

**ETUDE DE LA FAISABILITE DE LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE COMME
MODE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DANS LA ZONE DE SANTE DE GOMA**

**Par Dr KAYUMBA BAYE José, Master et Assistant du second mandat à l'Institut Supérieur des
Techniques Médicales de Masisi.
E-mail : josekayumba27@gmail.com**

Résumé

Cette étude a porté sur l'étude de la faisabilité de la mise en place d'une mutuelle de santé comme mode d'accès aux soins de santé dans la zone de santé de Goma.

De manière notable, les résultats précisent que la majorité de la population localisée dans cette zone vit en dessous du seuil de la pauvreté ; la mutuelle de santé peut être une solution à l'inaccessibilité financière aux soins de santé ; La population n'est capable de contribuer que juste après la vente de leurs produits ou paiement des salaires ; les gestionnaires des structures médicales acceptent la Mutuelle de Santé à 100%, tout en souhaitant un montant forfaitaire.

Ces résultats corroborent que la zone de santé de la ville de Goma accuse encore un phénomène de précarité et du faible accès aux des soins de santé de la population.

Mots clés : *Mutuelle de santé ; Zone de Santé ; Soins de Santé ; Population ; Accès*

Abstract

This studies focused on studying the feasibility of setting up mutual health insurance as a mode of access to health care in the Goma health zone.

Notably, the results specify that the majority of the population located in this area lives below the poverty line ; mutual health insurance can be a solution to financial inaccessibility to health care ; the population is not able that after the sale of their products or payment of salaries ; the managers of medical structures accept mutual health insurance one hundred percent while wishing for a lump sum.

These results confirm that the health of the city of Goma still shows a phenomenon of precariousness and poor access to health care for these population.

Keywords : *Mutual Health, Health Insurance, Health Zone, Health Care, Population, Access*

INTRODUCTION

La Province du Nord-Kivu étant l'une des provinces que compte la RDC, est subdivisée en 6 territoires administratifs, avec une population totale estimée à 5.489.879 habitants sur une superficie de 53.855km².¹

Sur le plan sanitaire, elle est découpée en 34 zones de santé en novembre 2003 alors qu'elle n'en comptait que 19 jusque-là opérationnelles.

En 2005, deux nouvelles zones de santé issues du découpage de 2003 ont démarré portant ainsi à 21 le total des zones de santé fonctionnelles en 2005. La poursuite du projet DON en médicaments sur toute l'étendue de la province du Nord-Kivu même des réactifs de labo, consommables et matériels médicaux dans les structures intégrés aux soins des santé primaires (SSP).

Avec les tarifs forfaitaires dans les structures bénéficiaires, il ressort toujours une sous utilisation des services surtout dans les milieux ruraux où la population est incapable de se procurer les soins. Seules les familles plus ou moins aisées passent dans les institutions sanitaires et les rares familles malaisées sont incapables de se payer certains examens et même certains produits pharmaceutiques ce qui explique à outrance un manque d'équité dans la distribution des soins et la sous utilisation de services.

Malgré les grands nombres de centres de santé et les hôpitaux dispersés sur l'étendue de la province du Nord-Kivu, il y a seulement amélioration de l'accessibilité géographique mais le manque de moyen financier reste une grande barrière à l'accessibilité aux soins de santé.²

Sur le plan des données de la maternité, il y a toujours une faible couverture (soit 67%) car la qualité de celle-ci exige encore beaucoup d'efforts. La mortinatalité et la mortalité infantile sont de 21 pour 100% nouveaux cas tandis que celle de la mortalité intra hospitalière se trouve entre 4% et 8%.

Dans la zone de santé de Goma, nous rencontrons au moins 5 hôpitaux de référence.

Parmi les problèmes de la zone de santé de Goma, nous trouvons en 1^{er} lieu l'inaccessibilité financière aux soins de santé suite à la pauvreté et surtout que 82% vivent de l'informel, ceci fait que la population soit incapable de recourir au service de santé.

Ainsi, par manque des moyens, on recourt à la pratique d'exorcisme et aux groupes de prière pour recouvrer la santé car cette population démunie est incapable de se procurer les soins. D'ailleurs, on

¹ Rapport annuel IPS, 2005, p.27

² Idem, p.36

enregistre beaucoup de malades qui décident de rester à la maison et pourtant proche des services médicaux. Ce qui entraîne souvent des cas de décès.

Certaines personnes meurent ou développent des séquelles pour des petites pathologies et pourtant curables si elles arrivaient à temps dans une structure sanitaire.

La RDC a souscrit à la stratégie des SSP adoptés par les groupes membres de l'OMS que le pays est appelé à respecter. Elle place la population au centre de toute action sanitaire.

La plupart des zones de santé sont en état d'abandon. Les estimations modestes de la couverture des installations sanitaires montrent qu'au moins 37% de la population ou approximativement 18,5 millions de personnes n'ont pas accès à toute forme de soins de santé.³

Le taux élevé de mortalité est observé principalement parmi les groupes pauvres et vulnérables que sont des populations rurales, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans avec comme conséquence une détérioration des principaux indicateurs de l'état de santé à savoir : l'espérance de vie à la naissance, la malnutrition, le taux de séroprévalence au VIH-SIDA.⁹

Les accouchements non assistés représentent 65 à 85% et sont à la base d'une forte mortalité maternelle. La mortalité infantile en 2001 est de 129 décès pour 1000 naissances vivantes en milieu urbain et 138 décès pour 1000 naissances vivantes dans les zones rurales alors que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a atteint 213 pour 1000 en 1998. Le taux de mortalité maternelle a été de 870 pour 100.000 naissances vivantes en 1995. Un taux déjà trop élevé et qui a fortement augmenté en 2001 avec 1289 pour 100.000 naissances vivantes.⁴ Les soins de santé étant une priorité

dans la ville de Goma comme sur toute la nation, il est vrai que le problème de santé n'est pas uniquement un objet social mais aussi économique.

Cela étant, la problématique de financement des services de santé occuperait la place la plus importante dans la gestion de routine des systèmes de soins.

La population de Goma et principalement celle vivant dans la zone de santé de Goma se trouve actuellement abandonnée malgré la prolifération des structures sanitaires dans tous les coins et les recoins de cette contrée qu'elle soit intégrée dans les structures normales de la zone de santé ou privée supervisée par le professionnel de santé qualifié, l'accès aux soins par manque de moyens financiers demeure une préoccupation.

³ MINIPLAN, DSRP, 2004, p.8 ⁹ Idem, p.13.

⁴ Idem, p.16

Ainsi, certaines personnes voisines des structures sanitaires meurent des petites pathologies et pourtant curables si le patient se présentait à temps dans une structure médicale. Par manque de moyen, il recourt aux soins pendant la période des complications après un tripotage par l'automédication perte du temps à la prière soit par traitement traditionnel non contrôlé et non autorisé. La population de ce milieu est pauvre et les soins coûtent relativement chers par rapport à leurs revenus. Ce qui explique la non fréquentation des patients aux services des soins et les personnes malades meurent à domicile et d'autres développent des complications et des résistances suite à l'automédication.

Ainsi, cette étude voudrait savoir si la mise en place d'une Mutuelle de santé est faisable pour tenter de résoudre le problème d'inaccessibilité financière aux soins de santé de la population de ce milieu.

Suite à cette problématique, l'étude voudrait répondre à la question cruciale : la mise en place d'une mutuelle de santé comme système de paiement des soins de santé dans la ville de Goma spécifiquement dans la zone de santé de Goma est-elle faisable ?

L'étude va tenter de répondre pratiquement à ces différentes questions :

1. La pauvreté et l'instabilité financière ne sont-elles pas à la base de l'inaccessibilité financière aux soins de santé ?
2. Quelles sont les capacités financières, la volonté contributive et l'attitude de la population de la zone de santé de Goma vis-à-vis de l'adhésion à une mutuelle de santé pour une probable mise en place.
3. Le niveau des connaissances de cette population sur le fonctionnement d'une mutuelle de santé est-il suffisant pour faciliter l'implantation et l'adhésion ?

Au vu de cette étude sur la faisabilité de la mise en place d'une mutuelle de santé comme système de paiement de soins de santé dans la ville de Goma spécifiquement dans la zone de santé de Goma, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

1. La pauvreté et l'instabilité financière seraient des barrières à l'accessibilité financière aux soins de santé.
2. Les capacités financières, la volonté contributive d'adhésion des chefs des ménages permettraient l'implantation et le bon fonctionnement d'une mutuelle de santé.
3. La connaissance suffisante sur le mode de fonctionnement et les avantages du système de prépaiement seraient à la base de l'implantation d'une mutuelle de santé.

L'objectif principal de cette étude consiste à étudier la faisabilité du système de prépaiement par mutuelle de santé comme mode d'accès aux soins de santé dans la zone de santé de Goma en ville de Goma.

Les Objectifs spécifiques sont décortiqués en ces termes :

Vérifier si la saisonnalité des moyens financiers et la pauvreté peuvent être à la base de l'inaccessibilité financière aux soins de santé ; évaluer les capacités financières, les volontés contributives et les attitudes des chefs des ménages face à l'adhésion à une mutuelle de santé ; déterminer le niveau de connaissance des chefs des ménages sur le mode de fonctionnement et les avantages du système de prépaiement.

II. CADRE METHODOLOGIQUE

II.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude à la fois exploratoire et descriptive. En termes d'horizon temporels, elle est transversale. L'enquête va se dérouler au niveau des chefs des ménages de la zone de santé de Goma et aux gestionnaires des structures médicales.

Les données seront collectées à l'aide d'un questionnaire d'enquête fermé et/ ouvert aux chefs des ménages et aux gestionnaires des structures médicales considérés dans l'échantillon en vue de connaître le niveau des connaissances des chefs des ménages sur les mutuelles de santé et le souhait tarifaire des gestionnaires des structures médicales en vue de découvrir si on peut l'adopter comme système de soins dans cette collectivité pour pallier tant soit peu aux problèmes de santé.

II.2. POPULATION D'ETUDE

Il s'agit des responsables des ménages tirés au hasard dans la zone santé de Goma. La population totale de cette zone est de 236 587 habitants répartie en 33798 ménages soit une taille moyenne de 7 personnes par ménage sur toute l'étendue de la zone et 40 gestionnaires des structures médicales soit 1 personne par formation sanitaire⁵.

II.3. DETERMINATION DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, notre échantillon va porter sur les responsables des ménages femmes et hommes confondus de toute la zone de santé de la ville de Goma et les gestionnaires des structures médicales de la zone de dite structure.

⁵ Collectivité Osso/ Banyungu, Rapport annuel, 2005, p.5.

Selon le CICR (1995), la taille de l'échantillon doit être la plus grande possible si l'on veut réduire au maximum les erreurs dues à l'échantillonnage.⁶ Ainsi nous avons appliqué la formule de l'OMS de la manière suivante : $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ Ainsi, avec $n =$ taille de l'échantillon désiré.

$Z =$ valeur de la variable normale pour un degré de confiance au niveau de fiabilité à 95%. $P =$ Estimation de la prévalence recherchée (si on prend 50% = 0,5) $q = 1 - p$ (sujets n'ayant pas la caractéristique recherchée) $d =$ Marge d'erreur tolérée (5% = 0,05)

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} = \frac{0,9604}{0,0025} = 384$$

Tableau n°1. Détermination de l'échantillon par aire de santé

N°	Aires de santé	Population totale estimée	Ménages	Proportion	Répartition = n
1	BUHIMBA	9.329	1332	0,04	7,68
2	CARMEL	25.109	1.004	0,11	21,12
3	CAZOP	8.541	342	0,043	5,76
4	CCLK	26.842	1.074	0,11	21,12
5	HEAL AFRICA	11.355	454	0,05	9,6
6	HIMBI	25.088	1.003	0,11	21,12
7	KATINDO	22.791	912	0,09	17,28
8	KESHERO	53.413	2.136	0,23	44,16
9	MAPENDO	54.119	2.165	0,23	44,16
		236.587	9463	1	

Source : Notre enquête

II.3.1. Echantillonnage des ménages

Comme nous venons de le dire précédemment, nous utilisons un échantillon stratifié proportionnelle à sa taille et d'une manière aléatoire dans la zone de santé de Goma.

⁶ OMS Participation communautaire au programme, Op. Cit., p.164.

Nous avons retenu les 9 aires de santé comme 9 strates et avons déterminé le nombre des chefs des ménages qu'il faudra utiliser comme échantillon dans chaque strate, voir tableau n°1.

Nous nous sommes servis du cadre d'échantillonnage, qui est la liste de recensement administratif des ménages dans cette zone de santé qui nous a fourni les chiffres suivants :

$\frac{70543}{8} = 9318$
Bapfuna

$\frac{51250}{8} = 6406$
Nyamaboko^{1^{er}}

$\frac{34623}{8} = 4328$
Buabo

$\frac{48557}{8} = 6070$
Biiri

$\frac{10506}{8} = 1313$
Banyungu

II.3.2. Echantillonnage des prestataires

Nous avons considéré un échantillon exhaustif constitué des tous les 40 responsables des ménages des formations sanitaires tant pour le PMA que pour les PCA.

II.3.3. Choix de l'échantillon

Le choix des chefs de ménage a été effectué au hasard dans chaque strate pour sélectionner 384 chefs des ménages dans les 9 aires de santé.

Nous avons utilisé la méthode de l'urne en accordant à tous les responsables des ménages des numéros chronologiques dans chaque aire de santé et avons procédé au retrait plus remise en vue de respecter la probabilité. On a alors tiré le nombre de ménages souhaité.

En outre, pour chaque ménage, le chef de ménage rencontré homme ou femme supportant la charge de ce ménage a été immédiatement contacté et interrogé.

Le début de l'enquête intervient au même moment pour toutes les équipes dans chaque aire de santé jusqu'à atteindre le nombre des chefs de ménages prévus comme dit précédemment et cela dans moins d'une semaine.

Quant aux responsables des structures sanitaires, nous avons utilisé la technique du Focus group Discussion ; car sont des données qualitatives et dont les résultats sont présentés sous forme narrative.

II.4. METHODES ET TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

II.4.1. Méthodes

Au cours de notre démarche scientifique, nous avons utilisé les méthodes suivantes :

a) La Méthode de diagnostic global, rapide et participatif (DIGRAP en abrégé).

Cette approche permet d'évaluer la situation actuelle d'un système en identifiant des contraintes et d'atouts, de recherche et de propositions ou plans d'actions.

b) Méthode active de recherche et de planification participative (MARP)

Pour la collecte des données, nous avons utilisé les outils et les techniques suivants : un questionnaire d'enquête et la technique documentaire. Pour cela, le questionnaire a été donné directement aux chefs de ménage constituant notre échantillon, aux infirmiers responsables des CS et au MCZS ou son délégué.

A part les caractéristiques de l'enquête, le questionnaire destiné aux chefs des ménages comprend 3 parties selon les objectifs tels que définis précédemment. Ce questionnaire est élaboré et utilisé au niveau des chefs de ménage. Il est écrit en français et a été traduit en Swahili par les enquêteurs chez les répondants pour une bonne compréhension.

Le répondant est libre de choisir la langue qu'il maîtrise. L'enquêteur, après l'autorisation de l'enquêté, lit clairement la question, l'explique à l'enquêté et note les réponses. Si l'enquêté est lettré, on lui remet le questionnaire. Toutefois, s'il y a des zones d'ombres, on lui explique et lui-même note ses réponses sur le questionnaire.

Néanmoins, avant l'interview de l'interlocuteur dans chaque ménage pris comme échantillon, il y a toujours une brève introduction sur la question principale de l'étude.

Quant aux responsables des ménages le FGD nous a permis de comprendre ce qu'ils pensent par rapport à l'implantation d'une mutuelle de santé.

II.4.2. Techniques

- Questionnaire d'enquête.
- Analyse documentaire.
- Focus Group Discussion.

II.5. PROCEDURE DE L'ENQUETE

II.5.1. Recrutement des enquêteurs

Nous avons recruté 18 enquêteurs soit 2 personnes par aire de santé constitué par des infirmiers et les techniciens en sciences sociales.

Ces 18 enquêteurs ont été recrutés sur base de la connaissance du milieu, des capacités compréhensives et surtout de la connaissance de la langue locale utilisée.

II.5.2. Formation des enquêteurs

Avant le déploiement sur terrain, nous avons procédé par une formation minutieuse en vue d'expliquer distinctement aux enquêteurs l'objectif ultime de la recherche, la compréhension spécifique et générale des questionnaires d'enquêtes.

En outre, la partie la plus indispensable de la formation a été consacrée à la méthodologie de la recherche, les considérations éthiques dont l'honnêteté, la politesse, la dignité et nous avons eu des suggestions très enrichissantes pour la collecte des données dans la pré- enquête.

II.5.3. Enquête proprement dite

a) Pour l'enquête ménage

Nous avons remis le questionnaire d'enquête aux chefs de ménage constituant notre échantillon et les enquêtés nous ont fourni des réponses relatives aux questions spécifiques.

Nous avons fait accompagner nos enquêteurs par l'infirmier titulaire de l'aire de santé concerné et une autorisation de recherche signée par le Médecin Chef de Zone de Santé. Néanmoins, pour l'accès facile dans les ménages ciblés, nous avons utilisé, à part les différentes personnalités citées ci-haut, les membres du comité de santé des structures sanitaires de ce milieu.

Pour interroger notre échantillon dont 384 chefs de ménages, chaque personne enquêtée devait répondre à toutes les questions posées selon l'enchaînement logique des renseignements mis à sa disposition.

Nous avons conduit la supervision afin de nous rassurer de son bon déroulement.

Pour les enquêtés qui ne savaient ni lire ni écrire, les enquêteurs traduisaient, lisaient et expliquaient le questionnaire en langue locale pour leur faciliter la compréhension et enfin, ils transcrivaient les réponses sur le guide de récolte des données.

b) Pour le FGD

Pour le FGD, nous avons tenu cet entretien nous-mêmes avec le responsable de la formation sanitaire pour avoir leur désidérata concernant plus les tarifs préférentiels ainsi découvrir la faisabilité de la mise en place d'une mutuelle de santé dans la zone de santé de Goma.

II.6. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Pour la récolte des données, nous avons utilisé les matériels suivants :

- Une fiche de questionnaire d'enquête dont un questionnaire fermé et/ou ouvert adressé aux chefs des ménages. Ce questionnaire a permis aussi de connaître les problèmes et les souhaits des chefs de ménages.
- Guide d'interview non structuré.

II.7. SAISIE, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Nos données ont été collectées selon la répartition calculée de l'échantillon et aux responsables sanitaires. Elles ont été dépouillées, enregistrées, saisies en Word tandis que l'analyse des données de l'enquête a été faite en SPSS.

II.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES DE L'ETUDE

L'objet de cette étude étant l'être humain et surtout de sa vie, c'est ainsi que se pose les problèmes d'ordre éthique pour nos chercheurs. Ces questions restent cruciales car les données dans la société ne concernent que l'être humain et ne doivent donc pas se faire au mépris des valeurs éthiques.

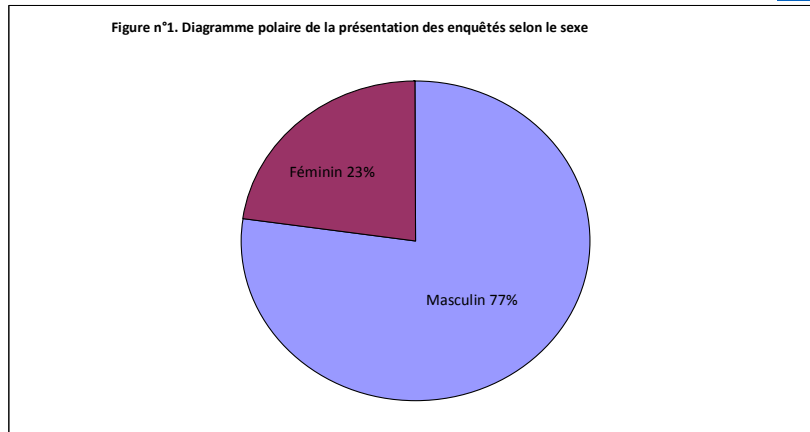
III. PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET DISCUSSION DES RESULTATS

III.1. RESULTATS OBTENUS PAR QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES CHEFS DE MENAGES

Ces résultats sont présentés dans des graphiques, des diagrammes et tableaux contenant des effectifs et de pourcentages, le tout précédé par les questions posées aux répondants. Les différents graphiques, diagrammes et tableaux sont repartis selon les thèmes des objectifs spécifiques de l'étude hormis les caractéristiques des répondants.

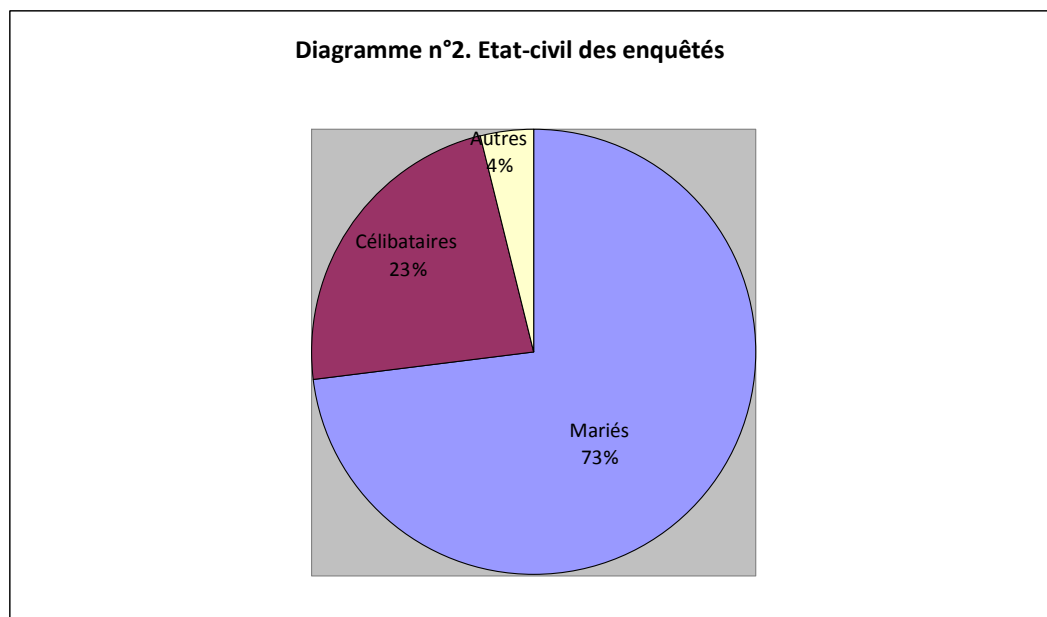
III.1.1 Répartition des enquêtés selon les caractéristiques des répondants

Cette identification a été faite sur base du sexe, de l'état civil, du niveau d'étude et de la catégorie professionnelle.



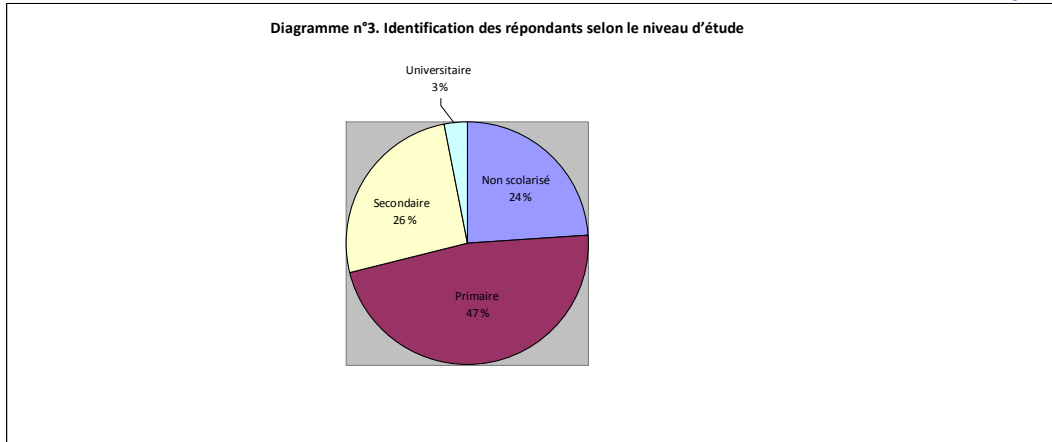
Source : notre enquête 2006

Eu égard au résultat de ce diagramme, nous constatons que nos enquêtés sont constitués de 77% d'hommes et de 23% de femmes et dont leur état-civil est représenté dans le diagramme suivant.



Source : notre enquête 2006

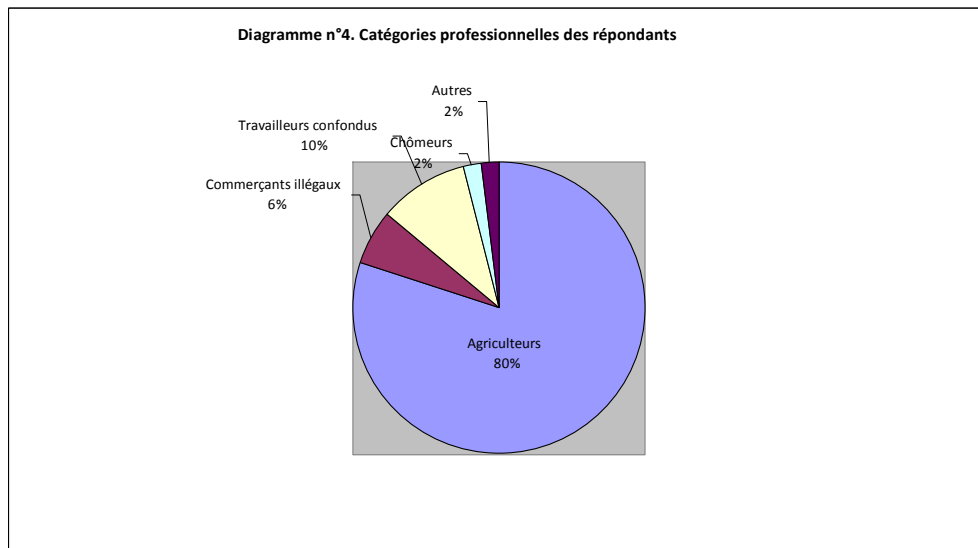
Il en ressort des résultats de ce diagramme que 73% de nos enquêtés sont mariés, 23% célibataires et 4% divorcés, veuf et veuve. Il nous revient maintenant de connaître leurs niveaux de scolarisation.



Source : notre enquête 2009

Du contenu de ce diagramme relatif au niveau d'études de nos enquêtés, nous remarquons que nos enquêtés sont représentés par 47% qui ont fait l'école primaire, 26% le secondaire, 24% non scolarisés et 3% des universitaires.

Par la suite, il importe aussi de vérifier la répartition de nos répondants selon leurs professions.

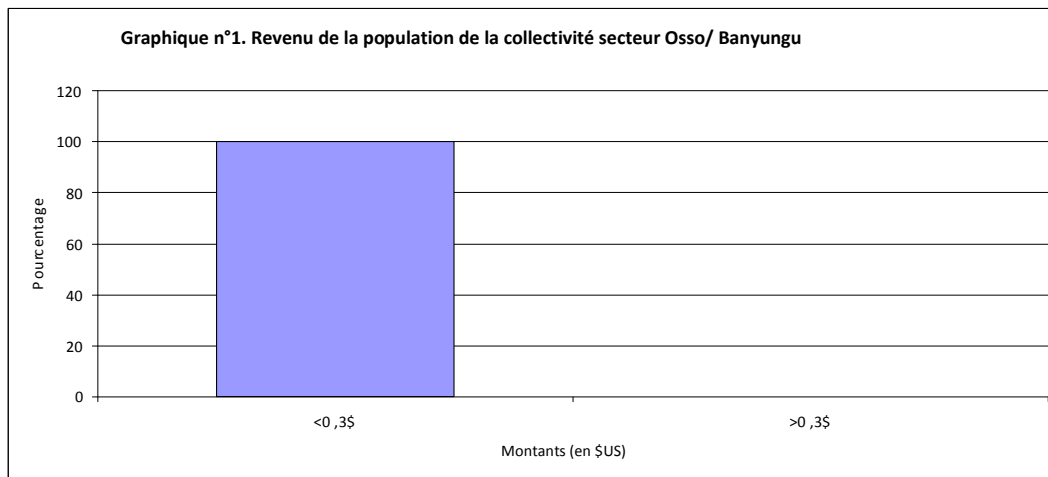


Source : notre enquête 2006

De ce diagramme, nous remarquons que 307 enquêtés, soit 80% sont des agriculteurs suivi par les travailleurs des différentes catégories ; 38 personnes soit 10% des commerçants illégaux, 22 enquêtés soit 6% et clôturés par les chômeurs 9 et autres 8 soit chaque partie 2%.

III.1.2. Saisonnalité des moyens financiers

a) Revenu de la population

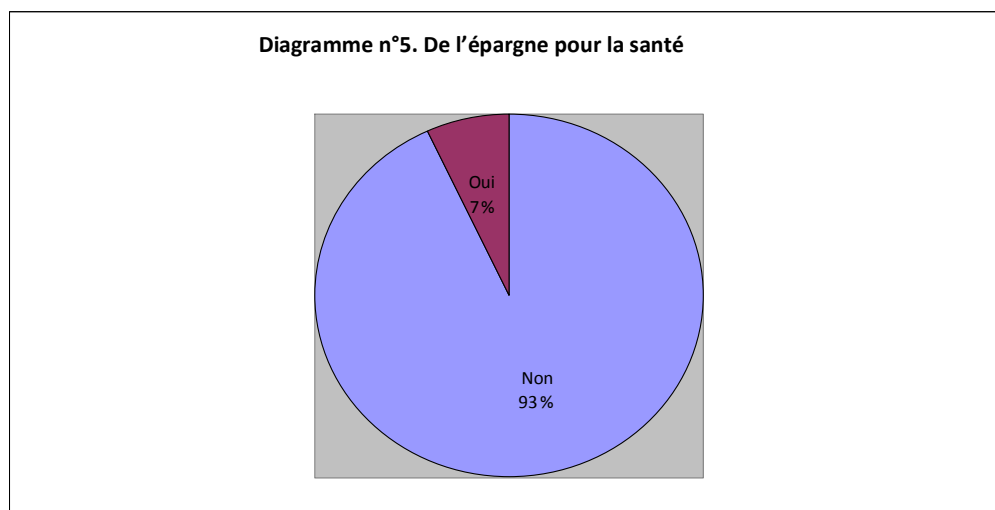


Source : notre enquête 2006

De l'analyse des revenus de la population de la collectivité secteur Osso/ Banyungu, il ressort que la population de la collectivité secteur Osso/ Banyungu a un revenu de moins de 0,3\$US/ jour, soit 100% des cas.

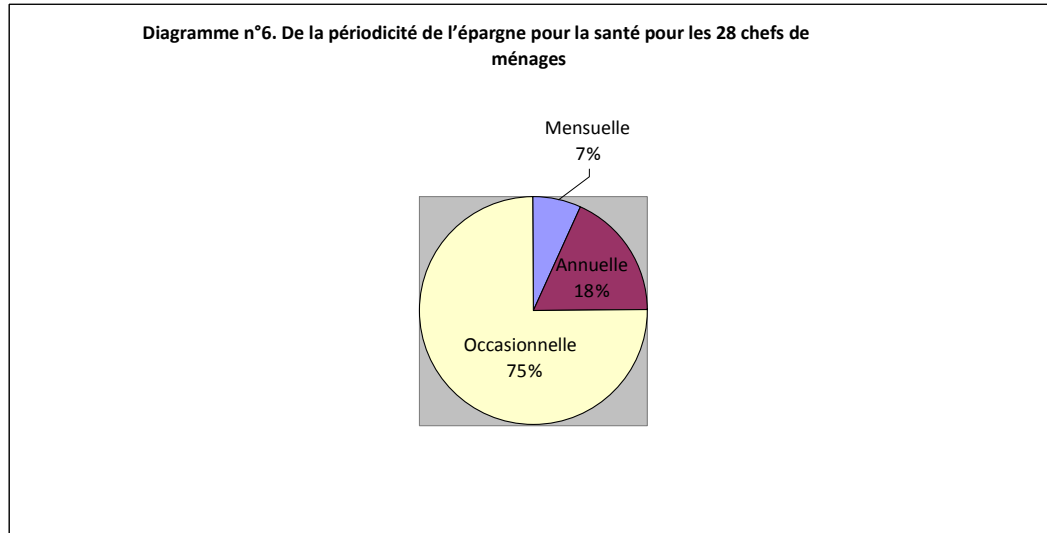
b) Epargne pour la santé

A partir de ce résultat, nous cherchons à savoir si les chefs de ménage épargnent pour la santé.



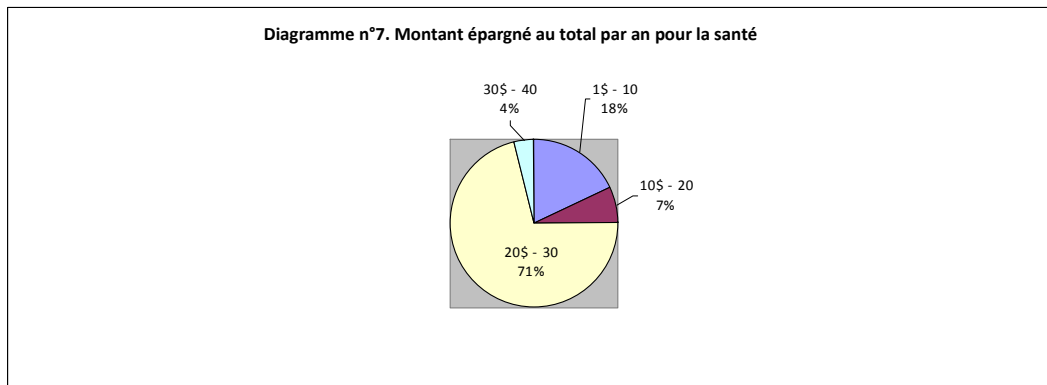
Source : notre enquête 2006

Eu égard au contenu de ce diagramme, nous constatons que 93% de nos enquêtés ne font pas d'épargne pour la santé et que 7% seulement épargnent pour la santé. La question reste à savoir la périodicité de l'épargne.



Source : notre enquête 2006

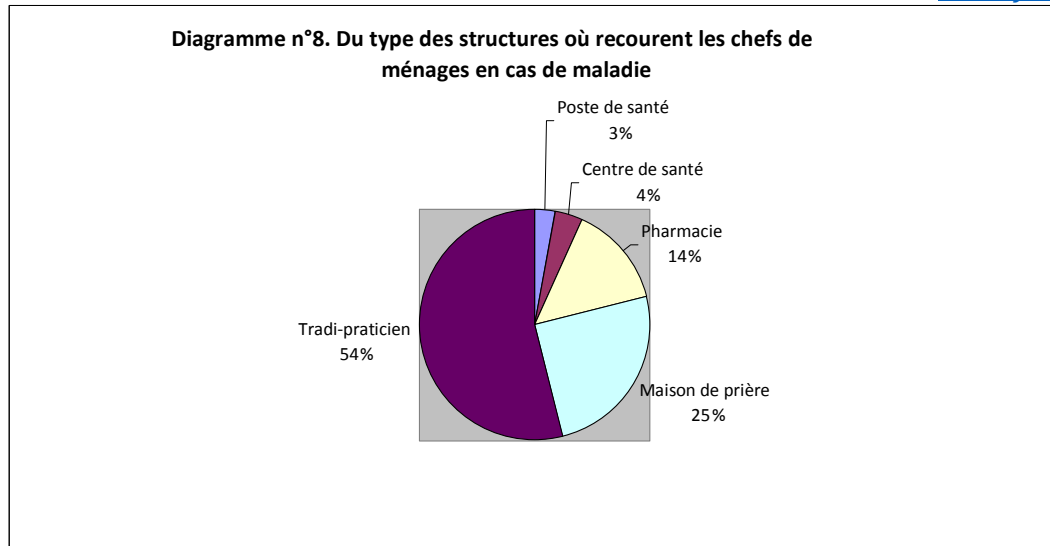
De ce diagramme relatif à la périodicité de l'épargne pour la santé de ces 28 chefs des ménages est à observer dans son sens horizontal. Il ressort que 21 chefs des ménages épargnent occasionnellement, soit 75%, 5 annuellement soit 18% et mensuellement 2 soit 7%.



Source : notre enquête 2006

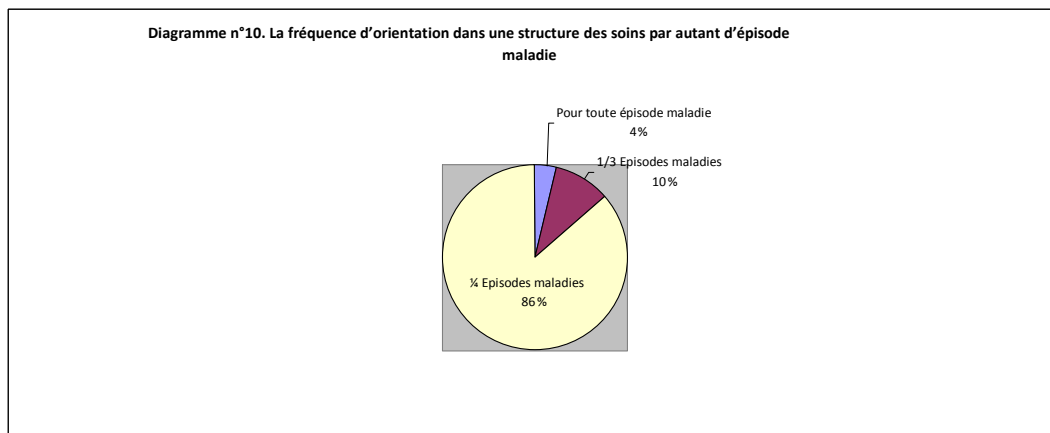
Du contenu de ce diagramme, nous constatons que 71% de la population parviennent à épargner 20\$ à 30\$ US/ an tandis que soit 18% épargnent 5\$ à 10\$ US, soit 7% épargnent 11\$ à 20\$US et 4% soit 30\$ à 40\$US.

Mais nous devons savoir si généralement la population s'intéresse aux soins modernes.



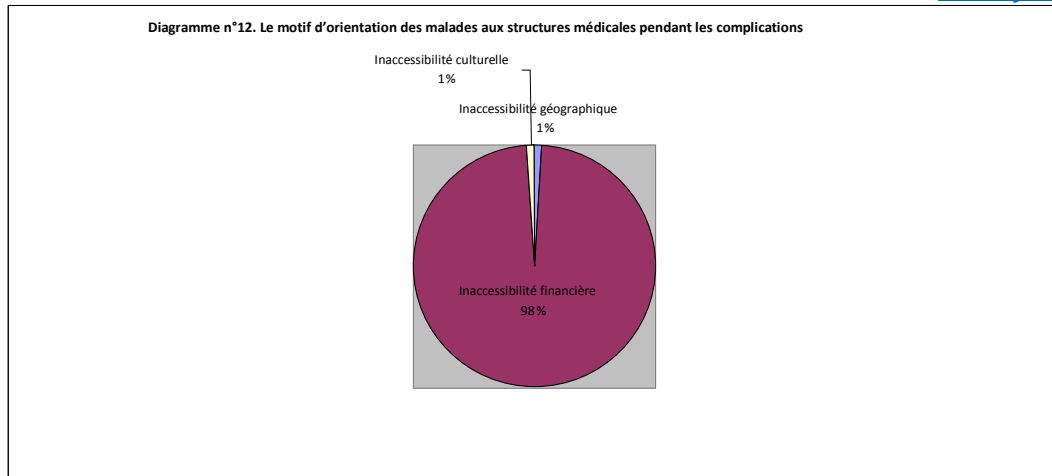
Source : notre enquête 2006

En analysant ce diagramme, nous constatons que soit 54% recourent aux tradi-praticiens, soit 25% à des maisons de prière : soit 14% à la pharmacie (automédication), soit 3,9% au centre de santé et 3% au poste de santé.



Source : notre enquête 2006

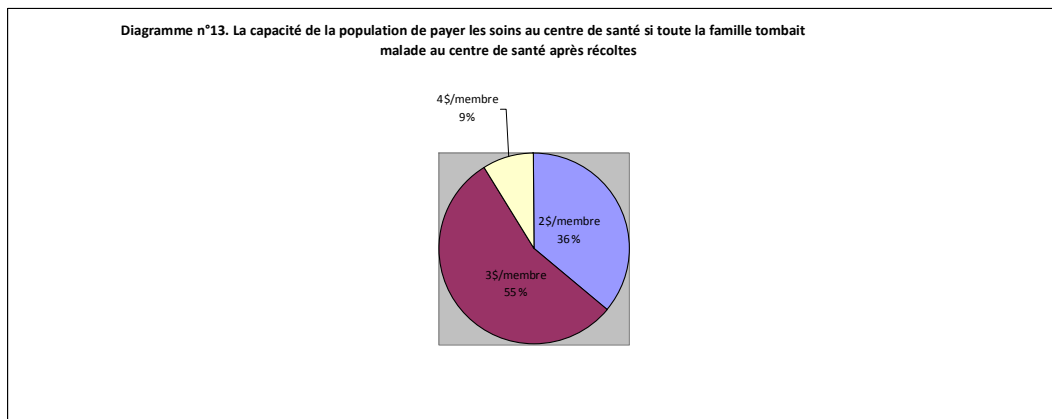
A la question de la fréquence, nous constatons que 86% de répondants recourent aux soins une fois par 4 épisodes maladies, 10% une fois pour 3 épisodes maladies et seulement 4% à chaque épisode maladie. Nous cherchons à savoir à quel moment (période d'évolution de la maladie que les patients recourent aux soins).



Source : notre enquête 2006

Du contenu de ce diagramme, il ressort que 98% de répondants recourent aux soins pendant les complications suite à l'inaccessibilité financière et que l'inaccessibilité géographique et culturelle ne représente chacune que 1%.

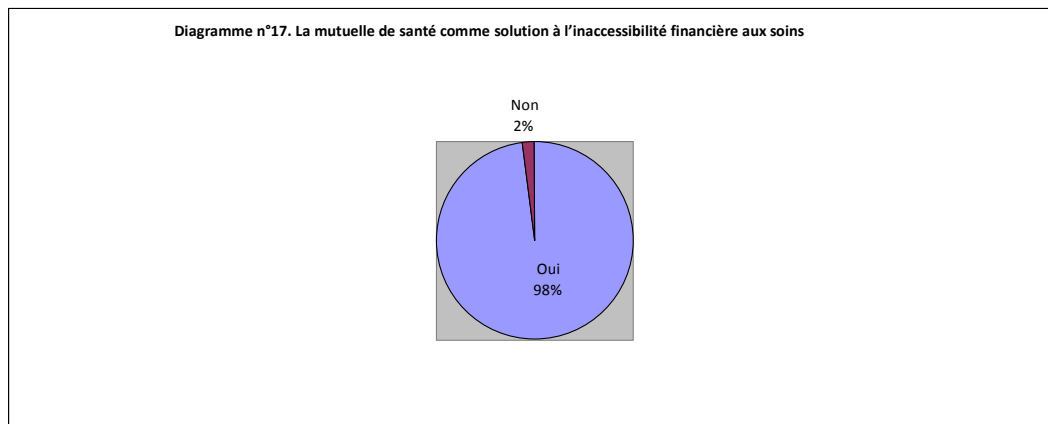
III.1.2. De l'évaluation des capacités financières, la volonté contributive et les attitudes des enquêtés face à l'adhésion à une mutuelle de santé



Source : notre enquête 2009

De l'analyse de ce diagramme, nous réalisons que la population d'étude est capable d'intervenir avec 3\$/membre des ménages pour les soins au centre de santé après la récolte si tous les membres du ménage tombaient malades suivi par 36% pour 2\$/membre et 9% pour 4\$/membre.

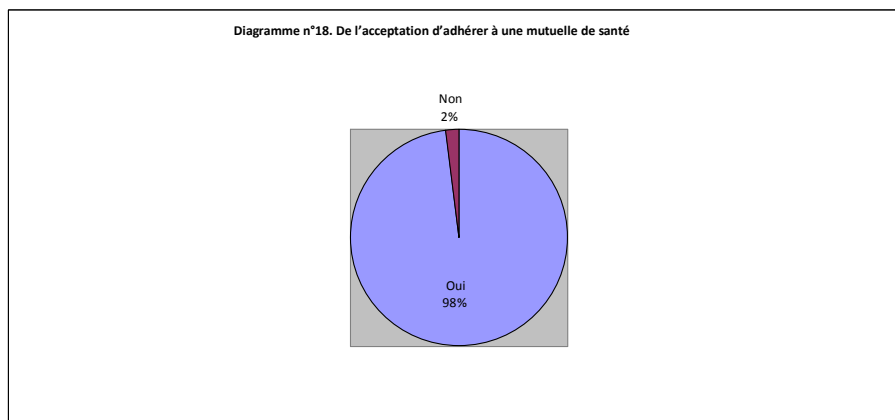
Nous cherchons maintenant à savoir le point de vu de la population sur la mutuelle comme solution à l'inaccessibilité financière aux soins.



Source : notre enquête 2009

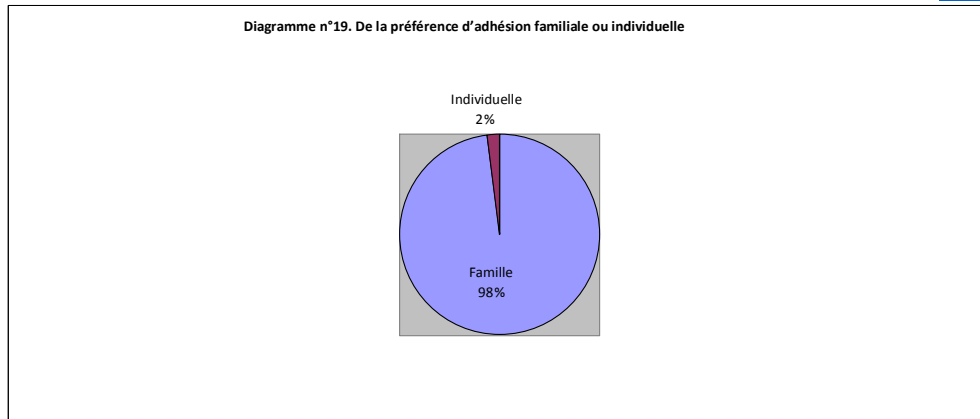
Le résultat de ce diagramme montre que 98% de nos répondants considèrent la mutuelle de santé comme une solution à l'inaccessibilité financière et que 2% rejette l'argument d'une mutuelle de santé.

Cependant, il est question de savoir la position des répondants sur l'adhésion.



Source : notre enquête 2006

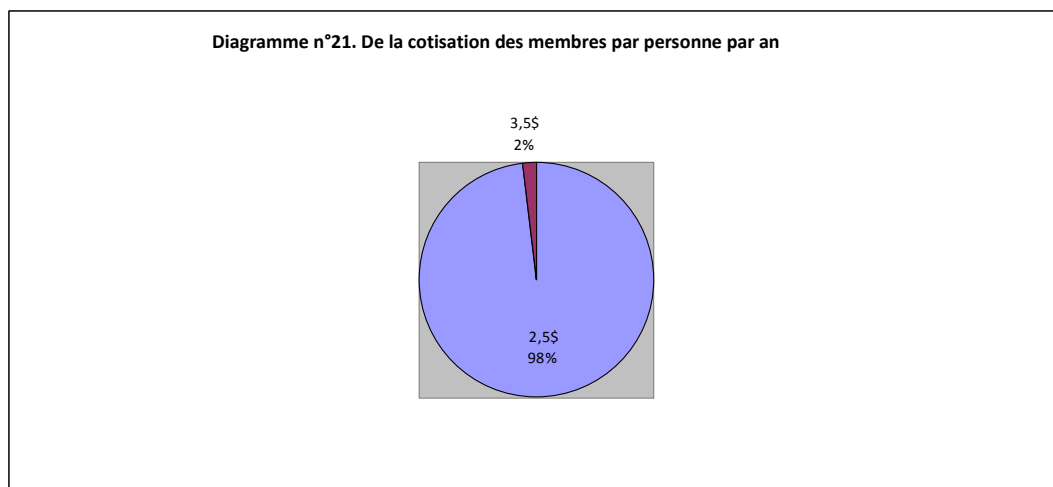
Du contenu de ce diagramme, nous constatons que 98% de nos répondants acceptent l'adhésion à la mutuelle de santé et que 2% refusent. Néanmoins, nous cherchons aussi le point de vue de la population sur l'adhésion par famille ou par individu.



Source : notre enquête 2009

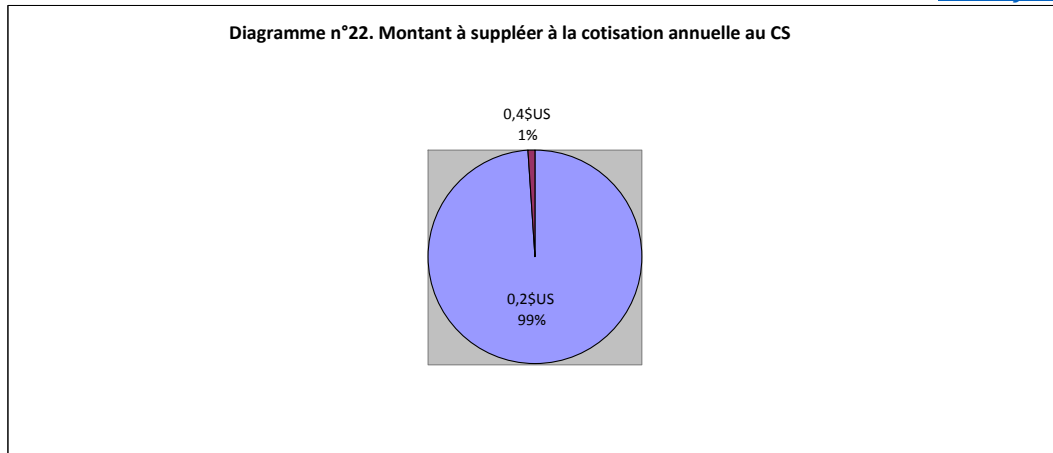
Eu égard aux résultats de ce diagramme, nous constatons que 98% de nos répondants souhaitent l'adhésion par famille. D'après les données récoltées, il ressort que 100% qui ne veulent pas adhérer à une mutuelle de santé et ne trouvent pas son importance.

Il est important aussi de savoir avec combien ils peuvent cotiser par an.



Source : notre enquête 2006

Le diagramme ci-dessus montre que 98% de répondants acceptent adhérer à la mutuelle avec 2,5\$/individu pour toute la famille et que donc nous devons connaître le souhait des répondants sur le montant à ajouter en cas d'épisode maladie.

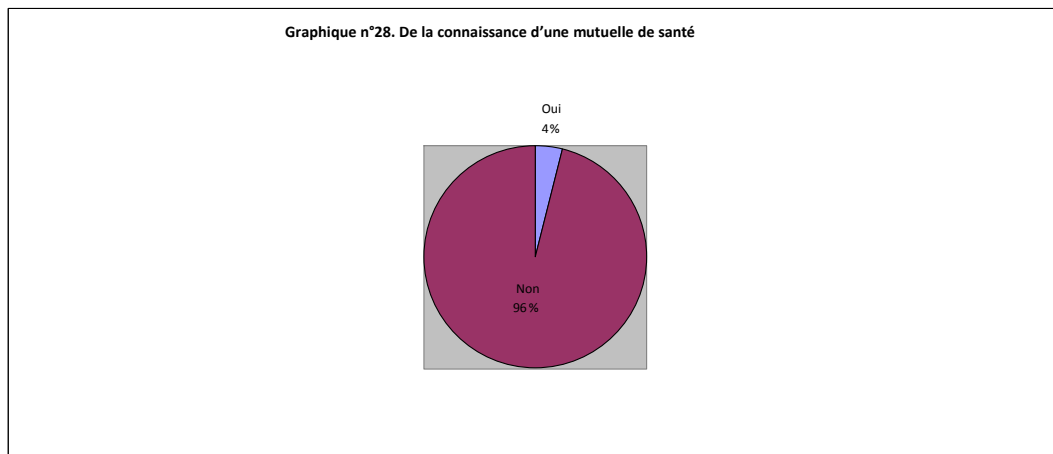


Source : notre enquête 2006

De ce diagramme, nous constatons que 99% des répondants pourraient ajouter comme ticket modérateur 0,2\$ par épisode maladie.

III.1.3. Connaissances et caractéristiques de viabilité d'un futur système à mettre en place pour faciliter l'implantation d'une mutuelle de santé et l'accès aux soins

a) Information sur la mutuelle de santé



Source : notre enquête 2006

De l'analyse de ce diagramme, nous constatons que 96% soit 368 de nos répondants n'ont jamais entendu parler d'une mutuelle de santé et que 16 personnes soit 4% en ont déjà entendu parler. De ces 16 répondants, nous cherchons à savoir la source de cette prise de connaissance.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

La discussion des résultats de cette recherche s'appuie sur les trois axes principaux résumant nos objectifs pour vérifier les hypothèses formulées antérieurement.

IV.1 De l'appréciation de la pauvreté relative aux moyens financiers pouvant être à la base de l'inaccessibilité financière aux soins de santé

Des résultats récoltés auprès de nos enquêtés, il ressort que la quasi-totalité de la population de la zone de santé de Goma vit avec moins de 0,3\$US, soit en dessous du seuil de pauvreté.

Ces résultats rejoignent ceux de Monsieur HAMULI DUNIA qui avait mené une étude de faisabilité du système d'assurance maladie à assise communautaire type mutuelle de santé dans le quartier Kahembe. Il avait trouvé que la population de Kahembe, malgré qu'elle soit en milieu urbain, vivait en dessous du seuil de pauvreté, soit 0,54\$US par individu. Mais aussi ceux de KAMBALE KARAFULI, BAHATI NGUBULWA et Emmanuel MASUMBUKO sur l'étude des besoins de mise en place des mutuelles de santé dans la zone de santé de Karisimbi. En janvier 2006, ils avaient constaté qu'au moins 86% de la population vivaient en dessous aussi du seuil de pauvreté dans la commune de Karisimbi. Cela n'épargne pas l'étude menée par Jean Dominique LAPORTE au Burkina Faso en octobre 2004 où il avait constaté que la capacité contributive de la population à la mutuelle de santé restait un problème crucial parce qu'au moins 45% de cette population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Ceci rejoint les résultats de HAMULI DUNIA où la population du quartier Kahembe dans la ville de Goma soit 64,5% des répondants n'épargnent pas et que 79% de répondants épargnent 1 à 20\$US/an et cela souvent occasionnellement.

Cependant, les données récoltées sur terrain montrent que 100% des chefs de ménages couvrent eux-mêmes les soins de santé des membres de leurs ménages.

Ceci corrobore les résultats obtenus par Laurent MUSANGU au Rwanda avec une contribution annuelle de 7,9\$US pour une famille de 2 à 4 personnes. Mais aussi, les résultats obtenus par KAKUBARE Jean, BUCAGU Maurice et BASINGA Paulin en 2005 où la cotisation annuelle par individu pour couvrir les PMA et les PCA est de 1547 Frws soit 2,8\$US/an/individu.

IV.2. Evaluation des capacités financières, la volonté contributive et l'attitude des habitants face à l'adhésion à une mutuelle de santé

D'autres résultats précisent que la population considère une mutuelle de santé comme une solution à l'inaccessibilité financière aux soins de santé à 98% avec une préférence d'adhésion familiale qu'individuelle

Les 98% de la population souhaite que la prime à payer comme cotisation soit annuelle. Ce qui rejoint les résultats obtenus par Laurent MUSANGU en 2005 au Rwanda ; HAMULI DUNIA dans le quartier Kahembe en 2006, de KAKUBARE Jean et all. en 2005 au Rwanda, de KAMBALE KARAFULI dans la commune de Karisimbi en janvier 2006 et ceux de Jean Damascène en 2004 au Rwanda.

Au niveau du taux de la cotisation des membres, 98% de répondants préfèrent intervenir avec 2,5\$/an/individu multiplier par autant des membres de famille et le diagramme n°22 montre que 99% de la population préfère payer 0,2\$ comme ticket modérateur au centre de santé pour bénéficier de tous les soins sauf les pathologies chroniques pour le PMA.

Au niveau de l'hôpital général de référence, les répondants préfèrent bénéficier de tous les soins sauf les pathologies chroniques avec un paiement de 10% de la facture globale à l'HGR comme paiement.

Ces résultats rejoignent ceux obtenus par HAMULI DUNIA en 2006 dans le quartier Kahembe, Jean Damascène en 2004 au Rwanda et ceux de Laurent MUSANGU en 2005 au Rwanda.

Signalons que 74% des chefs des ménages souhaiteraient observer 1 mois comme période d'attente où 27% des répondants souhaitent que le contrat soit résilié entre la mutuelle de santé et les adhérents après avoir constaté un retard de 6 mois par rapport à la date d'adhésion. Ceux-ci coïncident avec les résultats issus des études menées par Jean Damascène en 2004 où le ticket modérateur est de 100 à 150 Frws par épisode maladie soit 2% et à l'hôpital 5 à 10% du copaiement avec un délai d'attente de 1 mois et contredisent l'étude menée par HAMULI DUNIA en 2006 dans le quartier Kahembe en RDC où les participants ont proposé 1\$ US comme ticket modérateur.

IV.3. Définition des caractéristiques de viabilité d'un futur système à mettre en place pour faciliter l'implantation d'une mutuelle de santé et l'accès aux soins

Les 96% n'ont aucune connaissance sur les mutuelles de santé. Ce qui rejoint les résultats de HAMULI DUNIA sur l'étude de faisabilité des mutuelles de santé dans le quartier Kahembe ainsi que ceux de

KAMBALE KARAFULI, BAHATI NGUBULWA et Emmanuel MASUMBUKO (2005) concluant à la sous information de la population en matière des mutuelles de santé.

Au niveau des connaissances sur les avantages d'une mutuelle de santé, les résultats montrent que 16 répondants considèrent que les soins gratuits est l'avantage ultime d'une mutuelle de santé suivis de l'épargne à 49%. Les répondants considèrent en 1^{er} lieu la faillite et le détournement des fonds par le gestionnaire en 100% et la mégestion dans l'administration des médicaments à 94%. Ce qui rejoint les résultats obtenus par HAMULI DUNIA en 2005 où 62,5% de répondants avouent n'avoir pas confiance envers les initiateurs et rejettent ceux obtenus par Laurent MUSANGU au Rwanda où la population a une information suffisante sur le fonctionnement d'une mutuelle de santé ainsi que ces avantages et inconvénients.

D'après les données recueillies auprès de nos répondants, il ressort que les 100% croient facilement que le système de micro crédit peut faciliter la prise en charge des indigents et assurer ainsi la viabilité d'une mutuelle de santé. Ces données corroborent avec ceux obtenus par KAMBALE KARAFULI, BAHATI NGUBULWA et Emmanuel MASUMBUKO (2006) sur l'étude des besoins de mise en place des mutuelles de santé dans la zone de santé de Karisimbi où il avait proposé la mise en place des projets générateurs des revenus pour augmenter le pouvoir d'achat de la population et lui permettre ainsi d'adhérer aux mutuelles de santé.

Certains résultats montrent que les gestionnaires des structures médicales acceptent de travailler avec des mutuelles de santé et souhaitent le mode de paiement au CS par forfait à 100% et qu'à l'hôpital selon les résultats du graphique n°9, nous constatons que pour un malade ambulante le PCA est de 5\$/épisode maladie, Hospitalisation 10\$/épisode maladie, 100\$ pour une intervention chirurgicale et que le transport en cas d'urgence est de 50\$.

IV.4. De la motivation d'adhésion à une mutuelle de santé par un mode de paiement en nature

La population est capable de contribuer par le travail fourni, ce qui augmente ainsi la viabilité de la mutuelle de santé par les produits de l'implantation et du développement des mutuelles de santé d'Idjwi en 2004 où il avait opté pour la viabilité de la mutuelle à la mise en place de deux pharmacies et aussi des moulins et un bateau pour appuyer la mutuelle et ses membres.

En outre, les résultats des mêmes graphiques montrent toujours que la population préfère la cotisation annuelle par membre en raison des travaux champêtres de 10m² de superficie tant pour le PMA que le PCA.

Néanmoins, en s'appuyant sur les résultats du diagramme n°8, nous constatons qu'à part la période des récoltes, la population d'étude recourt beaucoup plus aux tradipraticiens familiaux soit 54% ou à des maisons de prière à raison de 25% et à 14,4%, à l'automédication, 3,9% seulement au centre de santé et 2,86% aux postes de santé

CONCLUSION

La réflexion que nous venons de présenter est intitulée *Etude de faisabilité de la mise en place d'une Mutuelle de santé en Zone de santé de Goma.*

En optant pour ce thème, notre attention était attirée par la non accessibilité financière aux soins.

A l'issue du dépouillement, de l'analyse, du traitement au logiciel SPSS et de l'interprétation des résultats, nous avons confirmé les 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} hypothèses, et infirmé la 4^{ème} hypothèse.

Les conditions de faisabilité économique ne sont pas réunies. La capacité financière et contributive est très faible car la population vit en dessous du seuil de pauvreté. La population de la Collectivité Osso/Banyungu ne peut avoir des moyens que juste après vente des produits de leurs récoltes moment où elle tente vivre juste pour une période avec le seuil de pauvreté.

Ainsi, la population est capable de payer au moins 2,5\$US/an/individu sous une adhésion familiale, montant qu'il faudra payer juste après la vente, un ticket modérateur de 0,2\$US au centre de santé et un co-paiement de 10% de la facture globale à l'hôpital général de référence.

En outre, la population d'étude n'a pas de connaissances suffisantes concernant les mutuelles de santé et les avantages qu'elle procure mais cette attitude n'empêche pas à la population de la zone de santé de Goma de manifester le désir d'adhérer au système de prépaiement par la mutuelle de santé, ce qui justifie l'infirmité de la 3^{ème} hypothèse, mais comme il ya des informés, on devra étendre ce système d'information, formation et d'éducation sous une forme intensive.

Après analyse de tous les résultats et surtout du budget d'une Mutuelle de santé dans notre milieu d'étude ; sa mise en place est faisable dans les conditions ci-après : Cotisation annuelle : 2\$/personne ; Paiement de la cotisation par ménage ; Acceptation de la cotisation par nature ; Période d'attente de 1

mois ; Paiement de la prime de juillet en Août pour observer la période probatoire de septembre avec un système de prépaiement fermé ; Le ticket modérateur de 0,2\$ par épisode maladie.

A la lumière de ce qui précède, nous avons formulé les recommandations suivantes :

-Intervenir dans l'implantation des mutuelles de santé afin d'assurer une bonne couverture sanitaire à la population congolaise.

-Préconiser la mise en place des dispositions légales pour faciliter la promotion et le développement des mutuelles comme une solution alternative de financement des soins de santé.

-Faciliter les campagnes de sensibilisation au niveau de la population sur l'importance des mutuelles de santé afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité.

-Faciliter la création des associations des micro- crédits en vue d'améliorer la capacité financière et contributive de la population pour leur faciliter l'adhésion aux mutuelles de santé une fois implantée.

-Octroyer des champs communautaires à toutes les organisations mutualistes de santé en milieu rural pour faciliter le financement local et ainsi assurer la prise en charge des indigents et une adhésion massive même par nature.

-Adhérer massivement à la mutuelle de santé une fois implantée tout en sachant que cette organisation leur appartient dans le but de développer l'esprit de la solidarité et d'entraide entre membres.

-Participer avec enthousiasme aux travaux de champs communautaires de

la mutuelle afin de faciliter la prise en charge des indigents ; et

-Enfin, participer activement et objectivement au contrôle de gestion de la mutuelle de santé une fois installée.

ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- ANMC, les mutuelles aujourd'hui et demain, édition : Ducodat, Paris 1991.
- OMS, Participation communautaire aux programmes SDI, 1997.
- ACOPAM et al, Mutuelle de santé en Afrique, Dakar 1996.
- BIT STEP, Caractéristiques des mutuelles de santé, Module. 2007.
- Petit Larousse illustré édition, 1987.
- Yves BERNARD et COLLI. J.C, Dictionnaire économique et financier, éditions du seuil, 27^{ème} rue, Paris, 1987.
- Rapport annuel IPS, 2005.