

## Déterminants de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la cité de Lubero (Province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo)

### [ Determinants based on a setting health mutual in Lubero town (Province of North Kivu in Democratic Republic of the Congo) ]

*Kakule Sivihwa Amos<sup>1</sup>, Kambale Karafuli Léopold<sup>2</sup>, and Kabuyaya Mwanamulere Osée<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Institut Supérieur d'Etudes Agronomiques, Vétérinaires et Forestières de Kirumba (ISEAVF-Kirumba), RD Congo

<sup>2</sup>Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL Goma), RD Congo

<sup>3</sup>Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL Butembo), RD Congo

Copyright © 2023 ISSR Journals. 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.

**ABSTRACT:** The goal of this study is to identify factors promoting a community mutual health insurance creation in Lubero town. This is a descriptive and cross-sectional study that was conducted among 384 household's chiefs. To collect data, we used questionnaire technique and group discussion with the key informants of Lubero Town. The results of this study show that: the quality health care offered to the population by the existing health structures, the population awareness of community mutual health insurance guidelines are social factors of its formation in Lubero town. Then, economic development dynamics, real and priority need, household income, joining will, contribution intentions and members' willingness to fund are economic factors promoting creation of a community mutual health insurance in Lubero town. Finally, democratically elected association managers, regular meetings, administrative documents, proper finances management, layout of health accommodations to receive mutual members are institutional factors that promote its creation in Lubero town.

**KEYWORDS:** social factors, economic factors, institutional factors, membership.

**RESUME:** L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs favorisant la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire dans la cité de Lubero. Il s'agit d'une étude descriptive et transversale qui a été menée auprès de 384 chefs de ménages. Pour récolter les données, nous avons recouru à la technique du questionnaire et de guide de discussion avec les informateurs clés de la cité de Lubero. Les résultats ont montré que : le service de santé de qualité offert à la population par les structures sanitaires existantes, la connaissance des principes d'une mutuelle de santé par la population sont des facteurs sociaux favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero. Ensuite, la dynamique de développement économique, le besoin réel et prioritaire, le revenu des ménages, la volonté d'adhérer, les intentions de cotisation et la disposition à payer des adhérents sont des facteurs économiques favorables à la mise en place d'une mutuelle de santé dans la cité de Lubero. En fin, l'existence des gestionnaires des associations élus démocratiquement, les tenues régulières de la réunion, la présence des documents administratifs, la bonne gestion des finances, la disposition des structures à recevoir les mutualistes sont des facteurs institutionnels qui favorisent la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero.

**MOTS-CLEFS:** facteurs sociaux, facteurs économiques, facteurs institutionnelles, adhésion.

## 1 INTRODUCTION

Dans la conférence tenue à Alma-Ata en 1978, les organisations internationales dont l'OMS ont affiché les objectifs de « Santé pour Tous » visant l'accès universel de la population mondiale aux soins de santé primaires. « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille,...» (ONU, 1948 art25). Bien que le droit à la sécurité sociale et à la santé soit bien établi dans le droit international, les gouvernements et les donateurs internationaux échappent toujours à leur responsabilité de garantir ces droits à des millions de personnes. Les disparités énormes entre les personnes riches et pauvres demeurent évidentes entre et au sein des pays (D. CARR, 2004 cité par NGOUANA R., 2009). Dans son ouvrage les fondements de l'économie de la santé, Charles E. PHELPS note quant à lui que, comme pour tout autre bien économique, la demande des soins médicaux, dépend des revenus (E. PHELPS Charles, 1995). Le raisonnement économique affirme que les personnes vivant dans les limites des contraintes budgétaires achètent moins un certain type de biens lorsque leur prix augmente. En sens inverse, elles achètent davantage quand leur prix baisse (MINISANTE RDC, 2001). La santé dépend pour une part des décisions prises par les individus, les familles, les groupes et les organisations qui tous contribuent à son amélioration (NYAMWAKA, J, 2013). La société africaine est très connue pour son sens des valeurs, son sens de la solidarité et de l'entraide, que d'aucun nomme « solidarité africaine », aussi bien au sein des sociétés traditionnelles ou des sociétés évoluées, il se développe très souvent des groupes, regroupements et organisations portant différentes appellations, tontines, associations, réunions, mutuelles (Haubert Maxime et Rey Pierre-Philippe, 2000), et donc le souci principal est de faire face à certains risques sociaux. La maladie est imprévisible. Son caractère brutal et aléatoire fait d'elle un phénomène non programmable. La maladie a toujours un coût lourd. Elle immobilise le travailleur, et de ce fait, constitue un manque à gagner pour la famille ainsi que la communauté toute entière (VUSARA.K., 2013). Les coûts des soins sont par ailleurs trop élevés pour être supportés par le bénéficiaire, il faut le plus souvent un financement collectif. (KARAFULI, K., 2011).

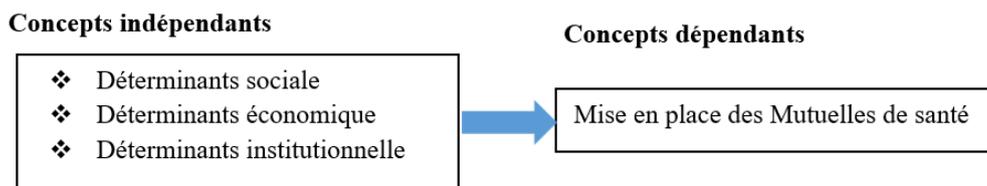


Fig. 1. Cadre conceptuel

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 2.1 LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE

La cité de Lubero est située à l'Est de la RDC, en Province du Nord-Kivu, en Territoire de Lubero. Elle est située à 25Km de la ligne de l'Equateur, sur l'axe routier national N°4 dans l'hémisphère sud. Suite à sa position et son altitude, la Cité de Lubero jouit d'un climat tempéré de montagne du type colombien (MICHEL RAYMOND, 1982). Elle est traversée par la rivière Luviru, alimentée par ses deux affluents: Katolu et Kakwao.

### 2.2 MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

La population de cette étude est constituée de 9091 chefs des ménages répartis dans 4quartiers de la cité de Lubero. La formule de SOLVIN a servi pour l'obtention de la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Dont n= Taille minimum de l'échantillon; N= taille de la population donc 9091 Chefs de ménages; e = le degré de précision souhaitée (0,05); 1= est une constante.

Ainsi, l'échantillon de cette étude est constitué de 384 chefs des ménages stratifié proportionnellement dans les quatre quartiers de la cité de Lubero, selon la formule

$$n_1 = \frac{n \times N_1}{N}, n_2 = \frac{n \times N_2}{N}, \dots, n_4 = \frac{n \times N_4}{N}$$

Avec  $n_1, n_2, \dots, n_4$  = taille de l'échantillon de chaque strate;  $N_1, N_2, \dots, N_4$  = Nombre de chefs de ménages dans chaque strate;  $N$  = nombre total de chefs de ménages de quatre quartiers de la cité de Lubero = 9091;  $n$  = échantillon de cette étude = 384 chefs des ménages.

Ainsi, les échantillons des chefs de ménages par quartier sont répartis de la manière suivante : quartier du 30 Juin: 64; quartier Lubero: 137; quartier Vukano: 63; quartier Mulo: 120. Nous avons utilisé deux outils de récolte des données entre autres : le questionnaire d'enquête adressé aux chefs des ménages de la cité de Lubero d'une manière directe pour certains et indirecte pour d'autres ne sachant pas lire et écrire. Le guide d'entretien de groupe de discussion focalisé a été organisé autour des informateurs clés tels que le Médecin Chef de Zone, les Infirmiers titulaires de 3 centres de santé de la cité de Lubero en savoir le CS Lubero cité, le CS Kasalala, le CS de Mulo, les chefs de quartier et les responsables des associations locales de la cité de Lubero. Le logiciel IBM SPSS Statistics20 nous a servi pour le traitement et l'analyse des données et nous avons utilisé le test de Khi-carré ( $\chi^2$ ) pour l'interprétation des résultats faisant allusion à la formule suivante :

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_t)^2}{f_t}$$

Avec,  $f_o$  = fréquence observée (des données récoltées),  $f_t$  = fréquence théorique.

### 3 RÉSULTATS

#### 3.1 DÉTERMINANTS SOCIALE

*Tableau 1. De l'appartenance à une association de la cité de Lubero*

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	332	86,5
Non	52	13,5
Total	384	100,0

86,5% d'enquêtés appartiennent à une des associations dans la cité de Lubero.

*Tableau 2. De l'existence d'une solidarité dans les associations de la cité de Lubero*

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	320	95,2
Non	16	4,8
Total	332	100,0

Parmi les enquêtés membre d'associations; 95,2 % perçoivent un esprit de solidarité.

*Tableau 3. Raison de fréquentation des structures de soins par la population*

Raison de fréquentation	Effectifs	Pourcentage
Situation approximative	104	27,1
Compétence du personnel	140	36,5
Médicaments disponibles	8	2,1
Personnel accueillent	112	29,2
Bon équipement	20	5,2
Total	384	100,0

36,5% des chefs des ménages de Lubero fréquentent les structures de soins de Lubero car ils jugent son personnel est compétent. Les autres sont attirés par l'accueil du personnel, la situation approximative, la qualité de l'équipement et la disponibilité des médicaments.

**Tableau 4. Appréciation de la qualité des soins dans les structures**

Appréciation	Effectifs	Pourcentage
Bonne	272	70,8
Assez bonne	86	22,4
Médiocre	26	6,8
Total	384	100,0

70,8% des chefs de ménages de Lubero jugent de bonne qualité les soins de santé dans les structures qu'ils fréquentent.

**Tableau 5. Connaissance en rapport avec les principes d'une Mutuelle de santé**

Appréciation du niveau de connaissance	Effectifs	Pourcentage
Bonne	161	70,6
Assez- bonne	55	24,1
Mauvaise	12	5,3
Total	228	100,0

70,6% ont parlé de la solidarité et la participation qui est le Principe clés d'une mutuelle de santé et sont donc considéré comme ayant une bonne connaissance des principes d'une mutuelle de santé.

### 3.2 DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUE

**Tableau 6. Revenu moyen mensuel par chef de ménage**

Revenu moyen	Effectifs	Pourcentage
Inférieur à 30\$	173	45,1
De 30 à 50\$	117	30,5
De 51 à 99\$	74	19,3
De 100\$ et plus	20	5,2
Total	384	100,0

45,1% d'enquêtés a mensuellement un revenu inférieur à 30\$ et 5,2% gagne 100\$ et plus.

**Tableau 7. Dépense moyenne par ménage pour les soins de santé l'année dernière**

Dépenses pour les soins de santé	Effectifs	Pourcentage
Inférieur ou égal à 50\$	244	63,5
Entre 50 et 100\$	84	21,9
Supérieur à 100\$	56	14,6
Total	384	100,0

L'année dernière, 63,5% d'enquêtés avaient engagé en moyenne les dépenses pour les soins de santé inférieur ou égal à 50\$ et les 14,6% étaient au-delà de 100\$.

**Tableau 8. Retard d'une consultation ou hospitalisation par manque d'argent**

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	288	75,0
Non	96	25,0
Total	384	100,0

75,0% des répondants ont déjà connu un retard de consultations par manque d'argent.

**Tableau 9. Des solutions prises en cas de manque d'argent nécessaire pour les soins**

Solutions en cas de manque d'argent des soins	Effectifs	Pourcentage
S'emprunter chez un ami	144	50,0
Vendre ou mettre en gage un bien matériel	92	31,9
Renoncer aux soins	52	18,1
Total	288	100,0

Les enquêtés qui affirment avoir connus un retard de consultation par manque d'argent, 50% s'empruntent chez un familier soit un ami, les autres vendent ou mettent en gage un bien matériel soit renoncent aux soins.

**Tableau 10. De la volonté d'adhérer à une mutuelle de santé**

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	316	82,3
Non	68	17,7
Total	384	100,0

82,3% des répondants présentent la volonté de d'adhérer à une mutuelle de santé.

**Tableau 11. De l'adhésion individuelle ou de toute la famille**

Adhésion	Effectifs	Pourcentage
Individuelle	40	12,7
De la famille	276	87,3
Total	316	100,0

87,3% préfèrent une adhésion de toute la famille et 12,7% individuellement.

**Tableau 12. Fréquence des cotisations**

Fréquence	Effectifs	Pourcentage
Mensuellement	196	62,0
Semestriellement	76	24,1
Annuellement	44	13,9
Total	316	100,0

Parmi enquêtés qui manifestent leur volonté d'adhérer, 62,0% proposent la cotisation mensuelle.

**Tableau 13. Causes de manque de volonté d'adhérer à une mutuelle de santé**

Causes	Effectifs	Pourcentage
Incapacité de payer une cotisation	40	58,8
Incapacité de payer une cotisation pour la famille	24	35,3
Pas disposé à payer quand on n'est pas malade	4	5,9
Total	68	100,0

Les enquêtés qui se réservent de manifester leur volonté d'adhérer, se déclarent dans l'incapacité de payer la cotisation individuel (58,8%) ou assurer toute la famille (35,3%).

**Tableau 14. De la somme prêt à payer si on devenait membre d'une mutuelle de santé**

Montant	Effectifs	Pourcentage
1\$	236	61,5
1,5\$	36	9,3
2\$	60	15,6
0,5	52	13,5
Total	384	100,0

Ce tableau montre que si les enquêtés adhéraient à une mutuelle de santé 61,5% seraient prêt payer 1\$ par individu mensuellement.

**Tableau 15. Taux de prise en charge des cas de maladies par la mutuelle de santé**

Prise en charge des malades	Effectifs	Pourcentage
En 50%	260	67,7
En 75%	92	23,9
En 100%	32	8,3
Total	384	100,0

67,7% des répondants souhaitent la prise en charge d'un malade en 50%.

### 3.3 DÉTERMINANTS INSTITUTIONNELLE

**Tableau 16. Sélection des gestionnaires des associations**

Sélection	Effectifs	Pourcentage
Par élection	252	75,9
Par nomination	80	24,1
Total	332	100,0

75,9 % d'enquêtés membres d'associations sélectionnent leurs gestionnaires par élection.

**Tableau 17. Confiance aux gestionnaires des associations**

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	176	53,0
Non	16	4,8
Pas totalement	140	42,2
Total	332	100,0

53% d'enquêtés membres d'associations ont confiance à leurs gestionnaires.

Tableau 18. Documents utilisés dans des associations

Documents utilisés	Effectifs	Pourcentage
Registre de présence, carnet de cotisation, ROI, Statut,...	32	9,6
Registre de présence, carnet de cotisation, ROI	92	27,7
Registre de présence, carnet de cotisation	192	57,8
Registre de présence	16	4,8
Total	332	100,0

Parmi les membres d'associations, 57,8 % utilisent le registre de présence et le carnet de cotisation; ils sont dépourvus de statut et règlement d'ordre intérieur.

Tableau 19. Fréquence des réunions

Fréquence de la tenue des réunions	Effectifs	Pourcentage
Une fois la semaine	256	77,1
Une fois le mois	72	21,7
Une fois par semestre	4	1,2
Total	332	100,0

77,1 % d'enquêtés membres d'associations, font leurs assises une fois la semaine.

Tableau 20. Volonté d'accueil des mutualistes par les prestataires des soins

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	24	100,0
Non	0	0,0
Total	24	100,0

Tous prestataires des soins enquêtés à Lubero sont prêts à accueillir les mutualistes.

Tableau 21. Prestations exigées à la mutuelle de santé par les agents de santé

Prestations	Effectifs	Pourcentage
Maladies infectieuses et parasitaires, interventions chirurgicales, accouchements sauf les maladies chroniques	15	62,5
Toutes les prestations selon les conventions avec la mutuelle	9	37,5
Total	24	100,0

Les prestataires des soins enquêtés optent pour toutes les prestations selon les conventions avec la mutuelle à l'exception des maladies chroniques.

Tableau 22. De l'appartenance à une association et désir d'adhérer

Appartenir à l'association et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Manque de désir d'adhérer	Total
Membre	272	60	332
Non-membre	44	8	52
Total	316	68	384

$\chi^2_{cal} = 0$ ;  $\chi^2_{tab} = 3,84$  dl = 1  $\infty = 0,05$

$\chi^2_{cal} < \chi^2_{tab}$  Ho est acceptée, H<sub>1</sub> est rejetée

Tableau 23. De la fréquentation et qualité des soins dans les structures

Qualité des soins/ fréquentation	Bonne	Assez-bonne	Médiocre	Total
HGR Lubero	131	11	2	144
CS Lubero Cité	43	38	11	92
CS Kasalala	54	13	5	72
CS Mulo	36	9	3	48
PS Kavetya	8	15	5	28
Total	272	86	26	384

$\chi^2_{cal}=85,8$ ;  $\chi^2_{tab} = 15,51$  dl = 8  $\infty=0,05$

$\chi^2_{Cal} > \chi^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 24. Connaissance des principes d'une mutuelle de santé et désir d'adhérer

Connaissance des principes d'une mutuelle de santé et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Manque de Désir d'adhérer	Total
Bonne	99	32	131
Assez-bonne	77	0	77
Mauvaise	12	0	12
Total	188	32	220

$\chi^2_{cal} = 21,9$ ;  $\chi^2_{tab} = 5,99$ ; dl = 2  $\infty = 0,05$ ;

$\chi^2_{Cal} > \chi^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 25. Dynamisme de développement économique et désir d'adhérer

Profession et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Manque de désir d'adhérer	Total
Agriculture	116	52	168
Commerce	44	4	48
Agent de l'état	72	4	76
Enseignant	64	8	72
Infirmier	20	0	20
Total	316	68	384

$\chi^2_{cal} = 25,7$   $\chi^2_{tab} = 9,4$  dl = 4  $\alpha = 0,05$

$\chi^2_{Cal} > \chi^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 26. Du besoin réelle et prioritaire et désir d'adhérer

Dépenses liées aux soins et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Pas de désir d'adhérer	Total
Inférieur ou égal à 50\$	204	40	244
Entre 50 et 100\$	60	24	84
Supérieur à 100\$	52	4	56
Total	316	68	384

$\chi^2_{cal}=11,84$ ;  $\chi^2_{tab}= 5,99$  dl=2  $\infty=0,05$

$\chi^2_{Cal} > \chi^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 27. Du revenu moyen mensuel par ménage et désir d'adhérer

Revenu moyen mensuel et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Pas de désir d'adhérer	Total
Inférieur à 30\$	133	40	173
De 30 à 50\$	97	20	117
De 51 à 99\$	66	8	74
De 100\$ et Plus	20	0	20
Total	316	68	384

$X^2_{cal}=10,9$ ;  $X^2_{tab}=7,81$ ;  $dl=3$   $\alpha=0,05$

$X^2_{Cal} > X^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 28. Intention de cotisation et désir d'adhérer à la mutuelle de santé

Intention de cotisation et Désir d'adhérer	Désir d'adhérer	Manque de désir d'adhérer	Total
1\$	208	28	236
1,5\$	28	8	36
2\$	40	20	60
0,5	40	12	52
Total	316	68	384

$X^2_{cal}=16,44$ ;  $X^2_{tab}=7,81$ ;  $dl=3$   $\alpha=0,05$

$X^2_{Cal} > X^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 29. Sélection des gestionnaires des associations et leurs crédibilités

Sélection des gestionnaires et Crédibilité	Crédible	Moins crédible	Non-crédible	Total
Par élection	144	12	96	252
Par nomination	32	4	44	80
Total	16	16	140	332

$X^2_{cal}=6,2$ ;  $X^2_{tab}=5,99$   $dl=2$ ;  $\alpha=0,05$

$X^2_{Cal} > X^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

Tableau 30. Des opérations financières à la banque dans des associations et confiance aux gestionnaires

Confiance aux gestionnaires/ opérations financières à la banque	Confiance	Pas de confiance	Pas totalement confiance	Total
Opérations financières à la banque	52	0	48	100
Pas d'opérations financières à la banque	124	16	88	228
Total	176	16	136	328

$X^2_{cal}=9$ ;  $X^2_{tab}=5,99$ ;  $dl=2$ ;  $\alpha=0,05$

$X^2_{Cal} > X^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

**Tableau 31. Fréquence des ténues des réunions dans les associations et confiance aux gestionnaires**

Fréquence des réunions et confiance aux gestionnaires	Confiance totale	Pas de confiance	Confiance partielle	Total
1 fois/semaine	140	4	112	256
1fois le mois	32	12	28	72
1 fois/semestre	4	0	0	4
Total	176	16	140	332

$X^2_{cal} = 37; X^2_{tab} = 9,49; dl = 4; \alpha = 0,05$

$X^2_{Cal} > X^2_{tab}$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

## 4 DISCUSSION DES RÉSULTATS

### 4.1 DÉTERMINANTS SOCIALE

Tous les chefs des ménages enquêtés dans la cité de Lubero reconnaissent l'existence des associations dans leur milieu et 86,5% en font membres, perçoivent un esprit de solidarité, qui se fait sentir pendant les funérailles, lors d'une maladie, pendant les travaux communautaires et pendant le mariage. Comparativement à la Zone de Santé de Kikwit Nord qui regorgeait un plus grand nombre d'associations, après la confirmation de 95 % des répondants ( $P < 0,05$ ) et donc cela avait été considéré comme fondement solide au lancement des mutuelles de santé à Kikwit dans l'ensemble (NGUBULWA, B et al, 2008). Par contre, les résultats des recherches à Lubero prouvent par le test chi-carré que l'appartenance à une association n'influence pas le désir d'adhérer à une mutuelle de santé. ( $X^2_{cal} = 0,9 < X^2_{tab} = 3,84$ ). Donc le fait de ne pas être membre d'une association ne peut pas empêcher d'adhérer à une mutuelle de santé.

Quant à la qualité des soins de santé offerte par les structures de soins à la population de la cité de Lubero, tout d'abord la fréquentation de ces structures de santé par la population de Lubero est motivé par certains aspects à savoir: la compétence du personnel de santé, la qualité d'accueil des malades, la situation approximative par rapport aux structures de santé, un bon état d'équipement et en fin par la disponibilité des médicaments dans les structures. Bref, 70,8% d'enquêtés affirment que la qualité des soins dans les structures de soins de santé de Lubero est bonne. Dans le même sens, Ndikumana (2005) dans son étude rapporte que les populations font recours à des structures offrant la bonne qualité de soins et vont dans les structures qu'ils considèrent comme organisant un bon accueil pour ses patients. Les analyses de ces résultats par le test Khi-carré prouve que la fréquentation des structures de soins dépend significativement de la qualité des soins offerts à la population.  $X^2_{cal} = 85,8 > X^2_{tab} = 15,51$  Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée. En fin, avec le 70,6% des chefs de ménages de la cité de Lubero qui connaissent les principes d'une mutuelle de santé, le test khi-carré prouve que cette connaissance influence significativement leur désir d'adhérer à une mutuelle de santé. ( $X^2_{cal} = 21,9 > X^2_{tab} = 5,99$ ) Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée.

### 4.2 DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUE

Le dynamique de développement économique dans la cité de Lubero se manifeste par les activités exercées par les agriculteurs (principale activité), les agents de l'état y compris les enseignants et les infirmiers, ainsi que les ambulants. Ces activités économiques rentables donnent aux populations des ressources financières qui, si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, facilitent leur couverture collective par le biais de la solidarité entre les malades et les bien-Portants (BIT-STEP, 2002). Les analyses par le test Khi-carré prouvent que ce dynamisme de développement économique influence significativement le désir d'adhérer à une mutuelle de santé dans la cité de Lubero. ( $X^2_{cal} = 25,7 > X^2_{tab} = 9,4$ ) Ho est rejetée, H<sub>1</sub> est acceptée

Les dépenses engagées pour les soins de santé l'année écoulée, ont été évoquées par tous les chefs des ménages de Lubero, parmi lesquelles 75,0% ont connus un retard de consultations ou d'hospitalisation par manque d'argent. Face à cette situation d'incapacité d'honorer la facture de soins, les chefs de ménages prennent l'option: de s'emprunté chez un familier soit un ami, de vendre ou de mettre en gage un bien matériel et les autres renoncent aux soins de santé. Etant donné que la mutuelle de santé doit apporter une solution palliative aux problèmes de financement de soins de santé éprouvés par la communauté; la difficulté de financement se présente alors comme une pierre angulaire justifiant la création d'une mutuelle (BIT-STEP, 2002). Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi prioritaire ou, pour le moins, comme important. (BIT-STEP, 2002). Les analyses prouvent par le test Khi-carré que les soins de santé comme besoin réel et

prioritaire influence significativement le désir d'adhérer à une mutuelle de santé dans la cité de Lubero. ( $X^2_{cal}=11,84 > X^2_{tab}= 5,99$ ).  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée.

Quant au revenu, plus de la moitié des chefs de ménages de Lubero estime avoir un revenu moyen mensuel au-delà de 30\$ soit plus de 1\$ par jour. Dans le contexte du seuil de pauvreté par personne et par jour, la Banque Mondiale à 2005, avait indiqué que le revenu se classifie en moyen lorsqu'il se situe entre 1,25 et \$2,00 par personne par jour. Il est à noter que le revenu est un facteur important dans un processus de mutualisation d'une communauté, le niveau de revenu par habitant lorsqu'il est plus élevé peut augmenter la capacité des entreprises et des citoyens à assumer les cotisations payées d'avance au régime d'assurance maladie. Les analyses prouvent par le test Khi-carré que le revenu moyen mensuel influence significativement le désir d'adhérer à une mutuelle de santé dans la cité de Lubero. ( $X^2_{cal}=10,9 > X^2_{tab}=7,81$ ).  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée

La Volonté d'adhérer, les intentions de cotisation et la disposition à payer des adhérents se font observées dans la cité de Lubero. Quant à la prise en charge des soins des mutualistes, la majorité des chefs des ménages de la cité de Lubero, soit 67,7% souhaitent que la prise en charge d'un mutualiste soit d'au moins 50% de la facture. Dans le même sens, NDIKUMANA à 2005 dans son étude avait trouvé que proportionnellement au montant de cotisation estimé, le taux de prise en charge serait de 50% sauf l'accouchement et la consultation qui pourront être pris en charge en 100%. Aussi, NDIAYE à 2009 avait trouvé que par rapport au montant de cotisation, le taux devait être de 50% de soins de ses membres. Les analyses prouvent par le test Khi-carré que les intentions de cotisation influencent significativement le désir d'adhérer à une mutuelle de santé dans la cité de Lubero. ( $X^2_{cal}=16,44 > X^2_{tab}= 7,81$ )  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée.

### 4.3 DÉTERMINANTS INSTITUTIONNELLE

Parmi les 86,5% des chefs des ménages qui affirment être membre d'association, font en majorité la sélection de leurs gestionnaires par élection libre et une bonne partie d'entre eux a confiance à leurs gestionnaires. Ils utilisent les documents administratifs pendant leurs assises qui se font habituellement une fois par semaine, mais avec la gestion des opérations financières en dehors de la banque pour plus de 70,5% d'associations. L'étude faite par KIRIKUGHUNDI à 2010 en ville de Butembo, révèle que les associations sont gérées par des responsables portant la confiance de leurs membres pour 87,7% de cas. Dans la plupart de cas cette confiance se justifiait par plusieurs facteurs à la fois soit 85% dont la tenue régulière des réunions, usage de la banque pour les opérations financières,... Le mode de désignation de responsables cité par les enquêtés était les élections libres pour 78% de cas. Les analyses statistiques par le test Khi-carré montrent que la manière de sélectionner les gestionnaires des associations influence significativement la confiance envers les gestionnaires des associations dans la cité de Lubero. ( $cal = 6,2 > tab = 5,99$ )  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée. Aussi, la réalisation des opérations financières à la banque influence significativement la confiance aux gestionnaires des associations dans la cité de Lubero. ( $cal = 9 > tab = 5,99$ )  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée; et la tenue régulière des réunions influence significativement la confiance aux gestionnaires des associations. ( $cal = 37 > tab = 9,49$ )  $H_0$  est rejetée,  $H_1$  est acceptée.

## 5 CONCLUSION

C'est sous un contexte d'inaccessibilité financière aux soins de santé par la population que cette étude a été initiée dans le but ultime de déterminer les déterminants de la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire dans la cité de Lubero. Ainsi, le problème tourne autour de la question de savoir: Quels sont les déterminants de la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero ?

Après analyse et discussion des données collectées, les résultats ci-après ont été observés:

Le dynamisme social et associatif, le service de santé de qualité offert à la population par les structures existantes, la connaissance des principes d'une mutuelle de santé par la population sont les déterminants sociaux de la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero.

La dynamique de développement économique, le besoin réel et prioritaire, le revenu des ménages, la volonté d'adhérer, les intentions de cotisation et la disposition à payer des adhérents sont les déterminants économiques de la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero.

L'existence des gestionnaires des associations élus démocratiquement, les tenues régulières de la réunion, la présence des documents administratifs, la bonne gestion des finances, la disposition des structures à recevoir les mutualistes sont des déterminants institutionnels de la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero.

Cependant, la crédibilité des gestionnaires des associations et l'usage de la banque pour les opérations financières sont des déterminants institutionnels qui nécessitent un renforcement des capacités pour la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire en cité de Lubero.

## REFERENCES

- [1] BIT-STEP. 2002. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté (STEP) 36p.
- [2] BIT-STEP. 2003. Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique: bureau international du travail. (1<sup>er</sup> éd). Genève, 342p.
- [3] COHEUR, A. et al. 2007. Articulations entre les régimes légaux de sécurité sociale et les mécanismes de protection sociale à base communautaire: une nouvelle approche prometteuse. AISS, 20p.
- [4] D. CARR, 2004: «Improving the health of the world's poorest people», Health Bulletin 1, Washington DC: Population Reference Bureau, 39p.
- [5] DELANDSHEERE G. 1976. Introduction à la recherche en éducation, Liège, 402p.
- [6] E. PHELPS Charles, 1995. Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union, France, 328p.
- [7] Haubert Maxime et Rey Pierre-Philippe (coord.), 2000. Les sociétés civiles face au marché. Le changement social dans le monde postcolonial, Paris Karthala, 300p.
- [8] KAM OLEH, 2008. Politique publique, dynamique associative et développement local en Côte d'Ivoire: l'exemple de la Mutuelle de développement de Zankagieu dans la S/P de Kouan-Houlé, Côte d'Ivoire, 16p  
[http://www.revue-sociologique.org/sites/default/files/Article\\_Mutuelle\\_RS.pdf](http://www.revue-sociologique.org/sites/default/files/Article_Mutuelle_RS.pdf)
- [9] KOUASSI Bernard, 2008. Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris, 178p.
- [10] Louis Paul MOTAZE, 2007. L'Afrique et le défi de l'extension de la sécurité sociale: l'exemple JOSIAS du Cameroun. La Case africaine pour le social et l'économique (Paris). 212p.
- [11] LUTUTALA B et COFFI., 2004: Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa, Kinshasa, 74p.
- [12] MALTESER/Bukavu 2004: Enquête socio - économique et d'accessibilité aux soins enquête dans 7 ZS du Sud Kivu, Malteser, 66p.
- [13] MINISANTE RDC, 2001. Plan directeur de développement sanitaire 2002 - 2009, Kinshasa. 69p.
- [14] MSF/Belgique, 2004. Burundi: les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, 52p.
- [15] NGOUANA R., 2009. Les mutuelles de santé peuvent-elles améliorer efficacement l'accessibilité financière des travailleurs aux soins de santé de qualité au Cameroun? ISSP- population et santé  
[https://www.memoireonline.com/07/09/2271/m\\_Revue-de-la-litteratureLes-mutuelles-de-sante-peuvent-elles-ameliorer-efficace0.html](https://www.memoireonline.com/07/09/2271/m_Revue-de-la-litteratureLes-mutuelles-de-sante-peuvent-elles-ameliorer-efficace0.html).
- [16] PAIRAULT, T. 1990. « Sociétés de tontines et banques des petites et moyennes entreprises à Taiwan », dans M. Lelart (éd.), La tontine: pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement, Paris, AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, p. 281-308.
- [17] PASCAL N., 2006. Développement des mutuelles de santé en Afrique: une analyse comparative des approches et de leurs impacts, Reseach Matters, 37p.
- [18] Rusa, L. and G. Fritsche 2007. Rwanda: Performance-Based Financing In Health. Emerging Good Practice in Managing for Development Results: Sourcebook -2nd edition, the World Bank: 55-60.
- [19] STEP-BIT-CIDR., 2001. Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé. Tome 1: Méthodologie. Bureau international du travail; Genève, pp1-144.
- [20] Soglohoun, Pascal. 2012. Contribution des Mutuelles de Santé à L'Organisation de la Demande des Services et Soins de Santé en RDC. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., 59p.