

Performances de la Mutuelle de Santé de Kisantu de 2023 à 2024 dans la zone de santé de Kisantu, province du Kongo Centrale en République Démocratique du Congo.

Performance of the Kisantu Health Mutual from 2023 to 2024 in the Kisantu health zone, Kongo Central province, Democratic Republic of Congo

Ephrem MASINA TSOMA^{1,*}, Bertin MUKUNA NYEMBO², José MANGALU MOBHE³, Bernard LUTUTALA MUMPASI³,

¹ Chef de Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisantu/Kongo Central, Rd Congo ;

² Professeur à l'Université Pédagogique Nationale/Kinshasa, RD Congo ;

³ Professeurs à l'Université de Kinshasa, RD Congo ;

RESUME:

L'implémentation des mutuelles de santé en RDC tire son origine de l'époque coloniale à en croire à l'adoption du Décret du 15 avril 1958 réglementant les associations mutualistes dans le Congo belge. Cependant, la pérennisation de ces organisations mutualistes pose problème, du fait nombreuses d'entre elles ont tendance à échouer dans leur fonctionnement ou tout simplement disparaissent. La littérature disponible fait état de quelques études sur la question de la performance des Mutuelles de Santé. La présente étude vise à évaluer la performance à travers quelques indicateurs clés qui s'y rattachent : financiers et économiques ainsi que d'autres permettant de déterminer la satisfaction des adhérents de la Mutuelle de Santé de Kisantu (MUSAKIS). L'étude est de type descriptif et analytique. L'échantillonnage a donc fait l'objet d'une méthode non probabiliste soutenu par l'enquête avec questionnaire autoadministré et d'une grille d'évaluation des activités de gestion de la mutuelle. Pour les deux années, l'étude fait état des taux moyen de satisfaction par année respectivement de 66,6 % et 71,0 %, des taux de disponibilité des outils et activités de gestion de 90,3 % et 80,8 %, des ratios de solvabilité de 3 et 65,5 %, de couverture des charges de 19,5 et 55,3 %, d'équilibre de 75,2 et 26,6 % des frais de fonctionnement de 88,9 et 63,3 % et un taux de sinistralité de 133 %. Il faut noter une association significative entre la satisfaction et le fait d'être dans un ménage ou petite et moyenne entreprise OR : 1,31 (0,33 -5,15), d'adhérer par groupe de 6 à 11 personnes ou de plus de 22 personnes OR : 2,08 (0,52 - 8,39), de travailler dans le secteur privé ou d'être retraité et d'avoir un niveau de revenu élevé mensuel supérieur à 100\$, OR : 4,5 (1,03 - 19,63). L'évaluation de la performance a mis en exergue les difficultés, les manquements liés à la professionnalisation, organisation et technicité de la Mutuelle de Santé de Kisantu. Elle révèle une mesure de performance plus significative en 2024 qu'en 2023 suite à sa capacité constante de recherche d'amélioration de ses services.

Mots clés : Performance, Mutualité, Zone de santé Kisantu, Kongo central.

ABSTRACT :

The implementation of health mutuals in the DRC originates from the colonial period, as evidenced by the adoption of the Decree of April 15, 1958, regulating mutualist associations in the Belgian Congo. However, ensuring the sustainability of these mutualist organizations remains problematic, as many of them tend to fail in their operations or simply disappear. Available literature reports a few studies on the performance of Health Mutuals. The present study aims to evaluate performance through several key related indicators: financial and economic indicators, as well as others that help determine member satisfaction within the Kisantu Health Mutual (MUSAKIS). The study is descriptive and analytical in nature. Sampling relied on a non-probability method supported by a self-administered questionnaire survey and an evaluation grid assessing the mutual's management activities. For the two years, the study reports average satisfaction rates per year of 66.6% and 71.0% respectively, availability rates of management tools and activities of 90.3% and 80.8%, solvency ratios of 3 and 65.5, coverage of charges of 19.5 and 55.3, balance of 75.2 and 26.6, operating costs of 88.9 and 63.3 and a loss ratio of 133%. It should be noted that there was a significant association between satisfaction and being in a household or small and medium-sized enterprise OR: 1.31 (0.33 -5.15), joining in a group of 6 to 11 people or more than 22 people OR: 2.08 (0.52 - 8.39), working in the private sector or being retired and having a high income level monthly income above \$100, OR: 4.5 (1.03 - 19.63). The performance evaluation highlighted the challenges and shortcomings related to the professionalization, organization, and technical capacities of the Kisantu Health Mutual. It shows a more significant performance measure in 2024 compared to 2023, due to its continued efforts to improve its services.

Keywords : Performance, Mutuality, Kisantu Health Zone, Kongo Central.

*Adresse des Auteur(s)

Ephrem MASINA TSONA, Chef de Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisantu/Kongo Central, RD Congo ;

Bertin MUKUNA NYEMBO, Professeur à l'Université Pédagogique Nationale/Kinshasa, RD Congo ;

José MANGALU MOBHE, Professeurs à l'Université de Kinshasa, RD Congo ;

Bernard LUTUTALA MUMPASI, Professeurs à l'Université de Kinshasa, RD Congo ;

I. INTRODUCTION

Entendu comme politique garantissant l'accès aux services de santé aux populations, la Couverture de Santé Universelle (CSU) vise également la protection leurs revenus. (1) Il s'agit de permettre à tout individu de s'offrir des soins appropriés promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs en maintenant son équilibre économique (2).

En effet, dans le contexte des pays économiquement faibles ou moyens, l'inaccessibilité aux soins des populations est criante du fait, notamment, des mécanismes de financement incertains. Par voie de conséquence, plus de la moitié de celles-ci recourent à leurs épargnes quoi que faibles pour se faire soigner (« out-of-pocket payments ») suscitant des dépenses énormes et les appauvrissant davantage.

C'est avec l'initiative de Bamako que nombreux pays Africains ont instauré le principe du paiement direct des médicaments et des soins par les usagers, au détriment d'une grande partie de la population. Cependant, certaines communautés et quelques prestataires de soins ont initié avec l'appui des partenaires, des mécanismes de partage de risque et de prépaiement des dépenses de santé. À partir des résultats de ces expériences, des politiques de protection contre le risque maladie se sont multipliées en Afrique en vue de l'extension de la couverture maladie (3).

Les progrès vers la CSU sont gage de l'intégration, de la préparation et de l'adaptabilité aux niveaux opérationnels (zone de santé et structures sanitaires), ainsi que des contextes politiques nationaux, régionaux et mondiaux en

général, y compris des facteurs économiques, sociaux, culturels et environnementaux

Aussi, la CSU se propose-t-elle comme alternative salvatrice face au désastre sus évoqué et promeut les MS communautaires (community-based, health insurance, CBHI). Ces dispositifs visent à garantir la sécurité sanitaire des ménages face aux aléas qui s'y rattachent en mutualisant le risque tout en minimisant le coût de santé.

La performance ou l'efficacité de ces MS dans la réduction des dépenses catastrophiques et leur prévention est tributaire, notamment, des cotisations, du paquet des soins couverts, de la gouvernance, de l'adhésion volontaire, de la gestion interne, ainsi que des caractéristiques socio-économiques des membres. (4)

Elles sont ainsi considérées comme catalyseurs pour résorber le coût des soins de santé, favoriser l'accessibilité financière des soins, protéger le revenu des membres de ménages œuvrant dans le secteur informel, surtout des zones rurales.

Les MS constituent l'un des instruments de développement, car elles peuvent offrir des solutions alternatives de financement et d'accès aux soins de santé pour les populations à faible revenu, qui évoluent pour l'essentiel dans le secteur informel, représentant environ 80 % de la population. Les facteurs responsables de la mauvaise santé, ainsi que la capacité financière à protéger les personnes de la mauvaise santé diffèrent d'un pays à l'autre. Par conséquent, étant donné que les moyens dont ils disposent sont limités, chaque pays doit déterminer ses priorités sur le plan de l'amélioration de la santé, des services nécessaires et des mécanismes appropriés pour la protection contre le risque financier. (5)

Bien que le mouvement mutualiste n'ait cessé de se développer en Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population couverte reste faible et n'atteint généralement pas plus de 10 % [OMS, 2021]. Un constat s'impose ; celui des taux de pénétration des MS généralement faibles, et qui remet parfois en question la viabilité même de l'organisation. (6)

En contraste avec l'enthousiasme qu'elles suscitent au départ auprès des populations cibles, nombreux de ces organisations connaissent par la suite des taux d'adhésion généralement inférieurs aux prévisions, un taux élevé de non-renouvellement des adhésions et des problèmes dans le prélèvement des cotisations. (7)

Il est estimé à environ 60 % des personnes qui ont des difficultés à faire face aux dépenses de santé et environ 40 % n'ont pas accès aux soins de qualité (8). De même, la protection sociale publique est insuffisante, car dans le

contexte de la République Démocratique du Congo (RDC) moins de 10 % de la population (soit des fonctionnaires et des salariés du secteur privé formel) bénéficient d'une protection sociale partielle (9). Dans certains pays comme le Cameroun, la proportion de la population couverte par l'assurance privée est estimée à seulement 3 % (10). La grande majorité de la population rurale et du secteur urbain informel en est complètement exclue. Afin d'y remédier, les décideurs publics souhaiteraient atteindre un taux de couverture d'au moins 40 % de la population à travers la création d'une MS par zone de santé au minimum (11), cette approche a été revue pendant la mise en place du nouveau plan de stratégie de santé qui fait maintenant allusion à la CSU. (12)

En RDC, les MS existent mais leur fonctionnement est encore partiel quant au mécanisme d'adhésion. Dans la province du Kongo Central précisément dans la zone de santé de Kisantu, la Mutuelle de Santé de Kisantu (Musakis) est l'unique structure à vocation couverture santé qui peine à se développer et dont le taux d'adhésion demeure encore faible et ne cesse de décroître (13). Cette situation constitue la justification de la présente étude. Il est question au clair de répondre à la préoccupation de « déterminer le niveau de performance de la Musakis ». Il s'agit de déterminer les indicateurs performants et ceux affichant un niveau de contreperformance, auquel cas des mesures correctrices seront envisagées pour l'épanouissement de la Musakis et le bien-être de la population.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique effectuée à la Musakis située dans la zone de santé de Kisantu au Kongo Central à environ 120 km sur la route nationale n° 1 qui relie la ville de Kinshasa à la ville portuaire de Matadi. L'échantillonnage a été réalisé par une méthode non probabiliste et la collecte des données, effectuée du 10 octobre au 10 novembre 2025, prenant en compte la période allant de 2023 à 2024. Un questionnaire fermé, autoadministré aux adhérents ayant bénéficié au moins d'une prestation de la mutuelle et une grille d'évaluation étaient les outils principaux utilisés pour évaluer la satisfaction des adhérents, l'aspect économique et financier de la Mutuelle de Santé de Kisantu. Les sources des données étaient les archives de deux dernières années et les adhérents. Les adhérents ont été sélectionnés de manière non aléatoire, à partir d'un échantillonnage au jugé/raisonné en tenant compte des critères suivants : être âgé de 18 à 76 ans, avoir bénéficié d'au moins une prise en charge médicale, appartenir à une famille (ménage), un groupe associatif ou une PME. Les questions posées répondaient à quatre modalités de réponse suivant une échelle de Likert (satisfait, très satisfait, insatisfait et très insatisfait). Toutefois, lors de l'analyse, les réponses « Très satisfait »

ou « Très insatisfait » étaient assimilées respectivement à « Satisfait » et « Insatisfait ». L'indicateur de satisfaction a été mesuré selon les quatre dimensions décrites dans le modèle de Kerak et al. (14) :

- **Accessibilité** : cette dimension concerne la satisfaction des bénéficiaires par rapport à la facilité d'accès au service, à la prestation ou à l'information désirée dans un délai raisonnable et dans un lieu approprié ;
- **Organisation** : cette dimension a pour objectif d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires à l'aide d'éléments perceptifs et en interaction régulée dans le but de répondre à des besoins et d'atteindre des objectifs déterminés. Le matériel et les équipements utilisés ainsi que l'environnement où se déroule la prestation étaient concernés pour cette dimension ;
- **Relation avec le personnel** : la dimension vise à mesurer la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis de la Mutuelle de Santé, celui-ci se devant d'entretenir des liens personnalisés avec le client lorsque ce dernier sollicite à ses services ;
- **Qualité technico-professionnelle** : elle concerne la satisfaction des bénéficiaires face à la qualité technique du service, c'est-à-dire au contenu et au quoi du service reçu de la Mutuelle de Santé. A ce stade d'analyse, l'indice Odds Ratio brut (ORb) et son intervalle de confiance à 95 % (IC95%) a été utilisé pour exprimer la puissance de l'association entre la satisfaction des bénéficiaires et leur profil (groupe d'appartenance : ménage, petite et moyenne entreprise ; appartenance au secteur privé ; le fait d'être actif ou retraité en milieu de travail ; le niveau de revenu mensuel...).

Plusieurs variables de confusion pouvaient influencer la satisfaction des adhérents et introduire les biais d'analyse dans cette étude, telles que : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, capacité contributive, distance avec la structure de soins, le temps d'attente aux soins, mode de gestion de la mutuelle, croyance et recours à la médecine naturelle...). La catégorisation des adhérents par rapport aux modalités de ces variables n'a pas fait l'objet d'étude de leur satisfaction sur les prestations de la MS.

La taille de l'échantillon dépendait de la disponibilité des adhérents et n'a pas fait l'objet d'un calcul statistique préalable. Au total, 46 adhérents étaient inclus dans l'étude donnant un taux de réponse de 22,7 %, un taux de non-réponse de 6,2 %, un nombre de perdus de vue de 22,2 %, un nombre d'indisponibilité de 43,5 % et nombre de

refus de 4,6 %. Les bénéficiaires sélectionnés pour participer à l'étude étaient considérés respectivement comme « non-répondants » lorsqu'ils n'avaient pas donné son consentement à trois reprises, comme « perdus de vue » lorsqu'ils n'avaient pu être joints après trois tentatives et comme « absents » lorsqu'ils n'avaient pas honoré trois rendez-vous. Les « refus » correspondaient aux situations où un bénéficiaire avait été contacté au moins une fois et avait décliné sa participation à l'étude.

Les biais de sélection ont été contrôlés par la distinction des adhérents de non adhérents. La faible représentativité des données est liée à la petitesse de l'échantillon ; ceci limite la possibilité de généraliser les résultats à d'autres milieux.

Aucune analyse multivariée n'a été réalisée pour contrôler les facteurs de confusion.

Les données ont été analysées par un expert statisticien sur le logiciel SPSS 24, pour dégager les Taux et les Ratio conformément aux indicateurs d'évaluation retenus dans la présente étude.

Les valeurs des différentes variables ont été estimées avec leurs intervalles de confiance.

Une p-value inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative pour toutes les analyses.

Les ratios concernés dans cette étude sont les suivants :

- **Ratio de Solvabilité** : le rapport de Capitaux propres sur le Total Passif. Si inférieur à 100 % cela signifie que la mutuelle ne dispose pas de ressources propres pour couvrir les dettes.
- **Ratio de Couverture de charges** : mesure la capacité de la mutuelle de couvrir les charges totales. Supérieur à 100 %, les recettes couvrent les charges ; égale à 100 % il y a équilibre financier ; inférieur à 100 % il y a déficit financier.
- **Ratio d'équilibre** : permet d'évaluer si les recettes d'une mutuelle permettent de couvrir les dépenses de prestations de santé (cotisations encaissées sur Dépenses de prestations). L'équilibre financier doit être égal à 100 %. Si supérieur à 100, la mutuelle est en excédent, si inférieur à 100, la mutuelle est déficitaire.
- **Ratio de fonctionnement** : mesure la part des dépenses administratives ou gestion dans les recettes de la mutuelle (charge de fonctionnement sur les recettes totales). Si Ratio faible : bonne efficacité

Performances de la Mutuelle de Santé de...

administrative ; si Ratio élevé : couts de gestion trop importants.

- Ratio de sinistralité : c'est la proportion des dépenses de prestations de santé par rapport aux cotisations collectées. Entre 70 – 80 % : la situation est généralement équilibrée. Supérieur à 100 % la mutuelle paie plus de prestations qu'elle ne reçoit de cotisations (déficit)
- Très faible, les membres utilisent peu les services.

III. RESULTATS

Tableau I. Profil des enquêtés

Profil des enquêtés	Effectifs N = 46	%
Statut		
Ménages	18	39,1
ONG / groupes associatifs	9	19,6
Petites et moyennes entreprises	19	41,3
Age médian		40
Etat civil		
Célibataires	16	34,8
Mariés	30	65,2
Niveau d'étude		
Non scolarisé	1	2,1
Niveau secondaire	13	28,3
Niveau supérieure / Universitaire	32	69,6
Provenance		
Secteur privé	31	67,4
Secteur informel	15	32,6

Le tableau I nous renseigne que la majorité était des Petites et Moyennes Entreprises (PME) soit 41,3%. L'âge médian était de 40 ans. L'état civil était à prédominance des mariés soit 65,2 %. 69,6 % des enquêtés avaient le niveau d'études supérieures la majorité des enquêtés provenaient du secteur privé.

Tableau II. Présentation des indicateurs de performance entre 2023 et 2024

Indicateurs	2023	2024	Normes économiques
Taux de satisfaction	66,6	71,0 %	> 50 %
Taux de disponibilité des outils et activités de gestion	90,3	80,8 %	> 50 %
Ratio de solvabilité	3	65,5 %	> 2
Ratio de couverture des charges	19,5	55,3 %	50 - 75 %
Ratio de cotisation acquise sur des charges ou ratio d'équilibre	75,2	26,6 %	> 1 ou = 1
Ratio des frais de fonctionnement	88,8	63,3 %	5 - 10 %

Le tableau II nous renseigne que le taux de satisfaction était légèrement supérieure en 2024 soit 71,08 %, tandis que le taux de disponibilité des outils et activités était supérieure à 2023. L'année 2024 avait un taux de ratio de solvabilité et de couverture supérieure à 2023. Le ratio d'équilibre et du taux de fonctionnement était largement supérieure à 2023 soit 75,2 % et 88,8%.

Dans cette étude (voir figure 1), il se dégage une fluctuation des résultats significatifs aux différentes dimensions de la satisfaction. L'année 2023 présente une satisfaction technico-professionnelle (85 %) et d'accessibilité (73 %) élevée. L'année 2024 dégage une satisfaction plus élevée sur les autres plans d'évaluation soit respectivement 71 % et 66,6 % (figure 1).

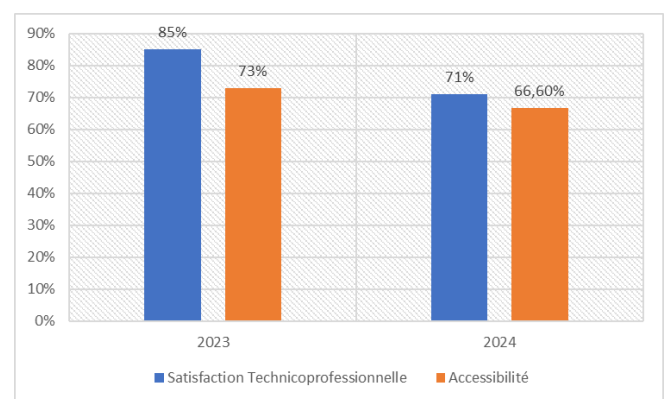


Figure 1. Taux de satisfaction entre les deux années (2023 et 2024)

L'analyse de nos résultats, révèle que le ratio de solvabilité a évolué en forme de cloche en 2023 et sous forme de demi-cloche en 2024. Du point de vue solvabilité, ces faibles ratios expliquent un risque élevé de dépendance importante aux financements externes. Du point de vue équilibre il y a déficit (les dépenses dépassent les cotisations) (figure 2).

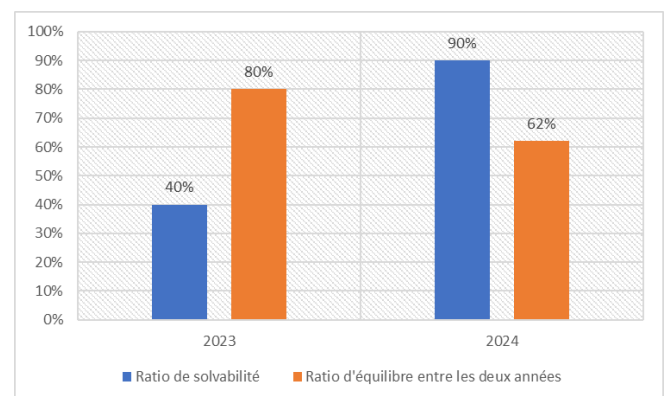


Figure 2. Ratio de solvabilité et d'équilibre entre les deux années d'étude

La figure 3 nous montre que l'année 2023 indique une évolution de ses deux indicateurs par rapport à l'année 2024. Les ratios de fonctionnement élevés en 2023 impliquent l'existence de coûts de gestion importants. Les ratios de couverture de charge étant inférieur à 100 % traduisent un déficit financier de la mutuelle.

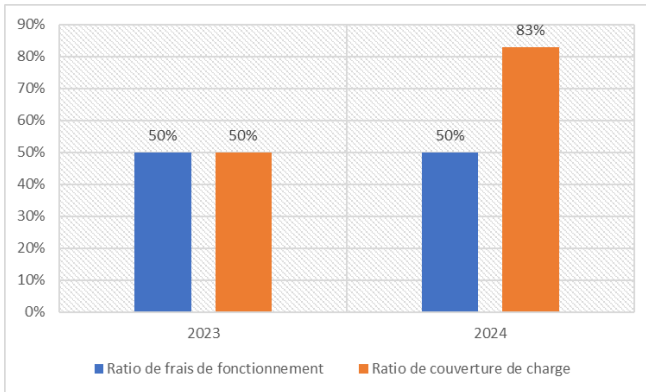


Figure 3. Ratio de frais de fonctionnement et de couverture de charge

La figure 4 nous montre que le taux de sinistralité était très élevé en 2024 comparativement à celui de 2023 ; ceci explique un déficit que la mutuelle a payé plus de prestations en 2023 comparativement aux cotisations reçues.

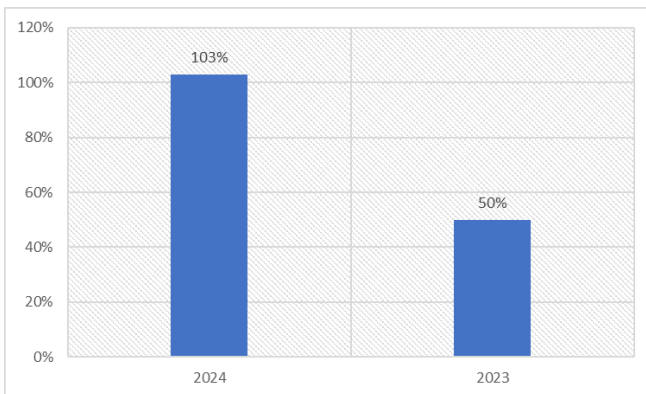


Figure 4. Ratio de Sinistralité entre 2023 et 2024

IV. DISCUSSION

IV.1. Satisfaction des bénéficiaires

Le taux global de satisfaction dans la présente étude est de 69 % ; soit 71,0 % en 2024 et 66,6 % en 2023. Ces résultats suggèrent une amélioration relative du fonctionnement en 2024. Par ailleurs en 2023, elle a accumulé des dettes sur certaines prestations de santé. Cette difficulté pousse certaines formations sanitaires à suspendre la prise en charge. Ces taux sont légèrement supérieurs à ceux trouvés par Minda Michaëlle à Goma soit 63,6 % de membres satisfaits sur la qualité des soins. (15)

Une analyse plus détaillée montre que la satisfaction des adhérents prenait en compte quatre dimensions suivant les taux de ces deux dernières années (2023 et 2024) : accessibilité (67,7 % contre 74,86 %), organisationnelle (73 % contre 54,1 %), technico-professionnelle (46,5 % contre 82 %), accueil et relationnelle (77 % contre 43,39 %). Le constat fait sur terrain lors des entretiens révèle que l'année 2023 a fait l'objet des difficultés technico-professionnelles (professionnalisation) avec le départ de certains de son personnel ; ceci oblige la Mutualité à recruter, à former des nouvelles unités le plus souvent non expérimenté. Ces difficultés technico-professionnelles ont été également relevées dans l'étude de Minda Michaëlle (2016) mais avec des pourcentages largement faibles comparativement aux nôtres : 31,8 % soulignent le manque de personnel qualifié et 37,3 % le manque de suivi de malades. (15)

Des études similaires menées à l'université de Dschang portant sur l'évaluation des connaissances que les étudiants ont des services offerts par le service d'assurance santé Area et sur le degré de satisfaction de ses bénéficiaires Ivan Misongé, concluent quant au niveau de satisfaction chez les étudiants : accessibilité (36,6 %), organisation (54,8 %), technico-professionnel (78,62 %) et relation avec le personnel (37,17 %) (16). Ce résultat significatif se différencie du nôtre en ce sens que les populations de deux études sont totalement différentes du point de vue connaissance. Par ailleurs l'étude réalisée par Pululu NJM et al., sur le niveau de fidélisation à la MS dans la Zone de santé de Kisantu indique une association très significative entre la satisfaction de membres et leur fidélisation (17). L'étude précise que la satisfaction de membre augmente 219 fois plus les chances d'être fidéliser à la MS.

Nonobstant les niveaux de performance durant ces deux dernières années, 99,1 % des bénéficiaires de 2024 et 66,7 % de ceux de 2023 pourront solliciter toujours les services lorsqu'ils seront à nouveau malades et 91,6 % contre 56,5 % de ces adhérents disent avoir eu une résolution d'accessibilité financière aux soins de qualité. Les difficultés financières des membres ont été également relevées dans l'étude de Pululu NJM : 68,7 % de ses enquêtés leur revenu de ménages était inférieur à 100 \$. (17)

En outre, 29,17 % des nouveaux adhérents en 2024 ne maîtrisent pas les démarches de prise en charge contre 50 % des nouveaux adhérents en 2023. Ces résultats corroborent l'étude de Soglohoun P. et al., sur la contribution des MS à l'organisation de la demande des services et soins de santé en RDC qui stipule que près de 45 % des adhérents ne bénéficiaient pas d'un bon encadrement pour une démarche efficace aux structures de soins de santé (3). Nous pensons que le manque d'encadrement et accompagnement des

adhérents et aussi dans certaines structures sanitaires les partenaires sont inconstants et que peu de prestataires connaissent l'existence de la MS à Kisantu. On observe également un problème concernant les difficultés à contacter le service de la mutuelle en cas de besoin en 2023 (52,1 %), et pourtant plus satisfaisant en 2024 (90,9 %). Un résultat similaire a été obtenu dans une étude menée à l'université de Dschang par Mabou N, et al., avec une accessibilité téléphonique (91,7 %) (18). Au final, 47,8 % des adhérents en 2023 témoignent d'une adéquation entre leurs attentes et le service de mutualisation contre 91,6 % des bénéficiaires en 2024.

Le fait d'appartenir à un ménage ou une PEM, de s'affilier par groupe de 6 -11 et de plus de 22 personnes pourrait augmenter la probabilité d'être satisfait des services offerts par la MS. Aussi, le fait d'appartenir au secteur privé ou d'être retraité et d'avoir plus des revenus pourrait augmenter la probabilité d'être satisfait des services offerts par la MS, les attentes vis-à-vis de ces services augmentant proportionnellement au prix payé par ses adhérents. Waelkens MP, Criel B., dans un rapport sur les MS en Afrique subsaharienne : état de lieux (7), indiquent une forte probabilité d'adhésion par regroupement et précisent le fait que plus l'adhésion se fait en groupe mieux est la satisfaction de membres pour faire face à plusieurs obligations financières.

IV.2. Finance, gestion et organisation

Dans cette étude, nos analyses ce sont également penchées sur la gestion et l'organisation de la MS de Kisantu entant qu'indicateur. Ce dernier a conduit à l'identification des outils et activités de gestion liés aux ressources matérielles, financières et humaines, d'une part et, d'autre part, l'évaluation l'organisation de la gestion administrative. Le constat fait état de la facilité à contacter le service de la mutualité en cas de besoin, avec des résultats plus attractifs observés pour 2023 (89,47 %) que pour 2024 (52,17 %).

Théoriquement parlant, les problèmes du genre financement propre quasi inexistant et des taux de sinistralités très élevés de la MS pourraient éclairer la situation de 2023. La disponibilité des outils et des activités de gestion durant les deux ans est significativement présente dans la gestion au quotidien des activités, une part des recettes générées étant utilisée pour son fonctionnement. La MS fait état d'un ratio de solvabilité supérieur à 2, qui indiquent qu'elle fournit des efforts pour payer les dettes ; mais celui de 2023 (3 %) est très bas par rapport à celui de 2024 (65,5 %). Cela peut s'expliquer par le fait qu'à cette année il y a eu des activités génératrices de revenus facilitant le paiement de dettes à court terme par rapport à l'année précédente. Ceci va de pair avec la politique nationale du Ministère de la santé (RDC,

2010) sur l'Évaluation de la stratégie nationale de promotion des MS, Kinshasa ; laquelle politique encourage que les MS puissent disponibiliser des activités génératrices de revenus.

Le ratio d'équilibre montre que la capacité de la Mutuelle en 2024 à couvrir ces charges totales à l'aide des cotisations qu'elle reçoit est faible par rapport à l'année 2023 qui présente un tableau nettement mieux. Cela peut s'expliquée par le nombre d'activités génératrices de revenus qui demandent une main-d'œuvre considérable, y compris les charges consécutives aux imprévus. Les deux années présentent une part financière des cotisations acquises supérieure à la normale (30-40 %) dédiée au fonds de roulement de la mutuelle. Mais, cette part est plus élevée en 2023 (88,8 %) qu'en 2024 (63,3 %). Cette situation peut survenir tenant compte de dépenses des sommes considérables pour certains axes de fonctionnement tels que le marketing social, en vue d'augmenter le nombre d'adhérents et de limiter le non-renouvellement des services mutualistes en fin de contrat. Le ratio de couverture des charges indique une meilleure autonomie financière en 2024 (55,3 %) qu'en 2023 (19,5 %). Enfin, la survenue du risque de maladie en 2023 (217 %) se situe largement au-dessus de la moyenne (50-60 %). Cet écart important avec la normale peut être dû à la présence constatée des personnes âgées de 45 ans et plus, qui sont plus vulnérables aux maladies. Les constats dans cette étude sur le ratio d'équilibre, le ratio de couverture des charges sont considérés comme indicateurs de performance d'une MS par Kapnang MI et al., dans une étude sur les performances des MS communautaire (16). Plus le ratio est faible moins est performant la mutuelle.

V. CONCLUSION

Au terme de cette étude, dont l'objectif était de mesurer la performance de la Mutuelle de Santé de Kisantu en calculant les indicateurs de performance financière, économique et de satisfaction, on note que l'évaluation de la performance peut prédire l'échec, la réussite et aussi permettre une réorganisation technique de la Mutuelle pour améliorer l'offre et la demande de services. Elle reste un élément sensible qui peut servir de tableau de bord et également de fils conducteur de la Mutuelle de Santé dans son milieu en tenant compte des variabilités politiques, sociales, économiques et technologiques. L'étude relève deux constats : la mesure de la performance a permis de dégager les difficultés et les manquements liés à la professionnalisation, l'organisation et la technicité de la Mutuelle de Santé. Ensuite, la mesure de performance s'est révélée plus significative en 2024 par rapport à 2023 qui présente de dettes de prestations médicales accumulées dues à la suspension des soins dans certaines des structures sanitaires partenaires et de son fonctionnement en entonnoir renversé. Toutefois, elle continue de survivre à partir de l'appui

financier de ses membres et aux subsides générés en résolvant certaines difficultés rencontrées. En dépit du niveau de performance la Mutuelle de Santé survit dans un milieu peu organisé et ayant une faible attention des parties prenantes.

Limites

Cette étude présente aussi des limites. Le faible taille de l'échantillon, échantillonnage non probabiliste biais de sélection et absence d'analyse multivariée.

Remerciements

Nous remercions dans cette étude tous les responsables de la Musakis qui ont mis à disposition leur temps pour faciliter la collecte des informations nécessaires à cette étude.

Financement

Aucun financement n'a été obtenu lors de la réalisation de cette étude. Le travail est fait sur fond propre

Conflits d'intérêt

Nous attestons qu'aucun conflit d'intérêt n'a été signalé.

Considérations d'éthique

Les informations obtenues de la Musakis ont été exploitées uniquement à des fins de recherche scientifique. A cet effet, les données ont été obtenues après avoir bénéficié d'un consentement libre de responsables de la structure.

REFERENCES

- World Health Organization. Tracking universal health coverage : 2023 global monitoring report (Internet). Geneva : WHO 2023 ; <https://www.who.int/publications/i/item/18/06/2025>
- OMS. État de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Brazzaville (Congo) OMS. 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275278>.
- Soglohoun P. Contribution des mutuelles de santé à l'organisation de la demande des services et soins de santé en RDC. Bethesda (MD) : Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc 2012.
- Alemayabu, Y.K. et al., The impact of community-based health insurance on health service utilization and financial risk protection in Ethiopia. BMC Health Services Research (2023)
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde : la recherche pour la couverture sanitaire universelle. Genève (Suisse) : OMS ; 2013. <https://www.euro.who.int/fr/>
- Waelkens MP, Criel B. Étude de la perception sociale de la Mucas Maliando. In : Criel B, Barry AN, Von Roenne F. Le projet Prima en Guinée Conakry : une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. Bruxelles (Belgique) : Medicus Mundi. 2021 : 122-124.
- Waelkens MP, Criel B. Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche. Washington (WA) : Banque Mondiale ; 2022. <http://documents.worldbank.org>.
- Fonteneau B. Les défis des politiques de microassurance santé en Afrique de l'Ouest : Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité. Leuven (Belgique) : Hoger Instituut voor de arbeid ; 2023 : 122-124.
- Ministère de la Santé publique (Minsanté), Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MinTS) (RDC). Rapport de l'atelier de validation du projet de plan d'actions pour la mise en œuvre d'une assurance santé à accès universel en RDC. 2015.
- Motazé LP. L'Afrique et le défi de l'extension de la Sécurité sociale : l'exemple du Cameroun. Paris : Pyramide-Papyrus Presse ; 2008.
- Minsanté (Cameroun). Stratégie sectorielle de la santé actualisée 2001-2015. 2009.
- Minsanté (Cameroun). Stratégie sectorielle de Santé 2016-2027. 2021 <https://extranet.who.int/countryplanningcycles>
- Minsanté (RDC). Évaluation de la stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé, Kinshasa, RDC. 2010.
- Kerak E, Elmoussaoui A, Imlahi A, Barrijal S. Étude de satisfaction des « clients » d'un organisme gestionnaire d'assurance maladie au Maroc. Revue Assurances et gestion des risques.2007;75:391-408.

<https://www.revueassurances.ca/wp-content/uploads/>

15. Michaele Evaluation du niveau de satisfaction des membres de la mutuelle de santé Kingo La Afya sur les services offerts. Mémoire de licence online, Université Libre de Pays de Grands Lacs (ULPGL / Goma) 2016
16. Ivan Misonge Kapnang, Donatien Gatsing, Martin Sanou Sobze et al. Evaluation des performances des mutuelles de santé communautaire de Douala et Yaoundé, Cameroun. Dans Santé Publique, 2021/3 Vol. 33: 425 - 433
17. Pululu Nsakala et Van Loon Facteurs de fidélisation dans la mutuelle de santé de Kisantu en RDC ; revue Santé Publique, 33 ; 569 – 577
18. Mabou N, Watcho P, Baleba N. Évaluer le niveau de connaissance qu'ont les étudiants de l'Université de Dschang des services qu'offre l'assurance AREA [Thèse de master]. Dschang (Cameroun) : Université de Dschang ; 2018