REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE

INSTITUT SUPERIEUR PEDAGOGIQUE DE LA GOMBE

**DEPARTEMENT DES SCIENCES COMMERCIALES ET ADMINISTRATIVES**

**PREPAIEMENT DES SERVICES ET SOINS DE SANTE DES MENAGES DES ENSEIGNANTS A TRAVERS LA MUTUELLE DE SANTE DES ENSEIGNANTS :**

**CAS DE LA COMMUNE DE ND’JILI**

Par

Hornella MBANGALA MBEMBA

# 

Mémoire présenté et défendu en vue de l’obtention du

Grade de licencié en sciences commerciales et administratives

Directeur : Professeur

Co-Directeur : Chef des Travaux Papy MPOSO

**Année académique 2019-2020**

# SIGLES ET ABREVIATIONS

AMO Assurance Maladie Obligatoire

BIT Bureau International du Travail

CSU Couverture Sanitaire Universelle

EPST Enseignement Primaire, Secondaire et Technique

INS Institut National des Statistiques

MESP Mutuelle de Santé de l’Enseignement Primaire, Secondaire et Technique

MSP Ministère de la Santé Publique

OIT Organisation Internationale du Travail

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONU Organisation des Nations Unies

PNPS Programme Nationale de Protection Sociale

PNSDS Plan National de Développement Sanitaire

PNUD Programme des Nations Unies pour le Développement

PTF Partenaires Techniques Et Financiers

RDC République Démocratique du Congo

SRSS Stratégie de Renforcement du Système de Santé

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I  Répartition des répondants par âge et sexe

Tableau II  Statut matrimonial des répondants

Tableau III  Niveau d’études des répondants

Tableau IV  Ancienneté des répondants à la MESP

Tableau V  Fréquence d’utilisation des services par des répondants

Tableau VI  Catégorie des services utilisés par des répondants

Tableau VII  Satisfaction des répondants par rapport à la distance du service de première

Ligne

Tableau VIII Satisfaction des répondants par rapport aux services et soins reçus

Tableau IX Satisfaction des répondants par rapport au délai d’attente dans les structures

des soins

Tableau X  Satisfaction des répondants par rapport aux examens complémentaires

Tableau XI Satisfaction des répondants par rapport aux médicaments fournis

Tableau XII Frais supplémentaires payés par les répondants

Tableau XIII Sollicitation du remboursement des frais supplémentaires consentis par les

répondants

Tableau XIV Obtention des frais supplémentaires consentis par les répondants

Tableau XV Délai du remboursement des frais supplémentaires payés par les mutualistes

Tableau XVI  Appréciation du mécanisme d’interaction mutualistes-gestionnaire de la MESP

Tableau XVII Propositions d’amélioration de l’interaction mutualistes-gestionnaires de la

MESP

# 0. INTRODUCTION

## 0.1. PROBLEMATIQUE

La République Démocratique du Congo (RDC) est engagée dans le processus de mise en place du volet sante de la protection sociale dans la perspective de la couverture sanitaire universelle qui vise l’accès de tous à des services et soins de santé de qualité avec protection contre les risques d’appauvrissement attribuable à la maladie. Cet engagement constitue un aspect du bien-être social qui repose entre autre sur l’état de santé dont joui sa population. Pour cette raison, il revient à l’Etat de créer les conditions favorables pour l’instauration et/ou le maintien du bien-être social de sa population, y compris des enseignants et leurs ménages.

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d’autres institutions œuvrant dans le domaine du développement humain, mettent l’accent sur l’accès de tous aux services et soins de santé de qualité répondant aux besoins de la population et l’accès des ménages aux services et soins offerts avec équité, protection financière et solidarité. L’équité sous-entend la réduction des inégalités dans l’utilisation des services de santé. La protection financière se fait par prépaiement pour éviter l’appauvrissement. La solidarité se concrétise à travers la mutualisation de risques et le partage des couts.

Le faible niveau de protection sociale et la difficulté d’accessibilité financière aux soins de santé de qualité pour la majorité de la population congolaise est à la base de l’augmentation de la morbidité et de mortalité de la population . Les paiements directs au moment de bénéficier les services et soins de santé excluent beaucoup de ménages suite à l’incapacité de payer. D’autres ménages font des dépenses catastrophiques allant jusqu’à hypothéquer leurs biens pour subvenir aux coûts des soins.

La stratégie de réduction de la pauvreté affirme que l’amélioration de l’état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement qui exige la contribution de l’ensemble des secteurs de la vie nationale. Le financement de la santé étant une responsabilité partagée qui nécessite une solidarité et un effort collectif pour réduire les barrières d’accès aux soins. Les enseignants du secteur public sont conscients de leur responsabilité de contribuer à la prise en charge de leurs ménages en même temps de répondre aux besoins primaires.

Les structures de défenses des droits des enseignants, notamment les délégations syndicales, réclament continuellement l’amélioration des conditions de travail, le relèvement de leur niveau de rémunération et des allocations en guise des avantages sociaux (logement, transport et soins de santé). En dépit de la modicité de leurs revenus et dans la perspective de garantir l’accès des membres de leurs ménages aux soins, certains enseignants du secteur public ont pris à cœur l’initiative de la Mutuelle de Santé de l’Enseignement Primaire et Secondaire (MESP) qui constitue une action de solidarité en vue de la mutualisation de risques et le partage des couts. Mais certains enseignants se plaignent suite aux multiples manquements, notamment la restriction des consultations et soins pendant les week-ends, la limitation du nombre de consultations mensuelles pour un même affilié, la question de la disponibilité des médicaments et de certaines investigations indispensables qui se font en dehors des structures contractuelles.

Pour mieux saisir la satisfaction des membres de cette mutuelle et comprendre la portée de leurs revendications, nous nous sommes posé les questions suivantes :

1. Dans quelle mesure les affiliés de la MESP sont-ils satisfaits de leur accès aux services et soins offerts par l’intermédiaire de la MESP ?
2. Comment apprécient-ils la coupe de leurs salaires pour l’adhésion aux mécanismes de prépaiement des services et soins de santé ?
3. Quels sont les problèmes qui se posent en rapport avec les prestations qu’ils bénéficient ?
4. Qu’est-ce qu’il faut entreprendre pour apporter une meilleure réponse aux attentes des affiliés ?

## 0.2. HYPOTHESES

L’environnement socio-économique de la RDC et les mécanismes de survie de ménages nous permettent d’avancer les hypothèses suivantes sur la protection des ménages des enseignants contre les risques liés aux paiement directs des soins et services de santé :

1. Les ménages des enseignants seraient satisfaits d’être couverts par un mécanisme de prépaiement qui les épargne totalement des paiements directs des services et soins de santé.

2. L’insatisfaction des affiliés au regard de certains problèmes récurrents serait à la base des réclamations des réclamations qui donnent une image négative de cette initiative mutualiste.

3. La mise en place des mécanismes de dialogue entre les bénéficiaires et les gestionnaires permettraient d’améliorer chemin faisant la satisfaction des affiliés par la résolution des problèmes récurrents qu’ils rencontrent.

## 0.3. BUT ET OBJECTIFS DE L’ETUDE

Le but de notre étude est de contribuer à l’amélioration du fonctionnement de la mutuelle de Santé des enseignants dans son rôle de protection sociale de cette catégorie professionnelle.

Les objectifs suivants sont assignés à cette étude :

1°Recueillir les avis des enseignants sur les services et soins dont ils bénéficient dans le cadre de leur mutuelle de santé ;

2°Analyser les problèmes qui se posent aux bénéficiaires et les mécanismes en place pour réceptionner les doléances et préoccupation des mutualistes ;

3°Proposer des pistes permettant d'améliorer la réponse aux problèmes de santé des enseignants membres de la mutuelle et leurs dépendants.

## 0.4. METHODOLOGIE

### 0.4.1. Techniques

Nous ferons recours aux techniques suivantes : la revue documentaire et des interviews. La revue documentaire a consisté à l’exploitation des documents pour tirer les informations utiles à nos investigations. Les interviews ont été menées auprès des responsables des structures impliquées dans la gestion des mutuelles de santé et de certains mutualistes.

### 0.4.2. Méthodes

Notre étude combinera l’approche qualitative et l’approche quantitative. L’approche qualitative nous a servi pour la description des faits. L’approche quantitative nous a été utile pour appuyer de manière comparative l’analyse des données et la critique des résultats.

## 0.5 SUBDIVISION ET STRUCTURE DU TRAVAIL

Outre l’introduction, ce présent travail est subdivisé en quatre chapitres auxquels feront suite la conclusion et les suggestions d’amélioration :

* Le premier chapitre porte sur les considérations générales sur la protection sociale dans le domaine de la santé avec les différents mécanismes existants dont les mutuelles de santé ;
* Le deuxième chapitre abordera la méthodologie de l’étude, notamment la présentation de la MESP, du milieu d’étude, matériels et méthodes de collecte des données ;
* Le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats de nos investigations ;
* Le quatrième et dernier chapitre est consacré à la discussion autour des résultats et des questions qu’elles ont suscitées.

# CHAPITRE I : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA PROTECTION SOCIALE

Dans ce chapitre consacré aux considérations générales sur la protection sociale, nous présentons les définitions des concepts, rappelons les principes et modalités de la protection sociale dans le domaine de la santé et nous nous attarderons sur quelques évidences sur le bien-fondé des mécanismes de prépaiement pour l’amélioration de l’accès de la population aux soins et les questions liées au fonctionnement des mutuelles de santé dans les pays à faible revenus pour dégager les éléments qui peuvent permettre d’améliorer la gestion des attentes des ménages mutualistes dans leur quête des soins.

## I.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

Cette section définit les concepts de base de notre étude, à savoir la protection sociale et la prévoyance sociale, le prépaiement des services et soins, les ménages des enseignants et les mutuelles de santé.

### I.1.1. La Sécurité sociale, la protection sociale et la prévoyance sociale

Le Petit Robert définit la sécurité sociale comme une organisée privée fonctionnant sous le contrôle de l’Etat et destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptible de réduire leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges qu’ils supportent (Petit Robert, 1977).

Selon le dictionnaire-économique-et-financier, la protection sociale est l’ensemble des mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux qui sont des situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charge de famille) (OIT, 2019).

Selon l’Organisation Internationale du Travail, la sécurité sociale est un concept large défini comme suit par organisation internationale du travail l’ensemble des institutions, mesures, droit et obligations, dont l’objectifs premier est de fournir ou de s’efforcer de fourni – en fonction des règles spécifiques, une sécurité du revenu et des soins médicaux à chaque membre de la société. Au niveau pratique, le système de sécurité sociale ou protection sociale (on considèrera dans cet article les deux concepts comme équivalents) peuvent donc être appréhendés comme incorporant premièrement les transferts sociaux en espèce ayant pour but de fournir une sécurité du revenu et par extension de prévenir ou de réduire la pauvreté ; deuxièmement les permettant de garantie l’accès aux soins médicaux, aux services de santé et aux service sociaux ; et troisièmement les autres mesure de nature similaire, conçues dans le but de protéger le revenu, la santé et bien-être des travailleurs et de leurs familles (Cichon et Hegemejer, 2006).

Définie comme telle, la protection sociale a donc à la fois des objectifs matériels et des objectifs sociaux. Les objectifs matériels se rapportent à l’acquisition des ressources pour permettre aux individus ou ménages de survivre quand ils font face aux risques tel la maladie. Les objectifs sociaux touchent à la dignité humaine dans ce sens qu’elle permet de réduire l’inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus et ménages de revenus leur permettant d’ère intégrés à la société.

On entend par prévoyance sociale les actions de protection des membres de la société contre certaines situations prévisibles par une prédisposions des moyens requis. La notion de prévoyance sociale renvoie aux prestations organisées dans l’intention de palier à conséquences financières liées à certains risques bien précis, tel les accidents de travail, des maladies professionnelles, de maternité, de retraite, d’invalidité ou de décès (OIT, 2019).

Il se dégage de ces définitions que la prévoyance sociale est prévoir les actions et ressources afin de garantir des meilleures conditions sociales et économiques de la population en vue du bienêtre social partagé en faveur de ceux qui ne sont pas en mesurer de gagner un revenu temporairement ou définitivement par des services sociaux qui contribuent à la réponse aux grands problèmes tels la pauvreté, la santé, le chômage, l’invalidité ou la vieillesse.

Le securit social, la prévoyance sociale et la protection sociale sont donc des concepts qui visent le même objectif, offrir à la population une couverture face aux risques et problèmes prévisibles par la mobilisation des ressources à travers les contributions des personnes actives via les prélèvements, taxes et impôts.

### I.1.2. Prépaiement des services et soins

Par paiement des services et soins de santé, nous entendons les modalités utilisées par les utilisateurs des services des soins pour honorer les factures des prestations dont ils sont bénéficiaires. Selon les modes de paiement par rapport au moment de recours aux soins, nous distinguons les paiements directs et les paiements anticipatifs.

Les principaux modes de financement des soins de santé sont les impôts (directs ou indirects), les assurances (sociales et privées) et le paiement direct. L’obligation de payer directement pour des services au moment du besoin même – que ce paiement soit officiel ou officieux (sous la table) empêche des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires. La dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins est l’une des barrières majeures à la couverture universelle. Cela peut entraîner de graves difficultés financières, voire l’appauvrissement (OMS, 2010).

Le prépaiement est donc une voie pour la protection sociale dans le domaine de la santé. En effet, lorsqu’une population peut accéder à des mécanismes de prépaiement et de mise en commun des ressources, l’objectif de la couverture universelle de santé devient plus réaliste. Pour l’OMS, pour que ces prépaiements soient profitables, ils doivent être effectués avant de tomber malade et utilisés pour financer les services de santé de toutes les personnes couvertes (OMS, 2010).

A partir de la collecte régulière des cotisations des bénéficiaires en contrepartie des garanties offertes, la mutuelle de santé contribue au financement du système de santé par paiement anticipatif ou par remboursement des factures de soins de santé émises par les prestataires de soins. Elle y joue le rôle d’intermédiaire financier entre ses membres et les prestataires de soins, évitant ainsi aux ménages de payer de leur poche les soins quand ils en ont besoin.

La promotion de paiements anticipatifs concerne action de prévoyance qui évite ainsi aux ménages de payer de leur poche les soins quand ils en ont besoin. Ils garantissant aux individus un meilleur accès, plus équitable et financièrement beaucoup moins lourd que pour des individus isolés. A travers les mutuelles, ces paiements anticipatifs répondent bien à des solutions d'extension de la protection sociale dans le secteur de l'économie informelle mais elles sont également largement adoptées par les travailleurs de l'économie formelle lorsque ceux-ci ne disposent pas d'autres alternatives organisées par les pouvoirs publics et leurs employeurs ou, lorsque celles-ci sont déficientes.

### **I**.2.3. Ménages des enseignants

Le ménage peut être défini comme un ensemble des personnes vivant sous un même toit et qui partagent le même budget et le même repas. Un ménage est un ensemble de [personnes](https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_physique) partageant le même logement et participant à son [économie](https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie).

Dans le cadre de travail nous considérons le mange de l’enseignant comme l’ensemble des personnes vivant sous la responsabilité d’un enseignant œuvrant dans le secteur public et de qui dépendent la prise en charge des services et soins de santé ainsi que d’autres besoins.

### **I**.1.4. Mutuelle de santé

Les mutuelles de santé sont des organisations reposant sur le principe du volontariat et offrant des services d’assurance maladie à leurs membres. Ce sont d’importantes sources de mobilisations des ressources et de protection financière contre les dépenses faramineuses de santé. (OMS-AFR0, 2014**)**.

Partant de cette description, nous retenons qu’une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents et à ce titre elle constitue une assurance sociale. En tant qu’une structure de mobilisation des ressources financières, une mutuelle de santé peut être considérée comme une institution financière qui œuvre dans le domaine des soins de santé en vue de résoudre les problèmes d’accessibilité financière des usagers aux services de santé.

Sur la base des éléments avancés ci-haut, nous pouvons dire qu’au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en faveur de ses membres et leurs familles bénéficiaires une action de prévoyance, d’entraide et de solidarité dans le domaine du financement de l’accès aux soins de santé. A ce titre, elle joue le rôle d’intermédiaire financier entre ses membres et les prestataires de soins.

Il convient aussi de faire remarquer que la mutuelle de santé n’a pas la même connotation dans les pays du Nord que les pays du sud. Dans les pays du nord où la sécurité sociale est organisée, la mutuelle de santé est un mécanisme mis en place pour prendre en charge une partie ou l’intégralité des soins de santé qui ne sont pas couverts par l’assurance maladie. L’inscription à la mutuelle de santé est volontaire et optionnelle en complément au mécanisme assuranciel qui est obligatoire. En outre, la contribution à la sécurité sociale est imposable sur base du revenu tandis que la cotisation à la mutuelle est fixe et sans lien avec le revenu.

I.2. LA PROTECTION SOCIALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Dans le souci de mettre progressivement fin au paiement direct des soins de santé par les usagers, le Gouvernement de la RDC a focalisé un des résultats du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022 sur l’augmentation de l'accessibilité financière des populations aux soins de qualité. Ce résultat préconise un effort intersectoriel de promotion des mutuelles de santé, le développement de l'assurance maladie obligatoire et le subventionnement de certaines catégories de soins de santé. (MSP, 2018).

L’ambition d’assurer la protection des populations contre le risque financier lié à l’utilisation des services des soins a mis en exergue la nécessité d'adopter une assurance maladie obligatoire pour tous, d’organiser une assistance médicale ciblée et de bâtir sur l’existant dans la mise en place des dispositifs de sortie de la pauvreté des indigents.

### I.2.1. L’Assistance médicale

L’assistance médicale est un dispositif mis en place pour assurer l’accès aux services et soins de santé aux démunis, marginalisés et n’ayant pas de revenu pour se prendre en charge. Elle concerne certains groupes spécifiques de la population qui, en dépit du manque des ressources, ont aussi droit à la vie et à l’accès aux soins de santé. Pour cette raison, l’assistance médicale fait partie intégrante du Ministère qui s’occupe des affaires sociales.

L’assistance maladie est le volet santé de l’assistance sociale et à ce titre il peut être présenté comme un régime de sécurité sociale non contributif fondé sur l’équité et la justice sociale en faveur des personnes en situation difficile. L’inscription et l’affiliation sont organisés par ces services sociaux au nom de l’Etat qui prend en charge les cotisations donnant droit aux prestations requises.

Dans le pays où l’assurance est organisée, il y a un paquet minimum des services et soins de base offerts à tous les affiliés. La souscription au régime de base est obligatoire pour tous ceux qui ont un revenu : c’est l’assurance maladie obligatoire. A côté de ce régime de base obligatoire, il y a un paquet minimum des services et soins de base offerts à tous les affiliés. Ceux qui ont d’autres besoins spécifiques, souscrivent à un paquet additionnel qui constitue une assurance complémentaire.

Un travail important de mobilisation des ressources se fait par le Gouvernement avec les associations caritatives pour couvrir les besoins de l’assistance médicale. En outre, le Gouvernement travaille avec ses partenaires offrir aux personnes démunies la possibilité de bénéficier des ressources propres à travers les dispositifs de sortie de la pauvreté des indigents

### I.2.2. L’Assurance Maladie

Le terme assurance renvoi à un contrat par lequel un assureur garantit à l’assuré, moyennant une prime ou une cotisation, le paiement d’une somme convenue en cas de réalisation d’un risqué détermine. Partant de cette définition, nous pouvons extrapoler pour dire que l’assurance maladie est un contrat entre un assureur et des assurés portant sur les prestations des services et soins de santé en faveur des assurés moyennant leurs cotisations dans le respect des clauses bien précises.

L’assurance maladie est un dispositif qui permet aux personnes ayant une rémunération de garantir aux personnes sous leurs charges l’accès aux services et soins de santé par l’affiliation à un organisme de gestion du régime de protection sociale choisie. Elle concerne les personnes qui travaillent et disposent d’une rémunération et à ce titre elle est du ressort du Ministère ayant l’emploi et la prévoyance sociale dans ses attributions. Il s’agit donc un régime de sécurité sociale contributif fondé sur la solidarité dans lequel l’inscription et l’affiliation donnent droit aux prestations dont le paquet est prédéfini et corrélé à un cout. L’accès aux prestations est subordonné au paiement préalable des cotisations.

Le travail de l’assurance consiste à actionner des transactions financières en qualité d’intermédiaire entre les fournisseurs des services et les bénéficiaires. Pour cette raison, la tutelle des assurances relève du Ministère ayant les finances dans ses attributions.

Dans le pays où l’assurance est organisée, il y a un paquet minimum des services et soins de base offerts à tous les affiliés. La souscription au régime de base est obligatoire pour tous ceux qui ont un revenu : c’est l’assurance maladie obligatoire. A côté de ce régime de base obligatoire, il y a un paquet minimum des services et soins de base offerts à tous les affiliés. Ceux qui ont d’autres besoins spécifiques, souscrivent à un paquet additionnel qui constitue une assurance complémentaire.

Un travail important des prévisions des couts se fait à travers les études actuarielles qui se fondent sur les modèles mathématiques de progression des affiliés, de l’utilisation des services et de l’évolution des dépenses, éléments qui permettent de fixer la hauteur des contributions des affiliés.

En RDC, le métier d’assurance dans le domaine de la santé est en cours d’implantation depuis la libéralisation du secteur des assurances. Plusieurs sociétés d’assurances s’installent et développement des offres relatives aux services et soins de santé.

I.3.LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTE EN RDC

En RDC, la sécurité sociale est encore un luxe du fait que la grande majorité de la population ne bénéfice pas encore de l’une ou l’autre forme connue. Pour mieux cerner la question de la protection sociale dans le domaine de la santé en RDC, il convient d’une part de segmenter la population par rapport à leurs domaines d’activités et partant, proposer les pistes pour améliorer la couverture des différentes catégories dans la vision de la Couverture Sanitaire Universelle.

### **I**.3.1. Segmentation de la population par secteur d’activités

La protection sociale constitue un droit humain fondamental repris dans le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adoptés par l’Assemblée Générale des Nations Unies (ONU, 1966).

Comme faisant partie des droits humains que les nations unies s’efforce de promouvoir à travers tous les Etats membres, la protection sociale constitue un des mandats de l’organisation internationale du Travail qui fait adopter et publie régulièrement depuis 1952, les normes minimales de la sécurité sociale que les Etats membres doivent ratifier en guise d’engagement pour les mettre en œuvre (OIT, 1966).

Selon le rapport de l’OMS sur la sante dans la région africaine, il existe plusieurs méthodes pour réduire les obstacles financiers à l’accès aux soins de santé. Il s’agit d’assurer un accès équitable en supprimant les obstacles financiers, notamment les paiements directs (ce que les usagers paient de leur poche), d’assurer une couverture financière pour les personnes qui n’ont pas les moyens de payer pour leurs soins et de créer de grands groupes de mise en communs des risques (OMS-AFRO, 2014).

Pour mieux étudier la situation de la protection sociale, il convient de considérer deux catégories de la population : les personnes qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas. La prise en charge des personnes qui ne travaillent pas relève de l’assistance sociale qui constitue le mandat du Ministère des Affaires Sociales.

La sécurité sociale de ceux qui travaillent à des particularités selon le secteur d’activités. Nous devons distinguer trois catégories : les travailleurs du secteur public, les travailleurs du secteur privé et ceux qui évoluent dans l’économie informelle. Les travailleurs du secteur public et les travailleurs du secteur privé formel ayant une rémunération fixe sont peu nombre. Ceux qui évoluent dans l’économie informelle sont majoritaires avec des revenus irréguliers et instables.

#### **I.3.1.1. La prise en charge des services et soins des travailleurs du secteur public**

Le secteur public comprend d’une part les administrations de l’Etat et des collectivités locales et d’autre part des entreprises dont au moins 50% du capital social est détenu par une administration publique ainsi que les associations qui en dépendent en grande partie pour leur financement. Le statut des entreprises publiques est variable. Certains relèvent du droit commun et ont généralement le statut de société anonyme. D’autres sont du ressort du droit public et ont le statut d’établissement public.

La prise en charge de l’accès aux services et soins de santé des travailleurs du secteur public et leurs dépendants est réglementé par des dispositifs légaux spécifiques aux statuts de différentes catégories socio-professionnelles. Nous pouvons citer, à titre d’exemple, les fonctionnaires avec la loi portant statut des personnes des services publics de l’Etat à titre des avantages sociaux. Il en est de même avec les agents et cadres de l’enseignement supérieur et Universitaire, des magistrats, avec leurs statuts spécifiques.

Les soins et services de santé des agents des services publics de l’Etat et leurs dépendants est la charge exclusive du trésor public. Pour lutter contre l’exigence de payement préalable des factures avant toute prise en charge des malades dans les formations sanitaires, l’Etat devrait prendre ses responsabilités constitutionnelles en accordant un fonds de fonctionnement aux formations sanitaires. IL est aussi important que les utilisateurs des services veillent à ce que le budget alloué aux formations sanitaires annuellement soit effectivement accordé et qu’un rapport soit publié régulièrement aux autorités à ce sujet.

#### **I.3.1.2. La prise en charge des services et soins des travailleurs du secteur privé**

Le secteur privé est composé des entreprises dont le capital social n’appartient à l’Etat. Dans un monde toujours plus globalisé et interconnecté, la progression vers les objectifs de développement dépend en grande partie d’une activité économique durable assurée par les privés (nationaux ou étrangers).

PNUD admet que beaucoup des défis planétaires en matière de développement peuvent être surmontés grâce à une croissance économique dynamique entrainée par des entrepris privées qui créent des emplois, génèrent des rentrées d’impôts et fournissent des biens et services vitaux au bénéfice des pauvres dans le monde. (PNUD, 20106). La prise en charge de l’accès aux services et soins de santé des travailleurs du secteur privé est régie par le Code de travail et son administration est sous la tutelle du Ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions.

La prise en charge de l’accès aux services et soins de santé des travailleurs du secteur privé est régie par le Code de travail et son administration est sous la tutelle du Ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions.

L’organisation de l’accès aux services et soins de santé est connue sous le terme générique de la sécurité sociale. Son financement est assuré par trois sources : l’employé lui-même partant d’un prélèvement opéré sur sa rémunération, par l’employeur qui donne sa contrepartie et par l’Etat en guise de sa contribution à la prise en charge de sa population.

Les fonds ainsi constitués sont mis à la disposition des institutions spécialisés qui assurent la gestion courante et la prestation des services attendus des bénéficiaires. Chaque travailleur est obligé d’être inscrit à la caisse pour d’une part suivre ses cotisations et d’autre part faire prévaloir ses droits au moment des besoins pour accéder aux services et soins requis.

#### **I.3.1.3. La prise en charge des services et soins des travailleurs du secteur informel**

Le Bureau International du Travail (BIT) définit le secteur informel comme « Un ensemble d’unités produisant des biens et des services en vue de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées. Ces unités, ayant un faible niveau d’organisation, opèrent à petite échelle et de manière spécifique, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production. Les relations de travail, lorsqu’elles existent, sont surtout fondées sur l’emploi occasionnel, les relations de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme. (BIT, 2020) »

Le secteur informe se définit comme l’ensemble des activités économiques légales qui échappent à toute législation en vigueur. Il regroupe les petites activités et entreprises rémunératrices souvent individuelles ou familiales et se caractérisent par le manque d’obéissance au code fiscal et juridique étatique, l’absence d’une comptabilité légalement tenue et des salaires non déclarés. (Source).

Selon une étude de la Banque Mondiale exploitant les données des différentes enquêtes nationales sur l’emploi, dans les années 2000, le secteur informel emploie près de 75% des personnes actives, hors agriculture. L’analyse de l’envergure du secteur informel en Afrique de l’Ouest Francophone montre que celui-ci n’est ni un fait mineur ni un phénomène passager. Aussi, toute réforme du financement de la santé ou politique de CSU doit prendre en considération l’importance de ce secteur (Zine Eddine E et al, 2018).

Un accent particulier est mis sur ce groupe pour son encadrement dans les différents domaines comme des petites et moyennes entreprises ou des initiatives coopératives ou associations pour mieux les encadrer afin qu’ils contribuent à l’économie du pays et d’autre part pour qu’ils sécurisent leurs revenus dans un monde en proie à plusieurs mutations avec des répercussions néfastes sur leurs performances. Aussi des campagnes de sensibilisation doivent être organisées en faveur des travailleurs du secteur informel afin de les mettre au courant des bénéfices sociaux des programmes de protection sociale en santé qui sont mis à leur disposition.

### I.3.2. Perspectives pour l’amélioration de la protection sociale en RDC

Le Gouvernement a la responsabilité de garantir à toute la population la protection sociale en tant qu’un droit fondamental. Cependant la RDC a fonctionné pendant longtemps sans un système de protection sociale. Pour remédier à cette situation, le Gouvernement a adopté en 2008 une Stratégie Nationale de Protection Sociale des Groupes Vulnérables, complétée en 2009 par un Plan d’Action National en faveur des Orphelins et Enfants Vulnérables en RDC.

Dans le domaine de la Santé, la République Démocratique du Congo s’est dotée depuis mars 2006 de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, SRSS en sigle, pour l’amélioration du système de santé et la contribution du secteur de la santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Cette stratégie sectorielle et ses plans successifs de mise en œuvre développent plusieurs axes d’interventions dont celui de la réforme du financement du secteur de la Santé qui a comme objectif ultime l’accès des populations aux services et soins de santé de qualité avec les moyens dont ils disposent.

Selon l’OMS, le seul moyen de réduire significativement le recours au paiement direct est que les gouvernements encouragent la mutualisation du risque et une approche de prépaiement. Pour progresser vers la couverture universelle, il convient donc de combiner les mécanismes qui appliquent ces principes clés : mise en commun des ressources payées à l’avance et fixées en fonction des ressources de chacun et utilisation de ces fonds pour assurer des prestations accessibles et des soins de qualité pour ceux qui en ont besoin (OMS, 2010).

Dans leurs travaux sur la réduction des barrières financières dans l’accès aux soins dans les pays à faibles ressources, plusieurs voix s’élèvent en défaveur des paiements directs en invoquant notamment leurs effets néfastes sur l’équité d’accès aux soins (Fabienne Richard et al, 2008).

Trois aspects à prendre en compte (i) la mise en place des structures d’intermédiation de paiement ses services et soins de santé, (ii) le passage de l’adhésion volontaire à l’obligation et (iii) la contribution de l’Etat au financement des services et soins de santé en faveur de sa population selon leurs catégories

**1° La mise en place des structures d’intermédiation** **de paiement ses services et soins de santé**

Un intermédiaire financier est une personne physique ou morale qui soit, s'interpose entre les agents économiques pour faire se rencontrer l'offre et la demande de capitaux ou qui soit, assure la conservation ou la gestion des titres qui leur sont confiés par des tiers. Les banques ou les entreprises d'investissement, après habilitation, font partie des intermédiaires financiers ([*https://www.mataf.net/fr/edu/glossaire/intermediaire-financier*](https://www.mataf.net/fr/edu/glossaire/intermediaire-financier))

Les intermédiaires financiers s'interposent entre les agents économiques en ajustant les capacités de financement de certains agents (constituées par une épargne inutilisée) à la demande d’accès aux services. La nécessité de leur apparition est née des imperfections et des incomplétudes de marché. Ils doivent leur existence à 4 éléments, ils permettent les économies d'échelles, la diversification du risque, la réduction des coûts de transaction et la réduction des asymétries d'information (Claudia Hanson &WimVan Damme, 2011).

Il sied de relever le processus de mise en place des structures d’intermédiation pour le prépaiement des services et soins de santé par les ménages quel que soit leur nature (assurance santé, mutuelle) passe par une étude de faisabilité ayant pour but d’apprécier la disponibilité de l’offre de soins assurable, de vérifier la pertinence du mécanisme de solidarité et de partage des risques et de déterminer la propension à payer la cotisation à la mutuelle de santé pour cette population.

**2° Le passage de l’adhésion volontaire à l’obligation** :

Ainsi est-il stipulé dans la section 33 que « toute personne résidant au Rwanda sera couverte par le système d’assurance maladie. Tout étranger entrant dans le pays ou sur le territoire du Rwanda sera également couvert par une assurance maladie pendant une période maximale de 15 (quinze) jours ». Les mutuelles se sont multipliées à une vitesse étonnante, ce qui laisse suggérer que les communautés reconnaissent que le principal obstacle à l’accès aux soins de santé est le cout que l’usager doit payer de sa proche. Actuellement, 92 % de la population est couvert par une assurance maladie (OMS-AFRO, 2014).

**3° La contribution de l’Etat au financement des services et soins de santé en faveur de sa population selon leurs catégories**

Quant au financement de la santé, il est généralement admis qu’une stratégie de financement efficiente doit pouvoir disposer des soutiens des pouvoirs publics car elle détermine le montant du financement et la contribution de la population. Dans ce domaine, le Rwanda a lancé aussi d’importantes réformes en rapport avec la stratégie de financement de la santé. Ces reformes portent sur la mobilisation des ressources, leur allocation dans le secteur de la santé et les mécanismes d’achat stratégique des prestations envers les fournisseurs des soins. Ce pays a introduit un système d’imposition des taxes en faveur de la santé sur l’exploitation des ressources naturelles et sur d’autres activités commerciales.

La littérature nous renseigne que dans les pays à faibles ressources les gouvernements n’arrivent pas encore à garantir le financement adéquat de l’accès aux soins. Les ménages contribuent directement au financement de la santé en payant les soins au moment et à l’endroit où ils sont reçus à travers un système de tarification des prestations à la charge des utilisateurs. La Stratégie de Renforcement du Système de Santé(SRSS) mise au point par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTF) nous renseigne que, à cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, une taxation informelle et inéquitable s'est enraciné. Ce système est à la base de l'explosion des coûts des soins de santé et partant de l'accentuation de la pauvreté des ménages (MSP, 2006).

Bien que n’étant pas la seule condition garantissant des résultats, le financement durable et prévisible du secteur de la santé est le plus important des piliers permettant la construction de systèmes de santé viables et une mesure décisive dans l’amélioration de l'accès équitable aux services de santé. C’est dans cette perspective que le Gouvernement multiplie des initiatives dans le secteur de la santé dans le cadre de l’amélioration du développement humain pour réaliser le potentiel économique du pays et endiguer la pauvreté.

L’effectivité de la couverture sanitaire sera de mise lorsque cette action de prévoyance s’étendra sur une large partie de la population. Cependant, le modèle mutualiste connait des limites de plusieurs ordres. L’inscription volontaire est un obstacle à une affiliation plus massive dans un contexte ou le pouvoir d’achat des ménages, confrontés à des multiples besoins, reste très limite.

C’est pour cette raison que la RDC a opté pour l’extension progressive des mécanismes de couverture de la population, chaque catégorie sociale devant être pris en charge selon les modalités appropriées : les fonctionnaires et agents de l’Etat ainsi que les employés du secteur formel partant de leur rémunération, les vulnérables et indigents par subvention de l’Etat. Les réflexions sont en cours pour couvrir le secteur informel qui constitue une grande majorité de la population.

## 1.4. PREPAIEMENT DES SOINS ET ECONOMIE DES MENAGES

Nous pouvons ainsi dire que dans les pays à faibles revenus, les mécanismes de paiement des soins sont à prendre en comptes dans l’amélioration de la survie de la famille car les dépenses des services et soins de santé sont plus contraignantes que les autres courantes telles l’alimentation. De ce fait la protection sociale doit être considérée comme contribuant à l’amélioration du capital humain et de l’accroissement de sa productivité dans la perspective de lutte contre la pauvreté et l’exclusion sociale.

Plusieurs évidences montrent la plus-value des prépaiements des services et soins de santé. Pour le Ministère de la santé publique, la faiblesse de l’utilisation des services des soins est due entre autres à l’absence des mécanismes de partage des risques entrainant le paiement direct et à l'absence de mécanisme de protection de risque social (MSP, 2016). Selon l’OMS-Afro, les montants exigés avant l’accès aux soins peuvent absorber tout l’argent dont disposent de ménages et les forcer à emprunter, les enfonçant davantage dans la pauvreté (OMS-AFRO, 2014). Ensor et Ronoh ont trouvé que les dépenses de santé peuvent plonger les familles dans la pauvreté ou les forcer à développer des stratégies d’adaptation risquées (Ensor & Ronoh 2005). L’enquête 1-2-3 a montré que la précarité des revenus de la population accentue la pauvreté, la misère et l’iniquité dans l’accès et l’utilisation de services sociaux de base (INS, 2012). La promotion de paiements anticipatifs constitue une action de prévoyance qui évite aux ménages de payer de leur poche les soins quand ils en ont besoin

Etant donné que payer ses soins est une décision capitale pour les ménages, les alternatives de réduction des paiements directs devra mettre à contribution plusieurs secteurs :

1°Le secteur économique en ce qui concerne la création et l’allocation des ressources de ménages sur les priorités en rapport avec la vie de la famille ;

2°Le secteur de la santé au regard de la perspective de la couverture sanitaire universelle qui veut que toute personne devrait avoir accès aux services de santé dont il a besoin sans être réduit à la pauvreté en raison de leur coût excessif ;

3°Le secteur de la protection sociale pour mettre au point les instruments appropriés de lutte contre la pauvreté, l'inégalité et la vulnérabilité par une politique sociale qui garantit la diminution des ménages qui contribuent directement au financement de la santé en payant les soins au moment et à l’endroit où ils sont reçus à travers.  Le Gouvernement fait de la mise en place des socles de protection sociale une priorité pour que tous les mécanismes de protection sociale soient développés et fassent partie intégrante des stratégies nationales pour un développement durable, équitable et inclusif (PNPS, 2014).

En somme, le secteur de la Protection Sociale en RDC est encore précaire au regard du grand écart entre l’offre et les besoins. Le faible pouvoir d’achat de la population ne leur permet pas d’accéder facilement aux services et soins de santé de qualité. La proportion des personnes couverte par type de protection sociale quel qu’il soit est faible. L’absence de mécanismes efficaces de protection sociale constitue un facteur majeur dans la détérioration des conditions de vie des populations congolaises. Plusieurs initiatives des mutuelles de santé ont vu le jour pour faciliter l’accès aux services et soins de santé de qualité à la population par un mécanisme de prévoyance basé sur la solidarité, la mise en commun des ressources et partage des risques.

L’attention portée sur les mécanismes de prépaiement prend aussi en compte les problèmes que rencontrent les personnes couvertes par un mécanisme de prépaiement et leurs doléances pour l’amélioration continue de leur satisfaction. Le débat reste d’actualité sur la gouvernance et la redevabilité des mécanismes de réduction des paiements directs des soins. Cette redevabilité est une exigence pour l’amélioration de l’efficience des systèmes de santé et nécessite d’améliorer les relations entre les mutuelles de santé et leurs clients en vue de parvenir à plus de santé pour l’argent investi.

# CHAPITRE II : APPROCHE METHODLOGOGIQUE

Ce chapitre présente le contexte et l’approche méthodologique de l’étude. Il décrit le cadre de l’étude, la méthodologie de collecte et le traitement des données.

## II.1. PRESENTATION DU CADRE DE L’ETUDE

Cette étude porte sur les  mutualistes de la MESP dans la ville de Kinshasa dans la perspective de promotion des mécanismes de prépaiements des services et soins de santé dans la vision de la couverture sanitaire universelle.

### II.1.1. Contexte démographique de Kinshasa

La ville de Kinshasa est la capitale administrative, politique et économique de la République Démocratique du Congo. Kinshasa a le statut de province composée de 24 communes ayant le statut d’entités territoriales décentralisées avec personnalité juridique.

Elle est limitée :

* Au Nord par la Province de Mai-Ndombe,
* Au Nord-est et à l’est par les provinces du Kwango et de Kwilu,
* Au Sud par la Province du Kongo Centrale
* À l’Ouest par le fleuve Congo, frontière naturelle avec la République du Congo Brazzaville.

Avec une population estimée pour l'année 2016 à 12 071 000 habitants sur une superficie de 9 965 km2, Kinshasa est la troisième ville la plus peuplée d'[Afrique](https://fr.wikipedia.org/wiki/Afrique) après [Le Caire](https://fr.wikipedia.org/wiki/Le_Caire) et [Lagos](https://fr.wikipedia.org/wiki/Lagos_%28Nigeria%29) .

La ville de Kinshasa connait un fort accroissement démographique linéaire influence par plusieurs facteurs, parmi lesquelles l’exode rurale causée par les guerres et la crise économique que connait le pays.

Selon l’enquête 1-2-3, l’incidence de la pauvreté monétaire nationale à Kinshasa est de 41,6% et cette province concentre 6,1% des pauvres congolais. Néanmoins, ce chiffre cache une disparité notamment au sein des groupes sociodémographiques et du secteur institutionnel des ménages. A ceci s’ajoutent le faible taux de salarisation (35%) et l’importance du secteur informel (70,7%) (INS, 2014).

Selon PNUD, le niveau de rémunération ne permet pas à la population de s’affranchir de la pauvreté mais elle peut également conduire à une dégradation de la qualité du service public. Selon les ménages, le manque de travail décent apparait comme la principale cause de la pauvreté. Avec une rémunération non convenable, les ménages arrivent juste à satisfaire leurs besoins essentiels (40,0%) ou bien sont obligés de s’endetter (40,8%).

### II.1.2. Contexte économique et social de Kinshasa

Le contexte économique de la RDC est marqué par une disparité entre d’une part la stabilité macro-économique et la pauvreté criante d’une majeure partie de la population. En effet, depuis le début de la législature en cours, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo se montre satisfait de l’évolution économique du pays et a affirmé que le cadre macroéconomique est resté stable.

Cependant, la réalité dans les secteurs sociaux montre que la situation économique de la RDC demeure encore précaire. Selon l’étude d’équité en santé effectué en 2015, l’allocation totale du gouvernement bénéficie à concurrence de 38% des subsides au quintile le plus riche contre seulement 9% pour le quintile le plus pauvre (Ministère de la Santé Publique, 2015). Cette situation est très préjudiciable à la population qui est obligée d’augmenter sa contribution malgré sa pauvreté.

### II.1.3. Présentation de la Mutuelle de Santé des Enseignants (MESP)

La Mutuelle de Santé des Enseignants du Ministère de l’Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnelle, MESP en sigle, est une mutuelle de santé conçue comme assurance maladie obligatoire de type corporatif regroupant en son sein tous les enseignants du secteur public en République Démocratique du Congo.

Cette mutuelle de santé est reconnue par l’Arrêté Ministériel n°42/CAB/MIN/JSDH/2015 du Ministre de la Justice et garde des sceaux. Son mandat est d’assurer la prise en charge médicale des prestations de santé au bénéfice des enseignants affiliés en se portant garant du remboursement des frais y afférents en vertu du conventionnement établi auprès des hôpitaux agrées pour l’achat stratégique des services de santé en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique. Ses ressources financières sont constituées des cotisations des membres et des subventions de l’Etat.

Cette mutuelle de santé est reconnue par l’Arrêté Ministériel n°27/CAB/MINETAT/EPST/01/2019 du Ministre d’Etat, Ministre de l’Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnelle portant agreement de la mutuelle de santé des Enseignants du Ministère de l’Enseignement Primaire, Secondaire et Technique, MESP en sigle. Le Ministère de l’EPST en assure la tutelle et à la responsabilité d’opérer la retenue à la source de la cotisation des enseignants et de diligenter le paiement par le trésor public de la contrepartie en guise de subventions des soins des enseignants.

Outre la coordination nationale basée à Kinshasa, implantée dans trois villes du pays, Kinshasa, Lubumbashi et Mbandaka. L’enseignant affilié prend en charge ses dépendants au nombre des quels son épouse et les enfants de moins de 18 ans conformément aux dispositions du code de la famille. Les enfants dont l’âge varie entre 19 et 25 ans sont pris en charge à condition de justifier qu’ils poursuivent des études secondaires ou supérieures.

## II.2. METHODOLOGIE

### II.2.1 Techniques

Nous avons recouru aux techniques suivantes : la revue documentaire qui consiste à l’exploitation des documents, l’observation participante qui nous permettra de relever certains faits et constats et les interviews auprès des responsables de quelques mutualistes.

### II.2.2. Méthodes

Pour mesurer le niveau de satisfaction des mutualistes par rapport aux soins offerts et le remboursement des frais, nous ferons une combinaison de l’approche qualitative pour la description des faits et l’approche quantitative pour appuyer de manière comparative l’analyse des données et la critique des résultats.

### II.2.3. Population d’étude et échantillonnage

L’enquête a ciblé les mutualistes de la MESP de la ville de Kinshasa, commune de N’djili.

## II.3. COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES

### II.3.1. Collecte des données sur terrain

Nous avons collecté les informations auprès des mutualistes à l’aide d’un questionnaire préétabli.

Pour collecter les données, nous avons fait recours à 5 enquêteurs que nous avons formé sur le remplissage du questionnaire avant leur descente sur terrain Ces enquêteurs ont été formés sur la technique d’interview et. Ce questionnaire était pré-test lors d’une pré-enquête réalisée auprès des mutualistes de la commune de Limete.

### II.3.2. Traitement et analyse des données

Les données sont saisies à l’aide du logiciel Excel. L’analyse est faite sur base calculs statistiques simples. Les résultats sont présentés sous forme des tableaux et des graphiques.

### II.3.3. Difficultés et opportunités dans la collecte des données

Nous avons connu quelques difficultés dans la collecte des données. Il s’est agi notamment de la non disponibilité de certains supports d’informations, la disponibilité limité des gestionnaires des mutuelles et parfois le refus de partager les informations.

## II.4. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Nous avons tenu compte des principes de respect de la personne humaine, de bienséance, de justice et d’équité. Nous avons aussi pris la précaution de garder confidentiellement les informations recueillies.

# CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS DES INVESTIGATIONS

Nous présentons dans ce chapitre les réponses recueillies auprès des membres de la MESP par rapport à leur satisfaction sur les services et soins offerts. Ce chapitre est articulé autour du profil des répondants, leurs préoccupations sur l’utilisation des services, sur leur appréciation sur les services et soins offerts, les problèmes relevés et l’interaction avec les gestionnaires de la mutuelle.

## *III.1. PROFILS DES REPONDANTS*

L’identification des répondants a porté sur l’âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d’études et leur ancienne dans la mutuelle.

### III.1.1. Sexe et âge des répondants

La répartition des répondants par âge et par sexe est représentée dans le tableau ci-dessous.

***Tableau I : Répartition des répondants par âge et sexe***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| ≤ 29 | 3 | 4 | 7 | 11,7 |
| 30-34 | 5 | 6 | 11 | 18,3 |
| 35-39 | 4 | 8 | 12 | 20,0 |
| 40-44 | 8 | 5 | 13 | 21,7 |
| 45-49 | 7 | 3 | 10 | 16,7 |
| 50-54 | 4 | 1 | 05 | 8,3 |
| ≥55 | 2 | 0 | 02 | 3,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Ce tableau montre que notre échantillon est composé de 33 sujets de sexe masculin soit 75% contre 27 (25%) de sexe féminin. Quant à l’âge, 13(21,7%) sujets sont âgés de 40-44ans, 12 (20%) sujets dont l’âge est compris entre 35-39 ans, 11 sujets (18,3%) âges de 30 à 34 ans, 10 (16,7%) sujets de 45-49 ans et 7 (11,7%) sujets de moins de trente ans. Les sujets de 50-54 sont au nombre de 5, soit 8,3% et deux sujets de 55ans ou plus.

### III.1.2. Statut matrimonial des répondants

Le statut matrimonial des répondants est résumé dans le tableau ci-dessous

***Tableau II : Statut matrimonial des répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Célibataire | 3 | 1 | 4 | 6,7 |
| Marié | 26 | 21 | 47 | 78,3 |
| Veuf/veuve | 4 | 5 | 9 | 15 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

L’échantillon est composé de 47 sujets mariés, soit 78,3% suivi des veufs avec 9 sujets soit 15% et 4 sujets célibataires soit 6,7%.

### III.1.3. Niveau d’étude des répondants

Les répondants ont été regroupés par niveau d’études tel que résumé par le tableau suivant.

***Tableau III : Niveau d’études des répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau d’études** | Sexe | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Secondaire | 9 | 8 | 17 | 28,3 |
| Universitaire | 24 | 19 | 43 | 71,7 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Ce tableau montre que 43 sujets, soit 71,7% sont du niveau supérieur contre 17 sujets soit 28,3 % du niveau secondaire.

### III.1.4. Ancienneté des répondants à la mutuelle

Les répondants ont été enfin regroupés selon leur ancienneté dans la mutuelle et les résultats sont visualisés dans le tableau ci-contre.

***Tableau IV : Ancienneté des répondants à la MESP***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Age | Sexe | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| 1-2 ans | 9 | 7 | 16 | 26,7 |
| 3-4ans | 14 | 12 | 26 | 43,3 |
| ≥ 5ans | 10 | 8 | 18 | 30,0 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Ce tableau montre que 26 sujets sur les 60 répondants, soit 43,3% ont une ancienneté variant de 3 à 4 ans, 18 sujets équivalent à 30% sont dans la mutuelle depuis plus de ou moins 5 ans et 16 sujets (26,7%) sont dans la mutuelle depuis 1 à 2 ans.

## *III.2. UTILISATION DES SERVICES PAR LES REPONDANTS*

Les investigations se sont aussi intéressées à l’utilisation des services par les mutualistes ayant répondu à l’enquête en termes de recours à la mutuelle et de la catégorie des services utilisés.

### III.2.1. Utilisation des services avec recours à la mutuelle

La fréquence d’utilisation des services par les mutualistes est renseignée par tableau ci-dessous.

***Tableau V : Fréquence d’utilisation des services par des répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fréquence d’utilisation des services | Sexe | | Total | % |
| Masculin | Féminin |
| Une fois | 8 | 5 | 13 | 21,7 |
| Deux fois | 7 | 8 | 15 | 25,0 |
| Trois fois | 7 | 6 | 13 | 21,7 |
| Quatre fois | 6 | 5 | 11 | 18,3 |
| ≥ cinq | 5 | 3 | 8 | 13,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Il se dégage des données du tableau V que 15 (25%) répondants ont utilisé les services deux fois, 13 (21,7%) ont utilisé les services une fois pour un groupe et trois pour un autre groupe, 11(18,3%) répondants ont utilisé les services quatre fois et 8 (13,3%) n’ont utilisé les services plus ou moins cinq fois.

### III.2.2. Utilisation des services avec recours s à la mutuelle

La fréquence d’utilisation des services par les mutualistes est renseignée par tableau ci-dessous.

***Tableau VI : Catégorie des services utilisés par des répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie des services | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Service de première ligne | 28 | 20 | 48 | 80 |
| Service de référence | 5 | 7 | 12 | 20 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Ce tableau VI nous renseigne que dans l’ensemble que 18 (80%) répondants ont utilisé les services de première contre 12 (20%) qui ont eu accès au service de référence. Ce sont plus les femmes 7 sur 12 qui ont eu ce privilège plus que les hommes.

## III.3. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX SERVICES ET SOINS REÇUS

Les investigations s’étaient aussi focalisés sur la satisfaction des répondants par rapport aux services et soins bénéficiés. Les réponses font l’objet de cette section.

### III.3.1. Satisfaction par rapport à la distance Centre de Santé-Domicile

L’appréciation de la distance du centre de première ligne est inscrite dans le tableau ci-dessous.

***Tableau VII : Satisfaction des répondants par rapport à la distance du service de première ligne***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etes-vous satisfait de la distance du centre de santé par rapport à votre domicile | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Oui | 18 | 16 | 34 | 56,7 |
| Non | 12 | 9 | 21 | 35,0 |
| Sans opinion | 3 | 2 | 5 | 08,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Il se dégage de ce tableau que 34 (56,7%) des répondants ont jugé la distance convenable, 21 (35%) ne sont pas satisfaits contre 5 répondants, soit 8,3% qui sont sans opinion.

### III.3.2. Satisfaction par rapport aux services et soins reçus

Les répondants se sont aussi exprimés par rapport aux services et soins reçus. Leurs réponses sont résumées par le tableau VIII.

***Tableau VIII : Satisfaction des répondants par rapport aux services et soins reçus***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etes-vous satisfait par rapport aux services et soins reçus | Sexe | | Total | % |
| Masculin | Féminin |
| Oui | 17 | 15 | 32 | 53,3 |
| Non | 14 | 9 | 23 | 38,3 |
| Sans opinion | 2 | 3 | 5 | 8,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Les renseignements contenus dans ce tableau montrent que plus de la moitié des répondants 32 (53,3%) des répondants sont satisfaits, 23(38,3%) ne sont pas satisfaits contre 5 répondants sans opinion.

### III.3.3. Satisfaction par rapport au délai d’attente

Les répondants ont aussi donné leur appréciation du délai d’attente dans les structures sanitaires contractuelles. Le tableau ci-dessous donne la tendance de leurs avis.

***Tableau IX : Satisfaction des répondants par rapport au délai d’attente dans les structures des soins***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etes-vous satisfait par rapport au délai d’attente dans les structures sanitaires contractuelles | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Non | 16 | 13 | 29 | 48,4 |
| Oui | 12 | 11 | 23 | 38,3 |
| Sans opinion | 5 | 3 | 8 | 13,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

L’avis majoritaire laisse percevoir la non satisfaction des répondants avec 29 sujets (48,4%) contre 23 (38,3%) sujets qui sont satisfaits et 8 (13,3%) qui sont sans opinion.

### III.3.4. Satisfaction par rapport aux examens complémentaires

Les répondants se sont exprimés sur l’appréciation des examens qui leur sont demandés. Leurs réponses font l’objet du tableau X ci-contre.

***Tableau X : Satisfaction des répondants par rapport aux examens complémentaires***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etes-vous satisfait par rapport aux examens demandés ? | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Non | 18 | 16 | 34 | 56,7 |
| Oui | 15 | 11 | 26 | 43,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100,0 |

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié des répondants 34 (56,7%) des répondants sont non contre 26(43,3%) qui ont exprimé leur satisfaction.

### III.3.5. Satisfaction par rapport aux médicaments prescrits

Un des aspects ayant fait l’objet des investigations concernait les médicaments prescrits et/ou fournis. Le tableau XI ci-dessous résume les avis recueillis auprès des enquêtés.

***Tableau XI : Satisfaction des répondants par rapport aux médicaments fournis***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etes-vous satisfait par rapport aux médicaments prescrits ? | Sexe | | Total | % |
| Masculin | Féminin |
| Non | 19 | 18 | 37 | 61,7 |
| Oui | 14 | 9 | 23 | 38,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100 |

Ce tableau nous révèle que 37 (61,7%) des répondants ne sont pas satisfaits contre 23(38,3%) qui se sont montrés satisfaits.

## *III.4. PROBLEMES RELEVES PAR LES REPONDANTS*

L’enquête s’était aussi focalisée sur la satisfaction des répondants par rapport aux services et soins bénéficiés. Les réponses font l’objet de cette section.

### III.4.1. Frais supplémentaires dépensés par les répondants

Les informations sur les dépenses supplémentaires payées par les répondants sont résumées dans le tableau ci-dessous.

***Tableau XII : Frais supplémentaires payés par les répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Domaine ayant occasionné des frais supplémentaires payés par les répondants | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Examens complémentaires | 9 | 6 | 15 | 25,0% |
| Achat des médicaments complémentaires | 8 | 14 | 22 | 36,6% |

Nous notons partant de ce tableau que vingt-deux répondants (quatorze femmes et huit hommes), soit 36,6% de notre échantillon ont déclaré avoir consenti des dépenses supplémentaires pour les examens complémentaires et 15 répondants dont neuf hommes et six femmes soit 25% de notre échantillon ont acheté des médicaments.

### III.4.2. Remboursement des frais supplémentaires engagés

Les avis des répondants par rapport au remboursement des frais supplémentaires payés sont repris dans les différents tableaux qui suivant portant respectivement sur la sollicitation ou non du remboursement, l’obtention ou non du remboursement et le délai du remboursement.

***Tableau XIII : Sollicitation du remboursement des frais supplémentaires consentis par les répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avoir sollicité le remboursement des frais supplémentaires engagés** | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| **Masculin** | **Féminin** |
| Oui | 13 | 17 | 30 | 81 |
| Non | 04 | 03 | 07 | 19 |
| Total | 17 | 20 | 37 | 100 |

Nous avons noté que sur les 37 répondants ayant engagé les dépenses supplémentaires, 3à personnes soit 81 % ont sollicité le remboursement.

***Tableau XIV : Obtention des frais supplémentaires consentis par les répondants***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avoir obtenu le remboursement des frais supplémentaires engagés** | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Oui | 08 | 12 | 20 | 54,0 |
| Non | 09 | 08 | 17 | 46,0 |
| Total | 17 | 20 | 37 | 100,0 |

Les données reprises dans ce tableau montrent que sur les 37 ayant sollicité le remboursement des dépenses supplémentaires consenties, il n’y a eu que 20, soit 54% qui ont obtenu le remboursement.

***Tableau XV : Délai du remboursement des frais supplémentaires payés par les mutualistes***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Délai de remboursement | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Moins d’un mois | 01 | 02 | 03 | 15 |
| Un à deux mois | 02 | 04 | 06 | 30 |
| Trois mois ou plus | 05 | 06 | 11 | 55 |
| Total | 08 | 12 | 20 | 100 |

Ce tableau renseigne que sur les 20 personnes ayant obtenu le remboursement, 11 personnes (55%) ont affirmé avoir reçu, 6 autres personnes (30%) ont reçu leur remboursement entre un et deux mois contre trois répondants (15%) ont reçu leur remboursement moins d’un mois après leur requête.

## *III.5. MECANISMES D’INTERACTION MUTUALISTES-GESTIONNAIRE*

Cette dernière section rapporte les réponses des enquêtés sur l’interaction entre les mutualistes et les gestionnaires de la mutuelle.

### III.5.1. Appréciation de l’interaction mutualistes-gestionnaire de la MESP

L’appréciation de l’interaction entre les mutualistes et les gestionnaires de la mutuelle est présentée par le tableau ci-dessous.

***Tableau XVI : Appréciation du mécanisme d’interaction mutualistes-gestionnaire de la MESP***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Appréciation de l’interaction mutualistes-gestionnaire de la mutuelle par les répondants** | **Sexe** | | **Total** | **%** |
| Masculin | Féminin |
| Insuffisant | 18 | 16 | 34 | 56,7 |
| Acceptable | 15 | 11 | 26 | 43,3 |
| Total | 33 | 27 | 60 | 100,0 |

L’avis prédominant exprimé par 34 répondants, soit 56,7% de l’échantillon fait état de l’insuffisance d’interaction tandis que 26 répondants équivalent à 43,3% de l’échantillon jugent acceptable les mécanismes d’interaction existants.

### III.5.2. Amélioration de l’interaction mutualistes-gestionnaires de la MESP

Les propositions formulées par les répondants pour l’amélioration de leurs échanges avec les gestionnaires de la MESP sont rendues par ce tableau.

***Tableau XVII : Propositions d’amélioration de l’interaction mutualistes et gestionnaires de la MESP***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réponses des mutualistes** | **Nombre** | **%** |
| Augmenter le personnel commis au remboursement | 25 | 42,0% |
| Mettre un système de traitement personnalisé | 20 | 33,3% |
| Restructuration de la gestion de la mutuelle | 17 | 28,3% |

Ce tableau montre que les propositions d’amélioration d’échanges : 25 répondants (42%) pensent à l’augmentation du personnel commis à la réception des doléances, 20 (33,3%) proposent la mise en place d’un système de traitement personnalisé des dossiers et 17 répondants, soit 28,3% ont tablé sur la restructuration de la gestion de la MESP.

CHAPITRE IV. ANALYSE CRITIQUE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Nous abordons dans ce chapitre l’analyse critique des résultats des investigations menées auprès de quelques membres de la MESP dans la ville de Kinshasa. Nos investigations avaient pour but de contribuer à la mise en place de la couverture sanitaire en tant volet santé de la protection sociale. Nous nous sommes intéressés d’analyser la satisfaction par rapport aux services et soins offerts par les formations sanitaires contractuelles, notamment la qualité des examens complémentaires, les médicaments, le remboursement des frais supplémentaires encourus et l’interaction entre les mutualistes et les gestionnaires de la MESP.

## *III.1. PROFILS DES REPONDANTS ET MODALITES DE CONTRIBUTION*

Les répondants sont des enseignants en activités. Ainsi la mutuelle de santé des enseignants peut être présentée comme une illustration du système de sécurité sociale pour cette catégorie des agents et fonctionnaires de l’Etat. Cela cadre avec la réforme de l’administration publique dans son volet revalorisation du capital humain. A ce sujet, le journal du fonctionnaire affirme que la promotion d’un système efficace et durable de sécurité sociale au profit des employés de l’Etat, est essentielle pour renforcer la politique de fidélisation des fonctionnaires et leur sécurisation face aux conditions sociales relativement précaires (Journal du Fonctionnaire, 2015).

L’adhésion des enseignants à la mutuelle est obligatoire et la cotisation retenue à la source. Cette disposition contraignante donne à la MESP l’opportunité de disposer des ressources aussi longtemps qu’il n’y pas de retard dans la paie des enseignants. Cela permet de soustraire aux mutualistes de la contrainte de disposer de l’argent pour se faire soigner étant donné que, malgré la faiblesse de leurs revenus, leurs cotisations constituent un mécanisme de prépaiement permettant de couvrir, par solidarité, les couts des prestations auxquelles ils ne peuvent pas faire face par leurs propres revenus. Cela rejoint la vision de l’OMS selon laquelle le seul moyen de réduire les paiements directs est que les gouvernements encouragent la mutualisation du risque et une approche de prépaiement (OMS, 2010).

## *III.2. UTILISATION DES SERVICES ET SATISFACTION DES BENEFICIAIRES*

L’analyse de la fréquence d’utilisation des services et soins de santé par les mutualistes a montré que 25% des répondants ont utilisé les services deux fois, 21,7% ont utilisé les services une fois pour un groupe et trois pour un autre groupe, 18,3% répondants ont utilisé les services quatre fois et 13,3% ont utilisé les services plus ou moins cinq fois. Cette situation illustre à suffisance le sens de la solidarité et le partage de risque dans ce sens que les frais payés par ceux qui n’ont pas fréquenté les services contribuent à la prise en charge de ceux qui ont fréquenté les structures des soins.

La satisfaction des patients par rapport aux services et soins a été analysée partant de la distance entre leur domicile et le Centre de Santé, la durée moyenne d’attente des enquêtés dans les structures des soins et leur appréciation sur les services et soins reçus. Il se dégage qu’il n’y a pas de problème particulier sur la distance entre le domicile des affiliés et le Centre de Santé d’assignation. L’avis majoritaire laisse percevoir la non satisfaction des répondants avec 48,4% des enquêtés qui ont affirmé leur non satisfaction contre 38,3% qui sont satisfaits tandis que 13,3% n’ont pas donné leur opinion. Le partenariat entre la MESP et les formations sanitaires ciblées devra permettre de réduire la durée d’attente des mutualises et accroitre ainsi leur satisfaction quand on sait que les paiements directs constituent un régime de financement risqué et dangereux qui témoigne de l’absence de toute protection financière (MS, 2018). Ainsi, en l’absence de couverture des dépenses de soins de santé, les ménages pauvres ou à faible revenu se voient exposés continuellement aux dépenses catastrophiques

Les réponses des mutualistes sur l’appréciation des examens qui leur sont demandés montrent que plus de la moitié des répondants 56,7% des répondants ne sont satisfaits contre 43,3% qui ont exprimé leur satisfaction. Les répondants ont en outre fait part de leur désarroi pour les examens de laboratoires demandés dans les structures non contractuelles, ce qui exige le paiement de leurs poches pour solliciter le remboursement, situation qui retarde les soins et crée des frustrations en cas de retard de remboursement. C’est la responsabilité première du Gouvernement d’investir pour l’amélioration de l’environnement physique de l’offre des soins à travers la construction, la réhabilitation et l’équipement des formations sanitaires et d’autre part à garantir leur fonctionnement par la mise à disposition des intrants et la dotation du personnel compètent et motivé.

Un des aspects ayant fait l’objet des investigations concernait les médicaments prescrits et/ou fournis. Etes-vous satisfait par rapport aux médicaments prescrits, 61,7% des répondants ont affirmé qu’ils ne sont pas satisfaits contre 38,3% qui se sont montrés satisfaits. La non satisfaction réside d’une part dans la prescription des médicaments génériques considérés par beaucoup comme médicaments de faible qualité. D’autre part, le contrat avec les formations sanitaires ne prenant pas encore les médicaments, la non disponibilité des médicaments au dépôt de la MESP retarde la prise en charge et par moment oblige les patients d’acheter les médicaments pour se faire rembourser. Cela restreint les avantages de prépaiement. Ces résultats rejoignent les observations de la revue des dépenses publiques de santé qui évoquent les faibles capacités opérationnelles des formations sanitaires en termes d’équipements et les fréquentes ruptures de stocks en médicaments qui incitent les formations sanitaires et les patients à recourir aux privés pour s’approvisionner en médicaments (Hellène Baroy et al, 2014). Selon la revue des dépenses publiques menée par la Banque Mondiale en 2015, les personnes ayant consulté les formations sanitaires évoquent l’absence de médicament parmi les principaux goulots d’étranglement du système (Banque Mondiale, 2015).

## *III.3. FRAIS SUPPLEMENTAIRES ENCOURUS ET LEUR REMBOURSEMENT*

La problématique du remboursement des frais supplémentaires encourus concerne essentiellement l’achat des médicaments et les examens complémentaires. Les résultats de nos investigations montrent que vingt-deux répondants (quatorze femmes et huit hommes), soit 36,6% ont consenti des dépenses supplémentaires pour les examens complémentaires et 15 répondants (neuf hommes et six femmes) soit 25% ont acheté des médicaments. Parmi les enquêtées ayant payé des frais supplémentaires, Il ressort de ce tableau que sur les 37 répondants ayant engagé les dépenses supplémentaires, 30 personnes soit 81 % ont sollicité le remboursement et parmi eux, il n’y a eu que 20, soit 54% qui ont obtenu le remboursement. Ce remboursement est intervenu trois mois après pour 11 personnes sur les 20 (55%) personnes concernés ont affirmé avoir reçu, entre un et deux mois pour 6 (30%) personnes. Il n’y a que trois répondants (15%) qui ont reçu leur remboursement à moins d’un mois. Les frais supplémentaires et l’incertitude de remboursent diluent les bienfaits du prépaiement à travers les mutuelles de santé. Ces remboursements peuvent être évités à travers des investissements qui permettent d’améliorer le plateau technique des formations sanitaires contractuels et d’assurer une meilleure disponibilité des médicaments.

## *III.4. GOUVERNANCE ET INTERACTIONS MUTUALISTES -GESTIONNAIRES*

Un aspect non négligeable qui assure la crédibilité d’une mutuelle de santé se trouve être la gouvernance et l’interaction entre les mutualistes et les gestionnaires de la mutuelle. L’appréciation de l’interaction entre les mutualistes et les gestionnaires de la mutuelle montre é que 34 répondants, soit 56,7% de l’échantillon fait état de l’insuffisance d’interaction tandis que 26 répondants équivalent à 43,3% de l’échantillon ont jugé acceptable les mécanismes existants. Quant aux propositions d’amélioration, 25 répondants (42%) pensent à l’augmentation du personnel commis à la réception des doléances, 20 répondants (33,3%) proposent la mise en place d’un système de traitement personnalisé des dossiers et 17 répondants, soit 28,3% ont tablé sur la restructuration de la gestion de la MESP. Les mutuelles comme les organisations humaines sont appelées à avancer en dépit du contexte économique difficile et pour y parvenir, par un programme de modernisation de la gestion qui doit être à la fois progressif et continu. Le caractère progressif renvoie à l’idée de répondre aux attentes des affiliés au fur et à mesure du développement du dispositif de gestion en cohérence avec les principes et règles d’organisation des mutuelles de santé. La mutuelle doit développer un marketing de proximité pour agir avec des solutions concrètes aux problèmes des bénéficiaires.

La mise en place des mutuelles de santé comme intermédiaires financiers dans le système de santé est une tentative de réponse au déficit de la protection sociale. En effet, comme le font savoir Gilles Dussault, les mutuelles de santé constituent le modèle de transition du financement de la santé. Elles assurent la fonction de financement de la santé et à ce titre elles doivent graduellement s’étendre pour couvrir toute la population. Ces fonctions obligent un choix rigoureux des prestataires, la mise en œuvre de motivations aux prestataires par des mécanismes de paiement et la gestion de la qualité des soins (Gilles Dussault et col, 2006). En se positionnant comme des intermédiaires financiers pour favoriser l’accès des populations aux soins à travers leur prépaiement, les mutuelles doivent garantir la transparence dans l’utilisation des ressources mises à leur disposition par les mutualistes en s’appuyant sur un personnel compétent et dévoué au service des clients.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Notre étude a porté sur le prépaiement des services et soins de santé des ménages des enseignants à travers la mutuelle de santé des enseignants dans la commune de N’djili. Nous avons rappelé que le prépaiement des soins constitue un acte de prévoyance en vue de l’amélioration de l’accès des enseignants et leurs dépendants aux services et soins de santé de qualité sans être contraints de débourser des fonds au moment des besoins.

Dans le but de contribuer à l’amélioration du fonctionnement de la mutuelle de Santé des enseignants dans son rôle de protection sociale de cette catégorie professionnelle, nous avons recueilli les avis des enseignants sur les services et soins dont ils bénéficient dans le cadre de leur mutuelle de santé, les problèmes qui se posent aux bénéficiaires et les mécanismes en place pour réceptionner les doléances et préoccupation des mutualistes ainsi que les pistes permettant d'améliorer la réponse aux problèmes de santé des membres de la mutuelle .

Les résultats auxquels nous somment arrivés permettent d’affirmer que les mutualistes contactés sont, dans une large mesure, satisfaits de l’utilisation des services en dépit de la faiblesse sur les examens de laboratoires et de la faible disponibilité des médicaments de qualité, deux domaines qui ont occasionné des frais supplémentaires pour certains affiliés et pour lesquels le mécanisme de remboursement ne fonctionnement pas avec célérité. Le retrait de la cotisation à la source quoique douloureuse sécurise les enseignants pour la prise en charge de leurs ménages par la solidarité.

Pour améliorer davantage la satisfaction les recommandations suivantes sont formulées aux mutuelles de santé :

* Sensibiliser les membres sur l’organisation et le fonctionnement de la mutuelle ;
* Réévaluer régulièrement les capacités techniques des formations sanitaires contractuelles pour s’assurer de la disponibilité des soins répondant au paquet convenu et réduire autant faire que se peut les examens en dehors des structures contractuelles ;
* Repenser le système d’approvisionnement en médicaments en prenant en compte les besoins et doléances des bénéficiaires ;
* Renforcer des capacités des gestionnaires afin de fournir en temps réel le traitement des dossiers des affiliés ;
* Mettre en place un système de traitement personnalisé via une application web qui permet aux affiliés de suivre le traitement de leur dossier.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Banque Africaine de Développement, Stratégie du Capital Humain 2014-2018, Washington, 2014, P.11
2. BIT (2000), Emploi et protection sociale dans le secteur informel, Conseil d’Administration, Genève.
3. Banque Mondiale, République Démocratique du Congo Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière : Accroître l’Efficacité et l’Efficience du Secteur Public pour promouvoir la Croissance et le Développement, 2015, P81
4. Claudia Hanson&WimVan Damme, 2011, Gouvernance et régulation des systèmes de santé dans les pays à moyen et faible revenus, Anvers, 2011, p4
5. Fabienne Richard, Sophie Witter & Vincent De Brouwere, Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d’agir, Studies in HSO&P, 25, 2008
6. Hélène Baroy, Françoise André, Serge Mayaka, Investir dans la couverture santé universelle : opportunités et défis pour le financement de la santé en RDC, Washington, 2014
7. https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-economique-et-financier/1199027-protection-sociale-definition-traduction/#traduction-protection-sociale-anglais
8. <https://www.mataf.net/fr/edu/glossaire/intermediaire-financier>
9. Institut National de la Statistiques « Enquête 1- 2- 3 Résultats de l’enquête sur l’emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages / 2012 », Kinshasa, septembre 2014
10. Joséphine Borghi1, Katerini Tagmatarchi Storeng2 & Véronique Filippi3, les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages, Studies in HSO&P, 25, 2008
11. Les mutuelles de sante : acteur et partenaire de la couverture sante universelle Document politique de Masmut & du groupe de travail «protection sociale» de Be-cause Health, 2011
12. Léon de Saint Moulin, Kinshasa. Enracinements historiques et horizons culturels, Harmattan, Paris, 2012, 370 p.
13. Ministère de la Santé Publique, « Stratégie de Renforcement du Système de Santé », Kinshasa, 2010
14. Ministère de la Santé Publique, « Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 », Santé, Kinshasa, 2010
15. Ministère de la Santé Publique, « Cadre d’accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l’enfant en RDC : appel à l’action pour tenir nos promesses », Kinshasa, Aout 2012 ;
16. Ministère de la Santé Publique, Etude d’équité en santé et protection financière en RDC, Kinshasa, 2015
17. Ministère du Budget « Loi de finances n°14/002 du 31 janvier 2014 pour l’exercice 2014, volume II : Dépenses », Kinshasa, janvier 2014
18. Ministère du Plan, RDC. « Enquête démographique et sanitaire en RDC 2013-2014 ». Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA ; 2014
19. Ministère du Plan, République Démocratique du Congo. « Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS4 », 2010
20. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle
21. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle, Genève, 2013
22. OMS-Afro, Rapport sur la santé dans la région africaine 2014 : la santé des populations, les mesures efficaces, Brazzaville 2014
23. Programme des Nations Unies pour le Développement, Province de Kinshasa : pauvreté et conditions de vie des ménages, Kinshasa, mars 2009
24. Programme National d’appui à la Protection Sociale, La mise en place du Socle de protection sociale en RDC: Priorité du Gouvernement de cohésion nationale, 2014
25. Sécurité sociale : mise en place d’un système efficace et durable de la sécurité sociale des agents et fonctionnaires de l’Etat, in Journal du Fonctionnaire, N° 4, 2015, p.43
26. Soeters, R., P.-B. Peter boom, et coll. (2011). « Une tentative de financer la santé sur la base des résultats améliore la prise en charge dans un État en faillite » Health Affairs 30(8) : 1518-1527
27. Zine Eddine E., Özaltin E., Haazen D et Juquois M, Couverture sanitaire universelle et secteur informel en Afrique de l’Ouest francophone : Etat actuel, perspectives et proposition d’orientations stratégiques , Banque Mondiale, Washington , 2018

# ANNEXE : FICHE D’ENQUETE

CONFIDENTIALITE ET CONSENTEMENT :

Dans le cadre de notre mémoire, nous avons résolu de travailler sur la satisfaction des affiliés de la MESP par rapport l’accès aux services et soins de santé.

Nous passons pour interroger les affiliés pour recueillir les informations sur la satisfaction par rapport à l’accès aux services et soins offerts par l’intermédiaire de la MESP, l’appréciation de la hauteur de la cotisation imposée et les problèmes qui se posent en rapport avec les prestations qu’ils bénéficient ainsi des propositions pour apporter une meilleure réponse aux attentes des affiliés.

Nous garantissons la confidentialité pour toutes les informations que vous voudriez nous livrer à titre volontaire. Vous n’êtes pas obligée de répondre à une question qui vous met mal à l’aise

Merci de répondre librement et honnêtement aux questions. Nous apprécions beaucoup l’aide que vous nous apportez en répondant aux questions de cette étude au travers de cet entretien qui durera environ 30 min.

Acceptez- vous de participer à cette étude ?

Je certifie que l’enquêtée a été informée de la nature, du but de l’étude et qu’elle a donné son consentement pour participer à cette étude.

01. N° Questionnaire e: /\_\_\_/\_\_\_/ 02. Date de l’enquête :…………..

03. Etablissement scolaire :………………………………………………………………

04. Non de l’enquêté :……………….……05. Nom de l’enquêteur……………

**MODULE I. IDENTIFICATION DU REPONDANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponses et codes** |
| Q101 | Sexe de l’enqueté | 1. Masculin 2. Féminin |
| Q102 | Quel est votre âge ? |  |
| Q103 | Quel est votre statut matrimonial ? | 1. Célibataire 2. Marié 3. Divorcé 4. Veuf/veuve |
| Q104 | Quel est le plus haut niveau d’étude que vous avez atteint ? | 1. Primaire 2. Secondaire 3. Universitaire 4. Sans instruction |
| Q105 | Quelle est votre qualité | 1. Gestionnaire 2. Enseignant debout 3. Administratif 4. Autre à spécifier |

**MODULE II. ANCIENNETE DANS LA MUTUELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponses** |
| Q201 | Depuis combien de temps faites-vous partie de la mutuelle | 1. 1 an 2. 2 ans 3. 3 ans 4. 4 ans 5. 5ans ou plus |
| Q202 | Combien de fois avez-vous recouru aux soins ? | 1. Une fois 2. Deux fois 3. Trois fois 4. 4 fois ou plus |
| Q203 | Dans quelle structure étiez-vous pris en charge | 1. Première ligne 2. Centre de référence |

**MODULE III. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX SERVICES ET SOINS RECUS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponses** |
| Q 301 | Etes-vous satisfait de la distance du centre de santé par rapport à votre domicile ? | 1. Oui 2. Non 3. Sans réponse |
| Q302 | Etes-vous satisfait par rapport aux soins offerts ? | 1. Oui 2. Non 3. Sans réponse |
| Q 303 | Quelle est la durée moyenne d’attente avant la consultation? | 1. Moins de 30 minutes 2. 30-60 minutes 3. 1 à 2 heures 4. Plus de 2 heures |
| Q 304 | Pensez-vous que les examens demandés répondent à votre cas ? | 1. Oui 2. Non (si non pourquoi) ? |
| Q 305 | Quelle est votre appréciation des médicaments prescrits ? | 1. Adaptés 2. Non adaptés 3. Autre (à préciser)…………..   4 . Sans réponse |

**MODULE IV. PROBLEMES QUI SE POSENT AUX AFFILIES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponses** |
| Q 401 | Quels frais avez – vous payé lors de vos dernières consultations ? | 1. Consultations 2. Examens complémentaires 3. Achat médicaments 4. Autre à spécifier |
| Q 402 | Avez-vous sollicité le remboursement des frais payés ? | 1. Oui 2. Non   3. Sans réponse |
| Q 403 | Avez-vous obtenu le remboursement sollicité ? | 1. Oui 2. Non   3. Sans réponse |
| Q 404 | Après combien de temps avez-vous été remboursé | 1. Moins d’un mois 2. 1-2 mois 3. 3 mois ou plus |
| Q405 | Comment jugez-vous le mécanisme de dialogue mis en place ? | 1. Acceptable 2. Insuffisant 3. Autre (à préciser)…………..   4. Sans réponse |

**MODULE V : PROPOSITIONS D’AMELIORATION DES MECANISMES D’INTERACTION MUTUELLE- GESTIONNAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponses** |
| Q501 | Quelles propositions formulez-vous pour améliorer les remboursements ? | 1. Augmenter le personnel commis au remboursement 2. Mettre un système de traitement personnalisé 3. Restructurer l’organisation et la gestion de la mutuelle 4. Autre (à préciser |

Table des matières

[SIGLES ET ABREVIATIONS 2](#_Toc59012893)

[LISTE DES TABLEAUX 3](#_Toc59012894)

[0. INTRODUCTION 4](#_Toc59012895)

[0.1. PROBLEMATIQUE 4](#_Toc59012896)

[0.2. HYPOTHESES 5](#_Toc59012897)

[0.3. BUT ET OBJECTIFS DE L’ETUDE 6](#_Toc59012898)

[0.4. METHODOLOGIE 6](#_Toc59012899)

[0.4.1. Techniques 6](#_Toc59012900)

[0.4.2. Méthodes 6](#_Toc59012901)

[0.5 SUBDIVISION ET STRUCTURE DU TRAVAIL 6](#_Toc59012902)

[CHAPITRE I : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA PROTECTION SOCIALE 7](#_Toc59012903)

[I.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS 7](#_Toc59012904)

[I.1.1.La Sécurité sociale, la protection sociale et la prévoyance sociale 7](#_Toc59012905)

[I.1.2.Prépaiement des services et soins 8](#_Toc59012906)

[**I**.2.3. Ménages des enseignants 9](#_Toc59012907)

[**I**.1.4.Mutuelle de santé 10](#_Toc59012908)

[I.2. LA PROTECTION SOCIALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE 10](#_Toc59012909)

[I.2.1.L’Assitance médicale 11](#_Toc59012910)

[I.2.2.L’Assurance Maladie 11](#_Toc59012911)

[I.3.LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTE EN RDC 13](#_Toc59012912)

[**I**.3.1.Segmentation de la population par secteur d’activités 13](#_Toc59012913)

[I.3.2. Perspectives pour l’amélioration de la protection sociale en RDC 16](#_Toc59012914)

[1.4. PREPAIEMENT DES SOINS ET ECONOMIE DES MENAGES 19](#_Toc59012915)

[CHAPITRE II : APPROCHE METHODLOGOGIQUE 22](#_Toc59012916)

[II.1. PRESENTATION DU CADRE DE L’ETUDE 22](#_Toc59012917)

[II.1.1. Contexte démographique de Kinshasa 22](#_Toc59012918)

[II.1.2. Contexte économique et social de Kinshasa 23](#_Toc59012919)

[II.1.3. Présentation de la Mutuelle de Santé des Enseignants (MESP) 23](#_Toc59012920)

[II.2. METHODOLOGIE 24](#_Toc59012921)

[II.2.1 Techniques 24](#_Toc59012922)

[II.2.2. Méthodes 24](#_Toc59012923)

[II.2.3. Population d’étude et échantillonnage 24](#_Toc59012924)

[II.3. COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES 24](#_Toc59012925)

[II.3.1. Collecte des données sur terrain 24](#_Toc59012926)

[II.3.2. Traitement et analyse des données 24](#_Toc59012927)

[II.3.3. Difficultés et opportunités dans la collecte des données 25](#_Toc59012928)

[II.4. CONSIDERATIONS ETHIQUES 25](#_Toc59012929)

[CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS DES INVESTIGATIONS 26](#_Toc59012930)

[*III.1. PROFILS DES REPONDANTS* 26](#_Toc59012931)

[III.1.1.Sexe et âge des répondants 26](#_Toc59012932)

[III.1.2. Statut matrimonial des répondants 26](#_Toc59012933)

[III.1.3.Niveau d’étude des répondants 27](#_Toc59012934)

[III.1.4.Ancienneté des répondants à la mutuelle 27](#_Toc59012935)

[*III.2. UTILISATION DES SERVICES PAR LES REPONDANTS* 28](#_Toc59012936)

[III.2.1. Utilisation des services avec recours à la mutuelle 28](#_Toc59012937)

[III.2.2. Utilisation des services avec recours s à la mutuelle 28](#_Toc59012938)

[III.3. SATISFACTION PAR RAPPORT AUX SERVICES ET SOINS REÇUS 29](#_Toc59012939)

[III.3.1. Satisfaction par rapport à la distance Centre de Santé-Domicile 29](#_Toc59012940)

[III.3.2. Satisfaction par rapport aux services et soins reçus 29](#_Toc59012941)

[III.3.3. Satisfaction par rapport au délai d’attente 30](#_Toc59012942)

[III.3.4. Satisfaction par rapport aux examens complémentaires 30](#_Toc59012943)

[III.3.5. Satisfaction par rapport aux médicaments prescrits 30](#_Toc59012944)

[*III.4. PROBLEMES RELEVES PAR LES REPONDANTS* 31](#_Toc59012945)

[III.4.1. Frais supplémentaires dépensés par les répondants 31](#_Toc59012946)

[III.4.2. Remboursement des frais supplémentaires engagés 31](#_Toc59012947)

[*III.5. MECANISMES D’INTERACTION MUTUALISTES-GESTIONNAIRE* 33](#_Toc59012948)

[III.5.1. Appréciation de l’interaction mutualistes-gestionnaire de la MESP 33](#_Toc59012949)

[III.5.2. Amélioration de l’interaction mutualistes-gestionnaires de la MESP 33](#_Toc59012950)

[CHAPITRE IV. ANALYSE CRITIQUE ET DISCUSSION DES RESULTATS 34](#_Toc59012951)

[III.1. PROFILS DES REPONDANTS ET MODALITES DE CONTRIBUTION 34](#_Toc59012952)

[III.2. UTILISATION DES SERVICES ET SATISFACTION DES BENEFICIAIRES 34](#_Toc59012953)

[III.3. FRAIS SUPPLEMENTAIRES ENCOURUS ET LEUR REMBOURSEMENT 36](#_Toc59012954)

[III.4. GOUVERNANCE ET INTERACTIONS MUTUALISTES -GESTIONNAIRES 36](#_Toc59012955)

[CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 38](#_Toc59012956)

[REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 39](#_Toc59012957)

[ANNEXE : FICHE D’ENQUETE 41](#_Toc59012958)