenses par rapport au montant de cotisation au SPP	Nombre des ménages membres (%)	Nombre des ménages non-membres (%)
< 7,9	449 (94,5 %)	323 (73,6 %)
≥ 7,9	26 (5,5 %)	116 (26,4 %)

Après six mois, plus d'un quart des non-membres (26,4 %) avaient déjà effectué des dépenses de santé dont le montant dépassait la cotisation annuelle du SPP (7,9 dollars US).

DISCUSSION

En matière de financement des services de santé dans les pays en développement, une attention particulière a été accordée ces dernières années aux mutuelles, aux assurances et aux micro-assurances de santé. Sur le plan individuel, ces solutions institutionnelles sont susceptibles de conforter l'accès aux services de santé lors d'événements catastrophiques. Sur le plan de l'équité, elles peuvent contribuer à l'établissement d'un partage plus juste de la charge de la maladie. Du point de vue des services de santé, elles sont présentées comme une option pour accroître et stabiliser les financements et comme un outil pour une allocation plus efficiente des ressources déjà disponibles pour la santé, que ces ressources soient publiques ou privées [3]. Quand l'adhésion à ces systèmes de solidarité est élevée, le système fait que les populations à haut risque sont couvertes par les populations à moindre risque.

À partir du moment où l'adhésion est volontaire, il est possible que ceux qui vont le plus bénéficier du système (malades chroniques, personnes âgées, femmes enceintes, etc.) souscrivent dans une plus grande proportion que les autres. Cette sélection adverse peut mettre en péril l'équilibre financier du système d'assurance dont les primes sont généralement calculées en fonction de la probabilité statistique de survenue de la maladie dans la population générale. Afin d'éviter ce danger, l'introduction de la carte d'assurance santé en Thaïlande a comme préalable, l'adhésion d'au moins 35 % de la population cible et dans le système Obota, de 75 % [4]. Les simulations faites par le projet PRIMA (projet de recherche sur le partage des risques-maladie) en Guinée Conakry ont montré qu'un taux d'adhésion de 17 % serait le minimum pour pouvoir couvrir les activités de cette mutuelle sans déficit [5]. En effet, le phénomène de sélection adverse tend à disparaître lorsque la taille de la population assurée augmente. Au cours de l'expérience menée au Rwanda, le taux d'adhésion est resté faible (5,1 à 20,1 %) et il y a un risque de sélection adverse. Les résultats des trois districts pilotes montrent qu'il n'y a pas de différence en fonction de l'âge, du sexe, du statut professionnel et de l'état civil, mais que les grandes familles adhèrent davantage.

Criel [6] souligne que la sélection adverse ne constitue pas un grand problème dans le système d'assurance maladie, mais plutôt que le problème majeur est celui du financement pour adhérer aux systèmes d'assurance. La mise en place de ces systèmes ne constitue donc pas une solution pour les plus pauvres, si on ne cherche pas d'autres alternatives d'appui à cette catégorie de population. Certaines mutuelles identifient un certain nombre d'indigents selon leur propres critères et les prennent en charge.

La Mutuelle communautaire d'aide de santé (MUCAS) de Maliando en Guinée Conakry ayant un effectif de 276 ménages membres de la mutuelle a décidé d'assurer gratuitement la prise en charge des soins de santé de 6 ménages indigents [5].

Comme l'a dit Carin [7], le premier déterminant de l'adhésion au SPP vers l'assurance sociale maladie est le niveau général des revenus. Un revenu plus élevé implique, toutes choses restant égales par ailleurs, une plus grande capacité à verser des cotisations d'assurance maladie, mais il poursuit en disant qu'il faut des capacités administratives d'organisation, la solidarité, la capacité de la population à se faire entendre et enfin la volonté politique. Le SPP étant soutenu politiquement au Rwanda, il pourrait entraîner des progrès en matière d'assurance maladie, malgré un niveau de revenu faible de la population.

Le défi qui reste à relever est donc l'accessibilité des ménages à faible revenu aux SPP. Nos résultats montrent que la population adhérente est plus fortunée. Parmi les stratégies qui se développent au Rwanda, on peut citer celle de la commune de Maraba, dénommée « Ubudehe », dans le district sanitaire de Kabutare. Cette approche est une des valeurs traditionnelles qui a servi dans le passé pour mobiliser les gens dans un effort collectif et coopératif visant à améliorer leur situation sociale. Dans le passé, cela a donné lieu à des possibilités de partage d'expériences, ce qui a alors créé un important capital social et une cohésion sociale. Cette initiative a été reconnue par certains partenaires dans le pays, ce qui a abouti à la mobilisation des ressources. La stratégie « Ubudehe » repose sur l'assistance entre les membres d'une même communauté, qui s'entraident en cultivant ou en construisant les maisons pour les plus vulnérables. Ces derniers sont identifiés par la communauté qui dresse une carte catégorisant les ménages en fonction de leur niveau de pauvreté. Les donateurs assurent un appui aux ménages les plus pauvres selon un rythme rotatoire qui se base sur la carte sociale préalablement établie par la communauté.

Dans le cadre précis de la commune de Maraba, un village de 356 ménages a dressé sa carte sociale dans le programme de réduction de la pauvreté, et la GTZ (Coopération technique allemande) a accordé à chaque ménage l'équivalent de 32 dollars US, soit 7,9 dollars US pour l'adhésion au SPP et le reste pour l'achat de petit bétail (chèvre, mouton, poules, lapin, etc.) selon le choix de chaque ménage. Dans les termes de la convention entre la population et la GTZ, les bénéficiaires doivent renouveler leur adhésion au SPP au moins trois fois de suite grâce à la productivité de leur bétail. L'autre stratégie développée au Rwanda est celle du crédit bancaire que la « banque populaire »³ octroie à la population pour pouvoir mobiliser d'un seul coup le montant de cotisation. Les emprunteurs remboursent progressivement la banque populaire sur une période de 12 mois avant de contracter de nouveau un crédit pour la réadhésion. Cette approche est encouragée par certains bourgmestres ; ce sont eux qui assurent une caution morale à la population pauvre pour que cette dernière accède à ce crédit. Les résultats préliminaires du district de Gakoma qui a initié ce système de crédit bancaire montrent que l'adhésion au SPP est passée de 17,8 % à 62,6 % sur une période de 3 ans (2000-2003) et que 61,1 % des membres avaient sollicité un crédit bancaire pour adhérer. Les résultats plus détaillés seront publiés ultérieurement.

Nos résultats montrent que les non-membres dépensent plus par rapport aux membres, respectivement 8,8 dollars US et 6,8 dollars US. Si on considère les dépenses par rapport au montant annuel de la cotisation, on constate que 26,4 % des non-membres ont dépensé un montant supérieur à la prime annuelle de cotisation qui est demandée par le SPP. Si le système d'assurance a un impact positif sur la santé des bénéficiaires, il en résulte très probablement un bénéfice en matière d'activités économiques, un mauvais état de santé réduisant la présence au travail et la productivité. Les personnes pauvres et dépourvues de production sont très souvent dans de mauvaises conditions pour faire face aux dépenses de santé, ce qui constitue un facteur fréquent d'appauvrissement durable.

Nos résultats ont montré une forte différence de comportement entre adhérents et non-adhérents, les adhérents au SPP utilisant jusqu'à 8,4 fois plus le service de consultation curative que les non-membres, avec un taux d'utilisation allant jusqu'à 3,20. Cette plus grande utilisation par les adhérents est peut-être due à l'amélioration de l'accès financier. Elle peut aussi s'expliquer par la sélection adverse, mais être également liée au risque moral, les adhérents exigeant plus de services que ce qui est normalement requis. La perception d'un ticket modérateur a été introduite pour réduire ce risque. La diminution de l'utilisation chez les non-adhérents pourrait n'être qu'apparente et s'expliquer par la sélection adverse, les personnes utilisant peu les services de santé ayant eu tendance à ne pas adhérer. Une éventuelle amélioration de la qualité des services pourrait même avoir augmenté l'utilisation par les non-adhérents. La réduction d'utilisation par les non-adhérents peut toutefois être bien réelle et faire suite à une attitude rébarbative des prestataires vis-à-vis des non-adhérents ou par une perception de cherté injuste des soins.

Le taux d'utilisation de la consultation curative dans les formations sanitaires de premier recours a diminué d'année en année jusqu'en 1999 : 0,34 n/hab/an en 1997 ; 0,27 en 1998 ; 0,24 en 1999 [8]. Cela s'explique par le fait qu'entre les années 1995 et 1997, période d'urgence après le génocide de 1994, les ONG et Coopérations bilatérales ont appuyé considérablement les structures de santé : l'achat des médicaments, les primes du personnel, les soins gratuits aux indigents, etc., étaient assurés par ces bailleurs, les subsides du gouvernement étant peu élevés. Après le départ des ONG, le gouvernement a progressivement augmenté sa contribution financière, sans toutefois compenser la réduction de l'aide extérieure ; le recouvrement des coûts a aussi démarré. Ce changement de système de paiement et parallèlement de l'offre de services peut expliquer en partie la diminution de l'utilisation des services de consultation curative. Les résultats de notre étude montrent que si les districts de Byumba et de Kabgayi ont pu améliorer leur niveau de consultation en l'an 2000, parallèlement à l'introduction du SPP, la fréquentation du service a baissé à Kabutare les deux premières années de mise en place du SPP. Ce district avait bénéficié d'un appui technique et financier de MSF/Belgique jusqu'en 1999 et, depuis le départ de cette ONG, il a été confronté à de multiples problèmes. Il faut reconnaître que l'accès financier n'est qu'un des déterminants de l'utilisation des services : la qualité des soins (accueil, compétence du personnel et disponibilité des médicaments), la perception du besoin de recourir aux soins de santé modernes, la disponibilité d'alternatives et l'accessibilité géographique en sont d'autres.

En ce qui concerne les accouchements, il y a, comme pour la consultation curative, des différences de tendances entre les districts mais, globalement, l'utilisation des maternités a augmenté sensiblement parallèlement à la mise en place du SPP. L'augmentation concerne surtout les adhérents, mais aussi les non-adhérents, sans pour autant atteindre la norme nationale fixée à 50 % ; la qualité des services a peut-être été améliorée, indépendamment ou consécutivement à la mise en place du SPP. Les ratios utilisation par adhérents/utilisation par non-adhérents montrent des différences beaucoup moins importantes que pour la consultation curative ; cela s'explique par le fait que les femmes, qu'elles soient adhérentes ou non, préfèrent accoucher à domicile ou chez les accoucheuses traditionnelles. D'autres coûts que le paiement des services réduisent peut-être aussi l'accessibilité financière des maternités. Le projet PRIMA a également mis en évidence une augmentation moins forte du recours à la maternité chez les mutualistes par rapport à l'augmentation de leur utilisation de la consultation curative, soit 2,4 contre 4 [3].

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

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence dans les trois districts pilotes, un accroissement de l'utilisation des services simultanément à la mise en place du SPP. L'adhésion de la population au SPP est restée limitée. On a pu constater que les adhérents utilisent beaucoup plus les services que les non-adhérents. Les ménages ayant plus de 5 personnes à leur charge et ceux qui ont relativement plus de revenus adhèrent plus au SPP. Cette étude nous incite à formuler de nouvelles questions de recherche :

- l'augmentation de l'utilisation des services est-elle due à l'introduction du SPP et quels sont les mécanismes en jeu ?
 - l'utilisation de la consultation curative par les adhérents est-elle excessive par rapport à leurs besoins ?
- des interventions autres que la mise en place du SPP peuvent-elles expliquer l'amélioration observée de l'utilisation des services ?

Des études en profondeur, tant qualitatives que quantitatives, devraient être entreprises afin de répondre à ces questions et permettre ainsi d'évaluer l'effet réel de la mise en place du SPP dans les districts pilotes ■

RÉFÉRENCES

1. Ministry of Finance and Economic Planning. *Rwanda Development Indicators : Poverty Reduction*. Kigali (Rwanda) : Information Management Unit/United Nations Development Programme (IMU/JUNDP), 2001 ; 4 : 327 p.
2. Ministère de la Santé. *Enquête Démographique et de Santé (EDS)*. Kigali (Rwanda) : Minisanté, 2002 ; 344 p.
3. Meessen B, Criel B, Kegels G. Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne : pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés. *Rev Int Séc Soc* 2002 ; 55 : 91-116.
4. Galland B, Kaddar M, Debaig G. Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique subsaharienne. *L'enfant en Milieu Tropical* 1997 ; 228 : 9-21.
5. Criel B, Noumou Barry A, Roenne F. *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*. Anvers : Medicus Mundi Belgium, 2002 ; 255 p.
6. Criel B. *District-based Health Insurance in sub-Saharan : From Theory to Practice*. Anvers : Vrije Universiteit Brussel (VUB) ; Institut de médecine tropicale (IMT), 1998 ; 149 p.
7. Carrin G. L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent. *Rev Int Séc Soc* 2002 ; 55 : 73-89.
8. Ministère de la Santé (Rwanda). *Rapport annuel (including an executive summary)*. Kigali (Rwanda) : Minisanté, 2001 ; 77 p.

Adhésions/population (*)

Taux d'adhésion (%)

ESPACE PARTENAIRES [Publicité \(fr/pub/cite\)](#) • [Partenaires \(fr/pub/cite\)](#) • [Auteurs livres \(fr/departement_livres\)](#) • [Auteurs revues \(fr/auteurs_revues\)](#)

SERVICES

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

[annonces \(fr/petites_annonces/index.php\)](#)

[Infos légales \(fr/infos_legales\)](#) • [Aide/FAQ \(fr/faq\)](#) • [Qui sommes-nous ? \(fr/qui_sommes_nous\)](#) • [Contact \(fr/contact\)](#) • [Quelle est mon adresse IP ? \(whatsmyip.php\)](#)

Copyright © 2015 JOHN LIBBEY EUROTTEXT