

Financement de la santé et recouvrement des coûts en République Démocratique du Congo : le lourd fardeau des ménages.

J. Manzambi Kuwekita, MPH, PhD

Professeur à la Section de Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

Chargé des Cours Adjoint au Département des Sciences de la Santé Publique - École de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Liège, Belgique

Plan de la présentation

1. Résumé
2. Introduction
3. Financement des dépenses courantes de santé
4. Conclusions et recommandations
5. Références

Résumé

- Cette étude examine la part et l'affectation des dépenses des ménages dans le financement de la santé telle que présentée dans le rapport des comptes nationaux de santé, rédigé sur base d'une enquête nationale auprès de 11.000 ménages, 2.200 personnes vivant avec le VIH/Sida, 183 institutions, 42 mutuelles, 18 entreprises et l'exploitation de bilans de 1300 entreprises, en 2010.
- Les dépenses totales de santé des ménages/habitant/an=4,50\$US. Les dépenses courantes de santé sont à charge des ménages (40%) et de la coopération internationale (45%), et réalisées par paiement direct sans partage de coûts (93,7%). L'hospitalisation est justifiée pour soigner les carences nutritionnelles (34%), le paludisme (12%) et les troubles mentaux (10%). Dans 82% des cas, les soins ambulatoires concernent le paludisme (71%) et les troubles mentaux (12,5%).
- Le constat que 71,58% des dépenses des hôpitaux, 96,49% des dépenses des centres ambulatoires, 98,48% des dépenses des laboratoires médicaux et de diagnostic, 72,42% des dépenses des pharmacies sont à charge des ménages exposés au « out-of-pocket » plaide pour la mise en place de mécanismes de solidarisation du risque santé.
- Que le paludisme absorbe 71% des dépenses en soins ambulatoires plaide pour le renforcement de la prévention, du traitement et du suivi des progrès accomplis.
- Que les carences nutritionnelles soient la première cause de recours à l'hôpital suggère que des efforts soient consentis dans l'amélioration des conditions de vie des ménages.
- Que les troubles mentaux soient le troisième motif d'hospitalisation plaide pour l'intégration de cette pathologie dans les paquets minimum et complémentaire d'activités.

Introduction

- Plusieurs études ont présenté la situation des comptes nationaux de santé dans la région africaine [1], [2], mais peu en ont discuté les résultats [3], [4], [5].
- Dans ce travail nous avons surtout analysé, la part des ménages dans les recettes des hôpitaux de référence, les centres de soins ambulatoires, les pharmacies et les laboratoires médicaux et de diagnostic.
- En second lieu, nous avons essayé d'analyser les pathologies qui ont le plus justifié le recours aux soins curatifs hospitaliers et ambulatoires, et les pathologies qui ont consommé les plus grosses dépenses de la part des ménages.

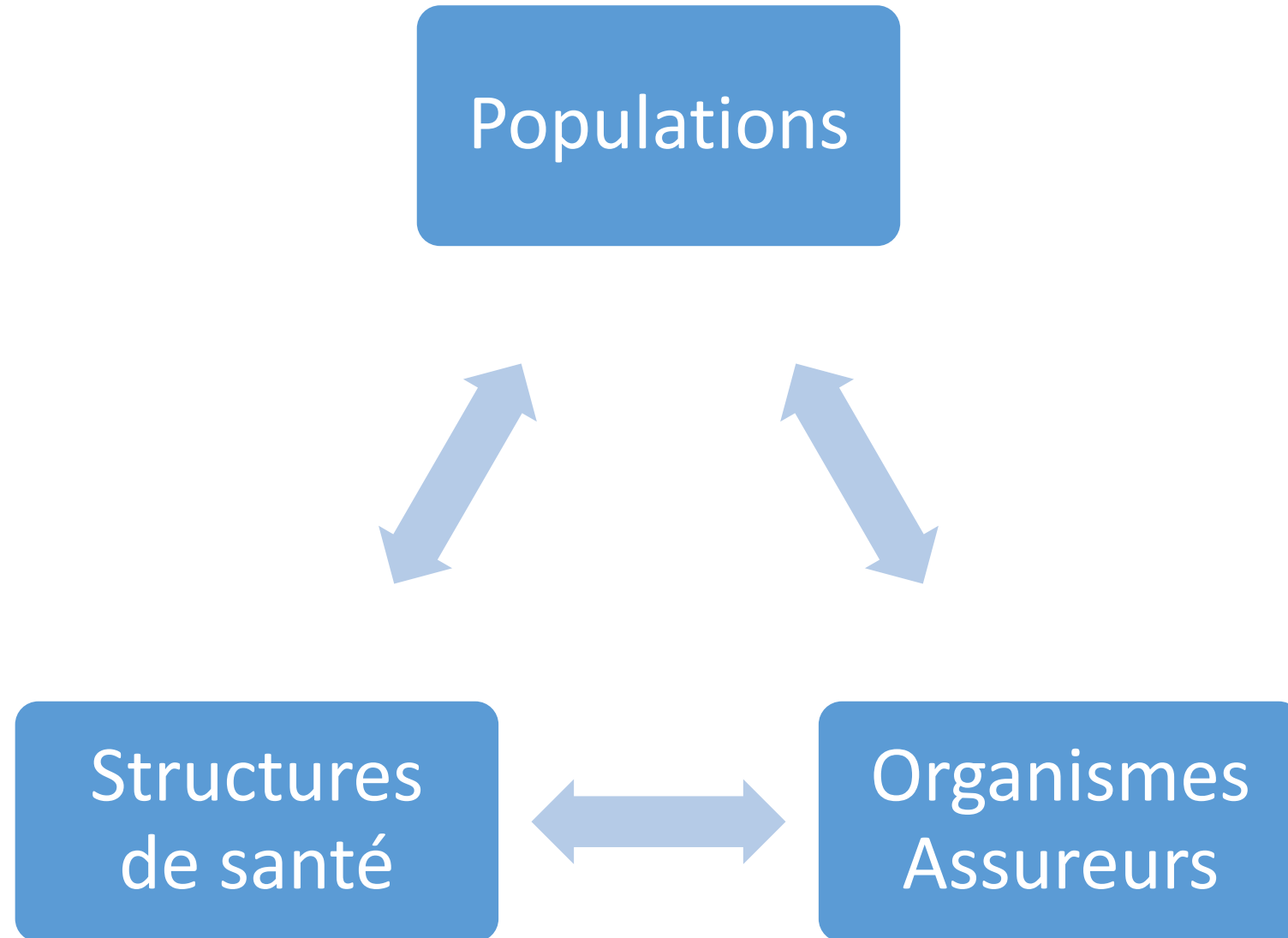
- Taille de la population nationale et superficie: environ 75.259.000 habitants, sur une superficie de 2.344.858 km².
- Population active: 40%
- Satisfaction des besoins sociaux: problématique
- % travailleurs salariés (susceptibles de cotiser): 4% [6].
- % de la population touchée par la pauvreté: 73%
- Taux de croissance démographique: 3,1%, Taux de natalité de 4,02 %, Taux de mortalité de 15,15 décès pour 1000 habitants, Espérance de vie à la naissance de 48,94 ans [7], [5].
- Croissance économique de 6,6 % par an, PIB de 68 dollars US/habitant/an, IDH de 0,411 (177^e position sur 177), Proportion des personnes vivant avec moins de 1\$ US par jour de 50% [7].

- Profil épidémiologique du pays: (i) les maladies à potentiel épidémique (cholera, coqueluche, dysenterie bacillaire, fièvre jaune, fièvre typhoïde, méningite, monkeypox, paludisme, poliomyélite, rage humaine, rougeole, tétanos néonatal), (ii) les grandes endémies (VIH/Sida, paludisme, tuberculose, lèpre, onchocercose, géo helminthiases) ainsi que les maladies non transmissibles (malnutrition, diabète, HTA, cancer).
- Le paludisme reste la pathologie la plus rapportée. Il n'est pas évident que tous les cas de paludisme rapportés soient avérés, vu que l'utilisation du test de diagnostic rapide n'est pas encore systématisée, en sorte que l'on ne recourt pas toujours au laboratoire médical devant tout cas de fièvre, pour confirmer qu'il s'agit de paludisme.
- Dépense globale de santé par habitant par an: stationnaire à 12,02 \$US, loin de 20 \$US requis pour assurer le Paquet Minimum d'Activités ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités, et loin de 44 \$US recommandés par le *Groupe de travail International sur le financement innovant des systèmes de santé*, pour assurer le fonctionnement d'un système de santé [5].

Systeme de sante traditionnelle: le Tradipraticien

- Selon la tradition africaine, « un guérisseur traditionnel doit offrir ses services sans demander une quelconque rémunération et c'est seulement après satisfaction que le patient **peut décider de récompenser son soigneur comme il l'entend et selon ses propres moyens**. Et selon cette tradition, **le pouvoir de guérir ne doit jamais être vendu sous peine d'échapper à son pourvoyeur**. Les seules contreparties directes sont les frais que représentent l'achat des matériaux utilisés et leurs recherches ».
- Fin des années 1800: début de la colonisation

Systeme de sante occidentale: la medecine moderne



Systeme de santé occidental: la médecine moderne

- En Afrique Subsaharienne, au lendemain des indépendances: la conception de «la santé pour tous» était la règle, et la gratuité des soins le système dominant.
- La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale.

Initiative de Bamako (IB) ou le recouvrement des coûts

- Durant les années 70 et 80, caractérisées par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, les dirigeants africains et les instances internationales remettent en question le système de fourniture gratuite des soins et décident de **faire payer les patients dans le système public (recouvrements des coûts): c'est l'IB en 1987.**
- Cette réforme devrait tenter de résoudre les **problèmes d'inefficacité et d'iniquité** des systèmes gratuits de santé (relancer les SSP).
- En RDC, 71% de personnes marqués par une pauvreté accrue et la qualité et l'accès aux services sociaux de base se sont dégradés.

Financement des dépenses courantes de santé en 2010

Dépenses courantes de santé et financement des prestataires

HGR	Centres ambulatoires	Laboratoires médicaux et de diagnostic	Autres prestataires auxiliaires	Pharmacies	Prestataires des soins préventifs
145.950.822	42.402.808	13.080.403	7.104.211	108.375.826	10.517.931
71,58%	96,49%	98,48%	99,99%	72,42%	0,04%

Allocation des ressources des ménages et postes de dépenses

- Recettes des HGR: 203.887.715 \$US (145.950.822\$US issus des ménages, soit 71,58%) (carences nutritionnelles (34%), Le paludisme (24%), troubles mentaux (10%).
- Recettes des Centres ambulatoires: 43.944.882 \$US (42.402.808 \$US issus des ménages, soit 96,49%) (paludisme 71% des cas, troubles mentaux 12,5%).
- Recettes des laboratoires médicaux et de diagnostic: 13.281.888 \$US (13.080.403 \$US issus des ménages, soit 98,48%);
- Recettes d'autres prestataires de services auxiliaires: 149.650.825 \$US (108.375.826 \$US issus des ménages, soit 72,42%).

Modes de financement de la santé par les ménages

- Paiement direct aux prestataires sans partage de coûts (93,7%) et Prépaiement (assurance communautaire) (6,3%) [7], [9], [10], [11], [12]. Burundi (6%), Côte d'Ivoire (3%), etc.: confirmation du faible taux d'adhésion des pauvres aux caisses d'assurance santé (faible pouvoir d'achat) et mauvaise qualité des services de santé [13], [10], [14]. Adhésion à base volontaire aux mutuelles: obstacle à une affiliation plus massive [6], [12], [18];
- Pouvoir d'achat ne permettant pas de satisfaire les multiples besoins, ménages pas incités à investir une partie de maigres ressources dans les cotisations pour se prémunir contre une maladie à venir.

Facteurs de recours aux soins hospitaliers et/ou curatifs

- Principal poste de dépenses des ménages: les soins curatifs (suivis de médicaments, examens médicaux, etc.) [7], [9], [19], [20], [21].
- Résultats d'autres études: en cas de **maladie grave**, les populations **recourent plus aux hôpitaux** qu'à d'autres structures [22],
- Motivées par: **présence du médecin**, **perception** du type de maladie et **efficacité des soins** [7].

La sous-utilisation des services hospitaliers et/ou soins curatifs en RDC

- Par conséquent, la présence d'un **personnel pléthorique, incompetent et/ou démotivé** et **l'offre des soins de mauvaise qualité** peuvent avoir entraîné la sous-utilisation des hôpitaux en RDC [7].
- Réseau des pharmacies sous-utilisé: **faible pouvoir d'achat des ménages, mauvaise qualité des médicaments essentiels** (environ **80% des médicaments** seraient **contrefaits** ou de **qualité inférieure**) (**pharmapoches?**) et/ou **rupture de stock** dans les structures de santé (Côte d'Ivoire: **médicaments détournés par les professionnels de santé**) [7], [15], [23].

Allocation des ménages et recours aux soins de santé

Carences nutritionnelles (34%)

- Se comprend par la conjoncture, **très peu mangent à leur faim, se nourrissent à tour de rôle, les uns délestés au profit des autres** membres du ménage.
- En milieu urbain: situation de crise financière due notamment à **l'absence d'emploi**
- En milieu rural, probablement suite à **l'exode rural**, et au phénomène de « **populations déplacées** », **sans terre**, étant donné les **guerres épidémiques et interminables**.

Paludisme (24%)

- Le paludisme demeure la pathologie la plus rapportée
- Le fait que seuls 24% des dépenses de santé des ménages y soient consacrées témoigne de l'effort financier accru de la coopération internationale pour la lutte contre cette maladie. Progrès observés mais beaucoup reste à faire:
- **Conscientisation des professionnels de santé, éducation des populations, mise en place de mécanismes de prévention et de traitement, disponibilité des médicaments de qualité et des MIILDA.**

Source: L'Observateur, 2014



Troubles mentaux (10%)

- Occupent 10% des soins hospitaliers: Probablement suite aux **guerres** à l'Est et dans certaines parties du Nord et de l'Ouest de la RDC, et
- à **l'anxiété des ménages incapables de se nourrir, se vêtir, se soigner, éduquer leurs enfants et satisfaire d'autres besoins.**
- En effet, les **guerres endémiques** en RDC s'accompagnent de **meurtres** des populations civiles, tous âges confondus, des **viols avec massacre d'organes génitaux féminins**, etc.
- Des **actes sexuels entre un père et sa fille en présence de membres du ménage**, forcés par des groupes armés, sont répertoriés, **avant que certains d'entre les membres du ménage ne soient exécutés.**
- Les **rescapés, témoins de ces actes**, subissent des **traumatismes** certains.

Conclusions et recommandations

Le constat que:

- 71,58% des dépenses des hôpitaux,
- 96,49% des dépenses des centres ambulatoires,
- 98,48% des dépenses des laboratoires médicaux et de diagnostic,
- 72,42% des dépenses des pharmacies

sont à charge des ménages exposés au « out-of-pocket »

plaide pour la **mise en place de mécanismes de solidarité du risque santé.**

Le fait que:

- Le recours à l'hôpital soit un des postes qui consomment la plus grande part des dépenses de santé des ménages
- Et qu'il soit difficile d'avoir un personnel motivé et compétent là où il y a **54 médecins pour 60 lits, 30 Techniciens de labo pour un seul microscope, 15 infirmiers pour 1 malade**, etc. (le cas dans la plupart de structures de santé de Kinshasa)

Suggère que

- **des efforts soient fournis pour que les hôpitaux offrent des soins de qualité, par un personnel motivé et compétent.**

Le fait que

- le **paludisme absorbe 71% des dépenses** en soins ambulatoires plaide pour le **renforcement** de la **prévention**, du **traitement** et du **suivi** des progrès accomplis.
- les **carences nutritionnelles soient la première cause de recours à l'hôpital** suggère que **des efforts soient consentis dans l'amélioration des conditions de vie des ménages**.
- les **troubles mentaux** soient le **troisième motif d'hospitalisation** plaide pour **l'intégration** de cette pathologie **dans les PMA et PCA** au Congo-Kinshasa.

Le fait que

- la satisfaction des besoins sociaux soit problématique,
- la pauvreté affecte 71,34% de la population,
- les travailleurs salariés ne représentent que 4% de la population.
- le paiement direct sans partage de coûts soit de 93,7%

Plaide pour la mise en œuvre du Modèle de Couplage "Micro-crédit, Épargne obligatoire, Cotisation à la Micro-assurance santé, Offre des soins de qualité" pour l'accès équitable de tous aux soins de santé de qualité et à la santé pour tous [18], [26], [27].

Avec nos sincères remerciements

Références

- 1. OCDE. « Financement des dépenses de santé », dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE 2011. p 4 [internet] [consulté le 25 mars 2014] : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-64-fr.
- 2. OMS. Systèmes de financement de la santé : comment réduire les dépenses catastrophiques. Résumés techniques pour décideurs. Numéro 2, 2005. OMS, Genève. 6p.
- 3. Sambo LG, Kirigia Muthuri J, Nabyonga Orem J. Health financing in the African Region: 2000-2009 data analysis. International Archives of Medicine. 2013 ; 6: 10.
- 4. BIT/STEP. Rapport sur les résultats de l'enquête ménage. Enquête ménage auprès de la population cible des mutuelles de santé de l'UNTC et de l'UMCC à Kinshasa. Octobre/novembre 2005. 49p.
- 5. MSP/PNCNS, Rapport des comptes nationaux de la santé 2010-2011. MSP. Kinshasa (Congo). 2013. 74p.
- 6. Manzambi Kuwekita J & Reginster J-Y. Financement de la santé et Extension de la Protection Sociale dans les Pays en Développement. L'expérience du PNPS à Bandalungwa, Kinshasa, Congo. Liège (Belgique) : Éditions du Céfal ; 2013. 274p.

- 7. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2011. OMS, Genève, 2012. 170p.
- 8. OMS. Guide pour l'élaboration des Comptes nationaux de la santé – avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus. OMS, Genève. 2003 ; 343p.
- 9. De Roodenbeke E, Néné M, Loock P. Rapport analytique Santé et Pauvreté – Sénégal. Série Documents de Travail N°55. Banque Mondiale, Washington DC, 2006. 162p.
- 10. Singh, R.J., Bove, A., Robyn, P.J., Vers une plus grande équité. Numéro spécial sur la santé. Cahiers Économiques du Cameroun. Banque Mondiale, Washington DC, juillet 2013. 20p.
- 11. Tizio, S. et Flori, A. L'Initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? Tiers-Monde. 1997 ; 38(152) : 837-858.
- 12. Manzambi Kuwekita J, Gosset C, Guillaume M, Balula Tsemutshari M-P, Tshiana Kabongo E, Bruyère O, Reginster J-Y. Augmentation du Pouvoir d'achat et amélioration des conditions de vie des populations précaires en milieu urbain africain: Résultats d'une expérience menée à Bandalungwa, Kinshasa, Congo. PSN. 2013 ; 12(3) :3-14.
- 13. L'Observateur. Moustiquaires anti-paludisme détournées pour jardiner à Goma. France24. Publié le 14 mars 2014 [internet] [consulté le 18 mars 2014].
<http://observers.france24.com/fr/content/20140314-moustiquaires-anti-paludisme-detournees-faire-jardinage-rdc>.

- 14. Irin News. Côte d'Ivoire : le gouvernement abandonne la gratuité des soins de santé pour tous [internet] [consulté le 19 mars 2014].
<http://www.irinnews.org/fr/report/94754/c%C3%94te-d-ivoire-le-gouvernement-abandonne-la-gratuit%C3%A9-des-soins-de-sant%C3%A9-pour-tous>.
- 15. MSP/IPSK. Rapport annuel 2010. MSP. Kinshasa. 2011. 34p.
- 16. Sadio A et Dio F. Utilisation et demande de services de santé au Sénégal. Document de recherche appliquée N°8 ; 1994 [internet] [consulté le 04 mars 2014].
http://www.healthsystems2020.org/files/759_file_hfssar18f.pdf.
- 17. Manzambi Kuwekita J, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster J-Y & Balen H. Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. TMIH. 2000 ; 5(8) : 563-570.
- 18. Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Tsemutsari M-P, Tshiana Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O, Reginster J-Y. Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance santé en 2008. JESP. 2013 ; 12 : 47-61.
- 19. MSP/Sénégal. Comptes nationaux de la santé 2005. MSP, Dakar, 2007. 9p.
- 20. Masmut & Be-cause Health. Les Mutuelles de santé : Acteur et Partenaire de la Couverture universelle. Document politique de Masmut & du groupe de travail «protection sociale» de Be-cause Health. Masmut & Be-cause Health. 2011. 16p.

- 21. MSP/Burundi. Comptes nationaux de la santé 2007. MSP, Bujumbura, 2007. 52p.
- 22. MSHP. Comptes nationaux de la santé – Exercices 2007, 2008 – Compte général, Sous-compte VIH/SIDA. MSHP, Abidjan (Côte d’Ivoire). 2010. 130p.
- 23. Marini Djang’Eing’A R, Kalenda Tshilombo N, Habyalimana V *et al.* Falsification des médicaments en milieu périurbain : triste réalité. Colloque « Territoires périurbains : Développement, enjeux et perspectives dans les pays du Sud ». Gembloux, 2013. 3p.
- 24. Mampunza MMS et Mpundu J. État de stress post-traumatique et épilepsie : expérience du centre de santé Telema de Kinshasa. *Ann. Afr. Méd.* 2007 ; 1 : 59-63.
- 25. Sekou S, Alou D, Tiecoro D *et al.* Psychosocial support in the midst of the 2012 Mali crisis : a rapid overview of the current situation. *Intervention.* 2012; 10(3) : 261-264.
- 26. Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M, Reginster J-Y (2014). Financement de la santé et recouvrement des coûts: le lourd fardeau des ménages congolais. Résultats des comptes nationaux de la santé. À paraître.
- 27. Manzambi Kuwekita J, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M, Reginster J-Y (2014). Financement de la lutte contre la maladie au Congo-Kinshasa: le rôle de l’Aide Internationale. Résultats des comptes nationaux de la santé. À paraître.