



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL

# COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 2008-2009



Mai 2011

Ce document est soumis pour révision à l'Agence Américaine pour le Développement International. Il a été produit par le Health Systems 20/20 Project.



## Mission

Health Systems 20/20 accord de coopérative, financée par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour la période 2006-2011, aidant les pays soutenus par USAID à adresser des barrières systémiques de santé et à utiliser les services prioritaires du système de santé. HS 20/20 travaille pour le renforcement des systèmes de santé à travers les approches intégrées y compris l'amélioration des financements, la gouvernance, l'opération et la croissance des capacités durables des institutions locales.

## Mai 2011

Si vous désirez des copies supplémentaires de ce document, contactez [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) ou visitez l'adresse suivante : [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

**Accord coopérative No.** GHS-A-00-06-00010-00

**Submitted to:** Robert Emrey, AOTR  
Health Systems Division  
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition  
Bureau for Global Health  
United States Agency for International Development

**Citation Recommandée:** Health Systems 20/20 Project. Mai 2011. *Comptes Nationaux de la Santé 2008-2009*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North  
Bethesda, Maryland 20814 | T: 301.347.5000 | F: 301.913.9061  
[www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

*En collaboration avec:*

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates  
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International  
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

# COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 2008-2009

## **Dégagement de responsabilité**

Les opinions des auteurs exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ou celles du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.



# TABLE DES MATIERES

<b>Préface</b> .....	<b>xi</b>
<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>xvii</b>
<b>Résumé analytique</b> .....	<b>xix</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Généralités Sur la RD Congo</b> .....	<b>3</b>
2.1 Situation sociodémographique et économique .....	3
2.1.1 Situation sociodémographique .....	3
2.1.2 Situation économique.....	4
2.2 Santé et Stratégie de développement national .....	4
2.3 Système de santé de la RDC.....	5
2.3.1 Cadre organisationnel .....	5
2.3.2 Etat de santé de la population congolaise.....	6
2.3.3 Santé de l'enfant en RDC .....	13
2.3.4 Santé de la reproduction en RDC.....	13
2.3.5 VIH SIDA en RDC.....	14
2.3.6 Financement du système de santé.....	14
2.3.7 Approvisionnement en médicaments en RDC.....	15
<b>3. Methodologie</b> .....	<b>17</b>
3.1 Concepts généraux des Comptes Nationaux de la Santé .....	17
3.1.1 Frontière des Comptes Nationaux de la Santé.....	17
3.1.2 Considérations en matière de comptabilisation des dépenses de santé.....	18
3.1.3 Dimensions analytiques des CNS 2008-2009 .....	19
3.2 Méthodologie d'élaboration des CNS RDC 2008-2009.....	20
3.2.1 Aperçu de l'approche méthodologique.....	20
3.2.2 Comité technique des CNS RDC .....	21
3.2.3 Collecte des données .....	22
3.2.4 Analyse des données.....	28
3.2.5 Leçons et recommandations pour une prochaine production des CNS en RDC .....	29
<b>4. Resultats des CNS RDC 2008 et 2009</b> .....	<b>31</b>
4.1 Agrégats généraux .....	31
4.2 Analyse des Sources de Financement.....	32
4.2.1 Fonds publics .....	32
4.2.2 Fonds des ménages.....	33
4.2.3 Fonds du Reste du Monde.....	33
4.3 Analyse des Agents de Financement .....	35
4.3.1 Ministère de la Santé Publique.....	35

4.3.2	Les autres Ministères et institutions de l'Etat.....	38
4.3.3	Analyse des dépenses de santé des ménages.....	39
4.4	Investissement dans le système de santé.....	41
4.5	Evolution de la Dépense Nationale de Santé de 2008 et 2009	42
4.5.1	Sources de financement.....	44
4.5.2	Agents de Financement.....	45
4.6	Résumé et orientations stratégiques de CNS en général .....	45
<b>5.</b>	<b>Resultats du sous compte sante de l'enfant.....</b>	<b>49</b>
5.1	Objectifs du sous compte Santé de l'Enfant.....	49
5.2	Concept et champ d'application du sous compte Santé de l'Enfant.....	50
5.3	Agrégats généraux des dépenses pour la santé de l'enfant en RDC, 2008.....	51
5.4	Flux financiers pour la santé de l'enfant en RDC.....	51
5.4.1	Sources de financement.....	51
5.4.2	Agents de financement.....	52
5.4.3	Analyse fonctionnelle des dépenses de santé de l'enfant < 5 ans en RDC.....	53
5.5	Financement des activités prioritaires de Santé de l'Enfant en RDC .....	54
5.6	Résumé et orientations stratégiques .....	55
<b>6.</b>	<b>Résultats du sous compte sante de la reproduction .....</b>	<b>57</b>
6.1	Introduction .....	57
6.2	Objectif du sous compte Santé de la Reproduction .....	57
6.3	Concept et champ d'application du sous compte SR.....	58
6.4	Agrégats généraux santé de la Reproduction en RDC.....	59
6.5	Flux financiers pour la Santé de la Reproduction en RDC.....	59
6.5.1	Sources de financement.....	59
6.5.2	Agents de financement.....	60
6.5.3	Financement des prestataires de soins et services de Santé de la Reproduction .....	61
6.5.4	Analyse fonctionnelle des dépenses pour la Santé de la Reproduction en RDC.....	61
6.6	Financement des activités prioritaires de santé de la reproduction en RDC .....	63
6.7	Résumé et orientations stratégiques .....	64
<b>7.</b>	<b>Resultats du sous compte VIH/SIDA.....</b>	<b>67</b>
7.1	Introduction .....	67
7.2	Objectifs de l'analyse du sous compte VIH/SIDA .....	67
7.3	Concept et champ d'application du sous compte VIH/SIDA .....	67
7.4	Agrégats généraux dépenses VIH en RDC.....	68
7.5	Flux financiers pour les dépenses de santé liées au VIH/SIDA en RDC .....	68
7.5.1	Sources de financement.....	68
7.5.2	Agents de financement.....	69

7.5.3	Financement des prestataires de soins et services VIH.....	70
7.5.4	Analyse fonctionnelle des dépenses pour la Santé liées au VIH en RDC.....	71
7.6	Financement des activités prioritaires de lutte contre le VIH...71	
7.7	Résumé et orientations stratégiques .....	73
<b>8.</b>	<b>Analyse des dépenses par province .....</b>	<b>75</b>
8.1	Dépenses de santé des ménages.....	75
8.2	Dépenses publiques de santé par province.....	77
<b>Annexe A : Tableaux CNS 2008 .....</b>		<b>79</b>
<b>Annex B : Tableaux CNS 2009.....</b>		<b>85</b>
<b>Annexe C : Tableaux sous comptes .....</b>		<b>87</b>
<b>Annexe D : Liste des membres de l'équipe technique des CNS RDC 2008-2009.....</b>		<b>91</b>
<b>Annex E : Bibliography .....</b>		<b>93</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1:	Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté.....	5
Tableau 2.2 :	Répartition des districts sanitaires et des zones de santé par province .....	6
Tableau 2.3 :	Analyse comparative d'indicateurs de développement de pays d'Afrique Centrale et de l'Est .....	7
Tableau 2.4 :	Niveau de morbidité des ménages en RDC, 2010.....	8
Tableau 2.5 :	Morbidité au sein de la population, RDC 2010.....	9
Tableau 2.6 :	Recours à un prestataire de soins .....	12
Tableau 3.1 :	Exemples d'activités qui pourraient être incluses ou exclues de la dépense nationale de santé.....	18
Tableau 3.2 :	Ajustement des données MICS 2010 pour la réalisation des CNS 2008-2009 .....	25
Tableau 3.3:	Ajustement des données de l'enquête sur les dépenses de santé des PVVIH 2010, pour la réalisation des sous comptes VIH 2008 2008.....	28
Tableau 4.1 :	Agrégats généraux des CNS RDC, 2008 .....	31
Tableau 4.2 :	Dépenses de santé par habitant en RDC 2008-2009, USD .....	42
Tableau 5.1 :	Indicateurs de la santé de l'enfant en RDC, 2008.....	49
Tableau 5.2 :	Agrégats généraux de la santé de l'enfant en RDC, 2008.....	51
Tableau 6.1 :	Indicateurs de la santé de la reproduction en RDC.....	57
Tableau 6.2 :	Agrégats généraux de la santé de la reproduction en RDC, 2008.....	59
Tableau 6.3 :	Dépenses de SR per capita par source de financement en USD, 2008.....	60
Tableau 8.1 :	Analyse des dépenses de santé des Gouvernements Central et provinciaux par province en USD.....	77
Tableau AI :	Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement, RDC, 2008, en USD .....	79

Tableau A2 : Agents de financement par prestataires CNS RDC 2008 (EN USD).....	80
Tableau A3 : Agents de financement par fonctions CNS RDC 2008, (en USD) .....	81
Tableau A4 : Prestataires de soins par fonctions CNS RDC 2008 (en USD) .....	82
Tableau A5 : Prestataires de soins par fonctions CNS RDC 2008, en USD (suite).....	83
Tableau B1 : Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement, RDC 2009, en USD .....	85
Tableau C1 : Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement pour la Santé de L'Enfant, RDC 2008, en USD .....	87
Tableau C2 : Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement pour la santé de la reproduction, RDC 2008, en USD .....	88
Tableau C3 : Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement pour le VIH/SIDA, RDC 2008, en USD .....	89
Tableau C4 : Dépenses de santé effectuées dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA selon les fonctions.....	90
Tableau D1 : Liste des membres de l'équipe technique des CNS RDC 2008-2009 .....	91

## LISTES DES FIGURES

Figure 2.1 : Carte administrative de la RDC .....	3
Figure 2.2 : Structure de la morbidité en soins ambulatoires, RDC, 2010.....	10
Figure 2.3 : Structure de la morbidité en soins hospitaliers, RDC, 2010.....	11
FIGURE 3.1 : Identification de la dépense réelle de santé .....	19
Figure 3.2: Schématisation de la triangulation.....	28
Figure 4.1 : Source de Financement du système de santé de la RDC, 2008.....	32
Figure 4.2 : Dépense de santé du gouvernement par activités, 2008 .....	33
Figure 4.3 : Comparaison régionale.....	34
Figure 4.4 : Dépenses de santé du RDM par domaines d'intervention, 2008 .....	34
Figure 4.5 : Dépenses de santé par Agents de Financement, RDC 2008.....	35
Figure 4.6 : Sources de financement du Ministère de la Santé Publique, RDC 2008.....	36
Figure 4.7 : Schématisation du financement ascendant.....	37
Figure 4.8 : Distribution des ressources gérées par le Ministère de la Santé Publique par Prestataires de soins Publique par Prestataires de soins.....	38
Figure 4.9 : Source de financement des autres Ministères et institutions de l'Etat, RDC 2008.....	38
Figure 4.10 : Dépense de santé par fonction des autres Ministères, RDC 2008.....	39
Figure 4.11 : Dépenses de santé des ménages par fonctions, RDC 2008.....	41

Figure 4.12 : Sources de financement de la formation de capital fixe des établissements publics, 2008.....	41
Figure 4.13 : Evolution des dépenses des Sources de Financement de 2008 à 2009 en USD (Taux de change constant pour les dépenses des ménages).....	43
Figure 4.14 : Evolutions des dépenses des Sources de Financement de 2008 à 2009 (Taux de change variable pour les dépenses des ménages).....	43
Figure 4.15 : Gap de financement en santé, RDC.....	44
Figure 4.16 : Evolutions des dépenses des Agents de Financement de 2008 à 2009 en USD .....	45
Figure 5.1 : Dépenses de santé de l'enfant par sources de financements, RDC 2008 .....	52
Figure 5.2 : Dépenses de santé de l'enfant par agents de financements, RDC 2008 .....	53
Figure 5.3 : Financement des activités prioritaires par sources pour la santé de l'enfant en RDC, 2008 .....	55
Figure 6.1 : Dépenses de santé de la reproduction par sources de financements, RDC 2008 .....	60
Figure 6.2 : Dépenses de santé de la reproduction par agents de financement, RDC 2008 .....	61
Figure 6.3 : Structure de la morbidité en soins/services spécifiques de santé de la reproduction, RDC, 2010 .....	63
Figure 6.4 : Sources de financement des activités prioritaires de Santé de la Reproduction en RDC .....	64
Figure 7.1 : Sources de financement des dépenses de santé VIH en RDC, 2008.....	69
Figure 7.2 : Agents de financement des dépenses de santé VIH en RDC, 2008.....	69
Figure 7.3 : Financement des activités prioritaires de santé de lutte contre le VIH.....	72
Figure 8.1 : Dépense moyenne de santé des ménages par province.....	75
Figure 8.2 : Dépense moyenne de santé des ménages et indice de pauvreté par province.....	76
Figure 8.3 : Analyse fonctionnelle des dépenses des ménages par province.....	76



# PREFACE

Les progrès technologiques, les transitions démographiques, les changements rapides des tendances de morbidité et de mortalité et l'émergence de problèmes de santé publique comme le VIH/SIDA plaident pour une utilisation plus efficace des ressources et, dans la plupart des cas, pour plus de ressources. En République Démocratique du Congo (RDC), les soins de santé sont assurés par une combinaison complexe et dynamique d'entités du secteur public et du secteur privé (à ou sans but lucratif). Dans un tel environnement, les décideurs ont besoin d'information nationale fiable sur les sources et les usages des fonds pour la santé, de préférence comparable entre pays, afin d'améliorer la performance du système de santé.

Les comptes nationaux de la santé (CNS) aident à pourvoir cette information, car ils décrivent l'utilisation actuelle des ressources dans le système de santé. Lorsqu'ils sont régulièrement établis, les CNS constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système. En effet, ils représentent un outil spécialement élaboré pour informer le processus de politique de santé, processus qui comprend la conception et la mise en œuvre de politique, le dialogue politique et le suivi et l'évaluation des interventions de santé. Ils fournissent des preuves qui aident les décideurs, les parties prenantes non gouvernementales, et les dirigeants et cadres à prendre de meilleures décisions dans leurs efforts pour améliorer la performance du système de santé.

Ainsi donc, le pays avec l'appui technique et financier de l'USAID à travers le projet Health Systems 20/20, s'est lancé dans l'exercice de tracer une cartographie des ressources et dépenses engagées pour la santé afin d'aider à orienter les actions aux besoins prioritaires.

Il est donc important d'encourager et d'amener tous les acteurs engagés ainsi que les partenaires au développement à soutenir cet effort de traçabilité, gage d'une gestion moderne des ressources disponibles allouées à la santé.

**Victor MAKWENGE KAPUT**

**Ministre de la Santé**



# SIGLES ET ABREVIATIONS

AGR	Activité Génératrice des revenus
ARV	Antirétroviraux
ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
AT	Assistance Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECAME
BCECO	Bureau Central de Coordination
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism</i>
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	Consultation Pré Natale
CPON	Consultation Post Natale
CPCC	Conseil Permanent de la Comptabilité au Congo
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
DCTS	Dépenses Courantes Totales de Santé
DEP	Direction d'Études et Planification
DNS	Dépense Nationale de Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRIP	Document de la Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté
DTS	Dépense Totale de Santé
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESB	Etats de Suivi Budgétaire
ESP	Ecole de Santé Publique
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération Des Centrales d'Achat de Médicaments
FOSA	Formations Sanitaires

HGR	Hôpital Général de Référence
INS	Institut National de la Statistique
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	<i>Multi Indicators Clusters Survey</i>
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSP	Ministère de la Santé Publique
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Élargie des Vaccinations
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMUR	Programme Multisectoriel d'Urgence et de Réhabilitation
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PPTÉ	Pays Pauvre Très Endetté
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RDC	République Démocratique du Congo
RDM	Reste du Monde
SE	Santé de l'Enfant
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments
SONAS	Société Nationale d'Assurances
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Sérum de Réhydratation Orale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires

SWAP	<i>Sector Wide Approach</i>
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UA	Union Africaine
UCOP	Unité de Coordination de Projets
UCOP+	Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIKIN	Université de Kinshasa
UNGASS SIDA	Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le
USAID	Agence Américaine de Développement
USD	Dollar américain
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humain
ZS	Zone de Santé



# REMERCIEMENTS

Des dizaines d'acteurs internes et externes du système de santé de la RD Congo ont contribué à l'élaboration du premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé. Aussi bien par le partage d'informations sur les dépenses de santé de leurs institutions respectives que par leur savoir et savoir-faire en matière de production de statistiques financières.

L'occasion est donnée de saluer l'excellente collaboration avec les différents Ministères et institutions de la République ainsi qu'avec la coopération bi et multilatérale.

Cette excellente collaboration, a permis de mettre à la disposition de la RD Congo les résultats des premiers CNS, qui du reste, les données des dépenses de santé des ménages ont été également collectées à travers l'intégration des Items dans le module dépenses de santé de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-RD Congo). Cette expérience, la première au monde, est à saluer, car elle ouvre aussi des bases d'intégration de préoccupations spécifiques des dépenses aux enquêtes de routines auprès des ménages pour toutes choses qui contribuent à la rationalisation de l'utilisation des ressources dédiées à la santé.

Le Gouvernement de la RD Congo, à travers le Ministère de la Santé Publique, remercie vivement en général, tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production des premiers comptes nationaux de la santé, et en particulier l'USAID qui a assuré l'appui technique et financier dans son projet Health Systems 20/20 sans lequel, les Comptes nationaux de la Santé 2008-2009 n'auraient pas vu le jour dans notre pays.

Reconnaissance à tous les membres de l'équipe technique qui ont joint leurs efforts pour que ce travail soit accompli.

Enfin, qu'ils trouvent ici anticipativement l'expression de notre gratitude tous les lecteurs de ce rapport dont les critiques et les suggestions amélioreront les prochains Comptes Nationaux de la Santé de la RD Congo.

**Dr Pierre Lokadi Otete Opetha**  
**Secrétaire Général**



# RESUME ANALYTIQUE

La RDC fait partie des pays à très faible indice de développement humain<sup>1</sup>. L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans. Les principales causes de mortalité et de morbidité sont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les parasitoses, les infections respiratoires sévères, la malnutrition et les maladies liées à la santé de la reproduction.

Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, des efforts sont entrepris pour le redressement économique du pays. Des réformes et des politiques macroéconomiques ont contribué à relancer la croissance et à réduire l'inflation. Sur la période 2002-2008, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6% et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, l'on observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance a baissé à 2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars US en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à la santé.

Le Gouvernement de la RDC s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) 2006 - 2008, à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté.

En 2008, la dépense totale de santé (DTS) était 7,4% de du Produit Intérieur Brut (PIB) et la dépense du secteur publique pour la santé était d'environ 4,7% des dépenses budgétaires de l'Etat. Malgré ces efforts du Gouvernement congolais, le financement du système de santé de la RDC en 2008 et 2009 a été essentiellement assuré par les Ménages (43% en 2008, 42% en 2009), le Reste du Monde, en d'autres termes la Coopération et ONGs internationales (34% en 2008, 36% en 2009), les fonds publics (15% en 2008, 12% en 2009) et les entreprises (8% en 2008, 10% en 2009).

La dépense de santé par habitant en RDC n'a pratiquement pas variée entre 2008 et 2009, elle reste stationnaire à \$13 par habitant par an dont 6\$ provenant des ménages, \$1 des entreprises, \$2 du Gouvernement, et \$4 du Reste du monde.

L'on reste encore loin des \$20 par habitant par an requis pour assurer le PMA et le PCA<sup>2</sup> uniquement au niveau opérationnel (Zone de santé) ou encore des \$34 pour assurer le fonctionnement minimal d'un système de santé<sup>3</sup>.

Cependant, il est à signaler que la dépense totale de santé en RDC a augmenté de 2% entre 2008 et 2009, passant 860 341 852 USD en 2008 à 875 542 748 USD en 2009.

Les dépenses des ménages pour les soins de santé se réalisent essentiellement par paiements directs aux prestataires. Le médicament représente le principal poste de dépenses des ménages (41%<sup>4</sup>), suivis de l'hospitalisation (37%), puis des soins curatifs ambulatoires (14%), des examens de laboratoire et imagerie médicale (6%) et l'acquisition des appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (2%).

Les fonds du Reste du Monde s'élevaient en 2008 et en 2009 respectivement à 291 et 368 million de dollars US dont environ 65% provenant de la coopération bi et multilatérale et 35% des ONG et initiatives internationales. Les principaux domaines d'intervention du RDM sont la Santé maternelle

---

<sup>1</sup> Classée 168<sup>e</sup> sur 169, UNDP, rapport sur le développement humain 2010

<sup>2</sup> Costing réalisé par la DEP/ Ministère de la Santé Publique 2008

<sup>3</sup> Commission macro économie et santé, OMS

<sup>4</sup> Cette proportion est légèrement sous estimée car elle ne prend pas en compte les médicaments achetés par les ménages dans les hôpitaux lors d'une hospitalisation. Ceux-ci sont comptabilisés selon la méthodologie des CNS dans la catégorie « hospitalisation ».

et infantile (30%), la prévention contre les maladies transmissibles (21%) dont principalement le VIH SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le financement du Gouvernement congolais ci haut évoqué, sert essentiellement à la rémunération des agents des services publics (75% de la contribution du gouvernement) dont 47% est alloué au paiement des primes, 21% au paiement des salaires et 8% pour la pension des retraités et les soins médicaux. Cependant vu le nombre pléthorique d'agents de l'Etat, la rémunération individuelle des agents s'avère faible.

Par ailleurs, il est à noter que très peu de ressources sont consacrées au fonctionnement des services de soins. Il en est de même pour la fourniture d'intrants aux établissements de santé, celle-ci ne représente que 8% du total des fonds provenant du Gouvernement central.

La faible rémunération des agents de l'Etat et la quasi absence de ressources publiques investi dans le fonctionnement des établissements de soins et administrations publiques de santé donnent lieu à une **ponction des ménages** par les prestataires de soins afin d'améliorer leur conditions sociales et assurer le fonctionnement des établissements et administrations de santé.

Bien qu'il existe une croissance des initiatives de mutuelles de santé dans le pays, estimées à 44 en 2011, leur participation au financement de la santé en RDC reste très faible, estimée à environ 0,08%.

Le système traditionnel de couverture du risque maladie que sont les compagnies d'assurance n'est apparu en RDC que depuis 2009. Elle est assurée par la Société Nationale d'Assurance (SONAS) et contribue à moins de 0,01% de la dépense Nationale de santé dont 90% des dépenses de santé réalisées ont profité aux employés du secteur privé formel et leurs ayant droits.

De l'analyse des dépenses spécifiques pour la Santé de l'enfant, la Santé de la Reproduction et le VIH SIDA, il ressort ce qui suit :

Le financement de la Santé de l'Enfant en RDC est fortement dépendant aux RDM (54% de la DT SE) et un poids important supporté par les ménages (46% de la DT SE). La contribution du Gouvernement reste extrêmement faible (0,2%).

La structure du financement de la Santé de l'enfant de moins de 5ans en RDC amène à s'interroger sur la pérennité des actions; car basée essentiellement sur le financement du RDM et des ménages dont 70% vivraient en dessous du seuil de pauvreté.

La contribution des ménages au financement des dépenses de SE est réalisé essentiellement pour l'hospitalisation du nouveau-né et l'acquisition du médicament.

Il est utile de mener la réflexion sur l'adéquation de la dépense des ménages avec le cout réel des services de santé de l'enfant.

Le financement de la Santé de la reproduction quant à lui est fortement dépendant des ménages (68% de la DT SR) et de la coopération internationale (31% de la DT SR) pour le financement des activités de la santé de la reproduction en RDC. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'essentiel du fardeau des dépenses pour la SR est supporté par les ménages (68%) face à une contribution extrêmement faible du Gouvernement (0,2%).

La contribution des ménages au financement de la SR est très importante et est réalisée essentiellement pour l'accouchement (82%). Ceci amène à s'interroger sur l'adéquation de la dépense des ménages pour l'accouchement avec le cout réel de l'accouchement.

Par ailleurs il est à souligner qu'en RDC la parturiente et le nouveau-né sont gardés dans les établissements sanitaires pendant environ une semaine pour observation, alors que dans la plupart des pays africains la période d'observation varie de 6h à 1 jour. Cette mise en observation de longue durée contribue à alourdir le fardeau des ménages. Il sera donc utile d'envisager la révision de la gestion de l'accouchement en RDC.

En d'autres termes, il s'agit de s'interroger sur comment atteindre l'efficience dans la gestion des ressources investies pour la santé de la reproduction. Et également sur le type approche/mécanisme pour amener le Gouvernement à investir davantage dans la santé de la reproduction.

L'analyse des dépenses pour la lutte contre le VIH/sida révèle que 96% des dites dépenses destinées aux activités de santé et 4% aux activités non liées à la santé (prise en charge des OEV, AGR).

Le financement des services et soins de santé spécifiques au VIH en 2008 est principalement assuré par le RDM (50,1%) et les ménages (49,8%). La contribution du gouvernement est extrêmement faible, elle représente moins de 0,01% et se limite uniquement au salaire du personnel des administrations publiques ayant en charge la lutte contre le VIH.

Les ressources mobilisées (provenant aussi bien des ménages que du RDM) sont orientées vers quatre fonctions principales, à savoir : les soins ambulatoires<sup>5</sup> (25,3%), à la gestion des programmes/projet VIH (18,3%), à l'hospitalisation (11,4%) au détriment des activités de prévention de la transmission de VIH (12,9%).

Les investissements et la recherche sont faiblement financés. Leurs financements s'estiment respectivement à 0,17% et à 0,68% de la DT santé VIH.

En résumé, le financement pour la santé en RDC est insuffisant. L'on reste encore loin des \$20 par habitant par an requis pour assurer le PMA et le PCA au niveau opérationnel (Zone de santé) ou encore des \$34 pour assurer un minimum de fonctionnement d'un système de santé.

La contribution de l'Etat au financement de la santé est faible. Elle est quasi inexistante pour les activités spécifiques de Santé de l'enfant ; de santé de la reproduction et de la lutte contre le VIH/SIDA.

Afin d'aider à l'amélioration du financement du système de santé en RDC, les orientations stratégiques suivantes sont proposées :

## RECOMMANDATIONS AU GOUVERNEMENT

Le nombre pléthorique d'agent de l'Etat dans le secteur de la santé a pour incidence un niveau de rémunération faible du personnel. Aussi afin d'améliorer leur conditions sociales, les prestataires de services ont recours à la ponction des usagers (les ménages). La mise en œuvre de la politique de rationalisation des agents du secteur public de la santé pourrait constituer un mécanisme pas non négligeable de réduction de la contribution des ménages pour la santé.

Outre la rationalisation, le gouvernement congolais devra augmenter sa contribution générale pour la santé et de manière spécifique ses ressources allouées au fonctionnement des services de santé et la fourniture d'intrants dont les médicaments.

Par ailleurs, afin de réduire la contribution des ménages au financement de la santé en RDC et aussi de les préserver des dépenses catastrophiques de santé, l'Etat devra promouvoir et organiser le système de partage de risque maladie. Il devra également subventionner et/ou mieux réglementer la prestation des soins et services de santé les plus budgétivores pour les ménages.

Le médicament représentant le principal poste de dépenses des ménages 41%. Le gouvernement pourrait mettre en place une politique de subvention du médicament et/ou la promotion de l'utilisation des médicaments génériques pourraient être envisagée. Cependant il faudrait également associer : (i) le renforcement la réglementation et le contrôle de la prescription des médicaments ; (ii) la sensibilisation des ménages sur les risques de l'automédication ; (iii) la réglementation et le contrôle des marges bénéficiaires appliquées aux médicaments aussi bien chez les prestataires publics que privés ; et (iv) le contrôle qualité des médicaments.

La même démarche de qualité, de régulation et de contrôle devra être appliquée à l'hospitalisation qui représente le 2ème poste de dépense des ménages, soit 37% de la DTS des ménages.

---

<sup>5</sup> Ceci inclus les traitements aux antirétroviraux, les soins palliatifs ambulatoires, le soutien nutritionnel, le soutien psychosocial, le traitement des IO et les soins curatifs des PVVIH,

Par ailleurs, afin de disposer d'éléments factuels pour soutenir la régulation et le contrôle, le Ministère de la Santé devra réaliser des études de coût pour l'analyse de l'adéquation des tarifs appliqués aux coûts réels, en particulier en ce qui concerne les services budgétivores pour les ménages.

En outre, afin d'assurer l'efficacité et la pérennité des activités spécifiques à la santé de l'enfant, l'Etat devra investir dans la mise à disposition d'intrants pour réaliser les activités prioritaires de la Santé de l'Enfant : vaccination, supplémentation en micronutriments, appui nutritionnel aux enfants malnutris et acquisition des MIILDA. Il devra également assurer la régulation et le contrôle des prix appliqués ainsi que l'utilisation/ prescription des médicaments pour les enfants de moins de 5 ans

En ce qui concerne la santé de la reproduction, la mise à disposition d'intrants devra être réalisée par l'Etat. Il devra également assurer la régulation des prix appliqués et réviser les dispositions relatives à la mise en observation après un accouchement.

Quant à la lutte contre le VIH/SIDA en RDC, étant donné que les financements des principaux bailleurs de la lutte contre le VIH ne sont pas garantis pour les années à venir<sup>6</sup>, le gouvernement devra s'engager à remplacer les financements jusqu'à lors réalisés par les bailleurs, au risque de voir se créer un véritable chaos dans la lutte contre le VIH en RDC.

## RECOMMANDATIONS A LA COOPERATION ET AUX ONGS INTERNATIONALES

Afin d'obtenir un impact réel sur les ménages qui sont les ultimes bénéficiaires des subventions faites aux soins et service de santé en RDC, les bailleurs devront tenir compte lors de leurs agréments (conventions) avec l'Etat du fait que : (i) celui-ci n'alloue aucune ressource pour le fonctionnement des structures prestataires de soins et (ii) le personnel de santé estime que la rémunération octroyée par l'Etat est largement insuffisante. Aussi, afin de pallier les insuffisances du système et de créer des conditions sociales et de travail adéquates, les structures sanitaires se voient dans l'obligation de fonctionner pour les usagers : les ménages congolais dont 70% vivaient en dessous du seuil de pauvreté.

Tenant compte de ce qui précède, il serait souhaitable que les bailleurs tout en augmentant leur contribution au financement de la santé en RDC, incluent des modalités assurant des conditions sociales et de travail adéquates au personnel de santé.

De la contribution des bailleurs et ONG internationales au financement de la santé de l'enfant et de la Santé de la reproduction en RDC il serait souhaitable que l'allocation des ressources se fasse concertation avec les Programmes Nationaux de Santé de l'Enfant et les Programmes Nationaux ayant en charge la santé de la reproduction, notamment le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA).

Quant à la lutte contre le VIH, il est recommandé que lors de la planification des dépenses pour la lutte contre le VIH en RDC, les bailleurs orientent plus de ressources vers les activités de prévention que dans l'administration.

---

<sup>6</sup> Le financement MAP de la Banque Mondiale prend fin en Mai 2011. Par ailleurs la RDC n'est pas retenue pour les rounds 9 et 10.

# I. INTRODUCTION

Les systèmes de santé dans le monde entier sont en train d'étendre leur capacité d'amélioration du bien-être des populations, mais ce faisant, ils induisent des coûts additionnels. La maîtrise de ces coûts exige d'avoir de meilleures informations sur le financement du système de santé, un élément critique des politiques de santé.

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), sont un outil reconnu sur le plan international, pour résumer, décrire et analyser le financement des systèmes de santé nationaux. A ce jour, les CNS ont été menés dans plus de 100 pays à moyen ou faible revenu, et contribuent à la réflexion sur l'amélioration du financement du système de santé.

Les CNS synthétisent à travers des matrices ou tableaux croisés, les différents aspects des dépenses de santé d'un pays. Ils incluent les dépenses de santé du secteur public, du secteur privé, des ménages ainsi que celles des ONGs et de la coopération internationale.

Les CNS permettent de répondre aux questions suivantes :

- Qui paie pour les soins de santé ?
- Combien dépense chaque acteur du système et pour quel type de service ?
- Comment ces fonds sont répartis dans les différents services de santé ?
- Qui bénéficient de ces dépenses de santé ?

Le présent rapport est consacré au premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé de la République Démocratique du Congo, réalisé par le Ministère de la Santé Publique avec l'appui technique et financier de l'USAID à travers le projet Health Systems 20/20.

Il retrace les considérations générales sur la RD Congo et explique les éléments des Comptes Nationaux de Santé en général et ceux spécifiques à la Santé de l'enfant, à la Santé de la Reproduction et au VIH/SIDA.



## 2. GENERALITES SUR LA RD CONGO

### 2.1 SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE

#### 2.1.1 SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE

Située au cœur de l'Afrique avec une superficie de 2 345 000 Km<sup>2</sup>, la RDC partage 9 165 Km<sup>2</sup> de frontière avec neuf pays, à savoir : la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan (au Nord) ainsi que la Zambie et l'Angola au Sud.

FIGURE 2.1 : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA RDC



La RDC est le second pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64 millions d'habitants, dont 69,6 % vit en milieu rural et 30,4% en milieu urbain<sup>7</sup>.

La dispersion de la population et l'enclavement géographiques de différents groupes rendent souvent difficile l'accès aux services sociaux de base, notamment les services de soins de santé.

Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique Centrale. Il pourrait résulter de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population entre autres l'accessibilité aux soins de santé de qualité.

## 2.1.2 SITUATION ECONOMIQUE

Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, des efforts sont entrepris pour le redressement économique du pays. Des réformes et des politiques macroéconomiques ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Sur la période 2002-2008, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6% et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, l'on observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance a baissée à 2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à la santé.

D'importants dépassements des crédits monétaires ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-2009, malgré une bonne performance des recettes. Les recettes budgétaires ont été exécutées au-delà de la programmation, avec une augmentation graduelle de 11,4 % en 2005 à 12,9 % du PIB en 2006 et 18,5% du PIB 2009 pour chuter à 17,9% du PIB en 2010, sous l'effet de la crise financière internationale. Les dépenses sur ressources propres ont été exécutées au-delà du plafond programmé dans le plan de trésorerie sur la période 2002-09 suite à des pressions sécuritaires et humanitaires.

## 2.2 SANTE ET STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT NATIONAL

Le Gouvernement de la RDC s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) 2006 - 2008, à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance, et d'autre part de renforcer la sphère sociale et de s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations.

Sur les neuf (09) objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté, trois (03) sont liés à la santé. A savoir :

- La réduction de la mortalité infanto juvénile
- La réduction de la mortalité maternelle
- La réduction de la prévalence du VIH/SIDA

---

<sup>7</sup> Enquête I-2-3

**TABLEAU 2.1 : OBJECTIFS QUANTITATIFS DE REDUCTION DE LA PAUVRETE**

Indicateurs de développement	2006	2007	2008	2009
Taux de croissance du PIB réel	6,5%	7%	7,7%	8,4%
Taux d'inflation fin de période (IPC)	21,3%	8%	6%	6%
Taux de mortalité infanto-juvénile <sup>2</sup>	126 <sup>8</sup>	-	-	89
Taux de mortalité maternelle <sup>2</sup>	1289	-	-	944
Taux Brut de Scolarisation Primaire	64%	64,1%	70,8%	80%
Taux de prévalence du VIH/SIDA	4,5%	<4,5%	<4,5%	<4,5%
Taux de desserte en Eau Potable	22%	22%	24%	26,9%
Taux de desserte en assainissement	9%	9%	11,5%	15%
Incidence de la pauvreté	70,68%	70%	<70%	<70%

Source : Min. Plan/DSCR 2006-2008, Kinshasa.

La réalisation d'un tel objectif nécessite d'une part l'existence d'établissement de santé offrant des services de qualité, et d'autre part la création d'un environnement social et économique assurant à la population l'utilisation des services de santé.

## 2.3 SYSTEME DE SANTE DE LA RDC

### 2.3.1 CADRE ORGANISATIONNEL

Le système de santé de la RDC est structuré en 3 niveaux, à savoir: le niveau central, le niveau Provincial et le niveau opérationnel ou local.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre et du Secrétariat général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés. Il a une responsabilité normative et de régulation. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives.

Les structures de soins du niveau tertiaire sont essentiellement constituées des cliniques Universitaires de Kinshasa, de Kisangani et de Lubumbashi. Actuellement avec la construction de l'Hôpital du Cinquantenaire à Kinshasa, le pays sera doté d'une structure de niveau tertiaire de haute performance.

Le niveau provincial compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires. Il assure un rôle d'encadrement technique de suivi et de la mise en œuvre des directives et politiques au niveau des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Actuellement le pays compte encore 11 Inspections Provinciales de la Santé.

Avec le découpage territorial en cours, le niveau provincial comptera 26 divisions Provinciales de la Santé dans les années qui suivent conformément à la constitution du 18/02/2006 de la République Démocratique du Congo.

Le niveau opérationnel comprend 515 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 Aires de Santé planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

Les établissements de soins du niveau opérationnel appartiennent: au secteur public, au privé lucratif, à des confessions religieuses ou à des ONGs. Le secteur privé lucratif et non lucratif a toujours été un partenaire traditionnel de l'Etat dans l'offre des soins. Sa contribution est estimée à hauteur de 40% dans la fourniture de l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers dont 36% fourni par le

<sup>8</sup> Les données relatives à la mortalité infanto juvénile et maternelle correspondent à celle de l'enquête MICS2 réalisée en 2001. Les valeurs de ces deux indicateurs étaient respectivement de 126 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans et 1289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes

privé non lucratif confessionnel et 6% par le privé lucratif<sup>9</sup>. Quelle que soit leur affiliation, les structures du niveau opérationnel se classent en 2 catégories :

- Les structures de premier contact. Celles-ci sont composées des maternités, des postes de santé, des centres de santé, et des centres de santé de référence. Elles ont pour mission d'offrir à la population les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA).
- L'Hôpital Général de Référence. Celui-ci a pour mission d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les structures de premier contact.

En plus de ces structures de soins « officiels » foisonne des prestataires informels de soins, offrant des services de qualité variable.

**TABLEAU 2.2 : REPARTITION DES DISTRICTS SANITAIRES ET DES ZONES DE SANTE PAR PROVINCE**

Province	Districts Sanitaires	Zones de Santé
Bas-Congo	5	31
Bandundu	6	52
Equateur	8	69
Kinshasa	6	35
Kasaï Occidental	4	43
Kasaï Oriental	6	49
Katanga	7	67
Maniema	4	18
Nord-Kivu	4	34
Province Orientale	10	83
Sud-Kivu	5	34
TOTAL	65	515

Source : Minisanté/DEP, répartition des DS et ZS par Province en RDC, 2002

### 2.3.2 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION CONGOLAISE

La RDC fait partie des pays à très faible indice de développement humain<sup>10</sup>. L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans. Les principales causes de mortalité et de morbidité sont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les parasitoses, les infections respiratoires sévères, la malnutrition et les maladies liées à la santé de la reproduction.

Outre ces maladies communes à la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, l'on retrouve en RDC de nombreuses maladies tropicales dites négligées telles que: la Filariose lymphatique, les schistosomiasés, les géo helminthiasés, l'onchocercose, les leishmaniosés, le trachome, la lèpre, le pian, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et l'ulcère de Buruli qui devraient être contrôlées ou éliminées par l'intégration du dépistage précoce et de la prise en charge des cas au niveau opérationnel.

Par ailleurs, il est à noter que la RDC est le théâtre de nombreuses situations d'urgence affectant l'état de santé et à la vie des populations victimes. Il s'agit entre autres des épidémies (coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de Marburg, de poliomyélite, et de rougeole), d'attaques armées à répétition dans certaines localités du pays, de fréquents accidents d'avions, des inondations et éboulements de terrains dû à l'érosion et des naufrages de bateau.

<sup>9</sup> Etude réalisée par Health Focus

<sup>10</sup> Classée 168e sur 169, UNDP, rapport sur le développement humain 2010

**TABLEAU 2.3 : ANALYSE COMPARATIVE D'INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT DE PAYS D'AFRIQUE CENTRALE ET DE L'EST**

Indicateurs	Rwanda	RCA	Angola	Uganda	Tanzanie	Zambie	Congo	RDC
Population, millions (2008)	9, 139	4,4	18	31,6	42	12,6	3,6	64
PNB per capita, in US\$ (PPP 2008)	1102	766	5959	1251	1426	1497	4583	327
Pour cent de la population en dessous du seuil de pauvreté (PPP US \$ 1,25 / jour)	76,56	ND	54,1	51,53	88,52	ND	54,1	59,22
Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1000 naissances (200*)	112	173	220	135	104	148	127	199
Taux de mortalité maternelle pour 100,000 naissances (2008)	540	850	610	430	790	470	580	670
Taux d'alphabétisation âgés de > 15 (2008)	64,9	48,6	67,4	76,4	73,2	71,4	81,1	67,2
L'espérance de vie, en années (1999)	51,1	47,7	48,1	54,1	56,9	47,3	53,9	48

Source : PNUD, rapport sur le développement humain 2010 ; UNDATA

### 2.3.2.1 NIVEAU DE MORBIDITE

Environ 8 ménages sur dix (79%) en RDC ont au moins un cas de maladie par mois. Confère tableau 5 ci-dessous.

Cette proportion est quasi uniforme pour le milieu urbain (78%) et le milieu rural (79%). Quelques disparités ressortent cependant entre les provinces. L'on note un niveau de morbidité de 68% des ménages du Bas- Congo contre 91% au Kasai-Occidental.

Par ailleurs il est à noter que le niveau de vie influence sensiblement la morbidité dans les ménages en RDC. En effet 80% des ménages du quintile des plus pauvres a enregistré au moins 1 malade/blessé au cours du mois précédant l'enquête contre 76% pour le quintile des plus riches

**TABLEAU 2.4 : NIVEAU DE MORBIDITE DES MENAGES EN RDC, 2010**

Pourcentage de ménages dont un membre au moins est malade/blessé ou a souffert d'une quelconque maladie au cours des 4 semaines précédant l'enquête, République Démocratique du Congo, 2010

	<b>Caractéristique sociodémographique</b>	<b>Nombre total de ménages</b>	<b>Nombre de ménages avec au moins un membre malade</b>	<b>Pourcentage de ménages avec au moins 1 malade</b>
Milieu	Urbain	3 567	2 783	78,0
	Rural	7 826	6 196	79,2
Province	Kinshasa	766	535	69,8
	Bas-Congo	484	331	68,3
	Bandundu	1 236	988	79,9
	Equateur	1 170	865	74,0
	Province Orientale	1 653	1 274	77,0
	Nord-Kivu	665	503	75,7
	Maniema	289	225	77,9
	Sud-Kivu	544	428	78,7
	Katanga	1 286	949	73,8
	Kasaï Oriental	1 498	1 242	82,9
	Kasaï Occidental	1 803	1 641	91,0
Quintile de bien-être socioéconomique	Les plus pauvres	2 551	2 040	80,0
	Second	2 369	1 887	79,6
	Médian	2 258	1 801	79,8
	Quatrième	2 194	1 715	78,2
	Les plus riches	2 021	1 537	76,0
Total		11 393	8 979	78,8

De manière générale, 29% de la population congolaise tombe malade ou se blesse au moins une fois par mois. La RDC est l'un des pays à forte morbidité en Afrique. Comme l'indique le tableau 6, la morbidité en RDC est plus prononcée pour certaines tranches d'âge, notamment les moins de 5 ans (49% des enfants <5ans) et les plus de 60 ans (31% de la population de cette tranche d'âge), car celles-ci sont les plus vulnérables.

En milieu urbain (27%) la population est relativement moins touchée qu'en milieu rural (31 %). Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de niveau d'hygiène et l'accès aux services de prévention.

**TABLEAU 2.5 : MORBIDITE AU SEIN DE LA POPULATION, RDC 2010**

Pourcentage de membres des ménages malades ou blessés au cours des 4 semaines précédant l'enquête, République Démocratique du Congo, 2010

Caractéristique sociodémographique		A souffert d'une quelconque maladie au cours des 4 dernières semaines			Pourcentage de personnes malades	Nombre de personnes recensées dans les ménages enquêtés
		Oui	Non	Manquant		
Age	0 à 4	5 472	5 663	1	49,1	11 136
	5 à 14	3 004	15 249	2	16,5	18 255
	15 à 24	2 132	8 737	3	19,6	10 872
	25 à 59	5 673	12 409	2	31,4	18 084
	60+	1 231	1 153	0	51,6	2 384
	NSP/Manquant	5	6	0	45,5	11
Sexe	Masculin	8 114	22 329	4	26,6	30 447
	Féminin	9 402	20 887	4	31,0	30 293
Milieu	Urbain	5 422	14 915	6	26,7	20 343
	Rural	12 094	28 302	2	29,9	40 398
Province	Kinshasa	929	3 558	3	20,7	4 490
	Bas-Congo	648	1 597	2	28,9	2 246
	Bandundu	1 660	4 676	0	26,2	6 336
	Equateur	1 538	5 131	-	23,1	6 669
	Province Orientale	2 262	6 080	-	27,1	8 341
	Nord-Kivu	985	2 931	-	25,2	3 916
	Maniema	391	1 251	0	23,8	1 642
	Sud-Kivu	830	2 151	1	27,8	2 982
	Katanga	1 723	4 882	-	26,1	6 605
	Kasaï Oriental	2 342	5 532	2	29,7	7 876
	Kasaï Occidental	4 208	5 427	-	43,7	9 635
	Indice de bien-être	Les Plus Pauvres	3 967	8 186	2	32,6
Second		3 586	8 550	1	29,5	12 137
Middle		3 546	8 603	0	29,2	12 149
Fourth		3 431	8 716	1	28,2	12 147
Richest		2 985	9 162	5	24,6	12 152
Religion du chef de ménage	Sans religion	404	1 090	-	27,0	1 494
	Catholique	4 780	13 184	2	26,6	17 966
	Protestant	5 188	12 938	-	28,6	18 126
	Armée du salut	70	184	-	27,5	253
	Kimbanguiste	620	1 464	2	29,7	2 086
	Eglises de réveil	2 594	6 658	2	28,0	9 254
	Autres chrétiens indep	1 866	3 685	1	33,6	5 552
	Témoins de Jéhovah	375	889	-	29,7	1 264
	Musulman	321	719	-	30,9	1 040
	Religions traditionnelles	310	647	-	32,4	957
	Autre religion	985	1 747	1	36,0	2 733
	Manquant	2	13	-	15,3	15
Total		17 516	43 216	9	28,8	60 741

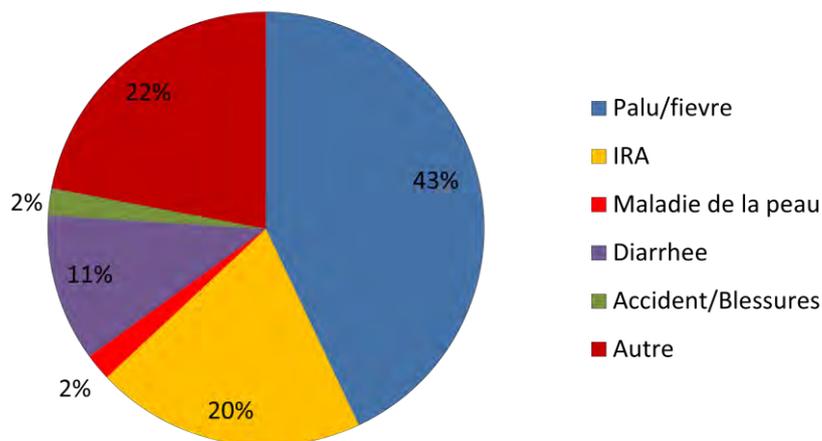
### 2.3.2.2 STRUCTURE DE LA MORBIDITE

Cette section décrit le type de maladies ou d'affections qui touchent la population et qui constitue la principale cause de recours aux soins.

Pour les soins ambulatoires, comme l'indique le graphique 6 ci-dessous, le paludisme est la 1<sup>ère</sup> raison de recours aux soins (43%). Il est suivi des Infections Respiratoires Aiguës (20%), des

blessures/accidents (2%), et des infections cutanées (2%). Les autres services de soins non spécifiés ont été cités dans 19% des cas.

**FIGURE 2.2 : STRUCTURE DE LA MORBIDITE EN SOINS AMBULATOIRES, RDC, 2010**

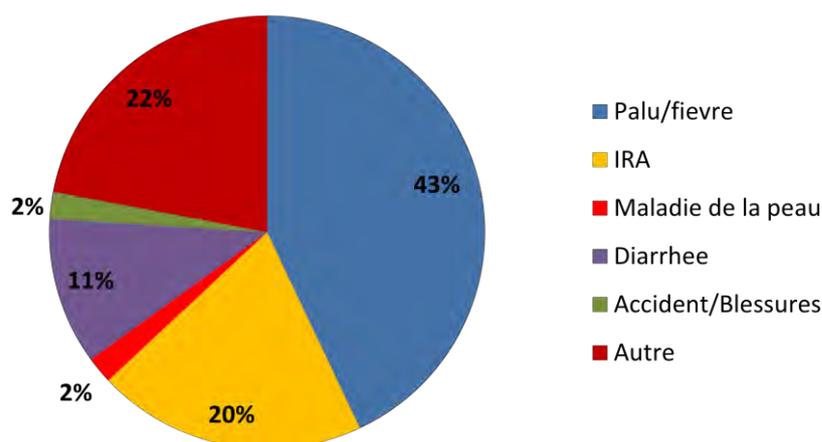


Le milieu de résidence influence très peu la structure de la morbidité. On note en milieu urbain 49% de cas de maladie attribuable au paludisme contre 43% pour le milieu rural, 53% pour Kinshasa contre en moyenne 40% pour les autres provinces. Cette différence pouvant s'expliquer par rapport au d'utilisation des services plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural et plus dans la province de Kinshasa que dans les autres provinces.

En hospitalisation, le paludisme reste la principale cause de recours aux soins (46%), suivi des interventions chirurgicales (10%), de la diarrhée (7% des cas), les IRA (7% des cas), les accidents et blessures (4% des cas), les infections cutanées (2%des cas), et la tuberculose (2% des cas). Les autres raisons confondues représentent 26% des ca.

Ces résultats pour le paludisme et les IRA sont confirmés par d'autres études antérieures menées par la Direction de Lutte Contre la Maladie.

**FIGURE 2.3 : STRUCTURE DE LA MORBIDITE EN SOINS HOSPITALIERS, RDC, 2010**



\*

### 2.3.2.3 RECOURS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE

Le recours aux soins et services de santé englobe tous les prestataires qui ont été fréquentés par les ménages au cours d'un épisode de maladie ou une blessure. Ceci incluant les pharmacies, les vendeurs ambulants et autres détaillants de produits médicaux, les tradipraticiens et les religieux.

Environ 78% des personnes malades ou blessées ont eu recours à un prestataire de soins. Comme l'indique le tableau 7, bien que le niveau de recours aux soins soit élevé en RDC, l'on note quelques disparités entre les provinces. En effet on note qu'au Bandundu 90% des patients ont recours aux soins, contre 85% au Kasai oriental, au Bas-Congo et au Maniema et 68% au Kasai Occidental.

Le niveau de bien-être socioéconomique affecte le recours aux prestataires de soins. En effet, plus le niveau de bien-être augmente, plus nombreux sont les malades qui recourent aux prestataires de soins (69% dans le quintile le plus pauvre, 78% dans le quintile moyen et 87% dans le quintile le plus riche).

Les causes de non recours aux prestataires de soins sont, par ordre d'importance, le manque d'argent (55%), l'automédication pour environ un quart des malades (25%), le non gravité de la maladie (12%). Les autres raisons telles que le coût, les raisons culturelles et religieuses, ainsi que la distance, représente moins de 2% des causes de non recours aux soins.

**TABLEAU 2.6 : RECOURS A UN PRESTATAIRE DE SOINS**

Pourcentage de membres des ménages malades/blessés au cours des 4 semaines précédant l'enquête ayant recouru à un prestataire de soins, République Démocratique du Congo, 2010

Caractéristiques sociodémographique		Nombre de membres des malades / blessés au cours des 4 dernières semaines	S'est rendu chez un prestataire de soins au cours des 4 dernières semaines		Pourcentage de malade qui ont recouru à un prestataire	
			Oui	Non	Pourcent oui	
Age	0-4	5 472	4 350	1 122	79,5	
	5-14	3 004	2 394	610	79,7	
	15-24	2 132	1 688	444	79,2	
	25-59	5 673	4 402	1 271	77,6	
	60+	1 231	860	371	69,9	
	NSP	2	-	2	0,0	
	Manquant	3	3	-	85,0	
Sexe	Masculin	8 114	6 356	1 758	78,3	
	Féminin	9 402	7 340	2 062	78,1	
Milieu	Urbain	5 422	4 528	893	83,5	
	Rural	12 094	9 168	2 926	75,8	
Province	Kinshasa	929	824	105	88,7	
	Bas-Congo	648	553	95	85,3	
	Bandundu	1 660	1 488	172	89,6	
	Equateur	1 538	1 146	392	74,5	
	Province Orientale	2 262	1 703	559	75,3	
	Nord-Kivu	985	772	213	78,3	
	Maniema	391	333	58	85,1	
	Sud-Kivu	830	683	147	82,2	
	Katanga	1 723	1 359	364	78,9	
	Kasaï Oriental	2 342	1 981	361	84,6	
	Kasaï Occidental	4 208	2 855	1 353	67,8	
	Quintile de bien-être socioéconomique	Le plus pauvre	3 967	2 754	1 213	69,4
		Second	3 586	2 697	889	75,2
		Médian	3 546	2 780	766	78,4
Quatrième		3 431	2 857	573	83,3	
Le plus riche		2 985	2 607	378	87,3	
Religion du chef de ménage	Sans religion	404	303	101	74,9	
	Catholique	4 780	3 812	968	79,7	
	Protestant	5 188	4 091	1 097	78,9	
	Armee du salut	70	46	23	66,1	
	Kimbanguiste	620	475	145	76,6	
	Eglises de reveil	2 594	2 134	460	82,3	
	Autres chretiens indep	1 866	1 407	459	75,4	
	Témoins de Jehovah	375	312	63	83,3	
	Musulman	321	246	75	76,8	
	Animisme/ Religions trad	310	195	115	62,8	
	Autre religion	985	672	314	68,2	
	Manquant	2	2	-	115,5	
	Total		17 516	13 696	3 820	78,2

En milieu rural, le manque d'argent comme raison de non recours aux soins (57%) est plus marqué qu'en milieu urbain (49%). Ces résultats sont identiques à ceux trouvés dans les autres études menées au pays sur l'accessibilité financière aux services de santé

Par ailleurs, il est à noter que les raisons de renoncement aux soins varient d'une province à l'autre. La proportion de personnes renonçant aux soins par manque d'argent est estimée à 34% Kinshasa contre 73% en Province Orientale, tandis que l'automédication est surtout l'apanage de Kinshasa (49%) contre 10% au Kasai Oriental et 38% au Bandundu. Le sentiment de non-gravité de la maladie a été surtout déclaré au Bas-Congo (26%), au nord-Kivu (26%), suivi du Katanga, du Kasai Oriental et du Maniema (19% pour chacune de ces provinces).

### 2.3.3 SANTE DE L'ENFANT EN RDC

Bien que la mortalité infantile ait considérablement régressé au cours des dix dernières années<sup>11</sup>, la RDC est comptée toujours parmi les pays à taux élevé de mortalité infantile.

Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180 000 le nombre d'enfants qui meurent chaque année de paludisme<sup>12</sup>. La prévalence de la fièvre due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est de 42%. Ceci correspond à 6 ou 10 épisodes par enfant et par an.<sup>13</sup>

La tuberculose, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos néo-natal, la fièvre jaune, l'hépatite virale et les infections à hémophiles influenza du type B chez l'enfant de moins de 5 ans, restent très préoccupant.

On note la persistance de la circulation du poliovirus sauvage (PVS). La rougeole est responsable de plus de 50% de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. De 2002 à 2007, plus de 449 000 cas et 7 500 décès de rougeole ont été enregistrés dans le pays dont plusieurs épidémies confirmées par le laboratoire national dont certaines ont persisté jusqu'en 2008 dans plusieurs provinces de la République. En 2008, 1180 cas cliniques de tétanos maternel et néonatal et 578 décès ont été notifiés à travers la surveillance hebdomadaire des Maladies à Potentiel Epidémique (MAPEPI). L'algorithme de classification de zones de santé à risque de TMN a identifié 150 Zones de santé à haut risque de tétanos maternel et néonatal à travers le pays.

La santé de l'enfant en RDC est aussi grandement secouée par les malnutritions qui se manifestent sous forme de : la sous nutrition (la malnutrition aigüe globale, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale), les carences en micronutriments (vitamine A, fer et iode).

Selon l'enquête EDS-2007, la malnutrition aigüe globale (poids/ taille inférieure à -2ET) touche 13% d'enfants de moins de cinq ans dont 8% de façon sévère tandis que le retard de croissance ou la dénutrition chronique (taille/âge inférieur à .2ET) présente une prévalence de 47% dont 24 % ont une forme sévère. Par ailleurs, il est à noter que 25% des enfants de moins de cinq ans ont une insuffisance pondérale et 71% sont touchés par l'anémie.<sup>14</sup>

### 2.3.4 SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC

Malgré l'augmentation du taux d'accouchements assistés au cours de la décennie passée, permettant d'atteindre un taux de 74% en 2010 contre 61% en 2001<sup>15</sup>, la Santé de la Reproduction reste préoccupante en RD Congo.

Le taux de mortalité maternelle 549 pour 100 000 naissances vivantes, bien qu'en baisse<sup>16</sup>, reste toujours assez important.

L'indice synthétique de fécondité s'est légèrement amélioré est est passé de 7.1 enfant par femme (MICS 2 2001) à 6.3 en 2007 selon EDS. Ce niveau demeure toutefois encore trop élevé par rapport

<sup>11</sup> Taux de mortalité infantile 2001 : 126 pour 1000 (MICS 2001), Taux de mortalité infantile 2010 : 97 pour 1000 (MICS 2010)

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la santé : Global malaria report, 2008

<sup>13</sup> Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2011-2015

<sup>14</sup> EDS 2007

<sup>15</sup> 61% (MICS2, 2001), 74 % (MICS 2010)

<sup>16</sup> 1289 pour 100.000 NV en 2001 (MICS2, 2001), 549 pour 100.000 NV en 2010 (MICS 2010)

à la moyenne de l'Afrique Subsaharienne. En outre on note que le taux de mortalité maternelle qui est 549 pour 100 000 naissances vivantes, bien qu'en baisse reste toujours assez importante.

Par ailleurs le taux d'anémie chez la femme enceinte a été estimé à 65 % (PRONANUT, 2005). La prévalence contraceptive (méthode moderne) a chuté de 15 % en 1990 à 5,8 % en 2007 (EDS, 2007). Le taux d'utilisation des préservatifs chez les femmes est passé de 3% (EDS, 2007) à 6 % (MICS 2010).

Il est à noter que des milliers de femmes et jeunes filles souffrent de fistules obstétricales (Rapport d'enquête PNSR, 2006). L'EDS indique que 0,3 % des femmes ont déclaré souffrir de ce problème.

### 2.3.5 VIH SIDA EN RDC

La prévalence du VIH/SIDA en RDC varie en fonction de la source des données. Les données de la sérosurveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles indiquent que celles-ci est restée relativement stable entre 2001 et 2006, période au cours de laquelle la prévalence a varié autour de 4%. Celles obtenues des centres offrant les services de la PTME indiquent une prévalence relativement faible variant entre 2% et 3,2% entre 2003 et 2007. Cependant, l'enquête EDS+ a montré une prévalence de 1,3% dans la population générale. A peine 10% des PVVIH ont accès aux antirétroviraux et seulement 1,6 % des femmes VIH+ enceintes bénéficient de la prophylaxie anti rétrovirale<sup>17</sup>. Par ailleurs il est à noter que la sécurité transfusionnelle n'est assurée que pour 5 % des produits sanguins.<sup>18</sup>

### 2.3.6 FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le financement du système de santé de la RDC est assuré aussi bien par les fonds publics, le secteur privé, l'aide internationale, que par les ménages.

#### 2.3.6.1 L'AIDE INTERNATIONALE

Elle est assurée par la coopération bi et multilatérale ainsi que par les ONGs et fondations/initiatives internationales. Depuis 2001 elle connaît un accroissement, mais qui est en grande partie destinée aux programmes verticaux (Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose).

Au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé en 2000 avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS 2000-2009), les seules ressources financières disponibles dans le secteur de la santé étaient pratiquement les ressources destinées à la lutte sélective contre certaines maladies. Ceci a certainement contribué à la marginalisation de la stratégie basée sur les soins de santé primaires et de la zone de santé comme unité opérationnelle. On a donc assisté à des services de santé basés sur les indicateurs des programmes spécialisés au détriment des services de soins de santé primaire.

Par ailleurs il s'en est suivi la multiplication de directions et de programmes spécialisés ainsi que la fragmentation des prestations au niveau opérationnel, en vue de bénéficier de ces financements pour la lutte contre des maladies spécifiques.

La plupart de financements internationaux alloués au secteur de la santé en RDC ont un caractère extrabudgétaire, avec un faible alignement sur la politique nationale et peu d'harmonisation entre donateurs. Si à Kinshasa, les bailleurs se réunissent pour partager leurs expériences dans les appuis apportés au secteur de la santé sur le terrain, il existe tout de même une faible coordination de différents intervenants par le gouvernement.

L'absence d'une parfaite coordination dans les interventions des bailleurs a ainsi favorisé une certaine désarticulation du système de santé due à une fragmentation du financement des prestations et une verticalisation des interventions des bailleurs. Les services de l'Etat n'ayant pas été en mesure d'assurer suffisamment leur leadership dans ce secteur.

---

<sup>17</sup> PNMLS, 2006

<sup>18</sup> PNTS, 2005

### **2.3.6.2 FINANCEMENT PAR LES MENAGES**

Au début des années 1990, avec la compression drastique des financements publics et l'arrêt presque complet de l'aide internationale, les ménages ont été amenés à supporter la quasi-totalité de la charge financière des services de santé à travers le paiement direct des soins. Bien que la coopération internationale ait repris, les ménages restent un maillon important dans le financement du système de santé, conformément à l'initiative de Bamako, dont la RDC est signataire.

### **2.3.6.3 FINANCEMENT DES ENTREPRISES PRIVEES**

Le code du travail congolais en son article 178, stipule qu'en cas de maladie, d'accident, de grossesse, et même en cas de suspension du contrat pour une cause majeure, l'employeur est tenu de supporter pour le travailleur et à sa famille jusqu'à la fin du contrat, les soins médicaux et, dentaires ainsi les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation.

La contribution des entreprises au financement des services de santé, pourrait donc se révéler non négligeable. Mais les données chiffrées précises font défaut.

## **2.3.7 APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS EN RDC**

On note l'existence d'une production locale de médicaments mais qui reste très faible. Les médicaments et autres biens médicaux consommés en RDC sont essentiellement importés.

La RDC dispose d'un Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) basé sur :

- la centralisation des achats à travers deux agences d'approvisionnement, le BCAF à Kinshasa et l'ASRAMES à Goma
- la décentralisation de la distribution des médicaments et autres produits de santé au niveau des provinces à travers un réseau de 15 Centrales de Distribution Régionales (CDR)

Malgré l'existence du SNAME, la chaîne d'approvisionnement et de distribution en RDC reste très complexe. L'on note 19 agences d'approvisionnement et de 99 circuits de distribution qui mobilisent 52 partenaires différents. Cette fragmentation fragilise l'efficacité du système à tous les échelons du cycle d'approvisionnement (sélection, quantification, passation des marchés, gestion de l'information) et dans le financement, crée de fortes disparités dans l'accessibilité des médicaments aux populations et freine la responsabilisation des acteurs du système national de santé.

Il est à noter que 85% des partenaires financiers utilisent leurs propres agences d'approvisionnement pour l'achat / importation des médicaments et autres produits de santé en RDC.

En ce qui concerne la sélection des produits, seuls 39% des partenaires se basent exclusivement sur la sélection effectuée par les programmes de santé qu'ils appuient et les centrales d'achat nationales. Au niveau de la quantification, l'absence d'une structure et d'un mécanisme de coordination entre le Ministère de la Santé Publique et les différents partenaires ne permet pas une élaboration optimale du plan national d'approvisionnement en fonction des besoins.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) n'a pas la capacité de garantir que les produits achetés et importés en RDC ont une autorisation de mise sur le marché, comme le prévoient la réglementation pharmaceutique en RDC et les normes de certification de la directive OMS sur les dons des médicaments.



## 3. METHODOLOGIE

### 3.1 CONCEPTS GENERAUX DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

#### 3.1.1 FRONTIERE DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE<sup>19</sup>

Dans le manuel d'élaboration des Comptes Nationaux de la santé (PG), l'OMS, la Banque Mondiale et l'USAID (p.22) ont proposé un cadre plus spécifiquement axé sur les services de santé. A savoir que : au niveau d'un pays, les activités de soins de santé comprennent l'ensemble des activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales, paramédicales et infirmières au service des objectifs ci-après:

- promouvoir la santé y compris le changement des individus et des institutions;
- prévenir les maladies
- guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée
- prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers
- prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacité ou de handicaps requérant des soins infirmiers
- concevoir et mettre en œuvre des actions de la santé publique
- concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement

Les CNS 2008-2009 de la RDC s'efforcent de respecter les frontières telles que définies, afin de permettre une plus grande comparabilité des estimations de dépenses en santé entre les payeurs (et entre les pays), ainsi qu'une plus grande comparabilité des comptes d'un même pays sur différentes périodes.

---

<sup>19</sup> Tiré du Guide d'élaboration des CNS, produit par l'OMS, la Banque Mondiale et l'USAID

**TABLEAU 3.1 : EXEMPLES D'ACTIVITES QUI POURRAIENT ETRE INCLUSES OU EXCLUSES DE LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE**

Type d'activité	Activités ayant des chances d'être considérées comme sanitaires connexes	Activités ayant peu de chances d'être considérées comme sanitaires connexes
Activités d'approvisionnement en eau et d'hygiène	Contrôle de la qualité de l'eau potable ; Constructions de protection de l'eau dont l'objectif premier est d'éliminer les maladies d'origine hydrique	Construction et entretien de grands systèmes urbains d'approvisionnement en eau dont l'objectif premier est l'accès à l'eau de la population urbaine
Activités de soutien nutritionnel	Conseils nutritionnels et programme d'alimentation supplémentaire pour réduire la malnutrition chez les enfants	Programmes de distribution de déjeuners dans les écoles et les subventions générales du prix des denrées alimentaires, dont les objectifs premiers sont le soutien ou la sécurité du revenu
Enseignement et formation	Enseignement médical et formation en continu du personnel paramédical	Enseignement au collège et lycée offert aux futurs médecins ou personnel soignant
Recherche	Recherche médicale, recherche sur les services de santé pour améliorer la performance des programmes	Recherche scientifique de base en biologie et en chimie

### 3.1.2 CONSIDERATIONS EN MATIERE DE COMPTABILISATION DES DEPENSES DE SANTE

La procédure normale des dépenses publiques compte quatre phases, à savoir (i) l'engagement, (ii) la liquidation, (iii) l'ordonnancement et (iv) le paiement.

*L'engagement de la dépense* est l'acte par lequel un organisme public crée ou constate à son encontre une obligation de laquelle résultera une charge, notamment par l'émission de bon de commande.

*La liquidation* a pour objet de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant de la dépense. Elle comporte deux volets : la constatation du service fait et le calcul du montant exact de la dette.

*L'ordonnancement* est l'acte administratif donnant ordre à un comptable public de régler une dépense publique préalablement engagée et liquidée.

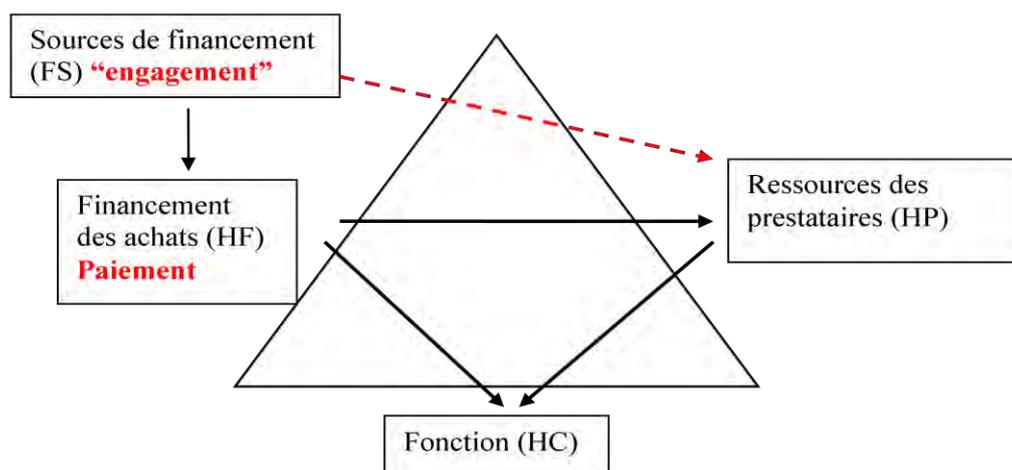
*Le paiement* est l'acte par lequel l'organisme public se libère de sa dette.

Les dépenses prises en compte dans le cadre de l'exercice des CNS concernent uniquement les dépenses effectives (paiement) et non les engagements budgétaires, ou montants ordonnancés. Des contrats engagés peuvent ne jamais se réaliser, être dépassés ou encore non entièrement exécutés. Par ailleurs un défaut de caisse peut entraîner un paiement inférieur au montant ordonnancé. Il est donc prudent de ne pas faire le postulat que tout montant engagé est reçu par les prestataires (schématisation figure 3.1).

De plus, dans un environnement d'absence d'audit des dépenses des établissements et/ou administrations de santé, il est difficile d'affirmer avec certitude que les décaissements correspondent aux dépenses effectives. En effet, il est possible que des transferts réalisés par le Ministère des Finances ou les bailleurs à certaines DPS, Directions centrales, Programmes ou Formation sanitaires ne soient pas entièrement consommés.

Toutefois, dans le cadre de cet exercice, les estimations de la dépense de santé sont faites sur base des décaissements (malgré leurs limites). Cela autorise une analyse plus solide que les prévisions budgétaires. Les chiffres devront être révisés une fois que des données plus récentes seront rendues disponibles.

**FIGURE 3.1 : IDENTIFICATION DE LA DEPENSE REELLE DE SANTE**



### 3.1.3 DIMENSIONS ANALYTIQUES DES CNS 2008-2009

Les tableaux des CNS représentent une vision d'un même objet, la Dépense Nationale de Santé (DNS), qui est analysée à travers les différentes relations qu'entretiennent les Fonctions de soins et les entités du système de santé que sont : les Sources de financement, les Agents de financement et les Prestataires de soins.

*Les sources de financement (FS)* sont les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.

Cette catégorie regroupe aussi bien les organisations publiques (Gouvernement central, collectivités locales, ...), les organisations privées (entreprises, ménages, ONGs nationales) et les Reste du Monde (Bailleurs, les ONGs et fondations internationales).

*Les agents de financement (HF)* sont des intermédiaires qui gèrent les fonds et décident à quelles activités ils seront affectés.

Ils sont répartis entre agents du secteur public (Ministère de la Santé Publique, Institutions de sécurité sociale, ...), agents du secteur privé (Société Société Nationale d'Assurances, mutuelles de santé, ménages, entreprises privées,...) et le Reste du Monde (Bailleurs, les ONGs internationales).

*Les prestataires de soins (HP)* sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi ils ont réalisé un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.<sup>20</sup>

*Les fonctions (HC)* sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé.<sup>21</sup>

La synthèse des informations sur les dépenses de santé est organisée à travers les 4 croisements suivants :

Les dépenses de santé des Sources de financement (FS) par Agents de financement (HF).

<sup>20</sup> Pour les prestataires aussi, un compte en T est désirable. Les fonds reçus par les prestataires sont, dans certains cas, la distribution des fonds des Agents de Financement et non un calcul indépendant.

<sup>21</sup> Dans la pratique, des fonctions non santé telles que la corruption, les détournements et le gaspillage existent dans la mise en œuvre des activités de santé. Les retracer et les isoler dans une catégorie fonctionnelle spécifique est utile pour une analyse efficace du système de santé. Il faut signaler la corruption, les détournements et le gaspillage n'ont pu être retracés dans le cadre de cet exercice.

Le tableau FS x HF présente la répartition des fonds par source de financement. Il répond à la question « Qui finance qui ? »

- Les dépenses de santé des Agents (HF) de financement par Prestataires de soins (HP)  
Le tableau HF x HP présente l'affectation des ressources entre les prestataires. Il répond à la question « A quel type de prestataire les agents de financement affectent les ressources financières du système? »
- 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? »
- les dépenses de santé des Agents de financement (HF) par Fonction de soins (HC)  
Le tableau HF x HC répond à la question « Quelles fonctions ont été achetées par les agents de financement? »

## 3.2 METHODOLOGIE D'ELABORATION DES CNS RDC 2008-2009

Cette section décrit le processus de collecte et d'analyse des données par l'équipe technique des CNS de la RDC. L'analyse des données est abordée brièvement, car elle a été menée selon les orientations du *Guide du producteur*.

### 3.2.1 APERÇU DE L'APPROCHE METHODOLOGIQUE

Conformément aux orientations du *Guide du producteur*, les données ont été collectées dans le cadre de l'élaboration des CNS 2008-2009, sur toutes les informations relatives aux dépenses ayant pour but principal le rétablissement, le maintien et l'amélioration de la santé en RDC au cours de la période 2008-2009.

La collecte des données s'est réalisée auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le domaine de la santé ; notamment les ONGs nationales et internationales, les Bailleurs des fonds, les Administrations Publiques, les entreprises publiques et privées, les ménages et les mutuelles de santé. Abstraction a été faite des prestataires de soins.

Elle s'est déroulée sur 11 mois, de Novembre 2009 à Septembre 2010. Les données ont été recueillies à partir d'un certain nombre de sources de données primaires et secondaires. L'équipe technique des CNS RDC, s'est efforcée autant que faire se peut, d'obtenir pour chaque dépense au moins 2 sources d'information afin de procéder à la vérification et à la triangulation.

Les sources de données secondaires sont essentiellement: les publications officielles, les rapports d'exécution du budget de l'Etat, les documents techniques financiers de 1300 entreprises à travers le conseil Permanent de la comptabilité au Congo, et des études publiées.

La collecte de données primaires quant à elle, a consisté à l'administration de questionnaires auprès des entités suivantes:

- La compagnie nationale d'assurances (SONAS)
- Le Ministère de la Santé Publique (y compris chaque Direction centrale; Programme spécialisé; Division Provinciale de la Santé; Coordination Provinciale de la Santé)
- Les autres Ministères et Institutions publiques menant des activités de santé
- Les Administrations provinciales ainsi que des Division Provinciales du budget et des finances et les Ministères provinciaux en charge de la santé de chaque province ont été enquêtés
- Les mutuelles de santé
- Les agences de la coopération internationale (coopération multilatéraux et bilatéraux)
- Les agences d'exécution et les ONG travaillant dans le système de santé
- Les entreprises privées et publiques.

- Les ménages

Par ailleurs une enquête spécifique a été réalisée auprès des ménages de Personnes vivant avec le VIH/SIDA.

La collecte de données primaires s'est réalisée auprès d'environ 2200 PVVIH/Sida réparties dans les 11 Provinces de la République, auprès 11 000 ménages à travers les 11 provinces pour les dépenses de santé des ménages, 42 mutuelles de santé pour les dépenses de santé des affiliés aux mutuelles de santé et 183 institutions publiques et privées intervenant dans le système de santé. La collecte a aussi consisté à l'exploitation de documents techniques financiers de 1 300 entreprises publiques et privées.

### 3.2.2 COMITE TECHNIQUE DES CNS RDC

L'équipe technique des CNS en RDC est constituée des agents du Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS) qui est un service spécialisé du Ministère de la Santé Publique. Il est créé par arrêté Ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/CJ/0058/2002 du 31/12/2002, portant création et organisation d'un Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, en sigle PNCNS, il a pour mission de : Coordonner et identifier les sources de financement de la santé, les agents financiers et les prestataires des soins.

Eu égard à l'arrêté susmentionné, le PNCNS a comme attributions globales :

- Etablir les liens entre la santé et l'économie à travers les études d'impact de la maladie, notamment sur le produit intérieur brut ou sur la consommation
- Faire des analyses coût – efficacité des interventions de différents intervenants dans le cadre de la lutte contre la maladie
- Standardiser les outils de gestion financière des établissements sanitaires
- Rendre disponibles les agrégats du niveau de consommation effective des allocations tant publiques que des partenaires
- Tenir les comptes nationaux de la santé, instrument important pour la planification tant au niveau central que de districts sanitaires

Etant donné que ce premier exercice des CNS en RDC associait des analyses des données spécifiques à la santé de l'enfant, à la santé de la reproduction et au VIH/SIDA, l'équipe technique a enregistré la participation de représentants du Programme Elargi de Vaccination (PEV), du Programme National de Nutrition (PRONANUT), du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), du Programmes National de Lutte contre le VIH (PNLS), du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS).

Outre la participation des Programmes sus cités du Ministère de la Santé Publique, l'équipe technique a aussi compté la participation des membres de l'Institut National de la Statistique (INS), de la Banque Centrale du Congo, de la Direction de la Préparation et du suivi Budgétaire de la plateforme de gestion de l'aide et de l'investissement (PGAI), de la Direction de contrôle budgétaire ainsi que de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

Cette équipe multisectorielle a eu comme principales responsabilités:

- L'identification de l'ensemble des acteurs du financement de la Santé en RDC
- L'identification des données secondaires sur les dépenses de santé en RDC
- La définition de la méthodologie de collecte des données
- L'adaptation des outils de collecte
- La collecte des données secondaires
- La conduite de l'enquête institutionnelle
- Le contrôle qualité des données (Identification des erreurs, des contradictions et des données manquantes, et correction de ces problèmes)

- La codification et saisie des données
- La production des tableaux CNS
- La rédaction du rapport

L'équipe technique a bénéficié tout au long du processus du soutien du Comité National de Pilotage (CNP) dirigé par le Ministre de Santé Publique.

Le rôle du CNP consistait à identifier les questions clés de politique auxquelles devraient répondre les CNS. Les membres du CNP ont également facilité l'accès aux données financières de leurs organisations respectives.

### 3.2.3 COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a été précédée par un atelier de formation de l'équipe technique nationale et de la cérémonie du lancement officiel des CNS en RDC. Quant à la formation, elle s'est déroulée du 02 au 08 septembre 2009 et a été réalisée avec l'appui technique et financier du Projet *Health Systems 20/20* de l'USAID.

Au cours de cet atelier, les participants ont élaboré le plan de collecte de données et identifié les sources de données secondaires disponibles sur les dépenses de santé en RDC.

#### 3.2.3.1 COLLECTE DE DONNEES SECONDAIRES

Très peu de données secondaires sur les dépenses de santé 2008-2009 étaient disponibles. Ainsi, les sources de données secondaires ont été essentiellement: les rapports annuels 2008-2009 du BCECO, de l'UCOP et du Fonds Social de la République (FSRDC), les Etats de Suivi Budgétaires (ESB) 2008-2009, les documents techniques financiers de 1300 entreprises à travers le Conseil Permanent de la Comptabilité au Congo (CPCC), et des études publiées.

En outre, les rapports donnant le profil épidémiologique de morbidité et de mortalité y compris celui des données sur l'utilisation des services de santé ont également été exploités. Il s'agit entre autre, du rapport préliminaire MICS 2010, de l'EDS 2007, du rapport UNGASS 2008, de la base de données du Programme des mutuelles de santé et du rapport du DSCR 2006.

#### 3.2.3.2 COLLECTE DE DONNEES PRIMAIRES

##### 3.2.3.2.1 Enquête institutionnelle

L'enquête institutionnelle était réalisée par l'équipe technique des CNS. La collecte des données a été réalisée auprès des entités suivantes:

- La Société Nationale d'Assurance (SONAS)
- Les Directions centrales, les Programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique, les Divisions Provinciales de la Santé, les Coordinations Provinciales de la Santé du Ministère de la Santé Publique
- Les autres Ministères et Institutions publiques menant des activités de santé
- Les Administrations provinciales : les Ministères provinciaux ayant en charge la santé ainsi que les Divisions provinciales du budget et des finances de chaque province ont été enquêtées
- Les mutuelles de santé
- Les agences de la coopération internationale (coopération multilatéraux et bilatéraux)
- Les agences d'exécution et les ONG travaillant dans le système de santé en RD Congo
- Les entreprises publiques et privées

Bien que l'information sur les dépenses de santé des entreprises privées ait été collectée à partir des entreprises ayant déposés au CPCC des documents techniques financiers, une enquête légère a été conduite afin de déterminer une clé de répartition. En effet, les entreprises inscrivent dans la même ligne, les dépenses de santé et les frais funéraires. Ainsi l'enquête légère réalisée auprès de 21

entreprises pour désagréger les dépenses de santé des frais funéraires, a montré que 90% des dépenses de santé était consacré à la Santé et 10% aux frais funéraires.

La collecte des données auprès des institutions publiques et privées a porté sur les dépenses de santé pour les années 2008 et 2009 à l'exception de l'enquête auprès des entreprises pour laquelle nous nous sommes servis uniquement des documents techniques financiers de 2008. En effet, lors de la collecte des données les états financiers 2009 des entreprises n'étaient pas encore disponibles.

Par ailleurs, il est aussi à noter qu'aucune enquête auprès des prestataires n'a été organisée. Les dépenses de santé auprès des prestataires sont estimées à travers l'enquête ménages et l'enquête auprès des autres institutions réalisant des dépenses de santé..

### **3.2.3.2.2 Enquête ménages**

Afin de rationaliser l'utilisation des ressources humaines et financières disponibles, l'enquête ménage des CNS a été intégrée à l'enquête MICS-RDC 2010 et a constitué le quatrième module de l'enquête MICS-RDC 2010.

#### **Taille de l'échantillon**

Plus de 11 000 ménages ont été enquêtés dans les 11 provinces de la République, avec environ 9 225 ménages éligibles au module.

#### **Plan de sondage**

Faisant partie entière de l'enquête MICS 2010, l'enquête sur les dépenses de santé des ménages s'est faite avec le même plan de sondage que la MICS RDC 2010, à savoir 11 490 ménages ciblés à travers 383 grappes de 30 ménages chacune.

Le calcul de la taille de l'échantillon était basée sur:

- Prévalence de la fièvre chez les moins de 5 ans (EDS-RDC 2007)
- Un intervalle de confiance de 95% soit une marge d'erreur de 2% au niveau national

L'échantillon était représentatif, tenant compte du poids du milieu Urbain/Rural ainsi que de la Ville Province de Kinshasa et les 10 autres provinces.

Le niveau de stratification s'est réalisé selon le schéma suivant:

- la strate des villes statutaires (chef-lieu de province)
- la strate des cités (en milieu urbain)
- la strate rurale

Au total 34 strates ont été créées dont 4 strates à Kinshasa correspondant à ses 4 anciens districts.

La base de sondage utilisée est celle de l'EDS-RDC 2007. Il s'agit de la liste actualisée de:

- secteurs/chefferies de chaque province
- quartiers de chaque ville statutaire
- quartiers de chaque cité.

#### **Mode de tirage**

- Ville statutaire, tirage à 2 degrés
  - 1er degré: le quartier
  - 2è degré: le ménage
- Strate cités, tirage à 3 degrés
  - 1er degré: la cité,
  - 2ème degré: le quartier,
  - 3ème degré: le ménage

- Strate rurale, tirage à 3 degré
  - 1er degré: le secteur/chefferie,
  - 2ème degré: le village,
  - 3ème degré: le ménage

### **Informations collectées**

Le module « dépense de santé ménages » a comporté les sections suivantes:

- Cadre d'Information sur le ménage (HE)
- Éligibilité (EL)
- Soins ambulatoires (SA)
- Hospitalisation (HO)
- Autres dépenses de santé (AD)
- Santé de l'enfant (SE)
- Santé de la reproduction (SR)
- Accouchement (AC)
- Achat et traitement de moustiquaire (TN)<sup>22</sup>

Le module « éligibilité » a pour but d'identifier les membres du ménage pour lesquels on administrera les différents modules du questionnaire dépenses de santé. Chaque ligne contenait les informations spécifiques à un membre unique du ménage.

La section « soins ambulatoires » s'intéressait aux dépenses réalisées pour soins de santé et les services fournis en ambulatoire ainsi qu'aux biens médicaux acquis au cours des 4 dernières semaines. Le chef du ménage ou son représentant devait répondre pour chacun des membres du ménage ayant eu leur numéro de ligne encerclé à EL9. Sont inclus aussi bien les soins de santé des enfants que ceux des adultes du ménage. L'enquêteur devait mentionner pour chaque membre du ménage éligible à ce module et identifié à EL9, le nom et le numéro de ligne. Si l'on a plus de 2 membres du ménage éligibles à ce module, il devait utiliser un nouveau questionnaire.

**NB :** Les services et soins spécifiques à la Santé de l'Enfant (vaccinations, supplémentation en micro nutriments, déparasitage, Solution de Réhydratation Orale) et à la Santé de la Reproduction (Soins prénatals, Soins post natals, Consultation gynécologique, Acquisition de préservatif et de contraceptif, Services de planning familial et Accouchement) n'ont pas été pris en compte dans la section « soins ambulatoires ». A chaque fois que le répondant évoquait un service ou des soins spécifiques à la Santé de l'Enfant ou à la Santé de la Reproduction, l'enquêteur inscrivait la réponse dans la section appropriée (section Santé de l'Enfant, section Santé de la Reproduction ou section Accouchement).

La section « Hospitalisation » s'intéressait aux dépenses réalisées dans le cadre de l'hospitalisation des membres du ménage au cours des 6 derniers mois. Le chef du ménage ou son représentant devait répondre pour chaque membre du ménage ayant eu son numéro de ligne encerclé à EL10. Sont inclus aussi bien les enfants que les adultes du ménage.

La section « Autres dépenses » s'intéressait aux dépenses encourues pour l'acquisition de médicaments (ex : renouvellement de médicaments des malades chroniques tels que diabétiques, hypertendus, etc...) et de biens médicaux (ex : spirale anti moustiques, traitement ou retraitement des moustiquaires, renouvellement de biens médicaux pour malades chroniques) acquis au cours des 4 dernières semaines et qui n'ont pas été pris en compte dans les modules « soins ambulatoires » et « hospitalisations. »

Quant à la section « Santé de l'enfant », elle s'intéressait aux dépenses pour les « soins et services spécifiques à la santé de l'enfant » reçus au cours des 4 dernières semaines par les enfants du

---

<sup>22</sup> Cette section a été intégrée dans le module ménage de l'enquête MICS

ménage âgés de 0 à 4 ans. Il s'agissait entre autres des dépenses pour la vaccination, la supplémentation en micro nutriments, le déparasitage au Mebendazole et les Solutions de Réhydratation Orale.

La section « Santé de la reproduction » a permis de collecter l'information sur les dépenses pour les « soins et services spécifiques à la santé de la reproduction » reçus au cours des 4 dernières semaines par les femmes du ménage en âge de procréer (de 15 à 49 ans). Il s'agissait entre autres les dépenses pour les Soins prénatals, les Soins post natals, les Consultations gynécologiques, l'acquisition de préservatif et de contraceptif, ainsi que les services de planning familial.

Vu que la période de référence de l'accouchement est plus large (un an), une section spéciale lui a été dédiée dans le cadre de l'enquête MICS 2010.

Par ailleurs, il est à signaler que les dépenses pour l'acquisition de moustiquaire ont été recueillies à partir du module ménage de l'enquête MICS. Etant donné qu'il existe de manière traditionnelle une section sur l'utilisation des moustiquaires dans ledit module, une question sur les dépenses pour l'acquisition des moustiquaires utilisées par les ménages a été ajoutée.

Pour chaque dépense de santé outre le montant de la dépense, il a été également recueilli l'information sur le prestataire auprès duquel la dépense a été réalisée.

### Traitement des données

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel CSPro. L'on a estimé à environ 185 956 743 FC, la dépense totale de santé supportée par tous les ménages enquêtés en 2010.

En vue de répondre au besoin des comptes nationaux de la santé un ajustement de la dépense estimée par l'enquête MICS a été réalisé.

**TABLEAU 3.2 : AJUSTEMENT DES DONNEES MICS 2010  
POUR LA REALISATION DES CNS 2008-2009**

Dépense totale des ménages enquêtés, MICS 2010, francs congolais	185 956 743
Nombre de ménages éligible au module santé MICS 2010	9224,7
Dépense moyenne par ménage en 2010, estimée, francs congolais	20158,56806
Taille moyenne des ménages	5,3
<i>Dépense moyenne par habitant en 2010, estimée, francs congolais</i>	
	3803,503408
<i>Taux de change moyen FC- USD 2010</i>	
	900
<b>Dépense moyenne par habitant en 2010, estimée, USD</b>	<b>\$ 4,23<sup>23</sup></b>
Population estimée 2010	68 692 542
<b>Dépense totale des ménages en 2010, estimée, USD</b>	<b>\$ 290 302 575</b>
<i>Facteur d'ajustement 2009</i>	
	0,875349626
<i>Dépense moyenne par habitant en 2009, estimée, francs congolais</i>	
	3329,395286
<i>Taux de change moyen FC- USD 2010</i>	
	814
<b>Dépense moyenne par habitant en 2009, estimée, USD</b>	<b>\$ 4,09<sup>24</sup></b>
Population estimée 2009	66 631 766
<b>Dépense totale des ménages en 2009, estimée, USD</b>	<b>\$ 272 534 996</b>
<i>Facteur d'ajustement 2008</i>	
	0,748065324
<i>Dépense moyenne par habitant en 2008, estimée, francs congolais</i>	
	2845,26901
<i>Taux de change moyen FC- USD 2008</i>	
	516,12
<b>Dépense moyenne par habitant en 2008, estimée, USD</b>	<b>\$ 5,51<sup>25</sup></b>
Population estimée 2008	64 466 019
<b>Dépense totale des ménages en 2008, estimée, USD</b>	<b>\$ 355 388 603,57</b>

<sup>23</sup> Chiffre arrondi

<sup>24</sup> Chiffre arrondi

<sup>25</sup> Chiffre arrondi

$$\text{Facteur d'ajustement 2009} = \frac{I}{(1+\text{inflation janvier2010})*(1+\text{inflation janvier2010})^{\sqrt{2}}}$$

$$\text{Facteur d'ajustement 2008} = \frac{I}{(1+\text{inflation janvier2010})*(1+\text{inflation janvier2010})^{\sqrt{2}}(1+\text{inflation 2009})^{\sqrt{2}}(1+\text{inflation 2008})}$$

### 3.2.3.2.3 Enquête VIH

L'enquête sur les dépenses de santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESP/UNIKIN). La collecte des données s'est effectuée sur l'ensemble du pays, au sein des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il est à souligner que la collecte s'est réalisée uniquement en milieu urbain afin d'éviter la stigmatisation<sup>26</sup>.

#### **Taille de l'échantillon**

Environ 2200 PVV ont été enquêtés. Le nombre total de PVVIH/sida affiliées dans les structures de prise en charge de la RDC a été obtenu auprès du PNLS et a ainsi constitué la base de sondage pour chaque province. Le nombre des PVV enquêtées par province est proportionnel à la taille des PVV répertoriées dans la province par rapport à l'estimation nationale de PVV.

#### **Plan de sondage**

L'enquête a utilisé un plan de sondage stratifié et à plusieurs degrés.

Chaque province de la RDC est considérée comme une strate. Au sein de chaque strate, le nombre de PVVIH/sida affiliées à chaque association est obtenu. Dans chaque strate, la liste des PVV est fusionnée et ordonnée par ordre alphabétique et chaque personne sur la liste recevait un numéro d'ordre. De la liste, il a été tiré par sondage aléatoire simple le nombre des PVV désigné par le produit du % du nombre des PVVIH répertoriées dans la province multiplié par 2000 (la taille de l'échantillon total désiré).

La liste de personnes ainsi tirées était dressée en reprenant le nom de l'association à laquelle ils sont affiliés. Les PVVIH tirées étaient contactées par leur responsable d'association pour l'interview.

#### **Mode de collecte des données**

Les données ont été collectées par les enquêteurs sélectionnés parmi les PVV et remplissant les critères ci-après :

- Avoir un niveau d'instruction minimum équivalent à 6 années d'études post –primaires.
- Avoir déjà participé à une enquête par interview
- Etre disponible pendant toute la durée de l'étude
- Etre sorti de la clandestinité et être capable de parler sans gêne de son état de séropositif

Les enquêteurs avaient reçu une formation d'une semaine sur l'art de mener des interviews et sur le questionnaire spécifique élaboré pour la présente enquête.

<sup>26</sup> Dans le but d'éviter la stigmatisation, il a été convenu de réaliser l'administration des questionnaires au sein des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et non dans les ménages. Durant la phase préparatoire de l'enquête, l'équipe d'investigateurs de l'ESP lors des entretiens avec les responsables d'association de PVVIH on noté qu'il n'existe pratiquement pas d'association en milieu rural. Les PVVIH vivant en milieu rural participent autant que peut se faire aux réunions qui se tiennent au chef lieu. Aussi afin d'éviter de se rendre dans les ménages ruraux pour l'administration des questionnaires, il a été convenu de limiter la collecte au milieu urbain.

### **Considérations éthiques**

Le protocole de l'enquête a été soumis au comité national d'éthique pour obtenir l'autorisation de mener l'étude. La confidentialité des répondants a été garantie étant donné que leurs noms et adresses d'habitation n'ont pas été mentionnés sur le questionnaire d'enquête.

La participation à l'étude a été libre et volontaire. Les participants à l'étude ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

Pendant la période de la collecte des données, la base de sondage et liste des personnes à interviewer ont été détenues uniquement par les superviseurs de pool, les superviseurs de terrains, les enquêteurs et les Présidents des Associations des PVVIH. La base de sondage est conservée par l'Ecole de Santé Publique pour vérification. Elle sera ensuite détruite.

### **Informations collectées**

Les données collectées auprès des PVVIH ont porté essentiellement sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH
- Les paiements directs des PVVIH auprès de différents prestataires de soins:
  - Cliniques universitaires
  - Hôpitaux provinciaux
  - Hôpitaux généraux de référence
  - Hôpitaux privés
  - Structures du niveau opérationnel (Centres de santé)
  - Tradipraticiens
  - Pharmacies et autres distributeurs (y compris vendeurs ambulants de médicament)
  - Religieux/pasteurs
- Paiements directs des PVVIH pour les Services de soins :
  - Curatifs hospitaliers
  - Curatifs ambulatoires
  - Services médicaux et diagnostiques courants
  - Services de soins curatifs à domicile
  - Services de réadaptation
  - Services de prévention
- Sources de financement des PVVIH
  - Revenus du ménage
  - Emprunts

### **Traitement des données**

Les questionnaires remplis par les enquêteurs ont été vérifiés par les superviseurs chaque jour pour leur conformité et complétude.

Un second contrôle qualité de données a été réalisé avant l'encodage des données.

Après une double saisie à l'aide du logiciel EPI Info, l'analyse des données s'est effectuée à l'aide du logiciel SPSS. Les analyses ont été pour les dépenses des PVVIH en général, et également par sous-catégories des répondants : les PVV sous ARV, les PVV en attente des ARV et les PVV non encore éligibles pour les ARV.

Les dépenses de santé par PVV étaient estimées en 2010 à environ 83 391 Francs congolais. Ces données ont été ajustées par l'équipe technique des CNS, afin d'obtenir une estimation pour l'année 2008.

**TABLE 3.3 : AJUSTEMENT DES DONNEES DE L'ENQUETE SUR LES DEPENSES DE SANTE DES PVVIH 2010, POUR LA REALISATION DES SOUS COMPTES VIH 2008 2008**

Dépense moyenne annuelle par PVVIH en 2010, estimée en francs congolais	83 391,21
Taux de change moyen FC- USD 2010	900
<b>Dépense moyenne par PVVIH en 2010, estimée, USD</b>	<b>\$ 92,66</b>
Facteur d'ajustement 2008	0,750719855
Dépense moyenne par PVVIH en 2008, estimée, francs congolais	62603,43929
Taux de change moyen FC- USD 2008	551,67
<b>Dépense moyenne par PVVIH en 2008, estimée, USD</b>	<b>\$ 113,48</b>
Nombre des PVVIH estimé 2008	756 355 <sup>27</sup>
<b>Dépense totale des PVVIH en 2008, estimée, USD</b>	<b>\$ 85 831 165,40</b>

### 3.2.4 ANALYSE DES DONNEES

Pour chaque acteur du système, après triangulation et/ou ajustement si nécessaire des données collectées auprès de diverses sources, une table intermédiaire « Source de financement FS x Agents de financement HF » a été produite.

Ensuite les différentes tables intermédiaires ont été confrontées afin d'identifier les doublons et les chevauchements, puis la table finale « Source de financement x Agents de financement » a été produite.

**FIGURE 3.2 : SCHEMATISATION DE LA TRIANGULATION**

Source de l'information: ONGs

Type Beneficiaires	Type source				Total général
	Bilatéraux	Multilatéraux	ONGs et fondations internationales	ONGs et fondations locales	
Min Santé	5 325	145 713	145 000		431 561
ONGs et fondations locales	16 691 000	3 410 931	3 368 595	1 281 817	24 827 659
ONGs et fondations internationales	17 734 345	12 470 002	8 208 641		38 412 988
<b>Total général</b>	<b>35 348 497</b>	<b>22 747 940</b>	<b>11 722 235</b>	<b>1 281 817</b>	<b>71 338 469</b>

Source données: Bailleurs

Type Beneficiaires	Type source		Total général
	Bilatéraux	Multilatéraux	
Min Santé		41 440 310	<b>41 440 310</b>
ONGs et fondations locales	5 118 575	9 674 343	<b>14 792 918</b>
Multilatéraux	2 411 134	56 386 328	<b>58 797 462</b>
Bilatéraux	40 540 235	22 763 587	<b>63 303 822</b>
ONGs et fondations internationales	54 713 456	12 009 316	<b>66 722 771</b>
<b>Total général</b>	<b>104 147 950</b>	<b>172 715 386</b>	<b>276 863 336</b>

Les analyses spécifiques VIH/sida, Santé de l'Enfant et Santé de la Reproduction ont été réalisées suivant la même démarche.

Cependant, il est important de souligner que les tables relatives aux analyses spécifiques ne sont pas mutuellement exclusives. Dans les cas de figure où une dépense couvre à la fois deux champs des analyses spécifiques faites et qu'il s'avère difficile de les éclater entre les différents champs étudiés,

<sup>27</sup> Estimation réalisée par l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa à l'outil du logiciel EPP Spectrum. Au niveau national, il n'existe pas de chiffre précis. Il est admis que la prévalence se situe entre 1,3-4%

cette dépense est imputée à la fois aux deux analyses spécifiques. Tel a été le cas des dépenses d'hospitalisation systématique après accouchement.

En RDC, l'on assiste à une hospitalisation systématique de trois jours à une semaine de la mère et du nouveau né pour observation. Les dépenses supportées par les ménages pour l'hospitalisation sont à la fois comptabilisées pour la santé de l'enfant et la santé de la reproduction. Cependant le coût d'acquisition du kit d'accouchement est imputé uniquement à la santé de la Reproduction. La ventilation des dépenses par prestataire et par fonction n'est pas toujours aisée lorsque le maximum de détails n'est pas fourni. Dans ces cas de figure, l'équipe technique a procédé à des entretiens avec différents experts des domaines concernés afin d'obtenir des clés de répartition.

Ainsi :

- la ventilation du salaire et des primes entre hôpitaux et centres de santé a été réalisée à partir d'une clé de répartition basée sur le recueil des normes des zones de santé, version 2006
- les dépenses pour les vaccinations sont attribuées aux centres de santé, car selon le PEV 95-98% des vaccinations sont réalisées dans les centres de santé (pas dans les hôpitaux ou programmes mobiles)
- les Dépenses pour les unités de soins thérapeutiques sont imputées aux hôpitaux (Source PRONANUT)
- près de 80% des dépenses pour planning familial sont à imputer aux centres de santé et 20% aux hôpitaux (Source PNSR).

### 3.2.5 LEÇONS ET RECOMMANDATIONS POUR UNE PROCHAINE PRODUCTION DES CNS EN RDC

Les leçons apprises et les recommandations pour une prochaine production des CNS en RDC portent sur (i) les données à améliorer ; (ii) l'institutionnalisation de certaines sources d'information ; et (iii) les ajustements à appliquer lors des prochains comptes afin d'assurer la comparabilité.

#### ***Données à améliorer***

- Obtenir lors de la collecte des données une désagrégation des dépenses par niveau du système de santé (niveau central, niveau provincial et niveau opérationnel) ;
- Obtenir de la direction à charge du système d'information sanitaire des données sur l'utilisation des services afin de procéder à une analyse croisée plus fine des dépenses et de l'utilisation des services.

#### ***Institutionnalisation de certaines sources d'information***

Assurer la dissémination des résultats des CNS auprès de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), des Ministères et des institutions de l'Etat menant des activités de santé, afin d'obtenir une plus large sensibilisation sur l'importance de la mise à disposition systématique des données relatives aux dépenses de santé des dites institutions.

#### ***Ajustements utilisés à appliquer lors des prochains comptes pour comparabilité***

Les enquêtes auprès des ménages sont réalisées en FC. Compte tenu : (i) de la forte dépréciation continue du FC vis-à-vis du dollar ; (ii) de l'absence d'information sur l'inflation spécifique sur les biens et services médicaux ; et (iii) du fait que les CNS 2008 constituent le premier exercice des CNS en RDC, il est souhaitable si l'on objectiver l'évolution des dépenses de ménages et présenter la réalité de la population congolaise, d'utiliser un taux moyen entre celui de 2008 et celui de l'année estimée.



## 4. RESULTATS DES CNS RDC 2008 ET 2009

### 4.1 AGREGATS GENERAUX<sup>28</sup>

Bien que les décideurs aient besoin d'informations assez détaillées sur la structure du financement, ainsi que la production et l'utilisation des services de santé dans leur pays, ils ont également besoin des données d'ensemble, fournissant une image instantanée de la taille et de l'évolution du financement du système de santé, et aussi permettant des comparaisons internationales.

Dans le cadre des comptes nationaux de la Santé, les agrégats suivants sont proposés :

- La Dépense Nationale de Santé (DNS). Elle englobe toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer et maintenir la santé d'une nation et des individus au cours d'une période définie. Cette définition s'applique indépendamment de la nature de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité de santé, HC.1 à HC.R.5
- La dépense totale en soins de santé individuels. C'est la somme des dépenses classées sous les catégories HC.1 à HC.5 et qui couvre les dépenses de biens et services administrés pour les soins d'un individu spécifique (à distinguer des services collectifs ou de santé publique)
- La dépense courante totale de santé (DCTS). Cette mesure est la somme des dépenses classées sous les catégories HC.1 à HC.7. Elle inclut donc la dépense de soins de santé individuels définie ci-dessus, plus les dépenses collectives de santé ainsi que les opérations des agents de financement du système (administration, planification, régulation, suivi-évaluation, surveillance épidémiologique)
- La dépense totale de santé (DTS). Cet agrégat inclut la DCTS plus la formation de capital des établissements prestataires de soins (HC.R.1).

**TABLEAU 4.1 : AGREGATS GENERAUX DES CNS RDC, 2008**

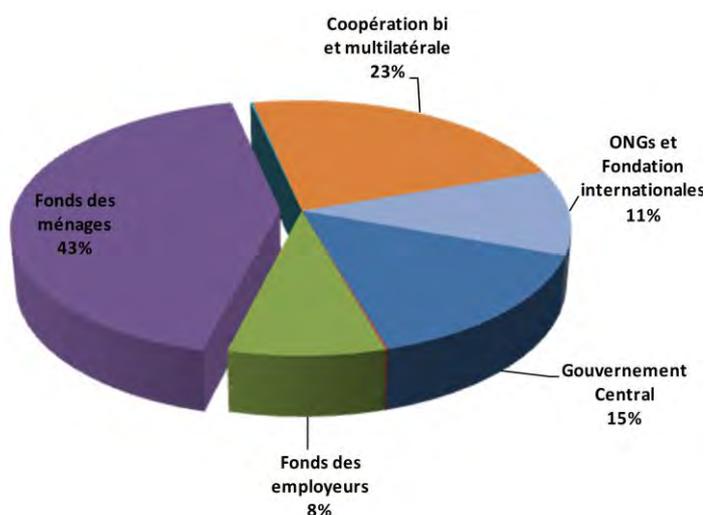
Libellé	Montant
PIB 2008	\$ 11, 558, 000,000
Population 2008	64 466 019
Dépense Nationale de Santé	\$ 860, 341,852
Dépense Nationale de santé per capita 2008	\$ 13
DNS% PIB 2008	7,4%
Dépense totale en soins de santé individuels 2008	\$ 561, 176,787
Dépense totale en soins de santé individuels 2008 per capita	\$ 8,5
DTS 2008	\$ 855 811 823
DTS per capita 2008	\$ 12,9
DTS% PIB 2008	7,4%
DCTS 2008	\$ 830 941493
DCTS per capita 2008	\$ 12,5

<sup>28</sup> Guide d'élaboration des CNS, produit par L'OMS, la Banque Mondiale et l'USAID

## 4.2 ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT

Le financement du système de santé de la RDC en 2008 et 2009 a été essentiellement assuré par les Ménages (43% en 2008, 42% en 2009), le Reste du Monde, en d'autres termes la Coopération et ONGs internationales (34% en 2008, 36% en 2009), les fonds publics (15% en 2008, 12% en 2009) et les entreprises (8% en 2008, 10% en 2009).

FIGURE 4.1 : SOURCE DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE LA RDC, 2008<sup>29</sup>



### 4.2.1 FONDS PUBLICS

Les fonds publics s'élevaient en 2008 et en 2009 respectivement à 128 et 127 million de dollars US. Ils sont constitués essentiellement des fonds provenant du Trésor public, des recettes réalisées par les services de l'administration centrale de la santé.

Le financement du Gouvernement central sert essentiellement à la rémunération des agents des services publics (75%), dont 47% pour le paiement des primes, 21% pour le paiement des salaires et 8% pour la pension des retraités et les soins médicaux. Très peu de ressources sont consacrées au fonctionnement des services de soins.

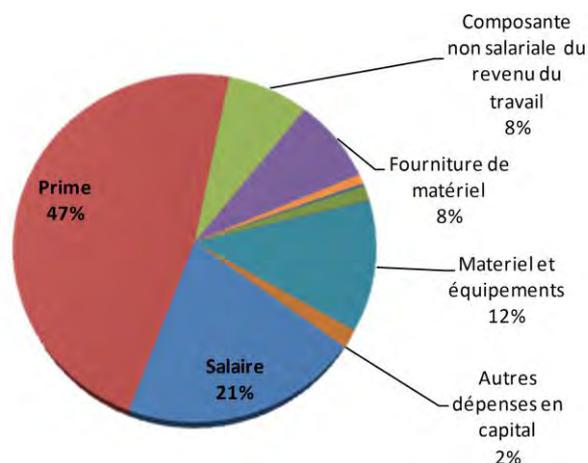
En effet, la fourniture d'intrants aux établissements de santé ne représente que 8% du total des fonds provenant du Gouvernement central.

Bien que les ressources publiques allouées à la santé servent essentiellement à la rémunération, celle-ci reste très insuffisante, car la masse salariale allouée au Ministre de la santé est distribuée à un personnel pléthorique. Il en résulte, des salaires et primes faibles, ainsi que de nombreux agents de l'Etat impayés.

Le nombre pléthorique d'agents dans les administrations et structures de soins publiques est souligné de manière récurrente par les différents partenaires au développement. La rationalisation du personnel pourrait être une piste de solution pour une meilleure rémunération du personnel dans un contexte de ressources limitées.

<sup>29</sup> Voir annexe I pour détails

**FIGURE 4.2 : DEPENSE DE SANTE DU GOUVERNEMENT PAR ACTIVITES, 2008<sup>30</sup>**



Selon les dispositions constitutionnelles en RDC, (article 204, alinéas 18), « l'affectation du personnel médical, conformément au statut des agents de carrière des services publics de l'Etat, l'élaboration des programmes d'assainissement et de campagne de lutte contre les maladies endémo-épidémiques conformément au plan national: l'organisation des services d'hygiène et de prophylaxie provinciale, l'application et le contrôle de la législation médicale et pharmaceutique nationale ainsi que l'organisation des services de la médecine curative, des services philanthropiques et missionnaires, des laboratoires médicaux et des services pharmaceutiques, l'organisation et la promotion des soins de santé primaires sont de la compétence exclusive des provinces ». Cependant, l'on constate une très faible participation des gouvernements provinciaux au financement du système de santé. Leurs contributions se situent autour de 0,1%.

#### 4.2.2 FONDS DES MENAGES

Les fonds privés s'élevaient en 2008 et 2009 respectivement à 439 et 534 million de dollars US, dont 83% proviennent des ménages, 16% des employeurs et les ONGs nationales contribuent à raison de 0,3%.

Les ménages constituent la première source de financement du système de santé de la RDC. Leurs dépenses pour les soins de santé se réalisent essentiellement par paiements directs.

Outre le paiement pour les soins, les ménages en RDC contribuent financièrement (investissement direct) à la construction de centre de santé et/ou offre leur main d'œuvre pour les constructions. Cette dernière contribution au financement du système de santé n'a pas été valorisée et n'est pas pris en compte dans l'estimation de la contribution totale des ménages au financement du système de santé de la RDC.

#### 4.2.3 FONDS DU RESTE DU MONDE

Les fonds du Reste du Monde s'élevaient en 2008 et en 2009 respectivement à 291 et 368 million de dollars US dont environ 65% de la coopération bi et multilatérale 35% des ONG et initiatives internationales.

Les fonds du Reste du Monde (RDM) constituent la deuxième source de financement après les ménages. Plus d'un tiers du financement de la santé de la RDC provient de l'extérieur. Le RDM constitue une importante source de financement en RDC, à l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne. Voir figure 4.3.

<sup>30</sup> Voir annexe I pour détails

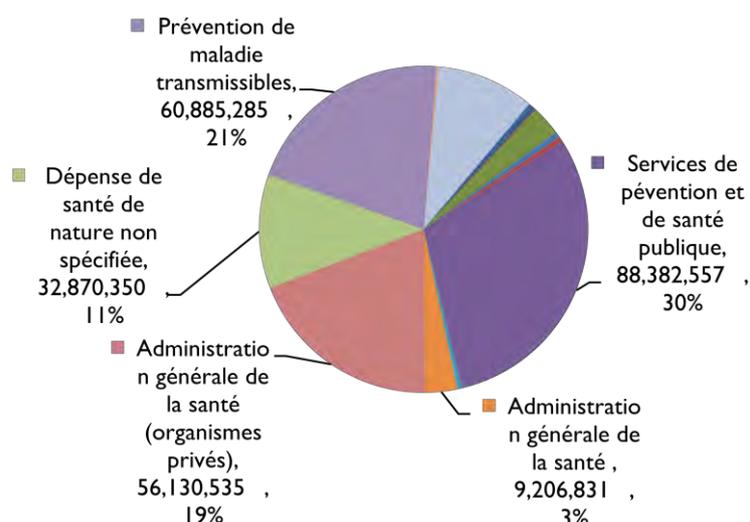
**FIGURE 4.3 : COMPARAISON REGIONALE<sup>31</sup>**



Les modalités de transfert de fonds provenant du RDM pour la santé sont réalisées essentiellement à travers : (i) les Appuis budgétaires ciblés (Banque Mondiale : PMUR, PURUS, ...) ; (ii) les projets/programmes exécutés par des agences nationales (MAP, GFTAM, Fonds social, ...) et (iii) l'aide indirecte à travers des ONGs internationales.

Les principaux domaines d'intervention du RDM sont la Santé maternelle et infantile (30%), la prévention contre les maladies transmissibles (21%) dont principalement le VIH SIDA, la tuberculose et le paludisme.

**FIGURE 4.4 : DEPENSES DE SANTE DU RDM PAR DOMAINES D'INTERVENTION, 2008**

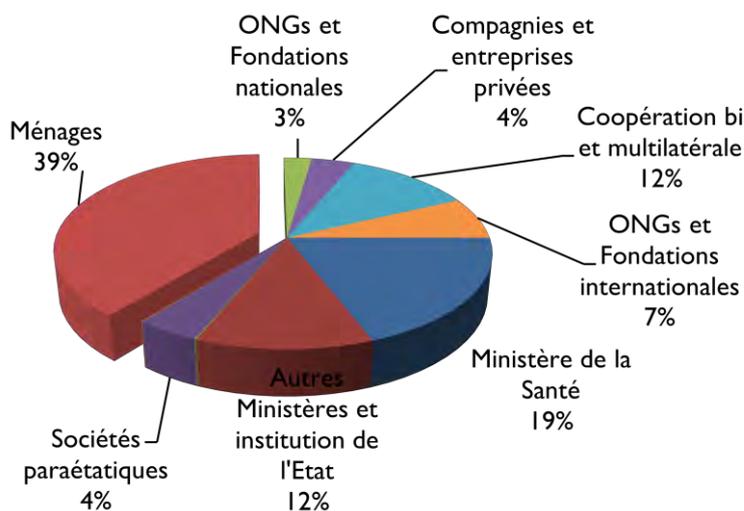


<sup>31</sup> Les années de référence ne sont pas identiques. Sénégal : CNS 2005, Liberia : CNS 2007/2008, RDC : CNS 2008 et Zambie: CNS 2005

### 4.3 ANALYSE DES AGENTS DE FINANCEMENT

En RDC, l'affectation des ressources allouées à la santé hors financement des ménages, est décidée essentiellement par le Ministère de la Santé Publique (19%), les autres Ministères et Institutions de l'Etat (12%) et le Reste du Monde (19%).

FIGURE 4.5 : DEPENSES DE SANTE PAR AGENTS DE FINANCEMENT, RDC 2008



#### 4.3.1 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Bien que l'Etat ne contribue qu'à 15% dans les dépenses de santé en RDC, il est le principal à décider de l'allocation des ressources affectées à la santé (31%), hors financement des ménages.

En effet, en plus des ressources du Gouvernement, l'Etat congolais, à travers principalement le Ministère de la Santé Publique et les autres Ministères, participe à la décision de l'allocation d'environ 80% des fonds des ONGs et initiatives internationales. Ce qui traduit un début de réponse favorable des Partenaires Techniques et Financiers à la Déclaration de Paris et à l'Agenda de Kinshasa sur l'efficacité de l'aide au développement.

Quant aux ressources de la coopération bi et multilatérale, il n'y a que 21%<sup>32</sup> des ressources pour lesquelles l'Etat intervient aussi dans l'allocation revient à l'Etat. Des efforts dans le sens de la bonne gouvernance sont à réaliser par les administrations publiques afin de rassurer la coopération bilatérale sur leurs capacités de bonne gestion des ressources extérieures et décider librement de l'affectation des ressources.

##### 4.3.1.1 SOURCES DE FINANCEMENT DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

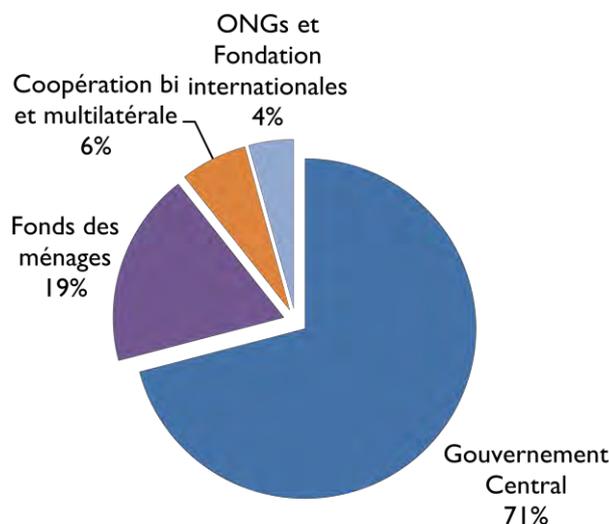
Bien que la pratique soit désormais interdite dans les textes, on note que 19% de ressources gérées par le Ministère de la Santé Publique proviennent des ménages. Cette situation résulte du fait qu'environ 10% du recouvrement des coûts des soins de santé des ménages dans les hôpitaux et centres de santé, sont affectés aux frais de fonctionnement des structures assurant la supervision et la régulation, c'est-à-dire les Bureaux Centraux de Zones de santé, les Bureaux de District Sanitaire, les Coordinations provinciales de la santé et les Divisions Provinciales de la santé. Les 90% restant sont utilisés par les Formations Sanitaires pour l'acquisition d'intrants (dont les médicaments) ; le

<sup>32</sup> La part du financement du système de santé dont la décision d'allocation est réalisée par le Ministère de la Santé Publique pourrait être plus importante si l'on considère que l'allocation des ressources des agences du système des nations unis se réalisant sur base de plan opérationnel soumis par le Ministère de la Santé Publique.

fonctionnement et la rémunération du personnel (honoraires médicaux et primes sur le recouvrement des coûts)<sup>33</sup>.

En effet, l'Etat assurant difficilement le fonctionnement des Administrations publiques de la santé, Celles-ci ont recours à une ponction des frais payés par les ménages (financement ascendant ou pompe aspirante) afin d'assurer leur survie.

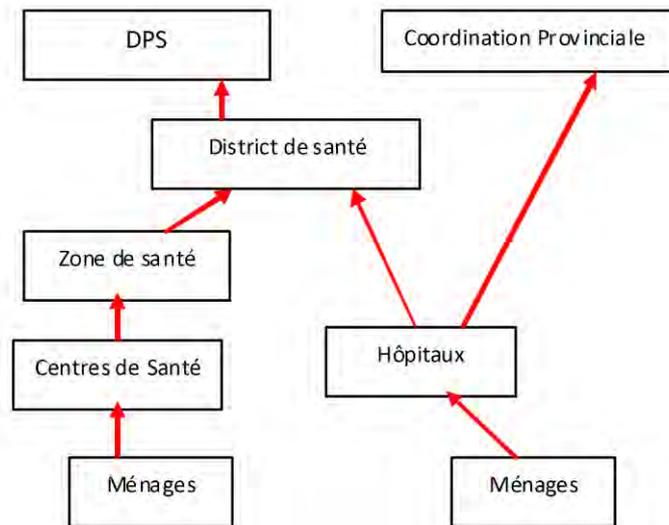
**FIGURE 4.6 : SOURCES DE FINANCEMENT DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, RDC 2008**



Le financement ascendant étant calculé au prorata des recettes réalisées elles-mêmes dépendant de l'utilisation des services, l'on assiste à une sous-estimation volontaire des données sur l'utilisation des services communiquées par les structures du niveau opérationnel aux structures du niveau intermédiaire, afin de payer moins.

<sup>33</sup> En vertu de l'ordonnance n°2-082 du 18 juin 1982, les médecins devront recevoir des honoraires correspondant à 40% du recouvrement des coûts sur les actes médicaux accomplis par eux. Il ne s'agit donc pas de 40 % de l'ensemble des recettes de l'Hôpital. Quant au personnel paramédical, les arrêtés Départementaux n° DSASS/1250/002 / 003 et 004/82 du 20 Juin 1982, ainsi que de la circulaire administrative n°DASS/1251/S.C/001/82 du 16 octobre 1982 portant exécution de l'ordonnance n°82/82 du 18 juin 1982 qui stipulent qu'une partie (sans en préciser la hauteur) du recouvrement des coûts leur soit reversé> Ces arrêtés stipulent également qu'une prime devra être accordée aux professionnels de santé et administratifs des hôpitaux.

**FIGURE 4.7 : SCHEMATISATION DU FINANCEMENT ASCENDANT**



Le financement ascendant consacre la démission du Gouvernement dans le financement de ses propres services et affaiblit les capacités de contrôle des structures de supervision et de régulation. Le financement ascendant doit par conséquent être aboli.

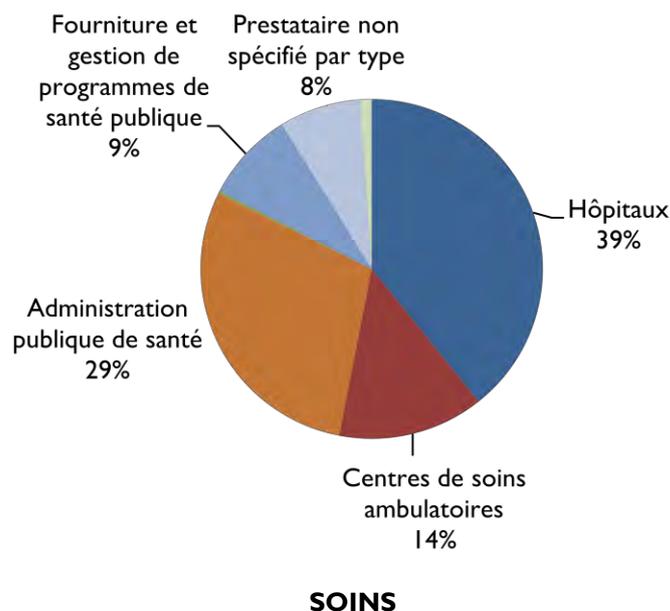
Le Gouvernement de la RD Congo doit fournir des efforts pour améliorer l'efficacité de son système de santé, en mettant à disposition des ressources pour couvrir davantage les charges du personnel, l'approvisionnement en intrant (particulièrement le médicament) et le fonctionnement des services de santé. Ces actions permettront d'une part d'améliorer l'efficacité dans un domaine particulier du système de santé, comme le médicament, et d'autre part décharger les ménages de la responsabilité d'assurer le fonctionnement des structures de santé. Toute chose qui contribuera à améliorer l'accès des ménages aux soins de santé.

#### **4.3.1.2 ALLOCATION DES RESSOURCES GERÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Les fonds gérés par le Ministère de la Santé Publique sont principalement alloués aux Hôpitaux (39%) et à l'Administration générale du système de santé (29%).

Les dépenses du Ministère de la Santé Publique étant majoritairement consacrées à la rémunération, l'analyse par prestataire doit se faire avec du recul. En effet, la distribution des dépenses du Ministère de la Santé Publique par prestataire ne reflète pas forcément une volonté politique à soutenir les soins secondaires au détriment des soins de santé primaires. Elle reflète plutôt la distribution de la masse salariale à travers les différents niveaux du système de santé.

**FIGURE 4.8 : DISTRIBUTION DES RESSOURCES GERES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE PAR PRESTATAIRES DE SOINS PUBLIQUE PAR PRESTATAIRES DE**

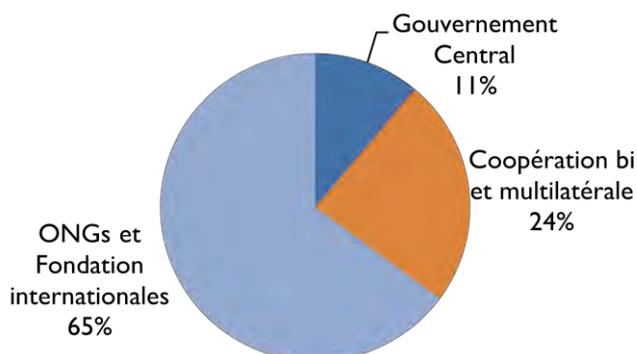


### 4.3.2 LES AUTRES MINISTERES ET INSTITUTIONS DE L'ETAT

En plus du Ministère de la Santé Publique, d'autres Ministères et institutions de l'Etat participent activement au financement du système de santé. Il s'agit du **PNMLS**, du **Ministère de la Défense**, du **Ministère de l'Enseignement** Primaire, Secondaire et Professionnel et du **Ministère du Transport** et Voies de Communication pour la lutte contre le VIH, du **Fonds Social de la RDC** et du **BCECO** pour la construction et la réhabilitation des centres de santé et Hôpitaux, de l'UCOP pour la construction et la réhabilitation des centres de santé et Hôpitaux ainsi que la Distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).

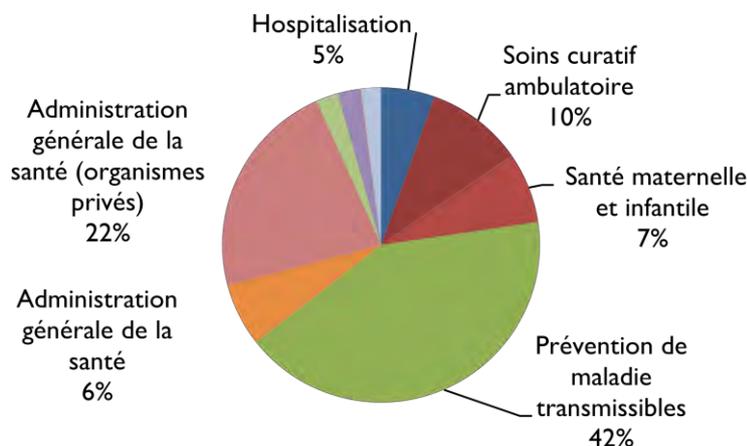
Ces autres intervenants publics au financement du système de santé reçoivent essentiellement leurs ressources financières des ONGs et initiatives internationales, principalement le Fonds Mondial, ainsi que de la coopération multilatérale, à savoir la Banque Mondiale (BM) et la Banque Africaine de Développement (BAD), l'Union Européenne (EU).

**FIGURE 4.9 : SOURCE DE FINANCEMENT DES AUTRES MINISTERES ET INSTITUTIONS DE L'ETAT, RDC 2008**



Les dépenses de santé des autres Ministères et institutions de l'Etat sont orientées principalement vers la prévention (en particulier contre les maladies transmissibles), l'administration (frais de gestion) et les soins ambulatoires (traitement VIH).

**FIGURE 4.10 : DEPENSE DE SANTE PAR FONCTION DES AUTRES MINISTERES, RDC 2008**



### 4.3.3 ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES

Les dépenses de santé des ménages se font essentiellement par versement direct.

Les paiements directs sont effectués sous plusieurs formes, notamment : les honoraires de consultation médicale, les paiements d'actes médicaux, les médicaments et autres fournitures, ainsi que les analyses de laboratoire et la radiographie.

Ils peuvent aussi se présenter sous forme de franchises, de ticket modérateur, de quotes-parts ou de forfaits, pour les personnes affiliées à une mutuelle de santé. L'une des raisons pour lesquelles le paiement direct ne convient pas à la fourniture/l'utilisation de soins médicaux, est qu'il en inhibe l'accès. Cela est notamment vrai pour les plus démunis qui doivent souvent choisir entre payer pour se soigner et pourvoir à d'autres nécessités, telles que se nourrir ou se loger.

La protection des ménages du risque maladie à travers les mécanismes de partage de risque est quasi inexistante.

#### 4.3.3.1 LE PARTAGE DU RISQUE MALADIE EN RDC

Les premières expériences mutualistes dans le domaine de la santé en RDC datent de 1986 avec la mutuelle de santé de Bwamanda, qui se trouve dans la Zone de Santé de Bwamanda, District Sanitaire de Sud Ubangi, Province de l'Equateur.

L'inventaire national des mutuelles de santé réalisé en 2010 dénombrait 42 mutuelles, avec au total 243000 membres<sup>34</sup>, soit un taux de couverture nationale d'environ 0,003%. Les initiatives mutualistes se concentrent essentiellement dans le Nord et Sud Kivu, l'Equateur et le Bas Congo.

Bien qu'il existe une croissance des initiatives de mutuelles de santé dans le pays, estimées à 44 en 2011, leur participation au financement de la santé en RDC reste très faible, à environ 0,08%.

La viabilité et la participation efficace des mutuelles de santé en RDC restent une problématique. La majorité des mutuelles dont les performances sont appréciées, est largement financée par le Reste du Monde (RDM) pour maintenir un fonctionnement acceptable.

<sup>34</sup> Base de données PNPMS

Certes avec les cotisations des ménages, elles arrivent à honorer les factures des prestataires, mais les frais de fonctionnement et de gestion des mutuelles sont entièrement financés par les bailleurs. Nombreuses initiatives mutualistes se sont éteintes car non soutenues par un financement tiers ou avec l'arrêt de celui-ci.

Envisager les mutuelles de santé comme alternative à l'allègement du fardeau des ménages, nécessite une sérieuse réflexion sur des mécanismes de pérennisation des subventions des mutuelles.

De manière générale, il est noté que la majorité des mutuelles de santé couvrent les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post-natale, accouchement normal, médicaments essentiels, ...) qui sont pris en charge au niveau des centres de santé et hôpitaux généraux de référence. Certaines mutuelles incluent en plus de gros risques tels que : les interventions chirurgicales, accouchements compliqués et l'hospitalisation, mais elles réussissent uniquement parce qu'elles sont en réseau.

La mise en réseau des mutuelles de santé est une exigence indispensable si l'on désire une participation efficace des mutuelles à l'allègement du fardeau des ménages.

Le système traditionnel de couverture du risque maladie que sont les compagnies d'assurances n'existe en RDC que depuis. Elle est assurée par la Société Nationale d'Assurance (SONAS) et contribue à moins de 0,01% de la dépense Nationale de santé dont 90% des dépenses de santé réalisées ont profité aux employés du secteur privé formel et leurs ayants droits. En effet, les formules d'assurances maladies et les primes proposées en général ne favorisent pas toujours l'adhésion des ménages ordinaires.

#### 4.3.3.2 DEPENSES DE SANTE DES MENAGES PAR FONCTION

Le médicament représente le principal poste de dépenses des ménages 41%<sup>35</sup>. Cette situation n'est pas spécifique à la RDC. Dans la plupart des pays d'Afrique elle se situe entre 40-70%.

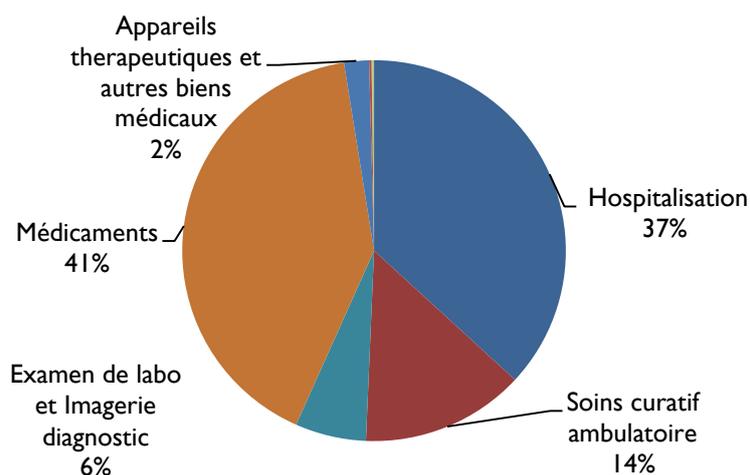
Le niveau élevé des dépenses des ménages pour l'acquisition des médicaments peut être dû : (1) au fait qu'une proportion élevée de la population a recours à l'auto médication, notamment forte auto-prescription pour le traitement du paludisme, (2) à une sur prescription des médicaments par les prestataires de soins ou (3) à une marge bénéficiaire très importante sur la vente du médicament depuis les grossistes jusqu'aux détaillants.

L'accès aux médicaments étant le principal fardeau des ménages, une politique de subvention du médicament et/ou la promotion de l'utilisation des médicaments génériques pourraient être envisagée. Cependant il faudra au préalable (i) renforcer la réglementation et le contrôle de la prescription des médicaments, (ii) sensibiliser les ménages sur les risques de l'automédication et (iii) réglementer et contrôler les marges bénéficiaires appliquées aux médicaments aussi bien chez les prestataires publics que privés, (iv) assurer le contrôle qualité des médicaments.

---

<sup>35</sup> Cette proportion est légèrement sous estimée car elle ne prend pas en compte les médicaments achetés par les ménages dans les hôpitaux lors d'une hospitalisation. Ceux-ci sont comptabilisés selon la méthodologie des CNS dans la catégorie « hospitalisation ».

**FIGURE 4.11 : DEPENSES DE SANTE DES MENAGES PAR FONCTIONS, RDC 2008**



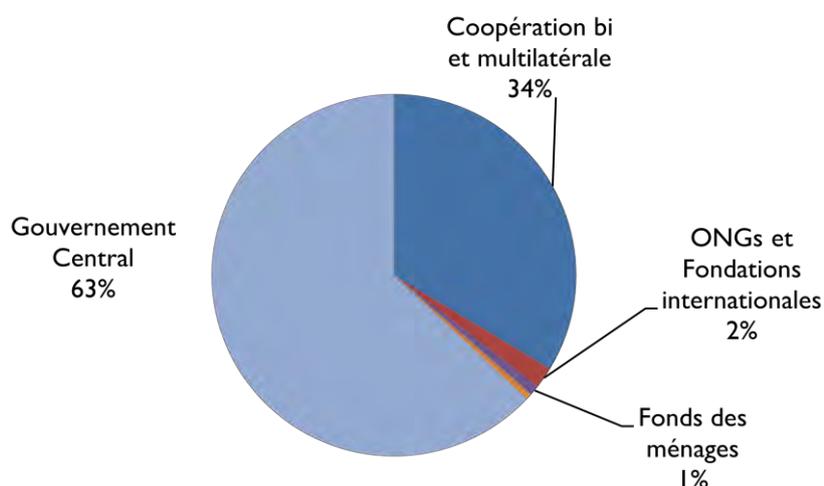
#### 4.4 INVESTISSEMENT DANS LE SYSTEME DE SANTE

Cette analyse concerne uniquement l'investissement dans les établissements de santé à caractère public et assimilés (structures confessionnelles à caractère public).

La construction, l'équipement et les rénovations d'établissements de santé à caractère public, sont principalement financés par le Gouvernement (63%) avec les fonds PPTE, par la coopération multilatérale (34%) et les ONGs et fondations internationales (2%).

Bien qu'elle soit minime, il est à souligner une participation financière des ménages à la construction et réhabilitation des établissements de santé<sup>36</sup>.

**FIGURE 4.12 : SOURCES DE FINANCEMENT DE LA FORMATION DE CAPITAL FIXE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS, 2008**



<sup>36</sup> N'a pas été pris en compte le coût de la main œuvre bénévole des ménages lors des constructions et réhabilitation

## 4.5 EVOLUTION DE LA DEPENSE NATIONALE DE SANTE DE 2008 ET 2009

La dépense de santé par habitant en RDC n'a pratiquement pas variée entre 2008 et 2009, elle reste stationnaire à \$13 par habitant par an. L'on reste encore loin des \$20 par habitant par an requis pour assurer le PMA et le PCA<sup>37</sup> ou encore des \$34 pour assurer un système de santé plus ou moins fonctionnel<sup>38</sup>. Cependant, il est à signaler que la dépense totale de santé en RDC a augmenté de 2% entre 2008 et 2009, passant 860 341 852 USD en 2008 à 875 542 748 USD en 2009.

**TABLEAU 4.2 : DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT EN RDC 2008-2009, USD**

	2008	2009
Dépenses de santé des ménages par habitant	6	4
Dépenses de santé des entreprises par habitant	1	1,6
Dépenses de santé du gouvernement par habitant	2	2
Dépenses de santé du RDM par habitant	4	5,4
Total Dépenses de santé par habitant	13	13

Compte tenu de la forte dépréciation qu'a connue le franc congolais vis à vis du dollar américain entre 2008 et 2009, la comparaison de la DNS 2008 et celle de 2009 doit se faire avec prudence.

En effet, la collecte des données sur les dépenses de santé des ménages a été réalisée en franc congolais en 2010, puis ajustées en dollars US pour 2008 et 2009. La forte dépréciation qu'a connu le franc congolais vis à vis du dollar américain entre 2008 et 2009, a pour effet que 2845 FC dépensés pour la santé en 2008 équivalent à environ \$6, alors que 3329 FC dépensés pour la santé en 2009 équivalent à environ \$4.

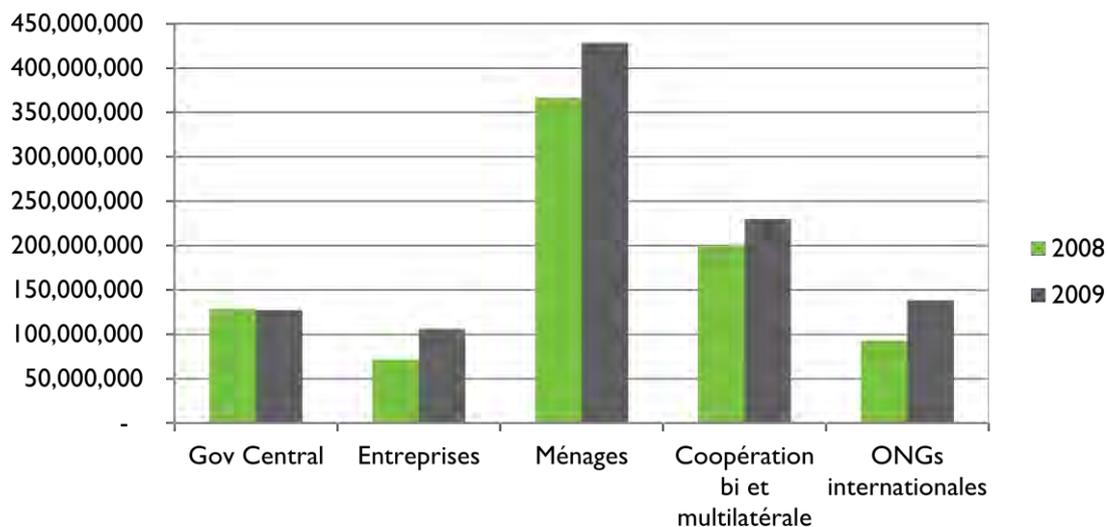
En somme, bien que les dépenses des ménages aient crues de 17% entre 2008 et 2009 dans leur valeur en francs congolais, la conversion en dollars avec des taux de change avec une grande variation d'une année à l'autre, laisse croire une baisse des dépenses des ménages. Alors qu'on observe sur le marché une augmentation des prix des biens de première nécessité, et les services de santé ajustent également le coût des soins de santé en fonction de la dépréciation de la monnaie.

En réalité, la dépréciation du franc congolais par rapport aux dollars américains entraîne également l'augmentation de coûts de soins de santé. Ainsi, la bonne interprétation serait constatée au taux constant d'échange de valeur de dollars américains aux francs congolais. Une bonne objectivation des dépenses de santé des ménages devrait probablement se faire à taux de change constant.

<sup>37</sup> Costing réalisé par la DEP/ Ministère de la Santé Publique 2008

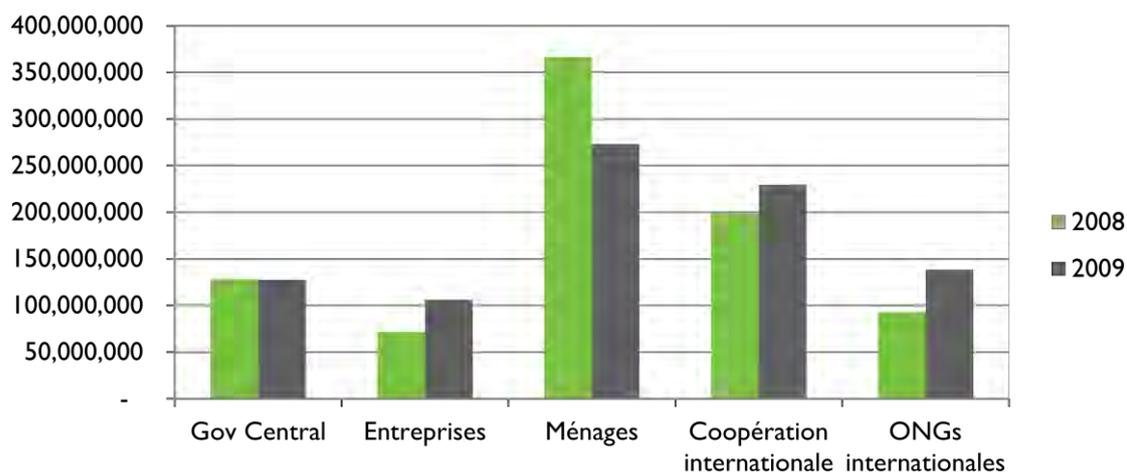
<sup>38</sup> Commission macro économie et santé, OMS

**FIGURE 4.13 : EVOLUTION DES DEPENSES DES SOURCES DE FINANCEMENT DE 2008 A 2009 EN USD (TAUX DE CHANGE CONSTANT POUR LES DEPENSES DES MENAGES)**

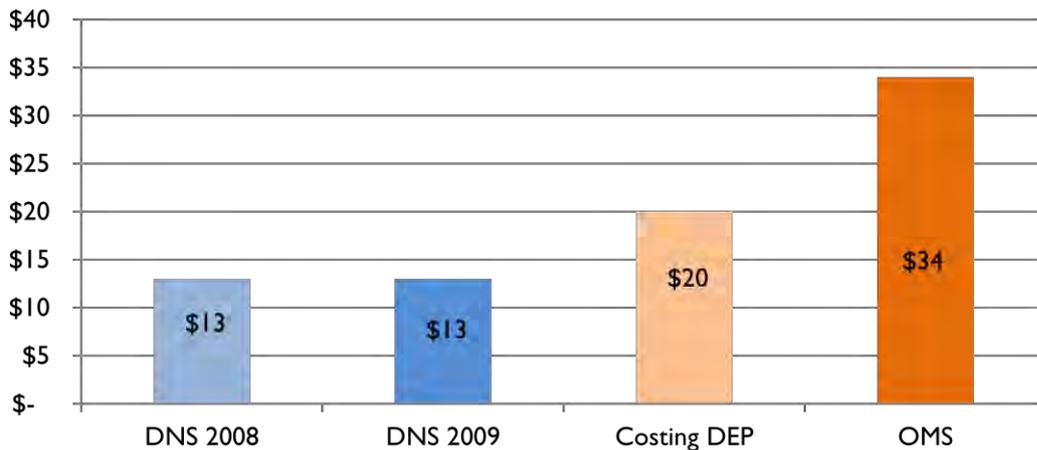


Au taux de change constant, on observe une augmentation réelle des dépenses de santé des ménages entre 2008 et 2009. Ceci reflète la réalité sur le marché des soins de santé en RD Congo

**FIGURE 4.14 : EVOLUTIONS DES DEPENSES DES SOURCES DE FINANCEMENT DE 2008 A 2009 (TAUX DE CHANGE VARIABLE POUR LES DEPENSES DES MENAGES)**



**FIGURE 4.15 : GAP DE FINANCEMENT EN SANTE, RDC<sup>39</sup>**



#### 4.5.1 SOURCES DE FINANCEMENT

La structure des sources de financement n'a pas véritablement varié entre 2008 et 2009. La DNS de 2008 et 2009 a été essentiellement financée par les Ménages, le Reste du Monde, les fonds du Gouvernement et les entreprises, et c'est à proportions très peu variables d'une année à l'autre.

Une analyse comparative de la proportion de la contribution des ménages dans la DNS 2008 et 2009 pourrait laisser penser à une baisse des dépenses de santé des ménages, car celle-ci est passée de 43% en 2008 à 31% en 2009.

Cette grande variation est due d'une part, à l'augmentation du financement d'autres acteurs du système de Santé tels que la coopération multilatérale et les ONGs et Fondations internationales et d'autre part surtout à l'effet « sous estimateur » de l'évolution des dépenses de santé des ménages due à la grande dépréciation du franc congolais vis à vis du dollar américain. La contribution des ménages sont passées de 366 738 291 USD en 2008 (estimées avec un taux de change 1USD = 551 FC) à 273 220 239 en 2009 (estimé avec un taux de change 1USD= 814 FC). A taux de change constant (1USD = 551 FC) la contribution des ménages pour la santé aurait augmenté, passant de 366 millions en 2008 à 428 millions en 2009.

L'on note de manière générale, une augmentation de la contribution de toutes les Sources de Financement du système de santé Congolais à l'exception du Gouvernement central et des Gouvernements provinciaux.

En effet, les décaissements effectifs du Trésor public pour la santé ont augmenté de 3%, passant de 118 millions en 2008 à 122 millions en 2009. Mais les recettes générées par les services du niveau central ont baissé d'environ 50%, passant d'un montant déclaré de 10 millions à 5 millions. Ainsi l'analyse de la contribution totale du gouvernement central (fonds du Trésor public + recettes générées des services du niveau central), donne une baisse de 1% de la contribution du Gouvernement central pour la santé.

Au cours de cette période, l'on a noté une augmentation des dépenses du RDM, soutenue essentiellement par une augmentation des dépenses effectives des Fonds GAVI et de la Banque Mondiale (à travers le projet PARSS), ainsi qu'un don d'ivermectine d'une valeur d'environ 31 millions par une firme pharmaceutique dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose.

<sup>39</sup> Un costing réalisé par le Ministère de la Santé en 2008, estimait à environ \$20 par habitant par an, le financement à recevoir par les Zones de Santé (niveau opérationnel du système de santé de la RDC) pour être opérationnel et efficace

La Commission Macro Economie et Santé de l'OMS, estimait en 2003, à \$34 par habitant par an, le financement à investir dans le système de santé pour l'atteinte des OMD. Ce montant à depuis lors évoluer. Il se situerait actuellement à environ \$60 par habitant par an.

En somme, au cours des dernières années il y a eu des progrès à l'augmentation de la disponibilité des ressources financières pour la santé au moins en termes de valeur monétaire. Cependant, il n'y a pas eu de progrès notables en ce qui concerne les engagements du Gouvernement selon la déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat de l'UA à apporter à la santé 15 % du budget de l'Etat.

#### 4.5.2 AGENTS DE FINANCEMENT

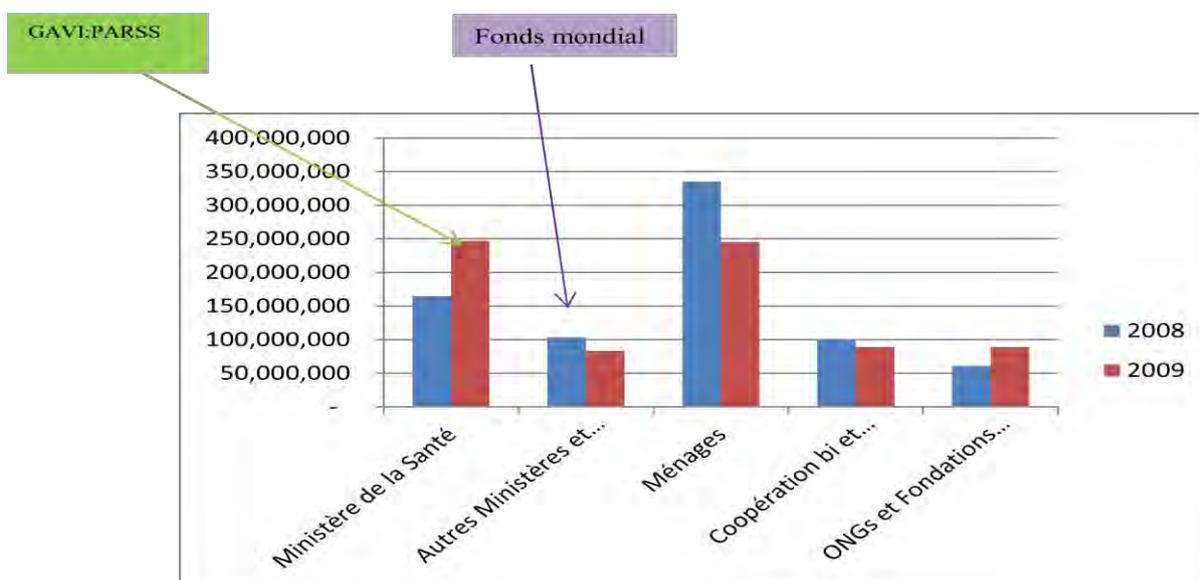
Bien qu'on note l'introduction dans la branche maladie aux prestations de la Société Nationale d'Assurance (SONAS)<sup>40</sup> à partir de 2009, il n'y a pas eu véritable variation sur le niveau de paiement de différents agents de financement à la DNS de 2008 à 2009.

L'allocation des ressources reste principalement décidée par les ménages, le Ministère de la Santé Publique, les autres Ministères et institutions de l'Etat, le RDM et les entreprises. Cependant, certains agents de financement ont connu une baisse de leurs dépenses, alors qu'elles étaient en hausse chez certains autres.

Les dépenses décidées par le Ministère de la Santé Publique ont augmenté de 59% du fait des fonds GAVI, du PARSS et du FED9. Le Ministère de la Santé Publique a vu la majorité de fonds programmés pour 2008, être effectivement dépensée en 2009 du fait des procédures. A cela il faudrait ajouter les fonds de 2009 programmés et dépensés au cours de la même année.

Les autres Ministères et institutions de l'Etat<sup>41</sup> ont, quant à eux, connu une baisse de leurs dépenses effectives. Cela est dû à une baisse d'environ 1/3 des dépenses effectives du Fonds Mondial

**FIGURE 4.16 : EVOLUTIONS DES DEPENSES DES AGENTS DE FINANCEMENT DE 2008 A 2009 EN USD**



#### 4.6 RESUME ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE CNS EN GENERAL

Le financement du système de santé de la RDC en 2008 et 2009 a été essentiellement assuré par les Ménages (43% en 2008, 42% en 2009), le Reste du Monde, en d'autres termes la Coopération et

<sup>40</sup> La SONAS (*Société nationale d'assurances*) est une entreprise publique de la République démocratique du Congo. À caractère technique et commercial, elle est dotée de la personnalité juridique et jouit du monopole de toutes les opérations d'assurances en République Démocratique du Congo. Elle assure seule toutes les branches d'assurance du pays.

<sup>41</sup> Il s'agit en particulier du CCM. Dans le cadre de cet exercice, le CCM est classifié dans la catégorie « Autres Ministères et Institutions de l'Etat ».

ONGs internationales (34% en 2008, 36% en 2009), les fonds publics (15% en 2008, 12% en 2009) et les entreprises (8% en 2008, 10% en 2009).

La dépense de santé par habitant en RDC n'a pratiquement pas variée entre 2008 et 2009, elle reste stationnaire à \$13 par habitant par an dont 6\$ provenant des ménages, 1\$ des entreprises, 2\$ du Gouvernement, et 4\$ du Reste du monde.

L'on reste encore loin des \$20 par habitant par an requis pour assurer le PMA et le PCA<sup>42</sup> uniquement au niveau opérationnel (Zone de santé) ou encore des \$34 pour assurer un système de santé plus ou moins fonctionnel<sup>43</sup>.

Cependant, il est à signaler que la dépense totale de santé en RDC a augmenté de 2% entre 2008 et 2009, passant 860 341 852 USD en 2008 à 875 542 748 USD en 2009.

Les dépenses des ménages pour les soins de santé se réalisent essentiellement par paiements directs aux prestataires. Le médicament représente le principal poste de dépenses des ménages (41%<sup>44</sup>), suivis de l'hospitalisation (37%), puis des soins curatifs ambulatoires (14%), des examens de laboratoire et imagerie médicale (6%) et l'acquisition des appareils thérapeutiques et autres biens médicaux (2%).

Les fonds du Reste du Monde s'élevaient en 2008 et en 2009 respectivement à 291 et 368 million de dollars US dont environ 65% provenant de la coopération bi et multilatérale et 35% des ONG et initiatives internationales. Les principaux domaines d'intervention du RDM sont la Santé maternelle et infantile (30%), la prévention contre les maladies transmissibles (21%) dont principalement le VIH SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le financement du Gouvernement congolais ci haut évoqué, sert essentiellement à la rémunération des agents des services publics (75% de la contribution du gouvernement) dont 47% est alloué au paiement des primes, 21% au paiement des salaires et 8% pour la pension des retraités et les soins médicaux. Très peu de ressources sont consacrées au fonctionnement des services de soins. Il en est de même pour la fourniture d'intrants aux établissements de santé, celle ci ne représente que 8% du total des fonds provenant du Gouvernement central.

En RDC, l'affectation des ressources allouées à la santé, est décidée essentiellement par les ménages (39%), le Ministère de la Santé Publique (19%), le Reste du Monde (19%), les autres Ministères et Institutions de l'Etat (12%), les compagnies et entreprises privées (4%), les Sociétés paraétatiques (4%) et les ONGs et Fondations nationales (3%).

Bien qu'il existe une croissance des initiatives de mutuelles de santé dans le pays, estimées à 44 en 2011, leur participation au financement de la santé en RDC reste très faible, estimée à environ 0,08%.

Le système traditionnel de couverture du risque maladie que sont les compagnies d'assurances n'est apparu en RDC que depuis 2009. Elle est assurée par la Société Nationale d'Assurance (SONAS) et contribue à moins de 0,01% de la dépense Nationale de santé dont 90% des dépenses de santé réalisées ont profité aux employés du secteur privé formel et leurs ayants droits.

En résumé, le financement pour la santé en RDC est insuffisant. L'on reste encore loin des \$20 par habitant par an requis pour assurer le PMA et le PCA complet au niveau opérationnel (Zone de santé) ou encore des \$34 pour assurer un système de santé plus ou moins fonctionnel.

Afin d'aider à l'amélioration du financement du système de santé en RDC, les orientations stratégiques suivantes sont proposées :

---

<sup>42</sup> Costing réalisé par la DEP/ Ministère de la Santé Publique 2008

<sup>43</sup> Commission macro économie et santé, OMS

<sup>44</sup> Cette proportion est légèrement sous estimée car elle ne prend pas en compte les médicaments achetés par les ménages dans les hôpitaux lors d'une hospitalisation. Ceux-ci sont comptabilisés selon la méthodologie des CNS dans la catégorie « hospitalisation ».

Le gouvernement congolais devra augmenter sa contribution générale pour la santé et de manière spécifique ses ressources allouées au fonctionnement des services de santé et la fourniture d'intrants dont les médicaments.

Par ailleurs, afin de réduire la contribution des ménages au financement de la santé en RDC et aussi de les préserver des dépenses catastrophiques de santé, l'Etat devra promouvoir et organiser le système de partage de risque maladie. Il devra également subventionner et/ou mieux réglementer la prestation des soins et services de santé les plus budgétivores pour les ménages.

Le médicament représentant le principal poste de dépenses des ménages 41%. Le gouvernement pourrait mettre en place une politique de subvention du médicament et/ou la promotion de l'utilisation des médicaments génériques pourraient être envisagée. Cependant il faudrait également associer : (i) le renforcement la réglementation et le contrôle de la prescription des médicaments ; (ii) la sensibilisation des ménages sur les risques de l'automédication ; (iii) la réglementation et le contrôle des marges bénéficiaires appliquées aux médicaments aussi bien chez les prestataires publics que privés ; et (iv) le contrôle qualité des médicaments.

La même démarche de régulation et de contrôle devra être appliquée à l'hospitalisation qui représente le 2ème poste de dépense des ménages, soit 37% de la DTS des ménages.

Par ailleurs, afin de disposer d'éléments factuels pour soutenir la régulation et le contrôle, le Ministère de la Santé devra réaliser des études de coût pour l'analyse de l'adéquation et la pertinence des dépenses pour les services budgétivores pour les ménages.

Quant aux bailleurs, afin d'obtenir un impact réel sur les ménages qui sont les ultimes bénéficiaires des subventions faites aux soins et service de santé en RDC, ils devront tenir compte lors de leurs agréments (conventions) avec l'Etat du fait que : (i) celui-ci n'alloue aucune ressource pour le fonctionnement des structures prestataires de soins et (ii) le personnel de santé estime que la rémunération octroyée par l'Etat est largement insuffisante. Aussi, afin de palier les insuffisances du système et se créer des conditions sociales et de travail adéquates, les structures sanitaires se voient dans l'obligation de **ponctionner** les usagers : les ménages congolais dont 70% vivraient en dessous du seuil de pauvreté.

Tenant compte de ce qui précède, il serait souhaitable que les bailleurs tout en augmentant leur contribution au financement de la santé en RDC, inclus des modalités assurant des conditions sociales et de travail adéquates au personnel de santé.



## 5. RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE L'ENFANT

La santé de l'enfant en RDC est préoccupante, comme en témoignent les indicateurs dans le tableau 9

Améliorer l'état de santé de l'enfant de moins 5 ans devrait être un élément clé de toute stratégie de développement, étant donné que les investissements dans la Santé de l'enfant est un gage de l'atteinte des OMD et surtout du développement de l'ensemble de la nation.

**TABLEAU 5.1 : INDICATEURS DE LA SANTE DE L'ENFANT EN RDC, 2008**

Mortalité infantile	97% <sup>45</sup>
Prévalence de l'anémie	71% <sup>46</sup>
Prévalence de la malnutrition aigue globale (poids/ taille inférieure à -2ET) touche	13%

La RDC fait partie des pays à taux de mortalité infantile les plus élevés de la sous-région (cf. tableau 3). Le Gouvernement de la RDC en a conscience et a décidé dans le Document des Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) de prendre des actions en vue de passer en 2009 à une prévalence de la mortalité infantile à 89 pour 1000 naissances.

Cependant, les principaux Programmes Spécialisés de Santé de l'Enfant en RDC font face à de sérieuses contraintes qui rendent difficile l'atteinte de cet objectif. Il s'agit notamment entre autres de :

- La précarité des moyens de communication face à la grande étendue du pays qui rend obligatoire la distribution de vaccins et autres intrants par voie aérienne. Ce coût n'est pas pris en compte dans le budget de l'Etat
- L'enclavement de certaines zones de santé dont l'accès n'est possible que par voie aérienne ou fluviale
- En l'absence de moyens financiers pour assurer les déplacements, la supervision et l'évaluation des activités de Santé de l'enfant dans ces zones
- La faible couverture de la chaîne du froid au niveau opérationnel (54%)

### 5.1 OBJECTIFS DU SOUS COMPTE SANTE DE L'ENFANT

La réduction de la mortalité et la morbidité infantile, implique des coûts, qui vont du financement des Programmes spécialisés pour la distribution des intrants et la supervision des activités/services de l'enfant à l'investissement (notamment la chaîne de froid).

Avant toute réforme du financement de la santé de l'enfant, il s'est avéré important pour le Ministère de la Santé Publique de la RDC de mieux connaître l'organisation du financement actuel pour les services de Santé de l'Enfant dans son ensemble ; à savoir : les dépenses des partenaires techniques et Financiers, celles des entités du secteur public et le secteur privé- en particulier les ménages. C'est à cet effet que le Ministère de la Santé Publique de la RDC a procédé à l'analyse Santé de l'enfant de moins de 5 ans.

De manière spécifique, cette analyse vise à:

<sup>45</sup> MICS 2010

<sup>46</sup> EDS 2007

- Fournir des informations clés de dépenses pour les décideurs politiques nationaux, les donateurs et autres parties prenantes afin d'aider à orienter leur planification stratégique pour les services de Santé de l'Enfant (SE)
- Identifier toutes les sources et les utilisations des flux financiers pour la SE dans le cadre des dépenses de santé générales du système

A cet effet, l'analyse du sous compte « Santé de l'Enfant » a été conçue pour répondre aux questions stratégiques suivantes:

- Combien a été consacré aux soins de santé de l'enfant?
- Quelle proportion du financement de la santé de l'enfant provient de sources privées?
- Quelle est la dépendance à l'égard des donateurs pour les services de SE, et en particulier pour la vaccination, la supplémentation en micronutriments?

## 5.2 CONCEPT ET CHAMP D'APPLICATION DU SOUS COMPTE SANTE DE L'ENFANT

A l'instar de l'estimation des dépenses générales de santé, la sous-analyse des dépenses de Santé de l'Enfant a utilisé la nomenclature et la méthodologie des CNS. Quatre tableaux de base ont été produits. Les activités pertinentes pour le contexte de la SE en RDC prise en compte pour la sous compte Santé de l'Enfant sont les suivantes :

- Les dépenses spécifiques aux activités/services de la santé de l'enfant
  - Les soins ambulatoires pour toutes maladies de l'enfant de moins de 5ans (y compris CPS)
  - L'hospitalisation pour toutes maladies de l'enfant de moins de 5ans
  - La vaccination
  - La supplémentation en micronutriments
  - Le déparasitage
  - Les SROs
  - Les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA)
    - Les produits pharmaceutiques
    - Administration et coordination des services et Programmes de Santé de l'enfant
    - Formation (y compris les agents de santé communautaire)
    - Recherche
- Les dépenses couvrant à la fois VIH et Santé de l'enfant (ex: PTME)
- Les dépenses couvrant à la fois Santé de l'enfant et Santé de la reproduction (ex: construction de maternité)

### 5.3 AGREGATS GENERAUX DES DEPENSES POUR LA SANTE DE L'ENFANT EN RDC, 2008

La dépense totale de santé pour les enfants de moins de 5ans en RDC est estimée à environ \$161 433 006, soit \$14 par enfant de moins de 5 ans.

Le financement des services et soins de Santé de l'enfant de moins de 5 ans est principalement assuré par la coopération internationale (49%), suivie des ménages (46%). L'on note une très faible intervention de l'Etat (0,2%).

Les ressources allouées à la santé de l'enfant sont consacrées principalement aux programmes de santé publique et de Prévention (43%), suivi de l'acquisition de médicaments pour les patients ambulatoires (28%) et des soins curatifs (dont environ 20% pour l'hospitalisation et 5% pour les soins ambulatoires).

**TABLEAU 5.2 : AGREGATS GENERAUX DE LA SANTE DE L'ENFANT EN RDC, 2008**

Population < 5ans 2008	11 952 000
Dépense Nationale de Santé de l'enfant de moins de 5 ans	\$ 161 433 006
Dépense Nationale de santé par enfant < 5 ans, 2008	\$ 14
Dépenses de SE en % du PIB	1%
Dépenses de SE en % du total des dépenses de santé globale	19%
Sources de financement de la SE (en% de la dépense totale en SE)	
Gouvernement central	0,2%
Gouvernement provincial	0,1%
Ménages	46%
Coopération internationale	49%
ONGs internationales	5%
Fonctions (en % de la dépense totale en SE)	
Soins curatifs	25%
Programmes de prévention et de santé publique	44%
Produits pharmaceutiques et autres biens non durables	29%
Administration de la santé en % de la DT SE	NA

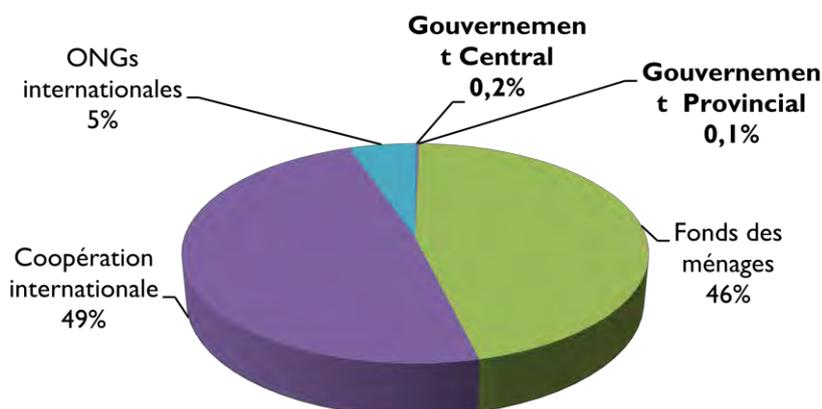
### 5.4 FLUX FINANCIERS POUR LA SANTE DE L'ENFANT EN RDC

#### 5.4.1 SOURCES DE FINANCEMENT

La dépense totale de santé pour les enfants de moins de 5ans en RDC est estimée à environ \$163 433 006, soit \$14 par enfant de moins de 5 ans.

Comme indiqué dans la section 5.3, les principales sources de financement de la santé de l'enfant sont constituées par la coopération internationale (49%) et les ménages (46%). La contribution des ménages est de loin supérieure à la contribution cumulée du Gouvernement central (0,2%) et des Gouvernements provinciaux (0,1%).

**FIGURE 5.1 : DEPENSES DE SANTE DE L'ENFANT PAR SOURCES DE FINANCEMENTS, RDC 2008**



### 5.4.2 AGENTS DE FINANCEMENT

L'utilisation des ressources allouées à la santé de l'enfant en RDC est essentiellement réalisée par 4 grands mécanismes : (i) des transferts aux entités publiques (Ministère de la Santé Publique et autres Ministères), (ii) des transferts à des ONGs, (iii) de paiement direct des ménages et (iv) des transferts aux agences de la coopération internationale. (Annexe C montre le flux des fonds SE des Sources de financement vers les Agents de financement.)

Les ressources des ménages pour la santé de l'enfant sont dépensées essentiellement par paiement direct aux prestataires de soins et services de santé de l'enfant. Les principaux postes de dépenses des ménages étant l'acquisition de médicaments (32%) et l'hospitalisation du nouveau-né (30%).

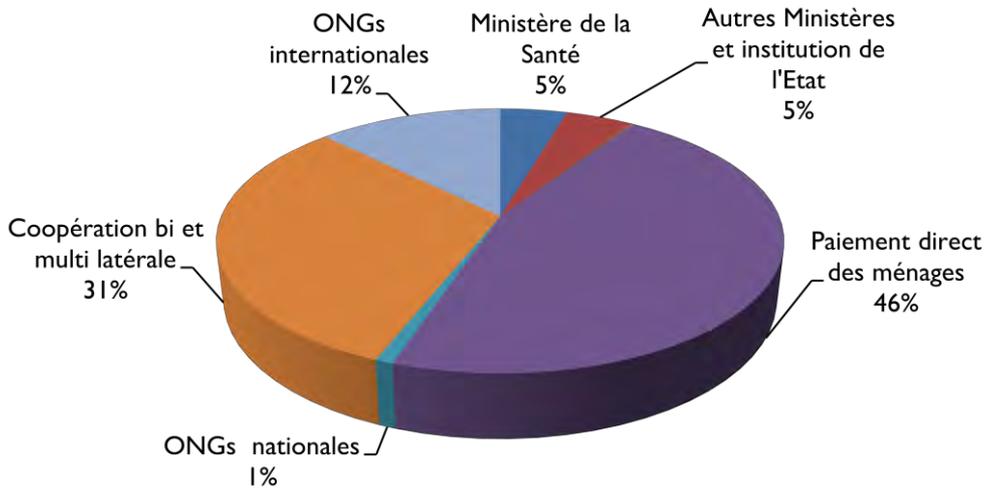
Le RDM qui finance près de 54% des dépenses de SE, transfère de 59% de ses ressources aux Agences de la coopération internationale, 23% aux ONGs internationales et 17% aux entités gouvernementales. Les ressources du RDM servent essentiellement à la supervision/suivi des programmes de santé publique et de prévention (30%) à l'achat et la distribution de moustiquaire (17%), à la vaccination (17%) et à l'appui nutritionnel aux enfants malnutris (13%).

Les ressources du Gouvernement central pour la santé des enfants de moins de 5 ans (0,2% de la DT SE) sont utilisées uniquement par le Ministère de la Santé Publique. La contribution du gouvernement aux dépenses de santé de l'enfant en 2008 a consisté essentiellement à l'acquisition de vaccin pour la lutte contre l'épidémie de rougeole (96%) et la rémunération de personnel de santé de services spécifiques de santé de l'enfant (4%).<sup>47</sup>

En somme, environ 46% des ressources allouées à la santé de l'enfant de moins de 5ans en RDC sont transférées directement aux prestataires par le biais des ménages, 44% sont transférés aux prestataires à travers les agences de la coopération internationale et les ONGs et 10% vont aux administrations publiques de santé.

<sup>47</sup> La contribution de l'Etat est sous-estimée, car en absence (i) de données de costing sur le temps de travail des autres personnels de santé consacré aux intervention de santé de l'enfant et (ii) de la proportion pour chaque catégorie d'agents recevant effectivement la rémunération de l'Etat, il a été jugé prudent de considérer uniquement la rémunération des agents dédiés spécifiquement aux soins de santé de l'enfant.

**FIGURE 5.2 : DEPENSES DE SANTE DE L'ENFANT PAR AGENTS DE FINANCEMENTS, RDC 2008**



### 5.4.3 ANALYSE FONCTIONNELLE DES DEPENSES DE SANTE DE L'ENFANT < 5 ANS EN RDC

La plupart de dépenses pour la santé de l'enfant sont consacrées aux programmes de santé publique et de prévention (44%), suivis par l'acquisition de médicaments pour les patients ambulatoires (29%) et les soins curatifs (25%).

Les dépenses pour les programmes de santé publique et de prévention (44% de la DT SE), se distribuent essentiellement entre les dépenses pour la supervision et le suivi des programmes de santé de l'enfant (15% de la DT SE), la conduite de campagne de vaccination (9% de la DT SE) et l'appui nutritionnel aux enfants malnutris (7% de la DT SE).

Les dépenses pour l'acquisition de biens médicaux au profit des enfants de moins de 5ans, sont consacrées principalement à l'achat de médicaments pour les patients ambulatoires (15% de la DT SE) et l'acquisition de moustiquaires imprégnées (13% de la DT SE). L'achat de médicaments pour les patients ambulatoires est supporté essentiellement par les ménages, et ce, par paiement direct.

Quant aux soins curatifs, l'on note que les dépenses sont davantage orientées vers l'hospitalisation (19%), principalement l'hospitalisation du nouveau-né (14%) que vers les soins ambulatoires (5%).

Bien que la lutte contre les carences en micronutriments (0,4% de la DT SE), la promotion de l'allaitement maternel (0,2% de la DT SE) et la PTME (1% de la DT SE) aient des externalités très positives pour la croissance et le développement des enfants, ces activités sont très peu financées.

Par ailleurs, il est à souligner que la supervision/suivi des programmes de santé de l'enfant de moins de 5ans représente à elle seule 36% de la Dépense Totale pour la Santé de l'Enfant contre 64% pour l'ensemble des activités de prévention et de santé de l'Enfant (vaccination, supplémentation en micronutriments, appui nutritionnel, promotion de l'allaitement, ...). La proportion des dépenses pour les activités de supervision amène à s'interroger sur l'utilisation optimale des ressources allouées aux programmes de prévention et de santé publique de l'enfant de moins de 5 ans. Compte tenu de l'ampleur et de la gravité liée aux problèmes de santé des enfants de moins de 5 ans, le peu de financement à la prévention devrait probablement être alloué plus à la vaccination et à la prise en charge de la malnutrition.

En termes d'utilisation de service de soins spécifiques de santé de l'enfant par les ménages, l'on note que la vaccination (en routine ou en campagne) est de loin le service le plus répandu (reçu) chez les enfants de moins de 5 ans (49%), suivie par le déparasitage (19%) et les solutions de réhydratation orale (16%). La supplémentation en micronutriments représente 9% des raisons de recours aux

services spécifiques de la santé de l'enfant de moins de 5 ans. Il faudrait souligner que la faible proportion de la supplémentation en micronutriment pourrait s'expliquer par le fait que les enfants reçoivent les micronutriments également lors des consultations préscolaires.

Il convient en outre de signaler quelques disparités entre les provinces. On note des provinces telles que le Kasai Oriental (54%), Kinshasa (52 %), et le Katanga (51%) qui présentent des niveaux les plus élevés d'utilisation des services de vaccination avec à l'opposé l'Equateur où la vaccination ne représente que 21% des raisons de recours aux services spécifiques de la santé de l'enfant.

## 5.5 FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES DE SANTE DE L'ENFANT EN RDC

Les activités prioritaires de santé de l'enfant en RDC sont les soins curatifs, la vaccination, la supplémentation en micronutriment, l'appui nutritionnel aux enfants malnutris et l'acquisition de moustiquaires imprégnées.

Comme soulignés dans la section 5.4.3, les soins curatifs sont essentiellement supportés par les ménages, et se font par paiements directs aux prestataires. L'un des soins budgétivores de la santé de l'enfant est l'hospitalisation de nouveau-nés. Cela est dû à l'hospitalisation systématique pendant 3 jours voire une semaine de nouveau-nés et leurs mères pour raison d'observation médicale. Ce système a l'avantage de réduire le taux de décès maternel et de nouveau-nés au regard des OMD.

Une réduction de ce temps d'observation, qui dans de nombreux pays africains se limite à 6 heures, pourrait réduire drastiquement les dépenses de santé des ménages pour la santé de l'enfant de moins de 5 ans.

L'appui nutritionnel des enfants malnutris est exclusivement financé par le RDM. Les ressources allouées à l'appui nutritionnel des enfants malnutris sont transférées aux agences de la coopération internationale et aux ONGs internationales. Les ressources servent ensuite à l'approvisionnement en intrants (Plumpy Nut, laits thérapeutiques,...) et à la rémunération du personnel des Unités nutritionnelles thérapeutiques.

Quant à la supplémentation en micronutriments, elle est financée par le RDM et les ménages. En effet la mise à disposition de micronutriments en RDC est réalisée par le RDM à travers les ONGs internationales. Cependant, dans certaines formations sanitaires, une contribution est demandée aux ménages lors de l'acquisition des micronutriments.

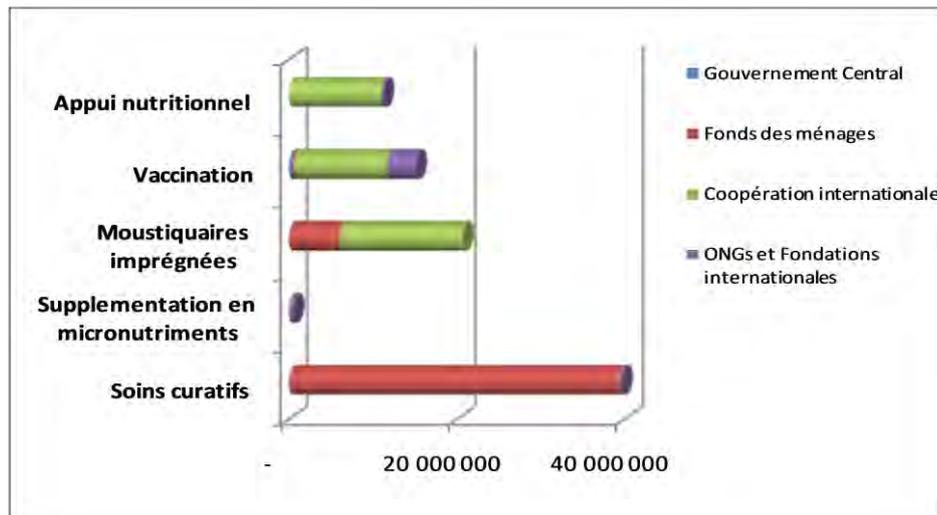
Les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, à l'instar des micronutriments, sont fournies par le RDM à travers les agences de la coopération internationale. Toutefois, il est demandé une contribution des ménages lors de l'acquisition des MIILDA, sauf dans les cas de distribution de masse.

La vaccination est principalement financée par le RDM (75% des dépenses pour la vaccination) à travers les agences de la coopération internationale et les ONGs internationales et par le Gouvernement central (22% des dépenses pour la vaccination).

La vaccination est la seule activité spécifique de la Santé de l'Enfant à laquelle le gouvernement de la RDC apporte une contribution. Malheureusement, cette contribution est réalisée uniquement dans le cadre de lutte contre les épidémies, notamment celle de la rougeole. En d'autres termes, le Gouvernement n'investit pas dans des actions continues et soutenues de prévention contre les maladies de l'enfant de moins de 5 ans.

La vaccination de masse est fournie gratuitement aux ménages. Cependant une contribution financière symbolique leur est demandée lors des Consultations Pré Scolaires (CPS).

**FIGURE 5.3 : FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES PAR SOURCES POUR LA SANTE DE L'ENFANT EN RDC, 2008**



## 5.6 RESUME ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'analyse du sous compte Santé de l'Enfant révèle une forte dépendance aux RDM (54%) pour des activités de la santé de l'enfant en RDC et un poids important supporté par les ménages (46%). La contribution du Gouvernement reste extrêmement faible (0,2%).

La structure du financement de la Santé de l'enfant de moins de 5ans en RDC amène à s'interroger sur la pérennité des actions; car basée essentiellement sur le financement du RDM et des ménages dont 70% vivraient en dessous du seuil de pauvreté.

Les ménages dépensent environ \$6 par enfant de moins de 5ans, environ 30 fois plus que le Gouvernement. La part des ménages dans le financement des dépenses de SE est très importante et est réalisé essentiellement pour l'hospitalisation du nouveau-né et l'acquisition du médicament.

Cependant il est utile de s'interroger sur l'adéquation de la dépense des ménages et sa pertinence. En d'autres termes, \$6 par enfant de moins de 5 ans est-il suffisant? Le fait que le ménage dépense 30fois plus que le Gouvernement est-il équitable? Les \$2 dépensés par les ménages par nouveau-né hospitalisé sont-ils utiles? Les \$2 dépensés par les ménages par enfant pour l'acquisition de médicament sont-ils utiles?

Le RDM dépense \$7 par enfant de moins 5 ans dont 30% alloués à la supervision/suivi des programmes de Santé de l'Enfant et de prévention, 17% à l'achat et la distribution de moustiquaire (des ressources du RDM pour la SE), 17% à la vaccination et 13% à l'appui nutritionnel aux enfants malnutris.

Toutefois, Il est important de s'interroger sur l'adéquation des tarifs appliqués aux ménages pour les services de santé l'enfant et leur couts.

En somme, la contribution du Gouvernement est faible (0,2%). Il serait donc souhaitable que l'Etat investisse plus dans le financement de la Santé de l'Enfant notamment par la mise à disposition d'intrants pour réaliser les activités prioritaires de la Santé de l'Enfant : vaccination, supplémentation en micronutriments, appui nutritionnel aux enfants malnutris et acquisition des MIILDA.

Les ménages dépensent énormément pour l'acquisition de médicaments et hospitalisation de nouveau-nés. L'Etat pourrait aussi alléger le fardeau des ménages par la subvention desdites activités dans le service public. Il est souhaitable que l'Etat assure la régulation des prix appliqués et de l'utilisation/ prescription.

Les ressources du RDM constituent l'une des principales sources de financement de la SE. Cependant, il serait souhaitable que les ressources mobilisées soient orientées vers les activités prioritaires de SE et ce en concertation avec les Programmes Nationaux de Santé de l'Enfant.

Des études de coût et des analyses complémentaires sont nécessaires pour l'analyse de l'adéquation des tarifs appliqués aux ménages et le cout réel de la prestation.

# 6. RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODUCTION

## 6.1 INTRODUCTION

L'état de santé de reproduction en RDC a connu quelques améliorations ces dernières années, mais reste toutefois préoccupante et paradoxale.

**TABLEAU 6.1 : INDICATEURS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC**

Libelle	Valeurs
Femmes en âge de procréer	2.067.022 <sup>48</sup>
Taux de croissance démographique	3%
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	549
Indice synthétique de fécondité (nombre de naissances par femme en âge de procréer)	6,3
Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode moderne de contrôle des naissances	4%
Utilisation des soins prénatals dispensés par des professionnels formés en proportion du nombre total de naissances	92%
Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié	74% <sup>49</sup>
Utilisation des soins postnatals	1.1%

Malgré un taux d'accouchement assisté d'environ 74%, la mortalité maternelle en RDC (549 pour 100.000 naissances vivantes) reste l'une des plus élevée de la sous-région. Elle est d'autant plus préoccupante qu'elle se situe dans un contexte d'indice de fécondité des plus élevé au monde (7 naissance par femme en âge de procréer). Par ailleurs, il est à noter que l'utilisation des services de soins prénatals et postnatals reste encore faible.

## 6.2 OBJECTIF DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODUCTION

Pour faire face aux énormes défis de l'accessibilité aux soins et services de la Santé de la Reproduction de qualité en RDC, le Ministère de la Santé Publique a besoin en plus des données épidémiologique, d'avoir une solide compréhension de l'organisation et du financement des services et soins SR en RDC. Ceci implique une bonne connaissance du niveau et de la nature des dépenses des entités du secteur public, des Partenaires aux développements et du secteur privé- en particulier les ménages.

Ainsi, afin d'avoir une meilleure compréhension du financement de la SR, le gouvernement de la RDC a procédé à une sous-analyse SR afin de suivre les flux de ressources allouées à la SR en 2008.

De manière spécifique, cette analyse vise à:

- Fournir des informations clés de dépenses pour les décideurs politiques nationaux, les bailleurs et autres parties prenantes pour une meilleure planification stratégique des soins et services SR
- Identifier toutes les sources et les utilisations des flux financiers pour la SR dans le cadre des dépenses de santé globales du système

A cet effet, la sous-analyse SR a été conçue pour répondre aux questions stratégiques suivantes:

<sup>48</sup> 25% de la population totale

<sup>49</sup> MICS RDC 2010

- Combien a été consacré aux soins et services de Santé de la Reproduction?
- Quelle proportion du financement de la SR provient des ménages ?
- Quelle est la dépendance des bailleurs pour les services SR, et en particulier pour les activités prioritaires SR?

### 6.3 CONCEPT ET CHAMP D'APPLICATION DU SOUS COMPTE SR

A l'instar des dépenses générales de santé, la sous-analyse SR a utilisé la nomenclature et la méthodologie des CNS pour estimer les flux de l'ensemble des ressources allouées à la SR en RDC. Quatre tableaux de ont été produits.

Les activités pertinentes de SR retenues pour l'analyse du sous compte SR 2008 en RDC sont les suivantes :

- Les dépenses spécifiques à la Santé de la Reproduction:
  - Les soins prénatals
  - Les soins postnatals
  - La supplémentation en micronutriments pour femme enceinte
  - Les MIILDA pour femme enceinte
  - L'accouchement
  - La prise en charge médicale des femmes victimes de violences sexuelles
  - Les soins gynécologiques
  - L'hospitalisation (pour soins de SR)
  - Les ventes en détail de produits pharmaceutiques (dans le cadre de la SR)
  - Les contraceptifs oraux, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins
  - Les services de planification familiale
  - Dépenses du Programme sur la CCC, des campagnes de sensibilisation du public
  - Administration et coordination
  - Formation
  - Recherche
- Les dépenses couvrant à la fois le VIH et la SR (ex : acquisition de préservatif)
- Les dépenses couvrant à la fois la Santé de l'enfant et la SR (ex : construction de maternité)

## 6.4 AGREGATS GENERAUX SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC

La dépense totale pour la Santé de la Reproduction en RDC est estimée à environ \$ 132 240 531, soit **\$ 8.37** par femme en âge de procréer.

Le financement des services et soins de Santé de Reproduction est principalement assuré par les ménages (68%), suivis par la coopération internationale (32%) La contribution du Gouvernement central et des Gouvernements provinciaux a été moins perceptible soit 0,1% respectivement.

Les ressources allouées à la santé de la reproduction sont consacrées principalement aux soins curatifs (65%) dont l'accouchement, suivi des programmes de santé publique et de Prévention (16%) et de l'acquisition de médicaments pour les patients ambulatoires (6%).

**TABLEAU 6.2 : AGREGATS GENERAUX DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC, 2008**

Population femme de 15-49 ans 2008	15 791 248 <sup>50</sup>
Dépense Nationale de Santé de la Reproduction 2008	\$ 132 240 531.2
Dépense Nationale de santé de la Reproduction par femme en âge de procréer (15-49 ans) 2008	\$ 8,37
Dépenses de SR en % du PIB	1%
Dépenses de SR en % du total des dépenses de santé globale	15%
Sources de financement de la SR (en% de la dépense totale en SR)	
Gouvernement central	0,1%
Gouvernement provincial	0,1%
Ménages	68%
Coopération international	30,9%
ONGs internationales	1%
Fonctions (en % de la dépense totale en SR)	
Soins curatifs	25%
Programmes de prévention et de santé publique	44%
Produits pharmaceutiques et autres biens non durables	29%
Administration de la santé en % de la DT SR	NA

## 6.5 FLUX FINANCIERS POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC

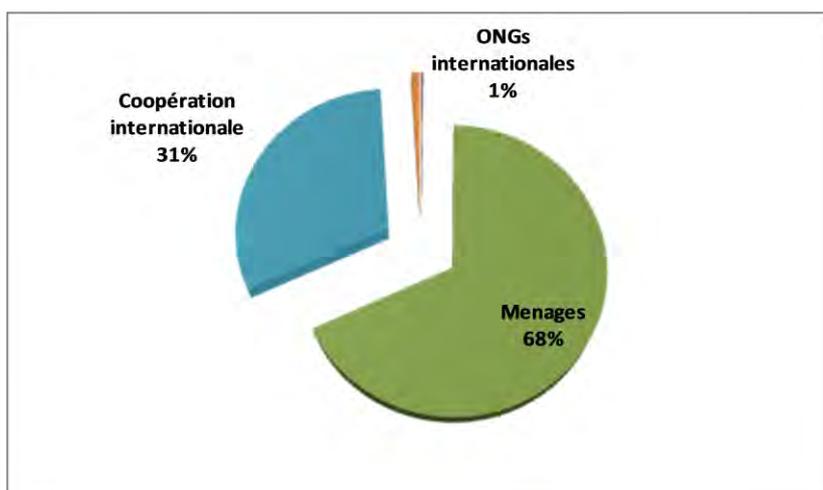
### 6.5.1 SOURCES DE FINANCEMENT

La dépense totale pour la Santé de la Reproduction en RDC est estimée à environ \$ 132 240 531, soit **\$ 8.37** par femme en âge de procréer.

Comme indiquées dans la section 6.4, les principales sources de financement de la santé de la reproduction sont constituées par les ménages (68%), suivis par la coopération internationale (32%). La contribution des ménages est de loin supérieure à la contribution cumulée du Gouvernement central (0,1%) et des Gouvernements provinciaux (0,1%).

<sup>50</sup> Sources : Estimation INS

**FIGURE 6.1 : DEPENSES DE SANTE DE LA REPRODUCTION PAR SOURCES DE FINANCEMENTS, RDC 2008**



**TABLEAU 6.3 : DEPENSES DE SR PER CAPITA PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN USD, 2008**

	Valeurs
Dépenses de santé de la Reproduction per capita _ ménages 2008	5,69
Dépenses de santé de la Reproduction per capita _ Gouvernement 2008	0,02
Dépenses de santé de la Reproduction per capita _ RDM 2008	2,66
Dépenses des ONGs et Fondations nationales	0,004

### 6.5.2 AGENTS DE FINANCEMENT

L'utilisation des ressources allouées à la santé de la Reproduction en RDC est essentiellement réalisée par 4 grands mécanismes : (i) des transferts aux entités publiques (Ministère de la Santé Publique et autres Ministères), (ii) des transferts aux ONGs, (iii) le paiement direct des ménages et (iv) des transferts aux agences de la coopération internationale. (Annexe D montre le flux des fonds SR des Sources de financement vers les Agents de financement.)

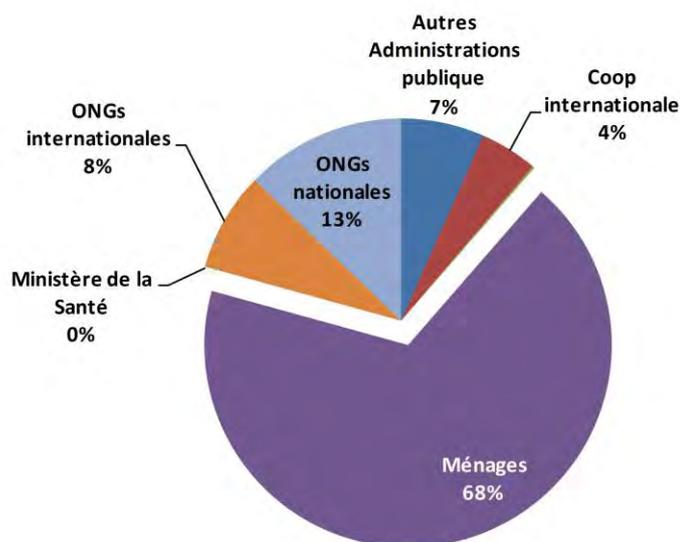
Les ressources des ménages pour la Santé de la Reproduction sont réalisées essentiellement par paiement direct aux prestataires de soins et services. Les principaux postes de dépenses des ménages étant l'accouchement (82% de la dépense de SR des ménages), l'acquisition de médicaments (9% de la dépense de SR des ménages) et les Soins prénatals (5% de la dépense de SR des ménages).

La coopération internationale qui finance près de 31% des dépenses de SR, transfère 41% de ressources aux ONGs nationales, 23% ONGs internationales, 21% aux entités gouvernementales et 15% aux agences de la coopération internationale. Les ressources de la coopération internationale servent essentiellement à l'acquisition et à la distribution de biens de santé de la reproduction tels que : les préservatifs, contraceptifs, etc... (42%), et à l'administration des services non publics à charge des questions de Santé de la Reproduction (41%), à savoir les ONGs et les agences de la coopération bi et multilatérale.

Les ressources du Gouvernement central pour la santé de la Reproduction (0,1% de la DT SR) sont utilisées uniquement par le Ministère de la Santé Publique.

En somme, le transfert aux prestataires des ressources allouées à la SR en RDC se réalise à 68% par le biais des ménages, 13% à travers les ONGs nationales, 8% à travers les ONGs internationales et à 6% à travers l'administration publique.

**FIGURE 6.2 : DEPENSES DE SANTE DE LA REPRODUCTION  
PAR AGENTS DE FINANCEMENT, RDC 2008**



### 6.5.3 FINANCEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Les prestataires sont les utilisateurs finaux des ressources allouées à la santé de la reproduction. Ils produisent ou mettent à la disposition de la population les biens et services de SR.

La distribution des ressources totales allouées à la SR en RDC se présente comme suit :

Les structures du niveau opérationnel utilisent 69% de la DT SR, dont 22 % aux hôpitaux, 40% aux centres des soins ambulatoires et 7% aux autres prestataires de soins ambulatoires et aux détaillants de médicaments.

Les structures d'accompagnement et de régulation (niveau provincial et central) utilisent 30% de la DT SR, dont :

- 12% est utilisé par les institutions non publiques chargées de l'administration de la santé (ONGs, bailleurs, ...)
- 0,02% pour l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique (Cabinet+ SG+13 directions+ IIDPS)
- 18% alloué à la fourniture et la gestion des Programmes de Santé de la Reproduction. Ceci englobe toutes les entités ayant à charge la coordination, le suivi et la supervision des activités et interventions de Santé de la Reproduction

### 6.5.4 ANALYSE FONCTIONNELLE DES DEPENSES POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC

La plupart des dépenses pour la santé de la Reproduction sont consacrées aux soins curatifs (65%), suivies par programmes de santé publique et de prévention (16%), et l'acquisition de médicaments et de biens pour la SR (6%).

Les dépenses pour les soins curatifs principalement orientées vers l'accouchement (86% des dépenses curatives). Des prises en charge des violences sexuelles représentent 5% des dépenses curatives, suivies des CPN 4% et des soins obstétricaux pour accouchement difficiles et les soins gynécologiques (3%). Les Soins postnatals représentent moins de 0,01% des dépenses curatives.

Les dépenses pour les programmes de santé publique et de prévention (16% de la DT SR), quant à elles se distribuent essentiellement entre les dépenses pour les activités de lutte contre VIH et les grossesses précoces (14% de la DT SR), les services de planning familiale (1%) et l'apport de micronutriment aux femmes enceintes (0,5% de la DT SR).

Les dépenses pour l'acquisition de biens médicaux de SR, sont consacrées principalement à l'achat de médicaments dans le cadre de soins gynécologiques, soins pré et postnatals. L'achat de médicaments est supporté essentiellement par les ménages et ce par paiement direct.

En somme, les ressources dédiées à la santé de la reproduction sont principalement consacrées à : l'accouchement (56% de la DT SR) et lutte contre VIH et les grossesses précoces (14% de la DT SR).

Bien que la CPN et la CPON participent considérablement à la prévention des complications postnatales et à la mortalité maternelle, l'on note que très peu de ressources sont affectées à ces activités. En effet les dépenses pour la CPN et la CPON représentent chacune 0,4% de la DT SR.

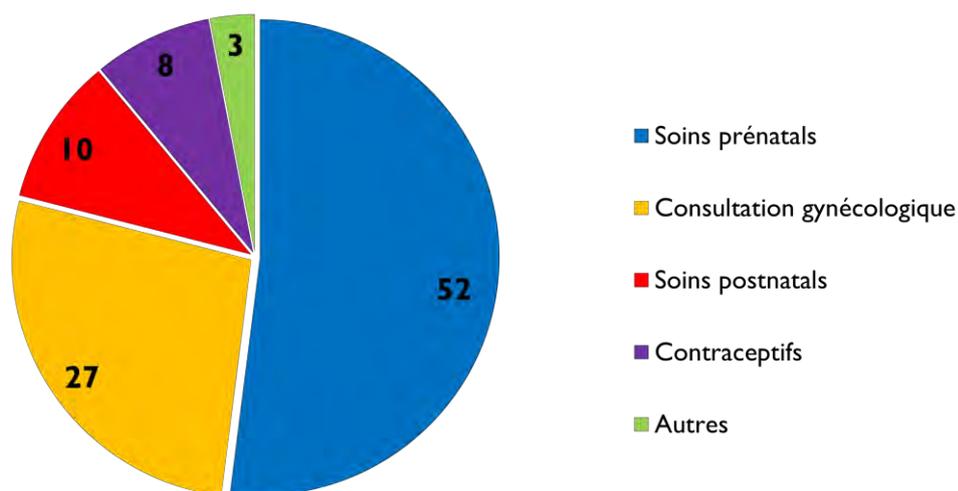
Il en est de même pour la supplémentation en micronutriment pour les femmes enceintes et les soins obstétriques pour accouchement compliqué et urgences dont les dépenses représentent respectivement 0,65% et 0,42% de la DT SR.

Par ailleurs, il est à souligner que très peu de ressources sont allouées à la formation et à la sensibilisation de la population en matière de santé de la reproduction, environ 0,001% de la DT SR. Cet état de fait pourrait expliquer la faible utilisation des services de santé de la reproduction par les communautés et la qualité peu performante des services offerts par les prestataires.

En termes d'utilisation de service spécifique de santé de la reproduction par les ménages, l'on a en moyenne de 0,24 accouchements par ménage par an. L'analyse de l'utilisation des autres services et soins SR révèle que les soins prénatals représentent le service le plus utilisé par les femmes en âge de procréer (52 %), suivie des consultations gynécologiques (27 %) et des consultations post natal (10%). L'utilisation des services et biens de contrôle des naissances (contraceptif, le préservatif et autres services de planification familiale) représentent environ 8% des recours aux soins SR. La figure 27

Les déclarations de recours aux soins prénatals sont plus nombreuses en milieu rural (54%) qu'en milieu urbain (46%). Selon la province, des écarts importants apparaissent : le niveau de déclarations varie entre 37% au Maniema et 60% à l'Equateur. Alors qu'on ne note aucune différence notable entre le milieu urbain et le milieu rural pour ce qui concerne les consultations gynécologiques, l'on observe par contre des disparités entre les provinces, avec un niveau minimal de 15% des déclarations dans le Bandundu contre un niveau maximal de 40% de déclarations dans le Maniema.

**FIGURE 6.3 : STRUCTURE DE LA MORBIDITE EN SOINS/SERVICES SPECIFIQUES DE SANTE DE LA REPRODUCTION, RDC, 2010**



## 6.6 FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES DE SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC

Les activités prioritaires de santé de la reproduction en RDC<sup>51</sup> sont : l'accouchement, la supplémentation en micronutriment, les soins prénatals, les soins postnatals, les soins obstétricaux pour accouchements compliqués et le planification familiale.

Comme souligné dans la section 6.5.1, l'accouchement est essentiellement supporté par les ménages, et se ce, par paiements directs aux prestataires. L'accouchement constitue l'activité budgétivore de la santé de la reproduction. Les dépenses pour l'accouchement se décomposent comme suit : 26% pour les frais d'hospitalisation pour accouchement ; 25% pour l'achat de kit d'accouchement ; 20% pour les honoraires du prestataire, 10% pour l'achat des médicaments et 20% pour les autres rubriques.

Le coût de l'hospitalisation systématique pendant 3 jours voir une semaine de la mère pour raison d'observation et le kit d'accouchement constituent un véritable fardeau pour les ménages. Une réduction de ce temps d'observation, qui dans de nombreux pays africains se limite à 6 heures, pourrait réduire drastiquement les dépenses de santé des ménages pour la santé de la reproduction.

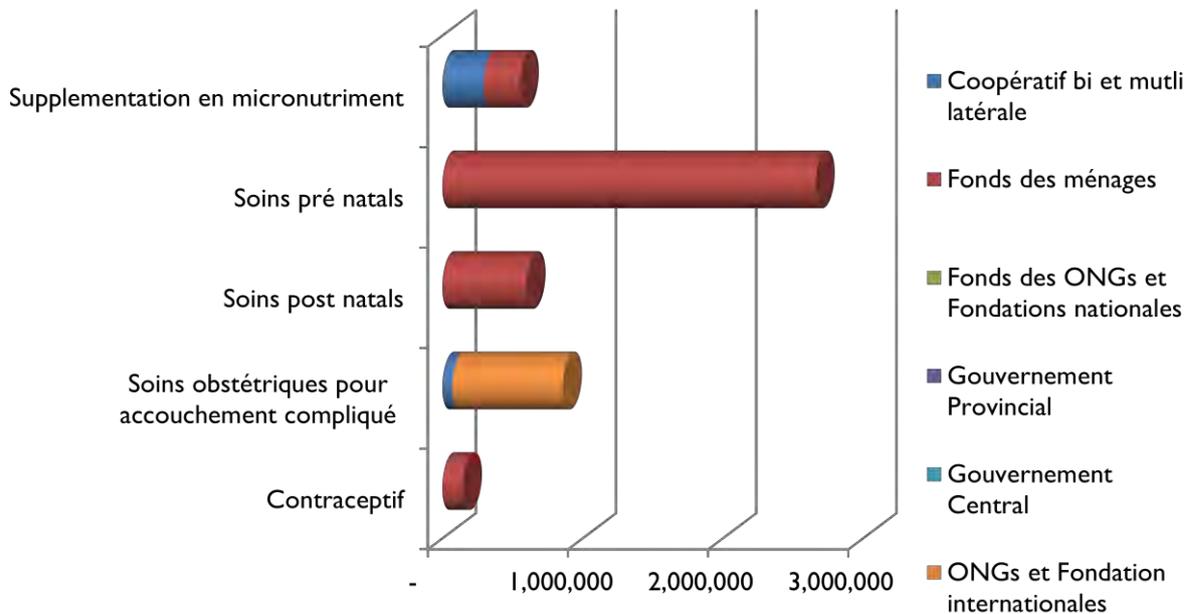
Le financement de la supplémentation en micro nutriment est assuré à niveau égal par la coopération internationale et les ménages. La contribution des ménages contraste avec la politique nationale en la matière qui veut que la supplémentation en micronutriments soit gratuite en RDC. L'apport des ménages démontre la prise de conscience de la population sur l'importance de cette intervention.

Les soins pré-natals, post-natals et la contraception sont financés exclusivement par les ménages. Le niveau limité des revenus de la population justifierait alors le faible taux d'utilisation des soins post-natals et de la contraception.

Les soins obstétricaux pour accouchement compliqué sont essentiellement financés par le reste du monde à raison de 92% pour les ONGs et Fondations Internationales et 8% pour la coopération bi et multilatérale.

<sup>51</sup> D'après le Programme national de Santé de la Reproduction (PNSR)

**FIGURE 6.4 : SOURCES DE FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES DE SANTE DE LA REPRODUCTION EN RDC**



La contribution du gouvernement congolais est quasi nulle pour l'ensemble des activités prioritaires de santé de la reproduction bien qu'il ait inscrit la réduction de la mortalité parmi les objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté en RDC.

## 6.7 RESUME ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'analyse du sous compte « santé de la reproduction » révèle une forte dépendance vis-à-vis des ménages (68%) et de la coopération internationale (31%) pour le financement des activités de la santé de la reproduction en RDC. Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'essentiel du fardeau des dépenses pour la SR est supporté par les ménages (68%) face à une contribution extrêmement faible du Gouvernement (0,2%).

La structure du financement de la Santé de la reproduction en RDC amène à s'interroger sur la pérennité des actions pour la santé de la reproduction car essentiellement basé sur le financement des ménages dont 70% vivraient en dessous du seuil de pauvreté, avec des revenus stationnaires dans un contexte d'inflation galopante.

Les ménages dépensent environ \$ 5,69 par femme en âge de procréer, soit 30 fois plus que le Gouvernement qui investit \$0,02 seulement. La part des ménages dans le financement des dépenses de SR est très importante et est réalisées essentiellement pour l'accouchement (82% de la dépense des ménages pour la SR).

Cependant, il est utile de s'interroger sur l'adéquation des tarifs appliqués aux ménages pour l'acquisition des biens et services de SR avec le cout réel desdits services. En d'autres termes, est-il juste d'investir \$ 5,69 par femme en âge de procréer quand on voit la qualité des services fournis? Comment atteindre l'efficacité et l'efficience des ressources investis pour la santé de la reproduction ? Le fait que le ménage dépense 30 fois plus que le gouvernement est-il équitable? Quelle approche/mécanisme mettre en place pour amener le Gouvernement à investir davantage dans la santé de la reproduction?

De ce qui précède, Il serait donc souhaitable que l'Etat investisse plus dans le financement de la santé de la reproduction notamment : approvisionnement régulier en médicaments et intrants spécifiques, kit d'accouchement, supplémentation en micronutriments.

La mise en observation de longue durée (3 jours à une semaine) des parturientes, contribue à alourdir le fardeau des ménages. Il sera donc utile que l'Etat envisage la révision de la gestion de l'accouchement en RDC. Mais aussi l'Etat pourrait envisagé une subvention de l'accouchement ou une régulation des prix appliqués..

Les ressources du RDM constituent l'une des principales sources de financement de la SR. Environ 41% des ressources du RDM sont allouées à l'administration des institutions non publiques impliquées dans la SR. Il serait donc souhaitable que les ressources mobilisées soient orientées vers les activités prioritaires de SR et ce, en concertation avec les Programmes Nationaux ayant en charge la santé de la reproduction, notamment le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA).



# 7. RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH/SIDA

## 7.1 INTRODUCTION

La prévalence du VIH/SIDA en RDC varie en fonction de la source des données. Les données de la sérosurveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles indiquent que celles-ci est restée relativement stable entre 2001 et 2006, période au cours de laquelle la prévalence a varié autour de 4%. Celles obtenues des centres offrant les services de la PTME indiquent une prévalence relativement faible variant entre 2% et 3,2% entre 2003 et 2007. Cependant, l'enquête EDS+ a montré une prévalence de 1,3% dans la population générale.

Vu la faible couverture nationale en ARV très peu de PVVIH y ont accès (estimé 9%<sup>52</sup>). Seulement 1,6 % des femmes VIH+ enceintes bénéficient de la prophylaxie anti rétrovirale<sup>53</sup>.

## 7.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DU SOUS COMPTE VIH/SIDA

Pour faire face aux énormes défis de l'accessibilité aux soins et services VIH, le Ministère de la Santé Publique a besoin, en plus des données épidémiologiques, d'avoir une solide compréhension de l'organisation et du financement des activités et soins VIH en RDC. Ceci implique une bonne connaissance du niveau et de la nature des dépenses des entités du secteur public, des partenaires au développement et du secteur privé, en particulier des ménages.

Ainsi, afin d'avoir une meilleure compréhension du financement du VIH de la lutte contre le VIH/SIDA, le gouvernement de la RDC a procédé à une sous-analyse VIH afin de suivre les flux de ressources allouées au VIH en 2008.

De manière spécifique, cette analyse vise à:

- Fournir des informations clés de dépenses pour les décideurs politiques nationaux, les bailleurs et autres parties prenantes pour une meilleure planification stratégique des soins et activités VIH
- Identifier toutes les sources et les utilisations des flux financiers pour le VIH dans le cadre des dépenses de santé globales du système

A cet effet, le sous compte VIH a été conçu pour répondre aux questions stratégiques suivantes:

- Combien a été consacré aux soins et activités de lutte contre le VIH?
- Quelle proportion du financement du VIH provient des ménages?
- Quelle est la dépendance des bailleurs pour les activités de lutte contre le VIH, et en particulier pour les activités prioritaires de la lutte contre le VIH?

## 7.3 CONCEPT ET CHAMP D'APPLICATION DU SOUS COMPTE VIH/SIDA

A l'instar des dépenses générales de santé, le sous-compte VIH a utilisé la nomenclature et la méthodologie des CNS pour estimer les flux de l'ensemble des ressources allouées à la lutte contre le VIH en RDC. Quatre tableaux de ont été produits.

Les activités retenues pour la sous analyse VIH 2008 en RDC sont les suivantes :

<sup>52</sup> Selon le rapport UNGASS 2010 réalisé par le PNMLS, le pourcentage d'adulte et d'enfant VIH sous antirétroviraux s'estimait à 9% en 2008, et à 12,4 % en 2009.

<sup>53</sup> PNMLS 2006

- Les dépenses de santé spécifiques au VIH :
  - Traitement ARV
  - Médicaments pour les IO
  - Antituberculeux
  - Conseils et examens volontaires
  - Préservatifs
  - Examens de laboratoire
  - Gestion des IST
  - Hospitalisation
  - Imagerie diagnostique
  - CCC
  - Sécurité sanguine
  - Soins ambulatoires
  - Soutien nutritionnel
  - Formation de capital
- Les dépenses couvrant à la fois VIH et Santé de l'enfant (ex: PTME)
- Les dépenses couvrant à la fois VIH et Santé de la reproduction (ex: Distribution de préservatif)
- Les dépenses non santé liées au VIH (OEV, AGR). Elles constituent la catégorie Addendum

## 7.4 AGREGATS GENERAUX DEPENSES VIH EN RDC

La dépense totale pour le VIH en 2008 est estimée à environ \$ 176 671 721 dont \$170 225 919 alloués aux dépenses de santé spécifiques au VIH, soit \$ 223,53 par PVVIH, et \$ 6 445 802 alloués dépenses non santé liées au VIH (OEV, AGR), soit 4% de la DT VIH.

Les analyses des sections à venir porteront essentiellement sur les dépenses de santé liées au VIH.

Le financement des services et soins de Santé spécifique au VIH en 2008 a été principalement assuré par le RDM (50,1%) et les ménages (49,8%). La contribution du Gouvernement est extrêmement faible. Elle représenterait moins de 0,01% et se limite uniquement au salaire du personnel des administrations publiques ayant en charge la lutte contre le VIH.

Les ressources allouées aux activités et soins de santé spécifiques au VIH sont consacrés principalement aux soins ambulatoires pour PVVIH (16%), suivis de l'hospitalisation des PVVIH (11%), des examens de laboratoire (6%), des médicaments pour les infections opportunistes (6%) et de l'imagerie médicale (6%).

## 7.5 FLUX FINANCIERS POUR LES DEPENSES DE SANTE LIEES AU VIH/SIDA EN RDC

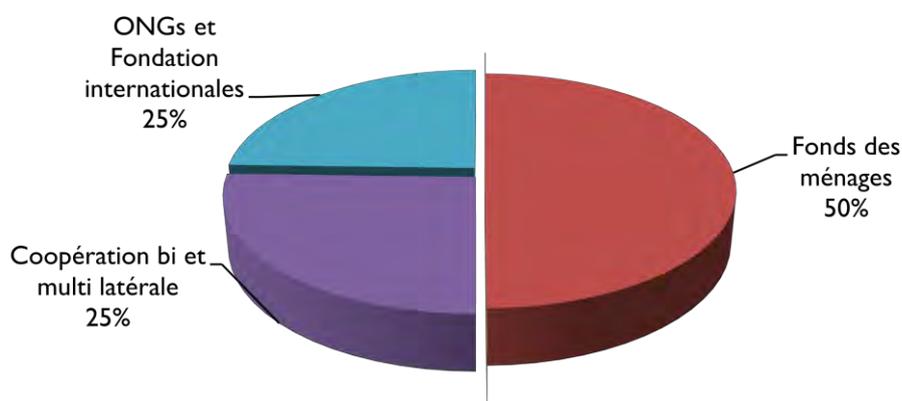
### 7.5.1 SOURCES DE FINANCEMENT

La dépense totale de santé pour le VIH SIDA en 2008 est estimée à \$170 225 919 soit \$ 223,53 par PVVIH. Les dépenses de santé liées à la lutte contre le VIH-SIDA sont financées essentiellement par les fonds du RDM à raison de \$113 par PVVIH/sida, soit 50,1% de la DT VIH ainsi que par les fonds des ménages estimés à 112, soit 49,8% de la DT VIH/sida.

La contribution du Gouvernement est extrêmement faible. Elle représente 0,01%. En effet, l'analyse de dépenses de santé liées au VIH/sida de 2008 n'a pu clairement isoler les dépenses spécifiques du

Gouvernement congolais pour la lutte contre le VIH/sida. Celles-ci se limitent uniquement au salaire du personnel des administrations publiques ayant en charge la lutte contre le VIH/sida.

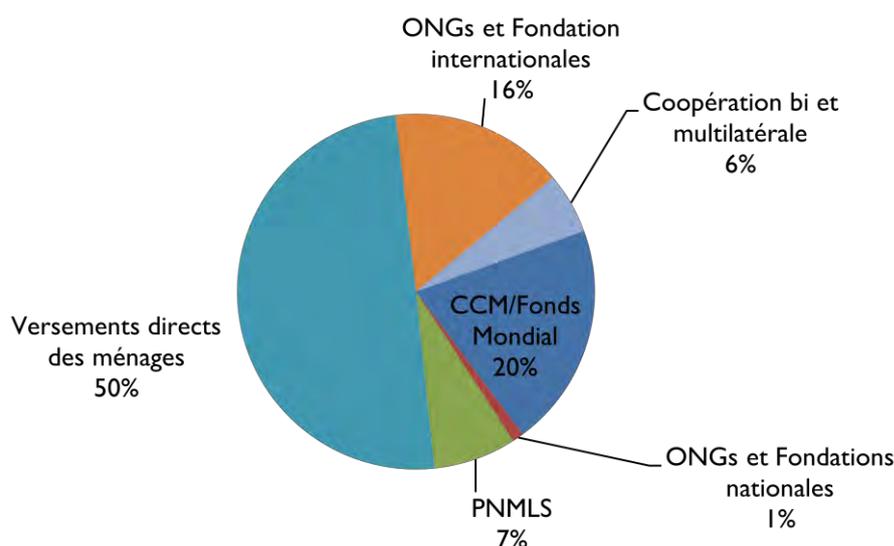
**FIGURE 7.1 : SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE VIH EN RDC, 2008**



### 7.5.2 AGENTS DE FINANCEMENT

L'utilisation des ressources allouées à la lutte contre le VIH en RDC est essentiellement réalisée par 4 grands mécanismes : (i) des transferts aux entités publiques (Ministère de la Santé Publique et autres Ministères), (ii) des transferts à des ONGs, (iii) le paiement direct des ménages et (iv) des transferts aux agences de la coopération internationale. (Annexe I, tableau 5, montre le flux des fonds de VIH/sida des Sources de Financement vers les Agents de Financement).

**FIGURE 7.2 : AGENTS DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE VIH EN RDC, 2008**



Les ressources des ménages pour les soins et services VIH/sida sont réalisées essentiellement par paiement direct aux prestataires de soins. Les dépenses de VIH/sida des ménages ont été consacrées aux soins ambulatoires (31% de la dépense des ménages), suivis de l'hospitalisation (23% de la dépense des ménages), des examens de laboratoire (12% de la dépense des ménages), de l'acquisition de médicaments pour le traitement des infections opportunistes (12% de la dépense des ménages) et de l'imagerie médicale (12% de la dépense des ménages).

Outre ces postes de dépense, les ménages ont également, dans une moindre mesure, consacré des ressources à l'acquisition des préservatifs (4% de la dépense des ménages), aux ARV (1% de la dépense des ménages) et à l'acquisition d'antituberculeux (1% de la dépense des ménages).

La contribution du RDM à la lutte contre le VIH/sida en RDC, s'exécute principalement à travers les entités publiques (53%) à savoir le CCM et le PNMLS, suivies des agences de la coopération internationale (31%) et des ONGs internationales (12%).

Les ressources gérées par les entités publiques servent à l'administration de ces structures (61%), au traitement antirétroviral (12%) et à l'IEC (9%).

Quant aux ressources gérées par les agences de la coopération internationale et les ONGs internationales, elles sont allouées principalement à l'appui nutritionnel des PVVIH (14%), au traitement antirétroviral (9%), à l'IEC (7%) et à l'administration (5%)<sup>54</sup>.

En résumé, les entités publiques et les agences de la coopération internationale orientent prioritairement les ressources mobilisées pour la lutte contre le VIH/sida vers l'administration, le traitement antirétroviral et l'IEC. L'intervention financière des ménages dans la lutte contre le VIH/SIDA quant à elle gravite autour du traitement antirétroviral et des Infections Opportunistes (IO) des PVVIH. Les familles suppléent au financement des services du paquet du traitement antirétroviral et IO non supportées ou insuffisamment subventionnés par les ressources extérieures, dont principalement les soins ambulatoires et l'hospitalisation des PVVIH, le suivi biologique, l'acquisition de médicaments pour le traitement des infections opportunistes et l'imagerie médicale sans minimiser l'appui nutritionnel des PVVIH.

### 7.5.3 FINANCEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS ET SERVICES VIH

Les prestataires sont les utilisateurs finaux des ressources allouées à la lutte contre le VIH/sida. Ils produisent ou mettent à la disposition de la population les biens et services liés à la lutte et/ou au traitement du VIH/sida.

La distribution des ressources totales allouées au VIH en RDC se présente comme suit :

- Les structures du niveau opérationnel utilisent 59% de la DT santé VIH, dont 31 % au niveau des Centres de soins ambulatoires, 23 % au niveau des hôpitaux, environ 2% au niveau de prestataires de médecine traditionnelle et des prestataires de médecine alternative représentent et 3% aux détaillants de médicaments.
- 20% alloué à la fourniture et la gestion des Programmes de la lutte contre le VIH. Ceci englobe toutes les entités ayant à charge la coordination, le suivi et la supervision des activités et interventions de lutte contre le VIH en RDC.

Il convient de noter que les institutions de recherche ont bénéficié moins de 1% du financement. Ceci démontre le faible intérêt pour la recherche en VIH/sida en RDC.

---

<sup>54</sup> Cette proportion est sous estimée, car environ 37% des dépenses réalisées par les agences de la coopération internationale et des ONGs internationales est non spécifié. Les dépenses non spécifiées pour inclure les frais d'administration de ces entités.

#### 7.5.4 ANALYSE FONCTIONNELLE DES DEPENSES POUR LA SANTE LIEES AU VIH EN RDC

Les fonctions sont les types de biens et services fournis ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité des Comptes Nationaux de la santé. Dans le cadre de la sous analyse VIH, elles comprennent les activités de prévention, les soins et les traitements, mais également les autres services sanitaires et non liés aux soins VIH.

Pour la lutte contre le VIH/sida en RDC en 2008, les ressources mobilisées (provenant aussi bien des ménages que du RDM) ont été orientées vers quatre fonctions principales, à savoir : les soins ambulatoires (25,3%), l'administration de la santé (18,3%), les activités de prévention (12,9%) et l'hospitalisation (11,4%).

L'analyse des fonctions agrégées donne les soins ambulatoires comme principal poste de dépenses de santé de la lutte contre le VIH (25%). Cependant si l'on passe à une analyse des activités composant les «soins ambulatoires<sup>55</sup>», l'on note que les soins curatifs pour PVVIH et le traitement VIH (antirétroviraux) en ambulatoire ont représenté respectivement 8,21% et 5,85% de la DT santé liées au VIH.

Par ailleurs les activités pouvant permettre l'adhérence des patients aux traitements sont faiblement financées. Il s'agit du soutien psychosocial (y compris soins à domicile) et de soutien nutritionnel qui ne sont financés qu'à la hauteur de 0,3% et de 3,22%.

Les médicaments et biens médicaux utilisés pour le VIH représentent 9% de la DT santé VIH. L'acquisition des préservatifs représente uniquement 2% de la DT santé VIH. Ceci explique la faible couverture d'utilisation des préservatifs.

Les ressources consacrées aux explorations paramédicales s'estiment à environ 8,3% et comprennent les examens biologiques et radiographiques.

Les investissements et la recherche sont faiblement financés. Leurs financements s'estiment respectivement à 0,17% et à 0,68% de la DT santé VIH.

En résumé, l'essentiel des financements pour la lutte contre le VIH a été affecté vers les activités curatives, à la gestion des programmes de santé au détriment des activités de prévention de la transmission de VIH. Par exemple, le financement de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, de la sécurité transfusionnelle et des activités de CCC a représenté en 2008 respectivement 1,43%, 0,25% et 4,23%.

#### 7.6 FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES DE LUTTE CONTRE LE VIH

Les activités prioritaires de santé dans la lutte contre le VIH en RDC sont : le traitement aux antirétroviraux, la sécurité transfusionnelle, la prévention de la transmission mère en enfant (PTME) et les examens biologiques et de diagnostique.

Le traitement antirétroviral est financé essentiellement par la coopération internationale, notamment la Banque mondiale à travers le projet MAP, ainsi que les ONGs et initiatives internationales telles que le Fond Mondial et la fondation Clinton. L'on note également une contribution des ménages, qui consiste en fait en une contribution pour le fonctionnement des sites assurant le traitement aux antirétroviraux. En effet dans la plupart des projets VIH, les intrants VIH sont fournis aux structures de soins sans inclure le fonctionnement. Dans un contexte où l'Etat n'assure pas le fonctionnement des structures de soins, celles-ci imposent aux PVVIH la participation au fonctionnement.

La sécurité transfusionnelle et la PTME qui sont des éléments clés dans la prévention du VIH/sida. Elles sont financées uniquement par la coopération internationale. Ces financements servent principalement aux intrants pour la sécurisation des poches de sang et la PTME. La sécurité

---

<sup>55</sup> Ceci inclus les traitements aux antirétroviraux, les soins palliatifs ambulatoires, le soutien nutritionnel, le soutien psychosocial, le traitement des IO, les soins curatifs des PVVIH

transfusionnelle est une de piste de lutte contre la transmission du VIH. Cependant, comme le présente la figure 26, les ressources allouées à la sécurité transfusionnelle sont faibles. Aussi la sécurité transfusionnelle n'est pas assurée dans tous les hôpitaux et l'on note des ruptures d'intrants.

Les examens biologiques et de diagnostic accompagnent la prise de décision de mise sous ARV, mais aussi le suivi du patient sous ARV. En effet certaines réactions dangereuses aux antirétroviraux peuvent survenir durant le traitement aux ARV. Celles-ci peuvent être identifiées et corrigées très tôt grâce au suivi biologique. Malgré l'importance des examens biologiques et de diagnostic dans le traitement aux ARV, aucun projet VIH jusqu'en 2010<sup>56</sup> ne les prend en compte. Ils sont principalement à la charge des ménages.

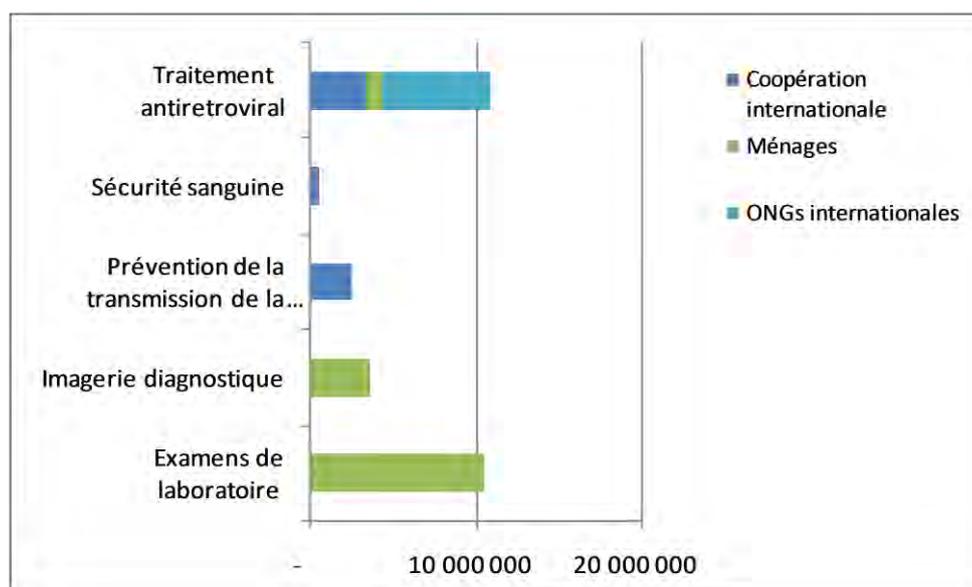
Le round 8 Fonds Mondial prévoit la prise en charge des examens biologiques. Cependant, avec les ruptures fréquente d'intrant et l'absence de prime payée au personnel de santé en charge des examens biologiques, les structures de santé factures les PVVIH afin d'assurer l'approvisionnement en intrant et la « motivation » du personnel de santé.

Dans les structures où une prime payée au personnel de santé en charge des examens biologiques, ceux-ci la jugent insuffisante. A ceci s'ajoute la question de rupture de stock d'intrant. La gratuité est donc partielle. Elle est effective uniquement pour les examens moins coûteux à savoir l'hémogramme. Cependant les examens plus coûteux, à savoir ceux liés à la fonction rénale ; à la fonction hépatique et aux CD4 sont entièrement facturés au patient.

L'étude sur les dépenses de santé des PVVIH a révélé que 41% des dépenses des PVVIH sont réalisées grâce aux dons et aides de proches, 32% grâce aux ressources propres (salaires + épargne) des PVVIH, 17% par la vente de biens et 10% par des emprunts.

Dans un contexte où seulement 32% des dépenses des PVVIH sont assurés par les ressources propres des PVVIH dont environ 43% sont sans emploi, et vu l'importance des examens biologiques et de diagnostic, il est impérieux que le suivi biologique ne reste pas à la charge unique des ménages.

**FIGURE 7.3 : FINANCEMENT DES ACTIVITES PRIORITAIRES DE SANTE DE LUTTE CONTRE LE VIH**



<sup>56</sup> Le round 8 Fonds Mondial prévoit la prise en charge des examens biologiques. Le volet médical du round 8 Fonds Mondial a effectivement débuté en 2010.

## 7.7 RESUME ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'analyse de sous-compte VIH/sida révèle que 96% des dépenses pour la lutte contre le VIH sont destinés aux dépenses de santé spécifiques au VIH, et 4% aux dépenses non santé liées au VIH (OEV, AGR).

Le financement des services et soins de santé spécifiques au VIH en 2008 est principalement assuré par le RDM (50,1%) et les ménages (49,8%). La contribution du gouvernement est extrêmement faible ne représente moins de 0,01% et se limite uniquement au salaire du personnel des administrations publiques ayant en charge la lutte contre le VIH.

Les ressources mobilisées (provenant aussi bien des ménages que du RDM) sont orientées vers quatre fonctions principales, à savoir : les soins ambulatoires<sup>57</sup> (25,3%), l'administration de la santé (18,3%), les activités de prévention (12,9%) et l'hospitalisation (11,4%).

L'essentiel des financements pour la lutte contre le VIH est affecté aux activités curatives, à la gestion des programmes de santé, au détriment des activités de prévention de la transmission de VIH. En effet, en 2008, le financement d'activités clés de prévention telles que la PTME, la sécurité transfusionnelle et les activités de CCC ont été respectivement de 1,43%, 0,25% et 4,23%.

Les investissements et la recherche sont faiblement financés. Leurs financements s'estiment respectivement à 0,17% et à 0,68% de la DT santé VIH.

Au vu des constats qui précèdent, afin de rendre plus efficace et pérenne les activités de lutte contre le VIH en RDC, il s'avère impérieux que le gouvernement contribue véritablement au financement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Par ailleurs, étant donné que les financements des principaux bailleurs de la lutte contre le VIH ne sont pas garantis pour les années à venir<sup>58</sup>, si le gouvernement ne s'engage pas à remplacer les financements jusqu'à lors réalisés par les bailleurs, la situation de lutte contre le VIH en RDC deviendrait catastrophique.

En effet, environ 70% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, (ii) 41% des dépenses des PVVIH sont réalisées grâce aux dons et aides de proches. En plus, seulement 32% des dépenses de santé des PVVIH sont réalisées grâce aux ressources propres (salaires + épargne) dont 43% seraient sans emploi.

L'amélioration de l'accessibilité aux traitements ARV est primordiale, mais des efforts doivent également être réalisés pour la subvention des traitements contre les IO, la prophylaxie et le suivi biologique.

Par ailleurs, lors de la planification des dépenses pour la lutte contre le VIH, les différents projets devraient orienter plus de ressources vers les activités de prévention que dans l'administration.

Le financement des activités non santé représente 4% du financement total de la lutte contre le VIH en RDC. Ce financement est-il suffisant ? Des études de coût et des analyses complémentaires sont nécessaires pour l'analyse de l'adéquation et la pertinence des dépenses pour les différentes activités..

---

<sup>57</sup> Ceci inclus les traitements aux antirétroviraux, les soins palliatifs ambulatoires, le soutien nutritionnel, le soutien psychosocial, le traitement des IO et les soins curatifs des PVVIH

<sup>58</sup> Le financement MAP de la Banque Mondiale prend fin en Mai 2011. Par ailleurs la RDC n'est pas retenue pour les rounds 9 et 10.



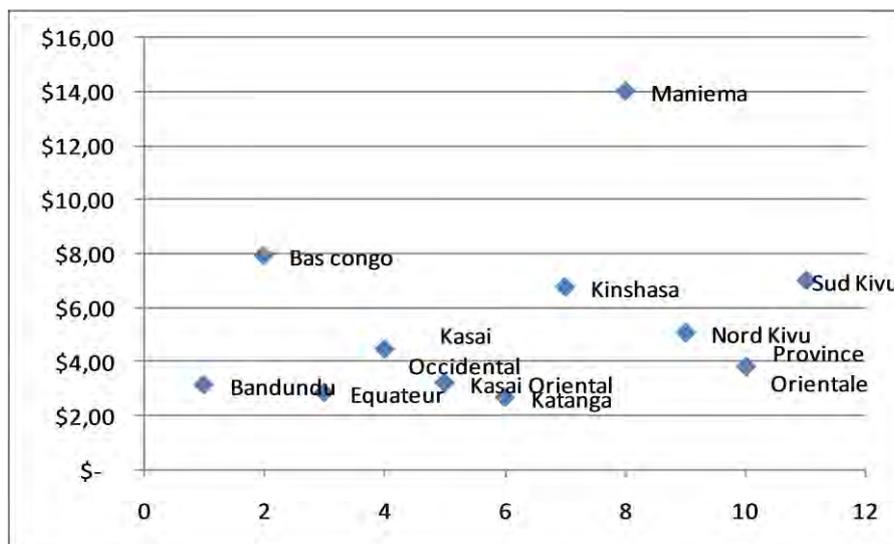
## 8. ANALYSE DES DEPENSES PAR PROVINCE

L'analyse des dépenses de santé par province a porté uniquement sur les dépenses des ménages et sur celles de l'Etat congolais. Les informations fournies par la coopération internationale et les ONGs ne donnent pas un niveau de désagrégation permettant une analyse par province.

### 8.1 DEPENSES DE SANTE DES MENAGES

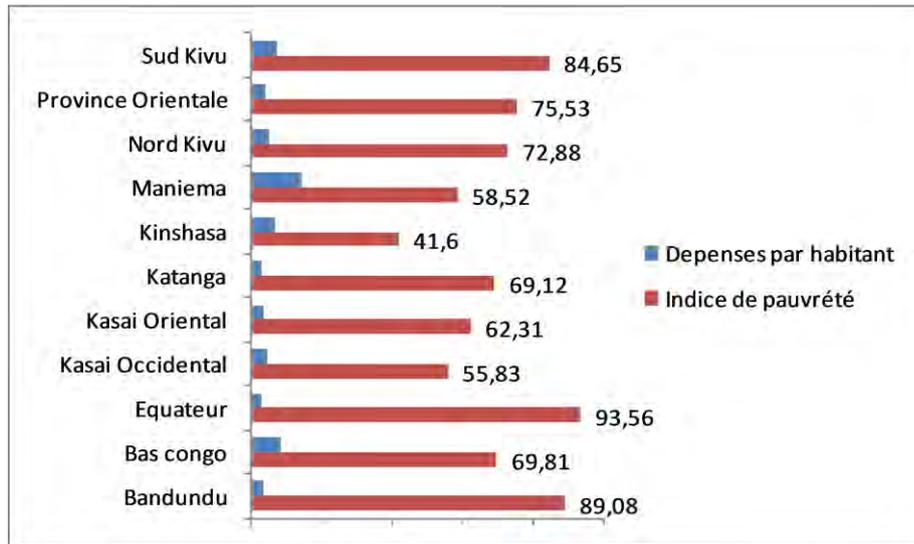
La dépense moyenne des ménages en RDC est de \$6 par habitant en 2008. Derrière cette moyenne se cache une forte disparité entre les Provinces, allant de \$2 à \$14 par habitant. C'est le cas du Bas Congo (\$8), de Kinshasa (\$6,77), du Maniema (\$14) et du Sud Kivu (\$7,01) qui enregistrent une dépense moyenne par habitant supérieure à la moyenne nationale.

FIGURE 8.1 : DEPENSE MOYENNE DE SANTE DES MENAGES PAR PROVINCE



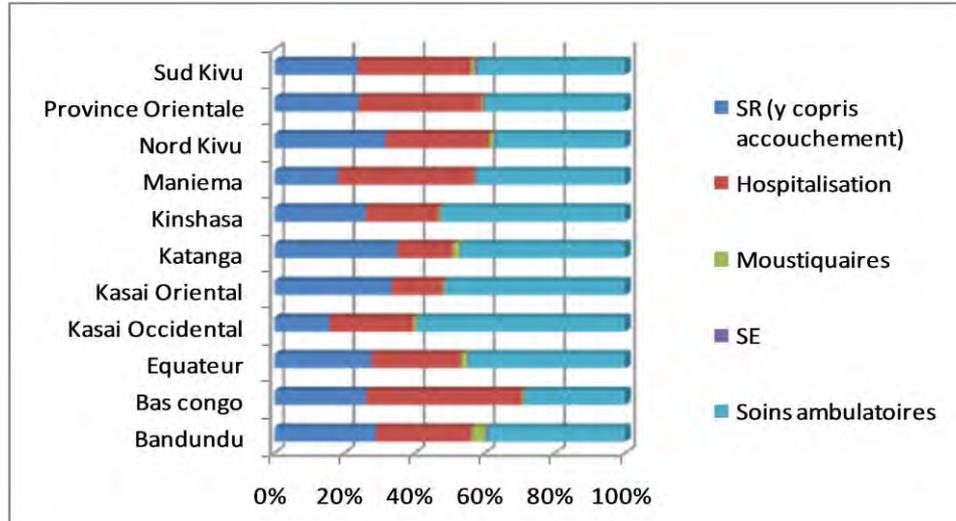
Une analyse croisée des dépenses de santé avec les indices de pauvreté spatiale en RDC, révèle que sur les quatre provinces à dépenses moyennes par habitant les plus élevées de la RDC, deux font partie des Provinces à indices de pauvreté très élevé, il s'agit du Sud Kivu et du Bas Congo.

**FIGURE 8.2 : DEPENSE MOYENNE DE SANTE DES MENAGES ET INDICE DE PAUVRETE PAR PROVINCE**



Le niveau de dépenses par fonction est sensiblement égal d’une province à l’autre en dehors du Maniema et du Bas Congo où l’on note des dépenses pour l’hospitalisation plus élevées que dans les autres provinces. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi la dépense moyenne de santé dans ces 2 provinces est plus élevée que la moyenne nationale.

**FIGURE 8.3 : ANALYSE FONCTIONNELLE DES DEPENSES DES MENAGES PAR PROVINCE**



## 8.2 DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE PAR PROVINCE

Comme mentionné dans les chapitres précédents, la contribution du Gouvernement central aux dépenses de santé en RDC est majoritairement constituée de la rémunération des agents de l'Etat fournissant des services et soins de santé.

Il ne serait donc pas approprié et pertinent d'effectuer une analyse des dépenses du Gouvernement central par province, car elle ne traduira pas un engagement spécial de l'Etat pour les soins et services de santé d'une province donnée, mais plutôt la répartition de la masse salariale par province.

A peine la moitié des Gouvernements provinciaux ont communiqué les dépenses qu'elles réalisent pour la santé de leur population. Bien que cette information soit partielle, l'on note que dans la plupart des Provinces ont le montant alloué à la santé n'excédant pas \$350 000. Leurs contributions restent extrêmement faibles.

**TABLEAU 8.1 : ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DES GOUVERNEMENTS CENTRAL ET PROVINCIAUX PAR PROVINCE EN USD**

Province	Gouvernements Provinciaux (2008)	Gouvernement Central (2008)	TOTAL (2008)	Population 2008	Dépenses gouv central/hbt (USD)	Dépenses gouv provincial /hbt (USD)
Bandundu	315 439	6 418 004	6 733 442	7 688 000	0,83	0,04
Bas Congo	ND	6 784 715	6 784 715	4 381 000	1,55	ND
Equateur	ND	5 963 709	5 963 709	6 990 000	0,85	ND
Kasai Occidental	185 630	3 507 074	3 692 704	4 906 000	0,71	0,04
Kasai Oriental	343 107	6 220 555	6 563 662	6 010 000	1,04	0,06
Katanga	ND	6 426 576	6 426 576	10 036 000	0,64	ND
Kinshasa	238 157	35 619 307	35 857 465	8 121 000	4,39	0,03
Maniema	ND	884 230	884 230	1 846 000	0,48	ND
Nord Kivu	1 820	3 091 883	3 093 702	5 268 000	0,59	0,00
Province Orientale	ND	3 265 653	3 265 653	7 672 000	0,43	ND
Sud Kivu	ND	2 331 104	2 331 104	4 568 000	0,51	ND
Niveau central		13 217 809	13 217 809		0,20	
Multi province		34 070 223	34 070 223			
NSK		378 425	378 425			
Total général	1 084 153	128 179 269	129 263 421			



# ANNEXE A : TABLEAUX CNS 2008

**TABLEAU AI : FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT, RDC, 2008, EN USD**

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.3.1	FS.3.2	<i>Total général</i>	
		Gouvernement Central	Gouvernement Provincial	Fonds des employeurs	Fonds des ménages	Fonds des ONGs et Fondations nationales	Coopération bi et multilatérale	ONGs et Fondation internationales		
HF.1.1.1.1	Ministère de la Santé	116 846 707			30 448 339		10 463 873	7 013 839	<b>164 772 757</b>	<b>19%</b>
HF.1.1.1.2	Autres Ministères et institution de l'Etat	11 332 562			215 180		24 753 536	67 104 043	<b>103 405 320</b>	<b>12%</b>
HF.1.1.3	Gouvernement provincial		1 084 153						<b>1 084 153</b>	<b>0%</b>
HF.2.5.2	Sociétés paraétatiques			37 452 882					<b>37 452 882</b>	<b>4%</b>
HF.1.2	INSS								-	<b>0%</b>
HF.2.1	Mutuelles de santé				722 902				<b>722 902</b>	<b>0%</b>
HF.2.2	Compagnies d'assurance								-	<b>0%</b>
HF.2.3	Ménages				335 351 871				<b>335 351 871</b>	<b>39%</b>
HF.2.4	ONGs et Fondations nationales			75 220		1 394 502	17 634 282	3 153 501	<b>22 257 504</b>	<b>3%</b>
HF.2.5.1	Compagnies et entreprises privées			33 939 937					<b>33 939 937</b>	<b>4%</b>
HF.3.1	Coopération bi et multilatérale						100 589 656		<b>100 589 656</b>	<b>12%</b>
HF.3.2	ONGs et Fondations internationales						45 047 125	15 717 744	<b>60 764 870</b>	<b>7%</b>
<b>Total général</b>		<b>128 179 269</b>	<b>1 084 153</b>	<b>71 468 039</b>	<b>366 738 291</b>	<b>1 394 502</b>	<b>198 488 472</b>	<b>92 989 127</b>	<b>860 341 852</b>	
		<b>15%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>43%</b>	<b>0%</b>	<b>23%</b>	<b>11%</b>		

**TABLEAU A2 : AGENTS DE FINANCEMENT PAR PRESTATAIRES CNS RDC 2008 (EN USD)**

	HF 1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.1.3	HF 1.2	HF 2.5.1	HF 2.1	HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4	HF 2.5.2	HF 3.1	HF 3.2	Total général	
	Ministère de la Santé	Autres Ministères et Institution de l'Etat	Gouvernement provincial	INSS	Sociétés parastatales	Mutuelles de santé	Compagnies d'assurance	Ménages	ONCS et Fondations nationales	Compagnies et entreprises privées	Coopération bilatérale	ONCS et Fondations internationales		
HP 1.1	Hopitaux													
HP 3.1	Cabinets de médecins	64 662 331						114 535 567	436 124	30 542 581	12 436 498	9 154 627	277 150 030	
HP 3.2	Cabinets de dentistes							352 227		2 036 172			2 388 399	
HP 3.3	Cabinet d'autres professionnels de santé									678 724			678 724	
HP 3.4.1	Centres de soins ambulatoires	22 738 730						1 353 257	597 486		30 998 727	5 378 659	228 923 012	
HP 3.5	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic							72 000		678 724			753 728	
HP 3.9.3.1	Traducteurs												9 337 480	
HP 3.9.3.2	Centre de soins ambulatoires chinois et autres												776 759	
HP 3.9.3.9	Autres prestataires de médecine alternative							426 520					426 520	
HP 3.9.9	Autres prestataires de soins ambulatoires							3 268 519					3 268 519	
HP 4.1	Pharmacies							23 014 469					23 014 469	
HP 4.9.1	Vente ur ambulants de médicaments							3 653 439					3 653 439	
HP 4.9.2	Boutique							165 131					165 131	
HP 4.9.9	Autre forme de vente au détail non spécifiée							4 037 875					4 037 875	
HP 5	Fourniture et gestion de médicaments de santé publique	14 231 638						209 353	2 275 811	3 735	30 891 553	25 234 891	122 042 492	
HP 6.1	Administration publique de santé	48 274 375						16 714			485 660	230 043	56 200 473	
HP 6.9	Autres institutions chargées de l'administration de la santé								18 912 383		11 376 614	3 217 079	55 161 976	
HP 7.2	Prestataires de services de soins à domicile							1 078 033				454 588	1 571 980	
HP 8.1	Institutions de recherche	14 701							9 050		1 613 604	131 901	1 834 241	
HP 8.2	Institutions d'enseignement et de formation										325 000	18 000	343 000	
HP 8.3	Autres institutions fournissent des services sanitaires connexes	342 384							15 500			562 826	3 003 138	
HP 9	Reste du monde	1 817 707											4 998 999	
HP rest type	Prestaire non-spécifié par type	12 690 891						16 337 005	11 150		12 862 002	16 362 255	59 238 191	
Total général		164 772 757	103 405 320	1 084 153	-	37 452 882	722 902	-	335 351 871	22 257 504	33 939 937	100 389 656	60 764 870	860 341 832
		19%	12%	0%	0%	4%	0%	0%	39%	3%	4%	12%	7%	

**TABLEAU A3 : AGENTS DE FINANCEMENT PAR FONCTIONS CNS RDC 2008, (EN USD)**

		HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2.5.1	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5.2	HF.3.1	HF.3.2	Total général	
		Ministère de la Santé	Autres Ministères et institution de l'Etat	Gouvernement provincial	INSS	Sociétés parétatiques	Mutuelles de santé	Compagnies d'assurance	Ménages	ONGs et Fondations nationales	Compagnies et entreprises privées	Coopération bi et multilatérale	ONGs et Fondations internationales		
HC.1.1	Hospitalisation	23 464 531	5 657 281	238 157		18 713 591			123 602 506	120 196	25 112 789	753 585	848 411	198 511 047	<b>23%</b>
HC.1.3	Soins curatif ambulatoire	50 535 674	10 307 833	102 142		18 737 591	722 902		46 335 356	489 931	8 144 688	9 430 203	8 552 142	153 358 462	<b>18%</b>
HC.1.4	Soins à domicile		39 559							15 954			454 388	509 900	<b>0%</b>
HC.2	Services de rééducation									5 000		1 283 382	2 700	1 291 082	<b>0%</b>
HC.4	Examen de labo et Imagerie diagnostic		3 004						20 091 306		678 724			20 773 034	<b>2%</b>
HC.5.1	Médicaments								136 889 918					136 889 918	<b>16%</b>
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux								7 049 079					7 049 079	<b>1%</b>
HC.6.1	Santé maternelle et infantile	7 337 486	7 418 195						683 604	929 009		53 009 712	20 687 315	90 065 320	<b>10%</b>
HC.6.3	Prévention de maladie transmissibles	4 970 901	43 170 913	20					126 737	1 153 691		2 952 772	12 132 108	64 507 141	<b>7%</b>
HC.6.4	Prévention de maladie non transmissibles	200	14 606							203				15 009	<b>0%</b>
HC.6.9	Autres Services de prévention et de santé publique	2 678 645		1 800					17 780	200			1 700	2 700 125	<b>0%</b>
HC.7.1.1	Administration générale de la santé	48 150 649	6 635 467	341 325					16 714			305 888	11 556	55 461 599	<b>6%</b>
HC.7.1.2	Administration générale de la santé (Autres Min et institution de l'Etat)	5 091												5 091	<b>0%</b>
HC.7.2.2	Administration générale de la santé (organismes privés)		23 250 126			1 700				19 409 143		11 379 089	2 761 190	56 801 247	<b>7%</b>
HC.nsk	Dépense de santé de nature non spécifiée	12 909 296	2 349 265	275 307					538 870	27 950	3 735	13 639 856	14 324 904	44 069 185	<b>5%</b>
HC.R1	Formation brute de capital	14 363 199	2 411 660	125 401						81 677		6 337 743	838 554	24 158 235	<b>3%</b>
HC.R2	Éducation et formation du personnel de santé											325 000	18 000	343 000	<b>0%</b>
HC.R3	Recherche et développement	14 701	64 985							9 050		1 172 428	131 901	1 393 065	<b>0%</b>
HC.R4	Contrôle sanitaires	342 384	2 082 428							15 500				2 440 312	<b>0%</b>
Total général		164 772 757	103 405 320	1 084 153	-	37 452 882	722 902	-	335 351 871	22 257 504	33 939 937	100 589 656	60 764 870	860 341 852	
		<b>19%</b>	<b>12%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>39%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>		

**TABLEAU A4 : PRESTATAIRES DE SOINS PAR FONCTIONS CNS RDC 2008 (EN USD)**

		HP.1.1	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4.1	HP.3.5	HP.3.9.3.1	HP.3.9.3.2	HP.3.9.3.9	HP.3.9.9	HP.4.1	HP.4.9.1	HP.4.9.2	HP.4.9.9
		Hôpitaux	Cabinets de médecins	Cabinets de dentistes	Cabinet d'autres professionnels de santé	Centres de soins ambulatoires	Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	Tradipraticien	Centre de soins ambulatoires chinois et autres	Autres prestataires de médecine alternative	Autres prestataires de soins ambulatoires	Pharmacies	Vendeur ambulants de médicaments	Boutique	Autre forme de vente au détail non spécifiée
HC.1.1	Hospitalisation	124 463 134			175 002	59 150 829		615 649	187 944	77 179	2 014 608	46 054			
HC.1.3	Soins curatif ambulatoire	81 139 551	2 246 580	678 724	459 813	59 933 291		2 659 895	218 662	329 421	19 748	45 301	1 720	1 535	
HC.1.4	Soins à domicile	15 954													
HC.2	Services de rééducation					1 283 382									
HC.4	Examen de labo et Imagerie diagnostique	9 092 215	17 418		52 216	9 465 034	681 728	410 838	48 034	-				2 345	
HC.5.1	Médicaments	34 208 397	124 400		666 226	61 436 334		5 648 809	322 119	19 920	1 234 162	22 725 716	3 650 278	161 251	4 037 875
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens	431 021	-		-	1 093 115		2 290	-	-		195 709	1 440	-	
HC.6.1	Santé maternelle et infantile	5 767 052			-	25 652 914		-	-	-		1 690	-	-	
HC.6.3	Prévention de maladie transmissibles					8 370 878	72 000								
HC.6.4	Prévention de maladie non transmissibles														
HC.6.9	Autres Services de prévention et de santé publique														
HC.7.1.1	Administration générale de la santé														
HC.7.1.2	Administration générale de la santé (Autres Min et institution de l'Etat)														
HC.7.2.2	Administration générale de la santé (organismes privés)	187													
HC.nsk	Dépense de santé de nature non spécifiée	486 054				389 979									
HCR1	Formation brute de capital	21 546 487				2 147 255									
HC.R2	Education et formation du personnel de santé														
HC.R3	Recherche et développement														
HC.R4	Contrôle sanitaires														
Total général		277 150 050	2 388 399	678 724	1 353 257	228 923 012	753 728	9 337 480	776 759	426 520	3 268 519	23 014 469	3 653 439	165 131	4 037 875
		<b>32%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>27%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

**TABLEAU A5 : PRESTATAIRES DE SOINS PAR FONCTIONS CNS RDC 2008, EN USD (SUITE) )**

		HP.5	HP.6.1	HP.6.9	HP.7.2	HP.8.1	HP.8.2	HP.8.3	HP.9	HP.nsk	Total général	
		Fourniture et gestion de programmes de santé publique	Administration publique de santé	Autres institutions chargées de l'administration de la santé	Prestataires de services de soins à domicile	Institutions de recherche	Institutions d'enseignement et de formation	Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes	Reste du monde	Prestataire non spécifié par type		
HC.1.1	Hospitalisation				110 403				4 998 999	6 671 247	198 511 047	23%
HC.1.3	Soins curatif ambulatoire	371 048			206 674					5 046 499	153 358 462	18%
HC.1.4	Soins à domicile				493 947						509 900	0%
HC.2	Services de rééducation	7 700									1 291 082	0%
HC.4	Examen de labo et Imagerie diagnostic				21 487					981 718	20 773 034	2%
HC.5.1	Médicaments				705 033					1 949 397	136 889 918	16%
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens	136 835			34 435					5 154 234	7 049 079	1%
HC.6.1	Santé maternelle et infantile	58 620 165	23 500								90 065 320	10%
HC.6.3	Prévention de maladie transmissibles	35 345 015	117 482	20 185 137						416 630	64 507 141	7%
HC.6.4	Prévention de maladie non transmissibles	15 009									15 009	0%
HC.6.9	Autres Services de prévention et de santé publique	2 699 472	653								2 700 125	0%
HC.7.1.1	Administration générale de la santé	7 088	55 454 511								55 461 599	6%
HC.7.1.2	Administration générale de la santé (Autres Min et institution de l'Etat)		5 091								5 091	0%
HC.7.2.2	Administration générale de la santé (organismes privés)	23 838 060		32 909 050						53 950	56 801 247	7%
HC.nsk	Dépense de santé de nature non spécifiée	964 927	471 319	2 067 789		441 176		562 826		38 685 114	44 069 185	5%
HC.R1	Formation brute de capital	37 173	127 918							299 401	24 158 235	3%
HC.R2	Éducation et formation du personnel de santé						343 000				343 000	0%
HC.R3	Recherche et développement					1 393 065					1 393 065	0%
HC.R4	Contrôle sanitaires							2 440 312			2 440 312	0%
<b>Total général</b>		<b>122 042 492</b>	<b>56 200 473</b>	<b>55 161 976</b>	<b>1 571 980</b>	<b>1 834 241</b>	<b>343 000</b>	<b>3 003 138</b>	<b>4 998 999</b>	<b>59 258 191</b>	<b>860 341 852</b>	
		<b>14%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>7%</b>		



# ANNEX B : TABLEAUX CNS 2009

**TABLEAU BI : FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT, RDC 2009, EN USD**

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.2.4.1	FS.3.1	FS.3.2	Total général
		Gov central	Gov provincial	Menages	Entreprises	ONGS et fondations nationales	Rté des entité privées	Cooperation bi et multilatérale	ONGS et fondations internationales	
HF.1.1.1.1	Min Santé	122 998 078		27 253 500	1 700	140		55 449 031	41 112 822	246 815 271
HF.1.1.1.2	Autres Min et Institution de l'Etat	4 435 966						29 672 739	48 970 065	83 078 770
HF.1.1.3	Admin provincial	-	371 861					-		371 861
HF.1.2	Admin Sécurité Sociale	-			1 628 666			-		1 628 666
HF.2.1	Mutuelle de santé	-		684 761			57 245	31 773	176 676	950 455
HF.2.2	Co Assurances	-		482	4 346			-		4 828
HF.2.3	Versement direct des ménages	-		245 281 496				-		245 281 496
HF.2.4	ONGs Nat	-				13 390		5 343 938	9 089 046	14 446 374
HF.2.5	Entreprises	-			104 509 769			-		104 509 769
HF.3.1.1	Multilateral	-						74 841 006		74 841 006
HF.3.1.2	Bilateral	-						14 378 275		14 378 275
HF.3.2	ONGS et fondations internationales	-						49 986 372	39 249 605	89 235 977
Total général		127 434 044	371 861	273 220 239	106 144 481	13 530	57 245	229 703 134	138 598 214	875 542 748
		15%	0%	31%	12%	0%	0%	26%	16%	



# ANNEXE C : TABLEAUX SOUS COMPTES

**TABLEAU CI : FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT POUR LA SANTE DE L'ENFANT, RDC 2008, EN USD**

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.3.1	FS.3.2	Total général	
		Gouvernement Central	Gouvernement Provincial	Fonds des ménages	Entreprises	ONGs nationales	Coopération internationale	ONGs internationales		
HF.1.1.1.1	Ministère de la Santé	369 453						7 013 839	7 383 292	5%
HF.1.1.1.2	Autres Ministères et institution de l'Etat						7 468 088		7 468 088	5%
HF.1.1.3	Gouvernement provincial		125 401						125 401	0%
HF.1.2	Admin Sécurité Sociale	-							ND	
HF.2.1	Mutuelle de santé	-							ND	
HF.2.2	Co Assurances	-							ND	
HF.2.3	Versement direct des ménages			74 059 674					74 059 674	46%
HF.2.4	ONGs nationales						1 188 179	200 000	1 388 179	1%
HF.2.5.2	Entreprises	-								
HF.3.1	Coopération bi et multi latérale						50 748 878		50 748 878	31%
HF.3.2	ONGs internationales						18 925 621	1 333 874	20 259 495	13%
Total général		369 453	125 401	74 059 674	ND	ND	78 330 765	8 547 713	161 433 006	100%
		0,2%	0,1%	46%			49%	5%	100%	

**TABLEAU C2 : FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT POUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION, RDC 2008, EN USD**

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.3.1	FS.3.2	Total général	
		Gouvernement Central	Gouvernement Provincial	Fonds des ménages	Entreprises	ONGs nationales	Coopération internationale	ONGs internationales		
HF.1.1.1.1	Ministère de la Santé	12 841							12 841	0%
HF.1.1.1.2	Autres Ministères et institution de l'Etat						8 684 435	68 985	8 753 420	7%
HF.1.1.3	Gouvernement provincial		227 543						227 543	0%
HF.1.2	Admin Sécurité Sociale								ND	
HF.2.1	Mutuelle de santé								ND	
HF.2.2	Co Assurances								ND	
HF.2.3	Versement direct des ménages			89 865 111					89 865 111	68%
HF.2.4	ONGs nationales					70 087	16 551 964	262 131	16 884 182	13%
HF.2.5	Entreprises									
HF.3.1	Coopération bi et multi latérale						6 033 868		6 033 868	5%
HF.3.2	ONGs internationales						9 530 076	933 491	10 463 567	8%
Total général		12 841	227 543	89 865 111	ND	70 087	40 800 343	1 264 607	132 240 531	
		0%	0%	68%		0%	31%	1%	100%	

**TABLEAU C3 : FLUX FINANCIERS ENTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES AGENTS DE FINANCEMENT POUR LE VIH/SIDA, RDC  
2008, EN USD**

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1	FS.2.2	FS.2.3	FS.3.1	FS.3.2	Total général	
		Gouvernement central	Gouvernement provincial	Ménages	Entreprises	ONGs nationales	Coopération bi et multilatérale	ONGs internationales		
HF.1.1.1.1	Min Santé									0%
HF.1.1.1.2.1	CCM							34 698 081	34 698 081	20%
HF.1.1.1.2.2	PNMLS						13 128 292		13 128 292	7%
HF.1.1.3	Admin provincial		0						0	0%
HF.1.2	Admin Sécurité Sociale								ND	
HF.2.1	Mutuelle de santé								ND	
HF.2.2	Co Assurances								ND	
HF.2.3	Versement direct des ménages			86 105 141					86 105 141	49%
HF.2.4	ONGs Nat				75 220	53 292	891 238	757 170	1 776 920	1%
HF.2.5	Entreprises				27 140				27 140	0%
HF.3.1.1	Multilateral						11 091 767		11 091 767	6%
HF.3.1.2	Bilateral						1 752 294		1 752 294	1%
HF.3.2	ONGs internationales						21 657 619	6 434 466	28 092 085	16%
Total général		0	0	86 105 141	102 360	53 292	48 521 210	41 889 718	176 671 721	100%
		0%	0%	49%	0%	0%	27%	24%	100%	

**TABLEAU C4: DEPENSES DE SANTE EFFECTUEES DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH-SIDA SELON LES FONCTIONS**

Axes de prestation	Fonctions	Pourcentage
Hospitalisation		11.4%
Soins ambulatoires		25.3%
	Soins à domicile	0.29%
	Soins curatifs ambulatoires	8.21%
	Soins palliatifs ambulatoires	0.52%
	Soutien nutritionnel	3.22%
	Soutien psychosocial	0.01%
	Traitement VIH	5.85%
	Traitement ambulatoire non spécifié	7.18%
	Traitement et suivi des IO	0.00%
	Gestion des IST	0.01%
	Autres soins curatifs non spécifié	0.03%
Examens labo et imagerie		8.3%
	Examens de laboratoire	6.14%
	Imagerie diagnostique	2.13%
Médicaments et biens médicaux non durables		9.0%
	Médicaments ARV	0.53%
	Médicaments pour les IO	6.12%
	Antituberculeux	0.56%
	Préservatifs	1.79%
Prévention de la transmission VIH		12.90%
	Conseils et examens volontaires	2.29%
	Distribution et marketing social du préservatif	1.75%
	Autres activités de prévention des maladies transmissibles	0.71%
	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	1.43%
	Programmes d'Information, Éducation et Communication (IEC)	4.23%
	Prophylaxie après exposition	0.00%
	Sécurité sanguine	0.25%
	Autres activités de Prévention	1.37%
	Suivi évaluation	0.88%
Administration		18.37%
	Administration générale de la santé (à l'exception de la sécurité sociale)	3.34%
	Administration de la santé par le secteur privé	15.03%
Non Spécifié		13.84%
Formation de capital		0.17%
Recherche et développement dans le domaine		0.68%
Total général		100.00%

# ANNEXE D : LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE DES CNS RDC 2008-2009

**TABLEAU DI : LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE TECHNIQUE DES CNS RDC 2008-2009**

	Nom et Prénom	Organisation
1	AG. Eloko Eya M. Gérard	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
2	Dr Marie Jeanne Offossé N.	Health Systems 20/20
3	Yann Derriennick	Health Systems 20/20
4	Douglas Glandon	Health Systems 20/20
5	Dr Philippe Kabeya	Secrétariat Général à la Santé Publique
6	Michel Mingiele	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
7	Georges Minga	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
8	AG. Eddy Mongani	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
9	Crispin Kibundila	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
10	Jean Pierre Bukoko	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
11	AG. Maguy Ntumba	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
12	Flory Bashizi	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
13	José Tutu	PNCNS/Ministère de la Santé Publique
14	Prof. Patrick Kayembe	Ecole de Santé Publique/Université de Kinshasa
15	Dr Eric Mafuta	Ecole de Santé Publique/Université de Kinshasa
16	Dr Marie- Louise Mbo	Programme National de Santé de la Reproduction/Ministère de la Santé Publique
17	Dr Christian Siboko	Programme National de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé Publique
18	Raphaël Nunga	Direction d'Etudes et de planification/ Ministère de la Santé Publique
19	Bob Manwana	Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida
20	Martin Luvengomoka	Institut National de la Statistique/Ministère du Plan
21	Dr Norbert Yoloyolo	Programme Elargi de Vaccination/ Ministère de la Santé Publique
22	Dr Lebuki	Programme National de Nutrition/ Ministère de la Santé Publique
23	Dieudonné Kwete	Direction d'Etudes et de planification /Ministère de la Santé Publique
24	Gaston Many	Direction de la préparation et du suivi du budget/Ministère du Budget
25	Fidèle Mokute	Plate-forme de Gestion de l'Aide et de l'Investissement/Ministère du Plan
26	Mukalay Banza Kelly	Banque Centrale du Congo (BCC)



# ANNEX E: BIBLIOGRAPHY

Banque Mondiale, OMS, USAID : Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la santé (PG).

Gouvernement de la République Démocratique du Congo, Ministère du Plan. Enquête à indicateurs multiples: MICS RDC 2010.

Gouvernement de la République Démocratique du Congo, Ministère du Plan. Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSRCP), 2006.

Gouvernement de la République Démocratique du Congo, Programme Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS), Rapport UNGASS 2010.

Gouvernement de la République Démocratique du Congo, Ministère du Plan. Enquête 1,2,3, 2004-2005.

Gouvernement de la République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé, costing et planification de ressources de services de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé, 2008.

Health Focus GMBH, Health in Africa initiative, Democratic Republic of Congo private health market study, September 2010.

UNDP, rapport sur le développement humain 2010.

.



