

UNIVERSITE NATIONALE DU RWANDA

FACULTE DE DROIT

DEPARTEMENT DE MAITRISE – DROIT DES AFFAIRES

**L'assurance mutualiste au Rwanda : regard critique sur les aspects
organisationnels et fonctionnels des mutuelles de santé**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Droit (LLM)

par Théophile MBONERA

DIRECTEUR : Dr François-Xavier KALINDA

Kigali, Décembre 2010

DEDICACE

Au Seigneur Tout Puissant,

A notre chère épouse A. UWABABYEYI,

A nos chers enfants M.B. INEZA et A.C. MANZI,

A tous nos parents, nos frères et nos sœurs,

A tous nos formateurs scolaires et académiques,

A tous nos amis.

REMERCIEMENTS

De très profonds remerciements s'adressent à Dieu Tout Puissant qui, par sa bonté, nous a accordé la vie et la chance de poursuivre et terminer les études de *master* jusqu'à la réalisation du présent travail.

Nous sommes en plus très reconnaissant envers Dr. F. X. KALINDA, qui, malgré ses multiples tâches usuelles, a accepté de nous guider dans nos recherches jusqu'à la fin du travail.

Nous devons également des remerciements aux autorités de l'UNR et au corps académique de la faculté de droit, et spécialement du département de maîtrise, pour leur dévouement marquant grâce auquel nous avons acquis des connaissances qui nous ont beaucoup aidé à réaliser ce travail.

Nous tenons en outre à remercier infiniment notre chère épouse, Aline UWABABYEYI, ainsi que notre employeur, le Ministère de la justice, pour la tolérance et l'encouragement dont ils nous ont inlassablement fait montre pendant notre recherche.

Enfin, nous remercions toute personne, qui, de près ou de loin, a contribué à la réalisation de ce travail.

MBONERA Théophile

SIGLES ET ABREVIATIONS

AIM	: Association Internationale de la Mutualité
al.	: alinéa
A.P.	: Arrêté Présidentiel
art.	: article
B.O.	: Bulletin Officiel
c-à-d	: c'est-à-dire
CCL I.	: Code civil, Livre Premier
Chap.	: Chapitre
Coll.	: Collection
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
éd.	: édition
EDPRS	: <i>Economic Development and Poverty Reduction Strategy</i>
etc.	: <i>et caetera</i> (et autres)
<i>Id.</i>	: <i>Idem</i> (même auteur)
<i>Ibid.</i>	: <i>Ibidem</i> (même auteur même page)
<i>Infra</i>	: En bas
J.O.R.R	: Journal Officiel de la République du Rwanda
LGDJ	: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
MINECOFIN	: Ministère de l'économie et des finances
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MMI	: <i>Military Medical Insurance</i> (assurance maladie des militaires)
n°	: Numéro
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
<i>Op. Cit.</i>	: <i>Opere Citato</i> (Ouvrage cité auparavant)
p.	: page
p.p.	: pages
P.U.F	: Presses Universitaires de France
RAMA	: La Rwandaise d'Assurance Maladie
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SONARWA	: Société Nouvelle d'Assurance au Rwanda
<i>Supra</i>	: En haut, au-dessus
t.	: tome
UNR	: Université Nationale du Rwanda

Vol. : Volume

Voy. : Voyez

TABLE DES MATIERES

DEDICACE -----	II
REMERCIEMENTS -----	III
SIGLES ET ABREVIATIONS -----	IV
TABLE DES MATIERES -----	VI
EXECUTIVE SUMMARY -----	IX
INTRODUCTION GENERALE -----	1
I. Présentation du sujet -----	1
II. Problématique -----	1
III. Intérêt du sujet -----	4
IV. Objectifs de la recherche -----	5
V. Hypothèses -----	5
VI. Méthodologie de la recherche -----	6
VII. Subdivision du travail -----	6
CHAPITRE I^{ER}. LE CONCEPT DE MUTUALITE ET EVOLUTION DES MUTUELLES DE SANTE AU RWANDA -----	8
Section I^{ère}. Le concept de mutualité -----	8
§.1. Définition et types de mutualités-----	8
§.2. La mutualité : une variété des assurances-----	11
A. Définition de l'assurance-----	11
B. Les mutualités dans la classification des assurances-----	13
C. Définition et caractéristiques de la mutuelle de santé-----	16
1. Définition-----	16
a. Définition doctrinale-----	16
b. Définition législative-----	17
2. Caractéristiques des mutuelles de santé-----	20
Section II. Evolution historique des mutuelles de santé au Rwanda -----	22
§1. Contexte légal et naissance des mutuelles de santé au Rwanda-----	22
§2. Expansion des mutuelles de santé au Rwanda-----	23
CHAPITRE II. ANALYSE ET CRITIQUE DU CADRE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DES MUTUELLES DE SANTE -----	27
Section I^{ère}. Nature juridique et organisation -----	27
§2. Organisation des mutuelles de santé-----	30

A. Du Fonds de mutuelle de santé-----	30
1. Considérations critiques sur l'objet de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 -----	31
2. Inquiétudes quant à la pluralité des Fonds de mutuelle de santé-----	32
3. Organes de coordination de la mutuelle de santé -----	33
a. Le Conseil d'Administration -----	33
b. La direction -----	34
B. Des sections de mutuelle de santé-----	34
C. Des comités de mobilisation-----	35
D. Des institutions publiques appuyant les mutuelles de santé-----	36
1. Le Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé-----	36
2. La Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé, CTAMS -----	37
Section II. Fonctionnement et gestion des mutuelles de santé-----	39
§1. Du fonctionnement des mutuelles de santé -----	40
A. Fonctionnement du Conseil d'Administration -----	40
B. Fonctionnement de la direction -----	42
C. Du fonctionnement au niveau des sections-----	43
1. Le rôle du gestionnaire de la section -----	44
2. Le rôle du comité de gestion -----	44
3. Le rôle des comités de mobilisation -----	45
D. Des rapports entre mutuelles de santé et le Ministère de la santé ainsi que le district-----	47
1. Des rapports entre les mutuelles de santé et le Ministère de la santé -----	47
2. Des rapports entre les mutuelles de santé et le district -----	49
E. De l'accessibilité aux soins de santé à travers les mutuelles de santé-----	50
1. L'affiliation à la mutuelle de santé -----	50
2. La cotisation, une condition essentielle mais pas la seule d'accès aux prestations des mutuelles de santé-----	51
F. Des prestations aux bénéficiaires des mutuelles de santé-----	53
1. Prestations couvertes et prestations non couvertes -----	53
2. De la mobilité de soins au sein des mutuelles de santé-----	54
§2. Gestion financière des mutuelles de santé-----	57
A. Financement des mutuelles de santé-----	57
1. La cotisation des affiliés-----	57
a. Considérations générales -----	58
b. Critiques sur le mode de cotisation dans les mutuelles de santé -----	59
- Perception de la solidarité des affiliés à travers le mode de cotisation -----	59
- Le problème de la cotisation identique dans tous les Fonds de mutuelles de santé -----	61
2. Autres sources de financement des mutuelles de santé-----	62
B. Gestion et contrôle des mutuelles de santé-----	63
1. La gestion des mutuelles de santé-----	63
2. Contrôle des mutuelles de santé-----	64
 CHAPITRE III : PROPOSITION DE VOIES DE SOLUTION QUANT AUX DIVERSES CRITIQUES FAITES SUR LES MUTUELLES DE SANTE -----	 67
Section I^{ère} De la nécessité de réforme de la loi sur les mutuelles de santé-----	67
§1. Proposition au sujet de la nature et l'organisation des mutuelles de santé-----	67
A. Nature-----	67
B. Organisation des mutuelles de santé-----	68
§2. Proposition au sujet du Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé-----	69
§3. Proposition au sujet du fonctionnement et de la gestion des mutuelles de santé-----	70
A. Fonctionnement de la direction -----	70
B. Fonctionnement du comité de gestion-----	71
C. Prestations aux bénéficiaires des mutuelles de santé-----	71
D. La cotisation des affiliés et le ticket modérateur -----	72
 Section II. De la nécessité de renforcer la capacité de servir des mutuelles de santé-----	 73
§1. Le personnel au Fond national de garantie des mutuelles de santé-----	74
§2. L'assistance par la mutuelle de santé-----	74

§3. La cotisation identique dans tous les Fonds de mutuelles de santé -----	75
§4. La mobilité de soins au sein des mutuelles de santé -----	76
CONCLUSION GENERALE -----	77
BIBLIOGRAPHIE -----	79

EXECUTIVE SUMMARY

The mutual health insurance scheme is a system which functions essentially by means of contribution fees of its members, and covers their health-related risks. In 2007, the law n° 62/2007 of 30/12/2007 created in each district of Rwanda a mutual health insurance scheme, and the present paper describes, analyses and criticises the organisation and functioning of this scheme as some of its aspects raise some questions.

In fact, Rwandan Mutual health insurance scheme is coordinated at each district level by a mutual health insurance fund, which has legal personality and is administratively and financially autonomous. The contribution fees of its members consist of a fixed sum of money. The way this scheme is conceived raises a number of questions, among others, the question of easy access by each member to services it offers, especially when he falls in need being out of his district. Another important issue concerns the mode of contribution by members: the contribution fee consisting of a fixed sum of money, this seems to not comply with the principle of solidarity, which is however an important pillar in mutual insurance scheme constitution.

This image of mutual health insurance scheme in Rwanda is the main reason why a research in that domain was undertaken, to analyse in details different aspects of the organisation and the functioning of the Rwandan mutual health insurance scheme that merit some attention and consideration, and, where possible, to find out and suggest solutions which could help improve or to build a scheme that can serve better the beneficiaries.

Not only the research provides a tool that can help to get clarity on what is mutual insurance scheme in general and mutual health insurance scheme in particular, as well as on the organisation and the functioning of mutual health insurance scheme in Rwanda, it can also help whoever it may concern to find important information on various aspects of Rwandan mutual health insurance scheme, information which can play as a good guide to better reforms.

This work consists of three chapters, talking about mutuality in general and mutual health insurance scheme in particular (chap I), the Rwandan mutual health insurance scheme in details (chap. II) to finally suggest what can render the scheme better more helpful (Chap. III).

INTRODUCTION GENERALE

I. Présentation du sujet

Le droit des assurances est l'une des composantes de la grande catégorie du droit des affaires, comme tant d'autres branches du droit notamment le droit commercial, le droit monétaire bancaire et financier, le droit de la concurrence et de la consommation, le droit des sociétés, etc. Les assurances à leur tour sont subdivisées en multiples catégories, parmi lesquelles figurent les assurances mutualistes qui font l'objet de l'œuvre présente. Cette dernière porte plus précisément sur l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé créées en 2007 par une loi portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé¹.

Au Rwanda, la création par l'Etat d'un système d'assurance maladie mutualiste étendu sur tout le territoire du pays a rendu très aisé l'accès géographique de toute personne résidant au Rwanda aux soins de santé très peu coûteux. Cela fut une réalisation exceptionnelle et qui jusqu'à présent mérite l'attention. Et ainsi donc, peu longtemps après la création, l'installation et la mise en mouvement de ce système sur toute l'étendue pays, il importe d'y effectuer une étude critique dans le but essentiel d'en apprécier les mérites et d'en relever éventuellement les imperfections et les lacunes pouvant inciter l'amélioration de son organisation, de son fonctionnement voire de sa gestion.

Dans cet ordre d'idée, le présent travail consiste à analyser et critique ce système du point de vue essentiellement légal quant à son organisation, son fonctionnement et sa gestion. La recherche entreprise et effectuée dans ce but fait suite à l'observation dans ce système d'assurance des pratiques tendant à obnubiler la pleine jouissance des facilités d'accès aux soins de santé que les mutuelles de santé devraient être capables d'offrir. Les détails sur la question font l'objet du point ci-après.

II. Problématique

Au Rwanda, les mutuelles de santé constituent un mode d'assurance maladie d'une certaine particularité et présentant des aspects qui méritent certaines considérations eu égard aux lois ou aux principes applicables à la matière des assurances maladie. En effet, l'assurance maladie mutualiste coordonnée par le Fonds de mutuelle de santé est une initiative de l'autorité publique, qui connaît

¹ Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, in *J.O.R.R.* n° spécial du 20/03/2008.

aujourd'hui plus de trois ans d'existence légale. Les mutuelles de santé doivent cette existence légale à la loi susmentionnée. La lecture de cette loi, ainsi que l'observation de l'organisation et du fonctionnement des mutuelles de santé en pratique sur terrain poussent à se poser des questions touchant à la loi elle-même dans son efficacité et son effectivité.

Il importe de relever deux problèmes principaux qui intéressent notre recherche. D'une part, ces mutuelles de santé apparaissent comme des structures d'entraide communautaires construites et fonctionnant dans le respect des formes de la décentralisation administrative. En effet, elles existent et sont gérées au niveau de chaque district administratif par un fonds doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Cette conception des mutuelles de santé donne une forte conviction qu'un adhérent à une mutuelle de santé d'un district donné ne bénéficie des soins de santé qu'aux seules facilités du Fonds de mutuelle de santé auquel il est adhérent, et dans les seuls établissements de santé se trouvant sur le territoire du district auquel le Fonds appartient. Chaque mutuelle de santé au niveau du district apparaît ainsi comme une structure indépendante et personne ne peut juridiquement lui exiger la couverture de ses soins de santé s'il n'y est pas affilié. Ceci présente de sérieux inconvénients, car, il peut arriver facilement qu'un membre d'une mutuelle de santé d'un district donné tombe malade en étant assez loin du district de son Fonds de mutuelle d'adhésion, la loi en soi n'ayant pas prévu une solution claire dans une circonstance pareille.

D'autre part, les mutuelles de santé sont, comme toutes les autres assurances mutualistes, fondées sur, entre autres principes fondamentaux, la solidarité². Pourtant, l'observation du fonctionnement des mutuelles de santé ne permet pas de constater suffisamment l'effectivité de ce principe dans la pratique des mutuelles de santé. Par exemple, les cotisations des adhérents consistent en un montant fixe et identique pour tous les adhérents alors que, par l'effet de ce principe, elles devraient différer d'un individu à l'autre suivant le pouvoir économique de chaque adhérent. Or, la solidarité ne saurait se faire sentir autrement mieux dans les assurances mutualistes si les adhérents les plus nantis ne contribuent pas plus largement à la couverture des risques assurés. Cette contribution se manifeste dans les cotisations des adhérents, lesquelles devraient donc différer entre eux dépendamment du pouvoir économique individuel de chaque adhérent. Cette idée est justifiée par

² Principe au nom duquel, notamment, non seulement les indigents peuvent bénéficier gratuitement les soins de santé grâce aux cotisations des non indigents, mais en plus le montant de la cotisation diffère entre les non-indigents non selon le risque que présente l'individu mais plutôt selon le revenu de chaque adhérent.

la devise de la solidarité qui est : « un pour tous, tous pour un » ou encore par le principe clé en matière de la solidarité à savoir : « par chacun selon ses capacités, à chacun selon ses besoins »³

Une telle situation suscite des interrogations, et notamment deux questions se posent : Chaque mutuelle de santé possédant sa propre personnalité juridique et son autonomie de gestion administrative et financière, peut-il y avoir une coordination efficace entre toutes les mutuelles de santé, permettant l'accès et le paiement faciles de soins de santé en faveur d'un adhérent se trouvant en dehors de son district ? Pour une meilleure observation du principe de la solidarité, ainsi qu'une augmentation éventuelle de la qualité et de la quantité des couvertures de soins assurées par le Fonds de mutuelle de santé, la cotisation dans les mutuelles de santé ne devrait-elle pas varier selon le revenu de chaque adhérent ?

Bref, la loi a d'abord créé plusieurs mutuelles de santé autonomes au niveau de chaque district administratif, sans prévoir un cadre pragmatique d'interaction entre elles, laissant ainsi subsister un problème important d'accès aux soins de santé couverts par ces mutuelles de la part d'un adhérent qui tomberait malade pendant qu'il est en dehors du territoire que couvre sa mutuelle de santé. Ceci pousse à se demander si le législateur ne peut pas instaurer un système d'assurance mutuelle dont le fonctionnement permettrait aux bénéficiaires l'accès aux soins de santé couverts où qu'il soit sur tout le territoire du pays.

A cela s'ajoute que le mode de cotisation dans les mutuelles de santé ne respecte pas le principe de la solidarité qui normalement caractérise le fonctionnement des assurances mutualistes. Ceci fait penser que l'état actuel de ce système réduirait la qualité et la quantité de profits que les bénéficiaires devraient tirer de l'assurance. L'idée persistante ici est que si ce principe était observé et que la cotisation était fonction du revenu individuel de chaque adhérent, non seulement ces mutuelles de santé seraient bâties sur des bases les mieux normales, mais aussi elles seraient plus nanties⁴, et partant, mieux capables de servir avec plus de satisfaction leurs bénéficiaires tant qualitativement que quantitativement.

Le présent travail s'articule essentiellement autour de ces deux questions synthétisées dans les deux paragraphes ci-précédents.

³ Y. SAINT-JOURS (sous la direction de), *Traité de la sécurité sociale*, Paris, LGDJ, 1990, p. 157, cité par J.C. MUBALAMA, *Droit des assurances avancées*, notes de cour en Maîtrise-Droit des Affaires, Butare, 2009, p. 72, inédites.

⁴ Car les cotisations varieraient dépendamment du niveau de richesse de chacun au lieu d'être un montant identique pour tous.

III. Intérêt du sujet

Le sujet de recherche choisi est utile à plusieurs égards. D'ors et déjà, le choix et la recherche sur les mutuelles de santé permettent d'éclairer suffisamment le public sur l'assurance mutualiste rwandaise en général et sur les aspects organisationnels et fonctionnels des mutuelles de santé sans que ce public soit obligé de recourir aux textes légaux y relatifs qui, parfois, peuvent être difficiles à atteindre, à utiliser ou à comprendre.

Mieux encore, le choix de ce sujet repose principalement sur des insatisfactions remarquées dans les prestations des mutuelles de santé dont les causes sont très vraisemblablement de nature légale, et, partant de ces insatisfactions, sur le souci de rechercher des solutions juridiques pouvant rendre les mutuelles de santé mieux serviables.

Comme il a été soulevé ci précédemment, l'attribution de la personnalité juridique à tous les fonds de mutuelle de santé, chacun individuellement, s'est révélée dans la pratique comme un obstacle légal à la mobilité des soins en faveur des assurés des mutuelles de santé au Rwanda. Elle limite l'aisance d'accès aux soins de santé couverts par les mutuelles de santé à l'assuré se trouvant en dehors de son district d'affiliation au moment du besoin de soins. Cela étant, il s'agit évidemment d'un obstacle assez important à la sécurité sanitaire d'un assuré de mutuelle de santé, auquel il serait très utile de trouver la solution. Par exemple, ne serait-il pas possible de mettre en place un système beaucoup plus efficace pouvant favoriser la collaboration ou l'interaction entre tous les fonds de mutuelle de santé pour que ceux-ci étendent réciproquement la couverture de soins de santé à tous les affiliés de mutuelle de santé sans devoir considérer leur place d'affiliation. Une recherche au sujet choisi est donc intéressante puisqu'elle permet de relever tous les contours de ce problème, et de recommander autant que possible les meilleures voies de solutions.

Il y en plus la question importante liée au financement des mutuelles de santé. La meilleure source de financement de celles-ci ce sont les cotisations des affiliés ; cependant le mode de cotisation dans les mutuelles de santé ne respecte pas le principe fondamental de mutualité qui est la solidarité, car, tous les adhérents paient le même montant de cotisation, sans tenir compte du riche et du pauvre. A cela s'ajoute que les mutuelles de santé ne couvrent pas tous les soins désirables par leurs affiliés, certainement à cause de modestie économique. Pourtant, si la solidarité était observée, les riches paieraient mieux que les pauvres, et l'économie des mutuelles de santé croîtrait davantage

et, pense-t-on, cela améliorerait la qualité et la quantité des prestations offertes par elles. Cela nourrit l'envie d'effectuer une recherche surtout sur le fonctionnement et/ou la gestion des mutuelles de santé, afin d'éclairer sur de leurs mérites mais aussi sur leurs imperfections, pour enfin formuler, là où il se le doit, des suggestions contributives à la réflexion sur l'amélioration de leur utilité.

Enfin, l'institutionnalisation des mutuelles de santé sous la coordination des fonds de mutuelle de santé datant de plus de trois ans déjà, il est aussi important d'y jeter un regard critique pour la juste appréciation de leur effectivité et de leur utilité à l'attention surtout du législateur ou des décideurs aux fins d'éventuelles réformes.

IV. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de la recherche effectuée sur les mutuelles de santé est de présenter l'image et la qualité de l'organisation et du fonctionnement des mutuelles de santé au Rwanda en tant qu'un système d'assurance maladie mutualiste essentiellement organisé autour des fonds de mutuelle de santé, en vue de leur amélioration là où il convient de le faire.

Dans cet ordre d'idée, la recherche vise essentiellement à :

- éclairer le lecteur sur le concept de mutualité comme une variété d'assurance, pour ainsi faire comprendre que les mutuelles de santé sont aussi des assurances ;
- faire état des lieux de l'organisation du fonctionnement des mutuelles de santé au Rwanda comparativement aux principes d'assurance en général et d'assurances mutualistes en particulier ;
- formuler des recommandations pouvant aider à améliorer ce système d'assurance.

V. Hypothèses

Cette recherche est partie de deux hypothèses, lesquelles ont joué le rôle d'éclaireurs de la recherche du début jusqu'à la rédaction de ce travail. Elles sont ainsi libellées :

- Pour fournir la meilleure qualité des prestations de soins, les mutuelles de santé devraient jouir d'un cadre légal leur assurant une organisation et un fonctionnement qui favorisent et facilitent la mobilité de soins en faveur des adhérents.
- La fixation d'une cotisation variable suivant le revenu de chaque adhérent à une mutuelle de santé serait utile à la viabilité économique des mutuelles de santé.

VI. Méthodologie de la recherche

Pour la réalisation du présent travail, il a été essentiellement fait recours un certain nombre de méthodes et techniques.

Comme méthodes, il s'agit des méthodes analytique, critique et descriptive par lesquelles les mutuelles de santé ont été examinées et décrites, puis critiquées et/ou analysées dans leurs aspects relatifs à leur organisation, leur fonctionnement et leur gestion ; ainsi que de la méthode comparative, par laquelle certains aspects des autres assurances maladie à caractère mutualiste ont été rapprochés à ceux des mutuelles de santé rwandaises pour dégager les ressemblances et surtout les divergences, et de là, formuler des suggestions.

Concernant les techniques utilisées, il y a la technique documentaire par laquelle divers documents, palpables et électroniques, ont été collectés, consultés, retenus comme outils d'appui indispensables dans l'analyse effectuée de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion des mutuelles de santé. Comme document il y a des textes légaux, réglementaires et textes doctrinaux ainsi que des écrits de diverse nature traitant des mutuelles de santé, des assurances en général ou des assurances mutualistes en particulier. Il y a aussi des visites et des entretiens : La recherche a également nécessité des visites sur terrain pour s'entretenir avec certains agents s'occupant dans leur activité quotidienne des mutuelles de santé, afin de se rendre compte de l'état pratique de l'organisation et du fonctionnement des mutuelles de santé.

VII. Subdivision du travail

Le présent travail se subdivise en trois chapitres précédés d'une introduction générale et bouclés par une conclusion générale et des recommandations.

Le premier chapitre étudie le concept de mutualité en général et l'évolution des mutuelles de santé au Rwanda. L'on trouvera aussi dans ce chapitre, l'explicitation du caractère assuranciel des mutuelles de santé et leur appartenance dans la classification des assurances.

Le deuxième chapitre porte sur l'analyse et la critique du cadre organisationnel et fonctionnel des mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007. Il s'agit essentiellement d'analyser les différents aspects de la structure organique des mutuelles de santé, des institutions mises en place pour gérer

ce système d'assurance, ainsi que de faire des observations sur le rôle de chaque organe de la mutuelle de santé, d'éclaircir l'accessibilité aux mutuelles de santé et à leurs prestations, et enfin de commenter leur financement et la gestion de leur patrimoine.

Enfin, le troisième et dernier chapitre consiste à suggérer ce qu'il est jugé convenable en rapport aux lacunes ou aux imperfections observées dans l'organisation et le fonctionnement ainsi que la gestion des mutuelles de santé pour en améliorer la serviabilité.

CHAPITRE I^{er}. LE CONCEPT DE MUTUALITE ET EVOLUTION DES MUTUELLES DE SANTE AU RWANDA

La mutualité est l'une des formes d'organisation des membres de la société qui réunissent leurs efforts pour résoudre ensemble un problème commun que chacun individuellement aurait du mal à résoudre seul. Elle existe sous diverses typologies suivant les objets qu'elle peut poursuivre. Parmi ces typologies, il y a les mutuelles de santé, lesquelles possèdent à leur tour des particularités par rapport aux autres sortes de mutualités.

Ce chapitre vise à dresser le portrait des mutualités en général et des mutuelles de santé en particulier. Il décrit aussi la naissance et la croissance des mutuelles de santé au Rwanda, à partir des toutes premières organisations connues dans l'histoire des mutuelles de santé au Rwanda jusqu'aux mutuelles existantes aujourd'hui.

Section I^{ère}. Le concept de mutualité

Le concept de mutualité est défini par les dictionnaires, les ouvrages de doctrine, voire certaines législations. De la définition de ce concept, l'on constate qu'il existe plusieurs sortes de mutualités, et qu'en outre, la mutualité est une variété d'assurance.

§.1. Définition et types de mutualités

Le lexique des termes juridiques définit la mutualité comme « un mouvement social d'importance considérable prenant pour base juridique le système de l'association avec : 1° utilisation concrète du principe de solidarité et d'entraide, traduit dans la collecte des cotisations ; 2° recherche désintéressée de la prévoyance et de l'assurance envers les adhérents (...) »⁵. La mutualité est donc considérée comme un mouvement social, c'est-à-dire une convergence de forces vers un même objectif de caractère social, bâtie sur les principes de la solidarité, l'entraide, la prévoyance et l'assurance.

Selon la doctrine, il s'agit d'un moyen de prévoyance collective qui consiste à organiser une entraide collective généralement socioprofessionnelle pour se garantir contre les risques sociaux, la charge des risques étant entièrement diffusée sur l'ensemble des mutualistes en ce sens que les

⁵ R. GUILLIEN et J. VINCENT, *Lexique des termes juridiques*, 13^{ème} éd., Paris, Dalloz, 2001, p. 371.

membres du groupe supportent par voie de solidarité les charges financières qui incombent à chacun d'eux, et ce au moyen des cotisations versées à la mutuelle⁶

Selon toujours la doctrine, le terme mutualité peut désigner, selon le sens dans lequel il est employé, une technique de répartition de risques ou un mode d'organisation socio-économique de l'assurance⁷. En effet, l'expression mutualité prise « lato sensu » est comprise, d'une part, comme une technique de répartition des risques nécessairement utilisée par tout organisme qui se livre à des opérations d'assurance quel que soit son statut juridique, tandis que, d'autre part, elle revêt le sens d'une technique d'organisation socio-économique de l'assurance par laquelle, un certain nombre de personnes exposées à des risques similaires décident de mettre ces risques en commun et constituent dans ce but une société, appelée société d'assurance mutuelle dans laquelle chacune d'elles est à la fois assureur et assuré⁸. Ainsi, tout en soulignant d'une part que la forme de « société » n'est pas la mieux indiquée pour les mutualités (car évoquant souvent un caractère commercial), la forme préférable étant, semble-t-il, « l'association » en tant que terme plus ou moins générique, il y a lieu de conclure de l'autre part que la mutualité est une variété d'assurance.

Dans la législation rwandaise, il n'existe pas de disposition qui définit la mutualité, mais le décret du 15 avril 1958 relatif aux associations mutualistes énumère exhaustivement les objets pour lesquels les mutualités peuvent être agréées, en indiquant la nature associative de ces dernières ainsi que leur but purement social. En effet, on retient de ce décret que les mutualités sont constituées sous forme d'associations en vue de l'une des catégories d'objets I à V ci-suivantes⁹ :

Catégorie I :

- A. *Assurer aux associés et aux membres de leur famille une intervention en cas de maladie, de blessures, d'infirmité ; en cas de mariage, de naissance d'un enfant;*
- B. *assurer une intervention limitée à la famille des associés, en cas de décès de ceux-ci ou de leur conjoint ; pourvoir aux frais funéraires en cas de décès des associés et des membres de leur famille;*
- C. *pourvoir, au profit des associés et des membres de leur famille, aux frais d'examen de médecine préventive, de traitements préventifs, de cures d'air préventives, de réadaptation et de cures de convalescence;*
- D. *organiser, pour les associés et les membres de leur famille, des festivités et solennités en rapport avec leurs activités sociales et économiques ou les événements de leur vie familiale ;*

⁶ F. X. KALINDA, *Cours de droit social rwandais*, Coll. Manuel pour étudiants, Butare, les éditions de l'UNR, 2004, p. 67 ; M. NSENGIYUMVA, *Droit social*, Coll. Manuel de droit rwandais, Kigali, Printerset, 1993, p. 149.

⁷ J. BIGOT, *Traité de droit des assurances, t. 1 : Entreprises et organismes d'assurance*, 2ème éd., Paris, LGDJ, 1996, p. 95.

⁸ *Id.*, p. 96.

⁹ Art. 1^{er} Décret du 15 avril 1958 relatif aux associations mutualistes, in *B.O.*, 1958.

E. favoriser et promouvoir l'organisation de services d'assistance familiale, sociale et médicale, des séjours de repos ou toutes autres initiatives de réconfort physique et moral au profit des associés et des membres de leur famille.

Catégorie II.

Sans préjudice des dispositions légales relatives à la sécurité sociale, constituer une caisse en vue de venir en aide, par des allocations annuelles, aux associés âgés ou infirmes ou, après leur mort, aux membres de leur famille. Le taux des allocations sera à chaque exercice, sujet à révision.

Catégorie III.

A l'exclusion des cas où une indemnité est prévue par la législation phytosanitaire ou zoosanitaire, assurer aux associés et aux membres de leur famille une indemnité en cas, soit de perte ou de maladie de bétail, soit de dommages sérieux causés aux habitations, aux pirogues, à la récolte, aux étangs piscicoles ou à l'outillage agricole et artisanal, par des calamités naturelles, déterminées par des statuts.

Catégorie IV.

- A. Organiser ou faciliter en faveur des associés et des membres de leur famille, l'épargne pré-nuptiale, l'épargne en vue de la naissance d'un enfant, en vue du paiement du minerval des études post-primaires ou des frais funéraires;*
- B. constituer au profit des associés et des membres de leur famille, des bourses d'études;*
- C. faire aux associés des prêts en vue du mariage d'un montant ne dépassant pas la moitié du revenu annuel du bénéficiaire.*

Catégorie V.

Construire, aménager ou équiper toutes espèces d'institutions d'hospitalisation, de médecine préventive ou curative, des colonies de cures d'air préventives, des écoles d'éducation d'hygiène ou des centres de convalescence et de réadaptation, ainsi que les dépendances nécessaires ou utiles à leur bon fonctionnement. Assurer le fonctionnement normal de ces institutions.

De par ce décret, l'on constate qu'il existe plusieurs types de mutualités qui se distinguent par l'objet qu'elles poursuivent. L'on remarque aussi que parmi ces cinq catégories d'objets que peuvent poursuivre les associations mutualistes, la catégorie I (les points A, C et E) concerne, entre autres essentiellement, les activités liées à la santé faisant l'objet des mutuelles de santé¹⁰, lesquelles constituent elles aussi l'une des typologies des mutualités.

¹⁰ I. - A : assurer aux associés et aux membres de leurs familles une intervention en cas de maladie, de blessures, d'infirmité ; en cas de mariage, de naissance d'un enfant ;
I. - C : pourvoir, au profit des associés et des membres de leur famille, aux frais d'examen de médecine préventive, de traitements préventifs, de cures d'air préventives, de réadaptation et de cures de convalescence;
I. - E : favoriser et promouvoir l'organisation de services d'assistance familiale, sociale et médicale, des séjours de repos ou toutes autres initiatives de réconfort physique et moral au profit des associés et des membres de leur famille.

§.2. La mutualité : une variété des assurances

Comme il est déjà mentionné ci-haut, la doctrine considère la mutualité comme une technique d'organisation socio-économique de l'assurance par laquelle, un certain nombre de personnes exposées à des risques similaires décident de mettre ces risques en commun et constituent dans ce but une société, appelée société d'assurance mutuelle dans laquelle chacune d'elles est à la fois assureur et assuré¹¹. Ce point de vue doctrinal donne la conviction que la mutualité revêt une nature d'assurance. Pour une bonne compréhension de cette nature, il est utile de parler ci-après des notions essentielles relatives à l'assurance, afin de faire comprendre pourquoi la mutualité est comptée parmi les assurances et dans quelle catégorie des assurances elle fait partie.

A. Définition de l'assurance

L'assurance se définit tantôt comme un contrat, tantôt comme une technique, ou alors comme les deux à la fois. Selon D. KRAJESKI¹², « l'assurance est l'opération par laquelle l'assureur s'engage à effectuer une prestation, moyennant le versement d'une prime ou d'une cotisation, en cas de réalisation d'un risque. La prestation de l'assureur, ce sera le plus souvent le versement d'une indemnité, d'un capital ou d'une rente. Ce peut être aussi la fourniture d'un service en cas de survenance du sinistre ». Cette définition quoique n'incluant pas le concept « contrat », décrit les relations contractuelles entre l'assuré et l'assureur, si bien qu'évidemment elle parle de l'assurance en tant qu'un contrat.

Plus clairement, M. LEGRAND définit l'assurance comme « un contrat par lequel une personne (l'assureur), s'engage envers une autre (l'assuré) à indemniser, moyennant le versement d'une somme convenue (prime) des effets dommageables que certains risques déterminés peuvent lui faire subir »¹³. Ici, l'auteur est beaucoup plus clair dans sa définition sur le caractère contractuel de l'assurance. Cependant, il y a lieu de remarquer qu'il ne parle que de la prime comme obligation de l'assuré alors que, selon le cas, il peut s'agir aussi de la cotisation.

La considération de l'assurance comme un contrat est aussi remarquable dans certaines législations notamment la législation rwandaise. Le décret-loi n° 20/75 du 20/6/1975 relatif aux assurances en

¹¹ Voy. *supra*, p. 9.

¹² D. KRAJESKI, *Droit des assurances*, Paris, Montchrestien, 2004, p. 17.

¹³ M. LEGRAND, *Dictionnaire usuel de droit*, Paris, Librairie Larousse, 1975, p.101.

général définit l'assurance sous son aspect contractuel seulement en disant que « le contrat d'assurance est un contrat par lequel une personne, appelée assureur, s'engage moyennant paiement d'une ou plusieurs primes, à fournir à une autre personne, appelée assuré ou bénéficiaire, une prestation pécuniaire en cas de réalisation d'un risque déterminé »¹⁴.

Cette définition suscite trois remarques, la première étant qu'elle se présente expressément comme la définition d'un « contrat d'assurance » et non celle de « l'assurance » tout court. Ceci fait présumer que le législateur rwandais s'est préoccupé de ne définir que l'assurance sous son aspect juridique ou contractuel. La seconde remarque est que cette définition du législateur rwandais colle mieux à l'assurance commerciale dans la mesure où elle ne parle que de la prime comme contrepartie des prestations de l'assureur alors que dans certains types d'assurances, notamment les assurances mutuelles, on parle de la cotisation. Soulignons enfin que les prestations de l'assureur ne sont pas que pécuniaires, elles peuvent parfois consister en un service en faveur de l'assuré¹⁵.

Par ailleurs, la nature de l'assurance est dans certaines définitions perçue comme une technique et non un contrat. L'exemple illustratif est la définition suivante¹⁶ selon laquelle « l'assurance est la compensation des effets du hasard par la mutualité organisée selon les lois de la statistique ». Ici, ce qui est mis en exergue est l'activité et la méthode ; la définition n'évoque pas du tout le caractère contractuel du concept. Il en est de même d'une autre définition qui prend l'assurance pour un « mécanisme permettant de répartir sur un important groupe de personnes (les assurés) le poids financier des dommages subis par quelques-uns »¹⁷

D'autres définitions cependant, mieux exhaustives apparemment, présentent l'assurance comme à la fois un contrat et une technique. Certains auteurs conçoivent donc une seule définition embrassant les deux aspects. A titre d'illustration, d'après R. GUILLIEN et J. VINCENT¹⁸, l'assurance est « une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait remettre moyennant une rémunération (la prime), pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur, qui, prenant en charge l'ensemble des risques, les compense conformément à la loi de la statistique ».

¹⁴ Art. 1^{er} du Décret-loi n° 20/75 du 20/6/1975 relatif aux assurances en général, in *J.O.R.R.*, 1975.

¹⁵ D. KRAJESKI, *op. cit.*, p. 17

¹⁶ J.C. MUBALAMA, *op cit.*, p. 6.

¹⁷ X, *Dictionnaire Juridique français*, disponible sur le site web <http://www.lecourshebert.com/dictionnaire-juridique/french/assurance>, consulté le 24/03/2010.

¹⁸ R. GUILLIEN et J. VINCENT, *op. cit.*, p. 51.

De ce qui précède, il y a lieu d'affirmer que l'assurance réfère essentiellement aux éléments juridique (le contrat), et technique (la compensation ou la couverture des risques). Cette dernière est basée sur des procédés qui ne relèvent pas du domaine juridique mais plutôt de la statistique, et donc aussi du domaine économique dans la mesure où la détermination de la cotisation ou de la prime doit tenir compte de la probabilité de réalisation des risques de façon à éviter l'impossibilité d'indemnisation due à l'insuffisance de fonds, mais devrait aussi tenir compte du pouvoir financier des consommateurs pour ne pas décourager l'adhésion ou la souscription.

Enfin, « l'assurance est dite *mutuelle*¹⁹ lorsqu'un certain nombre de personnes exposées à des risques similaires décident de mettre ces risques en commun et constituent dans ce but une société, appelée société d'assurance mutuelle dans laquelle chacune d'elle sera à la fois assureur et assuré »²⁰. Cette définition doctrinale fait comprendre très bien qu'une mutualité est une assurance ayant pour but la couverture mutuelle des risques spécifiés selon le besoin des adhérents qui sont à la fois pourvoyeurs et bénéficiaires de l'assurance, contrairement aux assurances à prime comme cela se remarquera davantage ci-après, en opposant différentes catégories des assurances.

B. Les mutualités dans la classification des assurances

Les assurances se classent de façons différentes de par des critères divers. Il importe de mentionner certaines des classifications les plus courantes, ce qui permettra de situer les mutualités dans la catégorie appropriée des assurances parmi tant d'autres catégories d'assurances existantes. H. LIBERT explicite des catégories différentes des assurances en les opposant les unes aux autres²¹.

Il existe des assurances privées, opposées aux assurances publiques ou sociales, les premières étant en général gérées par les compagnies d'assurances de droit privé où la gestion tient compte de la loi des grands nombres et des méthodes actuarielles. La prime y est calculée en fonction de l'expérience obtenue quant à la réalisation des risques et de la contribution de chaque assuré à la couverture de l'ensemble de risques, la prime étant la quote-part que l'assureur doit demander à chaque assuré pour compenser les sinistres. Quant aux assurances sociales, elles n'observent pas nécessairement l'application des règles actuarielles, elles sont souvent caractérisées par l'intervention de l'Etat en exécution de la politique sociale du gouvernement en faveur de tous ou de certaines catégories, et la contribution des assurés est une cotisation, laquelle n'est pas nécessairement proportionnelle aux risques courus, tandis que d'autre part, les prestations ne sont

¹⁹ L'expression assurance mutuelle semble très préférée à celle d'assurance mutualiste utilisée aussi par certains auteurs.

²⁰ J. BIGOT, *op. cit.*, p. 96.

²¹ H. LIBERT, *Droit des assurances*, Coll. Manuels de droit rwandais, Kigali, Printerset, 1993, p.p. 9-13.

pas non plus nécessairement calculées en fonctions du montant des cotisations perçues, les ressources de telles assurances pouvant provenir non seulement des assurés, mais aussi des employeurs et même des pouvoirs publics.

Comme le fait remarquer J.-P. LABORDE, en parlant des services qu'offre la sécurité sociale en France, la sécurité sociale consiste en assurance sociale comprenant les domaines comme l'assurance maternité, l'assurance maladie, l'assurance invalidité, l'assurance décès, l'assurance vieillesse et l'assurance veuvage²².

Il existe aussi des assurances facultatives opposées aux assurances obligatoires, dont le critère de distinction est le mode d'adhésion (libre ou obligatoire). Comme le soutient H. LIBERT²³, l'assurance est en principe facultative conformément au principe de la liberté de commerce, mais par exception, la loi rend dans certaines circonstances l'assurance obligatoire par souci de fournir aux victimes, notamment d'accident, un débiteur solvable en la personne de l'assureur. Dans certaines autres circonstances, l'assurance peut être rendue obligatoire par une clause contractuelle.

L'on distingue en outre les assurances à prime des assurances mutuelles, les premières étant pratiquées par des sociétés commerciales poursuivant un lucre, où donc l'assureur est souvent une entreprise à but lucratif qui prend l'initiative de conclure des contrats d'assurance avec un ensemble d'assurés qui n'ont aucun rapport les uns avec les autres, les qualités d'assureur et d'assuré étant distinctes, tandis que les assurances mutuelles regroupent par voie de l'association un ensemble de personnes soumises au risque en cause, qui s'assurent collectivement les uns les autres, chaque participant possédant donc la double qualité d'assuré et d'assureur, et se bornent à répartir les pertes sans poursuivre la réalisation des bénéfices²⁴.

H. LIBERT renchérit que « l'esprit de mutualité est plus apparent et prononcé en matière d'assurance mutuelle. Un groupement de personnes cherche à se protéger contre certains aléas et décide de mettre les risques en commun et constitue une société d'assurance mutuelle. Les adhérents ou associés sont à la fois assureurs et assurés (...)»²⁵. Cette perception de l'assurance mutuelle s'avère semblable à celle de la mutualité déjà mentionnée ci-haut²⁶ et le terme « société »

²² J.-P. LABORDE, *Droit de la sécurité sociale*, 1^e éd., Paris, PUF, 2005, p. 251. Voy. aussi l'article L 311-1 code français de la sécurité sociale tel que consolidé jusqu'au 30/12/2010.

²³ H. LIBERT, *op. cit.*, p. 11.

²⁴ Voy. aussi J.C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 28.

²⁵ H. LIBERT, *op. cit.*, p. 12.

²⁶ Voy. *supra*, p. 9.

utilisé par H. LIBERT semble mal choisi, car il évoque la commercialité alors que celle-ci est caractéristique des assurances de la catégorie opposée, celle des assurances à prime. C'est donc dans cette catégorie des assurances mutualistes que se classent les mutuelles de santé.

Plus encore, les assurances se subdivisent en assurances à caractère indemnitaire et les assurances à caractère forfaitaire, le critère de distinction étant l'indemnité accordée ou à accorder. Dans les assurances indemnitaires, l'indemnité est appréciée en fonction du dommage subi ou à subir; tandis que dans les assurances forfaitaires, l'indemnité est forfaitairement fixée avant la survenance du sinistre²⁷

Il paraît suffisant d'arrêter l'explicitation des subdivisions des assurances sur celle des assurances dommage et des assurances de personnes ou de sommes. La distinction entre ces deux sortes d'assurances est basée sur la détermination des obligations de l'assureur au moment de l'exécution du contrat. Alors que les premières sont semblables aux assurances indemnitaires où l'assureur est tenu de réparer le préjudice réel que subit l'assuré en cas de réalisation du risque, l'assuré devant dès lors prouver le dommage subi, pour les secondes, les prestations sont indépendantes du préjudice qui résulte de la réalisation du risque et n'ont dès lors pas de caractère indemnitaire²⁸. Au sein même de cette catégorie des assurances dommage se trouve aussi une subdivision d'assurances de biens ayant pour but d'indemniser l'assuré des pertes matérielles, et d'assurances de responsabilité ayant pour but de garantir l'assuré contre les réclamations formulées à son égard à raison du préjudice causé par lui aux réclamants.

En tant qu'assurances, les mutualités peuvent être classées dans l'une ou l'autres des catégories des assurances ci-haut explicitées, et plus indubitablement dans la catégorie des assurances mutuelles opposée à celle des assurances à prime car ce sont les mutualités en tant qu'organisations ou associations d'assurance qui possèdent des traits caractéristiques des assurances mutuelles²⁹. Enfin, elles peuvent être facultatives ou obligatoires selon le cas, car, l'adhésion à une mutualité peut être rendue obligatoire par l'autorité publique³⁰ ou même par une convention.

²⁷ J.C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 28.

²⁸ H. LIBERT, *op. cit.*, p. 13.

²⁹ La comparaison de la définition « lato sensu » de la mutualité mentionnée *supra*, pp. 9-10 avec les explications doctrinales de l'assurance mutuelle de J.C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 28 et H. LIBERT, *op. cit.*, pp. 12-13 justifie cette affirmation.

³⁰ C'est par exemple le cas des mutuelles de santé au Rwanda (art. 60 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée).

C. Définition et caractéristiques de la mutuelle de santé

L'expression « mutuelle de santé » connaît des définitions diverses mais largement convergentes, émanant notamment des auteurs différents d'une part, et des textes légaux d'autre part. De ces définitions, on remarque que les mutuelles de santé revêtent deux caractères essentiels à savoir le caractère associatif et le caractère assurantiel.

1. Définition

Pour saisir suffisamment la notion de mutuelle de santé, il convient de relever et d'analyser quelques unes de ses définitions conçues par les auteurs d'abord, puis par les textes légaux.

a. Définition doctrinale

Selon le point d'un auteur³¹, « une mutuelle de santé est un système d'assurance volontaire, à but non lucratif élaboré sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité, de prise en charge collective des risques sanitaires, et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement. Elle s'appuie sur des cotisations ou des primes dont le taux est défini par les membres et offre des prestations variables, allant de la prise en charge de soins de santé primaires à l'hospitalisation ». De cette définition, on retient des éléments saillants suivants : un système d'assurance-risque, un système à adhésion volontaire, un système à but non lucratif, un système basé sur la solidarité, et un système de prise en charge de soins de santé.

Quoique suffisamment explicite, cette définition présente quand même les anomalies suivantes : le concept « prime » évoqué comme une alternative du concept « cotisation » est inapproprié dans les mutuelles de santé car il est normalement utilisé dans les assurances commerciales et non dans celles à caractère social notamment les mutuelles de santé ; le concept « cotisation » étant généralement préférable dans ces dernières. En plus, le caractère d'adhésion volontaire attribué aux mutuelles de santé n'est pas, de l'avis d'ailleurs de certains auteurs, toujours observable³².

³¹ G. LABORDE-BALEN, *Capacité des instituts de prévoyance médicale, des mutuelles de santé et des assurances privées de Dakar, à intervenir dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, IRD*, cité par J. C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 64.

³² Voy. notamment : J. C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 66.

Les mutuelles de santé sont définies également comme « des associations autonomes à but non lucratif, basées sur la solidarité et la participation démocratique qui, essentiellement, au moyen des cotisations de leurs membres, ont comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide »³³.

Cette définition donne également l'idée du concept « mutuelle de santé » mais elle est aussi critiquable à quelques égards. Tandis que la définition précédente qualifie la mutuelle de santé de système d'assurance, la présente la qualifie d'association autonome. Or, une mutuelle de santé n'est pas une création émanant nécessairement de la volonté d'un groupe de gens de se réunir ensemble en association, elle peut être aussi le produit de l'autorité publique³⁴. Ainsi, il y a lieu d'accuser cette définition d'être lacunaire.

Un autre auteur définit les mutuelles de santé comme étant « des organisations à but non lucratif, autonomes basées sur la solidarité entre (et la responsabilité envers) leurs membres, dont l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs adhérents à des soins de santé de qualité par leur propre contribution financière et par les mécanismes financiers qui impliquent principalement l'assurance, mais aussi les simples prépaiements, l'épargne et le crédit, la souscription à une tierce partie »³⁵

Non seulement cette définition évite de mentionner les éléments critiqués des deux précédentes définitions, elle a en plus le mérite d'indiquer différents mécanismes par lesquels fonctionnent les mutuelles de santé à savoir, en plus de celui d'assurance, les prépaiements, l'épargne et le crédit, ainsi que la souscription à une tierce partie.

b. Définition législative

La loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé définit la mutuelle de santé. Il s'agit d'un « système d'entraide mutuelle entre les personnes qui, au moyen des cotisations versées pour elles-mêmes et leurs familles, s'organisent en vue d'une prévention et d'obtention, en cas de maladie, de soins médicaux »³⁶.

³³ BIT, STEP, ACOPAM, USAID, PHR, GTZ, ANMC, WSM, *Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique*, cité par J.C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 64.

³⁴ L'exemple est celui des mutuelles de santé au Rwanda qui sont créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007, in *J.O.R.R* n° spécial du 20/03/2008.

³⁵ I. BAYEGE, *Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé*, mémoire de maîtrise en santé publique, BUTARE, 2005, p. 1, inédit.

³⁶ Art. 5 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

Bien qu'elle explique les mutuelles de santé en tenant compte de leur tendance à être des organisations purement privées comme toutes les mutualités, la définition légale des mutuelles de santé au Rwanda s'avère en soi critiquable à maints égards. Elle indique d'abord que dans ce système les gens s'organisent eux-mêmes alors que, considérant le contenu de la loi susdite, voire le titre lui-même de la loi, c'est elle-même qui crée et régit toute l'organisation et tout le fonctionnement des mutuelles de santé au Rwanda. En plus, en disant que les gens s'organisent, la loi laisse sous-entendre que l'adhésion à la mutuelle de santé est volontaire, ce qui n'est pas le cas. Enfin, cette définition ne mentionne que deux des principes mutualistes, l'entraide et la prévoyance, restant muette sur tant d'autres principes clés sur lesquels reposent les mutuelles telles que la non lucrativité, la solidarité et l'autonomie de gestion.

Comme il a été déjà remarqué ci-haut³⁷, le décret de 1958 sur les associations mutualistes cite parmi les objets que peuvent poursuivre les associations mutualistes, les activités d'assurance liée à la santé qui correspondent à l'objet des mutuelles de santé, ce qui implique qu'au Rwanda, les mutuelles de santé avaient le droit d'existence même avant la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 comme des associations mutualistes.

Certains pays étrangers, notamment la France, possèdent aussi une réglementation sur la mutualité qui régit la mutualité en général, y compris donc aussi les mutuelles de santé.

L'article L111-1, alinéa 1 du code français de la mutualité définit ainsi les mutuelles : « des personnes morales de droit privé à but non lucratif³⁸. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation au registre National des mutuelles. Elles mènent notamment au moyen de cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie »³⁹.

En plus de définir les mutuelles, la même disposition prévoit un bon nombre de réalisations que les mutuelles peuvent avoir, par choix, pour objet, dont les suivantes ayant trait à la santé, qui sont donc la spécialité des mutuelles de santé :

- les opérations d'assurance incluant la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;

³⁷ Voy. *supra*, pp. 9-10.

³⁸ Code français de la Mutualité, disponible sur www.legifrance.gouv.fr.

³⁹ *Ibid.*

- la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

De cette disposition de la législation française, l'on constate que l'activité de mutuelle en général est une activité privée, donc mise entre les mains des particuliers qui doivent s'unir en association pour l'exercer, cela étant une remarque importante sur la nature juridique des mutuelles en France, et impliquant que l'adhésion aux mutuelles en France est volontaire, et jamais obligatoire.

Cependant, comme tel est le cas au Rwanda, les mutuelles de santé ne sont pas toujours des entités privées. En Tanzanie aussi par exemple, il existe un fonds public de gestion d'assurance mutuelles de santé le « Community Health Funds » créé par une loi, le « Community Healthy Fund act of 2001 » à l'initiative du Ministère de la santé, qui, selon les chercheurs MARIA-PIA WAELEN et BART CRIEL, s'avère des plus fortes organisations de mutuelle de santé dans ce pays⁴⁰ Et ces chercheurs d'ajouter que dans l'Afrique de l'Est anglophone surtout, il règne une culture gouvernementale et une tradition plus explicite de prestation de soins de santé par l'Etat, raison pour laquelle les mutuelles de santé ne naissent guère des initiatives de leurs utilisateurs.⁴¹

Face à cette multiplicité et diversité de définitions du concept de mutuelle de santé qui ne laisse pas saisir facilement l'image global de tous les aspects possibles que peut revêtir la mutuelle de santé, le Professeur Dr J. C. MUBALAMA, a formulé une définition qui paraît mieux exhaustive et des plus satisfaisantes car elle est assez informative sur, entre autres, la nature juridique des mutuelles de santé (tantôt une association libre, tantôt un groupement obligatoire), les principes de base qui forment leur soubassement, leur but, ainsi que les moyens financiers essentiels dont elles disposent pour fonctionner (les cotisations des membres). Selon lui, une mutuelle de santé est «un système d'assurance à adhésion libre ou obligatoire créé par les pouvoirs publics ou par un groupement de personnes qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, mène, en faveur de ceux-ci et/ou de leurs ayants droits, des activités à caractère sanitaire et dont le fonctionnement repose sur les principes mutualistes, notamment la prévoyance, la solidarité entre membres, l'autonomie de gestion et la non lucrativité»⁴². Cette définition, dirait-t-on, tient compte et comble les défaillances remarquables dans différentes autres définitions déjà analysées.

⁴⁰M.-P. WAELEN et B. CRIEL, *Mutuelle de santé en Afrique Sub-saharienne ; état des lieux et réflexion sur un agenda de recherche*, p. 23, document disponible sur le site web

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf>, consulté le 13/7/2010,

⁴¹ *Ibid.*

⁴² J.C MUBALAMA, *op. cit.*, p. 66.

2. Caractéristiques des mutuelles de santé

On observe deux caractéristiques récurrentes, parfois alternatives, qui se dégagent des définitions du concept « mutuelle de santé » conçues par différents auteurs. Ce sont le caractère associatif, ainsi que le caractère assuranciel. En effet, les mutuelles de santé sont définies tantôt comme des associations ou des organisations autonomes⁴³, et tantôt comme des systèmes d'assurance⁴⁴. Ces deux caractéristiques se retrouvent donc le plus souvent concomitamment réunies dans les mutuelles de santé. L'on dirait donc que mutuelles de santé sont des organisations de personnes ayant le même souci de se prémunir contre les risques liés à la santé ; et pour réaliser leur but, elles acquièrent souvent un statut autonome, voire une personnalité juridique qui leur permettent de se concentrer suffisamment et spécialement à la réalisation de leurs objectifs et d'être responsables elles seules des actes qu'elles posent.

Par ailleurs, il est vrai que les mutuelles de santé se révèlent comme des systèmes d'assurance dans la mesure où elles visent la prévention ou l'acquisition de soins en cas de réalisation d'un risque quelconque lié à la santé. Pour faire mieux comprendre que les mutuelles de santé sont des systèmes d'assurance, il convient de rappeler qu'elles forment l'une des sortes de mutualité, et que comme déjà vu plus haut, la mutualité est une variété d'assurance.

Les mutuelles de santé poursuivent l'objectif primordial de couvrir les soins de santé des adhérents, lesquels se mettent ensemble pour s'assurer contre le risque de maladie, si bien que si l'un parmi eux tombe malade, c'est pour lui une réalisation de risque pour laquelle il a droit à compensation. La compensation est, dans le cas d'espèce, le paiement en sa faveur des dépenses liées aux soins qu'il subit à cause de la maladie.

En tant qu'assurances, il y va de soi que les mutuelles de santé sont ainsi dans la catégorie des assurances mutuelles comme leur dénomination en soi l'évoque. Elles présentent certaines ressemblances mais aussi des particularités par rapport aux assurances maladie⁴⁵ sociales connues au Rwanda telle que la RAMA, créée et régie par une loi datant de 2001⁴⁶ telle que modifiée et

⁴³ *Id.*, p. 64. Aussi, I. BAYEGE, *op. cit.*, p. 1.

⁴⁴ J.C. MUBALAMA, *op. cit.*, pp. 64 et 66.

⁴⁵ Par assurance maladie, il faut entendre tout système d'assurance, à prime ou non, spécialisé en matière de couverture de risques liés à la santé.

⁴⁶ Loi n° 24/2001 du 27/4/2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'Etat, in *J.O.R.R.* n° 13 du 01/07/2001.

complétée jusqu'à ce jour⁴⁷, la MMI créée et régie par la loi aussi⁴⁸. Ces deux institutions sont des établissements publics qui assurent des prestations de soins de santé principalement aux catégories de gens prédéterminés, les agents de l'Etat et les mandataires politiques pour la première, les militaires pour la seconde, tandis que le Fonds de mutuelle de santé admet quant à lui l'adhésion de toute personne se trouvant dans le besoin ou dans la nécessité.

La RAMA et la MMI sont considérées comme des institutions de sécurité sociale supplémentaires à la caisse sociale, laquelle gère un régime général de sécurité sociale⁴⁹, tandis ces deux autres institutions gèrent quant à elles un régime particulier d'assurance maladie⁵⁰. Ce régime faisant aussi partie des assurances sociales, il se rapproche beaucoup de la mutuelle de santé car selon Y. SAINT-JOURS, les assurances sociales « participent à la fois à la mutualité obligatoire et à l'épargne forcée car les cotisations sont prélevées à la source, c-à-d retenues sur le salaire »⁵¹. La tendance à identifier les assurances sociales, plus précisément la RAMA et de la MMI, aux mutualités, est aussi manifestée par N. NIYONDORA et D. BENIMANA à partir de leur travail intitulé : *L'assurance mutualiste au Rwanda : Le cas de la RAMA et du MMI*⁵².

Outre cela, l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) semble elle aussi considérer la RAMA, voire donc aussi la MMI, comme une mutualité car elle affirme de façon générale qu'au Rwanda il existe une mutualité des fonctionnaires à adhésion obligatoire pour ce secteur formel⁵³, en parlant certainement de la RAMA car les fonctionnaires rwandais n'ont pas d'autre système d'assurance maladie connu qui soit obligatoire. Cependant, par leur caractère d'organisations d'ordre professionnel, il convient mieux de les appeler des assurances sociales plutôt que des assurances mutualistes, étant donné aussi qu'ils présentent une autre particularité : l'employeur contribue partiellement faveur de chaque adhérent.

La recherche entreprise pour réaliser ce mémoire étant intéressée principalement aux mutuelles de santé coordonnées au niveau de chaque district par le Fonds de mutuelle de santé, les deux chapitres restants qui vont suivre seront consacrés de façon exclusive et plus ou moins exhaustive à ce

⁴⁷ Loi n° 29/2002 du 19/09/2002 modifiant et complétant la loi n° 24/2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'Etat, in *J.O.R.R.* n° 24 du 15/12/2002.

⁴⁸ Loi n° 23/2005 du 12/11/2005 portant création, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie des militaires, in *J.O.R.R.* n° 06 du 15/03/2006.

⁴⁹ Ce régime est appelé de général dans la mesure où il est applicable à toutes les catégories de travailleurs dans tous les secteurs de la vie professionnelle.

⁵⁰ F. X. KALINDA, *op. cit.*, p. 63.

⁵¹ Y. SAINT-JOURS, *Traité de sécurité sociale, t. 1 Le droit de la sécurité sociale*, 2^e éd., Paris, LGDJ, 1984, p. 24.

⁵² Voy. J. C. MUBALAMA, *op. cit.*, p. 141.

⁵³ AIM, *La place de la mutualité dans les systèmes universels de protection santé*, Bruxelles, 2009, p. 3, inédit.

système d'assurance. Cependant, avant de clore ce chapitre, il nous paraît utile de présenter l'évolution historique des mutuelles de santé au Rwanda, ce qui fait l'objet de la section ci-après.

Section II. Evolution historique des mutuelles de santé au Rwanda

Au Rwanda, l'existence des mutuelles de santé date de longtemps. Cette section a pour préoccupation d'analyser brièvement la naissance et l'évolution des mutuelles de santé depuis l'époque coloniale jusqu'à nos jours.

§1. Contexte légal et naissance des mutuelles de santé au Rwanda

En 1958, il existait déjà une législation sur la mutualité, prévoyant la possibilité d'agrément des associations mutualistes dans plusieurs domaines y compris celui de la santé. Il s'agit du décret du 15 avril 1958 relatif aux associations mutualistes, lequel a partiellement abrogé un décret plus ancien qui traitait, entre autres, de la matière similaire, le décret du 23 mars 1921 sur les sociétés coopératives et les sociétés mutualistes⁵⁴.

Selon le décret de 1958, peuvent être agréées comme associations mutualistes les associations constituées en vue d'objets appartenant à l'une des catégories énumérées en son article premier précité⁵⁵. Le contenu de cet article, surtout le point I (A, C et E)⁵⁶, montre bien que depuis l'existence de cette loi la création d'une mutualité dans le domaine de la santé, donc d'une mutuelle de santé était déjà prévue. Comme il sera vu ci-après, c'est seulement après ce décret de 1958, dans les années 60 qu'on assista à la naissance des mutuelles de santé⁵⁷.

Selon les informations tenues du MINISANTE⁵⁸, l'avènement des organisations mutualistes, les mutuelles de santé, date des années 60, plus précisément à partir de 1966 avec la naissance de l'association UMUVANDIMWE dans l'ex-province de Kibungo et UMUBANO MU BANTU plus tard en 1975 dans l'ex-province de Butare. Une telle initiative dans les années aussi reculées montre

⁵⁴ Art. 53 Décret du 15/4/1958 précité.

⁵⁵ Voy. *supra*, pp. 9-10

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Voy. *infra*, pp. 23 et suivantes, où il est décrit la naissance et l'expansion des mutuelles de santé au Rwanda.

⁵⁸ MINISANTE, *Politique de développement des mutuelles de santé*, Kigali, 2004, p. 4, inédit.

bien que le souci pour la population rwandaise de se garantir contre les risques liés à la santé est né assez tôt, avant même la naissance des compagnies d'assurance au Rwanda⁵⁹.

La forme associative que prirent ces mutuelles de santé à leur naissance s'accorde bien avec le décret du 15 avril 1958 ci-haut mentionné qui requiert à toutes les associations dont l'objet se rapporte à l'intervention en cas de maladie, d'accident, etc., de se constituer en associations mutualistes pour pouvoir être agréées.

§2. Expansion des mutuelles de santé au Rwanda

La croissance en nombre des mutuelles de santé est restée faible jusqu'en 1998. Jusqu'à cette année-là, il n'existait que six (6) mutuelles dans tout le pays⁶⁰. Ayant constaté les difficultés auxquelles la majorité de la population faisait face en matière de procuration de soins de santé, le Gouvernement rwandais pensa à développer la voie des mutuelles de santé pour rendre possible l'accès de tous aux soins de santé.

Selon le MINISANTE,

« Depuis la réintroduction du paiement direct au Rwanda en 1996, les données de routine du système d'information sanitaire (SIS), montrent que les ménages ont de plus en plus de difficultés à faire face aux coûts des soins de santé. En effet, les taux d'utilisation des services de santé modernes sont en moyenne de 0.28 nouveaux cas par habitant par an (soit la moitié des normes de l'OMS qui sont de 1 nouveau cas par habitant par an en milieu urbain, et de 0.5 à 0.6 nouveau cas par habitant par an en milieu rural dans les pays en voie de développement). Parmi les raisons évoquées relatives à la non utilisation et le manque de satisfaction à l'égard des services de santé, les coûts des soins sont le plus fréquemment évoqués par la population. En effet, les barrières financières pour accéder aux soins résultent en différentes formes d'exclusion, dont l'exclusion totale ou l'indigence, l'exclusion saisonnière, l'exclusion temporaire et l'exclusion partielle. Les risques d'exclusion totale ou d'indigence sont plus élevés parmi la population extrêmement pauvre. Parmi les autres segments de la population vivant de revenus faibles et irréguliers, dont la majorité est la population rurale, les risques d'exclusion saisonnière, temporaire et partielle sont plus élevés. Les options de politique pour faire face à la faiblesse de l'accessibilité financière aux soins de santé restent toutefois restreintes. Les mécanismes alternatifs de financement communautaire basés sur le paiement anticipé et la mise en commun des risques, telles que les mutuelles de santé, se sont révélés comme des options fortes pour concilier l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé et la nécessité de mobiliser les ressources internes afin d'accroître la viabilité financière des services de santé »⁶¹.

⁵⁹ La première compagnie d'assurance à avoir le jour au Rwanda est la SONARWA s.a qui fut créée en 1975. Elle est donc 9 ans plus jeune que la mutuelle de santé UMUVANDIMWE.

⁶⁰ Voy. *supra*, note 58.

⁶¹ *Ibid.*

Ceci révèle que la création des mutuelles de santé est une solution réfléchie et d'une importance capitale visant l'accès de tous, car de tous ceux-là n'ayant pas d'autre assurance maladie, aux soins de santé en ce moment où l'Etat rwandais ne se considère plus obligé d'assurer gratuitement les soins de santé à son peuple.

Il n'y a pas de doute que, comme la capacité financière d'une partie du peuple paraît encore faible au Rwanda, les pays ne cessent de fournir un effort plausible pour lutter contre la pauvreté. En 2002, le Gouvernement a élaboré le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Il s'agit d'un document contenant un plan économique en général et des objectifs à atteindre dans une période de cinq ans visant à relever l'économie du Rwanda et ainsi réduire la pauvreté. Après l'évaluation du DSRP en 2007, il fut élaboré un autre document plus ou moins similaire intitulé Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté (Economic Development and Poverty Reduction Strategy-EDPRS en anglais) indiquant aussi les objectifs à attendre dans le quinquennat suivant 2008-2012. Selon ce document, les objectifs visés pendant les cinq ans en matière de la santé consistent essentiellement à maximiser les mécanismes de santé préventive et construire la capacité visant la qualité et l'accessibilité à toute la population aux services de soins de santé⁶². Il prévoit également que tous les groupes cibles des employés et des agents indépendants seront affiliés des mutuelles de santé dans cette période de cinq ans⁶³.

Cela témoigne du souci qu'il y a toujours pour le développement durable du pays, car il est sans ignorer que parmi les ressources les plus importantes dont dispose le Rwanda il y a sa population ; d'où l'amélioration des conditions de santé de la population rwandaise est une des options les plus essentielles pour un développement économique soutenu de ce pays.

Outre cela, depuis l'année 1978 il y eut un appel à tous les pays, dans le souci d'un meilleur développement économique, d'assurer l'accès aux soins de santé primaires à tout un chacun. En effet, en date du 12 septembre 1978, il s'est tenu à Alma-Ata (Kazakhstan) une conférence qui incita les gouvernements du monde entier à tout mettre en œuvre pour assurer l'accès de tous à la santé en l'an 2000. Dans sa déclaration il fut indiqué en outre que la santé constitue un devoir des États,

⁶² MINECOFIN, *Economic Development and Poverty Reduction Strategy*, 2008-2012, Kigali, 2007, p. ii, inédit.

⁶³ *Id.*, p. 42.

permettant l'accès à un niveau social satisfaisant et contribuant ainsi à un meilleur développement économique des pays⁶⁴.

Cet appel à la santé pour tous fut bien reçu notamment dans les pays d'Afrique, et fut suivi plus tard d'une réunion des ministres de la santé de ces pays tenue en septembre 1987 à Bamako pour étudier et résoudre les questions surtout financières rencontrées lors de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. A cette occasion, ils lancèrent une initiative de relance et de revitalisation du système des soins de santé primaires afin de les rendre accessibles géographiquement et économiquement, voire équitables pour l'ensemble de la population⁶⁵. L'objet de cette initiative est entre autres la mise en place d'un financement communautaire et du contrôle de la gestion par la communauté⁶⁶. Un tel mode de financement et de contrôle par la communauté évoque le système de santé communautaire tel que la mutuelle de santé qui fait l'objet de notre étude.

Déjà éclairé et convaincu que les mutuelles de santé sont une des options non seulement qui permettent à la population de se faire soigner à temps et en cas de besoin, mais aussi, qui constituent une stratégie de lutte contre la pauvreté⁶⁷, le Gouvernement rwandais initia lui-même en 1999 les mutuelles de santé au niveau de 3 sites pilotes (Ancien district de Kabutare, hôpital de Kabgayi, Centre de santé de Bungwe), comme une expérience tendant à concilier, dans un contexte de pauvreté, l'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 part⁶⁸.

Cette expérience a certainement généré de bons résultats, car en décembre 2004, le Gouvernement a décidé d'élaborer un document stratégique « Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda » afin d'étendre sur tout le territoire la création de mutuelles de santé pour atteindre surtout les populations rurales ainsi que le secteur informel⁶⁹. Ce document renseigne que l'objectif général de la politique est 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 ; tandis que les objectifs spécifiques sont :

⁶⁴ X, *D'Alma-Ata à Bamako*, document disponible sur le site web <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>, consulté le 22/12/2010.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ A. PANIS, *Note sur l'extension de l'assurance maladie au Rwanda*, Kigali, 2008, p.1, inédit.

⁶⁹ *Ibid.*

- mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé au Rwanda ;
- renforcer les capacités de mise en place et de gestion des mutuelles de santé ;
- renforcer l'adhésion de la population dans les mutuelles de santé ;

Depuis le début de l'année 2005, une loi sur les mutuelles de santé était en cours d'élaboration pour clarifier le rôle, le statut et l'organisation de ces mutuelles, pendant que les mutuelles de santé étaient en train d'être lancées dans tous les districts du pays. Au cours du mois d'avril 2006, pour soutenir ce processus, trois instructions du Ministère de la Santé concernant directement les mutuelles de santé, ont été signées par lui. Il s'agit de :

- l'instruction ministérielle n° 20/14 du 04/04/2006 portant création du Fonds de Solidarité Nationale pour la santé et le Fonds de Solidarité pour la Santé des Districts (Pooling Risk) ;
- l'instruction ministérielle n° 20/15 du 04/04/2006 portant attributions des instances administratives des mutuelles de santé au Rwanda ;
- l'instruction ministérielle n° 20/17 du 24/04/2006 relative à la gestion des fonds octroyés par le projet Assuring Access to Quality Care/GF pour la mutuelle de santé des personnes vulnérables.

Il importe de signaler en bouclant cette section que c'est au cours de ce processus d'expansion des mutuelles de santé dans tout le pays, à l'initiative du gouvernement rwandais, qu'il s'est aussi fait sentir, du côté toujours du Gouvernement rwandais, le besoin de création des assurances maladies principalement propres aux agents de l'Etat et aux militaires, auxquelles le secteur privé formel a également accès, ce qui fut réalisé en 2001, pour l'assurance maladie des agents de l'Etat (RAMA), et en 2006, pour l'assurance maladie des militaires (MMI). Après quoi persistait encore le besoin d'organiser une assurance maladie pour le secteur de l'économie informelle représentant, d'après les statistiques, plus de 85 % de la population rwandaise⁷⁰, un nombre qui n'est nullement négligeable.

⁷⁰ A. PANIS, *op. cit.*, p 2.

CHAPITRE II. ANALYSE ET CRITIQUE DU CADRE ORGANISATIONNEL ET FONCTIONNEL DES MUTUELLES DE SANTE

Les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30 Décembre 2007 sont des organisations d'entraide en matière de soins de santé qui doivent l'existence à l'Etat rwandais, lequel en est le concepteur. Dans ce chapitre il sera question d'analyser et critiquer leur nature juridique, leur organisation, leur fonctionnement voire leur gestion.

Section I^{ère}. Nature juridique et organisation

Ces mutuelles de santé ont une nature juridique ainsi qu'une organisation bien précises de par la loi qui les crée. Ici-bas, leur nature juridique va être analysée et critiquée par rapport à la législation qui les régit ainsi qu'à leur conception légale ; et directement après, il en sera de même pour leur organisation.

§1. Nature juridique des mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007

Généralement, les mutuelles de santé sont d'une nature associative⁷¹. Cependant, les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 s'avèrent comme un système sous forme d'établissement public et dont l'adhésion est obligatoire.

La lecture attentive de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé fait constater un conflit entre la définition et la conception légales des mutuelles de santé. La loi définit une mutuelle de santé comme « un système d'entraide mutuelle entre des personnes qui, au moyen des cotisations versées pour elles-mêmes et leurs familles s'organisent en vue d'une prévention et d'obtention, en cas de maladie, de soins médicaux »⁷². Cette définition telle que libellée laisse entendre clairement que dans ce système d'entraide mutuelle, les gens s'organisent eux-mêmes pour supporter le risque maladie qui arriverait à l'un d'entre eux⁷³.

⁷¹ Cela ressort de différentes définitions tant doctrinales que légales, à commencer par celle de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007.

⁷² Art. 5 al. 1 de la Loi n° 62/2007 précitée

⁷³ En effet, selon cet article 5 alinéa 1^{er} de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, dans les mutuelles de santé, les gens s'organisent, ce qui fait penser sans difficulté que la mutuelle de santé est le résultat d'une organisation propre aux affiliés.

En effet, si l'on se limite à cette idée exprimée par la loi, on est amené à se convaincre que la mutuelle de santé se forme toujours au moyen d'une association, d'un groupement volontaire de gens ayant pour but de s'assurer mutuellement contre les risques liés à la santé, car, selon cette disposition, les gens s'organisent. L'adhésion à la mutuelle serait alors volontaire dans la mesure où la Constitution rwandaise consacre la liberté d'association⁷⁴. Or, paradoxalement, la même loi prévoit que l'adhésion à une mutuelle de santé est, sauf exceptions admises, obligatoire à toute personne sous peine de sanction⁷⁵.

En plus, considérant le contenu de la loi susdite, voire son titre lui-même, l'on constate que c'est cette loi elle-même qui régit toute l'organisation, toute la gestion et tout le fonctionnement des mutuelles de santé, créées d'ailleurs par elle-même. Il apparaît donc clair que la définition contenue dans l'article 5 de la loi sur les mutuelles de santé ne reflète pas la réalité de la conception des mutuelles de santé par le législateur rwandais.

En tant qu'une initiative des pouvoirs publics matérialisée dans une loi ; leur organisation, leur fonctionnement et leur gestion étant régis entièrement par la loi et assurés quotidiennement par des agents publics, les mutuelles de santé sont des services publics, qui, conformément à l'article 2 de la loi sur les mutuelles de santé, sont coordonnés au niveau d'un Fonds de mutuelle de santé ayant le siège au niveau de chaque district administratif. Selon l'article 3 de la même loi, ce Fonds est placé sous la tutelle du Ministère ayant la santé dans ses attributions. Et selon ce même article, ce fonds est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière.

Ainsi, la mutuelle de santé fonctionnent sous la diligence et la responsabilité du Fonds de mutuelle de santé qui se manifeste comme un établissement public au sens de la loi organique relative aux établissements publics⁷⁶, selon laquelle l'établissement public est « une personne morale de droit public géré conformément aux lois relatives à la fonction publique et ayant reçu de l'Etat un patrimoine d'affectation en vue d'assurer l'exploitation d'un service spécialisé d'intérêt public »⁷⁷.

Comme le renseigne en plus J.-M. et J.-B. AUBY, l'établissement public se définit notamment par la personnalité juridique qui s'attache à cette institution⁷⁸. Et comme il a été déjà mentionné ci-haut, le Fonds de mutuelle de santé possède la personnalité juridique, laquelle lui est expressément

⁷⁴ Article 35 Constitution de la République du Rwanda du 4/6/2003 telle qu'amendée jusqu'à ce jour.

⁷⁵ Art 60 Loi No 62/2007 du 30/12/2007 précitée, qui sanctionne quiconque ne rentrant pas dans la catégorie des nécessaires ne s'affilie pas à une mutuelle de santé.

⁷⁶ Loi Organique n° 06/2009/OL du 21/12/2009 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, in *J.O.R.R.* n° spécial du 30/12/2009.

⁷⁷ Art 2 de la Loi Organique n° 06/2009/OL du 21/12/2009 précitée.

⁷⁸ J.-M. et J.-B. AUBY, *Institutions administratives*, 7^e éd., Paris, Dalloz, 1996, p. 15.

conférée par la loi n° 62/2007 sur les mutuelles de santé en ces termes : « Le fonds de mutuelle de santé est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière.... »⁷⁹.

Une personne morale est entendue comme un groupement de personnes ou de biens ayant la personnalité juridique et étant, par conséquent, titulaire de droits et d'obligations⁸⁰. Dans cette définition, il est sous-entendu que la personnalité juridique n'est pas inhérente à tout groupement soit de personnes ou de biens, que ce groupement doit plutôt l'acquérir par certaines formalités, contrairement à la personne humaine qui, par sa seule naissance acquiert de facto la personnalité juridique et la conserve tout le long de son existence⁸¹. C'est pour cela que le Fonds de mutuelle de santé a acquis sa personnalité juridique par un texte légal qui l'a créé comme telle est la forme par laquelle tous les autres établissements publics l'acquièrent.

La mention « de droit public » donne à la personne morale le sens d'« une personne morale qui, poursuivant un intérêt général, est régie sur des points essentiels de son fonctionnement, notamment sa composition, ses pouvoirs et les contrôles auxquels elle est soumise, par des règles de droit public »⁸². Les règles de droit public sont définies par R. GUILLIEN et J. VINCENT comme étant des règles organisant l'Etat et ses démembrements et régissant les rapports entre les la puissance publique et les particuliers⁸³. Or, la lecture de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 sur les mutuelles de santé permet de constater sans effort qu'elle régit entre autres points essentiels la composition, les pouvoirs et les contrôles auxquels est soumis le Fonds de mutuelle de santé.

Contrairement aux collectivités territoriales locales comme les districts qui sont aussi des personnes morales de droit publics mais dont le champ d'action s'étend à l'ensemble des affaires locales, le Fonds de mutuelle de santé a, quant à lui, une spécialité précise pour laquelle il est créé et ne doit donc agir que dans les limites de sa seule spécialité. Cette spécialité est exprimée dans l'article 6 de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 qui précise les missions du Fonds, si bien que celui-ci ne peut pas agir au-delà de ce qui lui a été assigné comme mission.

Selon A. M. NGAGI, le service public est souvent l'émanation de la volonté de l'autorité de confier une activité à une entité publique en vue de réaliser des objectifs qu'elle juge essentiels pour la

⁷⁹ Art. 3 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

⁸⁰ R. GUILLIEN et J. VINCENT, *op. cit.*, p. 413.

⁸¹ Article 15 C.C. L. I ; Voy. aussi, concernant l'acquisition de la personnalité juridique, A. BASOMINGERA, *Cours de droit administratif*, notes de cour en Licence-Droit, Butare, UNR, 2006, p. 48-49, inédites.

⁸² X, *Public corporation/personne morale de droit public*, document disponible sur le site web <http://www.olf.gouv.qc.ca/./1299044.html>, consulté le 27/3/2010.

⁸³ R. GUILLIEN et J. VINCENT, *op.cit.*, p. 413.

population⁸⁴. M. LOMBARD ajoute que « il n'y a *service public* que si une activité d'intérêt général est assurée soit directement par l'Etat ou une collectivité publique, soit au moins contrôlée par ceux-ci et assumée indirectement par eux »⁸⁵. Les services que rend le Fonds de mutuelle de santé sont une émanation du législateur, l'un des pouvoirs de l'Etat, c'est-à-dire donc d'une autorité publique ; et le Fonds lui-même qui les gère doit également existence à cette même autorité. Ainsi, il exécute un service d'intérêt public ou général pour deux raisons essentielles : il agit au nom de l'autorité publique qui lui a donné l'existence, et il ne recherche aucun bénéfice autre que l'accessibilité de tous aux soins de santé, contrairement aux sociétés commerciales spécialisées en matière d'assurances qui recherchent avant tout le gain pécuniaire sans la réalisation duquel elles arrêteraient sans doute leurs activités.

§2. Organisation des mutuelles de santé

La lecture de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 permet de dégager la structure théorique des mutuelles de santé créées par cette loi. Cette structure va du Fonds de mutuelle de santé, qui est l'organe de coordination, aux comités de mobilisation dont le plus inférieur est le comité de mobilisation au niveau du village.

Au-dessus de tous les Fonds de mutuelles de santé il y a le Ministère ayant la santé dans ses attributions en tant qu'organe de tutelle, qui joue un rôle vital dans le bon fonctionnement des mutuelles de santé à travers deux institutions placées sous son autorité, lesquelles appuient substantiellement les mutuelles de santé. Il s'agit du Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé et de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé.

Dans la présente section, il sera question d'analyser et critiquer la composition et la forme, dans ses différentes couches, des mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007.

A. Du Fonds de mutuelle de santé

L'article 2 de la loi No 30/2007 du 30/12/2007 dispose ainsi : « Il est créé les mutuelles de santé. Les mutuelles de santé sont coordonnées au niveau d'un Fonds de mutuelle de santé ayant le siège au niveau de chaque District ». Ce contenu de l'article 2 révèle le Fonds de mutuelle de santé

⁸⁴ A. M. NGAGI, *La protection des intérêts économiques des consommateurs dans le cadre de libéralisme économique en droit rwandais*, Butare, les éd. de l'UNR, 2006, p. 284.

⁸⁵ M. LOMBARD, *Droit administratif*, 2^e éd., Paris, Dalloz, 1998, p. 173.

comme l'institution supérieure de gestion des activités de mutuelle de santé effectuées dans un même district. Il s'acquitte de ses responsabilités grâce à ses deux organes, le conseil d'administration comme organe supérieur du fonds qui lui dicte les orientations essentielles, et la direction comme organe d'administration quotidienne des activités.

Avant d'analyser ces deux organes un à un, il importe de d'abord de soulever et discuter deux questions qui se posent à propos de la loi n° 62/2007 à savoir pourquoi la loi déclare créer les mutuelles de santé et non le Fonds de mutuelle de santé alors que c'est ce dernier dont elle régit l'organisation, le fonctionnement et la gestion, ainsi que le bien fondé d'avoir prévu un grand nombre de Fonds de mutuelle de santé et non un seul pour coordonner toutes les activités des mutuelles de santé dans tout le pays.

1. Considérations critiques sur l'objet de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007

Le contenu de l'article 2 suscite des interrogations quant à l'objet de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 comparé au reste du contenu de cette loi. En effet, à partir de la disposition de cet article, on apprend que ce qui a été créé ce sont les mutuelles de santé. C'est d'ailleurs l'objet exprès de la loi tel que manifesté dans son article 1^{er} ainsi que son intitulé. Cependant, dans son titre II, la même loi parle de l'organisation, du fonctionnement et de la mission du « Fonds de mutuelle de santé » plutôt que des « mutuelles de santé », et ne parle nulle part d'organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé alors que cela est son objet. Un tel constat donne de fortes raisons de croire que, même si la loi déclare créer les mutuelles de santé, l'intention réelle du législateur était de créer un fonds en tant qu'institution publique spécialisée en mutuelle de santé plutôt que de créer les mutuelles de santé elles-mêmes, sinon alors, de créer les deux à la fois.

Dans l'hypothèse où le législateur aurait voulu créer en même temps les mutuelles de santé et le Fonds de mutuelle de santé, cela serait aussi critiquable car, au Rwanda, les mutuelles de santé en général n'ont réellement pas pris naissance avec la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 même si celle-ci prétend les créer, car, outre les mutuelles de santé créées par cette loi en 2007, il existait déjà d'autres mutuelles de santé n'ayant aucun rapport avec cette loi notamment la Mutuelle de santé de l'UNR⁸⁶. Cela donne donc la conviction que l'apport de la loi n° 62/2007 est l'instauration d'un service de facilité additionnelle d'assurance santé sous forme de mutuelle de santé, en faveur surtout

⁸⁶ L'analyse des statuts de cette mutuelle de santé, surtout leur préambule ainsi que les articles 1, 43 et 45 témoignent que la Mutuelle de Santé de l'UNR est une création propre de l'UNR à travers son Conseil d'Administration.

de ceux qui étaient en difficulté ou dans l'impossibilité de s'assurer aux autres systèmes d'assurance maladie, mutuels ou autres, existantes à l'époque, ou d'accéder autrement aux soins de santé. Elle a essentiellement mis en place une institution, le Fonds de mutuelle de santé, dont la spécialité est de fournir ce service.

2. Inquiétudes quant à la pluralité des Fonds de mutuelle de santé

La loi prévoit un Fonds de mutuelle de santé au niveau de chaque district. Cela veut dire sans doute qu'au Rwanda il y a autant de Fonds de mutuelle de santé que de districts qui composent le pays⁸⁷, c'est-à-dire trente Fonds de mutuelle de santé⁸⁸. Cette observation n'est pas sans importance car, chaque Fonds de mutuelle de santé ayant sa propre personnalité juridique et son autonomie administrative et financière, il y a lieu de s'inquiéter que chaque Fonds ne serve que ses seuls affiliés et leurs ayants droit, ce qui serait un grand désavantage pour les bénéficiaires des prestations des mutuelles de santé. En effet, il aurait été possible de créer un seul Fonds national de mutuelle de santé et de le doter d'autant d'organes lui permettant de coordonner tous les services de sa spécialité sur toute l'étendue du territoire comme sont organisés et fonctionnent d'autres établissements publics coexistants dans le domaine d'assurance maladie tels que RAMA et MMI déjà présentés plus haut⁸⁹, ainsi que tant d'autres institutions nationales spécialisées en d'autres domaines telles que FARG⁹⁰, etc.

Les Fonds de mutuelles de santé ont certainement été conçus en un si grand nombre dans le souci de répondre à une série de problèmes pressentis, ce qui cependant, dans le cas d'espèce, ne manque pas d'en créer d'autres à l'égard des bénéficiaires : Telle structuration ajoutée à l'autonomisation de la gestion administrative et financière pour chaque Fonds individuellement nuit à la mobilité de soins dans le réseau des mutuelles de santé créées par l'unique loi n° 62/2007. Pour plus de détails, cette question attirera davantage l'attention dans la partie de ce chapitre relative au fonctionnement et à la gestion des mutuelles de santé.

⁸⁷ Car, selon l'article 2 de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée, "(...) Les mutuelles de santé sont coordonnées au niveau d'un Fonds de mutuelle de santé ayant le siège au niveau de chaque District."

⁸⁸ Le pays est subdivisé en trente Districts comme le prévoit l'annex II de la Loi Organique n° 29/2005 du 31/12/2005 portant organisation des entités administratives de la République du Rwanda relatif au nombre et aux limites des Districts.

⁸⁹ Voy. *supra*, p. 21.

⁹⁰ Fonds d'assistance aux rescapés du génocide créé par la loi n° 69/2008 du 30/12/2008 portant création, organisation, compétences et fonctionnement du fonds de soutien et d'assistance aux rescapés du génocide perpétré contre les tutsi et autres crimes contre l'humanité commis entre le 1^{er} Octobre 1990 et le 31 Décembre 1994.

Après cette critique concernant l'objet réel de la loi sur les mutuelles de santé ainsi que la mobilité de soins dans les mutuelles de santé, il convient aussi de visiter les organes dont se sert le Fonds de mutuelle de santé pour assurer la coordination des activités de la mutuelle.

3. Organes de coordination de la mutuelle de santé

Le Fonds de mutuelle de santé en tant qu'établissement de coordination des activités de mutuelle de santé, exerce sa mission à travers deux organes, le Conseil d'Administration et la Direction. Ces deux organes ne constituent pas une particularité du Fonds, ils sont plutôt caractéristiques de tout établissement public au Rwanda⁹¹.

a. Le Conseil d'Administration

D'après la loi sur les mutuelles de santé, c'est le Conseil d'Administration qui est l'organe dirigeant du Fonds de mutuelle de santé et il a des pouvoirs de décision étendus et de gestion permanente d'activités, des ressources humaines et du patrimoine du fonds⁹². Il est composé de 7 membres nommés par arrêté du Ministre ayant la santé dans ses attributions, pour un mandat de 3 ans renouvelables une seule fois.

La nomination des membres du Conseil d'Administration est faite en observant un critère de représentativité⁹³. Parmi ces membres, au moins 30% doivent être de sexe féminin, ce qui traduit la prise en considération de l'obligation constitutionnelle de laisser participer au moins une telle proportion des femmes dans toutes les instances de prises de décision⁹⁴. En plus, certaines instances et couches sociales suivantes sont ainsi représentées dans le Conseil d'Administration : Un représentant du district, deux représentants des sections de mutuelles de santé œuvrant dans le district, un représentant des associations œuvrant dans le district, un représentant des confessions religieuses, un représentant des établissements de santé qui collaborent avec le Fonds de mutuelles de santé du district, ainsi qu'un représentant des secteurs qui composent le district.

⁹¹ Voy. Art 6 de Loi Organique n° 06/2009/OL du 21/12/2009 précitée.

⁹² Art. 9 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

⁹³ *Id.*, art. 11.

⁹⁴ Article 9 de la Constitution de la République du Rwanda du 4 Juin 2003 telle qu'amendée jusqu'à ce jour.

Comme tous les autres établissements publics, le Fonds de mutuelle de santé, en tant qu'entité publique administrativement voire financièrement autonome, mérite un conseil d'administration qui doit orienter et contrôler la bonne marche l'activité de la mutuelle coordonnée au jour le jour par la direction en tant qu'organe exécutif de gestion quotidienne des activités, sans quoi il y aurait beaucoup de risques pour l'organe de direction d'abuser de cette autonomie par une gestion et une administration malsaines .

b. La direction

Comme toute entité administrative, le Fonds de mutuelle de santé a une direction, c'est-à-dire un organe nécessaire chargé de veiller à l'exécution quotidienne des activités de la mutuelle de santé. Elle s'acquitte de cette tâche sous le respect des ordres et des décisions du Conseil d'Administration qui est l'organe suprême du Fonds de mutuelle de santé. Il est évident que dans le Fonds de mutuelle de santé, la direction est un organe nécessaire pour le suivi régulier des activités du Fonds dans tout le district car, il assure aussi la gestion journalière administrative et financière du Fonds⁹⁵, laquelle gestion est l'une des tâches traditionnelles de l'organe de direction.

La direction est composée d'un directeur nommé par arrêté du Ministre ayant la santé dans ses attributions après un test organisé conjointement par le Ministère de la santé et le district, ainsi que d'autres agents d'appui nommés par le district mais prévus par l'organigramme du Fonds, lequel est déterminé par le Ministère ayant la santé dans ses attributions⁹⁶. Normalement, les établissements publics sont dirigés par des personnalités d'un rang statutairement haut qui n'exige pas la procédure des appels d'offre et des examens pour leur choix. A ce sujet, il importe de rappeler que le Fonds de mutuelle de santé est aussi un établissement public, mais dont le champ d'intervention est généralement limité au district, contrairement aux autres établissements publics dont l'intervention n'a pas normalement de limite sur tout le territoire du pays. Cela justifie donc l'appel au concours pour le recrutement du directeur.

B. Des sections de mutuelle de santé

L'article 4 de la loi sur les mutuelles de santé a prévu auprès de chaque centre de santé du pays une section de mutuelle de santé comme une branche constitutive du Fonds de mutuelle de santé. Selon le point de vue paraissant positivement appréciable du directeur du Fonds de mutuelle de santé du

⁹⁵ Art. 17 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée

⁹⁶ *Id.*, art. 18.

district de Nyarugenge, la section de mutuelle de santé est un niveau hiérarchique de service du Fonds rapproché aux bénéficiaires du Fonds de mutuelle de santé dans le cadre de la déconcentration administrative, où les prestations du Fonds sont principalement reçues⁹⁷, et elle a comme ressort territorial le champ de rayonnement du centre de santé auprès duquel elle opère⁹⁸.

En plus d'un gestionnaire permanent qui assure le service quotidien de la section de mutuelle de santé, et qui peut être au besoin assisté par un personnel d'appui nécessaire⁹⁹, la section connaît aussi un comité de gestion. Le comité de gestion est l'organe du Fonds de mutuelle de santé placé auprès de chaque section de mutuelle de santé pour en assurer la bonne gestion administrative et financière. Il est composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et de 2 conseillers issus de chaque secteur se trouvant dans le champ de rayonnement du centre de santé auprès duquel opère la section de mutuelles de santé. Ils sont élus parmi les membres résidents bénéficiaires de soins médicaux au niveau du centre de santé auprès duquel le comité opère. Ce mode de constitution du comité de gestion de la section de mutuelle de santé paraît louable en ce sens qu'il permet aux bénéficiaires des services de participer à la gestion des ressources qui proviennent principalement de leurs efforts via les cotisations, raison de croire que la gestion se tient mieux attentivement.

Au plus bas niveau de la structure des mutuelles de santé se trouve le comité de mobilisation, qui va être décrit dans le paragraphe qui suit.

C. Des comités de mobilisation

Au niveau chaque village, de chaque cellule et de chaque secteur, le Fonds de mutuelle de santé possède un comité dit comité de mobilisation composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et de deux conseillers élus aussi parmi les bénéficiaires des services du fonds de mutuelle de santé pour un mandat de deux ans comme il ressort de l'article 24 de la loi sur les mutuelles de santé. A chacun de ces trois niveaux administratifs, le comité possède des attributions propres qui justifient sa raison d'être, tandis que certaines des attributions se ressemblent¹⁰⁰.

L'existence et le rôle des comités de mobilisation ainsi que le choix de leurs membres parmi les bénéficiaires des services du Fonds, comme pour les comités de gestion, se révèlent pertinents dans

⁹⁷ Interview mené avec le Directeur du Fonds de mutuelle de santé du district de Nyarugenge en date du 24 Décembre 2010.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Art. 24 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée

¹⁰⁰ Pour plus de détails, lire les articles 26 à 27 de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

la mesure où ils donnent l'opportunité aux bénéficiaires des services du Fonds de mutuelle de santé de participer à la vie et l'activité des mutuelles de santé, notamment par la sensibilisation, l'identification des indigents, les avis sur le plan d'action et le budget, etc.

D. Des institutions publiques appuyant les mutuelles de santé

Deux institutions dont le rôle est d'apporter l'appui nécessaire aux différents Fonds de mutuelle de santé éparpillés dans le pays sont attachées au Ministère de la santé. Il s'agit du Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé et de la Cellule Technique d'Appui au Mutuelles de Santé.

1. Le Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé

Au-dessus des Fonds de mutuelle de santé, il existe un fonds appelé Fonds national de garantie des mutuelles de santé attaché au Ministère de la santé, institué par l'article 41 de la loi sur les mutuelles de santé. Comme l'indique son nom même, le Fonds national de Garantie des mutuelles de santé est certainement une institution prévue pour pallier les faiblesses financières des Fonds de mutuelle de santé. Selon l'article 41 de la loi sur les mutuelles de santé, ce Fonds est supposé avoir un personnel propre, mais un entretien mené avec un agent du Ministère de la Santé¹⁰¹ a permis de constater que jusqu'à présent, quoique le Fonds existe, il n'a curieusement pas encore de personnel propre.

L'appellation « Fonds de garantie » donnée à cette institution largement connue sous l'appellation anglaise de « pooling risk » prête à discussion car, eu égard aux missions de ce Fonds, le constat fait sur terrain est que ce fonds apporte des subventions régulières aux Fonds de mutuelle de santé. C'est ce dernier qui fonctionne plutôt comme un fonds de garantie étant donné que c'est lui qui est responsable de la couverture des soins de santé de ses affiliés, jouant donc le rôle de garant du paiement des factures des établissements sanitaires ayant accueillis et presté des soins de santé à ses affiliés. Lors d'un entretien mené avec le directeur chargé du Fonds de mutuelle de santé dans le district de Nyarugenge¹⁰², celui-ci a, lui aussi, émis l'avis qu'il ne paraît pas convenable parler du « Fonds de garantie des mutuelles de santé », d'où, une autre appellation plus spécifique serait la bienvenue.

¹⁰¹ Entretien mené avec un agent de la CTAMS, qui a déclaré que les activités de ce Fonds sont provisoirement effectuées par les agents de la CTAMS.

2. La Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé, CTAMS

Il existe aussi une unité incorporée aux services du Ministère ayant la santé dans ses attributions appelée « Cellule technique d'appui aux mutuelles de santé (CTAMS) ». Tandis que le Fonds de garantie fournit un appui financier aux mutuelles de santé, la CTAMS quant à elle appui techniquement les mutuelles de santé, par des conseils, des formations, ... ce qui justifie l'existence parallèle des deux institutions créées toutes en faveur des mutuelles de santé.

Cette cellule n'est pas prévue par la loi sur les mutuelles de santé comme l'est le « Pooling risk », il s'agit d'un service compris dans l'organigramme du Ministère de la santé, qui permet de bien veiller à l'activité des mutuelles de santé et partant, de mieux assumer le rôle de tutelle à l'égard des Fonds de mutuelles de santé.

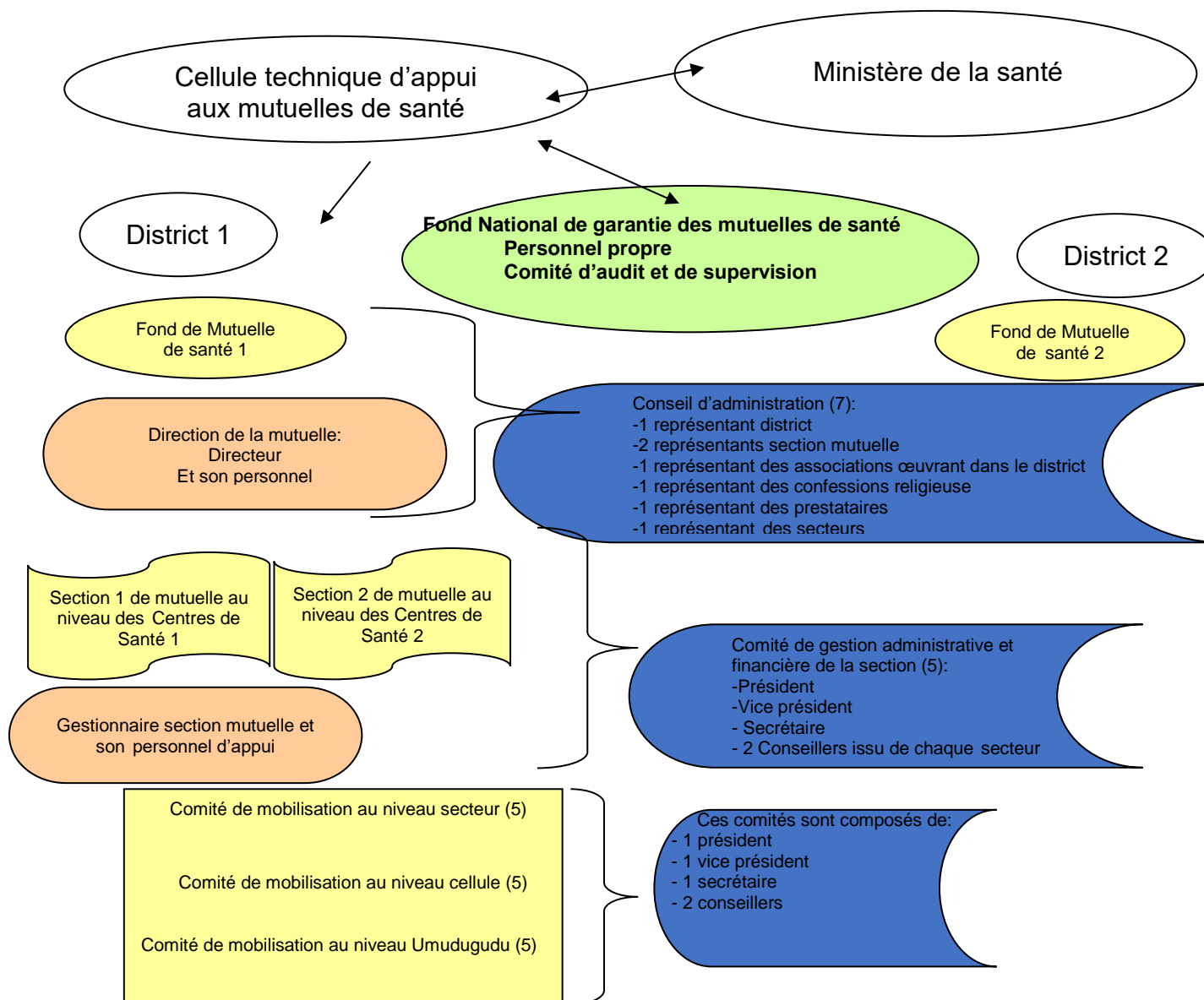
Enfin, comme on peut le déduire de ce qui a été dit ci précédemment sur la structure des mutuelles de santé, celles-ci sont structurées dans une forme pyramidale dont le sommet est monté par le Fonds de mutuelle de santé auquel sont attachés le conseil d'administration et la direction, tandis qu'au milieu de cette pyramide, il y a les sections de mutuelle de santé auxquelles sont attachés les comités de gestion, et qu'au plus bas niveau se trouvent les comités de sensibilisation existants à partir du secteur jusqu'au village. Au plus haut sommet des mutuelles de santé, il existe un organe de tutelle, le Ministère ayant la santé dans ses attributions, avec lequel ils ont des rapports très étroits de tutelle, puis d'appui technique via la CTAMS et financier via le Fonds de garantie des mutuelles de santé.

La structure des mutuelles de santé, telle qu'elle vient d'être décrite ci-haut présente des avantages certains de rapprocher les services auprès de tous ses bénéficiaires en descendant jusqu'au niveau du centre de santé, qui est l'établissement de niveau primaire où la population recourt pour obtenir les soins de santé. En plus, elle inspire la crédibilité quant à la sécurité des fonds de la mutuelle car, au niveau de chaque instance qui manipule les fonds de la mutuelle, il y a un collègue de délégués devant veiller à, entre autres activités essentielles, la bonne gestion de ces fonds¹⁰³. Cependant, la constitution d'une structure de mutuelle de santé autonome au niveau de chaque district handicape la mobilité de soins parmi les différents Fonds de mutuelle de santé, comme il sera vu en détails dans la partie de ce chapitre traitant du fonctionnement des mutuelles de santé.

¹⁰³ C'est le Conseil d'Administration au niveau du Fonds de mutuelle de santé, et le comité de gestion au niveau de la section de mutuelle de santé.

Après cette brève description de la structure des mutuelles de santé, il importe de la schématiser pour sa présentation beaucoup mieux synthétique et mieux perceptible en ensemble.

Schéma illustratif de la structure organique des mutuelles de santé au Rwanda



Source : Manuelle des procédures de gestion financière d'une mutuelle de santé, 2008, p. 8

Commentaire du schéma :

- Au niveau de chaque village, cellule et secteur, il y' a un comité de mobilisation composé de 5 membres ;

- Au niveau de chaque centre de santé, il y' a une section de mutuelle de santé gérée par un comité de gestion, un gestionnaire et un autre personnel d'appui. Par exemple, le district de Nyarugenge

comprend 8 sections correspondant aux 8 centres de santé qu'il possède ; dans tout le pays, il existe aujourd'hui 400 sections de mutuelles de santé, chiffre correspondant aux nombres de centres de santé qu'il y a dans le pays.

- Au niveau du district, il y a un Fonds de mutuelle de santé par district (c.à.d. 30 mutuelles de santé correspondant au nombre de districts du pays) géré par le Conseil d'Administration et la direction respectifs, ainsi qu'un autre personnel d'appui.

- Au niveau national il existe une « Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé » et le fond national d'appui aux mutuelles de santé (Fonds National de garantie) œuvrant à partir du Ministère de la Santé.

Après cette présentation de la structure des mutuelles de santé, il conviendra d'examiner ci-après le fonctionnement des mutuelles de santé.

Section II. Fonctionnement et gestion des mutuelles de santé

Selon l'article 41 de la Constitution, « tous les citoyens ont des droits et des devoirs en matière de santé. L'Etat a le devoir de mobiliser la population pour les activités de protection et de promotion de la santé et de contribuer à leur mise en œuvre ». Ainsi, il est de nul doute qu'en instaurant les mutuelles de santé, le législateur rwandais a agi en concorde avec les droits et les devoirs constitutionnellement prévus.

Pour qu'elles puissent réaliser leurs missions, il n'en est pas moins impératif que les mutuelles de santé, en plus de leur existence légale, soient dotées de capacités leur permettant un fonctionnement en une gestion saine et efficace. C'est ainsi que la loi les a équipées d'un nombre d'organes allant du plus haut, le Fonds de mutuelle de santé qui est de droit l'organe de coordination, jusqu'au comité de mobilisation qui est l'organe le plus bas de la structure des mutuelles de santé ; et qu'elle prévoit aussi en leur faveur un organe de tutelle qui les assiste en contribuant entre autres à leur fonctionnement, ainsi que des sources de financement voire des moyens de gestion et de contrôle.

L'on discutera donc du fonctionnement des mutuelles de santé en analysant le rôle de chacun de ces organes, tout en essayant de porter un jugement critique sur sa contribution au fonctionnement des mutuelles de santé. Aussi, l'on parlera des rapports entre le Fonds de mutuelle de santé et

diverses institutions avec lesquelles il est appelé à souvent collaborer pour mener à bien les missions qui lui sont assignées.

Les mutuelles de santé fonctionnant non seulement grâce aux organes qui les gèrent ou les appuient mais aussi grâce au financement qu'elles doivent aux sources diverses parmi lesquelles les cotisations des affiliés, l'on parlera aussi de leur financement, de la gestion de leurs deniers, ainsi que de l'accessibilité pour les affiliés aux services pour lesquels elles sont financées.

§1. Du fonctionnement des mutuelles de santé

Comme déjà indiqué ci haut en parlant des organes de coordination des activités de mutuelle de santé, ces dernières sont coordonnées au niveau de chaque district par le Fonds de mutuelle de santé. Cette coordination des activités des mutuelles de santé de même que la gestion des moyens disponibles au Fonds de mutuelle de santé sont de la compétence exclusive de ce Fonds ; il en est légalement le responsable car, l'article 3 de la loi n° 62/2007 précise que le Fonds de mutuelle de santé possède la personnalité juridique et une autonomie de gestion administrative et financière.

Pour mener à bout ses missions, le Fonds de mutuelle de santé agit à travers ses différentes instances organisationnelles déjà décrites et analysées ci-haut¹⁰⁴ dont chacune joue un rôle précis dans le fonctionnement de la mutuelle de santé.

A. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le conseil d'administration est l'organe supérieur du Fonds de mutuelle de santé doté de la mission permanente d'assurer la gestion des activités, de ressources humaines et du patrimoine du Fonds de mutuelle de santé en vue de la réalisation de sa mission¹⁰⁵. Il contribue au fonctionnement de la mutuelle de santé à travers l'exercice de ses attributions telles que précisées par l'article 10 de la loi portant création organisation et fonctionnement des mutuelles de santé, à savoir :

- déterminer la vision stratégique et le plan d'action ;
- émettre des avis sur la politique des mutuelles de santé ;
- faire le suivi de la performance de la Direction ;
- conclure le contrat de performance avec le District, visant la promotion du Fonds de mutuelle de santé ;

¹⁰⁴ Voy. dans la section précédente, §2, concernant l'organisation des mutuelles de santé.

¹⁰⁵ Art. 9 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

- approuver le plan d'activités du Fonds de mutuelle de santé ;
- approuver le projet de budget annuel ;
- approuver le rapport d'activités et le rapport d'utilisation du patrimoine pour l'exercice précédent ;
- transmettre le rapport au Maire du District et au Ministre ayant la santé dans ses attributions ;
- examiner et approuver, en accord avec le Ministre ayant la santé dans ses attributions, la liste des services à rendre au patient ;
- résoudre tout litige entre le Fonds de mutuelle de santé et ses contractants ;
- approuver les contrats entre le Fonds de mutuelle de santé et les établissements de santé, les pharmacies et les Fonds de mutuelle de santé des autres Districts ;
- assurer le suivi de la mise en application des dispositions stipulées à l'article 6 de la présente loi ;
- examiner et approuver le règlement d'ordre intérieur du Fonds de mutuelle de santé ;
- approuver la nomination des experts et leurs honoraires ;
- approuver le recrutement du personnel du Fonds de mutuelle de santé dont le recrutement n'est pas de la compétence d'autres organes.

Conformément à l'article 13 de la loi portant création, organisation et gestion des mutuelles de santé, le Conseil d'Administration tient ordinairement des réunions une fois par trimestre sur convocation de son président ou de son vice-président en son absence, faite au moins 15 jours avant la tenue de la réunion. La réunion peut aussi être convoquée extraordinairement par le président de sa propre initiative ou sur demande écrite d'un tiers des membres, au moins 5 jours avant la tenue. Le directeur du Fonds de mutuelle de santé participe aux réunions du Conseil d'administration et en est le rapporteur mais n'a pas de droit au vote. En plus, il n'est pas admis à participer aux réunions du Conseil lorsque celui-ci doit examiner les questions qui le concernent. Dans ce cas, le conseil élit un rapporteur en son sein.

Dans tous les cas, la loi prévoit un quorum de 4 membres pour la tenue valide de la réunion du conseil d'administration, et les décisions y sont prises par consensus, ou, à défaut, à la majorité. Si celle-ci n'est pas dégagée, la voix du président est prépondérante¹⁰⁶.

Il convient de faire remarquer que le Conseil d'Administration bénéficie de certaines facilités dans l'exercice de ses missions. Par exemple, pour la bonne réalisation de sa mission, il peut faire recours aux experts, s'il y a une question sous examen qui nécessite des connaissances spécifiques¹⁰⁷.

¹⁰⁶ *Id.*, art. 14.

¹⁰⁷ *Id.*, art. 16.

B. Fonctionnement de la direction

La gestion journalière du Fonds de mutuelle de santé est assurée par son directeur, assisté par un autre personnel sous sa responsabilité directe et dont il doit se servir pour s'acquitter des tâches à sa charge. Ce personnel n'étant pas déterminé par la loi, une visite sur terrain effectuée au Fonds de mutuelle de santé du district de Nyarugenge a permis de constater qu'à l'heure actuelle, la direction comprend en plus du directeur un agent en chargé de la facturation et d'un agent chargé de la documentation et des archives¹⁰⁸.

Selon l'article 17 de la loi portant création, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, le directeur est chargé de :

- assurer la gestion quotidienne du Fonds de mutuelle de santé ;
- signer un contrat de performance avec le Conseil d'Administration visant la promotion du Fonds de mutuelle de santé ;
- assurer la formation des gestionnaires de sections de mutuelle de santé au niveau des Centres de santé ;
- convoquer et présider la réunion du personnel des sections de mutuelle de santé ;
- représenter le Fonds de mutuelle de santé devant différentes institutions et devant la loi ;
- mobiliser des subventions en faveur du Fonds de mutuelle de santé ;
- faire l'évaluation de performances des sections de mutuelle de santé ;
- sensibiliser la population aux mutuelles de santé ;
- assurer la formation des membres des Comités de mutuelle de santé au niveau de Villages, Cellules et Secteurs ;
- mettre en application les décisions du Conseil d'Administration ;
- élaborer le rapport d'activités et celui d'utilisation du patrimoine pour l'exercice précédent ;
- élaborer le projet de plan d'actions du Fonds de mutuelle de santé ;
- préparer l'avant-projet de budget annuel ;
- recevoir les dons et legs ;
- exécuter toute autre tâche qui lui est confiée par le Conseil d'Administration.

Concernant le personnel appuyant le directeur, il y a cependant lieu de signaler bien que, d'une part, la loi dote le Fonds de mutuelle de santé de la personnalité juridique et d'une autonomie de gestion

¹⁰⁸ Interview mené avec le Directeur du Fonds de mutuelle de santé de Nyarugenge au 14 Décembre 2010.

administrative et financière¹⁰⁹, elle méconnaît d'autre part son de choix de son propre personnel en tant qu'entité administrativement autonome. Son autonomie administrative devrait se manifester, entre autres essentiels, à travers le mode de recrutement des ressources humaines. Or, selon les articles 17 et 18 de la loi précitée, le directeur est nommé par le Ministre de la santé, tandis que le reste du personnel est nommé par le district où se trouve le Fonds.

Ce mode de choix du personnel, notamment au niveau inférieur au directeur du Fonds, empiète l'autonomie du Fonds car il apparaît comme une ingérence dans la gestion du Fonds surtout par l'autorité du district, ce qui peut même fragiliser l'autorité du Conseil d'Administration sur ce personnel étant donné que, comme il ne peut pas le nommer, il ne peut pas non plus le démettre ou le révoquer s'il se méconduit, alors que cela devrait rentrer dans son pouvoir disciplinaire normal¹¹⁰.

C. Du fonctionnement au niveau des sections

Tandis que le Fonds de mutuelle de santé coordonne toutes les activités de la mutuelle de santé, les sections de mutuelle de santé quant à elles, sont des entités du Fonds rapprochées au plus près de la population bénéficiaire des prestations des mutuelles, auprès des centres de santé, où s'exécute une série d'activités très essentielles rentrant dans la mission du Fonds de mutuelle de santé. Les sections de mutuelles de santé apparaissent donc comme des antennes du Fonds de mutuelle de santé, qui le représentent en certaines missions bien précises au niveau du centre de santé où elles opèrent. Bref, il s'agit des branches du Fonds de mutuelle de santé¹¹¹.

La section s'avère une instance d'importance vitale pour l'activité du fonds de mutuelle de santé par le fait qu'elle représente ce fonds au niveau plus proche de la population qu'il a mission de servir. Dans chaque ressort d'intervention d'un centre de santé (zone de rayonnement) il existe une et une seule section de mutuelle de santé, laquelle collecte des cotisations et fournit des facilités de soins médicaux aux membres du fonds de mutuelle qui habitent dans ce ressort et se font soigner dans ce centre de santé¹¹².

¹⁰⁹ Art. 3 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹¹⁰ A l'instar d'autres institutions publiques personnalisées, le personnel autre que les hauts dirigeants d'une institution devraient être choisis par le Fonds lui-même, par son Conseil d'Administration par exemple.

¹¹¹ Les sections sont en effet appelées « branches » en anglais (Voy. la version anglaise de l'article 4 de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé)

¹¹² Art. 24 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

1. Le rôle du gestionnaire de la section

Selon le même article 24, chaque section est dirigée par un responsable qui est un agent permanent, assisté par un personnel d'appui pour la réalisation des attributions suivantes :

- superviser les activités de mutuelle de santé au niveau de la section de mutuelle de santé ;
- assurer la gestion du patrimoine et des activités de section de mutuelle de santé ;
- percevoir les cotisations ;
- recevoir les subventions, dons et legs après l'approbation du Comité de gestion administrative et financière ;
- élaborer le projet de plan d'action et de budget à soumettre au Comité de gestion administrative et financière ;
- enregistrer les affiliés et leurs ayants droit et leur délivrer des cartes d'affiliés ;
- tenir les livres de comptabilité ;
- faire le rapport de nouveaux affiliés à la mutuelle de santé ;
- payer les factures des établissements de santé après autorisation du Comité de gestion administrative et financière ;
- convoquer et présider la réunion des Comités de mobilisation au niveau de Secteurs ;
- soumettre chaque mois au Comité de gestion administrative et financière le rapport d'activités de mutuelle de santé pour approbation avant de le soumettre au Fonds de mutuelle de santé ;
- exécuter toute autre tâche qui lui est confiée par ses supérieurs hiérarchiques.

Vu les attributions du gestionnaire de la section de mutuelle de santé, celui-ci apparaît comme une personnalité clé dans le fonctionnement des mutuelles de santé car il est l'agent permanent responsable des activités de la section, avec des tâches très importantes notamment la collecte des cotisations et l'enregistrement des affiliés, le paiement des factures relatives aux soins de santé reçus par les affiliés, effectuer la comptabilité de la section, faire le projet du plan d'action et du budget, ... Et puisqu'il rend ses services au niveau le plus proche des affiliés, il assure l'accès de ces derniers au Fonds de mutuelle de santé.

2. Le rôle du comité de gestion

Il est en outre attaché à la section, un comité appelé comité de gestion, chargée d'en assurer la bonne gestion administrative et financière. Il est composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et de 2 conseillers issus de chaque secteur se trouvant dans le champ de rayonnement du centre de santé auprès duquel opère la section de mutuelle de santé. Ceux-ci sont élus pour un

mandat de 2 ans renouvelables parmi les membres résidents bénéficiaires de soins médicaux au niveau du centre de santé auprès duquel la mutuelle opère.

Les détails des attributions du comité de gestion sont fournis par la loi. En général il s'agit de¹¹³ :

- assurer le suivi du fonctionnement de la section de mutuelle de santé ;
- adopter le budget de la section de mutuelle de santé ;
- approuver les subventions, dons et legs ;
- déterminer la vision stratégique et le plan d'action ;
- conclure le contrat de service médical avec les établissements de santé et les pharmacies ;
- approuver le plan d'action de la section de mutuelle de santé ;
- émettre des avis sur le projet de planification du fonds de mutuelle de santé au niveau de District;
- transmettre le rapport mensuel d'activités au Fonds de mutuelle de santé ;
- approuver le rapport d'activités et le rapport d'utilisation du patrimoine pour l'exercice précédent;
- représenter la section de mutuelle de santé devant les différents organes ;
- assurer le suivi de la mise en application des dispositions stipulées à l'article 6 de la présente loi;
- exécuter toute autre tâche qui lui est confiée par le Conseil d'Administration du Fonds de mutuelle de santé.

De ce qui précède deux observations méritent d'être émises : D'abord, certaines attributions du Comité de gestion paraissent semblables à celles du Conseil d'Administration¹¹⁴ du Fonds sous réserve du niveau auquel elles doivent être exécutées, les autres étant spécifiques. En plus, le mode de constitution du comité de gestion de la section de mutuelle de santé est, comme il a été déjà évoqué plus haut, utile au bon fonctionnement des mutuelles de santé en ce sens qu'il permet aux bénéficiaires des services de participer à la gestion des ressources financières qui proviennent principalement de leurs efforts. Ces ressources devant en plus servir leurs intérêts, il est crédible d'en confier la gestion à un comité ainsi constitué¹¹⁵ plutôt que de la confier aux étrangers.

3. Le rôle des comités de mobilisation

La loi prévoit que certaines activités du Fonds de mutuelle de santé doivent être exécutées par des comités de mobilisation élus parmi les membres du Fonds bénéficiaires des facilités de prestations

¹¹³ Art. 21 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹¹⁴ Exemples : approuver le plan d'action, approuver le rapport d'activités et d'utilisation du patrimoine pour l'exercice précédent, ...

¹¹⁵ Car, les membres d'un tel comité conscients que les ressources en question sont là pour servir les intérêts des consorts ainsi que les leurs propres, le comité ainsi composé paraît mieux disposé à les gérer très prudemment.

de soins fournies par ce dernier. Au niveau de chaque secteur, de chaque cellule et de chaque village, il y a un comité de mobilisation dont les tâches diffèrent selon le niveau¹¹⁶.

Au niveau du village, le comité de mobilisation a pour attributions notamment les activités relative à la sensibilisation, l'identification des indigents à être assistés par la mutuelle de santé, l'évaluation de la participation de la population à la mutuelle de santé, la mise en application des décisions du Conseil d'Administration du Fonds de mutuelle de santé en matière de mobilisation, ainsi qu'à l'émission des avis sur l'avant-projet de budget annuel à soumettre aux organes immédiatement supérieurs¹¹⁷.

Le Comité de mobilisation au niveau de la cellule veille à la coordination des activités des mutuelles de santé au niveau du village, examine et approuve la liste des indigents qui doivent être assistés par la mutuelle de santé, et comme au niveau du village, il évalue la participation de la population à la mutuelle de santé à son niveau, met en application les décisions du Conseil d'Administration du Fonds de mutuelle de santé, et donne des avis sur le projet de plan d'action et le projet de budget du Fonds de mutuelle de santé¹¹⁸

Il existe enfin le Comité de mobilisation au niveau du secteur. Celui-ci assure à son tour la coordination des activités de mutuelle de santé au niveau de Cellules, dresse et soumet à la section de mutuelle de santé la liste des cellules qui doivent être assistés, évalue la participation de la population à la mutuelle de santé au niveau de secteur, met en application les décisions du Conseil d'Administration du Fonds de mutuelle de santé, et recueille les avis sur le projet de plan d'actions ainsi que l'avant-projet de budget émanant des Cellules pour les soumettre à la section et au Fonds de mutuelle de santé¹¹⁹

A travers les attributions des comités de mobilisation, on remarque que ces derniers jouent un rôle important dans la section de mutuelle de santé, car ils aident celle-ci non seulement dans la mobilisation, mais aussi dans la collecte d'avis¹²⁰ et d'informations¹²¹ utiles à la réalisation optimale de la mission du Fonds de mutuelles de santé. On remarque aussi qu'il y a, parmi ces comites, une

¹¹⁶ Art. 26-28 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹¹⁷ Art. 26 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée

¹¹⁸ *Id.*, Art. 27.

¹¹⁹ *Id.*, Art 28.

¹²⁰ Sur le plan action et le budget.

¹²¹ Sur les indigents à assister.

hiérarchie¹²², laquelle rend sans doute aisée la coordination de leurs activités et la communication entre eux-mêmes, de même que celle entre eux et les autres niveaux administratifs du Fonds.

En concluant sur le fonctionnement de chacune des organes du Fonds de mutuelle de santé, il convient d'apprécier qu'à partir des attributions de chacune des structures des mutuelles de santé, elles sont complémentaires puisque chaque niveau de la structure du Fonds de mutuelle de santé exécute des attributions propres mais destinées sûrement à aider le Fonds en général à fournir le meilleur de prestations possible. En effet, aucune attribution ne paraît nuisible à la mission du Fonds de mutuelle de santé. Cependant, concernant l'attribution du Conseil d'Administration consistant à approuver le recrutement du personnel du Fonds de mutuelle de santé qui n'est pas de la compétence d'autres organes, elle paraît n'exister que théoriquement car l'article 18 de la loi n° 62/2007 prévoit que, outre le directeur du Fonds qui est nommé par le Ministre de la santé¹²³, les autres membres du personnel du Fonds de mutuelle de santé sont engagés par le District après la réussite du test qu'il organise conformément à la loi.

D. Des rapports entre mutuelles de santé et le Ministère de la santé ainsi que le district

Dans leur fonctionnement, les mutuelles de santé entretiennent rapports étroits avec des institutions publiques nommément le Ministère de la santé et le district.

1. Des rapports entre les mutuelles de santé et le Ministère de la santé

En plus de l'examen du fonctionnement des organes du Fonds de mutuelle de santé, il est aussi utile de parler de l'organe de tutelle et de préciser sa part dans le fonctionnement des mutuelles de santé.

Les mutuelles de santé sont placées sous la tutelle du ministère ayant la santé dans ses attributions¹²⁴. Ceci reflète l'observation du prescrit de la loi organique portant dispositions générales applicables aux établissements publics telle que modifiée et complétée jusqu'à ce jour, qui renseigne qu'un établissement public doit être soumis à un organe de tutelle¹²⁵.

Selon toujours la loi organique susdite, l'autorité de tutelle de l'établissement public ainsi que ses relations avec l'établissement public sont précisées dans la loi instituant l'établissement public

¹²² Du village au secteur.

¹²³ Art. 17 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹²⁴ *Id.* Art 7.

¹²⁵ Art. 3 de la Loi Organique n° 06/2009/OL DU 21/12/2009 précitée.

et/ou dans un document dénommé « contrat de performance »¹²⁶. Dans cet ordre d'idée, l'article 7 de la loi n° 62/2007 relative aux mutuelles de santé en plus de préciser que les mutuelles de santé sont placées sous la tutelle du Ministère ayant la santé dans ses attributions, ajoute aussi qu'il est conclu, entre le Fonds de mutuelle de santé et le District sanitaire représentant le Ministère de la santé, un contrat de performance déterminant les pouvoirs, les droits et les obligations de chaque partie en vue de la réalisation de la mission du Fonds de mutuelle de santé. Selon ce même article, le contrat de performance doit préciser notamment les points suivants :

- le fonctionnement du Fonds de mutuelle de santé ;
- les engagements de la Direction du Fonds de mutuelle de santé ;
- les engagements du District en matière de mutuelles de santé ;
- les engagements du Ministère de la Santé en matière de mutuelles de santé ;
- les réalisations attendues du Fonds de mutuelle de santé ;
- la provenance du patrimoine ;
- l'audit permanent.

Du côté du Fonds de mutuelle de santé, ce contrat est signé par le conseil d'administration représentant le Fonds de mutuelle de santé conformément à l'article 10-4° de la loi sur les mutuelles de santé. Cependant, selon les informations fournies par un agent de la CTAMS au Ministère de la Santé, cette formalité n'a pas encore été accomplie à l'égard de tous les Fonds.

En tant qu'organe de tutelle, pour exercer cette mission, le Ministère de la santé comprend dans son cadre organique une unité dite d'appui technique aux mutuelles de santé appelée la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelle de Santé (CTAMS). La CTAMS a un personnel propre. Ses tâches consistent essentiellement en suivi et accompagnement des mutuelles de santé, et, comme il a été dit plus haut, elle joue un rôle très important dans le renforcement des capacités des agents des mutuelles au moyen des formations des et des conseils visant le bon fonctionnement et la meilleure prestation des services¹²⁷.

En plus de l'appui technique, il existe aussi au sein du Ministère de la santé le Fonds National de garantie des mutuelles de santé qui contribue au financement de soins de santé couverts par les fonds de mutuelle de santé. Ce Fonds vient donc en aide aux Fonds de mutuelle de santé au moyen de subventions, lui permettant donc de pouvoir s'acquitter mieux davantage de ses obligations envers les affiliés. Tandis que le Fonds de mutuelle de santé est une institution de coordination des

¹²⁶ *Id.*, Art. 5.

¹²⁷ Information tirée d'un agent de la CTAMS au cours d'un entretien avec lui en date du 14 Décembre 2010.

activités de la mutuelle de santé auprès de chaque district administratif, le Fonds National de garantie des mutuelles de santé est quant à lui une institution unique placée au sein du Ministère de la Santé, dont le rôle est d'apporter un appui financier aux 30 Fonds de mutuelles de santé suivant les besoins de chacun. Elle est prévue par l'article 41 de la loi n° 62/2007.

Le Fonds national de garantie des mutuelles de santé ne possède pas jusqu'à présent un personnel propre alors que cela est requis par cet article 41 de la loi sur les mutuelles de santé qui lui donne existence. Il est donc à déplorer qu'il fonctionne dans l'illégalité car, comme il a été indiqué plus haut, ce sont les agents de la CTAMS qui exécutent les tâches réservées au personnel propre de ce Fonds.

Malgré cette lacune dans l'application de cet article 41, il y a quand même lieu de louer l'effort du législateur d'avoir permis l'existence d'un système d'assurance maladie jouissant d'une protection contre le risque d'impuissance technique et/ou financière.

2. Des rapports entre les mutuelles de santé et le district

Il a déjà été indiqué ci-haut que les mutuelles de santé à travers leurs Fonds possèdent une personnalité juridique ainsi qu'une autonomie de gestion administrative et financière¹²⁸. Cela devrait dire que les mutuelles de santé exercent leurs activités au moyen d'un personnel et d'un patrimoine propres, et que par conséquent nulle autorité étrangère à elles ne devrait s'immiscer dans leurs activités de quelque manière que ce soit, sauf des exceptions légales. Une des exceptions est que le district concourt au recrutement du directeur du Fonds de mutuelle de santé¹²⁹ et procède seul au recrutement et à la nomination du reste du personnel de la direction de la mutuelle de santé¹³⁰.

Il importe faire de remarquer que comme c'est le district a le pouvoir de recrutement de tout le personnel du Fonds de mutuelle de santé hormis le directeur, au nom du principe du parallélisme des formes, c'est lui qui a aussi le pouvoir de révocation, car la loi ne donne ce pouvoir à aucune autre autorité. Ainsi étant, il y a lieu de craindre que l'autorité des dirigeants du Fonds de mutuelle de santé sur le personnel qu'ils dirigent soit faible puisqu'ils n'ont pas de pouvoir de révocation; lequel pouvoir semble pourtant nécessaire, surtout dans un établissement public, d'une part en guise

¹²⁸ Art. 3 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹²⁹ Id., art. 17.

¹³⁰ Id., Art. 18.

d’outil de persuasion pouvant augmenter la chance aux dirigeants de se faire obéir suffisamment ; et d’autre part, pour être à mesure d’éviter à temps celui qui handicape le bon fonctionnement de l’institution et le remplacer par quiconque assez coopératif et compétent.

En outre, le fait pour le district de nommer et révoquer le personnel du Fonds¹³¹, constitue une contradiction à l’autonomie administrative car, à l’instar d’autres institutions publiques ayant la personnalité juridique et l’autonomie administrative et financière, le pouvoir de recrutement, de nomination ainsi que de révocation du personnel du Fonds de mutuelle de santé, hormis le directeur, devrait être entre les mains du Conseil d’Administration.

Enfin, il faut souligner par ailleurs que le district joue un rôle dans la viabilité financière des mutuelles de santé cela étant dû au fait que parmi les sources légales de financement des mutuelles de santé il y a les subventions du district déterminées par le conseil de district¹³². Cependant, cela ne justifie pas l’intervention du district dans la nomination du personnel du Fonds, car le district n’est pas la seule institution qui finance les mutuelles de santé.

E. De l’accessibilité aux soins de santé à travers les mutuelles de santé

La création des mutuelles de santé vise principalement la couverture de soins de santé pour ses bénéficiaires, c’est-à-dire ceux qui y sont affiliés et leurs ayants droit. Dans les lignes qui suivent, l’on parlera des conditions d’accès aux prestations des mutuelles de santé à savoir l’affiliation par versement d’une cotisation, ou l’affiliation gratuite pour un indigent, ainsi que d’autres conditions supplémentaires d’accès aux prestations des mutuelles de santé. Il sera aussi l’occasion de porter un jugement sur la qualité des prestations que bénéficient les affiliés des mutuelles de santé par une critique évaluative de certains aspects des prestations des mutuelles de santé qui méritent l’attention ainsi que l’élucidation des établissements de santé ouverts aux affiliés, et les maladies couvertes par les mutuelles de santé. Enfin, on parlera aussi des conditions financières des mutuelles de santé.

1. L’affiliation à la mutuelle de santé

Les mutuelles de santé créées et organisées par la loi n° 62/2007 sont ouvertes à l’adhésion de toute personne sans considération d’aucun critère sélectif. L’essentiel pour devenir affilié d’une mutuelle de santé est de payer la cotisation requise. D’après l’article 31 de cette loi, peuvent être les bénéficiaires des mutuelles de santé : tout affilié ayant payé sa cotisation, ainsi que ses ayants droit

¹³¹ Comme déjà indiqué *supra*, p. 31, le district assure, seul, le recrutement de tout le personnel en dessous du rang de directeur.

¹³² Art. 37, 2° de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

à savoir le/la conjoint(e), les enfants, et toute autre personne pour laquelle il paie la cotisation. Ni cet article, ni aucune autre disposition ne prévoyant aucun quelconque critère sélectif d'adhésion aux mutuelles de santé, cela implique que toute personne intéressée peut s'affilier à une mutuelle de santé ; pourvu qu'elle paie la cotisation, sans quoi ni elle ni ses dépendants ne peuvent accéder aux soins couverts par la mutuelle. Cependant, puisqu'en créant les mutuelles de santé, il y avait le souci de rendre accessible les soins de santé à toute personne résidant au Rwanda et celle qui doit y séjourner pendant plus de quinze jours¹³³, cela laisse penser qu'il ne s'agit que de ces deux catégories de gens seulement que les mutuelles de santé peuvent recevoir comme affiliés. Il importe d'ailleurs de noter que pour ces deux catégories l'adhésion aux mutuelles de santé est obligatoire à défaut de possession de toute autre assurance maladie reconnue au Rwanda¹³⁴.

Les articles 27 et 28 de la loi sur les mutuelles de santé assignent aux comités de mobilisation au niveau du village et au niveau de la cellule, la mission d'identification des indigents qui doivent « être assistés par les mutuelles de santé ». Ceci fait croire que les indigents reçoivent gratuitement des mutuelles de santé la couverture de soins de santé qu'elles offrent, et que donc, la cotisation comme condition d'affiliation¹³⁵ ne les concerne pas. Or la réalité est autre en pratique, car, selon les informations fournies par un agent de mutuelle de santé au district de Kayonza, les mutuelles de santé ne font que recenser les indigents se trouvant sur leur ressort, et soumettent leurs listes aux bailleurs de fonds (Global Fund par exemple), pour solliciter de l'aide en faveur de ces indigents. C'est le montant d'aide obtenu qui détermine le nombre d'indigents à affilier.

2. La cotisation, une condition essentielle mais pas la seule d'accès aux prestations des mutuelles de santé

Il ressort de l'article 31 de la loi portant organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé que la seule affiliation à la mutuelle de santé ne suffit pas pour accéder aux prestations de celle-ci; il faut que l'affilié ait en outre payé la cotisation. En effet, cette disposition insiste sur la cotisation comme condition d'accès aux prestations des mutuelles de santé. Quant à l'affiliation, c'est une conséquence immédiate du paiement de la cotisation comme le révèle bien l'article 34 de la même loi qui prévoit que le moment de l'affiliation est celui du paiement de la cotisation. Cela signifie que la cotisation précède l'affiliation.

¹³³ Art. 33 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Id.*, art. 34.

Outre le paiement de la cotisation, l'accès aux prestations des mutuelles de santé est subordonné à l'écoulement d'une période d'attente obligatoire d'un mois entre le jour du paiement de la cotisation et celui où il est possible d'exiger ces prestations¹³⁶. Cette période d'attente est justifiée par deux éléments essentiels. Le premier est le souci de décourager les opportunistes qui peuvent tenter de verser la cotisation au moment même du risque pour obtenir immédiatement après le paiement de la cotisation les soins souhaités. Si cela était toléré, beaucoup de gens négligeraient de s'affilier pour ne le faire qu'à la survenance d'un sinistre, ce qui veut dire que les mutuelles de santé ne seraient guère financièrement prémunies contre les risques qu'elles assurent. Le second élément est la nécessité de préserver le caractère assuranciel des mutuelles de santé. En effet, les mutuelles de santé perdraient leur caractère assuranciel si elles percevaient les cotisations au moment de la réalisation de l'événement assurable car le but de l'assurance est de garantir l'assuré contre les risques en tant qu'événements incertains.

Ainsi, un mois après la cotisation suffit pour que l'affilié de la mutuelle de santé commence à bénéficier des prestations car se sachant malade, on ne peut logiquement pas attendre tout un mois pour se faire soigner.

Il faut enfin noter que tout affilié bénéficiant des soins médicaux supporte le ticket modérateur, condition exigée par l'article 40 de la loi sur les mutuelles de santé. Ce ticket modérateur est une somme d'argent à payer par l'affilié lui-même devant bénéficier des soins de santé remboursables par la mutuelle de santé, comme une contribution obligatoire aux dépenses liées à sa propre santé. Cette contribution supplémentaire à la cotisation payée semble utile car elle constitue non seulement un appui pour l'assureur, mais aussi une mesure pour décourager ceux qui voudraient se faire soigner pour tout et pour rien. Du côté de la mutuelle de santé qui le perçoit, le ticket modérateur est d'une importance économique évidente, car il s'agit d'une contribution supplémentaire qui enrichit davantage la caisse de cette mutuelle de santé, et ainsi, accroît les moyens financiers de celle-ci.

L'obligation de payer le ticket modérateur souffre une seule dérogation, ce qui paraît insuffisant. Seul, l'affilié indigent muni d'une attestation délivrée par une autorité administrative est exonéré du paiement du ticket modérateur. Cette exonération mérite d'être, mais ne devrait cependant pas être la seule. En effet, à l'instar de certains autres pays notamment la France¹³⁷, il serait soulageant d'exonérer les malades souffrant d'une affection longue et coûteuse, risquant notamment la perte

¹³⁶ Art. 35 al 2 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹³⁷ A. RUDELLE, *L'assurance santé*, Paris, Securitas, 1991, p. 23.

énorme ou la réduction super sensible de possibilité d'acquisition de revenu. Une telle exonération servirait à épauler le malade dont l'économie risque de s'effondrer à la suite de cette maladie longue et coûteuse, et à l'encourager à se faire soigner sans négligence.

F. Des prestations aux bénéficiaires des mutuelles de santé

Comme la plupart des assurances maladies, les mutuelles de santé couvrent une liste déterminée de soins de santé, tandis que pour le reste, l'assuré est obligé de se prendre lui-même en charge, ou peut s'assurer ailleurs à titre complémentaire. En plus de la quantité de prestations, il importe aussi de parler de la qualité de prestations telle qu'elle transparaît dans la loi sur les mutuelles de santé, plus précisément du problème de la mobilité de soins parmi les Fonds de mutuelle de santé.

1. Prestations couvertes et prestations non couvertes

Selon l'article 30 de la loi sur les mutuelles de santé, les prestations couvertes par le Fonds de mutuelle de santé sont la vaccination, la consultation, la chirurgie, les soins et chirurgie dentaires, les examens de radiologie et de scanner, les examens de laboratoire, les soins de kinésithérapie, l'hospitalisation, les produits pharmaceutiques sur base d'une liste agréée par les Mutuelles de santé, les soins prénatals, périnatales et postnatals, le remboursement des frais d'ambulance, ainsi que l'accès aux prothèses et aux orthèses dont la valeur ne dépasse pas le plafond déterminé par le Fonds de mutuelle de santé; ainsi que des prestations médicales supplémentaires pouvant être déterminées par arrêté du Ministre ayant la santé dans ses attributions.

Il transparaît dans l'article précité que les mutuelles de santé ne couvrent pas tous les soins que puisse désirer l'être humain et que par conséquent, une assurance complémentaire peut être utile pour les prestations médicales non couvertes par elles.

En plus, la pratique des mutuelles de santé renseigne que, pour bénéficier du paiement des soins de santé par la mutuelle, il faut respecter la pyramide des soins¹³⁸. A la première étape de soins de santé, le patient doit d'abord se faire soigner dans un centre de santé du ressort où il habite et auprès duquel se trouve la section qui a enregistré son affiliation. Pour pouvoir se faire soigner dans un hôpital de district et bénéficier de la couverture des soins de santé par la mutuelle de santé, il faut

¹³⁸ Information reçue d'un agent de la mutuelle de santé du District de Nyarugenge en date du 14/12/2010.

que le patient ait eu un transfert d'un centre de santé. De même, pour pouvoir se faire soigner dans un hôpital de référence et bénéficier de la couverture de soins par la mutuelle, il faut avoir un transfert de l'hôpital de district. Au niveau de l'hôpital de district, les soins sont payés par le Fonds de mutuelle de santé lui-même, tandis qu'au niveau de l'hôpital de référence, les soins sont payés par le fonds de garantie des mutuelles de santé.

Il faut en outre souligner qu'à ce jour l'affiliation aux mutuelles de santé ne donne pas l'accès aux soins prestés par l'Hôpital Roi Fayçal, sauf le service de scanner¹³⁹ Cette exclusion est motivée par le coût élevé des prestations offertes par cet hôpital, mais du reste, rien d'autre n'empêcherait aux mutuelles de santé de contracter un service médical avec cet hôpital pour tous les soins qu'elles couvrent, conformément aux articles 29 et 30 de la loi portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé.

Enfin, il importe de faire remarquer que certains soins de santé sont expressément exclus des prestations couvertes par les mutuelles de santé. Selon l'article 30 in fine de la loi susdite, les prestations médicales suivantes ne sont pas couvertes par la mutuelle de santé :

- certificat médical sans rapport avec les soins médicaux ;
- acte médical assuré dans le cadre d'une convention particulière ;
- chirurgie esthétique ou plastique si elle n'est pas réparatrice ;
- chirurgie de changement de sexe ;
- maladie professionnelle et accident de travail.

Ici, il s'agit tantôt des prestations non liées aux souffrances sanitaires (1, 3 et 4) ainsi que des prestations couvertes par une assurance particulière (2 et 5), qu'il vaut donc la peine de ne pas supporter.

2. De la mobilité de soins au sein des mutuelles de santé

Selon l'article 29 de la même loi, « les affiliés aux mutuelles de santé bénéficient des prestations médicales au niveau des établissements de santé publics et privés ayant conclu un contrat de service médical avec le Fonds de mutuelle de santé du District dans lequel ces établissements exercent leurs activités. Ils peuvent également bénéficier des prestations médicales dans tout établissement de

¹³⁹ Information obtenue des services de la CTAMS en date du 14/12/2010.

santé qui collabore avec la Mutuelle de santé lorsqu'ils tombent malades étant dans le District dans lequel se trouve cet établissement (...) ».

A partir de cette disposition, on se rend compte que l'affilié d'une mutuelle de santé, de même que ses ayants droit, bénéficient les prestations de soins de santé aux dépens de la mutuelle de santé d'affiliation dans n'importe quel établissement, public ou privé, pourvu qu'il y ait un accord de collaboration entre lui et la mutuelle de santé. Cependant, même si la loi a prévu cette facilité d'accès aux soins, il subsiste jusqu'à présent un problème important de son effectivité en cette matière.

Considérant cet article 29, on constate que le législateur a bien voulu que les mutuelles de santé fonctionnent dans le respect de la mobilité des soins, grâce auquel un affilié de la mutuelle de santé ne sera pas obligé de se faire soigner dans le seul établissement qui a contracté avec sa mutuelle d'adhésion, l'essentiel étant de prouver qu'il est affilié ou bénéficiaire des soins de santé couverts par une mutuelle de santé. Or, quoique la mobilité de soins soit garantie par la loi, il est observable que certains Fonds de mutuelles de santé ou certaines sections de la mutuelle de santé refusent aux affiliés d'un autre Fonds ou d'une autre section de mutuelle de santé l'accès aux soins de santé au motif qu'il ne sont pas leurs affiliés¹⁴⁰, arguant aussi que lorsqu'ils payent les factures des soins de santé d'un assuré d'un autre Fonds ou d'une autre section de mutuelle de santé il leur est, d'une part, très difficile de se faire rembourser les sommes dépensées à leur place, tandis que, de l'autre part, le remboursement se fait très tardivement, cela risquant d'affaiblir l'économie du Fonds créancier ou de la section créancière.

Cette situation handicape l'accessibilité aux soins de santé pour les assurés des mutuelles de santé car elle entraîne que l'affilié qui se trouve loin de sa section d'affiliation doit obligatoirement retourner à sa place d'adhésion, si lointaine soit-elle, pour s'y faire soigner s'il lui est impossible de payer lui-même pour les soins. Cela présente pas mal d'inconvénients : outre que l'affilié doit dépenser financièrement pour se déplacer, il risque la fatigue en se déplaçant si la distance de déplacement est très longue alors même qu'il est malade, sans oublier le temps qu'il perdra dans cet aller-retour alors qu'il lui eut été possible de se faire soigner tout près de sa résidence comme le permet la loi.

¹⁴⁰ Le cas illustratif est la mutuelle de santé du District de Kayonza, à l'Est, toutes les sections, notamment la section auprès du Centre de santé de Rwinkwavu du district de Kayonza, Province de l'Est. L'on citerait la section de la mutuelle de santé de Gihogwe, au District Gasabo, Ville de Kigali, qui n'accepte de ne prendre en charge que les affiliés des seules sections environnante et des affiliés en état d'urgence médicale.

Du point de vue légal, cette situation frustratoire est favorisée par deux raisons principales observables dans la loi portant création organisation fonctionnement et gestion des mutuelles de santé. D'une part, la loi accorde la personnalité juridique au Fonds de mutuelle de santé qui est une institution créée au niveau de chaque district pour coordonner les activités de la mutuelle de santé de celui-ci, ainsi que l'autonomie de gestion administrative et financière. Ceci implique que dans chaque district il existe une mutuelle de santé ayant un patrimoine propre, qu'elle doit collecter et gérer librement ou selon ses options à cause de son autonomie, sous réserve de se conformer aux lois de la gestion des deniers publics. Cette autonomie de gestion qui lui est reconnue peut donc l'amener à refuser, à tort ou à raison, d'effectuer une dépense en faveur d'un affilié étranger tant qu'aucune injonction régulière ne pèse sur elle.

D'autre part, en prévoyant la possibilité pour l'affilié d'obtenir les de soins de santé dans un établissement autre que celui qui a contracté avec son Fonds de mutuelle d'adhésion, la loi n'a pourtant pas explicité les rapports de collaboration qui doivent caractériser les différents Fonds de mutuelles de santé du pays. Le législateur qui, sans doute, était conscient d'avoir institué dans chaque district une mutuelle de santé coordonnée par un Fonds de mutuelle de santé autonome, aurait mieux fait de prévoir de façon claire, en faveur des assurés des mutuelles de santé, les relations ou les domaines de collaboration obligatoires entre tous les Fonds de mutuelles de santé, ainsi que, éventuellement, les modalités de cette collaboration. Cela allait éviter des comportements différents, surtout frustratoires à l'égard des affiliés, parmi les mutuelles de santé face à cette question de la mobilité de soins.

Face à ces obstacles que connaît la mobilité de soins au sein des mutuelles de santé, l'on se pose la question de savoir pourquoi le législateur a préféré créer plusieurs Fonds de mutuelles de santé autonomes au lieu d'instaurer une seule structure nationale de mutuelle de santé, ayant éventuellement des branches et des sous branches ou des bureaux jusqu'au plus bas niveau possible. Pourtant une telle structure unique caractérise les autres institutions publiques d'assurance maladie à savoir la RAMA et la MMI. Selon l'avis d'un agent de la CTAMS qui s'avère assez pertinent, une telle structure aurait du mal à gérer, seule, une assurance qui devait attirer un nombre très énorme adhérents. En effet, l'expérience réalisée auparavant à Kabutare, Bungwe et Kabgayi avait permis de confirmer qu'une très grande masse de la population avait besoin de mutuelle de santé. Et puis, l'adhésion aux mutuelles de santé se voulait ouverte à toute personne résidant au Rwanda, et à un coût très abordable pour favoriser la santé pour tous, ceci impliquant que le nombre attendu d'adhérents depuis la conception de la loi sur les mutuelles de santé était de loin trop grand comparativement aux autres institutions publiques gérant les activités d'assurance maladie.

En raisonnant dans le cadre d'une administration décentralisée qui est une technique d'organisation administrative qui permet de rapprocher davantage les services aux administrés, il a été jugé plus bénéfique de créer autant de mutuelles de santé que de districts qui composent le pays. Cependant, il eut été plus bénéfique de prévoir entre ces mutuelles des rapports obligatoires de collaboration permettant aux bénéficiaires de jouir indéniablement de la sécurité sanitaire où qu'ils soient dans le pays.

§2. Gestion financière des mutuelles de santé

Pour leur fonctionnement et la réalisation de leurs missions, les mutuelles de santé se servent non seulement de moyens organiques et humains, mais aussi de moyens financiers provenant de sources diverses que la loi a prévues¹⁴¹. Il s'agit principalement des cotisations des affiliés, auxquelles s'ajoutent les subventions de diverses institutions publiques déterminées par la loi, ainsi que les aides des donateurs. Une attention particulière sera prêtée aux cotisations des affiliés non seulement en tant qu'une source principale, mais aussi en tant que présentant certains aspects dignes d'un long commentaire.

Outre que la loi prévoit ces sources de financement, elle prévoit aussi leurs moyens de gestion et de contrôle pour éviter leur utilisation abusive. Ces derniers seront aussi décrits et commentés.

A. Financement des mutuelles de santé

Comme il a été déjà dit précédemment, les mutuelles de santé possèdent une source variée de financement. Celle-ci va être commentée dans les paragraphes ci-suivants.

1. La cotisation des affiliés

En tant que source principale du financement des mutuelles de santé, la cotisation mérite une certaine analyse touchant essentiellement sur son montant et sa fixité eu égard à tous les adhérents et tous les Fonds de mutuelle de santé

¹⁴¹ Voy. art. 37 et 38 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

a. Considérations générales

La cotisation de chaque affilié de la mutuelle de santé équivaut aujourd'hui à mille (1000) francs rwandais par an et par individu. Compte tenu de la valeur monétaire du franc rwandais, cette somme annuelle paraît dérisoire. Il importe cependant de faire remarquer que la cotisation est individuelle, mais l'adhésion familiale, que tout membre de la famille doit payer la cotisation et que la cotisation doit être perçue en même temps pour tous les membres d'une même famille pour qu'il leur soit consenti l'accès aux soins couverts par la mutuelle de santé¹⁴². Ceci implique que le responsable de la famille ou son représentant paie pour toute la famille, ou tout au moins collecte les cotisations de tous les membres de la famille pour les verser au même moment.

Cela paraît être une bonne stratégie car ça permet d'abord de collecter en même temps une grande quantité de fonds. Ensuite, ça aide à éviter que les membres de la famille les plus malades paient seuls les cotisations alors que le calcul de la cotisation est plus basé sur le risque social que sur le risque individuel et que par ailleurs rien ne garantit aux moins malades que leur santé restera aussi forte qu'ils ont eu la chance de l'avoir dans le passé. Enfin, même ceux qui se croient rarement malades ont besoin de protection, car, ne sachant pas d'avance ce qui leur arrivera dans l'avenir, ils peuvent être victimes de coups imprévisibles ou d'accidents corporellement dommageables.

Cependant, l'application de cette mesure devrait être tempérée, car, par exemple, il serait injuste de refuser l'affiliation, à un enfant qui obtient sa propre cotisation ailleurs que de ses parents, sous motif que le reste de la famille n'a pas encore sa cotisation car ce n'est pas par sa faute ou négligence si la famille entière ne trouve pas la cotisation.

En plus, certaines gens vivent séparées de leurs familles, si bien qu'ils ont intérêt à s'affilier à une mutuelle de santé différente de celle du reste de la famille pour une meilleure facilité d'accès aux soins, étant donné que la mobilité de soins dans les mutuelles de santé reste à désirer dans la pratique comme cela a été discuté plus haut¹⁴³.

Une autre remarque est qu'enfin, dans la pratique des mutuelles de santé, il n'existe pas de mécanisme sûr permettant de connaître sans erreur le nombre de membres qui composent chaque famille, afin de savoir avec exactitude le montant de frais de cotisation qui doivent être perçus dans

¹⁴² MINISANTE, *Manuel des procédures de gestion financière d'une mutuelle de santé*, Kigali, 2008, p. 9, inédit.

¹⁴³ *Supra*, p. 55-58.

chaque famille. Cela étant, les cotisations sont perçues sans observer rigoureusement la pratique souhaitée de cotisation en même temps individuelle et familiale.

b. Critiques sur le mode de cotisation dans les mutuelles de santé

La cotisation pour tous les affiliés de tous les Fonds de mutuelle de santé consiste en une somme identique. Ceci suscite des interrogations liées à la solidarité en tant qu'un pilier des plus importants sur lesquels les mutualités doivent être bâtis, ainsi qu'à la variation géographique des risques lesquelles ne semblent pas être prises en considération pour la détermination de la cotisation.

- Perception de la solidarité des affiliés à travers le mode de cotisation

Comme il a été déjà dit, la solidarité s'impose comme l'un des traits essentiels caractéristiques des assurances mutualistes. Selon le dictionnaire LAROUSSE, la solidarité est entendue comme la dépendance mutuelle ou le sentiment qui pousse les hommes à s'entraider¹⁴⁴. La solidarité est donc comprise comme une entraide mutuelle motivée par le sentiment humain de bienfaisance réciproque. Par la solidarité, il est entendu que celui qui se trouve en besoin recevra de l'aide de la part de son voisin qui se trouve dans une position plus favorable. Cette entraide est aussi la base des relations entre les affiliés des mutuelles de santé comme des assurances mutualistes dans lesquelles la solidarité est un des grands aspects caractéristiques.

De l'avis de J.-P. LABORDE qui semble raisonnable,

« (...) Pour tous ceux-là, dont le risque est très élevé mais le revenu faible, la technique d'assurance n'est aucunement adaptée, d'un coté en effet, l'assureur va chercher à trier sa clientèle. Si du moins il n'est pas obligé de faire autrement, il écartera par exemple de l'assurance maladie ou de l'assurance vieillesse tous ceux qui sont trop âgés, ou bien il leur demandera de payer des primes très élevées, à la mesure des risques qu'ils courent et qu'ils lui font courir. (...) Dès lors, dans une société où le plus grand nombre n'a d'autres ressources que celles de son travail, comment offrir par exemple, une couverture sociale convenable contre la maladie au jeune qui n'est pas encore sur le marché du travail, à l'adulte vieillissant qui sort de ce marché, à celui dont l'emploi est mal rémunéré ou irrégulier ? (...) La solution c'est bien sûr la couverture du faible par le fort. En d'autres termes, ce sont les revenus moyens et élevés qui doivent supporter l'essentiel de la couverture des risques et charges subis par les titulaires de revenus faibles. Il convient donc que l'effort demandé à l'assuré, et qui porte en sécurité sociale comme en mutualité le nom de cotisation, soit déterminé non en fonction du risque mais en fonction du revenu. (...) C'est le socle de la solidarité. »¹⁴⁵

¹⁴⁴ LAROUSSE, *Petit dictionnaire de français*, Paris, Larousse, 2005, p. 579.

¹⁴⁵ J.-P. LABORDE, *supra*, p.p. 30-31.

Les gens qui adhèrent aux mutuelles de santé n'ont pas le même revenu, et donc, leur cotisation ne devrait pas être la même comme si les mutuelles de santé étaient des assurances à prime. Dans celles-ci, l'activité d'assurance est commerciale. Elles sont donc constituées dans le but de réaliser des bénéfices comme tout autre commerçant. Or il est interdit au commerçant de pratiquer un prix discriminatoire aux consommateurs de ses produits¹⁴⁶. Mais les mutuelles de santé quant à elles ne sont pas des sociétés commerciales, et ne sont donc pas concernées par cette interdiction. Il s'agit des organisations publiques créées pour collecter des fonds dans le but purement social d'assurer la population affiliée, source principale des fonds collectés, contre le risque lié à la santé, en couvrant leurs soins de santé en cas de maladie.

Ayant été conçues dans une perspective mutualiste¹⁴⁷, il eut été normal et plus profitable que la participation financière soit différente dans les mutuelles de santé, compte tenu du revenu de tout un chacun ou du moins de toute la famille. Cela refléterait mieux la solidarité ou l'entraide que le paiement d'une cotisation identique alors que les individus n'ont pas le même pouvoir financier. En plus, il y a d'autres institutions d'assurance maladie telles que la RAMA et la MMI qui sont financées par des cotisations des affiliées payées selon le revenu salarial et cela permet aux employés qui sont faiblement payés de bénéficier les mêmes soins que les mieux payés, sans qu'ils aient payé le même montant de cotisation¹⁴⁸, cela trouvant sa raison dans ce principe de la solidarité qui, donc, s'y manifeste plus intensément que dans les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007.

Même dans les mutuelles de santé, il n'y a pas de doute que la solidarité y serait mieux caractérisée si l'importance des cotisations était fonction du revenu de chaque affilié. Cependant, la connaissance exacte du revenu de chaque affilié de la mutuelle de santé n'est pas du tout aisée comme l'est celle des affiliés de RAMA et de MMI. En effet, au sein des assurances RAMA et MMI, il est très facile de connaître le revenu de chaque agent car il suffit de consulter sa liste de paye, tandis que les mutuelles de santé admettent les affiliés de toute nature, y compris ceux des professions libérales, les commerçants, des ouvriers, les travailleurs journaliers... dont le revenu n'est pas fixe ou n'est pas facile à déterminer. Cependant, s'il n'est pas possible de requérir à chacun individuellement la cotisation calculée compte tenu de son revenu individuel, il y a quand même

¹⁴⁶ Une prime dans le cas de la vente d'assurance.

¹⁴⁷ C'est-à-dire conçues non comme des assurances commerciales ou à prime mais plutôt comme des assurances mutualistes mutuelles telles que décrites et opposées aux premières.

¹⁴⁸ Dans ces deux institutions, la cotisation consiste à un même pourcentage appliqué au salaire de chacun, mais comme les salaires ne sont pas tous identiques, le montant individuel de cotisation n'est identique que pour ceux qui perçoivent le même salaire.

lieu de catégoriser les affiliés selon un critère économique prédéterminé et de fixer une cotisation propre à chaque catégorie, suivant le pouvoir financier estimé pour chacune de ces catégories.

Un tel mode de cotisation présenterait certainement des avantages : Ainsi, par exemple les individus à faible revenu pourraient obtenir des soins de santé assez qualitatifs à un coût cependant modeste qui tient davantage compte de leur état économique. De même, une augmentation de la cotisation pour les plus nantis peut rendre les mutuelles de santé beaucoup plus puissantes économiquement, et donc capables de couvrir les soins qu'elles ne couvrent pas à présent, et d'augmenter aussi la qualité de prestations en acceptant par exemple l'accès de l'affilié de la mutuelle de santé aux soins des établissements de santé de son choix. Enfin, la qualité et la quantité des prestations augmenteraient, et cela attirerait beaucoup de nouvelles affiliations.

- Le problème de la cotisation identique dans tous les Fonds de mutuelles de santé

En parlant toujours de la cotisation, l'on ne manquerait de jeter un regard interrogatoire sur l'existence d'une cotisation identique dans toutes les mutuelles de santé du pays. En effet, la fixation d'une cotisation identique dans toutes les mutuelles de santé tend à faire penser entre autres, que l'importance des risques sanitaires assurés individuellement par toutes les mutuelles de santé est identique, ce qui semble très peu évident car, toutes les régions du pays n'étant caractérisées par les mêmes facteurs environnementaux et les mêmes modes de vie, force est de croire plutôt que chaque région du pays présente des risques sanitaires d'importance différente¹⁴⁹.

Selon l'avis de l'auteur Y. Lambert-Faivre¹⁵⁰, « techniquement, les risques sont appréciés par des critères statistiques de probabilité (fréquence) et d'intensité (coût moyen) qui permettent d'en établir la tarification ». Pourtant la fréquence de réalisation du risque et l'intensité du risque réalisé peuvent différer d'une région à l'autre et donc d'une mutuelle à l'autre. Ainsi donc, chaque mutuelle de santé ayant sa propre gestion administrative et financière, elle devrait effectuer sa propre étude tenant en considération les risques propres à sa région d'intervention, et déterminer une cotisation convenable, proportionnelle aux risques couverts. Cela n'étant pas ainsi, certaines mutuelles de santé encourent des difficultés financières allant jusqu'à la faillite¹⁵¹.

¹⁴⁹ Par exemple, l'on croit largement que les régions froides sont beaucoup moins exposées à la malaria que les régions chaudes. En revanche, ces dernières sont moins exposées aux affections respiratoires que les régions froides.

¹⁵⁰ Y. LAMBERT-FAIVRE, *Droit des assurances*, 10^e éd., Paris, Dalloz, 1998, p 292.

¹⁵¹ Concrètement, selon l'information issue de l'agent de la mutuelle de santé du District de Gasabo, celle-ci a, en 2008 reçu un financement de 26.000.000 mais reçu des factures évaluées à 46.000.000, ce qui l'a rendu déficitaire de 20.000.000 frws. Ces risques de faillite sont surtout observables dans les villes et sont attribués aux facteurs divers dont notamment : l'abus de soins, car, les gens de la ville ont une grande tendance à se faire soigner pour toute

2. Autres sources de financement des mutuelles de santé

Comme l'indique la loi n° 62/2007, les mutuelles de santé sont financées au niveau du Fonds par les cotisations des sections de mutuelle de santé, les subventions du district déterminées par le conseil de district, les subventions de l'Etat, les subventions du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé, les aides des donateurs, les intérêts sur ses dépôts en banque, les dons et legs, et tout autre patrimoine pouvant être approuvé par le conseil d'administration¹⁵² ; tandis qu'au niveau de la section, elles sont financées par : la cotisation des affiliés, les aides des donateurs et les subventions du Secteur déterminées par le Conseil de Secteur¹⁵³.

Il faut rappeler qu'au Ministère de la santé il existe le Fonds national de garantie des mutuelles de santé qui contribue aussi aux soins de santé des bénéficiaires des prestations des mutuelles de santé. Il a comme sources de financement : les subventions de la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) équivalentes à un pour cent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois, les subventions de l'Assurance Maladie des Militaires (MMI) équivalentes à un pour cent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois, les fonds équivalents à treize pour cent (13%) prélevés sur le budget ordinaire annuel du Ministère de la Santé, les subventions de chaque établissement d'assurance maladie opérant dans le pays équivalentes à un pour cent (1%) du volume des fonds collectés chaque mois, ainsi que les aides des donateurs¹⁵⁴.

Toutes ces sources de financement jouent certainement un rôle très important dans la viabilité financière des mutuelles de santé, car, comme il été déjà mentionné ci-haut, le montant de la cotisation de chaque adhérent en soi seul apparaît trop dérisoire pour permettre de couvrir tous les soins de santé depuis le niveau primaire (centre de santé) jusqu'au niveau de référence en passant par le niveau secondaire (hôpital de district). La prévision de telles sources de financement témoigne du souci pour l'Etat de construire un système qui n'est pas un fardeau énorme aux bénéficiaires de ses prestations.

souffrance si minuscule soit elle ; les maladies exceptionnelles telles que le diabète, la goutte, ... qui sont plus fréquents en ville qu'à la campagne, etc.

¹⁵² Art. 37 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹⁵³ *Id.*, Art. 38.

¹⁵⁴ *Id.*, Art. 42.

B. Gestion et contrôle des mutuelles de santé

La gestion des mutuelles de santé est assurée par des gens appropriées¹⁵⁵ du Fonds de mutuelle de santé, et ce conformément à la loi qui les crée, et sans doute soumise aussi aux règles ordinaires de gestion publique pour ce qui concerne le budget¹⁵⁶. Il en va de même pour leur contrôle.

1. La gestion des mutuelles de santé

Comme il a été éclairé plus haut, les mutuelles de santé possèdent un patrimoine provenant de sources différentes¹⁵⁷. Selon la loi sur les mutuelles de santé, la gestion journalière des activités de mutuelle de santé est assurée par le directeur¹⁵⁸. L'on n'aurait certainement pas tort d'ajouter qu'au niveau de la section, la gestion journalière est assurée par le responsable de cette section, couramment appelé le gestionnaire car, celui-ci est le responsable de la section. Il est supervisé par le directeur dans ses activités puisque les sections sont des branches du Fonds de mutuelle de santé, qui sont donc sous l'autorité parfaite du responsable au plus haut niveau du Fonds.

La loi sur les mutuelles de santé prévoit le patrimoine est géré conformément aux dispositions légales relatives à la comptabilité publique¹⁵⁹. Ceci paraît assez normal étant donné que les Fonds de mutuelle de santé sont des institutions publiques, poursuivant un but purement social et non commercial, leur patrimoine ne pouvant donc être gérée autrement que conformément au mode de gestion des autres institutions publiques.

Pour une meilleure performance dans la gestion financière des mutuelles de santé, le Ministère de la santé, dans l'appui technique qu'il offre à ces dernières, a mis au point un document appelé « Manuel des procédures de gestion financière d'une mutuelle de santé » en collaboration avec le programme BIT/STEP, le projet ACCESS/ Columbia University, le programme Intrahealth/Twubakane et la Coopération Suisse. Ce manuel met à la portée des gestionnaires des

¹⁵⁵ L'exemple est celui du gestionnaire de mutuelle de santé travaillant au niveau de la section de mutuelle de santé.

¹⁵⁶ Art. 3 L.O. n° 37/2006 du 12/09/2006 relative aux finances et au patrimoine de l'état. (Selon cette disposition, ladite Loi Organique, conformément aux articles 79 et 183 de la Constitution de la République du Rwanda du 4 juin 2003 telle que révisée à ce jour, détermine la composition, l'élaboration, l'adoption et l'exécution du budget des structures du Gouvernement central, des Entités Administratives Décentralisées et d'autres institutions publiques, en d'autres termes du budget général de l'Etat; elle énonce plus particulièrement les principales responsabilités des personnes impliquées dans l'élaboration et l'exécution du budget et régit la gestion des finances et patrimoine de l'Etat en général, etc.)

¹⁵⁷ Les cotisations, les dons, etc.

¹⁵⁸ Art. 17 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹⁵⁹ *Id.*, Art. 48.

deniers des mutuelles de santé les standards procéduraux de gestion financière et comptables d'une mutuelle de santé. Il est réservé aux personnels des mutuelles et des sections des mutuelles de santé afin de les aider dans leur comptabilité et la gestion de leurs ressources. Comme il est indiqué dans ce document¹⁶⁰, alors que le but principal de ce manuel est de fournir une série de normes et de procédures standardisées en matière de gestion financière d'une mutuelle de santé, il a en plus pour objectifs principaux de :

- décrire les techniques financières et comptables d'une mutuelle de Santé ;
- assurer que les prévisions de trésorerie ont été correctement établies et adéquatement exécutées ;
- décrire les procédures des dépenses dans les conditions garantissant un contrôle interne efficace, en formalisant les contrôles à effectuer ainsi que les responsables de ceux-ci, à chaque étape d'exécution des dépenses
- décrire les procédures de la collecte des recettes (Cotisations des adhérents, etc...) ;
- s'assurer que la mutuelle est gérée selon les normes et les principes de gestion financière reconnue en la matière ;
- s'assurer de l'utilisation correcte des documents de gestion financière ; mis au point par la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé avec le concours du BIT/STEP qui permettront d'obtenir les données et informations de base nécessaires au calcul des indicateurs de suivi /évaluation d'une mutuelle de santé.

2. Contrôle des mutuelles de santé

Afin de s'assurer de la gestion saine du patrimoine des mutuelles de santé, le législateur a prévu des mécanismes de contrôle de leur gestion. Le contrôle du patrimoine des mutuelles de santé consiste essentiellement à l'audit visant à contrôler la bonne gestion de leur patrimoine, et se fait conformément aux dispositions légales relatives à l'audit des finances de l'Etat. La loi sur les mutuelles de santé prévoit l'audit du patrimoine du Fonds de mutuelle de santé ainsi que l'audit du patrimoine du Fonds de garantie des mutuelles de santé.

Selon la loi¹⁶¹, l'audit du patrimoine d'un Fonds de mutuelle de santé est assuré par l'Office de l'Auditeur Général des Finances de l'Etat, le service d'audit interne du district, ou un cabinet d'audit indépendant sur demande du conseil d'administration, et lorsque l'audit du patrimoine est assuré par l'Office de l'Auditeur Général des Finances de l'Etat, la transmission du rapport et de sa copie

¹⁶⁰ MINISANTE, *op.cit.*, p. 9.

¹⁶¹ Art. 53 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

se fait conformément aux dispositions de la loi portant création de l'Office de l'Auditeur Général des Finances de l'Etat, tandis que s'il est assuré par le service d'audit interne du district ou par un cabinet d'audit indépendant, le rapport est transmis au Conseil d'Administration avec copie au Ministre ayant la santé dans ses attributions et au Maire du District.

Quant à l'audit du patrimoine du Fonds de garantie des mutuelles de santé, il est assuré, soit par l'Office de l'Auditeur Général des Finances de l'Etat, soit par le service d'audit interne du Ministère de la Santé, soit par un cabinet d'audit indépendant sur demande du Comité d'audit¹⁶², lequel est un des organes du Fonds national de garantie des mutuelles de santé ayant des attributions suivantes¹⁶³ :

- adopter le projet de Règlement d'ordre intérieur du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé à soumettre au Ministre ayant la santé dans ses attributions pour approbation ;
- approuver et soumettre au Ministre ayant la santé dans ses attributions un avant-projet de budget annuel ;
- examiner et approuver les rapports trimestriels et le rapport annuel d'utilisation du patrimoine et les soumettre au Ministre ayant la santé dans ses attributions ;
- approuver les factures réglées au profit des hôpitaux d'envergure nationale ;
- approuver les fonds devant être alloués aux Fonds de mutuelle de santé ;
- examiner et approuver l'aide en faveur d'une section de mutuelle de santé ;
- évaluer les performances du personnel du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé et faire rapport au Ministre ayant la santé dans ses attributions ;
- requérir l'audit financier du Fonds national de Garantie des mutuelles de santé auprès de l'Office de l'Auditeur Général des finances de l'Etat, de l'auditeur interne du Ministère de la Santé ou d'un cabinet d'audit indépendant ;

Ce mode de contrôle des mutuelles de santé apparaît bien réfléchi ou conçu dans la mesure où il inclut non seulement le contrôle interne mais aussi le contrôle externe, ce qui implique une double protection des finances des mutuelles de santé.

Au terme de ce chapitre, il convient de présenter les toutes dernières considérations qui méritent d'être partagées au sujet des aspects relatifs aux mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007.

¹⁶² *Id.*, Art. 51.

¹⁶³ Art. 41 de la Loi n° 72/2007 du 30/12/2007 précitée.

D'abord, ces mutuelles constituent un système d'assurance maladie très original par rapport à d'autres systèmes d'assurance maladie non commerciaux notamment la RAMA et la MMI, quoique les finalités ressemblent beaucoup. Un tableau comparatif ci-après permet d'avoir, à titre d'exemple, une vue d'ensemble des éléments essentiels de différence entre les mutuelles de santé et la RAMA :

RAMA	FONDS DE MUTUELLE DE SANTE
<ul style="list-style-type: none"> -Coordination unique au niveau national -Les membres sont les agents de l'Etat et des entreprises privées ; -La cotisation est mensuelle ; -Le montant de la cotisation : 15% du salaire ; -L'adhésion obligatoire pour les agents de l'Etat, et facultative pour les agents du secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> -Coordination au niveau de chaque district -Les membres sont toute la population résidant au Rwanda sans sélection ; -La cotisation est annuelle ; -La contribution est un montant fixe (1000 Frws) ; -L'adhésion est obligatoire sous peine de sanction (art 60 loi n° 62/2007).

Enfin, il est à souligner que la loi sur les mutuelles de santé présente une lacune dans la définition de certains aspects relatifs au fonctionnement du Fonds de mutuelle de santé, l'exemple le plus rapide étant qu'elle définit les modalités de convocation des réunions et de prise de décision du conseil d'administration mais ne le fait pas à l'égard du comité de gestion.

Cette étude des aspects organisationnels et fonctionnels des mutuelles de santé au Rwanda a permis de relever les mérites et les imperfections pour la plupart d'ordre légal. Concernant les imperfections, il convient d'y revenir dans le dernier chapitre ci-après pour les mettre davantage en évidence et surtout suggérer les voies de solution jugées convenables à leur égard.

CHAPITRE III : PROPOSITION DE VOIES DE SOLUTION QUANT AUX DIVERSES CRITIQUES FAITES SUR LES MUTUELLES DE SANTE

Comme le titre du présent travail l'indique, ce dernier se consacre très essentiellement à la critique des aspects organisationnel et fonctionnel des mutuelles de santé. Ces mutuelles, objet de la critique, sont plus précisément les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé. Cette loi s'avère très importante, étant donné qu'elle se concerne la santé, un des aspects les plus nobles de la vie humaine. Ainsi donc, il est louable que le législateur ait adopté une loi aussi utile à la vie.

Cependant, compte tenu de quelques critiques faites à leur sujet dans le deuxième chapitre, il apparaît très nécessaire que les mutuelles de santé soient revues pour en améliorer l'organisation le fonctionnement et la gestion. Par conséquent, le présent et dernier chapitre est consacré à suggérer des changements jugés utiles pour cette amélioration.

Section I^{ère} De la nécessité de réforme de la loi sur les mutuelles de santé

Si les mutuelles de santé ont été étendues sur tout le territoire du Rwanda grâce à la loi n° 62/2007 du 30/12/2007, il est aussi important qu'à ce succès s'ajoute la réussite la mieux complète de leur mission. Cela dépendrait entre autres de la bonne posture de leurs aspects légaux divers. Cette section va donc suggérer ce qu'il serait utile de réformer dans la loi régissant les mutuelles de santé afin de le rendre non seulement le mieux serviables, mais en plus, afin qu'elles soient régies de façon légalement harmonieuse, sans équivoque.

§1. Proposition au sujet de la nature et l'organisation des mutuelles de santé

A. Nature

Comme il a été constaté plus haut, la définition de mutuelles de santé laisse penser qu'il s'agit des groupements à adhésion volontaire¹⁶⁴. Cependant, il a été aussi constaté que la loi sur les mutuelles de santé oblige toute personne, sauf exceptions admises par elle-même, à adhérer à une mutuelle de santé¹⁶⁵ et qu'en plus, les mutuelles de santé au Rwanda sont juridiquement des organisations créées

¹⁶⁴ Voy. *supra*, pp. 17 et suivants.

¹⁶⁵ Voy *supra*, note 75.

et attachées aux pouvoirs publics comme tout autre service public, sous la coordination d'un Fonds de mutuelle de santé, un établissement public, et sous la tutelle d'un ministère comme tout établissement public¹⁶⁶. Il y a ici une contradiction qui mérite une correction dans la loi car, comme déjà dit plus haut, la définition contenue dans la loi sur les mutuelles de santé ne reflète pas la réalité de la conception des mutuelles de santé par le législateur.

En effet, il apparaît clair que les mutuelles de santé au modèle rwandais sont organisées par une loi, qu'elles fonctionnent au jour le jour grâce aux moyens humains sous l'autorité des pouvoirs publics, et que leur adhésion est obligatoire. Ceci étant, l'on déduit que ces mutuelles de santé telles que voulues par le législateur au nom du peuple rwandais ne sont pas de nature associative et ne sont pas facultatives quant à leur adhésion. Ainsi donc, il est à recommander que leur définition légale contenue dans la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 qui les crée soit changée pour tenir compte de leur spécificité. Cette correction lèverait toute confusion de nature à rendre certaines gens réticentes quant à l'adhésion aux mutuelles de santé.

Quant à la conception des mutuelles de santé, c'est-à-dire leur nature de service public ainsi que leur caractère d'adhésion obligatoire, elle paraît irréprochable car, sous l'autorité des pouvoirs publics, les mutuelles de santé ont le privilège de fonctionner sous la protection scrupuleuse et le sponsor assuré du gouvernement dans l'intérêt public, en plus d'être une opportunité pour tout habitant du Rwanda d'avoir dans son propre intérêt mais aussi dans l'intérêt de toute la communauté rwandaise en général, une assurance santé qui, par ailleurs, coûte très peu cher comparativement aux autres assurances, notamment commerciales.

B. Organisation des mutuelles de santé

Dans le chapitre précédent relatif à la critique des mutuelles de santé, il a été évoqué que l'intitulé de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 ainsi que le contenu de son article 2 de cette loi paraissent trompeurs comparativement au contenu de la loi : Il apparaît que ce sont les mutuelles de santé qui sont créées alors qu'au fait, c'est plutôt le Fonds de mutuelle de santé comme le laisse supposer suffisamment le titre II de la loi qui porte sur l'organisation, le fonctionnement et la mission du Fonds de mutuelle de santé plutôt que des mutuelles de santé.

¹⁶⁶ Voy. *supra*, p. 27.

L'existence des mutuelles de santé au Rwanda date de très longtemps, avant toute idée sur les mutuelles de santé au modèle de celles de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007, dans les années 60 déjà¹⁶⁷ peu après l'entrée en vigueur d'une première législation portant exclusivement sur les mutuelles de santé au Rwanda¹⁶⁸. En plus, il existe encore aujourd'hui des mutuelles de santé qui existaient même avant loi n° 62/2007 du 30/12/2007 et sont toujours indépendantes d'elle, telle que la mutuelle de santé de l'UNR. Il semble donc erroné de prétendre créer en général les mutuelles de santé alors qu'il y en a qui sont légalement actives au moment de la prétendue création.

Ainsi donc la modification de l'intitulé de la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 ainsi que du contenu de son article 2 relatif à l'objet s'avère nécessaires et recommandable pour que l'intitulé de la loi ainsi que son objet correspondent exactement au contenu de la loi et à la raison quant à ce qu'il faut réellement créer : le Fonds de mutuelle de santé et non les mutuelles de santé.

Une solution plus ou moins alternative serait que tout au moins le législateur de précise clairement l'identité des mutuelles de santé qu'il dit créer, laquelle identité permettrait de les distinguer des autres mutuelles de santé existantes qui ne sont pas créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007. Donc, un nom propre distinctif est nécessaire non seulement pour alléger la confusion mais aussi afin qu'on comprenne que les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 coexisteront avec d'autres mutuelles de santé déjà existantes, et qu'il est possible d'en créer d'autres sur l'initiative des particuliers¹⁶⁹.

§2. Proposition au sujet du Fonds National de Garantie des Mutuelles de Santé

Au sujet du Fonds national de garantie des mutuelles de santé toujours, une critique a été faite sur l'appellation « fonds de garantie » donnée à ce fonds, lequel est chargée d'appuyer financièrement l'activité assurancielle des mutuelles de santé. Considérant que c'est le « Fonds de mutuelle de santé » qui fonctionne plutôt comme un fonds de garantie étant donné que c'est lui qui est responsable de la couverture des soins de santé de ses affiliés, jouant ainsi le rôle de garant du paiement des factures des établissements sanitaires ayant accueillis et presté des soins de santé à ses affiliés, comme de l'avis du directeur chargé du Fonds de mutuelle de santé dans le district de

¹⁶⁷ MINISANTE, *op. cit.*, p 4

¹⁶⁸ Il s'agit du Décret du 15 avril 1958 relatif aux associations mutualistes, lequel comme déjà précisé plus haut, a partiellement abrogé le décret du 23 mars 1921 sur les sociétés coopératives et les sociétés mutualistes.

¹⁶⁹ Par exemple, des individus d'origines diverses ayant un problème identique d'accès désirable aux soins de santé qui peuvent vouloir se mettre ensemble pour cette fin, soit des employés et/ou des employeurs d'une grande industrie ou entreprise qui voudraient s'unir pour créer une mutuelle propre à eux.

Nyarugenge¹⁷⁰, la solution serait que le Fonds de garantie des mutuelles de santé change d'appellation, pour être par exemple le « Fonds national d'appui aux mutuelles de santé ». Cela permettrait de lever l'équivoque au niveau du sens quant à l'appellation des deux Fonds.

§3. Proposition au sujet du fonctionnement et de la gestion des mutuelles de santé

A. Fonctionnement de la direction

Comme il a été fait remarquer plus haut, bien que la loi dote le Fonds de mutuelle de santé de la personnalité juridique et d'une autonomie de gestion administrative et financière¹⁷¹, elle lui renie le pouvoir de choix de son propre personnel. Selon les articles 17 et 18 de la loi précitée, le directeur est nommé par le Ministre de la santé, et le reste du personnel est nommé par le district où se trouve le Fonds. Ce dernier cas de nomination par le district manifeste sans doute un empiètement à l'autonomie légalement déclarée du Fonds car il démontre une ingérence dans la gestion du Fonds surtout par l'autorité du district comme il été déjà discuté plus tôt.

Etant donné que cela peut en outre avoir un impact négatif sur la maîtrise ou la gestion efficace des ressources humaines, surtout que le pouvoir de nomination va de pair avec le pouvoir de révocation en vertu du principe de parallélisme de formes, et que cela prive alors le responsable du Fonds de mutuelle de santé de la faculté de révoquer un agent entaché d'une conduite notoirement insupportable comme cela est possible dans les autres établissements publics, il importe de suggérer un amendement de la loi pour qu'elle reconnaisse au fonds de mutuelle de santé une autonomie d'une ampleur comparable à celle des autres établissements publics. Car, la spécialité des établissements publics en général requiert qu'ils aient un moyen propre d'action non nécessairement soumis au contrôle quotidien d'autres institutions.

Une raison de plus a été déjà évoquée, elle concerne l'une des attributions du Conseil d'Administration consistant à approuver le recrutement du personnel du Fonds de mutuelle de santé qui n'est pas de la compétence d'autres organes. Celle-ci ne paraît que théorique étant donné que la loi prévoit simultanément que, outre le directeur du Fonds qui est nommé par le Ministre de la santé¹⁷², les autres membres du personnel du Fonds de mutuelle de santé sont engagés par le District

¹⁷⁰ Interview avec le Directeur en charge du Fond de mutuelle de santé de Nyarugenge en date du 14/12/2010.

¹⁷¹ *Supra*, p. 28, et Art. 3 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

¹⁷² Art 17 de la Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée.

après la réussite du test qu'il organise conformément à la loi¹⁷³. La loi a donc aussi besoin d'harmonisation dans ses dispositions.

B. Fonctionnement du comité de gestion

Il a été indiqué que la loi sur les mutuelles de santé ne précise pas les modalités de convocation des réunions et de prise de décision à l'égard du comité de gestion, organe du fonds de mutuelle de santé intervenant au niveau de la section de mutuelle de santé. Ceci est une lacune qui risque de faire sombrer cet organe dans l'inertie ou alors de le faire fonctionner d'une façon abusive ou mal appropriée. Par conséquent la loi devrait être complétée pour contenir des dispositions traitant ce sujet.

C. Prestations aux bénéficiaires des mutuelles de santé

L'article 29 de la loi sur les mutuelles de santé semble favorable à la mobilité de soins couverts par les mutuelles de santé car elle prévoit que les bénéficiaires des prestations des mutuelles de santé « ...peuvent également bénéficier des prestations médicales dans tout établissement de santé qui collabore avec la Mutuelle de santé lorsqu'ils tombent malades étant dans le District dans lequel se trouve cet établissement (...) ». Cependant, comme il a bien été dit plus haut, certains Fonds de mutuelles de santé ou certaines sections de la mutuelle de santé refusent aux affiliés d'un autre Fonds ou d'une autre section de mutuelle de santé l'accès aux soins de santé pour divers motifs¹⁷⁴. Puisque cela est un handicap à l'accès aisé aux soins couverts par les mutuelles de santé, une solution légale beaucoup plus pratique est désirable pour résoudre le problème car l'état actuel de la loi sur les mutuelles de santé paraît peu favorable à la mobilité de soins dans la mesure où, d'une part, elle accorde la personnalité juridique au Fonds de mutuelle de santé dans chaque district, avec comme conséquence normale une propre autonomie de gestion administrative et financière, et d'autre part, elle manque de préciser les rapports de collaboration qui doivent caractériser les différents Fonds de mutuelles de santé du pays.

Face à ces obstacles, il s'avère convenable que la loi intervienne soit pour clarifier les rapports obligatoires et raisonnables¹⁷⁵ de collaborations devant rapprocher tous les fonds de mutuelle de

¹⁷³ Voy. Art. 10,15° et 18 Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 précitée

¹⁷⁴ Voy. *supra*, Note 140.

¹⁷⁵ Il est important que ces rapports soient "raisonnables" parce que si des rapports légalement imposés ne tiennent pas compte des difficultés déjà connues sur terrain au sujet de la mobilité de soins telles que décrites déjà plus haut, ils peuvent paralyser l'efficacité des mutuelles de santé.

santé, soit pour créer un fonds unique pour tout le pays avec des branches dans les différents districts, à l’instar de la RAMA, lesquelles sont suffisamment renforcées en personnel et en capacité financière compte tenu du grand nombre de bénéficiaires à servir.

D. La cotisation des affiliés et le ticket modérateur

La cotisation étant une condition, unique par ailleurs, d’affiliation pour accéder aux soins de santé couverts par les mutuelles de santé, elle mérite une attention suffisante car elle est la force principale de la viabilité de l’assurance mutuelle de santé. En outre, elle devrait aussi tenir compte de la vie réelle¹⁷⁶ des clients potentiels des mutuelles de santé. Pour cela il serait très important aux décideurs de revisiter les aspects y relatifs déjà critiqués à savoir le principe de la cotisation familiale ainsi que la cotisation identique.

Concernant la cotisation familiale, il est vrai qu’elle présente des avantages certains déjà discutés plus haut¹⁷⁷, mais par ailleurs, ce principe ne mérite pas d’être appliqué au strict maximum de peur de priver certaines gens de l’assurance maladie au seul motif que les autres membres de sa famille ne sont pas encore prêts à cotiser ou que les membres de la famille ne vivent pas ensemble pour nécessairement dépendre les uns aux autres. A ceci, il faut rappeler aussi que la loi sur les mutuelles de santé oblige toute personne n’ayant pas d’autre assurance maladie de s’affilier à une mutuelle de santé. Ainsi donc, les autorités habilitées devraient accepter toute cotisation dans l’intérêt de la loi et de l’individu qui veut bien s’assurer, mais prendre des mesures punitives ou coercitives légitimes contre le responsable de la famille qui s’abstient sans raison valide de collecter et payer la cotisation en faveur de toute la famille.

Quant à la cotisation identique, celle-ci a aussi été critiquée à deux points de vue : le revenu de l’affilié¹⁷⁸ et les risques spécifiques de chaque Fonds de mutuelle de santé à part¹⁷⁹. En effet, les affiliés de la mutuelle de santé ne sont pas nécessairement une population à revenu identique¹⁸⁰. Or, comme la mutuelle de santé est une assurance mutualiste, la cotisation ne devrait pas être identique

¹⁷⁶Par exemple, leur situation socio-économique, leur mode de vie, leurs risques, etc.

¹⁷⁷ Voy. *supra*, pp. 58-59.

¹⁷⁸ En effet les mutuelles de santé ont été critiquées d’exiger une cotisation identique pour tous leurs affiliés alors que qui dit mutualité suppose aussi solidarité, ce qui veut dire que chacun devrait côtiser en fonction de son revenu, si bien que les gens le plus riches devraient payer plus de sommes que les moins riches.

¹⁷⁹ Une inquiétude a été soulevée plus haut concernant la fixation d’une cotisation identique pour tous les Fonds de mutuelles de santé alors que les risques de maladie et/ou la fréquence de recours aux soins de santé peuvent varier dans leur importance d’une région à l’autre.

¹⁸⁰ L’on compte aujourd’hui au Rwanda six (6) couches socio-économiques largement connues au pays sous le nom de “ibyiciro by’ubudehe”.

pour toutes les couches socio-économiques étant donné que cela est contraire au principe de la solidarité qui caractérise les mutuelles de santé. En plus, chaque fonds de mutuelle de santé ayant un territoire d'activité propre avec une population propre, sous réserve de la mobilité des soins, il ne paraît pas assez logique d'imposer à tous les fonds une cotisation identique puisque l'ampleur des risques à couvrir peut varier selon la spécificité du territoire couvert comme cela a déjà été discuté plus haut¹⁸¹.

Au vu de cela, il convient de proposer des solutions suivantes : La cotisation dans les mutuelles de santé mérite d'être révisée pour augmenter selon le niveau socio-économique de chaque individu ou chaque famille ; il vaudrait mieux aussi qu'elle soit fixée de façon variée d'un fonds à l'autre en tenant compte des risques spécifiques à chaque district ou chaque territoire où un fonds rend service. Alternativement, un fonds unique devant servir tout le territoire à la place des trente (30) fonds actuellement existants serait préférable car, il permettrait d'équilibrer les risques entre tous les districts.

Concernant le ticket modérateur, il est vrai que celui-ci est une source supplémentaire évident de financement des mutuelles de santé. La loi permet par ailleurs aux indigents, assurés aux mutuelles de santé, de bénéficier des prestations de celles-ci sans payer le ticket modérateur. Cela est un geste positif de solidarité supplémentaire envers les seuls affiliés sans ressources financières.

Il serait cependant très utile d'étendre cette aide aux malades souffrant d'une affection longue et coûteuse, risquant notamment la perte énorme ou la réduction super sensible de possibilité d'acquisition de revenu. Car, comme déjà mentionné plus haut, une telle exonération servirait à épauler le malade dont l'économie risque de s'effondrer à la suite de cette maladie longue et coûteuse, et à l'encourager à se faire soigner sans négligence. La loi devrait donc être amendée pour accommoder cette exonération.

Section II. De la nécessité de renforcer la capacité de servir des mutuelles de santé

Pour servir avec la meilleure satisfaction, les mutuelles de santé n'ont pas seulement besoin d'un cadre légal assez précis et favorable, elles ont également besoin de bien d'autres moyens comme des fonds suffisants ainsi qu'un personnel suffisant. Cette section va suggérer ce qui, en pratique,

¹⁸¹ Voy *supra*, pp. 61-62.

devrait être à l'attention des décideurs compétents pour rehausser la capacité de servir des mutuelles de santé.

§1. Le personnel au Fonds national de garantie des mutuelles de santé

Comme il a été déjà vu plus haut, il existe au-dessus des Fonds de mutuelle de santé, un Fonds national de garantie des mutuelles de santé attaché au Ministère de la santé, institué par l'article 41 de la loi sur les mutuelles de santé, qui doit avoir un personnel propre. Malheureusement, il fait déjà 3 ans (2007-2010) que ce personnel n'est pas encore recruté. Compte tenu de l'importance de ce Fonds¹⁸², ce personnel propre lui serait très indispensable pour être le mieux serviable aux Fonds de mutuelle de santé, car, il a un rôle financier important dans le fonctionnement de l'assurance mutuelle de santé.

Par conséquent, il importe beaucoup que les hautes autorités du Ministère de la santé et des autres institutions¹⁸³ concernées appréhendent tout ce qui est nécessaire pour doter le Fonds de garantie des mutuelles de santé du personnel qui lui suffit pour jouer son rôle au maximum.

§2. L'assistance par la mutuelle de santé

En principe, l'affiliation à la mutuelle de santé se fait par la cotisation. Cependant, la lecture des articles 27 et 28 de la loi régissant les mutuelles de santé laisse comprendre que les indigents « ... doivent être assistés par les mutuelles de santé », ce qui fait croire que les mutuelles de santé couvrent gratuitement les soins de santé des indigents de leurs ressorts respectifs, et que la cotisation comme condition d'affiliation ne les concerne pas.

¹⁸²Selon l'article: 43 de la loi sur le mutuelle de santé, Les fonds du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé joue le rôle suivant:

1° payer les factures des soins médicaux des affiliés aux mutuelles de santé qui ont bénéficié des soins médicaux dans des hôpitaux nationaux de référence ;
 2° venir en aide aux mutuelles de santé en difficulté financière due à différents facteurs ;
 3° accorder des subventions aux Fonds de mutuelle de santé des Districts ;
 4° aider les Fonds de mutuelle de santé à effectuer des compensations pour soins médicaux obtenus par leurs affiliés auprès des établissements sanitaires sans contrat conclu avec les Fonds auxquels ils sont affiliés

¹⁸³Par exemple, le Ministère de la fonction publique et du travail.

Il a été, au contraire, constaté que tel n'est pas le cas, mais plutôt que le MINISANTE mobilise les bailleurs de fonds pour obtenir d'eux les frais de cotisation en faveur de ces indigents listés, et que le nombre d'indigents assistés dépend de la quantité de somme d'argent obtenues dans cette mobilisation.

Tel état de fait s'avérant sans doute contradictoire avec le prescrit de la loi, il est très recommandable aux institutions publiques responsables telles que MINISANTE de prévoir une stratégie visant à équiper assez financièrement les mutuelles de santé pour qu'elles soient capables de prendre en charge les indigents comme le prévoit la loi. Non seulement cela ferait respecter la loi en vigueur, mais garderait aussi le pays contre la dépendance de l'aide extérieure dans un domaine si vital qu'est la santé, surtout que l'aide extérieure n'est pas un acquis toujours certain.

§3. La cotisation identique dans tous les Fonds de mutuelles de santé

Comme déjà critique plus haut, le montant de la cotisation dans les mutuelles de santé est identique dans toutes les mutuelles de santé sur toute l'étendue du pays, alors que chaque fonds de mutuelle de santé est autonome et les facteurs de risque de santé ne sont pas nécessairement les mêmes. Il a aussi été fait remarquer que cela est à la source des difficultés financières de certaines mutuelles de santé¹⁸⁴.

Comme nulle logique ne semble justifier cette identité de cotisation, le décideur compétent devrait fixer la cotisation en tenant compte des réalités de santé soigneusement examinées sur tout le territoire du pays, pour s'assurer que la cotisation fixée est suffisante dans chaque ressort du Fonds de mutuelle de santé. En outre, comme la solidarité est l'une des fondations solides des mutuelles en général, même si la cotisation ne devait pas être différenciée d'un fonds à l'autre, il est recommandable de tout au moins la catégoriser selon le niveau économique des assurés, afin de permettre que les plus heureux financièrement contribuent davantage à la soutenabilité économique des mutuelles de santé.

¹⁸⁴ Voy. *supra*, note 151.

§4. La mobilité de soins au sein des mutuelles de santé

Comme le prévoit l'article 29 déjà évoqué de la loi sur les mutuelles de santé, une collaboration existante entre deux fonds de mutuelle de santé est une condition pour qu'un affilié d'un fonds de mutuelle de santé bénéficie des prestations de soins de santé dans un autre fonds. Bien que la loi prévoie cette possibilité de mobilité de soins, il s'avère cependant que sans la bonne volonté ou la bonne initiative d'un fonds, ses assurés ne peuvent que se faire soigner toujours dans le seul ressort de ce seul fonds. Pourtant, un assuré d'un fonds donné peut se voir obligé de vivre longtemps ou peu de temps dans un ressort différent de celui de son fonds de mutuelle de santé pour des raisons diverses et justifiées. Il peut aussi avoir besoins de soins pendant à ce moment alors qu'il lui est impossible, très difficile ou pénible de voyager pour atteindre son ressort.

Face à ce problème, et pour l'intérêt des assurés, les fonds de mutuelles de santé devraient tous signer ensemble un document de collaboration pour assurer le bon service à leurs assurés. Au cas où cela paraîtrait difficile à mettre en œuvre, il serait très nécessaire que le législateur pense à instituer un fonds unique de mutuelle de santé, qui fournirait des prestations de soins de santé sur tout assuré sur tout le territoire du Rwanda. Cela lèverait aussi la critique de la cotisation identique pour tous les fonds, pourtant autonomes chacun et dont les risques à assurer sur leur territoire de ressort ne sont pas nécessairement identiques.

CONCLUSION GENERALE

Le concept « mutuelle de santé » a connu diverses définitions, les unes lacunaires, d'autres mal précises sur la nature de la mutuelle de santé en la considérant comme une société. Parmi ces définitions multiples, l'une de celles qui paraissent plus ou moins riches et convenables est qu'il s'agit d'un système d'assurance à adhésion libre ou obligatoire créé par les pouvoirs publics ou par un groupement de personnes qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, mène, en faveur de ceux-ci et/ou de leurs ayants droits, des activités à caractère sanitaire et dont le fonctionnement repose sur les principes mutualistes, notamment la prévoyance, la solidarité entre membres, l'autonomie de gestion et la non lucrativité.

Les mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 ne constituent pas le premier système d'assurance maladie mutualiste au Rwanda, car avant leur conception, il existait déjà, depuis les années 1960, des mutuelles de santé constituées sous forme d'associations, en conformité avec le décret du 15/4/1958 relatif aux associations mutualistes.

L'avènement des mutuelles de santé créées par la loi n° 62/2007 du 30/12/2007 fut une voie largement ouverte d'accès par tous aux soins de santé car, l'adhésion est y très peu coûteuse et ces mutuelles de santé sont rependues dans tout le pays.

Au terme de la recherche, il apparaît qu'au niveau de chaque district, il existe une mutuelle de santé autonome, coordonnée par un Fonds de mutuelle de santé ayant pour missions des activités diverses, dont essentiellement la collecte des cotisations des adhérents et le paiement du coût de soins de santé en faveur des adhérents. Et en vue de réaliser ces missions, les Fonds ont besoin d'un fonctionnement sain et efficace. Ils fonctionnent d'abord grâce aux différents organes prévus pour mettre en œuvre leurs missions, chacun de ces organes devant jouer un rôle utile au bon fonctionnement de sa mutuelle d'attache pour achever les missions qui lui incombent, puis, au financement qu'elles doivent aux sources diverses dont principalement les cotisations des adhérents.

Cependant, les mutuelles de santé souffrent des problèmes relatifs aux cotisations perçues et à la mobilité de soins. Tout d'abord, le fait que la cotisation est fixe et identique à tout affilié alors que tous les affiliés n'ont pas un revenu identique apparaît comme un outrage au principe de la solidarité qui joue un grand rôle dans le fonctionnement des mutualités. En plus, il ne semble pas juste que la cotisation soit aussi identique dans tous les Fonds de mutuelle de santé qui, selon leur

fonctionnement, sont autonomes chacun et rendent leurs services sur un territoire propre chacun, alors que les risques chez tous les Fonds ne sont pas nécessairement de même gravité. Enfin, les mutuelles de santé souffrent aussi d'absence de coopération entre les Fonds de mutuelle de santé permettant la réciprocité dans l'offre de services aux affiliés des mutuelles de santé sans les limiter au seul Fonds où ils sont affiliés.

Pour une meilleure réussite dans l'activité et la gestion financière des mutuelles de santé, elles jouissent de règles de gestion et de contrôle, ainsi que d'un manuel des procédures de gestion financière. Cela semble utile aux mutuelles de santé dans la mesure où ça permet que les fonds collectés ne soient pas utilisés à des fins contraires à la gestion requise.

Enfin, aux points de vue structural et fonctionnel, les mutuelles de santé font l'objet de certaines critiques qui poussent à formuler en terminant quelques recommandations paraissant les plus importantes.

1°. Pour le meilleur effet de la mobilité des soins de santé au sein des mutuelles de santé, une structure unique ayant la personnalité juridique au niveau national et autant de branches administratives que de besoin serait plus efficace.

2°. Comme un alternatif à la création d'une structure unique au niveau national, la loi devrait imposer à tous les Fonds de mutuelle de santé des relations de collaboration incontournables entre eux favorisant la mobilité de soins dans les mutuelles de santé.

3°. Le Fonds de mutuelle de santé en tant qu'organe autonome devrait se voir investi d'un pouvoir de nomination de son personnel.

4°. La solidarité dans les mutuelles de santé serait beaucoup plus exprimée et plus bénéfique si la cotisation était déterminée en fonction du pouvoir économique de chaque adhérent.

BIBLIOGRAPHIE

I. TEXTES NORMATIFS

A. TEXTES DE DROIT RWANDAIS

-Constitution

1. Constitution de la République du Rwanda du 04/06/2003 telle qu'amendée jusqu'à ce jour, in J.O.R.R. n° spécial du 04/06/2003.

-Lois organiques

2. Loi organique N° 06/2009/OL du 21/12/2009 portant dispositions générales applicables aux établissements publics, in J.O.R.R, n° spécial du 30/12/2009;

3. Loi Organique N° 37/2006 du 12/09/2006 relative aux finances et au patrimoine de l'Etat, in J.O.R.R, n° spécial du 12/09/2006;

4. Loi Organique N° 29/2005 du 31/12/2005 portant organisation des entités administratives de la République du Rwanda, in J.O.R.R, n° spécial du 31 décembre 2005.

-Lois ordinaires

5. Loi n° 69/2008 du 30/12/2008 portant création du Fonds de soutien et d'assistance aux rescapés du génocide perpétré contre les Tutsi et autres crimes contre l'humanité commis entre le 1^{er} octobre 1990 et le 31 décembre 1994 et déterminant son organisation, ses compétences et son fonctionnement, in J.O.R.R n° spécial du 15 avril 2009;

6. Loi n° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé, in J.O.R.R. n° spécial du 20/03/2008 ;

7. Loi n° 23/2005 du 12/11/2005, portant création, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie des militaires, in J.O.R.R. n° 06 du 15/03/2006 ;

8. Loi n° 29/2002 du 19/09/2002 modifiant et complétant la loi n° 24/2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'Etat in, J.O.R.R n° 24 du 15/12/2002 ;

9. Loi n° 24/2001 du 27/04/2001 portant institution, organisation et fonctionnement d'un régime d'assurance maladie des agents de l'Etat, in J.O.R.R. n° 13 du 1^{er} juillet 2001 ;

10. Loi n° 42/1988 du 27/10/1988 portant titre préliminaire et livre premier du code civil, in J.O.R.R., 1989.

-Décrets

10. Décret-loi n° 20/75 du 20/6/1975 relatif aux assurances en général, in J.O.R.R., 1975 ;
11. Décret du 15 avril 1958 relatif aux associations mutualistes, in B.O., 1958 ;

B. TEXTES NORMATIFS ETRANGERS

1. France, Code de la mutualité, tel que consolidé au 30/12/2010 ; disponible sur www.legifrance.gouv.fr
2. France, Code de la sécurité sociale, tel que consolidé au 30/12/2010 ; disponible sur www.legifrance.gouv.fr

II. OUVRAGES DE DROIT

1. AUBY J.-M. et AUBY J.-B., Institutions administratives, 7^e éd., Paris, Dalloz, 1996.
2. BIGOT J., Traité de droit des assurances, t. 1 : Entreprises et organismes d'assurance, 2^{ème} éd., Paris, LDGJ, 1996.
3. GUILLIEN R. et VINCENT J., Lexique des termes juridiques, 13^{ème} éd., Paris, Dalloz, 2001.
4. KALINDA F. X., Cours de droit social rwandais, Coll. Manuel pour étudiants, Butare, Les éd. de l'UNR, 2004.
5. KRAJESKI D, Droit des assurances, Paris, Montchrestien, 2004.
6. LABORDE J.-P., Droit de la sécurité sociale, 1^e éd., Paris, PUF, 2005.
7. LAMBERT-FAIVRE Y., Droit des assurances, 10^e éd., Paris, Dalloz, 1998.
8. LEGRAND M., Dictionnaire usuel de droit, Paris, Librairie Larousse, 1975.
9. LIBERT H., Droit des assurances, Manuel de droit rwandais, Kigali, Printerset, 1993.
10. LOMBARD M, Droit administratif, 2^e éd., Paris, Dalloz, 1998.
11. NGAGI A. M., La protection des intérêts économiques des consommateurs dans le cadre de libéralisme économique en droit rwandais, Butare, les éd. de l'UNR, 2006.
12. NSENGIYUMVA M., Droit social, Manuel de droit rwandais, Kigali, Printerset, 1993.
13. RIVERO J. et WALINE J., Précis de droit administratif, 20^e éd., Paris, Dalloz, 2004.
14. RUDELLE A., L'assurance santé, Paris, Securitas, 1991.

15. SAINT-JOURS Y, Traité de sécurité sociale, T. 1, Le droit de la sécurité sociale, 2^e éd., Paris, LGDJ, 1984.

III. NOTES DE COURS

1. BASOMINGERA A., Cours de droit administratif, notes de cours en Licence-Droit, Butare, UNR, 2006, inédites ;

2. MUBALAMA J.C., Droit des assurances approfondies, notes de cour en Maîtrise-Droit des affaires, Butare, UNR, 2009, inédites ;

IV. MEMOIRE

1. BAYEGE I., Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, mémoire de maîtrise en santé publique, Butare, 2005, inédit.

V. SOURCES ELECTRONIQUES

1.X, D'Alma-Ata à Bamako, document disponible sur le site web : <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>, consulté le 22/12/2010.

2.X, Dictionnaire juridique français, disponible sur le site web : <http://www.lecourslessard.com/dictionnaire>, consulté le 24/3/2010 ;

3.WAELKEN M.-P. et CRIEL B., Mutuelle de santé en Afrique Sub-saharienne ; état des lieux et réflexion sur un agenda de recherche, p. 23, document disponible sur le site web : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf>, consulté le 13/7/2010 ;

4. X, Public corporation /personne morale de droit public, document disponible sur le site web : <http://www.olf.gouv.qc.ca/./1299044.html>, consulté le 27/3/2010 ;

VI. AUTRES DOCUMENTS DIVERS

1. AIM, La place de la mutualité dans les systèmes universels de protection santé, Bruxelles, 2009, inédit.

2. MINECOFIN, Economic Development and Poverty Reduction Strategy, 2008-2012, Kigali, 2007, inédit.

3. MINISANTE, Manuel des procédures de gestion financière d'une mutuelle de santé, Kigali, 2008, inédit.

4. MINISANTE, Politique de développement des mutuelles de santé, Kigali, 2004, inédit.

5. NIYONDORA N. et BENIMANA D., L'assurance mutualiste au Rwanda : Le cas de la RAMA et du MMI, travail pratique en maitrise-droit des affaires, Butare, UNR, 2006, inédit.

6. PANIS A., Note sur l'extension de l'assurance maladie au Rwanda, Kigali, 2008, inédit.

7. UNR, Les statuts de la Mutuelle de santé de l'UNR, Huye, 2010, inédit.

VII. DICTIONNAIRE

LAROUSSE, Petit dictionnaire de français, Paris, 2005 ;

VIII. ENTRETIENS

1. Entretien avec un agent de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé (MINISANTE) ;
2. Entretien avec un agent de mutuelle de santé de Nyarugenge ;
3. Entretien avec un agent de mutuelle de santé de Gasabo ;
4. Entretien avec un agent de mutuelle de santé de Kayonza ;
5. Entretien avec un agent de la section de mutuelle de santé de Gihogwe (Gasabo).