



Facteurs favorisant l'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira au Sud-Kivu

Raphaël B. Élias^{1,2}, Jacques M. Bitongwa^{1,2}, Amos K. Kamundu²,
Mutabazi Ngaboyeka³, Stanis O. Wembonyama^{2,4}

¹ Institut Supérieur d'Agroforesterie et de Gestion de l'Environnement de Kahuzi-Biega / Sud-Kivu, Bukavu, République Démocratique du Congo.

² Ecole de Santé Publique, Université de Goma, Goma, République Démocratique du Congo.

³ Ecole Régionale de Santé Publique, Bukavu, République Démocratique du Congo.

⁴ Département de Pédiatrie, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Les mutuelles ont toujours joué un rôle central dans le financement des soins de santé. Dans la zone de santé d'Uvira, les pathologies les plus dominantes du point de vue de la morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les gastro-entérites, l'anémie et la fièvre typhoïde ; et du point de vue de la mortalité, les pathologies les plus dominantes par ordre d'importance sont le paludisme, l'anémie, les infections respiratoires aiguës, la fièvre typhoïde et la gastro-entérite. Avec le taux de mortalité enregistré est sied de se demander si cette population a développé un système mutualiste qui puisse les aider en terme d'entraide dans ce défis.

Matériel et Méthodes. Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a fait recours aux techniques du questionnaire d'enquête et de la revue documentaire pour collecter les données. Les analyses statistiques ont été faite à l'aide du logiciel Stata v14.

Résultats. L'utilisation des mutuelles de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira est de 33% et cette faible utilisation serait associé significativement : à l'insuffisance des notions sur la cotisation dans les MUSA, au manque de confiance aux équipes de gestion des MUSA, à l'insuffisance des informations sur des fonds reçus par les MUSA, à l'insuffisance de la transparence dans la gestion des MUSA, au cout des prestations de soins lorsqu'on tombe malade, à l'absence du personnel qualité dans certains structure membre des MUSA, au cout élevé des médicament dans les FOSA partenaires aux MUSA et à l'absence de certains cas des maladies dans certaines famille.

Conclusion. Il s'observe que cette situation demeure un problème majeur de santé publique dans cette ZS et l'implication de tous les acteurs est d'une importance capitale pour relever ce défis afin d'une couverture sanitaire dans une grande partie de la population.

Mots-Clés : Utilisation, Mutuelles de santé, Zone de santé d'Uvira.

Correspondance:

Raphaël B. Élias, Institut Supérieur d'Agroforesterie et de Gestion de l'Environnement de Kahuzi-Biega/Sud-Kiv, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 998 605 075 - Email: chhermangbea@yahoo.fr

Article reçu: 22-01-2023 Accepté: 26-03-2023

Publié: 28-03-2023



Copyright © 2023. Raphaël B. Élias. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Élias RB, Bitongwa JM, Kamundu AK, Mutabazi N, Wembonyama SO. Facteurs favorisant l'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira au Sud-Kivu. Journal of Medicine, Public Health and Policy Research. 2023;3(1):43-52.

Summary

Introduction. Mutuals have always played a central role in the financing of health care. In the Uvira health zone, the most prevalent pathologies from the point of view of morbidity are malaria, acute respiratory infections, gastroenteritis, anemia and typhoid fever; and from the point of view of mortality, the most dominant pathologies in order of importance are malaria, anemia, acute respiratory infections, typhoid fever and gastroenteritis. With the recorded mortality rate, it is appropriate to wonder if this population has developed a mutualist system that can help them in terms of mutual aid in this challenge.

Methodology. This cross-sectional descriptive study used survey questionnaire and documentary review techniques to collect data. Statistical analyzes were performed using Stata v14 software.

Résultats. The use of mutual health insurance by households in the Uvira health zone is 33% and this low use would be significantly associated with: insufficient notions of the contribution in the MUSA, lack of confidence in management teams of MUSAs, insufficient information on funds received by MUSAs, insufficient transparency in the management of MUSAs, the cost of healthcare services when one falls ill, the absence of the quality staff in some MUSA member structures, the high cost of drugs in MUSA partner FOSAs and the absence of certain cases of illnesses in certain families.

Conclusion. It is observed that this situation remains a major public health problem in this HZ and the involvement of all actors is of paramount importance to meet this challenge in order to achieve health coverage in a large part of the population.

Keywords : *Utilization, Mutual health insurance, Uvira health zone.*

Introduction

L'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) estime qu'en 2014 un tiers des pays africains avaient des dépenses de santé par habitant en dessous du seuil acceptable, fixé à 38\$ USD courant [1]. Le financement de la santé dans ces pays passe habituellement par les programmes de santé financés par des organismes internationaux ou des associations humanitaires. En l'absence de ces derniers, les dépenses de santé sont financées par la population au travers des paiements directs qui représentent environ 90% des dépenses de santé totales. Ces paiements directs représentent pour la majorité des ménages des dépenses catastrophiques, conduisant généralement à un renoncement aux soins. Malheureusement, il n'existe pas de nos jours des politiques de Couverture Santé Universelle (CSU) pouvant favoriser l'accès aux soins de manière équitable et pérenne [2].

En République Démocratique du Congo (RDC), pour la mise en œuvre de son Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020, le gouvernement s'est engagé à réaliser quelques réformes visant, à terme, à améliorer l'accès aux soins de santé de qualité de l'ensemble de la population [3]. C'est dans un contexte marqué par le désengagement de l'État et de l'accès différentiel aux soins et services de santé pour les

populations en fonction du niveau de protection socio-sanitaire que l'émergence des mutuelles de santé comme mode de financement alternatif au système de soins s'est imposée [4]. 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 [5].

Le mouvement mutualiste en RDC est aujourd'hui (encore) peu structuré, dispersé et hétérogène [6]. Le niveau socio-économique de la population congolaise est un très un frein important à l'adhésion à une micro-assurance santé. 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 » [7].

L'introduction des paiements directs des soins de santé adoptée depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en 1987 [8] ne permet pas aux ménages pauvres qui gagnent moins de 2 dollars Américains par jour et qui représentent près de 70,6% [9] 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 [5]. L'état de santé de la

population est désastreux. Les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile restent élevés, particulièrement au Sud-Kivu où l'on constate le taux le plus élevé du pays. L'accessibilité aux soins, qu'elle soit géographique, financière ou culturelle, est difficile, ce qui explique le taux relativement faible d'utilisation des services de santé. Outre le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les parasitoses qui sont les maladies les plus fréquentes, des épidémies frappent régulièrement la population de la Province [10]. En 2015, près de 70% des malades au Sud-Kivu n'ont pas accès facile aux services de santé moderne [11]. 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 vulnérable de la Province du Sud-Kivu.

Dans la zone de santé d'Uvira, selon les données statistiques de la zone de santé, les pathologies les plus dominantes du point de vue de la morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les gastro-entérites, l'anémie et la fièvre typhoïde ; et du point de vue de la mortalité, les pathologies les plus dominantes par ordre d'importance sont le paludisme, l'anémie, les infections respiratoires aiguës, la fièvre typhoïde et la gastro-entérite. Le paludisme est la pathologie la plus dominante du point de vue morbidité et mortalité dans la zone de santé car il est la première cause d'occupation de lits des hôpitaux et d'observation dans les centres de santé et dispensaires privés. Il est également la principale cause de décès. Le choléra sévit d'une manière endémo-épidémique et la zone connaît au moins deux épidémies par an. En octobre 2017, la zone a connu une épidémie de choléra et de rougeole entre avril-août 2017. Ce qui amènerait les ménages à utiliser plus les services de soins de santé malgré le contexte de la pauvreté lié aux mauvaises conditions de vie quotidienne.

Dans la zone de santé d'Uvira, dans le but de promouvoir l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé, la protection des ménages contre les risques financiers associés à la maladie et le renforcement de l'intégration et de la cohésion sociale dans la santé tout en garantissant l'accès à des soins de qualité équitables et abordables. Cette étude voudrait savoir quels sont les facteurs qui sont à la base de la faible utilisation de la mutuelle dans la zone de santé d'Uvira ?

L'objectif était de contribuer à l'identification des facteurs qui sont à la base de la faible utilisation des mutuelles de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira ; le niveau d'utilisation des mutuelles de santé par les ménages.

Matériel et Méthodes

Cadre d'étude

La zone de santé d'Uvira se situe dans le Territoire d'Uvira, province du Sud-Kivu. Le territoire d'Uvira est composé de 3 Cités (Uvira, Sange et Kagando), avec deux Collectivités (Bavira et Bafulero) et un secteur (Plaine de la Ruzizi). Ce territoire compte 3 zones de santé dont la zone de santé de Ruzizi, de hauts plateaux et celle d'Uvira. C'est cette dernière qui a été découpée pour donner naissance aux deux autres en 2004. La zone de santé d'Uvira est à 128 km de la ville de Bukavu, chef-lieu de la province. Elle est limitée : Au nord par la zone de santé rurale de Ruzizi, par la rivière Kawizi, au sud par la zone de santé rurale de Nundu, par la rivière Kambekulu, à l'Est par la République du Burundi, par le Lac Tanganyika, à l'Ouest par de la zone de santé rurale des Hauts Plateaux, par la Chaîne de montagnes Mitumba.

Type d'étude

Dans le cadre de cette étude, nous avons fait recours à une étude descriptive transversale et analytique du fait qu'elle nous a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques des ménages et décrire le niveau d'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira ainsi que d'analyser des différents facteurs déterminants qui interviennent dans l'utilisation des mutuelles de santé par les ménages cette zone de santé.

Population d'étude

La population de cette étude est constituée des ménages de la zone de santé d'Uvira utilisant ou pas les mutuelles de santé.

Choix et taille de l'échantillonnage

Notre échantillon est constitué des ménages se trouvant dans les aires de santé de la zone de santé d'Uvira.

La taille de l'échantillon a été calculée suivant la formule de Schwartz [12] selon laquelle :

$$n = \frac{Z^2 \alpha \cdot P(1-P)}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,0025} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16 \approx 384 \text{ ménages.}$$

Cet échantillon a été ramené à 400 enquêtés pour des raisons de commodités.

Technique d'échantillonnage

Nous avons enquêté les ménages mutualistes et non-mutualistes voisins et les quotas pour d'autres. Pour y

arriver, nous avons recruté 4 enquêteurs de niveau d'études supérieures (L2 santé publique) et qui ont bénéficié de deux jours de formation dont une journée réservée à la familiarisation avec l'outil de collecte des données afin de le comprendre à fond avant toute descente sur le terrain. Les aires de santé ont été constituées en strates dans lesquels nous avons enquêté les ménages concernés par l'étude.

Critères d'inclusion

Seront inclus dans notre étude : (i) Le chef de ménage ou son représentant résidant dans les aires de santé de la zone de santé d'Uvira; (ii) le chef de ménage ou son représentant qui accepte de répondre aux questions.

Critères d'exclusion

Seront exclus de cette étude (i) Le chef de ménage n'ayant pas résidé dans l'une des aires sanitaires enquêtées au cours de 3 dernières années; (ii) Le chef de ménage déclinent de se prêter au questionnaire.

Techniques de collecte des données

📚 La revue documentaire

Cette technique nous a aidé à faire une revue documentaire dans différents rapports de la zone de santé d'Uvira, dans les ouvrages et les revues scientifiques, les rapports, les sites internet correspondants aux données en rapport avec l'utilisation de mutuelles de santé.

📄 Questionnaire d'enquête

Le questionnaire d'enquête était constitué des questions ouvertes et fermée et il a été adressé aux chefs des ménages ciblés par l'étude dans différentes aires de santé. Ce questionnaire contenait des questions liés aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, et aux questions liés aux facteurs associés à l'utilisation de MUSA dans la ZS d'Uvira. Celui-ci a été distribué aux enquêtés (chefs de ménages : soit le père, soit la mère, ou toute personne « oncle, sœur, frère » capable de répondre aux questions présent dans le ménage le jour de l'enquête.

Collecte des données

L'échantillonnage de cette étude est de de type aléatoire stratifié qui est fait sur la population. Toutes les aires de santé ont été considère comme de strates au premier degré, et au deuxième degré, et au troisième degré nous avons considéré les quartiers et afin les ménages se trouvant dans les avenues.

Pour savoir quel ménage il faut commencer à enquêter afin d'atteindre notre échantillon, nous avons fait recours à la méthode de « flyingpen ». La direction choisie par le crayon jeté est celle indiquée par la pointe du crayon. Ainsi, on a choisi par un tirage au sort le premier ménage par où commencer ; les autres ménages ont été choisis en respectant le pas de sondage jusqu'à obtenir les 400 ménages atteints. Lorsque les chefs des ménages ciblés étaient absents au moment où l'équipe d'enquêteurs passaient, un nouveau passage à domicile était fait avant la fin de la journée et lorsque son absence était confirmé toujours, nous enquêtions le ménage proche.

Variables d'étude

📊 Variable dépendante

Utilisation de la mutuelle de santé par les ménages dans la zone de santé d'Uvira : c'est le fait qu'un ménage adhère dans une MUSA et utilise ses services en cas de besoin.

📊 Variables indépendantes

- Connaissance sur les mutuelles de santé (Existence de MUSA (c'est le fait qu'une personne sait l'existence d'une MUSA dans la ZS, Informations sur le fonctionnement des MUSA) ;
- Fonctionnement des mutuelles de santé (Connaissance de mode de cotisation dans une MUSA, Avoir confiance aux équipes de gestion des MUSA, Etre informé des fonds reçus par les MUSA, Appréciation de mode de recouvrement des cotisations par les équipes de MUSA, Transparence dans la gestion de la MUSA) ;
- Assurance de la qualité des soins aux membres (Personnel qualifié dans les FOSA avec les MUSA, Appréciation du cout des médicaments dans les FOSA, Appréciation de l'accueil aux FOSA proposées par les MUSA sur l'adhésion par les membres, Appréciation de la qualité des soins de santé) ;
- Cas des maladies dans les ménages (Présence des maladies dans le ménage (le fait qu'un ménage aurait déjà enregistré des cas des maladies au cours de dernières années.

Plan de traitement et analyse des données

Les données collectées ont été saisies et traitées de manière informatique par nous-même étant chercheur principal à l'aide du logiciel Stata v14 et le Microsoft Excel 2016. Le masque de saisie a été faite avec le Microsoft Excel qui nous a aidé dans le dépouillement également. Toutes les productions statistiques (les effectifs/-fréquences, les tableaux croisés, les moyennes et écarts -types, les médianes avec les minima et les maxima)

seront effectuées avec le logiciel SPSS v23. Le test de Chi-carré sera utilisé pour la comparaison de deux proportions pour mesurer l'influence ou l'association entre les variables d'étude (dépendante et indépendantes), la valeur de p-value au seuil de 0,05 sera utilisée afin de savoir les déterminants impliquant l'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira; lorsque la valeur de p est < 0,05, le test est jugé significatif et lorsque p > 0,05, le test est jugé non significatif. L'Odds ratio dans l'intervalle de confiance à 95% {OR (IC à 95%)} sera également calculé et nuancé par la p-value.

Considérations éthiques

Le présent travail de recherche a été soumis à l'approbation du directeur et les co-directeurs de l'étude et une explication du but de l'étude aux responsables de la mutuelle de santé de la zone de santé d'Uvira pour l'adhésion à l'étude. Nous avons obtenu le consentement éclairé chefs des ménages et responsables de la mutuelle de santé avant la collecte des données. La participation à cette étude sera libre et dépourvue de toutes formes de contraintes. Les données seront collectées de manière anonyme et la confidentialité des résultats sera assurée.

Impact prévu

En plus de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité dans la communauté ; les résultats que nous allons trouver vont aider les décideurs, les planificateurs et les partenaires d'avoir un aperçu général des déterminants actualités sur l'utilisation des mutuelles de santé afin de permettre une bonne mise en œuvre des plans, de programmes pouvant intervenir dans le processus de faire accéder toute la population vulnérable aux soins de santé de qualité. En plus ces résultats vont contribuer dans la matérialisation des ODD (Objectif 3) d'ici 2030 qui prônent une couverture universelle de soins de santé. Ces résultats seront utilisés par d'autres chercheurs comme une base dans les recherches futures.

Résultats

Il ressort que les personnes interrogées du sexe masculin étaient majoritaires, la grande majorité était des mariés, dans la tranche d'âge de 26-35 ans, du niveau secondaire et universitaire dans la plupart. Les enquêtes avaient de l'emploi libéral dans la grande majorité ; plus de la moitié des personnes interrogées vivaient plus 7 personnes et au moins la moitié avait un revenu mensuel de moins ou de 100 \$ (Tableau 1).

Tableau 1. Profils sociodémographiques des ménages enquêtés de la ZS d'Uvira

Variables	effectif (n=400)	Pourcentage
Sexe		
Masculin	244	61.0
Féminin	156	39.0
Age*		
≤ 18 ans	6	1.5
19-25 ans	61	15.3
26-35 ans	133	33.3
36-45 ans	88	20.3
≥ 46 ans	119	29.8
Etat- civil		
Niveau d'étude		
Secondaire	175	43.8
Universitaire	145	36.3
Primaire	50	12.5
Sans niveau	30	7.5
Profession		
Emploi libéral (commerçant, agent de l'Etat, cultivateur, infirmier...),	294	73.5
Sans emploi	106	26.5
Taille de ménage**		
≥7 personnes	216	54
<7 personnes	184	46
Revenu mensuel***		
≤ 100 \$	202	50.5
> 100 \$	198	49.5

*Age moyen: 39.2±14.6 ans ; **taille médian : 7 personnes (4%25-9%75) ;***revenu mensuel médian : 90\$ (50%25-150%75)

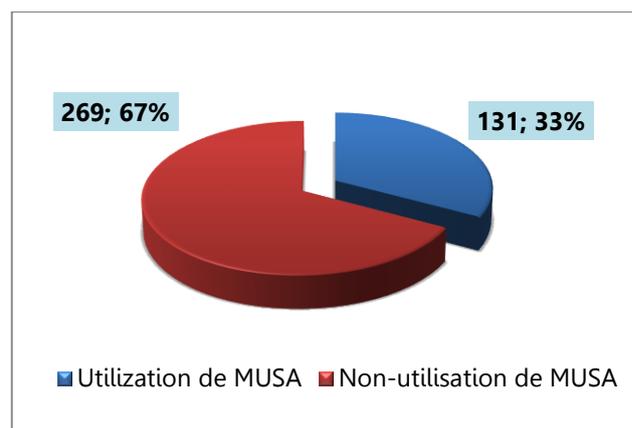


Figure 1. Utilisation de mutuelle de santé dans la zone de santé d'Uvira

Il ressort que le niveau d'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira était 33%.

Tableau 2. Facteurs associés à la faible utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé

Variables	Utilisation de la MUSA			ORna	IC à 95%	p	ORa	IC à 95%	p
	Utilisation n(%)	Non utilisation n(%)	n=400						
Avoir des notions de mode de cotisation des MUSA									
Non	13(6.6)	183(93.4)	196	0.05	0.0-0.0	0.0000	<u>0.288</u>	<u>0.1-0.7</u>	<u>0.007</u>
Oui	118(57.8)	86(42.2)	204						
Avoir confiance aux équipes de gestion des MUSA									
Non	33(13.1)	219(86.9)	252	0.07	0.0-0.1	0.0000	<u>0.26</u>	<u>0.1-0.5</u>	<u>0.000</u>
Oui	98(66.2)	50(33.8)	148						
Avoir été informé des fonds reçus par les MUSA									
Non	41(15.8)	218(84.2)	259	0.10	0.0-0.1	0.0000	<u>0.32</u>	<u>0.1-0.7</u>	<u>0.004</u>
Oui	90(63.8)	51(36.2)	141						
De la transparence dans la gestion des MUSA									
Non	39(15.7)	210(84.3)	249	0.11	0.0-0.1	0.0000	<u>0.35</u>	<u>0.1-0.7</u>	<u>0.006</u>
Oui	92(60.9)	59(39.1)	151						
Le cout des prestations vous encourage-t-il d'adhérer aux mutuelles de santé									
Non	37(16.3)	190(83.7)	227	0.16	0.1-0.2	0.0000	<u>0.41</u>	<u>0.2-0.8</u>	<u>0.020</u>
Oui	94(54.3)	79(45.7)	173						
La présence du personnel soignant qualifié dans les FOSA et adhésion aux MUSA									
Non	28(18.1)	127(81.9)	155	0.30	0.1-0.4	0.0000	<u>0.41</u>	<u>0.1-0.9</u>	<u>0.037</u>
Oui	103(42.0)	142(58.0)	245						
Cout élevé des médicaments dans les FOSA partenaires au MUSA en cas des maladies									
Non	42(35.9)	75(64.1)	117	1.22	0.7-1.9	0.2273	<u>3.16</u>	<u>1.4-7.0</u>	<u>0.004</u>
Oui	89(31.4)	194(68.6)	283						
Présence des cas des maladies souvent en famille									
Non	21(18.8)	91(81.3)	112	0.37	0.2-0.6	0.0001	<u>0.162</u>	<u>0.0-0.3</u>	<u>0.000</u>
Oui	110(38.2)	178(61.8)	288						

Il ressort que la faible utilisation des mutuelles de santé dans la ZS d'Uvira serait significativement associée à l'insuffisance des notions sur la cotisation dans les MUSA, au manque de confiance aux équipes de gestion des MUSA, à l'insuffisance des informations sur des fonds reçus par les MUSA, à l'insuffisance de la transparence dans la gestion des MUSA, au coût des prestations de soins lorsqu'on tombe malade, à l'absence du personnel qualifié dans certains structure membre des MUSA, au coût élevé des médicaments dans les FOSA partenaires aux MUSA et à l'absence de certains cas des maladies dans certaines famille, $p < 0,005$ (Tableau 2).

Discussion

Utilisation des mutuelles de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira

Au cours de cette étude, il a été montré que le niveau d'utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira est très faible soit de 33% seulement. Ces résultats se rapprochent avec ceux trouvés dans une étude au Sénégal en 2014 qui relevait que les mutuelles de santé souffrent des problèmes relatifs à la faible adhésion des populations [13]. Également Justine Bashi, Drissa Sia *et al.* [14] montre dans leur étude que dans 193 ménages sur 422 (soit 46%), seulement quelques membres par ménage ont adhéré à la MUSA alors que dans 229 ménages (soit 54%) tous les membres du ménage ont adhéré à la MUSA.

Cette situation reste une préoccupation majeure pour une population qui vit dans une extrême pauvreté avec un grand défi de s'assurer des soins des qualités en cas de maladie. Ainsi, plusieurs facteurs ont été incriminés au regard de cette faible utilisation des MUSA dans la ZS.

Facteurs associés à l'utilisation des mutuelles de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira

Au cours de cette étude, les résultats ont montré que plusieurs facteurs ont auraient influencé la faible utilisation des mutuelles de santé d'Uvira. Ainsi, après les analyses multi variée, nous avons trouvé que le fait de ne pas avoir des notions de mode de cotisation des mutuelles de santé. Une différence significative a été trouvée avec une valeur de $p = 0,007 < 0,05$. Ces résultats corroborent avec ceux des études de plusieurs autres auteurs : Dong *et al.* [15] montraient que la raison qui est sans doute le plus souvent avancée pour expliquer le faible pourcentage d'utilisation de MUSA est le fait que les personnes ne peuvent pas payer la cotisation. Ce motif est en effet régulièrement mentionné par les membres eux-mêmes. C'était également la principale

explication du non-renouvellement des membres à une assurance santé au Burkina Faso. Restant dans la même idée, il a été constaté par ailleurs dans les études de Cole *et al.* [16] et Karlan *et al.* [17] que le montant de la cotisation a une incidence sur l'utilisation des MUSA. Toutefois, Bonan *et al.* [18] et Thornton *et al.* [19] montrent que l'accessibilité financière est une raison importante des faibles pourcentages d'affiliation aux MUSA, mais un prix plancher selon leurs résultats, n'est pas un élément suffisant pour générer de nombreuses affiliations. D'autres auteurs notamment Giesbert *et al.* [20,21] constatent systématiquement dans leurs études que les personnes les plus formées/informées sur les modes de cotisations et sur les MUSA s'affilient plus rapidement à une assurance santé. Il est possible que leur niveau plus élevé d'éducation leur permette de mieux comprendre le concept d'assurance et facilite leur adhésion. De cet fait, nous constatons qu'une information sur le fonctionnement des mutuelles de santé à travers les notions suffisantes sur les différentes cotisations est une d'une importance capital dans la population de la zone de santé d'autant plus cela le permettra dans la prise de décision d'adhésion aux MUSA. Ce qui paraît pertinent au regard des autres résultats trouvés lors des enquêtes sur terrain et après analyses, les investigations dans la ZS de santé d'Uvira, où l'on a constaté tout de même que la faible utilisation des mutuelles serait associée significativement par le fait de ne pas avoir été informé sur des fonds reçus par les MUSA en provenance des certaines bienfaiteurs potentiels ou d'autres partenaires d'appui soit techniques et financiers, $p = 0,004 < 0,05$.

Au cours des investigations faites sur le terrain, il a été trouvé que le niveau de confiance des certaines membres d'équipe de gestion d'une mutuelle de santé dans cette ZS, il a été trouvé que l'insuffisance de confiance par les ménages de certains gestionnaires et/ou aux équipes de MUSA aurait influencé significativement cette faible utilisation de MUSA dans la ZS d'Uvira ($p = 0,000 < 0,05$). Des résultats qui se rapprochent à nos résultats ont été trouvés par plusieurs auteurs. Fitzpatrick *et al.* [22], montrent que la réaction des membres aux remboursements est un facteur indiquant que la confiance est un élément important dans la décision de devenir membre et de le rester. Les membres qui bénéficient de remboursements renouvellent beaucoup plus souvent leur affiliation/adhésion. Plusieurs explications sont possibles, mais la plus probable est que les membres qui reçoivent des remboursements font davantage confiance à la mutuelle. De même, Cole *et al.* [16] et Karlan *et al.* [17] pensent que les personnes souscrivent plus souvent des assurances si elles

constatent que leurs connaissances reçoivent des remboursements. Une confiance suffisante semble donc être un facteur important dans la décision d'adhérer. Faire appel à des personnes en qui les membres ont confiance permet d'accroître la confiance en l'assurance. Ces différentes études montrent une augmentation substantielle du nombre de membres lorsque des personnes de confiance sont responsables de la promotion. Cela semble donc être un excellent moyen d'augmenter le nombre d'adhésion dans les MUSA. Mais étant donné l'importance de la confiance, toute mesure la favorisant est essentielle : impliquer des organisations locales de confiance, obtenir le soutien de personnes respectées dans la communauté, veiller à suffisamment de transparence en matière d'assurance, impliquer la communauté dans les décisions relatives à la mutuelle, ces notions vont de pair avec les résultats trouvés sur le terrain selon lesquels dans cette étude, il a été montré que le manque de transparence dans la gestion des MUSA, serait significativement associé à la faible utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira, $p=0.006 < 0,05$.

Les résultats de cette étude ont renseigné que le coût des prestations qui n'encourageait pas les membres des ménages à adhérer aux MUSA lorsqu'un ménage trouve un cas de maladie aurait significativement influencé la faible utilisation des mutuelles de santé dans la zone de santé d'Uvira, $p=0.020 < 0,05$. Ces résultats se rapprochent à celui de Lona et Wouter Gelade [23], trouvé dans une étude au Togo, qui montre que bien qu'on soit un membre mutualiste il y a certaines prestations prévues à l'hôpital, mais cela ne concerne qu'un nombre limité de prestations. Malgré tout, le coût total des prestations à l'hôpital au Togo n'est pas négligeable, car ces prestations sont sensiblement plus chères. Arhinful [24]. Souligne également dans une étude au Ghana, que la crédibilité d'un système de santé à travers la qualité des prestations offertes dans les formations sanitaires est un facteur décisif dans la perception des ménages à un système d'assurance maladie.

Au cours de cette étude, il a été relevé que la présence du personnel soignant moins qualifié dans les FOSA ayant des contrats ou convention avec les mutuelles de santé de la ZS d'Uvira serait significativement à la faible utilisation des mutuelles de santé, $p=0.037 < 0,05$. Selon Lona et Wouter Gelade [23], l'accès à des soins de santé abordables et de qualité est un droit de base, tant au Nord qu'au Sud. Cette affirmation semble une évidence, mais c'est un véritable défi de la traduire dans la réalité. De nombreux pays africains s'attellent aujourd'hui à la protection sociale de leurs citoyens ainsi qu'au

développement d'une couverture santé universelle (CSU) au sein de laquelle les mutuelles africaines ont un rôle-clé à jouer.

Dans cette étude, il a été montré lors de l'enquête sur le terrain, que le coût élevé des médicaments dans les FOSA partenaires au MUSA en cas des maladies dans un ménage adhérant au MUSA aurait influencé négativement l'adhésion aux mutuelles de santé de la ZS d'Uvira, $p=0.004 < 0,05$. Ces résultats se rapprochent à ceux d'autres auteurs montrant que prescrire trop de médicaments et trop systématiquement est un problème qui a été signalé régulièrement dans leur étude. La surconsommation de médicaments entraîne un coût supplémentaire important, tant pour les patients que pour les mutuelles. Lona et Wouter Gelade [23]. Par contre, ces résultats sont contredire à ceux trouvés par d'autres auteurs montrant que l'approvisionnement régulier en médicaments et l'amélioration de la qualité technique des services, la qualification technique du personnel et la qualité des infrastructures constituent également d'autres facteurs pouvant influencer les adhérents à utiliser les services de santé, de même que les qualités interpersonnelles du personnel soignant [25]. Ainsi, il a été montré que le fait que dans plusieurs ménages interrogés, ils observaient souvent une absence des cas des maladies en famille serait associé à la faible utilisation des mutuelles de santé dans la ZS d'Uvira. $p=0,0000 < 0,05$. Nos résultats sont similaires à celui de Justine Bashi, Drissa Sia *et al.* [14] dans leur étude qui montrent que le fait de ne pas tomber malade pour certains membres au sein d'un ménage est la cause de non-adhésion à la MUSA la plus citée (72% des responsables des ménages interrogés) [14]. Ce qui nous permet de dire que le niveau de morbidité dans la plupart des ménages a des effets sur le niveau d'adhésion de ses membres dans les mutuelles de santé dans cette ZS d'Uvira.

Limites et forces de l'étude

Dans cette étude, quelques limites ont été observées notamment : l'absence de collecte d'information auprès du personnel soignant sur le niveau d'utilisation des services de santé par les adhérents aux MUSA, et la caractère descriptif de cette étude qui n'a pas pu donner des frais causes et effets de non utilisation des MUSA. Ainsi donc une étude de cas-témoin ou de cohorte pourrait être envisageable pour incriminer les vraies causes de non utilisation des MUSA en lien avec ce défi majeur dans cette ZS d'Uvira. Malgré ces limites, les résultats de cette étude restent valides dont les principaux sont présentés dans les tableaux 2, 3 et dans la figure 1.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous avons trouvé que l'utilisation des mutuelles de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira était faible. Cette faiblesse serait associée significativement : à l'insuffisance des notions sur la cotisation dans les MUSA, au manque de confiance aux équipes de gestion des MUSA, à l'insuffisance des informations sur des fonds reçus par les MUSA, à l'insuffisance de la transparence dans la gestion des MUSA, au coût des prestations de soins lorsqu'on tombe malade, à l'absence du personnel qualifié dans certains structure membre des MUSA, au coût élevé des médicament dans les FOSA partenaires aux MUSA et à l'absence de certains cas des maladies dans certaines famille, $p < 0,005$.

Au ministère de la santé publique de mettre en place un plan stratégique de développement des mutuelles de santé afin de permettre de réorganiser le système mutualiste dans la province du Sud-Kivu et d'Uvira en

particulier ; aux partenaires techniques et financiers de financier plus les activités génératrices de revenu aux ménages vulnérables (économique) que les structures mutuelles afin de permettre une auto-prise en charge dans les différentes contributions dans les mutuelles de santé ; aux responsables des mutuelles de santé de renforcer les messages de vulgarisation sur l'importance des mutuelles de santé dans la zone de santé, aux structures sanitaires contractantes avec les mutuelles de santé de fournir des prestations de bonnes qualités tout en mettant en place une politique adaptée de tarification aux membres adhérents d'adapter le prix des médicaments en fonction des revus des plus pauvres et dans l'esprit d'entraide ainsi améliorer le service de santé au sein de leur structure sanitaire, aux ménages de la zone de santé de Santé s'adhérer aux systèmes mutualistes pour permettre d'un accès à tous aux soins de santé.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. OCDE. "Perspectives-économiques-en-afrique," 2017, [Online]. Available: https://read.oecd-ilibrary.org/development/perspectives-economiques-en-afrique-2017/depenses-de-sante-par-habitant-dans-les-pays-africains-2014_aeo-2017-graph35-fr#page1.
2. Sika Dédé KOSSI. "La Couverture Santé Universelle en Afrique : Défis et faiblesses.," 2018, [Online]. Available: <http://www.lafriquedesidees.org/couverture-sante-universelle-afrique-defis-faiblesses/>.
3. Ministère de la Santé Publique, "Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle.," 2017, [Online]. Available: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf.
4. R. A. A. Doubogan, Y. O., A. O. B. Savi. "« De la politique de santé publique aux démarches d'entraide sociale : mutuelles de santé et équité sociale dans le département du Borgou au Bénin », January," *Eur. Journal*, vol. 13, no. 3, pp. 134-151., 2017.
5. M. de La, M. du P. et S. de Santé Publique, la M. en œuvre de la Révolution, and de la Modernité, "Deuxième enquête démographique et de santé (eds-rdc ii 2013-2014)," 2014, [Online]. Available: [https://santenews.info/wp-](https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/EDS-2013-2014-GOUVERNANCE-.pdf)
6. PALMER A., MUELLER N, GILSON D, MILLS LA & HAINES. "Health financing to promote access in low income setting – how much do we know?," *Lancet*, vol. 364, pp. 1365–1370, 2004.
7. 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 .,"
8. GTZ. "Mutuelles de santé. 5 Années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposées," 2003.
9. MINISTERE DU PLAN. "Document de Stratégie et de croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2ème Génération /RDC," 2011.
10. Bilheran E. "Appui au système de santé de la Province du Sud Kivu, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, République Démocratique du Congo," [Online]. Available: [ohfgljdgelakfkefopgkcohadegdpjf/https://www.giz.de/en/downloads/Factsheet_RDC_PASS_Sept_2019.pdf](https://www.giz.de/en/downloads/Factsheet_RDC_PASS_Sept_2019.pdf), .
11. DPS, "Division Provinciale de la Santé /Province du Sud Kivu, Revue annuelle RDC.," 2015.
12. Schwartz D. "Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes.," Flammarion médecine-sciences, 2002.

13. Mladovsky P., "Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal," *Soc. Sci. Med.*, vol. 107, no. 78, p. 88, 2014.
14. Justine Bashi HK, Drissa Sia, Eric Tchouaket, Safari Joseph Balegamire. "Mutuelles de santé à Bukavu en République Démocratique du Congo: facteurs favorables à l'utilisation des services de santé par des adhérents," *Pan African Med. Journal*.
15. Dong R, De Allegri H, Gnawali M, Souares DA. & Sauerborn. "Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso," *Heal. Policy*, vol. 92, no. 2-3, pp. 174-179., 2009.
16. Cole J, Giné S, Tobacman X, Topalova J, Townsend P, & Vickery R. "Barriers to household risk management: evidence from India. 5(1)," *Am. Econ. Journal? Appl. Econ.*, vol. 5, no. 1, pp. 104-135, 2013.
17. Karlan C, Osei D, Osei-Akoto R, & Udry I, "Agricultural decisions after relaxing credit and risk constraints," *Q. J. Econ.*, vol. 129, no. 2, pp. 597-652, 2014.
18. Bonan M, Dagnelie J, LeMay-Boucher O, & Tenikue P. "Is it all about money? A randomized evaluation of the impact of insurance literacy and marketing treatments on the demand for health microinsurance in Senegal (LISER Working Paper No 2012-03). Luxemburg," *Luxemb. Inst. Socio-Economic Res. (CEPS/INSTEAD).*, 2012.
19. Thornton MA, Hatt RL, Field LE, Islam EM, Solís Diaz M, & González F. "Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: a randomized evaluation," *Health Econ.*, vol. 19, pp. 181-206, 2010.
20. Giesbert M, Steiner L, & Bendig S. "Participation in micro life insurance and the use of other financial services in Ghana. *Journal of Risk and Insurance*," vol. 78(1), no. 1, pp. 7-35., 2011.
21. Jehu-Appiah R, Aryeetey C, Agyepong G, Spaan I, & Baltussen E. "Household perceptions and their implications for enrolment in the national health insurance scheme in Ghana.," *Health Policy Plan.*, vol. 27, no. 3, pp. 222-233, 2012.
22. Fitzpatrick RL, Magnoni A, & Thornton B. "Microinsurance utilization in utilization in Nicaragua : A report on effects on children, retention, and health (ILO Microinsurance Innovation Facility Research Paper No 5). Geneva;," *Microinsurance Innov. Facil.*, vol. 5, 2011.
23. Lona et Wouter Gelade. "L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et Togo, Mutualités Libres /Bruxelles," p. 24, 2017.
24. ArhinfulDK. "the solidarity of self-interest :social and cultural feasibility of rural health insurance in Ghana. Leiden (NL).," *African Stud. Cent.*, p. 241 p, 2003, [Online]. Available: <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/12919/ASC-075287668-077-01.pdf?sequence=2>.
25. Haddad FPS. "Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire.," *Soc. Sci. Med.*, vol. 40, no. 6, pp. 743-753, 1995.