

Rwanda

L'assurance-Maladie Communautaire et les Pauvres

Le Rwanda était en pleine reconstruction après le génocide de 1994 qui a causé près d'un million de décès. Progressivement, le tissu social se reconstituait avec l'aide de la communauté internationale. La reprise de l'économie était engagée : le produit intérieur brut (PIB) a augmenté de plus de 6 % par an entre 1995 et 2001, et de 4 à 6 % par an ces dernières années. Le Rwanda reste pourtant l'un des pays les plus pauvres du monde, avec un PIB par habitant inférieur à 300 dollars par an et 6 Rwandais sur 10 vivant en dessous du seuil de pauvreté. Dans les zones rurales où vit 90 % de la population, 66 % des habitants sont pauvres.

Poussée par la nécessité, la société rwandaise a depuis longtemps établi des systèmes de valeur fondés sur l'entraide et la solidarité communautaire. Dans les voisinages, les villages et les communautés plus importantes, des stratégies d'adaptation ont été imaginées en matière de santé comme dans d'autres domaines. Des associations *hamac* (un système d'assistance mutuelle) transportent les malades dans les établissements de soins. Des ressources sont collectées dans les voisinages et les cellules pour faire face aux urgences ; des tontines structurées sont organisées au niveau des cellules pour répondre aux besoins prioritaires, en particulier les soins médicaux. Le cadre de partenariat et de participation des populations locales inscrit dans les stratégies de développement de la santé n'a pas accordé beaucoup d'attention à ces traits culturels de la société rwandaise avant la guerre de 1994. Des initiatives d'assistance mutuelle sont apparues à l'échelon local, notamment en réponse à la réintroduction des frais à la charge de l'utilisateur dans les établissements de santé du secteur public et des missions. Les autorités sanitaires et les organisations non gouvernementales (ONG) sont parties de ces initiatives locales spontanées pour les intégrer dans une stratégie rigoureuse de mise en place d'une assurance-maladie communautaire (AMC).

Émergence des régimes d'assurance-maladie communautaire (AMC)

S'appuyant sur les expériences locales d'organismes de santé mutuels, le ministère de la Santé a lancé en 1998 des programmes pilotes dans les districts sanitaires de Byumba, Kabgayi, et Kabutare. Ces programmes pilotes ont joué un rôle clé dans la conception et l'organisation de régimes d'AMC dans tout le pays, ont permis de rassembler des informations pour évaluer les résultats de l'assurance-maladie communautaire par rapport aux objectifs du système de santé, et ont familiarisé les acteurs du secteur de la santé et les partenaires avec des stratégies favorisant leur développement.

Les régimes d'AMC au Rwanda sont des organismes d'assurance-maladie reposant sur un partenariat entre une communauté et des prestataires de soins de santé. Ces régimes élaborent leur règlement intérieur et leur structure organisationnelle (assemblées générales, conseil d'administration, comités de surveillance, bureaux exécutifs) afin de régir les relations contractuelles entre les adhérents et l'organisme mutuel. L'affiliation à un régime d'AMC est un acte volontaire, qui fait l'objet d'un contrat entre le régime et l'adhérent. Les régimes établissent également des relations contractuelles avec les prestataires de soins de santé pour l'achat des services de soins inclus dans la couverture de santé. Le règlement intérieur des régimes d'AMC et leurs contrats avec les prestataires de soins comportent des mesures destinées à minimiser les risques associés à l'assurance-maladie (antisélection, risques moraux, escalade des coûts et fraude).

La population cible de chaque régime d'AMC est constituée de tous les habitants de la zone desservie par son centre de santé partenaire. Dans l'ensemble des prestations couvertes, les événements à faible risque (soins en centre de santé) sont partagés entre la population de la zone desservie par le centre de santé partenaire. Dans chaque district sanitaire, les régimes d'AMC forment une fédération afin de mutualiser



leurs risques pour les événements à risque élevé (soins hospitaliers). La fédération de district assure également des fonctions d'intermédiation sociale et de représentation pour les régimes d'AMC individuels dans leurs interactions et leurs relations contractuelles avec les prestataires de soins de santé et les partenaires extérieurs. La fédération propose aussi des programmes individuels de formation, de conseil et d'appui et des services d'information.

Les adhérents payent des cotisations annuelles à la caisse du régime d'AMC. Ils peuvent souscrire une adhésion familiale coûtant 7,60 dollars par an pour une famille jusqu'à sept personnes. L'affiliation permet aux membres de la famille couverts de bénéficier d'un ensemble de prestations comprenant tous les services préventifs et curatifs, les soins prénatals, les soins d'accouchement et les analyses médicales, les médicaments figurant dans la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé, et le transport en ambulance à l'hôpital de district assuré par les centres de santé partenaires. La couverture comprend aussi certains soins hospitaliers à condition d'être envoyé à l'hôpital de district par un centre de santé. Les adhérents malades versent une contribution complémentaire de 0,30 dollar à chaque consultation dans le centre de santé. Les adhérents envoyés à l'hôpital ont accès directement aux soins hospitaliers couverts sans avoir à verser de contribution complémentaire. Les centres de santé servent de filtres pour décourager les patients d'aller se faire soigner à l'hôpital lorsque ce n'est pas utile.

Depuis 1998, un processus cumulatif d'apprentissage sur l'assurance-maladie complémentaire a été lancé au Rwanda, faisant intervenir les régimes d'AMC des districts pilotes et des régimes d'autres districts, dans le cadre duquel adhérents et promoteurs identifient et élaborent les outils juridiques nécessaires pour appuyer les organismes de santé mutuels, échangent leurs expériences, partagent des informations en matière de stratégies et d'outils, et apprennent grâce aux bonnes pratiques. Cet environnement d'apprentissage a permis de mettre au point des stratégies originales visant à consolider les régimes d'AMC dans les districts pilotes et à en créer de nouveaux dans d'autres régions du pays. Ces initiatives locales, tout en gardant le schéma technique de la phase pilote, ont exploité le mouvement de décentralisation en cours au Rwanda en intégrant des partenariats entre des structures administratives locales, des associations locales et des institutions de microfinancement (banques populaires) pour renforcer les systèmes locaux d'appui à l'AMC et augmenter le taux d'affiliation.

Impact des régimes d'AMC auprès des pauvres

Les régimes d'AMC se sont multipliés au Rwanda depuis 1998. Leur nombre est passé de un en 1998 à 60 en 2001,

conséquence directe de la phase pilote appuyée par le ministère de la Santé. Depuis 2001, une phase d'adaptation a été engagée, appliquant les enseignements et les recommandations de la phase pilote, qui s'est traduite par une hausse du nombre de régimes d'AMC et du taux d'affiliation dans chacun d'entre eux. En juillet 2003, 97 régimes d'AMC couvraient un demi-million de Rwandais. En 2004, 214 régimes d'AMC avaient été créés dans tout le pays à la suite des efforts de promotion conjugués des autorités centrales (ministère de la Santé et ministère des Affaires locales), des provinces, des districts, des personnels de santé locaux, des leaders d'opinion locaux et des ONG. Mi-2004, on estimait à 1,7 million le nombre de Rwandais couverts par les régimes d'AMC, soit environ 21 % de la population. Et le mouvement poursuit sa progression. En 2004, le niveau de couverture a augmenté notablement, pour passer à 27 % (Mutual Health Insurance Policy in Rwanda, 2004).

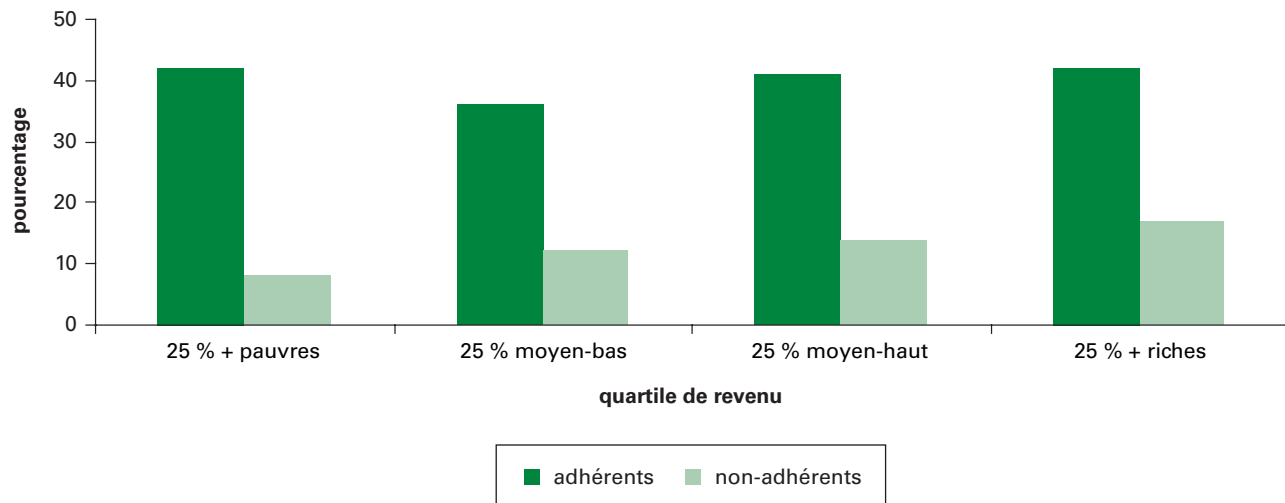
L'assurance-maladie communautaire a éliminé des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, c'est pourquoi les adhérents à ces régimes ont quatre fois plus de probabilités de solliciter des soins de santé modernes que les non-adhérents lorsqu'ils sont malades. Les résultats de l'enquête sur les ménages de la phase pilote, récapitulés à la figure 1, ont été reproduits à partir de données courantes collectées pendant la phase pilote auprès des centres de santé et plus récemment auprès de centres de santé des mêmes districts pilotes ainsi que des résultats des centres de santé dans les districts ayant mis en place des régimes d'AMC entre 2001 et 2003. Le développement de l'AMC a également augmenté l'utilisation des services de santé génésique, comprenant les soins prénatals et les soins d'accouchement. En revanche, ils n'ont pas eu d'effet sur le recours aux services de planification familiale.

Par leur fonction d'assurance, les régimes d'AMC ont empêché leurs adhérents de sombrer dans la pauvreté à cause de la maladie, et ce par deux mécanismes. Tout d'abord, les adhérents malades des régimes d'AMC consultent plus tôt que les non-assurés, ce qui augmente l'efficacité des services de soins de santé « consommés ». Ensuite, les adhérents malades versent une contribution directe minimale aux centres de santé. Les dépenses directes sont ainsi notablement réduites parmi les adhérents aux régimes d'AMC (figure 2).

Pour permettre aux ménages pauvres de s'affilier plus facilement à un régime d'AMC, deux principaux instruments sont utilisés : la microfinance et les aides financières.

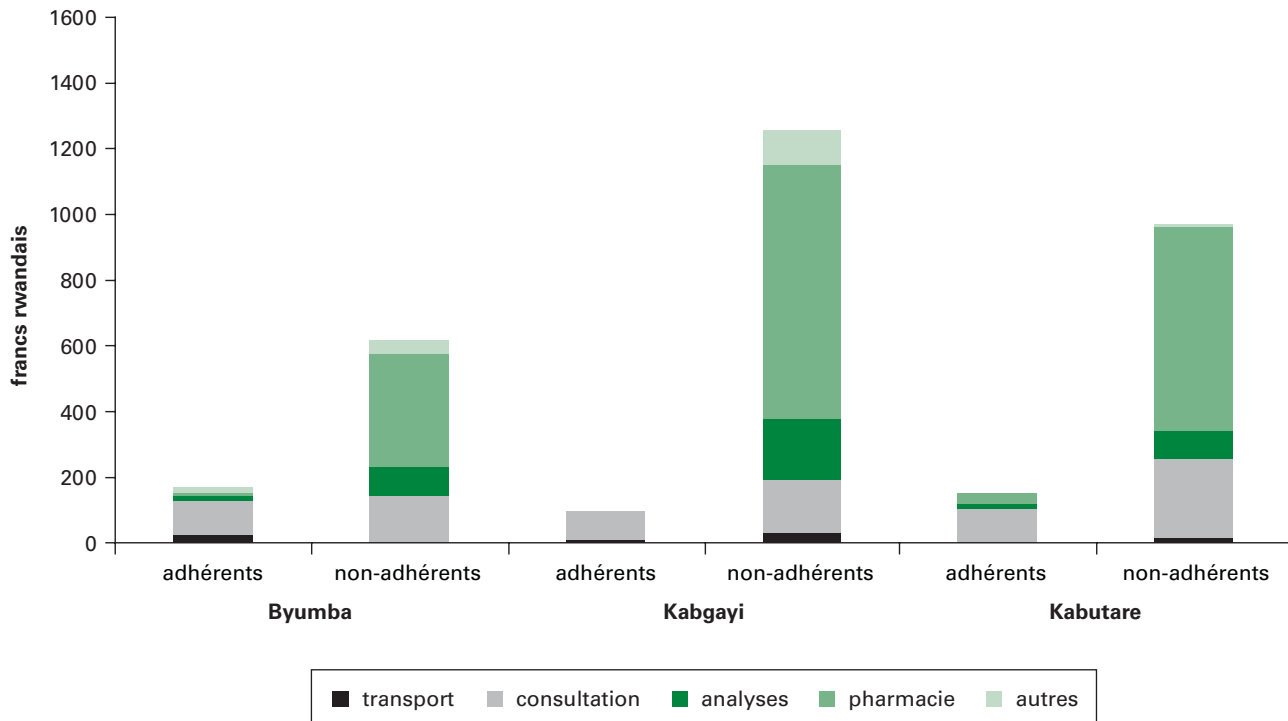
Microfinance. Grâce aux partenariats instaurés entre les régimes d'AMC, les associations locales et les institutions de microfinancement (banques populaires), les associations locales nouvelles ou existantes sont encouragées à souscrire une assurance de groupe auprès des régimes d'AMC. Les institutions de microfinancement (IMF) accordent ensuite des prêts d'un montant modeste aux membres des associations

Figure 1. Pourcentage de malades allant consulter un prestataire moderne, par quartile de revenu



Source : Enquête 2000 sur les ménages dans les districts de Byumba, Kabgayi et Kabutare.

Figure 2. Dépenses de santé directes



Source : Enquête par questionnaire aux patients en sortie de consultation 2000.

afin qu'ils puissent payer leur cotisation annuelle à la caisse d'assurance-maladie. Le microcrédit a favorisé l'affiliation de nombreux ménages pauvres à des régimes d'AMC et ouvert à ces adhérents des possibilités d'accès à des microcrédits plus importants pour financer des activités génératrices de revenus. Ce type de mécanisme financier s'est développé grâce aux arrangements institutionnels mis en place entre les régimes d'AMC, les IMF et les centres de santé, ainsi qu'à des innovations introduites par des acteurs locaux.

Aides financières. Les ONG et les districts administratifs utilisent les passerelles institutionnelles existant entre la communauté, les régimes d'AMC et les prestataires de services de santé pour payer l'affiliation des personnes les plus pauvres, des indigents, et des groupes vulnérables (orphelins, veuves et malades du VIH/SIDA). Dans le cadre de ces dispositifs d'aides financières au niveau de la demande, les leaders de la communauté s'occupent des questions administratives liées à l'identification des plus pauvres, des indigents et des groupes vulnérables ; les régimes d'AMC gèrent l'utilisation des soins de santé pour ces groupes ; et les aides financières sont versées par les ONG et les districts administratifs qui servent d'intermédiaires pour les sources primaires de financement, par exemple l'État et l'aide extérieure.

Que nous dit l'expérience des régimes d'AMC rwandais ?

L'assurance-maladie communautaire au Rwanda est encore en pleine croissance, mais l'expérience acquise depuis 1999 fournit quelques enseignements intéressants pour la généralisation des micro-régimes d'assurance-maladie à l'ensemble du pays, ainsi que pour leur adaptation à d'autres pays en développement.

Leçon n°1. L'AMC au Rwanda se développe de façon progressive, en tenant compte des résultats obtenus au niveau interne mais aussi au niveau externe par les dispositifs de prépaiement existant en Afrique australe et par les organismes de santé mutuels d'Afrique de l'Ouest. Le ministère de la Santé a encadré la phase pilote et obtenu une assistance technique de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)/Rwanda et d'Abt Associates Inc. pour améliorer la conception technique et l'organisation des régimes d'AMC déjà en place. Le ministère de la Santé est resté à distance respectable de l'élaboration et de la gestion des régimes d'assurance-maladie, laissant leur autonomie et leur marge de manœuvre aux communautés et aux prestataires de services de santé locaux. La phase pilote a fourni des infor-

mations sur les performances des régimes et rassemblé les parties prenantes à de multiples forums où elles ont pu échanger leurs expériences et discuter des conséquences et des implications des régimes d'AMC pour le système de santé rwandais. L'approche progressive a permis d'apprendre, et d'adapter en conséquence la politique suivie pour développer l'assurance-maladie communautaire.

Leçon n°2. Ralliant petit à petit les suffrages, l'assurance-maladie communautaire a vu différents étages de soutien se mettre en place dans le pays en faveur de son adaptation et de son développement. Les dirigeants politiques nationaux, à commencer par le Président, ont appelé toutes les parties prenantes à se mobiliser pour créer des régimes d'AMC dans tout le pays. Les communautés locales ont été motivées par l'appui du ministère de la Santé, lequel a favorisé à son tour l'engagement du ministère des Affaires locales dans des actions de promotion. Au niveau des provinces et des districts, les préfets et les maires ont activement coordonné les actions de promotion lancées par le ministère des Affaires locales. À l'échelon local, les représentants des cellules et des secteurs, avec les personnels de santé et les leaders d'opinion locaux, participent à des actions de sensibilisation. Ce soutien et cette mobilisation à différents niveaux ont renforcé la légitimité de l'assurance-maladie communautaire et lui ont permis de gagner des appuis dans tous les secteurs.

Leçon n°3. Une action intersectorielle a été mobilisée : les structures décentralisées et les organisations non gouvernementales ont participé à des actions de promotion de l'assurance-maladie communautaire dans un cadre de politique publique faisant une large place au développement local. Les initiatives locales qui en ont résulté ont permis à un plus grand nombre de pauvres de bénéficier des prestations offertes par les régimes d'AMC. Les partenariats entre les IMF locales, les régimes d'AMC et les associations locales ont amélioré l'accès des pauvres au microcrédit et à l'assurance-maladie communautaire. Pour que les ménages les plus démunis et les indigents puissent adhérer aux régimes d'AMC, ceux-ci sont utilisés comme fonds de solidarité locaux intermédiaires pour obtenir des aides financières au profit des plus défavorisés dans le secteur de la santé, qui sont versées par les ONG et les districts administratifs.

Cette note est destinée à faire une synthèse des bonnes pratiques dans le secteur Santé, nutrition et population. Elle est adaptée de l'étude de François Pathé Diop et Jean Damascene Butera, « Community-Based Health Insurance in Rwanda, » *Development Outreach* 7 (2 mai 2005) : 19–22. Les avis exprimés dans cette note ne reflètent pas nécessairement ceux de la Banque mondiale.

