



fionm rwanda

The Future In Our Minds

ETUDE SUR LA SATISFACTION DE LA POPULATION
ADHERANT A LA MUTUELLE DE SANTE EN MATIERE
DE LA PRESTATION DES SERVICES SANITAIRES
AU RWANDA



RESULTS FOR DEVELOPMENT

The Results for Development Institute, Inc.
1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 1210 • Washington, DC 20009
www.resultsfordevelopment.org

Mars 2013

AVANT-PROPOS

Cette étude sur la satisfaction des utilisateurs de la mutuelle de santé au Rwanda vient à point nommé. FIOM-RWANDA, organisation de la société civile Rwandaise a accompli beaucoup d'activités aussi bien dans le domaine de la santé que dans celui du développement rural. L'expérience acquise dans le développement du secteur santé et son attachement à l'importance capital de ce secteur dans le développement national, lui a valu ce noble engagement de:

- ❖ Mettre à la disposition des rwandais les données sur le niveau de satisfaction vis-à-vis des services de santé fournis à la population adhérant à la mutuelle de santé au Rwanda ;
- ❖ Analyser la qualité des services de la mutuelle de santé ;
- ❖ Mesurer le niveau de corruption inhérent à l'octroi des services de la mutuelle de santé ;
- ❖ Formuler des recommandations visant à améliorer la politique de la mutuelle de santé au Rwanda.

Les partenaires du secteur sanitaire au Rwanda en général et la plateforme de la société civile Rwandaise en particulier se réjouissent des résultats de cette étude qui par ailleurs serviront efficacement à assainir la mise en œuvre de la politique de la mutuelle de santé au Rwanda

La société civile ayant comme principal objectif le plaidoyer sur les politiques Rwandaises en faveur de la population vulnérable, considère ce rapport de recherche comme un outil important de plaidoyer dans le secteur de santé au Rwanda.

MUNYAMALIZA Eduard

Président du Conseil d'Administration de la Plateforme de la Société Civile Rwandaise

REMERCIEMENTS

Au terme de cette étude, FIOM-Rwanda exprime ses vifs remerciements au « Results for Development Institute » à travers son Programme pour la transparence et la responsabilisation (Transparency and Accountability Program : TAP), pour avoir apporté son appui financier afin de mener à bien la recherche sur la satisfaction de la population adhérant à la mutuelle de santé en matière de la prestation des services sanitaires au Rwanda. Que le ministère de la santé au Rwanda et en particulier ses services en charge de la mutuelle de santé trouvent ici nos vifs remerciements pour avoir collaboré à cette étude depuis son initiation jusqu'à la validation des résultats de la recherche.

Notre gratitude va aussi à l'endroit des ménages adhérents à la mutuelle de santé et aux autorités des districts de : GASABO, KAMONYI, HUYE, RUBAVU, NGORORERO, MUSANZE et RULINDO ; pour avoir respectivement accepté de répondre aux questions d'enquête et de faciliter les conditions de travail des enquêteurs lors des investigations sur terrain.

Nous voudrions exprimer une mention particulière de remerciements à la Plate forme de la société civile rwandaise et « Transparency International/Rwanda Office » pour le partenariat actif développé au cours de la présente étude.

Enfin que toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réussite de la présente étude trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

RUKWATAGE Janvier

Coordinateur Général du FIOM Rwanda

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
0. RESUME EXECUTIF	1
1.INTRODUCTION.....	2
2. BJECTIFS DE L'ETUDE	3
2.1. L'objectif global	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. BREF APERCU SUR LA MUTUELLE DE SANTE AU RWANDA.....	3
3.1. Définition de la mutuelle de santé	3
3.2. Historique	4
3.2.1. En Afrique Subsaharienne	4
3.2.2. Au Rwanda	5
3.3. Adhésion à la mutuelle de santé	6
3.4. Services assurés par la mutuelle	7
3.5 L'impact de la mutuelle de santé dans l'amélioration sanitaire au Rwanda	7
3.6. Catégorisation des mutualistes	8
3.7. Missions des fonds de mutuelle de santé	9
3.8. Organisation des mutuelles de santé au Rwanda	9
4. DESCRIPTION METHODOLOGIQUE.....	10
4.1. Echantillonnage	10
4.1.1. Taille de l'échantillon	10
4.1.2. Sélection de l'échantillon	11
4.1.3. Sélection des unités statistiques	11
4.1.4. La sélection des répondants	16

4.1.5. Contrôle de qualité de collecte des données	13
4.1.6. Analyse des données	13
5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	14
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants	14
5.1.1. Répartition géographique des répondants	14
5.1.2. Répartition des répondants par résidence	15
5.1.3. Répartition des répondants par âge	16
5.1.4. La répartition des répondants par sexe	17
5.1.5. Les répondants par statut social	17
5.1.6. Les répondants selon le niveau de formation reçue	18
5.1.7. Les répondants selon leur occupation principale	19
5.2. La perception des mutualistes sur la qualité des services de santé au Rwanda	20
5.2.1. Catégories de membres de la mutuelle de santé	21
5.2.2. Satisfaction des membres à l'égard de leur catégorie de la mutuelle de santé	22
5.2.3. Etat des lieux des paiements des frais de la mutualistes vis-à-vis des contributions de la mutuelle de santé	23
5.2.4. Le temps nécessaire pour obtenir une carte de mutuelle de santé	26
5.2.5. L'accès et l'utilisation des services de santé	28
5.2.5.1. Choix de l'établissement sanitaire le plus proche	28
5.2.5.2. Etat de lieu des malades traités ou transférés par l'établissement sanitaire	29
5.2.5.3. Le temps nécessaire pour recevoir un service	30
5.2.5.4. Existence de formes de discrimination dans l'accès aux services de santé	31
5.2.5.5. Autres aspects de la qualité des services de santé	32
5.3. Perception de la corruption et la transparence dans le service de santé	34
5.4. La perception sur la gestion des problèmes dans le processus de prestation de service de santé	37
5.5. Satisfaction générale de la qualité de service	37
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	40
REFERENCES	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition de l'échantillon dans les districts	11
Tableau 2: Sélection des Centres de Santé	12
Tableau 3: Répartition géographique des répondants	14
Tableau 4: Paiement de la totalité de la contribution à la mutuelle de santé selon les	24
Tableau 5: Le temps nécessaire pour recevoir un service	30
Tableau 6: Autres aspects de la qualité des services de santé	33
Tableau 7: Perception de la corruption et la transparence dans le service de santé	35
Tableau 8: La perception sur la gestion des problèmes dans le processus de prestation de service de santé.....	37
Tableau 9: Evaluation des indicateurs de satisfaction de la qualité de service	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des répondants par résidence	15
Figure 2: Répartition des répondants par âge	16
Figure 3. Les répondants par sexe	17
Figure 4. L'état matrimonial des répondants	18
Figure 5 : Les répondants selon le niveau de formation reçue	19
Figure 6 : Les répondants selon leur occupation principale	20
Figure 7: Catégories de membres de la mutuelle de santé	21
Figure 8 : Satisfaction des membres à l'égard de leurs catégories de la mutuelle de santé	22
Figure 9: Satisfaction des mutualistes selon leurs catégories	23
Figure 10: Etat des lieux de la situation de paiement des frais de mutuelle	24
Figure 11: Raisons pour lesquelles la totalité des contributions n'a pas été payée	25
Figure 12: Le temps nécessaire pour obtenir une carte de mutuelle de santé	26
Figure 13: Raisons pour lesquelles la carte de mutuelle de santé n'a pas été donnée à temps	27
Figure 14: Choix de l'établissement sanitaire le plus proche	28
Figure 15: Disponibilité des agents des établissements sanitaires	29
Figure 16: Etat des lieux des malades traités ou transférés par l'établissement sanitaire	29
Figure 17: Existence de formes de discrimination dans l'accès aux services de santé	31
Figure 18. Formes de discrimination dans l'accès aux services de santé	32
Figure 19: Problèmes liés à la prestation des services de santé	36
Figure 20: L'amélioration du service sanitaire en général en comparaison avec l'année précédente.....	39

0. RESUME EXECUTIF

L'étude sur la satisfaction de la population adhérant à la mutuelle de santé en matière de la prestation des services sanitaires au Rwanda a été réalisée par FIOM-RWANDA sous le financement de TAP (Transparency and Accountability Program). Elle visait à récolter les perceptions et les considérations des citoyens Rwandais bénéficiaires de services de la Mutuelle de Santé afin de contribuer à son amélioration.

Cette étude a permis de mettre en exergue et de mesurer les niveaux de satisfaction des adhérents de la mutuelle de santé au Rwanda vis-à-vis des services de soins dont ils sont bénéficiaires.

Les résultats de l'étude ont révélé une grande satisfaction des membres à l'égard de leurs catégories d'appartenance dans la mutuelle de santé, la qualité des services leur offerts par le personnel soignant, ainsi que la disponibilité de ces derniers au travail.

Néanmoins, une proportion non négligeable des mutualistes n'ont pas été satisfaits de la conduite des infirmiers(ères) ; ils ont déploré la façon dont les médecins fournissent des informations se rapportant aux diagnostics et traitements. En outre, environ deux sur dix répondants ont nié que tous les médicaments prescrits étaient disponibles sur place, tandis qu'une minorité des répondants estime que les formations sanitaires ne disposent pas assez des chaises pour servir les malades en attendant d'être accueillis par le personnel soignant.

Enfin, l'étude a émis des recommandations à l'endroit des divers partenaires, notamment dans le cadre d'insinuer sur la nécessité de renforcer les principes de transparence et d'équité dans la prestation de services au niveau des formations sanitaires envers surtout les mutualistes.

1.INTRODUCTION

Selon la politique de développement des Mutuelles de Santé au Rwanda, l'un des problèmes majeurs du système de santé au Rwanda est de comment concilier, dans un contexte de pauvreté, l'objectif d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et l'équité dans le système de santé d'une part, et la nécessité de mobiliser des ressources internes pour accroître la viabilité financière des services de santé d'autre part. Ce défi majeur est à la base de l'élaboration de la politique nationale de développement des mutuelles de santé.

En effet, la mise en place des mutuelles de santé à travers tout le pays garantit un accès équitable aux services de qualité à la population du Rwanda, et particulièrement les communautés rurales.

Les mutuelles de santé sont l'une des options non seulement qui permet à la population de se faire soigner à temps et en cas de besoin, mais aussi c'est une stratégie de lutte contre la pauvreté.

La politique de développement des mutuelles de santé voudrait renforcer le potentiel social des mutuelles de santé afin que la majorité de la population du Rwanda puisse en bénéficier.

Cette politique a comme objectif général d'appuyer les communautés de base et les districts dans la mise en place de systèmes d'assurance maladie qui vont promouvoir l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, la protection des ménages contre les risques financiers associés à la maladie et le renforcement de l'inclusion sociale dans la santé.

FIOM RWANDA ET CETTE ETUDE

Dans le cadre d'évaluer des problèmes surgis dans la mise en œuvre de cette politique, FIOM Rwanda, sous le financement de TAP (Transparency and Accountability Program) voudrait élucider la situation actuelle dans ce domaine en vue d'une action de plaidoyer.

FIOM est une organisation sans but lucratif de droit Rwandais légalement reconnue par le ministère de la justice et celui de l'administration locale.

FIOM est impliquée dans le développement des couches de la population vulnérable depuis 1998 et ses actions sont principalement localisées dans la province de l'EST et dans la Ville de Kigali.

Sa vision est un monde où les populations vulnérables sont capables de préparer leur future avec confiance ; FIOM étant un catalyseur de leur développement en cultivant l'espoir dans les communautés et en améliorant le bien-être des populations marginalisées.

Sa mission est de contribuer à la promotion de la communauté rwandaise, assister et donner une voix aux jeunes, femmes et autres populations vulnérables pour assurer leur bien-être social, économique et culturel. Les domaines d'intervention sont : SANTE-EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT-RENFORCEMENT DES CAPACITES ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE-PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT ET BONNE GOUVERNANCE.

Cette étude s'est fixée comme hypothèses :

- Les mutualistes ne seraient pas satisfaits de leurs catégories au sein de la mutuelle de santé ;
- Les mutualistes s'acquitteraient difficilement des frais d'adhésion à la mutuelle de santé suite au manque des moyens ;
- Les mutualistes seraient satisfaits de la qualité des services leur offerts par le personnel soignant ;
- Les mutualistes accèdent aux soins de santé dans la transparence et sans aucune autre forme de discrimination.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. L'objectif global

Cette étude vise à récolter les perceptions et considérations des citoyens Rwandais bénéficiaires de services de la Mutuelle de Santé afin de contribuer à son amélioration.

2.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, cette étude a pour objectifs de :

- ✓ Mettre à la disposition des Rwandais les données sur le niveau de satisfaction vis-à-vis de services de santé fournis à la population adhérant à la mutuelle de santé au Rwanda ;
- ✓ Analyser la qualité des services de la mutuelle de santé ;
- ✓ Examiner le niveau de corruption et de transparence inhérents à l'octroi des services de mutuelle de santé ;
- ✓ Formuler des recommandations visant à améliorer la politique de la mutuelle de santé au RWANDA.

3. BREF APERCU SUR LA MUTUELLE DE SANTE AU RWANDA

3.1. Définition de la mutuelle de santé

Il existe une grande diversité d'initiatives désignées par le terme générique de "micro-assurance santé". Cette diversité tient notamment à la variété des acteurs, aux choix organisationnels et aux mécanismes opérationnels. Parmi la diversité de ces initiatives, les mutuelles de santé constituent l'une des formes les plus abouties et les plus développées en Afrique subsaharienne. Le BIT/STEP (2000) définit la mutuelle de santé comme "une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire".

Ainsi, une mutuelle de santé est une organisation à but non lucratif. Elle fonctionne sur base d'un mécanisme de partage des risques et de mise en commun des ressources. Contrairement aux assurances privées, les mutuelles de santé n'opèrent aucune sélection des membres liée au risque individuel. Ce type d'organisation prône également la prise de décision participative et la démocratie. Grâce aux cotisations des membres, la mutuelle de santé vise avant tout à garantir le paiement ou le remboursement d'une partie ou de la totalité des frais des soins de santé, en accord avec les contrats négociés avec les prestataires. La mutuelle de santé facilite donc l'accès aux soins de santé à travers la solidarité (MINISANTE, 2003).

Dans la plupart de ces organisations, les membres partagent certaines caractéristiques telles que l'appartenance à un même village ou à une même aire géographique, la participation à une même organisation ou l'emploi dans une même entreprise. L'adhésion étant volontaire, la mutuelle de santé doit veiller à rassembler un nombre suffisant d'adhérents afin d'assurer sa viabilité.

3.2. Historique

3.2.1. En Afrique Subsaharienne

Une large part des populations d'Afrique subsaharienne vit dans un contexte d'extrême pauvreté et souffre de graves problèmes sanitaires. Durant la période coloniale, les soins de santé étaient largement subventionnés par l'Etat. Mais depuis l'Initiative de Bamako¹, en 1987, ils relèvent de la participation financière des usagers dans une logique de recouvrement des coûts. Ce retrait du secteur public dans le financement de la santé a eu d'importantes conséquences pour les populations, en particulier celles du secteur informel. En outre, l'insuffisance ou l'inaccessibilité des marchés assurantiels privés empêchent nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque maladie. Privées de protection sociale, ces populations se voient souvent dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de santé de qualité. Face à ces difficultés, on voit émerger, depuis une vingtaine d'années, des systèmes de micro-assurance santé en Afrique subsaharienne. Leur principal objectif étant d'améliorer l'accès des populations démunies aux soins de santé, ils peuvent constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale.

¹ L'Initiative de Bamako (IB), lancée lors d'une conférence en 1987, constitua une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires pour tous dans les pays en développement, définie lors de la Conférence d'Alma Ata (1978). Afin d'assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé jugés prioritaires, l'IB privilégia le financement communautaire des soins de santé dans le cadre d'une politique de recouvrement des coûts dans les structures de santé publique.

3.2.2. Au Rwanda

u Rwanda, c'est depuis les années 60s que des initiatives d'assurance maladie basée sur la communauté, à l'instar de l'association Muvandimwe de Kibungo (1966) et de l'association Umubano mubantu de Butare (1975) ont commencé à se constituer. Cependant, ces initiatives d'assurance maladie basées sur la communauté ne se sont davantage développées que depuis la réintroduction de la politique de paiement à l'acte en 1996.

AAu cours des cinq dernières années, l'essor des initiatives d'assurance maladie basée sur la communauté, sous la forme moderne de mutuelle de santé, s'est beaucoup accéléré (MINISANTE, 2003).

En effet, de six mutuelles de santé en 1998, le nombre de mutuelles de santé est passé à 76 en 2001 et à 226 mutuelles de santé en novembre 2004. La couverture géographique des mutuelles de santé s'est progressivement étendue, elles se sont implantées dans la quasi-totalité des districts du pays en 2006 et leur fonctionnement est régi par une instruction ministérielle de 2006 portant sur la coordination des initiatives d'extension des mutuelles de santé. Cette croissance considérable du nombre des mutuelles de santé et du nombre de bénéficiaires témoigne sans nul doute de l'affirmation d'une dynamique communautaire dans la recherche de solutions aux problèmes d'accessibilité financière des soins de santé et de protection contre les risques financiers associés à la maladie.

La structure organisationnelle des mutuelles de santé s'est adaptée au cadre institutionnel mis en place par les réformes en vue de la décentralisation. En effet, des comités mutualistes existent à partir de la cellule, du secteur et du district qui sont des entités administratives reconnues dans le pays. Le découpage administratif au Rwanda est échelonné de façon suivante : provinces (5), districts (30), secteurs (416), cellules (2148), villages ou Imidugudu (9142). La représentativité dans tous ces organes mutualistes est démocratique, volontaire et s'acquiert à travers les élections. Alors qu'au départ en 1999, les mutuelles de santé s'étaient développées essentiellement dans quatre préfectures du pays, depuis août 2004, elles sont déjà implantées dans la quasi-totalité des onze provinces du pays ainsi que dans la Mairie de la Ville de Kigali. Elles couvraient environ 2.101.034 personnes, soit 27% de la population du Rwanda (MINISANTE, 2010). En 2010, la politique de la mutuelle de santé a été revue dans le cadre de l'adapter au contexte actuel de développement du Rwanda. Cette nouvelle politique de la mutuelle de santé vise l'amélioration de l'accès aux services sanitaires de qualité d'une manière digne et équitable.

Les mutuelles de santé au Rwanda utilisent pour la plupart une politique d'adhésion familiale ; et même lorsque la prime de cotisation est individuelle, le ménage doit néanmoins faire adhérer tous ses membres. Quant aux soins de santé et services couverts par les mutuelles de santé, ils comprennent tous les services et médicaments offerts au niveau du centre de santé (paquet minimum d'activités « PMA »), mais aussi un nombre limité de services au niveau de l'hôpital (paquet complémentaire d'activités « PCA² »).

3.3. Adhésion à la mutuelle de santé

Toute personne résidant au Rwanda doit avoir une assurance maladie. Tout étranger entrant sur le sol du territoire de la République du Rwanda doit également avoir une assurance maladie dans un délai ne dépassant pas quinze 15 jours (Journal officiel N° 62/2007 du 30/12/2007, art 33) . La qualité d'affilié commence aussitôt que la cotisation est versée (art 34).L'affilié est tenu de verser sa cotisation chaque année quand bien même il n'aurait pas bénéficié de soins médicaux. Tout affilié qui souscrit à la Mutuelle de santé pour la première fois bénéficie des soins médicaux après trente (30) jours comptés à partir du versement de la cotisation. L'affilié est tenu de renouveler son assurance avant la fin de l'année. Toutefois, il continue de bénéficier des soins médicaux dans un délai ne dépassant pas trente (30) jours après l'expiration de l'assurance (art 35).

Le patrimoine du Fonds de mutuelle de santé comprend les biens meubles et immeubles.

Il provient des sources suivantes (art 37) :

1. Les cotisations des sections de mutuelle de santé ;
2. Les subventions du District déterminées par le Conseil de District;
3. Les subventions de l'Etat ;
4. Les subventions du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé ;
5. Les aides des donateurs ;
6. Les intérêts sur ses dépôts en banque ;
7. Les dons et legs ;
8. Tout autre patrimoine pouvant être approuvé par le Conseil d'Administration.

² PCA : Paquet Complémentaire d'Activités : les soins offerts dans les hôpitaux de districts : Consultation par un médecin, Hospitalisation en salle, Accouchements eutociques et dystociques, Césarienne, chirurgie mineure et majeure, Le paludisme grave réfféré, toutes les maladies de l'enfance de 0 à 5 ans, les imageries médicales, laboratoire etc.

3.4. Services assurés par la mutuelle

Prestations couvertes par les mutuelles de santé au niveau du centre de santé et de l'hôpital de district

Au niveau du centre de santé :

- ✓ Soins curatifs (consultations, suivi des maladies chroniques, réhabilitation nutritionnelle)
- ✓ Accouchements eutociques ;
- ✓ Examens de laboratoire (goutte épaisse, hémoglobine, examen direct des selles et des urines) ;
- ✓ Activités promotionnelles (appui psychosocial, promotion des activités nutritionnelles);
- ✓ Hébergement au centre de santé ;
- ✓ Médicaments génériques de la liste du ministère de la Santé et prescrits dans le cadre des prestations citées ci-dessus ;
- ✓ Service d'ambulance en cas de transfert vers l'hôpital du district ;
- ✓ Soins préventifs (vaccinations, suivi de la croissance des enfants de moins de cinq ans,
- ✓ Consultation prénatale, planification familiale) : les soins préventifs sont aussi gratuits pour le reste de la population.

Au niveau de l'hôpital du district, si référence par un centre de santé ou admission en urgence :

- ✓ Consultation chez un médecin ;
- ✓ Hébergement à l'hôpital de district ;
- ✓ Accouchements dystociques et césariennes ;
- ✓ Prise en charge du paludisme grave.

3.5 L'impact de la mutuelle de santé dans l'amélioration sanitaire au Rwanda

Les résultats de cette assurance maladie ont été un catalyseur très important d'accès aux soins de santé au Rwanda. L'USAID estime qu'en 2010 à peu près 92% de la population avaient une couverture d'assurance maladie. Ainsi cette couverture a fortement augmenté passant de 1% en 2000 à 90% en 2009.

Selon les chiffres de l'ECICV3³, les indicateurs suivants montrent la performance réalisée dans le secteur sanitaire au RWANDA entre 2003 et 2009.

- La population visitant les centres de santé : 66% (49% en 2009/2010)
- Le temps moyen pour accéder à un centre de santé : 60 minutes (90 minutes en 2009/2010)
- La proportion de la population se disant satisfaite des soins de santé : 82% (64 en 2009/2010)

3 EICV3 : 3^{ème} Enquête Intégrale des Conditions de Vie des Ménages,

- La proportion accédant à l'assurance maladie : 69% (43% en 2009/2010).

3.6. Catégorisation des mutualistes

Les catégories des mutualistes correspondent à celles établies par la politique de « UBUDEHE ⁴ » en 2005. En effet, au cours de cette année, le gouvernement rwandais a étendu à l'échelle nationale la politique de catégorisation des populations selon leur revenu afin d'identifier et d'assister les citoyens les plus démunis, à travers la mobilisation de la communauté à jouer un rôle participatif dans la lutte contre pauvreté. Le choix de ces catégories a été déterminé par les habitants de chaque cellule après une discussion et consentement mutuel de tous les participants. Quatre catégories d'Ubudehe ont été formées:

Catégories d'UBUDEHE	Caractéristiques
<i>Umutindi nyakujya</i> « Indigent »	Ils doivent mendier et n'ont rien : ni vêtement, ni nourriture, ni logement. Leurs enfants ne peuvent pas aller à l'école, ils ne peuvent pas payer les soins médicaux et n'ont pas de terres.
<i>Umukene</i> « Pauvre »	Ils n'ont pas suffisamment de nourriture, mais peuvent travailler pour les autres pour survivre ; ils s'habillent pauvrement, n'ont pas suffisamment de terres et peuvent difficilement bénéficier de soins médicaux. Ils ont un logement personnel en paille mais pas de bétail. Leurs enfants ne peuvent pas aller à l'école
<i>Umukene wifashije</i> « Moins pauvre »	Ils ont un petit logement personnel couvert en tuiles locales et une récolte minimale ; leurs enfants peuvent aller à l'école primaire, ils peuvent s'habiller mais difficilement, ils peuvent à peine accéder aux soins médicaux mais arrivent à avoir suffisamment à manger et ils ont du petit bétail.
<i>Umukungu</i> « Riche »	Ils ont un surplus de récolte à vendre et du bétail, ils peuvent subvenir à leurs soins médicaux et ont économisé un peu d'argent. Leurs enfants peuvent fréquenter l'école secondaire. Ils mangent à leur faim, sont, propres, ont une maison en « dur » et couverte par des tôles. Ils ont aussi une bicyclette et peuvent engager les autres comme main-d'oeuvre.

4 Ubudehe est une pratique culturelle rwandaise d'assistance mutuelle et de convivialité

Il importe de signaler que depuis 2011, la contribution financière de la mutuelle de santé est passée de 1000frw par personne à 2000Frw pour la catégorie des indigents qui sont subventionnés ; 3000Frw pour la catégorie des pauvres moyens et 7000Frw pour la catégorie des riches et cela par membre de ménage.

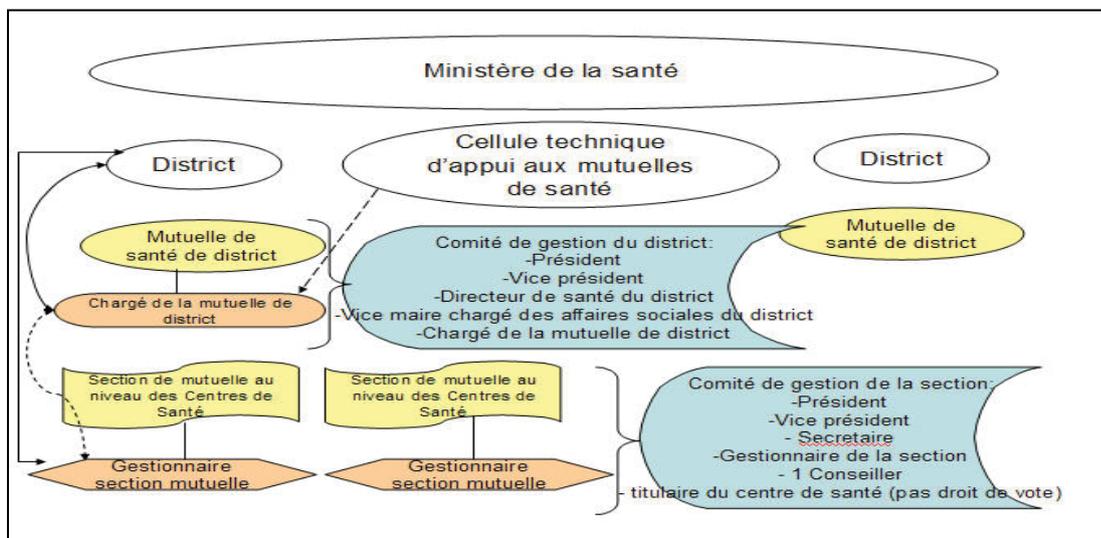
3.7. Missions des fonds de mutuelle de santé

Les principales missions du Fonds de mutuelle de santé sont les suivantes⁵:

- payer les soins médicaux offerts aux affiliés et à leurs ayants droit;
- percevoir les cotisations des affiliés et les dons divers ;
- enregistrer les affiliés dans les registres prévus à cet effet et leur donner des cartes ;
- assurer la formation des gestionnaires de sections des mutuelles de santé
- faire l'évaluation des performances de sections des mutuelles de santé
- sensibiliser la population aux mutuelles de santé ;
- assurer la formation des membres de comités des mutuelles de santé au niveau de Villages, de Cellules et de Secteurs;
- constituer une base de données des documents faisant état des affiliés, des cotisations, des soins médicaux des Administration des mutuelles de santé.

3.8. Organisation des mutuelles de santé au Rwanda

L'organigramme ci-dessous illustre le schéma « théorique » de la structure « mutualiste » prévue au Rwanda.



Source : MINISANTE, 2010

⁵ Journal Officiel N° 62/2007 du 30/12/2007 Loi portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé

4. DESCRIPTION METHODOLOGIQUE

Cette étude associe deux approches, à savoir l'approche qualitative et l'approche quantitative. En vue de la collecte des données, trois principales techniques ont été utilisées : l'exploitation des documents relatifs à l'étude ou revue bibliographique, le questionnaire et l'entretien. La revue bibliographique a permis de rassembler et d'exploiter divers rapports traitant essentiellement des questions relatives à la mutuelle de santé au RWANDA. Le questionnaire a été adressé à un groupe d'individus en vue de recueillir leurs opinions, perceptions, connaissances et témoignages sur un phénomène donné. Dans le cadre de cette étude, il a été adressé aux adhérents de la mutuelle de santé en vue de recueillir les renseignements sur la qualité de service de santé dont bénéficient les adhérents à la mutuelle de santé.

L'entretien a consisté à puiser des conversations des éléments d'explication auprès d'un certain nombre de personnes ressources. Ces personnes, dites encore 'témoins privilégiés' ont été choisis en raison de leur expertise, de leur expérience quotidienne et du degré de contact avec le phénomène étudié. Le nombre de personnes à soumettre aux entretiens n'a pas été fixé à l'avance. Il a été déterminé en fonction du *principe de la saturation* ou la redondance dans les réponses recueillies, qui a montré au chercheur que tous les aspects de l'étude ont été couverts et qu'il n'y avait plus d'éléments nouveaux.

4.1. Echantillonnage

L'étude ne prétend pas procéder à un recensement, c'est-à-dire soumettre le questionnaire d'enquête à tous les adhérents de la mutuelle de santé au Rwanda mais plutôt un échantillon représentatif a été tiré parmi les adhérents à la mutuelle de santé selon leur répartition géographique sur le territoire rwandais.

4.1.1. Taille de l'échantillon

L'univers statistique de cette étude (N=population mère) est l'ensemble de la population Rwandaise qui adhère à la mutuelle de santé estimée à 7.452.000 individus, soit 69% de la population Rwandaise selon EICV3. Le ménage constitue l'unité statistique de l'enquête. Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons eu recours à la formule de Raosoft suivante :

- $n = \frac{N (z\alpha/e)^2}{N-1 + (z\alpha/e)^2}$ où:
- $z = 1.96$ for 95% niveau de confiance
- $s = p(1-p)$ $p =$ proportion estimée où $p = 50\%$
- $e =$ marge d'erreur désirée
- $N =$ Population d'étude

- Le niveau de confiance est de 95%, quant à la marge d'erreur, elle est de 2.9
- Le calcul de la taille de l'échantillon selon Raosoft (n) = 1142 arrondi à 1200

4.1.2. Sélection de l'échantillon

Par méthode aléatoire simple, deux districts ont été sélectionnés par province et 1 district dans la ville de Kigali, ce qui fait au total 9 districts. Le tableau suivant présente la répartition de l'échantillon dans les 9 districts.

Tableau 1: Répartition de l'échantillon dans les districts

Ville de KIGALI/ PROVINCE	District	DESCRIPTION (VILLE/ RURAL)	Population totale	POPULATION Affiliée à la mutuelle de santé	Echantillon
Ville de Kigali	Gasabo	Ville	476,244	328,608	170
Province du SUD	Kamonyi	Rural	329,919	227,644	122
	Huye	Ville	318,918	220,053	116
Province de l'OUEST	Rubavu	Ville	422,348	91,420	150
	Ngororero	Rural	341,382	35,554	134
Province du NORD	Musanze	Ville	415,662	86,807	154
	Rulindo	Rural	293,991	2,854	108
Province de l'EST	Rwamagana	Ville	318,474	9,747	103
	Bugesera	Rural	390,651	9,549	143
Total					1200

4.1.3. Sélection des unités statistiques

Comme il a été signalé ci-haut, le ménage a constitué l'unité statistique de l'étude. Cependant, la population cible étant les adhérents à la mutuelle de santé, la meilleure façon d'identifier les répondants a été de les sélectionner à partir des centres de santé. Pour cela, 3 centres de santé ont été choisis par méthode aléatoire simple dans chaque district sélectionné comme le montre le tableau suivant.

Tableau 2: Sélection des Centres de Santé

District	Centre de Santé choisi	Population à enquêter
Gasabo	Kabuye	56
	Jali	56
	Kacyiru	58
Kamonyi	Kamonyi	40
	Remera-Rukoma	42
	Musambira	40
Huye	Matyazo	39
	CUSP	39
	Rango	38
Rubavu	Gacuba II	50
	Nyundo	50
	Gisenyi	50
Ngororero	Muramba	45
	Gasiza	45
	CS Rususa	44
Musanze	Kinigi	51
	Karwasa	51
	Nyakinama	52
Rulindo	Rulindo	36
	Shyorongi	36
	Tare	36
Rwamagana	Musha	34
	Nyagasambu	34
	Rwamagana	35
Bugesera	Ruhuha	47
	Nyamata	48
	Mayange	48
TOTAL		1200

4.1.4. La sélection des répondants

Les répondants étaient sélectionnés dans les ménages à raison d'un seul répondant par ménage. Pour sélectionner les ménages, nous avons utilisé la technique de boule de neige étant donné

la nature particulière de cette étude qui ne visait que la population adhérant à la mutuelle de santé. Cette technique a permis de maximiser le nombre des répondants éligibles au sein de notre échantillon. La technique aléatoire, avait pour inconvénient non seulement de courir le risque de réduire le nombre des répondants éligibles mais aussi d'exiger beaucoup des moyens tant temporel que financier en cherchant à remplacer les non éligibles. Cependant nous pouvons affirmer la représentativité de cette échantillon de par sa répartition géographique dispersée (2 districts par province), la taille de l'échantillon est statistiquement représentative (1200 : 95% de niveau de confiance et 2.9 de marge d'erreur) et la diversité des répondants (sélection systématique des ménages : au moins un saut de 5 ménages pour choisir le ménage suivant).

Le premier ménage dans le rayon du centre de santé sélectionné aléatoirement, nous a été indiqué par les autorités locales avec un seul critère l'adhésion à la mutuelle de santé. Pour le choix des autres ménages, nous avons été guidés par les répondants déjà enquêtés qui nous indiquaient les adresses des autres répondants adhérant aussi à la mutuelle de santé. Le choix du nouveau ménage à sélectionner devait respecter le principe du saut d'au moins 5 ménages afin de maximiser les chances d'inclure les différentes diversités dans l'échantillon. .

4.1.5. Contrôle de qualité de collecte des données

Les enquêteurs et les chefs d'équipes ont été recrutés pour assurer la collecte des données. Ces derniers ont été formés sur la méthodologie et le questionnaire élaboré pour cette étude. Avant la collecte des données, une enquête pilote a été faite pour tester le questionnaire.

En vue de garantir et contrôler la qualité, cinq niveaux ont travaillé de façon complémentaire. Il s'agit des superviseurs (assurent la supervision au niveau des provinces), du coordinateur de l'étude (coordonne toutes les activités au niveau national), des chefs d'équipe (assurent la supervision des enquêteurs sur terrain), des enquêteurs (assure la collecte des données) et du statisticien. Ce dernier a assuré la qualité des données lors de la saisie effectuée dans un format SPSS.

4.1.6. Analyse des données

Après la collecte des données, une masque de saisie a été élaborée pour faire entrer les réponses recueillies sur base du questionnaire. Le logiciel utilisé pour la saisie est dénommée NIPO tandis que pour l'analyse des données, un logiciel approprié, SPSS, a été utilisé pour générer des tableaux de fréquences ainsi que des tableaux croisés.

L'analyse des données a aussi appliqué une méthode de calcul des scores en utilisant la formule de la moyenne pondérée pour le calcul des scores des questions.

Moyenne pondérée pour calculer les scores des questions:

La formule ci-après a été utilisée pour calculer les scores des questions

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i w_i}{\sum_{i=1}^n w_i}$$

$x_1, x_2 \dots x_n$ sont des scores quantitatives (1, 2, 3, 4) et

$w_1, w_2 \dots w_n$ sont des scores correspondants aux fréquences issues des scores qualitatives des questions. Après avoir obtenu le score de la question sur 4 (la borne supérieure de l'échelle), le score est finalement calculé sous une forme de pourcentage.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Il importe de signaler que la présentation des caractéristiques socio- démographiques des répondants est indispensable dans la mesure où elle donne une lumière sur la catégorie de la population qui a été ciblée par cette étude, ce qui permet également de juger la pertinence des réponses récoltées.

5.1.1. Répartition géographique des répondants

Le tableau suivant présente la distribution géographique des répondants selon les Provinces et les Districts de résidence.

Tableau 3: Répartition géographique des répondants

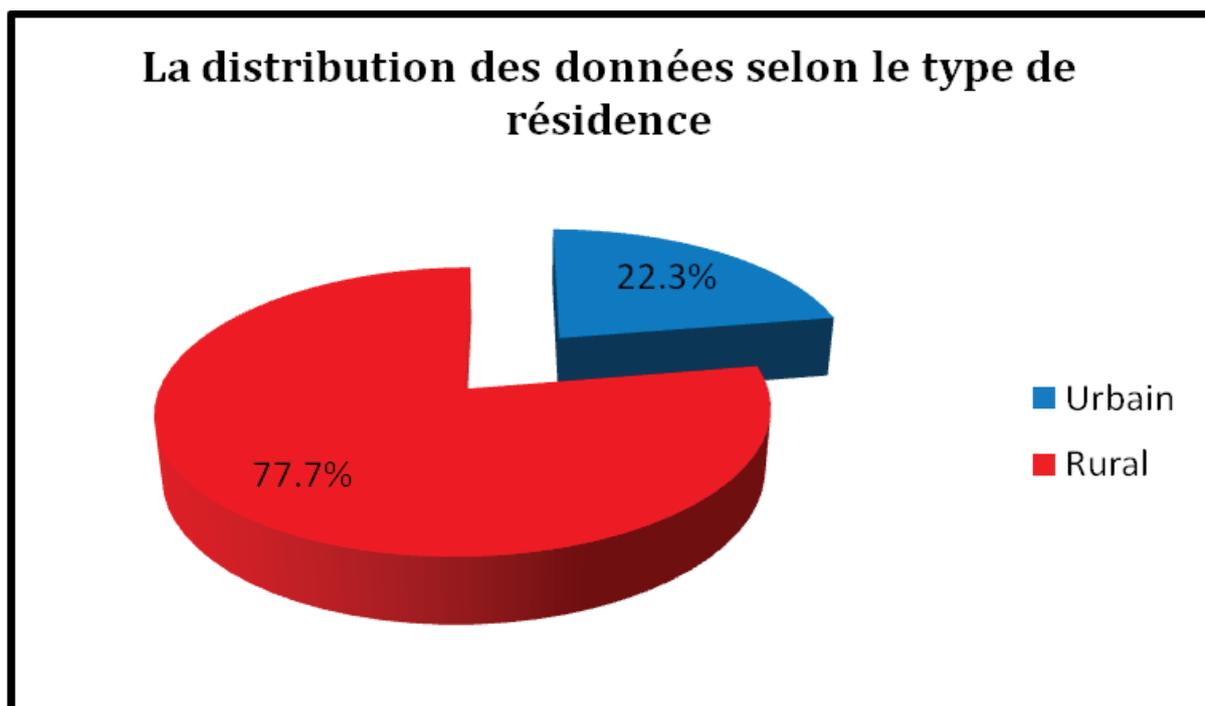
Province	District	Nombre de Répondants par District	Nombre de Répondants par Province	Pourcentage par District	Pourcentage par Province
Ville de Kigali	GASABO	170	170	14.2%	14.2%
Sud	HUYE	116	238	9.7%	19.8%
	KAMONYI	122		10.2%	
Est	BUGESERA	143	246	11.9%	20.5%
	RWAMAGANA	103		8.6%	
Nord	MUSANZE	154	262	12.8%	21.8%
	RULINDO	108		9.0%	
Ouest	NGORORERO	134	284	11.2%	23.7%
	RUBAVU	150		12.5%	
GRAND TOTAL		1,200	1,200	100.0%	100.0%

Le tableau ci-haut montre que cette étude a couvert toutes les Provinces du pays et la ville de Kigali. Il convient de rappeler que le nombre des répondants qui ont été sélectionnés dans les Districts a été obtenu de façon proportionnelle au nombre total de la population adhérant à la mutuelle de santé dans le District en question. Les résultats issus du tableau montrent également que 1200 répondants ont pris part à l'étude, ce qui fait 100% de couverture des réponses car l'enquête avait prévu d'administrer le questionnaire à 1200 ménages.

5.1.2. Répartition des répondants par résidence

Le type de résidence est un facteur déterminant le mode de vie de la population en l'occurrence le niveau de santé et l'aptitude à pouvoir adhérer à une quelconque assurance maladie. La figure ci-après nous fait le point.

Figure 1: Répartition des répondants par résidence



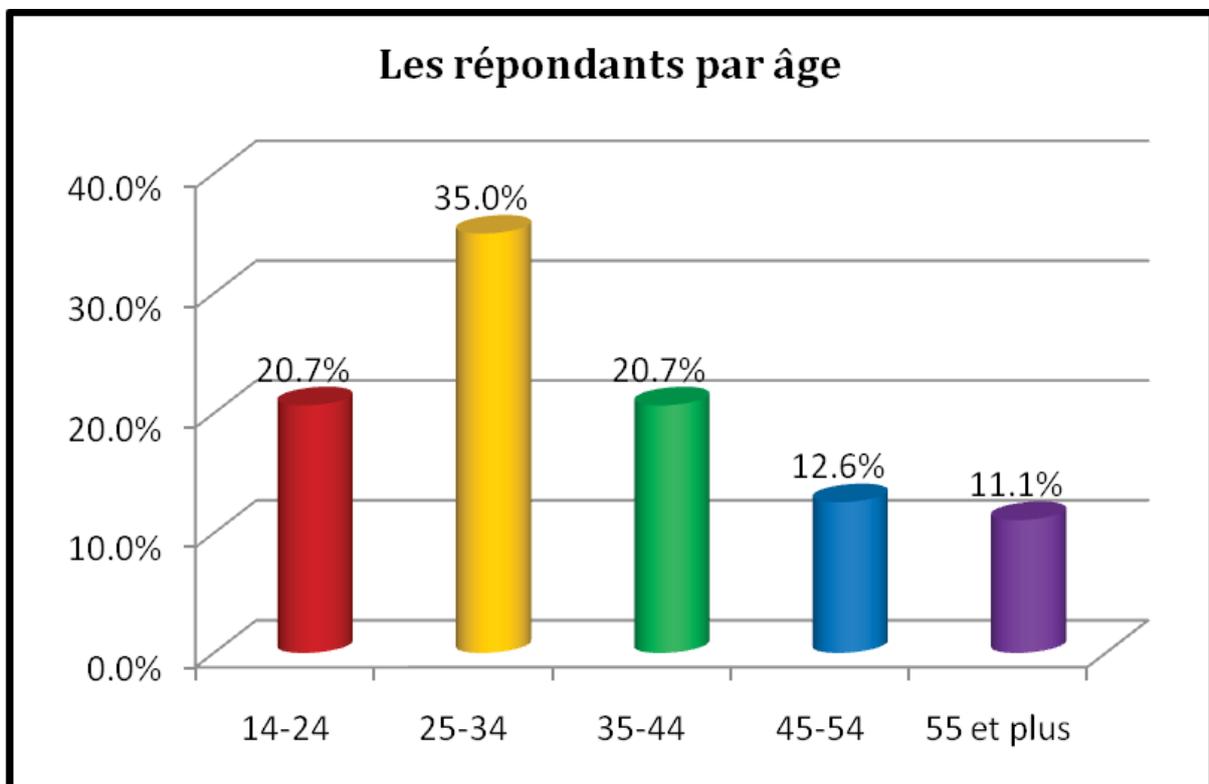
Cette figure montre que 77.7% des répondants habitent le milieu rural contre 22.3% résidant en milieu urbain. Cette grande proportion des répondants résidant en milieu rural tombe dans les normes de représentativité de l'échantillon, étant donné qu'environ 20% seulement de la population rwandaise habitent en milieu urbain. Cette catégorie des répondants coïncide

également avec la nature de l'étude car celle-ci vise la population utilisant la mutuelle de santé, une assurance beaucoup plus fréquentée par les personnes qui travaillent dans le secteur informel et surtout dans l'agriculture et l'élevage.

5.1.3. Répartition des répondants par âge

L'âge est une variable démographique qui montre clairement la catégorie des personnes selon qu'ils sont jeunes (actives) ou vieilles (vulnérabilité). La figure ci-dessous présente les groupes d'âges dans lesquels les répondants appartiennent.

Figure 2: Répartition des répondants par âge

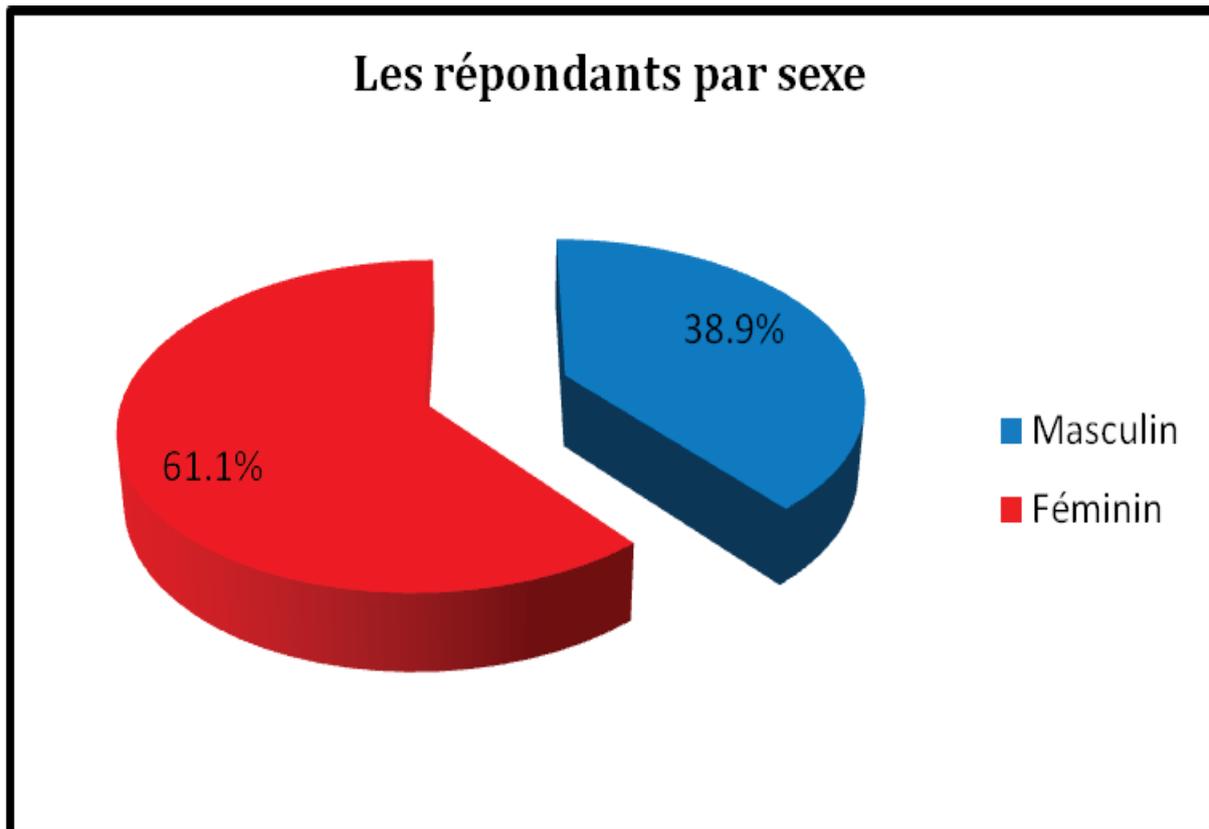


La majorité des répondants (55.7%) appartiennent au jeune âge (18 ans -34ans) et presque 90% se retrouvent dans la catégorie des personnes actives (moins de 60 ans). Ceci prouve à suffisance que les informations ont été récoltées auprès des répondants qui doivent se soucier de leur état de santé et par conséquent, la qualité des services de santé afin de pouvoir mener à bien leurs activités quotidiennes.

5.1.4. La répartition des répondants par sexe

Le genre des répondants renseigne sur le niveau de participation des hommes par rapport aux femmes dans cette étude. La figure 3 en présente les résultats.

Figure 3. Les répondants par sexe

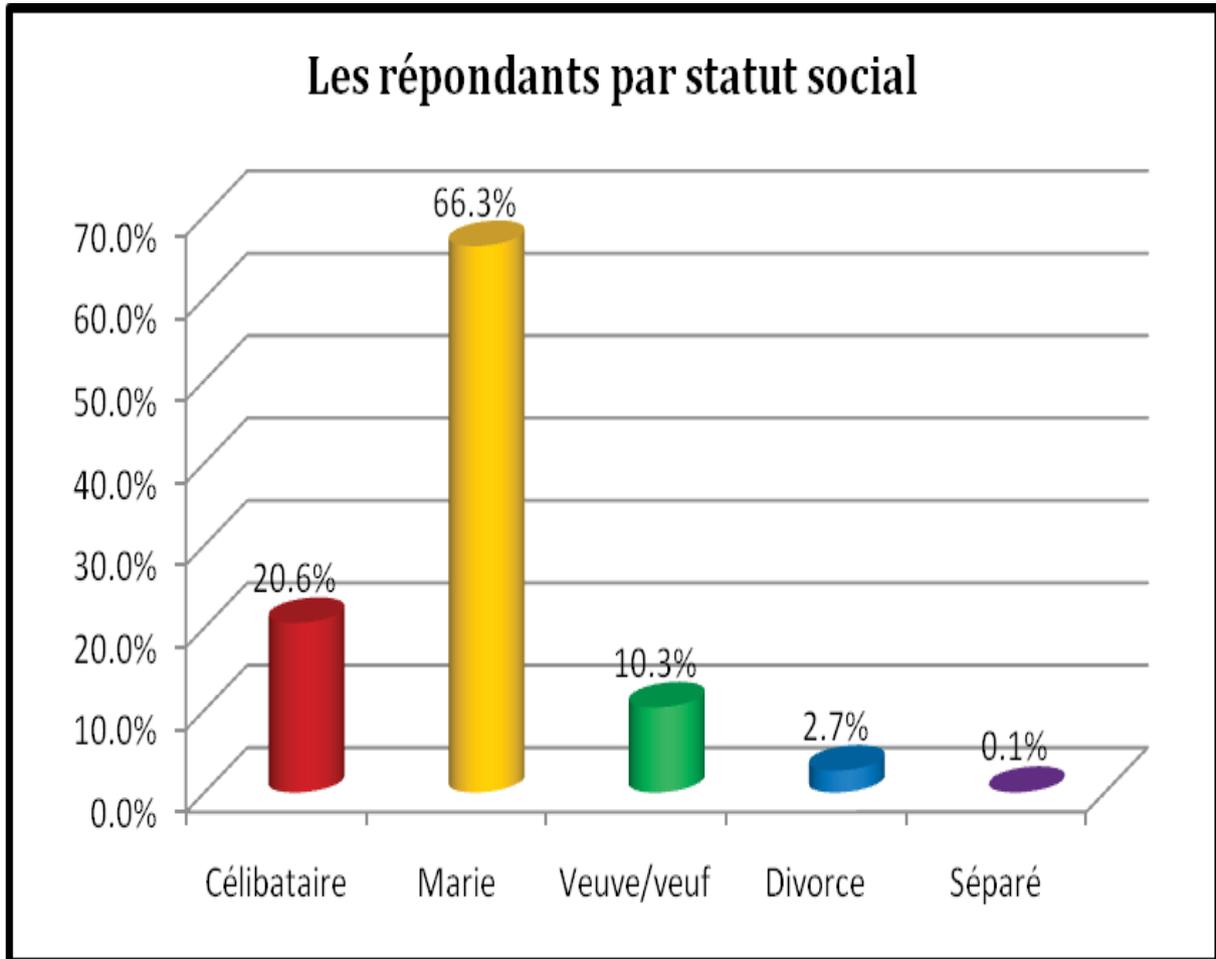


Les résultats issus de cette figure montrent que les femmes sont plus représentées dans cette étude que les hommes occupant respectivement 61.1% et 38.9% des répondants. Contrairement à beaucoup d'autres études, celle-ci révèle une certaine particularité d'avoir plus de femmes dans l'échantillon que d'hommes. Le fait que les femmes sont plus représentées dans cette étude confère plus de confiance à attribuer aux informations fournies car ces dernières utilisent plus les services de santé que les hommes.

5.1.5. Les répondants par statut social

Cette étude a également présenté la situation matrimoniale des répondants comme le montre la fig. 4 ci-dessous.

Figure 4. L'état matrimonial des répondants

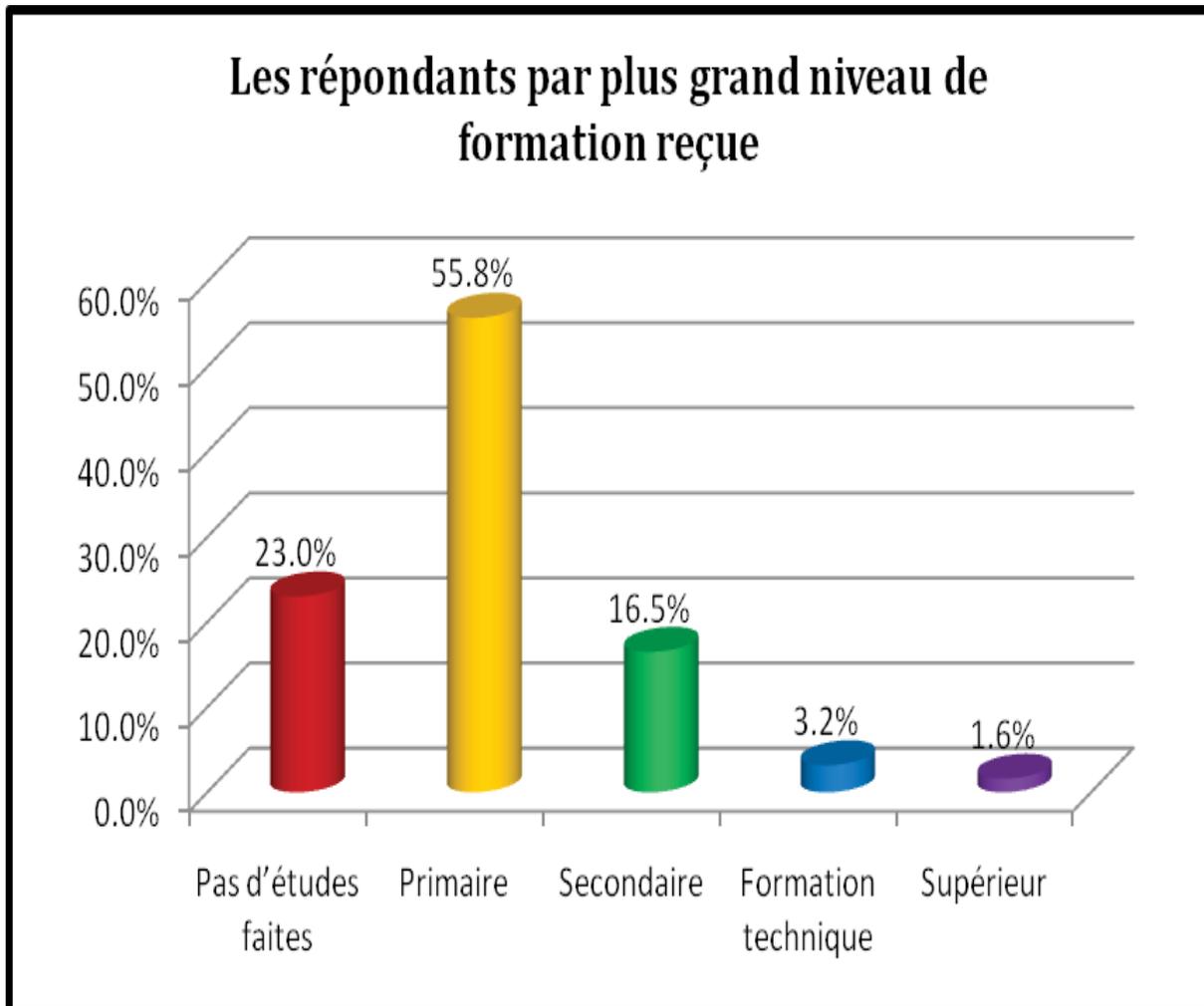


Les personnes mariées représentent la majorité (66.3%) des répondants, suivis des célibataires. Encore une fois, le fait que les mariés (femmes surtout) soient plus représentés dans l'échantillon, il en résulte que les informations recueillies sont plus susceptibles d'être crédibles car les mariés fréquentent plus les services de santé par rapport aux célibataires, veuves et autres, suite aux maladies liées à la santé reproductive.

5.1.6. Les répondants selon le niveau de formation reçue

Le niveau de formation atteint par les répondants est aussi indispensable dans l'analyse de la qualité des services de santé. Les résultats y relatifs sont présentés dans la fig. 5.

Figure 5 : Les répondants selon le niveau de formation reçue

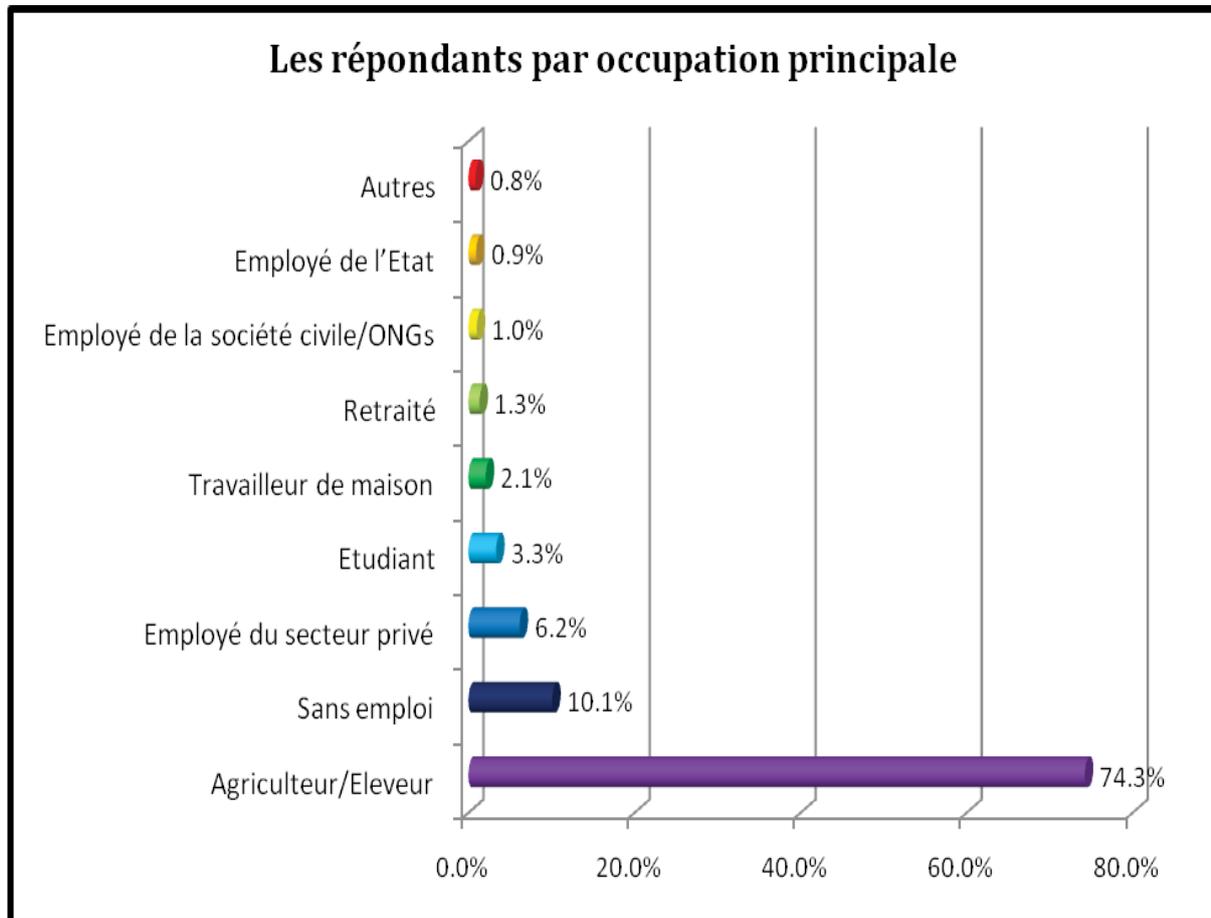


La plus grande majorité des répondants (77%) a atteint au moins l'école primaire dont 55.8% ont atteint seulement l'école primaire et 16.5% ont terminé le cycle secondaire et que seulement 23% n'ont pas été à l'école. Même si une personne analphabète peut connaître le minimum de ses droits en matière de services de santé, le niveau d'instruction peut aider à mieux connaître et réclamer ce genre de droits en cas de besoin.

5.1.7. Les répondants selon leur occupation principale

A l'exception de la catégorie de plus pauvres, l'adhésion à la mutuelle de santé suppose avoir une certaine occupation qui génère des moyens financiers pouvant permettre de s'acquitter des contributions exigées pour bénéficier de l'assurance maladie. Le type d'occupation des répondants est présenté dans la fig.6. ci-après.

Figure 6 : Les répondants selon leur occupation principale



La figure 6 montre clairement que la majorité des répondants (74.3%) sont des agriculteurs/éleveurs, suivi de ceux qui n'ont pas d'emploi et ceux qui sont employés dans le secteur privé. Ces résultats reflètent la réalité nationale où la grande majorité de la population rwandaise vivent de l'agriculture et de l'élevage. Le fait que la catégorie des agriculteurs occupe la plus grande proportion des répondants, ceci explique également l'importance de la catégorie des moyens dans l'échantillon.

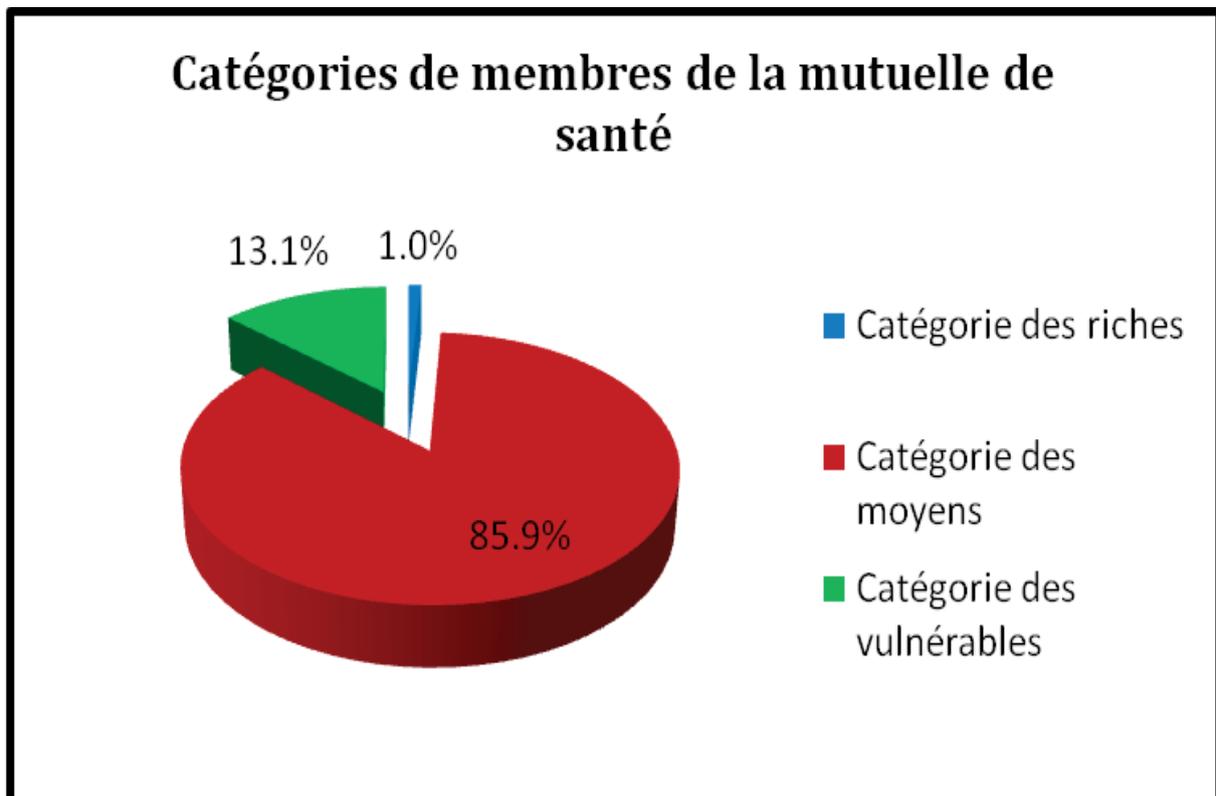
5.2. La perception des mutualistes sur la qualité des services de santé au Rwanda

Cette section met en évidence les différentes catégories des membres de la mutuelle de santé, la capacité financière des mutualistes, l'accès et l'utilisation des services de santé, la qualité de service rendu, l'équité et la corruption éventuelle au sein des institutions sanitaires ainsi que la satisfaction générale des mutualistes vis-à-vis des services de santé.

5.2.1. Catégories de membres de la mutuelle de santé

Compte tenu des faibles capacités contributives de la population du Rwanda (environ 45% de la population du Rwanda vit en dessous du seuil de la pauvreté) et dans le souci d'aider la population mutualiste à avoir plus d'accès au paquet inclusif des soins tant au niveau des centres de santé que de l'hôpital, les mutualises sont subdivisés en trois catégories telles que décrites dans la revue de littérature (riche, moyens, vulnérables).

Figure 7: Catégories de membres de la mutuelle de santé



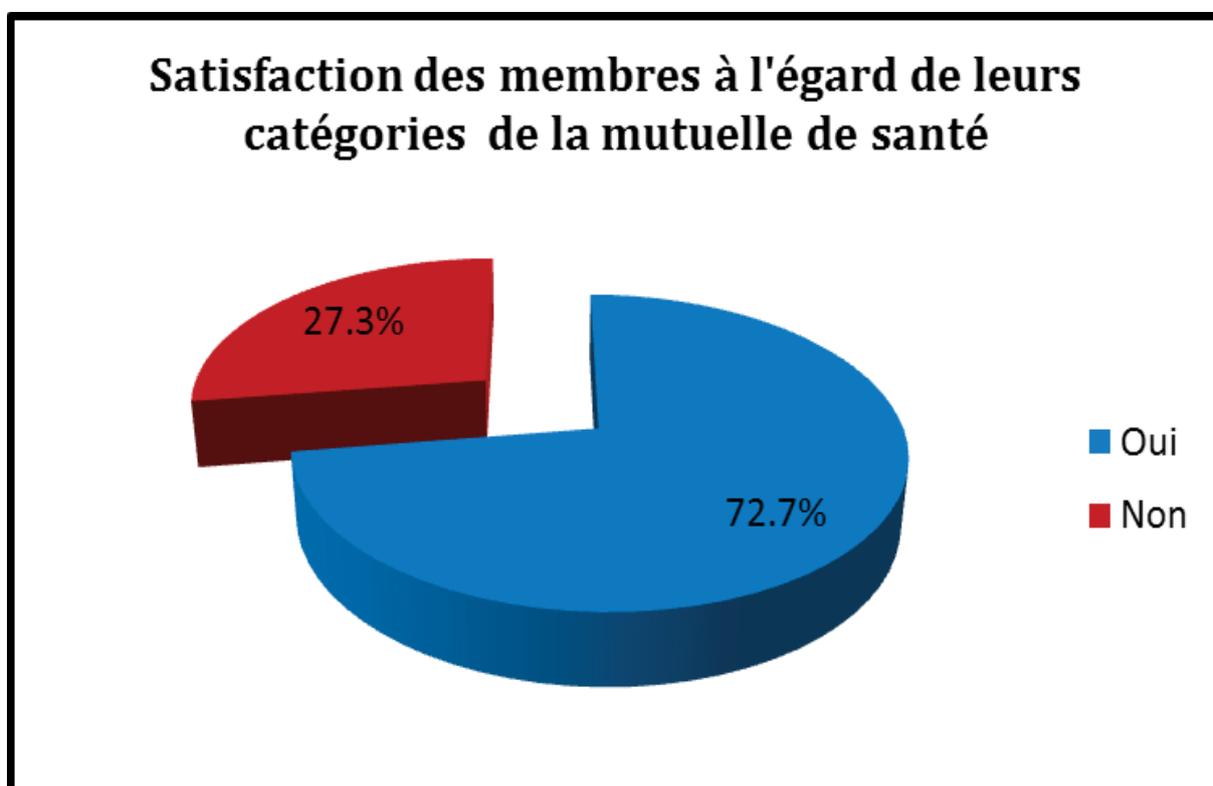
Il convient de rappeler ici que le type d'occupation détermine la catégorie sociale de personnes. Il en va de même pour les catégories de mutuelle de santé où la grande majorité des adhérents vivent de l'agriculture traditionnelle. Les résultats de cette enquête montrent que la majorité des répondants (85.9%) se retrouvent dans la catégorie des moyens, composée des personnes dont la capacité financière a été fixée à 3000 Frw par individu ou membre de famille et par an, suivi de la catégorie des vulnérables dont la proportion s'élève à 13.1% et la catégorie des riches qui occupe la proportion très négligeable de 1%. Cette dernière catégorie comprend les personnes dont la capacité financière a été fixée à 7000 Frw par membre de famille et par an, la catégorie des vulnérables étant celle qui n'est pas capable de payer la prime de cotisation de base et ne peut que compter sur les subventions.

Cependant, il peut s'avérer que les membres de mutuelle de santé se retrouvent dans une catégorie qui ne reflète pas réellement leurs propres moyens même si la catégorisation des mutualistes vient du consentement de tous les habitants de la cellule. La section suivante présente le niveau de satisfaction des membres à l'égard des catégories de la mutuelle de santé.

5.2.2. Satisfaction des membres à l'égard de leur catégorie de la mutuelle de santé

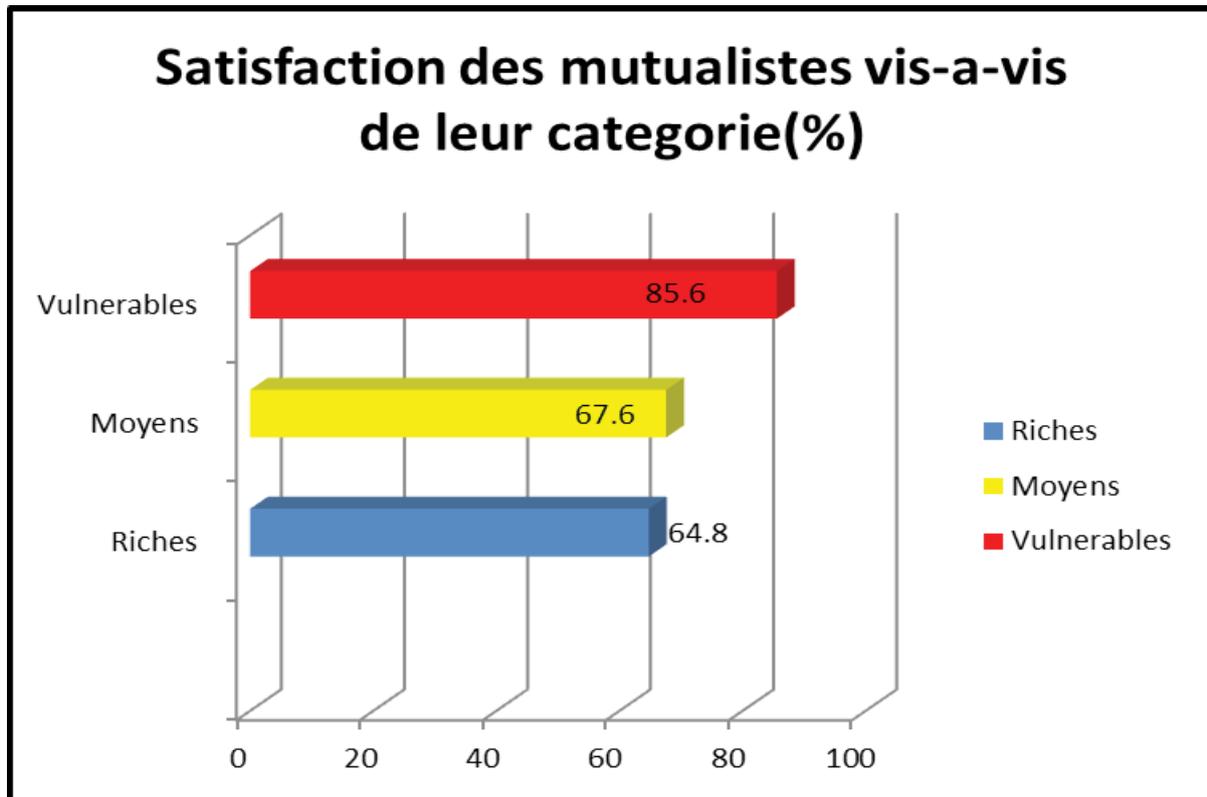
La figure 8 met en évidence les opinions des répondants en ce qui concerne leur satisfaction à l'égard de leur catégorie de la mutuelle de santé.

Figure 8 : Satisfaction des membres à l'égard de leurs catégories de la mutuelle de santé



La lecture de la figure ci-haut révèle que la majorité des mutualistes soit 72.7% sont satisfaits de leur catégorie de mutuelle de santé. Néanmoins, une proportion non négligeable de 27.3% expriment la non satisfaction d'appartenir à leur catégorie de mutuelle de santé. Cette non satisfaction est très dangereuse puisqu'elle peut résulter au refus de s'acquiescer des contributions de la mutuelle de santé et par conséquent priver ces derniers l'accès aux services de santé. L'étude a voulu savoir le taux de satisfaction au sein même des différentes catégories de mutuelle de santé (riches, moyens ou vulnérables). C'est ce qui est présenté dans la figure 9.

Figure 9: Satisfaction des mutualistes selon leurs catégories



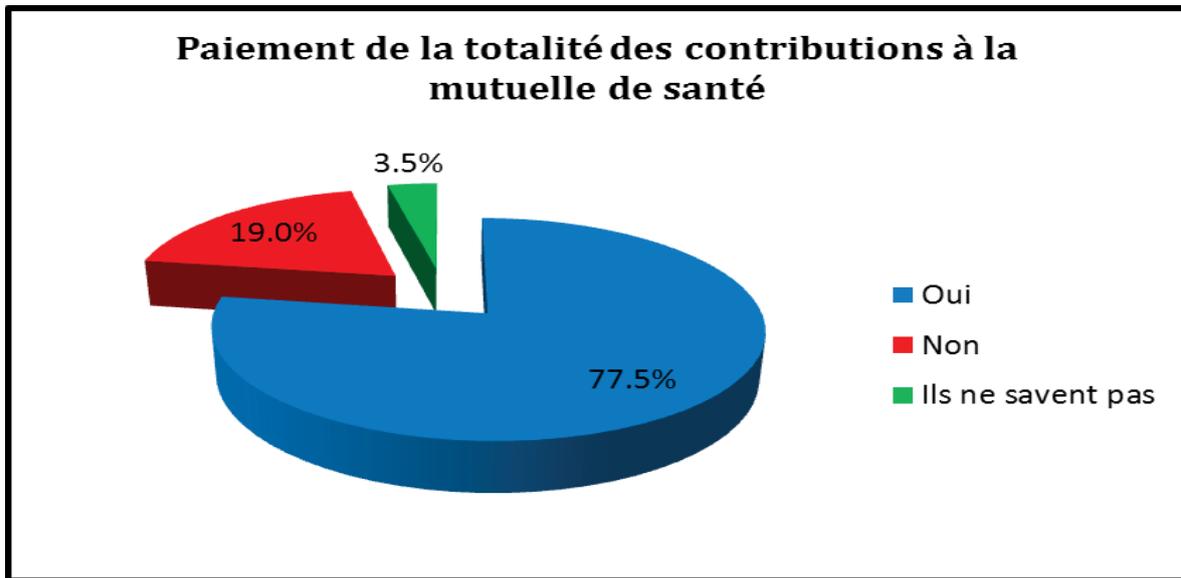
Parmi les catégories de la mutuelle de santé, la catégorie des vulnérables est la plus satisfaite de leur catégorisation au sein de la mutuelle de santé au niveau des cellules et des secteurs avec un niveau de satisfaction de 85.6%, suivi de la catégorie des moyens avec le niveau de satisfaction de 67.6%. Cette satisfaction s’explique par le fait que les vulnérables sont exonérés des cotisations et même du ticket modérateur.

La catégorie la moins satisfaite est celle de riches avec le niveau de satisfaction de 64.8%. Il apparaît paradoxal de voir que les vulnérables soient plus satisfaits de leur catégorie par rapport à la catégorie des riches. Ceci serait dû au fait que les vulnérables reçoivent des subventions, ce qui les épargne des mesures d’insolvabilité au moment où les riches et le moyens (surtout ceux avec un nombre élevé de membres de ménage) même s’ils sont appelés ainsi peuvent de temps en temps rencontrer des difficultés de s’acquitter de la cotisation requise.

5.2.3. Etat des lieux des paiements des frais de la mutualistes vis-à-vis des contributions de la mutuelle de santé

Cette étude a voulu montrer l’état des lieux de la solvabilité des mutualistes vis-à-vis des contributions exigées par la mutuelle de santé. La figure ci-dessous nous présente la situation.

Figure 10: Etat des lieux de la situation de paiement des frais de mutuelle



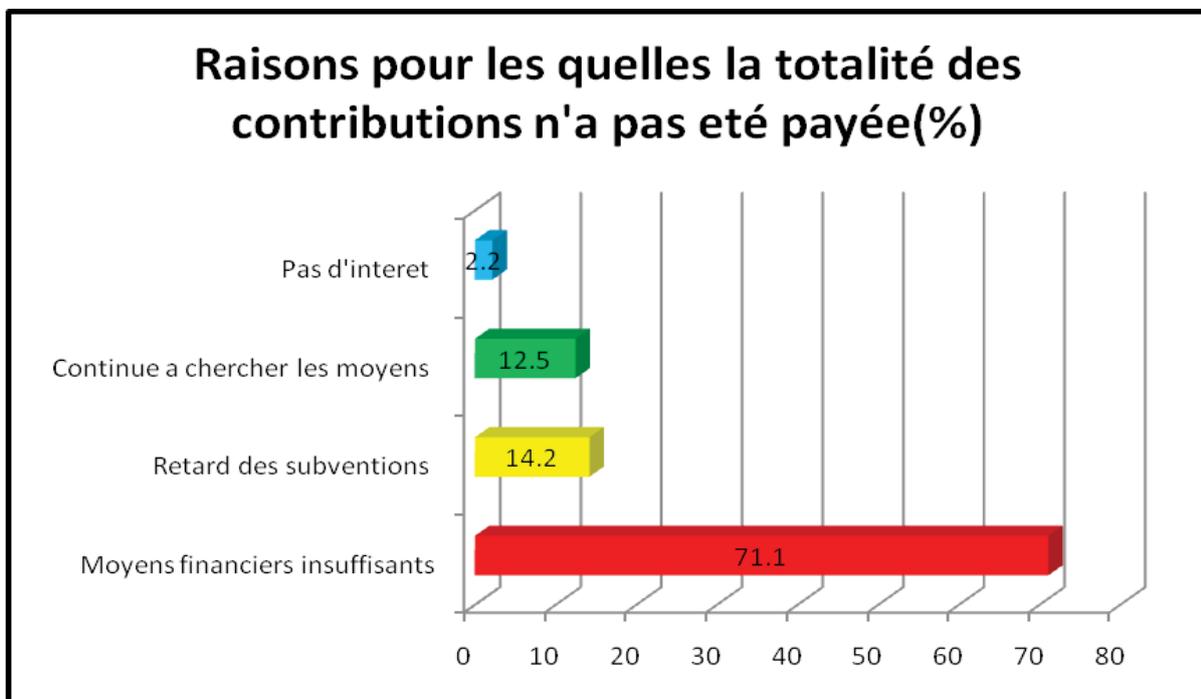
Cette étude révèle que 77.5% des mutualistes ont été solvables aux exigences pécuniaires de la mutuelle de santé au moment où 19 % ont avoué ne pas avoir payé la totalité de la mutuelle de santé durant les 12 derniers mois. Le tableau suivant présente les proportions des différentes catégories des mutualistes selon qu'ils ont été solvables ou non.

Tableau 4: Paiement de la totalité de la contribution à la mutuelle de santé selon les catégories des mutualistes, leur sexe et leur résidence

	Paiement de la totalité de la contribution à la mutuelle de santé			
	Oui	Non	Ne savent pas	Total
Catégorie				
Catégorie des riches	72.7%	27.3%	0.0%	100.0%
Catégorie des moyens	80.9%	18.9%	0.2%	100.0%
Catégorie des vulnérables	55.1%	19.0%	25.9%	100.0%
Sexe				
Masculin	83.0%	15.5%	1.5%	100.0%
Féminin	74.0%	21.3%	4.7%	100.0%
Résidence				
Urbain	83.4%	13.8%	2.8%	100.0%
Rural	75.8%	20.5%	3.7%	100.0%

Il ressort du tableau ci-haut que les catégories des vulnérables sont les plus insolvables même si ils ont déclaré qu'ils étaient satisfaits de leur catégorie. Il est probable que ces vulnérables ne soient pas informés de l'état de solvabilité des contributions de la mutuelle de santé car environ 26% d'entre eux ne savent pas que la totalité de leur contribution a été payée. Il est également surprenant de remarquer que la catégorie des moyens soit plus solvable que la catégorie des riches. Ceci confirme les résultats selon lesquels les riches sont moins satisfaits que les moyens probablement suite au montant qui peut sembler être élevé surtout aux familles ayant un grand nombre d'enfants à leur charge. En outre, le tableau montre que si on est masculin et citadin on devient plus solvable que si on est féminin et que l'on habite dans un milieu rural. Les mutualistes avancent les raisons d'insolvabilité telles que présentées dans la fig. 11.

Figure 11: Raisons pour lesquelles la totalité des contributions n'a pas été payée



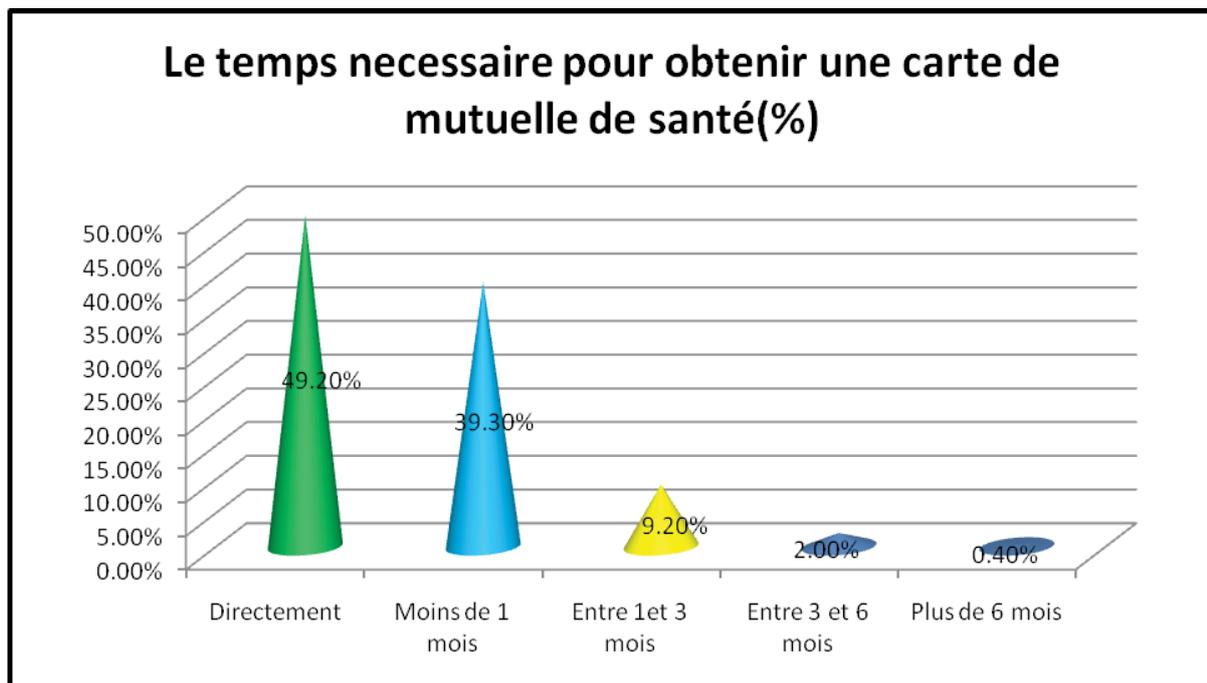
La majorité des répondants (71.1%) affirment que les moyens financiers insuffisants constituent la raison majeure de ne pas payer la totalité des contributions de mutuelle de santé. Les autres raisons avancées sont le retard des subventions qui a récolté 14.2% des répondants et les moyens financiers qui ne sont pas encore disponibles au moment requis selon 12.5% des répondants. En outre, une proportion très négligeable (2%) des répondants ne trouve pas d'intérêt à adhérer à la mutuelle de santé. Le problème de moyens financiers insuffisants pour s'acquitter des contributions de mutuelle de santé ne fait que confirmer le fait que près de 30% des mutualistes ne soient pas satisfaits de leur catégorie de mutuelle de santé, surtout ceux de la catégorie des riches qui payent 7.000 frw par membre du ménage par an.

Une autre raison pour laquelle la totalité des contributions n'a pas été payée a été avancée par les mutualistes au cours des interviews. Certains d'entre - eux ont déclaré qu'après avoir payé la moitié de la contribution, la dernière tranche ne sera payée que lorsque ils se sentiront malades. La raison selon laquelle les moyens sont insuffisants pour s'acquitter des contributions est confirmée par les participants aux interviews menés avec les mutualistes de la catégorie des pauvres et moyens qui majoritairement ont du mal à couvrir les besoins primaires de leur vie quotidienne. Selon eux, il n'est pas toujours facile pour un ménage qui a dix enfants de payer 30.000 Frw pour la contribution de la mutuelle au moment où pour cette même famille il est aussi difficile de payer en même temps la scolarité de ces enfants.

5.2.4. Le temps nécessaire pour obtenir une carte de mutuelle de santé

L'étude a voulu savoir le temps qu'il faut pour obtenir une carte de mutuelle de santé à compter à partir du moment où le mutualiste a payé sa contribution. La figure ci-après nous donne les détails.

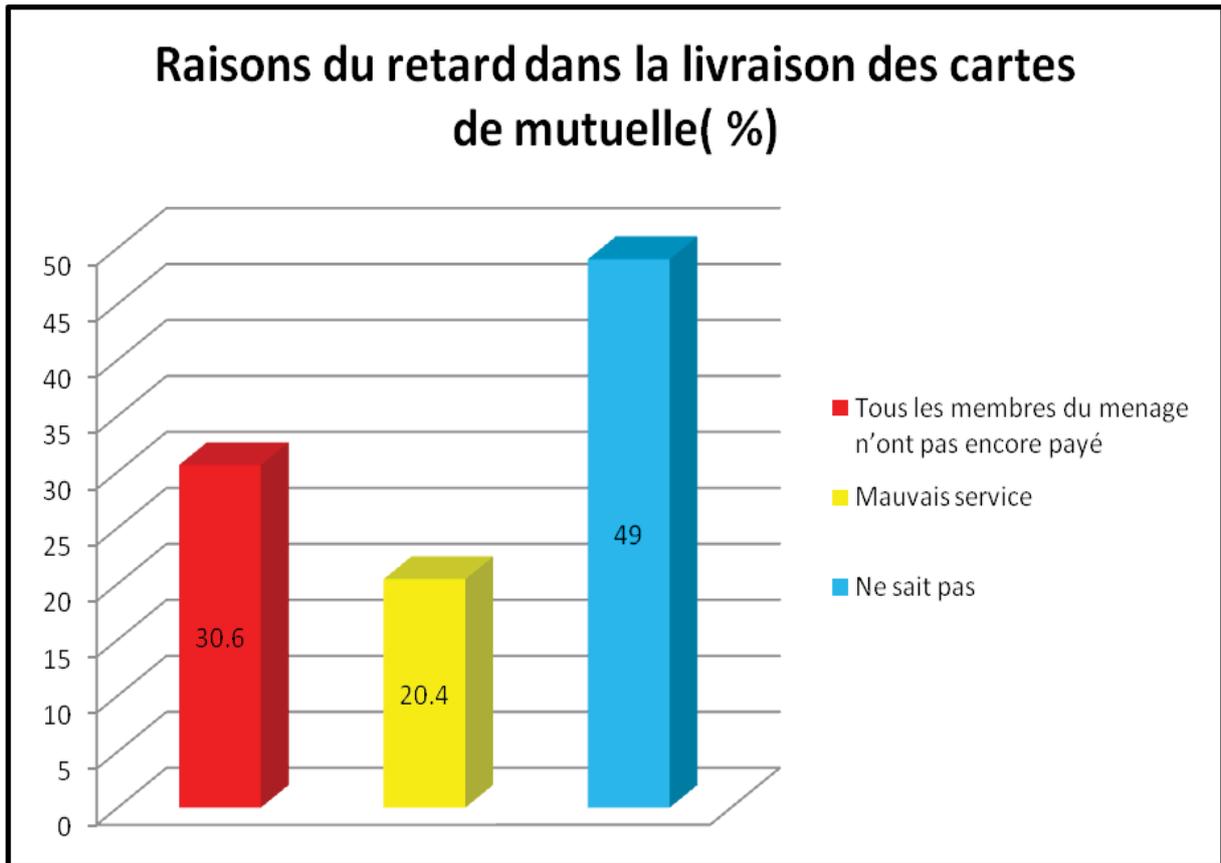
Figure 12: Le temps nécessaire pour obtenir une carte de mutuelle de santé



Il ressort de cette figure que près de la moitié des répondants affirme avoir obtenu la carte de mutuelle de santé directement après avoir payé leur contribution de mutuelle de santé. Il est également encourageant de réaliser que plus de 88% des répondants ont eu leurs cartes de mutuelle de santé dans un délai de moins d'un mois après avoir donné leur contribution. Il convient donc de signaler ici que le service de livraison de carte de mutuelle de santé fonctionne

rapidement. Néanmoins, environ 12% des répondants déclarent que les cartes sont livrées entre un mois et plus de six mois, ce qui implique un retard notoire. Les raisons avancées sont détaillées dans la figure 13.

Figure 13: Raisons pour les quelles la carte de mutuelle de santé n'a pas été donnée à temps



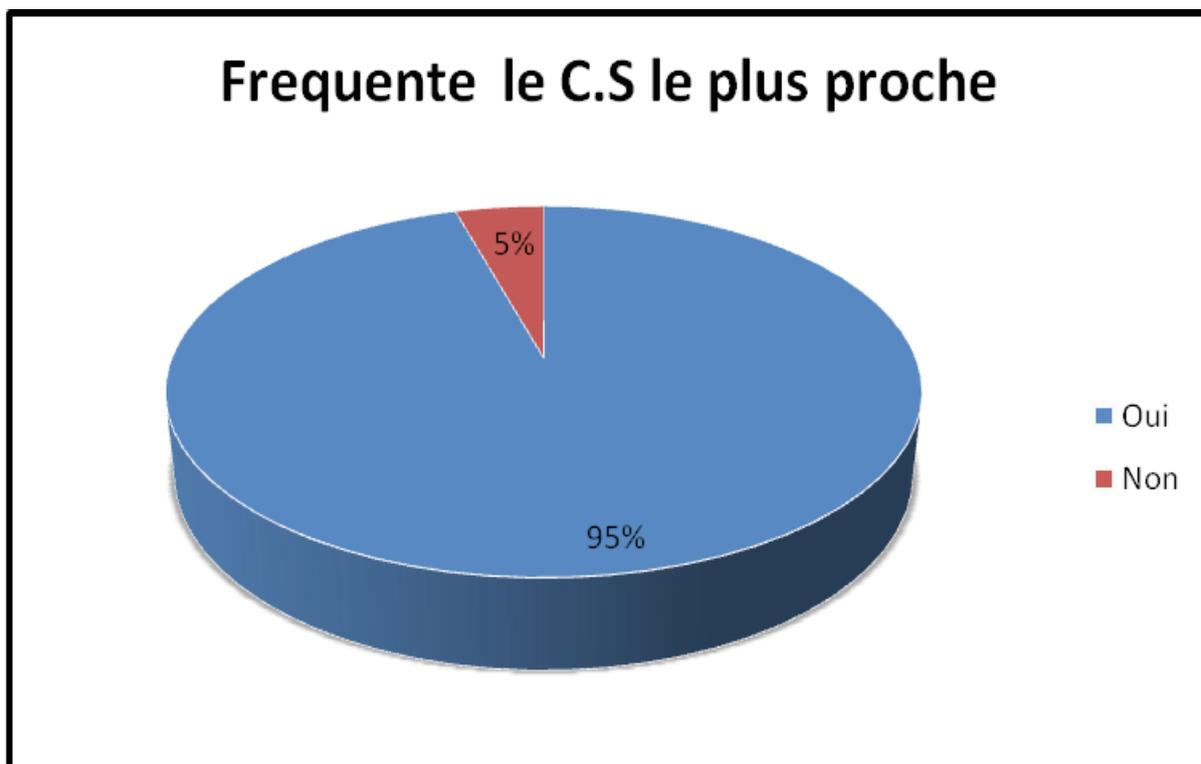
Même si la majorité des mutualistes (49%) ne savent pas les raisons pour les quelles les cartes de mutuelle de santé n'ont pas été données à temps, une proportion importante des répondants (30.6%) trouve que le fait que tous les membres du ménage n'ont pas encore payé leur contribution retarde l'obtention de la carte de mutuelle de santé. Ce problème a été également soulevé par les gestionnaires des mutuelles au niveau des Districts lors des interviews. Cependant, les gestionnaires de mutuelle de santé lors des interviews ont également fait savoir que les adhérents à la mutuelle de santé sont eux-mêmes les sources de retard de livraison de cartes. Ils ont évoqué des propos selon lesquels certains adhérents à la mutuelle de santé après avoir payé leur contribution ne remettent pas des reçus, ce qui fait que ces derniers ne soient pas enregistrés comme membre en ordre.

5.2.5. L'accès et l'utilisation des services de santé

5.2.5.1. Choix de l'établissement sanitaire le plus proche

L'utilisation des établissements sanitaires par la population là où ils existent implique une situation sanitaire prometteuse. Le graphique ci-après nous montre la proportion des mutualistes qui ont utilisé les établissements sanitaires qui leur sont les plus proches dans les 12 derniers mois.

Figure 14: Choix de l'établissement sanitaire le plus proche

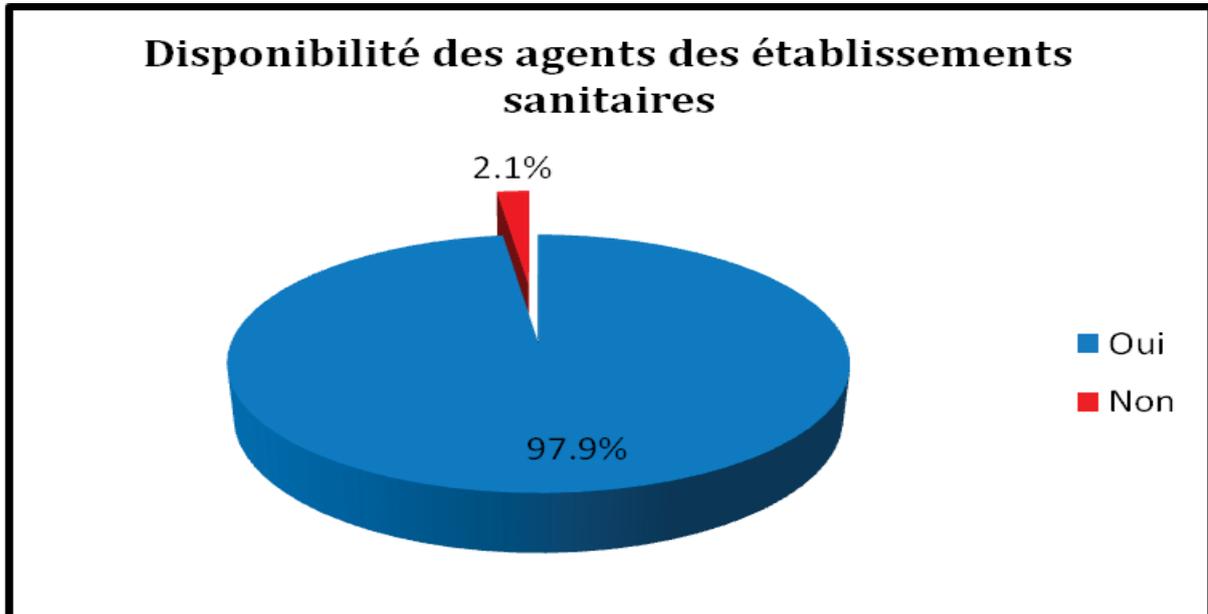


La grande majorité des enquêtés (95%) ont avoué avoir utilisé l'établissement sanitaire le plus proche. Ce résultat est très encourageant par le fait que presque tous les citoyens qui entourent l'établissement sanitaire l'utilisent car cela réduit aussi les frais de déplacement et des risques liés au transport des personnes malades sur des longs trajets, notamment la mortalité.

Disponibilité des agents des établissements sanitaires

L'accès physique à l'établissement sanitaire ne suffit pas à lui seul si les services de santé et surtout la disponibilité des agents de santé devient difficile. L'état de lieu de cette situation est présenté dans la fig.15.

Figure 15: Disponibilité des agents des établissements sanitaires

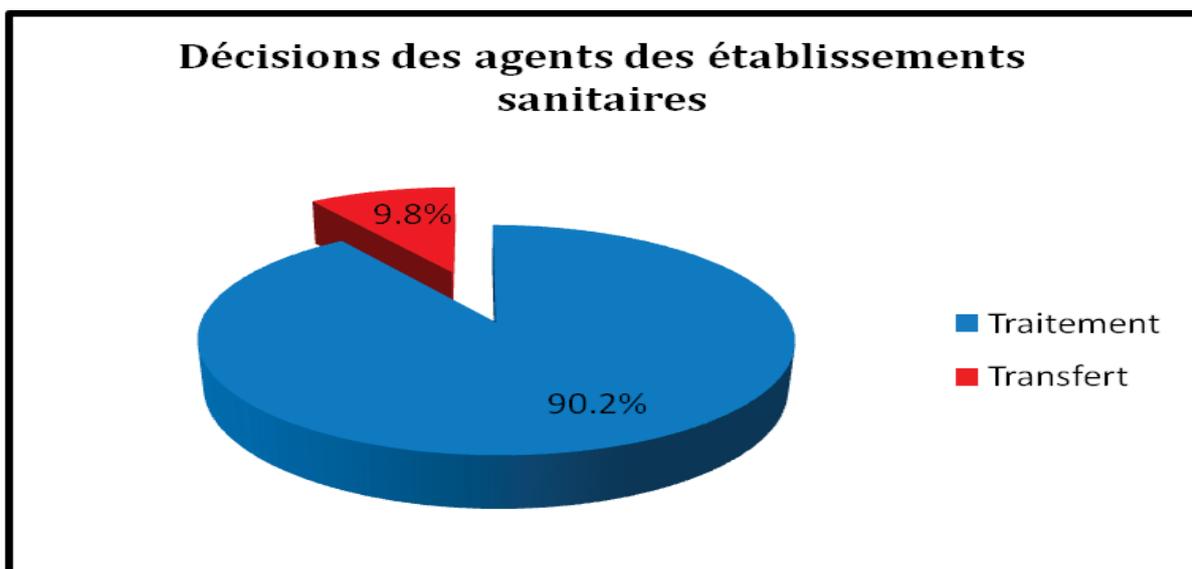


Près de 98% des mutualistes affirment que les agents des établissements les plus proches sont disponibles au travail dans les heures de service. Ceci confirme les résultats présentés ci-haut en rapport avec l'utilisation par la population des établissements sanitaires de leur milieu.

5.2.5.2. Etat des lieux des malades traités ou transférés par l'établissement sanitaire

La figure 16 montre l'état des lieux des malades traités ou transférés par les agents de l'établissement sanitaire.

Figure 16: Etat des lieux des malades traités ou transférés par l'établissement sanitaire



Sur dix malades qui ont fréquenté les établissements sanitaires dans les 12 derniers mois, neuf d'entre eux ont été soignés sur place et seulement une personne sur dix a été transférée ailleurs. Le fait que les malades soient traités au niveau des établissements qui leur sont proches sans pour autant engager des dépenses supplémentaires éventuelles occasionnées par les transferts, indique également soit une satisfaction, soit un problème de manque des moyens de transfert des malades.

5.2.5.3. Le temps nécessaire pour recevoir un service

Un bon service est celui qui est rendu dans un délai relativement raisonnable. La situation de la durée que prend la livraison du service à partir du moment de la demande est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 5: Le temps nécessaire pour recevoir un service

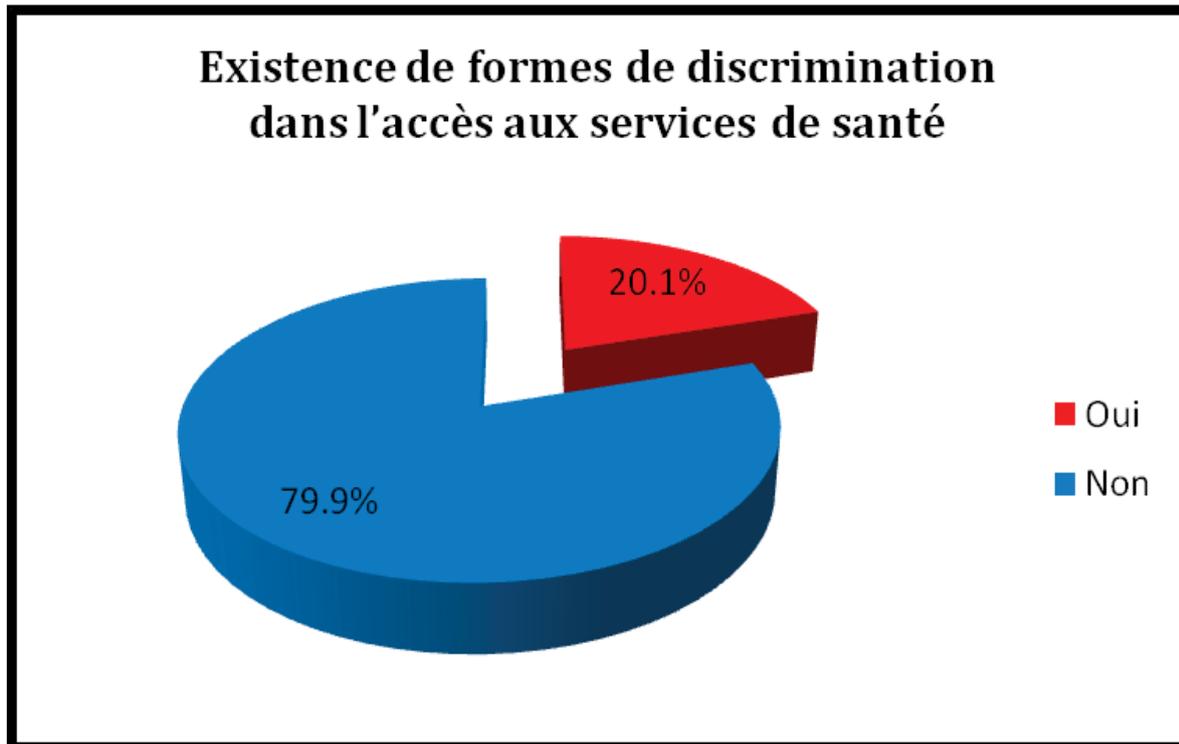
	Fréquence	Pourcentage
Moins d'une heure	649	55.3%
Attente entre 1 et 2 heures	327	27.9%
Attente de moins de 2 et 3 heures	90	7.7%
Attente de moins de 3 et 4 heures	36	3.1%
Plus de 4 heures	61	5.2%
Rentré sans être soigné	11	0.9%
Total	1174	100.0%

Le tableau ci-haut montre clairement que la grande majorité des répondants (83.2%) affirment recevoir le service médical en moins de deux heures et seulement une très minime proportion d'entre eux rentre sans être soignée (0.9%). Ces résultats corroborent avec tous les autres mentionnés précédemment que ce soit au niveau de la disponibilité des agents de santé (97.9%) et même les malades qui sont traités sur place (90.2%). Tous ces indicateurs confirment une très grande satisfaction des mutualistes vis-à-vis de l'utilisation des services de santé. Considération faite des séances éducatives à l'endroit des patients qui précèdent les soins des patients, une attente de 2 heures peut être considérée comme raisonnable.

5.2.5.4. Existence de formes de discrimination dans l'accès aux services de santé

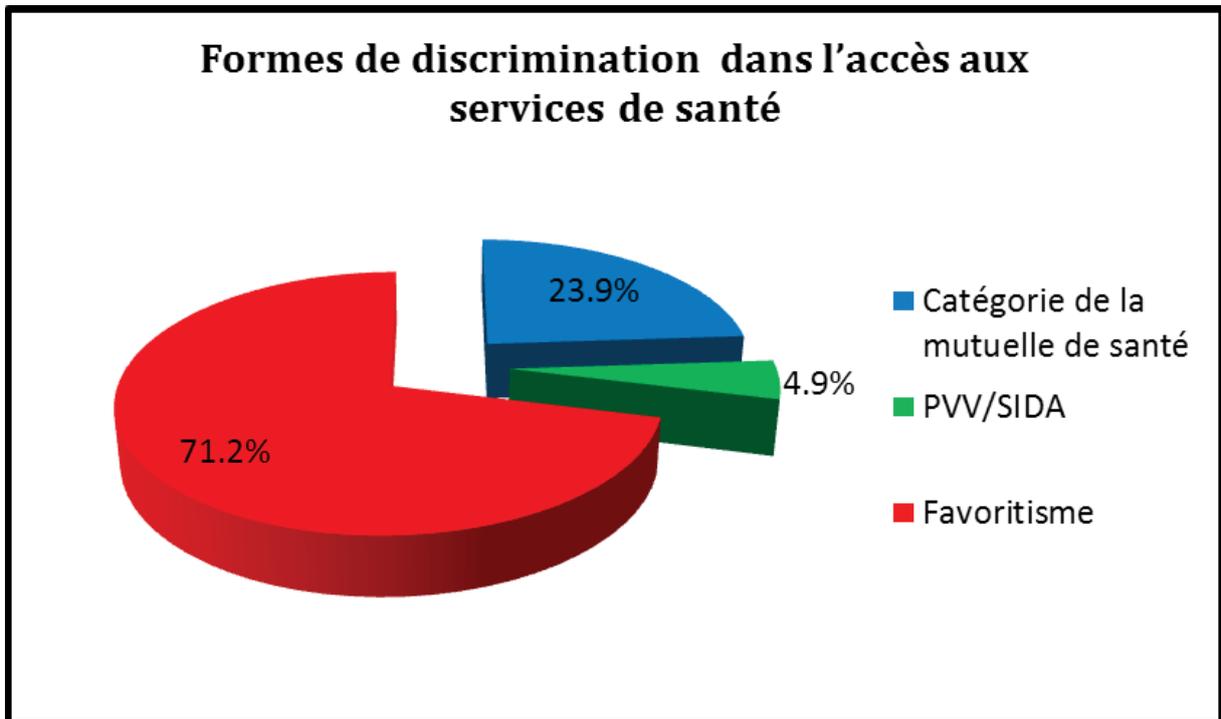
Cette étude a voulu savoir si en dehors de la satisfaction générale des mutualistes sur la qualité des services de santé, il existe des formes de discrimination dans l'accès aux services de santé. C'est ce qui est montré dans la figure 17.

Figure 17: Existence de formes de discrimination dans l'accès aux services de santé



La lecture de ce graphique indique qu'environ 80% des mutualistes nient l'existence des formes de discrimination dans l'accès aux services de santé au moment où 20.1% d'entre eux affirment qu'elles existent. Bien que la grande majorité confirme l'absence de discrimination dans l'accès aux services de santé, mais alors dans le souci d'éradiquer cette discrimination, les points de vue de la minorité (20%) qui en témoigne doivent recevoir une attention plus importante. C'est dans ce cadre que cette étude a aussi penser à identifier les différentes formes de discrimination dans l'accès aux services de santé. Ces formes de discriminations sont présentées dans la figure 18.

Figure 18. Formes de discrimination dans l'accès aux services de santé



Parmi la minorité qui affirme l'existence des formes de discrimination dans l'accès aux services de santé, 71.2% d'entre eux dénoncent le favoritisme comme étant la forme la plus courante de discrimination dans l'accès aux services de santé. Cette forme de discrimination sera développée dans la section sur la corruption en tant qu'une des ses formes. La discrimination liée à la catégorie de mutuelle de santé a récolté 23.9%, occupant ainsi le deuxième rang tandis que la discrimination des PPV existe en troisième lieu d'après 4.9% des répondants.

5.2.5.5. Autres aspects de la qualité des services de santé

Le tableau suivant récapitule le niveau de perception des mutualistes sur les autres aspects de la qualité de service de santé.

Tableau 6: Autres aspects de la qualité des services de santé

Indicateurs	Fréquence		Pourcentage	
	Oui	Non	Oui	Non
Bonne conduite/comportement des médecins/docteurs)	898	60	93.7%	6.3%
Bonne conduite/comportement des infirmiers(ères)	960	212	81.9%	18.1%
L'institution dispose assez de chaises pour les malades	1035	152	87.2%	12.8%
L'établissement sanitaire visité dispose des toilettes	1192	3	99.7%	0.3%
Ces toilettes sont propres	1103	91	92.4%	7.6%
L'établissement sanitaire visité dispose de l'eau accessible aux patients	1164	33	97.2%	2.8%
L'établissement sanitaire visité dispose de l'électricité en permanence	1164	32	97.3%	2.7%
Le personnel soignant prescrit des médicaments aux patients	1166	27	97.7%	2.3%
Tous les médicaments prescrits étaient disponibles sur place	998	183	84.5%	15.5%
Le personnel soignant a traité dans une chambre close respectant l'intimité et confidentialité du service	1186	9	99.2%	0.8%
Les médecins fournissent des informations se rapportant aux diagnostics et traitements	970	209	82.3%	17.7%
Le personnel soignant traite les malades avec respect et dignité	1005	114	89.8%	10.2%

En général, les résultats continuent à manifester une très grande satisfaction des répondants vis-à-vis de la qualité de service de santé. Parmi tous les aspects mentionnés dans le tableau 6, cinq d'entre eux viennent en première position avec des proportions supérieures à 97%. Ces derniers sont notamment : l'établissement sanitaire visité dispose des toilettes (99.7%) et ce qui est plus intéressant, 92.4% estiment que ces toilettes sont propres; le personnel soignant a traité le malade dans une chambre close respectant l'intimité et confidentialité du service(99.2%), le

personnel médical a prescrit des médicaments (97.7%), l'établissement sanitaire visité dispose de l'électricité en permanence(97.3%), et l'établissement sanitaire visité dispose de l'eau accessible aux patients(97.2%).

Mis à part les cinq aspects qui ont récolté plus de 97% de satisfaction en rapport avec le service de santé, il est aussi intéressant de signaler que même les autres aspects tels que cités dans le tableau 6 ont reçus des proportions très satisfaisantes car eux aussi varient entre 82% et 94%. Il convient de noter que même si le niveau de satisfaction est élevé, quelques aspects méritent une attention plus particulière car une proportion non négligeable des mutualistes estiment qu'ils ne sont pas satisfaits de ces derniers. Il s'agit notamment :

18.1 % des mutualistes n'ont pas été satisfaits de la conduite/comportement des infirmiers(ères), la raison majeure de non satisfaction étant le mauvais accueil des infirmiers qu'ils affichent à l'endroit des malades.

- 17.7% des mutualistes ont déploré la façon dont les médecins fournissent des informations se rapportant aux diagnostics et traitements surtout le manque des détails sur le diagnostic de la maladie.
- 15.5% des répondants ont nié que tous les médicaments prescrits étaient disponibles sur place, et se plaignent de la rupture de stock des médicaments et le manque des produits de spécialité.
- 12.8% des répondants ne sont pas d'avis que l'institution sanitaire dispose assez de chaises pour les malades et témoignent que certains malades attendent les services en étant debout suite à l'insuffisance des chaises.
- 10.2% des mutualistes ne sont pas satisfaits de la façon dont le personnel soignant traite les malades. Ils les taxent de ne pas respecter et d'outrepasser la dignité des malades.

5.3. Perception de la corruption et la transparence dans le service de santé

La service rendu ne peut en aucun cas être de bonne qualité lorsqu'il existe la corruption et le manque de transparence dans le processus de prestation de service. Le tableau 7 met en relief la perception des mutualistes sur la corruption et la transparence dans le service de santé.

Tableau 7: Perception de la corruption et la transparence dans le service de santé

Indicateur	Fréquence		Pourcentage		Ne sait pas
	Oui	Non	Oui	Non	
Connaissez-vous les frais autorisés pour les services que vous cherchiez	561	633	47	53	0
Ces frais sont affichés publiquement	266	675	28.3	71.7	0
Les membres paient seulement le montant prévu par la mutuelle de santé (ticket modérateur)	888	194	77.6	5.4	17
Paiement des frais additionnels de compensation (acheter la fiche médicale, transfert, construction du C.S, payer les frais supplémentaires en cas de services dans les heures tardives ou pendant le weekend)	54	536	9.2	90.8	0

Dans le contexte de cette étude, la corruption a été mesurée comme étant le fait d’abuser de ses fonctions en demandant des paiement des frais supplémentaires qui ne sont pas prévus par la réglementation de mutuelle de santé ou simplement des frais payés en dehors du ticket modérateur.

Il ressort des résultats issus du tableau 7 que 5.4% des répondants affirment que les adhérents à la mutuelle de santé paient des frais en dehors du ticket modérateur et 9.2% d’entre eux témoignent qu’il existe des paiements des frais additionnels surtout en cas des heures tardives ou pendant les weekend. Pour ce qui concerne la transparence dans le processus de prestation de service, 53% des répondants déclarent ne pas connaître les montants prévus pour les services de santé dont ils ont besoin et cela est surtout dû au fait que ces montants ne sont pas affichés d’après 71.7% des répondants.

Au Rwanda, dans le cadre de renforcer les principes de transparence dans la prestation des services au niveau des institutions publiques, ces dernières sont formellement demandées à afficher toutes les informations relatives aux services prestés. Le manquement à cette instruction selon les décideurs politiques entrainerait le risque d’arrangements entre les bénéficiaires et les prestataires des services versant dans la corruption.

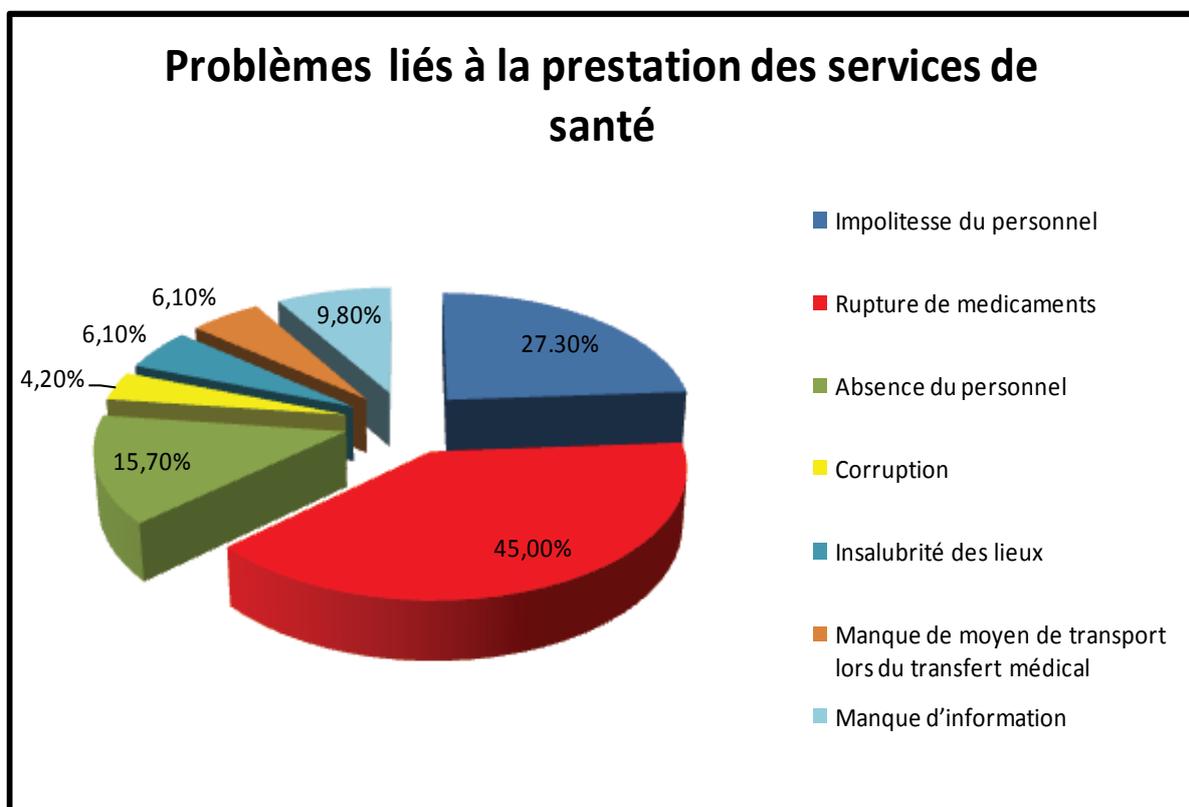
Dans le même souci, les institutions publiques sont appelées à rendre compte devant les citoyens en leur pourvoyant toutes les informations concernant les services qui leur sont donnés. Ces

informations sont données à travers plusieurs canaux tels que les travaux communautaires, les différents comités établis dans les différents échelons, les medias et les affiches.

De ce qui précède, il importe de noter que le niveau de corruption dans ce domaine est bas mais loin d'être négligeable. Bien au contraire, le manque de transparence dans la fixation des frais de prestation de service de santé mérite une attention plus particulière.

La perception de la corruption a été également analysée en répertoriant différents problèmes inhérents à la prestation des services de santé. La figure 19 nous en donne les détails.

Figure 19: Problèmes liés à la prestation des services de santé



Parmi les problèmes liés à la prestation des services de santé, la rupture des médicaments occupe la première place selon 45% des répondants, suivi de l'impolitesse du personnel qui a recolté 27.3%, et en troisième lieu vient l'absence du personnel d'après 15.7% des répondants. La corruption quant à elle, arrive en dernière position avec une proportion de 4% des répondants. Le fait que la corruption constitue le moindre des problèmes liés à la prestation de service de santé, montre également que le niveau de corruption dans le processus de prestation de service de santé est très bas comme précédemment signalé dans le tableau 7.

5.4. La perception sur la gestion des problèmes dans le processus de prestation de service de santé

L'évaluation de la qualité de prestation de service examine aussi dans quelle mesure les prestataires de service répondent favorablement aux problèmes qui leur sont présentés. C'est ce qui est montré dans le tableau suivant.

Tableau 8: La perception sur la gestion des problèmes dans le processus de prestation de service de santé

Modalité de réponse	Nombre de ceux qui ont répondu à la question		Pourcentage par rapport à ceux qui ont répondu à la question	
	Oui	Non	Oui	Non
Disposition à porter plaintes en cas de violations de ses droits	58	231	20.1	79.9
Connaissance de l'organe de recours en cas de violation de ses droits	44	197	18.3	81.7
Traitement avec respect par la personne chez qui on avait réclamé	39	26	60	40
Problème résolu avec satisfaction	24	38	38.7	61.3

Même si les mutualistes sont généralement satisfaits, le peu des gens qui ont rencontré des problèmes liés à la prestation des services affichent une perception différente. Près de 80% des mutualistes qui ont été victimes de mauvais encadrement au niveau de centre de santé n'ont pas fait des réclamations, environ 82% d'eux ne connaissent pas la personne chez qui réclamer lorsqu'ils font face aux problèmes.

Ces résultats montrent également que 60% des répondants qui ont eu des problèmes dans le processus de prestation de service de santé ont bénéficié d'un traitement respectueux par la personne chez qui ils avaient adressé leurs problèmes mais que seulement 38.7% ont vu leur problème résolu avec satisfaction.

5.5. Satisfaction générale de la qualité de service

Le tableau suivant récapitule la situation générale de la qualité de prestation des services de santé.

Tableau 9: Evaluation des indicateurs de satisfaction de la qualité de service

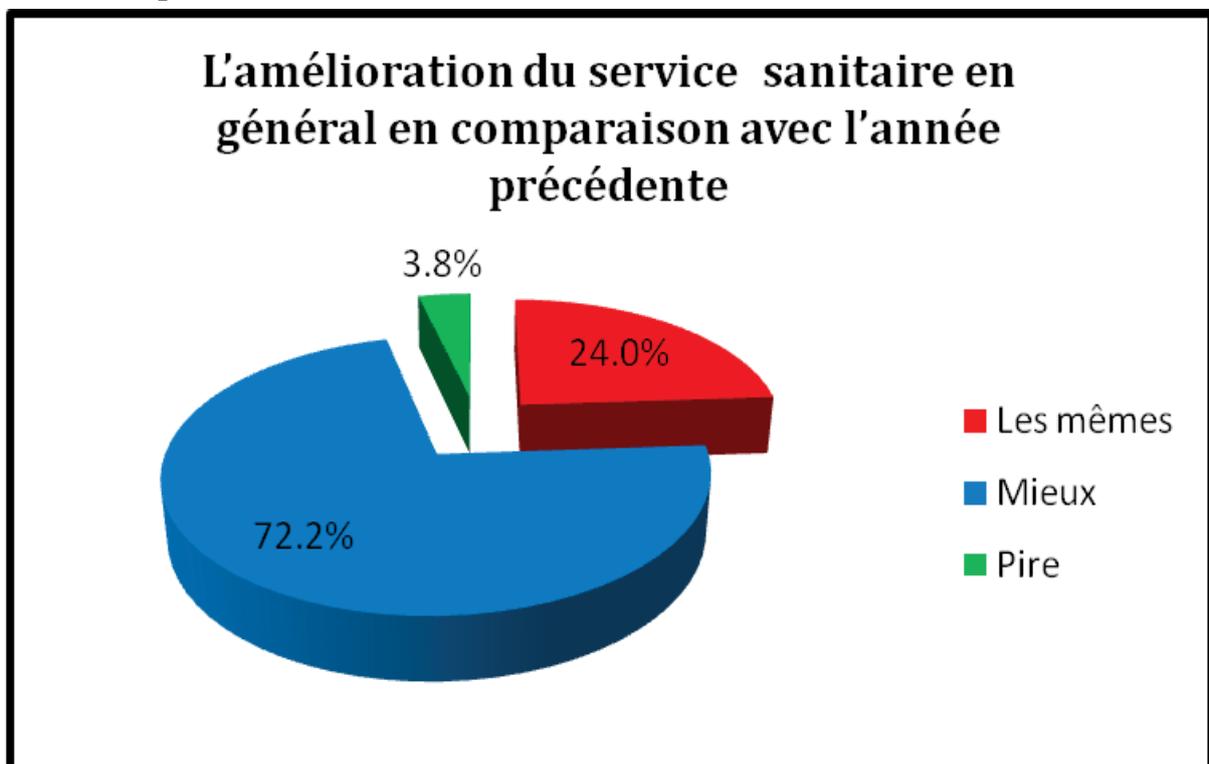
Indicateur	Totalement Insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Suffisamment satisfait	Total	Score
1. Qualité de l'accueil	49	101	192	691	160	1193	73.6%
2. Catégorisation de la mutuelle de santé	58	147	145	662	179	1191	72.7%
3. Recouvrement des frais d'adhésion à la mutuelle de santé	67	154	169	659	115	1164	70.3%
4. Attente avant d'être servi	37	107	246	685	121	1196	72.5%
5. Disponibilité des médicaments	66	190	237	522	168	1183	69.1%
6. Niveau de confidentialité	9	25	33	641	377	1085	84.9%
7. Comportement des Médecins	15	36	55	657	264	1027	81.8%
8. Comportement des infirmiers(ères)	36	91	147	733	175	1182	75.6%
9. Accès et usage de l'eau dans l'établissement sanitaire	15	19	51	729	375	1189	84.1%
10. Eclairage de l'établissement sanitaire	6	9	16	722	443	1196	86.5%
11. Propreté de l'établissement sanitaire	13	14	70	793	300	1190	82.7%
12. Satisfaction des services de santé en général	35	51	204	752	133	1175	75.3%

Il convient de rappeler que le niveau de satisfaction des répondants vis-a-vis de différents aspects retenus dans cette étude est mesuré par un score qui représente le seuil de satisfaction moyen en tenant compte de la pondération des modalités de niveau de satisfaction variant entre la très grande satisfaction et la non satisfaction.

La satisfaction globale des mutualistes vis-à-vis de la prestation des services de santé est très élevée avec un score de 75.3%. Les indicateurs ayant beaucoup plus contribué à récolter cette très grande satisfaction sont notamment : le niveau de confidentialité (84.9%), comportement des Médecins(81.8%), comportement des infirmiers/ères(75.6%), accès et usage de l'eau dans l'établissement sanitaire(86.5%), éclairage de l'établissement sanitaire(86.5%) et propreté de l'établissement sanitaire(82.7%).

Enfin de compte, l'étude a voulu mettre en évidence la perception des mutualistes sur l'amélioration des services sanitaires prestés par rapport à l'année précédente tel que présenté dans la figure 20.

Figure 20: L'amélioration du service sanitaire en général en comparaison avec l'année précédente



Non seulement les mutualistes ont témoigné une très grande satisfaction vis-à-vis de la prestation des services de santé, mais aussi la majorité (72.2%) d'entre eux ont affirmé que ces services se sont actuellement améliorés par rapport à l'année précédente bien qu'une très minime proportion (3.8%) estime que les services prestés actuellement sont pires par rapport à l'année précédente.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude sur la satisfaction de la population adhérant à la mutuelle de santé en matière de la prestation des services sanitaires au Rwanda a associé l'approche qualitative et l'approche quantitative pour analyser la qualité des services de la mutuelle de santé. Cette étude s'était fixé les hypothèses suivantes :

1. Les mutualistes ne seraient pas satisfaits de leurs catégories au sein de la mutuelle de santé ;
2. Les mutualistes s'acquitteraient difficilement des frais d'adhésion à la mutuelle de santé suite au manque des moyens ;
3. Les mutualistes seraient satisfaits de la qualité des services leur offerts par le personnel soignant ;
4. Les mutualistes accèdent aux soins de santé dans la transparence et sans aucune autre forme de discrimination.

Cette étude a relevé les résultats suivants:

1. Satisfactions de mutualistes avec leur catégorie au sein de la mutuelle de santé

- La majorité des mutualistes (72.7%) sont satisfaits de leur catégorie de mutuelle de santé. Néanmoins, une proportion non négligeable de 27.3% expriment la non satisfaction d'appartenir à leur catégorie de mutuelle de santé, la catégorie la moins satisfaite étant celle de riches. Ce résultat ne confirme pas l'hypothèse selon la quelle les mutualistes ne seraient pas satisfaits de leur catégorie de mutuelle de santé.

2. Frais d'adhésion

- Cette étude révèle que 77.5% des mutualistes ont été solvables aux exigences pécuniaires de la mutuelle de santé au moment où 19 % ont avoué ne pas avoir payé la totalité de la mutuelle de santé durant les 12 derniers mois, la catégorie des vulnérables étant la plus insolvable. Les causes de cette insolvabilité d'après les répondants sont le manque de moyens financiers et le retard des subventions pour la catégorie des vulnérables. Comme dans le cas précédant, de manière générale, ce résultat ne confirme pas la deuxième hypothèse mais une minorité de ceux qui ont déclaré être insolubles ont avancé comme raison le manque des moyens financiers.

3. Qualité des services et satisfaction

- **Délais pour l'obtention des cartes.** Il est encourageant de réaliser que plus de 88% des répondants ont eu leurs cartes de mutuelle de santé dans un délai de moins d'un mois après avoir donné leur contribution. Néanmoins, environ 12% des répondants déclarent

que les cartes sont livrées entre un mois et plus de six mois, avec pour raison que tous les membres de famille n'ont pas encore payé leur contribution. Rappelons ici que la cotisation de mutuelle de santé se fait collectivement dans le ménage.

- **Etablissements et agents de santé.**

La grande majorité des enquêtés (95%) ont avoué avoir utilisé l'établissement sanitaire le plus proche, près de 98% des mutualistes affirment que les agents des établissements les plus proches sont disponibles au travail et (83.2%) affirme recevoir le service médical en moins de deux heures.

- **Discrimination.**

Environ 80% des mutualistes nient l'existence des formes de discrimination dans l'accès aux services de santé mais les 20% témoignent que le favoritisme est la forme la plus courante de discrimination dans l'accès aux services de santé. Ceci confirme la quatrième hypothèse selon laquelle les mutualistes accèdent aux soins de santé dans la transparence et sans aucune autre forme de discrimination.

- **Corruption.**

L'étude révèle un très faible niveau de corruption car seulement 5.4% des répondants affirment que les adhérents à la mutuelle de santé paient des frais en dehors du ticket modérateur et 9.2% d'entre eux témoignent qu'il existe des paiements des frais additionnels surtout en cas des heures tardives ou pendant le weekend. En outre, parmi les problèmes liés à la prestation des services de santé, la corruption arrive en dernier lieu avec une proportion de 4%.

4. Satisfaction globale. La satisfaction globale des mutualistes vis-à-vis de la prestation des services de santé au Rwanda est très élevée avec un score de 75.3% et la majorité (72.2%) des répondants ont affirmé que ces services se sont actuellement améliorés par rapport à l'année précédente. Ce résultat confirme la troisième hypothèse selon laquelle les mutualistes seraient satisfaits de la qualité des services leur offerts par le personnel soignant.

5. Résolution de problèmes. Même si le niveau de satisfaction des mutualistes est généralement très élevé, près de 80% des mutualistes qui ont été victimes de mauvais encadrement au niveau de centre de santé n'ont pas fait des réclamations, environ 82% d'eux ne connaissent pas la personne chez qui réclamer lorsqu'ils font face aux problèmes et seulement 38.7% ont vu leur problème résolu avec satisfaction.

6. Autres sources d'insatisfaction. De même une proportion non négligeable (> 10%) témoigne la non satisfaction de certains aspects tels que : la conduite/comportement des infirmiers(ères), la façon dont les médecins fournissent des informations se rapportant aux diagnostics et traitements, disponibilité des médicaments etc.

Compte tenu des résultats de cette étude, les actions suivantes sont recommandées:

❖ *Aux décideurs du secteur de santé, responsables de la mutuelle de santé, districts et établissements sanitaires*

- Revoir le processus de passation des marchés des médicaments essentiels afin d'éviter des ruptures de stocks des médicaments au niveau des centres de santé et des hôpitaux ;
- Revoir les mécanismes de recouvrement des frais d'adhésion à la mutuelle de santé pour que la population soit de plus en plus consciente et responsable de son auto-prise en charge sanitaire ;
- S'assurer que la catégorisation des membres de la mutuelle de santé est faite dans la transparence ;
- Verser à temps des cotisations des gens de la catégorie des indigents pour qu'ils puissent accéder sans délai aux soins de santé;
- La descente sur terrain des agents de mutuelle de santé est indispensable afin de régler les problèmes liés à l'enregistrement des nouveaux membres et les autres qui ont payé mais qui n'ont pas déclaré ainsi que les problèmes liés aux services offerts par les agents de santé ;
- Les agents de santé sont appelés à éviter le favoritisme (un exemple de favoritisme est de ne pas respecter l'ordre d'arrivée des malades en donnant le service rapide aux personnes ayant des relations proches avec les agents de santé) qui est la forme de corruption et de discrimination la plus courante dans l'accès aux services de santé ;
- Les gestionnaires de centres de santé doivent mettre en place un mécanisme de gestion de problèmes pouvant les aider à résoudre les plaintes des patients qui leur sont soumises en instaurant un système de boîte à suggestions au niveau du centre de santé ;
- Les formations sanitaires doivent offrir un service de qualité et plus particulièrement améliorer les aspects tels que la conduite/comportement des infirmiers(ères), la façon dont les médecins fournissent des informations se rapportant aux diagnostics et traitements, la disponibilité des médicaments, comme cela été évoqué par une proportion non négligeable des mutualistes. Des mesures pratiques doivent être prises à ce niveau dont des formations régulières pour les prestataires des services de santé et des supervisions fréquentes des centres de santé par les instances habilitées.

Aux usagers de la mutuelle de santé

- Les mutualistes devraient être encouragés à se regrouper dans les tontines (Ibibina en langue locale) comme solution au problème de retard ou la difficulté de payer la totalité de contributions de mutuelle de santé les associés unissent leurs capacités productives afin d'accroître les revenus financiers. Le cas échéant ils pourraient demander un crédit collectif pour payer les frais d'adhésion à la mutuelle de santé ;
- S'approprier de la mutuelle de santé pour un accès durable aux soins de santé pour tous au Rwanda.

Aux organisations non-gouvernementales intervenant dans le secteur de santé au Rwanda

- Les organisations non gouvernementales (Croix rouge, Oxfam, Caritas...), les initiatives locales des districts qui prennent en charge les contributions des vulnérables sont aussi appelées à payer ces frais à temps et informer les bénéficiaires de l'état de solvabilité des subventions ;
- Sensibiliser les membres de mutuelle de santé à déposer à temps les reçus de paiement des leurs contributions afin de permettre le processus immédiat de livraison des cartes et éviter le retard dans ce service ;
- Sensibiliser la population que l'adhérence à une assurance maladie est obligatoire et qu'il n'est pas seulement le problème des malades mais plutôt de tout le monde car la maladie peut surgir inopinément.
- Les médias devraient non seulement être négativistes mais aussi sensibiliser les biens faits de la mutuelle de santé et relater des efforts entrepris par les divers intervenants dans les sens de l'amélioration d'accès de la population aux soins de santé.

REFERENCES

- BIT: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, 2000
- Fonteneau, et Galland, «The community-based model: mutual health organizations in Africa», in Protecting the poor. A micro insurance compendium, ILO, Munich, 2006
- Journal officiel N° 62/2007 du 30/12/2007 : Loi portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé.
- MINISANTE : Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda, 2003
- Ministry of Health: Rwanda National Health Insurance Policy, Kigali, 2010
- Ministry of Local Government; National Social Protection Strategy, Rwanda, 2011
- MINALOC : Rwanda Local Collective Action(Ubudehe) , 2005
- National Institute of Statistics of Rwanda(NISR): The Third Integrated Household Living Conditions Survey (EIVC3), Kigali, Rwanda, 2008
- OMS, De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle, Expérience du Rwanda, DISCUSSION PAPER NUMERO 1 – 2009, GENEVE, 2009
- WORLD BANK : L'initiative de Bamako, 15 ans après, un agenda inachevé, octobre 2004
- www.minisante.gov.rw
- www.copmfrafrica.ning.com