

Déterminants de faible taux d'affiliation à la Mutuelle de santé Bondeko

[Determinants of low affiliation rate to Bondeko Health Mutual]

*Jean Bosco Bosso Mozanga, Daniel Matili Widobana, Jean Bosco Yoatile Benago, Jean Boniface Soge Sambu,
and Jean-pierre Basila Ilengi*

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, RD Congo

Copyright © 2020 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: This study is the result of a survey of 344 people in the Bwamanda Health Zone specifically in 8 health areas on the determinants of low affiliation to the Bondeko Health Mutual in the Provincial Division of Southern Ubangi Health. In the Democratic Republic of Congo. We conducted a descriptive retrospective study aimed at improving the conditions for universal access to health care by identifying the factors that may affect affiliation to the health insurance system of developing countries. Considering the contribution and the importance of a mutual health in the accessibility of care in health facilities, this research is based on the observation that Bondeko Health Mutual is one of the oldest in the DRC but also constituted for certain country a model to follow for others including Rwanda. Despite its seniority it turns out that the annual affiliation rate does not believe in relation to the expected population. The results of this research revealed that poverty, discouragement of providers, number of people in the household and high affiliation fees are the determinants of weak community affiliation in this research.

KEYWORDS: Mutual health, affiliates, health insurance, solidarity, risk, membership.

RESUME: Cette étude est le résultat d'une enquête menée auprès de 344 personnes dans la Zone de Santé de Bwamanda précisément dans 8 aires de santé sur les déterminants de la faible affiliation à la mutuelle de santé Bondeko dans la Division Provinciale de la Santé du Sud Ubangi en République Démocratique du Congo. Le choix de ces 8 aires de santé se justifie par le fait que nous les avons ciblés suite au faible taux d'affiliation de la population au cours de trois dernières années. Nous avons mené une étude rétrospective descriptive avec visé d'améliorer les conditions d'accessibilité universelle aux soins de santé en déterminant les facteurs qui peuvent influencer sur l'affiliation au système de mutuelle de santé des pays en développement. Considérant l'apport et l'importance d'une mutuelle de santé dans l'accessibilité des soins dans les structures de santé, cette recherche part du constat que la Mutuelle de santé Bondeko compte parmi les plus anciennes en RDC mais aussi a constitué pour certain pays un modèle à suivre pour d'autres notamment le Ruanda. Malgré son ancienneté il s'avère que le taux d'affiliation annuelle ne croit pas par rapport à la population attendue.

Les résultats obtenus de cette recherche ont révélé que la pauvreté, le découragement des prestataires, le nombre des personnes dans le foyer et les frais d'affiliation élevés constituent les déterminants de la faible affiliation des communautés dans cette recherche.

MOTS-CLEFS: Mutuelle de santé, affiliés, assurance-maladie, solidarité, risque, adhésion.

1 INTRODUCTION

Dans beaucoup de pays en voie de développement, la majorité des micro-entreprises se trouvent dans l'économie informelle là où le déficit de protection sociale est le plus important. Ce déficit atteint des proportions considérables dans certaines régions du monde.

On estime, par exemple, que près de 80% de la population d'Afrique subsaharienne n'a pas accès de manière satisfaisante aux soins de santé de base. (METPS, 2013).

La protection sociale est d'abord un droit légitime de tout individu. Elle est également une condition du progrès économique et social. L'absence de protection sociale peut avoir des conséquences graves non seulement pour la santé des personnes travaillant dans les micro-entreprises mais aussi pour le fonctionnement de celles-ci.

En effet, il arrive souvent que pour faire face à des dépenses de santé, un micro-entrepreneur soit contraint de vendre une partie de ses biens de production. En plus, l'absentéisme est souvent expliqué par l'état de santé des travailleurs, ce qui occasionne une faible productivité. La micro-entreprise étant souvent la plus importante source de revenus des ménages, cette situation affecte directement le bien-être familial.

Si le droit à la protection sociale s'étendant à l'ensemble des micros entrepreneurs apparaît comme légitime tant du point de vue de l'équité que de l'efficacité, des interrogations subsistent encore sur les moyens concrets à y accéder. Les expériences validées sont encore peu nombreuses.

Dans ce domaine, plus encore que dans d'autres, exige le pragmatisme et l'innovation pour déterminer les mécanismes les plus appropriés qui permettront de fournir la couverture universelle de la protection sociale à tous.

L'accès à partir des systèmes de sécurité sociale, des systèmes de santé publique et des programmes d'assistance sociale doivent être impulsés par l'Etat. Le développement de systèmes de protection décentralisés résultant d'initiatives locales; l'articulation des systèmes décentralisés avec les autres systèmes de protection sociale.

Les mutuelles de santé sont le produit d'initiatives locales. Elles combinent les principes fondamentaux de l'assurance, de la participation et de la solidarité. Elles mettent en jeu une assurance, puisque moyennant le versement des cotisations, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une indemnité lorsque survient un risque. Elles ont comme base la solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un risque social déterminé bénéficient d'un soutien financier. Elles promeuvent la participation car l'adhésion est libre et tous les adhérents ont le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision et de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle.

Les mutuelles de santé liées aux associations de micro-entrepreneurs restent encore peu nombreuses. Elles font cependant l'objet d'un intérêt croissant de la part de ces associations et des promoteurs des micro-entreprises. Il est important de connaître les informations de base nécessaires à ces personnes pour apprécier l'intérêt mais aussi les difficultés de la création de ces mutuelles. Ces difficultés ne sont pas à sous-estimer au regard de la relative nouveauté du sujet. Dans beaucoup de cas, les micro-entrepreneurs, en particulier ceux opérant dans l'économie informelle, sont des personnes pauvres.

Il est légitime, au nom de l'équité, que les mécanismes de protection sociale des personnes bénéficient d'un soutien financier permettant de faire jouer la solidarité au niveau national. Si, dans des nombreux pays, les possibilités de soutien financier sont très réduites voire nulles, le souci d'équité doit être préservé dans le développement futur des systèmes mutualistes.

2 METHODOLOGIE

2.1 TYPE D'ÉTUDE

Cette étude est rétrospective descriptive qui a consisté à identifier les déterminants de la faible affiliation à la mutuelle de santé Bondeko de 2015 à 2017.

2.2 POPULATION

La population de cette étude est constituée de la population de la zone de santé de Bwamanda qui compte 16 aires de santé parmi lesquelles nous avons tiré 50% des aires de santé.

2.3 ECHANTILLONNAGE

La présente étude concerne un échantillon de 320 enquêtés en raison de 20 habitants par aire de santé et 24 prestataires de soins dont 3 par structure sanitaire ayant la responsabilité de collecte des fonds auprès des affiliés. Ce qui donne un total de 344 comme la taille de l'échantillon.

2.4 CRITÈRES D'INCLUSION

- Etre population d'une des aires de santé tirées
- Etre présent le jour de l'enquête
- Etre prestataire dans une des structures qui couvre l'aire de santé
- Avoir presté au moins un an dans la structure
- Accepter volontairement de participer à l'enquête

2.5 CRITÈRE D'EXCLUSION

Est exclu de cette étude, toute personne n'ayant rempli les critères d'inclusion ci-haut.

2.6 TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES

La méthode d'enquête soutenue par la technique de questionnaire auto administré nous ont permis de collecter les données relatives à cette étude.

INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

Nous avons construit un questionnaire sur base de nos questions de recherche. Cet instrument est composé des questions fermées et semi-ouverte dont:

- La première section a porté sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés: l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la composition familiale.
- La seconde section a porté sur les déterminants de la faible affiliation à la mutuelle de santé: le niveau d'instruction des enquêtés, la qualité de soins administrés, la motivation des prestataires de la mutuelle, le niveau socioéconomique de la population.

2.7 VALIDITE ET FIABILITE DE L'OUTIL

2.7.1 VALIDITÉ

Nous avons utilisé la méthode de validation par consensus des experts qui consiste à soumettre l'instrument de collecte des données aux personnes ressources dans le domaine afin de vérifier la pertinence du contenu en rapport avec les objectifs de l'étude.

2.7.2 FIABILITÉ

Après avoir requis l'avis favorable des experts, nous avons procédé à un pré-test dans la Zone de Santé BOTO auprès de 20 personnes sur base des critères de sélection, ce qui nous a permis par consensus des personnes ressources de détecter les problèmes éventuels et de supprimer d'autres ambiguïtés dans son contenu.

2.7.3 CONTRÔLE DES BIAIS

Pour éviter les biais, nous avons retenu pour l'enquête que les sujets qui répondaient aux critères de sélection, aussi la prudence des enquêteurs pendant l'administration du questionnaire pour éviter la contamination épidémiologique.

2.8 ANALYSE DES RÉSULTATS

Les données recueillies sont saisies, codifiées, nettoyées, traitées et analysées par le logiciel SPSS version 16.0. Le test de chi carré de Yates a servi pour vérifier la différence entre les catégories des sujets de l'enquête.

CONTRÔLE DE QUALITÉ DES DONNÉES

La vérification des fiches était faite directement après l'administration pour s'assurer du remplissage correct, de l'exhaustivité, de la cohérence et de la vraisemblance des données recueillies et ceci pour tous les questionnaires.

3 PRESENTATION DES RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Nombre	%
M	304	88,4
F	40	11,6
Total	344	100

Ce tableau relatif à la répartition des enquêtés selon le sexe nous renseigne que sur les 344 personnes enquêtées, il y a 304 hommes soit une proportion de 88,4 et 40 femmes soit 11,6%.

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge du chef de ménage

Tranche d'âge en année	Fréquence	%
19 – 28	58	16,9
29 – 38	143	41,6
39 – 48	82	23,8
49 – plus	61	17,7
Total	344	100

Au regard de tableau 2 qui présente la situation des enquêtés selon la tranche d'âge, il y ressort que sur un total de 344 personnes représentant notre échantillon d'enquête; 58 soit 16,9 % se trouvent dans la tranche d'âge de 19 - 28 ans, 143 soit 41,6% dans 29 - 38 ans, 82 soit 23,8% dans 39 - 48 ans et 61 soit 17,7% sont dans la tranche d'âge de 50 ans et plus ce qui prouve que les personnes plus enquêtées se trouvent dans la tranche d'âge de 29 - 38 ans.

Tableau 3. Répartition des enquêtés selon le niveau d'études du chef de ménage

Niveau d'études	Fréquence	%
Primaire	169	49
Secondaire	93	27
Sans niveau	82	24
Total	344	100

En ce qui concerne le résultat des enquêtés repris dans le tableau 3 relatif à la répartition des enquêtés selon le niveau d'étude, nous avons trouvé 169 soit 49% du niveau primaire, 93 soit 27% de secondaire et 82 soit 24% de sans niveau. C'est-à-dire la majorité de nos enquêtés sont du niveau primaire.

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon la profession du chef de ménage

Profession	Fréquence	%
Enseignant	84	26,3
Cultivateur ou Agriculteur	229	71,6
Commerçant	7	2,1
Total	320	100

Il ressort au regard de tableau 4 en rapport avec la répartition des enquêtés selon la profession que 84 soit une proportion de 26,3% représente les enseignants, 229 soit 71,6% sont des agriculteurs, et 7 soit 2,1% sont des commerçants. Ceci montre que la plupart de la population enquêtée ont comme profession agriculteur.

3.2 VARIABLES RELATIVES AU SUJET

Tableau 5. Taux d'affiliation à la Mutuelle de Santé par rapport à la population de la Zone de Santé de 2015 à 2017

Année	Population totale de la ZS	Nombre d'affiliés	Taux d'affiliation en %
2015	228 713	64 326	28,1
2016	235 574	65 635	27,9
2017	242 641	70 092	28,9
Moyenne		66684	28,3

Tableau 6. Opinion des enquêtés selon le moyen de subsistance du chef de ménage

Moyen	Fréquence	%
Salaire	64	20
Petit commerce	39	12,2
Agriculture	217	67,8
Total	320	100

Au regard de tableau 6 qui s'articule sur l'opinion des enquêtés en matière de moyen de survie, il ressort que 64 soit 20% vivent de leur salaire, 39 soit 12,2 % vivent de petit commerce et que 217 soit 67,8 % vivent de l'agriculture.

Tableau 7. Opinion des enquêtés sur les dépenses journalières pour subvenir au besoin de la famille

Dépenses en FC	Fréquence	%
300 – 1000	166	52
1100 – 2000	110	34
2100 – 3000	38	12
3100 – plus	6	2
Total	320	100

Le résultat obtenu de tableau 7 prouve que sur 320 personnes enquêtées sur les dépenses journalières pour subvenir au besoin de la famille, 166 soit 52% sont dans la fourchette de 300 - 1000fc, 110 soit 34% sont ceux qui dépensent 1100 - 2000fc, 38 soit 12% dépensent 2100 - 3000fc et que 6 seulement soit 2% qui dépensent 3100fc et plus.

Tableau 8. Opinion des enquêtés selon le nombre de personnes prise en charge dans le foyer

Nombre de personne	Fréquence	%
2 à 5	93	29
6 à 10	157	49
11 – plus	70	22
Total	320	100

Ce tableau 8 relatif à l'opinion des enquêtés selon le nombre de personnes prises en charge dans le foyer, démontre que sur un total de 320 enquêtés 38 soit 29 % de ménage sont constitués de 2 - 5 personnes, 157 soit 49 % ont 6 - 10 personnes en charge et 70 qui ont à leur charge 11 personnes et plus.

Tableau 9. Appréciation des enquêtés sur les frais d'affiliation à la MUSABO

Appréciation	Fréquence	%
Abordable	99	31
Trop cher	221	69
Total	320	100

Le tableau 9 nous renseigne que 99 soit 31 % personnes enquêtés apprécient abordable le frais d'affiliation à la MUSABO, et que 221 personnes soit 69 % le juge trop cher.

Tableau 10. Appréciation des enquêtés sur la satisfaction des soins fourni au niveau de l'HGR et CS

Appréciation	Fréquence	%
Satisfait	160	50
Non satisfait	86	27
Très satisfait	13	4
Pas du tout satisfait	61	19
Total	320	100

Les résultats au regard de tableau 10 montrent que, la moitié de nos enquêtés disent qu'ils sont satisfait des soins fournis au niveau de l'HGR et CS, alors que 27% parlent de la non satisfaction, 19% ne sont pas du tout satisfaits et enfin, 4% seulement disent qu'ils sont très satisfaits.

3.3 APPRÉCIATION DES PRESTATAIRES DE LA MUTUELLE DE SANTÉ

Tableau 11. Opinion des prestataires sur la satisfaction de la prime octroyée par le service de la mutuelle

Opinion	Fréquence	%
Oui	3	11
Non	21	89
Total	24	100

Il ressort au regard des résultats obtenus dans le tableau 11 en rapport avec l'opinion des prestataires sur la satisfaction de la prime octroyée par le service de la mutuelle que, 3 soit 11% des prestataires seulement attestent avoir été satisfait et que 21 soit 89% disent non c.à.d. ils ne sont pas satisfaits.

Tableau 12. Opinion des prestataires sur les raisons de faible affiliation à la mutuelle

Critère	Fréquence	%
Négligence de la population	3	12
Pauvreté	11	47
Découragement	6	23
Prix exorbitant de timbre	4	18
Total	24	100

Le tableau 12 donne la répartition des prestataires de service de mutuelle sur les raisons de la faible affiliation à la mutuelle de santé.

Il y ressort que la pauvreté constitue la raison principale soit 47% de nos enquêtés suivi de découragement avec 23% ainsi que le prix exorbitant de timbre d'affiliation qui représente 18% des opinions des enquêtés et que La négligence de la population occupe respectivement 12% des opinions de nos enquêtés.

4 INTERPRETATION DES RESULTATS

Le signe positif obtenu par la variable Niveau d'instruction montre que plus les gens sont instruits, plus grand est la probabilité qu'ils acceptent d'adhérer à une mutuelle de santé parce qu'ils comprennent facilement le risque qu'ils courent lorsqu'ils tombent malades.

La liaison entre l'état civil et le choix d'adhésion à une mutuelle de santé est une liaison positive. Ce qui veut dire plus les gens sont mariés, plus ils acceptent d'adhérer à une mutuelle de santé. Elle peut s'expliquer par le fait que les Chefs des ménages mariés sont conscients des dépenses énormes à effectuer sans l'apport des mutuelles de santé.

La liaison entre la qualité de soins et le choix d'adhésion à une mutuelle de santé est une liaison négative. Il apparait donc, que plus la qualité de soins reçus par les abonnés est bonne, plus ils acceptent d'adhérer à une mutuelle de santé. Ce qui explique que les mutuelles de santé garantissent une bonne qualité de soins à leurs membres.

Le signe positif obtenu par le coefficient de la variable taille de ménage montre que plus il y a des individus dans un ménage, plus élevée est la probabilité qu'ils acceptent d'adhérer à une mutuelle de santé.

Le revenu a aussi une influence sur l'adhésion aux mutuelles de santé du fait que c'est grâce au revenu du chef de ménage qu'il peut payer les frais d'adhésion. Ce qui implique que plus grand est le revenu du chef de ménage, plus grand est le nombre des personnes qu'il fait affilier à la mutuelle.

Les variables dont les coefficients ne sont pas significatifs (l'âge, la religion, l'alternative de recours aux soins) n'influent pas sur la probabilité de choix d'adhésion à une mutuelle de santé.

Les variables qui sont significatifs influent sur la probabilité d'adhésion à une mutuelle de santé. Ainsi, le signe négatif du coefficient de la variable niveau d'instruction signifie que la probabilité d'adhésion à une mutuelle de santé diminue avec le niveau d'instruction.

Donc une sensibilisation des gens non scolarisés pourrait agir, dans un premier temps sur l'accès aux mutuelles de santé et le taux de fréquentation des centres de santé et enfin sur le bien-être des populations en matière sanitaire.

Le signe positif du coefficient de la variable « état civil » signifie que la probabilité d'adhésion à une mutuelle augmente si les Chefs des ménages sont en majorité mariés. Ceci s'explique par le fait que généralement, les mariés (monogames ou polygames) ont en charge un nombre important d'individus. Donc pour pallier aux difficultés de paiement de soins de santé, ils préféreraient adhérer à une mutuelle de santé.

Le signe positif obtenu par le coefficient de la variable taille de ménage montre que plus les individus sont nombreux dans le ménage, plus grande est la probabilité qu'ils acceptent d'adhérer à une mutuelle de santé. Ceci peut s'expliquer par le niveau élevé des dépenses de soins de santé. Le niveau d'instruction agit négativement sur la probabilité d'adhésion lorsqu'il s'agit d'un individu moins instruit et positivement lorsque l'on a un niveau d'instruction élevé.

Enfin, la qualité de soins reçus influence positivement la probabilité de choix d'adhésion à une mutuelle de santé. Plus les soins reçus sont de bonne qualité, plus grande est la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé.

L'adhésion aux mutuelles de santé dépend aussi des frais d'adhésion. Les mutuelles de santé les moins chères attirent plus d'adhérents.

5 DISCUSSION DES RESULTATS

L'analyse des tableaux 1, 2 et 3 indiquent que le faible taux d'adhésion à la mutuelle au sein de sa population cible qui était de 28% en 2015 est passé à 29,47%, en 2016 et d'environ 28,1%, en 2017. Ce taux qui est descendu en 2017 a connu une augmentation de 1,47 en 2016 contre une baisse de 1,6% en 2017. L'on constate donc que le niveau des adhésions évolue très faiblement par rapport aux effectifs sur la population et en plus cette légère évolution n'est pas soutenue.

Les chefs de ménages sont en majorité des cultivateurs parmi les membres de la mutuelle de santé de Musabo (71,6%), suivi des enseignants (26,3%), enfin quelques petits commerçants (2,1%) qui s'intéressent rarement de la mutuelle de santé. Il a été découvert que 88,4% des chefs de ménages sont des hommes contre, 11,6% des femmes. Ce résultat diffère de celui mené sur la mutuelle de santé de Muresha au Rwanda par Bachibola Munganga appelé MUSAMU sur les déterminants de l'affiliation à cette mutuelle. Cette étude a révélé que les femmes mariées se soucient de l'adhésion à la Musamu soit 56,6% et 54% sont jeunes, 8% des étudiants, les cultivateurs sont dans l'ordre de 38%.

Les études menées par KUTZIN et BAMUN (1992), selon lesquelles des résultats encourageants de préfinancement communautaire des soins de santé comme alternative à l'accès aux soins de santé de qualité des populations vulnérables comparés aux mécanismes traditionnels de financement de type in put ont été observés à l'hôpital de Bwamanda en 1992.

Parmi ces résultats observés, l'on avait noté le système de financement autonome par augmentation de la mobilisation des ressources des services de santé dans la région. Mais, par contre, la principale faiblesse de cette approche était qu'elle avait entraîné un accès inéquitable aux soins de santé entre membres et non membres du système.

Bien plus, il était apparu des possibilités de hasard moral en ce sens que les membres du système avaient tendance à une sur consommation des services offerts dans la mesure où le coût inhérent à un tel comportement était assez moindre pour eux comparativement à celui que pourrait supporter les non-membres.

Par ailleurs, 89,2% des membres pensent que la Musabo n'est pas bien géré par les responsables mais 10,7% des membres manifestent un avis contraire. Et, par le fait même ils peuvent affecter l'utilisation des services de santé car cet effectif approche proportionnellement la population d'étude.

Pour ceux-ci, la pauvreté constitue un déterminant pour la non affiliation (46,9%) suivi du découragement (23,08%) ce qui s'explique par le fait qu'une frange importante des enquêtés (26,9%) se disent non satisfaits de la qualité de soins fournis par les structures (HGR et CS) ainsi que le frais d'affiliation qu'ils trouvent exorbitant.

L'étude a aussi révélé que la pauvreté constitue un des déterminants de la faible affiliation à la Musabo ce qui se traduirait par les résultats des tableaux 7 et 8 selon lesquels 52% des enquêtés vivent avec maximum 1000 FC par jour alors que la majorité des ménages sont constitué de 6 à 10 personnes ce qui explique qu'une personne vit avec 125 FC par jour, signe d'extrême pauvreté mais aussi l'opinion des prestataires qui témoignent que la pauvreté constitue un déterminant de la non affiliation à la Musabo. Ceci rencontre le résultat de l'étude menée par Bachibola Munganga sur la Muresha.

6 CONCLUSION

Nous voici aux termes de cette étude intitulé « **Déterminants de faible taux d'affiliation à la Mutuelle de santé Bondeko dans la zone de santé Rurale de Bwamanda (MUSABO)** ». Nous avons mené une étude rétrospective descriptive afin d'étudier les facteurs favorisant l'adhésion ou non des ménages dans la mutuelle de santé à Musabo. Les données disponibles de cette étude sont celles qui sont récoltées au sein de la mutuelle de santé qui ont été complétées par des descentes de terrain dans les villages habités par les affiliés qui sont dans les aires de santé dans lesquelles sont érigés les formations sanitaires conventionnées.

Pour récolter ces données, nous nous sommes servis des outils et techniques suivantes:

- La revue documentaire.
- Un Questionnaire d'enquête
- L'entretien
- Observation active

Les principaux résultats obtenus au cours de cette étude sont:

QUANT AUX DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES DE LA FAIBLE ADHÉSION DES MÉNAGES À LA MUTUELLE DE SANTÉ À MUSABO

Les chefs des ménages éprouvent des difficultés de faire adhérer tous leurs dépendants qui sont estimés entre 6 à 10 personnes. Les effectifs d'adhésion à la Musabo en 2017 est de trop bas en dessous de la moyenne proportionnellement à la population totale pour les trois années de notre étude.

Ce sont des familles nombreuses et, le frais d'adhésion jugé très chère par plus de la moitié, le chômage, la pauvreté des chefs de ménages, des personnes d'ores et déjà vulnérables restent le goulot d'étranglement de l'adhésion des ménages.

EN CE QUI CONCERNE LES DÉTERMINANTS LIÉS À LA MUTUELLE DE SANTÉ

La Mutuelle de Santé Bondeko est loin de respect des procédures et de satisfaire ses prestataires ce qui constitue une source de démotivation pour eux.

La qualité de soins administrés aux membres est jugée non satisfaisante par eux-mêmes ainsi que le niveau très bas des chefs des ménages qui constitue aussi un frein pour la bonne compréhension des problèmes liés à la santé mais aussi et surtout pour trouver un emploi décent qui puissent leur permettre de résoudre les problèmes de leurs foyers.

RECOMMANDATIONS

AUX GESTIONNAIRES DE LA MUTUELLE

- D'éviter la dilapidation des fonds générés pour des activités autres ou secondaire que le remboursement qui constitue la raison principale de l'existence de la mutuelle.
- Mettre en place un système comptable transparent pouvant permettre aux affiliés à se rendre compte de l'utilisation des fonds cotisés,
- Passer à temps la commande des intrants pour éviter le retard dans le démarrage des activités de la campagne;
- Bien motiver les prestataires en vue de les encourager à la sensibilisation massive de la communauté;
- Respecter la période de l'affiliation et commencer à temps le remboursement pour éviter de décourager la communauté;

AUX PRESTATAIRES DE LA MUTUELLE

- De veiller au respect du principe d'affiliation familial et non céder à la tentative de la communauté de ne faire affilier que les personnes de leur choix.

REFERENCES

- [1] AKTOUK, O. (1992), Méthodes des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique une critique, presse de l'université de Québec.
- [2] COCHEUR A, (2010), « La santé en Afrique: le rôle des mutuelles », in Alter Ego n° 42.
- [3] Defourny et, Faillon J, (2001): « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne »: un inventaire des travaux empiriques, Mondes en développement: n° 153.
- [4] Jean- JACQUES et PROTET, (2000) « Droit de la sécurité sociale », 9ème éd, Paris, Dalloz.
- [5] KUNZIN et BAMUN, (1992) « les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne: un inventaire des travaux empiriques ».
- [6] HNP Advisory services, (2004): Les mutuelles de santé en Afrique subsahariennes, Etat de lieu et réflexions sur un agenda de recherche.
- [7] LOHATA T. (Prof) (2012): Méthodologie et Epistémologie des sciences sociales via Sciences Politique et Administrative, éd. Presse Universitaire du Sankuru.
- [8] PINTO GRAWITZ M, (1971): « Méthodes de Recherche en Sciences Sociale », 4ème édition, Dalloz, Paris.
- [9] Schneider P, Diop, Pand F, Bucyana S, (2000): «Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda», MD/partnerships for Health Reform (PHR) project 2010.
- [10] Yemerck Bimam J, (2009): « Préfinancement Communautaire des soins de santé comme alternative à l'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations vulnérables »: une évaluation du consentement à payer des populations rurales au centre du Cameroun.
- [11] Faisabilité de la mise en œuvre de mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo, Septembre-Octobre 2004. Rapport de mission. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo, Coopération Technique Belge, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique, 2004.
- [12] OMS, Note technique sur le financement de la santé, Régimes d'assurances maladie communautaires dans les pays en développement: faits et problèmes et perspectives, 2ème version, OMS /EI, 2003, pp 40.
- [13] Plans national de développement sanitaire PNDS 2015-2020, Ministère de la santé publique de la République Démocratique du Congo.
- [14] Séminaire nationale « Réflexions sur la réforme en cours en RD Congo.
- [15] UNICEF –RDC (ex-ZAIRE), le financement communautaire des soins SSP, Initiative de Bamako, module de formation.