M.E.S., Numéro 108, Janvier-Mars 2019
https://www.mesrids.org
Dépôt légal : MR 3.02103.57117
Mise en ligne le 11 janvier 2022

ANCRAGE ET PERENNISATION DE LA MUTUELLE DE SANTE RURALE DE BWAMANDA

par

Jean-Marie NKUTU PULULU [1]
Dr Herman J. M. VAN LOON, MD – MPH - PHD[2]

RESUME

L'Afrique subsaharienne est confrontée à des problèmes d'accès aux soins de santé. Pour contourner cette difficulté, des initiatives en faveur des systèmes de prépaiement ont vu le jour, mais la plupart n'ont pas résisté à des exigences de durabilité et de pérennité.

Des études ont démontré que les facteurs économiques et financiers, ainsi que l'analphabétisme, l'ignorance et la sensibilisation insuffisante sont à la base de cette difficulté. Cet article se propose, à travers une démarche qualitative en focus group et entretiens individuels, de décrire l'expérience d'une mutuelle de santé qui a survécu à l'épreuve de temps durant plus de 30 ans.

Il est observé à travers l'étude que les facteurs de succès de cette mutuelle de santé seraient l'ancrage communautaire et institutionnel, les mécanismes de gouvernance et l'implication des prestataires dans le processus de campagne et la production des soins de qualité.
Mots-clés : Mutuelle de santé, Bwamanda, pérennisation, communautaire, accès aux soins

INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, les états qui ont tenté d'offrir la quasi-gratuité des soins de base à leur population n'ont pas su l'assurer faute d'insuffisance des moyens financiers et de l'explosion démographique. C'est ainsi que le financement communautaire des soins a été lancé, en dépit de la pauvreté de la population.(7, 8)

En République Démocratique du Congo, le financement des soins par les ménages représente 42% des dépenses courantes de santé en 2014[3] et 45 % sont apportés par la coopération internationale[4].

En dépit de cet apport important, soit directement par les usagers ou indirectement par l'aide extérieure, l'accès aux soins de santé reste faible, généralement à cause de la capacité financière insuffisante des malades[5]. L'utilisation des services curatifs au niveau national est de 33,1%[6].

Pour surmonter cette difficulté de faible accès aux soins de santé, face à des contraintes d'un financement communautaires émergeants, des systèmes de prépaiement des soins sont initiés dans plusieurs pays africains. (7, 8, 11, 16, 17, 20, 28, 29).

La plupart de ces systèmes présentent de sérieuses limites en termes de durabilité financière et de capacité de gestion[7]. Une étude de l'OMS menée en 1998 sur 82 mutuelles de santé dans les pays en voie de développement[8] a fait observer que très peu de ces mutuelles ont connu une forte pénétration. Dans un groupe de 44 mutuelles de santé, treize mutuelles de santé ont eu un taux de pénétration en dessous de 15%, et 12 mutuelles au-dessus de 50%.

[1] Chef de Travaux, ISTM Kisantu et doctorant à l'Université Libre de Bruxelles
[2] Président du Conseil d'Administration de Congodorpen (ex CDI Bwamanda Belgique)

[3] http://www.document.minisanterdc.cd/index.php/direction/157-rapport-sur-les-comptes-de-la-sante-republique-democratique-du-congo-2014, consulté le 26/12/2016.
[4] http://hdl.handle.net/2268/170885 : Financement de la Santé et Recouvrement des coûts en RDC : le lourd fardeau des ménages – Manzambi Kuwekita J. et al, 2014.
[5] Médecins Sans Frontières ; Accès aux soins, Mortalité et violences en RDC ; enquêtes épidémiologiques, octobre 2005.
[6] Ministère de la santé de la RD Congo, Plan national de développement sanitaire 2016 – 2020, 2016.
[7] Oxfam international et al, Health Insurance in low-income countries, Oxfam Briefing Paper 112, May 2008.
[8] BENNET S., CREESE A. et MONASCH R., Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment. Series Current Concerns ARA paper, n° 16: World Health Organisation Geneva 1998.

Les raisons généralement évoquées, au sujet de la faible adhésion, reposent sur les facteurs économiques et financiers portant sur le pouvoir d'achat, la capacité contributive des populations ou l'accessibilité financière de la cotisation[1], ainsi que l'analphabétisme, l'ignorance, la pauvreté, une sensibilisation insuffisante[2].

Mais, en R.D. Congo, la mutuelle de santé de Bwamanda a affilié à son démarrage, en 1986, 32 600 membres soit 28% de la population dans un délai de 4 semaines. Au cours des années, l'adhésion est montée à 66% en 1993 et semblait se stabiliser à 61% en 1997[3]. Puis actuellement autour de 70.000 bénéficiaires soit ± 30%, à cause de la scission de la zone de santé et la partie de Boto a mis en place une autre mutuelle de santé.

Comment alors la mutuelle de santé de Bwamanda, parvient-elle à résister à l'épreuve de temps et maintenir d'année en année ses affiliés, en dépit des difficultés sus évoquées et qui plus est dans un contexte de guerre que la région a connu durant plus de 5 ans ?

Cette étude voudrait identifier les facteurs de succès ayant contribué à la pérennisation de la mutuelle de santé de Bwamanda qui fonctionne dans une communauté très pauvre depuis de longues années.

I. METHODOLOGIE SUIVIE

Cette étude qualitative, a été menée au sein de la mutuelle de santé de Bwamanda, dans la zone de santé qui porte le même nom, située dans la province du Sud Ubangi, en République Démocratique du Congo.

La collecte d'informations a été réalisée en trois séquences : 2014, 2015 et 2016[4] au moyen des entretiens individuels, les focus group et l'analyse documentaire. Celle-ci a consisté à éplucher les rapports d'activités et financiers 2014, 2015 et 2016 comme documents de travail de la mutuelle de santé.

Les *entretiens individuels* se sont réalisés auprès des responsables de la mutuelle de santé (3 personnes) et des prestataires tant au niveau de l'hôpital (4 personnes) que des centres de santé (4 personnes). Toutes ces personnes n'étaient plus admises au focus group.

Les *focus group* ont été menés auprès de 8 groupes cibles sélectionnés dans 4 aires de santé dont deux autour de l'hôpital de Bwamanda et deux autres situées à environ 20 Km de l'hôpital.

Dans chaque aire de santé deux groupes ont été sélectionnés, les femmes d'une part et les hommes de l'autre ; dans chaque grappe des aires de santé (autour de l'hôpital ou non), une aire de santé était composée des membres qui sont en ordre de cotisation et une aire de santé avec des anciens adhérents en rupture de cotisation.

Au niveau de chaque aire de santé, les entretiens se sont déroulés successivement pour les femmes et les hommes à des endroits différents, afin d'éviter le biais de l'information dû à la communication.

Les focus group ont été menés en 2 journées, une demi-journée par aire de santé. Les entretiens ont été enregistrés et à la prise des notes a été assurée par un collaborateur. Les groupes focalisés se présentent comme suit.

Tableau I. Nombre des participants au focus group reparti selon les aires de santé, groupes cibles et durée d'entretien

Aire de santé	Groupes cibles	Nombre des participants	Durée
Kombo	Hommes adhérents	8	1h10'
	Femmes adhérentes	7	50'
Mopela	Hommes non adhérents	6	55'
	Femmes non adhérentes	8	1h05
Mbari	Hommes adhérents	7	1h
	Femmes adhérentes	9	1h
Kada	Hommes non adhérents	5	55'
	Femmes non adhérentes	8	45'
	Total	58	

Dans chaque section, les entretiens se sont déroulés sous l'arbre à palabre du village pour les hommes et au centre de santé pour les femmes. La sélection des aires de santé s'est faite de façon raisonnée en fonction de leur proximité de l'hôpital.

A l'issu des focus group, une audition des enregistrements était faite et recoupée avec les manuscrits afin de résumer des réponses à chaque

[1] Galland B., contribution des ménages à faible revenu pour la micro assurance maladie, groupe CIDR, 2005.

[2] Laurent MUSANGO, Le système de prépaiement au Rwanda (I) : analyse d'une expérience pilote, cahier d'études et de recherches francophones/santé. vol 14, n° 2, 93-9,Avril-MAI-Juin 2004, Etude originale.

[3] G. CARIN, M. PIA WAELKENS and B. CRIEL, Community – based health insurance in developing countries : a study of its contribution to the performance of health financing systems, tropical medicine and international health, vol 8, pp 779 – 811, août 2005.

[4] Mutuelle de santé de Bwamanda, Rapports annuels 2014, 2015 et 2016.

question et une synthèse pour chacune des questions. Les questions posées ont tournés autour des thèmes suivants, qui ont aussi permis de mener les analyses dans la discussion. Il s'agit de :

- le processus de mise en place et de renouvellement des affiliations dans la mutuelle de santé.
- la perception des groupes sur la gestion de la mutuelle de santé, l'ancrage du CDI Bwamanda et leur sentiment d'appartenance à la mutuelle de santé.
- l'appréciation du rôle que jouent les formations sanitaires dans le développement de la mutuelle de santé

Les réponses sont présentées suivant les thèmes abordés en prenant en compte les points de convergence et quelquefois de divergence des différents groupes. La revue documentaire a permis d'analyser les informations administratives et financières sur la mutuelle de santé et d'enrichir les informations obtenues lors des focus group et entretiens. Les documents suivants ont été consultés : Registre de suivi des membres, de cotisations, tarifs des soins, carte de membre, timbre.

Les données financières récoltées en monnaie locale ont été converties en dollars américains selon le taux de change du site de Oanda[1].

II. DONNEES RECOLTEES

La présentation des résultats commence par le tableau de l'évolution des affiliations et prend, par la suite, en compte la synthèse de la revue documentaire, des entretiens individuels et des focus group sur les thèmes sus évoqués.

2.1. Evolution de la mutuelle de santé

Crée par nous sur base des rapports d'activités de la mutuelle de santé et des rapports de mission d'experts

Tableau II. Evolution des indicateurs de la mutuelle de santé de Bwamanda de 1986 à 2015

Variables	Moyennes annuelles par tranche de 5 ans						Moyenne (ET)
	1986 – 90	1991-95	1996 – 00	2001-05	2006 – 10	2011– 15	
Population cible	125.693	153.230	178.513	206.804	185.973	206.028	
Nombre des Affiliés	67.076	85.324	85.417	73.670	84.269	70.704	
Taux d'adhésion %	53	56	48	36	45,31	34,32	45 (±8,87)
Montant d'argent perçu(FC ?)	18855	29.637	64.480	79.114	139.392	205.706	
Nombre de malades mutualisés soignés	3.262	4.808	7.180	8.778	8.335	8.937	
% de malades mutualisés soignés	4,86	5,63	8,41	11,92	9,89	12,64	9 (±3,20)
Nombre de remboursements	11.744	25.888	62.662	73.985	97.280	145149	
% remboursement	62,29	87,35	97,18	93,52	69,79	70,56	80 (±14,41)

Conçu par l'auteur sur base de la revue documentaire

Il est observé dans le tableau II que le taux d'adhésion sur les 30 années est en moyenne de ± 45% (Ecart-type (ET) 8,87), près de 10% de la population mutualiste a été soigné en moyenne à l'hôpital (ET 3,20), et le taux de remboursement des soins ou de sinistralité, est en moyenne autour de 80% (ET 14,41). A la question de décrire le processus de mise en place et de renouvellement des affiliations dans la mutuelle de santé, les différents groupes ont émis les opinions suivantes :

Tous les groupes focalisés et les personnes rencontrées lors des entretiens individuels affirment qu'au départ le CDI Bwamanda a structuré la communauté en comité rural de développement intégral (CRDI) au niveau de chaque aire de santé. Ce comité comptait des membres chargés de mobiliser la population sur les actions de développement dans les domaines économiques (agriculture), santé et éducation. Le volet santé concernait entre autres la sensibilisation communautaire à participer aux activités sanitaires : vaccination, consultation préscolaire / prénatale, …, hygiène, assainissement et entretien des sources d'eau potable et environnement des CS, mais aussi la mobilisation de la population à s'affilier dans la mutuelle de santé.

Ces comités étaient accompagnés par le service du développement rural du CDI Bwamanda. Chaque CRDI a désigné ses délégués pour former l'assemblée générale de la mutuelle de santé, en raison de 2 à 4 personnes selon la taille de la population de l'aire de santé et son étendue. Ces délégués élisent le conseil d'administration qui gouverne la mutuelle de santé. Deux délégués du CDI Bwamanda sont de droit membres du conseil d'administration.

C'est au niveau du conseil d'administration que la prime de cotisation est proposée puis discutée et adoptée en assemblée générale. Lorsque la prime est adoptée, les différents délégués communiquent avec les notables et autorités politico coutumières locales (au niveau de leurs aires de santé respectives) et ainsi la campagne se fait par tous à toutes les occasions de rencontre organisées dans la communauté, une

[1] https://www.oanda.com/lang/fr/fx-for-business/historical-rates.

sensibilisation quasi porte à porte. Actuellement avec la radio rurale à Bwamanda, des émissions sont réalisées dans la période de campagne.

L'affiliation est familiale et doit prendre en compte tous les membres du ménage sans discrimination, c'est ainsi que des fiches familiales sont tenues au niveau du centre de santé pour chaque ménage.

1) A la question d'exprimer leur perception sur (i) la qualité de gestion de la mutuelle de santé, (ii) l'ancrage du CDI Bwamanda dans la gestion de la mutuelle de santé et (iii) leur sentiment d'appartenance à la mutuelle de santé, les groupes ont émis des opinions suivantes

- En rapport avec la qualité de gestion

Les entretiens en groupes et individuels, vérifiés par la revue documentaire, s'accordent tous que :

- La mutuelle de santé de Bwamanda compte une assemblée générale, constituée des délégués de chaque aire de santé, et qui se réunit au minimum une fois par an; un conseil d'administration élu par l'assemblée générale en tenant compte des axes de la zone de santé.
- Les groupes de prestataires hospitaliers et des gestionnaires de la mutuelle de santé, confirmé par la revue documentaire, précisent, en plus, que le conseil d'administration se réunit une fois par trimestre ; et un secrétariat exécutif composé du président de la mutuelle de santé et d'un secrétaire ou gestionnaire salarié.
- La période de cotisation annuelle ainsi que le remboursement des soins hospitaliers à 80 % est appréciée favorablement par tous les groupes focalisés et individuels, surtout que la cotisation se fait durant la période de la récolte des produits agricoles. En effet, pour une facture des soins à l'hôpital, le malade affilié paye cash 20%, quel que soit le type des maladies chroniques et la mutuelle de santé, en tiers payant la mutuelle paye à l'hôpital les 80%. Les soins remboursés sont ceux fournis par l'hôpital de Bwamanda exclusivement.
- Tous les groupes des adhérents et des prestataires au niveau des centres de santé regrettent que le remboursement ne concerne que l'hôpital. Une démarche de remboursement au niveau des centres de santé, initiée par ailleurs grâce à cette remarque, est en cours d'expérimentation dans deux aires de santé.
- Tous les groupes apprécient la tarification forfaitaire par épisode maladie et par service hospitalier, appliquée à l'hôpital.
- Les groupes des prestataires hospitaliers et des gestionnaires de la mutuelle de santé ont affirmé que ce tarif est toujours négocié entre le conseil d'administration de la mutuelle de santé, la direction de la zone de santé et la délégation du CDI Bwamanda.
- Le remboursement des soins hospitaliers est conditionné par une référence obligatoire à partir du centre de santé a été sujet à des divergences de point de vue. Les groupes focalisés, mutualistes ou non, estiment qu'il y a des conditions où le malade ne saura passer au préalable par le centre de santé et ne pas disposer des moyens adéquats de sa prise en charge, argument non partagé dans les groupes individuels.
- Les quatre groupes focalisés des adhérents et les groupes des prestataires hospitaliers déplorent que vers la fin de certaines années , la mutuelle de santé ne dispose pas assez de moyens pour assurer le remboursement. Les groupes des prestataires affirment que cette situation entraine un malaise chez certains personnels de l'hôpital) qui se plaignent sur ce retard de payement. Ils témoignent que dans le temps, pareille situations était couvertes par le CDI Bwamanda, promoteur de la mutuelle de santé.
- Tous les groupes focalisés ont déploré la rupture des médicaments au sein de l'hôpital en 2014, réduisant ainsi la qualité des soins
- En rapport avec l'ancrage du CDI Bwamanda :

Tous les groupes focalisés et les personnes contactées en entretiens individuels reconnaissent que le CDI Bwamanda joue, depuis le démarrage de la mutuelle de santé, un rôle important dans l'épanouissement de celle-ci.

- En rapport avec le sentiment d'appartenance à la mutuelle

Les 8 groupes focalisés, ainsi que le groupe des gestionnaires ont une bonne perception de la mutuelle de santé. Ils déclarent que la mutuelle de santé leur appartient, du fait qu'ils prennent part au changement des dirigeants de manière démocratique.

2) A la question d'apprécier le rôle que jouent les formations sanitaires dans le développement de la mutuelle de santé, les réponses suivantes sont ressorties :

- Les groupes focalisés et individuels, témoignent du rôle positif joué par les CS dans la tenue des fiches familiales et l'inscription

des affiliations, ainsi que la sélection des références vers l'hôpital selon les ordinogrammes des soins. L'équipe cadre de la zone se charge du recouvrement des recettes d'affiliation qui est versé dans la caisse de la mutuelle, gardé par CDI Bwamanda.

- Le groupe des gestionnaires de la mutuelle a souhaité participer à la campagne de recouvrement à côté de la zone de santé.
- Ce même groupe apprécie favorablement la participation du médecin chef de zone au conseil d'administration de la mutuelle et le président du conseil d'administration de la mutuelle, participe au conseil d'administration de la zone de santé.
- La convention des soins signée entre la mutuelle de santé et la zone de santé est bien appréciée par les groupes des gestionnaires et des prestataires hospitaliers, dans ce sens qu'il détermine le cadre de collaboration entre les deux organisations, ainsi que la non-modification du tarif sur la période de remboursement d'une année.

III. ANALYSE

La mutuelle de santé de Bwamanda a résisté à l'épreuve du temps en maintenant un nombre important des affiliations, en dépit des conditions socio-économiques précaires de sa population; pourtant des études montrent que très peu des mutuelles de santé ont couvert de grandes populations[1], au Rwanda par exemple, le taux d'inscription est passé de 7.9% à 10,3% trois ans après[2]. La mutuelle de santé de Bwamanda a pris de l'envol dès son démarrage (28%) et s'est stabilisée durant plusieurs années autour de 60%[3].

Les facteurs de succès relevés lors des interviews, et exprimés lors des focus groups seraient l'ancrage communautaire et institutionnel, les mécanismes de gouvernance et l'implication des prestataires dans le processus de campagne.

3.1. Ancrage communautaire et institutionnel de l'initiateur

En rapport avec l'ancrage communautaire, au-delà du formalisme (reconnaissance) institutionnel et la compétence gestionnaire, la réussite de la mutuelle de santé de Bwamanda se fonderait probablement entre autres sur son assise communautaire.

Certaines études ont démontré que le manque de connaissance et de confiance sur la mutuelle de santé constituent des obstacles à l'affiliation[4]. Par ailleurs d'autres études ont affirmé que les inscriptions sont généralement plus élevées parmi les mutuelles de santé gérées directement par la communauté[5], et que la solidarité implique un certain niveau d'identité et des intérêts communs fondé sur le tissu social et suffisamment de confiance aux dirigeants locaux et des institutions[6].

C'est dans ce cadre que la mutuelle de santé de Bwamanda a dû asseoir des CRDI au niveau des aires de santé, qui ont évolué en section mutualiste après que les aspects de développement économique ne soient plus organisés comme par le passé.

Bien qu'initié par le prestataire, cet ancrage communautaire témoigne le caractère endogène ayant suscité la mise en place de la mutuelle de santé. Il constitue le gage de la confiance que la population a dans sa mutuelle de santé et par conséquent, Il a permis de créer un rapport de confiance entre la communauté et les dirigeants afin de consolider le démarrage de la mutuelle de santé et d'assurer son renouvellement continu, car, les différents membres du CRDI, suffisamment formés, assurent la sensibilisation permanente et intensive lors des campagnes d'affiliation dans leurs aires de santé respectives et les administrateurs proposent de façon démocratique la prime de cotisation qui doit être approuvée en assemblée générale.

[1] BENNET S., CREESE A. et MONASCH R., Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment. Series Current Concerns ARA paper, n° 16: World Health Organisation Geneva 1998.

[2] PORIGNON D., Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique, expérience dans la région des grands lacs africains, novembre 2003.

[3] Guy Carin, maria Pia Waelkens and Criel B, community – based health insurance in developing countries : a study of its contribution to the performance of health financing systems, tropical medicine and international health, vol 8, pp. 779 – 811, Août 2005.

[4] Anne-Marie Turcotte Tremblay, Slim Haddad, Ismaïlou Yacouba, Pierre fournier, Mutuelles de santé : stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au bénin, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal. En collaboration avec Centre d'études et d'appui technique aux Institutions de micro assurance-santé (aims) Politiques publiques et lutte contre L'exclusion – phase III, Rapport de recherche, Juillet 2010.

[5] J. DEFOURNY, J. FAILON, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, 1/2011 (n°153), pp. 7-26.

[6] Criel B., Atim C., Basaza R., Blaise Pierre and Waelkens MP., , Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context. Tropical Medicine and International health, volume 9 no 10pp 1041-1043. 2004.

En plus, le service du développement rural du promoteur de la mutuelle de santé a joué un rôle primordial dans le renforcement des capacités des CRDI. Il a aussi permis de créer un mécanisme à travers duquel la population exprime son appréciation ou frustration par rapport au fonctionnement de la mutuelle de santé[1].

En plus, l'affiliation familiale obligatoire, bien perçue par la population et rejoint la composante familiale de la maladie, constitue un élan de solidarité, fondement d'une mutuelle de santé et réduit le risque de sélection adverse et par conséquent de surconsommation des soins.

3.2. Mécanisme de gouvernance

Le modèle organisationnel de la mutuelle de santé de Bwamanda, qui jadis était centralisé au niveau de la direction du CDI Bwamanda, a évolué, autour des années 2010, vers un modèle mixte qui donne de l'espace de gestion à un collège composé des représentants de la communauté et des délégués du CDI Bwamanda promoteur de la mutuelle de santé. Les délégués du CDI Bwamanda participent au conseil d'administration et un personnel ayant l'expertise dans la gestion des mutuelles de santé est nommé comme point focal afin d'accompagner la gestion de la mutuelle de santé. Cet aspect rejoint la préoccupation de Bart Criel[2], affirmant que la gestion d'une mutuelle de santé est complexe et nécessite des compétences techniques qui ne rentrent pas en contradiction avec la possibilité pour la communauté d'exercer un contrôle démocratique sur la prise de décisions.

Avec ce modèle de gestion mixte, la mutuelle de santé bénéficie à la fois du soutien de la communauté et du promoteur, et ainsi la fixation du tarif, les possibilités de résorber le déficit budgétaire, ainsi que d'autres problèmes spécifiques sont négociées avec aisance entre parties prenantes.

Il faut aussi signaler que les mutuelles de santé qui ont un modèle différent de gouvernance : gestion totalement communautaire ou par le prestataire, peuvent aussi témoigner d'une bonne gestion. Mais le modèle de la mutuelle de santé de Bwamanda a le mérite de mettre ensemble les acteurs soutenant la même cause, qu'est l'accès aux soins de santé, sur la même vision.

Comme dit précédemment sur le tarif, le modèle de tarification forfaitaire appliqué dans les formations sanitaires au-delà de l'amélioration de la fréquentation[3] (9), permet une maîtrise, non seulement des coûts des soins, mais aussi facilite la programmation de remboursement et bien plus, rend aisé la budgétisation de la mutuelle de santé.

A titre exemplatif voici dans le tableau III l'outil de pilotage de la gestion financière de la mutuelle de santé, avec une simulation de cotisation annuelle de 2$, à 4 $ et la cotisation en cours de l'année 2016 (2,72 $). Le coût moyen en 2015 était de 36,07.

Tableau III. Simulation du remboursement des soins en fonction de la cotisation retenue

Cotisation proposée par bénéficiaire en $	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Nombre des bénéficiaires affiliés estimé	1	1	1	1	1	1
Perception Totale attendue en $	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Prime de campagne 2 % x perception totale	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
Solde pour le remboursement	2,45	2,94	3,43	3,92	4,41	4,9
Proposition de remboursement aux centres de santé par capitation (bénéficiaire inscrit) en $ (35% de cotisation)	0,875	1,05	1,225	1,4	1,575	1,75
Prévision de payement aux CS pour tous les bénéficiaires affiliés	0,875	1,05	1,225	1,4	1,575	1,75
Montant de cotisation resté pour remboursement HGR en $	1,575	1,89	2,205	2,52	2,835	3,15
Coût moyen des soins à l'hôpital estimé en $	25	25	25	25	25	25
Nombre des bénéficiaires affiliés estimé soignés HGR	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
Coût prévisionnel des soins pour les bénéficiaires au HGR : coût moyenne x Nombre attendu	2	2	2	2	2	2
Solde mutuelle si remboursement 100%	-0,425	-0,11	0,205	0,52	0,835	1,15
si remboursement proposé à 80%	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Solde mutuelle à 80 % de remboursement	-0,025	0,29	0,605	0,92	1,235	1,55
si remboursement proposé à 70%	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Solde mutuelle	0,175	0,49	0,805	1,12	1,435	1,75
si remboursement proposé à 60%	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Solde mutuelle	0,375	0,69	1,005	1,32	1,635	1,95

[1] Bart Criel, Chris Atim, Théophane Bukele, Olivier Louis Dit Guerin, Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo, rapport de mission, Septembre-Octobre 2004.

[2] Idem

[3] Edgard-Marius OUENDO, Michel Makoutodé, Michèle Wilmet Dramaix, Moussiliou Paraiso et Bruno Dujardin, Accès aux soins de santé au Benin : Indigence et reseaux d'aide communautaire, cahiers santé 2004 ; 14 : 217-21

Prévisions des dépenses sur le solde après remboursement						
Prévisions des dépenses du personnel et fonctionnement (CA, AG, Mission et voyage, fournitures, frais administratifs) : 13% x perception totale	0,325	0,39	0,455	0,52	0,585	0,65
solde pour réserves si remboursement à 100%	-0,75	-0,5	-0,25	0	0,25	0,5
solde pour réserves si remboursement à 80%	-0,35	-0,1	0,15	0,4	0,65	0,9
Solde pour réserves si remboursement à 70%	-0,15	0,1	0,35	0,6	0,85	1,1
Solde pour réserves si remboursement à 60%	0,05	0,3	0,55	0,8	1,05	1,3
% total à 80%	99,0%	88,3%	80,7%	75,0%	70,6%	67,0%
% total à 70%	91,0%	81,7%	75,0%	70,0%	66,1%	63,0%
% total à 60%	83,0%	75,0%	69,3%	65,0%	61,7%	59,0%
Coût moyen annuel de fonctionnement pour Seuil de démarrage 1000	325,00	390,00	455,00	520,00	585,00	650,00
Coût moyen annuel de fonctionnement pour Seuil de démarrage 2000	650,00	780,00	910,00	1 040,00	1 170,00	1 300,00
Coût moyen annuel de fonctionnement pour Seuil de démarrage 3000	975,00	1 170,00	1 365,00	1 560,00	1 755,00	1 950,00
Coût moyen annuel de fonctionnement pour Seuil de démarrage 4000	1 300,00	1 560,00	1 820,00	2 080,00	2 340,00	2 600,00
Coût moyen annuel de fonctionnement pour Seuil de démarrage 5000	1 625,00	1 950,00	2 275,00	2 600,00	2 925,00	3 250,00

Conçu par l'auteur en 2015 dans le cadre d'une mission d'accompagnement et de collecte des données

Ce tableau conçu sur Excel, permet de calculer le seuil d'équilibre de la mutuelle de santé. Il permet aussi de ménager les différentes possibilités de la prime de cotisation et du taux de remboursement (80, 70, 60 ou 50%), en veillant que le solde final ne soit pas négatif. Si le solde final est négatif il est conseillé de réajuster à la baisse, les dépenses de fonctionnement, sinon solliciter un appui financier extérieur pour couvrir un éventuel écart observé.

En rapport avec les données de ce tableau, il apparait que l'équilibre financier de la mutuelle de santé, pour un remboursement des soins à 80% et des coûts des soins de moyen à 36 $ est obtenu pour une cotisation annuelle et individuelle de 3,5$. Avec la cotisation de la mutuelle de santé de Bwamanda fixée à 2,72$, le remboursement devrait être limité à 60%, pour rester en équilibre, sinon soutenir le remboursement à 70% et s'imposer un budget de fonctionnement de 25.063$.

Or le remboursement est fixé à 80%, la mutuelle ne resterait qu'avec 1663$ pour ses dépenses de fonctionnement. C'est ce qui justifie l'apport financier du CDI Bwamanda et ses partenaires extérieurs pour soutenir l'écart relatif au fonctionnement, constatant que la mutuelle a démontré sa capacité de couvrir ses charges de sinistralité.

Au-delà de ce qu'affirment Manuella de Allegri[1] que les mesures de gouvernance de la mutuelle de santé doivent viser la sélection adverse, la fraude à la consommation et la maîtrise des coûts, il est ressorti dans cette étude que l'adhésion familiale sur base de la fiche familiale limite la sélection adverse, le fait de poster un personnel rémunéré de la mutuelle de santé à l'hôpital pour vérifier l'identité (carte valable avec timbre conforme) et la qualité (référé ou pas) des malades mutualistes, ainsi que confronter le projet de la facture des soins avec ses données réduisent les risques de fraude à la consommation voire à la surfacturation éventuelle du prestataire. En rapport avec la maîtrise des coûts la mutuelle de santé de Bwamanda signe une convention avec la zone de santé que le tarif ne sera pas modifié au cours de l'exercice.

3.3. De l'implication des prestataires

La relation entre prestataire et mutuelle de santé joue un rôle important dans la prévention des risques liés à l'assurance maladie[2], notamment la sélection adverse et le risque moral. L'affiliation qui se fait au niveau du centre de santé sur base de la fiche familiale établie au préalable par l'infirmier titulaire, permet de minimiser ces différents risques.

[1] MANUELA De ALLEGRI, Rainer Sauerborn , Bocar Kouyate´ and Steffen Flessa, Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? Tropical Medicine and International Health, volume 14 no 5 pp 586–596 may 2009.

[2] BIT : Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique Genève, 2003.

En outre, les infirmiers des centres de santé jouent même un rôle actif dans l'accès au système, ils renforcent la crédibilité de la mutuelle face à la population et participent comme référant vers l'hôpital, à y envoyer les malades qui rentrent réellement dans les critères de référence.

Le personnel de santé est aussi affilié dans la mutuelle de santé dans la mutuelle de santé, comme bénéficiaire ; ce qui lui permet de contribuer davantage à son succès et épanouissement ; mais aussi comme acteur dans le processus car il trouve là un cadre d'expression de ses attentes et craintes pour une offre des soins satisfaisant et une prestation aisée[1].
Contrairement à[2] qui estime que les prestataires des soins ne devraient pas jouer un rôle majeur dans la gestion des mutuelles de santé, la mutuelle de santé de Bwamanda initiée par le prestataire démontre combien la symbiose partenariale entre les deux acteurs est à la base de son succès.
L'implication des prestataires dans le cadre que la mutuelle joue une influence positive sur la qualité de soins, en effet lorsque le taux d'adhésion mettant en question la qualité des leurs prestations diminue, cela augmente la pression sur les prestataires de l'améliorer pour regagner la confiance des bénéficiaires.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, il a été question, primo de décrire le processus de mise en œuvre et de la gouvernance de la mutuelle de santé de Bwamanda et secundo d'en identifier les facteurs de succès ayant contribué à sa pérennisation, considérant que plusieurs mutuelles de santé en Afrique Subsaharienne, résiste difficilement aux épreuves de temps.

Au moyen des focus group et des entretiens individuels, les opinions suivantes ont été émises : la structuration communautaire autour des CRDI a permis un ancrage communautaire gage de la pérennisation de la mutuelle de santé, l'implication du CDI Bwamanda en qualité du promoteur de la mutuelle de santé et l'implication des prestataires, tant lors des campagnes que durant la prise en charge des malades mutuelles sont perçues comme des garanties de qualité de gouvernance et des soins par la population et par ricochet de la pérennisation de la mutuelle de santé.

La revue documentaire a permis d'observer la stabilité de la mutuelle de santé à travers durant son parcours autour de 30% d'affiliation et la capacité financière de la mutuelle de santé à couvrir ses charges de sinistralité, quand bien même que cela a avoisiné certaines périodes près de 100%.

Contexte du tableau :

- Avec le taux de cotisation de 2,5$, il sera recommandé de rembourser les soins à 60% et fixer le seuil de démarrage à 4000 affiliés, afin d'avoir un minimum de 100$ (1300/12) par mois pour le fonctionnement, sinon trouver un financement pour couvrir l'écart éventuel.
- Avec le taux de cotisation de 3 $, il sera recommandé de rembourser les soins à 70% et fixer le seuil de démarrage à 3000 affiliés afin d'avoir autour de 100$ (1170/12) par mois pour le fonctionnement.
- A partir du taux de cotisation de 3,5 $ $, il sera recommandé de rembourser les soins à 80 % et fixer le seuil de démarrage respectivement à 3000 pour 3,5$ de cotisation et 2000 pour 4 à 5 $ de cotisation individuelle, afin d'avoir autour de 100$ (1170/12) par mois pour le fonctionnement.

[1] Criel B., Alpha A.D., Van der Vennet J., Waelkens M P., Wiegandt A., 2005. La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée – Conakry. Tropical Medicine and International Heath, volume 10 no 5, pp. 450-463.

[2] Ndiaye P. Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts, document de travail, Gouvernance, équité et santé, 2006.