International Journal of Multidisciplinary and Current Research ISSN: 2321-3124
Research Article Available at: http://ijmcr.com

Micro assurance santé comme levier financier à L'accès aux services de santé de qualité En RD Congo: Défis, Pistes des Solutions et Perspectives

Dr Floribert Mutabunga bin Lubula[1], Prof Dr Faustin CHENGE4, Prof Dr Bart Criel[2], Prof Dr Abdon MukalaY[4], Prof Dr Oscar LUBOYA[4] and Prof Dr Henri MundongoTshamba[4]

[1]Ecole de Santé Publique /Université de Lubumbashi B.P 1825 Lubumbashi / Ministère de la Santé Publique, Province du Sud Kivu /RDC
[2]Ecole de santé publique de Lubumbashi, Département de Gynéco-Obstétrique de la Faculté de Médecine, Ministère de la Santé publique /RDC
[3]Unité de financement de politique de santé du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, Belgique
[4]Département de Santé publique, Faculté de Médecine Ecole de santé publique de Université de Lubumbashi B.P. 1825 /Lubumbashi

Accepted 15 May 2017, Available online 30 May2017, **Vol.5 (May/June 2017 issue)**

Abstract

Introduction: *The Democratic Republic of Congo (DRC) has been trying for some years to develop social protection mechanisms with the aim of reducing financial barriers to access to health services. While the country has made real progress in achieving health infrastructure over the past two decades of implementation of the program approach, it remains true that indices of health service utilization remain very high Weak and confronted with the vicious cycle of poverty and health problems. Aware of the heavy burden of health care costs borne by subsistence households, the authorities have initiated a number of reforms (health micro insurance, medical assistance for indigents, etc.) to lay the foundations for a universal health coverage. It is true that these systems have recently entered an extension phase. Visu, this propensity generally remains slow, insufficient, real and seems irreversible.*
Aim: *The aim of this study was to assess the existing propensity experience and their potential by attempting to answer the following* ***questions****: (i) What is the potential of these micro insurances to make a greater contribution to their development, (ii) What constraints, challenges or conditions prevent the realization of such potential? (iii) How can this potential be realized? (iv)What are the possible solutions and perspectives? Its specific objectives were to: (1) Identify and describe existing "micro-health" (or similar) systems (situation diagnosis); (2) Investigate the potential of health micro insurance in the context of the DRC health system in universal health coverage (3) Identify the obstacles, challenges and constraints of non-realization of potential and (4) Effectiveness of universal health coverage.*
Methods and Materials: *It was a cross-sectional descriptive standard study spanning a 12 month period (January 2013 - 2014). Twenty five (25) eligible SMEs across the country were collated and recruited in relation to the inclusion criteria. Managers, promoters, providers, support structures and households were subjected to questionnaires developed on the basis of the qualitative and quantitative variables studied and indexed. The non-directive interviews were guided by semi-structured interviews from the outset to the use of care in the form of group focus.*
Results: *It appears that the role of the state in the overall propensity of health micro insurance (HMI) in the DRC has so far been very limited mainly by the absence of a legal framework and seems to constitute an obstacle . The low adhesion rate and penetration and their determinants had been documented. The following* ***recommendations and suggestions*** *were proposed: (1) Adoption of draft laws governing the operation; (2) Greater government involvement in granting subsidies; (3) Adoption of an incentive for caregivers; (4) development of income-generating activities to cover operating costs of HMI ; (5) partnerships known as "linkages" between health micro insurance and microfinance enterprises (incentive for massive membership).*
Conclusion: *This study offers a fascinating insight into the contribution of state support in the pursuit of the propensity of health mutuals, which will be long and arduous. It will cover better financial protection of the population better access to health care. Self-financing seems to be a utopia in every case.*

Keywords: *Health micro insurance; Access; Primary Health Care; Institutional support; DRC*

1. Introduction

L'accès à moindre coût à des soins de santé de qualité est un droit fondamental. Ce droit à la santé reste essentiel pour le développement économique et social d'un pays, ainsi que pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Vers les années 1980, la quasi-totalité des pays africains ont instauré le paiement direct des soins (user fees) comme une modalité de financement principale de leur système et politique de santé,

suivant ainsi les recommandations prodiguées par les organisations internationales. Les patients africains devaient donc payer lorsqu'ils utilisaient les services de santé. Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé des populations dans les pays en voies de développement, d'importantes réformes ont été impulsées par la Banque mondiale l'OMS et l'UNICEF ; entre autres l'initiative de BAMAKO en 1987 [27] qui prévoyait un certain niveau de recouvrement des coûts (fixation des tarifs des prestations) et une participation communautaire avec la création de comité des gestion aboutissant à la mise en place d'un certain nombre d'activités de soins(paquet minimum de soins)visant à l'amélioration des soins de la mère et de l'enfant et le contrôle des endémies [1].

Une décennie après l'on constate un dysfonctionnement des systèmes sanitaires de l'ensemble de ces pays lié à plusieurs facteurs parmi lesquels l'obligation faite à l'usager de payer les prestations de soins. Cette obligation représente un obstacle de première ligne [2]. . Dans la plupart des pays développés, les systèmes de financement collectif ont largement remplacé la prise en charge financière des soins de santé par les individus eux-mêmes. Au début du 20ème siècle, les associations d'entraide et les fonds d'assurance maladie avaient déjà commencé à financer l'accès aux médecins et aux hôpitaux en cas de maladie[3]. Á l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne, la RDC rencontre encore d'énormes difficultés pour assurer des soins de santé de qualité, et financièrement accessibles à leurs populations [4,5]. On observe que le recours aux soins primaires dans le secteur public est lui-même très faible[6]. Il est d'environ 0,3 visite par personne et par an, moyenne inférieure au standard de l'OMS qui est d'une visite, par personne et par an dans les zones urbaines et de 0,5 à 0,6 visite, par personne et par an dans les zones rurales [7]. Ainsi la MAS permettra de gérer le risque, mais elle ne permettra pas de réduire facilement les risques liés aux évènements cycliques à fort degré de certitude et faible coût, ni aussi les risques covariants à faible probabilité mais à coûts très élevés tels que les catastrophes naturelles [8 ,9].Or l'assurance santé permet à plusieurs personnes de partager les risques financiers liés aux dépenses de soins [10 ,11]. Cette responsabilité collective qui est entre autres les résultats de l'offre et de la demande des services de MAS dépend de la capacité à payer (Willingness to pay), de l'offre de soins disponible et de leurs qualités, de l'accessibilité financière [12].

La commission sur la macroéconomie et la santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS) est d'avis qu'une telle stratégie de financement de la santé « pourrait offrir un rempart pour le partage de risques, de sorte que les familles n'auraient pas à faire face à des catastrophes financières liées à la santé » [13]. De même, la Banque Mondiale (BM) a fait sienne cette stratégie pour à la fois mobiliser des ressources supplémentaires et protéger les populations vulnérables contre les conséquences financières d'une mauvaise santé [15, 16,17]. Les mutuelles de la santé, ou systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté ont suscité un intérêt croissant depuis quelques années [13]. Cela est en partie dû au contexte créé par les débats sur la politique de financement de la santé qui ont accompagné et suivi l'introduction des paiements par les usagers des services et d'autres réformes dans le secteur de la santé dans les pays à faible revenu [18,20]. De nombreux pays d'Afrique, notamment la RDC, a recours au paiement direct des soins de santé par les usagers. Dans un contexte de vulnérabilité économique, ce type de financement du système de santé peut contribuer à limiter l'accessibilité aux soins et peut engendrer l'appauvrissement des ménages en cas de maladie [21]. Or la MAS vise à assurer un meilleur accès aux soins de santé et à offrir une protection financière minimale aux ménages en cas de maladie à travers un système de tiers payant car l'accès aux soins de santé des populations vulnérables et à faible revenu rencontre d'énormes difficultés [12].

2. Typologie des systèmes de micro assurance sante au RD Congo

La typologie des systèmes de micro-assurance santé au RDC diffère de ce que l'on voit habituellement en Afrique de l'Ouest francophone [21, 22,23] . En RDC le modèle cogéré par les prestataires et/ou les équipes cadres de zones de santé d'une part, et les représentants des bénéficiaires d'autre part est assez répandu [24] Le développement de la micro-assurance santé en RDC est l'une des plus anciennes en Afrique Subsaharienne. Les premières expériences datent de la fin des années 50. En 1958 une loi sur les associations mutualistes a été promulguée (Décret du 15 avril 1958 sur les associations mutualistes). Ce texte est toujours d'application. Le système mutualiste d'assurance santé constitue un phénomène émergent en RDC. Il est très peu connu des congolais. La première expérience mutualiste dans ce domaine fut celle de la Mutualité Chrétienne du Zaïre (MCZa) [25]. Celle-ci fut créée au début des années 50 avec la collaboration de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC). Cependant ce premier développement des micro assurances a été fortement affecté dans les années 70 lors de l'instauration du parti unique qui a eu pour corollaire la dissolution et le regroupement de toutes les mutuelles existantes en une mutuelle unique qui a progressivement décliné ainsi que toutes les infrastructures de soins de santé qu'elle gérait pour finalement devenir moribonde. Après une période de léthargie cruante , elles refont leur apparition fulminante au milieu des années 80 (Bwamanda, Bokoro, Kasongo) et ont connu depuis, un accroissement important du point de vue de leur nombre [26 ,27].

Cependant, on note une absence de politique nationale de financement alternatif de la santé élaborée à

partir de la capitalisation de ces expériences [28]. Depuis 2000, il semble cependant y avoir une croissance de nouvelles initiatives même si l'extension du phénomène « mutualiste » reste encore relativement limitée dans la mesure où ceci peut être apprécié en l'absence d'un inventaire fiable (104 MAS/ 500.000 membres. Parmi les provinces qui disposent d'un effectif important, on peut citer la ville province de Kinshasa avec la seule mutuelle des enseignants qui compte 130.000 membres MUSCEKIN); Province du Sud-Kivu: avec 120.000 membres pour 23 mutuelles communautaires ; Province de Equateur: avec CDI Bwamanda qui compte 104.000 membres) [29]. Le mouvement mutualiste en RDC est aujourd'hui (encore) peu structuré, dispersé et hétérogène [30,31]. Aujourd'hui, le très faible pouvoir d'achat de la grande majorité des RD Congolais, et les multiples besoins auxquels elle fait face, sont des obstacles importants à l'adhésion à une micro-assurance santé. Par contre, l'existence de structures sanitaires qui jouent un rôle d'interface entre services de santé et population seront un atout considérable pour le développement harmonieux de systèmes «mutualistes» [32]. L'introduction des paiements directs des soins de santé adoptée depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en 1987 [33] ne permet pas aux ménages pauvres qui gagnent moins de 2 dollars Américains par jour et qui représentent près de 70,6 % [34] de la population de la RDC de payer les services de santé dont ils ont besoin ou, s'ils le font, tombent dans le dénuement. Ce grand problème d'inaccessibilité financière aux soins est d'autant plus aggravé par l'absence d'un système formel de protection sociale universelle [35].

Encadré n°1 : Etat des regroupements d'associations d'appui aux mutuelles de santé

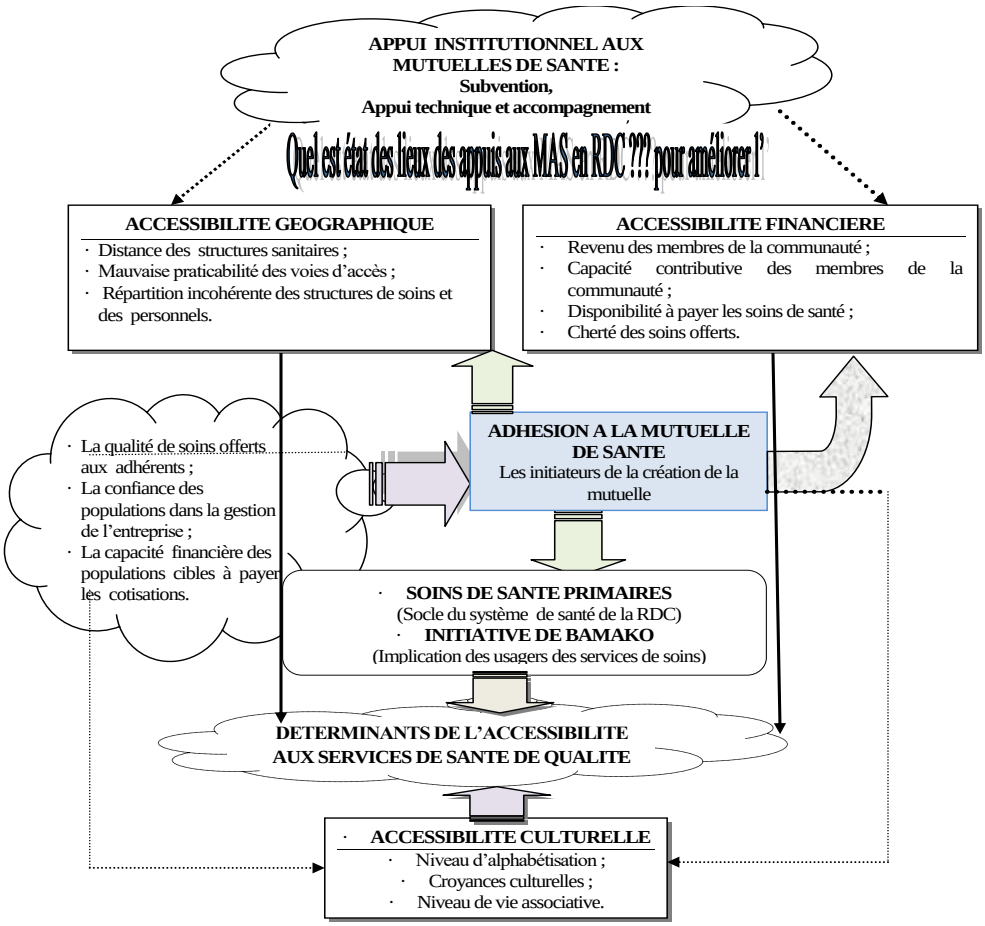
Au moment de cette étude, la **PNPMS/ POMUCO** (Plateforme des Organisations promotrices des Mutuelles de Santé) qui est une asbl créée à l'initiative des cinq organisations de la société civile œuvrant dans le secteur de la protection sociale, en général, et plus particulièrement, dans la promotion et l'accompagnement des mutuelles de santé. Il s'agit de : (i) CAMS : Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé ; (ii) CGAT : Centre de Gestion des Risques et d'Accompagnement Technique ; (iii) CENADEP : Centre National d'Appui au Développement et à la Participation Populaire ; (iv) MOCC : Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo ; (v) PRODDES : Réseau pour la Promotion de la Démocratie et des Droits Économiques et Sociaux.

Dans le cadre de sa vision d'une approche intégrée pour contribuer à la mise en place du socle de protection sociale en RD Congo conformément à la Recommandation 202 de l'OIT, plus particulièrement en faveur de la promotion de la couverture universelle de santé, la POMUCO compte parmi les buts de son action : (a) L'institutionnalisation et la professionnalisation des mutuelles de santé ; (b) la bonne gouvernance des mutuelles de santé ; (c) La promotion de l'action mutualiste

De plus, à cause des coûts élevés des soins de santé, les populations à faibles revenus ont des comportements à recourir aux prestations de santé peu chères et de qualité douteuse, intensément recours aux tradipraticiens, aux groupes religieux et prophètes miracles qui s'érigent en structures et professionnels de santé [36]. La RDC se trouve contraint d'explorer le développement des systèmes d'assurance maladie privée et communautaire afin de (1) mobiliser des fonds additionnels pour le secteur sanitaire; (2) réduire la proportion des dépenses catastrophiques liées aux problèmes de santé; (3) améliorer l'accès des pauvres aux services de santé et réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé. L'existence d'un système de santé performant est l'une des conditions indispensables, non seulement pour atteindre la couverture maladie universelle, mais surtout pour diminuer la souffrance humaine des plus vulnérables [37]. C'est dans cette vison que le Ministère de la santé de la RDC et ses partenaires ont adopté, en février 2006(a) et Mars 2010 (b) la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), comme pour objectifs d'améliorer l'accès des populations à des soins de santé de qualité [38,39]. Or la contribution des ménages en RDC reste à ce jour l'une des principales sources de financement de la santé et pour la plupart des formations sanitaires la seule source de financement. L'action à ce niveau est d'en améliorer la gestion et l'utilisation dans le but d'une meilleure contribution de cette source au fonctionnement des structures de santé. L'augmentation de la part des autres sources au financement de la santé devrait contribuer à alléger progressivement la charge qui pèse sur les ménages en termes de contribution au financement de la santé [40]. Les résultats issus de l'enquête des Comptes Nationaux de la santé en RDC réalisés en 2012 concernant l'offre des services de santé renseignent que la part de la communauté dans les dépenses globales en santé représente 37 ,39 et 41% respectivement en 2010, 2011 et 2012 celle des partenaires internationaux de santé 39% ,16% de celle du Gouvernement (fonds public/entreprises) 20 % en 2012 [40,41].

Ces résultats montrent que la charge du financement de la santé est essentiellement portée par la communauté qui au départ est pauvre dans sa grande majorité.

Pour appuyer le gouvernement à procéder à un choix judicieux des mécanismes de financement à adopter, le Ministère de la santé publique souhaite documenter les différentes modalités de financement existantes en RDC et ailleurs, en évaluant leur contribution (i) à l'amélioration de l'accessibilité, (ii) à l'amélioration de la qualité des services de santé, (iii) à influencer l'organisation du système de santé et (iv) à garantir l'implication active des bénéficiaires (communauté).



Cadre conceptuel relatif à l'accessibilité des populations de la Zone (district) Sanitaire aux Services de Santé de qualité à travers les services offerts par les microassurances santé en RDC.

Figure N° 1:

En 2015, dans le cadre de la politique nationale de promotion de la sécurité sociale, l'engagement gouvernemental à promouvoir les MAS a été réitéré et malgré cela, les familles demeurent réticentes à souscrire une police d'assurance maladie [42]. Les principales mutuelles de santé fonctionnelles sont celles professionnelles/corporatistes et communautaires. De surcroit les raisons documentées de la faible adhésion à ces mutuelles de santé en RDC sont multiples. Elles sont d'ordre individuel, communautaire, organisationnel et fonctionnel. Certes que la faible performance des MAS déjà créées peut susciter des interrogations sur la pertinence de ce mécanisme de financement de la santé en RDC.

Note explicative sur le cadre conceptuel

La notion d'accessibilité peut s'entendre sous plusieurs rapports : géographique, financier et culturel

(i) Sur le plan financier, elle se mesure à la capacité des populations dans leur diversité à s'offrir des prestations sanitaires, capacité qui est tributaire du revenu des membres de la communauté, de leur disponibilité à payer les soins de santé mais aussi du coût des services offerts.

(ii) Sur le plan géographique, l'accessibilité aux soins peut s'entendre de la manière dont les structures de santé sont réparties et fréquentées. Cette fréquentation peut dépendre de la praticabilité des voies d'accès et des distances qui séparent les centres de santé des lieux de résidence des populations.

(iii) Sur le plan culturel, le niveau d'alphabétisation des membres de la communauté, leur niveau de vie associative et leurs croyances culturelles influencent considérablement l'accessibilité aux soins de santé. Mais par commodité et par fidélité à notre préoccupation, l'appréhension avait une visée financière.

3. Méthodologie de l'enquête

Il n'était donc pas de procéder à un inventaire exhaustif de MAS fonctionnelles en RDC, mais de sélectionner un large éventail d'initiatives (des « cas ») sur base de leur potentiel d'apprentissage et son développement : c'est-à-dire la définition d'un échantillon qui reflète la diversité et la complexité de la réalité plutôt qu'une aspiration d'exhaustivité. En effet, nous avons documenté 104 MAS (2013-2014) en RDC et 25 mutuelles remplissant ce critère d'éligibilité ont été colligées. Cette étude s'étend

sur une période de 12 mois (Août 2013 – Juillet 2014). Le critère d'éligibilité de cette étude était axé sur les MUSA disposant d'une base de données suffisantes pouvant permettre des analyses en profondeur des tendances mais basées sur des critères temporelles.

(a) Une enquête qualitative dont quatre facteurs que sont : (i) les paramètres fondamentaux de la conception pour sa réussite ; (ii) la gestion et appui, (iii) l'environnement de l'offre des services de santé et (iv) les caractéristiques d'adhésions ainsi que le comportement des ménages. Des focus group ont été conduits avec différents groupes cibles, les ménages /gestionnaires, promoteurs et autres membres potentiels de MAS. Des entretiens ont été conduits avec tous les responsables de structures et personnalités pertinentes d'appui aux MAS. En rapport avec les données quantitative des rapports d'évaluation de la stratégie sectorielle santé, des rapports statistiques sur le financement de certaines MAS fonctionnelles, les représentants de différentes organisations (internationales, bilatérales et non-gouvernementales) de coopération, des représentants d'organisations mutualistes, des représentants des structures d'appui aux « mutuelles de santé » et des représentants des prestataires de soins. Le document de stratégie et de politique de la promotion des MAS de la littérature scientifique nationale et internationale sur les options de financement de la santé dans un pays à faible revenu ; les déterminants de la performance et les bonnes pratiques ont été documentées. Les revues systématiques et méta analyses sur les effets des interventions relatives au financement de la santé à travers une MAS en RDC ont été recherchées de manière prioritaire.

(b) Des données qualitatives ont été incluses : (1) enquête par questionnaire ménage / membres potentiels ; (2) enquête par questionnaire aux prestataires ; (3) focus group pour les bénéficiaires et (4) groupes communautaires ; (entretiens non directifs avec responsables de structures d'appui ; (5) enquête documentaire grâce à une grille d'observation documentaire dans ses aspects administratif, économique, politique, social et culturel. D'autres facteurs ont été pris en compte dans ce processus de choix dont : (1) la localisation géographique : dans un souci de couvrir les différentes provinces du pays ; (2) le degré de fonctionnalité du système : phase 'de conception/planification;(3) le mécanisme de financement à la base du système (4) la variété dans la typologie organisationnelle du système.

Résultats D'enquete

Tableau n°1. : Micro-assurance de santé visitées, rapportées autres initiatives enquêtées en RDC (12mois)

Ville province de Kinshasa	Province Bas Congo	Province de l'Equateur
- Association des Chauffeurs (ACCO) (1) - Maternité sans Risques (BDOM) (3) - Mutuelle de santé des Enseignants (MUSE) (5) - Caisse solidarité Ouvrière Paysanne (CASOP)* (5) - Mutuelle des Enseignants des Ecoles Conventionnées Catholiques de Kinshasa (MUSECKIN) (3-4) - Mutuelle de l'Université de Kinshasa (UNIKIN) (5) - Fédération Nationale des Mutuelles et des Œuvres Sociales(FNMOS) (1)	- Mutuelle des enseignants du Diocèse de Boma (MEDIBO) (3) - Mutuelle de santé des populations de KinzaoMvuete (MUSPOKIN) (2) **Province du Nord-Kivu** - Mutuelle de santé Butembo (MUSABU) (3) - Mutuelle MASMARA(2) - Mutuelle Kingola Afia (3) - Mutuelle Saint Raphael (3) **Province du Sud-Kivu** - Mutuel de Bagira (3) - Mutuelle de Kadutu (3) - Mutuelle de Ciriri (3) - Mutuelle de santé de Katana (3) - Mutuelle de santé Ibanda (3)	- Mutuelle CDI Bwamanda (2) **Province de Bandundu** - Solidarité Santé 2000 Kikwit (2) - Association de santé de Bokoro (ASABO) (2) - Mutuelle de santé de Masimanimba (MUSAMA) (2) - Action SIDA, BDOM Kikwit (3) - Mutuelle des enseignants de Kikwit (5) **Province du Bas Congo** - Zone de Santé de Kisantu (2) **Province de Katanga** - Mutuelle de l'Université de Lubumbashi (UNILU) (5)

Adapté par Criel B &Waelkens M-P dans « Les Mutuelles de santé en Afrique Sub-Saharienne : Etat des Lieux et Réflexions sur un agenda de Recherche, Health, Nutrition and discussion paper, Banque Mondiale, Mars 2004 » et Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de santé en RDCongo, 2004, La CASOP regroupe des mutuelles dans les secteurs formels et informels*.

(1) Information systématique de la population et importants avec des efforts de l'associer aux prises de décisions ;

(2) Gros appuis par le Bureau central de la Zone de santé et/ou du prestataire/ONG Internationales ;

(3) Gros appui par le BDOM ; (4) Cogestion par ONG locales et membres ; (5) Gestion par autorités scolaires et universitaires.

Tableau N°2 Facteurs déterminants répertoriés de la faible adhésion aux systèmes mutualistes fonctionnels en RDC en 2014-2015

Variables			Effectifs	%	Fcc
I. Facteur determinants la faible adhesion relatifs a la population					
1	1	Caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, de santé, taille de ménages, statut matrimonial, profession, état de santé, niveau d'instruction)	28*	07	07
1	2	Capacités financières de la population cibles dans la paie des cotisations (revenus faibles et instables)	52*	13	20

3	3	Recours et itinéraires thérapeutiques	04*	01	21
4	4	Cohésion des groupes cibles	05*	1,25	22,25
5	5	Passé associatif	04*	1	23,25
6	6	Forts déplacements des populations dans des zones de santé (District) liés à l'insécurité, recherche des terres arables exodes ruraux massifs	23*	5,75	29
7	7	Adhésion facultatives	10*	2,5	31,5
8	8	Absence du système de crédit et activités génératrices de revenus	12*	03	34,5
9	9	Insatisfaction au contenu du paquet bénéfice	12*	3	37,5
10	10	Absence de visibilité	05*	1,25	38,75
11	11	Idée de création exogène	07*	1,75	40,5
12	12	Croyances culturelles	04*	01	41,5
13	13	Distance géophysique	04*	01	42,5
14	14	Choix du centre de santé conventionné	05*	1,25	43,75
15	15	Perception de la santé	05*	1,25	45
II. Facteurs determinants la faible adhesion relatifs aux prestataires des soins					
16	1	Monopoles de l'offre des services de santé aux privés (Qualité de soins de santé offerts aux adhérant)	52*	13	58
17	2	Attitudes peu collaboratrices des prestataires de soin	12	03	61
18	3	Confiance dans les compétences des prestataires de soins	20*	05	66
19	4	Persistances des facteurs exogènes dans l'offre des services	05*	1,25	67,25
III. Facteurs determinants la faible adhesion relatifs aux mutuellistes de sante					
20	1	Manque de confiance aux gestionnaires dans la réussite des objectifs	54*	13,5	80,75
21	2	Information, Education, Communication (sensibilisation) et compréhension.	30*	7,5	88,25
22	3	Périodicité de la paie des cotisations	14*	3,5	91,75
23	4	Modalités d'affiliation et règles internes instaurée par la MS	10*	2,5	94,25
24	5	Adhésion des leaders d'opinions et communautaires	07*	1,75	96,25
25	6	Faible pouvoir de négociation par manque des fédérations des MAS	15*	3,75	100
Total			**100**	**100**	

Modérément significatif*
Moyennement significatif**
Très significatif***

4. Défis

4.1 Cadre institutionnel et enjeux de la promotion des mas en RDC

L'un des défis les plus urgent et difficile auquel la RDC qui est l'un pays à bas et moyen revenu doivent faire face, est de donner accès aux soins de santé aux quelques ±75 millions d'habitants beaucoup plus la population pauvre et vulnérable vivant en zones rurales et travaillant dans le secteur informel. L'accomplissement de ce dernier offrira un éclairage fascinant sur la contribution du financement communautaire et des mutuelles de santé dans la poursuite, qui sera longue et ardue, d'une meilleure protection financière contre les maladies et d'un meilleur accès aux soins de santé[40]. L'engagement du gouvernement de la RDC à promouvoir les MAS pourra se traduire par l'élaboration d'un cadre institutionnel et juridique en vue d'atteindre cet objectif. Celle-ci a indubitablement suscité l'enthousiasme des autorités et des partenaires du secteur, et lancé une dynamique de changement consensuelle pour un système de santé plus performant. Après une période d'essoufflement et de ralentissement du processus, on observe depuis plusieurs mois un nouveau dynamisme dans le secteur santé, simultanément à une dynamique d'engagements et de réformes en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide internationale. Cette dynamique a produit divers documents-clés et mis en place plusieurs structures de gestion, tant dans le secteur santé que dans la gestion de l'aide internationale.

La santé est l'un des chantiers du Gouvernement, dont le volet important vise l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité. Cette volonté des dirigeants venait une fois de plus confirmée par la validation du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS) et la seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS).

Les stratégies d'appui à la stratégie de base sont : (i) le développement des ressources humaines pour la santé, (ii) l'appui au secteur des médicaments, (ii) la réforme du financement de la santé, (iv) la construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, équipement et implantation de nouvelles technologies, (v) amélioration de la gestion de l'information sanitaire. Le Programme National de Promotion des Mutuelles de santé (PNPMS) avait été créé en 2001, ce programme qui dépend du Ministère de la Santé Publique milite pour la création des mutuelles de santé et l'adhésion de la population congolaise dans ces organisations.

La majorité des MAS fonctionnelles se sont créées sous l'impulsion de différents promoteurs confessions

religieuses , acteurs, associations pour une priorité pour les années à venir dont les Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales [Sud Kivu (avec l'appui des Mutuelles Chrétiennes de Hainaut./Belgique , Ville province de Kinshasa et récemment à Goma en Province du Nord Kivu) , Syndicats de travailleurs , agriculteurs, Chauffeurs, Enseignants, Œuvres sociales et des étudiants (CASOP , Unikin , UniLubumbashi ,Kapolowe, MUSE ,MUSAMA ,MUSPOKIN ,Solidarité Santé , MEDIBO, MUSECKin , MUSA Kinzavwete , Nyatende ; Idjwi , Saint Joseph, MASMARA) et bailleurs de fonds nationaux et internationaux dont la coopération belge à travers la CDI (Centre de Développement Intégral/BWAMANDA /Province de l'Equateur. Pour intégrer les recommandations du rapport de 2010 [1] de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Gouvernement de la RDC fait de la couverture maladie universelle une de ses priorités. En ce sens, la RDC représente une étude de cas particulièrement riche en enseignements, pour le pays lui-même et ses partenaires, ainsi que pour la communauté internationale dans le secteur de santé.

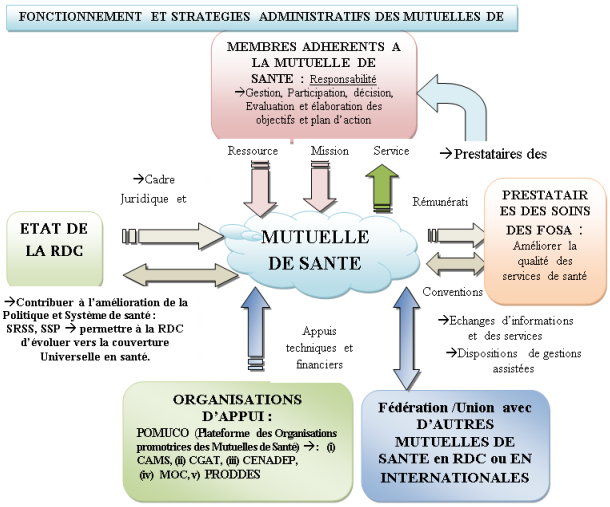
Il en est de même de différents partenaires et bailleurs dans le domaine de la santé et protection sociale en RDC n'est pas en reste (UNICEF, OMS, ANMC, BRS, GTZ, MEMISA, CORDAID et CTB) qui réfléchissent sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé par la promotion des initiatives mutualistes. A l'heure actuelle, les changements sont surtout visibles au niveau central, et il sera important de suivre l'opérationnalisation de ces politiques, notamment au niveau intermédiaire et périphérique, dans l'espoir d'un changement réel et durable dans l'accessibilité des usagers à la qualité des services de santé [37].

L'évaluation à mi parcours en 2010 de la mise œuvre du plan stratégique national de promotion des MUSA a révélé certains problèmes rencontrés par les premières MAS. A cette date, seules quelques expériences pilotes avaient été réalisées et on dénombrait l'existence d'une soixantaine de mutuelles créées, ce qui représente moins de 1% de la population couverte [25,28]. Au terme de cette évaluation, les objectifs initiaux ont été revus et réajustés ainsi qu'il suit : (i) faire couvrir au moins 40% des populations par des MUSA d'ici fin 2015 ; (ii) amener les communautés à créer au moins une MAS dans chaque Zone de santé d'ici 2015 ; (iii) mettre en place un système pour le financement et la gestion de la prise en charge des personnes indigentes ; (iv) garantir un panier minimum de soins essentiels de couverture maladie .

4.1.1 Sur le plan fonctionnel et administratif

Les micros assurances santé (MAS) fonctionnelles en RDC sont des organisations non lucratives autonomes, administrées librement par leurs membres dans le respect des principes de démocratie et de liberté. En effet, les membres adoptent en assemblée générale les statuts et le règlement d'ordre intérieur définissant la structure organisationnelle, les rôles et les fonctions des différents organes de gestion, élisent les membres des organes de gestion, et définissent les tâches des membres des organes de gestion.

Ces micro assurances santé déterminent leurs paquets (plateau technique des services) de bénéfices, les primes et la périodicité des cotisations. Elles établissent des conventions de soins et services de santé avec les prestataires et les remboursent selon les termes du contrat. Par ailleurs, les mutuelles de santé sensibilisent la population et assurent le recrutement ainsi que la fidélisation des membres, et collectent les contributions. Les MAS assurent la gestion quotidienne des ressources ainsi collectées et maintiennent la transparence et la traçabilité des différentes opérations bancaires et de caisse [43].



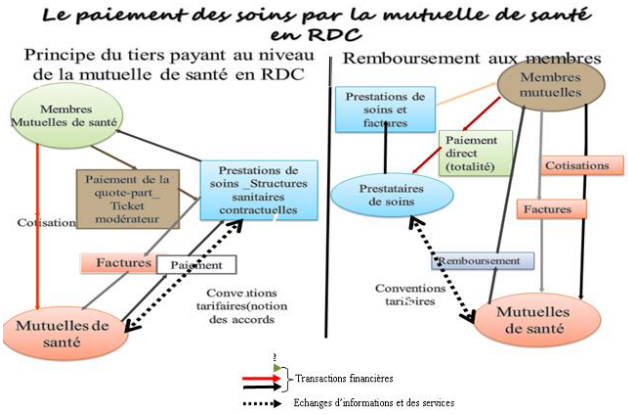
Politique d'adhésion

Les micro assurances santé fonctionnelles en RDC utilisent pour la plupart une politique d'adhésion individuelle ou/familiale ; et même lorsque la prime de cotisation est individuelle, le ménage doit néanmoins faire adhérer tous ses membres. Quant à la prime de cotisation, il y a une très grande disparité dans l'état actuel de fonctionnement des mutuelles de santé. En effet, la cotisation familiale par ménage de 2 à 10 membres varie selon les mutuelles de santé et province celles qui adoptent une politique d'adhésion individuelle (par tête) en somme ; elle varie entre 285 -2.470Fr Congolais soit 3-26 dollars américains y compris l'achat de la fiche d'adhésion.

Le ticket modérateur, soit la contribution du membre mutualiste au moment de l'utilisation des services de santé, par épisode de maladie ou entre 5% et 25% de co-paiement du coût réel des soins.

Quant aux soins de santé et services couverts par les mutuelles de santé, ils comprennent tous les services (plateau technique) et médicaments offerts au niveau du

centre de santé (Paquet Minimum d'Activités « PMA »), mais aussi un nombre limité de services au niveau de l'hôpital (Paquet Complémentaire d'Activités « PCA »).



4.1.3. Sur le plan communautaire

En dépit des nombreux avantages observés, des problèmes subsistent. D'une part, on constate que les MAS ont peu de succès. Elles ne bénéficient qu'à une part infime de la population à l'adhésion. Leur niveau de pénétration dans la zone d'étude où elles sont organisées et fonctionnels depuis plus de 17 ans demeure encore très modeste (3-7%). Cette situation peut s'expliquer par deux facteurs principaux : (1) le manque de moyens financiers puisque la majorité de la population RDC n'a pas les capacités de payer les primes nécessaires à l'adhésion, mais aussi (2) le manque d'informations et la qualité des services de santé offerts par les mutuelles, qui nourrit les réticences des certaines couches de la population à adhérer.

De plus, le système mutualiste actuel en RDC, fondé essentiellement sur la solidarité entre usagers, demeure fragile et insuffisant. Ainsi ces initiatives communautaires ne peuvent pallier à elles seules les insuffisances du système de santé étatique, d'autant plus que les indigents en sont exclus faute de moyens. Et pour rendre viables et attractives les mutuelles de santé, il faut améliorer la couverture des services pris en charge, adapter les primes aux capacités à payer des familles et surtout, subventionner leur fonctionnement. L'investissement que l'État doit consentir aura assurément des bénéfices sociaux majeurs, telle que cet article le démontre et le succès des MAS de santé dépend du soutien de l'Etat/RDC.

Certes que l'Etat, dans le processus de développement des mutuelles et extension de la couverture universelle de santé est un acteur important, voire fondamental. *La population voit en son absence une forme de lacune dans la lecture des mutations sociales alors qu'il peut prendre des initiatives et être en quelque sorte le promoteur du système ou d'un organisme qui en sera le support*. De toute façon, l'Etat a en général un droit de regard global sur les mutuelles. Ce droit se confirmera dans le cadre de l'existence de dispositifs réglementaires.

4.1.2 Au niveau organisationnel

L'accessibilité des services de santé à travers le système mutualiste rencontre des difficultés énormes, notamment la couverture partielle des services au niveau des structures sanitaires de référence souvent excluant les gros risques, la surutilisation des services par les adhérents, la qualité des soins défectueuse dans certaines formations sanitaires, le faible taux d'adhésion, un faible appui financier aux mutuelles de santé, nécessaire pour couvrir les gros risques, les faibles capacités de gestion des comités des mutuelles de santé . En définitive, les éléments suivants ont été souvent cités comme handicap au développement des micro-assurances de santé fonctionnelle en RDC :

1. Le faible pouvoir contributif de ses membres adhérents et autorités politico administratives ;
2. Le taux faible de recouvrement des cotisations (entre 40 et 50% selon les estimations) qui handicape la viabilité financière des micro-assurances de santé ;
3. Les paniers des services de santé couvert par les micro-assurances de santé sont inclusifs seulement au niveau des structures de santé tandis qu'au niveau des structures de référence sont partiels et souvent ne couvrent pas les gros risques ;
4. Les primes de cotisation sont déterminées, en fonction du coût réel des services et non en fonction de la capacité contributive de la population ;
5. L'absence d'un cadre légal spécifique aux micro assurances de santé garantissant leur personnalité morale et juridique, leur indépendance et leur autonomie.

4.1.4 Au niveau technique et opérationnel

(1) La sur-utilisation/surconsommation des services par les adhérents qui recourent aux services de santé de façon intempestive ;
(2) Le non recouvrement des coûts des soins par les formations sanitaires partenaires, à cause d'une part de la faiblesse des cotisations et du nombre insuffisant des membres adhérents, et d'autre part à cause du faible partage de risque entre les personnes maladives et les personnes saines ;
(3) La prescription abusive des médicaments par certains prestataires (médecins) de formations sanitaires (influe sur les prestataires des soins dans le choix des molécules de préférences avec une esquisse aux Médicaments Essentiels et Génériques) ;
(4) La surfacturation des micro-assurances de santé par certaines formations sanitaires ;
(5) Les faibles capacités de gestion des comités des micro assurances de santé ;
(6) Le caractère bénévole des membres des comités du micro assurances de santé ;

(7) L'absence de subventions aux micros assurances de santé de façon générale et en particulier pour la prise en charge des services de santé au niveau des structures sanitaires notamment pour les indigents et autres vulnérables ;
(8) Insuffisance d'appui pour l'amélioration du taux de recouvrement.

4.2 Vision et état des lieux de la fonctionnalité des mas en RDC

En RDC, les MAS sont des organisations d'essence communautaire ayant pour objectif de fournir une assurance maladie volontaire. Elles sont été bâties sur les valeurs de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. En levant les barrières financières et géographiques, la finalité des micro assurances étant de faciliter l'accès aux soins de santé de qualité aux membres et à leurs ayant droits. Les assurés élisent parmi eux un groupe de membres volontaires, responsables de l'ensemble de la gestion du plan d'assurance. Ce groupe volontaire conçoit, développe, met en place et négocie les contrats avec les partenaires de soins. Il vend et gère les différents produits d'assurance. Ce type de modèle nécessite un investissement important de formation de l'équipe de gestionnaires volontaires.

La micro-assurance santé est créée, contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes et qui choisissent leurs dirigeants et gestionnaires, supportant par conséquent les risques financiers ce d'autant plus que les ressources de la MAS sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des primes. L'implantation au sein d'une zone (district) de santé, unité opérationnelle du système de santé de la RDC, est perçue comme facteur facilitant la gestion et l'appropriation par les populations et les prestataires de soins.

4.3 Les enjeux de la politique de promotion des mas en RDC

Les principaux enjeux des MAS résident dans les effets positifs qui leur sont associés. Les MAS en RDC améliorent l'accès financier aux soins de santé et protègent contre les dépenses catastrophiques de santé parce que les membres utilisent plus souvent les services que les non membres et que les malades consultent précocement et en temps opportun avant que la maladie ne s'aggrave.

La MAS en RDC est un système d'assurance, souvent initié par un acteur de la société civile, et dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Les adhérents paient périodiquement une cotisation qui leur donne droit à une prise en charge médicale dans les structures de santé sélectionnées en cas de maladie.

Dans cette configuration, la MAS est issue d'une dynamique communautaire et gérée par cette même communauté. Ceci induit un ancrage social important, qui a longtemps été considéré comme garant d'une certaine pérennité.

Il est donc impératif d'inclure ces actes techniques dans le paquet à rembourser. Actuellement en RDC, la prise en charge des soins secondaires se heurte à des contraintes importantes qui sont les coûts élevés trop souvent non irrationnels. Le besoin de trouver des mécanismes de financement supplémentaires et de garantir la solvabilité des systèmes de micro assurances appuyés et encadrés par l'Etat s'impose.

4.3.1 Les défis de l'accélération l'adhésion aux mas de la population en RDC

Malgré la volonté exprimée par le gouvernement de la RDC à soutenir la demande et offre de soins mais aussi à promouvoir les mécanismes d'assurance maladie, à travers une MAS de santé depuis près de deux décennies, le taux d'adhésion dans les MAS demeure insignifiant. Ceci est souvent lié à de nombreuses contraintes d'ordre économique, institutionnel et socioculturel doivent au préalable être levées. En voici quelques stratégies pour favoriser la promotion des MAS en RDC.

4.3.2 Les déterminants pragmatiques de l'adhésion aux mécanismes assurantiels des MAS

Parmi les différents défis auxquels les mutuelles de santé font face ; la problématique de l'adhésion apparaît actuellement prépondérante. En effet, bien que le mouvement mutualiste n'ait de cesse de se développer en Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population couverte n'atteint généralement guère plus d'1% [44,45]. L'analyse des expériences de terrain a clairement met le doigt sur une contrainte importante dans le développement des systèmes de micro-assurance santé en RDC : la capacité contributive des communautés est très faible (adhésion et cotisation). Il est donc impératif d'envisager une politique active de subventions des systèmes de micro-assurance santé si on veut arriver à des couvertures plus larges que ce n'est le cas aujourd'hui. Cette logique est aujourd'hui lourde de conséquences pour les plus démunis et exclus , souvent dans l'incapacité financière de recourir aux structures sanitaires. Les gouvernements n'apportent qu'une réponse insuffisante.

4.3.3. Les déterminants d'ordre économique et financier

À l'échelle individuelle des usagers et prestataires de soins, les facteurs en jeu sont d'ordre économique, financier, cognitif et socioculturel. La capacité de l'individu ou du ménage à s'acquitter du droit d'adhésion et des primes constitue un pré requis. Dans un environnement marqué par un niveau de pauvreté monétaire élevé, la capacité financière des individus

constitue un frein indéniable à l'adhésion quelque soit les montants des cotisations et primes à payer.

La souscription à une assurance maladie est typiquement en compétition avec les autres biens de consommation courante (alimentation, habillement, logement, scolarisation des enfants et transport). La pauvreté monétaire peut cependant engendrer des comportements « inattendus » et/ou atypiques du fait de la méconnaissance et de la mauvaise compréhension du système d'assurance maladie : (i) Le faible niveau des revenus des individus et l'incertitude entourant leur futur état de santé (ii) la probabilité de tomber malade étant inconnue et plus ou moins forte (iii) la demande d'assurance s'apparente, pour les individus pauvres à un choix entre une perte immédiate encourue en s'acquittant des frais d'adhésion à une MAS communautaire (iv) une perte éventuelle et incertaine qu'il subirait en cas de maladie s'il n'est pas assuré.

L'incertitude sur la probabilité de survenue de la maladie affecte ainsi la décision des individus à adhérer ou non à une MAS lorsque les contraintes de revenus sont fortes. Les besoins de consommation immédiats et impondérables conduisent les individus à sacrifier la protection contre le risque maladie. Tout se passe comme si les individus pauvres effectuaient un arbitrage entre les pertes financières immédiates et les gains futurs espérés mais incertains en cas de maladie dans le futur.

4.3.3 Les déterminants sociopolitiques et culturels

L'environnement sociopolitique en RDC, en ce qu'il peut favoriser ou non la méfiance ou la confiance des populations vis-à-vis des institutions formelles en général et de santé en particulier, va également influer sur la décision d'adhésion aux mutuelles de santé (MUSA). La confiance de la population à l'endroit des promoteurs apparaît aussi à certains égards comme l'un des principaux facteurs explicatifs du faible taux d'adhésion aux MAS. La population ici distingue deux dimensions, (i) la capacité et la transparence de la gestion du système d'une part et (ii) la capacité du système à atteindre ses objectifs.

La confiance dans la gestion du système est corrélée à la compétence et l'intégrité des gestionnaires ; nombre d'initiatives échouent à cause des problèmes de corruption, de mégestion (cas des plusieurs micro-assurance en provinces de l'Est de la RDC : Solidarité fraternité de la ville de Goma) et du sentiment exprimé ou perçu d'une situation de non droit.

L'absence d'un cadre réglementaire adéquat de promotion des MAS au niveau national et local est un obstacle à l'adhésion dans les MS. D'une manière générale, les déterminants de l'adhésion à une MS sont d'ordres affectifs, cognitifs et économiques.

4.3.4 Opportunités

Le développement des MAS de santé bénéficie actuellement d'un environnement institutionnel favorable. En effet, la politique sectorielle de la santé reconnaît l'engagement des leaders politiques dans la mobilisation de la population à lutter contre la maladie et à adhérer au système d'assurance maladie comme un atout majeur pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. De plus, l'émergence de stratégies novatrices de renforcement des mutuelles de santé existantes et d'implantation de nouvelles mutuelles s'observe à travers le développement de partenariats locaux, dont les institutions des microfinances à travers les provinces pour renforcer les capacités financières de la population à adhérer aux mutuelles de santé, et aussi avec les organisations de la société civile et des ONG pour la couverture des indigents et d'autres personnes vulnérables[11] .

5. Pistes /Stratégies Des Solutions

5.1 Préambule

La question de départ de cette étude sur les micro assurances santé comme levier financier à accès aux services de santé de qualité était de savoir si les MAS étaient réellement une solution réaliste pour pallier aux problèmes de financement des soins de santé en RDC auxquels les populations RD Congolaises font face depuis quelques années et quels sont les défis , pistes de solutions et perspectives . Pour répondre à cette question, les pistes suivantes étaient formulées :

Encadré n°2

(1)La maladie et l'accès financier, géographique et socioculturel aux services de santé constitue une préoccupation majeure pour les gouvernants et population ; (2) Les mutuelles de santé sont une solution réaliste pour faire face aux problèmes de financement des soins de santé ; (3) Le contexte socio-économique de la RDC est favorable à l'émergence des MAS de santé.
Les principaux résultats de cette étude ont permis de dresser un certain nombre des pistes des solutions ultimes et stratégies en relation avec les contextes fonctionnels des MAS en RDC.

❶ Premièrement, diffuser les expériences prometteuses et salvatrices pour les MAS

Les objectifs ultimes des MAS constituent en soi un de lutter contre la pauvreté et l'accès aux services de santé de qualité est nécessaire pour permettre une vie plus harmonieuse dans les sociétés Congolaises. Il est démontré qu'une mauvaise santé compromet la productivité et le développement. En RDC, les facteurs de risque en matière de santé et l'accès aux soins de santé se posent avec acuité et les sources de revenus sont limitées et la prise en charge des maladies nécessite des moyens qui peuvent conduire les ménages à s'endetter, les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté [46]. Pour

renforcer le mouvement mutualiste en RDC, certaines tendances sont à maintenir et à renforcer. Celles-ci incluent par exemple, la collaboration avec les institutions de microfinance, le microcrédit, la mise en réseau et la construction de plans stratégiques [40, 47,48].

Des innovations sont apportées dans la mise en fédération des mutuelles de santé [49]. Pour ne pas perdre la dynamique communautaire et le ciment social, une organisation en zone de santé (district) est privilégiée, chaque zone vivant comme une entité autonome. Par la même occasion, le problème de la couverture limitée des bénéficiaires sera résolu [25]. Elle peut faciliter le passage à une échelle, réaliser des économies d'échelle non négligeables dans un contexte de raréfaction des dispositifs externes d'appui, faciliter la comparaison des données [50].

❷ Deuxièmement, développer la recherche exhaustive et ciblée

Un projet de promotion de la santé englobe un agenda de recherche exhaustif concernant la cible, le renforcement des compétences et son impact attendu et réel, le développement de politiques bien construites et de manière concertée avec les différents acteurs, la mobilisation communautaire et les changements organisationnels, économiques, et environnementaux.. La perspective institutionnelle s'intéresse au fonctionnement de l'organisation et les règles qui la régissent voir la dimension communautaire étudie les réseaux sociaux qui peuvent servir de support aux initiatives mutualistes.

❸ Troisièmement, mettre en place un mécanisme régulateur et de gestion des risques majeurs

Le renforcement des mesures de prévention des risques majeurs est à inscrire dans le cadre des solutions aux mutuelles. Les risques majeurs tels la sélection adverse (qui survient lorsque plusieurs personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent à la mutuelle, et lorsque inversement, les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier), le risque moral (quand le membre ou les personnes à sa charge ont tendance à consommer plus que normal les services de manière à rentabiliser au maximum les cotisations), les fraudes et abus, la surprescription et les cas catastrophiques sont certes des risques auxquels sont exposées notamment les mutuelles de petites tailles et qui peuvent compromettre la viabilité financière par un niveau de dépenses trop élevé. Le ticket modérateur qui est un montant à payer directement au prestataire par le bénéficiaire ou franchise ou la référence obligatoire sont certes des solutions qui ont fait leurs preuves, mais peuvent aussi ralentir le recours.

❹ Quatrièmement, professionnaliser la gestion (institutionnelle, financière, environnementale et administrative)

La MAS de santé cible effectivement les exclus de la protection sociale, plutôt que les populations pauvres. Dans la plupart des systèmes mutualistes, la capacité financière effective de la population joue un rôle déterminant : ce sont les plus solvables des exclus qui adhèrent. Pour les mutuelles de petite taille, il s'avère hasardeux d'indemniser un personnel permanent. Seule une augmentation du nombre de bénéficiaires pourra leur permettre cette charge. Or, la plupart des mutuelles ont une faible réserve financière. Les capacités de gestion des responsables mutualistes sont encore faibles. Tant que la mutuelle reste de petite taille, cette fonction peut être assurée par une disponibilité bénévole.

❺ Cinquièmement, Améliorer la sensibilisation, communication et compréhension

L'objectif ultime des MAS de santé étant d'améliorer l'accès des populations démunies aux services de santé, elles peuvent aussi constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale. C'est pourquoi elles suscitent un vif intérêt auprès d'une multitude d'acteurs tant publics que privés. Bien que ces systèmes de micro-assurance santé soient relativement récents, ils ne cessent de prendre de l'ampleur. En RDC, elles sont reconnues, très peu organisée et homogène.

❻ Sixièmement, assurer la viabilité des mutuelles

Les mutuelles de santé sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies. Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion en supprimant les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces services de santé. Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui sera couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles. Il semble urgent de voir dans quelle mesure un mouvement communautaire peut être pérennisé dans un contexte de pauvreté.

❼ Septièmement, miser sur les structures nationales d'appui

L'intérêt de tout appui aux systèmes mutualistes en Afrique subsaharienne est justifié par d'une part, à la recherche de sa performance et d'autre part par le fait

que les mutuelles constituent de nos jours une alternative intéressante d'accès à des soins de santé pour les populations vulnérables qui constituent la cible de la plupart de ces organisations. Les structures nationales d'appui, opérateurs privés et/ou non gouvernementaux de développement (ONG locales, associations, petits bureaux d'étude privés) et Plateforme des Organisations promotrices des Mutuelles de Santé (POMUCO est une asbl créée à l'initiative des cinq organisations de la société civile œuvrant dans le secteur de la protection sociale, en général, et plus particulièrement, dans la promotion et l'accompagnement des mutuelles de santé et autres se sont multipliés dans le paysage mutualiste.

Ces organismes offrent principalement un appui technique aux mutuelles, et concerne la réalisation des études de faisabilité, le conseil et la formation, la sensibilisation, la production de document de gestion, l'accompagnement dans les relations avec les prestataires (élaboration/adaptation de textes réglementaires, de convention). L'objectif de l'appui technique est d'assurer à long terme une autonomie aux mutuelles appuyées.

Encadré n°3

Jusqu'à récemment, les structures d'appui sont restées dispersées, homogènes et isolées. Pourtant dans une phase de développement du mouvement mutualiste le pouvoir public était contribuer à renforcer les capacités de ces organismes d'appui aux mutuelles est plus que jamais nécessaire.

En effet, en raison du faible taux d'alphabétisation et de scolarisation, il est souvent difficile de trouver au sein des communautés des personnes disposées à exercer des fonctions de gestion et ayant les compétences requises pour le faire. Enfin, la dynamique intéressante développée par les cadres nationaux de concertation est à promouvoir et même à diffuser à plus large échelle.

❽ Huitièmement, Appui institutionnel et étatique.

De toute façon, l'Etat de la RDC a en général un droit de regard global sur les MAS de santé. Ce droit se confirme dans le cadre de l'existence de dispositifs réglementaires. Il fixe les droits et obligations des parties prenantes, intervenant ainsi pour garantir les clauses contractuelles. En outre, la promulgation de textes juridiques est en soi un élément de promotion. L'Etat peut soit adopter le principe d'une dotation permanente, mais il peut aussi envisager, dans l'objectif d'une pleine autonomisation, de ne fournir qu'une subvention de montage de certains types de mutuelles, notamment celles qui couvrent une large partie de la population (comme pour les agents de l'Etat, les ruraux, une filière agricole, les enseignants, etc.).

5.2 Systèmes de micro-assurance santé et les plus pauvres dans le financement de santé

Le très faible pouvoir d'achat de la grande majorité des RD Congolais aujourd'hui, et les multiples besoins auxquels ils font face, sont des obstacles importants à l'adhésion à une micro-assurance santé. Il est donc clair que, en l'absence de subsides, les systèmes de micro-assurance santé ne sont pas une option réaliste pour les plus pauvres, qui, encore une fois, constituent la majorité de la population du RD Congo.

5.3 Développement des systèmes mutualistes dans l'option d'une couverture maladie à visée universelle en RDC

Dans la situation actuelle en RDC, faute de dispositif de couverture du risque maladie, la majorité des dépenses des ménages en matière de soins se fait par payement direct. Dans ces conditions, la marge de manœuvre est très étroite et le déplacement du curseur dans le sens d'une plus grande participation de la population au financement des soins de santé aura des effets catastrophiques immédiats en termes d'accessibilité financières de la population aux soins de santé. En effet, ce modèle de paiement, imprévisible et soudain, pénalise lourdement les foyers dans leur ensemble et plus particulièrement ceux déjà fragilisés par la pauvreté lorsque l'un des membres du ménage est confronté à un grave événement de santé auquel il n'est pas préparé financièrement. De plus, ce mode de financement des soins de santé par paiement direct accroît les inégalités existantes. Les catégories les plus pauvres consacrent aux dépenses de santé une proportion de leur revenu significativement plus importante que les catégories aux revenus plus élevés.

Encadré n°4

En conséquence, une décision vers le « tout à charge des populations » renforcerait encore les désavantages constatés dans la situation actuelle. Malgré ce constat, il existe des solutions permettant d'améliorer à la fois l'accessibilité financière des populations aux soins de santé tout en améliorant le volume de participation de la population dans le financement de la santé

L'un de ces moyens est de mutualiser les risques santés en développant des systèmes d'assurance maladie comme les mutuelles de santé.

L'avantage de cette solution est de lever les barrières financières individuelles d'accessibilité aux soins de santé en répartissant le paiement des soins dans la durée et en communautarisant les charges des paiements entre l'ensemble des individus membres de la communauté assurée.

Le positionnement du curseur qui symbolise le pourcentage des coûts globaux facturés aux patients, est

dans ce cas l'élément qui détermine la base du calcul et le montant des cotisations que les mutuelles demanderont à leurs membres de payer pour être couverts par l'assurance santé mutualiste. Plus le curseur se déplace vers la gauche, et plus le montant de la cotisation est élevé. Inversement, moins la part de la contribution demandé à la population est élevée et plus les cotisations demandées pourront être modérées.

Le développement des mutuelles doit en conséquence également s'inscrire dans le cadre de la réponse à ce dilemme qui consiste à positionner le curseur à un endroit qui abouti à des cotisations « abordables » au plus grand nombre possible de personnes tout en permettant un recouvrement des coûts le plus élevé possible.

Encadré n°5

En effet, toute décision de subvention du système mutualiste permet d'associer les apports en provenance des populations à d'autres financements disponibles par ailleurs (ATIM C, 2000). Pour l'Etat, l'intérêt est double : en subventionnant les mutuelles de santé pour la population ou pour certaines catégories de la population, il peut (i) augmenter les taux d'adhésion et de pénétration mais également (ii) il rentabilise son investissement en s'assurant de cette manière un apport supplémentaire à ses disponibilités financières.

L'expérience de la Guinée (PRIMA) a démontré que les responsables mutualistes ne maîtrisaient pas suffisamment le domaine de l'assurance maladie et ne livraient qu'une faible « plaidoyer/ argumentaire » peu convaincant [13, 50,51]. C'est seulement lorsque qu'ils auront suffisamment d'arguments sur les avantages de la mutuelle qu'ils pourront convaincre les autres. Les représentants des assurances font augmenter parfois les attentes des membres par des publicités erronées en vue d'accroître l'adhésion [52] considère que le travail de communication et de sensibilisation des responsables des mutuelles est très important et veut renforcer ces compétences par une formation spécifique pour une couverture maladie universelle.

6. Perspectives

Vu le faible pouvoir d'achat de la population RDC, il est indispensable d'envisager une politique de subventions pour que les systèmes de micro-assurance santé atteignent des couvertures maladies à visée universellesignificatives. Ces subventions doivent être organisées de façon rationnelle et ne pas hypothéquer les dynamiques d'entraide et de solidarité locales. L'optimalisation de ces subsides demande des recherche-action de terrain. Marcadent est contre l'idée d'organiser des mutuelles basées uniquement sur les contributions des pauvres sous forme de «solidarité entre les pauvres». L'on croit que les subventions sont nécessaires, même dans le long terme, parce que, les faibles revenus des groupes de populations cibles ne peuvent pas financer le fonctionnement d'un système d'assurance [53] .

Encadré n° 6

Les systèmes de micro-assurance santé agissent au niveau de la demande. Ils tentent d'une part de mobiliser, sur une base de solidarité et de partage de risque, des ressources pour financer les soins de santé à partir d'une approche de communautarisation de la gestion et d'autre part à organiser les utilisateurs dans leur interaction avec les prestataires. Ceci est une opération complexe dont le succès dépend de la confiance que les gens auront dans le gestionnaire du système de micro-assurance, mais aussi de la qualité de l'offre de soins.

La question des subventions comme moyens pour faciliter la mise en place du système des mutuelles d'assurance maladie est très pertinente. Une politique d'appui au développement de ces systèmes doit donc aller de pair avec une stratégie de rationalisation de l'offre des soins de qualité et les ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des promoteurs et gestionnaires de mutuelles de santé.

L'un des défis les plus urgents auxquels la RDC doit faire face est de donner accès aux soins de santé de qualité à la population pauvre et vulnérable vivant en zones rurales et travaillant dans le secteur informel en milieu urbain.

Encadré n°7

Les résultats (quantifiables/qualitatives) sur le terrain restent souvent évocateurs *; les mutuelles ont besoin de l'Etat pour prospérer et l'Etat a besoin des mutuelles pour aider sa population à accéder à une couverture maladie universelle*. Mais en même temps, le caractère autonome des mutuelles doit être préservé et ce malgré une collaboration intense avec les organes de l'Etat, car les mutuelles sont des organisations communautaires qui opèrent selon une logique propre, ni publique ni privée

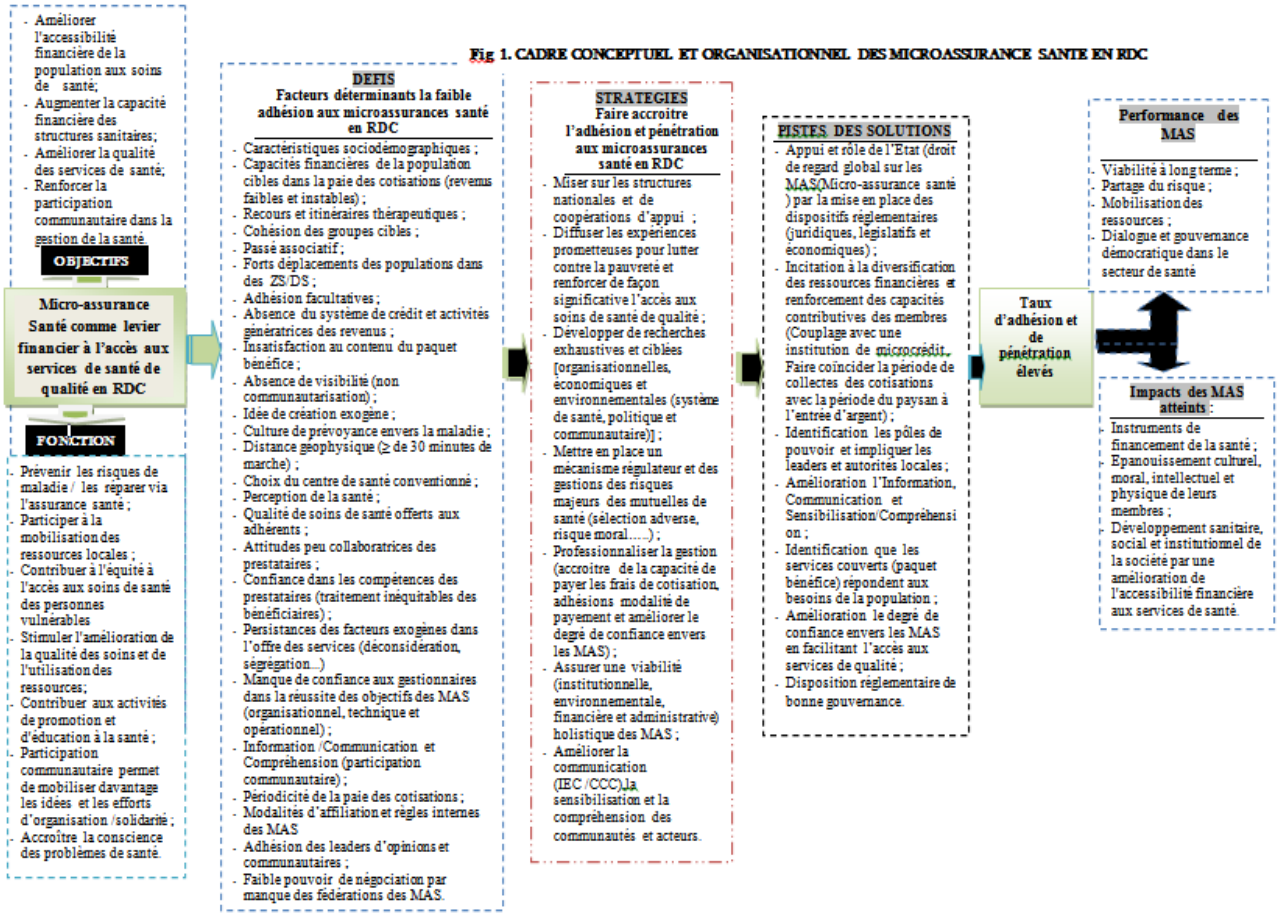
Pour que les MAS jouent leur rôle dans la gestion de l'assurance maladie et amélioration de l'accès aux services de santé en RDC, il est donc capital que l'Etat prenne des mesures claires en leur faveur. Tout d'abord, (1) réguler et améliorer l'offre de soins sans une amélioration de la qualité des soins dans les structures sanitaires reconnues ; (2) les reconnaitre à l'aide d'un cadre juridique clair qui portera tant sur les modalités de création et le fonctionnement des mutuelles que sur le contrôle de leur gestion financière et des services offerts

à leurs membres. Enfin, (3) l'Etat doit subventionner financièrement les mutuelles pour leur permettre de remplir encore plus efficacement leurs missions avec un personnel qualifié et compétent. Tout ceci contribuera à la pérennisation de la couverture maladie universelle en réduisant la barrière financière à l'accès de la population aux services de santé de qualité.

Encadré n°8

L'assistance externe doit être uniquement la continuation des efforts de la population locale. Les populations doivent clairement prouver qu'elles sont engagées à prendre en charge leurs problèmes de santé[24].

Les mutuelles ne constituent pas une solution aux problèmes de santé des pauvres. Les mutuelle sont pour cible les populations du secteur informel qui ont des revenus. Le système n'est pas en mesure de prendre soin des pauvres. Lorsqu'un gouvernement poursuit l'objectif de soutenir des groupes défavorisés, il lui sera nécessaire de subventionner directement les cotisations (assistance sociale).



Conclusion

Pendant longtemps, la pauvreté des populations en RDC a été désignée comme étant la seule variable explicative de leur faible accessibilité aux structures sanitaires et encore plus, de leurs réticences à adhérer à des systèmes de mutualisation des risques sanitaires. Les expériences d'autres pays tendent vers des conclusions identiques notamment sur la nécessité de l'érection de la micro-assurance santé comme une priorité nationale en la considérant comme levier financier à l'accès aux services et soins de santé de qualité dans la couverture universelle de santé. Elles mettent en exergue que, derrière le foisonnement d'initiatives, les avancées en matière de politique cohérente et ambitieuse d'extension et développement de micro-assurance maladie demeurent fragiles et ambitieux.

Cette étude révèle en outre que le problème de l'accès aux soins de santé en RD Congo demeure immense. Il y a un grand besoin et une forte demande de la part des acteurs des systèmes de santé locaux en RDC et l'on perçoit que les systèmes mutualistes constituent un levier pour augmenter l'accès financier aux services de santé et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande. Le rôle de l'Etat dans le développement de la micro-assurance santé en RDC est doté d'une absence d'un cadre juridique et semble constituer un obstacle or plus d'un acteur de terrain restent confiant de l'intérêt de l'implication et immixtion

des autorités publiques dans les dynamiques mutualistes. Somme toute, cette investigation démontre qu'un appui financier complémentaire aux cotisations des membres doit constituer une décision politique décisive et pertinente en termes d'amélioration à accès de la population aux services de soins de santé de qualité en politique et système de santé. Enfin au-delà de la méthodologique adoptée, notre synthèse fait ressortir quatre facteurs majeurs qui étaient plutôt attendus (i) l'incapacité financière (revenus faibles et irréguliers) des populations; (ii) faible taux de couverture des mutuelles de santé (iii) manque de confiance dans la gestion de ces associations sans but lucratif enfin (iv) l'inimmixtion de l'Etat RDC. Cette étude avait permis d'identifier d'autres paramètres qui semblent aussi jouer un rôle significatif tel que l'appropriation des systèmes mutualistes par la population comme siens par une adoption d'une approche communautariste. Il est donc important de développer des politiques de subventionnement pour permettre aux plus pauvres et exclus d'adhérer à la mutuelle car l'autofinancement des MAS demeure une utopie dans tous les cas de figure.

Références

[1]. OMS. *Influence des mutuelles de santé sur le recours aux services de santé prioritaires en milieu rural et urbain au Mali :* étude cas témoins.2008. Disponible sur :www.who.int/bulletin/volumes/86/ll/08-051045-ab/fr/ index.html-19k . Consulté le 10 décembre 2015 à 12h30.

[2]. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève, 2010, 112p.

[3]. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde* 2010, Genève, OMS 2011

[4]. Présidence de la RDC. Journal Officiel, n° Spécial, février 2006, Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006.

[5]. Ministère de la Santé Publique/PNCNS. *Impact des résultats des CNS 2008 et 200 RDC, 4ème Forum sur le Financement de la Santé en RDC*, UCP/ PARSS (Banque Mondiale), Exposé sur les CNS, Kinshasa, Aout, 2012

[6]. Brouillet P., Wade M., Kambé M., Ndao M. *Emergence des mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal*. In : Pré payement des soins de santé : entre la gratuité pour tous et le payement pour chacun, L'enfant en milieu Tropical, Paris, France 1999, N° 228.

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

[8]. WAELKENS M. P., & CRIEL B. *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne ; Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche. 2004*. Health, Nutrition, and Population; P60 Discussion Paper. Washington: The World Bank.

[9]. LETOURMY A., PAVY-LETOURMY A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu.*Agencefrançaise de développement, Paris, 2005, 225 p.

[10]. EKMAN B. Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence. . Health Policy and Planning, 2004, 19: 247-259.

[11]. CRIEL B, PIERRE B, DANIEL F. *Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services* : Une interaction dynamique. Projet PRIMA/Guinée, 2004.

[12]. KAGAMBEGA M. *Assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risque*s. Thèse de doctorat en sociologie de l'université de Bordeaux 2, 2011 ; p1-302.

[13]. CRIEL B, VAN DER STUYFT P & VAN LERBERGHE W. The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns. Social Science & Medicine 49(10), 1999 ; p879 -892.

[14]. Ridde, V. *Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé*? Promotion et éducation, 2007, XIV(2), 111-114.

[15]. ATIM C. The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access to health care: Synthesis of research in nine West African countries. Bethesda: Partnership for HealthReformproject. Abt. 1998.

[16]. RIDDE, V. (2006) *La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso*. Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comité de santé. Disponible sur: www.ace-recit.org/rapport ace/ETU12 OueEquiAccSoiSanBFRidde.pdf.consulté le 12/Juillet 2015 .

[17]. MASMUT/Belgique : *Document politique de Masmut& du groupe de travail «protection sociale» de Be-cause Health . Les mutuelles de santé : acteur et partenaire de la couverture sante universelle*. 2011.

[18]. CHENGE M .*De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo*, Studies in Health Services Organisation & Policy, 31, 2013. p133.

[19]. DEP/Ministère de la santé Publique /RDC. Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé ». Direction D'études et planification. Kinshasa. 2004 ; 69 pp

[20]. DEFOURNY, J. AND J. FAILON. *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques,* Mondes en développement, 2011 ; 39(1), 7-23.

[21]. KONE, Y., OUATTARA O. & BALIQUE, H. *Un projet de création d'une mutuelle en zone rurale au Mali: La mutuelle des cotonniers de Nongon. Atelier sur : Les mutuelles de santé en Afrique: Concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives. Paris, Centre international de l'enfance et de la* famille, 27, 28, 29 mai 1998. CIDEF. Paris .1998. <http://www.concertation.org/

[22]. ATIM C. *Contribution financière des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre*, STEP, Bureau international du travail, Genève.2000.

[23]. BIT/STEP. *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place: manuel de formateurs*. Genève, 2000 ; 311p.

[24]. BIT - STEP AFRIQUE. *Etude de Faisabilité Participative. In Actes du Forum. Courrier de la Concertation. Special Forum 2000, Dakar, Sept 26 – 28. Dakar:* Concertation entre les acteurs du développement de Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.2000.

[25]. MINISANTE PNPMS /RDC . Cadre logique du Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé 2009-2010.

[26]. MINISANTE/ PNCNS/RDC. Comptes Nationaux de Santé. Kinshasa. 2014.

[27]. RIDDE V. *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, HNP, World Bank, Washington, 2004. p49

[28]. LETOURMY, A. *L'État et la couverture maladie dans les pays à faible revenu. XXVIèmes Journées des Economistes Français de la Santé* « Santé et Développement , Clermont-Ferrand 9 - 10 janvier 2003.Centre d'études et de recherche sur le développement international. http://www.cerdi.org/ colloque/Sante2003/Letourmy.pdf

[29]. MINISTERE DU BUDGET : *Clé de répartition en % par institutions et ministères pour l'exercice budgétaire*, 2009 à 2013, htt://www.ministèrebudget.cd .

[30]. PALMER, N., MUELLER, D. GILSON, L., MILLS A., & HAINES, A. . Health financing to promote access in low income setting – how much do we know? The Lancet, 2004 ; 364, 1365-1370

[31]. CRIEL B. MARIA PIA W . *Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo*, MSP-RDC, BTC, IMT.2005 ; p1-327

[32]. GRAP-PA/CEMUBAC. *Financement et qualité des services et soins de santé. Atelier de capitalisation et échange d'expériences sur le financement du système de santé organisé à Kinshasa/RDC* ,Oct 2012

[33]. GTZ. (2003) .Mutuelles de santé. 5 Années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposée

[34]. MINISTERE DU PLAN. *Document de Stratégie et de croissance pour la Réduction de la Pauvreté* 2ème Génération /RDC. 2011

[35]. MINISTERE DU PLAN ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REVOLUTION DE LA MODERNITE MINISANTE . Enquête Démographique et de Santé II , 2013-20

[36]. MINISTERE DU PLAN /INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE : Estimation des populations de la RDC de 2010 à 2015, Juin 2012.

[37]. LETOURMY, A ; « *Etat et assurance maladie dans les pays africains, rapport de Communication aux XXVI ème journées des économistes français de la santé* », CERDI, Clermont-Ferrand, 2003.

[38]. CHENGE M, VAN DER VENNET J, PORIGNON D, LUBOYA N, KABYLA I ET CRIEL B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, RDC. Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. Global Health Promotion, (2010)b ; 17, 66-74

[39]. MASSIOT, N. *Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé.* Cas du Sénégal. Disponible sur www.concertation.org . Consulté le 23 mars 201

[40]. MINISTERE DE LA SANTE/SECRETARIAT GENERAL.*Stratégie de renforcement du système de santé. (SRSS) Deuxième édition, Kinshasa, République Démocratique du Cong*o.2011

[41]. BANQUE CENTRALE DU CONGO. *Impact de la crise Financière internationale sur l'économie de la RDC,* Kinshasa.2008.

[42]. MINISTERE DE LA SANTE/SECRETARIAT GENERAL. *Plan national de développement sanitaire 2011-2015.* Kinshasa, République Démocratique du Congo. 2010.

[43]. SAMBO, L. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, 2009-2013 : Sénégal, Brazzaville, Bibliothèque de l'OM

[44]. DEFOURNY J, JULIE F. *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques.* Centre d'Economie Sociale, Université de Liège, Belgique. 2008.

[45]. DEFOURNY J., FAILON J., SARAMBE I. *Les approches de l'économie sociale et solidaire face aux mutuelles de santé en Afrique, Workingpaper,* Centre d'Economie Sociale, Université de Liège. 200

[46]. LEONARD S. *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé communautaires : cas de la mutuelle de Honhoué au Bénin*, Ecole de Santé Publique, Université Henri Poincaré, Nancy 1,2007 ; 25

[47]. JÜTTING J., TINE J. *L'impact des mutuelles de santé en milieu rural africain. Une analyse empirique dans la région de Thiès au Sénégal, Bonn* : Centre for Development Research (ZEF), Bonn.2000.

[48]. MUSANGO, L. *Organisation et mise en place des mutuelles de santé. Défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda. 2005*. Disponiblesur:theses.ulb.ac.be/ETD-db/collection/ /musangolaurent.pdf

[49]. NDIAYE, P. *Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts.* Disponible sur : www.idrc.ca/-/11539235471Pascal Ndiaye - Mutuelles - juin 2006.pdf consulté le 24/Juillet/2015.

[50]. FONTENEAU B. *Les défis des politiques de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, HogerInstituutvoorde Arbeid, Leuven.2003

[51]. ACTION CONCERTATION. *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du centre, Travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre*: Dakar. Concertation entre acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest (WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ Assurance maladie, PHR, AIM).2000

[52]. CRIEL B. *Quelles stratégies face aux risques ? Quelques points de repères pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés traditionnelles*. In : Local health insurance system in developing country : a policy research paper. ITG, Antwerpen, September 2000, 172

[53]. CARRIN, G. *Régime d'assurance maladie communautaire dans le pays en développement : faits, problèmes et perspectives,* 2003 ; p 30-36