

Organisation, Offre et demande des services de santé de qualité: 18ans d'Expériences des mutuelles de santé en Province du Sud Kivu /RD Congo

Dr Floribert MUTABUNGA bin LUBULA¹, Prof Dr Faustin CHENGE², Prof Dr Bart CRIEL², Prof Dr Abdon MUKALAY³, Prof Dr Oscar LUBOYA⁴ and Prof Dr Henri MUNDONGO TSHAMBA⁴

¹Ecole de Santé Publique /Université de Lubumbashi: B.P: 1825 Lubumbashi

²Ecole de santé publique de Lubumbashi; Département de Gynéco-Obstétrique de la Faculté de Médecine, Ministère de la Santé publique /RDC

³Unité de financement de politique de santé du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, Belgique

⁴Département de Santé publique, Faculté de Médecine, Ecole de santé publique de Université de Lubumbashi B.P. 1825 /Lubumbashi

Received 20 April 2017, Accepted 25 July 2017, Available online 31 July 2017, Vol.5 (July/Aug 2017 issue)

Organization, Supply and Demand of Quality Health Services: 18 years of Experiences of health mutuals in Province of South Kivu / RD Congo

Résumé

Introduction : Le taux d'utilisation des services de santé par la population a atteint un niveau très faible, loin du niveau préconisé par l'OMS (1 NC/hab/an) en République Démocratique du Congo (RDC). Des multiples barrières économique-financières, les difficultés d'accessibilité au niveau périphérique ne permettant pas une survie du système de santé. La pauvreté réunit de façon transversale toutes ces thématiques expliquent principalement ce faible taux d'utilisation. Le dysfonctionnement des systèmes mutualistes existants constitue un élément aggravant cette précarité à l'accès aux services de santé.

Objectifs : Elle avait pour objectifs (i) de constituer un moyen de capitalisation d'expériences des systèmes mutualistes et (ii) de déterminer le profil sociodémographiques et économique, du niveau d'adhésion, pénétration, fidélisation et utilisation des services de santé aux mutuelles ainsi que le financement de santé en province du Sud Kivu /RDC.

Matériels et Méthodes : Elle est du type analytique transversale menée du 1^{er} mars _ juillet 2016 auprès des 1220 ménages membres et non membres et au niveau des cinq(5) sur 23 mutuelles de santé fonctionnelles et formations sanitaires .Une enquête-ménage avait utilisé un questionnaire standardisé, un entretien individuel, focus group des acteurs clefs, comparaison des proportions et d'informations issues de la documentation des archives publiques avaient été utilisés. La valeur de significativité est $P < 0,05$. L'Odds Ratio différent de 1 pour l'intervalle de confiance de 95% a été appliqué. Le SPSS version 11.5 pour Windows. Le test χ^2 de Karl Pearson ou de Fisher exact avait été appliqué.

Résultats : Il n'y pas de différence significative de profil de la population enquêtée concernant l'état civil, antécédents morbides et le statut marital. La profession, l'âge, le sexe, la taille et le revenu avaient une influence significative sur l'adhésion aux mutuelles de santé. Les chefs des ménages étaient marié (≥ 56 ans vs 15,1% de sexe masculin 89,9% (sex ratio : 5,6) issus des familles de petite taille (≤ 5 personnes) . L'adhésion des ménages gérés par les femmes était 4,5 fois plus faible par rapport à celle des ménages gérés par les hommes. Les structures sanitaires de proximité 92% vs 32% était souvent les plus citées par les mutualistes à 92% avec un $p \geq 0,05$ de faire recours aux services de santé dans les premières 24 heures de la maladie. Le motif de ne pas faire recours aux services de santé était souvent le manque d'argent et l'information chez les non mutualistes (80,7%) et des frais d'adhésion élevé 0,48% des enquêtés et les obliger à faire recours aux multiples itinéraires thérapeutiques. En effet, 97% des mutualistes honorent la facture des soins alors que seulement 57,7% des non mutualistes le font. L'appréciation de la qualité des services offerts avait un lien significatif $p \text{ value} \leq 0,05$. Les déterminants de l'accessibilité aux services de santé tel que la taille de ménages, sexe, la taille de ménages (≥ 5 personnes), la profession, le revenu avaient un seuil significatif à l'affiliation. Le paiement de la facture des services de santé de qualité offert par la mutuelle de santé et avec des dépenses faibles que le non affilié $p \geq 0,05$. Sur une cohorte de cinq années, un faible taux d'adhésion allant de $\pm 4,6\%$ vs $\pm 3,6\%$ avec une tendance à l'effondrement au fil des années tandis que le taux de croissance des mutualistes semble être fluctuant et vacillant évoluant de -147,7 vs 17,4%, très faible aux normes ($T \geq 0$) prévues. Le taux d'utilisation globale des services curatifs dans les structures sanitaires contractées était de 0,57 nouveaux cas par habitant par an et de 0,18 %/hab./an chez les non mutualistes à OR IC à 95 % 2,7 [1,3-4,6] qui comparé à la part des mutuelles de santé était estimé à 11%. Le taux d'utilisation de services de la maternité était de 18,5% et l'accouchement assisté était de 39% comparativement aux non mutualistes de 18% qui comparé à la part des mutuelles de santé était estimé à 30%. Sur ± 10 ans de cohorte ; le taux de fidélisation à 81% mais un taux de pénétration très bas à 2,9%. La morbidité 1,1% vers 4,8% et 0,01 vers 0,006%, qui comparée au taux de

mortalité générale dans la population générale en province (0,8% vs 2,2%) ne diffèrent pas significativement chez les mutualistes. La source de financement des MUSA était la cotisation des membres et avec un ratio de sinistralité moyen à 1,01.

Conclusion : Le fonctionnement des mutuelles de santé, telles que organisées en province du Sud Kivu/RDC contribue à une sélection adverse et au risque moral des catégories de la population candidate à une protection sociale vis-à-vis du risque maladie. Certes qu'un engagement multidimensionnel soutenu de l'État est suggéré pour consolider les acquis en vue de favoriser un bon fonctionnement de ces systèmes mutualistes en Province du Sud Kivu.

Mots-clés: Organisation, Offre, Demande, Services de qualité, Micro-assurance santé, Sud Kivu/RDC

Introduction

Le financement des soins de santé de qualité constitue un défi majeur pour un pays en voie de développement [1]. Malgré les efforts consentis par les pays subsahariens pour améliorer l'offre des services de santé, une frange importante de la population n'a toujours pas accès aux soins de santé de base [2]. On estime en général, qu'en Afrique Sub-saharienne, plus de 90 % de la population ne bénéficie d'aucune forme officielle de sécurité sociale fournie. En réponse à ces problèmes, on assiste depuis une quinzaine d'année, en Afrique et ailleurs, à l'émergence d'initiatives communautaires visant à mettre sur pied des systèmes de partage du risque lié à la santé [3].

L'accès aux services de santé renvoyait de façon générale à la compatibilité entre le coût et la qualité des prestations sanitaires, d'une part, et le pouvoir d'achat des populations, d'autre part [4]. Mais, les situations financières défavorables sont souvent un motif d'exclusion parce que la santé a un coût [5]. Ce qui varie les chances des individus face à la maladie et les risques d'appauvrissement qui peuvent en découler [6].

Les mutuelles de santé ont été proposées pour offrir une protection financière et un accès aux soins de santé et ont connu une forte expansion ces dernières décennies [7, 8]. L'enjeu était de trouver des solutions qui permettent à la fois de donner accès à des soins de santé aux populations de l'économie formelle et d'étendre cette accessibilité aux populations de l'économie informelle en prenant en compte dans les deux cas, les personnes pauvres et les catégories d'exclus [9]. Les progrès médicaux, sanitaires et sociaux au cours du temps avec la protection sanitaire, ont permis une amélioration considérable de l'état de santé des populations dans les pays industrialisés, notamment une plus grande longévité à toute la population [10,11]. Même si cette amélioration fut bénéfique pour l'ensemble de la population, elle ne l'avait pas été de la même façon pour tous. Les écarts en termes de morbidité entre les différents groupes sociaux des populations se creusent depuis plusieurs décennies [11, 12]. La recherche d'équité peut donc conduire à amender le principe de consentement à payer (willingness to pay),

qui repose sur la capacité de payer (ability to pay) et indirectement sur la distribution des richesses. En RDC, les populations pauvres et rurales ont, un taux d'utilisation et de couverture plus faibles [13]. Et ce, malgré les efforts qui sont consentis pour améliorer la disponibilité de ces services dans des structures sanitaires [14]. La pauvreté de la population a tendance à avoir davantage de problèmes de santé et, à cause de ces problèmes, elles ont tendance à être plus pauvres [15]. Deux tiers des malades en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité, manque de confiance dans la gestion et quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens financiers pour y accéder [16]. Selon une étude réalisée par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel [17]. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes [18]. En 1996, une convention de partenariat, pour l'accompagnement du BDOM dans la mise en place des mutuelles de santé, fut signée en Belgique avec les Mutualités Chrétiennes de Tournai. Les mutuelles de santé naquirent en Province du Sud Kivu dès les débuts des années 1998 afin de permettre aux populations les plus démunies d'accéder aux soins de santé de base. Fin 2016, on en dénombra vingt-trois (23) fonctionnelles [19] avec une couverture globale de la province de 41,2% soit 14 sur 34 Zones (District) de santé [20]. Au terme de 19 ans d'implantation des systèmes mutualistes appuyés par le bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) au Sud Kivu. Force est de se poser la question si ces systèmes offrent-ils un mode d'organisation qui répond aussi bien aux exigences de la santé publique aux impératifs d'une offre et demande de services de santé de qualité à la population de la Province du Sud Kivu ?

1. Matériels Et Methodes De L'étude

1.1. Matériels

1.1.1. Type d'étude

Elle était une étude descriptive transversale analytique basée sur un échantillon aléatoire en grappes à plusieurs

*Corresponding author's ORCID ID: 0000-0002-9073-2701
DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.5.4.13>

degrés, choix raisonné et aux quotas dont 1220 ménages avaient été colligés dans 5 mutuelles de santé sur 23 fonctionnelles. Elle s'était déroulée en 2 phases successives : (i) Une phase rétrospective portant sur l'étude des documentaires de ± 10 ans) et (ii) une phase prospective qui a consisté à faire un sondage d'opinion et une enquête-ménage.

1.1.2. Période de l'étude

L'enquête avait porté sur une période allant du 1^{er} Mars au 31 Août 2016.

1.1.3. Population de l'étude

Trois unités statistiques avaient été concernées : (i) Les chefs des ménages mutualistes et non mutualistes, (iii) Le personnel de santé des structures sanitaires conventionnées, contractées et (iii) les gestionnaires des mutuelles concernées.

1.1.4. Echantillonnage

Les MUSA avaient été d'abord sériées en cinq groupes selon leurs zones d'appartenance urbaine, urbano-urbaine et rurale.

1.1.4.1. Choix et taille de l'échantillon

Choix de l'échantillon

La population de notre étude était constituée des ménages des aires de santé couvertes par les cinq mutuelles de santé au niveau de la Province du Sud Kivu.

Taille de l'échantillon

Pour trouver la taille de l'échantillon, nous nous sommes servis de la formule de Fisher qui se présente de la manière suivante : $n = Z^2 * p * q / d^2$. [21] $Z^2 \rightarrow$ Coefficient qui correspond à l'intervalle de confiance. Sa valeur est de 1,96 quand l'IC est 95%. $p \rightarrow$ la proportion des personnes ayant utilisé le service de santé valant 41% pour l'année 2012 [Source : DPS] ; $q = 1 - p \rightarrow$ La proportion des personnes n'ayant pas utilisée le service des soins de santé. $d^2 \rightarrow$ La marge d'erreur, sa valeur est de 5% ou 0,05 quand l'IC est de 95% et, (3 x) \rightarrow : **Effet de grappe**. La taille de notre échantillon est $\rightarrow n = 3x (1,96)^2 * 0,41 * 0,59 / (0,05)^2 = 372$ ménages + 10% des non répondants. \rightarrow **1220 ménages** avaient été recrutés.

1.1.4.2. Technique de l'échantillonnage

Les ménages mutualistes avaient été sélectionnés à partir de la liste des membres disponibles au niveau des bureaux des mutuelles de santé. Nous avons enquêté des ménages non-mutualistes voisins et les quotas pour

d'autres. Nous avons recruté 12 enquêteurs de niveau d'études supérieures hétérogènes et avaient bénéficié trois jours de formation. 30 grappes (aires de santé) de 7 ménages chacune soit 210 ménages par mutuelles de santé.

1.1.5. Critère de sélection

1.1.5.1. Critères d'inclusion

Avaient été inclus dans notre étude : (i) Les ménages mutualistes à jour des cotisations et ayant résidé dans les aires sanitaires sélectionnées ; (ii) Les ménages non mutualistes c'est-à-dire n'ayant jamais adhéré à aucune mutuelle de santé mais résidant dans les aires sanitaires sélectionnées.

1.1.5.2. Critères d'exclusion

Avaient été exclus de cette étude. Il s'agit de : (i) Les ménages n'ayant pas résidé dans les aires sanitaires au cours de l'année 2015 ; (ii) Les chefs des ménages déclinent de se prêter au questionnaire ; (iii) Les mutualistes et les non mutualistes dont les dossiers n'étaient pas exploitables ; (iv) Les prestataires et gestionnaires ayant refusé de participer.

1.1.6. Listes complètes et définitions des variables

1.1.6.1. Listes complètes des variables

Trois (3) groupes de variables ont été étudiées : (i) Viabilité organisationnelle et technique ; (ii) Viabilité financière et économique et (iii) Efficacité et /ou Efficacité.

1.1.6.2. Définitions des variables

(1) Viabilité organisationnelle et technique ; Elle avait consisté à analyser le niveau de la mutuelle de santé sur la capacité à constituer et à fidéliser une clientèle à travers l'examen de la dynamique d'affiliation. Elle était effectuée à partir des indicateurs suivants :

- 1.1. Dynamique des adhérents ;
- 1.2. Taux de croissance des adhérents ;
- 1.3. Taux de fidélisation ;
- 1.4. Taux de pénétration ;
- 1.5. Mode de gestion des risques. (sélection adverse/antisélection, risque d'escalade des coûts et risque moral) ;
- 1.6. Nombre de bénéficiaires par membres ;
- 1.7. Détermination du paquet bénéfice offert.

(2) Viabilité financière et économique : Elle avait consisté à analyser la capacité à couvrir les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers et ce, à partir des indicateurs suivants : (i) Taux de recouvrement ; (ii) Evolution de cotisations ; (iii) Evolution des dépenses ; (iv) Ratio de

liquidité immédiate ;(v) Ratio de couverture des charges ; (v) Ratio des cotisations acquises /charges,(vi) Ratio de sinistralité.

- (3) Efficience - efficacité et d'impact : Elle était effectuée à partir des indicateurs suivants : (i) Taux de fréquentation des structures sanitaires contractées ; (ii) Nombre de contacts par bénéficiaire ; (iii) Dépense par catégorie de prestation ; (iv) Taux de morbidité et mortalité parmi les bénéficiaires;

1.2. Méthodes et techniques de collecte des données

- 1) Les techniques de collecte ont été : (i) L'enquête ménage par questionnaire individuel standardisé et (ii) La revue documentaire (archives) dont les registres de soins dans les FOSA), les relevés des factures correspondantes; les livres de caisse , de banques et autres preuves comptable .
- 2) Outils de collecte étaient : (i) un questionnaire à questions fermées standardisés et (ii) la revue documentaire.

1.2.1. Organisation de la collecte des données

Le choix des enquêteurs avait été guidé par le souci d'obtenir une bonne qualité et une neutralité dans la collecte des données après leur formation de trois jours.

1.2.2. Pré test

Un pré – test avait été réalisé les 06 -12 Février 2016 dans une mutuelle de santé de la Zone de Santé Urbaine de BAGIRA/Sud Kivu. Il avait permis de procéder à la reformulation de certaines questions pour sa compréhension

1.2.3. Traitement des données

Après vérification de la qualité des données collectées, celles-ci ont été encodées, saisies à l'aide du logiciel Epi DATA 3.1 et traitées, analysées grâce au programme STATA 11.2 selon le plan d'analyse développé. Le logiciel Excel 2007 a été utilisé dans la présentation des tableaux et des graphiques. L'analyse multivariée par la comparaison des proportions avait été utilisée. L'absence de colinéarité entre les variables incluses dans le modèle a été vérifiée par les facteurs d'inflation de variance. La valeur de significativité est $P < 0,05$. L'Odds Ratio différent de 1 pour l'intervalle de confiance de 95% avait été appliqué mais aussi le test de χ^2 de Pearson.

2. Presentation Des Resultats

Tableau n°1. Profil sociodémographique et économiques de la population mutualiste et non mutualiste enquêtée

Variables /Nomination de la mutuelle de santé enquêtée	Membres (%)	Non Membres (%)	Total (%)	P value
Bagira	161(23,9)	131(23,9)	292(23,9)	NS
Idjwi	107(17,5)	109(17,9)	216(17,7)	
Kadutu	119(19,5)	151(24,8)	270(22,1)	
Katana	121(19,8)	131(18,5)	234(19,1)	
Nyatende	102(16)	106(17,3)	208(17)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Sexe du chef de ménage				
Masculin	518(84,9)	461(75,6)	979(74,1)	NS
Féminin	092(15,1)	149(24,4)	241(19,8)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Age du chef de ménage				
16-25ans	10(1,6)	5(0,008)	015(1,2)	0,000
16-35ans	105(17,2)	112(18,4)	217(17,9)	
36-45ans	172(28,2)	196(21)	368(30,1)	
46-55ans	136(22,3)	181(21,7)	317(26)	
>56ans	187(30,6)	116(19)	303(24,8)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Etat-civil				
Marié (e)	498(81,6)	479(78,5)	977(80,1)	NS
Célibataire	017(2,8)	020(3,3)	037(3)	
Divorce (e) ou séparé (e)	049(8)	038(6,2)	087(7,1)	
Veuf(e)	046(7,5)	074(11)	119(9,8)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Profession				
Agri-éleveurs (trices)	412(67,5)	398(65,2)	810(66,4)	NS
Commerçant (tes)	061(10)	088(14,4)	149(12,2)	
Fonctionnaires /agent de l'Etat	097(15,9)	067(10,9)	164(13,4)	
Autres (artistes, menuisiers....)	019(4,8)	039(6,4)	068(5,6)	
Sans emploi/chômeur	011(1,8)	018(2,9)	029(2,4)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Niveau d'études				
Non scolarisé (ées)/ Illettrés(ées)	302(49,9)	298(48,9)	600(49,1)	NS
Bas : ±9 années d'études	192(28,1)	167(27,3)	308(27,8)	

Moyen : ±10-12années d'études	061(10)	078(12,8)	139(11,4)	
Elève : ±13 années d'études	075(12,3)	067(11)	142(11,6)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Revenu des ménages enquêtés				
>27.000Fr (Très faible)	151(24,8)	185(30,3)	336(27,5)	0,000
280.000-560.000Fr (Faible)	178(29,1)	143(23,4)	321(26,3)	
570.000-840.000Fr (Moyen)	174(28,5)	155(25,4)	329(26,9)	
850.000Fr congolais (Elevé)	107(16,2)	127(20,8)	234(19,1)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
Taille du ménage				
≥5 personnes	362(59,5)	417(68,3)	779(63,9)	NS
≤5 personnes	248(40,7)	193(31,7)	441(36,1)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	

Taux d'échange de 1 dollar américain était de 950 Fr Congolais

Tableau n°2. Détermination de l'accessibilité aux services de santé

Variables	Mutualistes (N)%	Non mutualistes (N)%	Total (N)%	P Value
1. Antécédents de maladies et accouchement pendant les 6 mois précédents				
Oui	502(82,2)	516(84,6)	1018(83,4)	NS
Non	108(17,8)	094(15,4)	202(16,6)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
2. Recours aux services de santé dans des formations sanitaires (FOSA)				
Toujours	571(93,6)	86(14,1)	657(53,8)	0,370
Quelquefois	019(3,1)	231(37,9)	250(20,5)	
Aucune fois	020(3,3)	293(48)	313(25,6)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
3. Délai de recours aux services de santé dans des formations sanitaires (FOSA)				
Le même jour (sans délai de 24 heures	556(91,1)	64(11,5)	620(50,8)	0,460
Plus d'un jour (>24heures).	54(09,9)	546(88,5)	600(49,2)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
4. Motifs de ne pas toujours recourir à la Formation de Santé /dans la Zone (district) de Santé				
Manque d'argent	352(57,7)	492(80,7)	844(69,2)	0,010
Automédication et tradipraticiens	054(8,9)	038(6,2)	92(7,5)	
Maladie non grave	141(23,1)	051(8,4)	192(15,8)	
Mauvaise qualité de services de santé	63(10,3)	029(4,7)	092(7,5)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
5. Formation sanitaire de recours aux services de santé				
Formation sanitaire de proximité	561(92)	196(32,1)	757(62)	0,230
Formation sanitaire éloignée	12(0,9)	155(25,4)	167(13,7)	
Hôpital de la Zone (district) de santé	20(3,2)	081(13,3)	101(8,3)	
Autres FOSA (Privée-Agrées)	17(2,9)	178((29,1)	195(16)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
6. Avaient payé la facture des services de santé				
Oui	592(97)	352(57,7)	944(77,4)	0,000
Non	18(3)	258(42,3)	276(22,6)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
7. Qualité de soins offerts par les MUSA				
Excellente	367(60,2)	231(37,9)	698(57,2)	0,000
Bien	158(29,9)	203(33,3)	261(21,4)	
Passable	37(6)	82(13,4)	119(9,8)	
Mauvais	20(3,3)	56(9,2)	76(6,2)	
Très mauvais	28(4,6)	38(6,2)	66(5,4)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	
8. Raisons de non adhésion à la MUTUELLES DE SANTE				
N'est pas informé (ée)	-	131(21,5)		
Frais d'adhésion élevé	-	294(48,2)		
Pas de besoin	-	98(16)		
Manque de confiance	-	87(14,3)		
Total		610(100)		
9. Idées pour promouvoir un accès aux services de santé				
Sont satisfaits (tes)des services offerts	206(33,7)	132(21,6)	338(27,7)	0,240
Améliorer la qualité de soins	191(31,3)	153(25,1)	344(28,2)	
Réduction du coût des services de santé	152(24,9)	121(21,4)	273(22,4)	
Adhésion à la MUSA	61(10)	204(33,4)	265(21,7)	
Total	610(100,0)	610(100,0)	1220(100,0)	

Tableau n° 3 Les résultats de l'analyse multivariée des mutualistes

I. Caractéristiques sociodémographiques			
	OR	IC à 95%	P
1. Statut d'adhésion selon le sexe			
Masculin	5,5	3,7-8,9	0,001**
Féminin	1,6	1,2-2,4	
2. Statut adhésion selon l'état civil			
Mariés (ées)	4,6	2,4-6,9	0,006**
Célibataires	1,5	0,9-3,5	
Divorcés (ées)	0,8	0,3-4,1	
Veufs (ves)	0,53	0,2-3,1	
3. Statut adhésion et le profil professionnel			
Secteur privé	1		
Secteur formel (Etat)	2,5	1,5-6,5	0,000**
Agri-éleveurs	3,7	1,9 - 7,1	0,000***
Chômeurs	5,5	3,5 - 9,2	0,000**
4. Statut adhésion selon la taille du ménage			
Taille ≥ 5 personnes	1		
Taille ≤ 5 personnes	2,1	1,5 - 2,9	0,000*
5. Statut adhésion selon le revenu du ménage			
Revenu élevé	0,8		
Moyen revenu	2,6	1,2 - 5,9	0,009**
Faible revenu	6,2	4,4 - 9,5	0,000***
Très faible	1	4,5-6,1	0,000****
II. Déterminants de l'accessibilité aux soins de santé			
1. Toujours recourent aux services de santé			
Mutualistes	7,8	5,8-9,9	0,000***
Non mutualistes	1,8		
2. Recours aux services de santé dans les 24 premières heures			
Mutualistes	7,2	5,5-9,9	0,000***
Non mutualistes	1,4		
3. Utilisation des services au niveau de la FOSA			
Mutualistes	8,3	6,7-12,9	0,000***
Non mutualistes	3		
4. Paiement de la totalité de la facture des services de santé			
Mutualistes	5,6	3,9-8,9	0,000***
Non mutualistes	1		

** significative ***Hautement significative ****Hautement significative

Il n'y pas de différence significative de profil de la population enquêtée concernant l'état civil, différents types des mutuelles de santé d'études, antécédents morbides et le statut marital. A contrario ; la profession, l'âge, le sexe et le revenu avaient une influence significativement faible sur l'adhésion aux mutuelles de santé. Les chefs des ménages étaient marié âgés de ≥ 56 ans du sexe masculin 89,9% (sex ratio : 5,6) issus des familles de petite taille (≤ 5 personnes). L'adhésion des ménages gérés par les femmes était 4,5 fois plus faible par rapport à celle des ménages gérés par les hommes [Tableau n°1].

Les structures sanitaires de proximité 92% vs 32% était souvent les plus citées par les membres à 92% avec un p ≥ 0,05 de faire recours aux services de santé dans les premières 24 heures de la maladie. Le motif de ne pas faire recours aux services de santé était principalement le manque d'argent et l'information chez les non membres (80,7%) et des frais d'adhésion élevé. 58% des enquêtés sont obligés de recours des multiples itinéraires thérapeutiques. En effet, 97% des mutualistes honorent entièrement leur facture pour

les soins reçus alors que seulement 57,7% des non mutualistes le font. L'appréciation de la qualité des services offerts avait un lien significatif p value ≤ 0,05 dans la population d'étude [Tableau n° 2].

Les résultats de l'analyse multivariée prouvent que le profil sociodémographique et économique et les déterminants de l'accessibilité aux services de santé tel que le sexe, la profession, le revenu avaient un seuil significative à l'accès aux services de santé sur une affiliation à la mutuelle de santé. Le paiement de la facture de soins le recours aux services de santé offert par la mutuelle de santé et dépenser moins que le non affilié aux mutuelles de santé p ≥ 0,05. Parmi les membres, les proportions des ménages avec revenus élevés sont supérieures à celles observées chez les non-membres (p < 0,001). [Tableau n° 3].

Sur une cohorte de cinq années, Un faible taux d'adhésion allant de ± 4,6 vs 3,6 avec une tendance à l'effondrement au fil des années s'identifie tandis que le taux de croissance des adhérents semble être fluctuant évoluant de -147,7 vs 17,4% très faible aux normes (T ≥ 0) [Tableau n° 4].

Tableau n°4. Niveau d'adhésion aux MUTUELLES DE SANTE (5) d'enquête au cours d'une cohorte de 5 ans

Mutuelles de santé	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Taux de croissance adhérents(%)
Bagira	6010/	4803/	4834/	3545/	3583/	6,2	4,8	4	2,9	2,8	-147,7
	98103	101144	119628	123337	127160						
Idjwi	11269/	14593/	12831/	10306/	7400/	5,5	6,1	5,2	41	2,8	30,4
	203740	237893	245267	252870	260708						
Kadutu	8104/	3018/	11250/	4883/	6617/	3,7	1,2	2,1	2,3	2,3	-9,6
	215046	221764	316813	326634	336761						
Katana	2260/	2395/	4186/	4664/	4720/	1,3	1,2	2,1	2,3	2,3	23,9
	178047	183566	202177	20277	209757						
Nyatende	9192/	8797/	13071/	11026/	14117/	8,9	8,2	11,2	9,2	11,4	56,7
	103636	106849	116828	120449	124184						
Total	36933/	39724/	46172/	3715/	36437/	4,6	4,6	4,6	3,6	3,4	17,4
	798572	351216	1000717	1026067	1058570						

* Le taux d'accroissement de la population est estimé à 3,1% par an

Tableau N° 5. Utilisation des services curatifs par la population membres et non mutualistes des zones (Districts) de santé d'étude

I. Utilisation des services curatifs par la population mutualiste et non mutualiste des zones (Districts) de santé enquêtées						
Formation Sanitaire	Population Cible (N)	Mutualistes (Bénéficiaires)	Utilisation des services de santé par la population			
			Total	Mutualistes	Non mutualistes	Test OR
			(n)%	(n)%	(n)%	IC à 95%
Bagira	123 337	3 545	51 610 (48,8)	691(19,5)	50 919(44,9)	2,6[1.1-5,4]
Idjwi	252 872	10 360	191 441(79,7)	1 675(16,3)	189 766(77,2)	5,9[2,9-8,4]
Kadutu	326 634	6 132	99 223	1 417(23,1)	97 806(30,7)	7,8[4.3-12.2]
Katana	202 177	4 664	192 032(94,9)	851(18,2)	191 181(96,9)	6,1[3.3-11,4]
Nyatende	120 449	1 1 026	54 047(44,9)	1 914(17,4)	52 133(50,5)	11,3[7.3-16,2]
Total	1025469	35 727	588 383(57,3)	6 548(18,3)	581 805(59,4)	2,7[1.3-4,6]

Part des mutuelles de santé sur l'utilisation des services curatifs dans la FOSA → 6 548/588 383 : 11%

II. Utilisation des services de la maternité par la population mutualiste et non mutualiste couverte par les MUTUELLES DE SANTE										
Formation sanitaire	Femmes en âge de procréer dans la population de ouverture	Population cible des naissances attendues (n)	Femmes mutualistes en âge de procréer n (%)	Accouchement ayant eu lieu dans la ZS/Taux d'accouchement assisté n (%)	Utilisations des services de maternité (accouchement et autres services) par la population couvertes par les mutuelles enquêtées					
					Total (n) %	Mutualistes		Non mutualistes		Test OR
						Total	Acc	Total	Acc	
					(n) %	(n)	(n) %			
Bagira	25901	4933	2741	2810 (57)	2050 (41,6)	849 (30,9)	64	1201 (31)	8,6 (7.2-9.8)	
Idjwi	53103	13065	3177	10477 (103)	1571 (15,5)	640 (20,1)	332	931 (9,4)	6,4 (4.3-8.7)	
Kadutu	68593	10115	4331	8581(65,7)	1172(9)	302 (6,9)	70	870(15)	8,8 (7.7-9.3)	
Katana	42457	8087	2561	12389(158)	1131(14)	231(28,6)	96	900(16,2)	6,7(3,7-10.1)	
Nyatende	22294	4818	3512	3899(80,9)	1672(34,7)	570(16,3)	331	1102(84,4)	35(1.7-5.8)	
Total	215348	41018	15622	38156 (80)	7596(18,5)	2292(14,6)	893(40)	4704 (18)		

Part des mutuelles de santé étudiées dans l'utilisation de service de la maternité : 2292/7596=30,1%

Taux d'accouchement assisté chez les mutualistes (bénéficiaires de la mutuelles de santé) : 893/2292=38,9%

Le taux d'utilisation globale des soins curatifs dans les structures sanitaires contractées était de 0,57 nouveaux cas par habitant par an soit 57% contre 0,18 %/hab./an chez les non mutualistes à OR IC à 95 % 2,7 [1,3-4,6] qui comparé à la part des mutuelles de santé

était estimé à 11%. Le taux d'utilisation de la maternité était de 18,5% et autres services par les gestantes pour l'accouchement assisté était de 39% comparativement aux non mutualistes à 18% qui comparé à la part des mutuelles de santé était estimé à 30%. [Tableau n°5].

Tableau n°6 Taux de pénétration et fidélisation cumulé de toutes les MUSA en Province du Sud-Kivu

Année	Mutuelles de santé	Population cible	Mutualistes	Taux de pénétration (%)	Taux de fidélisation (%)	Indicateurs de la morbidimortalité	
						Morbidité n (%)	Mortalité n (‰)
2005	7	518223	14990	2,9	93	1805 (12)	7 (0,01)
2006	8	608772	20380	3,1	93	2733 (13,4)	10 (0,02)
2007	10	785201	29648	2,8	90	6324 (21,3)	5 (0,01)
2008	13	1333991	38273	2,7	91	11306 (29,5)	7 (0,01)
2009	14	1534843	66007	3,2	96	14756(40,8)	10(0,2)
2010	16	1943812	64003	3,2	84	26110 (40,8)	14 (0,01)
2011	18	2105130	85721	4,3	57	31614 (33,5)	75 (0,04)
2012	20	2759733	110083	4,3	54,4	43145 (39,2)	161(0,06)
2013	22	3368934	121142	3,6	67,6	48537(40,1)	165(0,05)
2014	23	2759733	91378	2,7	70,4	16874(18,5)	64(0,02)
Total	23	17718372	641625	2,9	81,2	200388 (31,2)	518 (8)

Tableau n° 7 Contributions des MUTUELLES DE SANTE au Financement de la santé en Province du Sud- Kivu

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Objectifs Attendus	50.544	58.938	65.965	98.668	128.332	142.466	153.451
Bénéficiaires	38.273	66.007	64.003	85.721	110.083	121.142	91.378
Charge des prestations	104.849,35	121.751	237.462	262.571	231.590	311.965,22	95.018
Cotisations réalisées	114.119	164.014,3	139.110	243.886,5	318.279	384.530,25	293.610
Cas soignés	11.306	14.756	26.110	28.798	43.145	48.537	16.874
Cotisations attendues	114.849,35	161.751,68	39.861	258.093,29	361.184,69	497.111,056	391.480
Coût moyen	9,27	8,25	9,1	9,1	5,3	6,4	5,6
Ecart	-6153,1	-9303,6	-50751	-14206,8	-42905,69	-112580,8	-97870
Taux de sinistralité	0,92	0,74	1,70	1,10	0,73	0,81	0,32
Taux d'échange 1US\$ (dollars américains)→ 920Fr Congolais							

Sur une cohorte de ± 10 ans ; le taux de fidélisation est satisfaisant par rapport aux normes 81%. Un taux de pénétration (**2,9%**) très bas aux normes (BIT/STEP). L'indicateur de morbidimortalité 31,2 vs 0,006‰ chez les bénéficiaires qui, comparé au taux de mortalité générale dans la population générale en province (0,8% vs 2,2%)

[Tableau n°6].

Sur une cohorte de dix années les contributions moyennes réalisées étaient de 260.924\$US en rapport avec les objectifs attendus (50.541- 153.451\$US) soit un moyen de 127.269,5\$US sur un coût moyen évoluant entre 5,6-9,27\$US par bénéficiaires. Le ratio de sinistralité évoluant entre 0,32 -1,70 soit 1,01 et est conforme à la norme. [Tableau n°7]

3. Discussion des Resultats

Nos résultats ont montré que le ménage était de petite taille (en moyenne 5,3-5,4/RDC) [19, 21], l'âge, le sexe, le revenu, le statut professionnel et l'état civil du chef du ménage influe significativement sur la décision d'affiliation à la mutuelle qui ont été relevé en Guinée[22]. Dans le cas de la mutuelle Maliando en Guinée, la prime individuelle (cotisation) était jugée raisonnable et abordable. Pour les familles nombreuses cependant, le montant total des différentes cotisations constituait une raison importante de non-adhésion [23].

Il en était de même dans le cas de la mutuelle Lalane Diassap au Sénégal : payer l'adhésion devenait difficile.

Pour les familles de plus de cinq individus [24,25]. Le revenu des ménages est l'un des critères utilisés par les populations pour définir le choix de leurs soins de santé. Ainsi les ménages qui ont un revenu plus élevé feront recours aux soins dans les structures privés, et les personnes avec un revenu bas feront recours aux soins dans les structures publiques [26]. Le revenu financier des ménages est un facteur de l'accessibilité aux soins mais pas sur la décision d'affiliation à la mutuelle [27, 28]. La raison la plus fréquemment citée pour ne pas être inscrit dans une mutuelle de santé est l'incapacité de payer la cotisation, le manque d'information et le manque de confiance ont été identifiés comme obstacles à l'adhésion [29]. Les individus souffrant de maladies considérées comme peu graves comparées aux cas graves, ont plus tendance en première intention à recourir à l'automédication comparativement à un recours externe [30, 31]. Une différence statistiquement significative et l'état de morbidité des membres de la mutuelle dans l'utilisation des services de santé et recours aux services de santé [32]. Dans le projet UMASIDA en Tanzanie, les responsables des groupes avaient reçu le conseil d'essayer de limiter la surconsommation. Le résultat était que les patients affiliés venaient quand ils étaient gravement malades dans les premières 24 heures, et avaient besoin de services de santé plus onéreux [33].

La participation financière des usagers en général, le prix des soins et les cotisations exigées ont un effet négatif sur l'utilisation des services chez le non affiliés

[34]. Elle serait plus discriminante en fonction du niveau de revenu des patients, les plus pauvres subissant d'avantage les conséquences du paiement des services de santé. Si les systèmes de mutualisation des risques maladie améliorent l'accès financier d'un grand nombre de personnes, les plus pauvres restent exclus [35]. L'observation de la réalité suggère donc que ces systèmes ne soient pas une option pour les plus pauvres. Le manque de ressources financières est souvent la première raison invoquée tant par les mutualistes que par les non-mutualistes pour expliquer la faible participation à la mutuelle de santé et l'utilisation des services de santé. Bien que les individus considèrent le plus souvent que le montant de la cotisation individuelle est juste ou "abordable" (surtout comparée aux frais à supporter sans affiliation), nombre d'entre eux ne peuvent prendre en charge les cotisations pour l'ensemble des membres du ménage [36].

Les non mutualistes courent plus de risque que les mutualistes étant donné qu'ils ne se pressent pas pour se rendre aux soins pour des raisons de manque de ressources financières et d'information. Le motif le plus souvent évoqué par les enquêtés est le manque d'argent et l'information ainsi ils font recours à l'auto-médication et aux tradipraticiens et à des itinéraires thérapeutiques, l'estimation par les prestataires et la non gravité ainsi que la mauvaise qualité à travers le paquet bénéfique offert des services de santé enfreignent population à la non adhésion [36].

Il y a une différence significative entre les mutualistes et les non-mutualistes quant à la consommation des services de santé alors que pour les dépenses de santé, la différence entre les deux groupes est significative et mieux chez les mutualistes [37]. Les membres des ménages affiliés à la mutuelle exigeant plus de services de santé soit ce qui est requis pour que l'utilisation soit apparente et attractive et que les mutuelles excluent la sélection adverse et au risque moral. L'expérience du projet PRIMA en Guinée Conakry a montré notamment que le dialogue peut se briser entre adhérents et prestataires si ces derniers n'ont pas eu une formation adaptée. Il est évidemment difficile dans ce cas de lancer une dynamique d'accroissement de la qualité des soins [23].

Dans notre série, la part des MUSA dans le financement des services de santé de premier échelon démontre que les prestations des services y compris la vente des médicaments et administration des médicaments chez les non mutualistes représentent l'essentiel des recettes. Une politique de santé publique forte est le devoir et l'intérêt d'un État. Le poids des dépenses et des déficits publics ainsi que le seuil d'acceptabilité aux prélèvements obligatoires conduisent nécessairement à rechercher une maîtrise des dépenses des micros assurances santé [37].

La source de financement des formations sanitaires de notre étude est la population qui couvre environ 90% dont la part importante 89% provient des mécanismes de

financement à travers le système mutualiste [7,37]. L'un de ces défis concerne la manière dont le secteur de la santé doit être financé : qui doit payer, combien et selon quelles modalités, sachant que les services et autres actions nécessaires à l'atteinte des résultats de santé espérés auront évidemment un coût et que ce coût devra, d'une manière ou d'une autre, être payé.

Conclusion

Les mutuelles de santé fonctionnelle en Province du Sud Kivu est riche en enseignements, car elles apportent des arguments forts pour certaines actions à entreprendre. Cette investigation a permis de documenter les expériences de mutuelles de santé dans la province du Sud Kivu/RDC en vue de contribuer à l'élaboration des stratégies nationales de la réforme de financement du secteur santé. Depuis longtemps, la pauvreté des populations avait 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. Ils reviennent à prévoir que ces mutuelles de santé ne pourront pas survivre pendant longtemps sauf s'ils ne prennent pas des mesures de redressement socioéconomique leur permettant de résoudre leurs problèmes d'organisation, d'offre et de demande des services de santé de qualité à la population. Leurs effets potentiels sur l'accès et l'équité nécessitent des efforts plus concertés de la part des pouvoirs publics pour reformuler des stratégies cohérentes pour leur développement et bâtir des partenariats crédibles afin de renforcer et de pérenniser les capacités d'appui et de tirer les enseignements des autres pour le renforcement de leur capacité enfin d'atteindre les populations cibles et vulnérables. Les mutuelles de santé étudiées montrent de fortes potentialités dans l'amélioration de l'accessibilité des membres aux soins de santé car les mutualistes ont des niveaux d'utilisation des soins curatifs plus élevés, que les non mutualistes. Aussi, l'issue de la prise en charge médicale [celle des accouchements est nettement meilleur chez les femmes mutualistes qu'au niveau des non-mutualistes. De même, les mutuelles contribuent à la réduction des dépenses directes (de santé) des ménages dans l'ordre d'environ 10%. Ces constats confirment la première hypothèse qui stipule que : «les mutuelles de santé disposent de fortes potentialités en termes d'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé de qualité et «la qualité perçue des prestations de soins ou services de santé reçues exerce une influence sur l'adhésion à une mutuelle de santé]. Le faible revenu socioéconomique de la population, insuffisances de la sensibilisation sur les principes mutualistes sont aussi des facteurs qui hypothèquent l'adhésion des populations aux systèmes mutualistes. Faire des mutuelles de santé l'une des stratégies du dispositif d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé en concevant le dispositif de couverture universelle de santé à travers les mutuelles de santé. Mais au regard d'un avenir incertain face aux

obstacles encore présents et à venir dans notre série. Les résultats pourront être utiles pour guider l'élaboration de stratégies novatrices adaptées aux besoins des différentes MUSA. Face à l'observation de l'étude, sur un avenir demeurant encore incertain et face aux obstacles suscités. Le consensus général semble se dégager que l'immixtion de l'Etat RD Congo s'avère indispensable en adoptant des stratégies d'appui, normatives et novatrices et non des partenariats lucratifs. En dépit des défis suscités des progrès prometteurs ont été réalisés et il existe des raisons d'être optimiste.

References

- [1]. ATIM, C. Contribution actuelle et potentielle de mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Étude de cas au Ghana. Disponible sur : www.concertation.org. Consulté le 20 mars 2016.
- [2]. BIT., USAID., GTZ., ANMC. *Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique, Plate-forme d'Abidjan. Plateforme d'Abidjan*. Mai 1998.
- [3]. BIT/STEP. *Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genève, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté (STEP). Mars 2002.
- [4]. DUBOIS F. *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : étude appliquée à la mutuelle Leeré Laafi Bolem de Zabré*, Mémoire, Université de Liège. 2002.
- [5]. Musango I., Dujardin b., Dramaix M., CRIEL B. *Le profil des membres et de non-membres des mutuelles de santé au Rwanda : Le cas du district sanitaire de Kabutare*. Tropical Medicine and International Health, 2005 Sept; N° II PP: 1222-1227: p 6
- [6]. Fonteneau B. *Déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé : proposition de grille d'analyse et résultats de quelques recherches, Communication au séminaire GRAP-OSC. Le croisement des regards : déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé*, Liège. 2003
- [7]. Anoh Y., Koutouan S. *Etude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé : cas de la mise en place d'une mutuelle de santé pour trois mutuelles de crédit en Côte d'Ivoire*, Mémoire DSES CESAG, Mai 2004.
- [8]. Criel B., Dormael MV. *Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire: l'histoire Européenne se répétera t'elle?* Tropical Médecine and International Health. Juin 1999; Volume 4 n° 3 pp : 155-159.
- [9]. Haddad S. *Utilisation des services de santé en pays en développement, in Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques.*, Université de Lyon Claude Bernard. ; Sept 1992 : Lyon. p. 362.
- [10]. Waelkens M-P. Criel B. *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne*, Etat des lieux sur la réflexion d'un agenda d'une recherche. HNP Discussion Paper, the World Bank, Washington DC, 2004 p82, 83.
- [11]. Turcotte- Tremblay AM, Haddad S, Yacoubou I, Fournier P. *Mutuelle de Santé : Stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin* : CHUM/ AIMS, 2010 ; pages 22- 23
- [12]. Audibert M., Mathonnat J., De Roodenbeke E. *Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis*. Médecine Tropicale 2004; 64 : 552-560
- [13]. Criel B., Barry A., Von R F. *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgique, Bruxelles Sci & Med, 2002 ; 57(7) : 1205-1219.
- [14]. Criel B., Barry A., Von Roenne F. *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgique, Bruxelles. 2002
- [15]. Coopération Provinciale de la promotion des mutuelles de santé /Sud Kivu. *Rapport annuel RDC*, 2013.
- [16]. Ministère De La Santé/Secretariat General /RDC. *Plan national de développement sanitaire 2011-2015*. Kinshasa, République Démocratique du Congo. Mars 2010 : pp 110.
- [17]. Ministère de la santé/Direction des Etudes de Planification/Kinshasa. *Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé*, DEP. Kinshasa, RD Congo : sn. 2004.
- [18]. Division Provinciale de la Santé /Province du Sud Kivu, Revue annuelle RDC. 2015
- [19]. Ministère de la sante/secretariat general (2010a). *Stratégie de renforcement du système de santé*. (SRSS) Deuxième édition, Kinshasa, République Démocratique du Congo. 2010
- [20]. Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité., ministère de la sante publique/rdc., mesure dhs., icf international rockville. *Enquête Démographique et Sanitaire Septembre 2014(EDS)* Maryland, U.S.A. 2014 ; p 696.
- [21]. Mukalay A. *Livre de statistique appliquée à la santé publique.1ère partie*. Santé Publique /Diplôme d'Etudes Approfondies /Université de Lubumbashi : Presses, Faculté de médecine, Universitaires de Lubumbashi, 2013
- [22]. CHENGE F. *Organiser un système des soins de santé en milieu urbain. Nécessité d'adapter le modèle de district. Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo*. Studies in Health Services Organisation & Policy. 2013.
- [23]. Assane HS. *Contribution des mutuelles de santé dans l'accessibilité aux soins curatifs : exemple du paludisme dans le district de Tandjouare de Janv-Déc 2010*, Mémoire de recherche opérationnelle 2011 ; 37 p.
- [24]. BIT-STEP., ACOPAM. M. *La microassurance santé en Afrique: guide d'introduction à la mutuelle de santé*, 1ère édition, 2000, p75.
- [25]. Odjou V. *Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité des populations aux services de santé : Cas de la zone sanitaire Kandi Gogounou Ségbana*, Mémoire de recherche opérationnelle 2011 ; p 51
- [26]. Dubois F. *Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : Étude appliquée à la mutuelle Leeré Bolem de Zabré*, Mémoire de fin d'études, Université de Liège, 2001
- [27]. Letourmy A. *Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement*. Afrique Contemporaine 2000 ; 195 : 230-240
- [28]. Haddad S. *Utilisation des services de santé en pays en développement, in Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques*. 1992, Université de Lyon Claude Bernard.: Lyon. p. 362
- [29]. Sery, J.P., A. Letourmy. « *Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives* », in G. Dussault, P.Fournier, A. Letourmy, L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, Washington D.C.,Banque Mondiale. 2006.

- [30]. Fournier P., Haddad S. " *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement* ", in Sociologie des populations, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, 1995 ; pp 289-325.
- [31]. Miller L. F., Mbengue C., Atim C. *La Participation Sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal. PHRplus*, 2004 ; 31p.
- [32]. Bazin F. *Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins*, Paris, F-75012 Université Pierre et Marie Curie-Paris 6 2006 ; p159
- [33]. ATIM CH. et. al. « *Mutuelles de santé et assurance maladie sociale: deux solutions compatibles ou exclusives aux problèmes de financement de soins de santé en Afrique ?* » Actes du Forum 2002 de la Concertation (16-18 septembre 2002) Courrier de la Concertation, janvier 2003.
- [34]. CRIEL, B. et al, *Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services: Une interaction dynamique*. 2002
- [35]. OMS, *Influence des mutuelles de santé sur le recours aux services de santé prioritaires en milieu rural et urbain au Mali : étude cas témoins*. Disponible sur : www.who.int/bulletin/volumes/86/II/08-051045-ab/fr/index.html - 19k. 2008. Consulté le 21 décembre 2015.
- [36]. OMS, *L'Afrique, entre la pauvreté et la mauvaise santé*. Disponible sur : www.infosplusgabon.com/article.php3?idarticle=1436-30k. 2007. Consulté le 21 mars 2016.
- [37]. Chadelat Jean-François, « *Les enjeux du financement de la santé* », *Revue française d'administration, Paris*.11. *publique*, 1/2005 (n°113), p. 65-73.