

# FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET RECOUVREMENT DES COÛTS : LE LOURD FARDEAU DES MÉNAGES CONGOLAIS. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE.

**Manzambi Kuwekita J<sup>1,2</sup>, Eloko Eya Matangelo G<sup>2,3</sup>, Bruyère O<sup>1</sup>, Gosset C<sup>4</sup>, Guillaume M.<sup>5</sup>, Reginster JY<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Université de Liège, Faculté de Médecine, École de Santé Publique-Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique, d'Épidémiologie et d'Économie de la Santé, Liège, Belgique. <sup>2</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section de Santé Communautaire, Kinshasa, Congo. <sup>3</sup>Ministère de la Santé Publique, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, RD Congo. <sup>4</sup>Université de Liège, Faculté de Médecine, École de Santé Publique-Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique – Aspects Généraux, Liège, Belgique. <sup>5</sup>Université de Liège, Faculté de Médecine, École de Santé Publique-Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique – Aspects Spécifiques, Liège, Belgique.

## **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.*

## **Mots-clés**

*Comptes nationaux de santé, financement de la santé, allocation des ressources des ménages, Recours aux soins de santé, paiement direct sans partage des coûts, solidarisation du risque santé.*

## **Summary**

*This study examines the share and allocation of household expenditure in health financing, as presented by the National Health Account figures. These figures are based on a national survey carried out in 2010 among 11,000 households, 2,200 people living with HIV/AIDS, 183 institutions, 42 mutual funds, 18*

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY

*companies and using the balance sheets of 1,300 companies. Total household health expenditure per capita per year amounted to U.S. \$ 4.50. Routine health expenditure is covered by the households (40%) and international cooperation (45%) through direct payment without cost sharing (93.7%). A hospital stay is warranted in case of nutritional deficiencies (34%), malaria (12%) and mental disorders (10%). 82% of outpatient care is related to malaria (71%) and mental disorders (12.5 %). In conclusion, the observation that 71.58% of hospitals expenditure, 96.49% of ambulatory care centres expenditure, 98.48% of medical and diagnosis laboratories expenditure, 72.42% of pharmacies expenditures come from households' out of pocket expenses calls for the establishment of solidarity mechanisms in the health sector. Outpatient malaria care consumes as much as 71% of household expenditure, and we therefore need to strengthen prevention, treatment and focus on monitoring progress. The fact that nutritional deficiencies are the leading cause of people seeking hospital care suggests that efforts are needed to improve their living conditions of households. Mental disorders are the third leading cause of hospital recourse and this pathology should therefore be included in the minimum and supplementary package of activities.*

#### **Keywords**

*National Health Accounts, health financing, allocation of household resources, access to care, direct payment without cost sharing, solidarity in health.*

#### **Introduction**

Plusieurs études ont présenté la situation des comptes nationaux de santé dans la région africaine [1], [2]. Cependant, peu d'études ont concerné l'exploitation des comptes nationaux de santé en Afrique Centrale, particulièrement en République Démocratique du Congo (RDC), afin de déterminer la part des ménages dans les dépenses courantes de santé, l'affectation de ces paiements à travers le système des soins, ainsi que les explications éventuelles y relatives [3], [4], [5].

Cette étude a pour but de déterminer, à travers le rapport des comptes nationaux de santé (CNS) de la RDC, la part des ménages dans les dépenses courantes de santé, les modes de paiement et l'affectation de ces ressources dans le système des soins, afin de rechercher des pistes d'allègement du poids du financement de la santé qui pèse sur les ménages. Nous avons surtout analysé, dans ce travail, 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 d'une part, et d'autre part 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.

La RDC est peuplée d'environ 75.259.000 habitants, avec une superficie de 2.344.858.000 km<sup>2</sup>. La population active représente 40% et la satisfaction des besoins sociaux pose problème. La pauvreté touche 71,34% de la population. Dans l'ensemble, les travailleurs salariés, susceptibles de cotiser, représentent environ 4% de la population [6]. Le taux de croissance démographique est de 3.1%, le taux de natalité de 4,02 %, le taux de mortalité de 15,15 décès pour 1000 habitants, l'espérance de vie à la naissance de 48,94 ans [7], [5]. Les indicateurs socioéconomiques sont les suivants : la croissance économique est à 6,6 % par

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY

an, le produit Intérieur Brut (PIB) de 68 dollars US/habitant/an, l'indice de développement humain de 0,411 qui classe la RDC à la 177<sup>e</sup> position sur 177, la proportion des personnes vivant avec moins de 1\$ US par jour de 50% [7].

Le profil épidémiologique du pays reste caractérisé par (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.

La dépense globale de santé par habitant par an était 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]. Cette étude a pour but d'étudier la part et l'affectation des fonds des ménages dans le financement de la santé.

### Matériel et méthodes

La méthodologie utilisée par le Programme National des Comptes Nationaux de Santé (PNCNS) est celle des CNS, le SHA 2011, basée sur une nomenclature et une classification

internationale fine et détaillée des dépenses de santé.

L'étude était descriptive rétrospective des données primaires et secondaires des dépenses de santé de l'exercice 2011, collectées sur toute l'étendue de la RDC, à l'aide du logiciel Excel. Les données primaires étaient collectées auprès des ONGs nationales et internationales, des bailleurs des fonds, des administrations publiques, des entreprises publiques et privées, des ménages, des Sociétés d'assurance et de sécurité sociale ainsi que des mutuelles de santé, tandis que les données secondaires ont été recueillies auprès des Institutions publiques telles le Fonds Social, le BCeCO, le Ministère des Finances et celui du Budget ainsi que le Conseil Permanent de la Comptabilité au Congo.

Les données des dépenses de santé des ménages ont été collectées lors de l'enquête MICS 2010 RDC réalisée en collaboration avec le Ministère du Plan, avec l'appui technique et financier du Projet Health System 2020 de l'USAID et de l'Unicef. Elles ont ensuite été ajustées en tenant compte de l'accroissement de la population, de l'inflation des prix des biens médicaux et de la variation du taux de change.

Avant de procéder à l'analyse des résultats, les données ont été converties avec la méthodologie du SHA 2011 et importées dans l'outil NHAPT de production des comptes nationaux de santé, version 2.1.1.0 de l'OMS, qui a permis la production de l'ensemble de tableaux contenus dans le Rapport ici discuté. Les dépenses courantes en santé (DCS) sont les dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé. Étant donné que le Système de Comptes de la Santé (SCS) se préoccupe uniquement de biens et services de santé

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

*Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY*

consommés par les unités résidentes, si bien que les exportations de biens et services de santé fournis aux unités non résidentes sont exclues et les importations de biens et services de santé pour usage final sont incluses.

Les tableaux des CNS, dont les trois discutés dans ce travail, représentent la dépense nationale de santé (DNS), analysée à travers les relations qu'entretiennent les fonctions de soins et les entités du système de santé (sources de financement, agents de financement et prestataires de soins). Les régimes de financement sont des mécanismes de financement à travers lesquels les services sont payés. Les agents de financement ou pourvoyeurs de fonds, sont les entités institutionnelles qui gèrent les régimes de financement. Les prestataires de soins sont les entités qui reçoivent de l'argent en vue de réaliser des activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé. Les fonctions sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées.

La synthèse des informations sur les dépenses de santé était organisée à travers quatre croisements : (i) les dépenses de santé des sources de financement (FS) par régime de financement (HF) (le tableau FS x HF présente la répartition des fonds par source de financement en répondant à la question "qui finance qui ?"), (ii) les dépenses de santé des régimes (HF) de financement par prestataires de soins (HP) (le tableau HF x HP présente l'affectation des ressources aux prestataires, répondant à la question "à quel type de prestataire les régimes de financement affectent les ressources financières du système ?"), (iii) les dépenses de santé des prestataires de soins (HP) par fonction de soins (HC) (le tableau HP x HC répond à la question "quelles activités ont été réalisées ou

quel service a été acheté avec les fonds reçus par les prestataires de soins ?") et (iv) les dépenses de santé des Agents de financement (FA) par fonction de soins (HC) (le tableau FA x HC répond à la question "quelles fonctions ont été achetées par les agents de financement ?") [3], [8].

Les résultats discutés dans ce travail sont issus de tableaux 1, 17 et 21 du rapport des CNS 2011. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

### Résultats

Le tableau I présente les indicateurs de comparaison internationale. En 2011, les dépenses publiques globales par habitant par an étaient égales à 33,28 \$US, la part du budget national allouée à la santé égale à 3,47%, les dépenses globales de santé par habitant par an égales 12,02 \$US, les dépenses courantes de santé des ménages en % de dépenses courantes de santé égales à 40%, les dépenses courantes de santé des ménages par habitant par an égales à 4,50\$US, les paiements directs sans partage des coûts en % de dépenses totales des ménages égaux à 97%, etc.

Le tableau II montre que les hôpitaux de référence ont encaissé 203.887.715 \$US dont 145.950.822\$US (71,58%) issus des ménages, 43.944.882 \$US encaissés par les centres ambulatoires dont 42.402.808 \$US (96,49%) issus des ménages, 13.281.888 \$US encaissés par les laboratoires médicaux et de diagnostic dont 13.080.403 \$US (98,48%) issus des ménages,

**Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.**

**Résultats des comptes nationaux de la santé.**

*Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY*

**Tableau I.** Les indicateurs essentiels de comparaison internationale de 2008 à 2011 (\$US)

Indicateurs	2008	2009	2010	2011
Population	68.076.000	70.991.000	72.784.000	75.259.000
Budget global	3.174.749.008	3.623.775.579	6.190.337.931	7.337.427.237
Dépenses publiques globales par habitant par an	39,28	51,70	50,82	33,28
Part du budget alloué à la santé	3,02%	5,29%	5,85%	3,47%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques globales	4,83%	3,49%	2,56%	4,31%
Dépenses publiques de santé par habitant par an	1,90	1,80	1,30	1,44
Dépenses globales de santé par habitant par an	12,78	12,58	12,25	12,02
Dépenses totales des ménages	376.227.807	371.441.099	329.214.104	338.861.615
Dépenses totales des ménages en % de dépenses globales de santé	43,25%	41,58%	36,91%	37,47%
Dépenses totales de santé des ménages par habitant par an	5,53	5,23	4,52	4,50
Dépenses courantes de santé des ménages	375.797.547	370.359.747	328.589.203	338.793.560
Dépenses courantes de santé des ménages en % de dépenses courantes de santé	45%	43%	40%	40%
Dépenses courantes de santé des ménages par habitant par an	5,52	5,22	4,51	4,50
Paiements directs des soins de santé	375.289.675	370.514.903	308.431.966	327.446.001
Paiements directs en % de dépenses globales de santé	43%	41%	35%	36%
Paiements directs sans partage en % de dépenses totales des ménages	100%	100%	94%	97%
Paiements directs par habitant par an	5,51	5,22	4,24	4,35

Source : MSP/PNCNS. 2013 (n 10)

149.650.825 \$US dont 108.375.826 \$US (72,42%) réalisées ou quel service a été acheté avec les fonds issus des ménages.



**Figure I.** Jardin clôturé avec des moustiquaires imprégnées – Butembo, RDC

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

*Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY*

**Tableau II.** Agent de financement par prestataire en 2011 détaillé (\$US)

	Ministère de la santé	Autres Ministères et unités des services publics	Administration centrale / régionale / locale	Autres unités de l'administration publique	Mutuelles	Sociétés prestataires de services de santé (hors de santé)	Agences de développement bilatérales résidentes	Organisations internationales résidentes	ONGs nationales	ONGs internationales résidentes	Ménages	Total général	%
Hôpitaux nationaux et cliniques universitaires			2.000									2.000	0
Hôpitaux généraux de référence	20.731.897	3.243	427.030		6.144.273	22.990.938	652.121	229.674		6.757.717	145.950.822	203.887.715	24
Hôpital de prise en charge du VIH/Sida										297.014		297.014	0
Centres de soins ambulatoires pour malades mentaux et toxicomanes			10.747									10.747	0
Tous autres centres ambulatoires		260.961	92.282		1.188.831						42.402.808	43.944.882	5
Laboratoires médicaux et de diagnostic		20.717		149.118			31.650				13.080.403	13.281.888	2
Autres prestataires de services auxiliaires			350								7.104.211	7.104.561	1
Pharmacies	15.713.846	2.756.383	316.521	6.264	401.569		174.676	8.870.816	3.486.327	9.548.597	108.375.826	149.650.825	18
Prestataires de soins préventifs	120.858.506	3.303.991	711.433	84	607	3.000	5.090.161	91.470.412	382.407	58.567.495	10.517.931	290.906.027	35
Administration centrale	50.142.494	42.601.327			79.672		1.485.977	1.778.436		12.443.942		108.531.848	13
Administration provinciale	208.398	179.835	1.537.830				1.608.107	2.905.597	5.162.892	4.492.498	14.000	16.109.157	2
Administration de la zone de santé			180				744.631	306.868		709.568		1.761.247	0
Agences administratives de l'assurance maladie privée					3.383.487				3.534	164.441		3.551.462	0
Agences d'assurance maladie sociale										365.170		365.170	0
Reste du monde			21.308					891		3.434.168		3.456.367	0
<b>Total général</b>	207.655.141	49.126.456	3.119.681	6.348	11.347.422	22.993.938	9.755.673	105.594.344	9.035.160	96.780.609	327.446.001	842.860.910	100
%	25	6	0	0	1	3	1	13	1	11	39	100	

Source : MSP/PNCNS, 2013 (p 65)

**Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.**

**Résultats des comptes nationaux de la santé.**

*Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY*

**Tableau III.** Distribution de la dépense courante par maladie selon la Classification Internationale des Maladies en ambulatoire et en hospitalisation

	<b>HC1.1</b>		<b>HC.1.3</b>		<b>HC.4</b>	<b>HC.5.1</b>	<b>HC.5.2</b>	<b>HC.6</b>	<b>HC.7</b>	<b>HC.9</b>	
Maladies	<b>Soins curatifs hospitaliers</b>	<b>%</b>	<b>Soins curatifs ambulatoires</b>	<b>%</b>	<b>Services auxiliaires (non spécifié par fonction)</b>	<b>Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables</b>	<b>Appareils thérapeutiques et autres bien médicaux</b>	<b>Soins préventifs</b>	<b>Gouvernance, administration du système de santé et des financements</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
VIH/Sida	23.151.045,32	9	606.676,87	1	1.524.898,37	15.605.107,28	3,86	58.321.713,23			99.209.455,13
Tuberculose	1.865.732,93	1	2.651.932,36	5		1.084.305,24		7.925.576,99		52.851,40	13.580.404,53
Paludisme	31.503.058,41	12	31.420.909,61	58		2.944.917,68		36.303.870,09	70.102,00	900.229,35	103.143.157,35
Infections des voies respiratoires	8.635.111,18	3	2.283.125,47	4						246.757,08	11.165.001,32
Maladies diarrhéiques	4.122.289,25	2						2.218.255,00	3.789.498,00	117.798,61	10.247.842,48
Maladies tropicales négligées	2.437,00	0			458.543,11	13.299.665,00		1.280.758,60			15.041.403,71
Autres maladies infectieuses et parasitaires	38.011.846,18	15	4.038.124,12	7						1.086.227,15	43.136.219,80
Prise en charge d'une contraception (planning familial)								159.221,41			159.221,41
Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction	19.672.479,67	8	3.802.483,59	7		7.511.102,90		12.931.023,12		395.624,90	44.312.728,90
Carences nutritionnelles	87.262.354,65	34								2.493.610,49	89.755.999,38
Tumeurs	1.779.093,26	1								50.839,40	1.829.933,36
Maladies cardiovasculaires	7.116.373,03	3	233.873,63							203.357,59	7.553.607,47
Troubles mentaux	24.299.810,34	10	5.185.893,55	10						694.391,78	30.180.114,75
Autres maladies non transmissibles	1.779.093,26	1	935.494,52	2						50.839,40	2.765.429,60
Blessures	1.779.093,26	1								50.839,40	1.829.933,36
Autres maladies / affections	3.857.661,65	2	3.162.378,22	6	19.151.098,85	126.443.907,89	887.642,79	82.781.015,18	116.218.380,06	2.784.496,37	355.286.588,35
<b>Total</b>	<b>254.837.479,39</b>	<b>100</b>	<b>54.320.891,94</b>	<b>100</b>	<b>21.134.540,33</b>	<b>166.889.005,99</b>	<b>887.646,65</b>	<b>201.921.433,62</b>	<b>120.077.980,06</b>	<b>9.127.862,92</b>	<b>829.600.636,00</b>

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY

reçus par les prestataires de soins". Les soins curatifs hospitaliers ont plus concerné la lutte contre les carences nutritionnelles (34%), les maladies infectieuses et parasitaires – hors paludisme (15%), le paludisme (12%), les troubles mentaux (10%), etc.

#### Discussion

Les résultats du **tableau I** montrent que le secteur de la santé, de 2008 à 2011, a été financé par les ménages, la coopération bilatérale, la coopération multilatérale, les ONG et Fondations internationales, l'État, les employeurs et les ONG nationales.

#### *Allocation des ressources au financement de la santé*

La plus grande part de financement des soins et services de santé est, en ordre d'importance, à la charge des ménages. La part de la coopération internationale, réunissant la coopération bi et multilatérales et les ONG internationales, dépasse à peine de 5% celle des ménages. La tendance selon laquelle la part des ménages dans le financement de la santé est plus élevée que celle des autres acteurs du système de santé s'observe également dans d'autres pays africains où elle avoisine les 40,8% de la dépense totale de santé dont plus de 90% consacrés aux dépenses directes aux prestataires : 93,7% pour la RDC, 94% pour le Burundi, 97% pour la Côte d'Ivoire [7], [9], [10].

La participation des ménages est la traduction du concept de recouvrement des coûts, au cœur de l'Initiative de Bamako (IB), né à la suite de l'incapacité des gouvernements africains de poursuivre la politique de « santé pour tous » qui prônait la gratuité des soins. L'IB vise l'allègement de la contrainte financière de l'État d'une part, et

d'autre part, de rendre disponibles les médicaments essentiels et leur renouvellement dans chaque centre de santé, de lutter contre les endémies et de mettre en place les activités de soins (paquets minimum et complémentaire d'activités) [11].

Si les populations utilisent le paiement direct aux prestataires lors de la survenue de la maladie, c'est sans doute à cause de leur pouvoir d'achat qui ne permet ni de se nourrir correctement, de se faire soigner, de scolariser les enfants, etc, ce qui expliquerait en partie la sous-utilisation des services qui est de 20% [12]. La gratuité des soins ne serait pas nécessairement la solution à ce fardeau que portent les ménages pour financer leurs soins de santé : ailleurs il a été remarqué que des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), obtenues gratuitement, sont utilisées à d'autres fins : créer des barrières dans les jardins, fabriquer des filets de pêche, de cage à poules, ou même des voiles de robes de mariée [13], [10].

Par ailleurs, dans certains pays en développement, les professionnels et experts de santé sont ceux-là même qui détruisent en premier le système de santé, en le dépouillant de ses intrants, surtout lorsqu'ils ne peuvent plus directement être rémunérés par les usagers. C'est ce qui est arrivé en Côte d'Ivoire où la gratuité des soins instaurée a été annulée « *en raison de vols, gestion médiocre et augmentation des coûts. La mesure mise en œuvre n'a pas été effectuée de manière satisfaisante, et la Pharmacie de la Santé Publique, ne disposait que de 30% des stocks nécessaires suite à de nombreux vols. Depuis le début, sous le couvert de la gratuité des soins, des infirmiers et des médecins emportaient chez eux des médicaments qu'ils allaient ensuite vendre* » [14].



Il n'existe pas de preuve que le recouvrement des coûts a amélioré la qualité des soins au Congo-Kinshasa, au contraire, différents rapports d'activités épinglent « l'insuffisance de la couverture sanitaire, la baisse de la qualité des services, la faible utilisation des services, et des ruptures de stock en médicaments pour plus de 95% des structures de santé » [15]. La mauvaise utilisation des ressources par les acteurs et gestionnaires des systèmes de santé, dont les fonds issus des ménages, soulève un certain nombre de questions sur l'efficacité de la participation communautaire, notamment celle de savoir « *si l'IB participe effectivement à l'amélioration de l'utilisation des ressources publiques et privées engagées dans les activités sanitaires et l'efficience du système de santé* » [16].

#### **Modes de financement de la santé par les ménages**

Deux modes de paiement sont utilisés par les ménages pour financer les soins : le paiement direct aux prestataires sans partage de coûts (93,7%) et le prépaiement par le biais de l'assurance communautaire (6,3%). Ceci est valable pour d'autres pays africains tels le Burundi (6%), la Côte d'Ivoire (3%), etc. [7], et confirme le faible taux d'adhésion des populations précaires aux caisses d'assurance santé, justifiée essentiellement par leur faible pouvoir d'achat d'une part, et d'autre part, par la mauvaise qualité des services de santé [17]. Pourtant, la micro-assurance devrait jouer un rôle catalyseur du financement de la santé par les ménages affiliés, en leur garantissant un meilleur accès aux soins, plus équitable et financièrement beaucoup moins lourd.

Cependant, comme l'adhésion aux mutuelles de santé est à base volontaire, cela constitue un obstacle à une affiliation plus massive. D'autre part,

les ménages ont un pouvoir d'achat ne permettant pas de satisfaire leurs multiples besoins, et dans un contexte où la mauvaise qualité des soins est stigmatisée par les responsables sanitaires, ils ne sont pas incités à investir une partie de leurs maigres ressources dans les cotisations auprès d'une mutuelle, pour se prémunir contre une maladie à venir. Une alternative serait de recourir au couplage "micro-crédits, épargne obligatoire, cotisation obligatoire à la micro-assurance et offre des soins de qualité" [6], [12], [18].

#### **Allocation des ressources des ménages et postes de dépenses)**

Le **tableau II** montre que les hôpitaux de référence ont encaissé 203.887.715 \$US dont 145.950.822\$US (71,58%) issus des ménages, 43.944.882 \$US encaissés par les centres ambulatoires dont 42.402.808 \$US (96,49%) issus des ménages, 13.281.888 \$US encaissés par les laboratoires médicaux et de diagnostic dont 13.080.403 \$US (98,48%) issus des ménages, 149.650.825 \$US encaissés par d'autres prestataires de services auxiliaires dont 108.375.826 \$US (72,42%) issus des ménages.

Le constat que les soins curatifs représentent le principal poste de dépenses des ménages, devant les médicaments, les examens médicaux, l'acquisition d'appareils thérapeutiques et autres biens médicaux, a également été observé ailleurs en Afrique noire [7], [9], [19], [20], [21]. Plusieurs études ont montré qu'en cas de maladie grave, les populations précaires recourent plus aux hôpitaux qu'à d'autres structures de santé [22], motivées par la présence du médecin, la perception du type de maladie et l'efficacité des soins. Par conséquent, la présence d'un personnel incompetent et/ou démotivé et l'offre des soins de mauvaise qualité

peut avoir entraîné la sous-utilisation des hôpitaux en RDC [7]. Le fait que le recours à l'hôpital soit un des postes qui consomment la plus grande part des dépenses de santé des ménages suggère que des efforts soient fournis pour que les hôpitaux offrent des soins de qualité, par un personnel motivé et compétent.

Cependant, dans d'autres pays africains subsahariens, la tendance est diverse qu'en RDC, en ce qui concerne les postes "pharmacie" et "laboratoire" car les scores sont beaucoup plus élevés [7]. Que le réseau des pharmacies ne soit pas assez utilisé pourrait s'expliquer d'une part, par le faible pouvoir d'achat des ménages, et d'autre part, par la mauvaise qualité des médicaments essentiels et/ou la rupture des stocks dans les structures de santé [15]. En effet, dans certaines régions de l'Afrique Centrale, environ 80% des médicaments seraient contrefaits ou de qualité inférieure [23].

#### ***Allocation des ménages et recours aux soins de santé***

Que les carences nutritionnelles soient le problème de santé qui nécessite le plus de soins hospitaliers (34%) peut se comprendre par la conjoncture qui fait que très peu de ménages mangent à leur faim. En effet, la crise économique qui frappe la RDC depuis plusieurs années a un impact très négatif sur les ménages précaires qui ne parviennent plus à se nourrir qu'un jour sur deux et ce, à tour de rôle, les uns « délestés » au profit des autres. En milieu urbain, cette situation de crise financière serait due notamment à l'absence d'emploi tandis qu'en milieu rural, cela pourrait être liée d'une part à l'exode rural, et au phénomène de « populations déplacées », sans terre, eu égard aux guerres épidémiques et interminables (tableau III).

Le paludisme demeure la pathologie la plus rapportée et 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. Des progrès sont certes observés, mais beaucoup reste à faire dans la conscientisation des professionnels de santé, l'éducation des populations, la mise en place de mécanismes de prévention et de traitement, ainsi que la disponibilisation des médicaments de qualité, à des prix qui soient accessibles.

En effet, la **figure I** montre que lorsque leur survie en dépend, plutôt que de les utiliser pour dormir hors de portée des moustiques, les ménages peuvent utiliser les moustiquaires imprégnées obtenues gratuitement à d'autres fins, telles que protéger leurs jardins, les vendre pour se payer de la nourriture, ou bien encore confectionner des voiles de mariage pour un membre de la famille qui doit se marier, etc. Il a également été constaté, que certains acteurs impliqués dans la distribution des moustiquaires, peuvent en garder de grosses quantités pour des besoins personnels.

Que les troubles mentaux occupent 10% des soins hospitaliers est probablement due aux guerres à l'Est et dans certaines parties du Nord et de l'Ouest de la RDC d'une part, et d'autre part à l'anxiété des ménages face à leur incapacité à 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 l'exécution

de certains d'entre les membres du ménage ne soient exécutés. Les rescapés, témoins de ces actes, subissent des traumatismes certains.

Par ailleurs, concernant l'incapacité financière des ménages à se soigner, d'autres études ont montré que des enfants pouvaient naître et commencer leurs premiers pas dans la maternité qui les a vus naître, faute d'argent, entraînant de l'anxiété chez les familles. Les traumatismes liés au faible pouvoir d'achat s'expliquent également par le fait que les ménages ne parviennent plus à scolariser leurs enfants, ces derniers étant poussés à la prostitution, ce qui a également été relevé ailleurs [24], [25].

### **Conclusion**

Les résultats présentés dans le rapport 2011 des comptes nationaux de la santé montrent clairement que la charge la plus importante du financement de la santé repose sur les ménages qui, du reste, sont précaires. Néanmoins, des efforts importants sont fournis par d'autres partenaires qui participent au financement de la santé, notamment la coopération internationale et l'État. La part du financement des dépenses de santé des ménages couvre, dans sa grande majorité, les soins curatifs hospitaliers et ambulatoires, ainsi que l'achat des médicaments essentiels. En effet, la part des dépenses des ménages dans les recettes se présentaient de la manière suivante : 71,58% pour les hôpitaux de référence, 96,49% pour les centres ambulatoires, 98,48% pour les laboratoires médicaux et de diagnostic et 72,42% pour les autres prestataires des services auxiliaires. Dans leur démarche de lutte contre la maladie, la plus grosse part des fonds des ménages pour les soins ambulatoires a été consacrée au paludisme, qui reste la maladie la plus répandue et la plus meurtrière, malgré tous les fonds de lutte y consacrés.

Le fait qu'il faille encore attendre plusieurs décennies avant que l'État n'ait les moyens de la « santé pour tous », sachant que le « partage des coûts » constitue une lourde charge pour les ménages plaide pour la mise en place de mécanismes susceptibles d'augmenter le pouvoir d'achat des populations et l'amélioration de l'accès aux soins [17] en vue de la « Couverture Santé Universelle » dont la stratégie comprend (i) le financement des systèmes de santé, (ii) la mutualisation des risques et protection financière et (iii) l'utilisation équitable et efficace des ressources. En effet, le recouvrement des coûts sans mutualisation du risque santé entraîne successivement le « out-of-pocket », les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des ménages. Revenir à la gratuité des soins avant de résoudre le problème majeur qui a justifié l'avènement du concept de « partage des coûts », consisterait simplement à déplacer le problème, la gratuité devant alors être financée par l'aide internationale, une approche non pérenne du financement de la santé.

Que les fonds des ménages soient prioritairement consacrés aux soins curatifs tant hospitaliers qu'ambulatoires plaide pour l'amélioration de la qualité des soins, depuis la relation médecin-soignant jusqu'à la qualité du système dans la population.

Cette étude montre également que l'achat des médicaments est le second poste le plus important des dépenses de santé des ménages, ce qui suggère un approvisionnement en médicaments essentiels de qualité, en opposition avec les pratiques actuelles qualifiées de « *pharmapoche* », par lesquelles les professionnels soignants se promènent avec des médicaments dans leurs

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY

sacoques, sous les 30°C, pour les vendre aux patients le moment venu. La mauvaise qualité des médicaments est constamment épinglée par les autorités sanitaires congolaises.

Le résultat selon lequel la plus grosse part des dépenses de santé des ménages va au traitement du paludisme suggère que soient renforcés les mécanismes de prévention et de traitement de cette maladie, ainsi que le suivi et l'évaluation des performances réalisées quant à ce.

Enfin, la demande des ménages pour des soins curatifs hospitaliers relatifs aux maladies mentales suggère que soit intégrée la prise en charge de cette maladie dans les paquets minimum et complémentaire d'activités, pour la continuité et la globalité des soins.

### 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](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 JY. 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, Looock 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 Semutshari MP, Tshiana Kabongo E, Bruyère O, Reginster JY. 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%3%94te-d-ivoire-le-gouvernement-abandonne-la-gratuit%3%94-des-soins-de-sant%3%94-pour-tous>.

15. MSP/IPSK. Rapport annuel 2010. MSP. Kinshasa. 2011. 34p.

## Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais.

### Résultats des comptes nationaux de la santé.

Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M., Reginster JY

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\\_hfssar\\_18f.pdf](http://www.healthsystems2020.org/files/759_file_hfssar_18f.pdf).
17. Manzambi Kuwekita J, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY & 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 Semutsari MP *et al.* Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de sante 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.