

Organisation de la mutuelle de santé et accessibilité aux soins par les étudiants des institutions supérieures et universitaires de la ville de Gemena: Cas des étudiants de l'ISTM Gemena (Province de Sud-Ubangi, RDC)

[Organization of mutual health insurance and accessibility to care by students of higher and university institutions in the city of Gemena: Case of students from ISTM Gemena (Province of Sud-Ubangi, DRC)]

Mwalikutu Mondombe Olivier¹, Mambesa Bainamboka Martin¹, Ekpimbo Mambokolo Clairs¹, Matondo Kwa Nzambi Marie-Claire¹, and Tshimungu Kandolo Félicien²

¹Assistant (Enseignant) à l'ISTM Gemena, Sud-Ubangi, RD Congo

²Professeur, Docteur en Demographie et santé publique, RD Congo

Copyright © 2021 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: Far from being a reality in the daily life of populations, access to quality health care is more like a propagandist leitmotif in the head of the decision-making bodies of our country's health system. Are there not, however, means to facilitate this access? this is the question that lurks in the heads of those who suffer in search of such quality care. Several solutions can be proposed to gain access to care and achieve the goal of universal health coverage. And for poor or developing countries, the appropriate solution remains the pooling of available resources despite their limitations. Academic institutions, places of training and melting pot for the youth and future of the country can serve as laboratories to develop these experiences before considering their extension within the wider community. Mutual health insurance is a system of solidarity between the members of a professional group of mutual assistance, this organization brings together people of the same category or tendency to belong to.

KEYWORDS: Mutual, health care, student.

RESUME: Loin d'être une réalité dans le quotidien des populations, l'accès aux soins de santé de qualité passe plutôt comme un leitmotiv aux allures propagandistes dans le chef des instances décisionnelles du système de santé de notre pays. N'y a-t-il pourtant pas des moyens pour faciliter cet accès ? telle est la question qui rode les têtes de ceux qui souffrent à la recherche de ces soins de qualité. Plusieurs solutions peuvent être proposées pour avoir accès aux soins et atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Et pour les pays pauvres ou en voie de développement, la solution idoine reste la mutualisation des moyens disponibles malgré leurs limites. Les institutions universitaires, lieux de formation et creuset pour la jeunesse et l'avenir du pays peuvent servir des laboratoires en vue de développer ces expériences avant d'envisager leur extension au sein de la communauté plus large. La mutuelle de santé c'est un système de solidarité entre les membres d'un groupe professionnel d'entraide mutuelle, cette organisation regroupe des gens de même catégorie ou tendance d'appartenance.

MOTS-CLEFS: Mutuelle santé soins étudiants.

1 INTRODUCTION

La santé constitue une préoccupation majeure pour tout un chacun, un des droits fondamentaux inaliénables reconnus aux êtres humains, repris dans toutes les constitutions ou presque et dans des traités internationaux; un élément central du développement des politiques sanitaires demeure celui de l'accès aux soins. (COHEUR, A. 2009)

Si la santé est un bien essentiel, la protection sociale est un indispensable édifice pour la conserver. Il est certain que les dépenses qu'elle occasionne ne peuvent être prévues ni quant à leur montant, ni à la période où elles seront engagées. Cependant, la santé n'a pas de prix, mais les services de santé, eux ont un coût ... (TSHIMUNGU F., 2018).

L'Etat finance la santé, mais la proportion du budget national alloué à la santé est très variable et reste généralement inférieure à 15%. Les communautés continuent d'assumer la plus grande part du financement de la santé depuis les initiatives de Bamako et les politiques de recouvrement des coûts. On note que plus un pays n'est pauvre et plus sa population ne finance les dépenses de santé. (FONTEYNE, G., 2012; BERNARD, A. BIT/STEP, 2008).

Par ailleurs, l'évolution de la société engendre une « judiciarisation » des activités et l'intégration de la santé et de la sécurité au travail dans le management des entreprises est considérée comme normale, voire évidente (B.I.P/STEP, 2003).

L'amélioration de l'utilisation des services de sécurité reste une priorité de la R.D.C. Malgré une augmentation de structures sanitaires, la fréquentation tout comme le coût des soins de santé n'ont pas du tout changés et l'accès aux soins de santé reste un épineux problème pour la plupart des familles. Il n'est pas possible en R.D.C de garantir l'accès aux soins de toute la population, peu d'initiatives sont prises en faveur de la protection contre le risque maladie, des personnes non couvertes par les régimes de la sécurité sociale et parfois, il est déplorable de constater que, même les bénéficiaires de régime de sécurité sociale ne sont pas pris en charge totalement en cas d'une affection.

En effet, il existe plusieurs modalités que les praticiens utilisent pour améliorer l'accès aux soins, et la forme la plus connue reste l'adhésion à une mutuelle de santé (B.I.P/STEP, 2003).

Deux systèmes principaux s'organisent à travers le monde à savoir: Privé et Public. Chaque pays adopte un des systèmes selon son contexte, et chacun des systèmes compte 7 modèles que chaque pays adapte à ses réalités (TSHIMUNGU F., 2019).

La plupart des pays du monde recourent toujours au mode de financement le plus inéquitable.

Aujourd'hui plus d'un milliard de personnes sont privées des soins dont elles ont besoins. Chaque année plus des 100 millions des personnes s'appauvrissent à cause des dépenses de santé. (OMS, 2005).

En R.D.C depuis la colonisation jusqu'à l'avènement de l'indépendance, les soins de santé étaient gratuits pour toute la population, ces soins constituaient un droit pour le citoyen et un devoir pour l'Etat. Les ressources conséquentes étaient investies dans les hôpitaux et dispensaires pour permettre à la population d'accéder aux services de santé de qualité¹.

Pour l'OMS, le taux d'accès aux soins de santé varie entre 40 à 50% (Enquêtes OMS, 2007 et 2009).

En RDC, plus de 30 millions des congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. A côté de ce chiffre, il faut ajouter le délabrement de structures sanitaires construites pour la plupart à l'époque coloniale (OMS et CTB, 2007).

La jeune province de Sud-Ubangi n'échappe pas à cette triste réalité. La ville de Gemena, siège des institutions provinciales regorge l'essentiel des institutions d'Enseignement supérieur et universitaire dont l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM Gemena). Pourtant, il n'est pas rare de constater que les étudiants, tant de cette institution que ceux d'autres institutions de cette ville ne terminent pas leurs études suite à des cas des maladies et surtout au manque des moyens financiers pouvant leur donner accès aux soins de santé sinon, de qualité. N'ayant pas accès facile aux soins de santé, chacun se soigne à sa manière, ils recourent aux postes de santé, les autres traitements indigènes, d'autres encore à l'automédication, surtout ceux de l'ISTM formés en tant que professionnels de santé et s'estimant à même de prodiguer les soins de santé. Toutes ces pratiques comportent des gros risques pour la santé et pour le devenir de la jeunesse.

En effet les mutuelles de santé constituent l'un des moyens d'accès aux soins de santé, car elles interviennent comme facilitateur des financements de la santé (Mutuelle de santé, 2011).

- L'importance des mutuelles de santé est-elle connue par les étudiants de l'institut supérieur des techniques médicales de Gemena ?
- N'y a-t-il pas moyen d'initier, d'installer et d'organiser le système de mutuelle de santé au sein de l'ISTM Gemena ?

Cette étude se veut une étude-action. Son aboutissement peut fournir des lignes directrices pour l'installation des mutuelles de santé d'abord en faveur des usagers de l'ISTM Gemena en vue de permettre l'accessibilité de soins aux étudiants avant d'envisager son extension au sein de la province de Sud-Ubangi. Par ricochet, il y aura une augmentation de la production de cette

¹ www.minisanterdc.org

institution et la solidarité entre les étudiants riches et pauvres serait installée. Notre étude est menée dans le domaine de sécurité sociale, dans une approche quantitative du type prospective.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 LIEU D'ÉTUDE

Nous avons mené notre étude à l'ISTM GEMENA dans la RDC, la province de sud-Ubangi, précisément dans la ville de Gemena.

L'I.S.T.M. Gemena est une institution d'enseignement supérieur public; créé depuis l'année 1993 dans le cadre de la politique d'essaimage initiée par Son Excellence NDUDI NDUDI sur demande de feu son Excellence Monsieur le Ministre Maurice NYOKA BUSU NAEGO (ex. Ministre de l'Agriculture de la République du Zaïre, originaire du Secteur Bonwase, Territoire de Gemena, Province du Sud-Ubangi).

Cet institut supérieur a pour mission de former les professionnels de santé en Techniques Médicales du niveau A1 et L2, c'est-à-dire les cadres spécialisés dans le domaine des sciences et techniques médicales; et d'organiser la recherche sur l'adaptation des techniques et technologies nouvelles aux conditions de notre pays.

L'I.S.T.M. Gemena est implanté sur l'Avenue MOBUTU, dans le Quartier du Congo, dans la ville de Gemena, Territoire de Gemena, Province du Sud-Ubangi en République Démocratique du Congo.

2.2 SOURCE DES DONNÉES ET ÉCHANTILLONNAGE

Pour notre étude, nous avons fait recours à un échantillon aléatoire stratifié. Chaque section organisée par l'ISTM/Gemena est considérée comme une strate au sein de laquelle, une part de la population a été tirée pour composer la taille de notre échantillon.

La taille de notre échantillon s'élève à 110 étudiants à raison de 3 à la section de santé communautaire, 6 en nutrition, 6 en techniques pharmaceutiques, 7 en gestion, 8 en sage-femme, 8 en techniques de laboratoire et 72 en sciences infirmières.

Nous avons utilisé la formule de Fischer pour le tirage stratifié à partir d'une fraction de sondage.

Nous avons procédé de la manière suivante:

N=1618

$$n = \frac{z\alpha^2}{i^2} * pq$$

z α à 5% =1,96

I c'est le degré de précision à 5%= 0,05

P proportion de la population à étudier

Q c'est le binôme de p ou composé de p: proportion de la population non étudiée

P= nombre d'étudiants x 100/N=1506 X 100 /100 = 93%

Proportion = %/100 = 93/100 = 0,93

Q= 1- p = 1- 0,93 = 0,07

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,93 \times 0,07}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \times 0,93 \times 0,07}{0,0025} = 100,03$$

La taille de l'échantillon égale 100 + 10% DE QUESTIONNAIRE non répondant = 110

Pas de sondage = pop échantillonnée/taille de l'échantillon = 1506/110 = 13,6 = 14

Section	Pop estimée	Pop cum	N° correspondant à la section	Nbre de strate par section
Santé communautaire	47	47	1-47	3
Nutrition	81	128	48-128	6
Techniques Pharmaceutiques	84	212	129-212	6
Gestion des Institutions de Santé	104	316	213-316	8
Sage-Femme	106	422	317-422	8
Techniques de Laboratoire	111	533	423-533	8
Sciences Infirmières	973	1506	534-1506	72

Nous avons utilisé la méthode d'enquête prospective à travers un guide d'interview pré-élaboré pour la cause comme outil de collecte des données.

La technique dite d'interview a été utilisée pour cette étude, car à travers notre guide d'interview, nous avons été appelé à rencontrer les sujets, récolter leurs réponses sous forme des propositions que nous avons coché sur le guide d'interview.

Pour valider notre instrument, nous l'avons soumis à l'appréciation des experts de la recherche, certains points ont été amendés et lors de notre pré-enquête à l'ISP Gemena, nous nous sommes rendu compte de la pertinence des observations qui ont été faites dans ce formulaire.

3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

La base des données a été gérée à l'ordinateur à l'aide du logiciel Microsoft office Excel avant d'être exportée vers SPSS version 16.0 où se sont déroulées les analyses statistiques. Les archives des formulaires de guide d'interview répondus par les sujets ont été conservées.

Pour conduire notre analyse, nous avons fait recours à la statistique descriptive pour le toilettage des données et pour l'obtention des mesures de tendance centrale: fréquence relative, proportion, pourcentage. Nous avons également fait recours à la statistique inférentielle pour l'application de test d'hypothèse.

Le test de Chi-carré de Pearson a été utilisé pour comparer les propositions des différentes variables entre les étudiants de différentes sections. Avec un risque α de 5%; toute valeur de la probabilité $p \leq 0,05$ a été considérée comme significative.

3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE

3.1.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon leurs tranches d'âge

Variable	Fréquence	Pourcentage
18-24 ans	42	38,2
25-32 ans	50	45,5
33-40 ans	13	11,8
41-48 ans	5	4,5
Total	110	100,0

Il ressort de ce tableau que la majorité de nos enquêtés se retrouve dans la tranche d'âge de 25-32 ans 50 soit 45,5% et la minorité est dans la tranche d'âge de 41-48 ans avec 5 soit 4,5%.

Tableau 2. Répartition des enquêtés relative à leur sexe

Variable	Fréquence	Pourcentage
Masculin	56	50,9
Féminin	54	49,1
Total	110	100,0

Le tableau démontre que la plupart de nos enquêtés sont du sexe masculin avec 56 soit 50,9% contre 54 soit 49,1% du sexe féminin.

Tableau 3. Répartition des enquêtés par rapport à leur état civil

Variable	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	72	65,5
Marié (e)	32	29,1
Veuf (ve)	3	2,7
Divorcé (e)	3	2,7
Total	110	100

Le tableau ci-dessus nous démontre que sur l'ensemble de nos enquêtés les célibataires sont majoritaires avec 72 soit 65,5%, alors que les veuf (Ve) et les divorcés (es) sont repartis équitablement avec 3 soit 2,7%.

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon leurs promotions d'études

Variable	Fréquence	Pourcentage
G1	49	44,5
G2	25	22,7
G3	28	25,5
L1	3	2,7
L2	5	4,5
Total	110	100,0

Le tableau ci-haut montre que nos enquêtés sont majoritairement dans la classe de G1 avec 49 soit 44,5 % et L1 sont minoritaire avec 3 soit 2,7%.

3.2 ANALYSE BI VARIÉE

Dans cette section, nous présentons les données relatives aux tranches d'âges. Sur base des données descriptives, nous allons procéder au croisement de deux variables faisant l'objet d'une analyse bi variée.

3.2.1 TRANCHE D'ÂGE ET LE SOUHAIT D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

Tableau 5. Répartition des sujets selon la tranche d'âge et le souhait d'adhérer à la mutuelle

Tranches d'âges	Souhait d'adhésion à la mutuelle		Total
	Oui	Non	
18-24 ans	34	8	42
25-32 ans	46	4	50
33-40 ans	13	0	13
41-48 ans	5	0	5
TOTAL	98	12	110

Ce tableau montre que 98 soit 89,09% des enquêtés s'adhérés à la mutuelle tandis que 12 soit 10,9% ont l'avis contraire.

3.2.2 TRANCHE D'ÂGE ET LA VOLONTÉ DE COTISER

Tableau 6. Répartition des sujets selon la tranche d'âge et la volonté de cotiser

Tranches d'âges	Etre prêt à cotiser		Total
	Oui	Non	
18-24 ans	39	3	42
25-32 ans	47	3	50
33-40 ans	11	2	13
41-48 ans	3	2	5
Total	100	10	110

Le tableau nous signale que 100 enquêtés soit 90,9% ont la volonté de cotisés alors que 10 enquêtés soit 9,09% n'ont pas cette volonté.

3.3 ANALYSE INFÉRENTIELLE

Tableau 7. Relation entre informations des étudiants sur l'accessibilité facile aux soins de santé de qualité

Informations reçues Paramètres	(n=110) %	χ^2_{cal}	ddl	P	χ^2_{tab}	S
Recours au service de soins six dernier mois						
Oui 77	70					
Non 33	30	4,197	4	,380	9,488	NS
Couverture de soins par les revenus						
Oui 88	80					
Non 22	20	2,093	4	,719	9,488	NS
Autres moyens de paiement de frais de soins						
Oui 88	80					
Non 22	20	3,949	4	,413	9,488	NS

Ce tableau démontre que tous les paramètres de l'accessibilité donnent des résultats statistiques non significatifs car toutes les valeurs de Khi carré calculé sont inférieures au khi carré tabulaire à 4 ddl avec $p > 0,05$. Autrement dit, il n'y a pas de relation entre les informations reçues par les étudiants et l'accessibilité aux soins de qualité, donc les étudiants de l'ISTM Gemena n'auraient pas l'accès aux soins de santé de qualité.

Tableau 8. Relation entre informations des étudiants sur l'importance de la mutuelle

Informations reçues Paramètres	(n=110) %	χ^2_{cal}	ddl	P	χ^2_{tab}	S
Connaissances sur l'importance de la mutuelle						
Oui 72	65,4					
Non 38	34,5	2,856	3	,144	7,815	NS
Connaissances sur l'avantage de l'adhésion						
Oui 81	73,6					
Non 29	26,6	1,746	4	,782	9,488	NS

Le tableau statistique de ces données nous démontre que les résultats sont statistiquement non significatifs car toutes les valeurs de Khi carré calculés sont inférieures au khi carré tabulaire à (3 & 4) ddl avec $p > 0,05$. Autrement dit, il n'y a pas relation entre les informations reçues par les étudiants et l'importance de la mutuelle de la santé, donc les étudiants de l'ISTM Gemena n'auraient pas de connaissance suffisante sur l'importance de la mutuelle.

Tableau 9. Relation entre informations des étudiants sur l'organisation de la mutuelle de santé

Informations reçues Paramètres	(n=110) %	χ^2_{cal}	ddl	P	χ^2_{tab}	S
Souhait d'adhésion						
Oui 29	26,6	17,490	4	,002	9,488	***
Non 81	73,6					
Etre prêt à cotiser						
Oui 100	90,9					
Non 10	9,09	6,325	4	,176	9,488	***

Le tableau statistique de ces données nous démontre que les résultats sont statistiquement significatifs car toutes les valeurs de Khi carré calculés sont supérieures au khi carré tabulaire à 4 ddl avec $p < 0,05$. Autrement dit, il y a une relation entre les informations reçues par les étudiants et l'organisation de la mutuelle de la santé, donc les étudiants de l'ISTM Gemena envisageraient l'organisation de la mutuelle de santé.

4 DISCUSSIONS

Il se révèle, à travers cette étude que la grande majorité de ceux qui manifestent l'envie à l'initiative de l'organisation de la mutuelle de santé au sein de l'ISTM Gemena se recrute parmi les tranches d'âges les plus jeunes comprises entre 25-32 ans 50 soit 45,5%. Ce qui rejoint l'étude de CIBANGU réalisée en 2014 dans la ZS de Kabinda, où, il a été trouvé que c'est la tranche d'âge de la plus envie de l'organisation et de l'adhésion à une mutuelle de santé se regroupait dans la tranche d'âge des jeunes comprise entre 21 ans à 30 ans chez les adhérents et les non adhérents avec 31,3% et 28,9%.

Pour ce qui est du sexe, le travail de BAYEGE Innocent *sur la Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé* réalisé en 2005 avait révélé une forte propension de la femme à l'adhésion aux mutuelles de santé que de l'homme. Il convient de noter que dans cette étude, il a travaillé avec es ménages selon qu'ils sont gérés par les hommes ou par les femmes et non directement sur le sexe masculin ou féminin. Contrairement à notre étude où, nous n'avons pas noté une différence très significative dans la représentation de sexe. Le sexe masculin avec 56 soit 50,9% contre 54 soit 49,1% du sexe féminin.

Alors que pour les état-civils, la même étude avait trouvé que les mariés adhèreraient aux mutuelles de santé plus que les autres catégories d'état-civil à hauteur de 65%. Ce qui signifierait que les mariés subissent et savent mesurer les poids des poids de santé dans les dépenses de leurs ménages, d'où adhérer à la mutuelle reste une solution.

Du point de vue de l'accessibilité aux soins de santé de qualité, tous les paramètres analysés dans cette étude donnent des résultats statistiquement non significatifs car toutes les valeurs de Khi carré calculé sont inférieures au khi carré tabulaire à 4 ddl avec $p > 0,05$. Autrement dit, il n'y a pas de relation entre les informations reçues par les étudiants de l'ISTM Gemena et l'accessibilité aux soins de qualité. Selon le rapport d'étude d'accessibilité financière aux soins de santé en RDC (2004), il était prouvé que lors de l'hospitalisation en cas de référence, le malade et/ou sa famille paient les frais d'hospitalisation, particulièrement dans le cas de non appartenance à une solidarité communautaire. N'étant pas développée, la mutuelle ou la communauté n'intervient que dans une faible proportion de moins de 2%. Un autre fait intéressant, toujours selon ce rapport, est que 7% des ménages étaient obligés de vendre un bien domestique ou s'endetter pour supporter les soins, rejoignant ainsi les résultats de notre étude où il est démontré que la plupart des étudiants en cas de manque d'argent font recours à l'endettement ou mettent leurs biens en gage ou les vendent pour accéder au soins d'où, l'importance qu'ils accordent à l'organisation de la mutuelle de santé (cfr tableau n°11), toutes fois, ils en seraient sous informés comme on peut le constater à travers les résultats du tableau n°12 de notre étude.

5 CONCLUSION

Les mutuelles de santé sont perçues comme des outils qui améliorent l'accès financier de la population aux soins (micro-assurance), leur mise en place cadre avec la responsabilisation de l'offre de santé au niveau décentralisé. (VANDERHULST, P. 2012)

Le capital santé est attaqué dès le plus jeune âge par les conditions de vie difficiles. Malgré cette prise de conscience, ce sont toujours les populations qui vivent dans une forte précarité économique et sociale qui cumulent à la fois le plus de risques pour leur santé et le plus de difficultés à accéder aux soins (Nathalie Simonnot, 2008). La prévoyance consiste pour une personne à réserver une partie de ses ressources pour faire face à des événements incertains ou des impondérables de la vie qui pourraient

se produire dans le futur. Or, il est vrai que l'individu et la famille sont contraints d'assumer les dépenses au moment où la maladie survient. De nos jours, l'accès aux services de soins reste un problème pour la majeure partie de la population. *Il incombe ainsi, aux jeunes générations de s'organiser pour faire face à cette situation et relever le défis de la couverture sanitaire universelle mais aussi celui de la qualité de soins de santé*

Même si l'on ne peut pas se voiler la face pour admettre que la majorité de notre population estudiantine n'a pas accès aux soins de santé de qualité, l'on se doit aussi de reconnaître que ni l'Etat, ni les individus ne disposent des moyens suffisants et adéquats pour atteindre la couverture sanitaire universelle voulu par les ODD. Toutes fois, Il est possible de garantir l'accès aux soins de toute la population, cependant, cette vision reste loin d'être réalisée, car il y a peu d'initiatives qui sont prises en faveur de la protection contre le risque maladie des personnes non couvertes par les régimes de sécurité sociale. Loin d'être un aveu de faiblesse et du laisser-faire, l'organisation d'une mutuelle de santé à l'ISTM Gemena, en faveur des apprenants et de son personnel peut être un point de départ de ce grand projet. Nous sommes donc invités, chacun en ce qui le concerne de mettre la main dans la patte. C'est ainsi que la détermination des facteurs favorisant l'organisation de la mutuelle de santé à l'ISTM Gemena serviraient de préalables à l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour la santé des étudiants.

L'existence d'un système de santé performant est l'une des conditions indispensables, non seulement pour atteindre les objectifs du développement durable, mais aussi et surtout pour diminuer la souffrance humaine des plus vulnérables. C'est dans cette vision que la mutuelle de santé améliore l'accès des populations à des soins de santé de qualité.

REFERENCES

- [1] Audibert, et al. (2004). Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse.
- [2] Bart Criel et Waelkens Maria-Pia, (2004) La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest / colloque international organisé à Nouakchott, Mauritanie.
- [3] Bureau international du Travail (2003) Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, Première édition, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 342 pages.
- [4] Bureau International du Travail (BIT) 2001, Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Programme focal de promotion de l'emploi par le développement des petites entreprises (SEED), Genève.
- [5] Bureau international du Travail BIT/STEP. (2002). Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, 2ème édition.74 pages.
- [6] Christina M, (2007). Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme au système de santé. Rapport de synthèse Hongrie. In <http://www.peer-review-social-inclusion.net>.
- [7] CIBANGU, R. Mémoire sur organisation d'une mutuelle et accessibilité aux soins de santé par la population de la zone de santé de KABINDA.
- [8] CRIEL et coll. (2004) Mutuelles de santé en Afrique et qualité de soins.
- [9] François Patrice (2011) sante et population, université joseph fourrier de Grenoble, notes de cours, consulte sur le site: www.medatrice.grenoble.fr.
- [10] Instructions académiques n°021/MINESU/CAB.MIN/TLL/BYP/MNB/2019 du 15 octobre 2019 portant directives à l'année académique 2019-2020.
- [11] KAKULE MUTSINDWA (2012), Etude des déterminants de l'utilisation des services de Sante par les ménages de la ZS d'Uvira, Province du Sud Kivu, Université officielle de Bukavu.
- [12] KANGA Jonas Armel (2001) déterminants socioéconomiques de l'utilisation des services de soins de santé maternel: cas de l'observatoire de Naïakhan au Sénégal mémoire de fin d'études Institut Supérieur de sante, Sénégal.
- [13] Les Mutuelles De Santé (2011): Document politique de Mahmut et du groupe de travail protection sociale de Be-cause Health.
- [14] Ministère de santé publique RDC (2006) Stratégie de Renforcement du Système de Santé,.
- [15] Ministère de la santé et de la population Brazzaville (2013).
- [16] Ministère de la santé publique RDC (2009) Recueils des normes d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Sante, République Démocratique du Congo septembre, 56 pages.
- [17] MUSANGO et coll. (2004) profil des membres et des non membres de mutuelle de santé.
- [18] NGAL DIAW NDIAYE (2003-2004) Les déterminants socio-économiques dans la fréquentation des structures de soins de santé à Mbao, mémoire de maitrise institut de formation et de recherche en population.
- [19] OMANYONDO Marie Claire (2019), Evaluation de la qualité des soins, cours à l'usage des étudiants de 2ème licence Sciences Infirmières, ISTM/GEMENA.
- [20] OMANYONDO Marie Claire (2019), question approfondies en soins infirmiers, cours à l'usage des étudiants de 2ème licence Sciences Infirmières, ISTM/GEMENA.

- [21] OMS (2000), Accès aux services des soins de santé, Genève: OMS.
- [22] OMS (2008), Rapport sur la santé dans le monde: les soins de santé primaires, Genève: OMS P125.
- [23] OMS, CTB, rapport juillet 2007 Enquête sur les prix des médicaments en république démocratique du Congo,.
- [24] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008, pdf.
- [25] Rapport d'étude d'accessibilité financière aux soins de santé en RDC (2004).
- [26] Swiss Centre for International Health (2010): les mutuelles de santé dans les districts de karongi et de rutsiro au Rwanda, capitalisation des expériences du Programme de renforcement de la sante publique de la DDC au RWANDA.
- [27] TSHIMUNGU KANDOLO, F. (2019) Organisations Sanitaires Et Sociales Comparées, Cours à l'usage des étudiants de 2ème Licence Sciences Infirmières, ISTM/GEMENA.