ETUDE DES CONDITIONS DE VIE ET D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRECARITE, DANS LA ZONE DE SANTE DE BANDALUNGWA A KINSHASA (CONGO). GRACE A LA MICRO-ASSURANCE SANTE EN 2008.

Manzambi Kuwekita J[1,2], Guillaume M[3], Balula Tshemutshari M-P[4], Tshiama Kabongo E[1], Mayamba Kilela J[5], Bruyère O[2], Reginster JY[2].

[1]Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section de Santé Communuataire, Département de Santé Publique et Financement des Systèmes de Santé. Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC).[2]Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique (Ecole de Santé Publique), Service de Santé Publique, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé. Liège, Belgique.[3]Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique (Ecole de Santé Publique), Service de Santé Publique - Aspects Spécifiques. Liège, Belgique.[4]Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Ipamu (Province de Bandundu, RDC).[5]Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix de Kenge (Province de Bandundu, RDC)

Résumé

Cette étude analyse les conditions pour que les populations précaires soient en mesure de se constituer une épargne et de cotiser à la micro-assurance santé afin d'améliorer leurs conditions de vie et leur accessibilité aux soins de santé de qualité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa par une enquête exhaustive en 2008. L'expérience est basée sur le Modèle Manzambi pour le financement de la santé et l'extension de la protection sociale aux populations pauvres des pays en développement. Chaque jour, l'agent de crédit percevait de mains de la marraine du groupe les versements de chaque membre. Deux micro-entrepreneurs (3%) financés ont disparu avec les fonds, avec la complicité d'un agent de crédit. Selon les principaux résultats de cette étude, de tous les micro-entrepreneurs, 78,1% ont amélioré leurs conditions de vie, 50% ont constitué une épargne dont 71,9% ont cotisé régulièrement un dollar US à la micro-assurance, 40,6% ont cotisé régulièrement le montant d'un dollar US à la micro-assurance dont 88,5% ont amélioré leur accès aux soins. Lorsque le micro-crédit favorise la constitution d'une épargne obligatoire significative, la cotisation obligatoire d'un dollar par jour à la micro-assurance devient aisée, ce qui améliore l'accès des membres du ménage aux soins de santé (p<0,000). 68% des micro-entrepreneurs en règle de cotisation ont connu une amélioration de leur pouvoir d'achat. Si l'on veut aider les populations démunies à sortir de la pauvreté, on doit les aider à épargner obligatoirement. Les résultats de cette étude montrent que les micro-entrepreneurs qui ont amélioré leurs conditions de vie ont associé cela notamment à l'amélioration de leur accès aux soins de santé (86,4%) (p = 0,003). Le Modèle Manzambi apporte une solution durable aux problèmes de financement de la santé et de l'extension de la protection sociale aux populations précaires des pays pauvres, en vue de la « santé pour tous ».

Mots clés

Modèle Manzambi, Épargne et cotisation obligatoire d'un dollar US par jour, micro-assurance santé, accessibilité aux soins de santé des populations précaires, micro-crédits sociaux.

Introduction

Plusieurs études montrent que l'accès au micro-crédit permet aux populations précaires de lutter contre la pauvreté. Cependant, très peu d'études ont montré le lien entre d'une part, l'association du micro-crédit, de l'épargne obligatoire et la cotisation d'un dollar à la micro-assurance santé et d'autre part l'accès aux soins de santé de qualité des ménages des populations pauvres en milieu africain subsaharien.

Au Congo-Kinshasa, seuls 2,4% de la population active jouissent d'une couverture de sécurité sociale, par ailleurs, partielle. D'une manière générale, dans les pays à faible revenu, ce qui est le cas de la plupart des pays africains au sud du Sahara, plus de 90% de la population n'est pas couverte par la sécurité sociale (BIT, 2007 ; Ministère du Plan, 2006). La situation sociale est marquée par une pauvreté accrue : la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 70,68 % en 2005, de même que la qualité et l'accès aux services sociaux de base se sont dégradés (Ministère de la Santé Publique, 2006). Les travailleurs du secteur informel, quant à eux, ne bénéficient d'aucune protection sociale (Manzambi & Reginster, 2013 ; Ministère du Plan, 2006). Le classement de l'Indice de Développement Humain (IDH) place le pays en dernière position de tous les états membres des Nations Unies : le Congo-Kinshasa est devenu le pays le plus pauvre du monde. Pour l'essentiel, sur les neuf risques que prévoie la convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), seuls cinq d'entre eux ont été ratifiés et gérés par l'INSS. Les indemnités de maladie, les prestations de maternité, de chômage et de soins médicaux ne sont pas couvertes (Manzambi & Reginster, 2013). La proportion du budget alloué par le gouvernement central au secteur de la santé est la suivante : 4,03**%** en 2006, 2,62% en 2007, 3,62 en 2008 et 3,02 en 2009 (Ministère de la Santé Publique, 2013 ; Dussault *et al.*, 2006 ; Delvetere *et al.*, 2004). Plusieurs conséquences découlent de cette faible allocation du budget de l'Etat au secteur de la santé, entre autres le fait que 82% de la population déclarent ne pas être à mesure de prendre en charge leurs soins de santé (Manzambi & Reginster, 2013, Ministère de la Santé Publique, 2006) d'une part, et la baisse du taux d'utilisation des services de santé qui est passé de 25% en 1997 à 15% en 2006 (Manzambi *et al.*, 2000 ; Manzambi & Reginster, 2013). C'est ce qui ressort de l'analyse des comptes nationaux de la santé : le financement des soins de santé est assuré en majeure partie par les seuls revenus des ménages. En effet, en 2008 et 2009, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de la République Démocratique du Congo indiquent que la part des ménages dans le financement de la santé est respectivement de 45% et 43%. Les ménages sont suivis par la coopération multilatérale (17 à 19%), le gouvernement central (13%), les ONG internationales (11 à 13%), etc. (Ministère de la Santé Publique, 2013).

C'est dans ce cadre que l'Etat congolais a créé le PNPS (Programme National d'Appui à la Protection Sociale) en vue de : (i) étendre la couverture de la protection sociale, (ii) améliorer la qualité des prestations sociales, (iii) mettre en place et gérer un système de couverture universelle des soins de santé, (iv) concourir aux travaux de

réforme avec la commission ad hoc et (v) rendre effective la protection sociale pour tous. Pour y parvenir, le Professeur Manzambi Kuwekita J a mis en place un modèle conceptuel présenté ci-dessous.

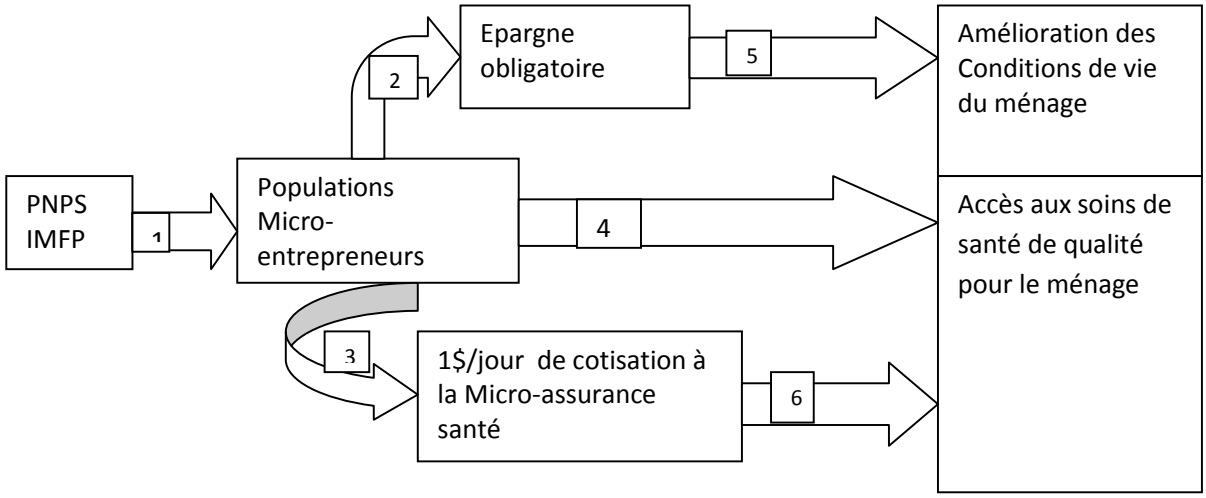
Cette étude a pour but d'examiner les conditions dans lesquelles les populations précaires de la commune de Bandalungwa parviennent à se constituer une épargne consistante et à cotiser régulièrement un dollar US à la micro-assurance santé de manière à financer efficacement le système des soins de santé local. Dans ce travail, nous avons surtout comparé les groupes qui étaient capables de se constituer une épargne et cotiser à l'assurance maladie de ceux qui n'en étaient pas capables.

La présente étude a pour but aussi d'établir un lien entre la constitution obligatoire d'une épargne et l'amélioration du pouvoir d'achat d'une part, et d'autre part, la cotisation obligatoire d'un dollar par jour à la micro-assurance santé et l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé de qualité, par une expérience menée aux quartiers Makele et Lumumba, dans la commune de Bandalungwa (Manzambi & Reginster, 2013).

Matériel et méthodes

Le PNPS a été pensé et organisé pour jouer à la fois le rôle d'institution de recherche scientifique, de micro-finance, de micro-assurance et d'offre des soins de santé. Toutes ces composantes sont à cet effet couplées au sein d'un même système, notamment en vue de contrôler le fonctionnement de l'ensemble du dispositif d'une part, et d'autre part d'échapper aux pesanteurs politiques, particulièrement en ce qui concerne la gestion des ressources humaines et financières et éviter le recrutement pléthorique du personnel, l'utilisation irrationnelle des budgets, le recours aux médicaments périmés, le mauvais accueil des patients, le recours à outrance aux grèves du personnel toujours mécontent, etc.

Figure 1. Le Modèle Manzambi pour le financement des soins de santé et l'extension de la protection sociale aux populations précaires des pays pauvres



Concept du Modèle

Le micro-crédit social est celui qui est octroyé à taux d'intérêt nul, destiné à soutenir les populations précaires exclues du système banacaire, et ne présentant pas nécessairement le pouvoir de remboursement du crédit. Ce type de crédits ne peut être octroyé que par les pouvoirs publics ou les organisations non-gouvernementales. Le capital remboursé par chaque micro-entrepreneur permet de financer une personne supplémentaire. Comme pour les institutions de micro-finance, le processus permet de financer des dizaines de milliers de gens en peu de temps. Dans l'expérience menée à Kinshasa, selon la valeur de produits vendus, les financements sollicités par les micro-entrepreneurs variaient entre 200$US et 600$US.

Le Modèle Manzambi comple le dispositif du « couplage du micro-crédit et de la micro-assurance » (Labie *et al*., 2007), dont le but premier est d'améliorer les contributions à la micro-assurance santé. En effet, les études sur le modèle de couplage du micro-crédit et de la micro-assurance montrent que le micro-crédit peut aider le micro-entrepreneur à réaliser du bénéfice et que si ce bénéfice est important, l'emprunteur peut payer ses contributions à la micro-assurance santé (Navajas *et al*., 2000 ; Okpukpara, 2009). Dans la recherche menée au Bénin sur l'articulation entre micro-finance et micro-assurance, il est souligné que « l'accès au micro-crédit permet aux personnes de développer des activités génératrices de revenus et de disposer des moyens pour affronter les coûts induits par les cotisations à la micro-assurance (Labie *et al*., 2007). Les auteurs poursuivent en disant : « pour que le client décidé de souscrire à un mécanisme d'assurance, il faut qu'il dispose de liquidités suffisantes pour pouvoir supporter le coût d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain sans avoir à sacrifier les revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont eux certains ». Dans le même ordre d'idées, d'autres études justifiant la nécessité du couplage « micro-finance et micro-assurance » montrent qu'il existe un lien étroit entre la capacité contributive, les revenus et les montants alloués à l'assurance maladie (Sery & Letourmy, 2006 ; Develtere *et al*., 2004).

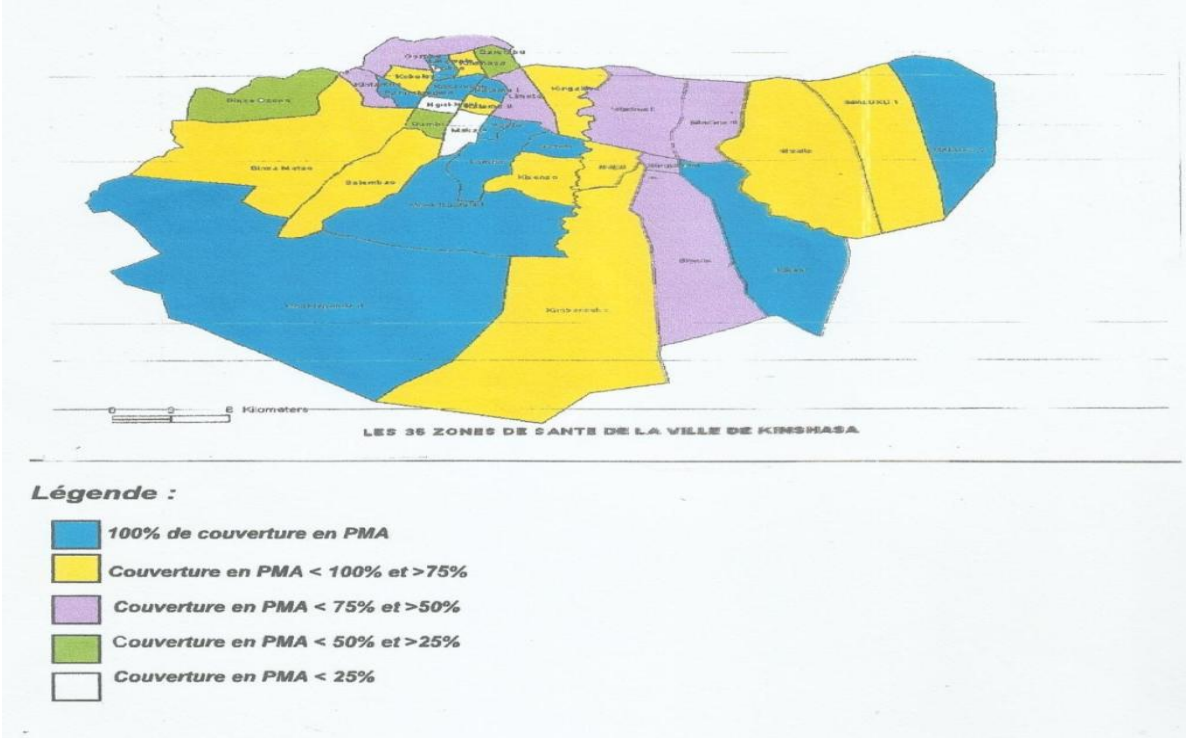
Le Modèle Manzambi a pour but l'atteinte de la « santé pour tous » et l'amélioration du pouvoir d'achat des populations précaires en passant par (i) le micro-crédit, (ii) conditionné par la constitution d'une épargne obligatoire et (iii) la cotisation obligatoire d'une prime de micro-assurance santé, et (iv) dont les ménages des bénéficiaires, au moment de la survenue de la maladie, sont pris en charge par une structure de santé entièrement contrôlée par le dispositif. Ce Modèle complète le dispositif défini plus haut et soutenu par ce que d'autres auteurs recommandent : « Le vieux débat opposant libéraux et interventionnistes quant à la prise en charge ou non par la collectivité de la santé de chacun est toujours d'actualité. D'un côté, on trouve la conception de la « santé pour tous », affirmée avec force par I'OMS, qui consiste à assurer à chacun le libre accès aux soins de santé que son état nécessite. L'idée qui sous-tend cet objectif est une conception égalitariste de la justice - à chacun selon ses besoins. Le financement des soins de santé qui semble le mieux adapté, dans ce cas, est un financement collectif et obligatoire… »

(Tizio & Flori, 1997), ce qui est le fondement du Modèle Manzambi, expérimenté dans la zone de santé de Bandalungwa, à Kinshasa : pas de « santé pour tous » sans l'augmentation du pouvoir d'achat des populations, l'épargne obligatoire et la cotisation obligatoire à la micro-assurance santé qui, à son tour, finance le fonctionnement intégral du système de santé, dont le paiement des salaires décents au personnel et l'approvisionnement en médicaments essentiels de qualité.

Divisions Urbaines de la Santé (avec au total 516 zones de santé), dont la Division Urbaine de la Santé de Kinshasa (Ministère de la Santé Publique, 2012). Autrefois divisée en 22 zones de santé (Manzambi *et al*., 2000), la Division Urbaine de la Santé de Kinshasa compte, à la lecture de na nouvelle réforme ad hoc, 35 zones de santé (Figure 2).

Une zone de santé est un espace géographique bien défini, incluse ou non dans les limites territoriales

Figure 2. Les 35 zones de santé de la Divion Provinciale de la Santé de Kinshasa



Source : Plan provincial de développement sanitaire (PPDS) 2011-2015 – Ville de Kinshasa

L'expérience a été réalisée dans deux aires de santé de la zone de santé de Bandalungwa, les aires de santé Lumumba et Makelele. La récente réforme du système de santé de la République Démocratique du Congo découpe le territoire national en plusieurs

d'une commune ou d'un territoire. Elle comprend une population variant de 50.000 à 100.000 personnes en milieu rural et de 100.000 à 250.000 personnes en milieu urbain. La zone de santé

possède deux niveaux d'intervention, le centre de santé et l'hôpital général de référence.

Le système de santé de la RDC place la zone de santé comme niveau opérationnel du système des soins de santé en vue de l'organisation, de la planification et du développement des activités sanitaires. La zone de santé est subdivée en aires de santé. En milieu urbain, une aire de santé comprend une population moyenne d'environ 10.000 habitants.

Une aire de santé est dite opérationnelle lorsqu'elle est pourvue d'un centre de santé qui adhère à la politique des soins de santé primaires (Man zambi & Reginster, 2013). Dans ce cas, il met à la disposition de la population couverte un paquet minimum d'activités (PMA), comprenant les soins curatifs, préventifs et promotionnels (Cemubac, 2010 ; Manzambi Kuwekita, 2000).

De manière générale, les quartiers de marchés Lumumba et Makelele sont quasi similaires. Dans chacun des 64 ménages, le micro-entrepreneur ou en cas de son absence son conjoint, était interviewé. Au cas où aucune des deux personnes n'était disponible, une nouvelle date de rendez-vous était proposée au membre du ménage présent. En cas d'absence de tous les deux au second passage, l'enquêteur se rendait au marché pour interviewer le micro-entrepreneur. Quatre étudiants de deuxième licence en santé communautaire de l'ISTM-KIN, formés pendant 12 heures aux techniques d'enquête, ont administré le questionnaire sous la supervision d'une équipe de recherche dirigée par le Professeur Manzambi Kuwekita Joseph. Les enquêteurs s'identifiaient auprès des personnes interrogées comme 'étudiants de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa'. Le questionnaire, comportant 35 questions, a été pré-testé dans une autre aire de santé de la zone de santé de Bandalungwa en août 2008. Les enquêtes se sont déroulées en septembre 2008. Les données démographiques recueillies incluaient les caractéristiques du répondant (statut dans le ménage, état-civil, études, religion, province d'origine, types d'articles vendus), celles du ménage (habitat, taille du ménage, revenu déclaré du ménage) et celles liées à la propension (perception de la qualité des services offerts par les projets, perception de l'impact du micro-crédit sur les ménages, etc.). Le ménage était défini comme l'ensemble des personnes vivant sous un même toit (Manzambi & Reginster, 2013 ; Criel *et al*., 2002).

Étant donné le nombre assez limité de bénéficiaires du micro-crédit du PNPS, tous les micro-entrepreneurs ont été intégrés dans l'échantillon, donnant ainsi lieu à un échantillonnage exhaustif. L'infirmier titulaire a permis de localiser l'adresse du chef de collectivité (quartier) dont il dépendait. Les micro-entrepreneurs vivaient tous dans la commune de Bandalungwa et présentaient quasi les

Les variables utilisées dans cet article proviennent de deux questions ouvertes: (i) La dernière fois qu'un membre de votre ménage est tombé malade, étiez-vous en droit de bénéficier de la couverture de l'assurance maladie ? (ii) Le pouvoir d'achat amélioré par le micro-crédit vous a-t-il permis de constituer une épargne obligatoire ?

Les réponses à ces questions ont ensuite été regroupées en grandes catégories afin de faciliter l'analyse. Ainsi, dans la catégorie 'amélioration des conditions de vie' nous avons regroupé les réponses

suivantes : alimentation, paiement de loyer, accès aux soins de santé et scolarisation d'enfants, continuité de la constitution de l'épargne. Par 'contribution régulière à l'assurance-maladie' on voulait entendre avoir au tout au plus une absence d'1 mois (≤ 1 mois) de contribution à l'assurance-maladie. De même, par 'amélioration du pouvoir d'achat on devait entendre l'augmentation des revenus d'activités commerciales exercées. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows (version 12.0.1). Les résultats sont présentés sous forme de moyennes, d'écart-type et de proportions. Le test du chi carré a été utilisé pour mesurer l'association entre les variables regroupées. L'odds ratio a mis en évidence la chance (i) d'améliorer le pouvoir d'achat et (ii) de contribuer régulièrement à l'assurance-maladie (Hosmer & Lemeshow, 1989) afin de financer les soins de santé grâce à l'obtention du micro-crédit (Manzambi *et al*., 2000).

Résultats

1. Caractéristiques socio-démographique du répondant

Les 64 répondants étaient des femmes, d'un âge moyen de 45 ± 3 ans. 64,1% étaient mariées. 54,7% ont entamé des études secondaires sans les achever, 15,6% ont achevé avec succès le secondaire, 14,1% n'ont pas achevé les études primaires, 10,9% se sont déclarées analphabètes et 4,7% possédaient un diplôme du supérieur. Par ailleurs, 26 (40,6%) ont contribué régulièrement à l'assurance-maladie. Les difficultés de contribuer régulièrement à l'assurance-maladie étaient attribuées aux dépenses élevées (72 fois), aux activités peu rentables (55 fois) et aux cotisations élevées (42 fois).

Tableau 1. Augmentation du pouvoir d'achat, amélioration des conditions de vie et réalisation préalable de bénéfice

		Augmentation du pouvoir d'achat			
Variable indépendante		Oui	Non	Total	p
Amélioration des conditions de vie					0,003
	Oui	39	11	50	
	Non	5	9	14	
Total		44	20	64	
Réalisation préalable de bénéfice					<0,0001
	Oui	36	8	44	
	Non	8	12	20	
Total		44	20	64	

Tableau 2. Cotisation obligatoire d'un dollar à la micro-assurance, amélioration de l'accès aux soins et constitution obligatoire de l'epargne

		Cotisation obligatoire d'1$ à l'assurance			< 0,0001
Amélioration de l'accès aux soins	Oui	23	9	32	
	Non	3	29	32	
Total		26	38	64	
Constitution obligatoire de l'épargne					< 0,0001
	Oui	23	9	32	
	Non	3	29	32	
Tota		26	38	64	

S'agissant de ménages, 62,5% étaient composés de moins de 7 personnes tandis que 37,5% étaient constitués d'au moins 7 personnes. Ceux qui ont amélioré les conditions de vie de leurs ménages ont évoqué 83 fois l'amélioration de l'accès aux soins, 78 fois la colarisation des enfants, 66 fois l'alimentation et 11 fois le paiement du loyer.

De l'ensemble des micro-entrepreneurs bénéficiaires de prêts du PNPS, 37 (57,8%) ont connu, dans les deux semaines précédant l'enquête, un cas de maladie dans leur ménage dont 23 (62,2%) étaient en ordre de cotisation. Pour se soigner, les 23 ménages concernés ont recouru de façon non exclusive au CMM dont les soins étaient couverts par la caisse d'assurance maladie, aux hôpitaux, aux tradipraticiens, à l'automédication et à la prière.

Discussion

Octroi du micro-crédit aux populations précaires

D'autres études ont établi la précarité dans laquelle vivent les populations en République Démocratique du Congo (Banerjee & Duflo, 2009), attribuant cela notamment à la mauvaise situation de la sécurité sociale. Dans le même ordre d'idée, cet état de la sécurité sociale est aggravé par des maigres budgets alloués aux secteurs sociaux qui, du restent, parviennent assez rarement à destination, une bonne partie empochée par des dirigeants à un niveau ou à un autre, grâce notamment au fait que les fonds publics circulent de mains à mains, et quasi jamais par le système bancaire, ainsi qu'à l'insuffisance de liquidité dans les caisses du Trésor public. Par conséquent, la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 70,68 % en 2005 (Labie *et al*., 2007). Comme le montre le Tableau 1, octroyer du crédit à ces populations en situation peut contribuer à augmenter leur pouvoir d'achat. En effet, des 64 micro-entrepreneurs qui ont obtenu des micro-crédits du PNPS, 44 (soit 68,75%) ont déclaré avoir augmenté leur pouvoir d'achat. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés au Cambodge et ailleurs, où les emprunteurs disent avoir réalisé un profit grâce au crédit (Guérin *et al*., 2009). En effet, à cause de l'instabilité de revenus liée à la dégradation constante de la situation économique, on observe les répercussions sur la contribution à l'assurance-maladie. C'est dans le même ordre d'idée que d'autres études décrivent comment, en Afrique de l'Ouest, le micro-crédit permet de fidéliser les membres de la mutuelle de santé : le couplage attire des personnes vers la micro-assurance santé qui n'auraient pas contracté une assurance santé par ailleurs (Labie *et al*., 2007).

Étant donné que le micro-crédit augmente le pouvoir d'achat des populations précaires, permettre aux populations précaires des pays pauvres d'accéder au micro-crédit leur permettrait de lutter contre la pauvreté, comme le suggèrent d'autres études menées à Kinshasa et qui montrent clairement que l'augmentation du pouvoir d'achat a un effet positif direct sur la capacité des ménages à épargner (PNUD, 2009 ; Bouquet *et al*., 2007). Sans un coup de pouce qui permettrait aux populations pauvres d'augmenter leurs revenus, il serait illusoire de s'attendre à ce qu'elles puissent épargner et/ou payer des cotisations à la micro-assurance santé, comme le confirme la recherche

menée sur l'articulation entre micro finance et micro-assurance santé au Bénin (Labie *et al.*, 2007) : « l'accès au micro-crédit permet aux personnes de développer des activités génératrices de revenus et de disposer des moyens pour affronter les coûts induits par les cotisations à la micro assurance. Et pour que le client décide de souscrire à un mécanisme d'assurance, il faut qu'il dispose de liquidités suffisantes pour pouvoir supporter le coût d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain sans avoir à sacrifier les revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont eux certains ». Par ailleurs, dans l'expérience du PNPS menée dans la zone de santé de Bandalungwa, il a été montré que la chance d'augmenter son pouvoir d'achat est d'environ six fois plus élevée chez les micro-entrepreneurs ayant obtenu un prêt compris entre 200$ US et 600$ US, se raprochant des résultats obtenus ailleurs où les emprunteurs ont vu leurs revenus s'accroître (Develtere *et al*., 2004 ; Audi & Achegbulu, 2011), de même qu'en Ouganda où les clients d'une Institution de Micro-finance ont augmenté leurs revenus en l'espace de trois mois (Duflo & Parienté, 2009), ce qui a aussi constaté ailleurs (Guérin *et al*., 2009).

Constitution d'une épargne obligatoire en vue de reconstituer le capital emprunté

Les résultats de cette étude montrent que les micro-entrepreneurs qui ont épargné ont pu dégager au préalable du bénéfice (68,8%), (p = 0,000), grâce à l'amélioration de leur pouvoir d'achat (p = 0,001), ce qui apparaît également au tableau 2. En effet, le fait que 81,8% de micro-entrepreneurs qui ont augmenté leur pouvoir d'achat aient réalisé au préalable du bénéfice, montre clairement que l'augmentation du pouvoir d'achat a un effet positif direct sur la capacité des ménages à épargner, ce qui explique que de tous ceux qui ont constitué une épargne, 71,9% ont déclaré avoir préalablement réalisé du bénéfice.

Pourquoi une épargne obligatoire ? Épargner, économiser, en vue de subvenir aux besoins sociaux du ménage et de faire face aux éventuels risques que le ménage ne peut planifier et/ou éviter : la maladie, les accidents, le décès, les frais scolaires des enfants, la nourriture, le logement, etc. Or, en République Démocratique du Congo, un peu plus de 80% de la population ne dispose pas d'un revenu stable tiré d'un salaire. Et pour ceux qui ont la chance d'en disposer, la majorité d'entre eux, que sont les fonctionnaires et agents de l'Etat, la majorité a un salaire de base inférieur à 100 USD. Il est donc impossible pour la population d'épargner, d'économiser. En conséquence, il est impossible à ces populations de faire face à leurs besoins quotidiens, moins encore de faire face aux évènements qui pourraient advenir le lendemain. C'est ce qui explique les faibles taux d'utilisation des services de santé à travers le pays et le fait que le pays se place actuellement en dernière position du classement de l'Indice de Développement Humain. En d'autres termes, la République Démocratique du Congo est le pays le plus pauvre du monde en 2012 !

Le PNPS a joué le rôle de « caisse d'épargne ». Puisqu'il s'agit d'un Service public, fonctionnant intégralement avec l'apport du Trésor public, la constitution de l'épargne auprès du PNPS

n'occasionne aucun frais de gestion de la part du micro-entrepreneur. À la fin du cycle, le micro-entrepreneur retire son épargne et poursuit ses activités, cette fois-ci avec ses fonds propres. Contrairement à ce qu'on pouvait penser avant cette expérience menée à Kinshasa, les micro-entrepreneurs qui évoluent dans le secteur informel paient les taxes à l'Etat, mais l'Etat ne déclare pas ces taxes à l'Etat ! Pas facile à comprendre si l'on ne prête attention à ce qui suit. En effet, d'un point de vue théorique, seuls les salariés ont un revenu déclarés et connus de services fiscaux. Seuls les salariés paient les impôts. Seuls les revenus issus des salaires ont un impact sur les caisses de l'Etat. Et c'est vrai !

C'est vrai parce que les micro-entrepreneurs, qui paient chaque jour des taxes, sans qu'aucune preuve de paiement ne leur soit remise, sont considérés comme n'ayant rien payé à l'Etat. Tout simplement parce qu'au niveau périphérique, celui des communes qui gèrent les marchés, l'administration communale fait semblant de ne pas être "l'Etat", estimant que l'Etat c'est plutôt le gouvernement central. Seul le Premier Ministre et son gouvernement doivent retrouver l'argent pour faire fonctionner le pays, de sorte que les recettes réalisées par les les administrations communales à travers la perception des taxes auprès de petits vendeurs stationnés aux coins de rues et ceux installés dans des marchés officiels, variant entre 200 CDF et 1000 CDF (1$=910 CDF), disparaîssent en grande partie en cours de route, seule une infime partie est destinée à la déclaration par les percepteurs. Quant aux recettes réalisées dans les marchés, elles servent d'abord à maintenir un train de vie luxueux aux administrateurs de ces marchés, à grande majorité de sexe féminin. Les petits vendeurs des marchés sont à leur mercie. Celui qui ose de ne pas s'acquitter de sa taxe quotidienne est expulsé du marché et ne peut plus vendre. Et ne pas vendre est synonyme d'une mort lente mais certaine pour la vendeuse et son ménage. D'où la nécessité de payer cette taxe, quelles que soient les circonstances. Et cette taxe, on paie cash, sans preuve de paiement en retour.

Augmentation du revenu et amélioration des conditions de vie du ménage

Cette étude montre que (Tableau 1) de ceux qui ont déclaré avoir réalisé du bénéfice, 36 (81,8%) ont augmenté leur pouvoir d'achat (p = 0,001). Ceux qui ont augmenté leur pouvoir d'achat ont eu 7 fois plus de chance de faire du bénéfice que ceux qui n'ont pas augmenté leur pouvoir d'achat. Lorsqu'on leur demande ce qu'ils entendent par "amélioration des conditions de vie", les micro-entrepreneurs disent : (i) nourrir au moins deux fois par jour son ménage, (ii) accéder aux soins de santé en cas de besoin, (iii) scolariser avec moins de difficulté que l'année précédente les enfants à sa charge, (iv) être à mesure de payer ses dettes envers les tiers. Lorsqu'on sait qu'une bonne partie du revenu des ménages est engloutie dans les soins de santé et l'achat des médicaments (Matin *et al.*, 2002 ; Manzambi & Reginster 2013), être couvert par un dispositif qui supprime la quasi-totalité des frais liés à l'achat de la fiche, à la consultation médicale, aux soins infirmiers, à l'hospitalisation et à l'achat des médicaments signifie économiser en contrepartie les fonds s'y afférents. Et cela peut facilement représenter des centaines de dollars US

chaque mois. Plus qu'une fortune ! Par conséquent, les économies générées grâce à la suppression des frais autrefois destinés aux soins de santé sont affectés à d'autres besoins des ménages, ce qui contribue à l'amélioration des conditions de vie. En effet, l'expérience menée à Bandalungwa montre (tableau 3) qu'un individu vivant dans la précarité qui augmente progressivement son pouvoir d'achat a six fois plus de chance de voir les conditions de vie de son ménage s'améliorer. C'est ce qui ressort de l'étude réalisée par Mosley & Hulme (1998) : « les revenus engendrés par le micro-crédit servent notamment à diminuer les dépendances et à améliorer les conditions de vie à travers la consommation telle l'amélioration de l'alimentation, l'augmentation des frais de scolarité et de santé, de même que l'amélioration de l'habitat » et soutenue par d'autres (Navajas *et al*., 2000).

Cotisation obligatoire d'un dollar US à la micro-assurance santé et accès des membres du ménage aux soins de santé de qualité

L'implantation du CMM devrait de prime abord s'intégrer dans le plan de couverture de la zone de santé de Bandalungwa. Pour cela, une première réunion préparatoire a été organisée avec le Médecin Inspecteur de la ville de Kinshasa qui, par la suite, nous a recommandés auprès de Médecin Chef de Zone de Bandalungwa. Sur les 7 aires de santé de cette zone de santé, celle de Makelele n'était pas encore opérationnelle car ne disposant pas d'un centre de santé intégrée dans la politique des soins de santé primaires. Le Centre Médical Mélissa devait donc jouer, entre autres rôles, celui du centre de santé de l'aire de santé Makelele. Le Médecin Chef était accepté pour exercer son autorité sur le CMM, conformément aux priscrits des textes légaux et réglémentaires en vigueur en la matière. À notre demande, le MCZ nous a conduits auprès du Bourgmestre de la Commune de Bandalungwa, qui nous a reçus avec enthousiasme. Nous avons ensuite montré au Bourgmestre la nécessité pour le Modèle en expérimentation de rencontrer les chefs des quartiers de sa commune. Le Bourgmestre a ainsi convoqué une réunion avec tous les chefs des quartiers. Les chefs des quartiers Makelele et Lumumba nous ont ensuite présenté les listes exhaustives des rues composant leurs quartiers respectifs. Le recrutement du personnel a alors été organisé. Les candidatures issues de deux quartiers étaient encouragées. La sélection devait aussi tenir compte du genre.

Le Centre Médical Mélissa était ouvert 24H/24H. Y étaient organisés et couverts par la micro-assurance les consultations de médecine préventive, les consultations de médecine générale, les consultations spécialisées (dermatologie, dentisterie, ophtalmologie), les accouchements, les actes de petite et moyenne chirurgie, les hospitalisations de 7 jours, une pharmacie interne contenant la quasi-totalité de médicaments essentiels de l'OMS adoptés par la RDC ainsi que les soins infirmiers. Toutes les salles étaient climatisées et équipées d'un poste téléviseur en dehors de la salle d'accouchement et de la salle d'opération. Lors de la survenue de la maladie, le patient se présentait au CMM muni de sa carte SIS et payait un ticket modérateur de 2$US pour chaque épisode de maladie ou chaque nouveau cas, et un tiers-payant de 30% à 40% du coût total de la

prescription médicale. Un tiers-payant de 20% à 30% était aussi exigé pour des examens d'échographie, et environ 40% pour les actes de moyenne et grande chirurgie. Dans ce cas précis les 40% payés par le patient étaient intégralement payés au médecin visiteur.

L'expérience menée à Bandalungwa révèle que le recours aux soins subventionnés par la micro-assurance était surtout dû à la qualité des services orgainisés au CMM du PNPS (Manzambi et al., 2013). En effet, 52,2% de ceux qui n'ont recouru qu'au CMM lors de l'avènement de la maladie dans leur ménage l'ont justifié par le fait que l'accueil y était très bon, le délai d'attente était inférieure à une heure, le personnel était à l'écoute du patient, les médicaments prescrits étaient disponibles à la pharmacie du CMM, le coût de soins y était abordable, les lieux étaient propres et que la guérison s'y obtenait rapidement. De même que l'ont dit Criel et ses co-auteurs (Criel *et al*., 2002), pour ces ménages, « la qualité de soins suppose un bon accueil, la disponibilité permanente d'une gamme de médicaments, un taux de guérison élevé dès le premier contact et, enfin, des cotisations raisonnables » (Manzambi & Reginster, 2013 ; Audibert *et al*., 2004). Cependant, la contribution à la micro-assurance n'est envisageable que si l'affilié dispose de moyens financiers suffisants, la constitution d'une épargne étant réalisable après que le micro-entrepreneur ait satisfait les besoins du ménage. Ce qui expliquerait pourquoi tous ceux qui ont cotisé à la micro-assurance santé ont déclaré avoir préalablement amélioré leur pouvoir d'achat, ce qui paraît logique : « pour que le client décide de souscrire à un mécanisme d'assurance, il faut qu'il dispose de liquidités suffisantes pour pouvoir supporter le coût d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain sans avoir à sacrifier les revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont eux certains » (Labie *et al*., 2007). De même, d'autres études montrent qu'il existe un lien étroit entre la capacité contributive, les revenus et les montants alloués à l'assurance maladie (Sery & Letourmy, 2006 ; Bockel *et al*., 2009 ; Manzambi & Reginster, 2013 ; Labie *et al*., 2007) ».

Conclusion

Comme on peut le constater, cette étude a ses limites. En effet, l'expérience a été menée sur une population de très petite taille et vivant dans une même zone de santé, en milieu urbain. Par ailleurs, l'étude n'a pas pu démontrer que les cotisations à la micro-assurance santé qui a permis le paiement des soins de santé ont été exclusivement payées grâce à l'épargne induite par les prêts obtenus du PNPS. Elle permet néanmoins de tirer quelques conclusions.

L'expérience montre que le micro-crédit peut aider le micro-entrepreneur à réaliser du bénéfice et dans la mesure où ce bénéfice est suffisant, le micro-entrepreneur peut constituer une épargne susceptible de favoriser sa contribution à l'assurance santé et de s'acquiter, le moment venu, du paiement du ticket modérateur et du tiers-payant, le cas échéant. Enfin, on apprend de cette étude que la contribution régulière à la micro-assurance santé améliore le recours à la structure de santé financée par cette micro-assurance. Par ailleurs, un détail non négligeable ressort de cette

expérience : la quasi-totalité de ceux qui ont fréquenté la structure de santé l'ont fait pour la qualité et l'efficacité des soins y offerts. Les montants de cotisations à la micro-assurance doivent donc être équitablement répartis dans les différents postes budgétaires de la structure de santé, afin de permettre à cette dernière d'offrir des soins de qualité, grâce à la compétence et à la motivation du personnel. Les cotisations à la micro-assurance ne doivent pas disparaître dans les poches des dirigeants de la structure de santé, si l'on veut atteindre la qualité des services et la satisfaction des patients. L'application du Modèle Manzambi, qui consiste à associer l'offre de micro-crédits aux populations précaires, la constitution d'une épargne obligatoire dont le montant total est équivalent au montant du crédit, l'affiliation obligatoire à la micro-assurance santé et l'organisation d'une structure des soins, peut améliorer le recours aux soins de santé de qualité et efficaces, ce qui apporte une amélioration significative des conditions de vie des ménages concernés et l'atteinte de la « santé pour tous » prônée par l'OMS.

Comme on peut s'en rendre compte, l'expérience dévoilée par cette étude montre que l'épargne et la cotisation obligatoires d'un dollar par jour à la micro-assurance santé, composantes-clés du Modèle Manzambi pour le financement de la santé et l'extension de la protection sociale aux plus pauvres, sont une solution durable au financement de la santé et à l'amélioration des conditions de vie des populations précaires des pays pauvres.

Bibliographie

1. Audi M L. & Achegbulu J O. (2011). Microfinance and poverty reduction: the Nigerian experience. *International Business and Management* 3 (1), pp. 220-227.

2. Audibert M, Mathonnat J et De Roodenbeke E (2004). Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis. *Med Trop* 64, 552-560.

3. Banerjee A. & Duflo E. (2009). The experimental approach to development economics. *Annu. Rev. Econ*. 1, pp. 151-178.

4. BIT/STEP (2007). Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Organisation Internationale du Travail, Genève, 71p.

5. Bockel L, Thoreux M, Sayagh S (2009). Vers une politique de couplage des outils micro-crédit et microassurance – Impact en termes de lutte contre la pauvreté et de gestion des risques ? Leçons à tirer des expériences de l'Inde et de Madagascar. Note de politique. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Module EASYPol 206, 1-19.

6. Bouquet E., Wampfler B., Ralison E., Roesch M. (2007) Trajectoires de crédit et vulnérabilité des ménages ruraux : le cas des CECAM de Madagascar. *Autrepart* 4 :44, pp. 157-172.

7. Cemubac (2010). La Stratégie de Renforcement du Système de Santé. http://www.cemubac.org/index.php/les-activites-du-cemubac/volet-sud/la-strategie-de-renforcement-du-systeme-de-sante-en-rdc.

8. Criel B, Blaise P et Ferette D (2002). Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services: une interaction dynamique. **In**: Dussault G, Fournier P, Letourmy A, editors. L'assurance maladie en Afrique francophone; améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque Mondiale; 2006, 353-372.

9. Develtere P, Doyen G et Fonteneau B (2004). Micro assurance et soins de santé dans le Tiers-Monde : Au-delà des frontières. Horizons, CERA Foundation, 61 p.

10. Duflo E. & Parienté W., 2009, Développements récents sur l'impact et les mécanismes de la microfinance. *Secteur Privé & Développement*, 3, 10-12.

11. Dussault G, Fournier P, Letourmy A (2006). L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque Mondiale. 596 p.

12. Guérin I, Palier J., Prévost B. (2009) Femmes et microfinance : Espoirs et désillusions de l'expérience indienne. *BIM* n°8, décembre 2009.

13. Hosmer DW & Lemeshow S. Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons, New York, 1989.

14. Labie M, Nyssens M, Wele P (2007). Micro finance et micro assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso. *Mondes en Développement* 35 (139), 3, 57-71.

15. Manzambi kuwekita J & Reginster JY. Financement de la Santé et Extension de la Protection Sociale dans les Pays en Développement : Résultats d'une Expérience menée à Bandalungwa, Kinshasa, Congo. Les Editions du Céfal. Liège, 2013. http://hdl.handle.net/2268/144109

16. Manzambi Kuwekita J, Gosset C, Guillaume M, Balula Tshemutshari M-P, Tshiama Kabongo E, Bruyère O, Reginster J-Y (2013). Le couplage « Micro-crédit, Micro-assurance santé et Offre des soins » peut améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité en milieu urbain africain : Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo. À paraître.

17. Manzambi Kuwekita J, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster J-Y, Van Balen H (2000) Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Tropical Medicine and International Health* 5 (8), 563-570. http://hdl.handle.net/2268/57747

18. Manzambi Kuwekita J (2000). Les déterminants du comportement de recours aux soins de santé en milieu urbain africain : cas de la ville de Kinshasa, Congo. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique, Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Liège. Liège, Belgique.

19. Matin I, Hulme D and Rutherford S (2002). Finance for the poor: from microcredit to microfinancial services. *J. Int. Dev.*, 14, 273-294.

20. Ministère de la Santé Publique (2012). Arrêté Ministériel n°1250/cab/min/sp/008/cj/oab/2012 du 03 nov 2012 portant reorganisation des Divisions Provinciales de la Sante en Republique Democratique du Congo. MSP, 2012.

21. Ministère de la Santé Publique (2013). Les Comptes Nationaux de la Santé de la République Démocratique du Congo. PNCNS, 2013.

22. Ministère de la Santé Publique, (2006). *Stratégie de Renforcement du Système de Santé*, Kinshasa. RDC.

23. Ministère du Plan, (2006). *Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté*. Kinshasa, RDC.

24. Mosley P. & Hulme D. (1998) Microenterprise finance: Is there a conflict between growth and poverty alleviation? *World Development* 26: 5, pp.783-790.

25. Navajas S, Schreiner M, Meyer RL, Gonzalez-Vega C and Rodriguez-Meza J (2000). Microcredit and the poorest of the poor. Theory and evidence from Bolivia. *World Development* 28: 2, pp. 333-346.

26. Okpukpara B. (2009) Microfinance paper wrap-up : Strategies for effective loan delivery to small scale enterprises in rural Nigeria. *Journal of Development and Agricultural Economics*, 1:2, pp. 41-48.

27. PNUD. (2009) « *Pauvreté et conditions de vie des ménages : Ville de Kinshasa*. *Mars 2009* ». PNUD, Unité de lutte contre la pauvreté.

28. Sery JP & Letourmy A (2006). « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives ». In Dussault G, Fournier P, Letourmy A, L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Banque Mondiale, 596 p.

29. Tizio S & Flori Y-A (1997). L'Initiative de Bamako : « Santé pour Tous » ou « Maladie pour Chacun » ? *In* Tiers-Monde 1997, tome 38, n°152, pp. 837-858.