

Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle

Mai-octobre 2016



Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**



Equipe d'investigation constituée par l'Institut de Médecine Tropicale :

Institut de médecine tropicale, Anvers
Chaire de dynamique sociale, Kinshasa
Ecole de santé publique, Kinshasa
Ecole régionale de santé publique, Bukavu

Maria-Pia Waelkens
Prof. Sylvain Shomba
Prof. Fulbert Kwilu Nappa
Mulinganya Nsimire Kelly-Grâce

Rédaction du rapport de mission :

Maria-Pia Waelkens

Supervision de l'investigation :

Prof. Bart Criel, Institut de médecine tropicale

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont tout d'abord à tous nos interlocuteurs en RDC qui ont si généreusement partagé leur temps, leur expérience et leurs idées pour cette étude. Nous tenons aussi de remercier Maître Henri Kamvunze pour l'organisation efficace des parts de l'étude qui ont eu lieu à Kinshasa – et Matadi ; à Kristien Wynants pour sa participation considérable dans la transcription des interviews ; à Pieter Van Wolvelaer, Gijs Justaert et Thomas Istasse pour une relecture constructive de la première version du rapport. Le paragraphe '1.1. L'encadrement juridique des mutuelles de santé' est de la main de Thomas Istasse et l'encadré 1 qui rappelle les fonctions d'une politique cohérente de protection sociale en santé de Bart Criel.

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la DGD dans le cadre du programme MASMUT exécuté par ANMC, UNMS, MLOZ, Wereldsolidariteit/Solidarité Mondiale, Solsoc et Louvain Coopération.

RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de notre étude était d'évaluer la contribution potentielle des mutuelles de santé à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé et plus particulièrement leur rôle dans un système de protection sociale efficace en République Démocratique du Congo (RDC).

Depuis des années, on observe une réelle dynamique mutualiste en RDC. Partout dans le pays, des communautés, des églises, des groupes de professionnels prennent l'initiative de mettre en place des mutuelles de santé. Nombreux de ces initiatives, cependant, ne voient pas le jour ou s'éteignent après une courte période, confrontées à de multiples problèmes : la pauvreté, l'attitude envers le risque, l'information insuffisante des populations, la méfiance – souvent justifiée – envers l'intégrité des gestionnaires, la commercialisation des soins de santé, les moyens disponibles pour le fonctionnement de la mutuelle, l'adhésion volontaire, etc. Néanmoins, compte tenu des circonstances très difficiles dans lesquelles elles opèrent, certaines mutuelles ont des résultats notables. Quelles sont leurs forces et comment les aider à se développer davantage ? Cette question a guidé notre étude menée dans des mutuelles de santé choisies dans quatre provinces de l'RDC. Au total, nous avons étudié 10 mutuelles de santé opérationnelles et 3 mutuelles en arrêt dans les provinces de Kinshasa, Kwilu, Nord-Kivu et Sud-Kivu, dans le but de documenter, à partir de l'expérience réelle, les facteurs de réussite et les blocages pour ensuite formuler des recommandations pour aller de l'avant.

Le principal outil de collecte de données était l'interview approfondie. Pour chaque mutuelle opérationnelle, nous avons interviewé les gestionnaires des mutuelles et/ou des membres du conseil d'administration, des prestataires avec lesquels la mutuelle a signé une convention, le médecin chef de zone, des personnes clés et l'organisation d'appui qui suit la mutuelle. Le fonctionnement des organisations d'appui, qui est rarement investigué, a reçu une attention particulière.

Pour évaluer l'évolution des mutuelles de santé dans le temps, nous avons comparé les résultats de notre étude à ceux d'une étude similaire qui avait été faite en 2004 (IMT 2005). Les principales recommandations de l'étude de 2004 peuvent se résumer en trois points. Pour favoriser le développement des mutuelles de santé il fallait :

- un encadrement technique pour la mise en place et le suivi des mutuelles de santé ;
- une stratégie de rationalisation de l'offre des soins ;
- une politique de subventions pour pouvoir atteindre des couvertures significatives.

Notre étude a montré qu'un progrès considérable a été fait dans l'encadrement technique des mutuelles de santé. Des procédures efficaces pour le montage, la gestion et le suivi d'une mutuelle sont maintenant mises en place. Mais le bon fonctionnement interne des mutuelles ne suffit pas. L'expansion des mutuelles de santé est lente à cause du poids des facteurs externes qui freinent leur développement. Dans le montage des mutuelles des procédures sont prévues pour influencer ces facteurs externes de blocage, mais ces mesures internes ne réussissent pas à elles seules à influencer les conditions défavorables de l'environnement. Par exemple, pour promouvoir la rationalisation de l'offre, les mutuelles négocient des conventions avec les prestataires qui définissent les services couverts et leurs tarifs négociés, et imposent l'utilisation de médicaments génériques, l'utilisation de guides thérapeutiques, et le respect des règles de référence. Ces mesures n'ont que peu d'effet sur le comportement des prestataires qui sont d'opinion qu'imposer des règles de qualité des soins et des tarifs revient au régulateur, c'est-à-dire l'Etat, et pas aux mutuelles de santé. Il faut donc une intervention effective de la part des autorités sanitaires. D'autres procédures internes sont prévues pour gagner la confiance – par exemple la communication transparente du bilan financier lors des assemblées générales, pour contrôler les abus – par exemple la validation des factures par le médecin-conseil, ou pour influencer les mentalités par des campagnes continues de sensibilisation.

Ces mesures sont limitées par les ressources humaines et financières insuffisantes pour mener des actions effectives. Les mutuelles sont impuissantes devant la pauvreté.

Pour aborder les obstacles externes auxquels les mutuelles de santé font face, il faut une stratégie différente, moins exclusivement centrée sur les processus internes des mutuelles, et qui vise à créer un environnement plus favorable au développement des mutuelles. Ceci ne peut se faire que par le biais d'une coopération intense et concertée avec les autres acteurs intervenant dans le système de santé qui jouent un rôle dans l'offre de soins de santé, dans la protection sociale, dans la communication avec la population. Chacun dans son domaine devra tenter d'apporter les changements nécessaires afin d'arriver à créer des circonstances plus favorables au développement des mutuelles. Ces acteurs sont bien sûr les autorités sanitaires, l'administration provinciale et les autorités administratives locales, mais aussi les prestataires de soins, les églises et leurs institutions, les ONGs, les bailleurs de fonds, les employeurs, les associations de patients, etc. Dans un premier temps, cette approche pourrait être expérimentée dans quelques territoires favorables, dans un contexte de recherche, avec des partenaires prêts à participer durablement et où des financements adéquats sont disponibles. Elle ne devrait être généralisée que si elle montre des résultats convaincants, pour éviter de continuer à éparpiller les efforts dans la mise en place de mutuelles de santé peu performantes.

Une politique de subventions appropriée reste un facteur indispensable au développement des mutuelles de santé. Pour pouvoir fonctionner, sensibiliser et maintenir le contact avec les membres, les mutuelles et les organisations d'appui ont besoin d'un budget de fonctionnement plus substantiel. Pour combler le déficit entre les cotisations que les gens sont en mesure de payer et le coût réel des soins, un subventionnement des cotisations et/ou un subventionnement de l'offre de soins sont indispensables, à l'exemple de plusieurs initiatives de subventionnement par des bailleurs de fonds internationaux dans différentes régions du pays.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Résumé des principaux résultats et recommandations.....	3
Table des matières	5
Acronymes.....	8
Section 1 : Introduction, objectifs et méthodologie de l'étude	9
1. Introduction.....	10
2. Justification de l'étude	10
3. Objectifs de l'étude	10
4. L'approche méthodologique	11
5. Les thèmes d'investigation.....	11
5.1. L'évaluation approfondie des mutuelles de santé	11
5.2. L'évaluation des organisations d'appui.....	12
6. La sélection des mutuelles de santé investiguées.....	13
7. La collecte des données	14
8. L'analyse des données.....	15
8.1 Mise en commun entre chercheurs à Kinshasa.....	15
8.2 Analyse systématique des données	15
9. Le déroulement de l'étude.....	16
10. Les limites de l'étude.....	17
Section 2 : Présentation et analyse des principaux résultats.....	18
Introduction.....	19
1. Des éléments du contexte général.....	20
1.1. L'encadrement juridique des mutuelles de santé	20
1.2. Le système de santé	20
1.3. Les aspects socio-économiques et culturels	22
2. Les mutuelles de santé.....	24
2.1. Description des mutuelles de santé investiguées	25
2.1.1. La structure organisationnelle	25
2.1.2. La préparation et le processus de création	25
2.1.3. La base d'adhésion	26
2.1.4. L'effectif des mutuelles	27
2.1.5. La contribution financière des membres.....	28
2.1.6. Les services couverts	28
2.1.7. Le paiement des prestataires	31
2.1.8. L'utilisation des services	31
2.1.9. La viabilité financière	33
2.2. Analyse approfondie de services offerts par les mutuelles de santé.....	34
2.2.1. La relation entre les cotisations et le paquet de soins offert	34
2.2.2. Un paquet de services adapté à la capacité contributive	36
2.3. Analyse approfondie de la gestion des mutuelles de santé.....	38
2.3.1. Les procédures de gestion	38
2.3.2. Les ressources humaines et financières pour le fonctionnement	39

3.	Les organisations d'appui aux mutuelles de santé.....	42
3.1.	Description des organisations d'appui investiguées	42
3.2.	Analyse approfondie des relations entre l'organisation d'appui et les mutuelles.....	44
3.2.1.	La CAMS et les mutuelles du Sud-Kivu	44
3.2.2.	Le réseau du CGAT.....	45
3.2.3.	Les pièges d'une gestion de routine	46
3.2.4.	De la gestion interne vers l'appui technique à d'autres mutuelles.....	47
3.3	Définition du rôle d'une organisation d'appui	48
3.3.1.	Quelle couverture géographique pour les mutuelles de santé ?	48
3.3.2.	L'encadrement de quel type de mutuelles de santé ?.....	49
3.3.3.	Quelles organisations sont reconnues comme organisations d'appui ?	49
3.3.4.	Quelle collaboration avec les partenaires locaux ?	49
4.	Les relations avec d'autres acteurs	50
4.1.	La population.....	50
4.1.1.	Les méthodes de sensibilisation, d'information et de communication.....	50
4.1.2.	Les groupes ciblés	51
4.1.3.	Modalités d'adhésion obligatoire	51
4.1.4.	La prise en charge des ménages « indigents ».....	51
4.2.	Les prestataires de soins	52
4.2.1.	Le dilemme de la fixation du juste prix.....	52
4.2.2.	Les méthodes pour promouvoir la rationalisation des soins de santé	52
4.2.3.	L'importance du médecin-conseil.....	54
4.2.4.	La surveillance d'abus	55
4.2.5.	L'apport des mutuelles pour l'amélioration de la qualité des soins.....	56
4.3.	L'Etat.....	56
4.3.1.	Le rôle de régulateur	57
4.3.2.	Les cadres de concertation	58
4.3.3.	La subvention des mutuelles de santé	58
4.4.	Les partenaires internationaux	59
5.	Comparaison avec les données de l'étude des mutuelles de santé en RDC faite en 2004.....	60
5.1.	Facteurs de succès, facteurs de blocage : des réponses semblables en 2004 et 2016.....	60
5.2.	Des progrès au niveau de la gestion internes des mutuelles.....	62
5.3.	La nécessité d'une autre approche pour maîtriser les conditions externes	63
5.4.	Les enseignements d'autres évolutions entre 2004 et 2016	63
5.4.1.	Vers un modèle consensuel	63
5.4.2.	L'effectif des mutuelles.....	64
5.4.3.	Les subventions.....	64
5.4.4.	Le rôle de l'Etat	65
	Section 3 : conclusions et recommandations.....	66
	Introduction.....	67
1.	Créer les conditions favorables à l'échelle de zones pilotes	67
2.	Conclusions et recommandations spécifiques	69
2.1.	Au niveau de la gestion des mutuelles.....	69
2.2.	Au niveau du fonctionnement des organisations d'appui	69
2.2.1.	Dépasser les routines : plus de flexibilité, moins de rigidité	69
2.2.2.	Définir les rôles des organisations d'appui	70

2.2.3. La fonction transformatrice	71
2.3. Au niveau de la relation avec la population	71
2.3.1. Une plus grande diversité de mutuelles pour des publics divers	71
2.3.2. Les efforts de recrutement ; la sensibilisation.....	72
2.3.3. Que faire face à la capacité contributive limitée ?	72
2.4. Au niveau de la relation avec les prestataires de soins.....	73
2.5. Au niveau de la relation avec l'Etat	73
2.5.1. Promouvoir la coopération avec les autorités sanitaires	73
2.5.2. La question des subventions.....	74
2.6. Au niveau de la relation avec les bailleurs de fonds	74
2.7. Au niveau des instituts de recherche	75
3. Récapitulation des recommandations	76
Références.....	80

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses pour les soins de santé en RDC ⁺	22
Tableau 2 : L'identité de l'initiateur et la base d'adhésion	25
Tableau 3 : Les principales organisations d'appui.....	26
Tableau 4 : Les effectifs d'adhésion en 2015	27
Tableau 5 : Le nombre de bénéficiaires par ménage	28
Tableau 6 : Frais d'adhésion et cotisations	29
Tableau 7 : Les services couverts	30
Tableau 8 : L'utilisation des services de santé en 2015	31
Tableau 9 : L'utilisation des services de santé par les membres et la population globale	32
Tableau 10 : La proportion de mutualistes dans les formations sanitaires	32
Tableau 11 : Quelques indications de la viabilité financière pour l'année 2015	33
Tableau 12 : Expansion de la MESP	40
Tableau 13 : Comparaison des ressources humaines des mutuelles.....	41
Tableau 14 : Le personnel des organisations d'appui	43
Tableau 15 : Comparaison des dépenses pour la gestion	43
Tableau 16 : Bénéficiaires des mutuelles de CGAT	44

Liste des encadrés

Encadré 1 : Quatre dimensions d'intervention pour promouvoir la protection sociale en santé	24
Encadré 2 : Compréhension des termes surconsommation, sur-prescription, surfacturation, abus... ..	35
Encadré 3 : Une démarche qui part de la capacité et volonté contributive des membres	37
Encadré 4 : Des procédures de routine à adapter pour une meilleure efficacité.....	39
Encadré 5 : La démarche de mise en place de mutuelles de santé à Beni.....	46
Encadré 6 : L'utilisation des données rassemblées par le système de monitoring.....	47
Encadré 7 : Des mutuelles en parallèle ou l'organisation par zone ?	49
Encadré 8 : Le rôle du médecin-conseil.....	55
Encadré 9 : Les rôles du PNPMS.....	57
Encadré 10 : Résumé des conditions de réussite mentionnées dans l'étude de 2004	61
Encadré 11 : Résumé des facteurs de blocage mentionnés dans l'étude de 2004	62

ACRONYMES

ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
ASABO	Association de Santé de Bokoro
BIT/STEP	Le programme Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté du Bureau international du travail
BM	Banque mondiale
BRS	Belgische Raiffeisenstichting, Fondation Raiffeisen Belge
CAMS	Cellule d'appui aux mutuelles de santé
CENADEP	Centre national d'appui au développement et à la participation populaire
CGAT	Centre de gestion des risques et d'accompagnement technique
CSSAPE	Caisse de sécurité sociale des agents publics de l'Etat
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTB	Agence belge de développement (Coopération technique belge)
FASS	Fonds d'achat des services de santé
Fc	Francs congolais
GIPS	Groupe inter-bailleur de protection sociale
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IMT	Institut de médecine tropicale, Anvers
INSS	Institut national de sécurité sociale
KLA	Mutuelle de santé Kingo la Afya, Goma
MASMUT	Plateforme micro assurance santé – mutuelles de santé
MAZOKS	Mutuelle des agents de la zone de santé, Kikwit
MCHP	Mutualité chrétienne Hainaut Picardie
MESP	Mutuelle de santé des enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel
MMK	Mutuelle maman Mwilu, Eglise kimbanguiste, Kinshasa
MOCC	Mouvement ouvrier chrétien du Congo
MSP	Ministère de la santé publique
MUSALKI	Mutuelle de santé Lutondo de Kikwit
MUSECCO	Mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques du Congo
MUSECKIN	Mutuelle des enseignants des écoles conventionnées catholiques de Kinshasa
MUSOSA	Mutuelle de solidarité pour la santé, Butembo
MUSSRA	Mutuelle de santé Saint-Raphaël, Goma
OAS	Observatoire africain de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA-PNDS	Programme d'appui à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire
PNPMS	Programme national de promotion des mutuelles de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POMUCO	Plateforme des organisations promotrices des mutuelles de santé du Congo
PRODDDES	Réseau pour la promotion de la démocratie et des droits économiques et sociaux
RDC	République démocratique du Congo
SOFAC	Solidarité et fraternité dans l'action
UMUSAC	Union des mutuelles de santé du Congo
WSM	Wereldsolidariteit – Solidarité mondiale

SECTION 1 : INTRODUCTION, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. INTRODUCTION

L'étude des mutuelles de santé en RDC a été commanditée par la Plateforme des organisations promotrices des mutuelles de santé du Congo (POMUCO) et financée par la Plateforme micro assurance santé – mutuelles de santé (MASMUT).

L'objectif de l'étude était d'évaluer la contribution potentielle des mutuelles de santé à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé et leur rôle dans un système de protection sociale efficace en République Démocratique du Congo (RDC).

Notre approche était de partir d'une analyse approfondie de mutuelles de santé choisies, d'identifier les facteurs de réussite et les blocages afin d'en déduire les conditions nécessaires pour aller à l'échelle. Les résultats et les conclusions forment la base pour une action concertée qui doit avoir lieu entre acteurs pour l'élaboration d'un plan d'action dans le contexte plus large de l'évolution vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale en RDC.

2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La POMUCO, instaurée en février 2015, regroupe cinq organisations de la société civile actives dans la promotion et l'accompagnement des mutuelles de santé : la Cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS), créée en 1997, qui accompagne un réseau de mutuelles de santé au Sud-Kivu ; l'Union des mutuelles de santé du Congo (UMUSAC), une branches du Mouvement ouvrier chrétien du Congo (MOCC), qui coordonne depuis sa restructuration en 2009 des mutuelles de santé dans les provinces du Haut-Katanga, Kinshasa, Kivu et Tshopo ; le Centre de gestion des risques et d'accompagnement technique (CGAT), crée en 2010, avec des branches dans les provinces du Congo-Central, de Kinshasa, de l'Équateur et du Nord-Kivu ; le Centre national d'appui au développement et à la participation populaire (CENADEP) et le Réseau pour la promotion de la démocratie et des droits économiques et sociaux (PRODDDES) qui sont engagés dans la promotion des mutuelles de santé dans les provinces de l'Équateur, Kinshasa, Lualaba et Haut-Katanga.

Le cadre stratégique et juridique de la protection sociale en RDC est en pleine évolution avec une réflexion sur une politique générale de protection sociale, les projets de loi sur la couverture sanitaire universelle et sur la protection sociale et l'adoption de la loi organique sur les mutuelles de santé. Dans ce cadre, la POMUCO soutient une approche intégrée pour contribuer à la mise en place du socle de protection sociale en RDC en renforçant, à travers ses organisations membres, le système mutualiste en général, et la viabilité institutionnelle, administrative, technique et financière des mutuelles de santé en particulier.

C'est à ce titre que la POMUCO a commandité une étude d'évaluation de l'apport actuel et potentiel du système mutualiste dans le système sanitaire de la RDC. Les termes de référence se trouvent en annexe 1.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général, formulé dans les termes de référence, est de « contribuer à rendre les mutuelles de santé capables de participer à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé à travers leur gouvernance, leur institutionnalisation et leur professionnalisation », avec comme objectifs spécifiques :

- Évaluer l'apport du système mutualiste dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, de l'utilisation des services et dans la régulation du système de santé (du point de vue préventif, curatif et promotionnel) en RDC ;
- Étudier la contribution du système mutualiste au financement des soins et services de santé ;
- Évaluer les possibilités de capitalisation de l'expérience mutualiste comme pilier d'une couverture sanitaire à vocation universelle.

4. L'APPROCHE METHODOLOGIQUE

Pour l'exécution de l'étude nous avons compris 'le système mutualiste' en termes de mutuelles de santé individuelles et les organisations d'appui qui les encadrent. Pour évaluer sa contribution dans les différents domaines de la qualité de l'offre, de l'utilisation des services, du financement et de la régulation du système de santé, il fallait une évaluation multidimensionnelle de l'expérience réelle d'un nombre de mutuelles de santé et des organisations d'appui. Pour évaluer leur potentiel à devenir un pilier dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle, il fallait étudier les facteurs de réussite et les blocages et ensuite formuler des recommandations pour aller de l'avant. A partir de ces prémisses, nous avons formulé des thèmes d'investigation (listés dans la partie suivante) avec pour chaque thème des questions spécifiques. Dans un deuxième temps, ces questions spécifiques ont été regroupées dans des questionnaires par type d'interlocuteur à interviewer.

L'approche méthodologique s'est inspirée de deux méthodes que nous avons utilisées auparavant :

- Pour la conception générale : la méthode utilisée pour l'étude des mutuelles de santé en RDC faite par l'Institut de médecine tropicale (IMT) en 2004 (IMT 2005) ;
- Pour l'outil de collecte de données et les méthodes d'analyse : la méthode développée pour une analyse approfondie de la mutuelle communautaire de santé de Dar Naïm en Mauritanie (Waelkens et al. document en phase de publication).

La raison à la base de ce choix était un souci de pouvoir comparer les résultats pour élargir la portée des enseignements.

5. LES THEMES D'INVESTIGATION

5.1. L'évaluation approfondie des mutuelles de santé

Pour l'évaluation approfondie des mutuelles de santé, nous avons distingué trois dimensions à explorer :

- le système de santé ;
- les mutuelles de santé ;
- les éléments du contexte social, institutionnel et d'appui.

Dimension système de santé : pour une analyse rapide du fonctionnement actuel du système de soins en RDC en général, et des zones de santé visitées en particulier, les thèmes investigués sont les suivants :

- La problématique de l'accès financier aux soins au niveau du système local de santé ;
- La qualité de l'offre des soins contractés, la perception de la qualité de cette offre par les populations et les prestataires, les contraintes liées à l'offre de services de qualité et les conditions nécessaires pour la maintenir ou l'améliorer ;
- La contribution du système mutualiste au financement des soins et services de santé, à l'utilisation des services et à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins.

Dimension mutuelles de santé : pour l'analyse des mutuelles de santé les thèmes investigués sont les suivants :

- Le processus de mise en place de la mutuelle et du rôle des différents acteurs qui étaient impliqués ;
- Le montage technique, les structures de gestion mises en place, les principales modalités de fonctionnement, et les mécanismes de monitoring et de suivi mises en place ;
- L'implémentation de ces mécanismes en termes de gouvernance, d'institutionnalisation et de professionnalisation ;
- L'appui technique et financier reçu, et de la coopération entre acteurs de santé concernés ;
- Les principaux résultats (*outputs*) :
 - o la couverture et la nature des populations atteintes ;
 - o l'utilisation des services de santé par les membres et les non-membres ;
 - o la capacité de mobiliser des ressources pour financer les soins de santé ;
 - o la capacité d'organiser les utilisateurs dans leur interaction avec les prestataires ;
 - o la capacité d'influencer la rationalisation de l'offre des soins ;
 - o les effets sociaux de la présence d'une mutuelle pour la population dans un environnement social précaire ;
- La viabilité financière ;
- L'appréciation par les différents acteurs des résultats, des facteurs de réussite et de blocage, des conditions nécessaires pour aller à l'échelle.

Dimension contexte : pour l'analyse rapide des éléments du contexte, les thèmes spécifiquement investigués sont les suivants :

- Le pouvoir d'achat des gens ;
- Le niveau de confiance dans les prestataires et dans la gestion de la mutuelle ;
- Les barrières à l'accès aux soins ;
- Les barrières à l'affiliation à la mutuelle ;
- La collaboration entre acteurs ;
- L'intégration de la mutuelle de santé parmi les autres services offerts à la population (= la mutuelle de santé comme institution d'ordre publique).

5.2. L'évaluation des organisations d'appui

L'évaluation du fonctionnement des organisations d'appui faisait partie de chaque visite des mutuelles individuelles. Elle concerne l'apport actuel des organisations d'appui aux mutuelles et au système mutualiste et leurs perspectives de participer à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé et porte sur les thèmes suivants :

- Le rationnel de la création de l'organisation ;
- Les objectifs au niveau local et national et de la réalisation de ces objectifs ;
- Le montage technique, les structures de gestion mises en place, et les principales modalités de fonctionnement, les mécanismes de monitoring et de suivi mises en place, les ressources financières, matérielles et humaines ;
- L'implémentation de ces mécanismes en termes de gouvernance, d'institutionnalisation et de professionnalisation, de contraintes d'implémentation et d'opportunités ;
- L'intégration des organisations d'appui aux mutuelles de santé parmi les institutions impliquées dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
- La contribution du système mutualiste à la régulation du système de santé ;
- L'appréciation par les différents acteurs de leur fonctionnement et leurs résultats, des contraintes, des conditions nécessaires pour aller à l'échelle.

6. LA SELECTION DES MUTUELLES DE SANTE INVESTIGUEES

Les facteurs suivants ont été pris en compte dans le choix des mutuelles de santé :

- Des mutuelles opérationnelles ou stoppées ;
- La localisation géographique : couvrir autant que possible différentes provinces du pays ;
- Des considérations d'ordre logistique : la facilité d'atteindre les provinces et les mutuelles de santé dans le temps prévu pour l'étude ;
- La recherche de variété :
 - o la typologie organisationnelle des mutuelles (gérés par les membres, par des prestataires de soins ou par des tiers) ;
 - o les contextes dans lesquels elles évoluent (différents types d'appui, le degré de coopération entre acteurs du système de santé, des mutuelles rurales et urbaines, des régions plus et moins prospères, etc.) ;
 - o le stade d'évolution des mutuelles et leur résultats (des mutuelles prospères, en difficulté et stoppées) ;
- Leur accompagnement par des organisations d'appui membres de la POMUCO ;
- Leur inclusion dans l'échantillon de l'étude faite en 2004 pour apprendre du parcours parcouru ;
- Des conditions particulières de certaines mutuelles qui les désignent comme particulièrement pertinentes pour l'étude.

Au total, nous avons enquêté 10 mutuelles de santé opérationnelles et 3 mutuelles en arrêt ou en difficulté dans les provinces de Kinshasa, Kivu, Nord-Kivu et Sud-Kivu :

- Mutuelles opérationnelles :
 - o La mutuelle LISANGA, Kinshasa
 - o La Mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques du Congo (MUSECCO), Kinshasa
 - o La Mutuelle de santé des enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MESP), Kinshasa
 - o L'Union des mutuelles de santé du Congo (UMUSAC), Kikwit
 - o La Mutuelle des agents de la zone de santé (MAZOKS), Kikwit
 - o Kingo la Afya (KLA), Goma
 - o La Mutuelle de santé Saint-Raphaël (MUSSRA), Goma
 - o La Mutuelle de solidarité pour la santé (MUSOSA), Butembo
 - o La Mutuelle de Nyantende, Sud Kivu
 - o La Mutuelle de Walungu, Sud Kivu
- Mutuelles en arrêt/en difficulté
 - o La Mutuelle maman Mwilu, Eglise Kimbanguiste (MMK), Kinshasa
 - o La Mutuelle de santé Lutondo de Kikwit (MUSALKI), Kikwit
 - o La mutuelle de santé de Solidarité et fraternité dans l'action (SOFAC), Goma

Trois des mutuelles investiguées faisaient partie de l'échantillon de l'étude faite en 2004, notamment la MUSECCO (alors MUSECKIN), la mutuelle de Nyantende et SOFAC.

L'évaluation des organisations d'appui respectives faisait partie de l'investigation des mutuelles :

- Le CGAT de Kinshasa
- Le CGAT de Goma
- Le CGAT de Beni
- La CAMS de Bukavu
- L'UMUSAC de Kikwit.

L'UMUSAC de Kikwit apparaît en même temps comme mutuelle et comme organisation d'appui. La coordination de l'union fait fonction d'organisation d'appui aux 12 mutuelles individuelles de son réseau en plus qu'à d'autres mutuelles de la ville. Pour notre étude, l'union a été considérée comme une seule mutuelle. En même temps, l'équipe de coordination était investiguée en tant que organisation d'appui.

7. LA COLLECTE DES DONNEES

La méthode principale de collecte de donnée était l'interview approfondie avec un guide d'entretien. Pour chaque mutuelle, nous avons interviewé les gestionnaires des mutuelles et/ou des membres du conseil d'administration, un ou deux prestataires avec lesquels la mutuelle a signé une convention, le médecin chef de zone et/ou des membres de son équipe, l'organisation d'appui qui suit la mutuelle, et des personnes clés.

Le guide d'entretien était divisé en 15 questionnaires séparés :

1. Descriptif de la mutuelle de santé ;
2. La préparation et le processus de création ;
3. La gouvernance ; la prise de décision : concept et pratiques ;
4. La gestion au niveau de la mutuelle de santé : concept et pratiques ;
5. L'adhésion et la mobilisation de ressources ;
6. Les services offerts par la mutuelle de santé ;
7. Les relations avec l'offre de soins ;
8. La gestion financière ;
9. Les résultats de la mutuelle de santé (statistiques pour l'année 2015) ;
10. Un questionnaire pour le prestataire de soins ;
11. Un questionnaire pour les autorités sanitaires ;
12. Un questionnaire pour les organisations d'appui au niveau local ;
13. Questionnaire d'opinion : le fonctionnement des mutuelles de santé ;
14. Questionnaire d'opinion : l'appui aux mutuelles de santé ;
15. Questionnaire d'opinion : les effets sociaux de la mutuelle de santé.

Les neuf premiers questionnaires contiennent les questions pour les gestionnaires et/ou des membres du conseil d'administration de la mutuelle. Par mutuelle, ces entretiens prenaient entre une demi-journée et un jour et demi. Le questionnaire 7 'les relations avec l'offre de soins' était en même temps utilisé pour un entretien séparé avec les médecins-conseil. Le questionnaire 9 'les résultats de la mutuelle de santé (statistiques pour l'année 2015)' cherchait avant tout à collecter les données statistiques, mais donnait en même temps l'occasion de discuter des résultats.

Les trois suivants sont des questionnaires séparés pour les prestataires, les autorités sanitaires et les organisations d'appui. Chacun contient une courte liste de données statistiques pour l'année 2015 qui était remplie, dans la mesure du possible, par un collaborateur de la personne interviewée pendant l'entretien. Ces entretiens prenaient entre 45 minutes et 3 heures.

Les questionnaires d'opinion s'adressaient à des personnes-clé. Parfois, un des questionnaires d'opinion était intégré dans l'entretien avec certains prestataires ou autorités sanitaires. Dans d'autre cas, les trois questionnaires formaient la base de l'entretien avec une personne choisie pour son expérience particulière des mutuelles de santé. Ces derniers entretiens prenaient entre 50 minutes et 2 heures.

Vu les questions posées et les résultats attendus des termes de référence, des interviews de membres n'étaient pas prévus.

En général, nous avons compté trois jours par mutuelle pour l'ensemble des questionnaires. Les questionnaires se trouvent en annexe 2.

Aucun questionnaire n'était prévu pour les mutuelles en arrêt. Le but de ces entretiens était de discuter dans une interview informelle des causes de l'échec de ces mutuelles. En pratique, certaines parties du guide d'entretien ont été utilisées quand cela apparaissait opportun.

Au total 64 interviews ont été menées, dont 22 au Nord-Kivu, 17 au Sud Kivu, 20 à Kinshasa et 5 à Kikwit. La liste des interviews se trouve en annexe 3.

8. L'ANALYSE DES DONNEES

8.1 Mise en commun entre chercheurs à Kinshasa

La mise en commun entre chercheurs visait à présenter un diagnostic de chaque mutuelle et organisation d'appui par rapport aux questions de la grille d'analyse, de dégager les variables clés et les enseignements évidents à ce stade.

8.2 Analyse systématique des données

L'analyse systématique comportait les étapes suivantes :

1. Transcriptions des interviews ;

La transcription est faite à partir des enregistrements audio pour les 34 des 39 interviews du Nord et Sud Kivu. Une personne avait refusé l'enregistrement, 3 autres interviews n'ont pas été enregistrées, et un fichier audio a été perdu. Pour ces 5 interviews, la transcription a été faite à partir des notes prises pendant l'interview. Pour les interviews de Kinshasa, la transcription de 11 des 20 interviews a été faite à partir des enregistrements audio et pour 3 interviews à partir des notes. Pour les autres interviews de Kinshasa et celles de Kikwit, un résumé des données a été directement classifié dans le canevas d'analyse (voir point 3).

2. Résumé de chaque interview et sélection de citations représentant les observations et les opinions de l'interlocuteur ;

3. Classification des données dans le canevas d'analyse pour chaque mutuelle ;

Dans cette classification, toutes les données concernant une seule mutuelle, mais venant des différents interlocuteurs, ont été résumées suivant le guide d'entretien. Cette classification donne la description de la mutuelle individuelle, y compris les données concernant leur organisation d'appui, les prestataires et les responsables de la zone de santé interviewés. Cette classification a été faite pour les mutuelles de Kinshasa et de Kikwit. Pour les mutuelles du Nord et Sud-Kivu, elle a été faite pour les données statistiques uniquement.

4. Analyse thématique ;

- a. Classification par thème des citations sélectionnées de tous les interlocuteurs (point 2) et des données résumées par mutuelle (point 3) ;
- b. Comparaison par thème des données.

La phase de résumer les interviews était la première phase de l'analyse thématique. Très vite les principales préoccupations des répondants se sont dégagées. Elles ont formé la trame de l'analyse thématique et ont lancé le processus itératif de l'analyse : rechercher dans chaque interview les propos à ce sujet pour ensuite commencer leur comparaison. Les thèmes ainsi avancés par les interlocuteurs ont aussi formé la base pour le rapportage des résultats. La comparaison des données statistique n'a été faite que partiellement.

5. Comparaison des résultats avec ceux de l'étude des mutuelles de santé faite en 2004 ;

Cette comparaison a été faite à partir des études de cas présentées en annexe du rapport de l'étude 'Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo. Septembre-Octobre 2004' (IMT 2005).

La relecture des résultats de l'étude de 2004 n'a été faite qu'après la finalisation de l'analyse des données de 2016, et n'a de ce fait pas influencé cette analyse.

Parmi les 28 mécanismes de prise en charge des soins de santé décrits, 20 étaient des mutuelles de santé. Les réponses aux questions concernant les facteurs de succès de la mutuelle de santé, les facteurs de blocage, les enseignements de l'expérience et le point de vue sur l'appui et l'encadrement ont été classifiées suivant les mêmes thèmes des données de 2016, pour ensuite comparer thème par thème l'évolution des observations des répondants de 2004 et 2016.

6. Dégager les pistes de réflexion concernant :

- Les possibilités de capitalisation de l'expérience mutualiste comme pilier d'une couverture sanitaire à vocation universelle ;
- Des actions à entreprendre pour rendre les mutuelles de santé capables de participer à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé à travers leur gouvernance, leur institutionnalisation et leur professionnalisation.

Cette dernière partie de l'analyse était basée sur les éléments suivants :

- Les réalisations actuelles des mutuelles et des organisations d'appui, et les suggestions des acteurs interviewés ;
- Les conclusions de l'étude de 2004 concernant la création d'un environnement propice au développement harmonieux des mutuelles de santé par :
 - o Un appui de qualité pour les mutuelles de santé dans les phases d'analyse, de planification, de mise en place et de monitoring ;
 - o Une politique de subsides rationnelle nécessaire pour atteindre des couvertures autres que marginales, et qui est organisée de façon à ne pas hypothéquer des dynamiques d'entraide et de solidarité locales ;
 - o Une stratégie de rationalisation de l'offre des soins ;
- Une appréciation rapide des conditions spécifiques en RDC à prendre en considération.

Cette analyse a mené à la formulation de suggestions pour tracer le chemin à suivre.

9. LE DEROULEMENT DE L'ETUDE

Les différentes étapes de l'étude étaient les suivantes :

- Avril – mai 2016 : Préparation
 - o Préparation des outils de collecte des données et d'analyse.
- 18 mai – 3 juin : Prise de contact à Kinshasa
 - o Prise de connaissance des différents acteurs impliqués dans l'étude ;
 - o Prise de contact avec d'autres acteurs impliqués dans le développement du système mutualiste en RDC ;
 - o Echange entre chercheurs sur les aspects méthodologiques, le déroulement concret de la mission et les outils de collecte des données ;
 - o Finalisation des outils de collecte des données ;
 - o Application à la mutuelle Lisanga, Kinshasa.
- Juin – août 2016 : L'enquête de terrain
 - o Enquête à Kinshasa et Kikwit par l'équipe de deux investigateurs de l'Université de Kinshasa ;
 - o Enquête au Nord et Sud-Kivu par l'équipe de deux investigateurs de l'IMT et l'Ecole régionale de santé publique de Bukavu.
- 07 – 12 août 2016 : Mise en commun entre équipes de chercheurs à Kinshasa
 - o Mise en commun et première analyse des données par l'équipe des investigateurs ;
 - o Restitution des résultats intermédiaires aux membres de la POMUCO ;
 - o Présentation des résultats intermédiaires au groupe de travail de l'orientation de la protection sociale à Matadi.
- Septembre – décembre 2016 : Analyse et rédaction du rapport.

- 03 – 10 février 2017 : Présentation des résultats à Kinshasa
 - Révision du rapport avec les acteurs mutuellistes principaux ;
 - Préparation de la deuxième phase du processus : l'élaboration par les acteurs mutuellistes de plans d'action technique et politique dans le contexte plus large de l'évolution vers la couverture sanitaire universelle et la protection sociale en RDC ;
 - Restitution des résultats principaux de l'étude aux Groupes inter-bailleurs santé et protection sociale à Kinshasa ;
 - Restitution des résultats principaux de l'étude aux autorités congolaises (Ministère de l'emploi, travail, prévoyance sociale, Ministère de la santé publique,...).

10. LES LIMITES DE L'ETUDE

Les principales limites de l'étude sont liées au temps restreint accordé à l'étude, aussi bien pour ce qui concerne la récolte des données et l'analyse.

Les interviews prévues avec les responsables nationaux des organisations d'appui n'ont pas pu se faire. Ainsi, la dimension plaidoyer au niveau national n'a pas été approfondie.

Il n'y avait pas le temps pour finaliser les transcriptions de tous les entretiens enregistrés, la classification des données dans le canevas d'analyse pour chaque mutuelle et l'analyse approfondie des données statistiques.

Le défaut d'analyse statistique est aussi lié à la qualité des données statistiques collectées au niveau local et national. Une seule mutuelle avait un rapport avec les données de base clairement résumées et disponible en format électronique. Pour ce qui concerne le Nord et le Sud-Kivu, le temps manquait pour la collecte manuelle des statistiques des mutuelles et des prestataires. Nous avons aussi obtenu très peu de documentations relatives à la mise en place ou le fonctionnement des mutuelles.

Dans le cadre de cette étude qui vise avant tout de documenter les expériences du terrain, nous n'avons pas donné priorité à situer les résultats dans le cadre des différents textes légaux qui régissent la couverture sanitaire et les mutuelles de santé. Nous donnons un bref aperçu de la législation applicable au secteur ; lier les résultats et les recommandations de l'étude au cadre légal devrait faire partie de la phase de l'action concertée. Une analyse exhaustive du cadre juridique de la protection sociale en RDC mériterait de faire l'objet d'une étude à part entière.

SECTION 2 : PRESENTATION ET ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

INTRODUCTION

Bien qu'en général la portée des mutuelles de santé en RDC soit faible, les réalisations de certaines mutuelles individuelles sont remarquables étant données les circonstances difficiles dans lesquels elles opèrent et le peu de moyens qui sont mis à leur disposition. Quelles seraient les résultats de ces mutuelles si l'appui aux mutuelles de santé s'appliquait à surmonter ces circonstances difficiles ? Cette réflexion a guidé l'analyse des données et le présent résumé des résultats. Nous regardons quelles sont ces circonstances difficiles et quelles sont les mesures nécessaires pour aider les mutuelles à se développer.

Le principal outil de collecte de données était l'interview approfondie. De ce fait, les résultats sont principalement les informations communiquées par nos interlocuteurs et leurs opinions. Un choix de citations est annexé au rapport (annexe 4).

Le rapport des résultats est organisé sous les titres suivants :

1. Des éléments du contexte général

En plus des éléments communiqués par nos interlocuteurs, cette partie contient quelques données statistiques et un aperçu du système de santé et de la politique nationale de protection sociale, dont les sources utilisées sont citées.

2. Les mutuelles de santé

- 2.1. Description des mutuelles de santé investiguées

- 2.2. Analyse approfondie de services offerts par les mutuelles de santé

- 2.3. Analyse approfondie de la gestion des mutuelles de santé

La description parcourt les paramètres et les principaux indicateurs du portrait habituels des mutuelles de santé. Les analyses approfondies examinent de manière détaillée des questions choisies qui devraient à l'avenir trouver de meilleures solutions.

3. Les organisations d'appui aux mutuelles de santé

- 3.1. Description des organisations d'appui investiguées

- 3.2. Analyse approfondie des relations entre l'organisation d'appui et les mutuelles

Contrairement aux mutuelles de santé elles-mêmes, l'appui aux mutuelles de santé est rarement investigué et le rôle des organisations d'appui n'est pas clairement déterminé. Pendant les entretiens, l'appui aux mutuelles a été plus sujet de discussion que simple collecte de données. Le rapport reflète cette différente approche en intégrant les réflexions que ce sujet a soulevées.

4. Les relations avec d'autres acteurs

Les parties 2 et 3 examinaient le fonctionnement interne des mutuelles de santé et des organisations d'appui. Cette partie concerne leurs relations avec la population, les prestataires de soins, l'Etat et les partenaires étrangers.

5. Comparaison avec les données de l'étude des mutuelles de santé en RDC faite en 2004

Le but de la comparaison des données des deux études faites en 2004 et 2016 est de tirer des enseignements de l'évolution des mutuelles de santé dans cet intervalle de 12 ans.

1. DES ELEMENTS DU CONTEXTE GENERAL

1.1. L'encadrement juridique des mutuelles de santé

Au terme d'un long parcours législatif, en mai 2016, le Parlement a adopté à la quasi-unanimité la loi déterminant les principes fondamentaux de la mutualité (Loi organique N° 17/002). Cette loi qui a été promulguée par le chef de l'Etat le 8 février 2017 :

- élargit l'objet des mutuelles non seulement aux soins de santé mais également aux allocations familiales et de maternité et aux allocations de vieillesse et de décès (art. 2) ;
- fixe les conditions et la procédure pour obtenir l'agrément (art. 12 à 17) ;
- prévoit une structuration pyramidale des mutuelles en unions, fédérations et réunions de mutuelles (art. 3 et 18 à 25) ;
- prévoit un soutien de l'Etat via l'octroi de facilités administratives, techniques et fiscales (art. 30) et, surtout, une subvention au prorata du nombre des membres de la mutuelle (art.71) ;
- conçoit la mutuelle de santé comme « une assurance maladie nationale » (art. 70) et prévoit l'assurance maladie obligatoire « pour toute personne offrant la possibilité de rétention des cotisations à la source », à savoir les mutuelles d'entreprise, professionnelle ou corporative, scolaire et étudiante (art. 70 point 1 et art. 77) et l'assurance maladie facultative pour les autres, à savoir le secteur informel (art. 70 point 2) ;
- organise les relations entre mutuelles et le pouvoir central et décentralisé (art. 82 à 91 et 95 à 103).

Parallèlement, un processus de près de deux ans, impliquant les institutions nationales et provinciales, la société civile et certains partenaires étrangers, a abouti à un document de politique nationale de protection sociale. Cette stratégie, inspirée des socles de protection sociale, a pour objectif à l'horizon 2025 de couvrir chaque Congolais d'un paquet minimum de protection sociale. Elle est axée sur quatre domaines : santé, enfance, troisième âge et personnes dépendantes. Dans le domaine 'santé', une des actions prioritaires est de rendre opérationnelle la couverture sanitaire universelle via le développement et la professionnalisation des mutuelles de santé. Malgré l'instabilité politique, le processus d'adoption et de mise en œuvre de cette politique se poursuit.

Le Projet de loi sur la couverture sanitaire universelle (CSU), dans sa version de mai 2015, décrit un système de protection sanitaire basé sur le principe de solidarité, la pratique de la mutualisation obligatoire du risque de maladie. Le cadre conceptuel pour le financement de la CSU prévoit l'organisation de la solidarité nationale par un système d'assurance-maladie obligatoire et par des contributions à travers

1. L'Institut national de sécurité sociale (INSS) pour le secteur privé contractuel ;
2. La Caisse de sécurité sociale des agents publics de l'Etat (CSSAPE) ;
3. Le Fonds pour les indigents et vulnérables (avec un financement de l'Etat et des partenaires internationaux) ;
4. Les fédérations des mutuelles de santé pour l'économie informelle.

Ces fonds de différentes sources seraient mis ensemble dans la caisse de la CSU pour rembourser les soins de santé pour tous.

1.2. Le système de santé

La politique nationale de santé de la RDC a été définie en 1984 et révisée en 2001. Elle est basée sur la stratégie des soins de santé primaires. En 2006 le Ministère de la santé a élaboré la Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) afin de reconstruire le système de santé. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015, et maintenant le PNDS 2016-2020 (MSP 2016), en

guident la mise en œuvre. L'axe principal de la stratégie est le développement des zones de santé comme l'unité opérationnelle de la politique de santé.

Le système de santé est organisé en trois niveaux:

- Le niveau central avec un rôle normatif et régulateur ;
- Le niveau intermédiaire avec les rôles d'accompagnement et d'appui technique aux zones de santé, de suivi et de contrôle de la mise en œuvre des politiques au niveau des zones. Ce niveau intermédiaire est formé par les Inspections provinciales de la santé (IPS) et les districts sanitaires. Depuis le processus de décentralisation politique, la planification, l'organisation et la gestion des soins de santé primaires sont devenus la responsabilité de la Division provinciale de la santé (DPS), un département du gouvernement provincial.
- Le niveau opérationnel, la zone de santé, avec le rôle de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. L'équipe cadre de la zone de santé, dirigée par le médecin chef de zone, assure la planification, la coordination et la supervision des activités de santé primaire. Les services de santé sont organisés à 2 échelons interdépendants : les formations sanitaires de premier contact, les centres de santé qui desservent la population d'une aire de santé, et l'hôpital général de référence. Le centre de santé est responsable des prestations du paquet minimum d'activités (PMA) décrit dans le Recueil des normes de la zone de santé (MdS 2006b), un des documents rédigés pour l'opérationnalisation de la SRSS. L'hôpital général de référence est responsable d'offrir les soins qui relèvent du paquet complémentaire d'activités (PCA).

Le secteur privé confessionnel joue un rôle important dans l'offre de soins de santé et est intégré dans le système de santé. Dans la province du Sud-Kivu, par exemple, le Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) gère 14 hôpitaux (sur un total de 28) et plus de 165 centres de santé (sur un total de 695).

Les rapports successifs PNDS 2011-2015 et PNDS 2016-2020 observent dans leur évaluation de la période précédente que la revitalisation du secteur de santé prévue par la SRSS n'est pas très active entre autres à cause du faible financement par l'État pour l'exécution des PNDS. Le budget alloué au Ministère de la santé est insuffisant par rapport aux besoins réels (tableau 1). Le manque de financement pour le fonctionnement des activités et pour les rémunérations des personnels est compensé par des pratiques de paiement direct par les patients qui ne sont pas contrôlées. Il s'ensuit une commercialisation des soins de santé qui a une influence négative sur leur qualité et leur accessibilité financière.

Le système de santé est aussi dépendant de financements extérieurs. L'aide extérieure est en grande partie consacrée aux programmes verticaux (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose). Au niveau local, une diversité d'organisations donne une aide aux zones de santé. Les deux approches engendrent une multiplication de programmes avec chacun ses objectifs et une fragmentation du système de santé.

Le mauvais état des services de santé et les paiements directs influencent l'utilisation des soins. En 2006, le taux d'utilisation des services curatifs dans le secteur public était estimé à 0,15 contacts par personne par an (MdS 2006), et le taux d'utilisation auquel il fallait tendre était de 0,5 (MdS 2006b) ; en 2014, ce taux d'utilisation était de 33,1% (MSP 2016). Parmi les zones dont on nous a communiqué les taux pour 2015, la zone de Karisimbi, Goma, enregistre un taux de 0.27 premiers contacts, et celle de Nyantende, Sud-Kivu, 0.41.

Tableau 1 : Dépenses pour les soins de santé en RDC⁺

		Année	Source
Estimation population	77 M	2015	OMS*
Taux de pauvreté	64%	2012	BM [§]
Indice de développement humain : classement	176/187	2015	PNUD [#]
Revenu national brut par habitant (PPP \$ int.)	680	2013	OMS
PIB par habitant (US\$)	442	2015	BM
Dépenses totales pour la santé en % du PIB	4.3%	2014	OMS
Dépenses publiques pour la santé en % du PIB	1.86%	2013	OAS [°]
Dépenses publiques pour la santé en % du total des dépenses publiques	12%	2013	OAS
Dépenses publiques pour la santé en % du total des dépenses pour la santé	53.1%	2013	OAS
Dépenses publiques pour la santé en % des dépenses totales de santé	36.9%	2014	BM
Dépenses directes (out-of-pocket) pour la santé en % des dépenses totales de santé	38.8%	2014	BM
Ressources externes pour la santé en % du total des dépenses pour la santé	52.4%	2013	OAS
Dépenses totales pour la santé par habitant (PPP \$ int)	32	2014	OMS
Dépenses pour la santé par habitant (PPP int. \$)	19	2014	BM
Dépenses publiques pour la santé par habitant (PPP int. \$)	14	2013 (5 en 2006)	OAS
Dépenses publiques pour la santé par habitant (US\$)	8	2013 (2 en 2006)	OAS

⁺Les données des différentes sources pour le même sujet peuvent être divergentes

*OMS. www.who.int/countries/cod; Organisation mondiale de la santé

[°]African health observatory. 2016. Democratic Republic of the Congo. Factsheets of Health Statistics 2016.

<http://www.aho.afro.who.int/>; Observatoire africain de la santé

[§]<http://data.worldbank.org/>; Banque mondiale

[#]<http://hdr.undp.org/>; Programme des Nations Unies pour le développement

1.3. Les aspects socio-économiques et culturels

Le très faible pouvoir d'achat de la population est sans aucun doute la première difficulté à l'expansion des mutuelles de santé en RDC. Mais pour nos interlocuteurs qui sont activement impliqués dans la mise en œuvre des mutuelles, cette difficulté n'est pas un obstacle insurmontable, plutôt une donnée de base dont il faut tenir compte dans le montage de la mutuelle, en pensant par exemple à faciliter le dépôt d'avances pour la cotisation toute l'année – « ce sont ces vieilles mamans qui ont la vie difficile et qui viennent déposer petit à petit, mais qui renouvellent chaque année »¹, ou encore des méthodes de subventions appropriées.

La question de la pauvreté est souvent reliée à des comportements de survie qui ont une influence primordiale sur la pérennité des mutuelles de santé. Au niveau des ménages, la recherche d'argent prend une très grande place dans la vie de tous les jours. Dans leur relation avec les mutuelles de santé, la pauvreté les pousse à chercher avant tout des bénéfices personnels au détriment des conditions nécessaires au partage des risques. La sélection adverse est une grande difficulté pour les mutuelles : nombreux sont ceux qui deviennent membres quand ils prévoient des dépenses pour les soins, puis ne se réinscrivent plus une fois les soins reçus. De nombreux ménages n'adhèrent pas avec tous leurs membres, mais seulement avec les plus vulnérables. A cela s'ajoutent les abus, les

¹ Les textes entre guillemets « ... » sont des citations.

détournements et la corruption à tous les niveaux. Certains membres essaient de s'arranger avec les prestataires pour soigner des personnes qui n'ont pas payé de cotisation. Les méthodes de fraude sont diverses, inventives et parfois très bien organisées. Aussi bien des prestataires que des membres et des gestionnaires de mutuelles de santé regardent la mutuelle comme une source à exploiter pour leur propre bénéfice plutôt que comme un bien commun à protéger. C'est une des causes importantes d'échecs ou de mauvaise performance des mutuelles de santé en RDC. La majorité de nos interlocuteurs étaient d'avis que la pauvreté prolongée, les salaires souvent insignifiants et la corruption institutionnalisée ont influencé durablement la mentalité des Congolais, qui ne peuvent plus que penser avant tout à leurs gains personnels. A Walungu, par exemple, le désistement des administrations de l'Etat, qui étaient impliquées activement à la création de la mutuelle, s'expliquerait par leur réalisation que ce n'était pas un projet « qui allait venir avec beaucoup d'argent et qu'ils pourraient s'y retrouver ».

A leur tour, les projets de lutte contre la pauvreté ont une influence sur les attitudes à l'égard des mutuelles de santé. Surtout dans les régions où il y a de nombreux projets d'appui, passés ou présents, qui subventionnent les soins, il y a confusion sur le fonctionnement d'une mutuelle de santé. Nombreux sont ceux qui pensent que, comme ces projets, la mutuelle donne accès à des soins gratuits ou fortement subventionnés. Ils ne comprennent pas, ou ne croient pas, que ce sont les cotisations des membres qui financent les soins. Si la mutuelle ne s'en sort pas financièrement, ils sont convaincus que ce sont les gestionnaires qui « bouffent l'argent » des bailleurs de fonds. Si la mutuelle demande leur cotisation là où avant ou dans des régions voisines les soins étaient gratuits ou presque gratuits, c'est que la mutuelle est un subterfuge des hôpitaux ou « de l'église catholique pour gagner de l'argent ». La méfiance à l'égard des gestionnaires, même la certitude que les gestionnaires sont malhonnêtes, est autant une donnée de base dont il faut tenir compte dans le montage des mutuelles que les multiples tentatives de fraude et la pauvreté elle-même.

Un facteur culturel qui influence l'utilisation des soins de santé en général est le recours aux « chambres de prières ». Cette pratique est parfois associée à la consultation des soins de santé, mais souvent le seul recours de première instance. Le coût des soins de santé n'en est pas la première cause, car les prix demandés pour les traitements alternatifs peuvent être très élevés.

D'autres facteurs culturels entravent l'adoption des concepts de l'assurance et de la prévoyance. Les traditions d'entraide s'organisent plutôt dans le cercle de la famille élargie ou, en dehors de ce cercle, s'organise sur base de la réciprocité. Il y a aussi une réticence à se rallier à des stratégies de prévoyance pour un événement qui risque de ne pas avoir lieu, ceci à l'opposé des associations de deuil, fréquentes dans certaines régions, qui ont trait à un événement certain.

En soi, le concept de mutuelle de santé est largement approuvé en RDC. Néanmoins, tous ces aspects socio-économiques et culturels sont autant de contraintes à sa réalisation.

2. LES MUTUELLES DE SANTE

La loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité (loi du 8 février 2017) donne la définition suivante des mutuelles (article 4.4) :

La mutuelle est « un groupement des personnes physiques ou morales, de droit privé, à but non lucratif qui, au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et/ou de personnes à leur charge, des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide ».

Quant aux mutuelles de santé, la loi stipule que (article 70) :

« La mutuelle de santé est conçue et développée comme une assurance maladie nationale offrant aux populations la possibilité d'accéder aux soins de santé de qualité à des prix décents. »

Les types de mutuelles de santé prévues sont (article 76) :

Des mutuelles d'entreprise, des mutuelles professionnelles ou corporatives, des mutuelles scolaires et étudiantes, des mutuelles de quartier ou de village, du secteur informel.

Pour réaliser l'objectif des mutuelles de santé d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité, il y a une tendance de réduire les stratégies d'intervention aux stratégies financières seulement. L'encadré 1 rappelle le cadre théorique des fonctions d'une politique de protection sociale et ainsi les différentes stratégies nécessaires à sa réalisation.

Encadré 1 : Quatre dimensions d'intervention pour promouvoir la protection sociale en santé

Une politique cohérente de Protection sociale en santé (PSS) se base sur trois fonctions centrales: une fonction d'offre de protection sociale – par ex. l'assistance sociale pour les gens dans une situation de pauvreté et d'exclusion sociale, qui ne sont pas en mesure de payer des primes à une mutuelle de santé ; une fonction de prévention – par ex. l'assurance-maladie mise en place par le biais de mutuelles de santé ; et une fonction de promotion – par ex. via une politique de micro-financement (ILO 2008). Il y a un consensus croissant pour ajouter à ces trois fonctions une quatrième dimension, celle du caractère potentiellement transformateur des politiques de PSS (Devereux et Sabates-Wheeler 2004 ; Michielsen et al. 2010). Cette dimension transformatrice réfère à la capacité de modifier les facteurs structurels à la base de la vulnérabilité et de l'exclusion des gens des soins de santé – par ex. la mesure dans laquelle les systèmes mutualistes mis en place arrivent à modifier de façon durable les rapports de force entre mutualistes d'une part et les gestionnaires du système de santé et les prestataires de soins de l'autre. Est-ce que les systèmes mutualistes renforcent la voix des utilisateurs et leur contrôle sur leur santé ? Trop souvent encore, dans de nombreux pays en Afrique sub-Saharienne, ces rapports restent hiérarchisés et paternalistes, menant à une offre de soins de santé perçue par les utilisateurs comme non-personnalisée, voire même déshumanisée (De Man et al. 2016).

Dans ce qui suit nous examinons les aspects internes du fonctionnement des mutuelles de santé investiguées : le montage technique, son implémentation et les principaux résultats en termes de couverture de et de viabilité. La description (2.1) est basée sur les données statistiques principalement, les analyses approfondies (2.2 et 2.3) sur les communications des personnes interviewées.

2.1. Description des mutuelles de santé investiguées

2.1.1. La structure organisationnelle

Toutes les mutuelles de santé investiguées avaient la même structure organisationnelle : une assemblée générale des membres dotée du pouvoir décisionnel, un conseil d'administration qui traduit les décisions en politique de gestion et en supervise l'exécution, et un comité de contrôle dont le rôle consiste à certifier les comptes de la mutuelle. Le degré de professionnalisation de l'équipe qui assure la gestion journalière varie entre le personnel salarié et hautement qualifié de la MESP et les équipes de bénévoles des mutuelles de santé du réseau UMUSAC, recevant une prime modique. Toutes les équipes de gestion ont reçu une formation technique en gestion de mutuelles de santé.

2.1.2. La préparation et le processus de création

L'initiative de la création des mutuelles de santé émane d'une diversité d'acteurs (tableau 2). Pour les mutuelles 'corporatives', constituées des membres d'une même catégorie professionnelle ou coopérative, ce sont les professionnels eux-mêmes qui en sont les créateurs. Bien que l'UMUSAC ait été mise en place par son organisation mère MOCC, les mutuelles individuelles de son réseau ont vu le jour à l'initiative des membres. De même, les mutuelles de santé du Sud-Kivu ont été créées à l'initiative des membres dans le cadre d'un réseau coordonné par la cellule d'appui CAMS. L'exception à cette règle est la mutuelle de Walungu, initiée par FSKi, une ONG qui soutient l'hôpital de la zone de santé. Pour cinq des mutuelles investiguées, les autorités ecclésiastiques sont à la base de leur création. Typiquement, ces mutuelles ont vocation à couvrir un diocèse, mais se limitent actuellement à une aire plus restreinte. Il n'y a dans notre échantillon qu'une seule mutuelle créée à l'initiative d'une organisation d'appui, en l'occurrence le CGAT. D'une part, c'est une sous-représentation depuis que les organisations d'appui CGAT, CENADEP et PRODDDES se sont engagés activement dans la mise en place de mutuelles. D'autre part, la majorité de ces initiatives sont encore en phase de préparation, ce qui les a exclues de notre échantillon.

Tableau 2 : L'identité de l'initiateur et la base d'adhésion

Mutuelles	Location	Initiateur	Base d'adhésion
LISANGA	Kinshasa	CGAT	communautaire, mixte
MUSECCO	Kinshasa	Groupe d'enseignants	corporative, mixte
MESP	Kinshasa	Syndicat des enseignants du secteur public	Corporative
UMUSAC	Kikwit	Coupole MOCC national	Mixte
MAZOKS	Kikwit	Groupe d'infirmiers	Corporative
MUSALKI	Kikwit	BDOM	communautaire, mixte
Kingo la Afya	Goma	l'Eglise du Christ au Congo + CGAT	communautaire, mixte
MUSSRA	Goma	Le diocèse catholique de Goma	communautaire, mixte
MUSOSA	Butembo	Diocèse catholique Butembo Béni	communautaire, mixte
Nyantende	Sud-Kivu	Communauté locale + CAMS	communautaire, mixte
Walungu	Sud-Kivu	FSKi	communautaire, mixte
MMK	Kinshasa	Chef spirituel de l'Eglise Kimbanguiste	Communautaire
SOFAC	Goma	L'ONG SOFAC	communautaire, mixte

Les mutuelles actuellement fonctionnelles ont toutes eu une période de préparation intensive avant leur inauguration. Cette préparation consistait en une formation des initiateurs, une grande campagne de sensibilisation et une préparation technique structurée. Elles ont reçu pour cette préparation, l'aide d'organisations nationales ou internationales spécialisées (tableau 3). SOFAC n'a pu bénéficier d'un appui technique que plus tard dans son développement, quand il était devenu difficile d'introduire des modifications fondamentales dans leur montage et leur fonctionnement. La MUSECCO, alors MUSECKIN, avait d'abord été lancé en 1998 sans préparation

technique solide. L'année suivante, grâce à l'appui technique du programme Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté du Bureau international du travail (BIT/STEP) et l'Agence allemande de coopération GTZ qui débutaient leurs programmes d'appui aux mutuelles de santé, la mutuelle a redémarré sur des bases plus robustes. Tous les acteurs sont maintenant conscients de la nécessité d'une bonne préparation. Néanmoins, le point faible des mutuelles MAZOKS, MUSOSA et celles du Sud-Kivu est une étude insuffisante des coûts des soins ou le non-respect des résultats de cette étude, un problème qui persiste jusqu'à ce jour.

Tableau 3 : Les principales organisations d'appui

Mutuelles de santé	Inauguration	Organisations d'appui nationales	Appui international
Mutuelles opérationnelles			
LISANGA	2011	CGAT	BRS*, ANMC**
MUSECCO	2000	CGAT, PNPMS, BDOM, PNCNS	BIT/STEP, CTB [#] , GTZ
MESP	2011	PNPMS	
UMUSAC	2010	MOCC	WSM [°]
MAZOKS	2015	MOCC/UMUSAC	
Kingo la Afya	2014	CGAT	WSM
MUSSRA	2015	CGAT, Caritas, diocèse	WSM
MUSOSA	2010	CGAT Kinshasa et Beni	Mutualité Saint Michel de Bruxelles ⁺
Nyantende	2001	CAMS	WSM, MCHP ⁺⁺ , GIZ ^{°°}
Walungu	2009	CAMS, FSKi	WSM, MCHP
Mutuelles en arrêt/en difficulté			
MMK	1997-2014	PNPMS, CGAT, Min Santé	ANMC
MUSALKI	2011	BDOM, UMUSAC/MOCC; Caritas Nationale Congo; PNPMS; CAMS de Bukavu	Secours catholique France [§] ; Memisa ^{§§}
SOFAC	2002-2011	PNPMS, l'Eglise Notre Dame du Mont Carmel	Agir ensemble pour les droits de l'homme ^a
*www.brs.coop **www.cooperationinternationale.mc.be #www.btcctb.org °www.wsm.be +www.mc.be/bruxelles-saint-michel		++www.mc.be/hainaut-picardie °°www.giz.de §www.secours-catholique.org §§www.memisa.be awww.aedh.org	

2.1.3. La base d'adhésion

MESP et MAZOKS ont comme groupe cible une catégorie professionnelle (tableau 2). La MESP cible spécifiquement les enseignants et leur ménage ; MAZOKS est formée par les infirmiers de la zone de santé de Kikwit Sud. La MUSECCO a élargi depuis cette année à d'autres enseignants et tierces personnes de la RDC en réponse à l'érosion de ses membres suite à la création de la MESP.

L'UMUSAC comporte des mutuelles corporatives, ainsi que des mutuelles 'communautaires', terme qui désigne, à part la prise de décision par les membres, le fait d'avoir comme groupe cible les ménages d'une aire géographique. Les autres mutuelles se disent communautaires, mais leur base d'adhésion est 'mixte' : formée de ménages individuels d'une aire géographique, le plus souvent une zone de santé, aussi bien que des groupes professionnels tels que le personnel d'une école, d'un hôpital ou d'entreprises et leurs ménages, ainsi estompant la distinction entre secteurs formels et informels souvent faite dans le montage d'un système d'assurance santé.

2.1.4. L'effectif des mutuelles

Le tableau 4 reprend le nombre de bénéficiaires par mutuelle et le taux de couverture de la population cible. Certaines données communiquées sont approximatives, mais permettent néanmoins d'avoir une idée des grandeurs. La MESP a de loin le plus de bénéficiaires. De 1000 titulaires (1500 bénéficiaires) en 2011, la mutuelle a rapidement progressé à 32934 titulaires (77852 bénéficiaires) en 2012 et à 41089 titulaires (193000 bénéficiaires) en 2016. Cette expansion se joue au détriment de la MUSECCO qui a vu ses effectifs diminuer d'environ 17000 en 2012 à 9000 en 2015. La mutuelle des agents de la zone de santé Kikwit-Sud (MAZOKS) couvre 100% de sa population cible, mais celle-ci n'est composée que de ces agents. L'effectif des autres mutuelles varie d'année en année en fonction de variations de revenus de la population, de changements dans les bénéfices auxquels la mutuelle donne droit, de la sensibilisation qui a pu être menée, ou encore d'événements qui ont affecté la confiance et la satisfaction des membres. La MUSALKI, par exemple, comptait environ 3000 bénéficiaires en 2013-2014. Ce nombre a diminué à 816 lors d'un désaccord entre les promoteurs et le conseil d'administration, et a depuis remonté à 1700. La mutuelle de Nyantende avait 13369 bénéficiaires en 2012. Suite au retrait de l'organisation Maltezer qui sponsorisait l'adhésion de personnes indigentes, et d'une augmentation du copaiement en janvier 2016, le nombre de bénéficiaires a diminué à 10092 en 2016.

Tableau 4 : Les effectifs d'adhésion en 2015

Mutuelle de santé	Population cible		Bénéficiaires	Couverture population
LISANGA	Commune de Lingwala	94886	2219	2%
MUSECCO	Enseignants réseaux catholique et salutiste ; autres populations de Kinshasa		9000	
MESP	Enseignants du secteur public, ville de Kinshasa		193000*	
UMUSAC	Membres MOCC; autres populations de Kikwit	500000	44922**	9%
MAZOKS	Infirmiers de la zone de santé de Kikwit-Sud	576	576	100%
MUSALKI	Les personnes liées au BDOM; la population de la ville de Kikwit	± 1500000	1700	0.11%
Kingo la Afya	Zone de santé de Karisimbi	521987	3119	0.6%
MUSSRA	Zone de santé de Goma	345007	2145	0.4%
MUSOSA	Ville de Butembo	800000	2619	0.3%
Nyantende	Zone de Nyantende	124184	12474	10%
Walungu	Zone de Walungu	237398	2738	1.2%

* Données de 2016

** Pour l'union des 12 mutuelles ; bénéficiaires en ordre de paiement seulement ; enregistrés = 52053

Le nombre de bénéficiaires des ménages membres est sensiblement en dessous de la taille moyenne des ménages de l'aire cible pour les mutuelles de Goma et de Kinshasa (tableau 5). Les deux raisons invoquées sont la tendance de n'inscrire que les personnes les plus vulnérables du ménage, et l'exclusion des familles nombreuses pauvres.

Tableau 5 : Le nombre de bénéficiaires par ménage

Mutuelle de santé	Taille ménages membres	Taille ménages population cible	
LISANGA	3.3	7	Commune de Lingwala, Kinshasa
MUSECCO	2.3 pour les nouveaux ménages	6	Kinshasa
MESP	4.7		
Kingo la Afya	4.2	6.2	Zone de santé de Karisimbi, Goma
MUSSRA	2.5	6	Zone de santé de Goma
MUSOSA	5.8	5 à 6	Ville de Butembo
Nyantende	4.5	5.3	Moyenne de la province du Sud-Kivu
Walungu	4.8	6	Zone de Walungu

2.1.5. La contribution financière des membres

Des frais d'adhésion sont demandés par 7 des 13 mutuelles, sous forme de frais administratifs pour les mutuelles du Sud-Kivu (tableau 6).

La cotisation est mensuelle pour les mutuelles qui ont des professionnels du secteur formel comme groupe cible. Pour la MESP, les cotisations sont retenues à la source et versées via le comptable d'Etat. La cotisation est aussi mensuelle pour l'UMUSAC et MMK ; pour SOFAC elle était trimestrielle. Les autres mutuelles pratiquent une cotisation annuelle qui doit être payée à une date fixe. Les adhérents peuvent déposer des avances avant cette date. Ceux qui n'ont pas payé l'entièreté de la cotisation peuvent recevoir quelques semaines de répit, sinon leurs avances sont remboursées ou gardées en dépôt pour l'année suivante.

La majorité des mutuelles imposent l'adhésion de tous les membres du ménage, avec une cotisation par personne. Pour la MESP, la cotisation est par ménage : la contribution mensuelle couvre le conjoint et 3 enfants jusqu'à 18 ans (jusqu'à 24 ans pour les étudiants). MUSECCO, UMUSAC et MMK indiquent aussi un nombre maximum de dépendants, bien que la cotisation soit par individu et pas un montant unique pour le ménage entier.

A l'exception de MESP et SOFAC, toutes les mutuelles imposent une période d'attente pendant laquelle les nouveaux membres cotisent mais n'ont pas encore accès aux bénéfices.

2.1.6. Les services couverts

Toutes les mutuelles prennent en charge les soins ambulatoires et hospitaliers (tableau 7). Jusqu'en 2015, la mutuelle de Walungu ne couvrait que les soins hospitaliers, mais a inclus les soins ambulatoires en janvier 2016. La majorité des mutuelles couvrent les soins généraux : les consultations et l'hospitalisation en salle commune pour la médecine, la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique et la chirurgie. Les mutuelles dans les villes où une plus grande diversité de soins est disponible spécifient clairement quels soins sont exclus. Les exclusions concernent les services spécialisés tel que l'ophtalmologie ou la dentisterie, ou encore l'orthopédie, la neuropsychiatrie, la cardiologie et la chirurgie thoracique. Les examens couverts se limitent à l'imagerie médicale simple et quelques examens de laboratoire de base. Plusieurs mutuelles excluent les maladies chroniques (diabète, épilepsie, cancer, hypertension), les lunettes et la kinésithérapie. La MESP et la mutuelle de Lisanga (annexe 5) ont un paquet de soins plus étendu.

D'autres limitations concernent le nombre d'épisodes couverts, le nombre de journées d'hospitalisation et le recours aux médicaments génériques. Certaines mutuelles acceptent la couverture de médicaments, d'examen ou de traitements spécialisés si le médecin-conseil a donné

son accord. Dans ce cas, le copaiement par les malades peut être plus élevé. Les soins hospitaliers ne sont pris en charge que si le malade a été référé d'un centre de santé ou centre médical de première ligne. La mutuelle MUSOSA fait exception à cette règle à cause de la pauvre qualité des soins dans les centres de santé dans la ville de Butembo. La plupart des autres mutuelles demandent à leurs membres de s'inscrire dans une formation de première ligne dans leur voisinage avec laquelle la mutuelle a signé une convention.

Tableau 6 : Frais d'adhésion et cotisations

Mutuelle de santé	Frais d'adhésion	Cotisation	Cotisation/ personne/ an	Période d'observation	Unité d'adhésion
Mutuelles opérationnelles					
LISANGA	0	54 \$ par an	54 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
MUSECCO	5 \$ pour le ménage	3 \$ par mois	36 \$	3 mois	ménage, limité à 5 membres par ménage
MESP	0	10 \$ / titulaire par mois	26 \$*	0	conjoint et maximum 3 enfants < 18 ans ou encore étudiant ; 5 enfants si 2 conjoints enseignants
UMUSAC	3 \$ (frais administratifs)	1 \$ / mois par adulte; 0,50 \$ par enfant	12 \$	3 mois	chef de famille avec cinq personnes
MAZOKS	10\$	5 \$ par mois	60 \$	2 mois	les infirmiers individuels
MUSALKI	1 \$	10 \$ par an	10 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
Kingo la Afya	0	25 \$ par an	25 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
MUSSRA	0	25 \$ par an	25 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
MUSOSA	0	--10 \$ par an	10 \$	6 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
Nyantende	1 \$ / nouveau ménage pour fiche ; 1 \$ carte individuelle	5 \$ par an	5 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
Walungu	1 \$ / nouveau ménage pour l'administration de l'adhésion	5 \$ par an	5 \$	3 mois	ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres
Mutuelles en arrêt					
MMK	0	0,50\$ / mois / personne	6 \$	3 mois	ménage de 5 personnes mais pas suivi rigoureusement
SOFAC	2 \$ par ménage	24 \$ par an / personne	24 \$		ménage, obligation d'adhérer avec tous les membres

* 120 \$ par an pour le ménage ; taille moyenne du ménage 4.7

Tableau 7 : Les services couverts

Mutuelle	Services couverts	Copaiement
Mutuelles opérationnelles		
LISANGA	Paquet étendu de soins ambulatoires, spécialisés et hospitaliers, d'examens, morgue	- 10% - scan et EEG 40% - hospitalisation > 10 jours - médicaments spécialisés 50% après accord médecin-conseil
MUSECCO	Soins ambulatoires, hospitaliers et examens généraux ; exclusion de services spécialisés, diabète, scanner	- ambulatoire: +/- 1 \$ par visite - 20% pour accouchement et chirurgie - hospitalisation > 14 jours
MESP	Paquet étendu de soins ambulatoires, spécialisés et hospitaliers, d'examens, médicaments spécialisés après accord médecin-conseil	0
UMUSAC	Soins ambulatoires, hospitaliers et examens généraux ; liste d'exclusions	- 50%; - hospitalisation > 14 jours
MAZOKS	Soins ambulatoires et hospitaliers généraux ; maladies chroniques exclues	- hospitalisation > 10 jours
MUSALKI	Soins ambulatoires et hospitaliers généraux ; examens de base; liste de services inclus et exclus bien définie	- ambulatoire : 50% - hospitalisation: 25%
Kingo la Afya	Soins ambulatoires, soins hospitaliers généraux ; examens de base ; liste de services inclus et exclus bien définie	- 10% - 50% pour spécialités acceptées par le médecin-conseil
MUSSRA	Soins ambulatoires, soins hospitaliers généraux ; examens de base ; liste de services inclus et exclus bien définie	- 10%; hospitalisation > 7 jours
MUSOSA	Soins ambulatoire ; soins hospitaliers généraux ; examens de base ; liste de services inclus et exclus bien définie	- 70% des soins ambulatoire - 30% des soins hospitaliers + au-dessus du plafond - fréquentation > 3 visites ambulatoires, 3 hospitalisations par an
Nyantende	Soins ambulatoires ; soins hospitaliers généraux ; examens de base ; liste de services inclus et exclus bien définie	depuis janvier 2016 : - 40% - fréquentation > 2 visites au CdS et 2 à l'hôpital
Walungu	Soins ambulatoires (depuis janvier 2016) ; soins hospitaliers généraux ; examens de base ; liste de services inclus et exclus bien définie	- ambulatoire: 50% - hospitalisation: 40% depuis janvier 2016 - hospitalisation > 7 jours
Mutuelles en arrêt		
MMK	Soins ambulatoires, examens et soins hospitaliers généraux; liste de services exclus	- hospitalisations > 14 jours
SOFAC	Soins ambulatoires et hospitaliers généraux; examens de base;	- ambulatoire: 50%; hospitalisation: 60%

2.1.7. Le paiement des prestataires

Des conventions entre les mutuelles et les prestataires fixent les conditions de paiement. La majorité des mutuelles utilisent le système classique de tiers payant dans lequel l'assurance paie le prestataire directement pour les soins consommés par ses membres, avec ou sans ticket modérateur et/ou plafond. Des prix forfaitaires par type de soins sont fixés dans les conventions avec chaque prestataire. Seul la MUSECCO et des mutuelles individuelles de l'UMUSAC utilisent la capitation dans laquelle la mutuelle paie au prestataire un montant mensuel par membre cotisant. La MUSECCO a cependant abandonné ce mode de paiement en juillet 2016 pour un système de forfaits par type de soins et l'UMUSAC envisage le même changement dans un proche avenir.

2.1.8. L'utilisation des services

Le tableau 8 donne une idée de l'utilisation des soins par les membres. Les données statistiques de la MUSECCO ne sont pas reprises car difficiles à interpréter. Selon le responsable du BDOM de Kinshasa, leur utilisation est de 2.5 consultations par personne par an. Les membres de MUSOSA font peu appel à la mutuelle pour le paiement des consultations de première ligne que la mutuelle ne rembourse qu'à 30%. La mutuelle de Walungu n'intervenait pas pour les soins ambulatoires en 2015.

Notons encore la proportion élevée de césariennes parmi les accouchements assistés.

Tableau 8 : L'utilisation des services de santé en 2015

	Lisanga	MESP	UMUSAC	KLA	Mussra	Musosa	Nyantende	Walungu
Consultations de 1 ^{ère} ligne / bénéficiaires à jour	1.58	0.87**	0.08 (?)	1.50	1.03	0.35 [§]	0.39	sans objet
Consultations spécialisées / bénéficiaires à jour	0.21			0.36	0.20			
Accouchements / nombre attendu pour les membres	1.01			0.65	0.51		1.52	1.15
Césariennes / nombre d'accouchements assistés	0.14			0.36	0.95		0.23	0.40
Hospitalisations / consultations 1 ^{ère} ligne	0.07	0.12**		0.1	0.12	0.71	0.26	
Hospitalisations / bénéficiaires à jour	0.12	0.10**		0.15	0.13	0.25	0.10	0.12
Total prestations / bénéficiaires à jour	2.58*	1.08**		2.15	1.60	0.60	0.57	0.12
Païement moyen de la mutuelle / prestation	28.64			24.52	20.42	14.2	9.46	25.08

* L'achat de médicaments spécialisés est compté comme prestation

**consommation 2015 / bénéficiaires 2016

[§] Toute consultation ambulatoire

Les chiffres disponibles ne permettent une comparaison avec l'utilisation de la population cible totale que pour les mutuelles Kingo la Afya, MUSOSA et celle de Nyantende (tableau 9). Dans la ville de Kinshasa, la comparaison avec l'utilisation de la zone de santé n'est pas pertinente, parce que les gens ne sont pas consultés nécessairement dans leur zone de santé. Pour illustration, la zone de Lingwala enregistre 0.26 consultations de première ligne par habitant, comparé à 5.2 pour la zone voisine de Gombe où il y a une grande concentration de formations sanitaires.

L'utilisation des membres de Kingo la Afya est manifestement plus grande que celle de la zone de santé. Il faut cependant tenir compte du fait que pour les consultations de première ligne, les données de la zone de santé de Karisimbi ne concernent que les centres de santé publics qui, selon le médecin chef de zone, ne rapportent pas toutes leurs activités. De même, la zone de Butembo (mutuelle MUSOSA), ne rapporte que pour les centres de santé tandis que les membres de MUSOSA fréquentent les centres médicaux. Les données de Nyantende suggèrent qu'il n'y a pas de différence

entre le nombre de consultations de première ligne des membres et non-membres. D'autres chiffres disponibles à la zone de santé indiquent cependant que les mutualistes, qui constituent 10% de la population, représentent 34% des consultations de premier contact (premiers contacts = 50409 dans les centres de santé et 4879 dans les centres hospitaliers). Par contre, il n'y a pas de doute sur l'amélioration spectaculaire de l'accès aux soins hospitaliers. Les centres de santé de la zone ont enregistré 2388 patients référés en 2015, dont seulement 207 ont été admis à l'hôpital (= 0.2% des habitants). La mutuelle avait enregistré 1282 hospitalisations (= 10% des membres)².

Tableau 9 : L'utilisation des services de santé par les membres et la population globale

	KLA	Zone de Karisimbi	MUSOSA	Zone de Butembo	Nyantende	Zone de Nyantende
Consultations de 1ère ligne / personne	1.50	0.27*	0.35 [§]	0.22 ^{§§}	0.39	0.41
Accouchements / nombre attendu	0.65	0.66		0.53	1.52	1.07
Césariennes / accouchements assistés	0.36	0.06		0.32	0.23	0.10
Références à l'hôpital / cons. 1ère ligne		0.02		0.10		0.004
Hospitalisations / cons. 1ère ligne	0.1		0.71		0.26	
Hospitalisations / bénéficiaires	0.15		0.25		0.10	
Total prestations / bénéficiaires	2.15		0.60		0.57	

* Consultations 2015/population 2016; sous-estimation: seulement CdS publics + sous-rapportage par formations sanitaires

[§] Toute consultation ambulatoire

^{§§} CdS publics uniquement

Du point de vue des formations sanitaires dont nous disposons des données, les mutualistes représentent une minorité des patients des centres hospitaliers et des hôpitaux de référence (tableau 10). Les deux centres de santé visités à Kinshasa, cependant, concentrent un grand nombre de mutualistes, notamment celui du haut commandement qui accueille de nombreux patients de la MESP et le centre de santé Mobengi préféré par les membres de la MUSECCO. Pour ces deux centres, les mutualistes paient relativement plus que les autres patients. Aussi le centre de santé Afya Himbi à Goma a bénéficié de la mutuelle. Ce centre se trouvait en mauvais état et était, par conséquent, peu fréquenté. La mutuelle a aidé à sa réhabilitation et se trouve depuis lors apprécié par la population de l'aire de santé. L'infirmier en charge conseille l'affiliation à la mutuelle à ses patients.

Tableau 10 : La proportion de mutualistes dans les formations sanitaires

Mutuelle	Prestataire	Revenus mutuelle / revenu total patients	Episodes mutuelle / total
LISANGA	Clinique Riviera	0.08	0.12
MUSECCO	CdS Mobengi (BDOM)	0.77	0.20
MESP	CdS Haut Commandement	0.53	0.38
	Hôpital Kisenso (BDOM)	0.08	0.09
Kingo la Afya	CdS Afya Himbi*	0.15	0.03
	Hôpital Virunga	0.03	0.05
MUSOSA	Centre hosp Wanamahika	0.012	0.026
Walungu	Hôpital FSKi	0.04	0.03

* données pour 2 mois en 2016

² Il faut cependant noter qu'un grand nombre des 1282 cas d'hospitalisation enregistrés par la mutuelle de santé n'est pas passé via le système de référence enregistré par la zone de santé. Nous n'avons pas reçu les données de l'hôpital qui pourraient aider à clarifier le nombre des malades venus directement à l'hôpital.

2.1.9. La viabilité financière

Parmi les indicateurs de viabilité financière nous avons retenu les suivants :

- La capacité de payer les soins avec les revenus des cotisations ;
- La proportion du revenu total utilisé pour la gestion ;
- La proportion des revenus propres par rapport au revenu total, qui mesure le degré d'autonomie financière.

Pour extraire les données financières résumées dans le tableau 11, nous sommes partis des revenus et des dépenses pour l'année 2015, sans tenir compte de réserves accumulées des années précédentes ou d'avances payées pour l'année suivante, ni des dépenses pour des dettes de l'année précédente. Les dépenses pour la gestion incluent les rémunérations du personnel mais pas les services fournis par les organisations d'appui.

Tableau 11 : Quelques indications de la viabilité financière pour l'année 2015

Mutuelle de santé	Dépenses pour les soins / revenu des cotisations	Dépenses pour la gestion / revenu total	Revenus propres / revenu total
LISANGA	1.37	0.09	0.91
MUSECCO	0.69		1.00
MESP	1.24	0.15	0.58
UMUSAC	0.64		
Kingo la Afya	1.38	0.04 (?)	0.96
MUSSRA	1.37	0.18	0.90
MUSOSA	0.85	0.43	0.65
Nyantende	1.24	0.11	0.89
Walungu	0.62	0.29	0.75

Quatre mutuelles couvrent les dépenses pour les soins avec les revenus des cotisations. Parmi elles, les bénéficiaires de MUSOSA et de l'UMUSAC payent un ticket modérateur conséquent. La mutuelle de Walungu ne couvrait que les soins de référence en 2015. Depuis l'inclusion des soins ambulatoires en janvier 2016, les dépenses pour les soins ont augmenté et vidé les réserves. La mutuelle a arrêté le remboursement des soins en août 2016 jusqu'à nouvel ordre. Jusqu'à présent, la MUSECCO réussit à couvrir les dépenses sans subvention externe.

Les indicateurs pour la proportion des revenus consacrée à la gestion et à la proportion des revenus propres peuvent masquer un manque global de ressources. C'est le cas pour les mutuelles de Nyantende et Walungu, dont les gestionnaires ne peuvent pas exécuter les activités planifiées faute de moyens.

Les indicateurs présentés au tableau 11 ne peuvent donner qu'une idée approximative par manque de données de base.

- MUSOSA et la mutuelle de Nyantende ont pu fournir des données complètes concernant leurs revenus et leurs dépenses pour l'année 2015.
- Pour la MUSECCO, les dépenses réelles de gestion ont été difficiles à interpréter. La mutuelle ne reçoit plus d'appui financier depuis la fin du projet BIT/STEP en 2011. Un fonds de réserve est constitué par les revenus de la période d'observation, où sont aussi versés les excédents que la mutuelle réalise.
- La MESP reçoit chaque mois une enveloppe globale composée des cotisations et d'une subvention d'Etat. Les cotisations représentent 58% de ces revenus. Les dépenses pour les soins dépassent les revenus des cotisations, mais ne constituent cependant que 72.5% du revenu total. Les dépenses pour la gestion sont d'environ 15%. Les 12.5% restants constituent des réserves investies en banque.

- L'UMUSAC reçoit des subventions qui couvrent le loyer de leur local et les rémunérations des gestionnaires. Des revenus des cotisations, 80% sont affectés à la prise en charge des soins de santé, 15% au fonctionnement et 5% à la constitution d'une réserve.
- La mutuelle Lisanga reçoit des subventions d'environ 11460 \$ par an pour le fonctionnement, les activités de communication et la rémunération de la gestionnaire. Ce chiffre approximatif a été utilisé pour estimer les subventions et les dépenses de gestion.
- En ce qui concerne la mutuelle de Walungu, seul le loyer, les rémunérations et les dépenses administratives des nouvelles adhésions sont inclus dans les dépenses de gestion du tableau 11. Cette mutuelle ne reçoit pas de subventions autres que les rémunérations des gestionnaires.
- S'agissant enfin, des mutuelles Kingo la Afya et MUSSRA, les dépenses de fonctionnement sont difficiles à reconstituer.

2.2. Analyse approfondie de services offerts par les mutuelles de santé

Toutes les mutuelles investiguées offrent un paquet assez complet qui est au-dessus des moyens de la majorité de la population. Rendre les cotisations plus abordables tout en assurant le paiement des soins procurés est au centre des préoccupations des responsables des mutuelles. Dans cette partie nous analysons les différentes réponses des mutuelles à ce souci et les résultats de leurs choix.

2.2.1. La relation entre les cotisations et le paquet de soins offert

Toutes les mutuelles ont fait le choix que le revenu des cotisations doit couvrir les dépenses pour les soins. Certaines ont prévu que les cotisations couvrent aussi une partie du fonctionnement de la mutuelle et projettent dans leur budget 75% des cotisations pour le remboursement des soins et pour les 25% restants une distribution entre fonctionnement et réserves. Il s'ensuit qu'un calcul doit être fait pour déterminer le paquet de services que la mutuelle va offrir, et la cotisation qui est nécessaire pour couvrir ces dépenses. Or, la grande majorité de nos interlocuteurs, y compris les membres des organisations d'appui, ne sait pas comment ce calcul est fait.

Le lien même entre le montant de la cotisation et le paquet de services que cette cotisation permet d'acheter n'est pas appréhendé par la majorité des acteurs. Même les responsables des mutuelles n'ont qu'une idée très rudimentaire de ce lien. Tous évidemment se rendent compte que les dépenses pour les soins dépassent les cotisations perçues. En creusant la question, les interlocuteurs désignaient correctement les effets de la sélection adverse et l'aléa moral, la surconsommation, la surfacturation et les abus, tous des facteurs qu'il faut éviter. Mais à quelques exceptions près, tous nos interlocuteurs au Kivu et bon nombre à Kinshasa étaient convaincus qu'atteindre un grand nombre de membres était la solution : la grande somme collectée pourrait couvrir les dépenses. Ils ne prévoyaient pas que ces nouveaux membres consommeraient aussi des soins, et que si leur cotisation était inférieure au coût moyen du paquet des services, cela ne ferait qu'augmenter les difficultés financières, même s'il y avait en effet moins de sélection adverse. Une explication sommaire du calcul 'prix moyen du service x la consommation moyenne du service' était une révélation que les uns voulaient approfondir tout de suite, les autres, communiquer aux membres.

Pour la mutuelle MUSOSA de Butembo, le calcul de la cotisation a été fait de façon adéquate par un médecin qui avait reçu une formation pour le faire. Les responsables de la mutuelle ne savent pas comment ce calcul est fait. Ils ont choisi de partir de la capacité contributive de la population pour fixer la cotisation tout en donnant un paquet étendu de services. La mutuelle couvre tous les soins ambulatoires et les services généraux d'hospitalisation. Pour préserver l'équilibre financier, ils ont fixé une limite de fréquentation à trois visites ambulatoires et trois hospitalisations par an, et des tarifs forfaitaires pour les soins, dont la mutuelle couvre 70% pour les soins hospitaliers et 30% pour les soins ambulatoires. Cette mutuelle n'a pas de déficit. Leur problème, c'est que les tarifs forfaitaires convenus il y a des années n'ont pas suivi l'évolution des coûts de soins. Les membres ne

paient pas seulement le copaiement de 30 ou 70%, mais aussi la différence entre le forfait plafonné et le prix réel. Souvent les malades paient plus que la mutuelle et commencent à douter de l'utilité de l'adhésion. Les responsables voudraient depuis quelque temps faire un recadrage, fixer de nouveaux tarifs, revoir le copaiement et les cotisations, mais attendaient une aide pour faire ce calcul.

Le CGAT a fait une étude pour déterminer le paquet de services et la cotisation, avant l'introduction de toutes les mutuelles mises en place. Néanmoins, dans les trois mutuelles de leur réseau visitées, les dépenses dépassent les revenus. C'est en partie dû à « la surconsommation », « la sur-prescription », « la surfacturation » et « les abus » (voir encadré 2), mais aussi au fait que, après l'avis du médecin-conseil, les examens et les médicaments spécialisés peuvent être acceptés. Cette mesure tend à inciter une sélection adverse, cause de dépenses plus grandes que prévues.

Encadré 2 : Compréhension des termes surconsommation, sur-prescription, surfacturation, abus

Le terme 'surconsommation' mène souvent à confusion. Une consommation qui augmente n'est pas nécessairement surconsommation, mais reflète en premier lieu une amélioration de l'accès aux soins. Souvent le calcul des cotisations est basé sur une norme arbitraire de 1 consultation par personne par an en moyenne, et la consommation au-delà de cette norme est considérée comme surconsommation. En plus, cette moyenne pour la population est souvent utilisée pour juger la consommation individuelle : l'individu qui consomme plus qu'une consultation par an surconsommerait, même s'il venait pour une cause justifiée. La compréhension correcte du terme est l'utilisation injustifiée, par exemple, « Il y a des membres qui profitent d'une venue à la messe du dimanche en famille pour faire un check-up de tous les enfants, même s'ils sont en bonne santé, parce qu'ils trouvent qu'en étant membres, ils y ont droit ».

Si surconsommation il y a doit être objectivé. Le prestataire de soins a sa part de responsabilité dans la gestion de demandes « injustifiées » venant des patients. Dans l'exemple cité, il revient au professionnel de santé d'argumenter qu'un check-up de tous les membres de famille sans qu'il n'y ait des plaintes n'a pas de base rationnelle et qu'il n'est donc pas opportun de s'y engager.

La surconsommation peut être induite, sciemment ou pas, aussi bien par le prestataire de soins (hasard moral suscité par le prestataire) que par le patient (hasard moral suscité par le patient).

Le terme 'sur-prescription' s'applique dans la compréhension habituelle aussi bien à la prescription qui dépasse les protocoles prévues pour la maladie, à la prescription de médicaments inutiles par rapport aux symptômes ou au diagnostic rapportés, qu'à la prescription de spécialités quand un générique aurait suffi.

Le terme 'surfacturation' réfère à la facturation qui dépasse les prix convenus dans la convention entre mutuelle et prestataire ainsi qu'à la facturation de soins non procurés, qui relèvent de l'abus.

Le terme 'abus' s'applique aux pratiques intentionnelles des membres et des prestataires pour obtenir des bénéfices auxquels ils n'ont pas droit. La surconsommation, la surfacturation et la sur-prescription peuvent être considérés comme abus si le but était frauduleux. A cela s'ajoute l'utilisation de la carte de membres pour des non-membres, l'utilisation d'une carte périmée, l'ajout de soins non-procurés à la facture d'un membre, ou l'écriture de factures fictives.

Les mutuelles de santé du Sud-Kivu ont fixé les cotisations de façon arbitraire. Au début, elles ont fixé la cotisation à 2 \$ par personne par an pour couvrir les soins hospitaliers. Ensuite, les assemblées générales ont décidé d'inclure les soins de première ligne, et ont pour couvrir ces soins augmenté la cotisation d'un dollar. Voyant à la fin de l'année que les revenus ne couvraient pas les dépenses, elles ont augmenté la cotisation d'année en année, ce qui montre une certaine compréhension du lien cotisation-prestations. A l'heure actuelle, la mutuelle de Nyantende est arrivée à une cotisation de

5 \$ par personne par an, montant qu'ils jugeaient le maximum que leur population cible pourrait contribuer. Les dépenses par la mutuelle étaient de 5.36 \$ par membre en 2015, laissant un déficit de 13006 \$.

Le résultat du déséquilibre cotisations – dépenses pour les soins est un endettement des mutuelles du Sud-Kivu qui s'aggrave de plus en plus. Plusieurs mutuelles ne peuvent plus payer les soins avant que l'année soit écoulée, mais continuent néanmoins à donner un 'bon' aux membres malades, preuve pour le prestataire que l'adhérent a payé sa contribution et a droit aux services de la mutuelle. Mais après avoir donné les soins, les prestataires ne reçoivent pas de paiement de la mutuelle, ce qui les pousse à refuser de coopérer encore avec les mutuelles.

Les mutuelles et l'organisation d'appui tentent plusieurs stratégies pour combler les dettes. Elles augmentent les cotisations, mais à un niveau toujours largement en dessous des dépenses. Elles couvrent les dettes d'une année avec les cotisations déjà déposées pour l'année suivante. En janvier 2016, les mutuelles du Sud-Kivu ont augmenté le copaiement de 20% à 40%, et diminué la fréquentation dans les centres de santé de quatre à deux épisodes, et dans les hôpitaux d'un accès illimité à deux épisodes, tout en maintenant les forfaits au niveau des années antérieures. La mutuelle de Nyantende a noté une diminution du nombre de membres de 12474 à 10092, que les responsables de la mutuelle expliquent par la réduction de l'intérêt du paquet de soins offerts.

Dans le réseau de l'UMUSAC, le ticket modérateur pour les soins hospitaliers a été fixé à 50% des dépenses. Les dépenses de la mutuelle pour les soins restent en dessous des revenus des cotisations (127.691.060 Francs congolais (Fc)/185.012.000 Fc en 2015).

Les différentes méthodes pour sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle tout en gardant des cotisations abordables ont chacun leurs effets sur l'adhésion et la protection financière des ménages. Un ticket modérateur élevé peut décourager l'adhésion, surtout quand les membres ont eu l'expérience d'une meilleure couverture. Il limite aussi la protection sociale, surtout pour les dépenses élevées des soins hospitaliers.

La mesure de limiter le nombre d'épisodes de soins remboursés peut sembler rationnelle à première vue. Elle a néanmoins la conséquence que, comme les non-membres, les membres retardent la consultation et ne font recours aux soins que trop tard dans la maladie. Cette mesure atteint particulièrement les personnes avec des maladies chroniques qui risquent d'attendre de gros problèmes au lieu de se soigner régulièrement.

Des mesures pour favoriser le paiement anticipé « par tranches » de la cotisation et des mesures pour diminuer le coût des soins existent, mais pourraient être beaucoup plus développées. Aucune mutuelle ne bénéficie d'une subvention destinée à combler l'écart entre ce que la majorité peut payer et le prix réel des services couverts.

2.2.2. Un paquet de services adapté à la capacité contributive

Le CGAT à Kinshasa est la seule organisation qui propose le choix entre un paquet de services plus complet (de 54 \$ par an) et un paquet plus élémentaire (de 24 \$) qui permet aux communautés plus pauvres de déjà obtenir une certaine protection sociale. Ailleurs, les acteurs mutuellistes n'ont pas eu l'idée ou l'occasion de proposer un paquet moins complet. Certains, dans la discussion, n'acceptent pas l'idée de mettre en place des mutuelles différentes avec des paquets pour des bourses différentes. Ils trouvent cette option inéquitable, se basant sur le principe de la solidarité qui indique que riches et pauvres aient accès aux mêmes soins. Cependant dans la réalité actuelle, le paquet unique offert exclut les pauvres, n'intéresse pas les plus riches, et ne semble de ce fait pas propice à l'extension des mutuelles de santé.

Confronté au faible pouvoir d'achat des populations cibles, l'option de définir un paquet de soins plus limité que la mutuelle couvre de façon effective pourrait être envisagée davantage. Dans cette démarche, le plus important c'est que les mutualistes eux-mêmes prennent activement part aux choix des services qu'ils jugent prioritaires. Cela aiderait les populations à mieux comprendre le fonctionnement d'une mutuelle. Une fois leur confiance gagnée, il est probable qu'ils décident d'élargir progressivement le paquet de services en augmentant la cotisation. Cette démarche est décrite en détail par un de nos interlocuteurs (encadré 3). Notons que tout en conseillant de débiter avec un paquet limité de services pour que les gens s'habituent au concept d'une mutuelle, l'interlocuteur situe cette dynamique dans un contexte où d'autres partenaires jouent leur rôle : l'offre de soins de qualité et la subvention des soins en fonction de la capacité contributive de la population.

Encadré 3 : Une démarche qui part de la capacité et la volonté contributive des membres

« Il faut d'abord une bonne étude de faisabilité qui met en exergue aussi bien le coût des soins que le revenu de la population. Il faut que l'étude soit vraiment bien menée. Essayer de comprendre quelle est la capacité de contribuer à la mutualité. Ensuite l'étude de faisabilité doit très bien définir le produit. C'est important de respecter le lien entre la cotisation et le produit qu'elle paie. Il faut commencer par un produit sélectif pertinent, qui répond aux besoins, les priorités des gens avec les moyens qu'ils veulent y mettre, et avec le temps on peut étendre.

Les organisations d'appui commencent avec un produit trop étendu, ce qui bloque le démarrage parce que les gens sont incapables de payer. Le mal c'est qu'on réfléchit à la place de la population. La population connaît ses besoins. Les besoins pertinents que la population tient à cœur, l'étude de faisabilité ne les fait pas sortir. Ils y vont d'une manière globalisante au lieu d'y aller de manière progressive. Il faut calculer correctement, puis présenter les choix aux membres. Ensuite, il faut faire chaque année un recadrage qui dépend de ce que les gens ont dit.

C'est une démarche. La notion de la mutuelle, c'est une dynamique. Cette dynamique n'est pas comprise ici. Nous, nous croyons que c'est une constante et ça tout le monde, même jusqu'au niveau du PNPM³. Quand on parle de dynamique c'est un terme creux, mais un terme qui prend sens si on se l'approprie. La mutuelle est dynamique, elle évolue. Elle commence quelque part pour aller quelque part. Mais nous ici, nous voulons tout avoir maintenant.

C'est vrai que la formation fait défaut. Des choses simples devraient apparaître dans la formation, comme comment organiser un focus group pour identifier les besoins, comment calculer, pour segmenter les produits pour qu'on prenne la maternité, la chirurgie, etc., calculés de manière séparée pour que les gens puissent choisir : nous ne prenons que par exemple la chirurgie, nous ne prenons que la transfusion mais pas la chirurgie, donc des services bien distincts calculés séparément pour que les gens choisissent. Ces scénarii se discutent avec les gens pour qu'ils décident dans l'assemblée. Mais ce n'est pas une démarche qu'on fait, discuter : si vous voulez autant, voilà ce qu'il faut payer, sinon, vous choisissez autre chose. Le concept produit, on ne l'explique pas. C'est un produit comme au marché où chacun achète selon ses besoins et ses moyens.

Ensuite, il y a le rôle de l'Etat. Et tant qu'on n'arrivera pas à ce rôle de l'Etat, les mutuelles ne marcheront pas. Avant que la mutuelle s'installe, il faut d'abord qu'il y ait l'offre, il faut que les services soient disponibles et de qualité, et qu'il y ait un pouvoir régulateur fort pour aider à ce que la population ait accès aux soins. Si le pouvoir régulateur est faible et il n'y a pas d'offre, il n'y aura rien. L'Etat doit aussi payer la différence entre ce que la population peut payer et le coût des soins : des subventions au niveau des hôpitaux de façon à ce que le prix demandé à la

³ Le Programme national de promotion des mutuelles de santé

population se ramène au véritable revenu de la population. Nous calculons ce que le malade peut payer, nous calculons le coût des soins, la différence est payée par l'Etat ou par un partenaire externe.

Le niveau de subvention dépend des situations. Avec les conflits de guerre, les gens s'appauvrissent facilement ou s'enrichissent facilement. On ne peut pas fixer des taux pour deux ans, trois ans, non, parce que dans deux ans ils sont dans un autre environnement. Les moments où il y a insécurité, la personne ne produit rien parce que les champs sont occupés. Mais quand l'insécurité va passer et qu'il y aura développement, ils pourront payer plus. On fait une sorte d'accoutumance des malades à la tarification. On augmente progressivement. Cela veut dire que mutuelle aussi doit s'adapter et faire un recadrage selon les circonstances. »

Proposer un paquet de services en fonction du montant de la cotisation sous-entend que les membres comprennent les limites de ce que leur contribution peut payer, et que les initiateurs de la mutuelle soient capables de faire le calcul par service proposé, pour que les membres puissent faire un choix en connaissance de cause. La formation à ce calcul organisée par le CGAT au mois d'août 2016 était un premier pas pour répandre cette capacité élémentaire.

2.3. Analyse approfondie de la gestion des mutuelles de santé

2.3.1. Les procédures de gestion

La plupart des gestionnaires des mutuelles que nous avons investiguées maîtrisent très bien la gestion de routine. Leur administration est bien tenue. Ils ont des systèmes de classement ou des logiciels performants. Les outils de gestion mis à leur disposition par les organisations d'appui sont bien pensés. Des systèmes rigoureux pour le contrôle des finances sont en place. Les gestionnaires composent les rapports mensuels selon le canevas qui leur est donné. Ils connaissent leur mutuelle, et expliquent clairement leurs réussites, leurs échecs et les causes des difficultés. Ils ont reçu une bonne formation et abordent leurs tâches de façon professionnelle. La plupart donnent l'impression qu'ils pourraient accomplir beaucoup plus s'ils avaient plus de ressources financières pour exécuter leurs plans d'action. Leur motivation, ainsi que celle des membres des conseils d'administration, impressionne. Plusieurs des mutuelles que nous avons visitées ont connu des dérapages dans le passé, mais semblent, pour le moment, avoir une gestion intègre. Il faut cependant noter que nos interlocuteurs ont décrit des circonstances très différentes ailleurs, mentionnant « d'autres mutuelles avec des détournements très criants ».

Parmi les bonnes initiatives, il faut noter les enquêtes sociales auprès des membres qui utilisent beaucoup de soins, introduites par le CGAT pour en détecter les raisons. La MUSECCO distribue largement une brochure qui explique les conditions d'adhésion et les services de la mutuelle, un support efficace pour clarifier les règles à tous. Les animateurs de la mutuelle de Nyantende visitent tous les jours les membres hospitalisés, ce qu'ils peuvent faire parce que l'hôpital est à proximité.

Nos interlocuteurs externes observent cependant deux limitations : il faudrait plus de proactivité pour solutionner les problèmes, et plus de créativité pour s'adapter aux circonstances. Il y a une tendance à appliquer des règles sans les mettre en question. Cette tendance peut s'expliquer d'une part par un manque de réflexion analytique dans la formation, et d'autre part par le système de gestion uniforme mis en place par les organisations d'appui. Quelques exemples résumés dans l'encadré 4 illustrent la tendance d'appliquer des règles de routine, quand une analyse du problème pourrait apporter une meilleure solution.

Encadré 4 : Des procédures de routine à adapter pour une meilleure efficacité

- L'enregistrement des adhérents se fait au bureau de la mutuelle. Un enregistrement organisé dans différentes locations à des dates précisées pourrait faciliter l'adhésion tout en augmentant la visibilité des mutuelles.
- Bien que le paiement « par tranches » soit accepté partout, la promotion plus active du paiement progressif toute l'année ainsi que du paiement mobile pourraient faciliter l'adhésion des membres qui ont peu de ressources.
- Dans plusieurs mutuelles, pour avoir accès aux soins, les membres doivent d'abord obtenir un 'bon' de la mutuelle qui prouve qu'ils ont payé leur cotisation. Cette confirmation peut être donnée par téléphone pour éviter les frais de transport pour obtenir ce bon, mais cela exige toujours une permanence ininterrompue au bureau de la mutuelle pour contrôler la base de données. Des listes au niveau des prestataires simplifient ce contrôle. Cependant, la règle de limiter le nombre d'épisodes remboursés par la mutuelle, exige qu'on contrôle en plus si le malade n'a pas dépassé le nombre autorisé. Plusieurs mutuelles ont une base de données informatisée qui donne ces informations, mais il faut toujours la consulter et donc une permanence au bureau. C'est un exemple de mesures pensées dans une logique d'administration informatisée accessible aux acteurs via l'Internet, qui consomme beaucoup de temps-personne dans un environnement peu connecté.
- Les gestionnaires passent beaucoup de temps à tenir à jour les statistiques exigées et à les résumer dans un rapport mensuel. Ces données ne sont que très peu analysées et utilisées pour la prise de décision et pour ajuster les activités.
- Si toutes les conventions avec les prestataires stipulent que les factures doivent être rentrées le 5 du mois et doivent être validées 10 jours plus tard, il est évident que les médecins-conseil ne peuvent pas finir la validation dans les délais prévus. Des dates différentes pour chaque mutuelle pourraient limiter les multiples plaintes causées par les retards de paiements.

Les tâches administratives prennent beaucoup de temps et limitent les occasions de communiquer avec les membres ou de recruter des nouveaux membres, une tâche toujours essentielle dans l'état actuel. Etant donné l'énorme difficulté de recruter et maintenir des membres dans les contextes actuels, les ressources humaines et financières sont insuffisantes pour y parvenir. D'autre part, le nombre du personnel ne permettrait pas la gestion du grand nombre. La partie suivante regarde les ressources humaines et financières mises à disposition pour le fonctionnement des mutuelles investiguées.

2.3.2. Les ressources humaines et financières pour le fonctionnement

En règle générale, le fonctionnement des mutuelles est subventionné par des partenaires externes : le salaire ou la prime des gestionnaires, une somme mensuelle pour les dépenses de transport, de communication et du bureau. Ces subventions sont, pour la plupart des mutuelles, largement insuffisantes pour permettre une bonne gestion et encore moins l'expansion des mutuelles. Plusieurs mutuelles ont un bureau qui accentue l'image que les mutuelles « sont pour les pauvres ». Plusieurs travaillent sans ordinateur. Il y a très peu de ressources pour le transport, pour exécuter les activités de sensibilisation ou d'autres activités qui pourraient rendre les mutuelles plus attrayantes.

Le niveau de professionnalisation et des ressources allouées à la gestion dépend du concept à la base de la création des mutuelles. D'une part, il y a la gestion très professionnelle de la MESP, avec un directeur technique qui a appris son métier dans une mutualité belge, une gestion entièrement informatisée avec des logiciels développés dans la maison, des cartes d'identification biométriques, et un personnel salarié de 100 personnes environ à Kinshasa, pour assurer le suivi de 193000 bénéficiaires. Ce personnel ne doit pas organiser la collecte des cotisations, qui sont retenues à la source et versées par le ministère de l'enseignement.

Le but de la MESP est de garantir la prise en charge des soins de santé de tous les enseignants de l'Etat et leur ménage. Depuis son inauguration en 2011, la MESP a ouvert des branches dans trois villes, couvrant 47999 enseignants, soit 9% de l'effectif total des 524426 enseignants employés par l'Etat (tableau 12). Ils prévoient d'ouvrir une quatrième branche à Kisangani en 2017. Pour la MESP, l'extension dans les 23 provinces du pays dépend du financement. Avec un financement adéquat, qu'ils chiffrent à 1 million de dollars pour ouvrir une branche dans le chef-lieu d'une province, ils disent être prêts à couvrir le pays en 4 années.

Tableau 12 : Expansion de la MESP

Mutuelle	Inauguration	Nombre d'enseignants en 2016	Nombre de bénéficiaires en 2016
MESP Kinshasa	2012	41089	193000
MESP Lubumbashi	2014	4010	18835*
MESP Mbandaka	2016	2900	13622*
Total		47999	225457*

* Estimation : nombre d'enseignants x la taille moyenne des ménages des titulaires à Kinshasa (4.7)

D'autre part, il y a les mutuelles du réseau de l'UMUSAC qui envisage les mutuelles de santé comme un mouvement social, basé sur l'entraide et la solidarité des communautés locales, qui gèrent leurs mutuelles de façon autonome. Dans leur vision il est important de d'abord changer les mentalités, de renforcer la solidarité, de former les gens à se prendre en charge et d'éviter qu'ils pensent être des bénéficiaires d'une ONG qui donne des soins gratuits. Les 12 mutuelles du réseau UMUSAC de Kikwit couvrent ensemble 44922 personnes. Chaque mutuelle a 1 gestionnaire avec 3 collaborateurs. Ce personnel reçoit une prime modique et travaille sans ordinateurs. Les coordinateurs remarquent que pour évoluer, il faudrait plus de contacts avec les populations, et souhaiteraient, pour le faire, plus de moyens pour la mobilité des animateurs et une professionnalisation de la diffusion d'information. Selon l'équipe de coordination, la gestion manuelle aussi bien que le bénévolat sont des facteurs limitant l'expansion.

Les mutuelles du réseau de la CAMS au Sud-Kivu adoptent une approche semblable. Chaque mutuelle compte deux animateurs qui n'ont pas d'ordinateurs. Le manque de ressources pour le fonctionnement limite sensiblement les activités des mutuelles. Pour la mutuelle de Walungu par exemple, « les ressources de gestion sont insuffisantes. Ils n'ont pas de budget pour se déplacer. Il n'y a pas de carburant pour aller faire les sensibilisations. Aujourd'hui on ne paie même plus régulièrement la prime des animateurs. C'est démotivant. Il faut un appui financier pour payer les animateurs, la sensibilisation et le transport, pour équiper le bureau permanent et pour organiser des activités. » Le loyer du bureau (480 \$/an) doit être payé avec les cotisations des membres.

Les mutuelles du réseau du CGAT sont mieux équipées. Les bureaux des mutuelles sont mis à disposition gratuitement par des formations sanitaires publiques. Les gestionnaires des mutuelles ont un ordinateur et sont assistés par des stagiaires.

La mutuelle MUSOSA, finalement, est gérée par deux personnes salariées, qui s'occupent bien du fonctionnement pour lequel ils reçoivent un appui financier suffisant. Il leur est difficile, cependant de s'occuper en plus du recrutement de nouveaux membres.

Le tableau 13 donne un aperçu des ressources humaines des mutuelles en nombres absolus et par rapport au nombre de bénéficiaires. La seule mutuelle qui n'est plus activement engagée dans le recrutement de membres est celle de Nyantende qui assure la gestion de routine avec 1 personne pour 6237 bénéficiaires. L'équipe de la MUSECCO travaille avec 1 personne pour 2250 bénéficiaires, mais le personnel se sent débordé face à la tâche. En excluant les deux mutuelles peu performantes MAZOKS et MUSALKI, la moyenne des 9 autres est de 1 personne pour 1902 bénéficiaires.

Bien que cet aperçu du personnel par bénéficiaire soit à ce stade sans conséquence, c'est un paramètre à développer pour pouvoir fixer des taux qui correspondent au fonctionnement optimal. Pour les mutuelles qui bénéficient de l'aide des organisations d'appui dans la gestion, il faut inclure dans ce calcul les ressources humaines et financières de ces organisations d'appui, ce que nous faisons dans la partie suivante.

Tableau 13 : Comparaison des ressources humaines des mutuelles

Mutuelles	Location	Bénéficiaires actifs 2015	Personnel*	Rémunération	Ordinateurs	Bénéficiaires / 1 personnel
LISANGA	Kinshasa	2248	3	Salariés	Oui	749
MUSECCO	Kinshasa	9000	4	Salariés	Oui	2250
MMK	Kinshasa	3500	3	Bénévolat	Non	1167
MESP°	Kinshasa	193000	+/- 100	Salariés	Oui	1930
MAZOKS	Kikwit	576	4	Prime modique	Non	144
MUSALKI	Kikwit	1700	3	Prime modique	Oui	567
Kingo la Afya	Goma	3119	3	Prime	Oui	1040
MUSSRA	Goma	2145	2	Prime	Oui	1073
MUSOSA	Butembo	2619	2	Salariés	Oui	1310
Nyantende	Sud-Kivu	12474	2	Prime	Non	6237
Walungu	Sud-Kivu	2738	2	Prime	Non	1369
Moyenne						1621

* Gestionnaire + assistants qui peuvent être bénévoles, permanents ou à temps partiel

° Données 2016

3. LES ORGANISATIONS D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE

3.1. Description des organisations d'appui investiguées

Pour chaque mutuelle investiguée dans notre étude, nous avons en même temps eu des entretiens avec les membres de leur organisation d'appui : le CGAT de Kinshasa, de Goma et de Beni, la CAMS de Bukavu et l'UMUSAC de Kikwit.

Le CGAT qui aspire à la professionnalisation des mutuelles de santé, a mis en place des équipes de coordination fortes dans ses branches de Kinshasa, Beni et Goma et continue à développer des outils de gestion et des logiciels performants.

Pour la province de Kinshasa, le CGAT a une équipe de 9 personnes salariées, qui appuie 16 mutuelles, dont 11 initiées par le CGAT-même. La MUSECCO fait partie du réseau, bien qu'elle assure sa gestion de façon indépendante.

La branche du CGAT qui couvre la province de Goma est constituée de 5 personnes. A côté des deux mutuelles initiées par le CGAT-même, qui comptent ensemble 5264 bénéficiaires, l'organisation d'appui est aussi sollicitée par d'autres acteurs qui veulent mettre en place des mutuelles.

La mutuelle MUSOSA de Butembo bénéficie d'un appui du CGAT sous forme de logiciels et formations, mais n'est pas effectivement appuyée par la coordination CGAT de Beni, qui est loin et engagée dans la création de mutuelles autour de Beni.

Le réseau UMUSAC de Kikwit travaille avec 7 personnes au niveau de la coordination. Comme les gestionnaires des mutuelles de leur réseau, ce personnel reçoit une prime modique et travaille sans ordinateurs.

La CAMS consiste en une équipe de 7 personnes salariées qui ont un bureau bien équipé et des outils de gestion relativement performants, pour appuyer 23 mutuelles dans la province du Sud-Kivu couvrant 103501 bénéficiaires.

Les équipes d'appui sont typiquement constituées d'un coordonnateur, d'un secrétaire, d'un financier ou secrétaire comptable, de médecins-conseils, d'un ou plusieurs animateurs.

La MESP assure ces fonctions à l'intérieur de sa propre organisation.

Pour leur fonctionnement les organisations d'appui dépendent de subventions de partenaires externes. A présent, ces ressources ne sont pas suffisantes pour assurer un bon suivi des mutuelles existantes ou pour mener les actions nécessaires pour aller à l'échelle.

Le tableau 14 présente les effectifs des organisations d'appui en nombres absolus et par rapport au nombre de bénéficiaires de leur réseau, ainsi que pour le CGAT, la MESP et la CAMS, le total des personnels (mutuelles et appui) pour l'entièreté de leur réseau en RDC.

Le tableau 15 présente une estimation des dépenses totales pour la gestion à partir des données disponibles. Les dépenses de gestion par bénéficiaire sont calculées par réseau, sauf pour les mutuelles MUSECCO et MUSOSA qui ont leurs ressources financières individuelles.

Tableau 14 : Le personnel des organisations d'appui

Personnel pour la coordination du réseau						
Réseau	Location	Bénéficiaires actifs 2015	Personnel coordination	Rémunération	Ordinateurs	Bénéficiaires / 1 personnel
UMUSAC	Kikwit	44 922	7	prime modique	Non	6417
CAMS	Sud-Kivu	103 501	7	Salariés	Oui	14786
CGAT Goma	Goma	5 264	5	Salariés	Oui	1053
CGAT	RDC	24 498	36	Salariés	Oui	681
Personnel total du réseau national						
Réseau national			Personnel coordination + mutuelles	nombre mutuelles		Bénéficiaires / 1 personnel
MESP°	RDC	225 595**	191	3		1181
CGAT	RDC	24 498	51	15		480
CAMS	Sud-Kivu	103 501	53	23		1953

° Données 2016

** 47999 titulaires x la taille moyenne des ménages à Kinshasa qui est de 4.7

Tableau 15 : Comparaison des dépenses pour la gestion

Mutuelle ou Réseau	Nombre mutuelles	Bénéficiaires	Dépenses annuelles estimées pour la gestion (\$)	Dépenses gestion/ bénéficiaire
MUSECCO	1	9 000	78 798*	8.76
MUSOSA	1	2 619	16 830	6.43
CGAT Goma 2016	2	3 679	42 000	11.42
UMUSAC Kikwit	12	44 922	10 115	0.23
UMUSAC Kinshasa 2014	7	19 426	7 499	0.39
CAMS	23	103 501	113 000	1.09
CGAT RDC 2015	15	24 498	499 034*	20.37
MESP RDC 2016	3	225 595*	1 928 571	8.55

*Estimation à partir des données disponibles

Une estimation des dépenses par membre pour le fonctionnement des mutuelles montre que les dépenses du CGAT sont de loin les plus élevées (1 personnel pour 480 bénéficiaires et 20.37 \$ par bénéficiaire de dépenses pour la gestion). Cela s'explique par leur choix de d'abord mettre en place des organisations d'appui, qui ensuite mettent en place un réseau de mutuelles. Ces équipes sont compétentes et travaillent dur, mais le nombre de personnes couvertes par mutuelle reste faible (tableau 16). Elles sont confrontées à une multitude de problèmes à gérer, entre l'organisation du recrutement, la gestion des pratiques frauduleuses des prestataires et des membres, ou la collecte des cotisations auprès des entreprises qui avaient promis de verser les cotisations de leurs employés. Au niveau national, l'expansion en nombre de bénéficiaires est réalisée par la multiplication de mutuelles plutôt que par l'augmentation du nombre de bénéficiaires à l'intérieur des mutuelles.

Tableau 16 : Bénéficiaires des mutuelles de CGAT

	2012	2013	2014	2015	2016
Lisanga	1240	2347	2176	2219	
Kingo la Afya			1771	3400	2202
MUSSRA				2145	1477
RDC	1265	7765	11991	24498	
RDC nombre de mutuelles	2	5	13	15	
Bénéficiaires / mutuelle	633	1553	922	1633	

Notons que la MESP, qui a de loin les dépenses les plus élevées en chiffres absolus, est plus proche des moyennes par bénéficiaire avec 8.55 \$ de frais de gestion par bénéficiaire et 1181 bénéficiaires par membre du personnel.

Avec une toute autre approche de dynamique communautaire et de bénévolat, les dépenses pour la gestion de l'UMUSAC sont moins de 0.5 \$ par bénéficiaire. L'équipe de coordination signale cependant les limites d'expansion de leur approche.

Pour ce qui concerne la CAMS, le budget annuel de fonctionnement de 113 000 \$, qui couvre en même temps le fonctionnement des 23 mutuelles, limite sérieusement les activités de la cellule d'appui pour revigorer leur réseau de mutuelles en difficulté. Les deux médecins-conseil, par exemple, font la validation des factures au bureau central de la cellule d'appui, et ont très peu de temps pour l'échange avec les prestataires.

3.2. Analyse approfondie des relations entre l'organisation d'appui et les mutuelles

Jusqu'à présent, la fonction principale des cinq organisations qui forment la POMUCO est celle d'appui technique aux mutuelles de santé de leurs propres réseaux. Pour les plus anciennes, la CAMS et l'UMUSAC, il s'agit surtout du suivi de proximité de réseaux déjà mis en place, pour le CGAT de l'extension de leurs réseaux, pour CENADEP et PRODDDES de la mise en place de nouvelles mutuelles.

La réflexion sur le rôle des organisations d'appui s'est surtout limitée aux différents aspects techniques du montage et du suivi de mutuelles de santé. Il n'y a pas eu beaucoup de réflexion sur les différents types d'interactions entre organisation d'appui et mutuelles de santé qui vont de pair avec ce rôle. Dans la mise en pratique de l'appui technique, ces interactions posent problème, dû à des contradictions entre la structure organisationnelle qui les régit et le style de gestion des organisations d'appui. Il est important de décortiquer ces interactions pour trouver les structures organisationnelles adéquates – ou le style de gestion adéquat – dans différentes situations.

3.2.1. La CAMS et les mutuelles du Sud-Kivu

Depuis son inauguration en 2000, l'objectif de la cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS) est d'aider les communautés du Sud-Kivu à mettre en place et à consolider leurs mutuelles de santé. Cela implique un appui technique et le transfert de l'appui financier venant des bailleurs de fonds. L'appui technique inclut la formation et la provision des outils de gestion, qui sont de ce fait les mêmes dans toutes les mutuelles. Les médecins-conseil appuient les mutuelles dans la contractualisation avec les formations sanitaires et font la validation des factures. La CAMS assure aussi une fonction de supervision : ils contrôlent les procédures de gestion pour assurer la bonne fonctionnalité des mutuelles de santé, ainsi que la gestion financière et la comptabilité pour sécuriser au maximum les fonds.

La relation entre la cellule d'appui et les mutuelles de santé qu'elle coordonne est ambiguë quand on regarde les structures organisationnelles et les réalités de gestion. Les mutuelles du Sud-Kivu se considèrent comme des mutuelles indépendantes avec leurs propres instances pour la prise de décision : l'assemblée générale et le conseil d'administration. Or, c'est la CAMS qui est à l'origine du changement du taux de remboursement par toutes les mutuelles de 80% à 60% en janvier 2016. Aussi le paquet de soins couverts est uniforme pour toutes les mutuelles. La seule décision importante prise au niveau des mutuelles c'est le montant de la cotisation. En soi, cet assemblage de prise de décision centralisée et décentralisée est la cause même des problèmes financiers des mutuelles, car ces trois décisions (1) services couverts, (2) cotisation et (3) montant du copaiement devraient se prendre conjointement, sur base d'un calcul pour soit l'ensemble des mutuelles, soit chaque mutuelle individuellement. Si les mutuelles étaient indépendantes, ce calcul devrait se faire pour chaque mutuelle individuellement à partir des tarifs des formations sanitaires utilisées par ses membres, puisque les tarifs des formations sanitaires diffèrent d'une zone à l'autre et d'un hôpital à l'autre. L'application de la même couverture dans toutes les mutuelles fait plutôt penser à une seule mutuelle avec des branches locales. En effet, jusqu'en 2010, il y avait un partage des risques entre toutes les mutuelles, géré au niveau central. Le déficit d'une mutuelle était comblé par le surplus des autres. Il y a eu changement en 2010 quand, pour stimuler une meilleure gestion, chaque mutuelle a eu son compte en banque et est devenu responsable de son équilibre financier et a, dans ce sens, une plus grande autonomie. Par contre, pour effectuer des paiements, il faut les signatures d'un responsable de la mutuelle et de la cellule d'appui en même temps. Les mutuelles sont aussi tenues à envoyer un rapport mensuel avec les statistiques des membres, de l'utilisation des soins et des finances. Les cartes d'adhésion procurées par la CAMS portent l'entête de l'archevêché catholique, ce qui n'est pas apprécié par toutes les mutuelles. La gestion centralisée au niveau de la CAMS des appuis financiers des bailleurs de fonds est aussi perçue comme une limite à l'autonomie. Plusieurs mutuelles voudraient créer des collaborations directes avec des bailleurs de fonds.

Depuis son initiation, la CAMS elle-même a suivi une évolution. D'abord intégrée au BDOM qui coordonne les prestataires de soins, la CAMS est ensuite devenue une entité à part sous la tutelle de l'archidiocèse, dans le but de séparer les coordinations de l'offre et la demande. En 2015, les mutuelles du Sud-Kivu ont formé le Réseau des mutuelles de santé communautaires (REMUSACO) dont la CAMS est devenue le secrétariat exécutif. Les mutuelles sont représentées dans l'assemblée générale et le conseil d'administration du réseau, à côté du diocèse, du BDOM et de l'Université catholique. Cette évolution change profondément les relations entre la cellule d'appui et les mutuelles. En tant que membres de l'AG et du conseil d'administration, ces dernières peuvent maintenant demander des comptes à leur secrétariat exécutif.

Ainsi, en ce qui concerne la gestion, les relations sont celles d'une mutuelle avec gestion centralisée et des branches locales. Statutairement, il s'agit d'un réseau de mutuelles indépendantes. Le réseau est cependant sous tutelle de l'archevêché catholique. Si d'autres mutuelles étaient lancées au Sud-Kivu, par exemple par la Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique (CBCA), est-ce qu'elles joindraient REMUSACO ou préféreraient créer leur propre réseau ? Dans ce cas, est-ce que la CAMS pourrait jouer le rôle d'organisation d'appui pour la province qui lui est attribué au sein de la POMUCO ?

3.2.2. Le réseau du CGAT

Les mutuelles initiées par le CGAT suivent tous, jusque dans les détails, un même modèle. L'étude de faisabilité, les procédures de mise en place, les outils de gestion, l'organisation du recrutement des membres, etc. sont standardisés. Les mutuelles ont leur bureau dans un hôpital qui l'a mis gratuitement à disposition. L'année mutualiste commence au mois de mars, après trois mois de recrutement intensif. La supervision rapprochée prend la forme d'une gestion centralisée qui a l'autorité sur des branches, qui à leur tour exécutent les décisions prises au niveau central. Chaque mutuelle est financièrement indépendante, mais le contrôle financier par l'organisation d'appui est

très rapproché. A Goma, par exemple, au lieu de déboursier une somme pour le fonctionnement et de vérifier l'exécution du budget, c'est le bureau central qui achète les carnets de recettes, les livres de caisse ou tout autre matériel de bureau, le nécessaire pour organiser des réunions du conseil d'administration, etc. Pour payer les prestataires, après validation des factures c'est au bureau central que le chèque est écrit.

En soi, la micro-gestion au niveau central n'est pas un problème, mais le fait qu'elle est en contradiction avec la structure organisationnelle crée des difficultés dans les relations entre acteurs qui sont semblables à celles du réseau du Sud-Kivu : les relations de gestion sont différentes quand il s'agit-il de mutuelles autonomes à l'intérieur d'un réseau – la structure organisationnelle actuelle, ou d'une mutuelle dirigée au niveau central avec des branches opérationnelles – le style de gestion actuel qui laisse peu d'autonomie aux mutuelles.

3.2.3. Les pièges d'une gestion de routine

Dans leur rôle de gestionnaire d'un réseau de mutuelles, la CAMS et le CGAT ont développé un système de gestion bien organisé avec un partage des rôles bien défini et des outils de gestion standardisés. Le revers de la médaille c'est une trop grande uniformisation qui tend vers l'implémentation d'un modèle unique de manière routinière. L'encadrement des mutuelles prend la forme d'un contrôle des procédures standardisées, qui ne sont plus remises en question. Nous avons déjà vu quelques procédures de la gestion des mutuelles (encadré 4) qui devraient être plus flexibles pour un meilleur fonctionnement. La résolution de certains problèmes identifiés qui n'entrent pas dans la routine est mise en suspens. Pour dépasser la gestion de routine il manque aux équipes d'appui une approche basée sur l'analyse des résultats pour guider la remise en question des activités. L'exemple de la mise en place de mutuelles à Beni illustre l'utilité (encadré 5).

Encadré 5 : La démarche de mise en place de mutuelles de santé à Beni

Les activités de l'organisation d'appui de Beni ont commencé en juin 2014 avec un stage à Kinshasa. Revenu à Beni, la nouvelle équipe a appliqué la méthode standardisée et bien réfléchie de mise en place des mutuelles de santé : l'information des autorités politiques et sanitaires, des leaders religieux et communautaires, l'identification de toutes les associations du territoire (266), la sélection des associations viables (32) à partir d'une liste de critères, la formation des responsables de ces 32 associations, l'« enquête rue » pour identifier les formations sanitaires préférées, suivi par l'évaluation de la qualité des soins dans ces formations et le calcul du coût des soins, et des discussions de groupe focalisées pour évaluer la capacité contributive de la population. Après analyse des données, différents paquets de soins ont été présentés à la population entre un paquet pour une cotisation de 15 \$ par personne par an (paquet complet en milieu rural) et un paquet complet de 27 \$ y inclus la chambre privée (choisi en milieu urbain). Ensuite le recrutement a commencé. Le seuil de 3704 bénéficiaires était fixé avant de pouvoir inaugurer une mutuelle.

La sensibilisation est intensive et variée, mais l'adhésion progresse très lentement. En août 2016, il y avait 78 membres avec 206 bénéficiaires en milieu urbain et 183 membres avec 293 bénéficiaires en milieu rural. La cotisation pour toutes les personnes à charge est élevée pour les ménages. En ville, les employeurs, les organisations et les corporations sont intéressés, mais ne se décident pas. Il y a une grande méfiance à cause des multiples échecs de mutuelles précédentes et d'initiatives frauduleuses. « C'est vrai, les gens n'ont pas les 27 \$, et n'ont pas confiance. »

Le fait que le nombre d'adhérents reste faible à la fin d'un processus, même très bien mené, met en évidence qu'il faut repenser l'approche plutôt qu'intensifier les efforts pour continuer la même démarche. Dans les circonstances de Beni, on pourrait par exemple penser à l'approche suggérée plus haut (encadré 3) : commencer par un paquet de services plus restreint avec une cotisation plus abordable et que les gens méfiants consentiraient à risquer, et progressivement élargir le paquet en fonction de la confiance grandissante.

L'analyse à partir des résultats repose sur l'utilisation des données produites par le système de monitoring. Or, si déjà ces données sont disponibles, elles ne sont pas exploitées (encadré 6). Il manque au niveau des organisations d'appui, une démarche de compilation systématique des données de base, pour ensuite en faire l'analyse globale qu'on pourrait attendre d'une coordination.

Encadré 6 : L'utilisation des données rassemblées par le système de monitoring

Au Sud-Kivu, les gestionnaires des mutuelles font des rapports mensuels suivant un canevas adéquat conçu par la CAMS. La réception des rapports est suivie minutieusement au niveau de la cellule d'appui, mais ce n'est pas clair ce qui est fait des données. Les médecins-conseil font un rapport annuel détaillé qui compile par mutuelle le nombre de membres, les recettes attendues et la consommation en termes d'utilisation et de dépenses pour chaque formation sanitaire. Cette mine de données n'est pas exploitée pour en extraire un résumé d'informations fondamentales. Le financier et les superviseurs font un suivi de leur côté, mais il n'y a pas de rapport annuel disponible.

Les médecins-conseils du CGAT de Kinshasa font également un rapport détaillé de chaque mutuelle, auquel le coordinateur provincial fait référence comme source des statistiques disponibles. Au CGAT de Goma, le médecin-conseil compile un tableau clair des dépenses pour les soins, mais qui ne rapporte pas sur le nombre de consultations. Le financier peut présenter les données demandées sans problèmes, mais n'a pas des résumés tout fait. Les chiffres de la mutuelle Kingo la Afya ne sont pas encore présentés sous une forme exploitable.

La CAMS et le CGAT, ne semblent pas avoir un canevas qui rassemble les données principales de façon systématique. L'UMUSACO à Kikwit, par contre, utilise un tableau de bord pour compiler leurs données manuellement. Ces données sont notées dans les registres des membres et de leurs contributions, de l'utilisation des services et les décès, des paiements des prestataires et de la comptabilité, mais à part la situation des adhésions, et quelques données comptables, aucun résumé des données de base n'était disponible bien qu'ils disent faire des rapports annuels. Aussi la MUSECCO fait des rapports annuels et nous a communiqué quelques statistiques, mais le résumé financier et celui de l'utilisation des soins sont difficile à interpréter.

Seule la mutuelle MUSOSA de Butembo était capable de présenter un rapport annuel qui contient tous les éléments de base avec une analyse des résultats et un plan d'action pour l'année suivante.

3.2.4. De la gestion interne vers l'appui technique à d'autres mutuelles

Cette démarche d'analyse des données comme point de départ pour un appui sur mesure est indispensable pour assurer l'appui technique à des mutuelles de santé en dehors de son propre réseau. Or, le CGAT a tendance à ne pas se détacher de son propre modèle de gestion.

L'uniformisation des outils de monitoring est logique pour faciliter la compilation des données, mais l'uniformisation n'est pas nécessaire pour tous les aspects de gestion. Certains aspects peuvent être gérés de différentes façons : « Le CGAT apporte énormément, mais a tendance à faire table rase de ce qui existe. Le CGAT doit avant tout donner un appui technique : le logiciel, des outils de gestion, et des formations pour leur utilisation. Mais le CGAT se fait passer pour le gestionnaire des mutuelles de santé. Le CGAT est perçu comme une structure qui vient imposer. »

Selon qu'il s'agit d'une mutuelle avec des branches locales, un réseau de mutuelles autonomes, ou encore des mutuelles hors-réseau, le type d'appui, le style de gestion et les relations entre l'organisation d'appui et les mutuelles diffèrent. Dans la pratique, le fait que cette différenciation n'est pas faite expressément se fait sentir.

3.3 Définition du rôle d'une organisation d'appui

La conception de POMUCO pour la disposition de l'appui aux mutuelles en RDC est celle d'une organisation d'appui par province. Cette conception a guidé la répartition géographique où chacune des cinq organisations membres de POMUCO met en place ses réseaux de mutuelles. Or, le rôle envisagé de l'organisation provinciale d'appui est d'encadrer toutes les mutuelles de la province. Déjà, le CGAT à Kinshasa et à Goma et l'UMUSAC à Kikwit combinent la mise en place de leur propre réseau avec un certain appui à des mutuelles qui ont été initiées par d'autres acteurs. Mais en ce moment, aucune des organisations d'appui n'est prête pour dépasser le niveau de la gestion de son propre réseau pour coordonner la diversité. Nous venons de voir qu'il manque une réflexion qui va au-delà des questions techniques de la mise en place et du suivi de mutuelles pour clarifier les relations entre organisations d'appui et mutuelles qui s'ensuivent. De même, il n'y a pas encore une réflexion approfondie sur les rôles d'une organisation d'appui provinciale et quelle évolution cela implique dans le fonctionnement actuel des organisations d'appui. Pour la CAMS, son étiquette d'organisation catholique peut être une limite. Pour l'UMUSAC, sa philosophie de bénévolat ne facilite pas l'expansion. D'autres questions mises en avant dans les discussions avec nos interlocuteurs illustrent la variété de questions qui doivent être envisagées afin de définir les fonctions des organisations d'appui.

3.3.1. Quelle couverture géographique pour les mutuelles de santé ?

Le type de couverture géographique des mutuelles recherché par le CGAT, ainsi que par les équipes des zones de santé, c'est d'organiser une mutuelle de santé par zone. Ce modèle sous-entend un paquet de soins unique et l'obligation de s'inscrire au centre de santé contracté le plus proche. Cette vision est loin d'être partagée par tous. Il y a d'abord l'argument qu'il faut laisser un choix aux habitants : le choix d'une mutuelle selon le paquet de services qui convient le mieux, selon les préférences des formations sanitaires conventionnées, le choix de la mutuelle qui leur inspire le plus confiance, etc. Un choix de mutuelles pourrait intéresser différents groupes de personnes, et ainsi augmenter l'adhésion, avant d'évoluer vers un système plus unifié. Déjà la MESP couvre spécifiquement les enseignants, même dans des zones où d'autres mutuelles opèrent. Les effets de la concurrence pour le meilleur fonctionnement des mutuelles est aussi relevée comme argument en faveur d'un choix entre plusieurs mutuelles : « même en Belgique il y a plusieurs mutuelles et chaque mutuelle fait l'effort de faire entrer les membres dans sa mutuelle ».

La majorité des mutuelles en RDC sont initiées par les églises ou des organisations reliées aux églises. Suite à la Conférence épiscopale nationale du Congo de 2007, plusieurs diocèses catholiques se sont lancés dans la création de mutuelles de santé. C'était notamment le cas des diocèses de Kikwit et de Butembo-Beni. Au Nord-Kivu, la Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique (CBCA) renforce sa démarche de création de mutuelles de santé. Selon le représentant du CBCA, « au Congo, il faut passer par les églises pour réussir des projets dans les sphères de l'éducation et de la santé ».

Les églises ne voient pas l'extension des mutuelles au niveau de la zone de santé, mais plutôt au niveau du diocèse. Pour elles, il n'y a pas d'obstacles au développement parallèle de plusieurs mutuelles dans le même territoire. Comme leurs formations sanitaires, leurs mutuelles ne se limitent pas aux fidèles de leurs religions mais sont ouvertes à tout le monde qui veut y adhérer. Néanmoins, la connotation religieuse peut être source de conflit. A Beni, des non-catholiques refusent de devenir membres d'une mutuelle qui a son bureau dans une paroisse catholique. De nombreuses personnes à Walungu, qui veulent une mutuelle neutre, sont méfiantes à l'égard de la CAMS, à cause de son intégration dans les structures de l'église catholique. Cependant ces antagonismes ne devraient pas nécessairement être un argument pour remplacer la coexistence d'une pluralité de mutuelles par l'organisation d'une mutuelle 'neutre' par zone de santé (encadré 7), mais faire l'objet de concertation et d'une analyse des différentes opinions des acteurs pour trouver la meilleure solution.

Encadré 7 : Des mutuelles en parallèle ou l'organisation par zone ?

A Goma, la mutuelle St Raphaël (MUSSRA) est une initiative de l'église catholique, la mutuelle Kingo la Afya de l'Eglise du Christ au Congo (ECC). Leur mise en place était principalement le travail du CGAT, qui a attribué Kingo la Afya à la zone de santé de Karisimbi, et la MUSSRA à la zone de Goma. Un gestionnaire laïc remplace les deux abbés choisis pour MUSSRA par l'évêque, qui avait aussi désigné les membres du conseil d'administration. La même division par zone de santé est prévue pour Butembo : MUSOSA issu du réseau catholique pour la zone de santé de Butembo, et la CBCA pour la zone de Katwa. Aussi à Kinshasa, les mutuelles de santé initiées par le CGAT ont la zone de santé pour cible. Les membres ont le choix entre une mutuelle avec une cotisation de 24 ou de 54 \$, mais les deux options n'existent pas dans une même zone de santé.

3.3.2. L'encadrement de quel type de mutuelles de santé ?

Est-ce que l'encadrement des mutuelles au niveau provincial se limite à certains types de mutuelles ou englobe tous les types pour les différents groupes cibles ? L'appui actuel s'adresse surtout aux mutuelles communautaires, bien que plusieurs réseaux comprennent des mutuelles corporatives et que les mutuelles urbaines sont mixtes. La Mutuelle de santé des enseignants catholiques du Congo (MUSECCO) fait partie du réseau du CGAT à Kinshasa, mais la Mutuelle de santé des enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MESP) construit son propre réseau au niveau national. D'autres organisations préparent chacun de leur côté des projets de protection sociale, comme OXFAM et l'Université libre de Bruxelles, qui étudient les options pour une couverture obligatoire au Nord-Kivu.

Il y a donc lieu de éclaircir quelles peuvent être les relations et les domaines de coopérations entre les différentes constructions qui émergent.

3.3.3. Quelles organisations sont reconnues comme organisations d'appui ?

A part les 5 organisations qui forment la POMUCO, d'autres organisations coordonnent à présent des réseaux de mutuelles de santé. CDI Bwamanda qui accompagne, dans la province du Sud-Ubangi, trois mutuelles de santé (> 120 000 bénéficiaires) a fait une demande d'affiliation à la POMUCO depuis 2015. De même, le BDOM Kisantu qui accompagne, dans le Congo central, trois initiatives mutualistes (> 15 000 bénéficiaires) a montré son intérêt.

Différentes églises ont développé un réseau de mutuelles, bien qu'elles n'aient pas l'intention de devenir organisation d'appui à des mutuelles en dehors de leur réseau. Certaines ont une expérience qui équivaut celle de plusieurs organisations d'appui membres de la POMUCO. D'autres ont développé leur propre modèle mais ont besoin d'un appui purement technique pour le réaliser. Leur expérience est importante pour mieux dessiner quelle forme l'appui aux mutuelles de santé devrait prendre pour accommoder les constructions différentes.

3.3.4. Quelle collaboration avec les partenaires locaux ?

Malgré les compétences réunies au sein des équipes des organisations d'appui, l'expansion des mutuelles de santé est lente. Les obstacles qui empêchent la couverture d'un grand nombre d'adhérents sont multiples, et la gestion actuelle centrée sur les processus internes ne peut pas solutionner les obstacles qui ont leur source dans l'organisation des services de santé, les conditions socio-économiques ou d'autres aspects de l'environnement externe. L'appui aux mutuelles devrait inclure un rôle de coordination avec tous les partenaires locaux pour que chacun dans son domaine, introduise les changements nécessaires pour ensemble créer des circonstances favorables au développement des mutuelles. Ce rôle de coordination devient encore plus important au niveau de l'organisation d'appui qui encadre le mouvement mutualiste d'une province. Elle devrait être proche des autorités provinciales pour participer à l'élaboration de stratégies pour la protection sociale.

Les relations avec les acteurs externes sont examinées dans la partie suivante.

4. LES RELATIONS AVEC D'AUTRES ACTEURS

4.1. La population

4.1.1. Les méthodes de sensibilisation, d'information et de communication

Une grande majorité ne connaît pas le fonctionnement d'une mutuelle de santé, même au Sud-Kivu où elles existent depuis 18 ans. Tous nos interlocuteurs mentionnent l'énorme effort d'information et de sensibilisation qui doit encore être fait. Le fait que ceux qui ne tombent pas malade ne bénéficient pas, par exemple, est soulevé très fréquemment par le public lors des sessions d'information. La réticence à investir ses maigres ressources sans la certitude d'un retour est évidemment plus grande pour des populations pauvres, mais s'explique aussi par la qualité des messages promulgués. Tous les sensibilisateurs interrogés insistent sur le fait que « si tu ne tombes pas malade, d'autres bénéficieront », sans clarifier que « si tu tombes malade, tout le monde payera pour toi ». Dans un environnement où l'expérience mène à la méfiance à l'égard de toute activité qui comporte un élément de gestion financière, la sensibilisation engage beaucoup plus qu'un appel à la solidarité et l'explication des principes de base. Selon nos interlocuteurs, pour changer les mentalités et pour convaincre le public que la mutuelle est gérée de façon honnête, la sensibilisation doit être continue. Or, les mutuelles de santé et les organisations d'appui manquent les moyens financiers pour organiser des campagnes ou des rencontres de sensibilisation. Sans un support financier pour ces activités, il est peu probable d'augmenter les nombres d'adhérents. Il est trop tôt pour que le bouche-à-l'oreille ait un effet significatif.

La communication régulière avec les membres est tout aussi importante. Les assemblées générales se réunissent une ou deux fois par an, mais ce canal ne suffit pas pour la bonne information des membres. Souvent les membres ne sont pas assez bien informés des services couverts ou plus précisément de ce qui ne l'est pas, surtout quand il y a des changements depuis leur inscription. Les mauvaises surprises lorsqu'un soin leur est refusé sont pour bon nombre d'adhérents une cause directe d'abandon. Seul la MUSECCO distribue largement un dépliant décrivant les informations essentielles. La Mutuelle de santé Saint Raphaël (MUSSRA) a préparé un dépliant qui spécifie les conditions et les soins couverts, mais n'avait pas les ressources pour l'imprimer et distribuer.

Pour les mutuelles du Sud-Kivu et du réseau UMUSAC, la sensibilisation inclue une dimension transformatrice qui vise à renforcer la participation et la responsabilisation des membres. Pour l'UMUSAC, la transformation des mentalités est au cœur de leur approche. L'éducation aux principes mutualistes de prévoyance, de solidarité et de responsabilité en matière de santé est une stratégie centrale dans la mise en place des mutuelles de santé : prévoyance non seulement par l'affiliation à la mutuelle mais également par la promotion d'actions préventives et d'amélioration des conditions et d'habitudes de vie ; responsabilisation par l'auto-prise en charge des problèmes de santé, plutôt que la dépendance de bienfaiteurs potentiels, et par l'autonomie de gestion des mutuelles de santé à la base. Pour que les membres sentent que la mutuelle de santé c'est leur affaire, ces mutuelles de base sont des unités de petite taille (de quartier, de village, d'entreprise, d'école, etc.) qui se caractérisent par l'autogestion et une structure démocratique. Ces groupements de base sont organisés en sections de 10 à 15 mutuelles, d'une fédération au niveau provinciale, et de de l'union nationale au niveau du pays (UMUSAC 2016).

Au Sud-Kivu, les noyaux de solidarité des mutualistes (NOSOMUs), des comités de membres décentralisés dans les villages, ont été conçus avec les mêmes objectifs de participation et de responsabilisation des membres. Leurs rôles principaux sont de relayer avec le centre de santé de leur aire, de traiter des problèmes rencontrés lors de leurs réunions mensuelles et de motiver leurs voisins non-membres à joindre la mutuelle. En ce moment, les NOSOMUs des mutuelles enquêtées sont peu actifs, faute d'encouragement des gestionnaires qui ne peuvent pas financer le transport pour les joindre.

4.1.2. Les groupes ciblés

Une particularité des mutuelles de santé en RDC, c'est qu'elles couvrent en même temps des membres du secteur informel et formel. Surtout dans les villes, les mutuelles de santé incluent plus de membres 'corporatifs' que 'communautaires', c'est-à-dire plus d'adhésions de groupes formés par les ménages des employés d'organisations, d'associations et de petites entreprises, que de ménages qui adhèrent individuellement. Cela s'explique par l'absence d'une assurance santé organisée pour le secteur formel, par le fait que de nombreuses entreprises en RDC prennent en charge les soins de santé de leurs employés, et aussi par la facilité relative de leur recrutement : pour obtenir l'adhésion d'une entreprise, il peut suffire de motiver les leaders, tandis qu'il faut convaincre les ménages individuels un à un.

Dans la majorité des pays, il y a des régimes d'assurance séparés pour le secteur formel et le secteur informel, qui résultent souvent dans une bonne couverture du secteur formel, et une couverture très limitée du secteur informel. La spécificité du recrutement 'mixte' des mutuelles en RDC pourrait avoir un impact positif sur le recrutement des ménages du secteur informel. Les interlocuteurs du Nord et Sud-Kivu spécialement ont exprimé la vue que pour que le concept des mutuelles de santé prenne racine, il faut que des groupes sociaux comme les fonctionnaires d'Etat, les enseignants, les églises et le personnel soignant donnent l'exemple. Déjà, plusieurs hôpitaux, écoles et églises organisent l'adhésion de leur personnel aux mutuelles locales.

Cette opportunité n'est cependant pas suffisamment exploitée. Nous avons déjà mentionné la demande de créer une diversité de mutuelles pour que chacun trouve une mutuelle qui réponde à ses attentes. Jusqu'à présent, le paquet unique de services couverts n'est pas assez attirant pour les plus nantis. L'hospitalisation en salle commune, par exemple, est dans les villes jugée inacceptable pour les personnes avec un revenu moyen. Aussi les procédures pour accéder aux soins ou parfois le local trop modeste font perdurer l'idée que « les mutuelles c'est pour les pauvres ».

4.1.3. Modalités d'adhésion obligatoire

Le concept que tout le monde devrait avoir une assurance santé semble se répandre en RDC. Dans la mesure où la qualité de l'offre est acceptable et les cotisations sont équitables (c'est-à-dire fonction de la capacité à payer), il devient éthiquement acceptable et défendable de se lancer dans des expériences d'adhésion obligatoire aux mutuelles de santé. L'adhésion obligatoire est habituellement associée aux régimes d'assurance santé du secteur formel, tandis que l'adhésion aux mutuelles est volontaire. Mais au Kivu, référant à l'évolution récente au Rwanda voisin, certaines églises commencent à rendre l'adhésion obligatoire à leurs employés et aux enseignants de leurs écoles. Plusieurs interlocuteurs suggèrent qu'il faudrait exiger de voir la carte de membre pour pouvoir s'inscrire à l'école, par exemple. Ou encore un exemple de Walungu : « Il faudrait faire ce qu'a osé faire le curé : quand les jeunes viennent pour qu'on bénisse leur mariage, ils doivent montrer leur carte d'adhésion à la mutuelle de santé. »

4.1.4. La prise en charge des ménages « indigents »

Aucune des mutuelles de santé visitées ne prend en charge les personnes indigentes, mais il y a un précédent. En 2012 et 2013, l'organisation Maltezer assurait la prise en charge par la mutuelle de santé de Nyantende de 1444 personnes indigentes. L'identification des ménages nécessiteux avait été organisée méticuleusement par les responsables de la mutuelle et vérifiée par Maltezer. Maltezer payait une cotisation de 85 \$ et un fonds additionnel pour couvrir le copaiement à charge du malade. Ce montant généreux prévu pour la cotisation permettait à la mutuelle de couvrir les dépenses pour les autres membres. Au niveau de la mutuelle, ces fonds étaient gérés de façon transparente et les responsables de la mutuelle se disent capable de suivre la prise en charge de ce grand nombre de personnes indigentes.

4.2. Les prestataires de soins

4.2.1. Le dilemme de la fixation du juste prix

D'une part, les mutuelles doivent chercher pour leurs membres la meilleure qualité/prix, d'autre part, la plupart des formations sanitaires dépendent pour leur fonctionnement des revenus des patients, et par conséquent tendent à gonfler la facture. Ces deux exigences opposées sont difficile à concilier. Presque tous nos interlocuteurs ont mentionné ce dilemme. Une solution souvent avancée c'est que si l'Etat payait au moins les salaires du personnel, les revenus des soins pourraient suffire pour l'achat des intrants et le maintien des bâtiments et de l'équipement. Dans les hôpitaux du secteur public, quelques médecins reçoivent un salaire suffisant, mais de nombreux médecins engagés plus récemment attendent encore la régularisation de leur dossier. La prime payée aux infirmiers et autres personnels est très insignifiante.

Pour les prestataires honnêtes qui ne bénéficient pas de l'appui d'une organisation internationale, trouver les ressources nécessaires au fonctionnement de leur structure est un casse-tête. Pour eux, les mutuelles de santé peuvent être une aide considérable. Plusieurs directeurs d'hôpital ou de centre hospitaliers ainsi que des infirmiers titulaires de centres de santé disent que la somme régulière que payent les mutuelles les aide à acheter les médicaments. Au point même que c'est souvent au moment que la mutuelle paie sa facture que les formations sanitaires font leurs provisions, et qu'il y a des ruptures de stock quand le paiement vient plus tard que prévu. Mais la situation semble se détériorer. Plusieurs des mutuelles investiguées ont des difficultés financières grandissantes et payent de façon irrégulière, diminuent leur couverture ou ont des dettes considérables envers les hôpitaux. D'autres maintiennent des prix qui sont en dessous des prix réels – plusieurs prestataires disent travailler à perte pour les mutuelles.

Les difficultés financières des prestataires engendrent des comportements déplorables. La sur-prescription de médicaments et d'actes médicaux est substantielle ; l'utilisation préférentielle des génériques n'est souvent pas suivie ; souvent les centres de santé ne réfèrent pas les malades qui en ont besoin, mais préfèrent les traiter sur place pour augmenter leur revenus. Ce n'est qu'un pas des pratiques pour trouver les revenus indispensables pour le fonctionnement d'une formation sanitaire vers la recherche de profits individuels.

4.2.2. Les méthodes pour promouvoir la rationalisation des soins de santé

Tous nos interlocuteurs sont au courant des mesures que les mutuelles peuvent prendre pour promouvoir la rationalisation des soins de santé, c'est-à-dire limiter les dépenses pour les soins tout en sauvegardant ou améliorant leur qualité : des conventions qui fixent les services couverts et leurs tarifs négociés, qui exigent l'utilisation de médicaments génériques, l'utilisation de guides thérapeutiques et le respect des règles de référence. Contrairement à d'autres pays où la convention entre mutuelles et formations sanitaires est souvent un document qui a peu d'importance une fois signé, la convention est un véritable outil de travail pour les mutuelles de santé que nous avons vu en RDC. En général, les clauses du contrat et les prix convenus sont respectés. Vu le désir de respecter la convention, il est important de regarder en plus de détail les raisons pour lesquelles certaines mesures pour promouvoir la rationalisation des soins ne sont pas suivies.

La négociation des conventions

La négociation des conventions ne se passe pas toujours très bien. Prestataires et mutuelles sont souvent antagonistes. Dans l'opinion des prestataires, « les dirigeants de l'organisation d'appui pensent que les hôpitaux veulent s'enrichir au dos des mutualistes, mais leurs prix sont trop bas pour donner des soins de qualité. » ; « Nous avons accepté [leurs conditions] pour ne pas rompre la convention, parce que si nous rompons la convention, nous perdons une population importante. Là c'est du chantage. ». Pour les mutuelles, « on tente via des discussions, des échanges, mais on ne pèse pas encore suffisamment pour influencer la qualité et le prix des soins et la prescription

rationnelle ». De même, quand ces règles ne sont pas respectées, les responsables et les gestionnaires des mutuelles disent ne pas avoir l'autorité d'influencer le comportement des médecins. Les relations hiérarchiques priment : « les médecins sont intouchables » ; « les docteurs, ils ont une classe, ils sont d'un autre niveau, ... leur expliquer, c'est tellement difficile. »

Ce ne sont pas seulement les mutuelles qui se sentent limitées dans leur pouvoir de négociation. Aussi bien des responsables des BDOMs que des médecins chefs de zone trouvent qu'ils ont peu à dire aux prestataires quand ils ne peuvent pas eux-mêmes procurer des médicaments ou une aide financière aux formations sanitaires sous leur responsabilité. De leur côté, des directeurs d'hôpital, souvent favorables aux mutuelles, ne peuvent pas nécessairement influencer la prescription des médecins spécialistes. La hiérarchie sociale influence la négociation à tous les niveaux. « On ne contredit pas son supérieur ».

La fixation des services couverts et leurs tarifs négociés

Toutes les conventions décrivent les services qui sont couverts, et souvent aussi ceux qui sont exclus. La majorité des prestataires respectent ce paquet de soins, et une meilleure information des membres aiderait à réduire leurs déceptions. Toutes les mutuelles proposent un paquet de services assez étendu, qui couvre les soins de base de première et deuxième ligne. Néanmoins, il y a des services qui sont exclus parce que trop chers, qui sont pourtant devenus indispensables à une bonne prise en charge. Il s'agit surtout d'examens de laboratoire, qui à l'hôpital sont devenus de routine. Ces examens sont alors à la charge du malade, ou ne sont pas faits. Selon les médecins hospitaliers, en fixant le paquet de soins, il faudrait revoir l'importance que certains examens ont prise dans une prise en charge correcte.

Les médecins de plusieurs hôpitaux n'acceptent d'ailleurs pas l'idée d'un paquet de soins spécifique pour les mutualistes. Selon eux, c'est une discrimination de traiter les membres et les non-membres différemment. Ils préfèrent ne pas savoir qui est membre et qui ne l'est pas, et n'en tiennent pas compte pour leurs prescriptions. Ainsi, la convention n'influence pas la rationalisation des soins, et le malade doit payer les traitements non-conventionnés de sa poche.

Tous les prestataires trouvent que les tarifs convenus avec les mutuelles sont trop bas. En règle générale, ces tarifs sont forfaitaires pour chacun des soins listés dans la convention. Les conventions devraient être revues régulièrement pour actualiser les tarifs, ce qui n'est souvent pas fait. Par conséquent, la différence entre le tarif remboursé par la mutuelle et le prix réel s'agrandit et les prestataires cherchent à contourner les prix forfaitaires en facturant séparément des soins hors-forfait qui augmentent considérablement la facture. A Nyantende, par exemple, le forfait pour une césarienne est de 60 \$, mais les prix réels peuvent aller jusqu'à plus du triple parce qu'on facture séparément des examens, médicaments ou soins spécialisés. Quand ces soins hors-forfait sont à charge du malade, qui paie alors une plus grande partie de la facture que la mutuelle, il met en question l'intérêt de l'adhésion. Quand c'est à charge de la mutuelle qui a calculé ses dépenses sur base des prix forfaitaires, c'est une cause d'endettement.

L'utilisation de médicaments génériques

Toutes les mutuelles imposent l'utilisation de médicaments essentiels et génériques. Néanmoins, toutes acceptent l'utilisation de spécialités si l'état du malade l'exige. Ces spécialités sont ou bien à charge du malade, ou bien remboursés à 50% par la mutuelle, avec les conséquences que nous venons de voir.

Pour la première ligne et certains médecins hospitaliers, la prescription de génériques ne pose pas de problèmes, bien que dans les villes, les mutuelles devraient mieux informer leurs membres qui tendent à vouloir des spécialités. A Kinshasa, les médecins-conseil observent que certains médecins des formations sanitaires conventionnées commencent à accepter qu'il faut limiter le coût des soins

par la prescription rationnelle, mais ce n'est pas du tout le cas partout. Le plus souvent, ce sont les médecins spécialistes qui refusent de prescrire des médicaments essentiels génériques, mais à Butembo, par exemple, c'est un problème dans tous les hôpitaux, que les responsables de la mutuelle disent ne pas pouvoir influencer. Par ailleurs, les responsables des BDOMs que nous avons interviewés ont tous confirmé la difficulté d'influencer la prescription de leurs médecins.

Le respect de l'itinéraire thérapeutique

Le respect de l'itinéraire thérapeutique est une condition qu'imposent toutes les mutuelles : les soins hospitaliers ne sont couverts que si le malade est référé par une formation sanitaire de première ligne. Dans le souci de respecter la politique des soins de santé primaires, plusieurs mutuelles demandent aux membres de s'inscrire dans le centre de santé le plus proche, ce qui ne plait pas à tous les citoyens, et certainement pas aux plus nantis. La majorité veut consulter un médecin. La qualité des soins des centres de santé publics laisse à désirer dans les villes. Les BDOMs ont encore un réseau de centres de santé dans les villes, mais leurs responsables se demandent aussi s'il ne vaudrait pas mieux y mettre des médecins pour mieux répondre aux attentes. Plusieurs mutuelles répondent à ces attentes en acceptant l'utilisation des centres médicaux comme premier contact.

Le fait de sélectionner pour leurs membres des formations sanitaires qui offrent des soins de qualité érode le système des soins de santé primaires. Les citoyens ne vont plus dans la formation sanitaire de leur aire de santé. La MESP va plus loin. Pour contrôler la consommation de l'imagerie médicale, d'exams ou de soins spécialisés, les prestataires doivent demander l'autorisation des médecins-conseil avant de les prescrire, et les médecins-conseil réfèrent le patient dans une clinique spécialisée de leur choix, même si ce service est disponible dans la formation sanitaire où le malade a été consulté. Cette stratégie a pour but d'améliorer la qualité des soins spécialisés et de réduire les dépenses et les prescriptions abusives, mais elle est contraire à la conception des soins de santé primaires et son organisation en aires et zones de santé.

L'effectivité des mesures pour promouvoir la rationalisation des soins de santé

Pour les mutuelles investiguées, les conventions établies entre mutuelles de santé et prestataires ainsi que l'intervention des médecins conseils influencent positivement la facturation à la mutuelle des soins procurés aux membres. Néanmoins, les mesures comprises dans les conventions pour influencer la qualité et les prix des soins n'atteignent pas nécessairement leurs objectifs. Les prestataires tendent à les contourner au détriment de la mutuelle ou du patient, et les responsables des mutuelles témoignent de leur impuissance dans la négociation, « nous n'avons pas vraiment assez de poids pour secouer les formations sanitaires ». Ces mesures, inspirées par la fonction transformatrice des mutuelles de santé, ne réussissent pas encore à modifier les rapports de force entre mutualistes et prestataires de soins.

Nos observations suggèrent qu'il faut reconsidérer les effets et la pertinence de ces mesures dans un monde changeant. Faut-il respecter ou négliger l'approche des soins de santé primaires ? Est-ce que les prix forfaitaires sont pour les mutuelles la meilleure façon de payer les prestataires ? Est-ce que le choix des services couverts est encore d'actualité ? Est-ce que la négociation doit se faire avec les prestataires ou faut-il chercher à réduire le prix de certains intrants, comme les réactifs de laboratoire à un autre niveau ?

4.2.3. L'importance du médecin-conseil

Les médecins-conseil, parfois des employés d'Etat actifs au niveau des organisations d'appui, ont un rôle primordial dans la limitation des dépenses pour les soins, la négociation des prix et l'échange avec les prestataires. Leur tâche majeure est de réviser les factures émises. Selon leur estimation, environ 95% des factures mensuelles sont revues à la baisse. La différence entre la facture mensuelle initiale et la facture révisée en fonction de la convention peut être de 500 à 800 \$ par mois. Malheureusement, les médecins-conseil sont peu nombreux pour une lourde tâche. Ils n'ont pas

assez de temps pour visiter les formations sanitaires et échanger au sujet des factures ou d'autres difficultés rencontrées dans les relations entre mutuelles et prestataires. Un des médecins-conseil interviewés donne un aperçu de leurs activités (encadré 8).

Encadré 8 : Le rôle du médecin-conseil

- « Le travail du médecin-conseil commence avant la mise en place de la mutuelle. Il y a d'abord le plaidoyer. Nous devons expliquer aux autorités sanitaires ce que sont les mutuelles de santé, qui sont les bénéficiaires des mutuelles de santé, quelle participation des différents acteurs.
- Avant de mettre en place une mutuelle de santé, il faut faire une étude de faisabilité. Le médecin-conseil y participe.
- Après l'étude de faisabilité nous devons contractualiser avec les formations sanitaires. Le médecin-conseil propose le brouillon de la convention, avec la tarification forfaitaire par rapport à la cotisation et les prestations qui peuvent être couvertes.
- Ensuite, il faut aussi sensibiliser les membres, les informer concernant le paquet de prestations couvertes par la mutuelle.
- Et de là, nous faisons le suivi du risque. Nous faisons le suivi de sinistralité : avec la cotisation, quelle somme est disponible pour les soins. C'est ça le grand travail d'un médecin-conseil. Et quand la consommation devient trop élevée et peut entraver la bonne marche de la mutuelle, nous sommes là pour le signaler.
- Nous devons veiller à ce qu'il n'y a pas d'abus par le prestataire en faisant la validation mensuelle des factures; que ce qui a été facturé rentre dans l'esprit de la lettre de la convention et la tarification forfaitaire convenue. La convention stipule que le médecin-conseil a accès aux dossiers des malades mutualistes. S'il y a dérapage, nous devons le prévenir et le réparer. Ceci dans le cas de dérapages du prestataire, c'est-à-dire de prescriptions abusives. Nous devons discuter avec eux et leur montrer que voilà, vos prescriptions sont abusives et peuvent compromettre le bon fonctionnement de la mutuelle.
- Nous devons éviter la surconsommation de la part des prestataires et des bénéficiaires. Si la consommation semble trop élevée ou monte, il faut le signaler et proposer des solutions.
- Par rapport aux bénéficiaires, nous faisons une enquête sociale. Nous avons des outils de suivi qui nous permettent de repérer les ménages qui sont allés plusieurs fois à l'hôpital. Cela peut être parce que le prestataire abuse et ne soigne pas comme il faut. Avec les validations, on peut le déceler. On peut aller voir le membre et lui demander en profondeur les raisons de cette consommation. On peut aller voir si c'est un problème d'environnement qui n'est pas salubre et qui fait que le ménage fréquente souvent l'hôpital, discuter de solutions possibles, d'interventions de prévention que le malade peut suivre. Ou est-ce que c'est parce que le ménage croit qu'il a cotisé et qu'il doit maintenant aller à l'hôpital ? De là on peut tirer une conclusion et savoir comment faire. Quand nous faisons l'enquête sociale, le but est de chercher les causes, et ensuite cela peut être utile de faire l'éducation sanitaire. C'est le médecin-conseil qui le fait.
- Et à la fin, nous rendons compte. Nous rendons compte aux bénéficiaires, dans un souci de transparence, parce que nous voulons qu'ils se rendent compte ce qu'ils ont consommé pendant l'année. Ce compte rendu est donné à l'Assemblée Générale. Nous leur proposons des solutions. Par exemple l'année passée, parce que la consommation excédait les revenus, pour limiter les dégâts, nous avons fait des suggestions que l'AG est habilitée à valider ou à rejeter.
- Il y a aussi le rôle de plaidoyer, de promotion de la santé. »

4.2.4. La surveillance d'abus

Pour assurer leur survie, il est indispensable que les mutuelles mettent en place des contrôles qui pourraient sembler exagérées ailleurs. Pour ce qui est du contrôle interne, toutes les mutuelles investiguées ont des comités de contrôle qui semblent bien faire leur travail. Ces contrôles dépassent

parfois l'audit financier pour inclure les activités des gestionnaires. L'intervention des médecins-conseil est cruciale pour limiter les abus au niveau des formations sanitaires, mais beaucoup leur échappe et le temps leur manque pour discuter avec les prestataires et les convaincre à changer leurs attitudes.

Pour contrôler les activités dans les formations sanitaires, la MESP a mis en place des délégués dans les formations sanitaires conventionnées. Leur rôle est de vérifier l'identité des membres qui viennent se présenter, de veiller à ce qu'ils soient bien accueilli, mais aussi à ce que la convention soit respectée pour les choix thérapeutiques. La présence d'un délégué s'est avéré très utile pour défendre les intérêts des malades et pour réduire considérablement les dépenses abusives. La quantité de factures à revoir à la baisse a grandement diminué (rejet mensuel des factures en 2016 d'environ 30000 \$ / 3 à 4 millions de dollars).

D'autres mutuelles avancent l'idée de mettre un agent permanent dans les formations sanitaires les plus fréquentées pour améliorer la prise en charge des malades et pour réduire les fraudes.

4.2.5. L'apport des mutuelles pour l'amélioration de la qualité des soins

Comment les acteurs évaluent-ils l'influence des mutuelles de santé sur la qualité de la prise en charge des malades ?

Les prestataires qui reçoivent un grand nombre de mutualistes trouvent que les paiements réguliers et fiables aident à maintenir une certaine qualité des soins. Pour certains, la validation des factures par les médecins-conseil et le feedback des membres sont utiles pour améliorer l'accueil et la prescription. Par contre, de nombreux prestataires voient une influence négative des mutuelles sur la qualité des soins parce les tarifs négociés sont trop bas ou qu'ils travaillent à perte. C'est surtout le cas au Sud-Kivu, où de plus en plus de prestataires refusent de travailler avec les mutuelles pour ces raisons. Dans cette province, l'incapacité de plusieurs mutuelles à payer les soins procurés est une menace réelle pour la survie des mutuelles de santé. Les mutuelles accumulent des dettes énormes qui sont en train de les étrangler.

Les responsables des mutuelles de leur part observent une certaine amélioration de la prise en charge et une progression vers la protection des malades par le contrôle des tarifs et des abus. C'est surtout le résultat du travail des médecins-conseil et des points focaux présents dans les formations sanitaires. Mais une amélioration significative et durable ne pourra être accomplie que par l'implication des autorités sanitaires.

4.3. L'Etat

Tout en situant le mouvement mutualiste dans le domaine de la société civile, la majorité de nos interlocuteurs donnent une grande importance à l'Etat dans le développement des mutuelles de santé. Ils perçoivent le rôle de l'Etat dans différents domaines :

- La législation et la vérification de l'application des politiques dans les domaines de la protection sociale et la procuration des soins de santé ;
- La régulation des services de santé, la supervision de la qualité des soins et leur prix ;
- L'appui financier au secteur de santé et aux mutuelles de santé pour rendre les soins abordables : repenser la façon dont les formations sanitaires sont financées pour ajuster le partage entre financement via l'Etat et via les consommateurs ; et des subventions pour l'inclusion des personnes indigentes et pour le fonctionnement des mutuelles.

Nos interlocuteurs attribuent différents rôles aux autorités des différents niveaux :

- L'Etat central pour la législation ;
- Le niveau provincial pour l'organisation du rôle régulateur des soins de santé, la coordination entre partenaires et le leadership de la promotion des mutuelles de santé, notamment l'information, la sensibilisation et les premiers pas vers l'adhésion obligatoire. Dans le contexte

national actuel, les interlocuteurs du Kivu situent l'appui financier au niveau de la province : l'utilisation d'impôts perçus localement, ainsi que la coordination d'appuis financiers externes ;

- L'autorité locale de santé, les zones de santé, pour la supervision effective des prestataires et la mise en pratique de la coopération entre acteurs.

Les mutuelles de santé en RDC sont sous la tutelle du Ministère de l'emploi, travail et prévoyance sociale, mais pour ce qui concerne les exigences du terrain, c'est aux administrations décentralisées du Ministère de la santé publique que nos interlocuteurs font le plus référence, dans leur rôle de régulateur des services de santé et celui de facilitateur des relations entre le système mutualiste et le secteur de santé. Au niveau central, le Programme national de promotion des mutuelles de santé (PNPMS), une structure étatique avec une position de liaison entre l'Etat et les mutuelles de santé, dépend du Ministère de la santé publique. Cette structure participe au développement du cadre légal et réglementaire. Emanant de son évolution historique ses autres activités se rapprochent de celles des organisations d'appui aux mutuelles de santé (encadré 9). Un rôle de facilitation de la coopération entre les deux ministères et, sur le terrain, entre mutuelles et autorités sanitaires, reste sous-exploité.

Encadré 9 : Les rôles du PNPMS

- **Rôle normatif** (en concertation avec tous les partenaires et services publics concernés) : Développer le cadre légal et réglementaire ; assurer le respect de ce cadre légal et réglementaire ; élaborer et faire appliquer la politique nationale de financement communautaire des soins de santé et la politique nationale des mutuelles de santé.
- **Rôle de suivi / supervision** : Organiser la revue annuelle et faire appliquer les recommandations ; protéger la population du dysfonctionnement des méthodes et des approches des acteurs et autres intervenants ; élaborer un système de suivi et de contrôle ; vérifier la fonctionnalité (effectivité), la qualité des services, la viabilité financière, l'impact et l'efficacité des activités des mutuelles de santé.
- **Rôle de facilitation** : Arbitrer les conflits d'intérêts ; appuyer la contractualisation entre prestataires des soins et mutuelles de santé ; promouvoir l'initiation des activités génératrices des revenus au sein des mutuelles de santé ; faciliter la mise en place des mutuelles et l'implémentation des activités des partenaires.
- **Rôle de mobilisation sociale** : Sensibiliser tous les acteurs et décideurs impliqués ; sensibiliser les communautés de base ; initier les affiches, les messages, les logos, les spots,...
- **Rôle de formation** : Evaluer les besoins de formation des mutualistes ; planifier et organiser des activités de formation
- **Rôle de plaidoyer** : Orienter les ressources publiques du secteur de la santé vers les zones de santé où il y a des mutuelles de santé ; orienter les partenaires vers les communautés à appuyer ; mobiliser les ressources.
- **Rôle de banque de données** : Centraliser les données sur les mutuelles de santé, l'accès aux soins et le financement communautaire de la santé ; créer et gérer une banque de données sur les mutuelles de santé ; Diffuser les données (rapport annuel).

<http://www.cooperationinternationale.mc.be/Les-roles-du-PNPMS?lang=>

4.3.1. Le rôle de régulateur

C'est dans le contexte d'autofinancement des formations sanitaires et des difficultés qu'ont les mutuelles pour obtenir des prix abordables que tous nos interlocuteurs mentionnent « l'absence du régulateur ». Les prestataires sont d'avis qu'imposer des règles, des guides thérapeutiques et des prix, et contrôler la qualité des soins est du ressort du régulateur, pas des mutuelles de santé. Dans une certaine mesure, les zones de santé font ce travail auprès des centres de santé, mais leur autorité sur les hôpitaux est très limitée. Les médecins-conseil ont une certaine autorité qui émane de la convention signée. Mais ils spécifient où s'arrête leur rôle et où commence celui des autorités :

le médecin-conseil veille à l'application de la convention, mais l'organisation de soins de santé de qualité à tous les niveaux revient aux autorités sanitaires.

Il apparaît donc que dans l'opinion des personnes interviewées les mesures pour promouvoir la prescription rationnelle ne devraient pas être négociées entre mutuelles et prestataires, mais ne peuvent qu'être effectives dans le cadre d'une coopération effective avec les autorités sanitaires.

4.3.2. Les cadres de concertation

Pour stimuler l'échange et la collaboration entre prestataires et mutuelles, certaines autorités sanitaires et des organisations d'appui organisent des réunions de concertation. Tous trouvent ces réunions très utiles pour mieux comprendre les problèmes des autres et pour évoluer vers des solutions. Les prescriptions et les plaintes des malades y sont abordés. Pour un coordinateur du BDOM, par exemple, les informations reçues via ces concertations sont une aide considérable pour entreprendre des actions correctives et améliorer la qualité des soins.

Le cadre de concertation qui réunit une fois par trimestre l'équipe cadre de la zone de santé, les prestataires et les représentants des mutuelles, introduit par l'organisation d'appui CGAT, est apprécié par les acteurs. Organiser des réunions trimestrielles a cependant un coût et le CGAT de Goma, ainsi que la Cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS) au Sud Kivu, n'a pas les ressources financières pour maintenir cette fréquence. Pour ce type d'interactions, il est peu probable qu'une fréquence annuelle soit profitable.

4.3.3. La subvention des mutuelles de santé

Toutes les personnes interviewées étaient d'accord sur ce point évident : les mutuelles ne peuvent s'en sortir qu'avec des subventions pour que la cotisation devienne abordable pour la majorité. Mais la question de subventions suscite beaucoup de réflexions contradictoires.

Premièrement, ils attribuent le rôle de subventionner à l'Etat, tout en remarquant que « l'Etat est faible » ou qu'en réalité il ne faut pas s'attendre de sitôt à une aide financière de l'Etat.

Il y a ensuite la question s'il faut organiser cette subvention via l'offre ou via la demande, ou les deux à la fois. Seuls quelques très rares interlocuteurs veulent retourner aux soins gratuits subventionnés par l'Etat. La politique d'un financement par l'assurance santé est considérée comme la voie à suivre. La nouvelle loi sur les mutuelles prévoit une subvention de l'Etat aux mutuelles, mais il faudra du temps pour qu'elle devienne réalité. Les acteurs mutualistes préconisent une subvention directe aux mutuelles par des donateurs externes, bien que plusieurs désignent le danger de l'insécurité de cette aide par le retrait toujours imprévisible de ces organisations. L'avis des médecins et des responsables des services de santé est plutôt de réinstaurer un financement durable via l'offre : payer les salaires du personnel et/ou subventionner les soins à un niveau qui rend le copaiement par les utilisateurs abordable. Là encore, ils observent les effets négatifs de subventions mal coordonnés. Les programmes subventionnés suivent les priorités des bailleurs de fonds, en favorisant par exemple le milieu rural au détriment du milieu urbain. Il y a les effets d'accoutumance aux prix subventionnés par les prestataires et les usagers, qui bouleversent le fonctionnement des services à l'arrêt des programmes. La question des subventions est souvent reliée à la place que l'argent a prise dans la vie de tous les jours : les subventions diverses ont influencé durablement les attitudes de la population qui ne connaît pas le prix réel des soins et souvent part de l'idée que la communauté internationale y pourvoira. De même, les subventions ont durablement influencé les attitudes de prestataires et de fonctionnaires qui les voient comme source d'enrichissement personnel.

Il y a aussi contradiction dans les propos des acteurs mutualistes quant à la réalisation concrète de subventions directes aux mutuelles. Tous reconnaissent la nécessité de subventions pour rendre les soins accessibles, mais en même temps, tous maintiennent le concept que la cotisation doit couvrir la

consommation, même au Sud-Kivu où la contribution actuelle des adhérents est très limitée : « Il faut une subvention pour éliminer les dettes, et repartir sur de nouvelles bases qui respectent le lien entre cotisation et prestations ». Etant donné la capacité contributive limitée, cette conviction généralisée qu'il faut respecter le lien cotisation–prestations peut suggérer qu'une démarche de subvention via l'offre, comme évoqué dans l'encadré 3, serait plus appropriée pour répondre à ce dilemme.

4.4. Les partenaires internationaux

Avant partenaires technique et financier, les partenaires internationaux des mutuelles de santé sont maintenant surtout vus comme bailleurs de fonds. On peut distinguer les partenaires qui spécifiquement supportent le développement du système mutualiste, comme l'ANMC, WSM et MCHP, et les organisations qui soutiennent des projets de santé dans des zones spécifiques, comme GIZ et Memisa, et qui par extension peuvent, pour améliorer l'accès financier aux soins de santé, soutenir les mutuelles de santé opérationnelles dans ces zones.

Il y a beaucoup d'autres initiatives pour améliorer l'accès aux soins, certaines au niveau d'un seul hôpital, comme l'appui de Louvain développement à l'hôpital de Walungu, d'autres qui couvrent plusieurs zones de santé, comme le Fonds d'achat des services de santé du Nord-Kivu (FASS) qui gère les subventions des bailleurs de fonds destinés au co-financement des prestations de soins. Le Programme d'Appui à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PA-PNDS⁴) financé par l'Union européenne, actif, entre autres, dans la province du Nord-Kivu, a les objectifs d'améliorer la couverture et la qualité des services de santé, ainsi que l'accès financier aux soins des populations défavorisées. Sa principale approche est le subventionnement de tarifs forfaitaires, qui améliore l'accès financier aux soins, associés à des conditions pour le paiement des prestataires, dont le respect des protocoles et la disponibilité de médicaments certifiés, qui améliorent la rationalisation de l'offre de soins.

Bien qu'ayant des objectifs semblables, il y a peu de contacts entre les mutuelles et ces autres initiatives. Des options de coopération n'ont pas encore été exploitées. Un responsable du FASS décrit l'option suivante : « des mutuelles de santé peuvent collecter les cotisations, qu'elles font parvenir à notre centrale d'achat de services qui fait les contrats avec les prestataires et qui gère le contrôle et le paiement des factures. Nous n'avons pas des prix à négocier avec les prestataires : nous avons déjà des prix forfaitaires fixés dans le cadre des projets du Fond européen de développement qui sont largement subventionnés par l'Union européenne. »

⁴ <http://www.cofed.cd/projet/projet-dappui-au-plan-national-de-developpement-sanitaire-pa-pnds/>

5. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE L'ETUDE DES MUTUELLES DE SANTE EN RDC FAITE EN 2004

En 2004, lors de la première étude des mutuelles de santé en RDC, on observait comme dans plusieurs pays africains un accroissement de nouvelles initiatives mutualistes, appuyé par de nombreuses organisations internationales, comme BIT/STEP et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) dont c'était l'objectif principal, les agences pour la coopération technique allemande et belge (GTZ et CTB) qui y attribuaient une grande attention, et des organisations qui appuyaient des programmes de santé dans une aire spécifique et intégraient le développement de mutuelles de santé dans leur programme.

Actuellement, le mouvement est porté par les acteurs congolais qui se sont approprié le concept des mutuelles de santé pour le co-financement des soins de santé. L'appui international a cependant diminué. Ce n'est pas par manque d'intérêt, comme en témoignent l'atelier de capitalisation et d'échange d'expériences sur le financement du système de santé organisé à Kinshasa en octobre 2012⁵, ou le Groupe inter-bailleur de protection sociale (GIPS) auquel participent actuellement les principaux bailleurs de fonds. C'est plutôt un questionnement du manque apparent de progrès qui les fait hésiter sur la voie à suivre.

Pour apprécier l'évolution des mutuelles de santé à travers le temps, nous voulions dans notre étude revisiter des mutuelles qui avaient fait partie de l'échantillon de l'étude de 2004. Des 20 mutuelles de santé investiguées en 2004, 7 seulement⁶ apparaissent encore dans l'inventaire des mutuelles de santé de l'RDC de 2012, établi par le PNPMS. Des 98 mutuelles listées dans cet inventaire, bon nombre ne fonctionnent plus et d'autres ont émergé. L'inventaire de 2015 compte 109 mutuelles couvrant 1 089 265 personnes, mais n'indique pas les noms des mutuelles. L'émergence de nouvelles mutuelles de santé qui disparaissent après quelque temps est observée aussi bien par les personnes interviewées en 2004 et en 2016. Pourquoi cet enchaînement de nouvelles initiatives et d'échecs ? Qu'est-ce que la comparaison des résultats des deux études peut nous apprendre à ce sujet ?

5.1. Facteurs de succès, facteurs de blocage : des réponses très semblables en 2004 et 2016

Pour avoir l'opinion des interlocuteurs sur la voie à suivre pour le développement des mutuelles de santé à l'avenir, les deux études posaient les trois questions suivantes :

- Quels sont les facteurs les plus importants pour le succès des mutuelles de santé ?
- Quels sont les facteurs de blocage les plus importants ?
- Quel appui pour aller de l'avant ?

Pour l'étude de 2016, nous voulions identifier à travers ces questions quels facteurs semblaient les plus cruciaux, mais le fait est que tous les facteurs que nous avons rapporté dans les chapitres précédents sont mentionnés parmi 'les facteurs les plus importants' : des facteurs internes comme la bonne préparation et l'étude de faisabilité, la bonne gestion, l'information adéquate et continue de la population, aux facteurs externes comme les relations entre partenaires, l'accès à des soins de qualité à un prix abordable, un changement profond de la culture d'avidité et de corruption, ou encore le rôle encadrant de l'Etat, l'appui financier et une stratégie pour avancer vers l'adhésion obligatoire. Aucun de ces éléments ne ressort comme plus fondamental que les autres, confirmant la complexité de la mise en place de mutuelles de santé et le fait qu'aucun élément ne peut être délaissé.

⁵ https://issuu.com/becausehealth/docs/be_cause_health_matters_n_7

⁶ Dont nous en avons revisité 3 : voir Section 1, 6 La sélection des mutuelles de santé investiguées

La comparaison avec les réponses de 2004 montre qu'aussi bien les conditions de réussite (encadré 10) que les facteurs de blocage (encadré 11) cités sont remarquablement similaires. Pour quelques-uns des facteurs, on peut percevoir une évolution dans leur présentation. L'impératif des subventions, mentionné par tous les répondants de l'étude de 2004 comme un facteur de réussite, est maintenant plutôt présenté comme un facteur limitant par son insuffisance. A l'opposé, la formation et l'appui technique sont maintenant présentés comme des conditions qui sont réalisées. Quant aux facteurs de blocage, une seule divergence perceptible, c'est le poids relatif des constats. Les diverses formes de fraude ainsi que les frais élevés des soins de santé sont plus mis en avant en 2016.

Encadré 10 : Résumé des conditions de réussite mentionnées dans l'étude de 2004

En 2004, les acteurs interrogés rapportaient les facteurs suivants :

- Une phase de préparation de qualité et d'une durée suffisamment longue. Cette préparation doit contenir une étude de faisabilité qui permettra de tenir compte des mentalités de la population et des programmes existants, ainsi qu'un calcul assurantiel. Le montant de cotisation doit être discuté avec la population et doit être le résultat d'un consensus.
- Une importante campagne d'information et de sensibilisation avant le lancement de la mutuelle, qui doit être continue, même après le lancement.
- Acquérir la confiance de la population par une gestion honnête et transparente. Cette transparence est assurée par la participation par les membres à la prise de décisions.
- Une gestion rigoureuse : respecter scrupuleusement les règles imposées aux membres et les conventions avec les prestataires. Le prélèvement des cotisations à la source facilite beaucoup la gestion des cotisations.
- Une offre de soins de qualité, la disponibilité de médicaments, un accueil non-discriminant, et dans les villes, la présence d'un médecin dans les formations sanitaires. Les tarifs doivent être accessibles, tout en assurant aux formations sanitaires un revenu suffisant. Il faut une bonne relation avec les prestataires qui ne doivent pas considérer la mutuelle comme une vache à traire. L'existence d'une formation sanitaire ou d'une pharmacie appartenant à la mutuelle de santé serait un atout.
- Une formation des promoteurs, des gestionnaires et responsables des mutuelles et des prestataires, pour la sensibilisation, la mise en place, le fonctionnement et la gestion des mutuelles.
- L'implication des structures déjà existantes : les autorités politico-administratives, les autorités religieuses et les leaders locaux, les ONGs et les associations, les prestataires de soins.
- L'équipe cadre de la zone de santé est bien placée pour faciliter une réelle interface entre les services de santé et la mutuelle.
- Un appui technique professionnel et un encadrement de proximité par une organisation spécialisée. Cette organisation devrait être non-gouvernementale.
- Un appui financier, logistique et matériel pour les sensibilisations, le fonctionnement de la mutuelle, la rémunération des gestionnaires.
- Tout en maintenant la participation aux frais de la communauté, le contexte de pauvreté impose qu'il faut en partie subventionner les cotisations et pour les formations sanitaires l'achat des produits pharmaceutiques.

Encadré 11 : Résumé des facteurs de blocage mentionnés dans l'étude de 2004

En 2004, les acteurs interrogés rapportaient les facteurs suivants :

- Le faible pouvoir d'achat de la population ;
- Le manque de culture d'auto-prise en charge et de prévoyance ;
- L'insuffisance d'information et de sensibilisation pour y remédier ;
- L'approche mutuelle de santé n'était pas bien intégrée, ni par la population ni par le personnel, résultant dans une sélection adverse, l'affiliation des personnes vulnérables au sein des ménages et le désistement des biens portants, et diverses formes de fraude ;
- Du côté des prestataires on note souvent un mauvais accueil des membres, des problèmes de qualité des soins et de ruptures de stock des médicaments, et des tarifs trop élevés ;
- Un manque de collaboration entre les responsables de la mutuelle de santé et les prestataires ;
- La mutuelle n'a pas suffisamment de force pour négocier avec l'offre de soins ;
- Un manque de confiance envers les initiateurs et les gestionnaires ; l'opinion que les responsables s'enrichissent avec l'argent de la communauté ;
- Pour ce qui concerne la gestion, on note la capacité de gestion insuffisante face à une complexité non prévu au départ ; le manque de connaissances pour réajuster les cotisations ; un manque d'outils de gestion, de moyen de communication et de transport ; un manque d'appui technique et d'appui financier, d'encadrement des responsables de la mutuelle et de formation ;
- La préparation est souvent insuffisante avant de lancer une mutuelle de santé ; la fixation des montants de cotisation sans calcul assurantiel.

Aussi les causes principales de la fin d'une mutuelle sont très semblables. En 2004 on cite :

- Des problèmes de gouvernance après le départ des initiateurs ou des promoteurs de la mutuelle ;
- La fin de l'appui financier externe ;
- La faillite de la mutuelle causée par le déséquilibre cotisation/dépenses pour les soins, ou par la malhonnêteté dans la gestion des fonds.

En 2016, pour les mutuelles de santé en difficulté ou en arrêt que nous avons évalué, les causes directes sont :

- Le retrait de l'appui financier externe dans un contexte où ces subventions avaient démotivé les membres à cotiser régulièrement ;
- Des problèmes de gouvernance, notamment des mésententes entre les responsables de la mutuelle et les autorités de l'église au sein de laquelle la mutuelle avait été créée. Dans les deux cas (MNK et MUSALKI), l'attribution de fonds externes était à la base de la mésentente.

Pour ce qui concerne d'autres mutuelles dans leur entourage qui avaient échoué, les répondants de 2016 mettaient en cause la gestion financière malhonnête et le déséquilibre cotisation/dépenses.

5.2. Des progrès au niveau de la gestion internes des mutuelles

En 2004, plusieurs mutuelles avait d'abord fait un faux départ avant de recommencer avec l'aide technique d'une organisation d'appui. D'où l'importance donnée à l'appui technique parmi les facteurs de succès. Qu'il fallait développer une politique d'appui aux mutuelles de santé était une des trois recommandations faites à l'issue de l'étude. L'étude de 2004 avait relevé les demandes d'un appui dans les domaines suivants :

- Les études de faisabilité ;
- La détermination de l'adéquation entre le paquet de bénéfices et le niveau de cotisation ;
- La gestion financière et administrative du système ;
- La sensibilisation et l'animation ;

- Le suivi et l'évaluation ;
- Le contrôle de la gestion ;
- Les systèmes d'information de gestion ;
- Le choix des systèmes de paiements des prestataires.

Notre étude a montré qu'en 2016 les organisations d'appui peuvent répondre adéquatement à cette demande. C'est un acquis incontestable que les procédures du montage d'une mutuelle – à l'exception du calcul des cotisations – sont maintenant maîtrisées.

5.3. La nécessité d'une autre approche pour maîtriser les conditions externes

Par contre, l'étude de 2004 recommandait aussi « un appui analytique » qui devrait aider à l'identification et la réalisation d'un modèle adapté au contexte local et de stratégies pour faire effectivement face au problème de l'accès aux soins. Ces stratégies devaient comprendre des mesures pour promouvoir l'offre de soins de qualité à des prix abordable. Notre étude a montré que les organisations d'appui n'ont pas encore adopté une approche analytique qui évalue les résultats obtenus et qui examine les méthodes utilisées pour surmonter effectivement les obstacles à l'accès aux soins.

La répétition quasi textuelle des difficultés en 2004 et 2016 montre que malgré le grand progrès dans les procédures du montage des mutuelles de santé, il n'y a pas de progrès dans la résolution des facteurs de blocage. Un montage cohérent et un bon fonctionnement interne de la mutuelle atteignent rapidement un niveau de rendement décroissant dans un contexte d'important dysfonctionnement du système de santé ambiant. Et, comme les résultats de notre étude le montrent, les processus prévus dans le montage des mutuelles pour influencer les facteurs externes de blocage, ne sont pas aptes à les influencer. Plus spécifiquement, les mesures pour promouvoir la rationalisation de l'offre à l'aide de conventions et de négociation avec les prestataires n'atteignent pas le but, et les méthodes de communication avec la population n'ont pas encore influencé significativement la confiance ni les attitudes de prévoyance. Il faut donc une stratégie différente pour les aborder, moins centrée sur le montage interne des mutuelles mais sur la création d'un environnement favorable en favorisant la coopération avec tous les partenaires locaux.

5.4. Les enseignements d'autres évolutions entre 2004 et 2016

5.4.1. Vers un modèle consensuel

Il y avait en 2004 une diversité de modèles de protection sociale, conséquence de l'approche d'essai et erreurs par une diversité de fondateurs qui cherchaient à développer un système pour améliorer l'accès financier aux soins dans leur réalité locale. Actuellement, le modèle type est devenu la mutuelle de santé avec une structure organisationnelle participative : une assemblée générale constituée par les membres, un conseil d'administration d'élus et une gestion professionnelle. Ces mutuelles sont de type communautaire, corporatif ou, le plus généralement, mixte. Cette évolution va dans le sens d'un des constats de l'étude de 2004, notamment que les membres voulaient participer aux décisions qui concernent les grandes orientations de la mutuelle et voulaient exprimer leur appréciation ou frustration par rapport à son fonctionnement, tout en déléguant la gestion technique à un gestionnaire. Ce modèle semble avoir l'approbation de tout le monde. Néanmoins dans la pratique, nous avons vu qu'il n'est pas encore achevé, et qu'il faut continuer à chercher le bon équilibre entre la prise de décision démocratique et la gestion professionnelle centralisée.

5.4.2. L'effectif des mutuelles

Il y avait dans l'échantillon de 2004 plus de mutuelles avec un grand effectif. Cette différence est corrélée au type de bénéficiaires. La mutuelle UNIKIN couvrait environ 23000 étudiants pour qui l'adhésion était obligatoire. Trois autres mutuelles avaient des enseignants comme groupes cibles : la Mutuelle des enseignants des écoles catholiques du diocèse de Boma (MEDIBO) avec 21300 bénéficiaires, la Mutuelle de Santé des Enseignants (MUSE) avec 6400 et UNILU, la mutuelle du personnel de l'Université de Lubumbashi, avec 11000 bénéficiaires. Les répondants de l'étude de 2004 attribuaient ce succès à une solidarité traditionnellement importante entre les enseignants. Dans l'échantillon de 2016, la Mutuelle de santé des enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MESP) avec 193000 bénéficiaires à Kinshasa et la Mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques du Congo (MUSECCO) avec 9000 bénéficiaires sont toujours parmi celles qui ont le plus grand effectif.

Les mutuelles investiguées en 2004 qui avaient comme groupe cible la population d'une aire géographique (à l'opposé d'une catégorie professionnelle) avaient une couverture moyenne de 1899 bénéficiaires, en excluant le cas particulier de Bwamanda (114465 bénéficiaires). En 2015, la couverture moyenne était de 3454 bénéficiaires. Une différence, c'est qu'en 2004 on recherchait surtout l'adhésion des ménages, tandis qu'en 2016 il y a plus d'adhésions de groupes du secteur formel, comme le personnel d'un hôpital ou des entreprises.

Ces quelques chiffres suggèrent que pour promouvoir la visibilité des mutuelles de santé dans la communauté, on pourrait encourager davantage l'adhésion de groupes. Surtout l'idée qu'ont plusieurs Eglises de promouvoir l'adhésion des enseignants et autres personnels de leurs réseaux d'écoles pourrait être soutenue par les mutuelles et les organisations d'appui.

Il faut néanmoins mentionner deux mutuelles visant les ménages d'une aire géographique qui ont atteint un grand nombre d'adhérents : la mutuelle de Bwamanda et l'Association de Santé de Bokoro (ASABO), deux mutuelles investiguées en 2004. Cette dernière bénéficiait d'un accompagnement semblable à celui de la mutuelle de Bwamanda, qui réussissait à combiner la coopération entre acteurs, des soins de qualité, la confiance de la population, une cotisation abordable et une gestion performante. L'initiative venait du médecin-chef de zone. La mutuelle prenait en charge tous les services de l'hôpital à condition que les bénéficiaires étaient référés par les centres de santé. L'hôpital avait une bonne réputation et il y avait une grande coopération entre la zone de santé et la congrégation religieuse qui gérait l'hôpital. La congrégation assurait la commercialisation de la cotisation payée en nature : 1 sac de manioc (50 kg) par ménage par semestre (10 \$ par an) et convertissait les fonds en devises étrangères afin d'éviter leur érosion dans un contexte d'hyperinflation. La mutuelle était autogérée mais 3 médecins de l'hôpital et de la zone faisaient partie du comité de gestion. A son apogée en 1995 la mutuelle comptait 54000 personnes. Le départ du médecin-chef de zone et ensuite des religieuses a marqué le début de la détérioration, d'une mauvaise gestion des stocks, d'un paiement irrégulier de l'hôpital dont la nouvelle direction avait augmenté les tarifs pour la mutuelle au niveau de ceux pour les entreprises. En 2004, la mutuelle comptait moins de 1000 bénéficiaires.

L'enseignement de l'histoire de l'ASABO, ainsi que de celle de la mutuelle de Bwamanda, c'est l'importance de la coopération entre acteurs pour créer un environnement favorable.

5.4.3. Les subventions

L'étude de 2004 posait la question comment organiser les subventions : (1) un subside de l'offre afin de pouvoir revoir à la baisse la tarification en vigueur et améliorer ainsi l'accès financier à une offre rationalisée de soins de santé ; (2) un subside de la demande ; (3) des subventions pour financer les frais administratifs des mutuelles de santé ; ou une combinaison de ces différentes formes de subventions. Notre étude met en avant une organisation de subventions suggérée par de nombreux

interlocuteurs : (1) un subside de l'offre pour combler la différence entre ce que la population peut cotiser et les coûts réels des soins ; (2) des subventions pour le fonctionnement des mutuelles, et (3) un subside via la demande pour assurer la prise en charge des indigents. Pour presque tous les répondants de 2004, la prise en charge des indigents n'était pas du ressort des mutuelles de santé, mais un problème que l'Etat doit résoudre. Suite à plusieurs programmes de prise en charge des indigents, cette opinion a changé. Les mutuelles peuvent intégrer leur prise en charge à l'aide d'une subvention de l'Etat ou d'un bailleur de fonds.

Malgré ces opinions avancées, la question du subventionnement et comment l'organiser reste en 2016 autant une question non résolue qu'en 2004. Elle devrait faire l'objet de recherche afin d'identifier quelles sont les meilleures approches à adopter dans le contexte spécifique de la RDC.

5.4.4. Le rôle de l'Etat

Notons encore qu'entre 2004 et maintenant, on peut observer un changement d'opinion concernant le rôle de l'Etat dans le développement des mutuelles de santé. En 2004, l'absence d'un cadre juridique n'était pas perçue comme un obstacle, et il y avait une grande réticence quant à l'implication des autorités dans les dynamiques mutualistes. Le rôle essentiel de l'Etat était de promouvoir la qualité et la rationalisation de l'offre de soins.

Actuellement, la fonction de régulateur, de garant d'une offre de qualité à des prix abordables, est toujours regardée comme le rôle principal de l'Etat, mais les acteurs attendent une plus grande implication de l'Etat dans d'autres domaines. Le cadre juridique est considéré primordial. L'Etat devrait octroyer des subventions qui permettent aux mutuelles de fonctionner. Il y a aussi la question de rendre l'adhésion à une mutuelle obligatoire pour certains groupes, un sujet qui n'était pas mentionné en 2004. Depuis que la décentralisation prend forme, on attribue aussi un rôle concret aux autorités provinciales dans la promotion des mutuelles de santé et la coordination des acteurs. En pratique cependant, à part la participation de certaines équipes cadres des zones de santé dans des réunions de concertation, les structures de l'Etat restent absentes dans toute activité qui concerne les mutuelles de santé.

SECTION 3 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

La section des conclusions et des recommandations est organisée en trois parties.

La première partie est une conclusion générale en réponse à la question de la contribution des mutuelles de santé à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et les possibilités de capitalisation de leur expérience.

La deuxième partie résume les principales conclusions concernant les interactions entre les mutuelles et les différents acteurs, et les recommandations spécifiques qui s'ensuivent.

La troisième partie reprend toutes les recommandations, sans les conclusions qui expliquent leur pertinence, mais en incluant les recommandations mineures qui sont mentionnées dans la section 'résultats'.

Les recommandations ne sont pas conçues comme des solutions clé sur porte. Comme spécifié dans le protocole de recherche, l'étude de terrain est le premier volet d'une démarche en deux temps. Ses résultats mettent en avant la situation actuelle, les réussites et les défis des mutuelles de santé. Ses conclusions et recommandations forment la base pour le deuxième volet de la démarche : une action concertée entre acteurs qui mène à l'élaboration d'un plan d'action conjoint et d'une stratégie de négociation avec les instances gouvernementales concernées. Concrètement, cette action concertée devrait comprendre une série de discussions entre les acteurs concernés, et des ateliers de travail thématiques. Les plans d'actions devraient prévoir des projets de recherche-action sur des questions spécifiques, dont les résultats à leur tour nourriront une nouvelle concertation.

1. CREER LES CONDITIONS FAVORABLES A L'ECHELLE DE ZONES PILOTES

Le gouvernement et le parlement de la RDC ont opté pour l'approche 'mutuelles de santé' et 'assurance-maladie' comme pilier de la politique de financement des soins de santé du pays. Cette approche semble être appuyée par une partie de la population, au vu de la multitude d'initiatives mutuellistes à travers le pays. Néanmoins, la mise en place d'un système de mutuelles de santé performantes est un processus ardu. Notre étude indique que le système mutualiste peut jouer un rôle dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle sous deux conditions : d'une part un montage cohérent et une gestion interne à la mutuelle rigoureuse ; et d'autre part l'existence d'un contexte ambiant favorable, c'est-à-dire un système de santé coopérant, qui facilite plutôt que de bloquer, des dynamiques sociales actives et activistes, et un soutien institutionnel, financier et technique de la part des administrations.

Ces dernières années des progrès indéniables ont été faits dans la gestion interne des mutuelles de santé. Les processus de mise en place, de l'administration, de la gestion et du suivi sont en général bien pensés et maîtrisés par les gestionnaires des mutuelles et par les équipes des organisations d'appui. Mais malgré cette bonne gestion technique interne, malgré les compétences des gestionnaires des mutuelles et des équipes des organisations d'appui, en termes de nombre de personnes couvertes, les résultats restent en dessous des attentes. Les mutuelles ont jusqu'à présent peu d'influence en termes d'amélioration de la qualité de l'offre de soins, de régulation du système de santé et de financement des services de santé. En termes de l'utilisation des services, certaines mutuelles enregistrent une utilisation au-dessus de la moyenne des non-membres, d'autres ne réussissent pas à redresser la sous-utilisation généralisée des soins de santé en RDC.

Notre étude met en évidence le poids des facteurs externes à la mutuelle, mais internes au système de santé et à la société congolais. Ces contraintes systémiques sont un frein considérable au développement des mutuelles et sont peu vulnérables au niveau des mutuelles de santé elles-mêmes. En effet, les mutuelles ont peu d'influence sur la promotion de la prescription rationnelle et

de tarifs abordables. Elles n'ont pas les ressources humaines et financières nécessaires pour mener des actions effectives pour influencer les mentalités, gagner la confiance ou contrôler les abus. Elles sont évidemment impuissantes devant la pauvreté, mais aussi devant l'allocation de subventions et les divers programmes pour améliorer l'accès aux soins de santé mis en place par plusieurs intervenants.

Dans l'approche actuelle, les mutuelles tentent d'influencer les conditions nécessaires pour leur expansion de l'intérieur, par des procédures qui régissent les relations avec les prestataires, leurs membres et leur public cible, ce qu'elles ne réussissent pas à faire seules dans les circonstances très difficiles en RDC. Cette impasse suggère qu'il faudrait s'y prendre d'une autre façon, qui tente de créer les conditions préalables à l'expansion des mutuelles de santé de l'extérieur en stimulant la coopération entre tous les acteurs qui peuvent, chacun dans son domaine et tous ensemble, créer un environnement favorable dans lesquelles les mutuelles de santé peuvent évoluer : les autorités sanitaires, l'administration provinciale et les autorités administratives locales, les églises et leurs institutions, les ONGs, les bailleurs de fonds, les employeurs, etc.

Pour les promoteurs des mutuelles de santé, cette nouvelle approche demande de dépasser le microsysteme de la mutuelle de santé, d'investir davantage dans des activités de renforcement du système de santé, de mieux s'intégrer dans le système de santé dans son ensemble ainsi que dans les autres systèmes qui organisent la société. Cela implique de revoir les stratégies internes prévues pour réaliser la dimension transformatrice des mutuelles de santé par des stratégies de coopération avec les autres intervenants dans des domaines très divers. Par exemple, puisque les mesures internes instaurées pour favoriser la prescription rationnelle tardent à atteindre leurs objectifs, il faudrait chercher plus de coopération avec les autorités sanitaires, dont c'est le rôle reconnu. Les autorités provinciales peuvent faciliter la coopération entre acteurs, y compris les organisations internationales. Elles peuvent aussi encadrer une évolution vers l'adhésion obligatoire, en commençant avec le personnel de leur administration. Tous les acteurs peuvent participer à l'information et la sensibilisation de la population, qui ferait plus confiance à une action portée par tous les intervenants.

Il est illusoire à ce stade de créer ces conditions au niveau du pays. Il faudrait concentrer les efforts dans quelques territoires qui semblent les plus favorables, où les partenaires sont prêts à participer durablement et où des financements adéquats sont disponibles. Si ces expériences montrent des résultats convaincants, elles peuvent avoir le rôle d'exemples, de terrains d'apprentissage pour d'autres organisations. En tant qu' 'îlots de bonne conduite' ces projets pilotes constitueraient un apport considérable à la protection sociale et la couverture universelle.

Cette approche ferait meilleure utilisation du personnel compétent des organisations d'appui. Actuellement, chaque équipe rencontre dans la création de leurs réseaux les mêmes obstacles qui empêchent la couverture d'un grand nombre d'adhérents, ainsi augmentant la dispersion de mutuelles qui restent peu performantes. Dans les expériences pilotes, elles peuvent expérimenter, dans une démarche de recherche-action, des méthodes alternatives pour arriver à une couverture significative, avant de chercher à étendre les mutuelles de santé au niveau du pays.

2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

2.1. Au niveau de la gestion des mutuelles

Tout avancement dans la gestion des mutuelles de santé dépend des ressources financières et humaines qui sont mises à leur disposition. L'étendue de ce budget dépend de la vision qu'on a pour l'avenir des mutuelles. Si on fait le choix de poursuivre la démarche de développer des mutuelles à petit budget pour les populations pauvres, les mutuelles ont toujours besoin d'un budget plus substantiel pour pouvoir fonctionner, sensibiliser et maintenir le contact avec les membres. Le manque de ressources financières empêche les gestionnaires de faire leur travail. Si l'objectif est de substantiellement élargir le nombre d'adhérents et d'attirer d'autres couches sociales, il faut en plus prévoir une administration plus solide et informatisée à tous les niveaux. L'aperçu des ressources humaines et financières pour le fonctionnement (2.3.2.) donne une base pour estimer les ressources requises.

Ce choix entre les deux visions et le budget qu'on met à disposition vaut également pour la question cruciale du paquet de soins qu'on veut offrir aux membres. Si on fait le choix d'offrir un paquet étendu de soins, il faut prévoir un système de subventions pour combler la différence entre ce que les gens peuvent cotiser et le coût réel des soins. Si ces subventions ne sont pas disponibles, il faut définir un paquet de services réduit adapté à la capacité contributive. Prendre une décision à ce sujet est particulièrement urgente pour les mutuelles de santé du Sud-Kivu qui risquent de s'effondrer prochainement si on ne tranche pas cette question. Si on opte pour un paquet réduit, ce choix ne peut être considéré que dans une démarche d'approprier la population au concept d'une mutuelle de santé et de gagner leur confiance. Progressivement il faudra élargir la couverture sociale et concevoir un système adapté de subventions, à l'instar des autres pays qui ont introduit un système national d'assurance santé solidaire.

La vision pour le développement des mutuelles, liée aux subventions qu'on met à disposition, détermine toutes les autres questions de la gestion des mutuelles de santé. En ce moment, on vise l'expansion des mutuelles, tout en accordant des budgets et en adoptant des styles de gestion qui ne le permettent pas. Il faudrait donc avant tout clarifier les ambitions pour pouvoir encadrer les gestionnaires conformément à cette décision. En ce moment, on leur demande l'impossible.

2.2. Au niveau du fonctionnement des organisations d'appui

2.2.1. Dépasser les routines : plus de flexibilité, moins de rigidité

L'appui technique aux mutuelles est très bien organisé pour ce qui concerne la gestion de routine : les procédures de mise en place et de l'administration des mutuelles. Il faudrait cependant savoir dépasser la routine pour trouver des solutions individuelles aux problèmes individuels, pour prendre du recul et évaluer la pertinence des mesures de routine, et pour permettre une diversité d'approches de mise en place des mutuelles de santé. En ce moment, quand l'objectif n'est pas atteint, la tendance est de renforcer les efforts pour appliquer les mêmes méthodes au lieu d'envisager des alternatives qui dévient du modèle. Les organisations d'appui devraient pour cela intégrer une fonction d'évaluation : une réflexion basée sur l'analyse des résultats qui pourra guider les activités. Cette démarche commence par la compilation systématique des données de base.

La remise en question des routines établies peut concerner des procédures qui sont généralement acceptées comme des normes du montage d'une mutuelle de santé. Il s'agit notamment des règles stipulées dans les conventions pour influencer les comportements des prestataires, qui de toute évidence n'atteignent pas le but recherché. Un sujet de telle envergure dépasse le niveau des

organisations d'appui décentralisées et demande une concertation au niveau national des différentes organisations d'appui. Idéalement cette réflexion devrait être appuyée par un processus de recherche mené en association avec les écoles de santé publique.

D'autres questions méritent d'être traitées au même niveau. La prise en charge des maladies chroniques, par exemple, devrait recevoir plus d'attention. Cette prise en charge est souvent exclue parce que jugée trop chère, bien qu'il existe des traitements génériques peu onéreux. Au-delà du bien-être des malades, une étude de coûts pourrait clarifier si le traitement régulier des maladies chroniques limite les coûts élevés de l'hospitalisation des personnes avec des maladies non-traitées. Ou encore la question des examens de laboratoire qui font partie de la prise en charge de routine au niveau hospitalier mais ne sont pas couverts par les mutuelles parce que leur prix est élevé. Faut-il, par exemple, faire un plaidoyer international pour des 'réactifs génériques' ?

Le système d'appui aux mutuelles de santé doit donc développer une capacité pour traiter les questions fondamentales auxquelles toutes les mutuelles sont confrontées.

D'autres questions à revoir concernent des détails de la gestion (voir par exemple encadré 4), qui peuvent néanmoins chacune améliorer les processus ou la satisfaction des membres. Ces questions peuvent facilement être réglées au niveau des organisations d'appui individuelles.

2.2.2. Définir les rôles des organisations d'appui

L'attention des organisations d'appui est dirigée presque exclusivement vers les procédures techniques du montage et du suivi des mutuelles. Nous avons vu qu'il faut en plus prendre en compte les interactions entre mutuelles et organisation d'appui, et surtout le siège de la prise de décision, pour adopter différentes formes d'encadrement selon qu'il s'agit de la gestion directe d'un réseau de mutuelles, de l'appui technique à des mutuelles hors-réseau ou encore de la mise en place d'un système de protection sociale au niveau de la province. Nous avons vu aussi que l'appui centré sur les processus internes ne suffit pas pour influencer les obstacles qui dépendent de facteurs externes. Pour mieux les aborder, les organisations d'appui doivent en plus activement promouvoir la coopération de tous les acteurs qui jouent un rôle dans la procuration des soins de santé, dans la protection sociale et dans la communication avec la société. L'appui technique aux mutuelles dans sa forme actuelle ne serait qu'une des fonctions des organisations d'appui dans leur rôle de coordinateur d'un consortium d'acteurs. Ainsi, les organisations d'appui renforceraient l'intégration du système mutuelliste parmi les autres institutions d'ordre social.

En ce qui concerne l'organisation d'appui provinciale, elle devrait être proche des autorités provinciales pour participer à l'élaboration de stratégies pour la protection sociale. Leur savoir technique est certainement un atout pour aider à la réalisation de ces stratégies.

Au niveau national, enfin, il faut un groupe de travail qui s'occupe activement des questions fondamentales pour le développement des mutuelles, qui organise des ateliers multidisciplinaires pour débattre ces questions, combiné à des programmes de recherche, etc.

Afin de clarifier ces différents types d'appui, ainsi que les attributions de chaque niveau, les compétences nécessaires pour en assurer la responsabilité, et les relations entre acteurs, il faudrait redéfinir les concepts suivants :

- La mutuelle de santé autonome ;
- La mutuelle de santé avec gestion centralisée et des branches locales ;
- L'union de mutuelles de santé (si différente) ;
- Le réseau de mutuelles de santé autonomes (et les rôles de la structure qui en assure la gestion) ;
- L'organisation d'appui (uniquement appui technique aux mutuelles ou en même temps :) ;
- Un organe de coordination qui assure l'intégration dans le système de santé, dans les activités de protection sociale de la province, et qui assure la coordination entre partenaires ;
- L'organisation d'appui au niveau provincial ;
- Une cellule technique au niveau national qui dirige la réflexion sur les questions fondamentales.

2.2.3. La fonction transformatrice

Nous avons abordé deux aspects de la dimension transformatrice qui est inhérente au système mutualiste, notamment la capacité des mutuelles de santé d'influencer le comportement des prestataires de santé, en particulier la prescription rationnelle, et le changement des mentalités pour favoriser la responsabilité en matière de santé.

Jusqu'à présent, les rapports de force entre mutualistes et prestataires de soins n'ont pas encore évolué de façon tangible. De même, les gestionnaires constatent leur impuissance à influencer les attitudes de leur population cible, qu'ils lient à l'insuffisance en ressources humaines et financières pour soutenir le dialogue nécessaire à la promotion du changement des mentalités. Nous n'avons pas eu l'occasion, dans le cadre de l'étude, de vérifier les résultats dans ce domaine des mutuelles du réseau UMUSAC, pour lesquelles la transformation des mentalités est une stratégie fondamentale. Par contre, la formation récente du Réseau des mutuelles de santé communautaires (REMUSACO) transforme la responsabilisation des leaders des mutuelles de santé du Sud-Kivu, qui en tant que membres du conseil d'administration du réseau ont trouvé une plateforme appropriée pour avancer leurs priorités.

La dimension transformatrice et comment la réaliser mérite d'être une préoccupation prioritaire pour le futur pour les acteurs mutuellistes et pour les responsables du système de santé.

2.3. Au niveau de la relation avec la population

2.3.1. Une plus grande diversité de mutuelles pour des publics divers

La grande majorité des pays à faible ou moyen revenus qui optent pour un système d'assurance santé, l'organisent selon les catégories professionnelles, avec des régimes nationaux pour le secteur formel et des mutuelles de santé pour les populations pauvres du secteur informel. En RDC, la situation est différente.

Divers textes législatifs en RDC prévoient aussi un système différencié selon les catégories professionnelles. Dans le secteur privé formel, la loi du 16 octobre 2002 portant le Code du travail, prévoit l'obligation pour l'employeur de fournir les soins médicaux au travailleur et à sa famille (art. 177 à 184). Le cadre conceptuel pour le financement de la couverture sanitaire universelle prévoit les contributions à travers les quatre canaux de l'INSS pour le secteur privé contractuel, la CSSAPE pour les agents publics de l'Etat, le Fonds pour les indigents et vulnérables et les fédérations des mutuelles de santé pour l'économie informelle (voir 1.1. L'encadrement juridique des mutuelles de santé). Dans la pratique, cependant, en attendant la mise en place effective de la Caisse de sécurité sociale, divers groupes d'agents publics de l'Etat, comme les agents de la police ou, bien sûr, la Mutuelle de santé des enseignants de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MESP), forment des mutuelles de santé. Plusieurs églises, écoles, hôpitaux et petites et moyennes entreprises cherchent à affilier leurs personnels. Il y a sous doute d'autres professionnels ou d'autres employeurs intéressés par cette forme de protection sociale.

La nouvelle loi sur les mutuelles prend acte de cette diversité : elle dispose que « la création d'une mutuelle d'entreprise (...) a pour effet de requalifier les obligations mises à charge [de l'employeur] par les articles (...) 177 à 184 du Code du travail » (art. 69, al. 1, loi du 8 février 2017), ce qui signifie que l'affiliation de ses employés et de leurs familles à une mutuelle d'entreprise libère l'employeur de son obligation de fournir les soins médicaux. Le même principe est applicable à l'Etat s'agissant de mutuelles d'administration publique pour les fonctionnaires (art. 69, al. 2). Les mutuelles ne sont donc pas confinées au secteur informel mais peuvent également être destinées aux membres du secteur privé formel et du secteur public.

Le modèle prépondérant des mutuelles que nous avons visitées est à l'image des mutuelles rurales 'classiques' en Afrique, qui ont les populations pauvres pour cible. Pour attirer d'autres couches sociales, notamment dans les villes, il faudrait offrir un éventail d'options, une diversité de mutuelles qui peuvent chacune attirer leur public spécifique. Les méthodes de sensibilisation et de recrutement doivent aussi être diversifiées pour atteindre chaque public. Au Kivu, on pourrait y inclure des expériences d'adhésion obligatoire en commençant avec les églises qui s'engagent dans cette direction, et en coopérant avec les partenaires internationaux qui étudient le sujet.

2.3.2. Les efforts de recrutement ; la sensibilisation

Les efforts de recrutement et la sensibilisation ne sont pas synonymes. La sensibilisation n'est qu'un aspect de tout un ensemble d'activités qui cherchent à informer, à gagner la confiance, à rendre les mutuelles plus présentes dans la communauté, à offrir des services intéressants, etc. En pratique, ces différents aspects ne sont pas toujours en harmonie. Souvent les fonctionnaires ou les prêtres participent aux efforts de sensibilisation, sans devenir membres eux-mêmes. C'est un contre-argument dans des contextes où leur exemple est influent. Les messages promues pendant les campagnes de sensibilisations ne sont pas toujours conformes à la réalité, ce qui ne favorise pas la confiance. Souvent le paquet de services est cher pour ceux qui n'ont pas d'emploi dans le secteur formel. Essayer de convaincre les ménages pauvres d'adhérer doit être associé à des stratégies pour faciliter le paiement comme les dépôts progressifs toute l'année ou le paiement mobile.

La sensibilisation est une des activités qui gagnerait d'une remise en question au lieu de continuer ou d'intensifier les mêmes méthodes. Quelles activités de sensibilisation pour les gestionnaires, lesquelles seraient plus productives si exécutées par les organisations d'appui ? Quelles stratégies de recrutement pour différents groupes sociaux ? Dans un environnement où l'expérience mène à la méfiance, comment convaincre le public que la mutuelle est gérée de façon honnête ? La sensibilisation est aussi une activité qui ne peut pas être améliorée sans un financement beaucoup plus conséquent, aussi bien en ce qui concerne les activités pour recruter de nouveaux membres que celles pour maintenir les membres existants.

2.3.3. Que faire face à la capacité contributive limitée ?

Nous avons vu que les interlocuteurs mutualistes ne considèrent pas la pauvreté comme un obstacle insurmontable, mais comme une donnée dont il faut tenir compte dans le montage des mutuelles (1.3.). Seulement, dans la mise en pratique, quasiment rien n'est fait pour répondre à cette donnée. Aucune des mutuelles n'a un fond d'équité pour assurer l'inclusion des plus démunis. Aucune mutuelle ne bénéficie d'une subvention qui comble l'écart entre ce que la majorité peut payer et le prix réel des services couverts. Le paquet unique des services offerts exclut les pauvres et offrir un paquet plus élémentaire est jugé inéquitable.

Pour rapprocher le discours et la pratique, il faudrait d'abord explicitement prendre position par rapport à des stratégies réalistes pour l'inclusion des pauvres pour ensuite pouvoir déterminer des mesures opérationnelles. Plus encore que d'autres, ces stratégies dépendent de la disponibilité de subventions. Si des subventions sont disponibles ou peuvent être trouvées, les stratégies qui répondent à la pauvreté générale doivent être distinguées de celles qui répondent à l'inclusion des personnes indigentes. Si des subventions ne sont pas disponibles, il est toujours important de clarifier la voie à suivre. Un discours de l'obligation morale d'inclusion sans mesures pratiques n'aide pas les gestionnaires qui sont confrontés directement aux situations d'exclusion. La détermination d'un ensemble de mesures qui améliorent l'inclusion maintenant ou à long terme, peuvent les guider dans leurs actions immédiates et aider à mieux accepter des exclusions temporaires. Plus de recherche s'impose pour déterminer des mesures performantes. L'identification des indigents, par exemple, et leur prise en charge, financière et autre, sont des thématiques actuellement sous étude dans divers pays de l'Afrique sub-Saharienne.

2.4. Au niveau de la relation avec les prestataires de soins

Dans les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires c'est encore la question du financement qui est centrale. L'autofinancement des formations sanitaires en l'absence d'une subvention adéquate est à la base de la commercialisation des soins de santé qui, en l'absence de la régulation par les autorités sanitaires, donne lieu à une inflation exagérée des coûts des soins pour les malades.

Un constat important de notre étude c'est le fait que les mesures mises en place par les mutuelles pour promouvoir la prescription rationnelle (la convention avec les prestataires, la liste de services couverts et leurs tarifs négociés, l'utilisation de médicaments génériques, l'utilisation de guides thérapeutiques, le respect des règles de référence) n'ont que peu d'effet sur le comportement des prestataires. C'est avant tout une question de rapports d'autorité où les acteurs mutualistes sont en position d'infériorité. De par leur statut, les médecins-conseil ont plus de poids dans la discussion avec les prestataires, mais buttent contre l'opinion des prestataires qu'imposer des règles de qualité des soins et des tarifs revient au régulateur, pas aux mutuelles de santé. Il faudrait donc chercher à obtenir la coopération effective des autorités sanitaires pour promouvoir la prescription rationnelle.

Nous avons aussi relevé quelques questions concernant les relations entre mutuelles et prestataires qui devraient être débattues au niveau national, ou faire l'objet d'une réflexion multidisciplinaire, car elles concernent des sujets fondamentaux auxquels toutes les mutuelles de santé sont confrontées :

- Est-ce que le choix des services couverts est encore d'actualité ? (4.2.2., La fixation des services couverts et leurs tarifs négociés) ;
- Faut-il respecter ou négliger l'approche pyramidale des soins de santé primaires quand les soins au niveau des centres de santé sont de mauvaise qualité ? (4.2.2., Le respect de l'itinéraire thérapeutique) ;
- Faut-il revoir le mode de paiement des prestataires quand les prix forfaitaires sont quasi systématiquement contournés ? (4.2.2., La fixation des services couverts et leurs tarifs négociés).

Les deux dernières questions sont encore des exemples d'une confrontation entre des concepts théoriques et la réalité du terrain, qui doit être analysée avant de déterminer la voie à suivre.

Une expérience qui mérite d'être considérée est celle de la présence d'un agent mutualiste permanent dans les formations sanitaires les plus fréquentées par les membres pour améliorer leur prise en charge et pour réduire les fraudes. Cette expérience s'est révélée très positive pour la MESP.

L'insistance sur la question des tarifs exagérés de certains prestataires ne doit pas faire perdre de vue que les prestataires doivent recevoir un paiement suffisant pour que l'accueil des mutualistes soit assuré. Ce n'est plus le cas au Sud-Kivu, où plusieurs prestataires n'acceptent plus le paiement par l'intermédiaire des mutuelles.

2.5. Au niveau de la relation avec l'Etat

2.5.1. Promouvoir la coopération avec les autorités sanitaires

Il est important de chercher à développer la coopération avec les autorités sanitaires, incontournables dans leur rôle de régulateur des services de santé. Néanmoins, étant donné le sous-financement chronique du système de santé, la commercialisation des soins de santé, les habitudes installées et bien d'autres difficultés, il y a un long chemin à parcourir entre le souhait exprimé par nos interlocuteurs d'un contrôle effectif par les autorités sanitaires et sa réalisation. C'est sans doute un des domaines qui peuvent bénéficier le plus de la coopération entre tous les acteurs pour créer un environnement favorable.

Une plus grande intégration dans le système de santé doit s'inscrire dans une démarche où les autres éléments du système sont également abordés. Les équipes cadres des zones de santé reconnaissent pleinement l'importance du développement des mutuelles de santé. Néanmoins, les mutuelles ne sont pour eux qu'une préoccupation parmi tant d'autres.

Deux interventions plus faciles à réaliser dans l'immédiat sont les cadres de concertations et l'implication plus active du médecin-chef de zone dans la négociation des conventions.

Les expériences de cadres de concertation qui réunissent l'équipe cadre de la zone de santé, les prestataires et les représentants des mutuelles ont été appréciées par tous les acteurs. Pour qu'elles aient un effet durable, il faudrait les organiser régulièrement au niveau de la zone, et donc prévoir le financement qui le rend possible.

La plupart des conventions entre les mutuelles et les prestataires sont co-signées par les médecins-chefs de zone, mais souvent leur implication s'arrête là. Or les prestataires interviewés sont d'opinion que les mesures pour promouvoir la prescription rationnelle, qui forment une partie essentielle des conventions, sont du ressort des autorités sanitaires. Associer d'avantage l'équipe cadre de zone dans la préparation des conventions semble réalisable.

2.5.2. La question des subventions

Aucun système de sécurité sociale ne fonctionne sans injections de subventions. En RDC, la Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, article 71, prévoit que « l'Etat apporte une subvention, au prorata du nombre des membres de la mutuelle, quel que soit le type d'assurance maladie organisée (Assemblée nationale et Sénat 2017). Le développement rapide de la MESP témoigne des effets combinés de l'adhésion obligatoire, des cotisations retenues à la source et d'une subvention d'Etat consistante pour le fonctionnement de la mutuelle. Ce modèle peut inspirer d'autres départements du secteur public ainsi que le financement de l'ensemble des mutuelles de santé.

La question du subventionnement du système mutualiste et de l'accessibilité des soins de santé en général – via l'offre ou la demande – est une question fondamentale qui devrait faire l'objet d'une réflexion au niveau provincial et national, et au niveau local d'études de faisabilité dans le cadre des expériences pilotes. Un vaste terrain de recherche se présente : avant de déterminer une stratégie, il convient de d'abord tester les différentes modalités de subventionnement, et d'apprécier, via une démarche méthodologique rigoureuse, quels en sont les résultats.

2.6. Au niveau de la relation avec les bailleurs de fonds

Nous avons plusieurs fois fait référence au fait que les besoins d'appui financier aux mutuelles ont été sous-estimés. Ce constat doit être vu dans son contexte historique. L'engagement de plusieurs partenaires internationaux qui soutiennent le mouvement mutualiste, comme MCHP au Sud-Kivu, date d'un temps où une autre vision des mutuelles de santé prévalait. On envisageait le développement des mutuelles de santé dans le cadre d'une auto-prise en charge par les communautés : des mutuelles autogérées par des membres bénévoles. Ce modèle s'est avéré peu performant. Les partenaires qui les soutenaient avaient anticipé un développement plus rapide des mutuelles de santé, et n'avaient pas prévu que l'appui financier serait toujours crucial presque vingt années plus tard. Ils continuent néanmoins à octroyer des financements pour leur fonctionnement, mais ce qu'ils peuvent mettre à disposition est insuffisant pour insuffler un changement. En même temps, il n'y a pas une dynamique active pour repenser le modèle.

De leur côté, les partenaires internationaux pour qui le support à une mutuelle de santé est une composante d'un projet d'appui global à une zone de santé n'ont souvent qu'une connaissance rudimentaire du fonctionnement des mutuelles de santé qui prend également source dans l'image

de la mutuelle de santé autogérée communautaire. Par conséquent, le budget y consacré est également insuffisant.

Les bailleurs de fonds multinationaux qui cofinancent le système de santé dans le même but d'améliorer l'accès aux soins de santé, accordent peu d'attention aux mutuelles de santé dans leur forme actuelle qui, en effet, ont à court terme beaucoup moins d'impact sur l'accès financier aux soins que leurs programmes de soins subventionnés. Néanmoins, ils conseillent la coopération avec la société civile et la capitalisation de leurs expériences sous la coordination des autorités sanitaires provinciales, mais suggèrent plutôt que les fonds d'achat de services de santé pourraient à terme devenir des caisses d'assurance santé (Commission européenne 2016).

C'est dans ce contexte aussi qu'il faut situer notre recommandation principale, de repenser l'approche de la mise en place des mutuelles. Pour motiver ou remotiver les organisations internationales à investir davantage dans les mutuelles de santé, il faut démontrer par des expériences performantes comment parvenir à une protection sociale durable. En même temps, ces expériences performantes créeront de meilleures opportunités de coopération avec les projets de cofinancement du système de santé pour une meilleure intégration des deux piliers de l'accès aux soins.

2.7. Au niveau des instituts de recherche

Notre étude a mis en avant un nombre de pistes pour un fonctionnement plus efficace, plus efficient et plus équitable des mutuelles de santé. Dans bien des cas, nos connaissances actuelles sur ces sujets demeurent insuffisantes. Il y a, par exemple, les questions du subventionnement, de la prise en charge des indigents, du caractère obligatoire de l'adhésion aux mutuelles, de l'équilibre entre investir dans l'amélioration du fonctionnement interne des mutuelles et investir dans le renforcement général du système de santé, des conditions nécessaires à une plus grande capacité transformatrice de la part des mutuelles de santé.

Une plus grande base d'évidence s'impose. Qu'est-ce qui marche ? Qu'est-ce qui ne marche pas ? Comment et pourquoi ? Un vaste agenda de recherche se dessine. Pour mener cette recherche, il faudrait envisager des collaborations formalisées entre les mutuelles de santé et leurs organisations d'appui et des instituts de recherche en santé publique. Vu la grande complexité des problématiques à investiguer, des approches multidisciplinaires à l'étude des systèmes et des politiques de santé sont indiquées.

3. RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS

Orientations générales pour le développement des mutuelles de santé

- Clarifier un choix stratégique primordial qui détermine les choix stratégiques secondaires : les subventions accordées pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé en générale et au système mutualiste en particulier :
 - Opter pour un paquet de soins complet sous-entend le subventionnement des soins de santé pour combler la différence entre la capacité contributive de la population et les frais réels des soins.
 - En l'absence de subventions, le paquet de soins doit être limité à la capacité contributive. Les mutualistes eux-mêmes font le choix informé des services qu'ils jugent prioritaires. En fonction de leur confiance et leur volonté contributive, ce paquet de soins doit être revu annuellement.

Ce choix stratégique influence le degré de professionnalisation de la gestion des mutuelles, le type de public cible, etc.

- Pour améliorer la performance des mutuelles de santé, de nouvelles stratégies doivent d'abord être testées dans des projets de recherche-action, avant d'avancer vers l'expansion d'initiatives mutualistes au niveau du pays. Par exemple :
 - Quelles stratégies de coopération entre acteurs sont effectives pour vaincre les facteurs du contexte qui limitent la performance des mutuelles de santé ? Quelle coopération avec les autorités sanitaires ? Avec les divers programmes des bailleurs de fonds ? Quelle coopération au niveau de la zone de santé ? De la province ?
 - Quels messages, méthodes ou interventions pour acquérir la confiance des populations pauvres ? Pour maintenir le sens d'appartenance des membres ?
 - Est-ce que l'introduction de pharmacies ou de formations sanitaires mutualistes est acceptable, faisable et utile dans une démarche d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité à un prix abordable ?
 - Etc.
- Certaines questions doivent être débattu au niveau national voir international, par ex. :
 - Certains examens de laboratoire qui font partie de la prise en charge de routine au niveau hospitalier sont onéreux. Faut-il faire un plaidoyer international pour des « réactifs génériques » ?
 - Faut-il respecter ou négliger l'approche pyramidale des soins de santé primaires quand la faible qualité des soins au niveau des centres de santé est un motif de non-adhésion à la mutuelle de santé ?
- La dimension transformative, dans notre étude abordée à l'intérieur des différents aspects du fonctionnement des mutuelle de santé, tel que la capacité de négocier avec les prestataires, pourrait être étudiée comme un phénomène spécifique à travers les différents aspects du fonctionnement des mutuelle de santé.
- De même, une démarche de recherche devrait accompagner ou guider les autres orientations pour le développement des mutuelles de santé.

La gestion des mutuelles

- La relation mathématique entre le montant des cotisations et le prix du paquet de soins offert doit être compris par tous les membres ; les gestionnaires doivent être capables de l'expliquer correctement à différents publics ; le personnel des organisations d'appui doit être capable de faire le calcul des cotisations.
- Ce calcul est une partie essentielle de l'étude de faisabilité faite avant la création d'une mutuelle de santé, mais doit être répété en fonction de changements de tarifs, d'adaptations des services couverts demandées par les membres, ou tout autre raison qui nécessite de revoir le binôme coût-cotisations.

- Il faut éviter l'introduction de ticket modérateur, de plafonds, de limites aux nombres de consultations et toute autre mesure pour endiguer les dépenses de la mutuelle de santé qui sont au détriment de la protection sociale des membres. Ces mesures peuvent avoir des conséquences indésirables sur la volonté d'adhérer, sur la protection financière des membres ou sur leur santé. Si ces mesures de copaiement sont jugés indispensables, il faut préparer avec grand soin leur introduction. Tout au moins, les membres qui votent ces mesures doivent être parfaitement au courant de leurs effets.
- Pour aider les ménages pauvres à payer la cotisation, il faut plus d'actions pour faciliter leur paiement : mieux organiser le paiement anticipé progressif, diminuer les déplacements des membres pour effectuer les paiements, introduire le paiement mobile, etc.
- L'enregistrement des adhérents organisé dans différentes locations à des dates précisées pourrait faciliter l'adhésion tout en augmentant la visibilité des mutuelles.
- Au lieu d'effectuer des procédures sans leur remise en question, il faut oser la créativité pour remettre en question les règles habituelles et trouver des procédures alternatives plus performantes (par exemple, les méthodes pour prouver qu'on a droit aux bénéfices ; les délais pour soumettre les factures et effectuer le paiement ; réduire les tâches administratives à l'essentiel).
- De même, il faut introduire plus de proactivité pour solutionner les problèmes, et essayer des approches individualisées qui dévient des idées préconçues trop rigides.

Une diversité de mutuelles pour répondre aux besoins de diverses populations

- Le recrutement de groupes sociaux comme les fonctionnaires d'Etat, les enseignants, le personnel des églises, le personnel soignant des hôpitaux, etc. peut augmenter la confiance des ménages du secteur informel pour adhérer à leur tour.
- Des mutuelles différentes avec chacune un paquet de soins particulier pour des bourses différentes peut attirer toutes les couches sociales de la population.
- L'adhésion obligatoire est suffisamment bien acceptée pour l'expérimenter sous différentes formes. Les organisations d'appui devraient donner un appui technique aux différents acteurs qui envisagent des initiatives pareilles et collaborer avec les autorités appropriées pour clarifier le cadre administratif et légal.
- La prise en charge des ménages appauvris pourrait être réintroduite sur base des expériences dans le passé, appuyée par une approche de recherche-action.

Les activités de 'sensibilisation'

- Pour augmenter et maintenir la visibilité de la mutuelle, l'échange avec la population doit être continu, avec des messages et des activités diversifiés qui maintiennent l'attention
- Le domaine de la 'sensibilisation' est un domaine-type qui peut bénéficier d'une revue critique de la routine pour introduire des messages et des méthodes innovés :
 - o Au lieu de promulguer des messages standardisés, il faudrait plus privilégier un dialogue qui part de l'écoute, des questions de la population ou des membres
 - o La qualité des messages et méthodes doit être évaluée autant que la gestion financière, par exemple
 - o Preuve à l'appui rassurer la population que la mutuelle est gérée de façon honnête pour le bénéfice des membres
 - o Distribuer des brochures qui présentent clairement la mutuelle, ses bénéfices et ses conditions.
- L'encadrement des membres peut améliorer la fidélisation :
 - o Visites des malades hospitalisés
 - o Réunions autour de thèmes d'intérêt avec les cellules de base (NOSOMUs).

Les stratégies des organisations d'appui

- Les organisations d'appui doivent adopter une approche analytique pour détecter les problèmes, leurs causes et solutions :
 - o Une approche basée sur l'analyse des résultats pour guider la planification et les activités, dans un cycle de gestion.
 - o L'analyse à partir des résultats repose sur l'exploitation des données produites par le système de monitoring. Pour qu'elle soit possible, il faut commencer par une meilleure compilation systématique des données de base, du niveau local au niveau national.
- Toutes les organisations d'appui sont trop attachées à leur modèle et doivent accepter qu'il y ait une diversité d'approches de mise en place et de gestion possible :
 - o Les organisations d'appui devraient dépasser la gestion interne de leur réseau pour coordonner la diversité : différents types de mutuelles, différentes populations cibles, paquets de soins, modèles de gestion, visions de répartition géographique, etc.
 - o A partir de l'analyse des relations réelles entre 'mutuelles' et 'organisations d'appui', il faut clarifier les niveaux de prise de décisions ainsi que dans quel système on se trouve entre deux constructions qui sont autant valable l'une que l'autre : un réseau de mutuelles indépendantes ou une mutuelle avec des branches locales.

Repenser l'organisation de l'appui à l'avenir

- L'appui aux mutuelles devrait dépasser l'appui technique. Maintenant que la gestion interne des mutuelles de santé et leur accompagnement sont maîtrisés, les organisations d'appui devraient revoir leurs différents rôles au niveau local, provincial et national ainsi que les compétences requises pour leur personnel.
- Au niveau local, en plus de l'appui technique, les organisations d'appui doivent activement promouvoir la coopération de tous les acteurs locaux qui jouent un rôle dans la procuration des soins de santé, dans la protection sociale et dans la communication avec la société.
- L'encadrement au niveau provincial implique une diversité de fonctions opérationnelles, politiques et de coordination qui devraient être décrites.
- Aussi au niveau national, la plateforme POMUCO, constituée maintenant de cinq organisations d'appui, devrait faire le même exercice d'évaluer et redéfinir son rôle en fonction des évolutions de l'appui aux mutuelles jusqu'à présent, des besoins identifiés, et de ce qui est réaliste d'achever.

Promouvoir la rationalisation des soins de santé

- Les conventions devraient être revues régulièrement pour actualiser les tarifs, dans le but d'éviter que les prestataires cherchent à contourner des prix qu'ils jugent trop bas en facturant séparément des soins hors-forfait qui augmentent considérablement la facture, soit pour la mutuelle, soit pour le malade.
- Selon les médecins hospitaliers, en fixant le paquet de soins, il faudrait revoir l'importance que certains examens ont prise dans une prise en charge correcte.
- Certains médecins ne tiennent pas compte de la convention qu'ils perçoivent comme une discrimination entre membres et non-membres. Par conséquent, le malade doit payer les traitements non-conventionnés de sa poche. Il convient de réexpliquer le but des conventions.
- La coopération avec les autorités sanitaires est nécessaire pour avoir plus d'emprise sur la tarification justifiée des soins procurés, l'utilisation de médicaments génériques, le respect des protocoles thérapeutiques, et la prescription rationnelle en général.
- L'organisation d'un cadre de concertation qui réunit une fois par trimestre l'équipe cadre de la zone de santé, les prestataires et les représentants des mutuelles est très favorable à la coopération entre acteurs locaux.
- La présence d'un agent de la mutuelle dans les formations sanitaires améliore la prise en charge des malades et réduit les fraudes. L'efficacité de cette mesure pourrait être testée dans les formations sanitaires qui accueillent un grand nombre de membres.

- La prise en charge des maladies chroniques devrait recevoir plus d'attention. La mesure de limiter le nombre de consultations couvertes par la mutuelle est défavorable à leur bonne prise en charge.
- La création de formations sanitaires ou de pharmacie appartenant à la mutuelle de santé pourrait être envisagée.

L'appui financier ; les subventions

- Pour pouvoir fonctionner, sensibiliser et maintenir le contact avec les membres, les mutuelles et les structures d'appui ont besoin d'un budget de fonctionnement plus substantiel.
- Le suivi des deux indicateurs proposés, notamment le nombre de bénéficiaires de la mutuelle par unité de personnel, et les dépenses pour le fonctionnement par bénéficiaire, peuvent aider à estimer des taux qui correspondent au fonctionnement optimal.
- Pour combler la différence entre les cotisations que les gens peuvent payer et le coût réel des soins, une subvention est nécessaire.
- Comment organiser la subvention des soins, via l'offre ou via la demande, doit être débattu entre partenaires, au niveau local, au niveau provincial et au niveau national.

RÉFÉRENCES

Atim C. 1998. The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: synthesis of research in nine west and central African countries. Bethesda (MD): Abt Associates, Partnerships for Health Reform Project.

Commission européenne. 2016. Document relatif à l'action "Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo". Annexe de la décision de la Commission relative à une mesure individuelle en faveur de la République démocratique du Congo, à financer sur le 11e Fonds européen de développement.
https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/ad1-mesure-drc-2016_fr.pdf

De Man J, Mayega R, Sakar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, Criel B. 2016. Patient-Centered Care and People-Centered Health Systems in Sub-Saharan Africa: Why So Little of Something So Badly Needed? *The International Journal of Person Centered Medicine* : 6(3) : 162–173.

Devereux S, Sabates-Wheeler R. 2004. Transformative Social Protection. IDS Working Paper 232. Brighton: Institute for Development Studies.

ILO. 2008. Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care. Social Security Policy Briefings 1. Genève : Organisation Internationale du Travail.

IMT. 2005. Rapport de mission. Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo. Septembre-Octobre 2004. Anvers : Institut de médecine tropicale.

Loi organique N° 17/002 du 8 février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. République Démocratique du Congo.

MdS. 2006. Stratégie de renforcement du système de santé. Kinshasa : Ministère de la santé ; secrétariat général.

MdS. 2006b. Recueil des normes de la zone de santé. Kinshasa : Ministère de la santé ; secrétariat général.

MdS. 2015. Projet de loi sur la couverture sanitaire universelle. Mai 2015. Kinshasa : Ministère de la santé.

MSP. 2016. Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa : Ministère de la santé publique.

Michielsen J, Meulemans H, Soors W, Ndiaye P, Devadasan N, De Herdt T, Verbist G, Criel B. 2010. Social protection in health: the need for a transformative dimension [Editorial]. *Tropical Medicine and International Health*: 15(6): 654–658.

Ndiaye P, Soors W, Criel B. 2007. Editorial: A view from beneath: Community Health Insurance in Africa. *Tropical Medicine and International Health*: 12: 157–161.

UMUSAC. 2016. Présentation de l'Union des mutuelles de santé du Congo. Kinshasa : UMUSAC, direction nationale.

Waelkens M, Coppieters Y, Laokri S, Criel B. 2017. An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: a case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania. *BMC Health Services Research*: (en cours de publication).