

Profil de la clientele des mutuelles de sante a kinshasa

Par

MUANZA NZUZI Raphaël *

NZITA KIKHELA Paul Denis **

Résumé

Il est à noter que les mutuelles de santé ne cessent de se développer en Afrique subsaharienne, mais leurs taux de pénétration demeurent relativement faibles. Au-delà des facteurs pris en considération dans notre étude, il nous semble que d'autres éléments mériteraient d'être examinés. Ainsi, comme le suggèrent notamment Defourny et Failon (2011), les modes de participation des mutualistes dans l'organisation et les modalités de contrôle des mutuelles par leurs membres ou par voie externe pourraient aussi avoir une influence sur les adhésions. Nos analyses indiquent que 10 % seulement des ménages à Kinshasa sont affiliés à une mutuelle de santé parmi nos enquêtés et que les analyses sur les facteurs favorisant l'affiliation à une mutuelle de santé ont retenu dix variables à savoir : le revenu du ménage, le milieu de naissance du chef de ménage, le milieu de socialisation du chef de ménage (c'est-à-dire l'endroit où le chef de ménage a vécu dans son enfance), le niveau socioéconomique du ménage, le type de quartier, l'état matrimonial du chef de ménage, le niveau d'instruction du chef de ménage, la religion du chef de ménage, la taille du ménage et l'activité du chef de ménage. En ce qui concerne le profil des ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé, les résultats indiquent selon la première dimension que le niveau socioéconomique explique le fait à 72 % et le type de quartier explique à 74% et cette situation est vraiment différente par rapport à la deuxième dimension où le type de quartier explique à 78 % et le niveau socioéconomique également à 78 %.

Mots clés: Profil de la population, mutuelle de santé, affiliation et clientèle.

ABSTRACT

It is worth noting that health mutuals continue to develop in sub-Saharan Africa, but their penetration rates remain relatively low. Beyond the factors considered in our study, we believe that other elements deserve to be examined. Thus, as suggested by Defourny and Failon (2011), the modes of participation of members in the organization and control methods of mutuals by their members or externally could also influence memberships.

Our analyses indicate that only 10% of households in Kinshasa are affiliated with a health mutual among our surveyed individuals, and the analyses on the factors promoting affiliation to a health mutual identified ten variables, namely: household income, the birthplace of the head of household, the socialization environment of the head of household (that is, the place where the head of household lived in their childhood), the socioeconomic level of the household, the type of neighborhood, the marital status of the head of household, the education level of the head of household, the religion of the head of household, the household size, and the occupation of the head of household.

*

**

Muanza N. & Nzita K., (2023).

Regarding the profile of households affiliated with a health mutual, the results indicate according to the first dimension that the socioeconomic level explains this by 72% and the type of neighborhood explains by 74%, and this situation is really different compared to the second dimension where the type of neighborhood explains by 78% and the socioeconomic level also explains by 78%.

Key words: Population profile, mutual health insurance, affiliation and clientele.

1. INTRODUCTION

Le problème d'accès aux soins en Afrique Subsaharienne est sérieux. Les systèmes de santé africains sont en crise. Après leur indépendance, les Etats africains ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grande part du coût des soins. Un énorme problème d'accès financier aux soins se pose.

Dans les années 1980, presque tous les pays africains ont instauré le paiement direct des soins par les patients lorsqu'ils utilisent les services de santé. Mais de nombreuses études ont montré que ce mode de paiement exclut les populations vulnérables de l'accès aux services de santé et les expose au risque de s'appauvrir davantage. Ces situations soulèvent d'importants problèmes éthiques et ont été des freins à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et à la lutte contre la pauvreté. Une solution envisagée dès le début est l'exemption du paiement au cas par cas pour les indigents. Mais très peu de pays ont réellement mis en place de tels systèmes, et les rares expériences ont été inefficaces. Face à ces difficultés, la solution expérimentée par certains pays africains depuis quelques années est d'abolir le paiement pour tous, ou au moins pour des catégories de personnes ou de services facilement identifiables, à la différence des exemptions au cas par cas. De nombreux acteurs de la coopération se sont également rangés à cette approche (Banque Mondiale, ECHO, OMS, coopérations britannique, danoise, canadienne, plusieurs ONG...) même si nous savons que l'abolition du paiement direct ne réduit pas l'ensemble des coûts directs.

Outre le fait que le paiement direct des soins de santé soit en partie tributaire des problèmes de santé, les conditions de vie et les politiques d'envergure régionale et/ou nationale, notamment

dans le domaine de la santé, influencent aussi le niveau des dépenses de santé et par conséquent leur poids dans le budget des ménages.

Par ailleurs, le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'un pays est l'un des indicateurs les plus importants du développement économique et social. Il est en effet, l'une des composantes de l'Indice du Développement Humain (IDH). La mortalité en générale, et celle des enfants de moins de cinq ans en particulier, est l'un des problèmes cruciaux de développement que connaissent les pays en voie de développement et surtout ceux d'Afrique Subsaharienne, en dépit des stratégies de développement sanitaires mises en œuvre (Dackam, 1990). Cependant, au sortir de l'indépendance, les niveaux de mortalité infantile et juvénile dans la plupart de ces pays ont connu des baisses considérables. Depuis la Conférence d'Alma Ata (Kazakhstan, 1978), le problème de la santé a été au centre des préoccupations des Pays en Voie de Développement (PVD). Cette conférence avait réitéré que « la santé est un droit de l'homme et que les soins doivent être accessibles géographiquement et financièrement et socialement approprié ». Autrement dit, la recherche du bien-être social a été et demeure de nos jours un combat des instances dirigeantes du monde, comme en témoignent les différentes conférences internationales consacrées à cette question. La conférence dite (Initiative de Bamako, 1987), la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio, 1992), la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Caire 1994), et le Sommet Mondial pour le développement Social (Copenhague, 1995).

La croissance démographique reste un élément capital dans la planification des nations. Plus la démographie est non maîtrisable, plus les Etats ont du mal à se positionner sur la voie de l'émergence. C'est la tendance qu'affichent les pays d'Afrique subsaharienne, dont la République

démocratique du Congo qui compte environ 90 millions d'habitants selon les prévisions de l'ONU pour l'an 2020.

Notons que le paludisme, également appelé malaria, est une grave maladie infectieuse sévissant dans plus de 100 pays, où vivent près de 40 % de la population mondiale. Il est responsable chaque année de 300 à 500 millions d'épisodes fébriles qui provoquent, selon les estimations, de 1 à 3 millions de décès (Nuwaha, 2001). Pour des raisons épidémiologiques, mais également sanitaires et sociales, c'est en Afrique que le paludisme a les conséquences les plus importantes.

En Afrique sub-saharienne, le paludisme constitue depuis toujours l'une des premières causes de morbidité et de mortalité dans l'enfance. Au cours des dernières décennies, dans un contexte de baisse de la mortalité dans l'enfance –recul d'environ 30 % entre 1960 et 1990-, la part de la mortalité attribuée au paludisme dans la mortalité infanto juvénile a augmenté : elle est passée de 12 % dans les années 1970 à près de 30 % dans les années 1990 (Snow et al., 2001). L'évolution épidémiologique du paludisme au cours des dernières années en fait l'objet d'une préoccupation majeure : il menace de devenir en Afrique sub-saharienne « une maladie qui tue non pas des centaines de personnes chaque jour, mais des milliers » (Snow et al., 2000, p.77).

Aussi, la santé d'une population constitue l'un des critères les plus significatifs de son niveau socio-économique, tout autant qu'un facteur de développement. (Gruenais et Poutier, 2000). Car le progrès auquel aspire chaque nation est notamment déterminé par la participation et la contribution de ses concitoyens en très bonne santé. En revanche, la mauvaise situation sanitaire entraîne un affaiblissement du bien-être et constitue une cause principale de la mortalité. D'où la nécessité d'une politique de santé adaptée véritablement aux besoins de la population.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Avec une superficie de 2345410 km², la RDC est l'un des plus vastes pays d'Afrique. En l'absence d'un recensement de sa population, elle est estimée à plus de 80 millions d'habitants selon les estimations de l'Institut National de la Statistique (Annuaire statistique 2014). La RDC est classée actuellement parmi les pays les plus pauvres du monde, malgré ses immenses ressources naturelles. Du point de vue sanitaire, il est constaté qu'un profil épidémiologique dominé par les maladies transmissibles et non transmissibles et une mortalité maternelle et infanto-juvénile parmi les élevées d'Afrique, bien que la mortalité infanto-juvénile ait baissé entre 2007 (où elle s'élevait à 158 pour 1000) et 2015 (où elle a atteint 104 pour 1000) et une fragmentation du système de santé avec un niveau d'accès très faible aux services des soins de santé pour une population à majorité pauvre (OMS, 2016).

Ceci s'explique principalement par : (i) les multiples barrières à l'accès aux soins : le coût des prestations, le coût des médicaments, les ponctions et rétrocessions aux niveaux supérieurs afin de permettre la survie d'un système pyramidal de faible qualité, les difficultés d'accessibilité géographique, etc. (ii) le faible niveau de confiance en un personnel de santé démotivé et déqualifié. La population congolaise vit dans un environnement social précaire et l'absence d'un système formel de protection sociale constitue un élément aggravant cette précarité (Ministère de la Santé Publique de la RDC, 2013).

Le Ministère de la Santé a le souci d'organiser ou de voir organisé un système formel d'entraide et de solidarité à travers le développement de mutuelles de santé, à l'instar d'initiatives qui ont vu naissance par le passé en RDC (Bwamanda, Bokoro, Kasongo) et en Afrique de l'Ouest.

En effet, une large part des populations de la

RDC vit actuellement dans un contexte d'extrême pauvreté et souffre de graves problèmes sanitaires. Alors que les soins de santé étaient auparavant largement subventionnés par l'État, ils relèvent, depuis l'Initiative de Bamako en 1987, de la participation financière des usagers dans une logique de recouvrement des coûts. Ce retrait du secteur public dans le financement de la santé a eu d'importantes conséquences pour les populations, en particulier celles du secteur informel. En outre, l'insuffisance ou l'inaccessibilité des marchés assurantiels privés empêchent nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque maladie. Privées de protection sociale, ces populations se voient dès lors dans l'incapacité financière d'accéder à des soins de santé de qualité.

Face à ces difficultés, on voit émerger, depuis une vingtaine d'années, des systèmes de micro-assurance santé en Afrique Subsaharienne. Leur principal objectif est l'amélioration de l'accès des populations démunies aux soins de santé, ils peuvent constituer une alternative pertinente pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection sociale. C'est pourquoi ils suscitent un vif intérêt auprès d'une multitude d'acteurs tant publics que privés. Bien que ces systèmes de micro-assurance santé soient relativement récents, ils ne cessent de prendre de l'ampleur. Leur nombre semble en effet en constante progression, l'inventaire de la Concertation (2004) entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique dénombrant pas moins de six cent vingt-deux organismes en 2004 dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre (Notons toutefois que le manque de données et de documentation ne permet pas d'établir un inventaire exhaustif. Aucune mise à jour de cet inventaire n'a été réalisée depuis 2003 et il apparaît que ces chiffres sont aujourd'hui dépassés en raison de l'expansion du mouvement en Afrique de l'Ouest).

Il est à noter que la République Démocratique du Congo avait déjà fait siennes la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de santé primaires (SSP) en 1978 et en 2009 dans les conclusions de l'Assemblée Mondiale de la Santé, qui du reste a demandé la mise en place des 4 axes de la santé à savoir : la réforme de la couverture universelle pour améliorer l'équité en santé, la réforme des prestations des services pour mettre l'individu au centre des systèmes de santé, la réforme des politiques de santé pour promouvoir et protéger la santé des communautés et en fin la réforme du leadership pour rendre les responsables sanitaires plus efficaces.

En effet, aussi longtemps que l'accès à des soins de qualité, en temps opportun, ne sera pas amélioré, la situation sanitaire en Afrique en général et en République Démocratique du Congo en particulier ne pourra que stagner ou même se détériorer. Une telle amélioration requiert qu'on consacre plus de fonds aux services de santé, et qu'on alloue ces fonds de manière plus efficiente ou encore de favoriser et d'encourager l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé.

En RDC, les mutuelles de santé sont organisées par le décret du 15 avril 1958 réglementant les associations mutualistes. Ces dispositions légales ne correspondent plus à l'évolution institutionnelle que connaît notre pays depuis l'accession à l'indépendance. En effet, la structure actuelle de la protection sociale souffre d'une couverture insuffisante qui ne concerne pas l'ensemble de risques sociaux et ne prend en charge que les personnes exerçant une activité dépendante salariée ou politique. Elle néglige, de ce fait, la majorité de la population active qui œuvre dans le secteur informel et indépendante qui en réalité représente plus de 90% de la population congolaise.

En 2006, au vu de la situation sanitaire peu luisante, la Stratégie de Renforcement du Sys-

tème de Santé, SRSS en sigle, a été adoptée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTF) lors de la revue annuelle organisée en février 2006. Le but poursuivi est d'améliorer l'offre de qualité ainsi que l'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population congolaise. Coptée par le Ministère du Plan dans le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, DSCRIP en signe, cette stratégie est devenue la contribution du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté.

Par ailleurs, la RDC vient d'élaborer son Plan National Stratégique de Développement (PNSD) en vue de préparer la phase qui permettra au pays de devenir un pays émergent en 2030-35. Pour ce faire, ce plan mise sur l'atteinte des dividendes démographiques. Ceux-ci ne pourront être une réalité que si la fécondité baisse sensiblement et rapidement. Ce souhait ne s'est pas encore réalisé en RDC du fait que la mortalité ne baisse pas assez rapidement et assez substantiellement. Lors de l'évaluation des OMD, par exemple, il est apparu que la RDC est dans la catégorie des pays africains qui n'ont pas atteint l'objectif 4. L'une des raisons est qu'il y a un maintien de la prévalence élevée des maladies infectieuses et parasitaires, dont le paludisme (Banque mondiale, 2015).

En effet, en 2014, 41 % d'enfants au pays ont souffert de cette maladie et 31 % dans la ville de Kinshasa (Ministère du Plan de la RDC et Unicef, 2018) ; en 2007, 31 % d'enfants ont souffert de la fièvre (Ministère de la Santé Publique de la RDC, 2007) et en 2006, 37 % ont souffert de cette maladie selon l'enquête ESP dans les données des zones de santé appuyées dans la lutte contre le paludisme par le Fonds Mondial. En outre, lorsque cette maladie survient, les soins ne sont pas souvent assurés de manière adéquate. Notons qu'en effet, en République Démocratique du Congo, seulement 20%

de la population utilise couramment les services de santé alors que dans les années 80, ce taux était de 60 % (Ministère de la Santé de la RDC, 2007). En 2010, seulement un tiers des enfants souffrant d'infections respiratoires et la moitié des enfants souffrant de la fièvre avaient reçu des soins appropriés. Aussi, les taux de mortalité infantile et de mortalité infanto juvénile de la RDC sont parmi les plus élevés d'Afrique Subsaharienne. Ils étaient respectivement de 92 et de 148 décès pour 1000 naissances vivantes (Ministère de la Santé Publique de la RDC, 2013). Aussi, on note la sous-utilisation des formations sanitaires indique la même source.

Selon le Ministère de la Santé Publique (2013), en RDC, un grand nombre de patients n'accèdent pas aux services de santé formels. Dans les zones urbaines tout comme dans les régions rurales, le MICS de 2013 a trouvé qu'entre 40 et 45% des enfants qui ont souffert du paludisme n'ont reçu aucun traitement et, dans 25 % des cas environ, les ménages s'adressent à des vendeurs de médicaments ou à d'autres personnes. Et aussi, d'après EDS, 2007, 58 % d'enfants de moins de cinq ans n'ont pas recherché un traitement pour cette même maladie. Plusieurs petites études plus récentes montrent aussi que 50 à 60 % des malades ne vont pas consulter un prestataire de santé formel ; ils préfèrent ne pas solliciter de traitement ou opter pour l'automédication. En générale, près de deux tiers des patients ne recourent pas au système de santé pour obtenir des soins (Banque Mondiale, 2005).

A l'évaluation des accomplis dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les indicateurs du développement ne sont pas satisfaisants pour la RDC, particulièrement dans le domaine de l'accès aux soins de santé (Nations Unies, 2010), d'où la nécessité de rechercher la cause de cette situation qui, en plus des actions préventives, permettra de déclencher une baisse importante de la mortalité.

Dans cette même lancée, la santé a été retenue parmi les priorités du Gouvernement. En effet dans son discours programme, le Chef de l'Etat a souligné que la santé figure parmi les priorités et que l'atteinte de la couverture sanitaire universelle occupe une place de choix et ceci venait d'être renchéri par le discours-programme du Gouvernement devant l'Assemblée Nationale présenté le premier ministre. Alors que le président de la République avait annoncé que la santé serait l'une de ses priorités dans sa mandature, mais le Gouvernement n'a réservé à ce poste qu'environ 7 % du budget, bien loin de l'objectif de 15 % que l'ensemble du continent s'était fixé à Abuja en 2001.

L'objectif de cette étude est de fournir des éléments de réponse sur les relations entre « Population et santé » à travers l'analyse des facteurs favorisant l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé et l'identification du profil de ces ménages. Ainsi, cette étude se propose donc de répondre à quelques questions propres à la situation de la République Démocratique du Congo, notamment : Quels sont les facteurs qui favorisent l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé ? Quel est le profil des ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous émettons la principale hypothèse que nous avons retenue dans cette étude qui est la suivante: « l'affiliation à une mutuelle de santé favorise l'accès universel aux soins ».

3. METHODOLOGIE

3.1. SOURCES DES DONNÉES

Les données qui sont utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête quantitative transversale (avec quelques questions ouvertes) menée dans les ménages échantillonnés dans la ville de Kinshasa et tirés d'une manière aléatoire. Elles ont été collectées auprès des chefs

des ménages ou leurs conjoints. Pour ce faire, une zone opérationnelle a été choisie en tenant compte de la stratification des quartiers de la ville de Kinshasa telle qu'identifiée par l'Enquête avec Questionnaire Unifié à Indicateurs de Base de Bien-être en RDC (E-QUIBB/RDC 1-2016). Ainsi, l'échantillon constitué des ménages a été constitué dans des quartiers présentant un niveau socioéconomique diversifié à 3 niveaux (riche, moyen et pauvre).

3.2. TECHNIQUES D'ANALYSES DES DONNÉES

Pour connaître les facteurs favorisant de l'affiliation à une mutuelle de santé, nous avons fait recours à l'analyse de Khi carré tandis que pour connaître le profil des affiliés, nous avons utilisé l'analyse Factorielle en composante multiple.

Ce test a permis de vérifier l'indépendance entre l'accès aux soins, les connaissances et comportements en matière d'assurance maladie et les facteurs socioéconomiques, sociodémographiques, socioculturels et contextuels. Il est obtenu selon la formule (Howell, 2008):

$$\chi^2 = \sum_{n=1}^{\infty} \frac{(O - A)^2}{A}$$

O représente les effectifs (fréquences) observés et A, représente les effectifs (fréquences) attendus.

KHI CARRE est un test statistique conçu pour déterminer si la différence entre deux distributions de fréquences est attribuable à l'erreur d'échantillonnage ou est suffisamment grande pour être statistiquement significative. Si la différence entre les deux distributions est réduite, l'hypothèse nulle sera acceptée. Si la différence est grande, l'hypothèse nulle ne sera rejetée et on parlera d'une différence statistiquement significative parce que l'écart entre les deux distributions est trop important pour être expliqué par le hasard seulement.

Muanza N. & Nzita K., (2023).

Pour connaître le profil des ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé, l'analyse Factorielle des Composantes Principales a été utilisée. Elle consiste en tant qu'analyse exploratoire, à étudier les relations entre deux ou plusieurs caractéristiques catégorielles à partir de la transformation du tableau de contingence en un tableau disjonctif complet (Lebart et al., 2006). Il s'agit d'une analyse factorielle, une généralisation de l'analyse des correspondances simples. Elle décrit la liaison entre les modalités des variables.

Elle étudie les similarités (ou les dissimilarités) entre les catégories (modalités) des variables catégorielles. Elle est une méthode de condensation de l'information jugée abondante de l'espace des variables initiales et un mode de représentation graphique du résultat de cette opération de condensation (Masuy-Stroobant, 2003). Elle permet ainsi de construire d'une part le profil des ménages sous étude et d'autre part les indicateurs synthétiques ou agrégés. Elle peut aussi servir de préalable à d'autres méthodes comme la classification et la régression. Cette méthode d'analyse consiste à rechercher des sous-espaces de faibles dimensions qui ajustent au mieux le nuage de points des individus et le nuage de points des variables.

L'analyse des données nous permettra de mettre en évidence deux grands profils des ménages qui sont affiliés à des mutuelles de santé suivant certaines variables qui seront prises en compte.

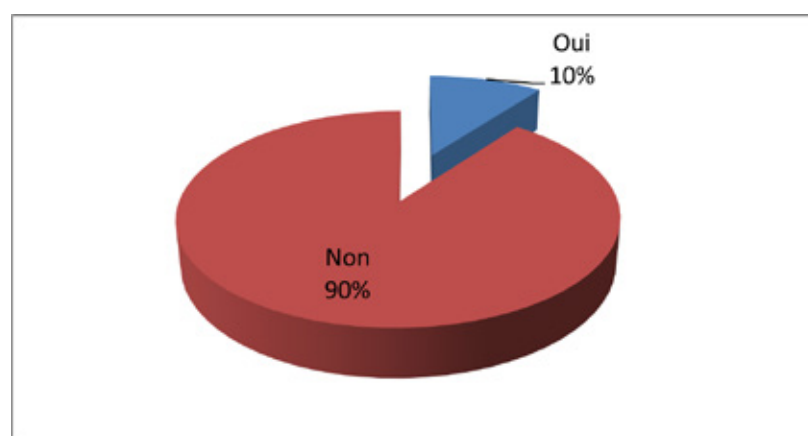
A travers cette étude, l'Analyse Factorielle des Composantes Multiples, permet d'analyser les profils des ménages qui sont affiliés à des mutuelles de santé. L'analyse des profils se fait conformément à l'analyse des nuages des points projetés en fonction des proximités des modalités de chaque variable et en fonction des proximités des modalités entre les variables.

4. ANALYSE DE L'AFFILIATION À UNE MUTUELLE DE SANTÉ

4.1. NIVEAU D'AFFILIATION

Nos analyses, comme le montre la figure 1 ci-dessous, indiquent que 10 % seulement de ménages sont affiliés à une mutuelle de santé parmi nos enquêtés. Dans les sections qui suivent, nous allons donner les raisons qui font que peu de personnes s'affilient à une mutuelle de santé.

Figure 1 : Proportion d'affiliés dans une mutuelle de santé



Source : Enquête AUS (2018)

4.2. FACTEURS FAVORISANT L'AFFILIATION DANS UNE MUTUELLE DE SANTÉ

Les analyses de notre étude sur les facteurs favorisant l'affiliation à une mutuelle de santé ont retenu dix variables à savoir (tableau 1) : le revenu du ménage ($P = 0,000$), le milieu de naissance du chef de ménage ($P = 0,000$), le milieu de socialisation du chef de ménage, c'est-à-dire l'endroit où le chef de ménage a vécu dans son enfance ($P = 0,020$), le niveau socioéconomique du ménage ($P = 0,000$), le type de quartier ($P = 0,000$), l'état matrimonial du chef de ménage ($P = 0,028$), le niveau d'instruction du chef de ménage ($P = 0,001$), la religion du chef de ménage ($P = 0,001$), la taille du ménage ($P = 0,000$) et l'activité du chef de ménage ($P = 0,001$).

En analysant le tableau 1 en annexe, nos analyses indiquent que les pauvres sont plus affiliés que les autres niveaux de vie, soit un écart de 13,7 % avec les riches. Les ménages des cités excentrées représentent 25 %, ceux des quartiers résidentiels 8 % et ceux des cités d'extension Sud 7 %, soit des écarts respectifs de 17 % et de 18%. En examinant l'état matrimonial du chef de ménage, les résultats indiquent que les célibataires sont plus affiliés que les mariés monogamiques et mariés polygamiques soit respectivement 20 %, 10 % et 8 %. Donc, les mariés monogamiques représentent un niveau d'affiliation qui est la moitié de ceux des célibataires et un peu plus de la moitié que ceux des mariés polygamiques. Les chefs de ménage qui ont été socialisés à Kinshasa (Milieu où les chefs de ménage ont vécu leur enfance) sont ceux qui ont un niveau d'affiliation le plus élevé que ceux qui ont été socialisés en milieu rural et dans les autres villes soit respectivement 13 %, 10 % et 4 %. Les écarts sont très prononcés entre ceux qui ont été socialisés à Kinshasa et ceux qui ont été socialisés dans les autres villes, soit un écart de 9 % et ceux qui ont été socialisés en milieu rural et ceux socialisés dans les autres villes, soit un écart de 5 %.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les chefs de ménage de niveau secondaire sont plus affiliés que ceux du niveau supérieur soit respectivement 17 % et 9 %. La religion du chef de ménage joue aussi un rôle déterminant sur l'affiliation à une mutuelle de santé. Les résultats indiquent que les protestants sont plus affiliés

que les autres. Les protestants représentent 16 %, les kimbanguistes 11 %, les autres religions 10 % et les catholiques 8 %. Les ménages à revenu faible sont plus affiliés que les autres soit 8 fois plus que les ménages à revenu moyen et 12 fois plus que ceux de revenu élevé. En ce qui concerne la taille de ménage, le ménage de taille élevée sont plus affiliés par rapport au ménage de taille moyenne et de taille faible. Ce qui veut tout simplement dire plus la taille de ménage augmente, plus on cherche de solution de santé. Quant au secteur d'activité, les résultats montrent que ceux qui ne travaillent pas sont plus affiliés à une mutuelle de santé que ceux qui sont dans le secteur formel. Ceci est une évidence dans la mesure où ceux qui ne travaillent pas cherchent à s'affilier pour espérer être pris en charge en cas de survenue d'une quelconque maladie.

4.3. CONNAISSANCES DES AVANTAGES LIÉS À L’AFFILIATION DANS LES MUTUELLES DE SANTÉ

Dans cette sous-section, il a été question d'analyser les connaissances qui sont liées aux avantages des mutuelles. De nos analyses, il découle du tableau 2 ci-dessous que les avantages des mutuelles de santé sont présentés en ordre d'ascendant suivant : facilite l'accès aux soins (64 %), accroît l'accès aux soins de santé (18 %), réduit la mortalité (15 %), favorise la gratuité des soins (5 %), garantit l'équité (3 %), élimine la discrimination (2 %) et enfin favorise la qualité des soins (1 %).

Muanza N. & Nzita K., (2023).

Tableau 2: Connaissances des avantages de l'affiliation à une mutuelle de santé

Avantages de liés à l'affiliation à une mutuelle de santé	Pourcentage
Accroît l'accès aux soins	17,5
Réduit la mortalité	14,5
Garantit l'équité	2,5
Facilite l'accès aux soins	64
Elimine la discrimination	1,7
Favorise la qualité des soins	0,8
Gratuité des soins	5,2

Source: Enquête AUS (2018)

4.4. RAISONS DES MÉNAGES DE NE PAS S'AFFILIER À UNE MUTUELLE DE SANTÉ

Dans nos investigations, les répondants ont avancé les raisons qui font qu'ils ne soient pas affiliés à une mutuelle de santé. Parmi ces raisons, il s'agit de : la cotisation toujours élevée (67 %), les personnes n'ont pas d'emplois qui peuvent leur garantir leur cotisation (11 %), certaines personnes estiment que les frais de cotisation sont mal gérés (8 %), la plupart de personnes travaillent dans le secteur informel (5 %), certaines personnes pensent que se faire assurer n'a pas d'importance (3 %), l'absence de l'état, c'est-à-dire que la population est abandonnée à son triste sort (2 %), il y a de ceux-là qui ne savent rien de l'assurance maladie (2 %) et enfin il y a des personnes qui ne savent pas

comment s'affilier et où s'assurer (2 %) (Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3: Les raisons de ne pas s'affilier à une mutuelle de santé

Raisons de ne pas s'affilier à une mutuelle de santé	Effectif	Pourcentage
Pas d'importance	29	3,1
Cotisation élevée	623	67,4
Mal gérée	74	8
Pas d'emploi	104	11,3
Absence de l'état	16	1,7
Travail à l'informel	42	4,5
Ne sait rien de l'assurance maladie	14	1,5
Ne sait où et comment s'affilier	22	2,4
Total	924	100

Source: Enquête AUS (2018)

4.5. ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES ET PROFIL DE LA POPULATION AFFILIÉE À UNE MUTUELLE DE SANTÉ

L'analyse des données nous a permis de mettre en évidence les deux grands profils des dépenses de santé des ménages, suivants certaines variables sociodémographiques, illustrés dans les tableaux 4 et 5 ci-après :

Tableau 4: Profil des ménages affiliés à une mutuelle de santé suivant certaines caractéristiques sociodémographiques par rapport à l'axe des X

Tableau 4: Profil des ménages affiliés à une mutuelle de santé suivant certaines caractéristiques sociodémographiques par rapport à l'axe des X

1er profil : Ménages qui ne sont pas affiliés à une mutuelle de santé	2 éme profil : Ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé
Moyen	Riche et pauvre
Quartier résidentiel, Nouvelle cité et ancienne cité	Cité d'excentrée Sud, cité excentrée et cite planifiée
Célibataire, uni de fait et divorcé	Marié monogamique, marié polygamique et veuf
Urbain	Rural et urbano rural
Catholique et églises de réveil	Protestant, Kimbanguiste et autres religions
Elevé et moyen	Faible
Moyenne et faible	Elevée
Secteur informel	Ne travaille pas et secteur formel
Secondaire	Supérieur, primaire et sans instruction

Source: Enquête AUS (2018)

Tableau 5: Profil des ménages affiliés à une mutuelle de santé suivant certaines variables socio-démographiques par rapport à l'axe des Y

1er profil : Ménages qui ne sont pas affiliés à une mutuelle de santé	2 éme profil : Ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé
Riche	Moyen et pauvre
Cité planifiée et quartier résidentiel	Cité d'extension Sud, cité excentrée nouvelle cité et ancienne cité
Marié monogamique, marié polygamique et célibataire	Unit de fait, divorcé/séparé et veuf
Urbain	Rural et urbano rural
Protestant et catholique	Kimbanguiste, églises de réveil et autres religions
Elevé	Moyen et faible
Faible	Elevée et moyenne
Secteur formel	Secteur informel et ne travaille pas
Supérieur	Secondaire, primaire et sans instruction

Source: Enquête AUS (2018)

Nos analyses nous montrent selon l'axe des X un résultat (tableau 4), où nous avons d'une part, les ménages des quartiers résidentiel, Nouvelle cité et ancienne cité, constitués des célibataire, uni de fait et divorcé, dont les chefs de ménage ont été socialisés en milieu urbain, qui prient chez les catholiques et dans les églises de réveil, de niveau des revenus élevé et moyen, de taille de ménage moyenne et faible, travaillant dans le secteur informel et de niveau d'instruction secondaire et en opposition d'autre part les ménages des riche et pauvre, vivant dans les cité d'excentrée Sud, cité excentrée et cite planifiée, de l'état matrimonial marié monogamique, ma-

rié polygamique et veuf, dont les chefs de ménage ont été socialisés en milieu rural et urbano rural, qui prient chez les protestant, Kimbanguiste et autres religions, de revenu faible, taille élevée, Ne travaille pas et qui travaillent dans le secteur formel et de niveau d'instruction supérieur, primaire et sans instruction.

Par contre en analysant ces résultats en fonction de l'axe des Y (tableau 5), nous avons d'une part une population riche, habitant dans le quartier résidentiel et cité planifiée, vivant en milieu urbain, de religion protestante et catholique, de revenu élevé œuvrant dans le secteur formel

Muanza N. & Nzita K., (2023).

et de niveau d'instruction supérieur, en opposition d'autre part à une population pauvre et moyen, résidant dans les cité d'extension Sud, cité excentrée, nouvelle cité et ancienne cité, uni de fait, divorcé/séparé et veuf, socialisée en milieu rural et urbano-rural, de confession religieuses Kimbanguiste, églises de réveil et autres religions, de revenu moyen et faible, de taille de ménage élevée et moyenne, œuvrant dans le secteur informel et ne travaillant pas et de niveau d'instruction secondaire, primaire et

sans instruction.

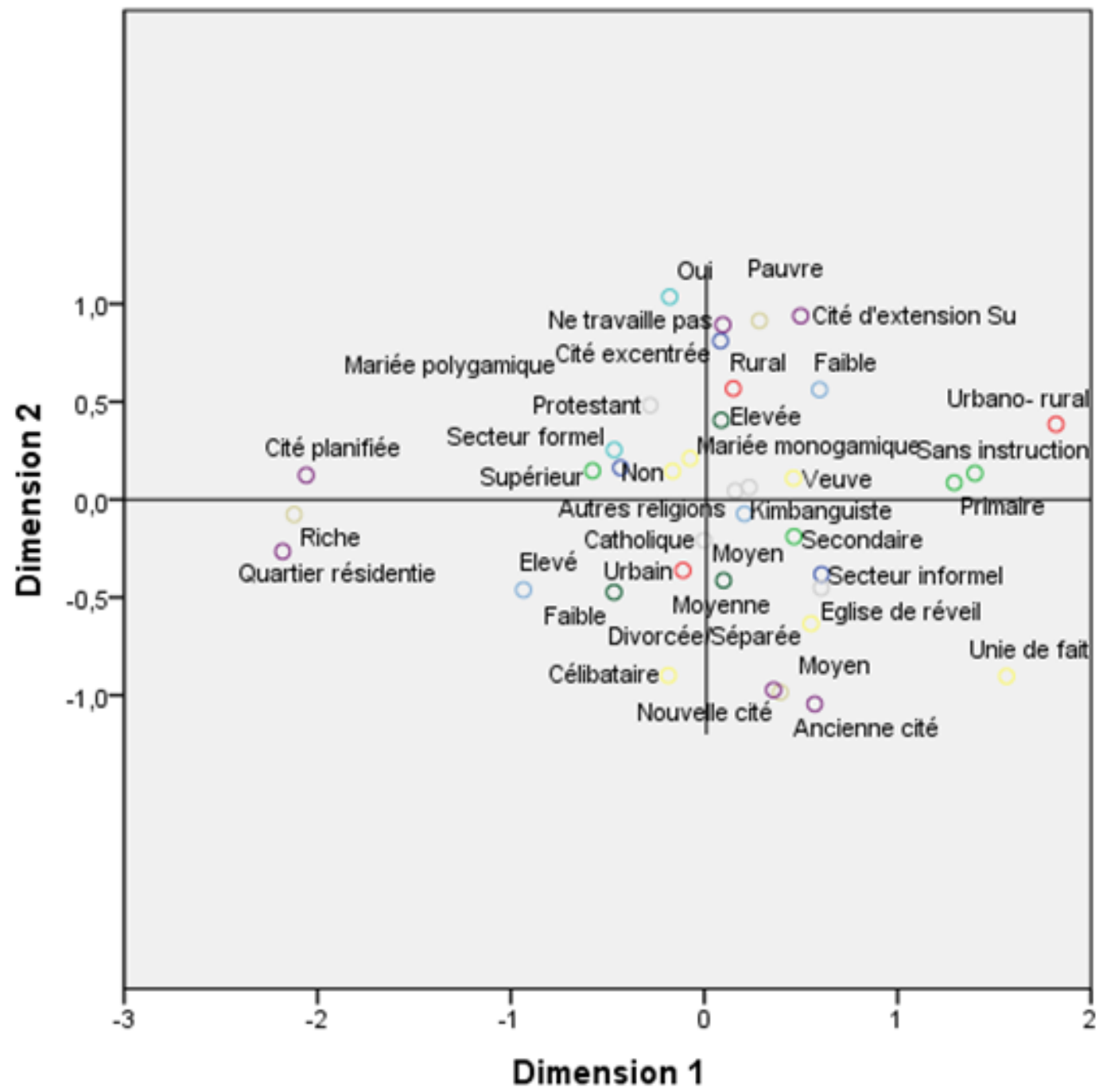
Les résultats du tableau 6 ci-dessus indiquent selon la première dimension que le niveau socioéconomique explique le fait à 72 % et le type de quartier explique à 74% et cette situation est vraiment différente par rapport à la deuxième dimension où le type de quartier explique à 78 % et le niveau socioéconomique également à 78 %.

Tableau 6: Mesures de discrimination

Facteurs	Pondération de la variable	Dimension		Moyenne
		1	2	
Niveau socioéconomique	2	,716	,778	,747
Type de quartier	2	,738	,783	,760
Etat matrimonial du CM	2	,091	,108	,100
Milieu de naissance du CM	2	,033	,205	,119
Religion du CM	2	,051	,095	,073
Revenu du ménage	2	,364	,152	,258
Taille ménage	2	,043	,176	,110
Activité du CM	2	,244	,116	,180
Niveau d'études du CM	2	,381	,027	,204
Mutuelle de santé		,047	,039	,043
Total actif		2,659	2,440	2,549

Source: Enquête AUS (2018)

Figure 2: Plan factoriel constitué par l'axe 1 et l'axe 2



Source: Enquête AUS (2018)

5. CONCLUSION

Bien que le mouvement mutualiste ne cesse de se développer en Afrique subsaharienne, les taux de pénétration demeurent relativement faibles, mettant parfois en question la viabilité même de ces organisations. Au-delà des facteurs pris en compte dans notre étude, il nous semble que d'autres éléments mériteraient d'être examinés. Ainsi, comme le suggèrent notamment De fourny et Failon (2011), les modes de participation des mutualistes dans l'organisation et les modalités de contrôle des mutuelles par leurs membres ou par voie externe pourraient aussi avoir une influence sur les adhésions. De même, les mutuelles étant les plus souvent créées à l'initiative d'intervenants extérieurs, la crédibilité de ceux-ci auprès des communautés nécessiterait d'être étudiée plus profondément. Enfin, l'analyse de l'affiliation des membres des ménages aux mutuelles de santé gagnerait certainement à être ré-encadrée dans celle de la gestion plus globale des risques encourus par les populations concernées.

Il faut aussi souligner que cette étude se concentre essentiellement sur les enjeux locaux. Elles n'envisagent guère les relations entre les mutuelles de santé et leur environnement plus global, tel le contexte politique national ou régional, l'espace occupé par les ONG qui les promeuvent ou encore le système sanitaire public à l'échelle nationale. Ce sont là des dimensions qui, elles aussi, mériteraient des analyses approfondies.

Nos analyses indiquent que 10 % seulement de ménages à Kinshasa sont affiliés à une mutuelle de santé parmi nos enquêtés et que les analyses sur les facteurs favorisant l'affiliation à une mutuelle de santé ont retenu dix variables à savoir : le revenu du ménage, le milieu de naissance du chef de ménage, le milieu de socialisation du chef de ménage (c'est-à-dire l'endroit où le chef de ménage a vécu dans son enfance), le ni-

veau socioéconomique du ménage, le type de quartier, l'état matrimonial du chef de ménage, le niveau d'instruction du chef de ménage, la religion du chef de ménage, la taille du ménage et l'activité du chef de ménage.

De ces analyses, les pauvres sont plus affiliés que les autres niveaux de vie, soit un écart de 13,7 % avec les riches. Les ménages des cités excentrées représentent 25 %, ceux des quartiers résidentiels 8 % et ceux des cités d'extension Sud 7 %. Les mariés monogamiques représentent un niveau d'affiliation qui est la moitié de ceux des célibataires et un peu plus de la moitié que ceux des mariés polygamiques. Les chefs de ménage qui ont été socialisés à Kinshasa sont ceux qui ont un niveau d'affiliation les plus élevé que ceux qui ont été socialisés en milieu rural et dans les autres villes soit respectivement.

Par ailleurs, les chefs de ménage de niveau secondaire sont plus affiliés que ceux du niveau supérieur. La religion du chef de ménage joue aussi un rôle déterminant quant à l'affiliation à une mutuelle de santé. Les résultats indiquent que les protestants sont plus affiliés que les autres. Les protestants représentent 16 %, les kimbanguistes 11 %, les autres religions 10 % et les catholiques 8 %. Les ménages à revenu faible sont plus affiliés que les autres soit 8 fois plus que les ménages à revenu moyen et 12 fois plus que ceux de revenu élevé. Examinant la taille de ménage, les résultats de nos analyses montrent que le ménage de taille élevée sont plus affiliés par rapport au ménage de taille moyenne et de taille faible. Ceux qui veut tout simplement dire plus la taille de ménage augmente, plus on cherche de solution de santé. Quant au secteur d'activité, les résultats montrent que ceux qui ne travaillent pas sont plus affiliés à une mutuelle de santé que ceux qui sont dans le secteur formel. Ceci est une évidence dans la mesure où ceux qui ne travaillent pas cherchent à s'affilier pour espérer être pris en charge en cas de sur-

nue d'une quelconque maladie.

En analysant le profil de la population sur l'affiliation des ménages dans une mutuelle de santé, nos analyses nous montrent selon l'axe des X un résultat, où nous avons d'une part, les ménages des quartiers résidentiel, Nouvelle cité et ancienne cité, constitués des célibataire, uni de fait et divorcé, dont les chefs de ménage ont été socialisés en milieu urbain, qui prient chez les catholiques et dans les églises de réveil, de niveau des revenus élevé et moyen, de taille de ménage moyenne et faible, travaillant dans le secteur informel et de niveau d'instruction secondaire et en opposition d'autre part les ménages des riche et pauvre, vivant dans les cité d'excentrée Sud, cité excentrée et cite planifiée, de l'état matrimonial marié monogamique, marié polygamique et veuf, dont les chefs de ménage ont été socialisés en milieu rural et urbano rural, qui prient chez les protestant, Kimbanguiste et autres religions, de revenu faible, taille élevée, Ne travaille pas et qui travaillent dans le secteur formel et de niveau d'instruction supérieur, primaire et sans instruction.

Par contre en analysant ces résultats en fonction de l'axe des Y, nous avons d'une part une population riche, habitant dans le quartier résidentiel et cité planifiée, vivant en milieu urbain, de religion protestante et catholique, de revenu élevé œuvrant dans le secteur formel et de niveau d'instruction supérieur, en opposition d'autre part à une population pauvre et moyen, résidant dans les cité d'extension Sud, cité excentrée, nouvelle cité et ancienne cité, uni de fait, divorcé/séparé et veuf, socialisée en milieu rural et urbano-rural, de confession religieuses Kimbanguiste, églises de réveil et autres religions, de revenu moyen et faible, de taille de ménage élevée et moyenne, œuvrant dans le secteur informel et ne travaillant pas et de niveau d'instruction secondaire, primaire et sans instruction.

C'est ainsi dire qu'il faut nécessairement encourager et favoriser la mise en place des mutuelles de santé pour ainsi espérer avoir un nombre important de ménages qui puissent accéder aux soins de santé de qualité et enfin garantir la couverture sanitaire universelle.

6. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS

Il s'est agi dans cette étude de fournir des éléments de réponse sur les relations entre « Population et santé » à travers l'analyse de l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé. Ainsi, il était question de répondre à quelques questions propres à la situation de la République Démocratique du Congo, notamment: Quels sont les facteurs qui favorisent l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé? Quel est le profil des ménages qui sont affiliés à une mutuelle de santé?

Pour répondre à toutes ces questions, nous émettons la principale hypothèse que nous avons retenue dans cette étude qui est la suivante:« l'affiliation à une mutuelle de santé favorise l'accès universel aux soins ».

Pour connaitre les facteurs favorisants de l'affiliation à une mutuelle de santé, nous avons utilisé la méthode d'analyse bivariée en faisant recours à l'analyse de Khi carré tandis qu'en ce qui concerne le profil des affiliés, nous avons utilisé la méthode multivariée en recourant à l'Analyse Factorielle en Composante Multiple (AFCM) à partir du logiciel Statistical Package Social Sciences (SPSS. 22).

En effet, aussi longtemps que l'accès à des soins de qualité, en temps opportun, ne sera pas amélioré, la situation sanitaire en Afrique en général et en République Démocratique du Congo en particulier ne pourra que stagner ou même se détériorer. Une telle amélioration requiert qu'on consacre plus de fonds aux services de santé, et qu'on alloue ces fonds de manière plus ef-

ficiente ou encore de favoriser et d'encourager l'affiliation des ménages à une mutuelle de santé.

En RDC, les mutuelles de santé sont organisées par le décret du 15 avril 1958 règlementant les associations mutualistes. Ces dispositions légales ne correspondent plus à l'évolution institutionnelle que connaît notre pays depuis l'accession à l'indépendance. En effet, la structure actuelle de la protection sociale souffre d'une couverture insuffisante qui ne concerne pas l'ensemble de risques sociaux et ne prend en charge que les personnes exerçant une activité dépendante salariée ou politique. Elle néglige, de ce fait, la majorité de la population active qui œuvre dans le secteur informel et indépendante qui en réalité représente plus de 90% de la population congolaise.

Alors que le président de la République avait annoncé que la santé serait l'une de ses priorités dans sa mandature, mais le Gouvernement n'a réservé à ce poste qu'environ 7 % du budget, bien loin de l'objectif de 15 % que l'ensemble du continent s'était fixé à Abuja en 2001.

L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, a mis en place une stratégie de participation communautaire et de recouvrement des coûts en vue de promouvoir les soins de santé primaires. L'adhésion effective des pays d'Afrique subsaharienne a été très progressive au cours des années 90. Le recouvrement des coûts pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'une politique de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique par manque de suivi de la couverture sanitaire. L'élasticité prix de la demande exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut d'indigent et les mesures de prise en charge qui l'accompagnent sont le plus souvent restés au stade de projet. La mise en place des systèmes de financement garantissant la réduction des inégalités est limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases

informelles (Richard, 2004).

Les dirigeants africains qui se sont engagés lors de la conférence d'Abuja en 2001, à mobiliser plus de ressources financières en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en allouant au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé, semblent avoir du mal à respecter leurs engagements, du fait des faiblesses et des fragmentations de leurs systèmes de santé. Ces engagements ont été renouvelés à Gaborone au Botswana en 2005 puis à Ouagadougou au Burkina Faso en 2006. En effet, le financement des bailleurs représente encore aujourd'hui une grande part des dépenses en santé publique du continent. Ainsi, dans certains pays, 50% ou plus de leurs budgets viennent de l'aide étrangère ou privée, selon le Rapport 2013 de l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales.

L'inégal accès aux soins est fortement dépendant de l'endroit où l'on se trouve. Dans certains pays, et particulièrement dans les pays pauvres, les obstacles s'accumulent pour les personnes qui doivent accéder aux soins : les difficultés à trouver certains médicaments, les ruptures de stock, l'absence d'infrastructures sanitaires, le manque de personnel médical qualifié, ou encore les longues distances à parcourir pour atteindre un centre de santé souvent aggravées par le contexte d'insécurité. Si on y ajoute encore le manque d'argent et le coût trop élevé des soins, il apparaît crucial d'apporter des solutions concrètes et adaptées à ces populations qui ont d'autant plus besoin d'accéder quotidiennement aux soins qu'elles sont dans une situation de grande vulnérabilité.

Les pauvres s'excluent aussi délibérément des soins de santé. Selon une étude menée par MSF en 2013 à Walikale, province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo (RDC), neuf foyers sur dix comptaient un malade au cours des deux dernières semaines. Plus de 35

% ont déclaré renoncer à chercher des soins, la grande majorité invoquant le manque d'argent. En RDC, les structures de santé officielles fonctionnent en effet sur base du recouvrement des frais, ce qui signifie que les patients doivent payer chaque composante du traitement qu'ils reçoivent. Pourtant, dans des situations d'urgence (conflit, épidémie, catastrophe naturelle), le système national de santé publique garantit en théorie la gratuité des soins. Mais dans la réalité, l'État s'est révélé incapable de tenir cet engagement.

Demander à des personnes extrêmement vulnérables de payer pour leurs soins de santé, alors qu'elles peuvent à peine nourrir leurs familles, est totalement aberrant. Du coup, bon nombre de personnes ne recherchent des soins que lorsque leur santé s'est sérieusement détériorée. Il est souvent déjà trop tard.

Malgré des progrès enregistrés, notamment dans la mise en place de services de soins gratuits dans plusieurs pays en développement, la situation reste critique pour beaucoup d'hommes, de femmes et d'enfants pauvres de par le monde. L'objectif d'une couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire l'accès pour toutes les personnes à des services de soins de santé à un prix abordable et sans difficultés financières, est encore très loin d'être atteint. Sinon, il est impérieux d'encourager et de favoriser la mise en place des mutuelles de santé pour ainsi espérer avoir un nombre important de ménages qui puissent accéder aux soins et enfin garantir la couverture sanitaire universelle.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Atim, C. (2000). Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Étude de cas au Ghana.
2. Banque mondiale, & al. (2015). La pauvreté

au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-2002. ANSD.

3. Basaza, R., Criel, B., & Van der Stuyft, P. (2008). Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 87(2), 172–184.
4. Criel, B. (1998). District-based health insurance in sub-Saharan Africa. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 9.
5. Criel, B., & Waelkens, M. P. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Social Science & Medicine*, 57(7), 1205–1219.
6. Criel, B., Barry, A., & Von Roenne, F. (2002). Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.
7. Dackam, R. (1990). Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale.
8. De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J., & Sauerborn, R. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health Policy*, 76(1), 58–71.
9. De Allegri, M., Kouyaté, B., Becher, H., Gbangou, A., Pokhrel, S., Sanon, M., & Sauerborn, R. (2006). Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: A population-based case-control study in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 852–858.
10. De Allegri, M., Sanon, M., & Sauerborn, R. (2006a). To enrol or not to enrol: A qualitative investigation of demand for health in-

- urance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 62 (6), 1520–1527.
11. Defourny, J., & Failon, J. (2011). Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : Un inventaire des travaux empiriques. *Monde en développement*, 153, 7–26.
 12. Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., & Sauerborn, R. (2003). Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, 64(2), 153–162.
 13. Dubois, F. (2002). Les déterminants de la participation aux mutuelles de santé : Étude appliquée à la mutuelle Leeré Bolem de Zabré [Mémoire de DES, Université de Liège].
 14. Fonteneau, B. (2003). Déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé : Proposition de grille d'analyse et résultats de quelques recherches. Communication présentée au séminaire du GRAP-OSC, Liège, 6 octobre 2006.
 15. Gnawali, D., Pokhrel, S., Sanon, M., De Allegri, M., & Sauerborn, R. (2009). Applying propensity score matching to assess the impact of community health insurance on the demand for health care in rural Burkina Faso. *HEA 6th World Congress: Explorations in Health Economics*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=994644
 16. Gruénais, M. E., & Pourtier, R. (2000). La santé en Afrique : Anciens et nouveaux défis. *Afrique Contemporaine*, 195, numéro spécial, 282 p.
 17. Howell, D. (2008). *Méthodes statistiques en sciences sociales* (2e éd.). Université du Vermont.
 18. Jütting, J., & Tine, J. (2000). Système micro-assurance santé et état de santé dans les pays en voie de développement : Une analyse empirique de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. Centre de recherche sur le développement (ZEF), Université de Bonn.
 19. Jütting, J. (2005). L'assurance maladie privée dans les pays en développement : Une solution pour les pauvres ? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*.
 20. Lebart, L., Piron, M., & Morineau, A. (2006). *Statistique exploratoire multidimensionnelle. Visualisation et inférence en fouilles de données* (4e éd.). Dunod.
 21. Masuy-Stroobant, G. (2003). *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*. Centre de recherche en démographie et société, UCL.
 22. Ministère du Plan de la RDC & UNICEF. (2018). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), RDC 2018*.
 23. Ministère de la Santé Publique de la RDC. (2013). *Santé des enfants en RDC*.
 24. Ministère de la Santé Publique de la RDC. (2007). *Enquête Démographique et de Santé (EDS)*.
 25. Ministère de la Santé de la RDC. (2002). *Plan national de développement sanitaire*. Kinshasa, mars.
 26. Musango, L., Dujardin, B., Dramaux, M., & Criel, B. (2004). Les profils des membres et des non-membres des mutuelles de santé au Rwanda : les cas du district sanitaire de Kabutare. *Tropical Medicine and International Health*, 9(11), 1222–1227.
 27. Nations Unies. (2010). *Les Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport 2010 - Éliminer la pauvreté – 2015*. New

York.

28. Nuwaha, F. (2001). The challenge of chloroquine-resistant malaria in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 16(1), 1–12. Oxford University Press.
29. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC, 2017–2021*.
30. République Démocratique du Congo. (2017). *Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutuelle de santé*.
31. Schneider, P., & Diop, F. (2005). *Impact of prepayment pilot on health care utilization and financing in Rwanda: Findings from final household survey*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
32. Snow, R. W., Craig, M., Deichmann, U., & Marsh, K. (2000). Evaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, (2), 64–80.
33. Snow, R. W., Trape, J. F., & Marsh, K. (2001). The past, present and future of childhood malaria mortality in Africa. *Trends in Parasitology*, 17(12), 593–597.
34. Waelkens, M.-P., & Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. HNP Discussion Paper. Banque mondiale.
35. World Health Organization (WHO). (2002). *Twentieth Report. WHO Expert Committee on Malaria*. Geneva: WHO Technical Report Series 892.

Caractéristiques	Affiliation à une mutuelle		Total
	Oui	Non	
Revenu du ménage	P = 0,000		
Faible	6 (3,6%)	162 (96,4%)	168 (100%)
Moyen	0 (0%)	216 (100%)	216 (100%)
Elevé	81 (17,3%)	387 (82,7%)	468 (100%)
Secteur d'activité du chef de ménage	P = 0,001		
Informel	0	78 (100%)	78 (100%)
Formel	78 (10,7%)	654 (89,3%)	732 (100%)
Ne travaille pas	9 (21,4%)	33 (78,6%)	42 (100%)
Milieu de naissance du conjoint du chef de ménage	P = 0,000		
Urbain	36 (8,3%)	396 (90,3%)	432 (100%)
Rural	51 (12,3%)	363 (87,7%)	414 (100%)
Urbano-rural	0	6 (100%)	6 (100%)
Milieu de socialisation du conjoint du chef de ménage	P = 0,020		
Kinshasa	42 (13%)	282 (87%)	324 (100%)
Milieu rural	6 (4,3%)	132 (95,7%)	138 (100%)
Etranger	39 (10%)	351 (90)	390 (100%)
Type de quartier	P = 0,000		
Quartiers résidentielles	6(8,3%)	66 (91,7%)	72 (100%)
Anciennes cités	0	33 (100%)	33 (100%)
Nouvelles cités	0	183 (75%)	183 (100%)
Cité planifiée	0	96 (100%)	96 (100%)
Cité d'extension Sud	12 (6,5%)	174 (93,5%)	186 (100%)
Cité excentrée	69 (24,5%)	216 (75,5%)	285 (100%)
Niveau socioéconomique du ménage	P = 0,000		
Riche	6 (3,6%)	162 (96,4%)	168 (100%)
Moyen	0	216 (100%)	216 (100%)
Pauvre	81 (17,3%)	387 (82,7%)	468 (100%)
Niveau d'instruction	P = 0,001		
Primaire	0	30 (100%)	30 (100%)
Secondaire	30 (16,9%)	147 (83,1%)	177 (100%)
Supérieur	57 (8,8%)	588 (91,2%)	645 (100%)
Taille de ménage	P = 0,000		
Faible	6 (3,3%)	177 (96,7%)	183 (100%)
Moyenne	18 (8,8%)	186 (91,2%)	204 (100%)
Elevé	63 (13,5%)	402 (86,5%)	465 (100%)
Etat matrimonial du CM	P = 0,028		
Célibataire	12 (20%)	48 (80%)	60 (100%)
Marié monogamique	69 (10,2%)	609 (89,3%)	678 (100%)
Marié polygamique	0	6 (100%)	6 (100%)
Divorcé/Séparé	0	30 (100%)	30 (100%)
Veuf	6 (7,7%)	72 (92,3%)	78 (100%)
Religion	P = 0,001		
Catholique	36 (8,3%)	162 (91,7%)	432 (100%)
Protestant	39 (15,9%)	207 (84,1%)	246 (100%)
Kimbanguiste	12 (11,1%)	96 (88,9%)	108 (100%)

Eglise de réveil	0	36 (100%)	36 (100%)
Autres religions	87 (10,2%)	765 (89,6%)	852 (100%)
Total	87 (10,2%)	765 (89,8%)	852 (100%)

