



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE SANTE A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LA RESILIENCE COMMUNAUTAIRE EN RDC**

Journal homepage: [ijssass.com/index.php/ijssass](http://ijssass.com/index.php/ijssass)

**CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE SANTE A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE ET LA RESILIENCE COMMUNAUTAIRE EN RDC** ☆

Mapendo Ndaliko Augustin <sup>a</sup>, Pascal Ndiaye <sup>b\*</sup>

A. Département de Santé publique/ Faculté de Médecine, Université Catholique du Graben (UCG)

B. Mabouya Solutions for Health, Social Protection & UHC specialist, Community-Centered Health System, Policy, Financing & interventions .

Received 10 January 2023; Accepted 12 March 2023

Available online 26 March 2023

**ARTICLE INFO**

*Keywords:*

Assurance maladie

Communauté

Mutualité de santé

Résilience

Services de santé.

**ABSTRACT**

**Introduction :** Dans la plupart des pays en développement, l'accès financier aux services de santé reste un problème persistant. Cette étude avait pour objectifs d'évaluer le recours aux soins des mutualistes.

**Méthodologie :** Nous avons utilisé le test de Fischer-Snedecor puis le test de Chi-carré d'homogénéité pour comparer les distributions observées entre plusieurs échantillons. La résilience de la communauté a été évaluée grâce au test du coefficient de corrélation et avec un indice de résilience multidimensionnel.

**Résultats :** Les structures les plus équipées étaient majoritairement fréquentées par les mutualistes avec un risque de consommation rapide du budget utile. La satisfaction des adhérents vis-à-vis des prestations de la mutuelle et de la qualité des soins était bonne mais la fidélisation des anciens membres ne semble pas être influencée le nombre des adhésions.

**Conclusion :** L'utilisation des services de santé par les patients dans un mécanisme d'assurance maladie restent un indicateur pertinent.

**Mots clés :** Assurance maladie. Communauté. Mutualité de santé. Résilience. Services de santé.

**1. Introduction**

Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable.

Le lien entre la santé et la pauvreté a été très tôt établi et largement documenté(1–6) et conceptualisé (7,8). La protection sociale a été instituée comme un droit fondamental, dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme. Dans sa conceptualisation, la protection sociale en santé occupe une place centrale dans les priorités des États. Plusieurs engagements internationaux et nationaux renforcent la position prioritaire de la santé dans les agendas. Par exemple, la Déclaration d'Alma Ata indique que la Santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale. Cependant, seule 1 personne sur 5 dans le monde bénéficie d'une protection de sécurité sociale à grande échelle, incluant également la garantie du salaire perdu en cas de maladie, et plus de la moitié de la population mondiale manque de toute forme de protection sociale organisée, d'après l'Organisation internationale du travail (OIT). Seules 5 à 10% des personnes sont couvertes en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, alors que dans les pays à revenu moyen, les proportions de couverture varient de 20 à 60%(9).

Cependant, financer les mécanismes de protection sociale n'est pas facile. Malgré de nombreux efforts des pays africains et une forte mobilisation de la communauté internationale, l'accès aux soins de santé demeure un problème crucial pour une large part des populations. Ce constat est de plus en plus flagrant, alors que nombre de pays s'engagent dans une stratégie de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Après les politiques de gratuité, une participation financière du bénéficiaire a été introduite entre autres, comme moyen d'amélioration du niveau de financement des formations sanitaires. Malheureusement, cette approche n'a pas produit les effets escomptés(10,11)et dans un contexte de diminution des financements publics, des initiatives alternatives se développent comme réponse aux grands enjeux sociaux dont l'accès à la santé. Les mutuelles de santé se sont développées dans ce contexte de réponse communautaire à l'accès aux

soins de santé(12).

La mutuelle de santé une association à but non lucratif basée sur des principes de solidarité et d'entraide entre les personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire(13). Elle vise à offrir une couverture contre les risques et à permettre aux personnes disposant de peu de ressources de bénéficier des soins de santé de base. L'étude portait sur la Mutuelle de Solidarité pour la Santé (MUSOSA) implantée en ville de Butembo dans la province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo (RDC). Elle appréciera le niveau de consommation des services de santé des personnes membres d'une mutuelle et la contribution de la mutuelle à la résilience de la communauté.

Dans ce pays, moins de 5% de la population bénéficie d'une protection sociale suffisante et plus de 74% de la population congolaise se trouvent en dessous du seuil d'une pauvreté (14). En termes de santé, cela se traduit par un accès aux soins très réduit. Au-delà de la pauvreté, les causes des barrières à l'accès sont multiples et variées. Levesque identifie cinq déterminants qui remettent la notion d'accès aux services de santé primaires centré sur le patient(15) : accessibilité géographique, acceptabilité, disponibilité et accommodation des services, abordabilité des coûts des services et adéquation du traitement. La pauvreté réunit de façon transversale toutes ces thématiques expliquent principalement le faible taux d'utilisation des services de santé en RDC(16).Le pays est également classé comme pays fragile et occupe le cinquième rang sur 178 pays analysés, avec un index de fragilité de 109,4 sur 120 (17). Environ 74% de la population congolaise se trouvent ainsi en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle (14). Selon les comptes nationaux de la santé, la contribution des ménages au financement de la santé est très élevée et constitue la principale source. Ils contribueraient pour 42% des dépenses courantes des services et soins qui leurs sont offerts. La plus grande proportion était attribuée aux hôpitaux (50%) et aux médicaments (30%); le

paiement direct constitue le principal mode de financement des ménages avec 93 % de la dépense courante de santé des ménages. Cette situation serait due à l'insuffisance des mécanismes de partage des risques maladie qui accentue l'exposition à des dépenses catastrophiques pour la santé à cause du paiement direct des ménages(18,19).

Le système de santé est considéré comme une des plus faibles de la sous-région. Les indicateurs de santé sont également mis à l'épreuve par la persistance de l'insécurité liée aux activités des groupes armés et milices s'ajoutent des défis liés à la gestion des épidémies surtout l'Ebola et le choléra. La distribution des infrastructures sanitaires rend difficile l'accessibilité géographique. Sur les 515 Zones de Santé existantes, 123 ne disposent pas d'hôpitaux généraux de référence (HGR)(14). Les ratios des ressources pour la santé sont les suivants: 0,9 médecin pour 10 000 habitants, 4,7 infirmiers et sages-femmes pour 5000 habitants. La RDC a une moyenne 0.64 lit d'hôpital pour 1 000 habitants. Il s'y ajoute une fragmentation du financement du système de santé et une multitude de mécanismes et programmes verticaux (20).

Dans ces conditions, il sera difficile pour le pays d'atteindre l'ODD 3.8 qui vise à 'assurer une couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous'. Pour la RDC, le besoin de réformer les systèmes de santé pour se diriger vers la couverture santé universelle (CSU) et « ne laisser personne derrière » s'avère urgent. Dans cette perspective, le gouvernement entreprend une série de réformes qui accompagnent la décentralisation dans le secteur de la Protection Sociale et de la santé :

- La mise en place de la Commission socioculturelle du gouvernement comme cadre de coordination pour tous les secteurs œuvrant dans le cadre des besoins sociaux de

base dont la santé, l'éducation, la sécurité sociale et les affaires sociales pour les indigents et le vulnérable ;

- L'élaboration de la Politique Nationale de la protection Sociale avec deux composantes :
  - Composante horizontale pour élargir la couverture des prestations sociales aux vulnérables à travers un socle de Protection Sociale et
  - Composante verticale pour améliorer la qualité de la sécurité sociale et la gouvernance de la Protection Sociale ;
- La séparation de fonctions de régulation, de prestations, de l'inspection et du financement au niveau du secteur santé.

L'assurance maladie est peu développée en RDC. L'assurance est un mécanisme de financement qui fonctionne sur le principe de la mise en commun des risques et l'utilisation des contributions pour réduire les dépenses personnelles des patients. Les Mutuelles de Santé (assurance volontaire) contribuent pour seulement 7% du dispositif d'assurance maladie (18). Des subventions de l'État sont prévues pour verser des contributions aux mutuelles de santé au nom des ménages pauvres et vulnérables (21). La mutualité est organisée par le Décret du 15 avril 1958 réglementant les associations mutualistes. Ces dispositions légales ne correspondent plus à l'évolution institutionnelle que connaît le pays depuis son accession à l'indépendance. En effet, malgré la présence dudit Décret, beaucoup de mutuelles sollicitent et obtiennent leur agrément soit au Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale, soit au Ministère de la Santé, en se référant à la Loi n°004/2001 du 20 juillet 2001 dispositions générales applicables aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique. Les mutuelles figurent dans le PNDS comme moyen d'aider à atteindre la CSU. Plus de 106 mutuelles de santé se développent en RDC, coordonnées par le Programme national de promotion des mutuelles de

santé (PNPMS) au niveau gouvernemental et la Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo (POMUCO) (22).

### **METHODOLOGIE :**

#### **PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE**

Le rayon d'action de la mutuelle de solidarité pour la santé (MUSOSA) s'étend sur une superficie de 4500 Km<sup>2</sup> et occupait le nord de la province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo avec une population qui vivait essentiellement de l'agriculture et de du commerce. Cette étendue est composée de deux territoires administratifs de l'Etat ; le territoire de Lubero et le territoire de Beni avec deux principales villes : Butembo et Beni.

Au début de l'étude, la mutuelle avait 2619 membres. La MUSOSA avait signé, une convention, pour les soins de ses membres, avec 32 structures de santé réparties dans 17 zones de santé comme entités géographiques sanitaires. Ces structures de santé offrent les soins de santé primaires et les soins curatifs ; certaines disposent des paquets des soins spécialisés avec des équipements appropriés. En ce qui concerne les factures, elles sont émises selon les tarifs d'un hôpital à un autre. Cette mutuelle de solidarité pour la santé avait commencé à prendre en charge 80% des factures des soins des ses membres depuis 5 ans (période de notre étude) alors qu'avant ça elle utilisait le système de tarif plafond.

#### **ECHANTILLON :**

L'étude a concerné 7430 membres de la mutuelle. Il s'agissait d'une étude transversale réalisée auprès de tous les mutualistes de la mutuelle de solidarité pour la santé (MUSOSA), dans les deux territoires de Lubero et de Beni avec deux villes principales, Butembo et Beni dans la province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC. La collecte des données s'était déroulée du 10 Avril au 2 Juin 2022 dans toutes les zones de santé d'intervention de la MUSOSA. Ces données étaient récoltées pour une période de 5 ans, soit de 2017 à 2021 dans les hôpitaux de la région.

L'adhésion à la mutuelle est volontaire moyennant une cotisation. Les adhérents viennent soit des

ménages (adhésion familiale) soit des associations (liste des tous les agents établie par l'employeur) telles les hôpitaux, les écoles, les congrégations religieuses, ... Les données sociodémographiques des membres sont recueillies sur des fiches d'adhésion. Un bon de soin était remis à toute personne devant se rendre aux soins. Un médecin conseil assure le suivi et l'analyse des prestations, notamment l'adéquation entre le diagnostic posé et la prescription médicale ainsi que le taux de recours aux services par les patients mutualistes (fréquentation). Le diagnostic permet de classer les patients par service. Le nombre des visites (consultations) par épisode de maladie est égal au nombre des fois qu'un membre se rend aux soins.

Le nombre des structures sanitaires partenaires de la mutuelle de solidarité pour la santé étaient de 32. Le niveau des structures est catégorisé en deux : hôpital de niveau 1 et hôpital de niveau 2, en fonction du paquet de soins, de son plateau technique et d'autres paramètres comme l'ensemble des ressources utilisées pour rendre les services de santé de qualité aux malades (qualité et quantité des ressources humaines, infrastructures, etc.). Le coût des services est en rapport avec le niveau. Les structures du niveau 1 étant moins équipées (structures de premier échelon) que les structures du niveau 2 et ayant, par conséquent, un tarif moins élevé que les structure 2. C'est dans les structures de niveau 1 où les patients devaient, en principe être reçus la première fois en cas de maladie simple avant d'aller directement dans les structures de niveau 2.

#### **ANALYSE DES DONNEES :**

Nous avons utilisé les logiciels Excel et EPI INFO. Pour comparer les indices de fréquentation par service pris comme des moyennes observées sur plusieurs échantillons ( $x$ =nombre des visites par malade et  $N$ =effectif total pour la variable), nous avons utilisé le test de Fischer-Snedecor (23) : si la variance entre les séries étudiées est égale à la variance résiduelle, les indices des fréquentations seront considérés comme identiques, si par contre la

variance entre les séries étudiées est supérieure à la variance résiduelle, les indices seront considérés comme différents selon les services où le patient était pris en charge.

Pour comparer les distributions observées entre plusieurs échantillons d'une variable qualitative nominale à plusieurs classes (Hôpital 1 ou Hôpital 2), nous avons utilisé le test chi-carré d'homogénéité. Si la p-valeur est inférieure à 0,05, les proportions observées seraient statistiquement différentes.

Pour tester l'existence d'une liaison entre le taux de fidélisation (renouvellement d'adhésion des anciens membres) et le taux de nouvelles adhésions respectivement variable quantitative X et variable quantitative Y, nous avons utilisé le test du coefficient de corrélation : sous l'hypothèse nulle  $H_0$ , le coefficient de corrélation doit être nul, on teste donc la différence  $r-0$ . Le rapport de cette différence sur son écart type suit la loi de Student (8) :

$H_1$	t	Rejet $H_0$	Interprétation
bilatérale	< t5%	Non	Absence de liaison significative entre X et Y
	≥ t5%	Oui	Liaison entre X et Y

#### L'indice multidimensionnel de résilience (IMR) (24)

A part le test du coefficient de corrélation, nous nous sommes aussi servis de l'indice multidimensionnel de résilience pour évaluer la résilience communautaire (voir tableau n°1). Comme l'étude de la résilience n'est pas l'apanage d'un unique domaine mais, au contraire, fait appel à plusieurs champs d'analyse (économique, juridique, médecine, physique, infrastructurel, sociologique, etc.), il s'avère difficile de la mesurer, de l'observer et surtout de la quantifier directement.

En somme, l'IMR répondant aux exigences scientifiques en matière de méthodologie, possède une construction mathématique relativement simple. Il se mesure par une moyenne arithmétique pondérée des indices de base qui sont calculés à partir des variables, lesquelles ont été sélectionnées en considérant l'aspect multidimensionnel de la résilience. L'IMR s'établit en cascade car il se construit progressivement. D'abord, étant donné que les variables sont exprimées dans diverses unités de mesure, nous transformons les différentes variables en indices

obtenus au niveau des variables. Ensuite, de nouveaux indices sont calculés au niveau des indicateurs en considérant les indices de base et les pondérations estimées à partir de l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Puis, les indices au niveau des critères (économique, social, culturel, institutionnel, organisationnel, environnemental et renforcement des capacités) sont également calculés en prenant en compte les indices précédemment calculés au niveau des indicateurs. Enfin, on aboutit à l'Indice Multidimensionnel de Résilience en calculant la moyenne arithmétique pondérée des indices calculés au niveau des critères.

appelés « indices de base » qui sont donc calculés et

Tableau n°1. Evaluation de l'indice multidimensionnel de résilience

Indice	Score	Niveau de résilience	Résultat
[0,00-0,09]	0	Sans résilience	Résultat extrêmement mauvais
[0,10-0,25]	1	Hautement non résilient	Très mauvais résultat
[0,26-0,45]	2	Résilience modérée	Mauvais résultat mais relativement acceptable
[0,46-0,59]	3	Résilience moyenne	Résultat considéré comme acceptable
[0,60-0,89]	4	Bonne résilience	Bon résultat
[0,90-1,00]	5	Très bonne résilience	Très bon résultat

## RESULTATS

Le système de santé de la RDC prévoit que le patient passe par un centre de santé (structure de base) pour arriver dans un hôpital (structure de référence), ce qui n'est pas respecté par les malades surtout en milieu urbain avec comme conséquence un afflux dans les

hôpitaux où les tarifs sont élevés.

D'une manière générale, le taux d'utilisation des services de santé par la population en RDC est de 48% (Ministère de la santé, projet de formation des cadres des zones de santé sur les soins de santé primaires, Kinshasa, Janvier 2006).

Tableau 2. Indice de fréquentation par service

SERVICE	$n_i$	$T_i$	$m_i$	$\sum x^2$	$T_i^2$	$T_i^2/n_i$	$Tg^2/N$
AMBULATOIRE	5137	11132	2,16	26984	123921424	24123,3	
HOSPITALISATION	Médecine interne	807	1737	2,15	5494	3006756	3725,8
	Pédiatrie	431	500	1,16	795	25000	58
	Gynéco-Obstétrique	610	849	1,39	2012	720801	1181,6
	Chirurgie	393	463	1,18	578	214369	545,5
	Ophtalmologie	52	52	1	52	2704	52
Total	7430	14733	2	35915		29495	29017

Le tableau ci-dessus montre les différences observées dans la fréquentation des services :  $n_i$  représente le nombre des patients ou bénéficiaires d'un service des soins (=série),  $T_i$  constitue le nombre des fois que l'on a consulté soit les totaux des observations pour chaque série,  $m_i$  est l'indice moyen de fréquentation,  $\sum x^2$  est la somme des carrés des observations, et  $Tg^2$  le total général des observations.

Les variances obtenues sont:

Variance	Numérateur	Dénominateur	Variance	F
Entre series:	29495-29017	6-1	95,6	111
Résiduelle:	35915-29495	7430-6	0,86	

La variance entre série étudiées est supérieure à la variance résiduelle ; ainsi donc les indices de fréquentation

observés sont statistiquement différents.

**Tableau 3.** Taux de fréquentation par niveau de la structure sanitaire et par service pour les patients en ambulatoire  
Le tableau ci-dessous présente le nombre des cas observés dans les services selon que la maladie était chronique ou pas. Il s'agit du nombre des fois qu'un malade a consulté en ambulatoire. Le type de maladie aigu ou chronique est présenté sous forme de prestation.

SERVICE	PRESTATION	STRUCTURE	STRUCTURE	TOTAL	EFFECTIF
		DE NIVEAU 1	DENIVEAU 2		
Médecine interne	Aigue	843	2493	3336	7639
	Chronique	1283	3020	4303	
Pédiatrie	Aigue	204	524	728	1175
	Chronique	132	315	447	
Gynécologie	Aigue	66	396	462	885
	Chronique	72	351	423	
CPN	-	150	315	465	685
Chirurgie	Aigue	67	137	204	664
	Chronique	98	362	460	
Ophtalmologie	Aigue	0	112	112	304
	Chronique	0	192	192	
<b>TOTAL</b>		<b>2915</b>	<b>8217</b>	<b>11132</b>	<b>11132</b>

Chi-carré= 214 avec une p-valeur < 0,001 : selon le plateau technique des soins (service utilisé) des structures sanitaires, les différences observées dans la fréquentation en ambulatoire sont statistiquement significatives.

**Tableau 4.** Taux de fréquentation par niveau de la structure sanitaire et par service pour les patients en hospitalisation.

Le tableau ci-dessous présente le nombre des cas observés en hospitalisation dans les services selon que la maladie était chronique ou pas. Il s'agit du nombre des fois qu'un malade a été hospitalisé. Le type de maladie aigu ou chronique est présenté sous forme de prestation.

SERVICE	PRESTATION	STRUCTURE	STRUCTURE	TOTAL	EFFECTIF
		DE NIVEAU 1	DENIVEAU 2		
Médecine interne	Aigue	172	498	670	1737
	Chronique	274	793	1067	
Pédiatrie	Aigue	132	232	364	500
	Chronique	19	117	136	
Gynécologie	Aigue	24	62	86	101
	Chronique	3	12	15	
Maternité	Accouchement	80	236	316	748
	eutocique				
	Accouchement	110	322	432	

		par césarienne			
Chirurgie	Aigue	34	141	175	463
	Chronique	32	265	288	
Ophtalmologie	Aigue	0	15	15	52
	Chronique	0	37	37	
<b>TOTAL</b>		<b>880</b>	<b>2730</b>	<b>3601</b>	<b>3601</b>

Chi-carré= 54,1 avec une p-valeur < 0,001. Selon le plateau technique des structures sanitaires, les différences observées dans la fréquentation en hospitalisation sont statistiquement significatives.

**Tableau 5** : Utilisation des services et corrélation entre fidélisation et nouvelles adhésions

Année	Fidélisation (taux de fidélisation)	Nouveaux adhérents	Effectifs	Nombre de bénéficiaires	Taux d'utilisation des services
2016	-	-	2619	1574	60,1%
2017	2484(94,8%)	563 (18,5%)	3047	1287	42,2%
2018	2549(83,6%)	1471 (36,5%)	4020	1624	40,3%
2019	3176(79%)	1354 (29,8%)	4530	1646	36,3%
2020	3451(76,2%)	1356(28,2%)	4807	1350	28,1%
2021	4527(94,1%)	1403 (23,6%)	5930	2970	50,1%
Moyenne	85,5%	27,3%	4159	1742	42%

Nous avons placé l'année 2015 en vue de calculer le taux de fidélisation pour la première année d'étude soit 2016. La fidélisation étant évaluée en fonction de l'année précédente.

Valeurs trouvées :  $r=0,47$   $Sr= 0,51$  et  $t=0,92$  avec une p-valeur > 0,05. Hypothèse nulle acceptée, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Pas de corrélation : la fidélisation des anciens membres de la mutuelle n'a aucune influence sur le nombre des nouvelles personnes devant adhérer à la mutuelle. Aussi comme le coefficient de détermination  $r^2$  est de 0,22 ( $r=0,47$ ), cela signifie que 22% de la dispersion des fidélisations est due à la corrélation et 78% est due aux aléas.

**Tableau 6.** Evaluation de la résilience communautaire par indicateur

Indicateur	Année	Indice	Score	Niveau de résilience
Fidélisation	2017	0,94	5	Très bonne résilience
	2018	0,83	4	Bonne résilience
	2019	0,79	4	Bonne résilience
	2020	0,76	4	Bonne résilience
	2021	0,94	5	Très bonne résilience
	Moyenne	0,85	4	Bonne résilience
Proportion des	2017	0,18	1	Hautement non résilient



nouveaux adhérents	2018	0,36	2	Résilience modérée
	2019	0,29	2	Résilience modérée
	2020	0,28	2	Résilience modérée
	2021	0,23	1	Hautement non résilient
	Moyenne	0,27	2	Résilience modérée
Adhérents appartenant aux ménages	2017	0,48	3	Résilience moyenne
	2018	0,38	2	Résilience modérée
	2019	0,37	2	Résilience modérée
	2020	0,29	2	Résilience modérée
	2021	0,31	2	Résilience modérée
	Moyenne	0,35	2	Résilience modérée
Personnels de santé comme mutualistes	2017	0,12	1	Hautement non résilient
	2018	0,13	1	Hautement non résilient
	2019	0,10	1	Hautement non résilient
	2020	0,09	0	Sans résilience
	2021	0,11	1	Hautement non résilient
	Moyenne	0,11	1	Hautement non résilient

L'évaluation de la résilience communautaire par indicateur (tableau V) en fonction de la fidélisation, la proportion des nouveaux adhérents, l'adhésion par ménage, personnels de santé comme mutualistes, nous a permis de trouver que la communauté a une bonne résilience vis-à-vis de la mutuelle du point de vue fidélisation, plutôt une résilience modérée du point de vue proportion des nouveaux adhérents, une résilience aussi modérée si l'on voit l'adhésion par ménage. Les personnels de santé sont hautement non résilients.

## DISCUSSION

La présente étude avait comme objectifs d'évaluer le recours aux soins chez les mutualistes soumis à un régime de remboursement de 80% de la facture par la mutuelle, apprécier la résilience communautaire que facilite la mutuelle en mesurant le taux de renouvellement des adhésions des anciens membres

de la mutuelle (fidélisation), le taux des nouvelles

adhésions, mais aussi suivre la courbe du nombre d'adhérents par an ainsi que le taux d'utilisation des services de santé. Avant notre étude, la mutuelle fonctionnait sous un régime de remboursement selon

un tarif plafond dont les résultats ne donnaient pas un impact positif sur l'accès aux soins de santé dans la région.

L'adhésion à la MUSOSA est annuelle et le membre est libre de renouveler ou pas son adhésion et d'aller se faire soigner dans une structure de son choix. Toutefois la périodicité du paiement de la cotisation semble influencer l'adhésion. En effet, il apparaît que l'obligation de verser les frais d'adhésion et/ou les cotisations annuelles en une fois constitue un frein important, en particulier pour les familles nombreuses. Les ménages expriment ainsi leur volonté d'une possibilité d'échelonnement des cotisations pour l'adhésion(25,26). La période durant laquelle les frais d'adhésion et/ou les cotisations annuelles sont collectées peut également favoriser l'adhésion ou, au

contraire, constituer une barrière, selon qu'elle tient compte ou non des fluctuations saisonnières des revenus(26). Ceci peut expliquer un faible taux de pénétration de la mutuelle au sein de la population.

Notre étude avait montré que le nombre des consultations dans les hôpitaux est différent selon les services de santé. Ainsi le service ambulatoire et les services de Médecine interne en hospitalisation étaient les plus fréquentés que les autres (Sg>Sr) avec des indices de fréquentation respectivement de 2,16 et 2,15. Ces 2 services regorgent plusieurs malades chroniques qui savent d'avance qu'ils iront aux soins, ce qui posait un problème sélection adverse pour la mutuelle de solidarité pour la santé. Pour les services de Chirurgie et d'Ophtalmologie, les malades ont consulté, en moyenne, chacun une fois, ce qui est normal car après l'intervention ou le port des lunettes, la guérison s'en suivait pour la plupart des cas.

En ce qui concerne la fréquentation générale des structures sanitaires selon leur niveau, celles disposant des plus des ressources en matière de soins de santé (médecins spécialisés, équipements spécialisés, ...) étaient les plus fréquentées ( $\chi^2 >>$  et p-valeur < 0,001) avec dépenses élevées pour la mutuelle. Nous y avons plus trouvé des cas chroniques tel qu'en Médecine interne, un service qui avait reçu 7639 soit 68,6% des tous les malades en Ambulatoire et 48,2% des tous les malades en hospitalisation. De Allegri et al. mentionnent, dans leur étude le mécontentement des adhérents face à l'assignation d'une structure de santé qu'ils n'ont pas choisi pour se faire soigner. Selon les bénéficiaires, cette décision découragerait les ménages d'adhérer à la mutuelle de santé en raison de la qualité des soins proposés et des relations avec les prestataires. Ainsi, certains préféreraient se rendre dans un centre de santé plus éloigné, mais où ils ont plus d'affinités avec les soignants(26). La MUSOSA ne savait pas contraindre les mutualistes à aller dans une structure où les factures pourraient être abordables, d'autant que le choix de la structure de recours est libre.

Dans le système de santé de la RDC, tout patient devait,

en principe, passer par la structure de premier niveau soit le centre de santé dans la nomenclature congolaise, avant de se retrouver au niveau de la structure de référence. Le centre de santé est la structure qui se trouve le plus proche des gens, où le contact avec la population est plus facile et plus intense, où la participation des gens est plus facile à obtenir. Et c'est à ce niveau que sont résolus des problèmes de santé qui nécessitent une approche plus personnelle où le patient est considéré dans sa globalité. A ce niveau les soins ne coûtent pas chers (Ministère de la santé de la RDC, projet de formation des cadres des zones de santé sur les soins de santé primaires, Kinshasa, Janvier 2006). Le problème de la préférence de la quasi-totalité des malades pour les structures plus équipées réside du fait que le ministère de la santé ne s'est pas adapté aux changements socio-politiques complexes qu'a connus le pays surtout durant ces dernières années, la santé, clé du progrès socio-économique, devrait être dotée d'un cadre juridique et subir de profondes innovations, dont entre autres le renforcement du paquet minimum des soins au niveau des structures de base et l'appui global des structures sanitaires privées existantes. Ceci car l'État n'a presque pas des structures bien équipées dans la contrée. Le système de santé devait être mis à jour pour répondre de manière adéquate aux problèmes de santé au niveau des structures de base. Ainsi par exemple, dans une étude réalisée sur terrain par l'institut de santé et développement au Sénégal, 51,5% des personnes enquêtées ont soutenu que leur adhésion à la mutuelle de santé a diminué leur fréquentation aux dispensaires (soins de santé primaires) tandis que les autres ont révélé que c'est plutôt les hôpitaux qu'ils ont les plus fréquenté au motif que les dépenses des soins curatifs avaient diminué pour eux(27). Ce qui est normal car la mutuelle paie les factures des ses membres mais le problème reste l'augmentation des dépenses avec risque de vider la caisse avant la fin de l'année mutualiste.

Chaque année, les mutualistes étaient appelés à renouveler leurs adhésions en vue de bénéficier de la

prise en charge financière de la mutuelle. Une même somme devait être déposée tant par les nouveaux que par les anciens. Une bonne résilience pourrait bien s'observer par le taux de renouvellement et celle des nouvelles adhésions. Notre étude a montré qu'il y a peu de chance à prédire le nombre des nouveaux adhérents à partir du nombre des renouvellements d'adhésions des anciens membres ( $r=0,47$  et  $t=0,92$ ), corrélation moyenne mais non significative ( $p$ -valeur  $>0,05$ ). Ainsi avons-nous trouvé grâce au coefficient de détermination  $r^2$  de 0,22 que 22% de la dispersion des fidélisations était due à la corrélation et 78% due aux aléas. Néanmoins, le nombre des mutualistes qui renouvellent leurs adhésions est croissant (taux moyen de fidélisation  $>75\%$ ) ; une légère baisse observée en 2019 (76,2%) suite à une gratuité des soins instaurée dans la contrée par l'Etat à cause de l'épidémie d'Ébola. Le manque de ressources financières est souvent la première raison invoquée tant par les mutualistes que par les non-mutualistes pour expliquer la faible participation à la mutuelle de santé tel que l'avait constaté aussi plusieurs auteurs dans leurs études(9,25,27). Il ressort d'ailleurs de plusieurs autres études que le niveau socio-économique des adhérents est plus élevé que celui des non-adhérents(26,28,29), ce qui explique aussi ce manque de corrélation significative entre renouvellement des adhésions et nouvelles adhésions. Bien que les individus considèrent le plus souvent que le montant de la cotisation individuelle est juste ou "abordable" (surtout comparée aux frais à supporter sans affiliation), nombre d'entre eux ne peuvent prendre en charge les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage(25). Tout de même l'affiliation des tous les membres d'un ménage épargne les mutuelles de la sélection adverse, source des dépenses pouvant entraîner la chute de l'organisation. Parmi les différents défis auxquels les mutuelles de santé doivent faire face, la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste ne cesse de se développer en

Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population couverte n'atteint généralement guère plus de 1%(9). Partout, un constat s'impose : les taux de pénétration des mutuelles de santé demeurent relativement faibles, remettant parfois en question la viabilité même de l'organisation(25,26,28). En contraste avec l'enthousiasme que suscitent au départ les mutuelles de santé auprès des populations cibles, nombre de ces organisations connaissent par la suite des taux d'adhésions généralement inférieures aux prévisions, un taux élevé de non-renouvellement des adhésions et des problèmes dans le prélèvement des cotisations(28). Pour tenter de comprendre cette faible participation des populations, il serait possible, d'interroger la théorie économique de l'assurance santé en essayant d'en décliner les paramètres essentiels pour les contextes propres aux pays en développement. Une autre piste consisterait à resituer le risque de maladie dans l'ensemble des risques auxquels sont confrontées les populations rurales pauvres et à analyser plus globalement les stratégies de "social risk management" qu'elles développent(29). Le risque lié au revenu des ménages est une caractéristique majeure dans les zones rurales des pays en développement. Le problème reste de savoir dans quelle mesure les ménages sont capables d'atténuer les effets négatifs de ce risque. Cependant, des théories indiquent que les ménages des pays en développement utilisent plusieurs mécanismes, souvent informels, pour limiter au moins partiellement le risque(30).

Dans une étude réalisée sur terrain par l'institut de santé et développement au Sénégal, les personnes non-membres enquêtées ont évoqué des multiples raisons justifiant leur non-adhésion. Parmi les plus couramment citées il y a les cotisations trop élevées citées par 6,8% des non-membres enquêtés, le manque d'information sur les mutuelles semble être la deuxième cause avec 8,8%. S'agissant des raisons majeures ayant amené les membres enquêtés à adhérer à une mutuelle, ce sont principalement par ordre décroissant : le fait d'être convaincu des avantages liés

à la mutuelle (43,3%) l'esprit de solidarité (22,7%) et parce que tout le monde est membre (82,2%)(31).

Une analyse multi variée a révélé, dans une étude, que les ménages avec un niveau d'instruction et de revenus élevés, un engagement social important et une fréquence élevée de consultation pour les problèmes de santé étaient plus à même d'adhérer à une mutuelle de santé. De même, l'adhésion à une mutuelle de santé était plus élevée chez les ménages résidant en milieu urbain et ceux ayant une perception bonne de la qualité des soins (32). Dans la même étude, la fidélisation aux mutuelles de santé était plus élevée chez les ménages qui avaient un niveau d'instruction supérieur, avec moins de deux personnes âgées de moins de 60 ans et habitant à moins d'une heure d'une formation sanitaire. Notre étude a été effectuée dans un contexte où la région était très touchée par l'insécurité, les déplacements des populations, l'épidémie de la maladie à virus Ébola. Toutes ces situations rendaient les démunis à être encore plus pauvres alors que les adhésions à la MUSOSA se faisaient annuellement pour tout membre.

Nous avons noté une bonne résilience communautaire dans les renouvellements des cotisations (fidélisation) à 85,5% en moyenne. Ceci montre en suffisance que la mutuelle de solidarité pour la santé implantée en ville de Butembo en RDC satisfait ses membres en propos des paiements des factures des soins. Ceux qui ne reviennent pas à la mutuelle sont soit les profiteurs (qui sont les plus nombreux) qui une fois traités abandonnent leur adhésion à la mutuelle, soit ceux qui ont réellement manqué de l'argent pour cotiser ou encore des personnes décédées. Pour maintenir les anciens membres, la MUSOSA procède à :

- Une sensibilisation à la radio une fois par semaine durant toute l'année sur une chaîne de radio la mieux écoutée et qui couvre toutes les zones dans lesquelles la mutuelle intervient. L'avantage de la sensibilisation par la radio serait qu'elle facilite la sensibilisation de proximité telle que le porte-à-porte dans les

villages. Mais la MUSOSA a du mal à organiser le porte-à-porte vu l'insuffisance en nombre d'agents de terrain.

- Une augmentation du degré de confiance envers les mutuelles de santé par la diffusion de témoignages de membres ayant bénéficié de soins, favoriser la transparence. La majorité des personnes interviewées rapporte que pour instaurer la confiance de la population il faut mettre en place des éléments de transparence telle l'organisation des assemblées générales annuelles pour présenter le bilan financier à leurs membres (32). La MUSOSA organise effectivement une assemblée générale par an pour expliquer et donner le rapport annuel aux membres en mettant un accent particulier sur l'utilisation de l'argent des cotisations.
- Un accroissement de la satisfaction quant aux produits d'assurance : la MUSOSA a depuis 5 ans augmenté la gamme des interventions soit les services qu'elle supporte. Et ce sont les soins qui se réalisent dans la majorité des cas dans les hopitaux du milieu.
- L'introduction des modalités de paiement souples par l'échelonnement des paiements et l'adaptation du temps de la perception des cotisations. Ainsi la MUSOSA donne 3 mois à la population pour venir s'affilier avant le début de l'année mutualiste (période durant laquelle la mutuelle va supporter les frais des soins de santé) et accepte que les cotisations se fassent par palier sans tenir que le versement soit total d'un seul coup.

En ce qui concerne l'échelonnement des paiements, De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn rapportent que l'obligation de payer toute la cotisation en même temps pour tous les membres d'une famille peut rendre le paiement des cotisations difficile. La mobilisation d'argent est difficile surtout pour les grandes familles et le personnel

salarié. Les participants de l'étude ont suggéré de répartir les paiements sur une plus longue période de temps (33).

Adapter le temps de la perception des cotisations argumentent que la période de cotisation devrait coïncider davantage avec le cycle économique de la région selon Wiesmann, D. et Jütting (34).

L'étude de Criel & Waelkens ne concorde pas entièrement avec ces résultats. Selon eux, des participants de focus groupes ont rapporté que le fait d'adapter le temps de la perception des cotisations aux périodes de récolte ne garantit pas que les gens seront capables de réunir la somme requise pour payer la cotisation (35).

En ce qui concerne les nouvelles adhésions, la résilience a été modérée (indice à 0,27). Le manque d'information est identifié comme le premier motif de non adhésion aux mutuelles de santé. En effet, de nombreuses études ont démontré que la faible compréhension et connaissance des concepts et principes qui sous-tendent les dispositifs d'assurance maladie sont la principale raison de la faible adhésion aux mutuelles de santé (36). D'où la nécessité de développer une véritable stratégie de communication vers le secteur informel.

Les ménages avaient une résilience modérée dans l'adhésion à la mutuelle (indice à 0,35). Dans notre milieu d'étude et dans la RDC en général, les revenus des ménages restent faibles mais aussi leur taille moyenne est autour de 7 personnes. Et donc c'est difficile pour eux d'affilier leurs membres à une mutuelle de santé et respecter le principe d'adhésion familiale soit inscrire tous les membres du ménage à la mutuelle comme le veut la MUSOSA pour éviter la sélection adverse. Ibrahima Seck, Anta Tal Dia et collaborateurs, ont trouvé la même chose dans une étude menée au Ziguinchor (Sénégal). Les familles de grande taille étaient peu enrôlées dans les mutuelles de santé. Le rôle de la taille du ménage dans le faible enrôlement des ménages a été retrouvé en Guinée, au Ghana, au Malawi et au Burkina Faso. En fait il existait

une absence totale de politique ciblant les ménages de grande taille en vue d'améliorer leur adhésion aux mutuelles de santé (35).

Les personnels de santé étaient hautement non résilients vis-à-vis de l'adhésion à la mutuelle. En effet les personnels soignants ont toujours reçu des soins gratuits dans les structures qui les utilisent.

## CONCLUSIONS

Le paiement direct est une barrière au recours aux soins de santé qui peut amener les ménages à reléguer la santé dans les dépenses prioritaires. La mutualisation du risque via les mutuelles de santé vise à lever cette barrière financière. Bien que le niveau de couverture des mutuelles de santé reste relativement faible, elles constituent un mécanisme pertinent dans le cadre des stratégies vers la couverture sanitaire universelle.

La présente étude avait comme objectifs d'évaluer le recours aux soins chez les mutualistes soumis à un régime de remboursement de 80% de la facture, la fréquentation des hôpitaux selon leur plateau technique, mesurer la résilience communautaire pour la santé dans un contexte d'insécurité et faible pouvoir d'achat des soins de santé.

Le service de médecine interne est le plus fréquenté par les patients membres de la mutuelle de santé. Les patients membres de la mutuelle consultent plus les hôpitaux les équipés que les centres de santé de base avec comme conséquence augmentation des dépenses. Le nombre des nouveaux adhérents n'est pas influencé par les renouvellements des cotisations des anciens membres. Mais dans l'ensemble, le nombre des adhérents augmente chaque année vis-à-vis d'un produit de remboursement de 80%. La résilience de la communauté vis-à-vis de la mutuelle de santé reste faible quand bien même le taux de fidélisation est élevé (bonne résilience).

Il est important que les membres des mutuelles de santé soient orientés dans un circuit classique d'utilisation des soins tel que le reconnaît le système sanitaire de la RDC c'est-à-dire de la base vers la référence. La

sélection adverse reste un frein pour l'évolution d'une mutuelle financée en grande partie par les cotisations des ses membres. Pour ces mutuelles, la sensibilisation en vu des nouvelles adhésions, reste capitale.

### Remerciements

Nous remercions la mutualité Chrétienne Saint-Michel de Belgique pour son accompagnement à la mutuelle de solidarité pour la santé(MUSOSA) du Diocèse de Butembo-Beni en RDC. Nos remerciements également à toutes les structures sanitaires partenaires de la MUSOSA qui ont collaboré dans l'obtention des données de cette étude.

**Conflits d'intérêt** : aucun

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wagstaff A,(2002) Poverty and health sector inequalities. Bull World Heal Organ - Policy Pract. 80(01):97–105.
2. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL (2003). Household catastrophic health expenditure : a multicountry analysis. 362:111–7.
3. Galand S, Stroobants V, Termote H, Wiel A van de, Hootegem H Van. (2013) Protection sociale et pauvreté : contribution au débat et à l'action politique. Bruxelles.
4. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian S V.(Feb 5 2011)Health care and equity in India. Lancet. 377(9764):505–15.
5. Wagstaff A, Doorslaer E Van. ((July 2001)) Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care : With Applications to Vietnam 1993-98.
6. Wagstaff A. (2002) Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ. 80(01):97–105.
7. (OECD) Organisation for Economic Co-operation and Development, (WHO) World Health Organization (2003) Poverty and Health. OCDE, editor. Paris: World Health Organization.
8. Pantazis C, Gordon D. (2018) Poverty and health. Breadline Britain in the 1990s. 174(7):135–57.
9. Deville C, Fecher F, Poncelet M. (2018) Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. In: Les chantiers de la santé en Afrique : répétition de scénarios déjà vus ou véritables dynamiques nouvelles ? p. 2018.
10. Rifkin SB.(2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. Int Health.1:31–6.
11. Oct O, Report WH, Co-operation E, Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. (2008 Oct 18) From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet. 372(9647):1365–7.
12. Ndiaye P. (2006) Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts. L'Assurance Mal en Afrique Francoph – Améliorer l'accès aux soins lutter contre la pauvreté. 04:311–30.
13. International Labour Organisation (2002). Micro-assurance: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique (Microinsurance: an introductory guide to Africa's mutual health organisations). ILO Step Programme. 74 p.
14. Ministère de la santé, RDC (2020) . Plan stratégique national pour la Couverture Santé Universelle 2020-2030. Kinshasa.
15. Levesque J-FF, Harris MF, Russell G. (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 12(1):18.
16. Lubula FM, Chenge PF, Criel PB, Mukalay

- PA. (2017). Micro assurance santé comme levier financier à l'accès aux services de santé de qualité En RD Congo : Défis , Pistes des Solutions et Perspectives. *Int J Multidiscip Curr Res*. 5:618–33.
17. The Fund for Peace. *Fragile States Index Annual Report 2020*. 2020;1–44. Available from: [www.fundforpeace.org](http://www.fundforpeace.org)
  18. Ministère de la Santé Publique de la RDC (2014). *Rapport sur les Comptes nationaux de la Santé RDC* .
  19. Murray-zmijewski A. (2019) *Etude sur le financement de la santé en RDC : Analyse de l'espace budgétaire*. *Oxford Policy Manag.*
  20. Kelley A, Sieleunou I, Gashubije L, Hounye F, Samake A, Mayaka MN, et al. (2014) *Une vue d'hélicoptère : Cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone*. 3(2):71.
  21. Bruner B, Virginie C, Callahan S, Holtz J, Mangone E. (2018) *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. 162.
  22. Waelkens M, Shomba S, Nappa K F, Mulinganya N K-G. (2016) *Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*. Antwerp, Belgium.
  23. Thierry A. (2015) *Statistique et Epidémiologie*. 3ème. Maloine, editor. Paris
  24. Julien Salava, Holimalala R, Thierry R, et al, « Évaluation de la résilience communautaire : L'Indice Multidimensionnel de Résilience », *Communication, technologies et développement [En ligne]*, 9 | 2021, mis en ligne le 26 mars 2021, consulté le 14 Octobre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ctd/3881> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ctd.3881>
  25. De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. (2006 Mars) "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Soc Sci Med*. 62(6):1520–7.
  26. Allegri M De, Kouyaté B, Becher H, Gbangou A, Pokhrel S, Sanon M.(2006) *Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa : a population-based case – control study in rural Burkina Faso*. 031336(06).
  27. Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P. (2008 Aug) *Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath*. *Health Policy*.;87(2):172–84.
  28. Musango L, Dujardin B, Dramaix M, Criel B. (2004) *Le profil des membres et des non membres des mutuelles de santé au Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare*. *Trop Med Int Heal Vol*. 9(11):1222–7.
  29. Dubois F. (2000) *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé: étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*. Université de Liège.
  30. Alderman H, Paxson CH. *Do the poor insure? (1994) A synthesis of the literature on risk and consumption in developing countries*. *Econ a Chang world*. 48–78.
  31. Diallo I. (2000) *Impact des Mutuelles de Santé sur l'Accessibilité des Populations aux Soins de Santé Modernes dans la Région de Thiès au Sénégal*. Institute for Health and Development. Dakar.
  32. Anne-Marie, Turcotte-Tremblay, Slim H, Ismaïlou Y, Pierre F. (Juillet 2010): *Mutuelles de santé : stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin*, centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal,.
  33. De Allegri, M., Sanon, M, Bridges, J. & Sauerborn, R. (2006). *Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa*. *Health Policy*, 76, 58-71.
  34. Wiesmann, D. & Jütting, J. P. (2001). *Determinants*

of viable health insurance schemes in rural sub-Saharan Africa, *Quarterly Journal of International Agriculture* 40 (4), 361-378.

35. Criel, B. & Waelkens, M. P. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry: what is going wrong? *Soc Sci & Med*, 57(7), 1205-1219.

36. Ibrahima Seck, Anta Tal Dia et al. (2017/1), Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux

mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal). *Santé Publique* (Vol. 29), pages 105 à 114



☆ CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE SANTE A L'ACCES AUX SOINS DE  
SANTE ET LA RESILIENCE COMMUNAUTAIRE EN RDC