

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

De la protection sociale en contexte fragile : Analyse comparative des initiatives de couverture santé au Burundi et en République Démocratique du Congo (RDC) pour l'amélioration des stratégies d'intervention

Auteur : Amadou Hamidine KANE

Promotrice : Catherine GOURBIN

Co-Promoteur : Pascal NDIAYE

Lecteur : Philippe DE LEENER

Année académique 2019-2020

Master de spécialisation en action humanitaire internationale

Déclaration de déontologie

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.

Le présent document n'engage que son auteur.

Contact de l'auteur : hamidinekane@gmail.com

Amadou Hamidine KANE.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma promotrice, Catherine Gourbin pour son encadrement, ses conseils et la confiance accordée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Ensuite, je tiens également à remercier Pascal Ndiaye pour l'encadrement du stage auprès de Louvain Coopération, la mise en relation avec les acteurs de terrain et le soutien pour la rédaction de ce mémoire.

Mes remerciements vont également aux ONG d'accueil Louvain Coopération et ULB Coopération pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer ce stage et d'avoir facilité l'accès à des ressources documentaires utiles dans le cadre de cette recherche.

Mes remerciements aux personnes interrogées qui, malgré leur calendrier chargé ont bien voulu répondre à notre questionnaire

Enfin, merci à l'ensemble du corps professoral pour leurs enseignements et leur expérience partagés avec nous.

Grand Merci à tous !

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux	4
Abréviations	5
Introduction.....	6
Problématique.....	7
Méthodologie.....	7
Titre I : Cadre du stage et éléments de concepts sur la protection sociale et la couverture sanitaire universelle	9
Chapitre I : Présentation des structures d'accueil et déroulement du stage.....	9
Section I : Louvain Coopération.....	9
Section II : ULB Coopération.....	12
Section III : Le stage pratique : organisation et tâches effectuées	14
Chapitre II : Protection sociale, CSU et fragilité : éléments conceptuels.....	16
Section I : La PS : plusieurs définitions possibles mais des finalités communes	16
Section II : Les piliers et mécanismes de la protection sociale	18
Section III : La CSU : définition et dimensions du concept	20
Section IV : La notion de fragilité : critères et indicateurs	22
Titre II : Analyse des initiatives de CSU pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile.....	26
Chapitre I : Approches de PS et CSU au Burundi et en RDC	26
Section I : Le cas du Burundi.....	26
Section II : Le cas de la RDC	37
Chapitre II : Leçons apprises/recommandations pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile.....	49
Section I : Au plan institutionnel et juridique.....	49
Section II : Au plan technique et opérationnel.....	52
Conclusion	65
Annexes	66
Bibliographie.....	68
Table des matières	79

Liste des figures

Figure 1: Répartition géographique des projets de LC.....	10
Figure 2: Organigramme simplifié de LC.....	11
Figure 3: Organigramme d'ULB-Coopération.....	13
Figure 4: Répartition des dépenses pour l'année 2019	14
Figure 5: Les piliers de la protection sociale	18
Figure 6: Schéma des mesures de protection sociale	19
Figure 7: Illustration de la CSU	22
Figure 8: Le diagramme du Cadre 2016 de l'OCDE sur la fragilité.....	24
Figure 9: Carte de la Province de Ngozi au Burundi.....	29
Figure 10: Résultats de Louvain Coopération dans le secteur mutualiste à Ngozi en 2019.....	35
Figure 11: Carte de la province du Nord-Kivu	38
Figure 12: Cartographie des principaux risques pour l'Est de la RDC.....	39
Figure 13: Répartition des dépenses de santé par source de financement	48

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des activités de Louvain Coopération.....	10
Tableau 2: Synthèse des indicateurs de fragilité.....	25
Tableau 3: Les dimensions et niveaux de fragilité au Burundi	28
Tableau 4: Données sur les MUSA à Ngozi en 2019.....	32
Tableau 5: Statistiques de la MUNASA à Ngozi	37
Tableau 6: Les dimensions et niveaux de fragilité en RDC	40
Tableau 7: Perception de la pauvreté subjective au Nord-Kivu	40
Tableau 8: Tableau comparatifs des systèmes de CSU entre le Burundi et la RDC	45

Abréviations

ADRAI	Association pour le Développement par la Recherche et l'Action Intégrée
AGR	Activité génératrice de revenu
BPS	Bureau provincial de santé
CAM	Carte d'assistance médicale
CDS	Centre de santé
CSU	Couverture santé universelle
DGD	Direction-Générale Coopération au Développement et Aide humanitaire
ECMS	Education à la citoyenneté mondiale et solidaire
EDS	Enquête démographique et de santé
FBU	Franc burundais
FSI	Fragile states index
HNO	Humanitarian needs overview
INSS	Institut national de sécurité sociale
ISTEEBU	Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi
LC	Louvain Coopération
MASMUT	Micro-assurance santé Mutuelles
MFP	Ministère de la Fonction Publique
MSPLS	Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida
MUSA	Mutuelle de santé
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique
OCHA	Office for the coordination of humanitarian affairs
OIT	Organisation internationale du travail
PAMUSAB	Plateforme des mutuelles de santé du Burundi
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PMA	Paquet minimum d'activités
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POMUCO	Plateforme des mutuelles congolaises
PS	Protection sociale
PTOP	Protection to production
RDC	République Démocratique du Congo
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RNBMAPS	Réseau national burundais multi-acteurs pour la protection sociale
SAE	Sécurité alimentaire et économique
SAN	Sécurité alimentaire et nutrition
UCLouvain	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNI4COOP	Consortium des ONG universitaires francophones de Belgique

Introduction

L'action humanitaire s'entend généralement comme une action altruiste dans le but de porter secours et assistance à des personnes en besoin. Elle vise à aider les membres les plus vulnérables d'une société à traverser une période de crise, autrement dit de rupture d'un équilibre antérieur (Brauman, 1994). De plus en plus, des interventions sont pensées et mises en œuvre dans le but de venir en aide ou d'assister des populations considérées comme vulnérables à différents aléas. Ces vulnérabilités sont souvent combinées à une faible capacité de résilience ou d'adaptation individuelle et/ou collective, ce qui accroît dans de nombreux contextes la situation de fragilité. La notion de fragilité renvoie à une insuffisance des ressources (matérielles ou financières) et de dispositifs ou mécanismes susceptibles de répondre efficacement à un événement extrême sans remettre en cause les moyens élémentaires de survie des personnes affectées (Castellanet et al., 2010), souvent obligées de procéder à des dépenses catastrophiques qui les maintiennent dans un cycle de pauvreté (Su et al., 2006) (Ezzrari & Fellousse, 2018). Le contexte de fragilité génère ainsi et souvent des situations de conflits ou d'épidémies, de déplacement de populations, de crise politique, d'insécurité alimentaire, de pauvreté, etc.

La plupart des interventions dans les situations de fragilité concernent le domaine de la santé à travers notamment l'amélioration et le renforcement de l'accès et de la qualité des soins. A titre illustratif, le cluster Santé¹ (mis en place dans la plupart des pays) concentre une bonne partie des budgets d'intervention selon les données de l'OCDE (26 milliards d'euros en 2016). Ces actions se déploient particulièrement en Afrique où la faiblesse des systèmes sanitaires et la pauvreté persistante exposent certaines populations à des difficultés majeures, souvent même en l'absence de catastrophes extrêmes. En effet, le financement du système de santé en Afrique est un des principaux problèmes (OMS, 2010). Dans ce contexte, la question de l'accessibilité financière aux formations sanitaires pour ces populations se pose aussi avec acuité. Dès lors, les stratégies d'intervention devraient être revisitées en vue d'intégrer ces cibles aux mécanismes de protection sanitaire.

Toutefois, et malgré l'importance des efforts et les moyens financiers mis à disposition, les populations vulnérables éprouvent toujours des difficultés pour faire face aux risques sanitaires. Les mécanismes de protection sociale qui existent peinent à prouver leur efficacité et à contribuer aux leviers de relèvement. La sécurité sociale est la protection qu'une société offre aux personnes et aux ménages pour garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu, surtout en cas de vieillesse, de maladie, d'invalidité, d'accident du travail, de maternité ou de disparition du soutien de famille (OIT, 2003). Dans le cadre du présent travail, la protection sociale sera principalement analysée sous le prisme des risques liés à la santé.

En tenant compte de la situation de fragilité en cours dans certains pays, il est intéressant de réfléchir sur le rôle de la protection sociale en tant que mécanisme d'atténuation des risques sanitaires pour les populations vulnérables en situation de fragilité. De plus de plus, des

¹ Le cluster Santé est un groupe thématique regroupant les ONG qui interviennent sur le terrain dans le domaine de la santé. Il a pour objectif de faciliter la coordination entre les différents acteurs

réflexions et des stratégies sont menées en vue d'instaurer au sein des pays une couverture santé dite universelle qui vise à garantir l'accès à des soins de santé de qualité à des coûts acceptables pour la population. Ces initiatives sont encouragées par des partenaires techniques et financiers (PTF) internationaux. Depuis la fin des années 2000, plusieurs pays africains se sont lancés suivant des stratégies diverses dans l'instauration d'une CSU (couverture sanitaire universelle), la plupart des mécanismes de protection existant jusque-là ne couvrant que les travailleurs du secteur formel. En même temps, une proportion importante de la population n'a pas accès aux mécanismes classiques de couverture maladie comme les assurances (Ndiaye, 2016). Plusieurs pays considèrent les mutuelles de santé comme instances structurelles et outil de base pour atteindre la CSU.

La présente étude a pour objectif principal de procéder à une analyse comparative des initiatives de couverture santé universelle dans deux pays d'Afrique subsaharienne où se développent des situations de fragilité : la République Démocratique du Congo (RDC) et le Burundi. En RDC, la zone d'étude retenue sera la province du Nord-Kivu. Par contre, au Burundi, l'unité géographique retenue pour cette analyse est la province de Ngozi. Les lieux choisis pour cette étude ont en commun des situations de fragilité, certes avec des expressions diverses, mais également l'existence d'initiatives de politiques de couverture de santé en vue de remédier à ces situations et surtout la présence sur le terrain des ONG d'accueil de notre stage.

Notre démarche se propose de ressortir les caractéristiques principales de chaque approche de CSU, d'établir une revue des systèmes de santé en rapport avec leur capacité à inclure et contribuer au relèvement des populations vulnérables dans un contexte de fragilité. Aussi, l'étude vise-t-elle à dégager des perspectives en vue de tirer des leçons et formuler des recommandations pour le renforcement des politiques de protection sociale en santé. Enfin, elle cherchera à établir le lien et la transition entre l'humanitaire et le développement au travers de la protection sociale en santé.

Problématique

Dès lors, la question centrale de la recherche peut être formulée comme suit : dans quelles mesures un mécanisme de protection sociale en santé comme la CSU peut-il constituer un mécanisme d'atténuation de la vulnérabilité des populations dans un contexte fragile ? Quelle peut en être la portée et les limites ? La réponse à cette question principale nous amènera à : i) procéder une analyse comparative des mécanismes de couverture en place dans nos différentes régions d'étude. Il s'agira de faire une revue des dispositifs qui existent, d'en décrire les mécanismes (mutuelles, sécurité sociale et autres mécanismes d'adhésion) et les différents acteurs (prestataires, partenaires techniques et financiers, Etats, etc.), les bénéficiaires ciblés ; ii) ressortir les similitudes et les différences entre les approches mises en œuvre selon les pays mais également d'apprécier les forces et les faiblesses de chaque système au regard de leur objectif initial.

Méthodologie

Cette étude est une analyse comparative et transversale des similarités et différences entre le Burundi et la RDC pour tirer les meilleures pratiques et produire des connaissances sur les pratiques en cours dans le domaine de la CSU dans un contexte marqué par la fragilité. Nous

avons procédé à une analyse des parties prenantes qui a permis de dresser une typologie des acteurs, leurs rôles, leurs forces, leurs faiblesses. Cette démarche a permis de lister les groupes et individus représentant des sources d'informations, de catégoriser les acteurs et d'apprécier leur niveau d'implication dans les mécanismes de la CSU. Les acteurs ont été regroupés suivant les catégories suivantes : ONG et structures d'appui, agences gestionnaires, ministères, coopération bilatérale et multilatérale, les mouvements sociaux.

La démarche méthodologique s'appuie essentiellement sur de la revue documentaire générale et l'étude des documents, rapports et études mis à disposition par les structures d'accueil dans le cadre de leurs projets en cours ou passés sur le terrain. Cette partie documentaire a été complétée par des articles et ouvrages spécialisés obtenus grâce à Internet.

En complément, l'opinion des différents acteurs a été collectée à travers des entretiens (annexe 2). Ces entretiens ont été menés avec les acteurs-clés intervenants dans les mécanismes de protection aussi bien en Belgique, au Sénégal, que dans les pays concernés. Certains acteurs ont été directement interviewés par téléphone, WhatsApp, Microsoft Teams ou Skype. Globalement, les informations à recueillir ont tourné autour des points suivants (annexe 1) :

- Le contexte global de la Protection Sociale et la fragilité ;
- La régulation de la protection sociale ;
- La Mise en œuvre des stratégies de protection ;
- Les défis et recommandations dans la mise en œuvre.

Toutefois, il convient de souligner les difficultés rencontrées pour interviewer certains acteurs notamment en RDC. Le départ en cours d'année de notre point focal à ULB-Coopération a compliqué les démarches de mise en relation avec des acteurs de terrain. Cela s'est traduit par un déséquilibre des interviews en faveur du Burundi où des contacts ont pu être facilités par l'équipe de Louvain Coopération. Le contexte politique au Burundi a également dissuadé certaines autorités publiques burundaises de répondre à notre questionnaire. Malgré tout, les nombreuses similarités entre les deux pays ont permis d'extrapoler les opinions émises aux situations étudiées.

Le présent travail est articulé d'une part autour de la présentation des structures d'accueil, de la définition des concepts-clés (Titre I) et d'autre part des stratégies de CSU en contexte fragile (Titre II).

Titre I : Cadre du stage et éléments de concepts sur la protection sociale et la couverture sanitaire universelle

Le présent travail s'inscrit dans le cadre d'un mémoire-stage réalisé auprès de Louvain Coopération en partenariat avec ULB-Coopération. Il convient dès lors de procéder à la présentation des structures d'accueil pour le stage mais aussi de décrire le déroulement de celui-ci (Chapitre I). Dans un second temps, la protection sociale et par ricochet la couverture sanitaire universelle ainsi que le concept de fragilité sont des notions aux acceptions polysémiques qu'il convient de définir et préciser (Chapitre II).

Chapitre I : Présentation des structures d'accueil et déroulement du stage

Le stage a été réalisé auprès d'ONG belges membres du consortium UNI4COOP². Il s'agit de Louvain Coopération (Section I) et d'ULB Coopération (section II). Depuis 2016, les ONG universitaires francophones belges sont regroupées au sein de ce consortium pour développer des projets communs et échanger des connaissances, expériences et expertises pour une amélioration globale de leurs différentes missions. Ce stage a permis de découvrir le milieu de la coopération au développement en Belgique et de réaliser de nombreuses tâches (Section III).

Section I : Louvain Coopération

L'ONG Louvain Coopération (LC) est officiellement née sous cette appellation en 2012. D'un point de vue historique, les activités de l'institution ont débuté en 1981. A cette année, une association est fondée au sein de la Faculté agronomique de l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain), sous l'appellation « ADRI » ensuite devenue « ADRAI » (Association pour le Développement par la Recherche et l'Action Intégrée). L'ADRAI étend par la suite son expertise au domaine médical. Au même moment, l'Union européenne et la Coopération belge reconnaissent et financent l'association. En 2002, elle fusionne avec Louvain Développement qui a été créée en 1997. La nouvelle entité est reconnue comme l'ONG officielle de développement de l'UCLouvain (Louvain Coopération, 2020b).

LC est considérée comme la plus importante ONG universitaire belge. En Belgique, ailleurs dans le monde et sur le terrain, elle est reconnue pour la qualité de son travail en faveur des populations du Sud. L'organisation collabore et accompagne plusieurs partenaires locaux par un renforcement et un appui, avec l'objectif de construire les outils nécessaires pour améliorer les conditions de vie de milliers d'hommes, de femmes et enfants (Louvain Coopération, 2018).

Aussi, pour atteindre la durabilité et la pérennité des actions de développement liées à un projet, LC et ses partenaires locaux se positionnent dans une approche de long terme, gage de qualité et d'une bonne appropriation des projets par la population locale et les partenaires. En tant

² <http://uni4coop.com/fr>

qu'ONG de l'UCLouvain, LC mobilise également les énergies et les expertises universitaires en appui à ses projets (Louvain Coopération, 2020a, p. 3) .

L'ONG concentre ses domaines d'expertise sur les de soins de santé, l'accessibilité aux soins de santé, la sécurité alimentaire et économique, et enfin la sensibilisation au développement (Louvain Coopération, 2020d).

Les principaux domaines d'intervention de l'ONG sont (Louvain Coopération, 2020c) (Louvain Coopération, 2019) :

- L'amélioration de la qualité et de la disponibilité des soins de santé.
- Santé mentale
- Appui global en soins de santé primaires
- Développement de mutuelles de santé de base
- Appui à la création d'Unions de mutuelles de santé
- Renforcement des plateformes nationales
- Soutien à l'entrepreneuriat
- Alphabétisation
- Agriculture durable et familiale
- L'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire (ECMS)

LC déploie ses activités en Belgique, en Afrique, en Asie et Amérique du Sud. Ci-dessous une répartition de ces activités par pays, par projets, partenaires et bénéficiaires.

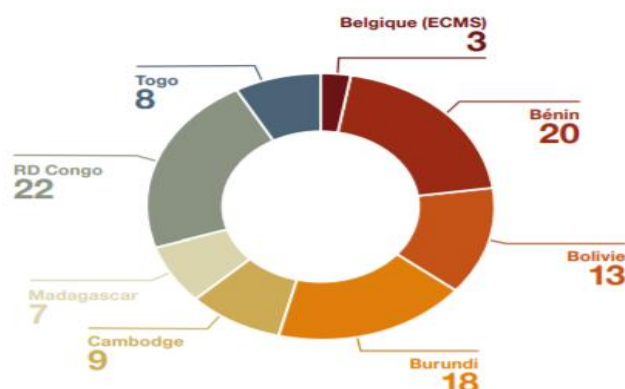
Tableau 1: Répartition des activités de Louvain Coopération

Pays	Nombre de projets	Domaines d'intervention	Partenaires	Bénéficiaires	Localités
Belgique	34	ECMS	11	5 520	Louvain, Bruxelles, Tournai, Mons
Bénin	5	Accès aux soins de santé, SAE	5	89 177	Département du Mono et de l'Atacora
Bolivie	6	Soins de santé, SAE	4	36 624	Département de La Paz, de Chuquisaca et d'Oruro
Burundi	9	Accès aux soins de santé, soins de santé, SAE	5	173 845	Provinces de Makamba, Kirundo, Ngozi, Kayanza, Ruyigi, Rutana, Cankuzo et Cibitoke
Cambodge	2	Soins de santé, SAE	8	2 925	Provinces de Kampong Thom et Kampong Cham
Madagascar	11	Soins de santé, SAE	6	58 220	Région du Menabe
RD Congo	13	Education, soins de santé, enfants des rues, SAE	11	18 734	Provinces du Sud Kivu et ville de Kinshasa
Togo	6	Accès aux soins de santé, SAE	7	169 005	Région des savanes, région centrale et plateaux

(Réalisé par l'auteur à partir du rapport d'activités 2018)

Figure 1: Répartition géographique des projets de LC

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROJETS (%)



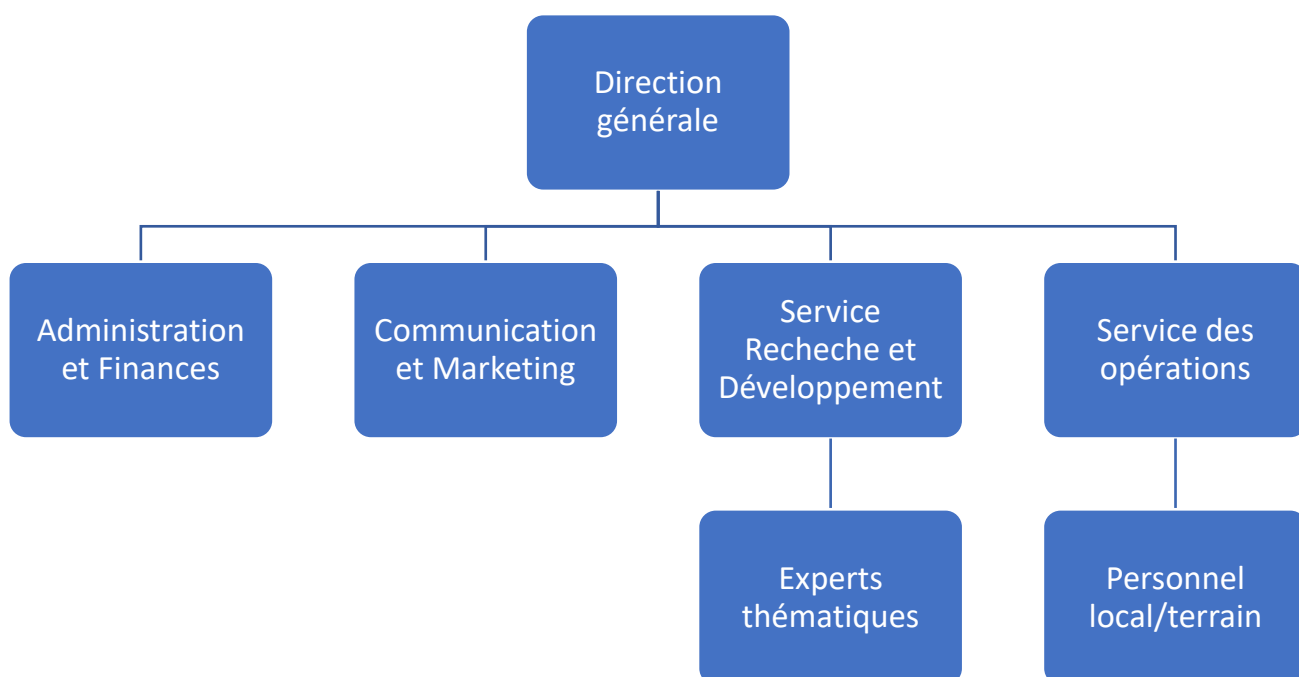
Sur le plan financier, le Burundi et la RDC concentrent 40% des budgets d'intervention de l'organisation en 2019, contre 42% en 2018. On note par ailleurs, une forte diversité dans les thématiques d'intervention. Le budget s'élève à 7175136 euros (Louvain Coopération, 2020d).

Source : Rapport d'activités 2019, page 21

Au plan organisationnel, l'ONG est structurée autour de quatre départements qui se répartissent les tâches et missions sectorielles ainsi que la coordination avec les zones de projets. L'organigramme est décliné ci-dessous.

Figure 2: Organigramme simplifié de LC

(Adapté par l'auteur à partir de l'organigramme officiel)



Section II : ULB Coopération

ULB-Coopération est une institution actrice du développement et de la coopération Nord-Sud. Elle est l'ONG officielle de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Sur le plan historique, elle est née de l'association entre les ONG CEMUBAC, SLCD et SEDIF (ULB Coopération, 2020d). ULB-Coopération intervient principalement dans quatre domaines d'activités qui sont :

1- La santé et les systèmes de santé

Dans ce domaine, ULB-Coopération effectue un travail de réflexion et d'actions pour le développement et le renforcement de systèmes de santé intégrés, accessibles et de qualité. Sur la base de l'expérience accumulée, l'ONG agit principalement à travers quatre volets :

- L'appui à la mise en place et à l'organisation des systèmes de santé des pays du Sud en difficulté ;
- L'approche sociale de la santé ;
- La qualification des professionnels de la santé et de soins, en particulier pour les aspects cliniques ;
- L'économie de la santé (ULB Coopération, 2020e).

En RDC par exemple, l'ONG s'active dans l'appui au système de santé, au renforcement des plateformes hospitalières et la fourniture de matériel.

2- Gestion des territoires et des ressources

L'accès, la gestion des ressources et l'aménagement des territoires constituent une thématique d'importance pour l'ONG notamment en Afrique où les dégradations environnementales et les changements climatiques fragilisent l'économie agricole et poussent les populations rurales vers des migrations ou des stratégies d'adaptation négatives. En collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles, ULB-Coopération développe cette thématique autour de 3 volets :

- La sécurité alimentaire et les systèmes de production durables ;
- L'amélioration des systèmes de culture et d'élevage adaptés aux conséquences du changement climatique.
- La conservation et l'exploitation rationnelle de l'environnement (ULB Coopération, 2020f).

Afin d'être efficace, ULB-Coopération collabore avec les populations rurales et urbaines dans une approche participative et collaborative de la coopération Nord-Sud. Le mode d'intervention privilégié est l'appui aux collectivités locales et urbaines par la promotion d'une approche systémique concernant les différentes fonctions liées à leur développement et l'accès à des moyens financiers et à des ressources humaines complémentaires pour leur permettre de planifier et de mettre en œuvre des projets conçus sur base de diagnostics communautaires (ULB Coopération, 2020b).

Cette thématique est pour l'essentiel déployée au Sénégal et au Burkina Faso. Au Sénégal, des projets appuient la sécurité alimentaire, la lutte contre la déforestation, la protection et l'exploitation durable des forêts. Cependant, au Burkina les projets de l'ONG se focalisent

d'avantage sur la préservation environnementale et l'appui à la production de beurre de karité biologique.

3- Appui à l'entrepreneuriat et à la gestion

La mise en œuvre de cet axe thématique se concrétise à travers :

- un appui au développement d'entreprises durables inclusives, à tous les maillons d'une filière, créatrices d'emplois décents et socialement utiles ;
- une amélioration de la gestion d'institutions du secteur public ou associatif afin qu'elles puissent remplir au mieux leurs missions de service à la population (ULB Coopération, 2020f).

4- Education et citoyenneté critique

Les activités d'Education citoyenne se déroulent principalement en Belgique à travers des ateliers de sensibilisation, des cours métiers, des conférences et débats. Cette thématique comporte trois volets :

- Éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire (ECMS)

Fortement intégrée aux activités de l'ULB, l'ECMS vise une meilleure compréhension des enjeux internationaux et du développement afin d'aiguiser l'esprit critique, de provoquer des changements de comportement, d'exercer ses droits et devoirs de citoyen ou citoyenne, pour contribuer à la construction de sociétés justes, durables, inclusives et solidaires.

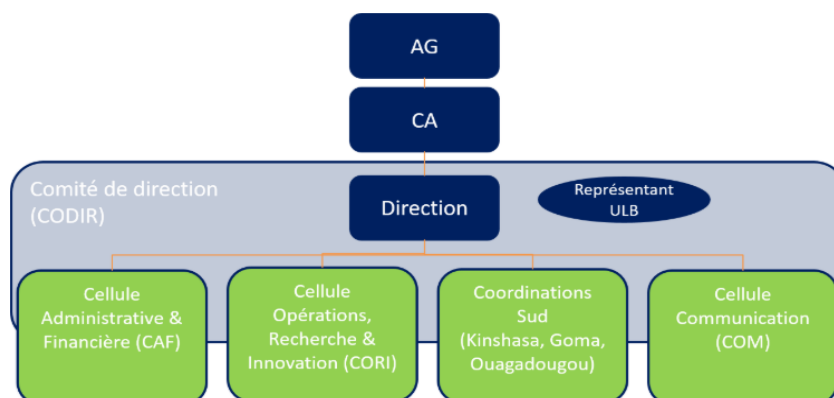
- Renforcement des compétences

L'ONG propose un appui direct ou indirect aux formations de base et continues en lien avec la coopération au développement.

- Plaidoyer

En tant qu'acteur de la société civile, les projets de l'ONG adoptent des stratégies et des méthodes contribuant à influencer les opinions et les décisions de personnes et d'organisations en vue du changement sociétal souhaité (ULB Coopération, 2020a). Du point de vue organisationnel, la structuration de l'ONG est la suivante :

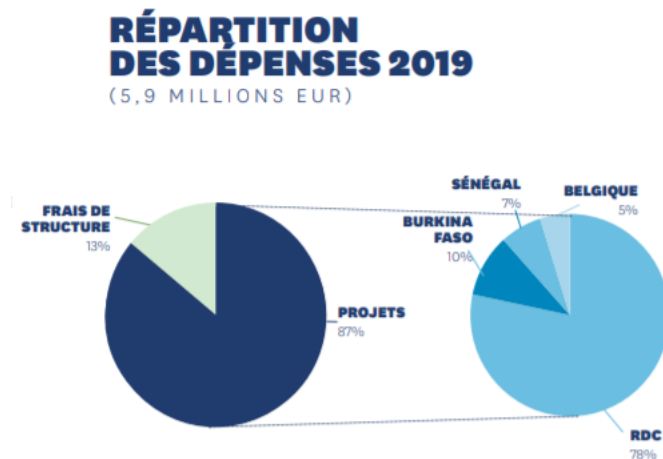
Figure 3: Organigramme d'ULB-Coopération



Source : (ULB Coopération, 2020c)

L'ONG déploie ses activités dans quatre pays : la Belgique, la RDC, le Burkina Faso et le Sénégal. Par ailleurs, 78% du budget est affecté à la RDC en 2019 contre 65% en 2018. En 2017, l'ONG a lancé le Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé au Nord-Kivu (PADISS), cofinancé par l'Union Européenne et la DGD, pour une durée de 5 ans.

Figure 4: Répartition des dépenses pour l'année 2019



En 2019, l'ONG a poursuivi 11 projets et démarré 4 nouveaux projets avec 50 partenaires et pour un budget de 2765000 euros. Le budget global se chiffre à 6.1 millions d'euros (ULB Coopération, 2020g).

Source : (Rapport d'activités 2019, page 2)

Louvain Coopération et ULB-Coopération sont des ONG universitaires appartenant à la plateforme des ONG universitaires de Belgique, UNI4COOP, aux côtés de FUCID et ECLOSIO. Ce rapprochement entre ces différentes organisations qui est intervenu en 2014 a permis de mettre en place une vision et des missions qui respectent les valeurs des ONG fondatrices et qui misent sur le développement et l'équité.

Section III : Le stage pratique : organisation et tâches effectuées

Ce stage résulte d'une demande introduite auprès d'ULB-Coopération. Il était question de réfléchir soit sur la gestion des risques de catastrophes dans la crise sécuritaire au Sahel soit sur l'accès aux soins de santé. Finalement, le thème du stage a porté sur la protection sociale en santé. Dès lors ULB-Coopération en tant que membre du consortium UNi4Coop et tenant compte de notre présence sur le site de Louvain-la-Neuve a suggéré d'y délocaliser le lieu du stage auprès de l'institution partenaire LC. Au cours du mois d'octobre, il a été convenu à l'initiative d'ULB-Coopération d'effectuer un stage conjoint auprès de LC. Pour des raisons pratiques liées notamment à la proximité du site, un stage à Louvain-la-Neuve offrait davantage de souplesse.

Du fait du calendrier chargé au premier quadrimestre le début du stage a été retenu pour le mois de février. Entretemps, depuis le mois d'octobre, des séances de travail ont été organisées en

présentiel et en visioconférence pour le cadrage du stage, la définition des résultats attendus, des besoins documentaires pour mener la recherche et la définition de la méthodologie.

Le séjour au sein de la structure d'accueil a eu lieu au sein du département « Accès aux soins de santé » sous la supervision de l'expert thématique Protection sociale. Dans un premier temps, des documents généraux sur la protection sociale et la couverture sanitaire universelle ont été mis à notre disposition afin de nous permettre de nous familiariser davantage avec les concepts. Par la suite, des informations sur la structure d'accueil et les activités de terrain ont été abordées. En sus, une documentation portant sur des projets santé, de développement de mutuelles, des études actuarielles, des textes législatifs et réglementaires, des études et rapports nous ont été fournis pour le Burundi par LC et pour la RDC par ULB-Coopération. L'ensemble de cette documentation a été exploitée pour aboutir à la réalisation de ce travail.

De plus, pour le suivi de notre canevas méthodologique, une mise en relation avec les partenaires en Belgique et les différents acteurs afin d'obtenir des renseignements précieux sur le terrain a également été opérée. Nous avons eu l'occasion de participer à des séances de restitution des missions de consultance dans le cadre du programme MASMUT (Micro-Assurance Santé-Mutuelles, un programme synergie des mutualités et des ONG belges lancé depuis 2004 et financé en partie par la DGD, en soutien aux mutuelles de santé en Afrique, acteurs de l'assurance maladie universelle) avec des études réalisées en RDC et Burundi mais aussi à des réunions de concertation entre les différents partenaires. Ces ateliers ont été une occasion de rencontrer et de partager avec les acteurs de la mutualité en Belgique, au Burundi et en RDC, mais surtout d'obtenir des données précieuses pour le déroulement du travail de recherche. Il a été également une opportunité pour mesurer l'engagement de la coopération belge et de ses acteurs pour la concertation et la mise en commun des stratégies d'intervention pour une meilleure efficacité sur le terrain. Sur la base des contacts établis, des participants et partenaires nous ont accordé des entretiens libres et partagé des données.

Aussi, dans le cadre du stage, une réflexion sur le rôle des ONG universitaires dans l'amélioration des processus d'intervention a aussi été entamée.

Cependant, au cours du mois de mars 2020, avec l'avènement de la pandémie du Covid-19, les activités du stage en présentiel ont été interrompues. Toutefois, il a été possible de le poursuivre en télétravail. Les superviseurs ont montré beaucoup de disponibilité à travers les outils en ligne pour répondre à chacune de nos préoccupations tout au long du stage. Dès lors, nous n'avons pu être suffisamment en contact avec tous les membres de l'équipe et échanger avec eux sur leurs fonctions dans la structure. Cela aurait certainement permis de pouvoir formuler une appréciation critique sur l'organisation et le fonctionnement de la structure d'accueil.

Nous retenons toutefois que les structures d'accueil ont des positions communes sur plusieurs sujets et partagent en outre des valeurs et plusieurs thématiques d'action. Les approches reposent pour beaucoup sur des partenaires locaux comme les acteurs porteurs du changement. La protection sociale dans des contextes fragiles constitue un de leurs thèmes d'intervention de prédilection à travers notamment le renforcement des mutuelles de santé l'appui aux structures de santé et la contribution à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle.

Chapitre II : Protection sociale, CSU et fragilité : éléments conceptuels

Le terme de protection sociale est un concept qui fait l'objet de multiples définitions de la part des praticiens et des institutions internationales spécialisées (Section I). Cependant, il y a un certain consensus sur les piliers et mécanismes de la protection sociale (section II). A la suite, nous aborderons la définition de la CSU (section III), son lien avec la PS (section IV) avant d'expliquer la notion de fragilité (section V).

Section I : La PS : plusieurs définitions possibles mais des finalités communes

Il n'existe pas de définition de la protection sociale qui fasse l'unanimité, mais on s'accorde généralement sur sa finalité : la protection sociale vise à garantir à tout individu un standard de vie décente (WSM et al., 2010).

La notion de protection sociale est le fruit d'une lutte du monde du travail. Ce cadre de la sécurité sociale pour les travailleurs du secteur formel a par la suite été élargi par la notion de protection sociale qui ajoute aux mesures publiques, les mesures non-publiques et est considéré comme un des quatre piliers du cadre stratégique pour le travail décent (Frota, 2007). L'obligation pour les Etats de fournir une couverture sociale découle du droit à la sécurité sociale consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Les normes de sécurité sociale sont fixées par l'OIT, notamment la Convention concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952 (C102) (Özden & Centre Europe-Tiers Monde, 2012).

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Il s'agit de situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille...) (Ndiaye et al., 2020).

Selon la Commission Européenne (Commission Européenne, 2012), ces risques sociaux couverts par la protection sociale comprennent :

- La santé, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- La maternité, qui intègre les prestations familiales (allocations familiales), les indemnités de prestations liées à la maternité ;
- La vieillesse, qui inclut principalement les pensions ;
- Le logement, qui comprend essentiellement les allocations de logement ;
- L'emploi, qui comprend divers dispositifs liés à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage ;
- La pauvreté et l'exclusion sociale, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies.

La protection sociale est vue comme une série d'actions initiée par les états, les ONG, ou autres structures pour faire face à la vulnérabilité et à la pauvreté. Les approches peuvent différer selon les mandats et objectifs des organisations, notamment celles internationales (BIT, FAO, Banque

Mondiale et OMS), Le tableau ci-dessous présente une tentative de synthèse des approches en fonction des acteurs.

Institution	Cibles prioritaires	Mécanismes	Services	Références
ILO, Commission Européenne	Travailleurs	Sécurité sociale	Chômage, accidents du travail, maladie, vieillesse	(Bachelet & International Labour Office, 2011)
OMS	Toute la population	CSU	Santé	(OMS, 2010)
FAO	Extrême pauvres Vulnérable en situation de fragilité	Assistance sociale	Education, nutrition, SAE	(FAO, 2017a) (Lwanga-Ntale, 2018)
Banque Mondiale	Vulnérables économique	Filets sociaux	Transfert non contributifs	(Grosh et al., 2008)
Communautés, ONG	Populations rurales et secteur informel	Assurance maladie sociale–mutuelle	Variable selon la capacité financière du bénéficiaire	(International Labour Office, 2002)

Ainsi, la protection sociale obéit principalement à deux logiques :

- Une logique d'assurance sociale, qui permet de couvrir la perte de revenus liée à un risque (chômage, accidents du travail, maladie, vieillesse). Les prestations sont financées par des cotisations assises sur les salaires ; elles sont versées aux assurés et à leurs ayants droits dans la mesure où ils ont cotisé pour en bénéficier.
- Une logique d'assistance, qui établit une solidarité entre les personnes pour lutter contre les différentes formes de pauvreté et de maladie.

En résumé, la trame de fond de la protection sociale est la protection contre des risques qui peuvent entraîner des dépenses catastrophiques et/ou faire basculer l'individu dans la précarité. Cependant, tout en maintenant cette trame, différents cadres d'analyse, dimensions et méthodes sont utilisés dans les multiples définitions de la protection sociale, qui sont presque aussi nombreuses que les grandes institutions qui interviennent dans ce champ (Kestemont et al., 2020) (*Glossary | socialprotection.org*, 2020). En effet, en fonction de l'institution, Etat, organisation intergouvernementale, ONG, mouvements sociaux, le sens retenu pour définir ce concept peut sensiblement différer. Les définitions de la protection sociale utilisées au niveau international sont très diverses. Cependant, malgré cette diversité d'approches au plan de la définition, il subsiste un consensus global sur les finalités rattachées à la protection sociale (OCDE, 2019).

L'OIT est le lead des institutions des Nations Unies sur les questions relatives à la protection sociale. A ce titre, elle a défini le contenu des socles minimum de protection sociale qui sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définies au niveau national visant à assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui, ensemble, garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale (OIT, 2020).

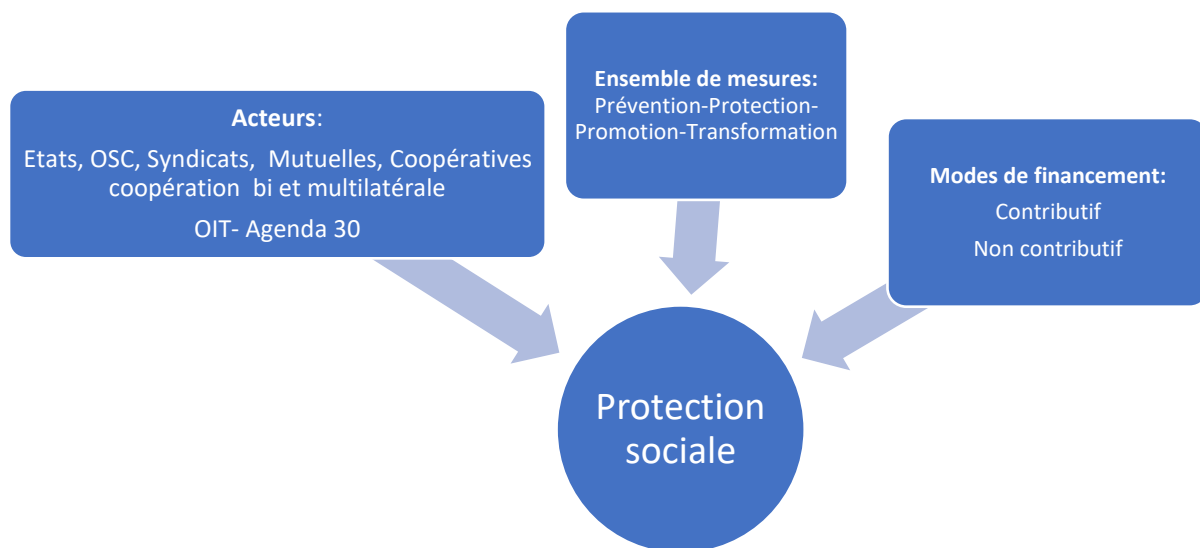
Les orientations sont traduites sous forme de normes (convention n° 102, recommandation n° 202 de l'OIT), avec un cadre opérationnel publié en 2011 : « Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive » (Bachelet & International Labour Office, 2011).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) postule que la protection sociale est aussi un cadre pour réduire les inégalités en santé qui doit être un objectif partagé par tous (OMS, 2010). Elle a développé le concept de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et en a défini les stratégies pour les pays qui souhaitent s'y engager.

Section II : Les piliers et mécanismes de la protection sociale

Pour que la protection sociale puisse atteindre sa finalité, il est nécessaire de mettre en œuvre un ensemble de mesures, en présence de plusieurs acteurs qui ont des rôles divers à jouer sur la base de diverses sources de financement. Ces trois éléments constituent le noyau du cadre de référence de la protection sociale (WSM et al., 2010). Ce cadre peut être visualisé comme suit :

Figure 5: Les piliers de la protection sociale



Au titre du premier pilier, la protection sociale est avant tout un ensemble de mesures de prévention, de protection, de promotion et de transformation sociale dont l'objectif est la prévention et la réduction de l'exclusion sociale, l'inégalité, la pauvreté et la vulnérabilité.

Les mesures de prévention visent directement à éviter les privations avec des mécanismes d'assurance informels et formels et autres formes de mutualisation des risques. Elles sont basées sur le principe d'assurance sociale et de solidarité afin de faire face, comme groupe, aux risques qui se présentent au cours de notre vie. Il s'agit des soins de santé, pensions, allocations en cas de grossesse, chômage, invalidité et maladie de longue durée, ainsi que des compensations pour des accidents de travail.

Les mesures de protection sont des mesures qui visent à soulager la privation par l'assistance sociale dès lors que les mesures promotionnelles et préventives ne l'ont pas fait. Elles reposent sur l'assistance sociale et visent principalement les plus pauvres et les plus vulnérables dans la

société. Concrètement, ce sont des dispositifs offerts par l'État ou par une organisation spécialisée aux personnes qui ne sont pas ou plus capables de se prendre en charge elles-mêmes (WSM et al., 2010).

Les mesures de transformation visent à produire des changements sociaux. Cette dimension sort le cadre de la protection sociale (promotion, prévention, protection) de sa logique économique pour lui donner une autre perspective plus sociale. Cette dimension transformative vise à prendre en considération les déterminants qui entraînent des déséquilibres, créant et maintenant ainsi des vulnérabilités (Michielsens et al., 2010). Elle positionne les actions dans une perspective de quête de changement par le plaidoyer et la participation. Dans le domaine de la santé, le cadre d'analyse proposée par Devereux et Sabates-Wheeler offre un lien conceptuel pour l'analyse de la protection sociale sur la voie de la couverture universelle.

Figure 6: Schéma des mesures de protection sociale

En général, la protection sociale est souvent réduite aux mesures de protection et de prévention. Or, dans notre approche plus globale, nous intégrons aussi les investissements en capital humain (promotion) et les mesures visant le changement social (transformation).

Le second pilier est relatif aux acteurs. Pour le développement et la mise en œuvre de ces mesures de protection sociale, il est important que les différents acteurs au sein de la société assument leur rôle. Au niveau national, il s'agit en premier lieu des autorités étatiques, mais aussi des mouvements sociaux et du secteur privé. L'Etat a un rôle de garant pour développer

des mesures efficaces et garantir des services publics de qualité. Le rôle des mouvements sociaux (syndicats, mutuelles, mouvements paysans, coopératives, mouvements de citoyens, fédérations professionnelles, ONG, etc.) consiste à aider les gens à s'organiser et à s'émanciper, en particulier les exclus et les sans-voix. Ces organisations de la société civile sont considérées comme des destinataires et bénéficiaires de la protection sociale mais on attend d'elles aussi un rôle de défense des intérêts des populations et la veille (Ndiaye, 2016). En outre, un grand nombre d'acteurs sont actifs dans le domaine de la protection sociale au niveau international notamment dans le financement et la détermination des grandes orientations stratégiques (OIT, Agenda 30 des Nations Unies).

Le troisième pilier est relatif aux sources de financement. La mise en place d'un régime de protection sociale requiert des moyens financiers, mais aussi des ressources humaines. L'Etat porte évidemment une importante responsabilité à cet effet, mais la contribution des autres acteurs est fondamentale. En analysant les sources de financement, il est évident que les mouvements sociaux, et les partenaires sociaux en particulier, jouent un rôle crucial aussi dans ce domaine.

En ce qui concerne les sources de financement de la protection sociale, une distinction est faite entre les régimes contributifs et les régimes non-contributifs. Un régime est contributif s'il est financé entièrement ou partiellement par les cotisations des membres. Un régime est dit non contributif s'il est financé par les impôts. Les mesures de protection basées sur l'assistance sociale en sont le meilleur exemple (WSM et al., 2010).

En définitive, la notion de protection sociale reste une notion complexe qui intéresse beaucoup d'acteurs, ce qui rend impossible l'existence d'une définition unique, même si un consensus global semble exister. Il semble par ailleurs en être de même pour la notion de couverture santé universelle.

Section III : La CSU : définition et dimensions du concept

Il existe d'importantes disparités en matière de santé entre les pays en développement et les pays riches. Les pays à revenus faible et moyen supportent 90 % de la charge globale des maladies alors qu'ils ne représentent que 12 % des dépenses de santé globales (de Savigny & Taghreed, 2010). En d'autres termes, les personnes les plus vulnérables, qui ont les plus grands besoins de soins de santé n'y ont pas accès. De fait, 1,3 milliards de personnes n'ont aucun accès à des soins de santé abordables et efficaces. Il ressort de statistiques récentes :

- a) qu'au moins la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels ;
- b) que quelque 800 millions de personnes consacrent plus de 10 % du budget de leur ménage aux soins de santé ;
- c) qu'une centaine de millions de personnes plongent chaque année dans l'extrême pauvreté du fait de ces dépenses directes des ménages ;

d) que les dépenses directes représentent environ 32 % des dépenses en santé de chaque pays (OMS & Banque Mondiale, 2018) (Résolution 72)/139).

Aujourd'hui, la couverture sanitaire universelle (CSU) est souvent avancée parmi les solutions pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays en développement (Rodin et al., 2014). La CSU est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme «un système qui veille à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé dont elle a besoin sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers » (OMS, 2010). D'après l'OMS (OMS, 2020), la couverture sanitaire universelle en tant que concept « repose sur la Constitution de 1946, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (Acte constitutif OMS).

La Couverture Sanitaire Universelle est la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin – services de promotion, préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs – et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières (Commission des déterminants sociaux de la santé & OMS, 2009). Cette définition, endossée par tous les acteurs, implique de profondes réformes du système de santé, notamment en Afrique.

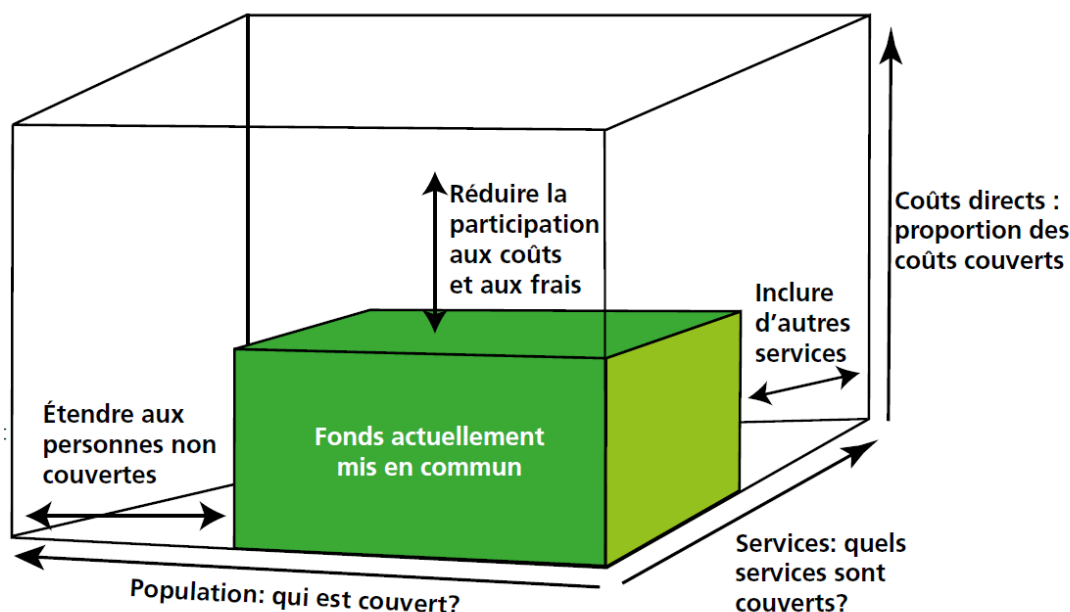
« De manière simple, la CSU est née de la volonté de lutter contre l'exclusion et de ne pas laisser les pauvres en rade (...). L'accès des pauvres aux services sociaux de base est un enjeu fondamental » Responsable OMS, le 19/08/2020.

Cette définition de la CSU insiste sur quatre dimensions importantes. Premièrement, la CSU doit concerner toute la population (universalisme). Deuxièmement, elle doit améliorer l'équité dans l'utilisation des services en réduisant l'écart entre le besoin et l'utilisation des services de santé. Troisièmement, la qualité de ces services doit être suffisante en vue d'améliorer significativement le niveau de santé de la population. Quatrièmement, la CSU s'appuie sur la protection financière contre le risque maladie dans le but d'éviter à tout un chacun de tomber dans la pauvreté à cause de paiements dit catastrophiques lors de l'utilisation des services de santé (Ndiaye, 2016) (Maeda et al., 2015).

Selon ces critères, difficiles à atteindre complètement, aucun pays n'a atteint entièrement tous les objectifs de la CSU. Ceci est d'autant plus difficile pour les pays à faible revenu. C'est donc un idéal dont on voudrait s'approcher au maximum et non pas un objectif réalisable à 100% ; une sorte « d'utopie conductrice ». La couverture sanitaire universelle est à la fois un but en soi et un moyen d'atteindre d'autres buts. En effet, tous les pays veulent : (i) améliorer la protection financière ; (ii) réduire l'écart entre besoin et utilisation des services de santé et (iii) améliorer la qualité de ces services. Ainsi définie, la CSU paraît comme une politique faisable par toutes les nations quel qu'en soient le niveau de revenu et le stade de développement (Zine Eddine et al., 2018).

Le rapport sur la santé dans le monde 2010, « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », a illustré le concept par le « cube de la CSU » (voir illustration), dans lequel une expansion progressive (1) des services couverts pour (2) la totalité de la population alors que (3) les fonds mis en commun pour financer les soins de santé augmentent (OMS et al., 2010).

Figure 7: Illustration de la CSU



Source : Rapport sur la santé dans le monde (OMS, 2010)

Ce modèle gagne en popularité. Depuis 2010, plus de 80 pays ont demandé à l'OMS une assistance technique dans le but de passer à ce modèle. Les économies émergentes comme le Brésil, la Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud (les BRICS), qui représentent près de la moitié de la population mondiale, entreprennent toutes des démarches pour mettre en place la CSU. En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution historique (06/12/2012 A/67/L.36) appelant les États membres à adopter des politiques de CSU et, plus récemment, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a, elle aussi, pris le train en marche (OIT, 2014). Tant la Banque mondiale (Maeda et al., 2015) que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont proposé la CSU parmi les éléments clés des Objectifs du développement durable finalisés en septembre 2015 (Shelton, 2015) (Van Gijssel, 2015).

Aujourd'hui, il est reconnu qu'un système efficace de protection sociale permet, en matière de santé, un accès universel aux soins de santé essentiels abordables, disponibles et de bonne qualité, et apporte une protection financière en période de maladie, d'accident et de maternité. La protection sociale englobe ainsi la CSU. La CSU est davantage un sous ensemble spécifique de la protection sociale qui elle, est une notion beaucoup plus large. En ce sens, la CSU entretient davantage des rapports de complémentarité et moins d'exclusivité avec la protection sociale.

Section IV : La notion de fragilité : critères et indicateurs

La fragilité est un concept apparu au cours des années 2000 dans la terminologie des institutions internationales et dans la littérature scientifique. C'est une notion multiforme qui peut recouvrir des acceptions différentes selon l'auteur ou l'institution. Cependant, même si la notion de

fragilité n'est pas uniforme et transposable partout, il est possible de ressortir certains traits caractéristiques d'une situation particulière pour la qualifier de fragile.

La fragilité était jusqu'à une période récente centrée sur les Etats. On parlait alors d'Etat fragile défini comme un État dans lequel les instances étatiques n'ont pas la volonté politique et/ou la capacité d'assumer les fonctions essentielles requises pour faire reculer la pauvreté et promouvoir le développement, et d'assurer la sécurité et le respect des droits de l'homme de la population (OCDE, 2007). De tels pays incluent des contextes différents et variés (North et al., 2007).

Cette fragilité se caractérise généralement par une absence ou d'importantes carences du pouvoir étatique, par son manque de légitimité et par l'instabilité des relations entre Etat et Société. Un Etat est considéré comme fragile quand il ne fournit pas, ou n'organise pas, des services comme la sécurité, la justice, la santé ou l'éducation. Un Etat est aussi fragile s'il n'est pas perçu comme légitime par sa population. Le manque de légitimité des instances étatiques, combiné à l'incapacité de l'Etat à répondre aux besoins essentiels de la population, forment la base des situations de fragilité. Celles-ci handicapent les actions de lutte contre la pauvreté et hypothèquent leur durabilité, tout en constituant potentiellement des menaces pour la paix et la sécurité, tant pour les populations directement concernées que pour leur voisinage. (DGD, 2013). Ces pays regroupent globalement 1/6 de la population mondiale et 1/3 des personnes vivant avec moins d'un dollar par jour, dont 70% de ces personnes sont des femmes. (World Bank, 2011).

Cependant, plutôt que d'« États », « fragiles et en conflit », la Banque mondiale a graduellement préféré la notion plus large de « situations de fragilité ». Une situation de fragilité se définit comme une situation où « les institutions échouent durablement à répondre aux attentes légitimes de la population dans le domaine de la sécurité, des services sociaux et économiques de base, et de l'État de droit. » (Serre & Bokova, 2016). La coopération belge utilise la terminologie en faisant référence à celle adoptée au niveau européen avec l'introduction du concept de « situations de fragilité » (Conclusions du Conseil de l'Union Européenne du 20/11/2007) :

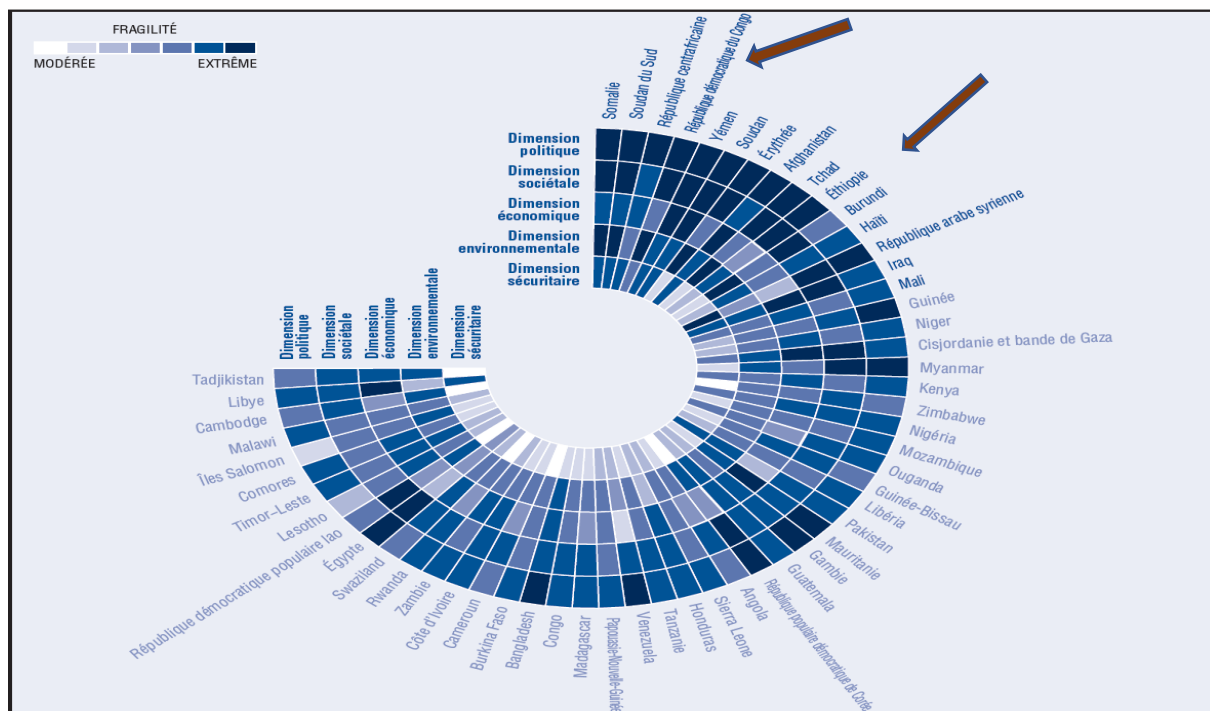
« Le Conseil prend acte de ce que le concept de fragilité s'applique à des structures faibles ou défaillantes et à des situations dans lesquelles le contrat social est rompu du fait de l'incapacité ou du refus de l'État d'assurer ses fonctions de base et d'assumer ses obligations et responsabilités en ce qui concerne l'État de droit, la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales, la sécurité de la population, la réduction de la pauvreté, la fourniture des services, la gestion transparente et équitable des ressources et l'accès au pouvoir. Le Conseil note que les situations de fragilité, y compris au niveau de l'État, présentent des caractéristiques variables et spécifiques, et appellent à chaque fois des réponses adaptées » (Conseil de l'UE, 2007).

L'OCDE propose depuis 2015 un cadre multidimensionnel de la fragilité axé sur cinq dimensions : économie, société, environnement, sécurité et politique. La fragilité concerne donc les citoyens, les organisations de la société civile, les institutions et structures publiques ou privées. L'OCDE est passée d'une approche centrée sur les États fragiles à une vision plus

englobante des « états de fragilité » (OCDE, 2017). Elle est aujourd’hui définie comme : « la combinaison d’une exposition aux risques et une capacité insuffisante de l’état, du système ou des communautés à gérer, réguler ou atténuer ces risques » (OCDE, 2016). La fragilité peut donc s’écrire comme suit : fragilité = exposition au risque x capacité de réaction (ULB Coopération, 2017).

Le Cadre de l’OCDE sur la fragilité s’articule sur autour de cinq dimensions de la fragilité et permet de mesurer chacune de ces dimensions à travers une synthèse des risques et de la capacité d’y faire face. À partir du Cadre sur la fragilité, 56 contextes ont été définis comme fragiles en 2016, dont 15 comme « extrêmement fragiles ». L’appellation « extrêmement fragiles » correspond à un fort degré de fragilité sur les cinq dimensions, conjugué à un conflit armé généralisé, ou encore à des niveaux très élevés de violence collective et sociale. Les autres contextes fragiles sont eux aussi fragiles sur toutes les dimensions, mais connaissent un niveau de violence généralement moindre que dans la catégorie « extrêmement fragiles ». Plus de 1.6 milliard d’individus, soit 22 % de la population mondiale, vivent aujourd’hui dans ces contextes fragiles (OCDE, 2017).

Figure 8: Le diagramme du Cadre 2016 de l'OCDE sur la fragilité



Source : (OCDE, 2017), page 24.

L’approche par la « fragilité » est un outil qui permet d’identifier les besoins spécifiques des situations « fragiles » afin d’y répondre le plus efficacement possible (DGD, 2013) L’approche fragilité est envisagée au niveau global.

Par ailleurs, comment mesure-t-on la fragilité dans un contexte précis ? Des indicateurs probants de la fragilité ont été listés et sont, entre autres : un gouvernement central si faible ou inefficace qu’il n’exerce qu’un contrôle marginal sur son territoire ; la légitimité du gouvernement à prendre certaines décisions est contestée ; l’absence de services publics

essentiels ; une corruption généralisée ; la présence de réfugiés ou des déplacements de populations ; une crise économique ; des relations conflictuelles avec les pays voisins (Fund for peace, 2007). Nous pouvons classer les différents indicateurs en trois catégories suivant le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Synthèse des indicateurs de fragilité

Indicateurs sociaux	Indicateurs économiques	Indicateurs politiques
Pression démographique Mouvements massifs de réfugiés et de déplacés internes Cycles de violences communautaires Émigration chronique et soutenue	Inégalités de développement Déclin économique subit ou prononcé	Criminalisation et délégitimation de l'État Détérioration graduelle des services publics Appareil de sécurité constituant un État dans l'État Émergence de factions au sein de l'élite Intervention d'autres puissances

Source : (Fund for peace, 2020)

En conséquence la fragilité peut recouper beaucoup de situations d'intervention humanitaire.

En conclusion, nous avons abordé dans cette partie, le déroulement du stage pratique au sein de la structure d'accueil et défini les concepts clés notre sujet à savoir la protection sociale, la CSU et la fragilité. Il convient maintenant pour la suite, d'appliquer ces concepts à notre champ d'étude constituée par la RDC et le Burundi.

Titre II : Analyse des initiatives de CSU pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile

Dans cette partie, il sera abordé d'une part une revue analytique des différentes approches et mécanismes de la CSU au Burundi et en RDC. Même si les finalités restent identiques dans les deux pays, les stratégies et résultats peuvent différer d'un pays à un autre (Chapitre I). D'autre part et à la lumière des expériences de chaque pays et des enjeux en cours dans les pays d'étude, nous allons dégager un ensemble de leçons ou de recommandations pour favoriser une meilleure implémentation des politiques de protection sociale en santé et notamment de CSU en contexte fragile (Chapitre II).

Chapitre I : Approches de PS et CSU au Burundi et en RDC

La RDC et le Burundi reconnaissent la nécessité d'assurer une protection sociale en santé efficace et performante à leurs populations. Cependant, les choix retenus pour leur mise en œuvre peuvent cacher quelques différences. Nous présenterons successivement les approches de protection sociale et de CSU au Burundi (Section I) puis en RDC (Section II).

Section I : Le cas du Burundi

Nous procéderons à la présentation de notre zone d'étude au Burundi en insistant particulièrement sur l'identification des facteurs constitutifs de la fragilité (I). A la suite, une analyse du système de santé (II) et des mécanismes de financement de la santé (III) sera élaborée. Enfin, nous terminerons par une description des dynamiques de CSU et de PS en cours (IV), son bilan et ses limites (V) et une appréciation de la contribution spécifique de Louvain Coopération, structure d'accueil de notre stage dans la mise en place de la CSU (VI).

I- Éléments constitutifs de la fragilité du Burundi et présentation de la Province de Ngozi

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l'Est avec la Tanzanie et à l'Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² (PNUD, 2017). (ISTEEBU, Avril 2017).

La population du Burundi est estimée à 11.495. 438 habitants en 2017 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2030 (PND 2018-2027) avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage (Gouvernement du Burundi, 2018a) (RGPH 2008, EDS III 2016-2017).

La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan [Burundi] (MPBGP) et al., 2017) (EDS III 2016-2017). La densité

moyenne de cette population, l'une des plus fortes d'Afrique, est estimée à environ 413 hab./km² en 2017 (PNUD, 2017).

Au plan socio-économique, le Burundi a initié depuis 2011 des réformes structurelles et financières afin de consolider les bases productives, d'améliorer le climat des affaires et de relancer l'activité économique. L'économie burundaise a enregistré un taux de croissance économique de 3,0% en moyenne sur la période de 2012-2016 (Gouvernement du Burundi, 2018a) (ISTEEBU, 2017) (PND 2018-2027). Toutefois, le Burundi reste malgré tout l'un des pays les plus pauvres au monde. Le Burundi est classé par la Banque mondiale comme un pays à faible revenu. Le rapport du PNUD sur le Développement humain de 2015 place le Burundi en 184^{ème} position (sur 188 pays et territoires) avec une espérance de vie de 56,7 ans et un taux de mortalité infantile de 82,9 décès d'enfants de moins de cinq ans pour mille naissances (PNUD, 2015). Les principaux signaux de pauvreté au niveau des ménages sont matérialisés par une vie indécente à travers le logement, des enfants mal nourris, les difficultés de payer le frais des soins de santé et de scolarité, les niveaux de chômage élevé des membres actifs, la vente de la main d'œuvre y compris les enfants, l'exploitation d'un terrain agricole oscillant autour d'une moyenne de 0,38 hectares ainsi que, l'absence de bétail et d'opportunités de transfert des revenus par les membres salariés (ISTEEBU, 2015) (PAMUSAB, 2013).

Au plan politique, le Burundi a été marqué, au cours des deux décennies écoulées, par un manque de dynamisme de l'économie qui s'explique largement par la guerre civile qu'il a endurée depuis 1993 jusqu'en 2009. Les violences post électorales en 2015 ont fini de replonger le pays dans un climat d'instabilité. Ces tensions ont conduit à la dégradation de la situation socio-politique du Burundi au cours de l'année 2015. La crise politico-sécuritaire a contribué à une détérioration des conditions de vie des populations, notamment liée à des problèmes de protection, l'accès aux services de base et aux moyens de subsistance (OCHA, 2018).

« Les éléments constitutifs de la fragilité dans le contexte burundais sont tout d'abord les crises successives, les crises politiques, les déplacements de population à l'intérieur et à l'extérieur du pays, la pauvreté dans la mesure où le revenu/habitant est de 380 dollars (...). L'agriculture est fortement touchée avec la réduction des terres cultivables. Je peux aussi ajouter la faiblesse des ressources minières et la faiblesse des structures étatiques », Responsable, ONG belge présente au Burundi, le 11/09/2020.

L'insécurité et la violence ont limité l'accès en toute sécurité des populations aux services sociaux de base. Les compressions budgétaires et la suspension d'un appui budgétaire directe ont eu des conséquences sérieuses sur la capacité du gouvernement à financer de tels services. Au-delà de la crise socio-politique et économique, le pays connaît souvent des inondations qui impactent négativement la production agricole. Ces catastrophes naturelles ont déclenché de nouveaux besoins humanitaires et menacent davantage la sécurité et la dignité des personnes les plus vulnérables, en particulier des jeunes, des femmes et des enfants, qui ont déjà adopté des stratégies d'adaptation néfastes (Gouvernement du Burundi, 2018b). Selon le HNO, 3.6 millions de personnes ont besoin en 2018 d'une assistance humanitaire (OCHA, 2018). Le pays est classé 11^{ème}/178 sur la liste des pays les plus fragiles selon Fragile States Index (FSI) (score de 97.1/120) (Fund for peace, 2020). L'OCDE a aussi classé le pays dans la catégorie « extrêmement fragile » sur toutes les dimensions de son cadre de fragilité (OCDE, 2017).

Tableau 3: Les dimensions et niveaux de fragilité au Burundi

Pays	Dimension	Niveau de fragilité	Fragilité
Burundi	Dimension environnementale	Extrême fragilité	6
Burundi	Dimension économique	Extrême fragilité	3
Burundi	Dimension sécuritaire	Extrême fragilité	1
Burundi	Dimension politique	Extrême fragilité	3
Burundi	Dimension sociétale	Extrême fragilité	6

Source : (OCDE, 2017)

« La fragilité se manifeste sur plusieurs points : le niveau bas d'instruction, la pauvreté et la faiblesse des moyens financiers, l'instabilité politique, la dépendance vis-à-vis de l'extérieur », Médecin conseil des mutuelles, Burundi, le 30/09/2020.

Le chômage et le sous-emploi des jeunes prend également des dimensions inquiétantes. Selon l'ISTEEBU (Institut de Statistique et d'études économiques du Burundi), 75% de population économiquement active est employée dans l'informel, contre 18% dans le secteur public et 7% dans le secteur privé formel. Au phénomène du chômage s'ajoute celui du sous-emploi: les emplois intermittents, le travail dans des mauvaises conditions de sécurité physique et légale, avec des horaires interminables et de très maigres revenus (ISTEEBU, 2015) (RNBMAPS, 2017).

« Les éléments caractéristiques de la fragilité sont notamment la faiblesse du pouvoir d'achat et la difficulté d'accéder financièrement aux soins et aux médicaments consécutifs à cette faiblesse du pouvoir d'achat », Directeur de Compagnie d'assurance au Burundi, le 06/12/2020.

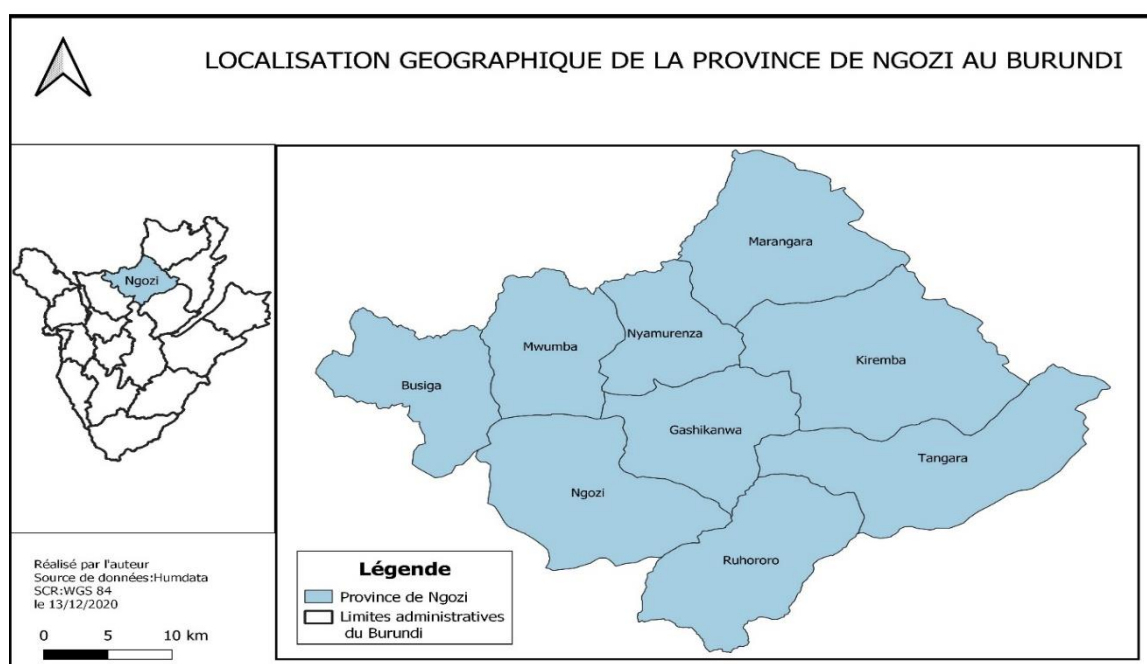
« La fragilité au Burundi c'est d'abord économique à la base, c'est un petit pays qui n'a pas beaucoup d'industrie et qui historiquement n'est pas un pays très riche (...), ce qui induit un niveau de développement qui n'est pas élevé, qui induit que les indicateurs de développement humain ne sont pas élevés non plus (...), L'autre fragilité, elle est contextuelle, c'est lié au contexte politique et c'est une fragilité démocratique ». Chargé de programme Burundi, ONG belge, le 20/11/2020.

De manière plus spécifique, notre étude se focalise sur la province de Ngozi qui compte 805 949 habitants pour une superficie de 1474 km². Elle est située au Nord du Burundi et est délimitée par les provinces de Kirundo, Muyinga, Karuzi, Gitega et Kayanza. La commune de Ngozi qui concentre une part importante des interventions de LC est située à l'ouest de la province Ngozi au nord du Burundi. Elle est délimitée au nord par la commune de Mwumba, au sud par la province Kayanza, à l'est par les communes de Gashîkanwa et de Ruhororo, et à l'ouest par la commune de Busiga et la province de Kayanza. Sur le plan administratif, la commune comprend :

- 6 zones : le centre urbain de Ngozi, Ngozi rural, Mivo, Mubuga, Mugomera et Makaba ;
- 39 collines ;
- 6 quartiers (ISTEEBU, 2017).

Ci- dessous, une localisation géographique de la province de Ngozi.

Figure 9: Carte de la Province de Ngozi au Burundi



Les difficultés recensées au plan national existent également dans la province de Ngozi avec une intensité plus ou moins similaire. Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2008, la population de la commune de Ngozi était estimée à 120 557 habitants. La commune de Ngozi est semi-urbanisée avec une population urbaine qui s'élève à 39 884 habitants et une population rurale réunissant 80 673 personnes. Cette population est répartie sur une superficie de 184,46 km² soit une densité moyenne de 582 habitants par kilomètre carré (ISTEEBU, 2008). Cette densité est l'une des plus élevées de la province et du pays.

Les infrastructures sanitaires sont essentiellement composées de :

- 2 hôpitaux (1 public et 1 privé) ;
- 17 centres de santé (5 publics, 1 agréé et 11 privés ou associatifs).

Pour accéder aux soins médicaux, la population de Ngozi doit parcourir souvent de longue distance (5 km). En 2009, le personnel médical était composé de 18 médecins incluant ceux en charge des fonctions administratives. Les infirmiers étaient au nombre de 110 (80 pour l'hôpital de Ngozi et 30 pour les centres de santé) (Gouvernement du Burundi, 2018b) (Onu Habitat, 2012). Les problèmes économiques les plus ressentis dans la ville de Ngozi sont liés :

- à la hausse des prix et à la dévaluation de la monnaie ;
- au chômage des étudiants et des élèves qui terminent l'école sans pouvoir trouver un emploi,
- à la pauvreté des campagnes tant périphériques qu'éloignées de la ville ;
- à la pauvreté de certains ménages poussant des enfants à abandonner l'école ;
- à la différence entre le coût de la vie élevé et les faibles revenus (Onu Habitat, 2012).

II- Présentation du système de santé du Burundi

Globalement, l'état de santé de la population se caractérise par une charge élevée de la morbidité et de la mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. L'analyse de la situation épidémiologique indique que les maladies qui constituent les principales causes

de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida, les maladies ou troubles liés à la grossesse et la tuberculose (PNDS 2011-2015).

Le système de santé du Burundi est organisé sous forme pyramidale et il s'articule sur 3 niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central est chargé principalement de la formulation de la politique sectorielle, de la planification stratégique, de la coordination, de la mobilisation et affectation des ressources ainsi que du suivi - évaluation. Le présent niveau assure la fonction de régulation et de normalisation. Le niveau intermédiaire est composé de 17 bureaux provinciaux de santé (BPS). Ils correspondent au niveau central déconcentré. Les BPS sont chargés de la coordination de toutes les activités sanitaires de la province, de l'appui aux districts sanitaires et s'assurent de la bonne collaboration intersectorielle. Ce niveau correspond au deuxième niveau administratif qui est reconnu juridiquement. Le niveau périphérique est composé de 45 districts de santé couvrant 66 hôpitaux et 735 centres de santé répartis sur les 129 communes du pays. Ce niveau qui couvre 2 à 3 communes souffre du manque d'un cadre juridique. En effet, il correspond au troisième niveau administratif dans le secteur de la santé, lequel diffère du niveau administratif territorial qui est la commune. Cette situation constitue une entrave pour son fonctionnement et sa collaboration avec l'administration communale (PAMUSAB, 2013).

La même configuration pyramidale se retrouve dans l'organisation du réseau des soins avec quatre niveaux de soins que sont : le niveau de base, la première référence, la deuxième référence et la référence nationale vers les hôpitaux nationaux et centres spécialisés.

Le niveau de base est constitué par les centres de santé. Un paquet minimum d'activité est défini pour chaque centre de santé (CDS) couvrant les soins curatifs, préventifs, promotionnels. Le niveau de première référence est constitué par les hôpitaux de district. Ces hôpitaux offrent, en plus du paquet complémentaire d'activités (PCA), le paquet minimum d'activités (PMA) qui devrait être dispensé par les CDS. Ceci entraîne une forte utilisation des services des hôpitaux et une sous-utilisation de ceux des centres de santé. Les hôpitaux de deuxième référence sont au niveau de certaines provinces qui répondent plus ou moins aux paquets d'activités des hôpitaux dits régionaux. Ceux-ci complètent le paquet d'activités en offrant certains des soins spécialisés. La référence nationale est constituée par des hôpitaux spécialisés nationaux qui offrent des soins qui ne peuvent pas être trouvés aux autres niveaux comme les traitements et les examens plus poussés. Il n'y a pas de structure sanitaire de référence nationale à Ngozi (Gouvernement du Burundi, 2018b).

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

III- Le financement de la sante au Burundi

Au Burundi, il existe quatre principales sources de financement de la santé. Il s'agit de l'Etat, de l'aide extérieure, des assurances et du secteur privé. Parmi ces sources, la contribution des ménages est très élevée car elle représente 40% de la dépense totale de santé selon les résultats des comptes nationaux de santé (Letourmy, 2014). Elle s'effectue à travers les versements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances publiques et privées.

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

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

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

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

Enfin, pour la couverture des soins de santé de la population du secteur rural et informel, le système de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) a été mis en place par l'Etat burundais. La carte est rendue disponible par les formations sanitaires. Elle est en principe destinée aux populations à faible revenu pour un coût annuel de 3000 Fbu. Le système doit être considéré comme une contribution de l'Etat au financement des soins de santé pour une partie de la population (assistance médicale à 90% de la population).

Cependant, il existe une autre partie de la population qualifiée d'indigente qui est identifiée par les communes et prise en charge par le Ministère de la solidarité nationale pour une assistance médicale justifiée.

Une autre catégorie intervient également dans le financement de la santé : les mutuelles de santé. Les mutuelles de santé sont des associations libres et volontaires de personnes qui, au

moyen uniquement des cotisations de leur membre, leur garantissent une protection contre le risque maladie en dehors de toute assurance publique (Letourmy, 2000). Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie. Les bénéficiaires sont à la fois gérants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers (Richard, 2005). Le développement des mutuelles de santé au Burundi s'accélère. Les acteurs qui accompagnent le développement des mutuelles de santé actuellement opérationnelles au Burundi sont les suivants :

- L'Archidiocèse de Gitega (appuyée par WSM)
- ADISCO (appuyé par SOLSOC)
- UCODE (appuyé par Louvain Coopération)
- MEMISA Belgique.
- FVS/AMADE Burundi.

Ci-joint un récapitulatif des principales opérations des MUSA membres la FEMUSCABU présentes dans la province de Ngozi.

Tableau 4: Données sur les MUSA à Ngozi en 2019

Mutuelles ou section	Nom de la commune	Adhérents assurés 2019	Dont renouvelants	Bénéficiaires assurés 2019	Cout total Prestations internes (FBu)
MS TUBABARANE	NGOZI	105	65	608	5 246 009
MS GWARUKIRA	NYAMURENZA	77	52	500	650 395
MS AMAGARA YACU	BUSIGA	106	91	541	1 287 891
MS TUGWANIRAMAGARA	KIREMBA	425	277	2 975	17 027 650
SECTION MARANGARA	MARANGARA	88	0	551	102 566
TOTAL NGOZI		801	485	5 175	24 314 511

Source : FEMUSCABU

IV- Progrès vers la CSU : les mécanismes de couverture du risque maladie en cours

Plusieurs dynamiques sont à l'œuvre au Burundi pour la mise en place progressive d'une CSU. Une architecture institutionnelle a été conçue pour porter cette ambition. Depuis 2014, le Gouvernement du Burundi a mis en place :

Des organes comme :

- La Commission Nationale de Politique Nationale de protection Sociale (PNPS) (décentralisé au niveau des entités administratives)
- Le Comité National de Dialogue Social décentralisé dans tous les secteurs
- L'Office Burundais pour la main d'œuvre (OBM)

Des mécanismes de financement

- La Carte d'Assurance maladie Universelle (CAM),
- Le Fonds d'Appui à la Protection Sociale (FAPS)

Un cadre réglementaire

- Mise en place du code de sécurité sociale
- Mise en place du code du travail

A titre illustratif, l'objectif général du PNPS est d'assurer une couverture de protection sociale convenable pour tous.

Les orientations du Document de Politique vise spécifiquement à :

- Renforcer les mécanismes de prévention des risques sociaux
- Redynamiser le pouvoir contributif de la population (économie solidaire)
- Etendre progressivement une couverture de protection sociale convenable à toute la population (extension de la couverture)
- Veiller au respect des normes de gestion des dispositifs de protection sociale fonctionnels (gouvernance des organismes).
- Renforcer les capacités institutionnelles de mise en œuvre de la Politique Nationale (Gouvernement du Burundi, 2011).

Des réformes ont aussi été mises en place pour la Décentralisation à travers la mise en place des Districts Sanitaires. Cette politique a permis de concrétiser un des piliers de la CSU à travers l'élargissement de l'offre de soins.

Une autre dynamique importante qui a été initiée et qui est importante dans l'optique de CSU (augmentation de la population couverte) est celle de la politique de gratuité des soins. En mai 2006, le Président de la République a annoncé l'annulation du paiement par les usagers pour les services de santé offerts aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes et celles qui accouchent. Ce décret présidentiel avait pour objectif d'améliorer la santé maternelle et infantile en facilitant l'accès financier aux soins de santé. Même s'il faut saluer ce mécanisme qui permet d'inclure des populations fragiles avec un accès limité aux structures de santé, son caractère général peut poser problème. En effet, des ménages susceptibles de financer eux-mêmes leur accès par les divers mécanismes qui existent (souscription à une mutuelle par exemple) profitent du système généralisé de gratuité mis en place pour ces catégories spécifiques, ce qui au regard des moyens limités de l'Etat central entrave la durabilité du système mais aussi la qualité des prestations.

Enfin, une dernière dynamique à relever est l'introduction de la stratégie de financement basé sur la performance (FBP). Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats. Le FBP consiste à financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs définis préalablement (MSPLS, 2017).

Le financement basé sur la performance a été retenu comme stratégie à mettre en œuvre avec pour objectif de motiver et stabiliser le personnel de santé, inciter le personnel de santé à travailler même au niveau des structures de soins les plus périphériques, améliorer la qualité des soins offerts à la population, renforcer l'autonomie, l'organisation et la gestion des structures de santé, prendre en compte le point de vue de la population dans la résolution des problèmes de santé (Gouvernement du Burundi, 2006) (Letourmy, 2014).

« Il y a un paquet et une autonomie de gestion dans le cadre du financement basé sur la performance. Il y également la possibilité d'acheter des médicaments et de satisfaire les soins de santé primaires. (...). La population souvent court-circuite le système de référencement en allant dans des hôpitaux de district ou régionaux au lieu des centres de santé. (...) Sur le FBP, il y a souvent des retards de paiement de 1 à 2 mois. Il arrive souvent que les dépenses soient supérieures aux recettes. Il peut advenir qu'il n'y ait pas suffisamment de fonds à la fin du mois. Dans ce cas, le Bureau du district peut faire une avance sur les médicaments », Prestataire, le 30/09/2020.

Malgré ces initiatives institutionnelles et les mécanismes mis en œuvre, les difficultés en matière d'accessibilité et de qualité des soins demeurent actuelles pour la plupart des burundais. Selon les résultats des Comptes Nationaux de la santé 2013, l'aide extérieure est la principale source de financement du secteur de la santé, suivi de la contribution des ménages et de l'Etat.

Parallèlement à ces mécanismes mis en place par l'Etat, se développe au Burundi le modèle mutualiste, dans lequel s'investissent plusieurs acteurs Belges dont Louvain Coopération.

V- Contribution de la mutualité à la CSU : l'action de Louvain Coopération et ses partenaires

Louvain Coopération est très active dans l'accès aux soins de santé pour les populations burundaises à travers notamment la promotion des mutuelles. De manière plus spécifique, Louvain Coopération appuie et accompagne grâce à son partenaire local UCODE-AMR la mise en place en place de mutuelles viables et performantes au service des populations.

Couverture

La mutuelle promue par l'UCODE (structure d'appui) et Louvain Coopération a été appuyée dans le cadre du projet de Lutte contre l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition « LIAM ». Elle est dénommée « TUGARUKIRE AMAGARA Y'IMIRYANGO » et a commencé avec 2 sections en 2010 et les sections sont passées à 5 en 2011 et à 6 en 2012 dans 3 provinces au Nord du pays à savoir Kayanza, Ngozi et Kirundo. Chaque section jouit d'une autonomie dans sa gestion et Louvain Coopération et son partenaire UCODE apportent l'appui dans son fonctionnement. Elle a été agréée en juillet 2013. En 2019, la mutuelle compte 2400 bénéficiaires. La mutuelle est ouverte à toute personne des communes ciblées par le projet LIAM. La plupart des personnes qui adhèrent sont les ménages bénéficiaires membres des associations qui évoluent dans le développement des filières agricoles et dans les activités d'élevage et celles qui sont génératrices des revenus non agricoles qui sont appuyées par les organisations initiatrices de la MUSA.

Paquet de soins et coût

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

- Un ménage à 1 personne cotise 5.000 FBu par an.
- Un ménage de 2 à 3 personnes cotise 10.000 FBu par an.

- Un ménage de 4 à 6 personnes cotise 12.000 FBu par an.
- Un ménage de plus de 6 personnes cotise 2.000 FBu pour une personne de plus.

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

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

Figure 10: Résultats de Louvain Coopération dans le secteur mutualiste à Ngozi en 2019

Province	COMMUNE	MENAGES ADHERANT	BENEFICIAIRES	Femmes	Hommes	% DES FEMMES	Population cible	Taux de pénétration
NGOZI	NGOZI	263	1342	545	797	40,61	120557	1,11
NGOZI	BUSIGA	101	464	243	221	52,37	65143	0,71
NGOZI	GASHIKANWA	99	574	302	272	52,61	57086	1,01
NGOZI	MWUMBA	122	525	326	199	62,10	61584	0,85
	TOTAL	585	2905	1416	1489		304370	0,95

VI- Analyse sommaire des progrès vers la CSU : bilan et limites

La protection sociale officielle couvre uniquement le secteur formel soit environ 10% de la population (les fonctionnaires et magistrats, les travailleurs sous-contrat de la Fonction Publique, les Forces de défense et de sécurité nationale, les salariés des secteurs parapublic et privé). Les travailleurs du secteur informel et du secteur rural non couverts par ces dispositifs essaient d'initier des systèmes alternatifs (mutuelles de santé communautaires, Solidarités familiales, territoriales, confessionnelles ou professionnelles, etc.). Différents dispositifs sont aujourd'hui en cours de mise en place pour cheminer progressivement le Burundi vers une CSU. Mais, comme le notent tous les documents récents sur la question, la protection sociale est confrontée à de nombreuses contradictions internes comme la CAM et les mutuelles de santé communautaire ou du secteur privé ainsi que des chevauchements, voire des incohérences qui rendent très difficile la mise en œuvre. Ainsi, la juxtaposition des mêmes mécanismes (CAM et Mutuelles) sur un même groupe cible freine l'évolution des mutuelles de santé (Letourmy, 2014) (PAMUSAB, 2013).

« La CAM a été mise en place pour les couches les plus vulnérables mais cela s'est étendu à toute la population, ce qui a fragilisé le mouvement mutualiste (...). La commission nationale de protection sociale comprend une dizaine de ministères et propose des plans opérationnels », Responsable, LC Burundi, le 11/09/2020.

La mise en place de la commission nationale de protection sociale (CNPS) dotée d'un secrétariat exécutif permanent censée résoudre ces questions donne beaucoup d'espoirs, mais une réelle concurrence avec les ministères sectoriels et en particulier de la santé sur la CSU

reste sous-jacente. Consécutivement à cette évolution, plusieurs initiatives ont été prises, notamment de commanditer des études sur le mécanisme et la stratégie de financement de la santé, la stratégie nationale de protection sociale, les filets sociaux, une enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages, la révision du code de la sécurité sociale, etc. Cependant, la question de la catégorisation de la population en fonction des revenus à mettre en lien avec le fonctionnement de la CAM, le caractère obligatoire, l'architecture, le portage institutionnel ne sont pas encore tranchés.

Sur le plan social, les programmes de gratuité (soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la scolarité pour le cycle primaire, CAM), ont pour côté positif de venir en aide aux couches de la population des secteurs rural et informel les plus défavorisées, mais fragilisent les formations sanitaires et les mutuelles de santé par les retards de paiements dus par l'Etat et leurs dépendances vis-à-vis des financements externes.

Le document de PNPS mentionne que le niveau de l'accès à la protection sociale reste très limité en raison de :

- 1- niveau faible de revenus des travailleurs du secteur informel et de la population rurale qui limitent l'affiliation aux systèmes de protection sociale contributif;
- 2- manque de synergie, cohérence et coordination des interventions de protection sociale;
- 3- prestations insuffisantes et une très faible extension des régimes fonctionnels
- 4- Absence d'une stratégie de mise en œuvre de la PNPS
- 5- Code de la sécurité sociale, code du travail et Assurance maladie maternité adoptées respectivement en 1992-1993 et 2002 et qui nécessitent une actualisation
- 6- Convention 102 sur le socle de protection sociale non ratifiée par le Burundi
- 7- Chevauchement des systèmes (MUSA et CAM) dans le processus de mise en œuvre de la CAM (Gouvernement du Burundi, 2011).

Le contexte actuel de protection sociale en santé au Burundi est que la rareté de devises a beaucoup influé sur la disponibilité de certains médicaments. Ceci aggrave les pénuries des médicaments dans les formations sanitaires.

Les systèmes actuels ont par ailleurs beaucoup de faiblesses. Par exemple, la CAM souffre de nombreuses insuffisances telles que : le manque de financement, la gestion non transparente et la fixation du prix du coût d'achat de la carte qui ne tient pas compte du risque réel ; la non-maîtrise de la gestion technique de la CAM, une non-implication de la population dans la gestion, les remboursements tardifs par le trésor public

De leur côté, les Mutuelles de santé communautaires rencontrent beaucoup de difficultés : la faible couverture et/ou faible taux de pénétration ; la nécessité permanente de formation des membres et des gestionnaires ; incompatibilité des politiques nationales CAM et MUSA ; une faible culture de prévoyance chez les Burundais. Ci-dessous, les résultats de la MUNASA (Mutuelle Nationale de Santé) pour les années 2019 et 2020 dans la Province de Ngozi.

Tableau 5: Statistiques de la MUNASA à Ngozi

Commune	Adhérents 2019	Bénéficiaires assurés 2019	Adhérents 2020	Bénéficiaires assurés 2020	Cas soignés 2019	Coût en FBu
Ngozi	282	946	374	1347	813	4848104
Kitemba	228	1198	372	2095	1163	6802921
Busiga	48	210	97	500	265	948844
Tangara	72	357	61	312	440	1478345
Total	631	2711	904	4254	2681	17078214

Source : MUNASA Ngozi

Enfin, la part de financement des PTF reste majoritaire. Ces apports extérieurs sont de plus en plus imprévisibles et l'alignement aux priorités du gouvernement est encore faible du fait de l'incohérence des politiques (PAMUSAB, 2013). Une autre question c'est la mauvaise répartition des ressources humaines. Il existe toujours une forte disparité entre les 4 plus grandes villes et les régions éloignées. Bujumbura Mairie compte 50% des médecins, inclus 75% du total de spécialistes, mais n'abrite que 5% de la population nationale.

Section II : Le cas de la RDC

Cette section est consacrée à la présentation de notre région d'étude en RDC à la savoir la province du Nord-Kivu. Cette présentation se fera d'abord sous le cadre d'analyse de la fragilité (I). Ensuite, il sera question d'aborder les avancées de la province en matière de CSU comparativement à l'échelon national (II), la description des mécanismes de CSU (III). Enfin, nous aborderons la contribution spécifique d'ULB-Coopération structure d'accueil de notre stage à l'avènement d'une CSU au Nord-Kivu et en RDC (IV) avant de dresser un bilan global sur la mise en œuvre de la CSU dans la région et le pays (V).

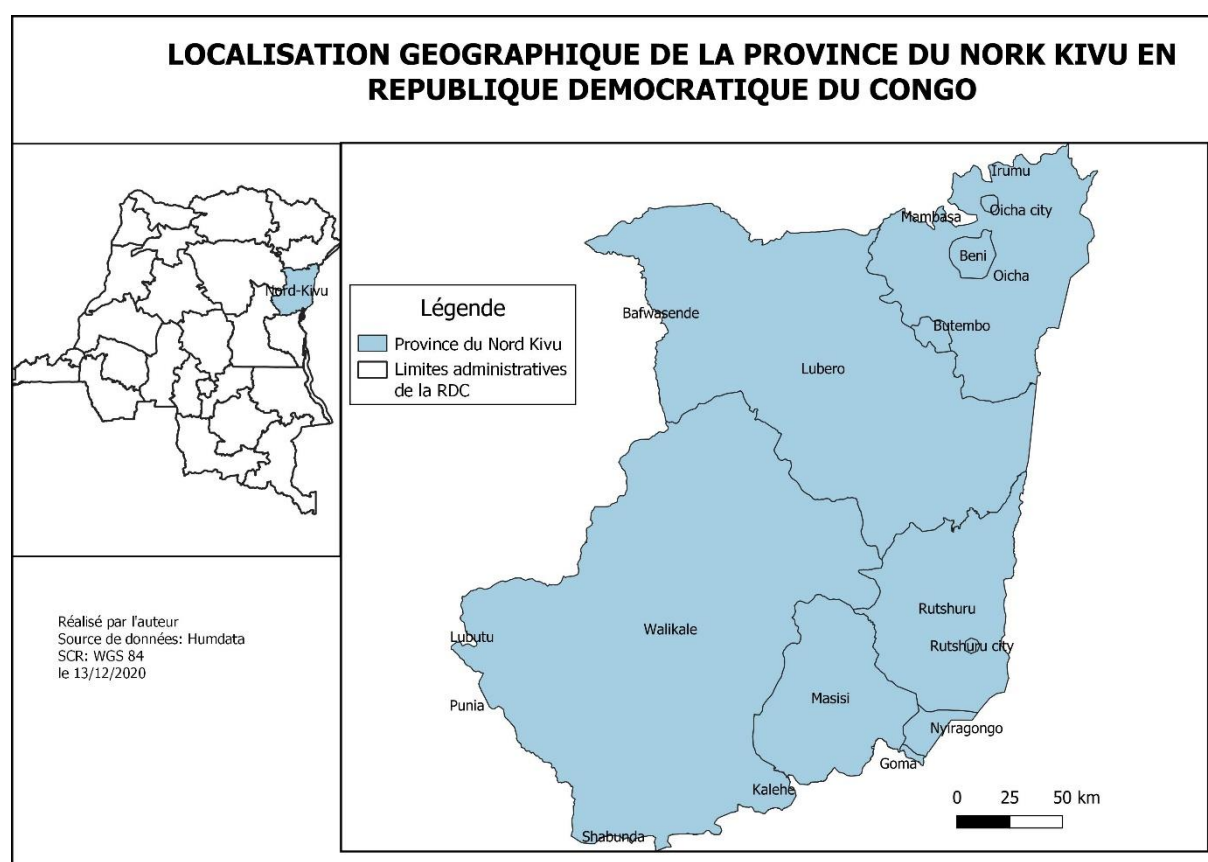
I- Présentation du Nord Kivu : vulnérabilité et fragilité

Le Nord-Kivu est une province de la RDC localisée à l'est du pays. La RDC a une population estimée à 85 millions pour une superficie de 2.345.406 km². Selon les projections, le pays comptera 120 millions d'habitants en 2030 avec une population active de moins de 45%. Le pays est subdivisé en 26 provinces. Le pays partage une frontière avec 9 pays pour un total de 916 km (INS, 2015). La RDC est comptée parmi les pays pauvres très endettés du monde malgré ses immenses potentialités naturelles, économiques, humaines, etc. La population congolaise vit dans une pauvreté extrême aggravée par des événements multiples dont la mal gouvernance, les guerres, les crises politiques consécutives, à la longue et difficile transition politique (Gouvernement de la RDC, 2005). La situation économique du pays est difficile avec 74% de la population qui vit sous le seuil de pauvreté pour un PIB faible par habitant et par an de 514 dollars. Les progrès sur le plan économique ont été fortement impactés par la situation sécuritaire dans le pays (INS, 2017). Les principales causes de mortalité et de morbidité sont le paludisme, l'insuffisance respiratoire aigüe, la méningite, grippe, choléra ; ces dernières années, la rougeole et la maladie à virus Ebola.

« La fragilité en RDC est constituée par le contexte politique, les rebellions, les troubles. Ce contexte politique a des effets d'entraînement sur les autres secteurs économiques et sociaux. La fragilité, c'est dans l'accès aux soins de santé approprié à cause des barrières financières, de la faible qualité des soins, l'absence d'infrastructures de base et la faible régulation », Responsable plateforme mutualiste, le 09/10/2020

Le Nord-Kivu qui est retenue comme la région d'étude est une province de l'Est de la République Démocratique du Congo. Située à l'est du pays, la province du Nord-Kivu est limitrophe de 4 autres provinces, d'une région ougandaise et du Rwanda. Elle jouxte la province de l'Ituri au nord, les provinces de la Tshopo et du Maniema à l'ouest, et le Sud-Kivu au sud. À l'est, elle est limitée par l'Ouganda et le Rwanda (INS, 2014).

Figure 11: Carte de la province du Nord-Kivu



Cette province est issue du découpage de l'ancienne province du Kivu intervenu en 1988. La province du Nord-Kivu constitue l'épicentre de la guerre en RDC. C'est là qu'est née une multitude de groupes armés, plus d'une vingtaine ayant été créés au cours des deux dernières décennies. C'est aussi là que les signes précurseurs des guerres du Congo sont apparus, à travers une violence ethnique en 1993 ; et c'est encore là que persistent aujourd'hui les obstacles les plus redoutables à la stabilité du pays (Stearns, 2012). Les populations au Kivu restent vulnérables :

« Nous avons un concept plus ou moins englobant de couches vulnérables et dans couches vulnérables on y met les femmes, les enfants, les couches déshéritées ; en tous cas tous ceux qui sont vulnérables par rapport aux différents aspects de la vulnérabilité. Et moi je fais allusion à

la vulnérabilité géographique (...), la vulnérabilité économique et il y a la vulnérabilité physique. On considère ces trois dimensions avec un accent particulier lié au genre notamment les femmes », Responsable USAID, le 07/10/2020.

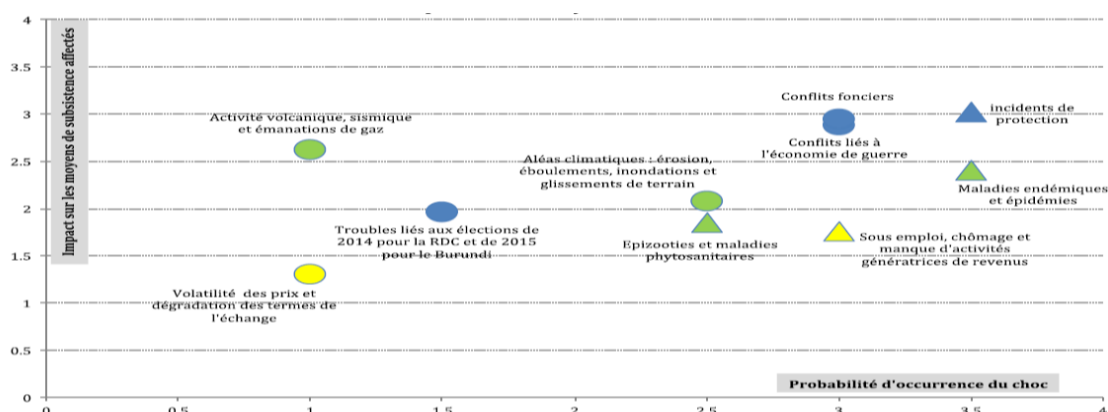
La province du Nord-Kivu est le théâtre de nombreux affrontements qui terrorisent la population entraînent d'importants déplacements (Commission Economique pour l'Afrique & ONU, 2015) (MBELO, 2003). A titre illustratif, en novembre 2008, de violents combats ont opposé les milices du Congrès National pour la Défense du Peuple (CNDP) de Laurent Nkunda à l'armée congolaise, dans la province du Nord-Kivu. Jusqu'à ce jour, plusieurs organisations internationales dénoncent fréquemment les violences des différents groupes armés en présence contre les femmes et les enfants. Le HCR avait sonné l'alarme devant le déplacement massif de populations qui fuyaient les violences. Malgré la signature d'accord de paix et la présence des Nations Unies, les combats ont repris dans la région, si bien que l'on compte environ 1,5 million de déplacés à l'intérieur même du pays, tandis que quelque 350 000 réfugiés congolais ont fui le pays (Pourtier, 2009).

Les interprétations de la pérennisation de la violence dans l'est du Congo sont diverses, et mettent en évidence des griefs relatifs au foncier et à l'identité, l'avidité des élites locales et internationales, ou encore la faiblesse et la vénalité de l'État congolais (Stearns, 2012).

« Le premier élément de fragilité pour la RDC c'est d'abord le contexte de guerre. C'est un pays qui a connu la guerre pendant presque 20 ans je peux dire et donc dans une telle situation la population souffre énormément. Il y a des déplacés internes qui sont comptés par milliers et des gens qui quittent les villages parce qu'il y a des attaques en abandonnant leurs activités agricoles. Le second élément de fragilité est lié à l'insuffisance du système de protection sociale », Responsable régional, ONG belge.

Selon une étude menée par l'UNICEF et l'OCDE, cette situation sécuritaire a impacté négativement plusieurs secteurs tels que l'emploi, les activités génératrices de revenus. Elle a aussi participé à la propagation des maladies et épidémies due à l'absence d'un système sanitaire opérationnel. Une économie de la guerre s'est également installée, plongeant la région dans un cycle de conflits (UNICEF & OCDE, 2014). La situation des principaux risques qui affectent les moyens de subsistance des populations est présentée sur la figure ci-dessous.

Figure 12: Cartographie des principaux risques pour l'Est de la RDC



Le cadre d'analyse pour la fragilité résume la situation de la RDC ainsi :

Tableau 6: Les dimensions et niveaux de fragilité en RDC

Pays	Dimension	Niveau de fragilité	Fragilité
République démocratique du Congo	Dimension environnementale	Extrême fragilité	6
République démocratique du Congo	Dimension économique	Extrême fragilité	3
République démocratique du Congo	Dimension sécuritaire	Extrême fragilité	3
République démocratique du Congo	Dimension politique	Extrême fragilité	6
République démocratique du Congo	Dimension sociétale	Extrême fragilité	6

Source : (OCDE, 2017)

Le FSI considère la RDC comme le 5^{ème} pays le plus fragile au monde en 2020 (parmi 178) avec un score de 109.4 sur un maximum de 120 (Fund for peace, 2020).

Sur le plan administratif, la Province du Nord-Kivu est subdivisée en 6 Territoires, 3 Villes, 10 Communes, 17 Collectivités dont 10 Chefferies et 7 Secteurs, 97 Groupements, 5 Cités et 5.178 Villages. La population de la Province est estimée en 2015 à 6,655 millions d'habitants. Le milieu rural héberge 60 % de la population contre 40 % en milieu urbain.

L'économie du Nord-Kivu repose sur le secteur primaire (Agriculture, Elevage, Pêche, Forêt, Mines) qui intervenait pour environ 49,7% dans le PIB provincial, résorbant à peu près 80% de la population. Plus de 70% des habitants de la province se considère comme pauvre dont 41.27% comme très pauvre.

Tableau 7: Perception de la pauvreté subjective au Nord-Kivu

	Très riche	Un peu riche	Intermédiaire	Un peu pauvre	Très pauvre	Ne sait pas	Total
Effectif	6	44	560	662	922	40	2234
% de la province	0,27	1,97	25,07	29,63	41,27	1,79	100
% du total	0,04	0,32	4,03	4,76	6,63	0,29	16,06

Source : DSRP, 2005

La capacité de desserte sanitaire en Province du Nord-Kivu est insuffisante par rapport à la population à prendre en charge. Certaines infrastructures sanitaires ont été détruites pendant la guerre et leurs équipements et les médicaments pillés. L'on assiste à une marchandisation très exagérée des actes médicaux qui, parfois, sont de très mauvaise qualité. 140 enfants sur 1000 meurent avant l'âge de 1 an et 237 sur 1000 meurent avant l'âge de 5 ans. (DSRP Nord-Kivu 2005).

II- Présentation du système de santé

A l'instar du Burundi, le système de santé en RDC est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau Intermédiaire ou Provincial et le niveau périphérique (Kalombola et al., 2019).

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés, les Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces (Gouvernement de la RDC, 2019).

Le niveau intermédiaire compte 26 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires, les Hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire (COOPAMI et al., 2016).

Le niveau périphérique comprend 515 ZS (zone de santé) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 Aires de Santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CDS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé (Ministère de la Santé Publique [RDC], 2011).

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100 000 à 150 000 habitants avec un HGR offrant un PCA. Elle est subdivisée en AS qui, à travers un CDS, couvre environ 5 000 à 10 000 habitants, pour l'offre du PMA. La ZS est gérée par une équipe cadre de la ZS (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone. L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS (aire de santé) couverte par le CDS, est un lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés. Dans certaines ZS, des postes de santé et des sites de soins de santé communautaires reliés aux CDS ont été créés afin de rapprocher encore plus les services de santé de la population.

Il est important de noter que le système de santé décrit ci-dessus intègre également des formations sanitaires (FOSA) du secteur privé à but lucratif et non lucratif. Il s'agit en fait des services de santé des ONG et confessionnelles. Ces FOSA sont assujetties aux mêmes obligations de prestation des services, de suivi et d'évaluation que celles du secteur public (Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) & USAID, 2019). Cependant, dans les faits, le fonctionnement du système révèle des difficultés :

« Normalement, la façon dont le système doit fonctionner est connue de tous. Mais dans le vécu, c'est là qu'on a des problèmes de régulation. Vous pouvez venir dans une zone de santé où on doit trouver 10 centres de santé, vous en trouvez 100. Vous avez les CDS et les structures de santé qui naissent de partout, sans autorisation. (...). Il y a plus de 100 facultés de médecine au Congo et Dieu sait combien forme des médecins correctement. On a des pharmacies en désordre. Bref la régulation n'est pas efficace (...). Le personnel est aussi pléthorique. », Responsable ONG Belge, le 04/11/2020.

La Politique Nationale de la Santé (PNS) adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti et dépend essentiellement de l'aide extérieure. Etant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation (Banque Mondiale, 2018) (Ministère de la Santé [RDC], 2006) (CTB, 2015).

En vue de faire face à cette situation, en 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise (Gouvernement de la RDC, 2006). Pour ce faire, la SRSS dans sa seconde édition prévoit comme axes stratégiques : i) le développement de la Zone de santé (ZS), ii) le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé, iii) le développement des ressources humaines pour la santé, la réforme du financement de la santé, etc. (Gouvernement de la RDC, 2016)(SRSS, 2016).

III- Financement de la santé

Plusieurs mécanismes de protection sociale existent mais leur couverture reste faible. On peut recenser trois régimes :

1– Le régime général et les régimes spéciaux (disposition légale n°31-003 du 17 juillet 1981) mettant toutes les charges de soins de santé du personnel de carrière des services publics au compte du Trésor Public ; La gestion du régime général de sécurité sociale de la RDC est confiée à l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) créé par le Décret – loi organique du 29 juin 1961 qui est un Etablissement public avec personnalité civile et autonomie financière. Pour le secteur formel (public et privé), le pouvoir public a introduit ce système de sécurité sociale géré par l'INSS en offrant une couverture contre plusieurs risques sociaux, y compris les risques professionnels pour la santé, les maladies et les accidents. L'INSS n'inclut pas le risque médical non professionnel (Kabinda et al., 2017).

Des fonds d'envergure restreinte financés par le budget de l'Etat cofinancent un fonds d'assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires de l'Etat (c'est le cas des enseignants et des agents de police, etc.). D'un autre côté, les régimes spéciaux de protection sociale organisés par l'Etat congolais concerne pour les catégories des travailleurs suivants : les fonctionnaires civils et militaires ; les magistrats ; les personnels de l'enseignement supérieur,

universitaire et de la recherche scientifique ; les parlementaires ; les membres du conseil exécutif.

2–Les régimes conventionnels : ce sont des régimes privés établis à partir des accords professionnels (disposition légale n°67/310 du 09 Août 1965 du Code de Travail : l'employeur est tenu de fournir au travailleur et à sa famille jusqu'à la fin du contrat les soins médicaux, dentaires et chirurgicaux) (COOPAMI et al., 2016). La majorité de la population Congolaise n'est pas couverte par ce système et n'accède aux soins que par des paiements directs.

3-Le régime supplétif avec les mutuelles de santé - La population la plus solvable du secteur informel tente de s'organiser à travers des mutuelles de santé volontaires, qui jouent le rôle de collecteur de fonds et parfois s'engagent dans une démarche d'achat du paquet de services auprès des services de santé contractés et avec l'aide technique de structures d'appui aux mutuelles. Le système mutualiste d'assurance santé constitue un phénomène émergent en RDC. Il est très peu connu des congolais. La première expérience mutualiste dans ce domaine fut celle de la Mutualité Chrétienne du Zaïre (MCZa). Celle-ci fut créée au début des années 50 avec la collaboration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) (WASSO KAZAMWALI, 2013). D'autres mutuelles ont été créées progressivement dans certaines provinces. L'apport des mutuelles de santé se situe au plan de l'accessibilité par la population bénéficiaire aux soins de santé, de la prévention contre les maladies et dans une certaine mesure, de l'amélioration de la qualité des soins :

« La RDC compte pour le moment 83 mutuelles réparties dans 12 provinces pour 300 000 bénéficiaires. Le taux de pénétration est faible mais le processus est en marche avec par exemple la mutuelle des Enseignants (...). Notre stratégie actuellement c'est l'organisation de la population en mutuelles pour permettre l'accès aux soins de manière ordonnée et réduire les paiements directs », Responsable de plateforme mutualiste, le 09/10/2020.

En dépit des mérites que l'on reconnaît aux mutuelles de santé, celles-ci sont, en général, confrontées à un certain nombre de contraintes notamment la sélection adverse, l'escalade des coûts ainsi que de la faible capacité organisationnelle et contributive.

Au final, selon la Plateforme congolaise pour la protection sociale, les stratégies courantes pour la protection sociale sont les suivantes :

- Adhésion volontaire aux mutuelles de santé qui supportent 80 % de factures émises par l'hôpital ou un centre de santé quelle que soit la forme de maladie (professionnelle ou non professionnelle).
- Adhésion à une coopérative de microcrédit pour obtenir les fonds de se faire affilier aux Mutuelles de santé et de s'organiser dans le ménage sur le plan économique,
- Adhésion obligatoire à chaque travailleur au sein de l'Institut National de Sécurité Sociale (WASSO KAZAMWALI, 2013)

IV- Description des mécanismes de CSU et PS en cours

Plusieurs dynamiques sont en cours pour la mise en place d'une politique générale sur la protection sociale. Celle-ci passe notamment à travers un projet de loi sur la couverture de soins

universels, une actualisation dispositions juridiques de la loi de 1961 sur la sécurité sociale ainsi qu'un projet de loi sur la protection sociale.

Le Président de la République Démocratique du Congo, Félix Tshisekedi, a fait de la marche vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) un des principaux piliers de son action dans le domaine social. Durant la session intergouvernementale sur la CSU, qui s'est tenue en marge de la 74^e session de l'Assemblée générale des Nations unies, le 23 septembre 2019, les chefs d'État et de gouvernement, dont la RDC, ont signé la Déclaration politique sur la Couverture Santé Universelle (CSU). De plus, le Président de la RDC et le directeur général de l'OMS, Tedros Ghebreyesus, ont présidé une conférence internationale à Kinshasa, en février 2020 visant à accélérer les progrès vers la mise en œuvre du Plan national stratégique en matière de CSU, en élargissant et accélérant la collaboration avec des partenaires et des bailleurs.

L'objectif affiché est pour la RDC, d'ici l'an 2030, 60 % de la population congolaise devra bénéficier de la Couverture sanitaire universelle en termes d'accès aux services de santé dont elle a besoin en étant financièrement protégée contre les dépenses catastrophiques.

D'ici 2030, le plan national pour la CSU prévoit quatre résultats qui correspondent aux piliers de la CSU :

- L'offre de services de santé est complète dans 80 % au moins des formations sanitaires
- La qualité des services de santé offerts est optimale dans 80 % au moins des formations sanitaires ;
- Le pourcentage des ménages où les dépenses de santé représentent plus de 25 % des dépenses totales est inférieur à 40 % ;
- Le pourcentage des ménages du quintile le plus pauvre dont les dépenses de santé représentent plus de 25 % des dépenses totales est inférieur à 20 %.

Pour la mise en œuvre de ce plan, différents axes stratégiques regroupant chacun un ensemble d'interventions ont été développés. Ils correspondent aux piliers liés à la CSU. Il s'agit de :

- L'amélioration des prestations des services de santé et la continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
- L'extension de la protection financière pour tous ;
- Le renforcement de l'approche de la santé dans toutes les politiques afin de réduire la charge de morbidité et d'assurer la viabilité du dispositif de la CSU ;
- La gouvernance et la gestion du système national de CSU ;
- La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre. (Be cause Health Matters, 2020).

Pour relever ces défis et assurer un accès abordable à des soins de qualité, le PNDS identifie quatre grands programmes : 1) mobilisation des ressources, 2) mutualisation et rationalisation de l'allocation des ressources, 3) développement de mécanismes de partage des risques et de financement de la santé et 4) améliorer la gestion des ressources financières dans les services et les établissements (Gouvernement de la RDC, 2019).

Une loi sur la mutualité intitulée « Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité » a également été adoptée en février 2017. Les mutuelles favorisent l'obtention de certaines avancées :

« La contractualisation entre les mutuelles et les formations sanitaires a permis d'organiser une régulation de la qualité des soins. Le taux de fidélisation des adhérents est de l'ordre de 70% », Responsable plateforme mutualiste, le 09/10/2020.

Le Nord-Kivu est également inscrit dans l'instauration progressive d'une CSU. Pour répondre aux besoins réels en santé des populations de cette contrée, un édit n° 001/2011 du 3 juin 2011 portant organisation des mutuelles de santé dans la Province du Nord-Kivu a été promulgué par le Gouverneur de Province. Plus récemment, un édit 003/2018 du 09 juillet 2018 portant promotion des soins de santé primaires par les mutuelles de santé en Province du Nord-Kivu a été adopté.

Tableau 8: Tableau comparatifs des systèmes de CSU entre le Burundi et la RDC

	Burundi	RDC
Mécanismes	INSS, MFP, CAM, ONPR, MUSA, Assistance sociale à certaines catégories, gratuité pour certaines cibles	INSS, professionnels (IPM), MUSA
Cibles	Employés publics et du secteur privé, personnes à faible revenu, indigents, femmes enceintes, enfants de moins 5 ans	Employés publics et du secteur privé, personnes à faible revenu
Institutions	CNPS, CAM ; CNDS, FAPS, OBM, Ministères	Ministères, Conseiller spécial CSU
Outils	FBP, Politique nationale de protection sociale	Plan national de CSU, Loi sur la sécurité sociale, Loi sur la mutualité, édit provincial, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2016–2020

V- Contribution d'ULB coopération dans la mise en œuvre de la CSU au Nord-Kivu

ULB-Coopération et son équipe présente à Goma dans le Nord-Kivu poursuivent depuis 2017 la mise en œuvre du PADISS (Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé). Plusieurs résultats ont pu être enregistrés et notés comme étant une contribution à l'avènement d'une CSU dans la province. D'abord, au titre de la finalisation des chantiers de construction, sur les 3 premières années du projet, c'est un total de 26 ouvrages qui ont été construits et

équipés : 18 centres de santé, 3 pavillons de gynéco-obstétrique, un centre de transfusion sanguine, 3 bâtiments administratifs, le centre de formation continue de Goma et son centre d'hébergement (ULB Coopération, 2020g).

L'ONG s'active aussi dans l'appui à la formation continue. L'achèvement des travaux du centre de formation continue du Nord-Kivu (CFNK) et son équipement permettent une amélioration durable de la qualification du personnel médical et paramédical au sein de la province.

De plus, l'hôpital provincial de Goma, hôpital de référence de la province, bénéficie d'un appui à travers un accompagnement spécifique de la part des assistants techniques et experts. L'appui se concrétise en termes de ressources mais aussi en termes de renforcement de la qualité des prestations (protocoles de soins, hygiène, sécurité du patient) et d'appui à la gestion (administrative, financière et ressources humaines).

Le caractère innovant de l'approche d'ULB Coopération se manifeste par le développement d'un système d'accréditation des formations sanitaires. Le système d'accréditation sera à terme un élément central du système de santé puisqu'il permettra de vérifier la qualité des soins proposés dans les structures de santé et d'orienter les subventions des soins vers celles répondant aux critères minimums de qualité. L'ONG intervient également dans la réorganisation de l'offre de soins en milieu urbain et l'appui aux instances de coordination (divisions provinciales de la santé) (ULB Coopération, 2020f).

Les réflexions sur la question globale du financement des soins de santé se sont poursuivies en réalisant deux études permettant de définir les préalables à la mise en place d'un système d'assurance maladie adapté au contexte. Ces études menées dans le Nord-Kivu portent sur la faisabilité de la mise en place d'un système d'assurance maladie et une analyse actuarielle.

La première étude a permis d'analyser le contexte institutionnel et de mettre en évidence : (i) les limites du cadre légal (lois sur les mutualités), (ii) la contrainte que représente la faible qualité des services de santé, (iii) la nécessité de mettre en relation, lors de l'élaboration des mesures d'application, la loi sur la santé publique et la loi sur les mutualités, (iv) la nécessité de prévoir, dans les mesures d'application, des mesures indirectes d'obligation et de financements novateurs. Cette étude a été complétée par une étude actuarielle qui a permis d'obtenir une première estimation du coût de l'assurance maladie dans le Nord-Kivu pour la période 2020-2029 (ULB Coopération, 2020f).

L'étude de faisabilité de l'assurance maladie dans le Nord-Kivu propose d'identifier un organisme d'assurance maladie provincial qui pourrait être un Établissement d'Utilité Publique (EUP) ou une Fondation apolitique soumise à des audits fréquents, aussi bien internes qu'externes ; encadré par un cadre législatif et juridique (arrêté provincial) ; doté d'un manuel de procédures encadrant ses activités et bâti selon un audit organisationnel ; avoir une autonomie de gestion, avoir des organes solides et composés des contributeurs. Une autre recommandation de cette étude consiste à prévoir, dès le départ, une informatisation du système d'assurance, non seulement afin d'obtenir des cartes biométriques, mais aussi pour assurer un contrôle des fraudes et un suivi du risque (Be cause Health Matters, 2020).

L'étude actuarielle recommande de commencer la mise en place de la CSU au niveau de la province du Nord-Kivu par une expérience pilote circonscrite à un nombre limité de zones de santé. L'étude actuarielle, sur base des données disponibles, a pu évaluer le coût de l'assurance maladie au Nord-Kivu à 20 dollars par an et par habitant (ULB Coopération, 2020f).

VI- Bilan et limites des initiatives

La RDC a mis en place un arsenal juridique important qui consacre les droits à la sécurité sociale, mais son applicabilité pose problème :

« Un cadre légal a été adopté et promulgué en 2017, mais il reste des mesures d'application. Nous sommes entrain de procéder à un travail de plaidoyer pour l'adoption des mesures réglementaires et l'intégration des MUSA dans le plan national de CSU », Responsable plateforme mutualiste, le 09/10/2020.

En réalité, le système de sécurité sociale en vigueur protège les catégories les plus favorisées de la société congolaise, en l'occurrence les personnes qui exercent une profession salariée dans le secteur public et privé. Il laisse de côté l'immense majorité de la main d'œuvre du secteur informel qui représente plus de 90 à 95 % de la population active, notamment les chômeurs, les domestiques, les agriculteurs, les petits commerçants... Et pourtant, cette population dans sa majorité vit en dessous du seuil de pauvreté. La majeure partie de ces populations utilisées dans le secteur informel ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale formelle.

La couverture des risques sociaux offerte par l'institution qui gère la sécurité sociale (INSS) est limitée tant du point de vue du champ matériel (risques couverts) que du champ personnel (personnes bénéficiaires). Les travailleurs indépendants ainsi que les différentes catégories de travailleurs du secteur de l'économie informelle sont, malgré leur prédominance et leur expansion de plus en plus croissante, exclus de la couverture des risques sociaux assurée par l'INSS.

En somme, le système de sécurité sociale en vigueur en RDC est caractérisé par des limites tenant aux personnes protégées, aux risques couverts et au niveau de prestation. S'agissant de personnes protégées, un rapport au Gouvernement sur la réforme de la protection sociale, établi sous l'égide du Bureau international du travail relevait que la sécurité sociale congolaise ne couvrait que 12 % environ de la population en 1999 et que si les tendances de la démographie et la stagnation de l'économie devaient se poursuivre, le taux de couverture de la population par la sécurité sociale serait ramené à 5 % en 2015 (WASSO KAZAMWALI, 2013).

« Depuis qu'on a commencé à parler de la CSU en RDC en 2005, le pays a mis la main à la pâte. Le président de la RDC de l'époque avait pris un décret portant un programme national d'appui à la protection sociale. C'est dire que depuis 2005, la RDC fait de la CSU son cheval de bataille. Le Président actuel a fixé la CSU parmi les 20 points de son programme. (...). La CSU est une priorité des priorités en RDC. Il a même nommé un conseiller spécial pour la CSU. (...). Bref en RDC je peux dire que l'arsenal juridique est suffisant, le document politique d'orientation est là et les partenaires notamment l'OMS sont là. Mais d'un autre côté, je peux dire que le contexte, comme on a commencé à le dire avec la fragilité, l'offre de soins n'est pas

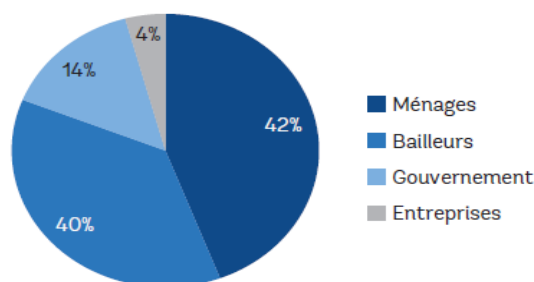
de qualité, la régulation est trop faible, les médicaments ne sont pas contrôlés, les populations ont des revenus trop faibles et le Covid qui vient aggraver les choses. C'est donc tout cela malgré les élans positifs, il y énormément de difficultés auxquelles nous devons faire face », Responsable régional, ONG belge, le 04/11/2020.

Malgré l'adoption de PNDS, le secteur de la santé est confronté à des difficultés récurrentes :

- Faible couverture sanitaire
- Faible qualité des services et de soins
- Faible utilisation des services disponibles :
- Faible résilience des structures de santé face aux éventuelles épidémies.
- Gouvernance (COOPAMI et al., 2016)

D'autres difficultés sont aussi relatives au coût élevé des soins à cause du faible budget de l'état, à la fragmentation de l'aide extérieure et à l'inadéquation investissements – résultats obtenus. Le financement des structures de soins est assuré à 92% par les ménages et les bailleurs, la contribution de l'Etat étant très faible (Banque Mondiale, 2018) (PNCNS, 2016).

Figure 13: Répartition des dépenses de santé par source de financement



Enfin, malgré la nouvelle politique affichée, il faut relever l'absence de l'implication du Gouvernement et la faible coordination des interventions (Etat, ONG, Agences internationales, Eglises, Communauté de base, Associations des groupes vulnérables).

Source : (Banque Mondiale, 2018) page 54

Un défi majeur pour l'État est l'existence d'au moins quatre cas de figure différents (par bailleur de fonds), chacun ayant un focus propre : par exemple la Banque Mondiale (BM) vise le financement basé sur les résultats (RBF), le DFID vise la gratuité, Enabel vise la tarification forfaitaire et d'autres bailleurs de fonds l'assurance ciblée sur les indigents. De plus, la coordination de la planification et de la mise en œuvre de la CSU souffre de plusieurs difficultés car à part le ministère de la Santé, plusieurs ministères sont essentiels pour la feuille de route CSU : le ministère des Affaires sociales, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Fonction publique, etc. (Be cause Health Matters, 2020).

Concernant les mutuelles, la situation reste également compliquée :

« Les stratégies de développement des MUSA se heurtent à la faiblesse du système bancaire, la qualité des soins, les difficultés liées à la sensibilisation, la faible régulation et le financement de certaines maladies comme la tuberculose et le paludisme (...). De plus, la tarification n'est pas toujours uniforme selon la qualité, ou les structures ou les provinces », Responsable plateforme mutualiste, le 09/10/2020.

Chapitre II : Leçons apprises/recommandations pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile

Ce chapitre est consacré à l'analyse comparée des deux sites étudiés ; la position des différents acteurs interviewés et la formulation de différentes perspectives d'amélioration des interventions de protection sociale en santé en contexte fragile, au regard du croisement des entretiens réalisés auprès des différents acteurs et spécialistes de la problématique. Ces recommandations sont classées d'une part sur le plan institutionnel et juridique (section I) et d'autre part sur le plan technique et opérationnel (section II).

Section I : Au plan institutionnel et juridique

Les pays qui ont fait l'objet de notre étude ont défini des programmes de protection sociale au niveau national. Pourtant, ils sont tous les deux confrontés à une situation de fragilité qui peut rendre difficile une telle entreprise. Le niveau de couverture actuelle (tous régimes confondus) est resté relativement faible. Cependant les acteurs interrogés ne semblent pas s'accorder sur la réalité de la situation de la CSU, surtout au Burundi :

« La CSU est vraiment une réalité au Burundi. Si on observe, c'est une des meilleures dans la région. Nous avons un personnel médical formé, des médecins, techniciens médicaux, des médecins au niveau de tous les hôpitaux avec un grand manque au niveau des médecins très très qualifiés et puis la couverture vaccinale au niveau national c'est une réalité. L'accès des populations aux services est facile à part la pauvreté (...) et puis les structures sanitaires sont suffisantes au niveau national », Responsable régional Munasa Ngozi, le 01/10/2020.

Et un autre acteur d'affirmer :

« Pour la CSU, on se cherche encore. Il y a la CAM, la politique de gratuité, et le financement basé sur la performance. Il y a des efforts mais qui éloignent de la CSU ». Médecin conseil des mutuelles, le 30/09/2020.

Cette situation est en partie due aux problèmes organisationnels auxquels les gouvernements sont confrontés lors de la mise en œuvre de leurs stratégies de protection sociale, en particulier lorsqu'il s'agit d'atteindre des groupes non organisés ou vulnérables (travailleurs de l'économie informelle, plus pauvres, etc.). Ces pays ont fait reposer leur stratégie de couverture maladie universelle principalement dans la mise en place et la gestion des régimes d'assurance au niveau local ou régional ;

Dans le cadre de la mise en application des politiques de protection sociale en santé, les dispositifs institutionnels et juridiques mis en place peuvent représenter des difficultés ou des facteurs bloquants pour le correct déroulement des opérations.

Au plan institutionnel, la nécessité de toucher toutes les couches de la population induit une prolifération de structures, chacune devant spécifiquement s'occuper de sa cible prioritaire. Cette juxtaposition d'organes intervenant dans la PS en santé entraîne des problèmes au niveau de la coordination et l'implémentation des programmes nationaux de PS. Plusieurs ministères sont concernés et n'échangent pas forcément entre eux. Par exemple, en RDC, les ministères du Travail, de la Santé, de la Fonction publique etc. sont parties prenantes à la CSU. De plus,

les approches promues par les différents intervenants sont diverses et ne se complètent pas toujours :

« Il y a beaucoup d'initiatives mais pas de coordination malgré la présence du CNPS. Il faut faire une mise en commun pour voir en quoi ils sont complémentaires et créer un mécanisme global et complémentaire pour coordonner toutes les interventions et financements », Médecin conseil des mutuelles, le 30/09/2020.

« Tous les mécanismes contribuent à l'accès aux soins ; ils sont utiles. Il faudrait un système national de coordination et de régulation », Prestataire, le 30/09/2020.

« La CSU est multisectorielle et ne relève pas exclusivement du Ministère de la Santé (...) Par exemple en réhabilitant des routes, on facilite l'accès aux structures de santé et ça devient le problème du Ministère des transports. Chaque acteur doit jouer son rôle pour arriver à la CSU. », Responsable régional, ONG Belge, le 04/11/2020.

Dès lors, un grand défi à relever selon les acteurs interrogés lors de cette étude est celui de la réduction de la fragmentation des régimes de protection sociale. En effet, tous les acteurs constituent le niveau de fragmentation des mécanismes de financement dans les deux pays et s'accordent que cela cause à la fois une perte d'efficacité, un manque de soutenabilité et un facteur d'iniquité, comme l'avait analysé la BM (Banque Mondiale, 2018). Cette fragmentation est bien présente tant en RDC qu'au Burundi, où plusieurs régimes cohabitent et s'entremêlent parfois. Par conséquent, une option pourrait être de réaliser l'intégration du système national d'assurance santé, avec des fonds liés ou intégrés, créant ainsi un fonds unique national, et ce tout en conservant une forte composante de gestion et de gouvernance. Une deuxième option d'atténuation serait de compléter les cotisations volontaires et les contributions sociales par des transferts de ressources fiscales pour élargir les ressources financières mises à disposition du régime de protection sociale, ceci afin d'améliorer la mutualisation et de réduire la fragmentation (Dujardin, 2007). Le financement innovant est aussi une stratégie proposée par les partenaires pour financer la CSU. La RDC et le Burundi ont opté d'intégrer cette stratégie. Ces sources de financement proviennent essentiellement de la fiscalité : taxe aérienne, taxation des industries extractives, taxes foncières, taxes sur les transferts d'argent, taxes sur les communications mobiles etc. (Murray-Zmijewski, 2019). Plusieurs rapports sur le financement de la santé ont identifié ces sources de financement innovants et durables mais leur mise en application demeurent problématiques (Makamba & Manruga, 2004), (Observatoire de l'action gouvernementale, 2013).

De façon générale, les politiques de PS sont globalement prometteuses car elles adoptent une approche holistique, multidimensionnelle validée au niveau international et définit un socle national de protection sociale à visée universelle. Cette approche multidimensionnelle de la protection sociale est à consolider de façon institutionnelle, notamment dans la perspective d'accompagner la transition de l'économie de l'informel vers le formel (OIT, 2015). Les institutions déterminant le mécanisme de gouvernance de la protection sociale doivent probablement être repensées pour améliorer la cohérence d'ensemble des interventions et donc leur efficacité et leur efficacité. En particulier, il sera important de bien clarifier les rôles techniques et les relations hiérarchiques entre les différentes entités chargées de la mise en œuvre de la politique, en évitant tout chevauchement entre les compétences techniques et réglementaires des uns et des autres (Ndiaye, 2016). À cet effet, les pays pourraient demander l'appui d'experts internationaux en la matière et s'inspirer des bonnes pratiques mises en œuvre

ailleurs. A ce stade, des exemples comme celui du Sénégal où une agence nationale de la CSU a été mise en place pourrait être une source d'inspiration. Le rapport de performance de l'année 2018 reflète une évolution favorable des indicateurs de performance malgré des efforts à consolider (Agence de la Couverture Maladie Universelle, 2019).

Pour ce qui est du cadre légal, il serait intéressant d'envisager de définir un cadre juridique global et cohérent pour la protection sociale, soutenu par une loi-cadre sur la protection sociale au sens large (EUROPE Ltd & ECORYS, 2017). Les dispositions juridiques en place au Burundi et en RDC ne sont pas toutes de nature à constituer ce cadre holistique. De manière générale, il est important qu'une loi générale garantisse la cohérence d'ensemble entre les différents volets de la protection sociale. Par exemple, en RDC, il y a une disparité entre les textes au plan national et l'adoption de mesures législatives propres à la province du Nord-Kivu. A titre illustratif, la province a adopté en 2018 un édit portant promotion des soins de santé primaires par les mutuelles de santé. Cette situation entraîne inévitablement une iniquité au plan national par rapport à l'accès à la santé mais peut entraver à terme des initiatives d'uniformisation au plan national. Au Burundi, par exemple, malgré leurs activités sur le terrain, le rôle et la place des mutuelles n'est pas clairement défini. A l'instar des pays de l'espace UEMOA les aspects relatifs au régime juridique des mutualités sociales doivent impérativement être adoptés (UEMOA, 2009). En effet, il est important que le dispositif juridique (Règlement de base, Règlements d'exécution et actes de droit interne) soit désormais achevé.

L'idéal serait de parvenir à mettre sur pied une « caisse unique » permettant de garantir les subventionnements croisés entre les différentes catégories de population. La défragmentation des régimes existants s'impose, mais se heurtera très certainement à d'énormes réticences de la part des acteurs qui se verront dépossédés de leur « chasse gardée ». A ce niveau également, la transparence et la négociation s'imposent pour garantir la faisabilité politique de la réforme (Ndiaye et al., 2020). Qu'en est-il de l'adhésion obligatoire ? Les avis sont partagés :

« De mon point de vue, l'adhésion volontaire à l'assurance maladie contribue à une exposition aux risques pour les populations. Pour remédier à cette situation, la solution consiste à mettre en place une obligation légale d'adhésion sur la base d'instruments juridiques nationaux (...). Ensuite, il faut transformer les systèmes de gratuité par des mécanismes de subvention qui tiennent compte de la capacité financière des ménages. Ce sont des réformes qui sont importantes pour atteindre la soutenabilité dans le dispositif de protection sociale et de CSU en particulier », Responsable OMS, le 19/08/2020.

Le représentant de LC au Burundi plaide aussi pour l'adhésion obligatoire :

« On assiste une fragmentation des mécanismes de protection sociale (...). Je note une absence de vision claire de la Pamusab, ce qui crée beaucoup de confusion. Dans les déclarations politiques, il y a une forte volonté d'aller avec les MUSA pour la promotion des soins de santé. Cependant, pour atteindre les objectifs, il faudrait arriver à rendre obligatoire l'adhésion (...). Il y a des avancées dans la PS en santé au niveau institutionnel et politique mais pas en termes d'adhésion. », Responsable ONG Belge au Burundi, le 11/09/2020.

D'autres personnes interrogées ne partagent pas ce point de vue :

« Il faut continuer à sensibiliser et convaincre. Il ne sert à rien d'obliger les gens à adhérer à un système auquel il ne croit pas », Responsable faitière mutualiste, le 05/10/2020.

Enfin, le rôle des ONG belges qui interviennent en RDC et au Burundi à différents niveaux de la protection sociale en santé doit être revu. Les interventions semblent être faites de manière disparation sans une ligne directrice commune :

« Mon rêve serait d'harmoniser le schéma d'accompagnement des mutuelles par les ONG belges et les ONG d'appui sur le terrain c'est-à-dire qu'on fasse des choses similaires avec une stratégie cohérente. (...) Même si sur le terrain, il y a une grande concertation. En fait, c'est même dans les programmes d'appui, où il y a beaucoup d'incohérences ; il y en a (des ONG) qui financent des structures, d'autres pas ; il y en a qui donnent des chèvres ou d'autres qui financent des activités génératrices de revenus pour les ménages, et d'autres pas. Et tout cela ça crée de facto de la concurrence sur le terrain », Chargé de programme ONG belge, Burundi, le 20/11/2020.

Section II : Au plan technique et opérationnel

De manière non exhaustive, au plan technique et opérationnel, des suggestions d'amélioration dans les stratégies d'intervention ont été recensées. Il s'agit principalement de la prise en compte du contexte de fragilité, l'exploration de toutes les dimensions de la protection sociale dans une approche globale, l'implication des parties prenantes et la professionnalisation des acteurs.

I- Adapter les interventions en fonction de la fragilité

La mise en œuvre des interventions en protection sociale de la santé doit tenir compte de la fragilité dans les zones d'intervention. D'ailleurs, tous les documents politiques et stratégiques justifient la démarche vers la CSU par le contexte de fragilité, en décrivant différentes situations de faiblesse. Les différents éléments qui concourent à la fragilité ont été repris dans les sections précédentes. Dès lors, en situation de fragilité, plus qu'ailleurs, il faut intégrer cette dimension.

« La notion de fragilité n'est pas très intégrée dans les interventions par l'absence d'activités visant l'autonomie des populations. Même s'il y a des tentatives, elles sont limitées », Médecin conseil des mutuelles, le 30/09/2020.

De plus en plus, d'organismes ou de bailleurs institutionnels ont développé de manière récente cette approche systémique de la fragilité. La DGD (Belgique) a élaboré des guides pratiques d'intervention. L'OCDE également a défini des principes directeurs d'intervention en contexte fragile et la FAO a produit plusieurs outils sur la protection sociale en contexte fragile.

Les projets et programmes mis en œuvre ne tiennent pas toujours compte de cette dimension. Ils sont parfois pensés dans une dynamique verticale ou de reproductions d'expériences réussies dans d'autres pays. Malgré l'appui des bailleurs et le nombre d'acteurs présents sur les zones d'étude, la CSU est loin d'être atteinte et beaucoup de conditions pour la réussite des modèles ne sont pas encore réunies. Les acteurs interrogés ont tous considéré la pertinence de la prise

en compte du contexte fragilité et son intégration dans les mécanismes de réponse comme un facteur clé de réussite pour aller vers la CSU.

« A travers les mutuelles de santé communautaires, nous sommes en mesure de protéger le capital humain par l'accès à des soins de qualité à moindre coût. Également, nous avons mis en place un système progressif de paiement des primes, des activités socio-économiques d'intégration, la réinsertion socio-économique, des activités génératrices de revenus. Pour certaines personnes fragiles, la cotisation de la première année est supportée par LC. (...). Nous metton aussi en partenariat ces catégories avec d'autres acteurs comme VSF et avons pour ambition de combiner les MUSA avec la sécurité alimentaire et économique en 2021 », Responsable ONG belge au Burundi, le 11/09/2020.

L'intérêt dans cette approche peut se trouver à plusieurs niveaux. Les acteurs sont tous conscients du rôle essentiel que peut jouer la protection sociale dans le renforcement et l'accélération des progrès réalisés concernant la santé mais aussi dans d'autres secteurs clés tels que sécurité alimentaire et la nutrition (SAN), le développement agricole, la lutte contre la pauvreté et le renforcement de la résilience. En effet, les trois quarts des personnes qui vivent en situation de sous-alimentation chronique et dans la pauvreté résident en milieu rural. Nombre d'entre elles ne bénéficient pas d'une protection sociale en santé adéquate. Or, ils dépendent essentiellement des ressources naturelles ou de la vente d'actifs productifs pour leur subsistance et sont particulièrement vulnérables et exposés à des risques multiples comme la maladie. Pourtant, ces personnes jouent un rôle essentiel pour le renforcement de la sécurité alimentaire mondiale sur le long terme et la gestion durable des ressources naturelles dans les écosystèmes les plus fragiles. Dès lors, garantir leur accès à la protection sociale est non seulement un impératif social mais aussi une condition essentielle pour assurer leur participation en tant que partenaires du développement et de la croissance économique (FAO, 2017a). Cette démarche est suivie sur le terrain de diverses manières :

« L'intégration de la fragilité dans nos actions se concrétise par l'initiation d'activités complémentaires génératrices de revenus, des activités d'économie solidaire, les collaborations avec les acteurs politiques en vue de renforcer le programme de la CSU avec le plan d'actions existant. (...). L'atténuation de la fragilité se réalise à travers le renforcement des mesures de sécurité socio-économiques en promouvant les activités de microfinance à travers les familles pauvres. Mais aussi, encourager la solidarité, la productivité des ménages puis la promotion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les ménages et l'intégration des indigents dans la mutuelle nationale de santé », Responsable régional de Munasa à Ngozi, le 01/11/2020.

On remarque également une situation de paradoxe au sein des pays étudiés. D'un côté, les deux pays regorgent de potentialités agricoles et de ressources, alors que de l'autre ce sont surtout les choix politiques, la prédation des ressources minières et le mode de gouvernance qui créent une situation d'insécurité.

Comme nous l'avons vu précédemment, les niveaux de fragilité par région d'étude sont différents même s'il existe plusieurs similarités. Même si les deux pays sont catégorisés tous les deux comme extrêmement fragiles, les différences principales résident au plan sécuritaire et

politique où la situation en RDC est beaucoup plus préoccupante. Les interventions devraient non seulement tenir compte de la fragilité au sens général mais des singularités spécifiques à la déclinaison de chaque situation de fragilité.

Pour concrétiser ce potentiel, il faut voir au-delà de la réduction de la vulnérabilité lors de la définition des priorités des programmes et des résultats escomptés. Fonder exclusivement la programmation sur les risques n'est pas suffisant : il faut également l'orienter vers les capacités existantes, au niveau national et sous-national et, surtout, au niveau des communautés. Il est essentiel de procéder à des évaluations multisectorielles des risques et des vulnérabilités et de mettre en œuvre une programmation qui tient compte des risques, comme le suggère la FAO. Ces dynamiques sont soutenues pour le cas de la Belgique par le projet de recherche « ACROPOLIS Gouvernance pour le Développement » qui travaille sur le thème de l'efficacité de l'aide dans les contextes fragiles. L'objectif est de fournir des éléments utiles aux acteurs concernés, dont les ONG. Concrètement, ils ont défini un outil d'analyse, permettant d'appréhender les situations dites fragiles (outil FRAME – Fragility Resilience Assessment Management Exercise. Analysing risks & opportunities), ainsi qu'un outil d'action, permettant d'intégrer de manière globale la fragilité dès la conception des projets (Guidance on fragility (Leclercq et al., 2017)). (ULB Coopération, 2017). L'intégration de cette stratégie par les ONG d'accueil intervient principalement à travers l'identification des besoins, le ciblage des bénéficiaires et les mesures spécifiques d'accompagnement.

II- Le dépassement des fonctions traditionnelles de la PS : explorer toutes les dimensions de la PS

La protection sociale regroupe au total quatre dimensions :

1. Les instruments de protection permettent de soulager de dénuement, et comprennent des aides ciblées en espèces ou en nourriture les transferts (allocations familiales, pensions sociales, nourriture) et l'accès aux services (suppression de l'aide les frais d'éducation et de santé).
2. Les instruments de prévention visent à empêcher et comprennent des prestations sociales contributives les systèmes de sécurité, les réserves de céréales stratégiques gérées par le gouvernement ou la communauté, les assurances indexées sur les conditions météorologiques et les institutions semi-formelles tels que les clubs d'épargne et les sociétés d'inhumation.
3. Les instruments de promotion visent à améliorer les revenus et des capacités en soutenant les moyens de subsistance dans différents secteurs - agriculture (intrants subventions, intrants pour le travail) ; l'éducation (école exonération des frais de scolarité, alimentation scolaire) ; et les entreprises (programmes de travaux publics, transferts d'actifs).
4. Les instruments de transformation visent à traiter les questions d'injustice sociale telles que la discrimination et l'exploitation, et peut inclure des campagnes pour les droits économiques, sociaux et culturels, la législation sur le salaire minimum, et les mesures visant à éradiquer le travail des enfants. La protection sociale transformatrice se concentre sur la justice sociale et fait valoir que la protection devrait porter sur les facteurs de vulnérabilité, et pas seulement les symptômes de la pauvreté. Elle met également en évidence les liens entre la "protection des

moyens de subsistance" et la "promotion des moyens de subsistance", ce qui fait de la protection sociale un outil puissant pour le développement économique et social.

Les stratégies de mise en œuvre de CSU doivent tenir compte de l'ensemble de ces dimensions. Or l'analyse des politiques de CSU en RDC et au Burundi montre que l'accent est davantage mis sur la protection et la prévention. En effet, les régimes de sécurité sociale en santé sont articulés autour des filets de sécurité sociaux et de l'assurance sociale. Les dimensions promotion et transformation sont relativement absentes dans la conception et l'implémentation des politiques de protection sociale en santé. Des approches nouvelles sont à l'œuvre dans ce sens :

« Nous avons des communes populaires, périphériques où le revenu des populations est très faible. Aujourd'hui, dans le cadre de la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle c'est-à-dire la recommandation 204 de l'OIT, nos partenaires sont entrain de travailler avec les travailleurs domestiques (...), les conducteurs de motos (...) les travailleurs agricoles pour les aider à s'organiser en mutuelle de santé. Pour nous, tous les acteurs de l'économie informelle constituent notre cible (...) de même que les personnes âgées. », Responsable régional, ONG belge, le 04/11/2020.

Cette prise en compte de l'ensemble des dimensions est une nécessité en situation de fragilité. En effet, il est important en pareil contexte d'explorer l'ensemble des possibilités offertes par une politique de protection sociale en santé. L'atteinte de la CSU nécessite une combinaison de l'ensemble de ces dimensions.

Au-delà de ces dimensions traditionnelles, de nouvelles approches sont développées en PS : nous retiendrons celle de la protection sociale dite adaptative qui accorde une attention particulière aux défis posés par les chocs et les stress environnementaux, notamment ceux liés au climat ; ce qui rend ce cadre particulièrement pertinent pour l'agriculture et le développement rural notamment à Ngozi et dans le Nord-Kivu. La protection sociale adaptative s'appuie sur les outils et techniques de la protection sociale, de l'adaptation au changement climatique et de la réduction du risque de catastrophe, en les fusionnant. Les interventions de protection sociale adaptative sont flexibles et extensibles ; elles visent à protéger les ménages pauvres et vulnérables et à améliorer leur résilience aux aléas du climat et autres chocs, avant leur apparition, au travers de transferts prévisibles et d'une aide orientée vers le développement de leur capital humain grâce à la diversification de leurs moyens de subsistance ; elles réduisent, ainsi, la nécessité de recourir à des mécanismes de réponse aux chocs (World Bank, 2016). Le Programme de protection sociale adaptative au Sahel (ASPP) a été lancé en mars 2014 en vue d'élargir l'accès des populations pauvres et vulnérables du Burkina Faso, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal et du Tchad à des systèmes efficaces de protection sociale adaptative (BRACED, 2017). Un Multi-donor trust fund (MDTF) (Fonds d'affectation spéciale multi-donateurs) a été mis en place pour soutenir la protection sociale adaptative au Sahel.

De nombreuses organisations internationales comme la FAO reconnaissent le rôle de la protection sociale dans la réalisation de ses objectifs et sa contribution à renforcer la capacité économique et productive même des plus pauvres et des plus marginalisés.

La FAO aide les gouvernements et les autres parties prenantes à promouvoir une plus grande cohérence des politiques entre la protection sociale et la SAN, l'élaboration des politiques agricoles et de développement rural et programmation. Les principaux outils d'action en la matière sont des programmes argent contre travail ou du Cash+. Ces approches ont récemment été mises en œuvre au Burkina Faso, au Lesotho, au Niger, au Mali, en Mauritanie et en Somalie (FAO, 2017b). Dans le domaine de la protection sociale en santé, ces instruments peuvent être transformés et adaptés à travers des programmes « assurance maladie contre travail » ou des systèmes de cash conditionnés à l'adhésion à un système de couverture du risque maladie. Ce genre d'approche a pour conséquence de renforcer les capacités et ainsi promouvoir et maintenir des systèmes de protection sociale inclusifs et transformateurs.

III- La CSU comme levier du nexus Humanitaire-Développement

Nous l'avons vu, beaucoup de situations fragiles coïncident avec des situations humanitaires où des interventions urgentes doivent être menées. Les régions retenues pour notre étude sont des endroits avec une forte présence humanitaire notamment au Nord-Kivu. Il y a presque une superposition ou une confusion entre les situations humanitaire et fragile. La protection sociale présente plusieurs intérêts pour les individus et est de plus en plus présente dans ces interventions humanitaires. La CSU reste un enjeu majeur pour les populations vulnérables qui vivent en situation de fragilité. Dès lors, pour ne pas pérenniser les interventions ou pour favoriser des stratégies de sortie (exit strategy), il est important de bâtir la CSU dans une perspective qui permettra aux populations cibles de transiter progressivement de l'humanitaire (ou de la fragilité) vers le développement grâce à la protection : c'est tout le sens du nexus humanitaire-développement où les interventions de protection sociale doivent être pensées ou repensées sous une forme de continuum et où les différentes activités s'enchaînent de manière logique pour faire émerger une nouvelle situation de développement qui va supplanter la situation antérieure de fragilité.

Ce nexus humanitaire-développement au travers de la protection sociale est de plus en plus inscrite dans les cadres d'analyse et d'action des organismes internationaux. Il existe une littérature internationale abondante sur ce sujet. Par exemple, la Commission Européenne a élaboré le concept de SPaN (social protection across the humanitarian-development nexus). L'initiative SPaN est dirigée conjointement par trois Directions Générales (DG): la DG de la coopération internationale et du développement (DEVCO), la DG de la protection civile européenne et des opérations d'aide humanitaire (ECHO) et la DG des négociations de voisinage et d'élargissement (NEAR).

Les activités entre pairs de cette initiative visent à faciliter l'échange de connaissances et à définir les principes de base (justification, opportunités, défis, principes sous-jacents, etc.) dans le but d'aider la communauté des experts en protection sociale à mieux relever les défis opérationnels spécifiques dans les programmes de protection sociale sensibles aux chocs.

En effet, des systèmes de protection sociale flexibles, réactifs aux chocs et sensibles aux risques peuvent, selon la FAO (FAO, 2017b):

1. Améliorer la cohérence entre l'action humanitaire et les programmes de développement ;

2. Absorber progressivement la charge de travail humanitaire, particulièrement en contexte de crise prolongée ; et
3. Contribuer au renforcement des capacités des ménages et des communautés afin d'anticiper, résister et lutter efficacement contre la vulnérabilité et les risques.

Bien que l'établissement de systèmes de protection sociale soit traditionnellement du ressort des acteurs du développement, la communauté humanitaire peut aussi jouer un rôle important dans l'alignement et la complémentarité de ces efforts, lorsque cela s'avère conforme à ses principes.

Selon la Commission Européenne, on distingue plusieurs types de situations où lier protection sociale et action humanitaire peut contribuer à combler ce qu'on appelle communément le 'fossé entre aide humanitaire et développement' :

Dans les situations de Fragilité extrême et crises prolongées l'action humanitaire peut constituer une fenêtre d'opportunités suscitant l'investissement dans le développement des filets de sécurité naissants.

Ces dernières années ont été riches en exemples de complémentarité entre les interventions de protection sociale et les interventions d'aide humanitaire de la Commission européenne, dans des pays comme l'Éthiopie avec la création d'un système de sécurité sociale évolutif pour les personnes en situation d'insécurité alimentaire. En septembre 2017, la Conférence internationale sur la protection sociale a examiné les façons dont les systèmes de protection sociale peuvent contribuer à une réponse aux crises efficace, dans des contextes fragiles et de déplacements forcés (ECHO, 2018).

Les complémentarités et la convergence des approches entre les aides sont de plus en plus reconnues dans des contextes de crise par opposition à des approches de protection sociale dans des contextes plus stables. Compte tenu de ce qui précède, l'expérience opérationnelle croissante illustre les manières communes dont la protection peut contribuer à combler le fossé entre l'aide humanitaire et le développement :

- Pendant les périodes de stabilité, en mettant en place des programmes et des systèmes de protection sociale qui résistent à la fragilité, les conflits et les déplacements ;
- Pendant les périodes de fragilité, de conflit ou de déplacement forcé, adapter les programmes et systèmes de protection sociale existants qui peuvent répondre aux besoins des personnes touchées populations ;
- En période de crise, élaborer de nouveaux programmes qui comportent des caractéristiques conceptuelles et opérationnelles visant à faciliter la transition du programme ou des dossiers vers des programmes de protection sociale plus réguliers et plus prévisibles, avec des perspectives de durabilité et, en fin de compte, d'appropriation nationale (DEVCO et al., 2019). Ces approches ont été mises en œuvre au Kenya, en Éthiopie, en Somalie où des situations de crises prolongées ont nécessité l'adaptation des interventions en PS.

La motivation pour créer des liens plus étroits entre la protection sociale et les interventions humanitaires est de mieux répondre les besoins chroniques et aigus des populations touchées

par la crise, contribuent à réduire les besoins humanitaires et, en fin de compte, à assurer un chemin vers la paix et le développement durable (Commission Européenne, 2019).

En réalité il existe un lien et une synergie entre le programme humanitaire et le programme de développement. En effet, tout programme humanitaire comporte un volet emploi intégré dans les programmes d'urgence. Dans le programme de développement, le volet emploi s'intègre dans le cadre macroéconomique.

Toutefois, se pose la question de la viabilité des mécanismes d'accompagnement et de soutien mais aussi de leur pleine appropriation par les communautés locales :

« Aujourd'hui la mutuelle survit grâce à LC : si l'aide s'arrête, la mutuelle s'arrête (...). La volonté est là mais il y a une forte dépendance extérieure » Médecin conseil des mutuelles, le 30/09/2020.

IV- Intégration de la CSU dans une démarche globale : accès aux revenus, sécurité alimentaire, concept de PtoP (protection to production)

L'autre recommandation majeure ressortie de cette étude et confortée par les acteurs qui ont été interrogés est d'œuvrer à une intégration de la politique de protection sociale en santé dans une démarche plus globale visant l'accès aux revenus, la sécurité alimentaire, la nutrition etc. Les groupes cibles concernées prioritairement par une telle démarche sont les populations vulnérables ou devenues sinistrées à cause de la crise économique, une catastrophe naturelle ou la guerre et qui sont sans emploi sans revenu. Ces populations sont sans moyen et ne bénéficient pas d'un système approprié de protection sociale inscrit dans la durée. Elles sont à la lisière de l'indigence et sont donc extrêmement démunies. Au départ, les programmes seront basés sur un programme d'assistance au profit de ceux qui acceptent de s'engager dans un processus de réinsertion économique. C'est une protection sociale que l'on peut qualifier d'« humanitaire » et qui va couvrir prioritairement les soins de santé. Cette prise en charge sanitaire de base vise à assurer à cette population des soins de santé primaires ou essentiels. Ce niveau de prestation est différent du système contributif et décentralisé destiné aux micro-entrepreneurs ou aux travailleurs salariés. Compte tenu de la situation de vulnérabilité des bénéficiaires, le système non contributif est pris en charge par un programme humanitaire financé par des bailleurs. Le système contributif lui est basé sur la notion de protection sociale contre travail humanitaire. Ici le travail humanitaire est rémunéré en nature, vivres, semences, outils, médicaments etc. Il sera question d'organiser le groupe cible notamment les populations sinistrées ou vulnérables en communautés des travailleurs pour l'exécution des travaux d'intérêt communautaire. Concrètement sur le terrain les stratégies sont différentes mais semblent contribuer à l'amélioration de la situation des communautés vulnérables :

« Les ménages dans les MUSA deviennent moins fragiles parce qu'ils peuvent accéder rapidement aux soins de santé. Ce qui fait que le nombre de jours d'inactivité baisse (...). Nous avons retenu maintenant de passer davantage par des groupes organisés comme les coopératives pour promouvoir l'adhésion aux mutuelles », Responsable ONG belge au Burundi, le 11/09/2020.

« Sur le plan économique, nous avons intégré des AGR. Ces activités peuvent être individuelles ou collectives. On encourage beaucoup les activités individuelles à travers les tontines. Grâce à ces activités, les mutualistes peuvent s'épanouir dans les familles. Avec l'appui d'Adisco, on a structuré des coopératives où les mutualistes bénéficient de services de coopérative comme le stockage, les achats groupés, les ventes groupées, la transformation des produits agricoles., Responsable d'une faitière des MUSA au Burundi, le 05/10/2020.

La relation entre protection sociale et accès aux revenus a été établie depuis plusieurs années. Par exemple, les acteurs accompagnant le développement des mutuelles de santé leur ont adossé des activités génératrices de revenu (AGR) pour organiser une stratégie de sortie du programme humanitaire. Cette approche a été conceptualisée et testée sous le label 'articulation micro-crédit et micro-assurance santé' dès le début des années 2000. L'objectif était d'établir un pont entre micro-crédit et micro-assurance santé en passant par les activités génératrices de revenu. Ainsi, les populations sinistrées ou vulnérables regroupées préalablement en mutuelles de santé humanitaire grâce au travail humanitaire passent à un niveau supérieur de protection sociale par le développement des activités génératrices de revenu. Les bénéficiaires du crédit seront soumis à l'obligation de s'assurer contre le risque maladie au sein d'une mutuelle de santé de leur choix. Ceci constitue une garantie pour le remboursement du crédit (Gbossa et al., 2002a).

« Il faut réfléchir à la façon d'associer l'assurance maladie à d'autres mécanismes tels que l'obtention du permis de conduire, les microcrédits, l'assurance automobile etc. pour inciter les populations à souscrire massivement. (...). De plus, il faut davantage insister sur le ciblage et le financement de la pauvreté par des activités génératrices de revenus. (...). Les mutuelles doivent aussi assumer pleinement leur rôle en tant que modalités d'accès aux soins » Responsable OMS, le 19/08/2020.

Louvain Coopération s'inscrit dans cette perspective avec l'approche 'synergie MUSA-SAE'. Améliorer l'accès des populations vulnérables à la nourriture et aux autres soins primaires que sont la santé, l'éducation ou encore le logement passe notamment par la promotion de l'entrepreneuriat (Louvain Coopération, 2020a). Cependant, au regard des résultats mitigés et surtout du fait que les acteurs utilisent ce concept comme outils de marketing envers les membres, l'approche est remise en question (P. Ndiaye, rapport de mission, Louvain Coopération, 2019).

Par contre, l'approche filière ou chaîne de valeur pour la couverture des travailleurs ruraux a été largement documentée dans une récente étude conjointe UCL/ULB. Elle démontre le potentiel d'une telle articulation et pose les étapes préliminaires pour sa réalisation (Kestemont et al., 2020).

Par ailleurs, la FAO reconnaît le rôle essentiel que joue la protection sociale dans le renforcement de ses travail dans les domaines de la sécurité alimentaire, de la nutrition, de l'agriculture, de l'éradication de la pauvreté et de la développement, ainsi que dans ses efforts pour améliorer la résilience des moyens de subsistance aux chocs et aux tensions (FAO, 2017b). Par exemple, elle travaille à combiner la SAN, l'Agriculture et la PS. Il s'agit pour la FAO de soutenir simultanément la production et la consommation locale de nourriture en établissant un lien entre les interventions agricoles pour une gestion durable des ressources naturelles et

l'approvisionnement alimentaire local. De plus, la FAO a également développé le concept de PtoP (protection to production) pour marquer la transition de la protection à la production

L'approche a récemment été mise en œuvre au Burkina Faso, au Lesotho, au Niger, au Mali, en Mauritanie et en Somalie. Les éléments à disposition montrent que l'approche a amélioré de façon significative les revenus, les actifs, le potentiel de productivité et la sécurité et la diversité alimentaires des ménages, tout en réduisant les stratégies d'adaptation négatives que les familles se voyaient contraintes d'adopter (FAO, 2016).

« Aujourd'hui chez nos mutualistes, il n'y a plus de vente sur pied des récoltes. Ils ne sont plus obligés de contracter des prêts avec des intérêts importants. En santé, le taux de fréquentation a augmenté. Maintenant dès qu'un membre commence à sentir la maladie, il va directement au centre de santé. Aussi les hospitalisations sont moins importantes puisque les gens se soignent beaucoup plus tôt ». Responsable, Faitière des MUSA, Burundi, 05/10/2020.

V- Implication des parties prenantes, sensibilisation et communication

Dans les pays qui ont fait l'objet de notre étude, l'adhésion à un mécanisme d'assurance maladie n'est pas obligatoire pour une catégorie importante de la population. Dans ce contexte, pour atteindre la CSU, il faut imaginer des mécanismes susceptibles de renforcer l'adhésion des populations aux différents régimes mis en place. Dès lors la sensibilisation et la communication auprès des communautés concernées doivent être des activités prioritaires dans les projets et programmes.

« Il y a des coopératives agricoles et commerciales. Chaque coopérative a en moyenne 30 membres. Ces coopératives captent des populations aux ressources limitées. Il faut sensibiliser les coopératives pour intégrer les mécanismes d'assurance. (...). Dans chaque colline, il y a une coopérative à l'initiative de l'Etat. Nous devons arriver à définir une stratégie de paiement par la coopérative (...). Il faut aussi impliquer davantage les autorités de base sur la sensibilisation, former les dirigeants de coopératives sur les questions de CSU et sensibiliser les élèves de primaire et secondaire », Enseignant-chercheur, le 03/10/2020.

Cependant, en dépit des activités de communication de sensibilisation, les résultats en termes d'adhésion ou de renouvellement ne sont pas toujours garanties :

« L'augmentation des effectifs dépend de plusieurs facteurs. Même si on fait ces actions de sensibilisation, ça peut arriver qu'à un certain moment que l'augmentation n'a pas eu lieu. Mais l'action principale c'est la sensibilisation de masse. Mais actuellement, on renforce surtout l'ancrage à la base. On constate qu'avec cette technique les mutualistes adhèrent davantage et les paiements des primes sont respectés. On espère que cela va continuer à faire augmenter les effectifs. », Responsable, faitière de MUSA au Burundi, le 05/10/2020.

D'abord, il paraît crucial dans le design des politiques d'associer et inclure à travers des processus participatifs les différentes parties prenantes concernées par la CSU. Il s'agit en général, de l'Etat, du secteur public, le secteur privé, le secteur informel et rural, les mutuelles, les prestataires de soins, les PTF etc. Ces différents acteurs ont un rôle spécifique à jouer dans la réalisation de la CSU et une bonne perception de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs contraintes doit être établie.

« Dans le ciblage de nos bénéficiaires qui ont droit au soutien et à l'accompagnement de l'Etat, il arrive souvent qu'il y ait des erreurs d'inclusion et d'exclusion. Pour corriger ces insuffisances et rectifier le tir, nous avons mis en place des comités de sélection multi-acteurs. De ce fait, les chefs de quartier, les leaders confessionnels, les associations de jeunes ou de femmes etc. interviennent pour nous aider à identifier les ménages les plus vulnérables au sein de la communauté », Responsable Délégation Protection sociale, le 19/08/2020.

Il peut être intéressant de mettre en place des cadres de concertations multi acteurs pour instruire des dialogues et des synergies constructives pour la mise en place de la CSU.

Par exemple, la position des mutuelles dans l'architecture de la CSU au Burundi est problématique et ne leur permet pas de contribuer pleinement et d'exprimer leur plein potentiel. Ces institutions qui pourtant jouent un rôle important dans la mobilisation des citoyens et par l'offre de couverture à certaines catégories de la population sont actuellement quelque peu en marge du système. Les plateformes d'appui des mutuelles que sont la Pamusab et la Pomuco sont des interlocuteurs crédibles susceptibles d'apporter une réelle plus-value dans la CSU.

« Concernant les aspects pour améliorer notre programme, on a l'intention de couvrir tout le territoire national car aujourd'hui on ne couvre que 11 provinces sur 18, mais aussi l'informatisation avec un logiciel performant mais aussi un personnel suffisant et très qualifié pour arriver à bien servir les populations pour qu'elles accèdent aux soins de qualité et à coût diminué », Responsable Munasa, le 01/10/2020.

Cette inclusion des parties prenantes, au-delà des plateformes d'appui aux mutuelles, permet de croiser des expériences diverses, des approches multiples et de pouvoir enfin construire des stratégies adaptées pour la sensibilisation et la communication. Ces stratégies, élaborées et mises en œuvre avec le concours de l'ensemble des acteurs, peuvent permettre à terme d'améliorer le taux de pénétration de l'assurance maladie. A ce stade, l'engagement de l'Etat peut jouer un rôle clé. Assurer l'accès à la protection sociale n'est donc pas une option politique, mais une obligation de l'Etat consacrée dans le droit international des droits de l'homme. (Rapport sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté, soumis à la 65^{ème} session de l'Assemblée générale de l'ONU, A/65/259, § 10, daté du 9 août 2010.) La réalisation de la CSU requiert impérativement la mobilisation d'acteurs aux rôles distincts, mais complémentaires. Si la mobilisation de la population et la voix qu'elle se donne à travers les mutuelles de santé sont cruciales, il n'est pas possible de réussir sans qu'une offre de qualité soit proposée à la population.

Les prestataires doivent devenir avant tout des partenaires privilégiés dans le combat pour la CSU. De la même manière, si on veut réussir à généraliser le droit à des soins de qualité, l'Etat doit jouer son rôle normatif et régulateur, et disposer de moyens pour le faire. En proposant de mettre en place des dispositifs d'échanges et de concertation entre les parties, tant à l'échelle nationale que dans les provinces (Solidarité Mondiale, 2017).

Il est important de construire des messages adaptés et cohérents, d'identifier les relais, mais surtout de s'assurer de la compréhension des informations transmises par les cibles. Cependant, il faut noter les efforts entrepris dans ces domaines par les ONG notamment. Mais la faible

confiance des populations par rapport au système de soins de façon générale limite souvent la portée des actions de sensibilisation et de communication pour renforcer les adhésions.

Les partenaires au Nord notamment les acteurs ONG belges devraient également renforcer leur mécanisme de coordination et de communication.

« Il y a des choses sur lesquelles on doit se mettre d'accord, qui ne sont pas réglées. Il y a des problèmes de concurrence sur le terrain entre mutuelles. Il y a des options à prendre pour avancer dans l'harmonisation. Tout n'est pas rose, tout n'est pas réglé, même si le cadre est déjà là », Chargé de programme Burundi, ONG belge, le 20/11/2020.

Enfin, il faudrait que les PTF s'appuient davantage sur les capacités des personnes appuyées à trouver des solutions propres et singulières qui ne sont pas forcément celles ayant eu du succès ou de la réussite en Europe ou dans d'autres pays. Chaque contexte est différent et une solution type qui marcherait à tous les coups n'existe certainement pas. L'aide est bâtie sur un postulat d'incapacité des acteurs locaux à résoudre leurs propres problèmes. Cette attitude conduit à méconnaître les potentiels et répéter les erreurs au fil des programmes d'intervention. Une posture comme celle de l'USAID pourrait être intéressante :

« A l'USAID, nous n'avons pas de programme propre. L'USAID soutient le programme qui est développé au niveau du pays. Si nous arrivons au Sénégal, au Burundi, au Rwanda, n'importe quel pays, on essaie de voir la politique sanitaire définie par l'Etat et on essaie de voir les aspects qui nous semblent pertinents et nous l'appuyons. Nous insistons pour que les gouvernements développent leur propre programme que nous appuyons ». Responsable USAID, le 17/10/2020.

VI- La professionnalisation : recours au pooling et techniques assuranciels

Les fonctions classiques pour une mise en œuvre de la CSU sont la collecte, la mutualisation et l'achat de services. La professionnalisation intervient sur ces trois niveaux. Cette professionnalisation passe le recours et l'utilisation des techniques assuranciels. En effet, la CSU doit être vue comme étant un système d'assurance à grande échelle. Dès lors, au niveau de la phase de collecte, il est important sur une base scientifique de déterminer des niveaux de prime par catégorie. Cette segmentation des primes permet d'assurer l'équilibre et de financer le risque. Or, une analyse des prix pratiqués par certaines mutuelles ou caisses d'assurance maladie démontrent que les montants collectés en contrepartie des couvertures offertes ne suffisent pas à couvrir le coût réel du risque. Cet état de fait est repris dans de nombreux rapports et études comme celles de Letourmy. Certaines situations de tension de trésorerie ou de difficultés à honorer les paiements aux prestataires se justifient par cette sous tarification. A titre illustratif, au Burundi, le coût de la CAM ne tient pas compte de la capacité contributive ou du risque réel. Cette situation se traduit par une incapacité du mécanisme à faire face à ses engagements. De plus, certaines mutuelles se font une concurrence sur les prix en vue de capter des adhésions. Ainsi, à terme elles ne peuvent plus se financer elles-mêmes et finissent par fermer, ce qui limite la confiance des populations envers ses systèmes. De ce fait, il est important comme le fait par exemple ULB Coopération de procéder à des études actuarielles en vue de déterminer la prime adéquate pour le risque à couvrir.

« Les mutuelles de santé font face à des difficultés de professionnalisation. Elles sont souvent incapables de gérer les risques financiers et le portefeuille clients. (...). La logique des chercheurs n'est pas celle des décideurs qui eux ont un agenda politique. A mon avis, il n'y a pas de modèle unique et c'est impossible de transposer un modèle extérieur. Il faut voir l'exemple rwandais (...). Dans tous les cas, l'approche doit être bipolaire : améliorer l'offre de soins et le dispositif institutionnel de cadrage. Il faut s'arrêter et faire un inventaire et inventer un nouveau modèle », Responsable Délégation à la protection sociale, le 19/08/2020.

« Les MUSA se sont accordées sur l'utilisation d'un logiciel de formation commun et ça va réellement permettre une transparence des données, l'inter mutualité, la portabilité, il y a vraiment des avancées importantes », Chargé de programme au Burundi, ONG Belge, le 20/11/2020.

Une fois, les primes à payer, bien calculées, les systèmes de CSU doivent être mutualisés (pooling). L'assurance fonctionne selon la loi des grands nombres, il faut dès lors d'une part viser un nombre d'adhérents pour la fonctionnalité du système de CSU mais d'autre part il faut mettre les différents en commun dans une démarche globale. Cette méthode permet aux différents risques de se compenser entre eux et d'avoir des statistiques à plus grande échelle sur l'évolution des risques.

Enfin, au niveau de l'achat de services, l'assurance peut également intervenir. Elle permet d'anticiper sur le niveau de sinistralité attendue selon les rubriques à couvrir (actes médicaux, pharmacie, hospitalisation etc.). Sur la base de ces données, le système CSU peut fixer des conventions avec les prestataires qui tiennent compte d'une part des primes disponibles et d'autre part des remboursements à payer.

La consolidation des activités de la mutuelle de santé implique à certains égards l'établissement d'un lien avec le système institutionnel public ou privé de santé notamment pour se mettre à l'abri de certains risques jugés très coûteux. Pour se couvrir contre certains risques d'envergure comme certaines maladies chroniques, la mutuelle de santé peut se réassurer auprès des institutions classiques d'assurance et de protection sociale. Ceci constitue une garantie pour sa solvabilité à l'endroit des centres de santé et assure en même temps la continuité des activités. C'est la technique de réassurance pour un niveau supérieur de prestation.

La technique de réassurance au sein d'une mutuelle de santé est rendue possible grâce à l'établissement d'un partenariat entre la mutuelle de santé et les autres mécanismes de protection sociale notamment les caisses de sécurité sociale réhabilitées et réformées, les sociétés d'assurance privée, le réseau des mutuelles de santé.

Dans une optique de réassurance, il s'agit pour la mutuelle de santé de proposer aux affiliés ayant des maladies chroniques d'entrevoir la possibilité de payer une cotisation supplémentaire pour leur prise en charge efficace. Cette possibilité leur permettra d'accéder à un niveau de prestation supérieure, plus ou moins approprié à leur situation. Ainsi, l'application de la politique de réassurance en collaboration avec les autres mécanismes de protection sociale permettra à la mutuelle de santé de se mettre (elle aussi) à l'abri des dépenses inattendues que pourrait occasionner une fréquence élevée des malades chroniques. Le développement de la

réassurance ouvre des perspectives pour les caisses de sécurité sociale qui peuvent envisager cette prestation et ce service dans leur programme de réforme (Gbossa et al., 2002b).

Enfin, le médecin conseil peut aussi contribuer à l'amélioration de la qualité des services. Il s'agit là d'un dispositif crucial, qui permet de contrôler les risques financiers, d'empêcher au maximum les abus en termes de sur-prescription, de surfacturation et de surconsommation, mais aussi de veiller à la qualité de l'offre :

« Mon rôle en tant que médecin-conseil est d'aider à la contractualisation avec les structures de soins pour l'amélioration de la qualité des services. Je suis quelque peu un régulateur entre l'acheteur et le vendeur pour assurer l'arbitrage et la qualité des services offerts aux mutualistes. Je procède à l'analyse de certains indicateurs, à l'analyse et la vérification des prestations à rembourser, la cohérence de la prise en charge du malade », Médecin conseil des mutuelles, le 30/09/2020.

« On encourage les populations à adhérer aux MUSA. Nous avons des mutuelles de santé au Congo depuis plus de 20 ans et nous avons amélioré nos façons d'accompagner les mutuelles (...). Depuis 2010, on a commencé dans une logique de délégation d'un certain nombre de fonctions de MUSA à des structures qui ont de la compétence pour pouvoir le faire. On a des structures d'appui technique, aux MUSA que nous appuyons en RDC. Ce qui fait que les MUSA qu'organisent nos partenaires négocient les tarifs avec les prestataires, font des achats stratégiques et n'achètent pas n'importe quoi. Ces MUSA bénéficient aussi des services de médecin. (...). Enfin, les structures d'appui aux MUSA sont intégrées à un système d'accréditation des prestataires c'est-à-dire que les mutuelles que nous accompagnons ne signent pas des conventions avec n'importe quel prestataire. (...). On a ce regard-là, on peut au moins oser dire que les soins dont bénéficient les membres des MUSA, c'est quand même des soins avec un minimum de qualité ou de qualité acceptable. » Responsable régional, ONG belge, le 04/11/2020.

Conclusion

L'objectif principal de ce travail était d'élaborer une réflexion sur les mécanismes de protection sociale en santé en tant qu'outil de réduction de vulnérabilité et d'inclusion sociale pour des populations vulnérables dans une situation de fragilité. Cette problématique est particulièrement pertinente pour les sciences en action humanitaire ou de développement. En effet, le manque d'accès ou de disponibilité de politiques de protection sociale en santé exposent ces populations à des stratégies d'adaptation négatives qui finalement les maintiennent dans un cycle de pauvreté et de dépendance. Sous ce rapport, il est important, au-delà des résultats des résultats enregistrés, d'insister particulièrement sur les faiblesses notées pour l'atteinte d'une CSU en RDC et au Burundi. Tout individu a besoin de bénéficier d'une protection sociale, tout au long de sa vie, pour faire face aux risques sociaux. Ce besoin, réaffirmé par les instances internationales comme l'OIT, est encore plus marqué dans les contextes fragiles. Toutefois les outils et modalités d'intervention en protection sociale ne sont pas toujours adaptés. L'analyse a montré des gaps et des contraintes qui doivent être corrigés pour une meilleure implémentation des politiques d'interventions.

Les situations décrites en RDC et au Burundi permettent de voir des similarités et des différences dans la mise en œuvre de la CSU. De plus, l'analyse comparative a permis d'explorer les dimensions de la fragilité dans chaque contexte et l'approche particulière retenue pour tendre vers la CSU. On peut aussi noter une diversité des approches selon les bailleurs et les gouvernements en place. L'analyse a aussi porté sur des unités géographiques plus réduites, en l'occurrence des provinces, ceci pour mieux saisir les particularités qui peuvent subsister par rapport à une analyse nationale.

Dans un premier temps, une analyse approfondie de la littérature a permis de comprendre l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé, les acteurs qui interviennent dans le domaine, les stratégies mises en place, leurs limites etc. Dans un second temps, les entretiens réalisés avec les acteurs aussi bien RDC qu'au Burundi a permis de conforter le diagnostic situationnel réalisé mais surtout de dégager une matrice de pistes susceptibles de corriger les insuffisances notées et de mettre les pays de notre dans une bonne dynamique pour la CSU.

Dans le domaine particulier des interventions en santé, le facteur fragilité doit de plus en plus être pris en considération. Partir du contexte et en tenir compte reste une condition de réussite pour tout programme humanitaire ou de développement. Notre approche dans le cadre de cette étude a tenté de d'utiliser simultanément sur le registre de l'aide humanitaire et de l'aide au développement au travers du concept de fragilité qui se prête finalement aux deux types d'intervention qui doivent être envisagés dans une logique de complémentarité et non d'exclusion. Cette complémentarité a été explorée à travers le concept de Nexus ou de SPaN, qui devra de plus en plus inspirer les différents acteurs dans la conception et la mise en œuvre des programmes. Les ONG d'accueil sont d'ailleurs engagées dans cette dynamique à la fois sur le terrain mais aussi en tant qu'ONG universitaires.

Annexes

Annexe 1 : **Guide d'entretien**

Contexte global de la Protection Sociale et la fragilité

Dans votre contexte quels sont les éléments caractéristiques de la fragilité ?

Votre intervention tient-elle compte de la fragilité ? Si oui, comment ?

Votre action dans la CSU tient-elle compte de toutes les dimensions de la protection sociale ?

Quelles sont, selon vous les expériences en matière de PS qui peuvent servir de leçon apprise ?

Régulation de la protection sociale

Comment les rôles de tutelle, supervision, régulation etc. sont exercés ?

Avez-vous des mécanismes de coordination ? Si oui, veuillez nous décrire leur fonctionnement.

Mise en œuvre des stratégies de protection

Comment votre action dans la protection sociale contribue-t-elle à atténuer la fragilité dans votre zone d'intervention ?

Votre action permet-elle une transition de l'humanitaire vers le développement pour vos bénéficiaires ? Si oui, Comment ?

Défis dans la mise en œuvre

Quels seraient selon vous les aspects à améliorer pour une meilleure performance de votre intervention ?

Acteurs opérationnels

Quelle appréciation faites-vous sur la CSU dans votre région ?

Quelle est votre contribution spécifique pour l'avènement d'une CSU ?

Annexe 2 : Liste des personnes interrogées :

Responsable OMS
Secrétaire exécutif Faïtière des MUSA (Burundi)
Représentant ONG Belge (Burundi-RDC)
Médecin conseil des mutuelles (Burundi)
Secrétaire général Plateforme MUSA (RDC)
Responsable régional MUNASA (Burundi)
Directeur de compagnie d'assurance (Burundi)
Infirmier -Prestataire (Burundi)
Enseignant-chercheur (Burundi)
Responsable programme USAID (Afrique)
Responsable à la Délégation à la protection sociale (Sénégal)
Responsable programme au Burundi (Belgique)
Représentant ONG belge au Burundi (Burundi)

Bibliographie

Agence de la Couverture Maladie Universelle. (2019). *RAPPORT DE PERFORMANCE DE L'ANNÉE 2018*

(p. 26). Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Bachelet, M. & International Labour Office. (2011). *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive : Rapport du groupe consultatif*. BIT.

Banque Mondiale. (2018). *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*.

Be cause Health Matters. (2020). *AGIR ENSEMBLE AFIN DE RENFORCER LE DROIT À LA SANTÉ DANS LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO: Compte rendu du Séminaire sur la santé en République Démocratique du Congo – RDC et de la table ronde sur la Couverture Sanitaire Universelle en RDC* (N° 12; p. 22). Because Health.

BRACED. (2017). *ÉVALUATION INDÉPENDANTE DU PROGRAMME ASP DE LA BANQUE MONDIALE*.

Brauman, R. (1994, mai 1). *L'action humanitaire*. msf-crash.org. [https://www.msf-](https://www.msf-crash.org/fr/publications/acteurs-et-pratiques-humanitaires/laction-humanitaire)

[crash.org/fr/publications/acteurs-et-pratiques-humanitaires/laction-humanitaire](https://www.msf-crash.org/fr/publications/acteurs-et-pratiques-humanitaires/laction-humanitaire)

Castellanet, C., Solanet, G., & Ficatier, Y. (2010). *Adapter les pratiques opérationnelles des bailleurs dans les États fragiles*. 85.

Commission des déterminants sociaux de la santé & OMS. (2009). *Comblers le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la santé.

Commission Economique pour l'Afrique, & ONU. (2015). *Conflits en République Démocratique du Congo : Causes, impact et implications pour la région des Grands Lacs*.

Commission Européenne. (2012). *La protection sociale dans la coopération au développement de l'Union européenne* (N° 446; COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES RÉGIONS, p. 13). Union Européenne.

- Commission Européenne. (2019). *Guidance Package on Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus- Operational Note N° 9 : Fragility*. Union Européenne.
- Conseil de l'UE. (2007). *Une réponse de l'UE aux situations de fragilité- Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil (Note N° 15118/07; DEVGEN 254, p. 8)*.
- COOPAMI, Mbala, I., & Bahati, F. (2016). *Système de protection sociale en santé en République Démocratique du Congo*.
- de Savigny, D., & Taghreed, A. (2010). *Pour Une Approche Systematique Du Renforcement Des Systemes De Sante (OMS)*. World Health Organization.
- DEVCO, ECHO, & NEAR. (2019). *Tools and Methods Series—Reference Document No 26 : Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus. A Game Changer in Supporting People through Crises*. Commission Européenne. <https://europa.eu/capacity4dev/sp-nexus/documents/european-commission-2019-tools-and-methods-series-reference-document-no-26-social>
- Devereux, S., & Sabates-Wheeler, R. (2004). *Transformative social protection*. Institute of Development Studies.
- DGD. (2013). *Note stratégique pour les situations de fragilité (p. 39)*. Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement.
- Dujardin, A. (2007). Analyse des organisations mutualistes pour le financement de la santé en Afrique de l'Ouest. Le cas du Bénin. *CIRIEC*, 01(2007/01), 36.
- ECHO. (2018). *La protection sociale en contexte humanitaire*. Commission Européenne.
- Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK), & USAID. (2019). *République Démocratique du Congo : Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017- 2018*.

- EUROPE Ltd, & ECORYS. (2017). *Mission d'appui à la planification du Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en RDC (PRO DS)*. Union Européenne; (EUROPEAID/132633/C/SER/MULTI Lot N°8 – Santé : DdP : 2016/379087 – Version 1).
- Ezzrari, A., & Fellousse, A. (2018). *Etude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10753.35688>
- FAO. (2016). *La protection sociale dans les situations de crise prolongée, de fragilité et de crise humanitaire* (p. 10).
- FAO. (2017a). *FAO social protection framework : Promoting rural development for all*. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- FAO. (2017b). *Le rôle de la protection sociale en situation de crise prolongée* (p. 32).
- Frota, L. (2007, novembre 26). *Campagne mondiale sur l'extension de la sécurité sociale pour tous* [Programme STEP, Département de la Sécurité Sociale BIT].
- Fund for peace. (2020). *Fragile States Index*. <https://fragilestatesindex.org/>
- Gbossa, F. L., Gauthé, B., International Labour Office, & Social Security Policy and Development Branch. (2002a). *Social protection and crises in the Congo : From humanitarian aid to sustainable development*. International Labour Office.
<http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/79985940.html>
- Gbossa, F. L., Gauthé, B., International Labour Office, & Social Security Policy and Development Branch. (2002b). *Social protection and crises in the Congo : From humanitarian aid to sustainable development*. International Labour Office.
<http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/79985940.html>
- Glossary | socialprotection.org*. (2020). <https://socialprotection.org/learn/glossary/what-is-social-protection>
- Gouvernement de la RDC. (2005). *DOCUMENT DE STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE Province du Nord-Kivu*.

- Gouvernement de la RDC. (2006). *Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS)*.
- Gouvernement de la RDC. (2016). *Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS II)*.
- Gouvernement de la RDC. (2019). *Plan national de développement sanitaire*. République Démocratique du Congo.
- Gouvernement du Burundi. (2011). *Politique Nationale de Protection Sociale* (p. 18). MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE.
- Gouvernement du Burundi. (2018a). *Plan National de Développement pour la période 2018-2027 (PND Burundi 2018-2027)*.
- Gouvernement du Burundi. (2018b). *Plan national de développement sanitaire 2019-2023*.
- INS. (2014). *Enquête 1 2 3: RESULTATS DE L'ENQUETE SUR L'EMPLOI, LE SECTEUR INFORMEL ET SUR LA CONSOMMATION DES MENAGES*.
- INS. (2015). *Annuaire statistique RDC 2015*.
- INS. (2017). *Annuaire statistique RDC 2017*.
- International Labour Office. (2002). *Micro-assurance santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. BIT.
- ISTEEBU. (2008). *Recensement Général de la population et de l'habitat*.
- ISTEEBU. (2015). *BURUNDI : PROFIL ET DÉTERMINANTS DE LA PAUVRETÉ. Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013/2014*.
- ISTEEBU. (2017). *Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial*.
- Kabinda, J., Mitashi, P., & Chenge, F. (2017). *Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : Comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC) ?* Jeff Kabinda Patrick Mitashi Faustin Chenge (Note de politique N° 01). Centre de connaissances en santé de la RDC (CCSC).
- Kalombola, D., Criel, B., Belrhiti, Z., Silveira, V., Tambwe, A., Mukalay, A., & Mukalenge, F. (2019). *La politique publique du système de santé de district et sa mise en oeuvre : Une étude mixte d'évaluation dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo*.

- Kestemont, M.-P., Paul, E., Bourgeois, M., Horemans, C., Ndiaye, P., & Sambieni, N. E. (2020). *Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin*. ARES.
- Lancet, T. (2014). Universal health coverage post-2015 : Putting people first. *The Lancet*, 384(9960), 2083. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62355-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62355-2)
- Leclercq, S., Matagne, G., Martini, J., Vervisch, T., & Klimis, E. (2017). *Guidance on Fragility*.
- Letourmy, A. (2000). Les mutuelles de santé en Afrique : Conditions d'un développement. *Afrique Contemporaine*, 195, 230-240.
- Letourmy, A. (2014). *Assistance Technique perlée pour l'appui au développement d'une stratégie nationale de financement de la santé au Burundi et l'appui à la mise en place d'un panier commun dans le cadre du Projet d'Appui à la Politique Sectorielle de la Santé au Burundi- "Amagara Meza (BI/FED/2011/022-448 FED/2012/305/585 BI/FED/2011/022-448 EuropeAid/134181/D/SER/BI; p. 59)*. Le Ministre des Finances et de la Planification du Développement Economique, Ordonnateur National du FED.
- Louvain Coopération. (2018). *Rapport d'activités 2017* (p. 24).
https://www.louvaincooperation.org/sites/default/files/2018-10/RA-LC-2017_OK_BDEF.pdf
- Louvain Coopération. (2019). *Rapport d'activités 2018* (p. 24).
https://www.louvaincooperation.org/sites/default/files/2019-06/RA%20LC%202018_BDEF.pdf
- Louvain Coopération. (2020a, mars). Vers grande une fertilisation croisée. *Devlop', Le journal de Louvain Coopération*, 12.
- Louvain Coopération. (2020b, mai). *Historique | Louvain cooperation*.
<https://www.louvaincooperation.org/fr/historique>
- Louvain Coopération. (2020c, mai). *Notre expertise | Louvain cooperation*.
<https://www.louvaincooperation.org/fr/notre-expertise>
- Louvain Coopération. (2020d). *Rapport d'activités 2019* (p. 24). Louvain Coopération asbl.

- Lwanga-Ntale, C. (2018). , C. 2018. *A diagnostic on social protection needs and opportunities for forest-dependent communities in the United Republic of Tanzania. Forestry Working Paper No. 6. Rome, FAO (Forestry Working Paper N° 6; p. 68). FAO.*
- Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2015). *Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif : Une synthèse de 11 études de cas pays*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0592-9>
- Makamba, M., & Manruga, S. (2004). *LA PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTE EN RDC*. Ministère de la Santé.
- MBELO, R. (2003). *CAUSES ET CONSEQUENCES DE LA GUERRE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO*. GROUPE DE RECHERCHE ET D'ETUDES SUR LE CONGO.
- Michielsens, J. J. A., Meulemans, H., Soors, W., Ndiaye, P., Devadasan, N., De Herdt, T., Verbist, G., & Criel, B. (2010). Social protection in health : The need for a transformative dimension: **The need for transformative social protection in health**. *Tropical Medicine & International Health*, 15(6), 654-658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02529.x>
- Ministère à la Présidence chargé de la Bonne Gouvernance et du Plan [Burundi] (MPBGP), Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida [Burundi] (MSPLS), Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU), & ICF. (2017). *Troisième Enquête Démographique et de Santé* (p. 679).
- Ministère de la Santé Publique [RDC]. (2011). *RAPPORT NARRATIF : PROFIL PHARMACEUTIQUE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2011*.
- Ministère de la Santé [RDC]. (2006). *Recueil des normes de la Zone de santé*.
- MSPLS. (2017). *MANUEL DES PROCEDURES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU BURUNDI* (p. 105). Gouverbement du Burundi.
- Murray-Zmijewski, A. (2019). *Etude sur le financement de la santé en RDC*. Oxford Policy Management.

- Ndiaye, P. (2016). *L'implication Des Mouvements Sociaux Dans Les Politiques de Couverture Sanitaire Universelle. Une Étude Comparative de 5 Pays de l'Afrique de l'Ouest* (Solidarité Mondiale).
- Ndiaye, P., Kestemont, M.-P., & Horemans, C. (2020). Dimension opérationnelle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin. In M.-P. Kestemont & E. Paul (Éds.), *Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin*. ARES.
- North, D. C., Wallis, J. J., Webb, S. B., & Weingast, B. R. (2007). *Limited Access Orders In The Developing World :A New Approach To The Problems Of Development*. The World Bank.
<https://doi.org/10.1596/1813-9450-4359>
- Observatoire de l'action gouvernementale. (2013). *Analyse de l'état des lieux du secteur du financement de la santé au Burundi : De bonnes initiatives aux résultats mitigés*.
- OCDE. (2007). *Principes pour l'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires*.
- OCDE. (2017). *États de fragilité 2016 : Comprendre la violence*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/9789264269996-fr>
- OCDE. (2019). *Examen des systèmes de protection sociale : Un guide pratique*. OECD.
<https://doi.org/10.1787/6fe3e00b-fr>
- OCHA. (2018). *Humanitarian needs overview : Burundi*. 32.
- OIT. (2003). *La sécurité sociale pour tous : Un pari mondial*.
http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081479/lang--fr/index.htm
- OIT. (2014, décembre 12). *Global health protection crisis leaves almost 40% of the world's population without any coverage* [News]. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_326227/lang--en/index.htm

- OIT. (2015). *Recommandation R204—Recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R204
- OIT. (2020, mai 13). 22. *Socle de protection sociale (Plateforme ressource)*.
<https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/sp-floor/lang--fr/index.htm>
- OMS. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*. World Health Organization.
<https://doi.org//entity/whr/2010/fr/index.html>
- OMS. (2020, janvier 21). *What is universal health coverage?* <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-universal-health-coverage>
- OMS, & Banque Mondiale. (2018). *Rapport mondial de suivi 2017 : La couverture-santé universelle*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272598>
- OMS, Etienne, C., Asamoah-Baah, A., & Evans, D. B. (Éds.). (2010). *The World health report : Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization.
- Onu Habitat (Éd.). (2012). *Burundi : Profil urbain de Ngozi*. United Nations Human Settlements Programme.
- Özden, M. & Centre Europe-Tiers Monde. (2012). *Le Droit à la sécurité sociale*.
- PAMUSAB. (2013). *PROPOSITIONS D'UNE STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE AU BURUNDI*.
- PNUD. (2015). *Le travail au service du développement humain*. PNUD.
- PNUD. (2017). *À propos du Burundi*.
<https://www.bi.undp.org/content/burundi/fr/home/countryinfo.html>
- Pourtier, R. (2009). *Le Kivu dans la guerre : Acteurs et enjeux*. *EchoGéo*.
<https://doi.org/10.4000/echogeo.10793>

- Richard, V. (2005). Financement communautaire de la santé en Afrique : Les mutuelles de santé. *Médecine Tropicale*, 65(1), 87-90.
- RNBMAPS. (2017). *Programme Action Politique Burundi 2017-2021*. Réseau national burundais multi-acteurs pour la protection sociale.
- Rodin, D. J., Kim, C. of T. R. F. J. Y., ContributorPresident, & Group, W. B. (2014, décembre 12). *Universal Health Coverage : A Smart Investment*. HuffPost.
https://www.huffpost.com/entry/universal-health-coverage_b_6315414
- Sabates-Wheeler, R., & Devereux, S. (2008). *Transformative Social Protection : The Currency of Social Justice*. <https://www.ids.ac.uk/publications/transformative-social-protection-the-currency-of-social-justice/>
- Serre, J., & Bokova, I. (2016). *Les États fragiles : Manuel théorique et pratique*. Studyrama.
- Shelton, J. D. (2015). Putting health first in universal health coverage. *The Lancet*, 385(9970), 769-770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60429-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60429-9)
- Solidarité Mondiale. (2017). Vers l'assurance maladie universelle. *Ici et là-bas*, 109, 16.
- Stearns, J. (2012). *Nord-Kivu : Contexte historique du conflit dans la province du Nord-Kivu, à l'est du Congo*. Institut de la Vallée du Rift.
- Su, T., Kouyaté, B., & Flessa, S. (2006). Catastrophic Household Expenditure for Health Care in a Low-Income Society : A Study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 21-27. <https://doi.org/10.2471/BLT.05.023739>
- UEMOA. (2009). *REGLEMENT N°07/2009/CM/UEMOA PORTANT REGLEMENTATION DE LA MUTUALITE SOCIALE AU SEIN DE L'UEMOA*.
- ULB Coopération. (2017, mai). Les interventions en contexte fragile : Dialogue entre théorie et pratique. *Agir en contexte fragile*, 17, 5.
- ULB Coopération. (2020a, mai). *Éducation & citoyenneté critique | ULB Coopération*.
<https://www.ulb-cooperation.org/fr/education-citoyennete-critique>

- ULB Coopération. (2020b, mai). *Gestion des territoires & des ressources* | ULB Coopération. <https://www.ulb-cooperation.org/fr/gestion-des-territoires-des-ressources>
- ULB Coopération. (2020c, mai). *Gouvernance* | ULB Coopération. <https://www.ulb-cooperation.org/fr/gouvernance-0>
- ULB Coopération. (2020d, mai). *Historique* | ULB Coopération. <https://www.ulb-cooperation.org/fr/historique>
- ULB Coopération. (2020e, mai). *Santé & systèmes de santé* | ULB Coopération. <https://www.ulb-cooperation.org/fr/sante-systemes-de-sante>
- ULB Coopération. (2020f). *Rapport d'activités 2019* (Bulletin N° 21; p. 24). <https://www.calameo.com/read/005960619001d82d3a780>
- ULB Coopération. (2020g). *Rapports d'activités 2019* (N° 21; p. 24). ULB Coopération.
- UNICEF, & OCDE. (2014). *Atelier sur l'analyse systémique de la résilience appliquée à l'Est de la République Démocratique du Congo*.
- Van Gijssel, N. (2015). *LA SANTÉ N'EST PAS À VENDRE Garantir un accès universel à des soins de santé de qualité*. Because Health-Santé Solidarité.
- WASSO KAZAMWALI, J. B. (2013, septembre 16). *PLATEFORME CONGOLAISE POUR LA PROTECTION SOCIALE/PCPS. CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS INFORMELS; LA SECURITE SOCIALE ET LES REVENUS DE L'ECONOMIE INFORMELLE*, Johannesburg.
- World Bank. (2011). *Conflict, security and development*. World Bank.
- World Bank. (2016). *Programme de protection sociale adaptative. Relever les défis posés aux pauvres et vulnérables par le changement climatique et les risques de catastrophe*.
- WSM, ACV-CSC, & LCM-ANMC. (2010). *La protection sociale : Une question de changement social. Vision et stratégies des mouvements sociaux* (Rapport thématique mondial N° 02; p. 31).

Zine Eddine, E. I. M. D., Özaltın, E., & Haazen, D. (2018). *Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l'Ouest Francophone : Etat actuel, perspectives et proposition d'orientations stratégiques* (p. 40) [Note de politique]. Banque Mondiale.

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux	4
Abréviations	5
Introduction.....	6
Problématique.....	7
Méthodologie.....	7
Titre I : Cadre du stage et éléments de concepts sur la protection sociale et la couverture sanitaire universelle	9
Chapitre I : Présentation des structures d'accueil et déroulement du stage.....	9
Section I : Louvain Coopération.....	9
Section II : ULB Coopération.....	12
1- La santé et les systèmes de santé	12
2- Gestion des territoires et des ressources.....	12
3- Appui à l'entrepreneuriat et à la gestion	13
4- Education et citoyenneté critique	13
Section III : Le stage pratique : organisation et tâches effectuées	14
Chapitre II : Protection sociale, CSU et fragilité : éléments conceptuels.....	16
Section I : La PS : plusieurs définitions possibles mais des finalités communes	16
Section II : Les piliers et mécanismes de la protection sociale	18
Section III : La CSU : définition et dimensions du concept	20
Section IV : La notion de fragilité : critères et indicateurs	22
Titre II : Analyse des initiatives de CSU pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile.....	26
Chapitre I : Approches de PS et CSU au Burundi et en RDC.....	26
Section I : Le cas du Burundi.....	26
I- Eléments constitutifs de la fragilité du Burundi et présentation de la Province de Ngozi....	26
II- Présentation du système de santé du Burundi	29
III- Le financement de la sante au Burundi.....	31
IV- Progrès vers la CSU : les mécanismes de couverture du risque maladie en cours	32
V- Contribution de la mutualité à la CSU : l'action de Louvain Coopération et ses partenaires	34
VI- Analyse sommaire des progrès vers la CSU : bilan et limites	35
Section II : Le cas de la RDC	37
I- Présentation du Nord Kivu : vulnérabilité et fragilité	37

II- Présentation du système de santé	41
III- Financement de la santé	42
IV- Description des mécanismes de CSU et PS en cours.....	43
V- Contribution d'ULB coopération dans la mise en œuvre de la CSU au Nord-Kivu.....	45
VI- Bilan et limites des initiatives	47
Chapitre II : Leçons apprises/recommandations pour l'amélioration des stratégies d'intervention en contexte fragile.....	49
Section I : Au plan institutionnel et juridique.....	49
Section II : Au plan technique et opérationnel.....	52
I- Adapter les interventions en fonction de la fragilité	52
II- Le dépassement des fonctions traditionnelles de la PS : explorer toutes les dimensions de la PS	54
III- La CSU comme levier du nexus Humanitaire-Développement	56
IV- Intégration de la CSU dans une démarche globale : accès aux revenus, sécurité alimentaire, concept de PtoP (protection to production).....	58
V- Implication des parties prenantes, sensibilisation et communication.....	60
VI- La professionnalisation : recours au pooling et techniques assuranciels	62
Conclusion	65
Annexes	66
Bibliographie.....	68
Table des matières	79

Résumé :

Le présent mémoire se propose de partir d'une réflexion sur les mécanismes de protection sociale en tant qu'outils de résilience et d'adaptation dans des situations considérées comme particulièrement fragiles.

On peut noter que de plus en plus, des interventions sont pensées et mises en œuvre, par des ONG notamment, dans le but de venir en aide ou d'assister des populations considérées comme vulnérables à plusieurs aléas. Cette grande exposition est souvent combinée à une faible capacité de résilience ou d'adaptation, ce qui accroît dans de nombreux contextes la situation de fragilité.

Cependant, par souci d'efficacité, la réflexion va davantage se centrer sur le risque santé. En effet, beaucoup d'interventions dans le domaine de l'action humanitaire ou de l'aide au développement concernent le domaine de la santé à travers notamment l'amélioration et le renforcement de l'accès et de la qualité des soins. Dès lors, il apparaît que les stratégies d'intervention devraient être pensées ou repensées en vue d'intégrer les cibles fragiles aux mécanismes de protection sanitaire.

En tenant compte de la situation de fragilité en cours dans certains pays d'intervention des structures d'accueil (Louvain Coopération et ULB Coopération), nous avons réfléchi sur le rôle de la protection sociale en tant que mécanisme d'atténuation des risques sanitaires pour les populations vulnérables ou en situation de précarité.

La présente étude a pour objectif principal de procéder à une analyse comparative des initiatives de couverture santé universelle dans deux pays d'Afrique subsaharienne : la République Démocratique du Congo (RDC) et le Burundi. Elle se propose d'abord de ressortir les éléments caractéristiques de la fragilité dans chaque zone d'étude retenue. Pour la RDC, l'étude portera sur le Nord-Kivu tandis qu'elle portera sur Ngozi pour le Burundi. Ensuite, l'étude va décrire les modalités principales et les spécificités de chaque approche de CSU dans les zones concernées.

Mots-clés :

Protection sociale, couverture sanitaire universelle, fragilité, RDC, Burundi, Ngozi, Nord-Kivu