



Faisabilité d'une Mutuelle de Santé en Zone de Santé Masereka

Paluku Kahuko-Wa-Mithimbo¹ & Kambale Poshombili Esau²

kahukolanares@gmail.com

Résumé

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le niveau d'appréciation des conditions préalables de faisabilité d'une mutuelle des services de santé, lien de solidarité, et dynamique de développement socioéconomique locale. Cette étude était basée sur l'approche quantitative descriptive. Un questionnaire et un guide d'entretien avaient été administrés aux ménages (394) sélectionnés par la méthode de proche à proche de Politz et au personnel soignant (15) par l'échantillonnage occasionnel dans la zone de santé Masereka. Les résultats montrent que cinq critères de faisabilité d'une mutuelle de santé, à savoir ; le besoin réel et prioritaire, la qualité des soins perçue par la population, le lien de solidarité entre les membres ont été satisfaisants. Le revenu moyen par ménage a été de de 1,25\$ par jour et par personne. La faisabilité technique et financière de la mutuelle de santé, est une solution pour la population et par un montant de 1.08\$ sera demandé pour couvrir les frais d'enregistrement et cotisation par personne. L'étude a révélé que la prise en charge étant conseillée à 70% de dépenses de soins médicaux, la cotisation se fera en argent et versée au bureau de la mutuelle de santé pour un montant de 200Fc par mois.

Mots clés : Faisabilité, Mutuelle de santé, prise en charge, cotisation, zone de santé

Abstract

The main objective of this study was to determine the level of appreciation of the preconditions for the feasibility of mutual health services, a bond of solidarity, and dynamics of local socioeconomic development. This study was based on the descriptive quantitative approach. A questionnaire and an interview guide were administered to households (394) selected by the Politz close-to-close method and to caregivers (15) by occasional sampling in the Masereka health zone. The results show that five criteria for the feasibility of mutual health insurance, namely; the real and priority need, the quality of care perceived by the population, the bond of solidarity between the members have been satisfactory. The average income per household was \$1.25 per day per person. The technical and financial feasibility of mutual health insurance is a solution for the population and an amount of \$1.08 will be requested to cover registration fees and membership fees per person. The study revealed that the assumption of responsibility being advised at 70% of expenses of medical care, the contribution will be made in money and paid to the office of the mutual health insurance for an amount of 200FC per month.

Keywords: Feasibility, mutual health insurance, coverage, contribution, health zone

¹ Enseignant à l'Université Adventiste de Lukanga, R D Congo.

² Enseignant à l'Université Adventiste de Lukanga, R D Congo.

Introduction

Chaque année dans le monde, plus de 100 millions de personnes vivent dans la pauvreté, et meurent par manque des soins appropriés et par manque de couverture sanitaire. Dans plusieurs espaces, des régimes d'assurance santé volontaires privés et communautaires qui offrent une couverture sanitaire coûtent cher en gestion et excluent les plus démunis (OXFAM, 2013). De nombreux pays souffrent encore de taux élevés de mortalité infantile et maternelle, et la malnutrition reste encore trop répandue. Malgré la disponibilité des systèmes sanitaires, la plupart des systèmes de santé ne sont pas en mesure de gérer efficacement les soins de santé selon ses besoins, et sans difficultés financières (Banque Mondiale et OMS, 2017).

Dans le domaine des soins de santé, les progrès au niveau de la mise en place de socles nationaux de protection sociale ont également pris la forme d'une extension de l'accès aux transferts monétaires et aux pensions sociales universelles (AISS, 2016). Pour Save the Children (2015), la couverture sanitaire universelle garantit à tous les usagers l'accès à des services de santé essentiels de qualité, sans que cela entraîne pour eux des difficultés financières. L'OMS, qui joue un rôle important de coordination et d'appui technique avec d'autres partenaires dans le domaine de la santé et des actions humanitaires, devra jouer un rôle plus stratégique dans sa mise en œuvre afin d'aider le pays à avancer vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (OMS, 2016).

Les pays riches ont du mal à étendre rapidement la couverture à grande échelle par le biais de régimes d'assurance-maladie sociale. Il a ainsi fallu 127 ans à l'Allemagne pour mettre en place une véritable CSU. Les habitants des pays pauvres ne peuvent pas et ne devraient pas attendre si longtemps (OXFAM, 2013). La couverture sanitaire universelle est définie par l'OMS (2015) comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir. La couverture sanitaire universelle a pour objectifs d'assurer à tous un accès à des services de santé de qualité et de protéger l'ensemble des individus contre les risques à la santé publique et l'appauvrissement attribuable à la maladie. Certains pays comme le Brésil, la France, le Japon, la Thaïlande et la Turquie ont atteint la couverture sanitaire universelle (Maeda et al., 2015).

La majorité des populations d'Afrique subsaharienne vit actuellement dans un contexte d'extrême pauvreté et souffre de graves problèmes sanitaires. Alors que les soins de santé étaient auparavant largement subventionnés par l'État, ils relèvent, depuis l'Initiative de Bamako en 1987, de la participation financière des usagers dans une logique de recouvrement des coûts. Ce retrait du secteur public dans le financement de la santé a eu d'importantes conséquences pour les populations, en particulier celles du secteur informel (Defourny & Failon, 2011). Le rapport *The decent work agenda in Africa : 2007-2015* de l'Organisation Internationale du Travail cité par Sossa (2012) indiquait que près de 90% de la population d'Afrique subsaharienne ne bénéficie d'aucune assurance contre les risques des maladies et d'accidents.

En République Démocratique du Congo, Atim et Criel (2004) rapportent qu'en 2004, seul 10% environ de la population congolaise étaient couverts par les mutuelles de santé. Selon l'Inspection Provinciale de la Santé du Sud-Kivu, sur 34 Zones de santé, seules sept Zones de santé étaient couvertes par les mutuelles de santé en 2009 à un taux de 20% contre 3,15% en 2008. Seulement 70,8% de membres étaient fidèles aux mutuelles (Apollinaire, 2009). Cette étude avait pour but d'analyser les facteurs de mise en œuvre

d'une mutuelle sanitaire en Zone de Sante de Masereka en Province du Nord Kivu. Cette étude avait pour objectif de déterminer le niveau d'appréciation des conditions préalables de faisabilité d'une mutuelle des services de santé, lien de solidarité, et dynamique de développement socioéconomique locale

Les principes de base d'une mutuelle de santé

Les principes de base d'une mutuelle de santé sont la solidarité entre les adhérents, le fonctionnement démocratique et participatif, l'autonomie et liberté, l'épanouissement de la personne, le but non lucratif, la responsabilité et le dynamisme d'un mouvement social (IBT, 2021). Tous les adhérents d'une mutuelle de santé ont les mêmes droits et devoirs.

La fonction d'une mutuelle de santé est de fournir un certain nombre de services de prévoyance, d'entraide et solidarité à ses adhérents. La réussite ou l'échec de la mutuelle de santé dépend en partie de l'intérêt que les adhérents accordent à ces services. L'organigramme classique d'une mutuelle de santé comprend une assemblée générale, un conseil d'administration, un comité exécutif et un comité de surveillance. Chaque mutuelle doit adapter cet organigramme en fonction de ses particularités (IBT, 2021).

Les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé

La création d'une mutuelle de santé passe par plusieurs étapes. Selon le bureau international du travail (IBT, 2021), le processus de mise en place se déroule selon les étapes suivantes :

- Prise de conscience par les adhérents potentiels sur les difficultés et les besoins partagés en matière de santé et décision de mettre en place une mutuelle de santé.
- Étude du contexte afin de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle.
- Définition de la formule mutualiste la plus adaptée portant sur les services offerts, l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle.
- Construction de la mutuelle et démarrage des activités (préparation et tenue de l'assemblée générale constitutive et démarrage des activités).

Une enquête peut être organisée auprès des membres pour connaître leurs dépenses en matière de santé, leur opinion sur les différents prestataires de services, et leur disponibilité à payer une contribution pour l'assurance santé. Quelques principes pour orienter la réforme du financement de la santé sont à appliquer : 1) concentrez sur les sources de financement obligatoires en privilégiant de plus en plus les fonds publics pour le CSU, 2) réduire la fragmentation pour améliorer la capacité de redistribution et réduire les doubles charges administratifs, 3) passez à l'achat stratégique pour aligner le financement et les incitatifs sur les services promis, promouvoir l'efficacité et la responsabilisation et gérer la croissance des dépenses pour soutenir les progrès, et 4) aligner la réforme de financement avec une réforme des prestations de services (Mataria, 2018).

Méthodologie

Ce travail était centré sur l'approche quantitative descriptive pour finalité de faire ressortir les aspects techniques et économiques d'un projet afin d'en définir les possibilités d'exploitation. Notre population a été essentiellement constituée des chefs de ménages et des prestataires des soins. L'échantillonnage s'est fait à trois niveaux : l'échantillonnage des Aires de santé, l'échantillonnage des chefs de ménage et celui du personnel soignant. S'agissant de l'échantillonnage des Aires de santé, nous avons fait recours à la technique de l'urne avec remise. Notre échantillon était constitué de 394 chefs de ménages répartis

dans 8 Aires de santé et 15 prestataires des soins. Pour la sélection des chefs de ménages, nous avons recouru à la méthode de proche à proche de Politz. Quant à la sélection du personnel soignant, nous avons fait recours à l'échantillonnage occasionnel.

Un questionnaire et un guide d'interview étaient utilisés Pour collecter les données. Ce processus de collecte des données était fait oralement aux chefs de ménages et a permis de réaliser l'enquête. Pour récolter les données auprès du personnel soignant, nous avons utilisé un questionnaire d'enquête.

Pour vérifier le niveau des connaissances sur les principes d'une mutuelle de santé, nous avons fait recours à une échelle dichotomique dont le score 1 correspondait à la réponse correcte et le score 0 à la réponse incorrecte. Nous avons considéré les critères entre 0,7 à 1 de bonnes connaissances ; 0,5 à 0,69 de connaissances moyennes ; 0 à 0,5 de connaissances médiocres. Pour l'appréciation des critères de faisabilité d'une mutuelle de santé par les chefs de ménage, nous avons considéré une échelle d'attitude de trois niveaux, dont 1 = désaccord ; 2 = neutre ; 3 = d'accord. Ainsi, pour le besoin réel et prioritaire, nous avons considéré les critères entre 1 à 1,499 de facile 1,5 à 2,09 de passable et de 2,1 à 3 de grande difficulté.

Quant à la perception de la qualité de services de santé, la dynamique de développement économique local, le lien de solidarité et la confiance aux initiateurs de projet, nous avons considéré le critère entre : 1 à 1,499 de niveau faible ; 1,5 à 2,09 du niveau moyen (modéré, insuffisant) et 2,1 à 3 du niveau suffisant. S'agissant de l'appréciation globale des critères de faisabilité, nous avons considéré les critères entre 1 à 1,99 de non faisable ; 2 à 3 du faisable. Pour apprécier l'attitude des chefs de ménage sur l'organisation d'une mutuelle de santé, nous avons considéré les critères entre : 1 à 2,09 Cependant, pour les services à couvrir, le mode de recouvrement, la nature de la cotisation, la modalité de remboursement, nous avons utilisé l'échelle de trois dont 1 = désaccord ; 2 = neutre; 3 = d'accord. Ainsi, nous avons considéré les critères entre 1 à 1,99 de défavorable et de 2 à 3 de favorable. Enfin, pour les obstacles pouvant entraver la réussite de l'initiative, nous avons considéré les critères entre 1 à 1,99 de moindre obstacle et de 2 à 3 de grand obstacle.

S'agissant du montant de cotisation calculé, nous avons collecté les données sur les différents taux d'utilisations des services qui seront couverts par la future mutuelle de santé et le coût moyen ou tarif de chacun d'eux au BCZS Masereka. Ainsi, nous avons pris : a = taux d'utilisation, b = tarif, c = prime pure = $a*b$, d = charge de sécurité (fixé à 10%) = $(a*b)*0,1$ ou $d = c*0,1$, e = charge de fonctionnement (fixé à 10% des deux montants précédents) = $(c+d)*0,1$, f = excédent unitaire (fixé à 10% de trois montants précédents) = $(c+d+e)*0,1$. Ainsi, la cotisation totale par service = $(c+d+e+f)$ et la cotisation annuelle par personne est égale à la somme des cotisations totales par service de l'ensemble des services demandés. L'anonymat a été garanti aux répondants. Les données ont été traitées dans la confidentialité.

Résultats

Connaissance sur les principes de la mutuelle de santé

Les résultats du tableau 1 montrent que les répondants ont plus de connaissance sur les relations d'entraide dans la communauté avec un score moyen de 0,9 ; la participation du grand nombre avec un score de 0,88 ; la liberté d'adhésion avec un score de 0,85. En général, cette population a eu un niveau de connaissance avec un score de 0,7383 sur un maximum d'un, ce qui s'interprète comme niveau de bonnes connaissances. Les détails sont indiqués au tableau 1.

Tableau 1 *Connaissance sur les principes d'une mutuelle de santé (n = 394)*

Principes d'une mutuelle de santé	Score moyen	Écart type	Interprétation verbale
Relation d'entraide	0,90	0,302	Bonne connaissance
Participation du grand nombre	0,88	0,325	Bonne connaissance
Ne vise pas d'intérêt	0,72	0,448	Bonne connaissance
Prendre ses propres décisions	0,76	0,427	Bonne connaissance
Respect des lois du pays	0,73	0,447	Bonne connaissance
Membres sont responsables	0,54	0,499	Connaissance moyenne
Participation active des membres	0,53	0,500	Connaissance moyenne
Adhésion obligatoire	0,85	0,357	Bonne connaissance
Synthèse de connaissances	0,7383	0,26614	Bonne connaissance

Note : score moyen 0,7 à 1 = bonnes connaissances ; score moyen 0,5 à 0,69 = connaissances moyennes ; score moyen 0 à 0,5 = connaissances médiocres.

Appréciation des critères de faisabilité d'une mutuelle de santé par les répondants

Besoins réels et prioritaires

Coût moyen et dettes de services médicaux.

Les résultats du tableau 2 indiquent qu'en moyenne les frais payés lors de la visite d'une structure de santé se sont élevés à 1759,73 Fc. Tout en considérant qu'il s'agit d'un tarif forfaitaire, la moyenne de dettes dues aux structures de santé dans la Zone de Masereka s'est élevée à 1887,65 Fc. Il importe de signaler que les tarifs dans les structures privées et confessionnelles sont différents de ceux des autres structures publiques de la Zone de santé.

Tableau 2 *Coût moyen et dettes de services médicaux (en Fc)*

Variables	Moyenne	Écart type
Coût moyen des soins par personne	1759,73	1476,464
Dettes envers la structure par ménage	1887,65	1635,524

Sous-estimation de la maladie comme cause de faible recours au CS/Hôpital

Les résultats ci-dessous indiquent que 83% des répondants ont été favorables à ce point de vue.

Tableau 3 *Sous-estimation de la maladie comme cause de faible recours au CS/Hôpital*

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Désaccord	29	7,4
Neutre	38	9,6
D'accord	327	83,0

Total **394** **100,0**

Difficulté liée au coût de soins selon les répondants

Les résultats du tableau 4 indiquent que les répondants ont reporté que le manque d'épargne d'argent pour le risque maladie est la plus grande difficulté qui a présenté le score moyen le plus élevé de 2,86. La prise en charge du coût de soins se fait moyennant le revenu du ménage avec un score de 1,05 et les actes prioritaires à prendre en charge sont les interventions chirurgicales, avec un score de 2,87. La moyenne générale s'est élevée à 2,15, ce qui veut dire qu'il se présente une difficulté de faire face au coût de soins dans la Zone de santé de Masereka.

Tableau 4 Difficultés liées au paiement de soins médicaux (n = 394)

Items	Moyenne	Ecart type	interprétation verbale
Motif de non recours direct au CS/hôpital :			
Dette au CS/Hôpital	1,62	,922	Passable
Problèmes de prise en charge	2,61	,791	Difficile
Manque d'épargne pas pour le risque maladie	2,86	,511	Difficile
Retard de consultation par manque d'argent	2,72	,691	Difficile
Tarifs des soins élevés	1,71	,907	Passable
Mode de paiement de factures :			
Revenu du ménage	1,05	,315	Facile
Prise en charge l'Etat	2,93	,350	Difficile
Solidarité familiale	2,98	,174	Difficile
Aide des voisins	1,03	,212	Facile
Emprunt dans les associations ou voisins	1,58	,910	Passable
Vente des biens du ménage	2,18	,985	Difficile
Les services chers au CS/ Hôpital :			
Interventions chirurgicales	2,87	,483	Difficile
Médicaments	1,74	,853	Passable
Consultation	1,74	,845	Passable
Maternité	2,16	,962	Difficile
Hospitalisation (observation)	2,59	,794	Difficile
Moyenne générale pour les difficultés	2,15	,265	Grande Difficulté

Note : score entre 1 – 1,499: facile ; 1,5- 2,09 : passable et 2,1 - 3 : difficile.

Besoins réels selon les prestataires.

Les résultats des prestataires montrent qu'ils ont toujours eu des difficultés de recouvrement des dettes et recettes. (Moyenne de 3). Ce qui s'interprète comme une difficulté très prioritaire. La moyenne générale pour les problèmes selon les prestataires est de 2,13. Cela s'interprète comme problème très prioritaire.

Tableau 5 *Problèmes selon les prestataires*

Questions	Moyenne	Ecart type	terprétation verbale
Présence de rupture de stock dans la structure	2,60	,507	Très prioritaire
Ça arrive de référer au même niveau d'échelon	1,40	,737	Non prioritaire
Problèmes de recouvrement	3,00	,000	Très prioritaire
Les difficultés de nos malades sont :			
Manque d'argent pour payer les soins	1,93	1,033	Prioritaire
Gratuité des soins	2,20	,941	Très prioritaire
Consultation retardée par manque d'argent	2,00	,845	Prioritaire
Soins de santé chers	1,80	,941	Prioritaire
Moyenne générale	2,13	,440	Problème Prioritaire

Note : score entre 1 à 1,49 : non prioritaire ; de 1,5 à 2,09 : prioritaire et de 2,1 à 3 : très prioritaire.

Solutions préconisées selon la communauté

Les détails présentés au tableau 5 des solutions préconisées par la communauté en rapport avec les difficultés liées au paiement de soins médicaux, l'organisation d'une mutuelle de santé présentent le plus grand score de 2,95. Ce qui montre la meilleure mesure à prendre pour pallier cette difficulté. Les autres solutions étaient successivement de 2,78 pour demander de l'aide au gouvernement, et 2,61 pour l'organisation des champs communautaires pouvant financer la structure.

Tableau 6 *Solutions préconisées par la communauté*

Items	Moyenne	Écart type	terprétation verbale
Gratuité des soins	1,43	,670	Défavorable
Réduction sur la facture	2,52	,759	Favorable
S'organiser en mutuelle	2,95	,209	Favorable
Aide du gouvernement	2,78	,589	Favorable
Organiser des champs communautaires	2,61	,705	Favorable

Note : score de 1 à 2,09 : favorable ; 2,1 à 3 : favorable.

Solutions préconisées par les prestataires des soins.

Les détails présentés au tableau 6 montrent que pour soulager la difficulté qui frappe nos structures et nos malades, l'organisation d'une mutuelle de santé a présenté encore une fois la moyenne la plus élevée de 2,60 par les prestataires, ce qui s'interprète comme favorable. C'est-à-dire, l'organisation d'une mutuelle de santé est la solution prioritaire. Cela est logique, car les malades veulent un paiement de soins de santé par tranche, avec un score moyen de 2,60.

Tableau 7 Solutions préconisées par le personnel soignant

Items	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
Pour soulager la difficulté de nos structures, il faut :			
Gratuité des soins	1,47	,834	Défavorable
Réduction sur les factures de soins	2,07	,884	Défavorable
S'organiser en mutuelle de santé	2,60	,828	Favorable
Demander l'aide du gouvernement et ONG	2,53	,834	Favorable
Organiser des champs communautaires	1,87	,915	Défavorable
Pour soulager la difficulté de nos malades, ils demandent :			
Paiement des soins par tranche	2,6	,737	Favorable
Donner les soins à crédit	1,93	,961	Défavorable
Paiement en nature	1,67	,724	Défavorable

Note : score de 1 à 2,09 : Défavorable ; 2,1 à 3 : Favorable.

Perception de la qualité de soins de santé dans la ZS

Les détails indiqués au tableau 7 montrent que la perception de la qualité de soins par la population, la question de savoir combien des minutes on fait pour atteindre le centre de santé le plus proche, faire moins de trente minutes de marche a présenté le score le plus élevé de 2,72. Ce qui s'interprète comme bonne qualité. Le score le plus bas a été celui du personnel qualifié et expérimenté ($M = 2,44$), mais indiquant toujours une bonne qualité. Le score moyen général est de 2,5668 ; ce qui s'interprète aussi comme bonne qualité. Donc la population de la Zone de santé considère que les soins de santé prestés dans la Zone de santé sont de bonne qualité.

Tableau 8 Perception de la qualité de soins de santé par la communauté

Variabes	M	E.T.	I.V
Faire moins de 30 minutes de marche vers la structure	2,72	,640	Bonne qualité
Personnel qualifié et expérimenté	2,44	,840	Bonne qualité
Personnel sait accueillir les malades	2,71	,664	Bonne qualité
La structure ne présente pas des ruptures de stock	2,61	,694	Bonne qualité
Le personnel est suffisant dans la structure	2,31	,804	Bonne qualité
Les soignants sont toujours présents et disponibles	2,44	,796	Bonne qualité
Pas de retard en consultation au CS/ hôpital	2,64	,718	Bonne qualité
Les soignants écoutent et ont de compassion envers les malades	2,66	,631	Bonne qualité
Les soignants sont honnêtes et discrets	2,56	,729	Bonne qualité
Moyenne générale de la qualité des services de santé	2,5668	,42876	Bonne qualité

Note : *I.V.* = Interprétation Verbale, *M* = Moyenne et *E.T* = écart type. Score de 1 à 1,499 : qualité médiocre ; de 1,5 à 2,09 : qualité moyenne (modérée) et de 2,1 à 3 : bonne qualité.

Dynamique de développement économique locale

Les détails présentés au tableau 8 indique que la question portant sur le revenu moyen journalier du chef de ménage (répondant), la moyenne du revenu journalier du ménage est de 553,88 Fc soit 0,59\$; ce qui s'interprète comme faible revenu en comparaison avec le seuil de pauvreté de la banque mondiale. La principale source de revenu a été l'agriculture avec un score moyen de 2,68 qui s'interprète comme dynamique de développement suffisante. Le score moyen général a été de 1,4381 et s'interprète comme faible niveau de développement économique dans la Zone de santé de Masereka. A la question de savoir celui qui finance plus le revenu du ménage, l'assertion « nous tous » a présenté le plus grand score moyen de 2,35. Cela s'interprète que dans la Zone de santé de Masereka, le revenu du ménage est l'effort conjugué de tous les membres de celui-ci.

Tableau 9 *Dynamique de développement économique locale*

Items	<i>M</i>	Écart type	I. V.
Revenu par jour en Fc	553,89	442,79	Faible
principale source du revenu:			
Agriculture	2,68	,734	Dynamique suffisante
Petit commerce	1,16	,542	Faible dynamique
Salaire de l'État	1,00	,000	Faible dynamique
Enseignement	1,10	,429	Faible dynamique
Élevage vaches ou chèvres	1,00	,000	Faible dynamique
Élevage poules, cobayes, lapins	1,07	,371	Faible dynamique
Autres services	1,08	,383	Faible dynamique
Régularité du revenu	1,24	,546	Faible dynamique
Le revenu satisfait aux besoins du ménage	1,58	,838	Dynamique insuffisante
Présence du marché dans le milieu	2,48	,868	Dynamique suffisante
Moyenne générale	1,4381	,17113	Faible dynamique
Celui qui finance plus le revenu			
Père de la famille	1,39	,755	Défavorable
Mère de la famille	1,39	,758	Défavorable
Nous tous	2,35	,927	Favorable

Note : *I.V.* = interprétation verbale ; Fc : Franc Congolais ; score de 1 à 1,499 = faible dynamique, de 1,5 à 2,09 = dynamique insuffisante (moyenne) et de 2,1 à 3 = dynamique suffisante.

Lien de solidarité (relation d'entraide) dans la communauté

Le tableau 9 indique que les répondants se solidarisent plus en cas de deuil chez le voisin (Score moyen de 2,99), cas de mariage et de maladie chez le voisin, respectivement avec un score de 2,96. Ce qui s'interprète comme une solidarité suffisante. Le score moyen

général étant de 2,4063 s'interprète comme niveau de solidarité élevé ou bonne solidarité. Cette solidarité se manifeste par la visite, l'apport des vivres, l'aide pour le transport du malade et beaucoup d'autres types d'appui.

Tableau 10 *Lien de solidarité entre les membres de la communauté*

Items	M	Ecart type	I. V.
Appartenance du chef de ménage à une association	1,93	,997	Insuffisante
Culture d'association pour les membres de la famille	1,84	,963	Solidarité
Présence d'associations d'entraide sanitaire dans le milieu	1,76	,696	Insuffisante
Solidarise en cas de:			
Deuil chez le voisin	2,99	,071	Solidarité Suffisante
Mariage chez le voisin	2,96	,234	Solidarité Suffisante
Maladie chez le voisin	2,96	,248	Solidarité Suffisant
Naissance chez le voisin	2,93	,322	Solidarité Suffisante
Déplacés de guerre	2,69	,579	Solidarité Suffisante
Personnes démunies	2,54	,676	Solidarité Suffisante
Aide à la personne avec qui on a un conflit de terre	1,25	,734	Faible Solidarité
<u>Moyenne générale du lien de solidarité</u>	<u>2,386</u>	<u>,26305</u>	<u>Niveau élevé</u>

Note : M = moyenne, I.V.= interprétation verbale. Score de 1 à 1,499 = faible solidarité, de 1,5 à 2,09 = solidarité insuffisante (moyenne) et 2,1 à 3 = solidarité suffisante.

Confiance aux initiateurs du projet

Les détails présentés dans le tableau 10 montrent que les répondants sont dans un état d'incertitude quant à être volé par les gestionnaires de la mutuelle de santé au cas où elle démarrerait, avec un score moyen de 2,06 qui s'interprète comme un niveau de confiance moyen. Ils prétendent qu'on peut choisir les gestionnaires de cette mutuelle parmi les hommes de la Zone de santé ou donc les membres de la communauté ($M = 2,32$), ce qui suggère qu'ils sont confiants si la gestion de la mutuelle est remise entre les mains des membres habitant la Zone de santé. La moyenne générale a présenté un score de 1,5827 ; ce qui s'interprète comme un niveau de confiance moyen ou confiance douteuse aux initiateurs du projet.

Tableau 11 *Confiance envers les initiateurs du projet de la mutuelle de santé*

Items	M	Ecart type	Interprétation verbale
On cherche à nous voler	2,06	,784	Confiance moyenne
On ne nous assurera pas lors de la maladie	2,01	,818	Confiance moyenne
Les personnes de ma confiance sont :			
Les prêtres	1,32	,618	Faible confiance
Les Pasteurs	1,36	,651	Faible confiance
L'équipe de la Zone de santé	1,43	,749	Faible confiance
Les femmes	1,34	,688	Faible confiance
Les hommes	2,32	,906	Confiance suffisante
Notre association	1,11	,394	Faible confiance
Les jeunes	1,07	,306	Faible confiance
Les institutions qui nous ont déçues sont :			
Les COOPEC	1,50	,703	Confiance moyenne
Les Mutualités des jeunes, femmes, commerçants	1,54	,751	Confiance moyenne
La mutualité de santé	1,93	,699	Confiance moyenne
Moyenne générale confiance aux initiateurs	1,5827	,27766	Confiance moyenne

Note : M = moyenne ; score de 1 à 1,499 = faible confiance, de 1,5 à 2,09 = confiance moyenne et de 2,1 à 3 = confiance suffisante.

Synthèse des critères de faisabilité d'une mutuelle de santé

S'agissant de l'ensemble des critères de faisabilité d'une mutuelle de santé, le score moyen général est de 2,0976, ce qui s'interprète comme faisable c'est-à-dire une mutuelle peut être organisée au sein de la Zone de santé de Masereka.

Tableau 12 *Critères de faisabilité d'une mutuelle de santé*

Critères	Moyenne	Ecart type	Interprétation verbale
Difficultés de paiement des soins	2,15	,265	Problème prioritaire
Qualité perçue par la population	2,5668	,42876	Bonne qualité
Dynamique de développement	1,4381	,17113	Faible dynamique de développement
Lien de solidarité	2,3860	,26305	Niveau de solidarité élevé
Confiance aux initiateurs	1,5827	,27766	Niveau confiance insuffisant
Synthèse de la faisabilité	2,0244	,11274	Faisable

Note : score de 1 à 1,99 : non faisable (conditions non réunies) ; 1,80 à 3 : Faisable

Attitude de la communauté face à l'organisation d'une mutuelle de santé

Les détails présentés au tableau 12 montrent que les répondants sont prêts à assurer tous les membres de leurs familles avec un score moyen de 2,90. Le score moyen général

est de 2,7779 et s'interprète comme attitude favorable à l'organisation d'une mutuelle de santé.

Tableau 13 Attitude de la communauté face à l'organisation d'une mutuelle de santé

Critères	M	E.T.	I.V.
Disposition d'adhésion	2,85	,463	Favorable
Disposition à assurer toute la famille	2,90	,358	Favorable
Fidélité à la mutuelle, si même on n'a pas eu de malade tout l'an passé	2,57	,759	Favorable
Disposition à encourager les voisins d'adhérer	2,78	,470	Favorable
Moyenne générale des intentions à une mutuelle	2,7779	,38107	Favorable

Note : M = moyenne, E.T. = écart type ; I.V. = interprétation verbale. Score de 1 à 2,09 : défavorable ; de 2,1 à 3 : favorable.

Attitude du soignant face à l'organisation d'une mutuelle de santé

Les détails présentés au tableau 13 montrent que le personnel soignant, il est prêt à signer une convention avec la mutuelle de santé ($M = 2,73$) ce qui s'interprète comme attitude favorable. La moyenne a été la même que pour tous les autres critères et la moyenne générale ($M = 2,73$) est restée une attitude favorable ou bonne intention à l'organisation d'une mutuelle de santé.

Tableau 14 Attitude du soignant face à l'organisation d'une mutuelle de santé

	Moyenne	Écart	Interprétation type verbale
Disposition à signer une convention avec une mutuelle de santé	2,73	,594	Favorable
Disposition à l'adhésion	2,73	,594	Favorable
Disposition à assurer toute la famille	2,73	,594	Favorable
Disposition à rester fidèle, s'il n'y a pas eu des malades dans le ménage	2,73	,594	Favorable
Disposition à encourager les voisins	2,73	,594	Favorable
Moyenne générale	2,7333	,59362	Attitude favorable

Note : Score de 1 à 2,09 : défavorable ; de 2,1 à 3 : favorable.

Montant de cotisation proposé et coût de la carte de membre

Le tableau 14 montre que le montant de cotisation moyen proposé par nos répondants est de 453,61 Fc par personne et par mois. Le coût moyen de la carte de membre qui a été proposé par nos répondants est de 556,74 Fc.

Tableau 15 Montant de cotisation proposée et coût de la carte de membre

Variabes	Moyenne	Ecart type
Cotisation par personne/ mois	453,6184	186,42918
Coût de la carte	556,7474	273,28596

Taux de prise en charge proposé

Les détails indiqués au tableau 15 montrent qu'un coût de soins de 10\$ les répondants ayant demandé un taux de prise en charge de 50% du coût de soins, ont été majoritaires avec un effectif de 197 sur 394 sujets soit 50%. Ceux qui ont demandé celui de 90% ont représenté 2% de nos répondants.

Tableau 16 *Taux de prise en charge proposé*

Taux	Effectifs	Pourcentage (%)
5\$ de la facture soit (50%)	197	50,0
6\$ de la facture soit (60%)	116	29,4
7\$ de la facture soit (70%)	15	3,8
8\$ de la facture soit (80%)	32	8,1
9\$ de la facture soit (90%)	8	2,0
100% de la facture	26	6,6
Total	394	100,0

Périodicité de la cotisation

Le tableau 16 montrent que la périodicité de la cotisation indique que 345 sujets sur 394 soit 87,6% de nos répondants ont proposé une cotisation mensuelle. Ceux qui ont proposé la cotisation semestrielle n'ont représenté que 0,3% de nos répondants.

Tableau 17 *Périodicité de la cotisation*

Propositions	Effectifs	Pourcentage (%)
Par mois	345	87,6
Par trimestre	46	11,7
Par semestre	1	0,3
Par an	2	0,5
Total	394	100,0

Nature des cotisations

Les répondants ont proposé que la cotisation se fasse en argent avec un score de 2,86 sur un maximum de 3. Cela signifie que les répondants sont favorables à donner leur cotisation en argent.

Tableau 18 *Nature des cotisations*

Propositions	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
En nature (produits agricoles et d'élevage)	1,06	,239	Défavorable
En argent	2,86	,441	Favorable
Les deux à la fois	1,26	,520	Défavorable

Note : score de 1- 1,99 : défavorable et de 2 -3 : favorable

Procédure de recouvrement

Le tableau 18 de la procédure de recouvrement indique une moyenne dominante de 2,92 pour le versement de la cotisation au bureau de la mutuelle. Ceci traduit une attitude favorable.

Tableau 19 *Procédure de recouvrement*

Procédures	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
Quête à domicile	1,09	,381	Défavorable
Versement au bureau de la mutuelle	2,92	,356	Favorable
A la banque	1,09	,348	Défavorable
Dans les groupes de prière	1,12	,380	Défavorable
Personnes choisies en communauté	1,36	,700	Défavorable
Personnel du centre de santé/hôpital	1,19	,513	Défavorable

Note : score de 1- 1,99 : défavorable et de 2 - 3 : favorable

Prestations à couvrir par la mutuelle

A la question de savoir les prestations que la future mutuelle peut aider à couvrir, les résultats du tableau 19 indiquent tous les cinq services ont été retenus. Les actes chirurgicaux ont eu le score le plus élevé ($M = 2,99$) et le bas score étant observé avec la consultation ($M = 2,44$).

Tableau 20 *Prestations à couvrir par la mutuelle de santé*

Prestations	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
Consultation	2,44	,881	Favorable
Hospitalisation	2,98	,166	Favorable
Actes chirurgicaux	2,99	,071	Favorable
Médicaments	2,69	,706	Favorable
Accouchement	2,91	,393	Favorable

Note : score de 1 à 1,99 : défavorable et de 2 à 3 : favorable

Prestation à couvrir selon le personnel soignant

Les actes que le personnel a demandé d'être pris en charge par la mutuelle de santé, l'hospitalisation ($M = 2,87$) et les actes chirurgicaux ($M = 2,87$) ont eu le score le plus élevé interprété comme favorable. La CPN et la CPS avec le même score moyen de 1,93 n'ont pas été retenus, comme l'indique le tableau 20.

Tableau 21 Prestations à couvrir selon le personnel soignant

Services	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
Consultation infirmière/ médical	2,53	,743	Favorable
Hospitalisation (observation)	2,87	,352	Favorable
Médicaments	2,60	,828	Favorable
Accouchement	2,73	,594	Favorable
Actes chirurgicaux (petite chirurgie)	2,87	,352	Favorable
CPN	1,93	,884	Défavorable
CPS	1,93	,884	Défavorable

Note : score de 1- 1,99 : défavorable et de 2 -3 : favorable

Modalité de remboursement d'après le personnel soignant

Les détails présentés au tableau 21 indiquent que le paiement au comptant (cash) à l'acte a présenté un score moyen de 2,73, qui s'interprète comme favorable, suivi du remboursement mensuel des frais avec un score moyen de 2,27, qui, à son tour, s'interprète aussi comme favorable. Les autres modes de remboursement n'ont pas été favorablement suggérés.

Tableau 22 Modalité de remboursement d'après le personnel soignant

Je souhaite qu'on nous paie par :	Moyenne	Écart type	Interprétation verbale
Paiement forfaitaire	1,73	,884	Défavorable
Paiement cash à l'acte	2,73	,704	Favorable
Remboursement mensuel des frais	2,27	,884	Favorable
Remboursement trimestriel des frais	1,13	,352	Défavorable
Remboursement annuel des fais	1,07	,258	Défavorable
Tiers payant	1,00	,000	Défavorable

. Note : score de 1 - 1,99 : défavorable et de 2 - 3 : favorable.

Obstacles à la mise en place d'une mutuelle de santé

La moyenne de mois d'attente proposée par les répondants a été de 2,03 mois, soit deux mois avant de bénéficier des prestations de la mutuelle de santé. Le tableau 22 en rapport avec l'opinion sur les obstacles de la mise en place de la mutuelle de santé indique que l'insolvabilité pourra occuper la première place avec un score moyen de 2,96, interprété comme grand obstacle. Tous les autres obstacles potentiels ont été considérés favorablement.

Tableau 23 *Obstacles à la mise en place de la mutuelle de santé*

Obstacles	Moyenne	Ecart type	Interprétation verbale
Manque de cotisation	2,96	,408	Grand obstacle
Manque de confiance	2,73	,646	Grand obstacle
Sensibilisation insuffisante	2,68	,699	Grand obstacle
Vol de fonds	2,83	,502	Grand obstacle
Mauvais accueil dans la mutuelle	2,41	,825	Grand obstacle
Mauvaise sélection des animateurs	2,80	,521	Grand obstacle

Note : score de 1 - 1,99 : moindre obstacle et de 2 - 3 : grand obstacle

Gestion des risques dans la mutuelle de santé chez les prestataires

A la question de savoir si on organise la mutuelle de santé dans la Zone, pour chercher plus des recettes, certains soignants peuvent provoquer la survenue de certains risques. La moyenne générale du le personnel soignant, sur la survenue des risques a été de 1,1467, qui s'interprète comme défavorable. Les détails sur les critères considérés sont au tableau 23.

Tableau 24 *Gestion de risque dans la mutuelle de santé chez les prestataires*

Si l'on organise la mutuelle, les soignants peuvent :	Moyenne	Ecart type	Interprétation verbale
Prescription irrationnelle	1,20	,561	Défavorable
Créer des malades imaginaires	1,13	,516	Défavorable
Facturer des services imaginaires	1,13	,516	Défavorable
Se concerter avec les malades pour augmenter le montant sur la facture	1,13	,516	Défavorable
Exagérer les dommages du sinistre	1,13	,516	Défavorable
Moyenne générale	1,1467	,5153	Défavorable

Note : score de 1- 1,99 : défavorable et de 2 -3 : favorable.

Estimation de la cotisation par personne

Dans cette section, nous estimons la cotisation par personne, si une mutuelle de santé devient fonctionnelle dans la Zone de santé. Cette estimation se fait sur base de différents taux d'utilisation des services qui seront pris en charge dans la Zone de santé et leur tarif. Nous prenons l'hypothèse selon laquelle, nous voulons couvrir 80 000 habitants, pour la première année d'existence et en 100% des services demandés. Nous avons fixé la charge de sécurité, le frais de fonctionnement et l'excédent unitaire à 10% chacun.

Les médicaments n'ont pas été considérés dans ces estimations parce que la Zone de santé est sous contrat du 10^e FED qui approvisionne les structures en médicaments et ces médicaments ne doivent pas être facturés aux malades. Ainsi, après calcul, nous avons trouvé que la cotisation mensuelle par personne est d'environ 165,56Fc, ce qui peut être arrondi à 200Fc par personne et la cotisation annuelle par personne a été de 1986,71Fc soit environ 2400 Fc à raison de 200Fc par mois. Nous n'avons pas présenté différents scénarios de cotisation parce qu'à 100% de prise en charge, la cotisation par personne est inférieure à celle proposée par la population lors de notre enquête.

Tableau 25 Calcul de la cotisation par membre de la mutuelle

Services	T. U. (a) %	C. U (b) en Fc	P.P (c=a*b) en Fc	C. S (d=c*0,1) en Fc	C.F e=(c+d)* 0,1 en Fc	E.U f=(c+d+e)* 0,1 en Fc	Cotisati on totale (c+d+e+f) en Fc
Consultation infirmière	50,50	750	378,7	37,9	41,7	45,8	504,11
Consultation médicale	1,99	1850	36,8	3,7	4,1	4,5	49
Observation	9,44	2400	226,6	22,7	24,9	27,4	301,55
Accouchement	2,65	4750	125,9	12,6	13,9	15,2	167,54
Interventions chirurgicales majeurs	1,55	3800	589	58,9	64,8	71,3	783,96
Petites chirurgie	3,02	2400	72,5	7,3	7,97	8,8	96,47
CPN	3,33	950	31,6	3,2	3,5	3,8	42,11
CPS	3,32	950	31,5	3,2	3,5	3,8	41,98
							1986,71
Cotisation annuelle par personne							
Cotisation mensuelle par personne							165,56

Note : T.U : Taux d'utilisation ; C.U : Coût Unitaire ; P.P : Prime Pure ;
C.S : Charge de Sécurité ; C.F : Charge de Fonctionnement et E.U : Excédent Unitaire, Fc : Franc Congolais.

Discussion

Connaissance sur les principes de la mutuelle de santé

Notre première question de recherche était de savoir le niveau de connaissance de la population de la Zone de santé de Masereka sur les principes d'une mutuelle de santé. Le calcul de différents niveaux à la lumière de l'échelle prédéfinie indique que les relations d'entraide ($M = 0,9$) et la participation du grand nombre ($M = 0,88$) ont présenté les moyennes les plus élevées. Le score moyen général pour la connaissance sur les principes de la mutuelle de santé est de 0,7383 sur un maximum de 1, qui s'interprète comme bonne connaissance. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Ndiaye (2009) qui au Sénégal avait trouvé que 75,6% de ses enquêtés avaient une bonne connaissance sur les principes de la mutuelle de santé. De même Criel et Waelkens (2003), cité par Tremplay, Haddad, Yacoubou et Fournier (2010) rapportent qu'une étude qualitative menée en Guinée suggère que les membres et les non membres de la mutuelle avaient une compréhension adéquate du fonctionnement, des avantages et des inconvénients de la mutuelle de santé. Il est à noter que le niveau de connaissance de la population sur les principes de la mutuelle de santé est un facteur important à leur adhésion. Franco et ses collègues (cité par Tremplay et al., 2010) avaient examiné les causes de non adhésion à des mutuelles de santé au Mali. La majorité des participants non membres, particulièrement en

milieu urbain, n'avaient pas adhéré parce qu'ils avaient de mauvaises connaissances sur les mutuelles de santé.

Critères ou conditions de la mise en œuvre d'une mutuelle de santé

Notre deuxième question de recherche était de savoir quelle est l'appréciation des conditions de faisabilité d'une mutuelle en termes de besoin réel et prioritaire, de service de qualité, de confiance aux organisateurs, de lien de solidarité et de dynamique de développement économique locale par la population de la Zone de santé de Masereka. Pour le besoin réel et prioritaire dans la communauté, le calcul de différents niveaux à la lumière de l'échelle préétablie indique que la population n'épargne pas de l'argent pour le risque maladie ($M = 2,86$ soit 92,4% de répondants), elle ne va pas directement consulter la médecine moderne parce que la maladie est considérée comme moins grave (83% de répondants), elle retarde la consultation par manque d'argent ($M = 2,72$ soit 85,5% d'enquêtés). Pour honorer les factures de soins de santé, cette population fait recours à son revenu ($M = 1,05$ soit 97,5% de répondants) ou à la vente des biens du ménage ($M = 2,18$ soit 58,9% des répondants). Les services difficilement abordables sont les interventions chirurgicales ($M = 2,87$ soit 93,4% d'enquêtés), l'hospitalisation ($M = 2,59$ soit 77,9% de répondants) et la maternité ($M = 2,16$ soit 55,6% d'enquêtés). Pour le personnel, les structures présentent des difficultés de recouvrement des recettes et dettes ($M = 3$ soit 100% de répondants) et la pharmacie de la structure présente souvent des ruptures de stock ($M = 2,6$). La moyenne de frais payés dans la structure a été d'environ 1760Fc. Quand bien même il s'agit d'un tarif forfaitaire, la moyenne des dettes par ménage est d'environ 1890 Fc. Cette valeur dépasse de 130Fc la moyenne des frais payés. Le score moyen général pour ce critère est de 2,15 sur un maximum de 3. Ceci s'interprète comme problème réel et prioritaire dans la communauté pour faire face au coût de soins.

Pour aider à soulager cette difficulté, la communauté souhaite s'organiser en mutuelle de santé ($M = 2,95$) et demander de l'aide du gouvernement et des ONG ($M = 2,78$). Ces propositions ont été confirmées par le personnel soignant avec respectivement le score moyen de 2,60 et 2,53 sur un maximum de 3. Ces résultats sont corroborés par ceux de Ndiaye (2009) qui avait trouvé que la difficulté financière était un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé ayant occupé la première place avec 69% des enquêtés ; ce qui lui a permis de conclure que l'organisation d'une mutuelle de santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA était un besoin prioritaire pour résoudre ce problème.

S'agissant de la perception de la qualité des soins par la communauté, la population fait moins de trente minutes de marche pour atteindre la structure sanitaire la plus proche ($M = 2,72$). Cette population a bien apprécié l'accueil faite par les soignants ($M = 2,71$). La moyenne générale pour cette condition est de 2,5668, qui signifie que la population perçoit les soins de santé prestés dans la Zone de santé de Masereka comme de bonne qualité. Ce résultat est similaire à celui de Ndiaye (2009) qui, après ses investigations, trouva que plus de 90% de ses enquêtés avaient bien apprécié les structures de santé choisies comme partenaires à la future mutuelle de santé.

Quant à la dynamique de développement économique locale, la principale source de revenu est l'agriculture ($M = 2,68$). Cette population dispose des marchés pour la vente de ses produits ($M = 2,48$). La moyenne générale pour cette condition est de 1,4381 qui s'interprète comme faible niveau de dynamique économique locale. Ces résultats se rapprochent de celui de Ndiaye (2009) où la consommation journalière par individu (1863 FCFA, soit 3,905\$) était supérieure au revenu moyen par jour et par personne (905 FCFA, soit 1,99\$) chez les PVVIH. La périodicité de ce revenu était régulière pour les professions aléatoires comme le commerce. Donc, cette population vit sous la pauvreté même si le

revenu par jour et par personne est supérieur à 1,25\$. Cependant, comme le soutient Ndiaye (2009), même si le revenu des ménages est faible et ne permet pas de faire face aux dépenses de santé, la mutualisation du risque peut répondre au problème d'inaccessibilité financière aux soins. Dans le présent travail, c'est cette option qui est aussi soutenue.

S'agissant du lien de solidarité dans la population, celle-ci pratique la solidarité en cas de deuil dans le ménage du voisin ($M = 2,99$, soit 99,5% de répondants). Cependant, elle ne peut pas se solidariser avec son opposant dans un conflit de terre ($M = 1,25$, soit 78,2% de répondants). Le score moyen général pour ce critère est de 2,3860, ce qui s'interprète comme un niveau élevé de solidarité dans cette communauté. Ndiaye (2009) dans son étude avait trouvé que 100% de sa population avait la culture d'association, c'est-à-dire était déjà membre d'une association de personnes vivants avec le VIH, un comportement qui montrait un niveau de solidarité élevé entre ces personnes et qui était favorable à l'organisation d'une mutuelle de santé. Nous considérons aussi que cet esprit de solidarité peut favoriser la mutualisation des soins dans la Zone de santé de Masereka. Néanmoins, il faut aussi un accent sur la solidarité en cas de maladie et non seulement de deuil.

Quant à la confiance accordée aux initiateurs du projet, la population est dans un état d'incertitude d'être volée par les futurs gestionnaires de la mutuelle de santé ($M = 2,06$, soit 38,3% de répondants). Elle prétend avoir confiance aux gestionnaires choisis parmi les hommes membres de la communauté ($M = 2,32$, soit 77,33% de répondants). Cette population a été trompée et volée par d'autres organisations de mutuelle de santé qui ont été fonctionnelles dans la Zone (1,93, soit 28,17% de répondants). Ce critère a présenté un score moyen général de 1,5827 qui s'interprète comme faible niveau de confiance aux gestionnaires potentiels de la mutuelle de santé. Dans son étude, Ndiaye (2009) révèle aussi que 7,6% de ses enquêtés manquaient de confiances aux futurs gestionnaires de la mutuelle de santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA et 6.6% avaient peur d'une mauvaise gestion de la mutuelle.

Attitude de la population à l'organisation d'une mutuelle de santé.

Notre troisième question de recherche était de savoir quelle est l'attitude de la population de la Zone de santé de Masereka face à l'organisation d'une mutuelle de santé dans la Zone de Masereka. Le calcul des différents niveaux à la lumière de l'échelle prédéfinie, indique que la population est prête à prendre son adhésion ($M = 2,85$) et prête à continuer à cotiser même s'il n'y a pas eu de cas de maladie dans le ménage toute l'année passée ($M = 2,57$). La moyenne générale est de 2,7779, soit environ 92,9% de répondants, qui s'interprète comme attitude favorable face à l'organisation d'une mutuelle de santé dans la Zone de santé de Masereka. S'agissant du personnel soignant, le score moyen général est de 2,7333, soit environ 80% du personnel soignant, qui s'interprète aussi comme une attitude favorable à la mutualisation des soins et sont donc prêts à adhérer. Ces résultats se rapprochent de celui de Ndiaye (2009) qui trouva un résultat selon lequel 100% de ses enquêtés avaient salué l'organisation d'une mutuelle de santé dans les associations des PVVIH et qu'ils étaient prêts à prendre leur adhésion dans la future mutuelle.

Faisabilité technique et financière.

Notre quatrième question de recherche était de savoir quelle est le niveau d'appréciation de la faisabilité technique et financière en termes de montant de cotisation, de taux de prise en charge, de modalité de recouvrement, de nature de cotisation, de services à couvrir, de modalité de remboursement et de période d'observation dans la mutualisation du risque. Ainsi, après calcul de différents niveaux à la lumière de l'échelle

préétablie, nous avons trouvé les résultats que le montant de cotisation proposé par les répondants est d'environ 450Fc (0,489\$) par mois et approximativement 5400Fc (5,87\$) par an par personne. Les répondants ont proposé acheter la carte de membre à un prix moyen d'environ 550 Fc (0,59\$). Après nos calculs à partir du taux d'utilisation et du coût moyen de service de santé dans cette Zone et sur base des services demandés, nous avons trouvé que la cotisation par membre s'élèverait à environ 200Fc soit 0,22\$ par personne et par mois, ce qui fait un montant de 2400Fc soit 2,61\$ par personne et par an.

S'agissant du taux de prise en charge, le calcul a présenté un montant de cotisation abordable au niveau de prise en charge de 100% des services demandés. La moitié de nos répondants avait proposé un taux de prise en charge de 50% de coût de soins. Cependant, pour éviter la survenue de différents risques comme le risque moral, qui peuvent mettre en danger la viabilité de la mutuelle de santé, le taux de prise en charge peut être maintenu à 70% de coût de soins. Dans son étude, Ndiaye (2009) avait proposé un taux de prise en charge de 50%. Quant à la modalité (procédure) et nature de recouvrement de même la périodicité de la cotisation, cette cotisation sera déposée au bureau de la mutuelle de santé ($M = 2,92$) et se fera en argent ($M = 2,86$). La cotisation doit être versée mensuellement par chaque adhérent comme l'ont souhaité 86,7% des répondants. Ce résultat est similaire à celui de Ndiaye (2009) qui avait trouvé que 87,7% de ses répondants avaient suggéré que la cotisation serait versée individuellement au bureau de la mutuelle de santé.

S'agissant des services à couvrir, les interventions chirurgicales ($M = 2,99$) et l'hospitalisation ($M = 2,98$) ont été fort demandées par la population de la Zone de santé de Masereka. Ces mêmes services ont été demandés par le personnel soignant de la Zone de santé. Cependant, tous les services organisés dans les structures de santé ont été demandés par nos répondants en environ 93,4%. Ces résultats convergent avec ceux de Ndiaye (2009) auxquels 36,3% de ses répondants avaient demandé que la mutuelle de santé puisse couvrir tous les services organisés. Quant à la modalité de remboursement dans les structures sanitaire, le personnel soignant demande le paiement au comptant à l'acte ($M = 2,73$) ou le remboursement mensuel de frais ($M = 2,27$). Le second type de remboursement a été soutenu par l'étude de Ndiaye (2009) qui avait trouvé que 100% du personnel soignant avaient demandé un remboursement mensuel de frais auprès de la mutuelle.

Quant aux obstacles à la mise en place de la mutuelle de santé dans la Zone de santé, le manque de cotisation ($M = 2,96$, soit 98,6% de répondants), le vol de fond par les gestionnaires ($M = 2,83$, soit 94,3% des enquêtés), la mauvaise sélection des cadres ($M = 2,8$, soit 93,3% des enquêtés) ont été prédominants avec les moyennes les plus élevées. Ce qui veut dire qu'il est sage de tenir compte de ces aspects lors de l'organisation et de l'implantation de la mutuelle de santé. Dans son travail, Ndiaye (2009) avait trouvé que 50% de ses répondants avaient soulevé le manque de cotisation comme obstacle primordial à la mise en place d'une mutuelle de santé et que seulement 7,5% avaient soulevé le manque de confiance envers les gestionnaires de la mutuelle comme obstacle. Le manque de confiance envers les gestionnaires de la mutuelle avait représenté 12,2% de ses enquêtés contrairement à l'étude de Ndiaye en 2009. La mise en place d'une mutuelle de santé cherchera d'abord à contourner ces obstacles pour assurer la viabilité et la longévité de la nouvelle organisation (Defourny & Failon, 2011).

Conclusions et Recommandations

A l'issue des résultats, il s'est dégagé que la moyenne générale pour les connaissances sur les principes de la mutuelle de santé est de 0,7383 sur le maximum d'un, qui s'interprète comme bonne connaissance. Nous pouvons conclure que les cinq critères

de faisabilité d'une mutuelle de santé, le besoin réel et prioritaire ($M = 2,15$), la qualité des soins perçue par la population ($M = 2,5668$), le lien de solidarité entre les membres ($M = 2,3860$) ont été satisfaisants. Cependant, la confiance aux initiateurs du projet ($M = 1,5827$) et la dynamique de développement économique locale ($M = 1,4381$) n'ont pas été satisfaisantes pour la mutualisation du risque. Le revenu moyen est sous le seuil de pauvreté de moins de 1,25\$ par jour et par personne. La moyenne générale pour l'ensemble des critères est de 2,0244 qui s'interprète qu'en général les conditions sont réunies pour qu'une mutuelle de santé soit organisée dans la Zone de santé de Masereka.

S'agissant de l'attitude (intention) face à une mutuelle de santé, la moyenne générale a été de 2,8477 qui a été interprétée comme bonne attitude. La population de la Zone de santé de Masereka est prête à adhérer à une mutuelle de santé si elle s'organisait et selon les compromis qui seront pris. S'agissant de la faisabilité technique et financière de la mutuelle de santé, la moyenne du montant proposé par la population a été de 450Fc soit 0,49\$ et le prix de la carte de membre serait de 550Fc soit 0,59\$. Après nos estimations, nous avons trouvé qu'il est possible que la cotisation par membre soit fixée à 200Fc par mois et par personne. La prise en charge étant conseillée à 70% de dépenses de soins médicaux. La cotisation se fera en argent ($M = 2,86$) et versée au bureau de la mutuelle de santé ($M = 2,92$). La période d'observation proposée par la population a été en moyenne de deux mois. Les services du soin curatif et les actes chirurgicaux ont été demandés pour être couverts par la mutuelle de santé. Cependant, nous avons aussi voulu que les services du préventif soient couverts par cette dernière. Le personnel soignant demande le paiement au comptant à l'acte ($M = 2,73$) ou le remboursement mensuel de frais ($M = 2,27$) par la future mutuelle de santé.

Sur base de ces résultats et dans le souci de contribuer au bien-être de la population de la Zone de santé de Masereka, nous émettons les suggestions suivantes :

- Au gouvernement de la R.D. Congo, d'élaborer et de mettre en application une loi sur l'adhésion de tout congolais dans une mutuelle de santé et les mécanismes de gestion efficace des conflits fonciers est d'importance capitale pour que les mutuelles de santé puissent être viables ;
- Aux bailleurs de fonds, d'allouer des financements pour le soutien des mutuelles de santé qui fonctionnent sur le territoire congolais et pour la formation continue des gestionnaires de celles-ci ;
- Aux organisateurs de la future mutuelle, de faire impliquer la population de la Zone de santé dans le projet, prendre ceux qui sont dignes de foi et de bonne renommée, accueillant pour être inséré parmi les gestionnaires, les animateurs de la future institution.
- Aux gestionnaires de la future organisation d'être sérieux, loyaux car cette population a des antécédents de déception ;
- Aux futurs adhérents d'être responsables de leur santé et de celle de leurs familles, de cultiver l'amour et la solidarité enfin d'atteindre le développement.

Références

Apollinaire, B. (2009). *Développement des mutuelles de santé : expérience de la province du sud-kivu*, IPS/SK. Consulté sur http://www.minisanterdc.cd%2FArticles%2FDiaspora_sante%2FDEV ELOPPEMENT%2520DES%2520MUTUELLES%2520DE%2520SANT%2520AU%2520SUD%2520KIVU.ppt&ei=YyjhUOaiKcKc0AXG8oDQAw&usg=AFQjCNEppwuLR1MK54zybC_rLhLogZuyjQ&bv m=bv.1355534169, d.d2k

- Banque Mondiale & OMS. (2017). La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l'action
- BIT. (2021). Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide. Genève.
- Defourny, J. Julie Failon, J. (2011). *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques*. Dans Mondes en développement 2011/1 (n°153), pages 7 à 26. Consulté sur <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2011-1-page-7.htm>
- Kabinda J., Mitashi, P., & Chenge, F. (2017). Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC)?
- Maeda, A. et all. (2015). Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif : Une synthèse de 11 études de cas pays.
- MATARIA, A. (2018). Couverture Médicale de Base : revue des expériences internationales.
- Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS. (2015). Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa.
- Ndiaye, N., M. (2009). *Etude de faisabilité d'une mutuelle de santé au sein des associations des PVVIH au sein du département de Mbour*.
- OMS. (2016). Stratégie de Coopération de l'OMS avec le pays République Démocratique du Congo 2017–2021
- OMS. (2015). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : Rapport final du groupe consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle et équitable. Genève.
- OXFAM. (2013). Couverture Santé Universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie
- Save the Children. (2015). Nous soutenons la Couverture Sanitaire Universelle pour chaque femme et chaque enfant.
- Seck, I. et al. (2017). Santé Publique: *Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal)*. (Vol. 29). pages 105 à 114. Consulté sur file:///C:/Users/Lanares/Downloads/SPUB_171_0105.pdf
- Sossa, T. (2012). *L'assurance maladie en Afrique subsaharienne : Entre marché, État et organisations solidaires*. Consulté sur : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=l%27assurance%20sant%C3%A9%20en%20Afrique%20subsaharienne%3A%20entre%20march%C3%A9%20et%20rt%20organisation%20solidaire&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fgraduateinstitute.ch%2Fwebdav%2Fsite%2Fdeveloppement%2Fshared%2Fdeveloppement%2Fcours%2FE760%2Ftextes%2520colloque%2Fsossa_solidarit%25C3%25A9_version%2520corrig%25C3%25A9e.pdf&ei=yWikUpC1K5CIhQe5tYCwDA&usg=AFQjCNG95O_q9Lhim-_mtJHXT7jD06SKA&bvm=bv.51495398,d.d2k
- Tremblay, A., M., Haddad, S., Yacoubou, I., & Fournier, P.(2010). *Mutuelles de santé : Stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin. Rapport de recherche*. Consulté sur : www.vesatc.umontreal.ca/pdf/publications/rapport_de_recherche.pdf