



Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi

Solidarité-Santé-Développement

C/O : 25, Rue du Bu tutsi, Quartier ROHERO II

BP 2695 BUJUMBURA-BURUNDI

E-mail: pamusabdi@yahoo.fr

**PLATE FORME DES ACTEURS DES MUTUELLES DE SANTE AU
BURUNDI (PAMUSAB).**

***PROPOSITIONS D'UNE STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DE
L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU BURUNDI.***

Bujumbura ; Septembre 2013.

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
RESUME EXECUTIF	6
INTRODUCTION.....	8
CHAP. I. CONTEXTE NATIONAL	10
1.1. CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE.....	10
1.2. CONTEXTE POLITIQUE.....	10
CHAP. II. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE DU BURUNDI.....	11
2.1. INDICATEUR DE SANTE.	11
2.2. STRUCTURE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	12
2.2.1. <i>Le niveau central</i>	12
2.2.2. <i>Le niveau intermédiaire</i>	12
2.2.3. <i>Le niveau périphérique</i>	12
2.3. L'ORGANISATION DU RESEAU DES SOINS.....	13
2.3.1. <i>Le niveau de base</i>	13
2.3.2. <i>La première référence</i>	13
2.3.3. <i>La deuxième référence</i>	13
2.3.4. <i>La référence nationale.</i>	13
CHAP.III. PRINCIPALES REFORMES DE LA SANTE INITIEES PAR LE GOUVERNEMENT.....	14
3.1. LA DECENTRALISATION A TRAVERS LA MISE EN PLACE DES DISTRICTS SANITAIRES.	14
3.2. POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS	15
3.3. INTRODUCTION DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE	15
3.3.1. <i>Les forces du Financement basé sur la performance (FBP).</i>	15
3.3.2. <i>Les faiblesses du Financement basé sur la performance (FBP)</i>	15
CHAP. IV. LE FINANCEMENT DE LA SANTE AU BURUNDI.	17
4.1. L'INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE (INSS).....	17
4.2. LA MUTUELLE DE LA FONCTION PUBLIQUE (MFP).	17
4.3. L'OFFICE NATIONAL DES PENSIONS ET RISQUES PROFESSIONNELS.....	17
4.4. LA CARTE D'ASSISTANCE MEDICALE (CAM).....	18
4.5. LES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE.	18
4.5.1. <i>Les mutuelles de santé de l'Archidiocèse de Gitega</i>	18
4.5.2. <i>Les mutualités du Diocèse de Muyinga</i>	19
4.5.3. <i>Les Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi.</i>	19
4.5.4. <i>Les mutuelles de santé de l'UCODE</i>	20
4.5.5. <i>Les mutuelles de santé promues par MEMISA Belgique.</i>	21
4.5.6. <i>Les mutuelles de santé encadrées par la FVS/AMADE Burundi.</i>	21
4.5.7. <i>Tableau synthèse des données sur les Acteurs Mutualistes Burundais.</i>	21
4.5.8. <i>Les avantages des mutuelles de santé.</i>	23
4.5.10. <i>Faiblesses des différents systèmes.</i>	25
4.5.10.1. <i>La Carte d'Assistance Médicale</i>	25
4.5.10.2. <i>Les Mutuelles de santé communautaires</i>	26
4.6. LES SOCIETES D'ASSURANCE PRIVEES	26
4.7. FINANCEMENT PAR LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS.	26
CHAP.V. PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE DU BURUNDI (PNPS).....	27
5.1. CADRAGE TECHNIQUE DE SA VISION	27
5.2. LES OBJECTIFS DU DOCUMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE	27

5.3. LES PLANS STRATEGIQUES DE LA PNPS POUR LE SECTEUR INFORMEL ET RURAL.	27
5.3.1. <i>Les plans à court terme de l'économie informelle et secteur rural</i>	28
5.3.2. <i>Les plans à moyen terme de l'économie informelle et secteur rural</i>	28
5.3.3. <i>Les plans à long terme de l'économie informelle et secteur rural</i>	28
5.4. LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA PNPS.	29
5.5. FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE AU BURUNDI	29
5.6. CADRE DE PILOTAGE STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL.....	30
CHAP. VI. LE PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2011-2015.....	31
CHAP. VII. PROPOSITIONS DE LA PAMUSAB.....	32
7.1. POURQUOI LA PROPOSITION DE CREER UNE ASSURANCE MALADIE INTEGRANT LES MUTUELLES DE SANTE ?.....	32
7.2. LE PROCESSUS DE MISE EN PLACE D'UNE ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE.....	32
7.2.1. <i>Réformes d'ordre juridique et l'harmonisation des textes</i>	32
7.2.2. <i>Le financement du système</i>	33
7.2.3. <i>Le modèle proposé par la Plateforme</i>	34
CONCLUSION.	37

SIGLES ET ABREVIATIONS.

ADISCO	: Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines
AMU	: Assurance Maladie Universelle
FBu	: Franc Burundais
BIT	: Bureau International du Travail
BPS	: Bureau Provincial de Santé
BUSNIS	: Bulletin du Système National d'Information Sanitaire.
CAM	: Carte d'Assistance Médicale
CHUK	: Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge
CdS	: Centre de Santé
CMVV	: Mutualités Chrétiennes de Gand
CNAC	: Confédération Nationale des Associations des Caféculteurs
CNAR	: Centre National d'Appareillage et de Réadaptation
CENI	: Commission Electorale Nationale Indépendante
CNPK	: Centre Neuropsychiatrique de Kamenge
CNPS	: Commission Nationale de Protection Sociale
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CPLR	: Clinique Prince Louis Rwagasore
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DGPS	: Direction Générale de la Protection Sociale
DTS	: Droits de Tirage Spéciaux
FBP/PBF	: Financement Basé sur la Performance
FNGM	: Fond National de Garantie des Mutuelles de santé
FNL	: Forces Nationales de Libération
FOSA	: Formation Sanitaire
HMK	: Hôpital Militaire de Kamenge
IHP	: International Health Partnership

INSS	: l'Institut National de Sécurité Sociale
ISTEEBU	: Institut Statistique des Etudes Economiques du Burundi
LD	: Louvain Coopération au Développement
LIAM	: Lutte contre l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MSAG	: Mutuelles de Santé de l'Archidiocèse de Gitega
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
MUSA/MS	: Mutuelle de Santé
MUSCABU	: Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	: Politique Nationale de Protection Sociale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNS	: Politique Nationale de santé
PROMUSCABU	: Promotion des Mutuelles de Santé des Caféculteurs du Burundi
PTA	: Paquet Tertiaire d'Activités
RAC	: Revue Annuelle Conjointe.
SONAVIE	: Société Nationale d'Assurance Vie
UCAR	: Union Commerciale d'Assurance et de Réassurance
UCODE	: Union pour la Coopération et le Développement

RESUME EXECUTIF

L'accessibilité financière de la population aux services et soins de santé reste problématique au Burundi. Les différents mécanismes de financement de la santé que le Gouvernement a tenté, notamment la gratuité des soins, le financement basé sur les performances (PBF), la carte d'assistance médicale (CAM), etc. n'ont pas pu apporter de solutions durables à cette question dans la mesure où elles reposent sur des financements externes souvent insuffisants et instables qui commencent à mettre en mal le système sanitaire national.

La Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi, PAMUSAB en sigles, qui réunit tous les intervenants sur la mutualité de santé au Burundi, s'est engagée sur la voie du développement des Mutuelles de santé promues par les communautés à la base. Les résultats qu'elle a enregistrés montrent que la mutualité constitue une excellente voie pour permettre aux populations burundaises d'accéder à des soins de santé de qualité en particulier pour les populations rurales et du secteur informel de manière progressivement pérenne.

Les mutuelles de santé présentent de très nombreux avantages notamment la participation et la responsabilisation des populations, la séparation de l'offre et de la demande qui permet d'influencer la qualité des soins de santé, le partage du risque maladie et en conséquence la diminution des coûts de santé, le contrôle social à la fois de l'offre et de la demande, l'opportunité de coupler aux mutuelles de santé des initiatives de développement ainsi que le renforcement de la cohésion sociale si importante pour notre pays.

C'est pourquoi, la PAMUSAB demande au Gouvernement du Burundi de bâtir l'Assurance Maladie Universelle sur les mutuelles de santé communautaires comme l'a d'ailleurs recommandé la Politique Nationale de Protection Sociale. Le présent document présente la stratégie que propose la PAMUSAB pour arriver à cette fin, mais qui devra faire l'objet d'une vaste concertation nationale de toutes les forces vives du pays afin d'arriver à un consensus national sur cette question vitale.

L'architecture proposée par la PAMUSAB repose sur la mise en place de mutuelles de santé communautaires dans chaque commune avec des sections mutualistes dans chaque aire de santé et qui se fédèrent en unions de district, puis en fédérations provinciales et en une confédération nationale. Chaque niveau reçoit un accompagnement technique approprié apporté tantôt par des ONG ou par des structures étatiques.

Le Gouvernement, grâce à un fonds d'appui à la mutualité géré par le centre national d'appui à la mutualité, organise la péréquation et la solidarité des mutuelles tout en renforçant leurs capacités financières et techniques.

La prise en charge des indigents serait également organisée au travers les mutuelles et leurs cotisations payées par la solidarité nationale et internationale afin d'éviter leur stigmatisation et leur discrimination.

Les acteurs mutualistes, réunis au sein de la PAMUSAB proposent l'adoption d'un instrument législatif instituant le système d'Assurance Maladie Universelle obligatoire au Burundi ainsi que la mise en place d'un cadre légal régissant les mutuelles de santé au Burundi.

Nous sommes du même avis que l'Etat a le devoir d'assister la population dans les situations difficiles et de lui procurer des soins de santé de qualité en soignant l'offre. Il revient à une autre partie de s'occuper de la demande des soins et cela ne peut se faire efficacement qu'à travers les organisations des populations utilisatrices en mutuelles de santé communautaires qui contribuent au financement de la santé et participent au développement intégral de la personne humaine dans sa dignité et qui a droit aux soins de santé et à une vie de qualité.

INTRODUCTION.

Pendant la période de conflits de 1993-2009, les dépenses publiques de santé ont chuté de manière drastique, affaiblissant le système de santé au moment même où les besoins de santé augmentaient. Avec la pacification et la stabilisation du pays, l'aide étrangère et les ressources publiques allouées au secteur ont commencé à augmenter. Malgré des progrès récents, l'état de santé de la population n'a pas retrouvé le niveau qui prévalait avant la crise de 1993. Près d'un tiers de la population en effet ne reçoit pas de soins de santé lorsqu'il en a besoin principalement du fait de barrières financières à l'accès aux soins. Pendant le conflit, l'aide extérieure et les dépenses du gouvernement dans le secteur ont chuté. En raison de ces coupes dans les dépenses et pour accroître les financements, le gouvernement a mis en place un mécanisme de recouvrement des coûts dans toutes les structures sanitaires. Cette politique a permis aux structures de financer certains de leurs coûts de fonctionnement. Toutefois, comme le revenu des ménages a aussi diminué et que les mécanismes d'exemption et d'allègement ne fonctionnaient pas, les barrières financières à l'accès aux soins de santé demeurent la raison principale de la non-utilisation de services de santé.

Devant cette situation, le Gouvernement du Burundi s'est engagé à réparer les méfaits de plus d'une décennie de conflit sur l'état de santé de la population et à assurer le développement durable du système de santé. Cet engagement figure dans le CSLP I et II du pays et dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS I et II).

En mai 2006, le Président a annoncé l'élimination du paiement des usagers pour les services de santé offerts aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes et celles qui accouchent. Ce décret présidentiel avait pour objectif d'améliorer la santé maternelle et infantile en facilitant l'accès financier aux soins de santé. Cette mesure a réellement accru l'utilisation des services de santé parmi ses bénéficiaires même si une grande frange de la population burundaise connaît des problèmes d'accès aux services de santé. Ces efforts très appréciables fournis par le Gouvernement ont concerné également la subvention des soins pour certaines maladies et des indigents.

Cette volonté politique des Plus Hautes autorités de l'Etat a été renouvelée en 2010 par Son Excellence Monsieur le Président de la République lors de son investiture quand il déclarait que le Gouvernement va mettre en place un système qui facilite l'accès aux services des soins de santé pour les citoyens. Pour matérialiser cette volonté politique, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale avec l'appui technique et financier du Bureau International du Travail (BIT) a élaboré une Politique Nationale de protection Sociale dans le but d'appuyer la politique du Gouvernement dans le cadre de l'extension de la couverture de la sécurité sociale à toute la population burundaise.

Parallèlement, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA a élaboré un nouveau Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. L'objectif de ce plan est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation. Ce Plan prévoit également la promotion des mutuelles de santé comme mécanisme de financement de la santé viable et approprié au Burundi.

Lors du lancement de la CNPS, le Président de la République a encouragé les promoteurs des mutuelles de santé et leur a demandé d'augmenter leur couverture sociale pour épauler le gouvernement dans ses efforts de soutien à la protection sociale¹.

C'est pour soutenir cette bonne initiative présidentielle et contribuer à la réussite de ces instruments que la Plateforme des Mutuelles de Santé au Burundi a jugé utile de faire des propositions pour réussir la mise en place d'une assurance maladie universelle au Burundi. Ces propositions sont adressées au Gouvernement et à tous ses partenaires qui partagent le souci d'arriver à une couverture universelle de toutes les couches de la population burundaise.

CHAP. I. CONTEXTE NATIONAL.

1.1. Contexte socio-démographique.

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo. Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22' 34" de latitude sud et à 29°21'36" de longitude Est. Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l'Imbo à l'Ouest, la dépression de l'Est ainsi que les lacs dont le plus grand est le lac Tanganyika. Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison de pluie (d'octobre à décembre), une petite saison sèche (janvier à février), la grande saison des pluies (de mars à mai) et la grande saison sèche (de juin à septembre).

Le Burundi est classé parmi les pays les plus pauvres du monde (IDH 2013 :0,35). Les principaux signaux de pauvreté au niveau des ménages sont matérialisés par une vie indécente à travers le logement (toiture en paille), des enfants mal nourris (ration une fois/jour), les difficultés de payer le frais des soins de santé et de scolarité, les niveaux de chômage élevé des membres actifs, la vente de la main d'œuvre y compris les enfants, le fait de porter toujours les mêmes habits, l'exploitation d'un terrain agricole oscillant autour d'une moyenne de 0,38 hectares ainsi que, l'absence de bétail et d'opportunités de transfert des revenus par les membres salariés. La pauvreté du ménage constitue en définitive une résultante de la pauvreté des individus qui en sont membres, avec une vulnérabilité plus élevée pour les femmes, les jeunes enfants et les personnes âgées.

1.2. Contexte politique.

Le Burundi a été caractérisé, au cours des deux décennies écoulées, par un manque de dynamisme de l'économie qui s'explique largement par la guerre civile qu'il a endurée depuis 1993 jusqu'en 2009. La guerre civile a entraîné l'instabilité politique qui a empêché le pays de se concentrer sur les programmes de développement économique et social.

Un processus de recherche de la paix a abouti à une signature des accords de paix d'Arusha en Août 2000. Avec la signature de ces accords de paix, d'importants progrès ont été réalisés vers la normalisation de la vie politique.

Aujourd'hui, le pays est stabilisé, et le dialogue politique engagé depuis l'atelier d'élaboration de la feuille de route pour les élections de 2015 et la rencontre de Kayanza sur le code électoral, marquent un espoir pour le bon déroulement des élections de 2015

La sécurité dans le pays est relativement bonne, même si l'intolérance politique polarise encore les acteurs sociopolitiques.

CHAP. II. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE DU BURUNDI.

2.1. Indicateur de santé.

Globalement, l'état de santé de la population se caractérise par une charge élevée de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles.

L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

Selon le PNDS 2011-2015, les taux de morbidité et de mortalité diminuent mais demeurent à des taux élevés. En effet, le taux brut de mortalité est de 16,5/1000 et le rapport de mortalité maternelle est de 866 pour 100.000 naissances vivantes. La morbidité est principalement due aux affections suivantes:

- Le paludisme qui est le principal motif des consultations curatives (74%) ;
- Les infections et autres maladies des voies respiratoires (17%) ;
- Les maladies diarrhéiques (25%) et autres maladies intestinales parasitaires ;
- Le VIH/SIDA et autres IST.
- Les maladies chroniques non transmissibles (HTA, Diabète) ;
- Les maladies ou troubles liés à la grossesse.

Le taux de mortalité infantile est de 59/1000NV et celui de la mortalité infanto juvénile de 96/1000NV. La mortalité néonatale étant de 7,2/1000NV. Le taux d'incidence du paludisme est estimé à 24,6% chez les enfants de 0-5ans en 2010. Le taux de mortalité due au paludisme étant globalement de 34%.

Certaines maladies telles que la bilharziose, l'onchocercose (17%), les verminoses intestinales sont à évolution lente et insidieuse, causant ainsi une morbidité sous diagnostiquée, laquelle morbidité peut se compliquer en une invalidité.

D'autres maladies notamment l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers, les traumatismes, les problèmes de rhumatologie, les maladies ophtalmologiques, les affections uro-gynécologiques, les pathologies neuro-pédiatriques et les maladies mentales sont encore peu documentées.

Le profil épidémiologique du Burundi présente un tableau relativement sombre au vu des chiffres de mortalité. En effet, le ratio de mortalité maternelle était très élevé à 615 pour 100.000 naissances vivantes tandis que le taux de mortalité néonatal était estimé à 42 pour 1.000 naissances vivantes en 2005ⁱⁱ.

La mortalité infantile est de 120 pour 1.000 naissances vivantes et la mortalité juvénile est de 176 en 2005. Elles étaient estimées respectivement à 108 et 180 pour 1.000 naissances vivantes en 2009¹. L'espérance de vie à la naissance a été estimée à 44 ans au Burundi. Le taux de couverture vaccinale

¹ World Health Statistics 2009

est très appréciable avec des taux supérieurs à 95% pour les principaux antigènes tandis que le taux des enfants complètement vaccinés était de 65,4% en 2009.

En 2010, le taux d'accouchement dans les structures de soins était de 60% et la couverture contraceptive était de 18,6% au moment où le taux de couverture prénatale (au mois une visite pendant la grossesse) était de 99%. En 2011², le taux d'accouchement dans les structures de soins était de 71,1% et la couverture contraceptive était de 26,7 CAP au moment où le taux de couverture prénatale était de 81,7% en 2011 (une chute par rapport à 2010). Le taux de malnutrition globale est de 59% avec une malnutrition chronique chez les enfants de 0-5ans de 58%. Le taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-5ans étant de 29%³.

2.2. Structure du système national de santé

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Toutefois, le secteur privé n'est pas bien intégré dans le système national de santé de même que la médecine traditionnelle.

2.2.1. Le niveau central

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation. Le présent niveau assure la fonction de régulation et de normalisation.

2.2.2. Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Ils correspondent au niveau central déconcentré. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle. Ce niveau correspond au deuxième niveau administratif qui est reconnu juridiquement.

2.2.3. Le niveau périphérique

Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 66 hôpitaux et 735 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays. Ce niveau qui couvre 2 à 3 communes souffre du manque d'un cadre juridique. En effet, il correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune. Cette situation constitue une entrave pour son fonctionnement et sa collaboration avec l'administration communale.

² BUSNIS n°4/2012, avril 2012.

³ PNDS 2011-2015

2.3. L'organisation du réseau des soins

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins avec quatre niveaux de soins que sont : le niveau de base, la première référence, la deuxième référence et la référence nationale vers les hôpitaux nationaux et centres spécialisés. Toutefois le secteur privé à but lucratif ne collabore pas avec le MSPLS malgré la participation dans le système de soins du Burundi.

2.3.1. Le niveau de base

Le niveau de base est constitué par les centres de santé. Un paquet minimum d'activité est défini pour chaque CDS couvrant les soins curatifs, préventifs, promotionnels.

2.3.2. La première référence

Le niveau de première référence est constitué par les hôpitaux de district. Ces hôpitaux offrent, en plus du paquet complémentaire d'activités (PCA), le paquet minimum d'activités (PMA) qui devrait être dispensé par les CDS. Ceci entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous utilisation de ceux des centres de santé.

2.3.3. La deuxième référence

Les hôpitaux de deuxième référence sont au niveau de certaines provinces qui répondent plus ou moins aux paquets d'activités des hôpitaux dits régionaux. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains des soins spécialisés.

2.3.4. La référence nationale.

La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés nationaux qui offrent des soins qui ne peuvent pas être trouvés aux autres niveaux comme les traitements et les examens plus poussés. C'est notamment le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK), l'Hôpital Prince Régent Charles (HPRC), l'Hôpital Militaire de Kamenge (HMK), la Clinique Prince Louis Rwagasore (CPLR) auxquels s'ajoutent les centres hospitaliers spécialisés comme le Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK), Centre national de prise en charge de la tuberculose multi résistante (ex- Sanatorium de Kibumbu), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR) à Gitega.

La structuration du système sanitaire détermine la hiérarchie des soins à offrir, mais malheureusement le système de référence et contre-référence n'est pas rigoureusement respecté à la fois par les malades et les prestataires. Ce qui peut mettre en difficultés les assurances-maladies dont les mutuelles de santé, surtout que les coûts de soins vont croissants d'un niveau à un autre, au moment où le pouvoir d'achat de la population ne suit pas le même rythme.

CHAP.III. PRINCIPALES REFORMES DE LA SANTE INITIEES PAR LE GOUVERNEMENT.

3.1. La Décentralisation à travers la mise en place des Districts Sanitaires.

Par définition, le district sanitaire est la structure la plus périphérique responsable vis-à-vis des autorités et de la population pour la gestion administrative et technique du secteur de la santé. C'est donc le niveau le plus périphérique du système de santé. Selon les normes, un district sanitaire doit couvrir une population d'à peu près 150.000 habitants.

Chaque district sanitaire doit contenir un réseau de Centres de Santé publics et/ou agréés qui garantissent une accessibilité géographique suffisante à toute sa population. En moyenne un district sanitaire dispose donc de 12 à 15 CdS, avec un maximum de 20 CdS publics ou agréés (et un minimum de 10). Au total, 45 districts sanitaires ont été mis en place. C'est au début de l'année 2006 que les premiers districts sanitaires pilotes ont été mis en place mais ne sont devenus opérationnels qu'en 2007 et une extension au niveau national n'est intervenue qu'en 2010.

En ce qui est des ressources humaines, selon l'enquête sur les ressources humaines, réalisée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) en 2011⁴, l'effectif total est de 15.937 agents dont 5.957 infirmiers, 418 médecins, 16 sages femmes et 5.464 autres personnels d'appui. En ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin pour 19.231 habitants (la norme de l'OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants), le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier pour 1349 habitants (la norme de l'OMS étant d'un infirmier par 3.000 habitants), le personnel de soutien à la santé représente une part importante des effectifs du MSPLS (44%) suivi par le personnel infirmier (34%). Au total, en octobre 2010 il y'avait 418 médecins au Burundi dont 317 sont les médecins généralistes, 40 sont les médecins spécialistes, et le reste sont des étudiants c'est à dire les médecins stagiaires. 28% de ces médecins sont employés dans l'administration centrale, les BPS ou les BDS. Ainsi, 112 médecins généralistes et 6 spécialistes occupent les fonctions administratives, plutôt que cliniques.

Quant aux médecins spécialistes et Pharmaciens, ils sont presque absents des ressources humaines du pays avec moins de 1%. A part la catégorie d'infirmiers, de sages femmes, d'aides soignants et staff de gestion dans laquelle il ya une prédominance de femmes, les autres catégories sont dominées par le sexe masculin.

Une autre question c'est la mauvaise répartition des ressources humaines. Il existe toujours une forte disparité entre les 4 plus grandes villes et les régions éloignées. Bujumbura Mairie compte 50% des médecins, inclus 75% du total de spécialistes, mais n'abrite que 5% des 8.647.459 habitants que comptait le Burundi en 2011.

⁴ BUSNIS n°4/2012, Avril 2012.

Le PNDS I prévoyait la mise en place d'un partenariat public-privé mais les structures privées n'étaient pas suffisamment associées lors des définitions des politiques sanitaires. Mais aujourd'hui la situation évolue positivement.

3.2. Politique de gratuité des soins

En mai 2006 le Président de la République a annoncé l'annulation du paiement par les usagers pour les services de santé offerts aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes et celles qui accouchent. Ce décret présidentiel avait pour objectif d'améliorer la santé maternelle et infantile en facilitant l'accès financier aux soins de santé. Cette mesure a cependant été suivie par des effets négatifs sur le fonctionnement des structures de soins. En effet, la faible disponibilité de ressources humaines de qualité constitue l'un des défis majeurs du pays pour garantir la disponibilité effective des interventions visées par la mesure présidentielle. (Déficit de personnel médical, infirmier et de paramédicaux (techniciens de laboratoire, de radiologie et autres). Le financement de la gratuité nécessite des moyens très importants qui ne sont pas toujours disponibles, ce qui contribue à détériorer la qualité des soins de santé. Même si la mesure a été salubre pour les groupes pauvres, la non catégorisation financière des bénéficiaires n'assure pas une équité et une justice dans l'accès aux soins de santé. En plus, la mesure annihile toute initiative de participation et de solidarité communautaire en matière de santé ; Ce qui freine l'adhésion au système d'assurance-maladie communautaire.

3.3. Introduction de la stratégie de financement basé sur la performance

Le PNDS 2006-2010 dans son objectif 4 prônait le renforcement de la performance du système national de santé à travers entre autres stratégies le recours à la contractualisation des services de santé. Le financement basé sur la performance a été retenu comme stratégie à mettre en œuvre avec pour objectif de motiver et stabiliser le personnel de santé, inciter le personnel de santé à travailler même au niveau des structures de soins les plus périphériques, améliorer la qualité des soins offerts à la population, renforcer l'autonomie, l'organisation et la gestion des structures de santé, prendre en compte le point de vue de la population dans la résolution des problèmes de santé. Cette stratégie présente des forces qui contribuent à renforcer le système de santé et des faiblesses qu'il faudrait analyser en profondeur.

3.3.1. Les forces du Financement basé sur la performance (FBP).

Généralement, les FOSA impliquées dans le système FBP bénéficient d'appuis techniques et financiers ainsi que des formations qui les encouragent à améliorer les indicateurs visés par le système. L'approche FBP a un impact positif dans la capacité de prise de décisions dans les FOSA car elle augmente le niveau d'autonomie financière et organisationnelle des responsables des dites FOSA.

3.3.2. Les faiblesses du Financement basé sur la performance (FBP)

- Le FBP actuel vise la quantité des services et des prestations plus que leur qualité.
- La combinaison gratuité-FBP accuse des déficits énormes qui compromettent le fonctionnement des formations sanitaires suite aux arriérés accumulés.

- Le système étant basé presque exclusivement sur des financements extérieurs imprévisibles dans le temps et dans la durée, la fin du financement risque d'écrouler tout le système sanitaire.
- Le FBP n'a pas démontré sa capacité à résoudre la question de la demande des soins qui reste la barrière principale de l'accès aux soins de santé.
- Le FBP n'intègre pas l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé de qualité ;
- La marchandisation des services des soins de santé par le FBP détruit la conscience professionnelle du personnel de santé.

CHAP. IV. LE FINANCEMENT DE LA SANTE AU BURUNDI.

Au Burundi, il existe quatre principales sources de financement de la santé. Il s'agit de l'Etat, de l'aide extérieure, des assurances et du secteur privé. Parmi ces sources, la contribution des ménages est très élevée car elle représente 40% de la dépense totale de santé selon les résultats des comptes nationaux de santé de 2007. Elle s'effectue à travers les versements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances publiques et privées.

Le système de couverture maladie de la population en place au Burundi est constitué par des mécanismes publics et privés. Dans le secteur public, on distingue l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), l'Office National des Pensions et Risques professionnelles(ONPR), la Carte d'Assistance Médicale (CAM) et les Mutuelles de Santé (MUSA).

4.1. L'Institut National de Sécurité Sociale (INSS)

L'INSS paie les pensions des employés du secteur parapublic et privé. Cependant elle couvre aussi le risque professionnel qui se limite seulement aux remboursements des soins de santé en cas d'accident de travail, de maladie professionnelle et la couverture des dépenses des soins de santé des retraités à hauteur de 80% via la Mutuelle de la Fonction Publique.

4.2. La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).

La Mutuelle de la fonction publique couvre partiellement les soins de santé de tous les fonctionnaires publics, les employés des entreprises publiques et parapubliques. La part des cotisations des employeurs équivaut à 6% du salaire de base et la part des employés est de 4%. La MFP couvre 80% des dépenses en soins de santé, y compris les médicaments. Le reste constitue le ticket modérateur à la charge des affiliés. La situation est différente pour le personnel de l'Armée, de la Police ainsi que du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) qui est couvert à 100% car les 20% sont pris en charge par les ministères concernés.

4.3. L'Office National des Pensions et Risques Professionnels.

L'Office National des Pensions et Risques Professionnels (ONPR) paie les pensions du personnel régit par le statut de la fonction publique et le personnel du cadre judiciaire. Cependant elle couvre aussi le risque professionnel qui se limite seulement aux remboursements des soins de santé en cas d'accident de travail, de maladie professionnelle et la couverture des dépenses des soins de santé des retraités à hauteur de 80% via la Mutuelle de la Fonction Publique.

L'analyse de la situation actuelle conduit au constat que l'INSS et la MFP font face à des difficultés d'organisation et ne donnent pas entière satisfaction à leurs usagers. Ils ont besoin de se moderniser en vue de répondre aux exigences de leurs assurés, en menant des réformes indispensables en vue de servir des prestations convenables et de se rapprocher de leurs usagers.

4.4. La Carte d'Assistance Médicale (CAM).

Le système de la Carte d'Assistance Médicale qui coûte 3.000 FBU est la version actualisée de l'ancienne Carte d'Assurance Maladie qui coûtait 500 FBU et qui est destinée à la couverture des soins de santé de la population du secteur rural et informel. La nouvelle carte est rendue disponible par les formations sanitaires alors que l'ancienne était gérée par l'administration communale. Ne remplissant pas la fonction de mise en commun des fonds et de partage des risques, le système de la CAM ne peut actuellement être considéré comme un système d'assurance maladie, mais plutôt comme une contribution de l'Etat au financement des soins de santé pour une partie de la population (assistance médicale à 90% de la population).

Cependant, il existe une autre partie de la population qualifiée d'indigente qui devrait être identifiée par les communes et prise en charge par le ministère ayant la solidarité nationale dans ses attributions pour une assistance médicale justifiée.

4.5. Les Mutuelles Communautaires de santé.

Depuis le sommet social de Copenhague de 1995, le développement des mutuelles de santé a été retenu comme le moyen le plus efficace de favoriser l'accès des populations aux soins de santé de qualité. Le développement des mutuelles de santé au Burundi s'accélère. Les mutuelles de santé actuellement opérationnelles au Burundi sont présentées ci-après :

4.5.1. Les mutuelles de santé de l'Archidiocèse de Gitega.

Les Mutualités de Santé de l'Archidiocèse Gitega (MSAG) étaient promues par l'ODAG avec l'appui de l'ONG belge WSM : Solidarité Mondiale, de l'ANMC (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) et des Mutualités de Gand : CMMV. Elles ont été créées en octobre 1999 et comptent actuellement 18 sections. La zone d'intervention des MSAG sont la zone de l'Archidiocèse de Gitega soit 3 provinces à savoir Gitega, Karuzi et Mwaro.

L'adhésion des membres est familiale la périodicité des cotisations est annuelle. La collecte des cotisations commence au 1er Mai et se termine le 30/09. L'année mutualiste commence le 01/10 et se termine le 30/09 de l'année suivante.

Le montant varie entre 7.000 et 10.000 FBU/ an pour les titulaires avec personnes à charge et entre 5.000 et 7.500 FBU/ an pour les titulaires sans personnes à charge. Le montant des cotisations est unique indépendamment du nombre des personnes à charge du titulaire. Les MSAG prévoient des frais d'inscription qui sont fixés à 1.000 FBU pour tout titulaire.

Les services offerts par les MSAG sont les soins de santé de base : consultations, examens de laboratoire, médicaments, hébergement. Il y a aussi les services complémentaires dans toutes les sections car il existe une caisse d'entraide, l'élevage caprin et des prêts aux membres. Les MSAG disposent également un atelier de couture à Ntita et un moulin à Mukanda. Il développe aussi un projet décortiqueuse de riz à Gatonde. Comme système de remboursement, la Mutualité paie 60% de la facture tandis que la part du bénéficiaire est de 40% du montant total.

4.5.2. Les mutualités du Diocèse de Muyinga.

Le Bureau de développement du Diocèse de Muyinga avec l'appui financier des mutualités chrétiennes de Gand (CMVV) développait une mutualité sur le modèle des mutualités de Gitega dont elles partagent un des bailleurs de fonds. Cette mutualité a été créée en février 2009. Elle comprend 13 sections et sa zone d'intervention correspond aux provinces administratives de Muyinga, Kirundo et Karuzi.

Les cotisations sont de 10.000FBu par an et par ménage ayant des personnes à charge et de 7500FBu par an et par personne sans personnes à charge.

Les prestations de cette mutualité sont organisées comme suit:

- ✓ Un mutualiste ou un de ses membres qui va se faire soigner paie 40% de quote part du montant de la facture globale. La mutualité rembourse au centre de santé 60% de la prestation ;
- ✓ Pour les personnes déjà prises en charge, les premiers soins ont été accordés aux mutualistes à partir du 1er Décembre 2010. Jusqu'au 31 Mars 2011, 3.086 personnes ont été prises en charge dans 6 centres de santé.
- ✓ S'agissant des adhésions, 910 personnes adhéraient à la mutualité de Muyinga en 2009-2010 alors qu'en 2010 -2011, 3.106 personnes adhèrent effectivement à la Musa de Muyinga

Nous notons que depuis février 2012 les deux mutuelles des diocèses catholiques de Gitega et de Muyinga ont fusionné en une seule de portée nationale : la MUNASA (Mutuelle Nationale de Santé) avec une cotisation annuelle fixée à 10.000 FBu par ménage et par an.

4.5.3. Les Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi.

Appuyées par l'asbl burundaise ADISCO « Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines avec le soutien de l'ONG Belge Solidarité socialiste sur des fonds de la DGCD et des mutualités socialistes », les MUSCABU sont portées par les associations des caféiculteurs du Burundi regroupés au sein de la CNAC (Confédération nationale des associations des caféiculteurs).

Les appuis se font au travers le programme de promotion des mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi (PROMUSCABU).

Les premières MUSCABU ont commencé à offrir des services en février 2009 (l'animation a débuté en mai 2008) et leurs zones d'intervention s'étendent sur tous les cinq bassins caféicoles du Burundi.

Les cotisations sont fractionnées sur 3 à 4 mois entre mai et août et se font par famille de moins de 6 personnes à hauteur de 13.500 FBu (6,75€) augmentée de 2 500 FBu par personne de plus

Les prestations des MUSCABU sont :

- ❖ Soins dans les CdS publics avec un ticket modérateur :20%
- ❖ Soins dans les CdS agréés avec ticket modérateur de 40%
- ❖ Soins hospitaliers avec un ticket modérateur de 20% et un plafond de 80.000 F Bu.

- ❖ Appui à la famille d'un mutualiste décédé (10.000 FBu si les soins sont pris en charge par la mutuelle et 20.000 FBu si les soins ne sont pas pris en charge)
- ❖ Maladies chroniques prises en charge uniquement au premier recours

Les principaux résultats consolidés au 30 juin 2013 sont les suivants :

- 17 mutuelles, avec une couverture quasi nationale (sauf Cankuzo et Ruyigi)
- 5 unions de mutuelles et une fédération nationale
- 11.602 ménages adhérents;
- 64.029 bénéficiaires.
- Taux de pénétration de 52,42% des unions des caféiculteurs

4.5.4. Les mutuelles de santé de l'UCODE.

La mutuelle promue par l'UCODE asbl et Louvain Coopération Développement (LD) dans cadre du projet de Lutte contre l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition « LIAM » est dénommée « TUGARUKIRE AMAGARA Y'IMIRYANGO ». Elle a commencé avec 2 sections en 2010 et les sections sont passées à 5 en 2011 et à 6 en 2012 dans 3 provinces au Nord du pays à savoir Kayanza, Ngozi et Kirundo. Chaque section jouit d'une autonomie dans sa gestion et LD et son partenaire UCODE asbl apportent l'appui dans son fonctionnement. En août 2013, la mutuelle compte 6 sections avec 2.501 ménages adhérents qui réunissent 14.006 personnes ayant droit aux soins de santé. Elle a été agréée en juillet 2013. La mutuelle est ouverte à toute personne des communes ciblées par le projet LIAM. La plupart des personnes qui adhèrent sont les ménages bénéficiaires membres des associations qui évoluent dans le développement des filières agricoles et dans les activités d'élevage et celles qui sont génératrices des revenus non agricoles qui sont appuyées par les organisations initiatrices de la MUSA.

Pour être membre, un ménage libère les frais d'adhésion fixés à 1.000 FBu et les frais de couverture de risque qui sont fixés comme suit:

- ❖ Un ménage à 1 personne cotise 5.000 FBu par an.
- ❖ Un ménage de 2 à 3 personnes cotise 10.000 FBu par an.
- ❖ Un ménage de 4 à 6 personnes cotise 12.000 FBu par an
- ❖ Un ménage de plus de 6 personnes cotise 2.000 FBu pour une personne de plus.

Ces cotisations leur permettent d'accéder aux prestations ci-après:

- ❖ Tous les soins dans les centres de santé publics avec un ticket modérateur de 20%,
- ❖ Les soins dans les CDS privés ou confessionnels bien choisis par les membres avec un ticket modérateur de 40% avec un plafond de 30.000 FBu
- ❖ Les soins hospitaliers dans les formations sanitaires publiques et quelques hôpitaux confessionnels bien choisis avec un ticket modérateur de 20% et un plafond de 80.000 FBu.

4.5.5. Les mutuelles de santé promues par MEMISA Belgique.

Les Mutuelles de Santé promues par l'ONG MEMISA Belgique sont localisées dans les provinces de Muramvya au centre du pays et Muyinga au nord du Burundi. Elle compte 4 mutuelles et 7 sections qui ont été agréées en septembre 2013 avec 1.575 adhérents et 9.445 bénéficiaires.

4.5.6. Les mutuelles de santé encadrées par la FVS/AMADE Burundi.

La Mutuelle de santé « TUZOKIRA TWESE (MTT)» est promue par l'ONG FVS/AMADE Burundi et elle est présente dans les provinces de Bururi, Makamba et Bujumbura.

Elles ont commencé à fonctionner depuis Mars 2013 et compte déjà 3.725 adhérents et 22.350 bénéficiaires.

4.5.7. Tableau synthèse des données sur les Acteurs Mutualistes Burundais.

NOM DE L'ACTEUR MUTUALISTE	SITUATION DES MS	Année mutualiste		Commentaires/observations
		2011-2012	2012-2013	
PROMUSCABU/ADISCO	Nombre MS/sections	28	17	On remarque que les factures des soins et médicaments sont plus élevés dans les formations privées, sous convention que dans les formations sanitaires publiques. Les Mutuelles de santé des caféiculteurs ont commencé les activités en 2008 sur tout l'étendu du pays à l'exception de provinces de Ruyigi et de Cankuzo.
	Adhérents	15.874	11.602	
	Bénéficiaires	85 518	64.029	
	Cotisations annuelles perçues	118.220.432 FBu	80.464.035 FBu	
	Dépenses annuelles des prestations	96.033.136 FBu	62.392.932 FBu	
	nombre de prestations offertes	49.102	31.510	
	Dont cas graves	1.992	1.133	
UCODE	Nombre MS/sections	6	6	Les données de l'année mutualiste 2012-2013 sont celles des 11 derniers mois à compter du 01 Octobre 2012 au 31 août 2013. Les mutuelles de santé promues par l'UCODE/LD ont commencé les activités en 2011 et la zone d'intervention s'étend sur les provinces du Nord : Ngozi, Kayanza et Kirundo.
	Adhérents	1.255	2.501	
	Bénéficiaires	6.173	14.006	
	Cotisations annuelles perçues	15.338.650 FBu	16.006.000 FBu	
	Dépenses annuelles des prestations	10.153.124 FBu	13.266.289 FBu	
	nombre de prestations offertes	6.226	7.861	
	Dont cas graves	138	107	
MS/ODEDIM	Nombre MS/sections	11	13	La zone d'intervention
	Adhérents	1.312	1.666	
	Bénéficiaires	6.680	8.763	
	Cotisations annuelles	12.462.000FBu	16.073.500FBu	

	perçues			correspond aux provinces administratives de Muyinga, Kirundo et Karusi. Nous prenons en charge les soins de santé primaires uniquement.
	Dépenses annuelles des prestations	10.894.612 Fbu	8.933.205Fbu	
	nombre de prestations offertes	4.611	-	
	Dont cas graves	-	-	
MEMISA Belgique	Nombre MS/sections		Après agreement, 4 mutuelles et 7 sections seront ouvertes	Agréées en Septembre 2013.
	Adhérents		Attendus : 1.575 adhérents	60% des préinscriptions aux AGC.
	Bénéficiaires		Attendus : 9.445	
	Cotisations annuelles perçues		Attendues : 24.196.000 Fbu et 2.364.000Fbu de Droits d'adhésion attendus.	Grâce à l'appui de MEMISA Belgique, les premiers frais d'adhésion seront mis en réserve pour la confection des cartes et fiches pour l'année suivante.
	Dépenses annuelles des prestations		Attendus : 30.659.900 Fbu (67%) pour les soins, 900.000Fbu (3%) pour l'investissement (MEMISA Belgique pour l'année 1), 9 193 300Fbu (30%) pour le fonctionnement (MEMISA Belgique).	Les cotisations peuvent couvrir les frais de soins et d'investissement. MEMISA Belgique appui dans le fonctionnement dès le départ et près de 5 093 400 Fbu peuvent être dégagés comme réserves dès la première année ; ce qui garantie une viabilité dès le départ.
	nombre de prestations offertes			RAS
	Dont cas graves			RAS
FVS/AMADE (Mutuelle de santé TUZOKIRA TWESE- MTT)	Nombre MS/sections		3, Makamba, Bururi et Bujumbura	La section de Bujumbura de la Mutuelle TUZOKIRA TWESE a commencé à fonctionner en mars 2013.
	Adhérents		3.725	
	Bénéficiaires		22.350	
	Cotisations annuelles perçues		55.654.000 Fbu	L'absence des Centres de

	Dépenses annuelles des prestations		43.329.273 FBu	Santé publics à Bujumbura fait que les conventions soient signées avec les formations sanitaires privées qui ont des coûts élevés des prestations et des médicaments. 60% des dépenses annuelles sont exclusivement faites pour les soins ophtalmologiques.
	nombre de prestations offertes		4.198	
	Dont cas graves		76	
MSAG-ODAG	Nombre MS/sections	17	18	
	Adhérents	3.863	3.615	
	Bénéficiaires	25.820	24.162	
	Cotisations annuelles perçues	28.976.722 FBu	29.674.600 FBu	
	Dépenses annuelles des prestations	24.573.776 FBu	21.552.935 FBu	il manque les données de Kirimbi qui venait de passer une année sans agent.
	Nombre de prestations offertes	17.854	20.423	Idem
	Nombre de cas hospitalisés	-	-	Nous prenons en charge les soins de santé primaires uniquement

Rappelons que depuis Février 2012 les deux mutuelles, celle de l'Archidiocèse de Gitega et celle du diocèse de Muyinga ont fusionné en une seule de portée nationale : Elle est déjà agréée comme une Mutuelle Nationale de Santé (MUNASA).

4.5.8. Les avantages des mutuelles de santé.

Malgré la faible capacité contributive des populations, ceux qui adhèrent aux MUSA apprécient ce système qui présente plusieurs atouts :

1°. La solidarité et l'équité: Mise en commun des fonds pour le partage du risque, cohésion sociale et confiance entre membres. Le risque est partagé entre les malades et non malades, les riches et les pauvres, permettant un accès équitable aux soins de santé ainsi qu'une redistribution financière entre les différentes couches de la population.

2°. La proximité et participation démocratique : les membres se rencontrent en cas de besoin pour prendre des décisions, se donner des orientations, planifier des projets collectifs, etc. Les membres d'une communauté se mettent ensemble pour mettre en place une section mutuelle dans le but de résoudre le problème d'accès aux soins de santé.

3°. La volonté de la population : Conscients du problème d'accès aux soins de santé, les membres d'une communauté décident de mettre en place une mutuelle de santé pour se prendre en charge par la mise en commun des cotisations et partagent des risques.

4°. La possibilité de prendre en charge les indigents : Les mutuelles jouissent d'une expérience confirmée en matière d'organisation, de formation en renforcement des capacités des organisations communautaires et sont capables d'intégrer les indigents dans leurs programmes de formation à l'autopromotion pour une auto prise en charge. A cet égard, ils (les indigents) seront progressivement autonome et être en mesure de se payer la contribution à la mutuelle.

5°. La responsabilité et l'autonomie : La mise en commun des fonds, le partage des risques et la possibilité d'adaptation des cotisations par rapport à l'évolution du contexte

6°. Le contrôle social : La participation à la gestion de la mutuelle par les bénéficiaires et à la prise des décisions, la connaissance mutuelle des membres ; ce qui permet de limiter le risque moral.

7°. Le financement de la santé : les mutuelles contribuent au financement du secteur de la santé grâce aux contributions des membres ; au paiement du ticket modérateur et au remboursement régulier par les mutuelles de santé;

8°. L'amélioration de la qualité de services et des soins de santé : Le suivi de la qualité des services et des soins offerts par les formations sanitaires ainsi que la contractualisation des services prestataires sont des éléments moteurs de l'amélioration de la qualité des soins de santé et des services dans toutes les dimensions de qualité.

9°. La défense des droits des membres : les mutuelles de santé constituent un cadre d'expression des membres et de réclamation de la rédevabilité des prestataires. Elles défendent les droits et dignité des membres et des populations avoisinantes.

10°. Essor de développement social : Les MUSA constituent un lieu d'éducation, de formation sur la prévention à la maladie et la possibilité de développer des activités complémentaires pour augmenter les revenus et promouvoir l'économie solidaire pour l'auto développement.

11°. Concordance avec les politiques nationales, régionales et internationales : Les mutuelles de santé correspondent aux politiques de santé et de protection sociale au niveau du pays, de l'EAC et de l'IHP+ ;

12°. Epanouissement de la personne : La personne se sent sécurisée du fait qu'il a accès aux soins et qu'il bénéficie de l'appui mutuel et du développement de son capital.

13°. But non lucratif : L'intérêt principal des mutuelles de santé n'est que la solidarité communautaire pour faire face aux risques maladies et résoudre les problèmes des soins catastrophiques.

La solution au double défi de la dépendance extérieure et la faible capacité contributive de 30% de la population sera résolue par le financement du développement des actions permettant aux mutuelles de santé de s'autonomiser.

L'instauration des cotisations par pallier établit une véritable équité dans la mise en commun des fonds et du partage du risque.

Les indigents doivent être pris en charge par la solidarité nationale à travers les mutuelles de santé. Le PAMUSAB est convaincue que 70% de la population burundaise est capable de payer les cotisations

actuelles (variant de 10.000 FBu à 20.000 FBu/an/ménage). De toutes les façons le ménage burundais dépense 27USD/an ⁵(près de 43.000 FBu).

4.5.10. Faiblesses des différents systèmes.

4.5.10.1. La Carte d'Assistance Médicale.

1. Le manque de financement : Une CAM à 3.000 FBu ne peut pas devenir viable, parce que nécessite des subventions difficiles à mobiliser ;
2. La gestion non transparente et la fixation du prix du coût d'achat de la carte qui ne tient pas compte de sa valeur réelle d'où les tâtonnements qui caractérisent le système ; la non maîtrise de la gestion technique de la CAM (ticket modérateur, photos, transferts et autres documents exigés, circulation de l'information) ;
3. Non respect des principes démocratiques : elle ne naît d'une volonté de la communauté mais une décision du gouvernement ;
4. Non implication de la population dans la gestion de la CAM ;
5. La CAM transforme la population en éternels assistés au lieu de contribuer à l'accroissement des revenus de la population pauvre.
6. Malgré le coût augmenté, la CAM ne peut pas couvrir les paquets proposés.
7. Le système est non viable, présente des risques financiers et repose sur des subventions que l'Etat a des difficultés à trouver parce qu'il a des difficultés à couvrir les autres mécanismes de financement de la santé (PBF, gratuité) ;
8. Déstructuration du système sanitaire suite au remboursement tardif par le trésor public et d'altérer la confiance entre les centres de santé et les districts sanitaires suite aux difficultés d'approvisionnement en médicaments ce qui conduit à l'offre des soins de qualité insuffisante;
9. Tous les risques liés à l'assurance maladie sont favorisés dans la CAM (fraude, surfacturation, surconsommation)
10. La CAM nécessitera un système de gestion et d'administration lourd, complexe et cher (le personnel, la formation, les outils de gestion depuis les CdS jusqu'au Ministère, l'identification, la codification,
11. De par son nom, la CAM est une Carte d'Assistance Médicale et donc destinée aux seuls indigents. Maintenir la population dans un perpétuel assistanat ne la valorise pas et ne la pousse pas à l'effort et à la fierté de soi ;
12. Le manque d'intérêt des populations qui ne recourent à la CAM qu'une fois malades ;
13. Le non séparation de l'offre et de la demande de soins qui conduit à la détérioration de la qualité des soins ;
14. L'incohérence des politiques gouvernementales : la Cartes d'Assistance Médicale(CAM) et Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS), le PNDS et le CSLP II (axe 3) qui soutient que la Protection sociale est un droit de tout être humain mais aussi un instrument de lutte

⁵ PNDS 2011-2015.

contre la pauvreté. Elle est aussi un facteur de cohésion sociale fondé sur la solidarité nationale et représente un investissement humain de premier plan.

15. Une tarification incontrôlée qui complique la contractualisation avec l'assurance maladie ;
16. La fixation arbitraire du montant du coût de la CAM rend impossible l'efficacité dans sa gestion financière ;
17. Cette carte n'est pas acceptée par toutes les formations sanitaires.

4.5.10.2. Les Mutuelles de santé communautaires.

1. La faible couverture et/ou faible pénétration ;
2. La nécessité permanente de formation des membres et des gestionnaires ;
3. Situation conflictuelle en matière de protection sociale en santé et incompatibilité des politiques nationales CAM et MUSA ; à toutes ces faiblesses, il faut que les mutuelles de santé sont confrontées à une contrainte de faible culture de prévoyance chez les Burundi.

4.6. Les Sociétés d'assurance privées.

L'assurance maladie privée au Burundi se développe à travers 5 sociétés sur les 7 sociétés d'assurance. Cependant, elle s'adresse à une catégorie de population plus aisée et surtout urbaine.

4.7. Financement par les Partenaires techniques et financiers.

La part de financement reste majoritaire (43%)⁶. Ces apports extérieurs sont de plus en plus imprévisibles et l'alignement aux priorités du gouvernement est encore faible du fait de l'incohérence des politiques.

Cette situation de dépendance et d'imprévisibilité des financements rend difficile la planification à long terme. Néanmoins il existe des initiatives prises par les partenaires et le Gouvernement du Burundi qui visent une meilleure collaboration dans le secteur. Le Burundi a été l'un des premiers pays pilotes qui ont été choisis pour la mise en œuvre de l'initiative du l'IHP (International Health Partner hip) en Afrique. Cette initiative vise à améliorer les résultats de santé à travers une mobilisation de toutes les partenaires de la santé au Burundi autour du plan national de développement sanitaire du Ministère.

⁶ PNDS 2011-2015.

CHAP.V. PRESENTATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE PROTECTION SOCIALE DU BURUNDI (PNPS).

5.1. Cadrage technique de sa vision

Le document de Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) est un outil de cadrage des programmes et des actions en matière de protection contre les risques qui affecteraient négativement l'accès de la population aux soins de santé, à l'éducation et aux revenus minimum. Il s'inspire des principes fondamentaux de la protection sociale. Selon le Code de la Sécurité sociale du Burundi, toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, de vieillesse, d'invalidité, de veuvage ou dans les autres cas de perte ou de diminution de ses moyens de subsistance par suite des circonstances inhérentes à tout être humain. Il est noté une volonté politique favorable à l'extension de la protection sociale matérialisée par la prise de conscience du gouvernement d'assurer l'harmonisation des interventions en protection sociale par l'initiation de la définition d'un cadre stratégique et opérationnel de promouvoir la protection sociale (La Politique nationale de protection sociale : PNPS).

5.2. Les objectifs du document de politique nationale de protection sociale

L'objectif général est d'assurer une couverture de protection sociale convenable pour tous.

Le Document de Politique vise spécifiquement à:

- a. Assurer la cohérence des mécanismes stratégiques et opérationnels de solidarité pour prévoir une réponse aux risques sociaux conduisant à la diminution ou la disparition des revenus de la population.
- b. Assurer l'extension de la couverture de mécanismes de réparation des risques sociaux en garantissant les revenus de remplacement aux individus qui en sont victimes, l'accès aux soins et à l'éducation.
- c. Veiller à la bonne gouvernance des systèmes de protection sociale fonctionnels

5.3. Les plans stratégiques de la PNPS pour le secteur informel et rural.

Pour mettre en œuvre la politique nationale de protection sociale, des mécanismes stratégiques et opérationnels sont résumés à travers des plans stratégiques à court, moyen et long terme à l'endroit des secteurs d'activités socio-économiques du secteur informel, rural et le secteur structuré.

5.3.1. Les plans à court terme de l'économie informelle et secteur rural

1. Organiser et appuyer la population dans des activités génératrices de revenus, notamment dans les coopératives ou d'autres groupements d'intérêt économique, en mettant à disposition les ressources nécessaires par des mécanismes appropriés comme ceux de la micro finance.
2. Promouvoir **des objectifs de la prévoyance individuelle et communautaire** par des mécanismes d'épargne afin que les populations puissent répondre de manière planifiée et appropriée à leurs besoins prioritaires comme le logement décent, la scolarisation des enfants, etc.
3. Appuyer les populations rurales et de l'économie informelle dans la mise en place et **l'organisation de systèmes d'assurance maladie et y faire adhérer au moins 50 pour cent de la population cible du secteur informel et 30 pour cent de la population cible du secteur rural.**
4. **Organiser l'accès des indigents et des personnes vulnérables à ces systèmes d'assurance maladie** en vue d'éviter leur stigmatisation par une adhésion à des systèmes spécifiques.
5. Intégrer **la culture de la prévention des risques sociaux en général et la prévention des maladies en particulier dans les programmes de développement communautaire.**
6. Contribuer à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, par la gestion efficace des risques sociaux.
7. Promouvoir l'équité et la justice sociale par l'intégration socio-économique et l'égalité des chances pour tous devant les opportunités de développement.

5.3.2. Les plans à moyen terme de l'économie informelle et secteur rural

Faire adhérer au moins **80 pour cent des travailleurs du secteur informel et 60 pour cent des populations rurales aux systèmes d'assurance maladie** et aux systèmes de prévoyance sociale individuelle et collective.

5.3.3. Les plans à long terme de l'économie informelle et secteur rural.

1. Faire adhérer **100 pour cent des travailleurs du secteur informel et 100 pour cent des populations rurales systèmes d'assurance maladie** et aux systèmes de prévoyance sociale individuelle et collective.
2. Créer ou étendre le régime des pensions et risques professionnels en faveur des populations rurales en général, et des groupes vulnérables en particulier.
3. **Mettre en place une assurance maladie universelle pour tout citoyen burundais.**

5.4. Les programmes de promotion de la PNPS.

Les programmes suivants sont proposés pour être soumis à l'organe de coordination pour analyse et validation. Il s'agit de :

Secteur informel et rural

Programme n°1 :

Appui au développement des mutuelles de santé en faveur des populations rurales et du secteur de l'économie informelle.

Programme n°2 :

La Couverture des indigents et des personnes vulnérables en assurance maladie

Programme n° 3 :

Renforcer les mesures de protection sociale des groupes vulnérables et des personnes les plus démunies par la formulation des stratégies et la mise en œuvre des politiques nationales et des plans d'action existants notamment la mise en œuvre de la politique nationale de protection des OEV.

Programme n°4:

Contribuer à la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité, par la gestion efficace du risque social

Programme n° 5.

Promouvoir l'équité et la justice sociale par l'intégration socio- économique et l'égalité des chances pour tous face aux opportunités de développement.

5.5. Financement de la protection sociale au Burundi.

1. Un Fonds d'Appui à la Protection sociale serait convenu entre l'Etat et ses partenaires pour financer un programme tracé conjointement par les parties prenantes.
2. Comme le stipule les principes de la protection sociale, les partenaires sociaux contribuent dans les caisses des systèmes de protection sociale. Le Gouvernement procède à l'assistance des personnes incapables d'avoir leur propre contribution.
3. Il s'avérera nécessaire de mettre en place un système contributif de solidarité nationale. Ici, des sources de prélèvement des cotisations pour le fonds de solidarité nationale seront déterminées.
4. Les efforts du gouvernement déjà enregistrés en matière d'assistance sociale seront recentrés dans la perspective de renforcer le fonds en question. Les frais de ce fonds pourraient servir dans la couverture des dépenses en protection sociale des personnes indigentes et groupes vulnérables,

appui des systèmes de micro finance pour constituer la garantie de microcrédits destinés au financement des activités génératrices de revenus : Fonds de solidarité nationale.

5.6. Cadre de pilotage stratégique et opérationnel.

1. Un cadre institutionnel de mise en œuvre des programmes mentionnés ci haut est mis en place : l'organe de coordination des programmes de mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection Sociale pour promouvoir la protection sociale au Burundi à travers les axes d'intervention notamment :
 - renforcement des organisations de l'économie solidaire comme les systèmes de micro finance, les coopératives, les programmes de relèvement économique, etc.,
 - renforcement des organismes de protection sociale existants,
 - extension de la couverture en protection sociale en santé à toute la population.
2. Mettre en place un cadre stratégique et opérationnel de la Politique Nationale de la Protection Sociale reposant sur les principes directeurs de proximité, complémentarité, synergie, dialogue social, partenariat, faire – faire, transparence, bonne gouvernance et le principe de pérennité des programmes.
3. Le caractère transversal de la dimension protection sociale renseigne que la responsabilité de sa mise en œuvre relève de plusieurs secteurs et divers acteurs. Particulièrement, le Ministère de la Santé publique doit s'assurer de la qualité de l'offre des soins notamment par la mise en place des politiques et des programmes pertinents de développement des infrastructures de santé et géographiquement accessibles.

Le pilotage opérationnel revient au Ministère en charge de la protection sociale. Celui-ci préside le comité de pilotage opérationnel dont la composition reflète le caractère multisectoriel, multidisciplinaire et multi acteurs de cette Politique.

La PAMUSAB a fortement contribué à l'élaboration de la PNPS qu'elle considère comme une stratégie inclusive, progressive et cohérente qui permettra à tous les burundais d'accéder au socle de protection sociale. La mise en œuvre de cette politique permettra le développement des MUSA qui y trouvent leur place privilégiée comme fondement du développement de l'AMU.

De là, la PAMUSAB a été intégrée dans la Commission Nationale de Protection Sociale qui assure le pilotage de cette politique.

CHAP. VI. LE PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2011-2015.

Le Burundi, à travers le Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, a organisé en 2004 avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers les états généraux de la santé. Le diagnostic sanitaire ainsi établi a permis d'élaborer la Politique Nationale de santé (PNS 2005-2015) assortie d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2010). Ce Plan a expiré en décembre 2010 et les principaux défis et recommandations issus de son évaluation ont servi de base pour l'élaboration du nouveau plan stratégique 2011-2015.

Pour améliorer la performance du système de santé du Burundi, une des stratégies qui était prônait par le PNDS I était d'augmenter les ressources financières nécessaires et d'en améliorer l'efficacité allocataire et technique ainsi que l'équité. Ceci devait permettre de rendre disponible des services accessibles à la population de manière équitable. Pour y arriver, le Gouvernement s'était fixé 4 objectifs dont notamment :

- ✓ Améliorer l'accessibilité financière pour tous en général et aux plus démunis en particulier.

Concernant l'amélioration de l'accessibilité financière pour tous et aux plus démunis en particulier ; le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida avait prévu, dans le document du PNDS 2006-2010, d'étudier différents systèmes de financement de soins, et devait appliquer progressivement des systèmes qui sont les plus équitables possibles avec une redistribution sociale (paiement par épisode maladie, mutuelles communautaires, mutuelles spécifiques pour certains groupes socio-économiques et/ou de traitements).

Le PNDS II a pour but « Améliorer l'état de santé de la population, non seulement parce que c'est un droit humain, mais aussi pour permettre la relance de l'économie et la diminution de la pauvreté en maintenant le capital humain en bonne santé »

L'objectif sectoriel vise « assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation ».

Cet objectif sectoriel se réalise à travers 9 axes stratégiques. C'est au niveau de l'axe stratégique 6 concernant l'augmentation du financement de la santé et l'amélioration de son utilisation que le PNDSII envisage le renforcement des mutuelles communautaires de santé.

Au bout de trois ans de sa mise en œuvre, il est regrettable que le PNDSII n'intègre pas cette action visant le développement des mutuelles communautaire de santé, mais plutôt d'autres modes de financement sont initiés (carte d'assistance médicale). Pourtant, la PAMUSAB avait aussi contribué à l'élaboration du PNDS II et les mutuelles communautaires de santé avaient été retenues comme une stratégie de renforcement des prestations de soins et de services de santé.

CHAP. VII. PROPOSITIONS DE LA PAMUSAB.

7.1. Pourquoi la proposition de créer une Assurance Maladie intégrant les mutuelles de Santé ?

Comme il a été explicité plus haut, les indicateurs de santé restent faibles. L'accessibilité financière de la population aux services et soins de santé reste problématique au Burundi. Les mécanismes de financement de la santé que le Gouvernement a tenté (Gratuité des soins, PBF, CAM, etc.) n'ont pas pu apporter de solutions durables à ces questions fondamentales, surtout qu'ils dépendent des lourds financements extérieurs intenables à court, à moyen et à long terme.

Toutes ces mesures de gratuité, partielle ou totale, ne peuvent pas conduire vers une véritable assurance maladie universelle du fait qu'elles ne permettent pas le partage du risque-maladie et la participation responsable de la population.

Nous avons également présenté de nombreux avantages des MUSA sur le système de santé, les populations et les services prestataires des soins (partage équitable du risque-maladie, participation et responsabilisation des populations, financement de la santé, amélioration des conditions socio-économiques, etc.).

Etant donné que les différents documents de politiques nationales comme la vision 2025, le CSLPII, la PNPS, le PNDSII; préconisent une AMU construite sur les mutuelles de santé ; la PAMUSAB souscrit entièrement à ces politiques.

C'est pour renforcer cette volonté politique, que les acteurs mutualistes proposent au Gouvernement du Burundi de mettre en place une Assurance Maladie obligatoire qui intègre les Mutuelles de Santé existantes en capitalisant sur leurs expériences. En effet, les acteurs actuels possèdent l'expertise et les outils requis de mobilisation, d'organisation, de fonctionnement et gestion des mutuelles de santé. Les populations et les formations sanitaires contractantes ont déjà acquis une réelle confiance en ce système mutualiste.

7.2. Le processus de mise en place d'une assurance maladie universelle.

7.2.1. Réformes d'ordre juridique et l'harmonisation des textes.

Les acteurs mutualistes proposent l'élaboration, l'adoption et la promulgation d'un instrument législatif instituant le système d'Assurance Maladie Universelle obligatoire au Burundi.

Il s'agit d'abord de mettre en place un cadre légal régissant les mutuelles de santé au Burundi et créant un climat favorable à l'extension et le développement de ces structures d'assurance-maladie communautaire pour le milieu informel et rural et les intégrer dans un nouveau Code de la Sécurité Sociale qui doit être révisé à cette fin.

La programmation des actions à entreprendre dans chaque secteur devrait faire l'objet d'une discussion consensuelle. La stratégie étant toujours d'associer de manière démocratique les catégories de

populations concernées⁷. La PAMUSAB est disponible à contribuer à l'élaboration de ce cadre qui doit être la plus participative possible.

Les acteurs mutualistes proposent que l'élaboration et l'adoption de l'Assurance Maladie Universelle intégrant les mutuelles de santé soient accompagnées d'un plan opérationnel budgétisé avec l'implication de tous les acteurs (Etat, PTF, MUSA, Collectivités, etc.).

Les acteurs mutualistes proposent donc au Gouvernement du Burundi de procéder à la réorganisation des mesures que le Gouvernement a déjà prises depuis 2006 (gratuité des soins de santé)

Le Gouvernement doit clarifier les fonctions et responsabilités de chaque département ministériel dans la promotion de la protection sociale en matière de santé, en privilégiant la séparation de l'offre et de la demande des soins de santé.

7.2.2. Le financement du système.

Pour améliorer l'équité, le financement du système sera assuré par les contributions provenant de :

- ✓ Budget de l'Etat (ordinaire, taxes spéciales, etc.) ;
- ✓ Bailleurs de fonds ;
- ✓ Les compagnies d'assurances à fixer (MFP, INSS, assurances privées,)
- ✓ Les MUSA.

Concernant l'accessibilité financière aux soins de santé des groupes les plus démunis, un système d'identification objective de ces derniers devait être élaboré en collaboration étroite avec les autorités locales, les comités de santé, et les mutuelles de santé. Ceci pour garantir leur accès financier aux soins à travers un système de soins subventionnés basé sur la solidarité nationale. Les fonds destinés à la subvention des soins des indigents seront gérés à travers les MUSA pour éviter la discrimination et la stigmatisation.

La PAMUSAB propose en outre d'appliquer une tarification uniformisée des services et soins de santé à chaque niveau des soins. Ils devront se convenir sur les règles et les modalités d'adhésion des populations indigentes à cette assurance maladie universelle.

⁷ CSLP, P.78

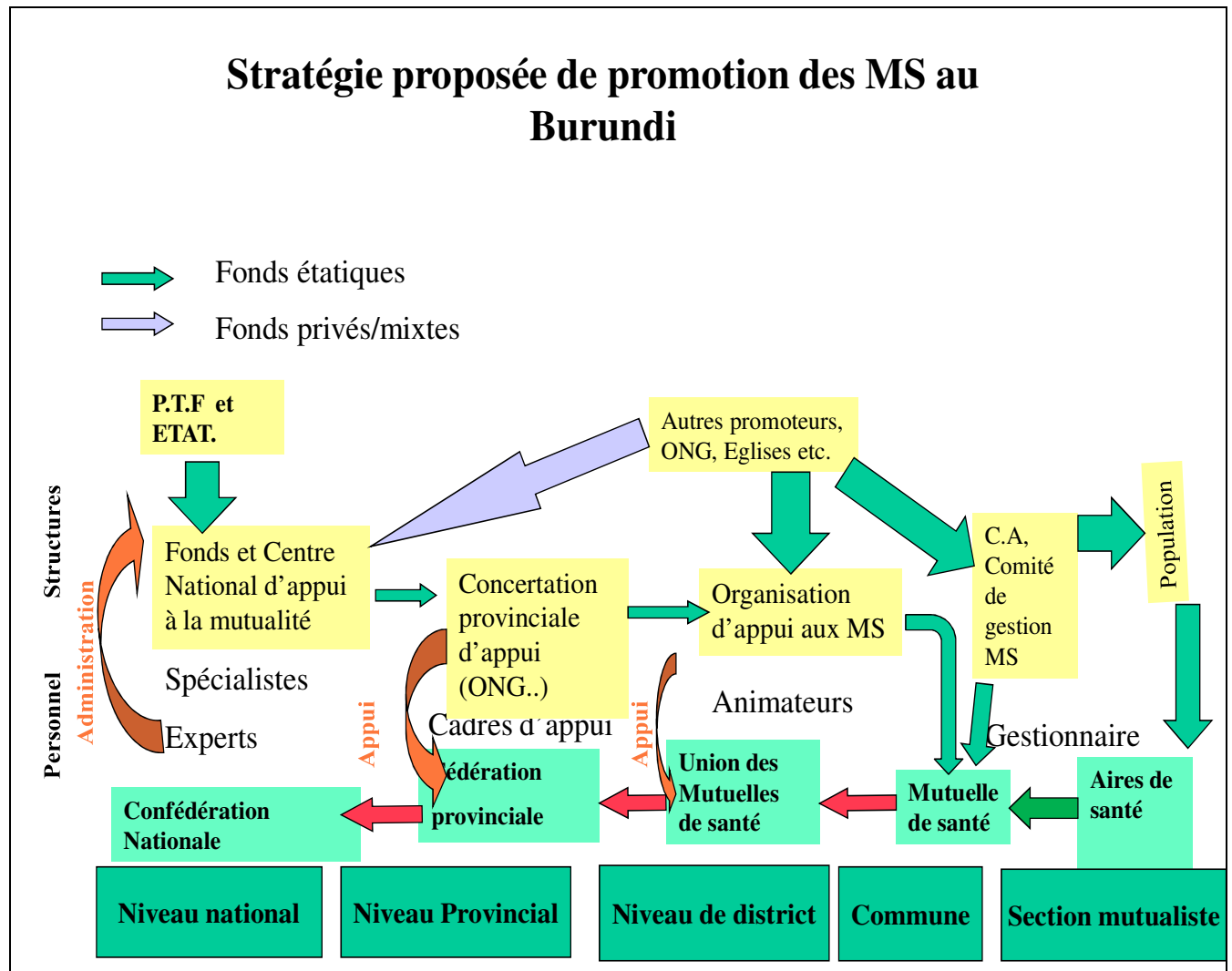
7.2.3. Le modèle proposé par la Plateforme.

Comme pour les autres pays, la mise en place de l'AMU est un processus long et itératif. Il faudra s'assurer que ce processus soit le plus inclusif possible et reçoive le soutien à la fois de la population, des bailleurs de fonds et des structures d'appui. Pour ce faire, il est important que le processus valorise au mieux les initiatives engagées. C'est dans cette logique que les acteurs mutualistes de la Plateforme proposent le modèle ci-après pour la mise en place de l'AMU au Burundi :

Le modèle que nous proposons passe donc par trois étapes :

1. Définir clairement une stratégie nationale de développement des mutuelles : dans lesquelles les mutuelles actuelles servent de base au développement d'un modèle national qui offre un régime de base unique ;
2. Passer à échelle en rendant obligatoire l'adhésion à l'assurance-maladie quelle qu'en soit la nature. Etant donné que le Gouvernement a le devoir de protéger sa population contre la maladie et ses risques, il est interpellé à rendre obligatoire l'assurance-maladie pour garantir la vie et la santé de ses citoyens par des mécanismes de solidarité et d'équité. En effet, une personne malade et qui ne peut pas se faire soigner constitue un danger (contamination) et une charge pour la société ; et hypothèque le développement. En plus, une part importante de la population burundaise n'a pas encore pris conscience de l'intérêt d'une assurance-maladie et recourt au paiement direct en cas de maladie dont le coût devient plus élevé. Le taux de pénétration des assurances-maladies s'en trouve limité et les populations accèdent difficilement aux soins de santé.
3. Au vue de l'analyse contextuelle et pour s'harmoniser avec la PNPS, la PAMUSAB propose un modèle géographique qui partirait de la commune avec des sections mutualistes dans les aires de santé.

Le schéma qui suit présente l'organisation du système que nous proposons :



Les principes qui devraient guider ce modèle sont les suivants :

1. La mutuelle de santé communautaire doit être indépendante du système sanitaire et gérée par des personnes élues librement par la communauté à la base et appuyées par une équipe technique compétente supervisée par la Direction Générale de la Protection Sociale : séparation de l'offre et de la demande de soins. La mutuelle doit être gérée au niveau de la commune (et non du centre de santé). Ainsi les populations ont le choix entre tous les centres de santé de la commune. Mais des sections mutualistes seraient créées dans chaque centre de santé. Le remboursement des factures serait réalisé par la mutuelle au niveau communal. Les mutuelles d'un même district sanitaire forment une union de mutuelles de districts, celles-ci pouvant à leur tour former des fédérations provinciales de mutuelles qui se mettront plus tard en confédération nationale.
2. Le paiement de la cotisation doit se faire obligatoirement avant les soins (période d'observation d'attente d'au moins 1 mois) entre début mai et fin août (période où les populations ont des ressources au Burundi). L'année mutualiste commencera le 1er septembre. La cotisation sera versée à la section

mutualiste et transférée à la mutuelle communale qui dispose d'un Gestionnaire qui a des compétences suffisantes.

3. Pour chaque cotisation, l'Etat, via un fonds national d'appui aux mutuelles de santé alimenté par les impôts et la coopération internationale, complètera cette cotisation par une subvention.
4. Chaque section mutualiste aura un comité de mobilisation des fonds élu par les populations ainsi qu'un agent mutualiste qui enregistre les cotisations et les transfère à la mutuelle communale.
5. Les communes seront largement impliquées dans la sensibilisation pour l'adhésion aux mutuelles de santé. Elles veilleront à ce que tout le monde adhère à une assurance-maladie. .
6. Les indigents seront identifiés par la mutuelle, et leurs cotisations seront versées à la mutuelle par l'Etat. Il est indispensable de créer un Fonds National d'Appui aux Indigents soutenu aussi par les communes qui participeraient ainsi à la validation de la liste des indigents.
7. Une convention sera signée entre l'union des mutuelles et le district sanitaire, précisant les conditions de collaboration entre la mutuelle et les prestataires de soins. Les prestataires s'engageront notamment dans des soins de qualité. Des médecins conseils seront engagés pour assurer à la fois le suivi de la qualité des soins et les coûts des prestations.
8. Au niveau de chaque province sanitaire seront identifiés une ou deux organisations d'appui qui apporteront un appui technique et organisationnel au développement du système jusqu'à la prise en main par la fédération provinciale des mutuelles de santé.
9. Chaque mutuelle sera conventionnée avec tous les centres de santé et l'hôpital du district de son ressort et adhèrera à la fédération provinciale des mutuelles qui aura une convention avec les hôpitaux régionaux et nationaux. C'est la fédération provinciale, via une fraction de la cotisation renforcée par le fonds national, qui remboursera les prestations aux hôpitaux régionaux et nationaux.
10. Les soins offerts à un mutualiste en dehors de son district de santé seront pris en charge par l'inter mutualité gérée par la fédération provinciale ou la confédération nationale selon le cas.

CONCLUSION.

La couverture sanitaire universelle passe par une Assurance Maladie Universelle dont le fondement est la solidarité et la prévoyance au travers l'extension et le développement des mutuelles de santé.

La PAMUSAB estime qu'il est temps, aujourd'hui, que le Gouvernement du Burundi a déjà mis en place des documents de politique définissant les mutuelles de santé comme voie principale de couverture et d'extension de la protection sociale de passer à l'acte en rendant obligatoire l'adhésion à une assurance maladie.

L'assurance-maladie obligatoire sera un instrument privilégié pour le Gouvernement du Burundi et ses partenaires pour l'extension et le développement des mutuelles de santé vers une couverture sanitaire universelle.

La PAMUSAB est prêt à accompagner le Gouvernement dans cette stratégie par des actions d'organisation et d'encadrement des communautés qui permettront à moyen terme d'assurer à chacun citoyen l'accès à des soins de santé de qualité.
