

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION D'ETUDES ET PLANIFICATION

ETUDE
SUR L'ACCESSIBILITE FINANCIERE
DES COMMUNAUTES AUX SOINS DE SANTE

*Avec le financement de la Banque Africaine de Développement (**BAD**), via le SENAREC, Ministère du Plan et la Coopération Technique Belge (**CTB**), via la Direction d'Etudes et Planification (**DEP**), Ministère de la Santé*

Kinshasa, Septembre 04

REMERCIEMENTS

La Direction d'Etudes et Planification exprime sa reconnaissance envers la Banque Africaine de Développement qui a financé une série d'études sectorielles dont cette étude de l'Accessibilité financière des communautés aux soins de santé dans le cadre de l'identification des stratégies de réduction de la pauvreté en République Démocratique du Congo. Cette reconnaissance s'adresse aussi à la Coordination du Secrétariat National de Renforcement des Capacités (SENAREC) du Ministère du Plan qui a géré le financement et coordonné l'ensemble de ces études.

La Direction de la DEP est également très reconnaissante à l'endroit de la Coopération Technique Belge, qui, à travers son projet d'appui à la fonction étude et planification au Ministère de la Santé, a aussi contribué au financement de la réalisation de cette étude dans les zones de santé non prises en charge par le SENAREC.

La Direction de la DEP remercie également Dr NGOSSE SAOLONA, Consultant national, qui a contribué, par sa solide expérience d'homme de terrain, dans la rédaction du protocole et des questionnaires, ainsi dans la supervision et l'analyse des données de cette étude, ensemble avec l'équipe de la DEP, notamment Dr Marie Madeleine GERNIERS et Mr NUNGA MATADI.

La Direction témoigne aussi sa gratitude à l'endroit des Experts de la DEP et des cadres du Ministère de la Santé ayant conduit les enquêtes dans les différentes zones de santé du pays. Il s'agit de :

1. Dr MAKAMBA MBONARIBA pour la Province du Katanga
2. Dr Marie Madeleine GERNIERS pour la Ville de Kinshasa
3. Dr KALAMBAY THEMBWA pour la Province du Kasai Oriental
4. Dr SIMBI AHADI pour la Province du Bas Congo
5. Dr EPUMBA EBONDO pour la Province Orientale
6. Mr NUNGA MATADI et Dr CHIMWISA Virginie pour la Province de Bandundu
7. Mlle MPIUTU NSONA pour la Province du Nord Kivu
8. Mlle SHENGE Hélène pour la Province du Kasai Occidental
9. Dr NGOSSE SAOLONA pour la Province de l'Equateur.

Cette gratitude s'adresse également à Mr MAYIMONUSUA Bienvenue, Mr SHAKO et Mlle MAKIESE Pauline qui ont saisi et ont fait l'analyse des données sous les conseils avisés du Dr KAYEMBE Patrick, Professeur à l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

Que les autorités provinciales de la Territoriale, de la Santé et des autres Ministères, comme aussi les ménages enquêtés, acceptent nos sincères remerciements pour leur collaboration, participation et assistance lors de des travaux sur terrain.

Dr KANDE KABASELE
Directeur a.i.

ABREVIATIONS

ASRAMES	: Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
BAD	: Banque Africaine de Développement
BCZ	: Bureau Central de Zone de Santé
CODESA	: Comité de Développement et de Santé
CORDAID	: Organisation Catholique d'Aide au Développement
COSA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Pré Natale
CPON	: Consultation Post Natale
CPS	: Consultation Pré Scolaire
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
DEP	: Direction d'Etudes et Planification
ENHAPSE	: Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio Economique
IMD	: Inspection Médicale de District
IPS	: Inspection Provinciale de la Santé
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MDH	: Médecin Directeur de l'Hôpital
MID	: Médecin Inspecteur de District
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEV	: Programme Elargi des Vaccinations
PMURR	: Programme Multisectoriel d'Urgence, Réhabilitation et Reconstruction
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
RDC	: République Démocratique du Congo
SANRU	: Santé Rurale (projet de)
ZS	: Zone de Santé
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale
SONAS	: Société National d'Assurance
ELS	: Enquête d'Etat des Lieux du Secteur de la Santé
MICS 2	: Multiple Indicators Cluster Survey 2
DCMP	: Dépôt Central Médico-Pharmaceutique

I. INTRODUCTION

1.1. Généralités sur le système de santé de la République Démocratique du Congo

1.1.1. Contexte socio-économique

Située au cœur de l'Afrique, la République Démocratique du Congo (RDC) vaste de 2.345.409 Km², chevauche la ligne imaginaire de l'équateur. Sa population estimée à près de 59.455.000 d'habitants vivent pour les 2/3 en milieu rural. Cette population traverse depuis près de 3 décennies une crise politique, économique et sociale sans précédent. Ces crises ont comme principales conséquences : l'appauvrissement des populations et un accès très limité aux services sociaux de base, surtout les soins de santé.

Le régime monolithique, la zaïrianisation de 1973, la récession des prix de matières premières en 1975, les pillages de 1991 et 1993 consécutifs au malaise social généralisé déclenché depuis les fins des années 80 et l'instabilité politique qui a suivi, ont débouché sur la détérioration des conditions sociales et sanitaires.

Au plan économique, la dépréciation quotidienne de la monnaie nationale ainsi que l'hyper-inflation ont entraîné la diminution vertigineuse et continue du pouvoir d'achat de la population. Les premières victimes sont sans doute, les pauvres qui sont confronté *ipso facto* à la précarité de leurs conditions de vie.

La rébellion qui a éclaté, en 1996, d'abord à l'Est du pays pour se généraliser sur l'ensemble du territoire national a aboutit, en 1997, à une mutation politique profonde. Cette période appelée *de libération*, ne s'est pas passé sans dégât, car, elle a entraîné des dislocations familiales par les déplacements de populations et d'autres faits de guerre : viols, pillages des structures publiques et de santé....

Ces conflits armés ont non seulement déchiré le tissu économique et social rendant difficile l'organisation des services de santé, mais ils ont également exposé les populations à des graves problèmes socio-économiques et sanitaires (épidémies, SIDA, malnutrition, recrudescence des maladies jadis sous contrôle,

En août 1998, la réédition des troubles politico-militaires, a définitivement assommé le pays dans le désastre. Les ressources mobilisées par le gouvernement ont été plus orientées vers les efforts des guerres au détriment du secteur social. Les zones de santé (ZS) se trouvant sur les lignes de front ont été le plus souvent désertées ou étaient inaccessibles aux services humanitaires. Les populations desdites zones sont ainsi privées des soins et du développement sanitaire qui avait commencé à se mettre en place au début de 2001.

Depuis le 30 juin 2003, un gouvernement de transition issu des négociations politiques a redonné confiance à la population et aux partenaires dans l'effort de la reconstruction. Au niveau du secteur sanitaire un plan triennal de développement sanitaire a été conçu pour orienter la politique sanitaire nationale.

1.1.2. Grandes lignes de la politique sanitaire de la R.D.C.

La République Démocratique du Congo, qui a souscrit à la stratégie des soins de santé primaires promulguée à la conférence d'Alma Ata en 1978 est également adhérent à la charte africaine de développement sanitaire.

Depuis 1978, la politique sanitaire a pour option fondamentale « *la satisfaction des besoins de santé de toute la population qu'elle soit en milieu urbain ou rural* ».

Cette politique vise :

- L'éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de lutte ;
- La promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;
- La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
- La lutte contre les épidémies et les endémies ;
- La vaccination contre les maladies infectieuses ;
- Le traitement des maladies et des lésions courantes ;
- L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
- La fourniture des médicaments essentiels.

Le gouvernement s'appuie essentiellement sur la participation communautaire, la collaboration intra et intersectorielle et la coopération internationale comme moyens d'atteindre ces objectifs.

1.1.3. Organisation du système de santé de la RDC

Un système de santé est défini par l'OMS comme « *un ensemble d'activités ayant pour but essentiel de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé*¹ ». C'est à l'intérieur des limites dudit système que l'on retrouve les services de santé public ou privé.

Le système de santé congolais est constitué d'un réseau de structures publiques, privés et confessionnelles, renforcé par un ensemble de programmes de prévention et de lutte contre la maladie. Le tout est intégré dans une unité opérationnelle appelée « Zone de Santé ». En 1985 le pays fut subdivisé en 306 zones de santé² entendues comme unités de base dans la hiérarchie du système de santé et un niveau opérationnel de planification et de développement sanitaire.

Suite aux difficultés de fonctionnement et d'intégration dans le système administratif national, les limites desdites zones ont été revues en 2003, portant leur nombre à 515.

L'organisation de ce système de santé est pyramidale à 3 niveaux :

- Le **niveau central**, le sommet du système, a comme fonction principale : la conception, la planification et la coordination de la politique et actions sanitaires nationales. Il est représenté par le Cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat général, les Directions et les Programmes spécialisés ;
- Le **niveau intermédiaire**, niveau d'appui, a comme fonction : la coordination et l'encadrement des équipes des ZS pour une meilleure mise en application de la politique sanitaire nationale. Il est représenté par les Inspections et Divisions

¹ OMS, « Pour un système de santé plus performant³, Rapport sur la santé dans le monde, 2000

² La terminologie "Zone de Santé" au Congo-Kinshasa correspond au District Sanitaire dans d'autres pays

provinciales de la santé, les Inspections et Bureaux de Districts et les Coordinations provinciales des Programmes spécialisés ;

- Le **niveau périphérique**, socle de la pyramide sanitaire, est le niveau opérationnel et d'exécution des stratégies nationales de soins de santé. Il est constitué des zones de santé constituée d'un Bureau central, d'un Hôpital général de référence et d'une constellation des centres de santé liés à ce dernier par la relation de référence et de contre référence.

1.1.4. Fonctionnement des zones de santé

Suite aux difficultés économiques et financières mentionnées plus haut, la RDC qui se trouvait dans l'incapacité d'assumer ses responsabilités de gestionnaire des institutions publiques de santé avait déclaré en 1982 l'autonomie financière des ZS.

Cette autonomie eût comme conséquence l'incapacité des hôpitaux d'assurer l'approvisionnement régulier en médicaments et le renouvellement des matériels de soins. La plupart d'entre eux ne gardent aujourd'hui que des bâtiments dans un état de délabrement avancé, avec des équipements vétustes, rarement en état de fonctionnement satisfaisant. Les rares efforts de construction et de maintenance (surtout les centres de santé) ont été principalement l'oeuvre des organisations confessionnelles, caritatives et organisations non gouvernementales.

L'Etat congolais qui continuait néanmoins, à former des médecins et d'autres professionnels de santé pour les affecter dans des ZS (alors non financées) ! Ces jeunes médecins fraîchement sortis de l'université, étaient le plus souvent confrontés à des problèmes de gestion et de fonctionnement. Face à cet environnement à la fois hostile, défavorable et discréditant, la plupart prirent la voie de l'émigration.

Les institutions médicales développèrent des mécanismes illicites de survie qui n'étaient ni plus ni moins que la privatisation des services publics dont les principales manifestations sont le rançonnement et de détournement des patients des institutions publiques vers les privées. Une croissance importante, non planifiée et non contrôlée de la pratique médicale privée lucrative s'est développée. La plupart des prestataires privés sont en même temps des personnels salariés de l'Etat.

Le faible pouvoir d'achat des populations ne permit ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La qualité des soins laissait à désirer, la population a donc perdu confiance dans les services de santé.

Le cliché d'un hôpital public, depuis les années 80 à ce jour, est celui d'un grand bâtiment délabré avec un personnel plus ou moins pléthorique, sans médicaments, accueillant à peine quelques patients par jour.

1.2. Dilemme de l'accessibilité aux soins face à la viabilité du système de santé en RDC

Un point d'équilibre doit être trouvé entre l'accessibilité et la viabilité pour l'amélioration de l'état de la santé de la population et la pérennisation des investissements consentis par l'état et ses partenaires de ce secteur.

L'accessibilité de service de santé qui se définit comme la capacité d'un malade à recourir aisément aux soins de santé nécessaires à son état, est mesurée en fonction de la disponibilité des services de santé, de l'acceptabilité culturelle, de la distance à parcourir pour les atteindre et du coût à payer pour les services obtenus.

L'accessibilité est l'essence de la politique sanitaire nationale formulée dans la stratégie de soins de santé primaires. Elle a été envisagée, sous l'angle quantitatif, comme l'accès aux soins par toute la population. C'est ce que rapporte Janssens dans son ouvrage en parlant des objectifs des soins de santé primaires en RDC : « *l'objectif prioritaire est l'accessibilité des soins à toute la population* ». Malheureusement, cette politique n'avait pas défini la place exacte qu'elle accordait aux pauvres, aux indigents et aux gagne petits. Elle n'a pas non plus prévu des mécanismes ou des solutions d'accès aux problèmes d'exclusions permanentes et temporaires. Tout est resté une affaire des prestataires des soins. C'est alors qu'est intervenu un autre concept, **la viabilité financière des formations sanitaires**. C'est la capacité de service à maintenir un niveau optimal de fonctionnement à travers le temps. Elle est fondée essentiellement sur la notion d'« *autofinancement* ».

Vue sous l'angle des acteurs sanitaires, l'idée de l'autofinancement était plutôt celle d'une autonomie d'utilisation des toutes les recettes générées. Janssens affirme à cet effet qu'« *une des idées maîtresses nées au cours des travaux de commission réunissant les principaux responsables de services de santé est que les formations de la zone de santé sont autorisées à utiliser les recettes qu'elles ont recueillies (autofinancement)* ». Conçue comme une machine idéale fonctionnant avec un rendement à 100%, l'autofinancement devrait alors devenir l'unique ressource de fonctionnement grâce au recouvrement des coûts d'actes et de soins médicaux. Les résultats attendus de l'autofinancement étaient supposés être la viabilité à 100%, c'est ce qui justifia la politique de désengagement de l'Etat et l'anarchie dudit secteur.

Le sort de la population transféré entre les mains des prestataires, ces derniers commencèrent à fixer les règles d'accès aux soins pour assurer la viabilité de leurs formations sanitaires. Avec moins d'engagement gouvernemental, ils ne souciaient pas du potentiel financier des ménages, entraînant ainsi des exclusions aux soins des ménages démunis.

Comment vouloir une chose et son contraire à la fois : peut-on donner accès aux soins à toute la population et rendre en même temps aux services de santé leur autonomie exprimée sur le plan financier en une viabilité à 100%, et cela pour une population dont le pouvoir d'achat chute jour après jour ? C'est la question de fond du débat entre l'universalité d'accès et l'éligibilité financière pour tous aux services de santé.

II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les crises que traverse la RDC depuis bientôt quinze ans ont plongé une majorité de la population dans un état de pauvreté chronique, limitant financièrement leurs accès aux soins de santé. On note en conséquence que les indicateurs y afférents sont alarmants, malgré une timide amélioration pour certains d'entre eux par la couverture vaccinale. L'espérance moyenne de vie à la naissance est inférieure à 45 ans ; la mortalité infantile atteint 126 pour 1000 naissances vivantes ; la mortalité maternelle est de 1289 pour 100.000 naissances vivantes et seulement 26% de la population rurale a accès à une eau

saine³. Le système public de santé est tombé assez bas, l'utilisation moyenne des établissements des soins reste inférieure à 0,25 contact par personne et par an.

Un adage des économistes de santé publique dit que « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». Cherchant toujours à jouir d'une bonne santé, l'homme, une fois malade, n'hésite pas à dépenser d'importantes sommes d'argent afin de recouvrer sa santé. Or pour avoir accès aux soins de santé de qualité, les coûts de soins ne doivent pas être prohibitifs pour les économies de ménages et de la nation. C'est alors qu'intervient le rôle protecteur de l'Etat et celui que joue la solidarité aussi bien nationale qu'internationale.

Si l'Etat Congolais a pu remplir ses obligations pendant un certain temps, jusqu'au début des années 90, c'était grâce à l'appui de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux. Mais avec l'accélération des crises il s'est relâché dans ce rôle premier de financer la santé en concentrant une part importante de son budget aux priorités politico-militaires.

Le pouvoir régulateur de l'Etat ayant disparu, plusieurs mécanismes se sont imposés de facto pour financer les soins de santé. C'est aux bons soins des privés et des associations confessionnelles qu'est laissée la détermination des conditions d'accès aux soins. Mais à quel prix ? C'est l'anarchie caractérisée par une prolifération incontrôlée des établissements de soins (dispensaires, cabinets médicaux, pharmacies, points de vente des médicaments et vendeurs ambulants des médicaments) fixant impunément les conditions d'accès aux soins de santé. Ainsi chacun pratique le prix qu'il juge rentable par rapport à ses investissements.

Les conséquences de ce désengagement de l'Etat sont le transfert de la charge des soins sur les économies des ménages en affectant profondément les plus pauvres.

Soucieux de garantir de nouveau les soins de santé pour tous sans discrimination ou limitation d'ordre financier, le Ministère de la Santé s'est intéressé à étudier les conditions d'accessibilité de la population. Une telle étude se justifie d'autant plus que l'Etat est sans cesse confronté, d'une part, à une limitation des ressources financières pour la santé, et de l'autre, à une demande croissante des soins due à la montée de la charge de morbidité, surtout face à la transition épidémiologique (le VIH/SIDA) et à l'explosion démographique surtout en milieux urbains, le tout dans un contexte de paupérisation croissante.

Ainsi un certain nombre de questions surgissent en rapport avec l'accessibilité financière aux soins de santé. Quels sont les défis que le Gouvernement doit réellement relever dans ce domaine ? Quelles politiques mettre en place pour améliorer l'accès de tous à des soins de qualité ? Que doit être la responsabilité de la population dans l'amélioration de son accessibilité financière aux soins de santé face au poids excessif des dépenses tant sur les individus que sur les communautés ? Comment garantir un financement pérenne pro pauvre ? Quels mécanismes mettre en place pour assurer une meilleure utilisation de ressources financières disponibles ?

Voilà autant de questions auxquelles cette étude va tenter de donner des orientations et des pistes de solutions.

³ Enquête d'Etat des Lieux de la Santé, mai 1999
Multi Indicators Cluster Survey 2, 2001

III. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

3.1. Objectif général

Contribuer à la mise en place d'un système équitable de financement des services de soins de santé accessibles à la majorité de la population de la RDC

3.2. Objectifs spécifiques

1. Analyser les systèmes de financement existants en déterminant les marges contributives de la population et participatives des sources de financements publiques, des partenaires, des privées et des ménages;
2. Déterminer l'approche optimale de prise en charge financière des soins de santé dans le contexte actuel tant au plan individuel que communautaire;
3. Proposer, sur base d'expériences réussies, les approches efficaces et alternatives pour résoudre le problème d'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé.

3.3. METHODOLOGIE

3.3.1. Type d'étude

L'étude est transversale. Sa méthodologie est un sondage par choix raisonné des unités-types stratifiés en sept regroupements. Cette méthode repose sur la subdivision de la population à étudier en un sous-ensemble homogène à partir duquel est tiré l'échantillon des unités-types capables de résumer chacun de ces sous-ensembles.

Le pays étant administrativement déjà divisé en provinces, l'étude a regroupé les Zones de Santé, sur une base sociale, culturelle et économique, en sept grappes ou regroupements. Les informations obtenues n'ont nullement la prétention d'avoir été récoltées dans toutes les zones de santé du pays, elles sont cependant indicatives de la réalité nationale.

3.3.2. Collecte des données

Pour permettre une meilleure vue de la situation afin d'apporter des réponses aux interrogations évoquées plus haut, les outils suivants ont été utilisés pour la récolte des données :

- un questionnaire subdivisé en trois modules destinés aux services publics, aux prestataires et aux ménages ;
- Des discussions en groupes focalisés ou focus-group, une technique des consultations participatives ;
- L'analyse desk des autres études et des rapports d'activités des formations enquêtées.

3.3.3. Echantillonnage

3.3.3.1. Choix des unités d'enquête

Les sites d'enquêtes ont été sélectionnés sur base des critères en suivant les étapes ci-après :

- 1) Treize Zones de Santé, au lieu de quinze initialement prévues, ont été choisies en veillant à la représentativité statistique de l'ensemble du pays. La réduction du nombre des sites d'étude faisait suite à la situation sécuritaire qui a prévalu dans l'est du pays au moment du déploiement des superviseurs. Ainsi, les 2 Zones de santé du Sud Kivu ont été remplacées par deux Zones de santé respectivement dans le Bandundu et le Kasai. Le temps n'a pas permis d'enquêter la 2ème zone du Kasai Oriental.
- 2) Le choix de ces unités a été motivé par le souci de cerner les marges de manœuvre pour l'opérationnalisation de la politique sectorielle dans le cadre de la rédaction du document final des stratégies de réduction de la pauvreté. L'étude vise essentiellement l'analyse des conditions, des risques et potentiels existants pour la réussite de la mise en œuvre de cette politique. Ainsi, les ZS retenues sont celles qui présentent une masse critique des centres de santé fonctionnels, un certain degré d'organisation et une expérience dans le financement communautaire des soins de santé.
- 3) La population interviewée présente des caractéristiques identiques du point de vue socio-économique, culturel et de mode de vie. Les ménages ont été sondés successivement d'une unité d'habitation à une autre jusqu'à atteindre le nombre requis par site.
- 4) Les établissements de soins publics, confessionnels ou privés sélectionnés se trouvent dans les limites de la zone de santé choisis suivant les critères d'inclusion ci-après :
 - a) *un taux requis d'utilisation d'au moins 0,25 nouveau contact par habitant par an*
 - b) *situation dans un rayon de moins de 30 Km par rapport à l'HGR*
 - c) *accessibilité facile par véhicule*

3.3.3.2. Regroupement des Zones de Santé

La population mère ayant été stratifiée en sept regroupements, il a été choisi jusqu'à 3 Zones de santé par regroupement selon les critères définis par les experts de la DEP Santé. Notons cependant qu' « *en fin 2003, environ 280 Zones sur 515 en RDC ont reçu un soutien durant les années de conflit qui leur a permis de continuer à fonctionner dans des conditions minima. Les autres Zones sont souvent restées isolées et la situation y est beaucoup plus difficile* ».

Tenant compte de la période post conflit ainsi que des connaissances très vagues sur le fonctionnement de ces 280 Zones, l'équipe a choisi essentiellement celles où :

- l'offre de service de soins de santé est disponible,
- un partenariat (avec au moins deux partenaires) existe de manière constante,
- le taux d'utilisation de service avoisine 0,25 nouveau contact par habitant par pour les soins curatifs au premier échelon,
- l'accessibilité géographique est facile par les moyens usuels

Le tableau ci-après présente la répartition des Zones choisies par regroupement.

Tableau 1 : Répartition des Zones de Santé par regroupement ou grappe

REGROUPEMENT	PROVINCE	ZONES DE SANTÉ URBAINES OU RURALES RETENUES	POPULATION	Nombre des ménages Enquêtés
NORD	EQUATEUR	1. ZSR KARAWA	145 000	120
		2. ZSR BWAMANDA	145 204	120
OUEST	BANDUNDU	4. ZSU BANDUND	101 934	123
		5. ZSR VANGA	189 008	141
	BAS-CONGO	6. ZSU MATADI	112 904	119
	KINSHASA	7. ZSU KIKIMI	165 000	120
CENTRE	KASAI-OCC	7. ZSR TSHIKAJI	102 053	121
	KASAI-OR	8. ZSU KANSELE	184 688	120
NORD-EST	PROVINCE ORIENTALE	9. ZSU MANGOBO	136 363	122
		10. ZSR YAKUSU	142 379	134
EST	NORD-KIVU	11. ZSR KILOTSHE	253 253	120
	SUD-KIVU	-		
	MANIEMA	-		
SUD	KATANGA	12. ZSR PANDA	98 741	140
		KAPOLOWE	160 523	120
		13. ZSU KENYA KAMALONDO		
TOTAL			1 937 050	1 620

ZSR = ZS rurale

ZSU = ZS urbaine

La taille de l'échantillon aux degrés primaire et secondaire du sondage a été déterminée selon la procédure de sélection des unités statistiques suivante :

- 1) Au sein des ménages (consommateurs actifs ou potentiels de soins de santé) : 30 chefs de ménages ont été interviewés par village ou rue. Au total 1560 ménages en raison de 30 x 2 villages ou rues x 2 aires de santé x 13 zones de santé.
- 2) La perception avisée sur l'offre et la demande des soins était recueillie auprès des leaders communautaires. Ils ont été interviewés, en raison d'environ 10 personnes par site, *des personnes* capables d'influencer la relation « *producteurs - consommateurs des soins* ». Au total 260 personnes, en raison de 10 x 2 aires de santé x 13 zones de santé.
- 3) Les prestataires, constitués des structures impliquées dans la production des soins de santé, ont été tirés à partir d'une liste pré-établie avec l'autorité sanitaire locale (MIP, MID ou MCZ). A ce titre, ces établissements peuvent être un HGR, un CS, un CSR, une polyclinique, une clinique ou une maternité. Les BCZ, IMD et IPS y ont été inclus.
- 4) les personnes vulnérables, membres de la communauté, vivant en marge des ménages, mais réguliers pour certaines raisons sociales ou particulièrement exposées aux aléas de la vulnérabilité, ont été, dans la mesure du possible, interviewées.

3.3.3.3. Procédure de sondage

Il a été procédé dans cette étude au sondage à plusieurs degrés :

- Le premier : *la zone de santé*
- Le second : *l'aire de santé*
- Le troisième : *les villages ou rues*
- Le quatrième : *les ménages*

3.3.3.3.1. Choix des zones de santé

Il a été choisi de manière raisonnée au premier degré dans chaque regroupement au moins une zone de santé. Nous en avons retenu au total 13 partant des critères de fonctionnalité au lieu de la seule représentativité statistique de la situation sanitaire de l'ensemble du pays, car l'objectif principal de l'étude est de cerner les marges de manœuvre pour l'opérationnalisation de la politique sectorielle de la santé par l'analyse des conditions, des risques et potentiels existants.

Ainsi les ZS retenues (cfr tableau 1 ci-dessus) sont celles qui répondent aux critères ci-dessus c'est-à-dire qu'elles présentent une masse critique des centres de santé fonctionnels, un certain degré d'organisation, un appui plus constant de un ou plusieurs partenaires et une expérience dans le financement communautaire des soins de santé.

3.3.3.3.2. Choix de l'aire de santé

Les centres de santé tirés au second degré, au niveau du Bureau central de la zone de santé répondaient aux critères ci-après :

Taux d'utilisation de soins curatifs >0,25 nouveau contact par habitant par an. Dans le cas où cette condition n'était pas réalisée, le superviseur de l'étude était autorisé à prendre les 2 premiers centres de santé dont le taux était supérieur aux autres à condition que lesdits centres ne soient pas contigus

Ces centres devaient aussi se situer à moins de 30 Km du Bureau central de la Zone et être facilement accessibles par des moyens usuels.

3.3.3.3.3. Choix des villages ou rues

Les villages ou rues ont été tirés au troisième degré suivant ces critères :

- Être facilement accessible
- Être situé dans un rayon de 5 Kms à partir du centre de santé.

3.3.3.3.4. Choix des ménages

Au quatrième degré, on a tiré le ménage. Le premier est déterminé aléatoirement, les autres ont été pris de proche en proche (ménages contigus).

3.3.4. Profil de l'enquêteur et du superviseur.

Les enquêteurs utilisés sont ceux qui ont au moins un diplôme de niveau secondaire, parlant et écrivant correctement le français et la langue locale. Ils devaient avoir une expérience dans les enquêtes sociodémographiques ou socio sanitaires. Ceux qui sont

retenus suivaient une formation initiale dans le cadre de l'étude par le superviseur du niveau central.

Les superviseurs centraux avaient tous un diplôme universitaire et une expérience dans le domaine d'enquêtes sociodémographiques ou socio sanitaires. Avant leur déploiement, ils ont participé à toutes les réunions préparatoires et de restitution du pré-test. Au total il y en a eu 8.

Au niveau de la Zone de santé, le superviseur du pool a travaillé avec au minimum deux enquêteurs. Chacun devait administrer les questionnaires dans 60 ménages dans l'aire de santé choisies, soit 30 ménage par village ou rue.

3.3.5. Champs de l'étude face aux biais systématiques.

Dans une enquête de ménage, plusieurs biais sont inévitables. Il s'agit des biais d'interview, de sélection, du répondeur et du non répondant qui peuvent être cause de biais systématique. Par la rigueur dans le choix des superviseurs et des enquêteurs ainsi que de la formation de ces derniers, l'équipe technique en a réduit les risques à moins de 2%.

L'accessibilité géographique, facteur confondant de l'accessibilité financière, a été maîtrisée en incluant, dans les critères de choix des unités statistiques, que les ménages des villages ou rues situés à moins de 5 Km. La limitation du rayon de recherche s'est basée sur l'hypothèse que les soins de santé ne seraient géographiquement accessibles que si chaque membre de la communauté accède à un CS situé à une distance maximale d'une heure de marche, soit en moyenne 5 kms.

La sensibilisation préalable auprès des communautés de base a permis de réduire à nul le taux de non réponse. La connaissance exigée de la langue locale et du français comme un des critères de sélection des enquêteurs a minimisé le biais lié à la traduction du questionnaire bien que, un pourcentage de subjectivité des enquêteurs ait été constaté.

La petitesse de la taille de l'échantillon a été compensée par la dispersion des sites d'enquêtes, à travers le regroupement des Zones de santé du pays en 7 grappes, afin d'en augmenter le degré de précision.

L'étude a recueilli les opinions des leaders communautaires (consommateurs potentiels avec implication ou non dans les gestions des services de santé), au niveau de chaque Bureau Central au cours des discussions en groupes focalisés. Pour s'assurer de leur liberté d'expression vis-à-vis de certains facteurs d'inhibition comme la crainte des représailles, les responsables des soins ou prestataires principaux (MCZ, MDH) ont été exclus des discussions. Les avis de ces derniers ont été recueillis dans le module prestataire.

Le biais de sélection a été inévitable dans cette étude, car l'objectif visé est de rechercher l'interaction entre la disponibilité de l'offre et l'utilisation de service. Ainsi les ZS ont été choisies en fonction de la disponibilité de l'offre des soins. Nous sommes conscients que l'accessibilité est encore plus difficile là où l'offre est inexistante, c'est pourquoi la disponibilité de l'offre a constitué le critère principal des choix des ZS dans cette étude.

3.3.6. Analyse des données

La saisie des données a été faite en utilisant le logiciel Microsoft Access 2002, par une équipe constituée de 4 agents pour cette fin. L'équipe d'analyse était formée du consultant, des experts de la DEP et d'un expert de l'Ecole de la Santé Publique.

3.4. Le modèle de référence d'un système de santé fonctionnel et opérationnel

Le suivi des différentes étapes méthodologiques nécessite un modèle de référence pour lire et interpréter la réalité, puis guider la recherche des solutions. Le modèle de référence de cette étude est la zone de santé, niveau opérationnel où sont intégrés les activités des soins de santé primaires.

Le système de santé d'une zone de santé se compose d'un réseau des centres de santé, autour d'un hôpital général de référence. Il doit être capable de fournir de soins de santé primaires globaux, continus et intégrés pour une population bien définie.

La globalisation des soins vise l'organisation des soins complets qui prennent en compte les dimensions physique, culturelle et sociale de l'homme. Il s'agit d'une sélection rationnelle d'un paquet minimum d'actions à développer pour répondre aux besoins prioritaires des gens dans un esprit de l'humanisation des soins et respect de leur autonomie.

La continuité des soins implique que les soins doivent être continus, c'est - à - dire qu'ils ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation mais continuer sans interruption jusqu'à l'épuisement du problème de santé qui a occasionné la consultation.

La **continuité** suppose un partage de la responsabilité avec le patient jusqu'à la fin de l'épisode de maladie (c'est la continuité intra-episodique), une prise en considération du passé clinique et personnel du malade quand c'est utile (c'est la continuité inter-episodique) et une synthèse continue à travers le temps.

L'intégration des soins est le mécanisme de concertation et de coordination des toutes les interventions multidisciplinaires par des équipes de santé œuvrant au sein des unités cohérentes et homogènes.

Pour s'asseoir dans la communauté, un système de santé devra offrir des soins de qualité, à un coût acceptable pour les usagers (Van Balen 1982, Criel 2000). C'est pour cela qu'ensemble, « *ces trois caractéristiques des soins du centre de santé visent à promouvoir un dialogue continu entre les gens et le système de santé de district et par conséquent à promouvoir l'engagement de la communauté* » (Mercenier.P 1994).

Chaque niveau du système de santé a un rôle spécifique, complémentaire pour éviter les chevauchements. Les barrières internes doivent être réduites et l'information doit suivre le patient dans ses mouvements à travers les différents niveaux. C'est le niveau le plus apte qui doit être utilisé pour un problème donné. Mais la synthèse des informations techniques et psychosociales doit rester du ressort du centre de santé le plus proche du citoyen (Van Dormael.M 1981-1998). Enfin le système doit respecter l'autonomie des gens en limitant autant que possible une dépendance individuelle et collective du système de soins. Les individus et les collectivités ont la possibilité de participer à la prise de décision (GERM 1971).

IV. DONNEES HISTORIQUES SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE

4.1. SOUS FINANCEMENT CHRONIQUE

L'analyse documentaire montre que l'évolution du financement des soins de santé en République Démocratique du Congo suit celle de la plupart des Etats africains. Elle est passée de la logique d'un Etat providence à l'autre extrême : un Etat totalement désengagé de sa fonction d'allocation des ressources. Si des améliorations ont été notées par endroit en Afrique, le cas de la RDC reste, à cause des crises multiformes (politique, morale, sociale et économique), aggravé notamment par le manque de réelle volonté politique de changement dans le domaine social et en particulier par l'absence d'un cadre de protection pour les vulnérables. Il en a résulté la marginalisation du secteur de production des soins.

Pour plusieurs, le rôle premier de financement des soins de santé revient d'abord et avant tout au pouvoir public, qui, sensé protéger ses citoyens, en assume la totale responsabilité conformément aux lois et règlements du pays. Comme l'Etat ne peut assumer seule cette responsabilité suite à une insuffisance des moyens, l'action de financement des soins de santé est appuyée et renforcée par la participation des partenaires sociaux tels que les associations confessionnelles, les entreprises publiques et privées, les initiatives individuelles et communautaires.

En principe, le système de financement avec comme valeur sous-jacente l'équité dans la distribution de la charge de paiement entre les différents intervenants et usagers est en soi un déterminant de la qualité des services d'offre des soins et de la protection contre le risque financier qui affecte les démunis.. Ces préoccupations constituent, au moment où la communauté internationale s'atèle à réduire la pauvreté, un *primum movens* de la politique des financements des soins.

Le budget du Ministère de la Santé en RDC s'est considérablement réduit au fil des années. En 1979, il était de 4,1 % contre 2,1 % en 1984 (Pangu 1988). Le budget de 1985 en dollar constant était de 15.156.112 \$ US soit 6 fois moins que celui de 1959. Les sources de financement extérieur représentaient 80 % en 1985, alors qu'elles n'étaient que de 33 % en 1959. A la fin des années 90, ce budget qui tournait autour de 0,2%(soit le dixième de 2% habituel) pendant les années des guerres (1996-2003) a été porté à 7% depuis la réunification en juin 2003 pour l'exercice budgétaire 2004. Le Congo est donc devenu incapable d'assurer le financement du secteur de la santé, comme le montrent les soubresauts budgétaires, ci-dessous, aux différentes périodes. En dollar constant, si ce budget n'avait jamais dépassé 7% pendant les années des guerres il ne représentait 2% du budget global. Cette fois là, le salaire n'existait plus même pas dans la où il était néanmoins constant.

4.1.1. Période post indépendance

A la période post coloniale immédiate, la politique de financement de la santé mise en place suivant le plan Van Hoof Duren de 1945 a été pérennisée. Il s'agissait d'un financement central sur le budget de l'Etat aux 120 districts sanitaires du pays. A cette

époque, la proportion du budget national alloué à la Santé se situait entre 10 à 20%⁴. Le Gouvernement du Congo s'est efforcé d'assurer des soins quasi « gratuits » à toute la population, en se basant sur un réseau d'organisation sanitaire, qui était parmi les meilleures en Afrique Subsaharienne. Axé sur le développement des dispensaires et des hôpitaux dans tous les territoires, le système de santé de la RDC avait une notoriété internationale en obtenant de bons résultats avec une dépense minimum de 1 USD par habitant, par an.⁵

4.1.2. De 1980 à 1990

Aux débuts des années 80, l'Etat a continué, tant mieux que mal, à assurer le financement des soins de santé sur l'ensemble du territoire national grâce à un réseau des structures de santé qui marchaient encore. L'échec de l'objectif de développement fixé pour 1980, amena rapidement le Gouvernement du Zaïre(de l'époque) à transférer vers la population, les partenaires internationaux et les privés la charge de financer la santé. Cela aura de nombreuses conséquences, principalement dans les milieux sans intérêt particulier pour ces privés nationaux ou internationaux. Il s'en est suivi sur le plan de l'équité dans l'offre de services de soins des disparités plus qu'évidentes dont le comble est la marginalisation pure et simple des démunis.

Le désengagement progressif de l'Etat a été mieux documenté dans la Zone de santé de Kasongo : « *La déclaration de ALMA ATA, qui venait de définir les groupes cibles, les activités prioritaires et le rôle de la participation dans le processus de développement sanitaire, présupposait une augmentation massive des cadres et des budgets de santé par la mobilisation des ressources nationales et l'accroissement de la solidarité internationale. Erreur, ni l'un ni les autres ne se sont réalisées. Les subsides gouvernementaux à la Zone de Santé de Kasongo, à l'Est de la RDC sont passés des 0,45 USD par habitant par an en 1981 à moins de 0,10 USD en 1986. Les salaires de l'Etat commencèrent à accaparer une part grandissante et incompressible du budget récurrent, tout en se dévalorisant* ». Van Lerberghe⁶ constate qu' « *au début des années 1980, on pouvait paradoxalement rencontrer au Zaïre des infirmiers dont le salaire permettait en tout et pour tout d'acheter un œuf par jour, des médecins qui touchaient l'équivalent d'un casier de bière par mois* ».

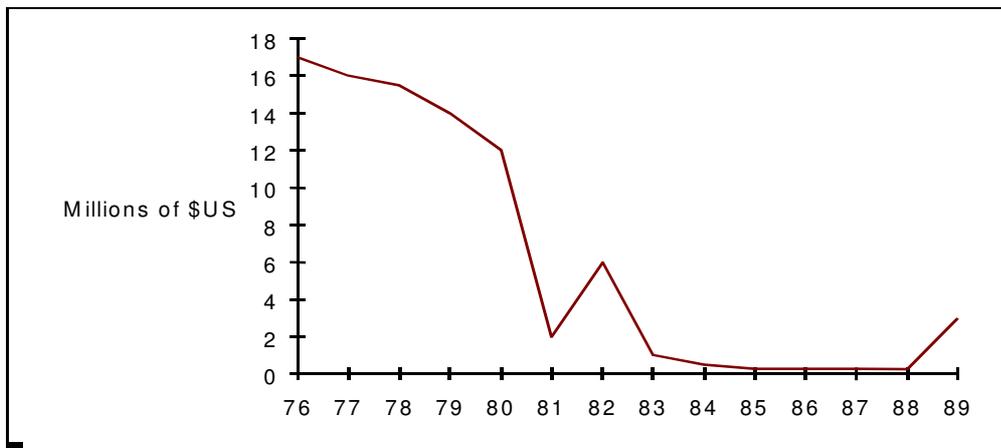
En ce qui concerne les médicaments, le budget d'achat qui était de 16 à 18 millions de dollars par an jusqu'en 1976, est tombé quasiment à zéro pendant les années 80 (Van Lerberghe W, 2001) comme le montre le graphique 1.

⁴ Dr. KABEYA Nshimbula Ph., « Financement de la santé et de la protection sociale en RDC », Juillet 1997.

⁵ IE5/I123M50/DRC-PER-Synthèse, « République Démocratique du Congo : Revue des dépenses publique », Juin 2004

⁶ W.V. Lerberghe « Réformes et politiques de santé », CIPS 2000-2001

Graphique 1 : Evolution du budget médicaments de la R.D.Congo (ex Zaïre) de 1976 à 1989 en millions de dollar US.



Source : *Réformes et Politiques de Santé*, W.V.Lerberghe, 2001.

Sur le plan de politique de financement des soins, le Gouvernement a ratifié, en 1982, l'engagement pour le développement du système des zones de santé, lequel reposait, du point de vue de la stratégie de financement, sur le partage des coûts. C'est ainsi que les fonds d'assistance des partenaires seront surtout orientés à couvrir les dépenses d'investissement, le paiement des primes et salaires de base pour le personnel engagé localement tandis que les frais de fonctionnement des structures centrales et intermédiaires seront supportés par le Gouvernement ou par autofinancement pour les dépenses de fonctionnement et d'entretien du niveau périphérique. Cette disposition de couvrir les dépenses de fonctionnement conduira les zones de santé à instaurer des services de santé payants et à introduire des mécanismes de survie par le recouvrement des coûts des soins.

4.1.3. De 1990 à 1997

Cette période de fortes perturbations politiques a affecté le niveau socio-économique de toutes les couches de la population. Une longue transition, de nombreux remous sociaux en plus de l'isolement du pays sur la scène internationale ont contribué à la précarité sociale et ont eu un impact négatif sur le fonctionnement du système sanitaire en particulier dans les structures de santé dépendant de l'Etat.

La plupart de ces structures ont cessé de fonctionner alors que celles qui tournaient encore affichaient une baisse remarquable de la qualité des soins. Les meilleurs cerveaux et les plus habiles émigrent vers l'étranger. Les structures de santé confessionnelles et privées récupèrent une part de plus en plus importante dans l'offre des soins. Et, c'est le « *qui paie, commande !* ».

Le budget de la santé déjà faible connaît une restriction drastique. Il est en baisse de 50% entre 1991 et 2002. Le rapport la Banque Mondiale de 1991 révèle, après examen des dépenses publiques, que le Gouvernement Congolais n'accordait à la santé qu'un montant

estimé entre à 0,25 et 0,30 USD par habitant.⁷ Ce qui est trop faible par rapport au 12 à 15\$ par habitant par an, exigé pour réaliser l'engagement pris dans le cadre du Sommet du Millénaire de l'an 2000 de la lutte contre la pauvreté en général.

4.1.4. De 1997 à 2003 : la belligérance

Les troubles politiques forment la toile de fond de la situation sociale. Le morcellement du pays par des pouvoirs rebelles autonomes fragilise d'avantage l'économie nationale. La part du budget alloué à la santé est autour de 0,2%.

4.1.5. De juin 2003 à maintenant : la renaissance

Le Gouvernement issu de l'Accord Global et Inclusif négocié à Sun City en Afrique du Sud en 2002, accorde à la Santé pour la toute première fois depuis 40 ans une part de 7% du Budget national soit 0,5 \$ par tête d'habitant dont l'essentiel est malheureusement orienté vers les programmes verticaux de santé (SIDA, PALUDISME et Tuberculose) sans prendre en compte les plus démunis.

4.2. BUDGET VERTICAL ET INEQUITABLE

Outre le fait que ce budget est traditionnel c'est-à-dire établi par le niveau central sans tenir compte des prévisions budgétaires des Provinces, une autre caractéristique des dépenses publiques pour la santé en RDC est que plus de 60% de ces dépenses portent sur la rémunération du personnel (essentiellement du niveau central), près de 14% pour le frais de fonctionnement et 13% aux dépenses d'investissement⁸. Dans cette dépense, plus de 60% est utilisé pour le personnel oeuvrant dans la capitale, 35% est envoyé dans les 10 provinces de l'intérieur et 5% est destiné au personnel émargeant au budget annexe⁹, principalement affecté aussi dans la capitale.

On note également une certaine disproportion dans la répartition entre différentes rubriques. A titre illustratif, en 2002, la dotation budgétaire pour la santé a été de l'ordre de 13,5 millions USD, soit 1,5% du budget total de l'Etat. Dans ce montant, la dépense de fonctionnement était de 14%, en termes des crédits alloués au secteur de la santé. De ce montant, 44% est utilisé par le Ministère et ses services administratifs subordonnés, 39% est destiné aux dépenses dites communes et aux crédits spécifiques du niveau central. Le reste, 18%, est accordé aux bureaux de coordination des programmes à titre d'interventions économiques ou sociales dans les provinces. Tandis qu'en 2003, la dotation au secteur de la santé dans le budget aménagé en novembre 2003 s'élevait à 44 millions USD, soit 5,3% du budget national. Une fois encore entre ce qui est accordé et ce qu'on reçoit, il y a un énorme écart comme le montre le tableau ci-dessous sur l'évolution du budget de la santé depuis 1968.

De 1980 à 1990, l'exécution des dépenses pour le secteur de la santé est devenue irrégulière, non contrôlée et très partielle. Si le budget des salaires du personnel, qui couvre

⁷ idem

⁸ Ministère de la Santé « Rapport d'Etat Santé et Pauvreté », RDC, avril 2004 (en collaboration avec la BM)

⁹ ibidem

70%, est effectivement exécuté, il n'en est pas de même pour les frais de fonctionnement et les dépenses d'investissements.

Pour faire face à cette situation de non exécution régulière du budget de l'Etat, certains services ont développé des mécanismes de financement facilement contrôlable par eux-mêmes : le recouvrement des recettes à partir des services dispensés à la population. Or cela a fini par conduire à l'exclusion de certaines couches de la population dans les soins de santé de qualité car elles ne pourraient pas faire face aux prix des soins calculés de manière à couvrir ne fut-ce que partiellement les coûts consentis.

Il faut noter que malgré l'autonomie dans l'utilisation des recettes, beaucoup de centres de santé sont encore incapables d'assurer convenablement leur fonctionnement suite à diverses raisons socio-économiques qu'ils ne peuvent contrôler.

Un autre fait découlant de la non exécution du budget de l'Etat est que les services perdent confiance dans ce budget. Un désintéressement général est noté dans tous les services publics. On néglige d'établir correctement les prévisions budgétaires, on reconduit automatiquement les prévisions de l'année précédente sans y apporter des modifications conséquentes.

Dans les modules services publics de cette étude, il n'a donc pas été possible d'obtenir des données relatives aux prévisions budgétaires encore moins des budgets reçus par les services publics des Entités Administratives Décentralisées. Tous les services provinciaux de la Santé, du Budget, des Finances et du Plan ignorent les crédits qui sont alloués et exécutés par les services publics des provinces depuis plusieurs années.

La faible part du budget allouée la santé depuis plusieurs décennies sous entend que la santé n'a jamais été une priorité réelle du gouvernement. Ce qui est démontré dans le tableau ci-après :

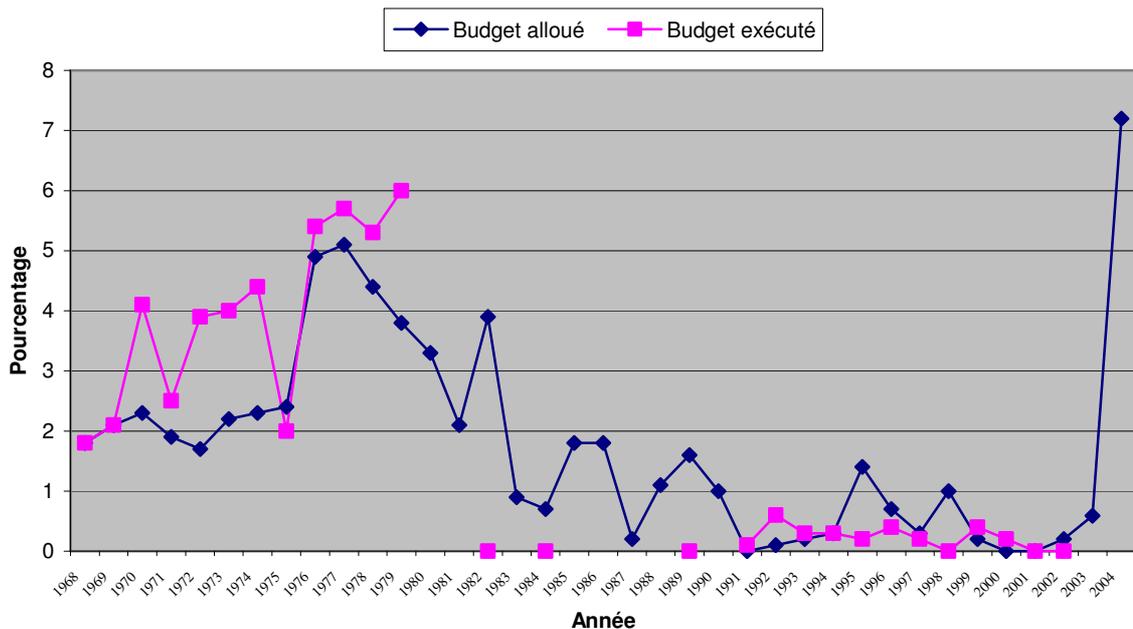
Tableau 2 : Evolution du budget des dépenses courantes de la santé de 1968 à 2004

Année	Budget alloué par rapport au budget global		Budget exécuté par rapport au budget global		Pourcentage du budget exécuté par rapport au budget alloué	Unité Monétaire des	Equivalence en USD	Taux de change par rapport au USD	Evolution temporelle de la population (en milliers)	Part par habitant du budget exécuté
	Montant	%	Montant	%						
1968	2 033	1,8	2 033	1,8	100%	en milliers des FC	1016500	2		
1969	3 340	2,1	3 340	2,1	100%	en milliers des FC	cours change ND	ND		
1970	3 699	2,3	6 761	4,1	183%	en milliers des FC	cours change ND	ND		
1971	4 073	1,9	5 360	2,5	132%	en milliers des FC	2680000	2		
1972	4 498	1,7	9 929	3,9	221%	en milliers des FC	cours change ND	ND		
1973	6 775	2,2	11 293	4	167%	en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1974	77 126	2,3	14 563	4,4	19%	en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1975	9 550	2,4	7 982	2	84%	en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1976	23 219	4,9	36 049	5,4	155%	en millions de Zaïre	31076724,14	1,16		
1977	40 642	5,1	38 651	5,7	95%	en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1978	44 800	4,4	41 666	5,3	93%	en millions de Zaïre	42954639,18	0,97		
1979	93 273	3,8	45 221	6	48%	en millions de Zaïre	92287755,1	0,49		
1980	94 040	3,3	0			en millions de Zaïre	0	0,34		
1981	118 034	2,1	0			en millions de Zaïre	0	0,18		
1982	286 361	3,9	0	4,6		en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1983	115 197	0,9	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND		
1984	114 402	0,7	0	2,7		en millions de Zaïre	cours change ND	ND	30739	0
1985	604 244	1,8	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND	31678	0
1986	1 189 014	1,8	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND	32750	0
1987	1 378 704	0,2	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND	33894	0
1988	1 330 816	1,1	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND	35080	0
1989	5 427 210	1,6	0	0,3		en millions de Zaïre	cours change ND	ND	36285	0
1990	5 133 384	1	0			en millions de Zaïre	cours change ND	ND	37460	0
1991	1 590	0	39 557	0,1	2488%	en millions de Zaïre	55049612,42	15587,1	38702	1,0
1992	286 500	0,1	4 124 470	0,6	1440%	en millions de Zaïre	264607913	645549	39984	103,1
1993	9 794 900	0,2	4 810 327	0,3	49%	en millions de NZ	638880,71	7529304	41281	116,5
1994	943	0,3	996	0,3	106%	en millions de NZ	834205,78	1193,95	42545	0,02
1995	23 484	1,4	23 254	0,2	99%	en millions de NZ	3302885,72	7040,51	43868	0,5
1996	61 907	0,7	63 667	0,4	103%	en millions	1268648,53	50184,9	45259	1,4

						de NZ				
1997	199 358	0,3	77 664	0,2	39%	en milliers de NZ	591,29	131344,8	46674	1,6
1998	8 706	1	126	0	1%	en milliers de NZ	0,78	160666	48090	0,002
1999	3 394	0,2	20 344	0,4	599%	en milliers de FC	5060696,51	4,02	48518	0,4
2000	5 123	0,02	38 563	0,2	753%	en milliers de FC	1767323,55	21,82		
2001	191 530	0,3	83 218	0,1	43%	en milliers de FC		ND		
2002	304 752	0,2	182 445	0,1	60%	en milliers de FC	526551,99	346,49		
2003	2 137 468	0,59	ND			en milliers de FC		405		
2004	34 764 550	7,2	ND			en milliers de FC		389		

Sources :

1) Banque Centrale du Congo, Rapports annuels 1973, 1979, 1985, 1990, 1996, 2000, 2002 - 2003

2) <http://www.minfinrdc.cd>3) <http://www.bcc.cd>**Figure 1 : Evolution du budget des dépenses courantes de la santé de 1968 à 2004**

La figure ci-dessus montre l'évolution annuelle du budget alloué au secteur de la santé depuis 1968 à ce jour. Il est intéressant de remarquer les pics de 1977 et surtout de 2004, qui démontre un début de réponse du Gouvernement à l'engagement pris au Sommet d'Abuja en 2001 de « consacrer au moins 15% du budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé »

Ce tableau et le graphique montrent aussi qu'il arrive que le budget exécuté soit supérieur au budget alloué, cela est dû à certaines décisions politiques en faveur du social. Il est également noté que le budget alloué est souvent exécuté en dessous du montant accordé.

V. RESULTATS DE L'ENQUETE

L'analyse des données recueillies a décelé des informations intéressantes :

- Les caractéristiques des ménages :
 - Le niveau socio-économique
 - Les revenus et les dépenses de santé
- Les coûts des soins
- La perception de la population du système des soins
- L'élément de solidarité dans le partage des coûts et la protection sociale des plus démunis
- La viabilité des services d'offre des soins

5.1. COMPORTEMENT ET RISQUE AU NIVEAU DES MENAGES

Les variables retenues pour étudier les caractéristiques des ménages afin de déterminer leur capacité à payer les soins de santé sont les suivantes :

- Pour le chef du ménage, c'est : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'occupation professionnelle et les personnes à charge pour les soins de santé ;
- La taille du ménage,
- L'handicap physique et le taux de dépendance;
- Pour le potentiel financier du ménage, ce sont les revenus du ménage et les dépenses du ménage, plus spécifiquement les dépenses santé.

5.1.1. Caractéristiques du chef du ménage

5.1.1.1. Age

Tableau 3 : Age moyen du chef de Ménage

ZS	Total ménage	Age Min	Age Max	Age Moyen	Ecart Type
BDD	123	19	76	39,86	13,46
BWAMANDA	120	20	87	40,34	12,36
KANSELE	120	16	66	33,64	10,25
KAPOLOWE	140	18	73	38,47	12,82
KARAWA	120	16	80	42,31	14,53
KENYA	120	20	85	40,77	12,44
KIKIMI	120	19	69	41,21	11,57
KIROTSHE	120	16	79	40,63	14,29
MANGOBO	122	14	78	44,00	13,14
MATADI	119	16	72	41,04	12,80
TSHIKAJI	121	16	84	47,82	16,68
VANGA	141	20	85	46,72	15,27
YAKUSU	134	20	69	41,01	11,62
Ensemble	(N=1620)	17,69	77,15	41,37	13,17

L'âge moyen du chef du ménage dans cette étude est de 41 ans (*Intervalle de Confiance à 95% : 41,36 et 41,38 ans*). L'écart-type de 13,17 ans indique que l'âge dudit chef varie en majorité entre 28 et 54 ans (autour de la tendance centrale). Le plus jeune, âgé de 14

ans se retrouve à Mangobo dans le regroupement nord-est, et le plus vieux, 87 ans, se retrouve, lui, à Bwamanda au Nord.

Ce phénomène d'*enfants et grands parents, chefs de ménage*, s'explique, par le fait que la responsabilité des ménages leur incombe de facto par l'effet de la surmortalité des personnes en âge d'activité suite au contexte du VIH/SIDA et du conflit armé.

5.1.1.2. Sexe du chef de ménage

Dans le tableau ci-dessous, les ménages dirigés par les hommes sont majoritaires, soit 64,14 % contre 35,86 % des ménages dirigés par les femmes. Ce profil est caractéristique de l'organisation socio-juridique de la société congolaise traditionnelle, où le régime matrimonial continue à exister à côté du patriarcat. Mais dans les observations faites par les études du PMURR¹⁰ et de CORDAID¹¹, le ratio entre ces 2 régimes se penchait davantage pour les ménages dirigés par les hommes, qui se situaient respectivement à 84,3% et à 83%. Cette différence serait probablement liée au contexte socio culturel et la dispersion géographique des échantillons, et surtout au fait que, pour l'étude de CORDAID, elle s'est déroulée dans un milieu où traditionnellement où le patriarcat domine.

Tableau 4: Sexe du chef de ménage

Sexe	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Homme	87,08%	62,40%	50,00%	44,81%	84,77%	69,17%	47,31%	64,14%
Femme	12,92%	37,60%	50,00%	55,19%	15,23%	30,83%	52,69%	35,86%

Pour le regroupement Centre, il semble étranger que 55% des ménages soient dirigés par les femmes. Ce fait peut s'expliquer par les forces économiques et sociales qui caractérisent ce milieu diamantifère dans lequel de nombreuses femmes sont amenées à diriger seules les ménages des foyers polygamiques et à prendre en main la responsabilité de leurs familles, surtout pour celles qui vivent en concubinage.

Le tableau montre aussi que dans les regroupements Ouest, Est, Centre et Capitale, le pourcentage de femmes chefs de ménage est supérieur au 1/3. Cette situation soulève un certain nombre de questions que l'étude n'a pas abordées. Par exemple, comment expliquer que les ménages soient plus dirigés par des hommes dans regroupement Est (surtout) où a sévi la guerre supposée être à l'origine de beaucoup de décès d'hommes, par rapport à la partie Ouest ?

Les femmes chefs de ménages sont généralement des veuves, des célibataires, des divorcées ou des femmes dont les maris sont absents pour une très longue période de temps. Ce qui expose facilement ce groupe aux vulnérabilités économiques. Elles sont classées un peu plus loin dans les résultats des focus group, parmi les groupes vulnérables.

¹⁰ Ecole de Santé Publique « Enquête CAP-ménage sur la situation sanitaire des ZS appuyées par la BM » septembre 2003

¹¹ Cordaid, « Rapport d'une enquête ménage dans les zones de santé de Ndesha, Katoka et Tshikula au Kasai Occidental, Juin 2004

5.1.1.3. Niveau d'instruction du chef de ménage par sexe**Tableau 5 : Niveau d'instruction du chef de ménage**

Niveau d'études	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL	%
Non répondus	0	1	1	8	2		2	14	0,86%
Sans instruction	43	56	4	25	8	38	8	182	
Centre alphabet	0	1	0	0	0	0	0	1	
Primaires incomplets	56	60	18	45	59	36	54	328	
Certificat primaire	18	27	5	16	14	10	113	203	
Secondaire incomplet	96	99	44	65	135	22	2	463	
Diplôme d'Etat	23	121	31	57	26	12	45	315	
Graduat	4	17	12	21	4	2	17	77	
Licence	0	1	5	4	8	0	18	36	
Maîtrise	0	0	0	0	0	0	1	1	
Doctorat	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	240	383	120	241	256	120	260	1 620	
Total sans non répondus	240	382	119	233	254	120	258	1 606	

Niveau d'études	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Rien	17,92%	14,66%	3,36%	10,73%	3,15%	31,67%	3,10%	11,33%
Centre alphabet	0,00%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%
Primaires incomplets	23,33%	15,71%	15,13%	19,31%	23,23%	30,00%	20,93%	20,42%
Certificat primaire	7,50%	7,07%	4,20%	6,87%	5,51%	8,33%	43,80%	12,64%
Secondaire incomplet	40,00%	25,92%	36,97%	27,90%	53,15%	18,33%	0,78%	28,83%
Diplôme d'Etat	9,58%	31,68%	26,05%	24,46%	10,24%	10,00%	17,44%	19,61%
Graduat	1,67%	4,45%	10,08%	9,01%	1,57%	1,67%	6,59%	4,79%
Licence	0,00%	0,26%	4,20%	1,72%	3,15%	0,00%	6,98%	2,24%
Maîtrise	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,39%	0,06%
Doctorat	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	100%							

Le tableau n°5 montre que 11,23% de chefs de ménages sont analphabètes et environ 62% ont une qualification scolaire inférieure aux études secondaires complètes. Un faible niveau d'instruction est un frein pour l'appréhension des problèmes de santé et la recherche des solutions adéquates. Par contre, un meilleur taux d'alphabétisation, surtout chez les femmes, contribue largement à une bonne santé pour les membres du ménage à cause de sa capacité naturelle de bien prendre soins de sa famille et de gérer parcimonieusement le budget du ménage.

5.1.1.5. Occupation du chef de ménage

Tableau 6 : Occupation du chef de ménage

Travail Principal	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL	%
Non répondus	0	1	1	5	1	2	3	13	0,80%
Sans emploi	23	64	70	23	33	11	25	249	
Secteur informel	14	80	15	96	58	34	87	384	
Paysan	153	122	1	62	112	43	90	583	
Etat - Police/FAC	39	108	32	42	40	21	50	332	
Salarié privé + international	4	0	0	0	4	1	0	9	
Autre	7	8	1	13	8	8	5	50	
Total	240	383	120	241	256	120	260	1620	
Total sans non répondus	240	382	119	236	255	118	257	1607	

Travail Principal	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Sans emploi	9,58%	16,75%	58,82%	9,75%	12,94%	9,32%	9,73%	15,49%
Secteur informel	5,83%	20,94%	12,61%	40,68%	22,75%	28,81%	33,85%	23,90%
Paysan	63,75%	31,94%	0,84%	26,27%	43,92%	36,44%	35,02%	36,28%
Etat - Police/FAC	16,25%	28,27%	26,89%	17,80%	15,69%	17,80%	19,46%	20,66%
Salarié privé + international	1,67%	0,00%	0,00%	0,00%	1,57%	0,85%	0,00%	0,56%
Autre	2,92%	2,09%	0,84%	5,51%	3,14%	6,78%	1,95%	3,11%
Total	100%							

Ce tableau fait ressortir, d'une part, que près de 36,28% des chefs de ménages vivent de l'agriculture et 23,90% s'occupent des métiers du secteur informel et des diverses activités de survie et de l'autre, que le taux de sans emploi déclaré est particulièrement élevé dans la capitale (59%). Ce taux élevé de chômage dans le quartier KIKIMI de la ville de Kinshasa est la conséquence de la combinaison de plusieurs facteurs dont la destruction des industries et usines de transformation lors des pillages, la faillite de certaines entreprises suite à la destruction du tissu économique du pays, l'exode rural et aussi les déplacements du fait de la guerre et des conflits socio-ethniques dans plusieurs provinces du pays.

Ce taux de chômage a l'effet d'accentuer une conséquence sociale, la pauvreté, telle que démontrée dans l'étude sur la pauvreté à Kinshasa. Cette étude relève que « *du point de vue spatial, la pauvreté urbaine se concentre dans les zones périphériques*¹² ». Or Kikimi, où l'échantillon du regroupement Capitale a été prélevé, a été décrite par le Programme National de Nutrition (PRONANUT) comme étant une zone périphérique caractérisée par un taux de malnutrition particulièrement élevé¹³, indicateur de la pauvreté.

¹² Laurent LUZOLELE « La pauvreté urbaine en Afrique subsaharienne. Le cas de Kinshasa ». Rapport Final, mars 1999

¹³ PRONANUT « Enquête nutritionnelle dans la ville de Kinshasa » Mars 2003

5.1.1.6. Le taux de dépendance

Tableau 7 : Taux de dépendance des personnes inactives sur personnes actives

Travail Principal	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL	%
Non répondus	14	3	38	9	5	7	19	95	0,92%
Sans emploi	1151	981	746	835	844	570	1107	6234	
Emploi	572	1029	76	644	993	241	437	3992	
Total	1723	2010	822	1479	1837	811	1544	10321	
Taux de dépendance	2,01	0,95	9,82	1,30	0,85	2,37	2,53	1,56	

Le taux de dépendance, exprimé en proportion des personnes inactives par rapport aux personnes actives, est de **1,56**. Le taux le plus élevé est observé dans le regroupement « Capitale » 9,82. Ce résultat doit cependant être interprété comme la conséquence du taux élevé de chômage, de la fermeture des plusieurs entreprises suite aux pillages et à la faillite, de l'exode rural et du déplacement massif des populations, qui viennent ainsi gonfler la taille des familles d'accueil.

5.1.2. L'handicap physique dans le ménage

Tableau 8 : Niveau d'handicap dans le ménage

Handicap	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Non répondus	10	1	1	5	1	3	30	51
Pas d'handicap	1702	1973	854	1474	1817	777	1525	10122
Physique	8	26	3	6	22	24	7	96
Mental	3	5	1	0	2	4	0	15
Aveugle	8	5	0	0	0	8	1	22
sourd muet	6	3	1	3	0	2	0	15
Total	1737	2013	860	1488	1842	818	1563	10321

Handicap	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Non répondus	0,58%	0,05%	0,12%	0,34%	0,05%	0,37%	1,92%	0,49%
Pas d'handicap	97,99%	98,01%	99,30%	99,06%	98,64%	94,99%	97,57%	98,07%
Physique	0,46%	1,29%	0,35%	0,40%	1,19%	2,93%	0,45%	0,93%
Mental	0,17%	0,25%	0,12%	0,00%	0,11%	0,49%	0,00%	0,15%
Aveugle	0,46%	0,25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,98%	0,06%	0,21%
sourd muet	0,35%	0,15%	0,12%	0,20%	0,00%	0,24%	0,00%	0,15%
Total	100%							

Il ressort du tableau ci-dessus que les personnes sans handicap représentent 98,56% tandis que 1,4 % en ont. Ce taux de 1,4% de personnes avec handicap physique ou mental, se rapproche de celui trouvé dans l'enquête de MICS 2, qui se situait à 2% parmi les enfants de moins de 15 ans. L'handicap, physique ou mental, augmente le risque de dépendance sociale au sein du ménage. Ces personnes deviennent, involontairement, des exclus temporaires aux soins de santé suite à la difficulté qu'elles peuvent avoir pour payer directement les frais des soins.

5.1.3. Caractéristiques des personnes vivant dans les ménages

5.1.3.1. Taille du ménage

Le tableau ci-dessous présente les résultats relatifs à la taille de ménage de la manière suivante :

Tableau 9 : Taille moyenne des personnes vivant dans les ménages

Zone de Santé	Nbre de pers vivant dans le ménage	Nbre de ménages enquêtés	Moyenne de pers vivant dans le ménage
BDD	637	123	5,2
BWAMANDA	892	120	7,4
KANSELE	711	120	5,9
KAPOLOWE	760	140	5,4
KARAWA	845	120	7,0
KENYA	803	120	6,7
KIKIMI	860	120	7,2
KIROTSHE	818	120	6,8
MANGOBO	908	122	7,4
MATADI	706	119	5,9
TSHIKAJI	777	121	6,4
VANGA	670	141	4,8
YAKUSU	934	134	7,0
Ensemble	10 321	1 620	6,4

Regroupement	Nbre de pers vivant dans le ménage	Nbre de ménages enquêtés	Moyenne de pers vivant dans le ménage
NORD	1 737	240	7,2
OUEST	2 013	383	5,3
CAPITALE	860	120	7,2
CENTRE	1 488	241	6,2
NORD-EST	1 842	256	7,2
EST	818	120	6,8
SUD	1 563	260	6,0
Ensemble	10 321	1 620	6,4

Dans cette enquête, la taille moyenne de ménage dans l'ensemble de l'étude est de 6,4 personnes par ménage. Ces observations sont identiques à celles de MICS-2¹⁴ (6,4 personnes) et très proches de celles trouvées par l'Ecole de Santé Publique dans les zones de santé du PMURR¹⁵ et les Etats de Lieux de la Santé (6,3 personnes)¹⁶. Elles

¹⁴ MICS-2, op.cit.

¹⁵ ESP, op.cit.

¹⁶ Ministère de la Santé « Etat des Lieux du secteur de la santé », avril-juin 1998

constituent en outre la moyenne arithmétique des observations de CORDAID¹⁷ (6.9 personnes), et d'ASRAMES¹⁸ (5.9 personnes)..

5.1.3.2. Lien avec le chef du ménage

L'étude montre que 51,15 % d'effectifs du ménage sont des enfants légitimes, 14,26% des conjoints, 2,47% des enfants adoptifs tandis que les autres liens représentent 32,12 %.

Le groupe « légitime », qui représente 68% des membres de ménages, est généralement à charge du chef de ménage pour les soins dans 52% des cas tel que démontré dans la tableau 17.

5.1.3.4. Potentiel financier des ménages

Le calcul du revenu de ménage est non seulement difficile du point de vue méthodologique dans les économies à prédominance du secteur informel, mais se révèle aussi incapable à renseigner sur les niveaux exacts de la pauvreté dans une communauté. Certains auteurs préconisent le recours à la consommation, qui semble assez fiable pour mesurer la pauvreté en monétisant le revenu. Pour cette étude, les deux méthodes ont été utilisées c'est-à-dire le calcul des revenus déclarés ainsi que les dépenses des ménages.

La démarche de calcul des revenus et des dépenses des ménages est ainsi expliquée dans les lignes suivantes :

- les enquêteurs ont recueilli systématiquement auprès des ménages les données sur les revenus (mensuels) et les dépenses (15 derniers jours),
- Ces données ont été ramenées en une moyenne journalière par habitant,
- Considérant que toute chose serait égale par ailleurs, le taux journalier par habitant a été multiplié par 365 jours pour trouver une base annuelle de comparaison et d'estimation,
- La même méthodologie a été utilisée pour le calcul de dépense santé

5.1.3.4. Revenu des ménages

La pauvreté revêt de multiples dimensions. Ce n'est pas seulement la faiblesse du revenu (souvent comparé à la limite de moins d'un dollar par jour), qui caractérise le quotidien des pauvres, mais aussi d'autres facteurs tel que la mauvaise santé, l'analphabétisme, les inégalités entre sexes et la dégradation de l'environnement.

Le revenu est généralement le facteur principal qui conditionne les 3 autres. La mesure de la pauvreté devient, dès lors, le fait de ne pas disposer aujourd'hui des ressources suffisantes au regard d'un certain aspect du bien-être. C'est ainsi qu'est analysé avec intérêt le tableau ci-dessus qui porte sur la pauvreté monétaire des ménages étudiés. C'est pour cela que le seuil de pauvreté absolue est défini comme « *la valeur monétaire du revenu ou de la consommation minimale requise pour qu'une*

¹⁷ Cordaid, op.cit

¹⁸ ASRAMES, op.cit.

personne se nourrisse, se vête et s'abrite des intempéries de façon suffisante pour lui permettre de participer aux activités sociales et productives ». Dans les comparaisons internationales, la ligne de pauvreté absolue est fixée à 370\$ par personne par an¹⁹

Tableau 10 : Répartition des revenus annuels moyens par tête d'habitant des ménages enquêtés selon les sources par regroupement

REGROUPEMENT	Vente des produits agricoles	Petit commerce	Salaire	Prime	Cadeaux	Aide	Offrandes	Emprunt	Autres	TOTAL
CAPITALE	7,88 \$	32,35 \$	16,89 \$	1,90 \$	3,15 \$	11,53 \$	1,24 \$	5,45 \$	11,73 \$	92,11 \$
OUEST	10,63 \$	16,25 \$	13,43 \$	4,78 \$	2,16 \$	2,68 \$	0,65 \$	4,20 \$	8,47 \$	63,25 \$
NORD	12,05 \$	3,38 \$	0,95 \$	0,55 \$	0,10 \$	0,16 \$	0,21 \$	0,60 \$	3,00 \$	21,02 \$
NORD-EST	35,92 \$	12,50 \$	4,62 \$	2,63 \$	1,31 \$	0,16 \$	0,22 \$	1,66 \$	14,03 \$	73,05 \$
CENTRE	32,74 \$	53,62 \$	22,66 \$	7,07 \$	2,13 \$	5,79 \$	0,35 \$	5,83 \$	31,85 \$	162,04 \$
EST	51,20 \$	8,27 \$	1,64 \$	2,83 \$	4,09 \$	11,21 \$	0,47 \$	11,46 \$	1,94 \$	93,12 \$
SUD	18,71 \$	31,82 \$	18,28 \$	2,44 \$	1,09 \$	8,23 \$	0,77 \$	10,36 \$	19,81 \$	111,51 \$
Moyenne	24,16 \$	22,60 \$	11,21 \$	3,17 \$	2,01 \$	5,68 \$	0,56 \$	5,65 \$	12,98 \$	88,01 \$
Médiane	18,71 \$	16,25 \$	13,43 \$	2,63 \$	2,13 \$	5,79 \$	0,47 \$	5,45 \$	11,73 \$	92,11 \$
Ecart-type	16,16	17,60	8,74	2,13	1,33	4,85	0,37	4,08	10,38	43,59

Le revenu annuel moyen par ménage dans cette étude est de \$ 88,01, Ce qui ramène à un revenu journalier de 0,24\$ par personne. Ce qui confirme que la grande majorité de la population congolaise vit en dessous du seuil de pauvreté.

Dans l'étude de CORDAID au Kasai Occidental, le revenu moyen trouvé était de \$130,80 tandis que dans l'étude d'ASRAMES au Nord Kivu, le revenu moyen est de \$57,47.

Il est noté une variation très marquée entre les regroupements. Le revenu le plus faible est observé dans le regroupement Nord \$ 21,01, tandis que le plus élevé est au Centre \$162,02. Cette observation a aussi été faite dans l'ENHPSE²⁰ menée dans 12 villes, où le revenu mensuel moyen variait entre \$ 62 et \$ 432. Ces écarts s'expliquent par les différences observées suivant l'importance des activités commerciales et minières dans le milieu.

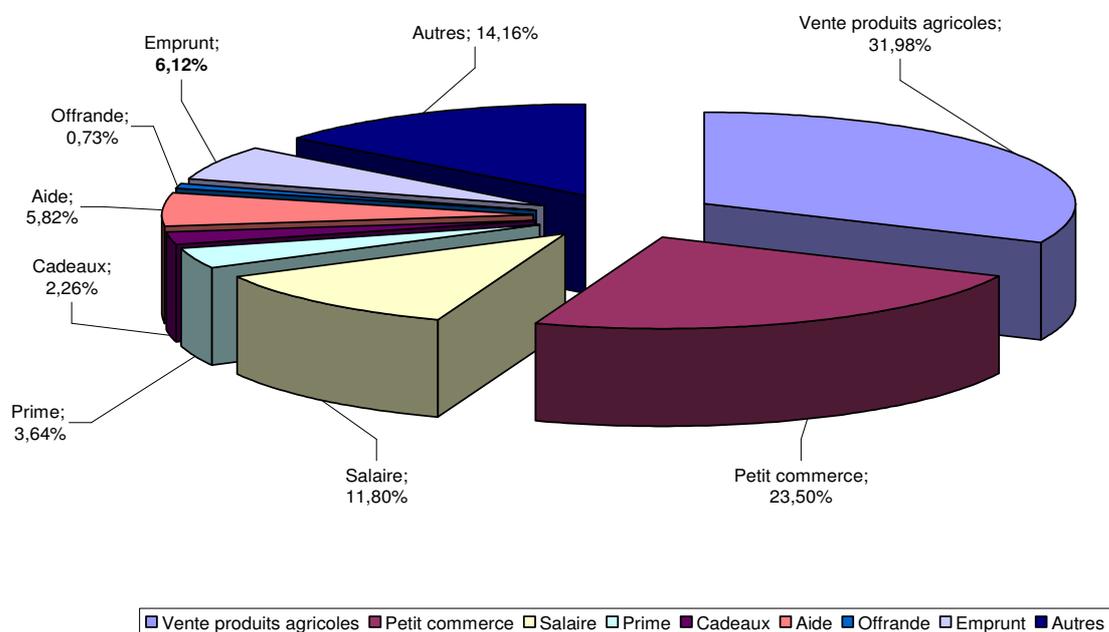
¹⁹ Laurent LUZOLELE, «La pauvreté urbaine en Afrique subsaharienne : le cas de Kinshasa », Université Antwerpen, mars 1999

²⁰ Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio-Economique

Tableau 11 : Sources principales de revenus des ménages

REGROUPEMENT	Vente Produits agricoles	Petit commerce	Salaire	Prime	Cadeaux	Aide	Offrandes	Emprunt	Autres	TOTAL
CAPITALE	8,55%	35,12%	18,34%	2,06%	3,42%	12,51%	1,35%	5,91%	12,73%	100%
OUEST	16,80%	25,69%	21,23%	7,56%	3,42%	4,24%	1,02%	6,64%	13,39%	100%
NORD	57,36%	16,10%	4,53%	2,64%	0,49%	0,76%	1,01%	2,84%	14,27%	100%
NORD-EST	49,17%	17,10%	6,33%	3,60%	1,80%	0,22%	0,30%	2,27%	19,21%	100%
CENTRE	20,21%	33,09%	13,99%	4,36%	1,32%	3,57%	0,21%	3,60%	19,65%	100%
EST	54,99%	8,89%	1,76%	3,04%	4,40%	12,03%	0,50%	12,31%	2,09%	100%
SUD	16,78%	28,54%	16,39%	2,19%	0,98%	7,38%	0,69%	9,29%	17,77%	100%
Moyenne	31,98%	23,50%	11,80%	3,64%	2,26%	5,82%	0,73%	6,12%	14,16%	100%
Médiane	20,21%	25,69%	13,99%	3,04%	1,80%	4,24%	0,69%	5,91%	14,27%	100%
Ecart-Type	20,89%	9,72%	7,54%	1,91%	1,48%	5,01%	0,42%	3,67%	6,01%	

Il ressort de ce tableau que l'aide par la famille ou les tiers, est une source non négligeable de revenus pour les ménages des regroupements Est et Capitale avec respectivement 12,03% et 12,51% tandis que dans le regroupement de l'est, 12,31% des revenus proviennent des emprunts. La figure ci-après illustre bien l'image de cette répartition dans l'ensemble des ménages enquêtés.

Figure 4 : Principales sources de revenu des ménages

La figure 4 montre que le tiers des ménages vivent surtout de l'agriculture et de la vente des produits agricoles, d'élevage ou de pêche. Cette activité est la principale source de revenu surtout pour les populations du milieu rural. Elle est suivie par la pratique du petit commerce (23,50%) et l'exercice d'un emploi rémunéré (17,03%). C'est surtout dans les ménages des regroupements urbains que ces genres d'activités constituent les principales sources de revenus.

Quand l'on voit le niveau encore rudimentaire de l'agriculture dans notre pays, la houe et la machette constituant les principaux instruments de travail, on peut comprendre combien les ménages sont exposés à la vulnérabilité financière et à la pauvreté économique. Cette précarité économique est illustrée dans les tableaux ci-après :

Tableau 12 : Répartition des revenus par personne par jour par classe par regroupement

Revenu quotidien	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Total
0 - 0,5 \$	236	371	112	201	242	107	235	1504
0,5 - 1 \$	4	9	7	28	12	9	21	90
> 1 \$	0	3	1	12	2	4	4	26
	240	383	120	241	256	120	260	1620

Revenu quotidien	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Total
0 - 0,5 \$	98,33%	96,87%	93,33%	83,40%	94,53%	89,17%	90,38%	92,84%
0,5 - 1 \$	1,67%	2,35%	5,83%	11,62%	4,69%	7,50%	8,08%	5,56%
> 1 \$	0,00%	0,78%	0,83%	4,98%	0,78%	3,33%	1,54%	1,60%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le tableau ci-dessus montre que le problème de trop faible revenu journalier par tête (de 0 à 0,5 \$) concerne indistinctement près 92,84% des ménages dans tous les regroupements. Une très légère variation est cependant observée entre les regroupement : l'extrême de faible revenu est observé dans les zones agricoles au Nord avec 98,33% des ménages, et l'extrême inférieur dans les zones minières du Centre : 83,40% des ménages. Seulement 1,6% des ménages dans l'ensemble ont un revenu journalier supérieur à 1\$.

5.1.4. Dépenses des ménages

Ce point examine les principales dépenses courantes que les ménages effectuent, avec un intérêt particulier pour les dépenses de santé.

Tableau 12 : Répartition des dépenses par tête d'habitant par an dans les ménages enquêtés

	Nourriture	Santé	Scolarité	Transport	Amendes et taxes	Dîme	Loyer eau électricité	Total
NORD	\$6,22	\$2,61	\$16,58	\$6,86	\$12,76	\$1,66	\$3,13	\$49,81
OUEST	\$31,62	\$19,16	\$16,64	\$9,87	\$11,83	\$3,13	\$14,49	\$106,75
CAPITALE	\$51,67	\$22,68	\$3,55	\$13,10	\$9,36	\$1,88	\$11,71	\$113,95
CENTRE	\$53,09	\$23,24	\$9,88	\$8,46	\$21,09	\$5,92	\$24,39	\$146,07
NORD-EST	\$39,35	\$11,04	\$15,99	\$6,29	\$5,50	\$1,61	\$8,83	\$88,61
EST	\$27,63	\$13,59	\$17,08	\$4,29	\$5,82	\$2,09	\$2,68	\$73,19
SUD	\$50,95	\$13,06	\$14,43	\$10,90	\$12,53	\$4,51	\$10,14	\$116,52
Moyenne	\$37,25	\$15,07	\$13,46	\$8,55	\$11,28	\$2,97	\$10,78	\$99,36

	Nourriture	Santé	Scolarité	Transport	Amendes et taxes	Dîme	Loyer -eau électricité	Total
NORD	12%	5%	33%	14%	26%	3%	6%	100%
OUEST	30%	18%	16%	9%	11%	3%	14%	100%
CAPITALE	45%	20%	3%	11%	8%	2%	10%	100%
CENTRE	36%	16%	7%	6%	14%	4%	17%	100%
NORD-EST	44%	12%	18%	7%	6%	2%	10%	100%
EST	38%	19%	23%	6%	8%	3%	4%	100%
SUD	44%	11%	12%	9%	11%	4%	9%	100%
Moyenne	37%	15%	14%	9%	11%	3%	11%	100%

La comparaison entre les revenus et les dépenses telles que ressorties dans ces deux tableaux montrent que les ménages arrivent à couvrir leurs dépenses courantes avec les revenus mensuels dont ils disposent. Il convient de noter que l'analyse des données récoltées sur les dépenses n'a pas pris en compte les dépenses d'investissement (acquisition des biens mobiliers, bétail, équipements électroménagers, immobiliers ou des propriétés, habillement, fêtes, deuils et autres événements socio-religieux), Les dépenses de scolarisation des enfants ont été prises en compte, mais elles se révèlent moins importantes à cause du fait que l'étude s'est déroulée pendant une période d'année scolaire où les enfants sont sensés avoir terminé le paiement des frais scolaires et se préparent aux examens de fin d'année.

Dans plusieurs études socio-économiques ayant porté sur cette question, comparant le revenu mensuel par rapport aux dépenses du ménage, il est souvent noté que le revenu moyen dépensé ne correspond pas au revenu moyen déclaré par le ménage.²¹ Le professeur HOUYOUX, dans ses nombreuses études socio-économiques en RDC, est arrivé à ce constat que *le revenu déclaré par les ménages ne représentait qu'une fraction évaluée entre 33% et 47% des dépenses du ménage*. Cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que les gens retiennent mieux les dépenses, élément dérangentant et « triste » par rapport à l'entrée des revenus, élément de joie.

Dans les économies agraires qui repose sur la vente des produits de champs, de pêche ou d'élevage et de petits métiers, les revenus des ménages, (particulièrement en milieux ruraux), fluctuent sérieusement en fonction du cycle des récoltes et de la praticabilité des routes de desserte agricole. Tandis que dans les économies urbaines, prédominées par le secteur informel, les flux des revenus s'avèrent facilement irréguliers. Ceci explique également la difficulté qu'éprouvent les ménages interrogés qui se retrouvent surtout dans ces catégories professionnelles, de se rappeler avec exactitude leur revenus. Les sommes données sont souvent approximatives de la réalité.

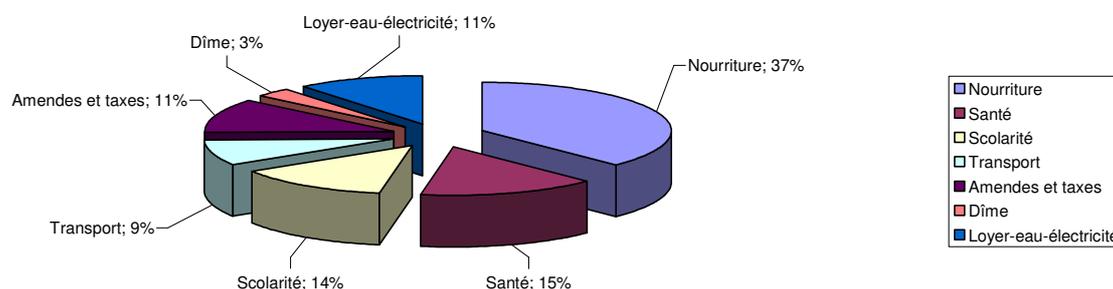
Certes, lorsque les dépenses ou le revenu par personne d'un ménage sont calculés en divisant les ressources de celui ci par le nombre de personnes qui le composent, on émet implicitement l'hypothèse qu'aucune économie d'échelle n'existe en matière de consommation. S'il en existait, elle affecterait particulièrement les relations entre la taille du ménage et le risque d'être pauvre. Or il n'existe pas une méthode unique

²¹ Ministère des Travaux Publics, Aménagement du Territoire, Urbanisme et Habitat : « Enquête nationale sur l'habitat et le profil socio-économique des ménages en milieu urbain », Kinshasa, Août 2000

et consensuelle pour estimer les économies en matière de consommation et pauvreté (Lanjouw et Ravallion, 1995).

Bien que d'autres paramètres permettent d'évaluer le niveau de la pauvreté, le revenu est le facteur le plus utilisé pour en estimer le risque. Combiné à certains facteurs exogènes, le revenu influence le bien-être d'un ménage.

Dépenses courantes des ménages par tête d'habitant par an



Les dépenses de consommation reflètent la capacité du ménage de couvrir ses besoins fondamentaux en biens et services de première nécessité. C'est pour cela que leur analyse offre une belle perspective pour apprécier le niveau de pauvreté dans une communauté.

Dans ces tableaux, le poste le plus important des dépenses dans un ménage est la nourriture avec 37% du budget, suivi des dépenses de scolarisation (14%) et des dépenses de santé (15%).

Dans l'ensemble des dépenses courantes du ménage, l'alimentation est le principal poste de dépense, en raison de 37%. Dans l'enquête nationale sur l'Habitat et le Profil socio-économique des ménages en milieu urbain, il est décrit que le poste le plus important dans les dépenses des ménages urbains en République Démocratique du Congo demeure l'alimentation dont la proportion dans les dépenses totales varie entre 38 et 73%, suivi de la santé pour 17%, soit 16 USD consommés par les soins médicaux sur les 91 USD dont dispose un ménage par mois. Les résultats de la présente étude ne sont pas loin de ceux de l'enquête sur l'Habitat.

Les dépenses moyennes pour la santé représentent 15,07USD par habitant par an, soit 17,83% des revenus déclarés et 15% des dépenses du ménage, avec des variations allant de 5% dans le Nord à 20% dans la Capitale. Il s'agit là des dépenses supportées par le ménage. Or le rapport de la commission de l'OMS, sur base d'analyse faite dans 48 pays les moins avancés, a trouvé que la moyenne non pondérée des

dépenses de santé se situait à 11USD par habitant par an en 1997(OMS 2000)²². Là, il s'agit de ce que le gouvernement et ses partenaires dépensait pour assurer les soins de santé à chaque individu.

L'étude révèle également que les taxes et les amendes contraventionnelles, résultant de toutes sortes des tracasseries administratives et policières, absorbent près de 11% des revenus du ménage. Ces taxes et amendes exagérées, jusqu'à 26% dans le regroupement du Nord, sont cause de l'appauvrissement de la population rurale.

L'analyse détaillée par zone de santé enquêtée a ressorti qu'une proportion moyenne autour de 10% porte sur les autres dépenses dans le regroupement de l'Est. Si dans ce regroupement, la rubrique « autres dépenses » est particulièrement élevée, cela peut s'expliquer par les nombreux besoins de base auxquels font face ces ménages qui ont perdu beaucoup de leurs biens élémentaires dans les conflits armés qu'a connu la province du Nord Kivu. Pour les soins de santé et la nourriture un grand nombre de ces ménages dépendent encore de l'assistance humanitaire internationale. Les fréquents mouvements de la population fuyant les troubles et conflits armés qui ont déstabilisé la vie sociale dans cette partie du pays, avec comme conséquence que la plupart du temps, les structures qui dispensent ces services, en l'occurrence les centres de santé, les marchés et les écoles, étaient fermés.

5.2. Comportements des ménages face à la maladie

5.2.1. Les épisodes maladies

L'étude note une fréquence moyenne de 54,11% de ménages ayant eu des personnes qui étaient tombés malades durant les 2 dernières semaines qui ont précédé l'enquête. Ceci donne une fréquence de 3,13 épisodes maladies par habitant par an. Cette fréquence est proche de celle de 3,26 trouvée par CORDAID mais ASRAMES a estimé à 2,73 les épisodes maladies par an par personne nécessitant une consultation externe.

Tableau 13 : Episode maladie au cours de 15 derniers jours

REGROU-PEMENT	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Ensemble
Oui	92	186	67	146	142	89	154	876
Non	139	190	51	91	109	27	94	701
Ne sait pas	9	7	2	4	5	4	11	42
Ensemble	240	383	120	241	256	120	259	1619

En %

REGROU-PEMENT	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Ensemble
Oui	38,33%	48,56%	55,83%	60,58%	55,47%	74,17%	59,46%	54,11%
Non	57,92%	49,61%	42,50%	37,76%	42,58%	22,50%	36,29%	43,30%
Ne sait pas	3,75%	1,83%	1,67%	1,66%	1,95%	3,33%	4,25%	2,59%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

²² OMS « Rapport sde la Commission sur la Santé et macroéconomie », 2000

Parmi les 54% qui avaient connu un cas de maladie au cours de 2 semaines ayant précédé l'enquête, l'analyse a ressorti qu'au moins 36% étaient des enfants de moins de 5 ans.

5.2.1.1. Lieu de traitement pendant la maladie

Parmi les comportements que le ménage peut avoir face à la maladie, il y a le choix du lieu de traitement, lequel dépend de certains facteurs dont les plus importants sont la distance (accessibilité géographique) et le coût des soins (accessibilité financière). Mais un autre facteur non négligeable à considérer pour une bonne compréhension du comportement est le type d'établissement des soins choisi. Ce choix donne une idée de type d'infrastructures médicales disponibles dans la communauté et le degré de leur utilisation.

Tableau 14: Lieu de traitement

REGROUPEMENT	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Ensemble
Pas de traitement	7	11	1	36	14	14	11	94
Traitement traditionnel à la maison	13	22	1	18	22	9	9	94
Traitement traditionnel par un tradipraticien	0	0	0	3	2	2	0	7
Chez un tradipraticien	0	1	0	1	4	2	1	9
A la maison avec des médicaments modernes achetés au marché	10	65	34	46	39	11	56	261
Traitement moderne au centre de santé	59	64	17	33	68	45	58	344
Traitement moderne au poste de santé	3	8	7	2	1	23	13	57
Traitement moderne à l'hôpital	1	16	9	10	10	6	8	60
Autres	1	2	5	3	4	1	12	28
Ensemble	94	189	74	152	164	113	168	954

En %								
REGROUPEMENT	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Ensemble
Pas de traitement	7,45%	5,82%	1,35%	23,68%	8,54%	12,39%	6,55%	9,85%
Traitement traditionnel à la maison	13,83%	11,64%	1,35%	11,84%	13,41%	7,96%	5,36%	9,85%
Traitement traditionnel par un tradipraticien	0,00%	0,00%	0,00%	1,97%	1,22%	1,77%	0,00%	0,73%
Chez un tradipraticien	0,00%	0,53%	0,00%	0,66%	2,44%	1,77%	0,60%	0,94%
Automédication	10,64%	34,39%	45,95%	30,26%	23,78%	9,73%	33,33%	27,36%
Traitement moderne au centre de santé	62,77%	33,86%	22,97%	21,71%	41,46%	39,82%	34,52%	36,06%
Traitement moderne au poste de santé	3,19%	4,23%	9,46%	1,32%	0,61%	20,35%	7,74%	5,97%
Traitement moderne à l'hôpital	1,06%	8,47%	12,16%	6,58%	6,10%	5,31%	4,76%	6,29%
Autres	1,06%	1,06%	6,76%	1,97%	2,44%	0,88%	7,14%	2,94%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le tableau montre que 47% de ménages qui ont connu un cas de maladie n'ont pas recouru à une formation sanitaire moderne pour des soins appropriés. Tandis que 53% ont fréquenté une formation médicale durant cette période.

Pendant l'épisode de maladie, 75,68% des malades ont bénéficié d'un traitement moderne tandis que 24% ont recouru à d'autres modes de soins. Parmi les premiers, certains se sont soignés eux-mêmes (automédication) à domicile (27,36%) et les autres

dans un établissement des soins modernes dont 36,06% au centre de santé. 5,9% sont allés au poste de santé ou dispensaire du quartier et 6,29% dans un hôpital. Parmi les 10% des ménages interviewés qui n'ont eu recours à aucun traitement pour se faire soigner, y compris avec des plantés médicinales, 79% ont évoqué le manque d'argent. Dans l'étude d'ASRAMES, 78% de personnes interrogées ont évoqué la même raison tandis que dans l'étude de CORDAID, c'est 78%.

Tableau 15 : Raisons évoquées de non fréquentation d'une formation sanitaire

Raisons avancées par les ménages	fréquence	Proportion
Manque d'argent	93	78,81%
Demande trop d'argent	13	11,02%
Préfère se faire soigner à la maison	13	11,02%
Conviction culturelle/Confessionnelle	6	5,08%
Autre raison	6	5,08%
Manque de médicaments	4	3,39%
Qualité des soins mauvaise	2	1,69%
Trop éloigné du domicile	0	0,00%
	137	

Apparemment, moins de 10% des ménages qui n'ont cherché aucun soin pendant la maladie, (CORDAID avait trouvé 14%), paraît faible et négligeable, mais cela est inadmissible lorsqu'on prône les soins de santé primaires pour tous, que l'on voudrait réduire sensiblement la mortalité maternelle et infantile conformément aux objectifs du millénaire et que l'on prétend avoir subventionné les soins de santé à travers les pays. Le problème de manque d'argent (78,81%) et du coût excessif (11,02%) constitue à 90% le motif principal de renoncement aux soins de santé dans un établissement modernes des soins.

L'une des définitions de la santé affirme qu'elle est une « *dimension essentielle de la qualité de vie, l'opportunité de faire des choix et d'être satisfait de vivre* » (OMS, 1986). Ces personnes qui ont renoncé aux soins auraient bien voulu avoir l'opportunité de faire des choix et d'être satisfait de vivre, mais leur état de pauvreté monétaire les a privées de cet avantage, les conduisant à un plus grand risque-maladie.

Tableau 16 : Raisons évoquées pour le choix d'une formation sanitaire.

Motif du choix des FOSA par les ménages	Fréquence	Proportion
Meilleurs soins	671	46,34%
Proximité de mon domicile	589	40,68%
Compétence du personnel	339	23,41%
Qualité d'accueil du personnel	301	20,79%
Coût des soins très abordable	280	19,34%
Equipements modernes	241	16,64%
Notoriété ou bonne réputation	191	13,19%
Manque de mieux	139	9,60%
Courte durée de séjour en cas d'hospitalisation	121	8,36%
Autres raisons	99	6,84%

La qualité des soins (meilleurs soins, notoriété et compétence du personnel) représente, à 83%, **le critère principal de choix** d'une formation sanitaire. Le même constat a été fait dans l'étude de Kasai Occidental où la qualité des soins a motivé 80% de choix d'établissement des soins. La qualité des soins a également noté dans l'étude

de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et SANRU où parmi les 80% des ménages ayant déclaré être satisfait des soins, 90% ont fondé cette satisfaction sur la compétence de personnel soignant. La proximité par rapport au domicile, qui signifie accessibilité géographique dans un rayon inférieur à 5 km, motive le choix de l'établissement dans 41% de cas. Le coût des soins n'intervient que dans 19% de cas.

Ce tableau donne une idée sur les facteurs à capitaliser pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé. Une telle intervention ne peut toutefois être efficace que si elle combine plusieurs facteurs liés les uns aux autres.

5.2.1.2. Coût du traitement pendant la maladie

Tableau 16 : Dépense moyenne de santé par ménage lors des épisodes maladies survenus dans les 15 derniers jours

Milieu	Capitale	Ouest	Nord	Nord-est	Centre	Est	Sud	Ensemble
Urbain	\$8,13	\$7,72		\$6,19	\$12,59		\$4,36	\$7,80
Rural		\$2,01	\$0,70	\$4,11	\$2,53	\$2,69	\$1,84	\$2,31
Ensemble	\$8,13	\$4,87	\$0,70	\$5,15	\$7,56	\$2,69	\$3,10	\$5,05

Il ressort de ce tableau que le coût moyen d'un épisode maladie est de 5,05\$, montant qui est proche de celui trouvé dans l'étude de l'Ecole de Santé Publique (5,5\$), mais inférieur à celui trouvé par le PRONANUT dans ses enquêtes nutritionnelles à Kinshasa (7,3\$). Quand on compare par milieu, on remarque que les ménages dans les milieux urbains ont dépensé en moyenne pour la santé \$7,80 pour les soins de santé, soit 3,4 fois ce que dépensent les ménages dans les milieux ruraux (\$2,31) pour le même motif. Les dépenses les plus hautes sont observées dans les milieux urbains du regroupement centre (\$12,59), tandis que les plus faibles sont dans le regroupement Nord (\$0,70).

Tableau 17 : Frais payés pendant le traitement dans un établissement de référence

	Coût du voyage	Consultation	Médicaments	Autres	Total
NORD		0,56 \$	1,28 \$	1,26 \$	3,11 \$
OUEST	3,31 \$	1,76 \$	4,99 \$	10,00 \$	20,07 \$
CAPITALE	2,60 \$	2,98 \$	7,29 \$	12,08 \$	24,94 \$
CENTRE	0,78 \$	2,90 \$	7,38 \$	13,42 \$	24,48 \$
NORD-EST	12,99 \$	0,73 \$	7,19 \$	3,63 \$	24,54 \$
EST	1,78 \$	1,44 \$	7,82 \$	3,19 \$	14,23 \$
SUD	4,51 \$	3,16 \$	4,90 \$	2,42 \$	14,99 \$
Ensemble	4,33 \$	1,93 \$	5,84 \$	6,57 \$	18,67 \$
	Coût du voyage	Consultation	Médicaments	Autres	Total
NORD	0,00%	18,17%	41,22%	40,61%	100%
OUEST	16,50%	8,78%	24,87%	49,85%	100%
CAPITALE	10,42%	11,94%	29,22%	48,42%	100%
CENTRE	3,18%	11,86%	30,15%	54,81%	100%
NORD-EST	52,93%	2,96%	29,31%	14,80%	100%
EST	12,49%	10,11%	54,94%	22,45%	100%
SUD	30,06%	21,11%	32,71%	16,12%	100%
Ensemble	17,94%	12,13%	34,63%	35,29%	100%

Certains malades ont été transférés dans un établissement hospitalier pour y suivre le traitement plus approfondi. Le coût moyen de traitement dans cas de référence est de 19\$, englobant les frais de transport vers la structure de référence, la consultations, les médicaments en cours d'hospitalisation, et les divers frais se rapportant aux examens de laboratoire, aux examens d'imagerie médicale, aux frais administratifs, à l'alimentation à l'hôpital et aux frais de séjour dans l'hôpital.

Tableau 18 : Capacité de payer :

REGROUPEMENT

Capacité de payer	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
La totalité	48	214	25	81	103	60	103	634
La moitié	10	15	47	31	16	9	17	145
Le quart	2	4	3	5	7	2	9	32
Rien	4	4	7	1	8	4	3	31
TOTAL	64	237	82	118	134	75	132	842

En %

Capacité de payer	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
La totalité	75,00%	90,30%	30,49%	68,64%	76,87%	80,00%	78,03%	75,30%
La moitié	15,63%	6,33%	57,32%	26,27%	11,94%	12,00%	12,88%	17,22%
Le quart	3,13%	1,69%	3,66%	4,24%	5,22%	2,67%	6,82%	3,80%
Rien	6,25%	1,69%	8,54%	0,85%	5,97%	5,33%	2,27%	3,68%
TOTAL	100%							

Près des 75% des chefs de ménage ayant connu un épisode s'estiment être capables de payer la totalité de la facture des soins tandis que 25% auraient connu des problèmes pour payer la totalité du montant demandé.

Tableau 19: Appréciation de la tarification des soins

REGROUPEMENT

Tarif	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Trop cher	38	161	62	104	78	26	82	551
Raisonné	14	59	17	8	49	36	40	223
peu cher	9	13	1	6	2	9	13	53
TOTAL	61	233	80	118	129	71	135	827

En %

Tarif	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Trop cher	62,30%	69,10%	77,50%	88,14%	60,47%	36,62%	60,74%	66,63%
Raisonné	22,95%	25,32%	21,25%	6,78%	37,98%	50,70%	29,63%	26,96%
peu cher	14,75%	5,58%	1,25%	5,08%	1,55%	12,68%	9,63%	6,41%
TOTAL	100%							

Pour 67% de cas de maladie dans les ménages, le coût pour des soins de référence a été trouvé très élevé, tandis que 27% de ménages ont trouvé ce coût abordable, seulement 6% l'ont estimé moins cher. Dans l'étude de l'Ecole de santé

Publique, 53% des ménages interviewés avait trouvé que le coût de l'épisode maladie était très élevé.

Tableau 20 : Capacité de paiement réel

Capacité de payer	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
La totalité	58	219	44	102	120	62	123	728
La moitié	7	13	31	13	6	7	8	85
Le quart	0	1	2	2	2	2	3	12
Rien	0	5	2	0	1	4	3	15
TOTAL	65	238	79	117	129	75	137	840

En %

Capacité de payer	Capital	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
La totalité	89,23%	92,02%	55,70%	87,18%	93,02%	82,67%	89,78%	86,67%
La moitié	10,77%	5,46%	39,24%	11,11%	4,65%	9,33%	5,84%	10,12%
Le quart	0,00%	0,42%	2,53%	1,71%	1,55%	2,67%	2,19%	1,43%
Rien	0,00%	2,10%	2,53%	0,00%	0,78%	5,33%	2,19%	1,79%
TOTAL	100%							

Malgré que la majorité d'interviewés ait trouvé le coût des soins « élevé », 87% d'entre eux ont déclaré avoir payé la totalité du montant exigé. Il y a donc lieu de nuancer les réponses des ménages sur l'appréciation du coût des soins, en tenant compte du fait que certains malades choisissent premièrement, le traitement à domicile, qui est le moins cher, avant de se rendre dans un établissement des soins..

Tableau 21 : Tarif des actes médicaux en US dollar

Regroupement	Consultation par Infirmier	Consultation par médecin généraliste	Consultation par médecin spécialiste	Goutte épaisse	Examen d'Urine	Examen Selles	Radio	Echo Obstétricale
CAPITALE	1,08	1,37	0,52	0,50	0,46	0,43		
OUEST	0,46	0,82	0,17	0,40	0,44	0,37	0,39	0,87
NORD	0,25	0,31	0,00	0,22	0,18	0,11	1,65	
NORD-EST	0,21	0,26	0,25	0,08	0,08	0,07		
CENTRE	0,00	0,13	0,13	0,13	0,13	0,10		
EST	0,45							
SUD	0,90	1,52	1,56	0,35	0,34	0,31	1,12	1,89
ENSEMBLE	0,48	0,73	0,44	0,28	0,27	0,23	1,05	1,38

Ce tableau donne une idée de ce que coûtent les consultations et examens de routine dans différentes formations médicales des zones de santé enquêtées. Mais ces coûts sont très variables d'un établissement des soins à un autre, d'un milieu à un autre.

5.3. ELEMENTS DE SOLIDARITE ET DE PROTECTION SOCIALE

A ce point, l'étude a cherché à connaître le mode paiement le plus utilisé dans la communauté, la capacité contributive de celle-ci aux soins de santé et l'intervention de la solidarité communautaire dans le partage de risque.

Tableau 22 : Qui paie les soins médicaux au sein des ménages

Paiement	Effectif	Proportion
Les parents	571	51,81%
Soi-même	238	21,60%
Employeur (privé)	26	2,36%
Dons	19	1,72%
Eglise	5	0,45%
Etat	4	0,36%
Association d'entraide	1	0,09%
Mutuelle de santé	1	0,09%
Autre	237	21,51%
Total	1 102	100%

Le coût des soins est supporté entièrement par la famille (parents ou soi-même) dans 73% des cas. Certains ménages (21,5%) ont recouru à d'autres moyens (dettes, emprunts, fraudes, mise en gage des biens) pour payer les frais des soins. La participation de l'Etat se chiffre à **0,36%** tandis que la solidarité communautaire (mutuelles, les associations d'entraide, dons et assistance de l'Eglise) intervient dans **1,9%** des factures des soins.

Tableau 23 : Mode de paiement des services des soins

REGROUPEMENT

Modes de paiement	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Paiement direct en espèces	121	167	86	167	108	117	165	931
En espèces et/ou en nature	2	12	15	8	3	9	20	69
En espèce par l'employeur	0	9	0	4	5	1	5	24
En espèce par une association d'entraide	1	0	2	0	0	1	1	5
En espèce par une église	0	1	0	2	1	0	2	6
En espèce par un tiers (don)	0	11	0	3	2	1	0	17
En espèce par la solidarité familiale	1	2	0	0	0	1	1	5
Gratuité	4	21	0	4	0	9	1	39
Autres	0	1	4	1	1	1	1	9
Total	129	224	107	189	120	140	196	1105

En %

Modes paiement	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Paiement direct en espèces	93,80%	74,55%	80,37%	88,36%	90,00%	83,57%	84,18%	84,25%
En espèces et/ou en nature	1,55%	5,36%	14,02%	4,23%	2,50%	6,43%	10,20%	6,24%
En espèce par l'employeur	0,00%	4,02%	0,00%	2,12%	4,17%	0,71%	2,55%	2,17%
En espèce par une association d'entraide	0,78%	0,00%	1,87%	0,00%	0,00%	0,71%	0,51%	0,45%
En espèce par une église	0,00%	0,45%	0,00%	1,06%	0,83%	0,00%	1,02%	0,54%
En espèce par un tiers (don)	0,00%	4,91%	0,00%	1,59%	1,67%	0,71%	0,00%	1,54%
En espèce par la solidarité familiale	0,78%	0,89%	0,00%	0,00%	0,00%	0,71%	0,51%	0,45%
Gratuité	3,10%	9,38%	0,00%	2,12%	0,00%	6,43%	0,51%	3,53%
Autres	0,00%	0,45%	3,74%	0,53%	0,83%	0,71%	0,51%	0,81%
Total	100%							

Le paiement direct en espèce (out pocket payment) est le mode le plus pratiqué pour honorer les factures des soins. Toutefois dans 6% des cas, le paiement se fait en espèce et/ou en nature surtout au niveau des centres de santé du milieu rural. Le paiement indirect par un tiers payant (employeur et communauté) ou tout autre intermédiaire financier n'intervient que dans 5% des cas. Il apparaît également que 3,5% des personnes ont été soignées gratuitement comme indigents. Or lorsque l'accès gratuit aux soins est inférieur à 10%, il ne menace pas la viabilité financière d'un service de santé.

Tableau 24 : Modes d'assistance par la communauté

REGROUPEMENT	Capitale	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Supporte les soins								
En cotisant	26	74	7	24	19	14	31	195
Par des dons	5	32	10	18	13	17	10	105
Mutualité ou autre forme de solidarité	2	41	36	15	11	8	21	134
Elle ne m'a pas aidé	59	203	76	115	151	84	121	809
Autres	5	65	68	18	42	10	93	301
	97	415	197	190	236	133	276	1544

REGROUPEMENT	Capitale	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Supporte les soins								
En cotisant	26,80%	17,83%	3,55%	12,63%	8,05%	10,53%	11,23%	12,63%
Par des dons	5,15%	7,71%	5,08%	9,47%	5,51%	12,78%	3,62%	6,80%
Mutualité ou autre forme de solidarité	2,06%	9,88%	18,27%	7,89%	4,66%	6,02%	7,61%	8,68%
Elle ne m'a pas aidé	60,82%	48,92%	38,58%	60,53%	63,98%	63,16%	43,84%	52,40%
Autres	5,15%	15,66%	34,52%	9,47%	17,80%	7,52%	33,70%	19,49%
	100%							

Au moment de l'étude, 28% des malades ont été assisté par un quelconque mécanisme de solidarité communautaire pour payer leurs soins. Bien organisés et encadrés, ces types de mécanismes peuvent aider plusieurs ménages à améliorer leur accessibilité financière aux soins de santé.

Tableau 25 : Existence de mutuelle de santé dans votre communauté

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL	%
Non répondu	33	7	7	10	23	10	5	95	5,86%
Oui	117	45	19	6	1	1	5	194	
Non	90	331	94	225	232	109	250	1331	
Total	240	383	120	241	256	120	260	1620	
Total sans non répondu	207	376	113	231	233	110	255	1525	

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Oui	56,52%	11,97%	16,81%	2,60%	0,43%	0,91%	1,96%	12,72%
Non	43,48%	88,03%	83,19%	97,40%	99,57%	99,09%	98,04%	87,28%
Total	100%							

Dans l'ensemble, il existe une mutuelle de santé dans 13% des communautés enquêtées. C'est principalement dans le Nord où il existe un grand nombre d'affiliés à une mutuelle de santé (57%). Ce taux s'explique par le fait que la Zone de santé Bwamanda, qui a figuré parmi les zones de santé enquêtées, dispose d'une mutuelle de santé très fonctionnelle depuis plusieurs années. De même, dans les regroupements Ouest et Capitale, on rencontre quelques mutuelles de santé fonctionnelles dans les zones de santé enquêtées.

Tableau 26 : Affiliation à une mutuelle de santé

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL	%
Non répondus	27	2	3	4	1	1	2	40	20,62%
Oui	88	9	13	1	0	0	3	114	
Non, je ne vois pas son importance	0	11	0	1	0	0	0	12	
Non, les cotisations ne sont pas à la portée de ma bourse	1	4	1	0	0	0	0	6	
Non, puisqu'elle est mal gérée	0	2	0	0	0	0	0	2	
Non, pour diverses raisons	1	17	2	0	0	0	0	20	
Total	117	45	19	6	1	1	5	194	
Total sans non répondus	90	43	16	2	0	0	3	154	

En pourcentage

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Oui	57,14%	5,84%	8,44%	0,65%	0,00%	0,00%	1,95%	74,03%
Non, je ne vois pas son importance	0,00%	7,14%	0,00%	0,65%	0,00%	0,00%	0,00%	7,79%
Non, les cotisations ne sont pas à la portée de ma bourse	0,65%	2,60%	0,65%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,90%
Non, puisqu'elle est mal gérée	0,00%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,30%
Non, pour diverses raisons	0,65%	11,04%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,99%
Total par rapport aux répondus	58,44%	27,92%	10,39%	1,30%	0,00%	0,00%	1,95%	100%

Ce tableau révèle que 21% des ménages n'ont pas répondu à cette question sur l'affiliation à une mutuelle. Ce taux élevé de non réponse s'explique par le fait que les gens ne sont pas très habitués avec la notion de « mutuelle et d'affiliation à une mutuelle ».

Parmi ceux qui ont répondu, il est noté que 74% sont affiliés à une mutuelle et que les 26% restant ne trouvent pas l'importance ou la nécessité de s'affilier à une mutuelle pour diverses raisons, dont dans 4% de cas, les non affiliés ont évoqué la raison du montant élevé de suscription. Ce dernier taux pousse à dire que les cotisations demandées dans les mutuelles de santé sont à la portée de la plupart des bourses de membres d'une communauté.

Il est intéressant de noter le taux particulièrement élevé d'affiliation à une mutuelle de santé dans les regroupements où la zone de santé choisie possède une mutuelle de santé. Dans le Nord, ce taux est de 57% et dans la Capitale, il est de 8%. Le taux d'affiliation est nul dans les regroupements du Nord-Est et de l'Est (du moins à Kirotshe).

Tableau 27 : Soins supportés par la mutuelle

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Tous les soins	29	0	10	1	0	0	1	41
Consultations et hospitalisation								0
Consult, hosp mais sans nourriture	0	0	1	0	0	0	2	3
Médicaments achetés sur ordonnance	0	0	1	0	0	0	0	1
Soins pour maladies de courte durée	0	0	2	0	0	0	1	3
Tous les soins exceptés les prothèses dentaires et lunettes	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	29	1	14	1	0	0	4	49

En pourcentage

	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	TOTAL
Tous les soins	100%	0%	71%	100%	0%	0%	25%	84%
Consultations et hospitalisation	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Consult, hosp mais sans nourriture	0%	0%	7%	0%	0%	0%	50%	6%
Médicaments achetés sur ordonnance	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	2%
Soins pour maladies de courte durée	0%	0%	14%	0%	0%	0%	25%	6%
Tous les soins exceptés les prothèses dentaires et lunettes	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%

En général, la mutuelle supporte 84% des soins donnés par les structures de premier contact (centres de santé ou services de consultations ambulatoires des hôpitaux). En cas d'hospitalisation, la mutuelle ne supporte que la consultation et l'hospitalisation (médicaments et examens) mais pas la nourriture. L'étude a aussi trouvé que les frais de transport en cas de transfert dans une structure des soins en dehors de la zone de santé ainsi que les frais de traitement inhérents à ce transfert ne sont pas supportés par la mutuelle.

Tableau 28 : Prise en charge des coûts en cas de référence dans un hôpital

REGROUPEMENT	Capitale	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Supporte les soins								
Moi-même, avec mes revenus	10	22	4	4	18	16	15	89
Mon employeur	3	2	1	2	2	2	1	13
Mon employeur et moi	0	0	0	1	0	0	1	2
Ma mutuelle de santé	1	0	0	0	0	0	0	1
Ma famille	0	6	0	0	0	0	1	7
La communauté ou mes amis	1	1	0	0	0	0	0	2
Ma communauté chrétienne	0	0	0	0	0	0	1	1
Dette ou vente des biens	3	1	0	0	0	1	4	9
Autres	0	0	0	0	0	1	0	1
Pas de transfert	0	3	0	0	0	0	0	3
	18	35	5	7	20	20	23	128

En pourcentage

Supporte les soins	Capitale	Ouest	Nord	Nord-Est	Centre	Est	Sud	Total
Moi-même, avec mes revenus	55,56%	62,86%	80,00%	57,14%	90,00%	80,00%	65,22%	69,53%
Mon employeur	16,67%	5,71%	20,00%	28,57%	10,00%	10,00%	4,35%	10,16%
Mon employeur et moi	0,00%	0,00%	0,00%	14,29%	0,00%	0,00%	4,35%	1,56%
Ma mutuelle de santé	5,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,78%
Ma famille	0,00%	17,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,35%	5,47%
La communauté ou mes amis	5,56%	2,86%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,56%
Ma communauté chrétienne	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,35%	0,78%
Dette ou vente des biens	16,67%	2,86%	0,00%	0,00%	0,00%	5,00%	17,39%	7,03%
Autres	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,00%	0,00%	0,78%
Pas de transfert	0,00%	8,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,34%
	100%							

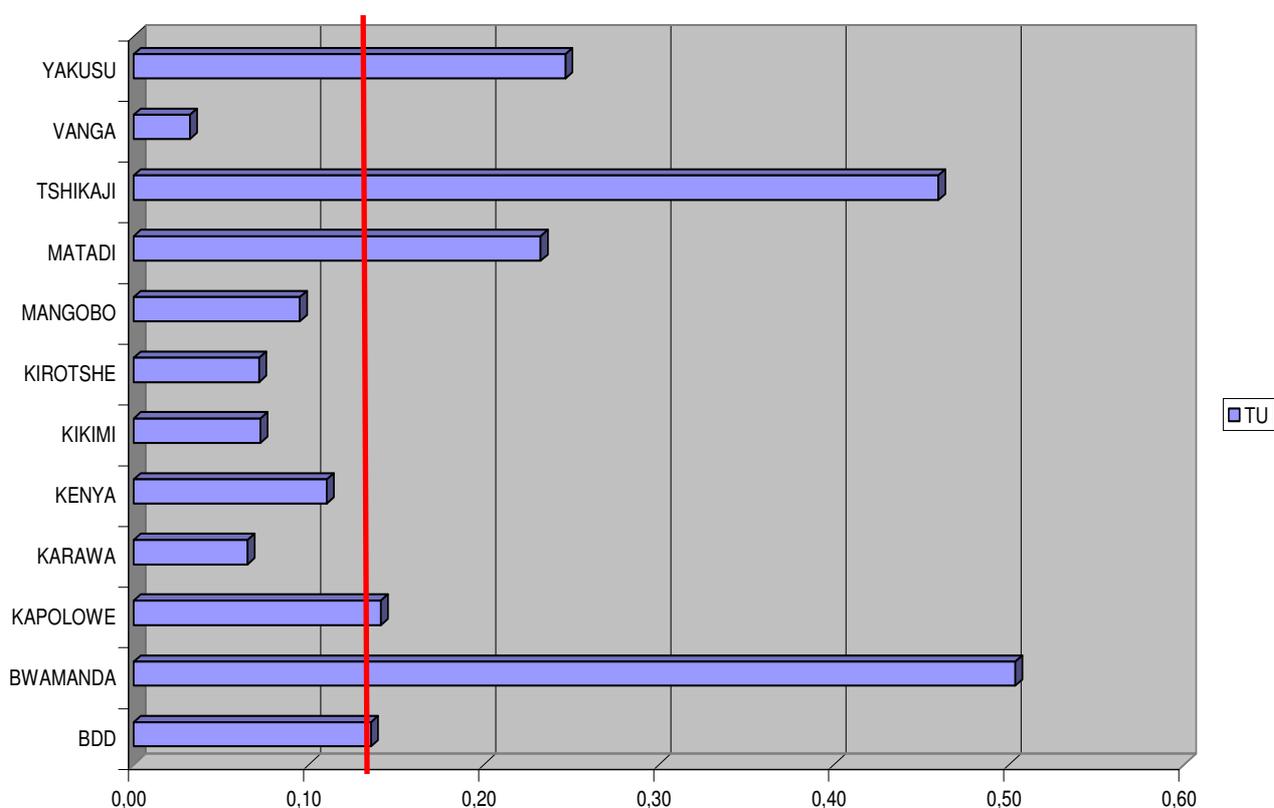
L'étude a trouvé que lors de l'hospitalisation en cas de référence, le malade et sa famille paient eux même les frais d'hospitalisation, particulièrement dans le cas de non appartenance à une mutuelle de santé. Les mécanismes de solidarité communautaire n'étant pas très développé, la mutuelle ou la communauté n'intervient que dans une faible proportion de moins de 2%. Un fait intéressant qui ressort de ce tableau ce que 7% de ménages étaient obligés de vendre un bien domestique ou de s'endetter pour supporter les frais des soins.

5.4. UTILISATION DES SOINS CURATIFS

L'analyse des rapports annuels d'activités de 2003 des formations sanitaires enquêtées a révélé le taux d'utilisation moyen est d'environ 0,13 nouveau contact par habitant par an. En d'autre terme, au moins une fois par an, 13 personnes sur 100 ont eu recourt à une formation sanitaire pour un problème de santé. Il est à rappeler que dans cette population, chaque individu fait au moins 3,16 épisodes maladie par an.

Ce taux est très variable en fonction des Zones de santé comme illustré par le graphique ci-dessous :

Taux d'utilisation de service en 2003 (EAF 2004)



Le taux d'utilisation des soins curatifs dans les centres de santé des aires de santé enquêtées est autour 0,13 NC/Hab/an (ligne rouge) en 2003. Le taux le plus élevé est à Bwamanda, dans le regroupement Nord où l'accès de la population est facilité par une longue tradition de mutuelle de santé avec l'application d'une tarification forfaitaire et la subvention par le Centre de Développement Intégral de Bwamanda. Les Zones de Vanga et Karawa qui ont eu des taux d'utilisation très bas dans les formations sanitaires enquêtées, ont en commun un certain nombre de caractéristiques dont la non formalisation de partage de coûts (pas de mutuelle de santé fonctionnelle). Elles appliquent en outre « une tarification à l'acte ».

Sans conclure quoique ce soit, il y a lieu de s'interroger sérieusement sur les effets du mode tarification et des mécanismes de solidarité communautaire sur l'accès aux soins curatifs.

Tableau 30 : Répartition des malades soignés en 2003 dans les formations médicales enquêtées selon leur catégorie socioprofessionnelle et par regroupement

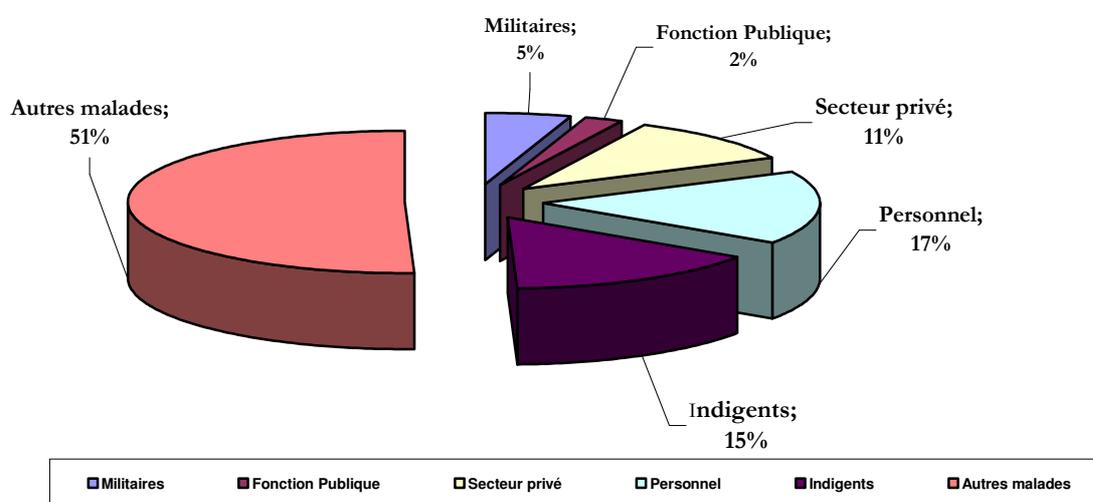
REGROU-PEMENT	Militaires	Fonction Publique	Secteur privé	Personnel	Indigents	Autres malades	Total
Malades soignés en 2003	6 821	8 854	28 675	10 869	10 257	735 059	800 535
CAPITALE	0,0%	0,0%	0,0%	48,1%	48,1%	3,8%	100%
OUEST	0,1%	0,5%	1,7%	0,1%	0,1%	97,6%	100%
NORD	15,3%	0,2%	0,0%	43,3%	28,4%	12,8%	100%
NORD-EST	6,9%	12,8%	32,8%	5,7%	9,3%	32,6%	100%
CENTRE	9,8%	0,3%	0,0%	15,2%	11,3%	63,4%	100%
EST	2,0%	0,1%	0,0%	1,1%	0,3%	96,5%	100%
SUD	0,3%	3,3%	39,1%	2,3%	7,2%	47,8%	100%
ENSEMBLE	5%	2%	11%	17%	15%	51%	100%

Le regroupement Nord a accueilli comme malades en consultations 15% des militaires sur l'ensemble des patients. Ceci s'explique par les effets de la guerre qui a entraîné leur rassemblement, ceci combiné avec l'inexistence des infrastructures médicales militaires dans cette partie du pays. En revanche dans les regroupements « capitale », Ouest et Sud où l'on trouve des facilités médicales militaires leur proportion avoisine Zéro pourcent. La fonction publique représente une proportion importante dans le regroupement nord-est 12,8%. La proportion du personnel comme utilisateur des soins est très importante dans le regroupement capitale et le Nord.

Dans ces derniers regroupements aussi, les indigents atteignent respectivement la proportion de 48% et 24% des malades consultés en 2003. L'ouest et l'est se caractérisent essentiellement par le fait que la quasi-totalité des patients sont des malades ordinaires.

Le diagramme ci-après illustre bien la répartition des malades dans l'ensemble de l'étude :

Répartition des malades soignés en 2003 par les prestataires interviewés selon leur catégorie socio-professionnelle



Ce graphique montre que des 800.535 malades soignés en 2003 dans les établissements modernes du champs de l'étude : **51%** sont des malades ordinaires c'est-à-dire ceux qui peuvent payer directement pour les soins. **49%** est constitué de la catégorie des utilisateurs qui ont soit un accès gratuit aux soins c'est-à-dire des ayants droits (Personnel (17%), Militaires (5%), fonction publique (2%)) et des conventionnés du secteur privé. Dans ces conditions les recettes sont réellement attendues des groupes dits autres malades qui ne représentent que 51% de consommations des soins. Avec les 49% la chance de recouvrement des coûts de soins est incertaine ou nulle, d'où la récupération du manque-à-gagner sur la catégorie « autres malades » avec ses conséquences sur l'accessibilité.

VI. TABLEAUX SYNTHETIQUES DE QUELQUES INDICATEURS

Les tableaux qui suivent présentent une synthèse de données entre les différents regroupements et les comparent aussi à d'autres études citées dans les commentaires ci-dessus.

Tableau 31 : Principaux indicateurs des caractéristiques des ménages

INDICATEURS	NORD	OUEST	CAPITALE	CENTRE	NORD-EST	EST	SUD	Ensemble
Revenu monétaire déclaré moyen annuel par tête	\$ 21,02	\$ 63,25	\$ 92,11	\$ 162,04	\$ 73,05	\$ 93,12	\$ 111,51	\$ 88,01
Dépenses monétaires moyennes déclarées annuelles par tête d'habitant	\$ 49,81	\$ 106,75	\$ 113,95	\$ 146,07	\$ 88,61	\$ 73,19	\$ 116,52	\$ 99,36
Dépenses moyennes de soins de santé par habitant par an	\$ 2,61	\$ 19,16	\$ 22,68	\$ 23,24	\$ 11,04	\$ 13,59	\$ 13,06	\$ 15,07
Proportion dépenses santé par rapport aux totales dépenses	5 %	18 %	20 %	16 %	12 %	19 %	11 %	15 %
Taux de dépendance	2	0,9	9,3	1,3	0,8	2,3	2,5	1,5
Proportion des personnes handicapées physiques	1,45%	1,94%	0,58%	0,61%	1,30%	4,66%	0,52%	1,44%
Proportion des soins médicaux supportés par les ménages	97,62%	81,53%	95,45%	83,66%	78,46%	96,16%	90,35%	87,65%
Taille de ménage	7,2	5,3	7,2	6,2	7,2	6,8	6,0	6,4
Proportion des ménages vivant avec moins de \$10 par mois	52,05%	35,81%	20,25%	18,66%	22,53%	17,61%	20,14%	28,80%
Taux de renoncement aux soins	7,45%	5,82%	1,35%	23,68%	8,54%	12,39%	6,55%	9,85%
Proportion des ménages dirigés par des femmes	12,92%	37,60%	50,00%	44,81%	84,77%	69,17%	52,69%	35,68%
Proportion des chefs des ménages non ou semi instruits	41,25%	30,63%	18,49%	10,73%	26,38%	61,67%	24,03%	31,81%
Proportion des chefs de ménages sans emploi	9,58%	16,75%	58,82%	9,75%	12,94%	9,32%	9,73%	15,49%

Ci-dessous sont présentés les données de quelques études ayant porté sur l'accessibilité des populations aux soins de santé. Ces résultats ont permis de confronter les résultats de la présente étude de « **l'Accessibilité financière des communautés aux soins de santé** » ce tableau ont été largement commentées et comparées tout au long de ce rapport. Du moins, il y ressort clairement que les ménages supportent à 87% les soins de santé de premier échelon. Il n'est donc pas nécessaire d'y revenir.

Par ce paiement, les ménages couvrent ainsi les frais de fonctionnement et les salaires, et surtout les primes, de la majorité du personnel des centres de santé et des hôpitaux de premiers contacts. Ceci confirme le fait qu'au cours des 30 dernières années, la charge du financement des services de base de la santé, dans 40 à 60%²³ de cas, s'est transféré graduellement sur les ménages, le budget de l'Etat, bien qu'en croissance, n'atteint pas encore le niveau périphérique.

²³ Alain LETOUTMY, « Le financement communautaire de la santé », CNRS, novembre 2003

Tableau 32 : Analyse desk des quelques études ayant porté sur l'accessibilité aux soins

ETUDE	Coût soins par épisode maladie ou dépenses pour la santé En USD	Revenu moyen ménage par an et par personne En USD	Nombre d'épisode maladie par an et par personne	Avis sur le coût du traitement	Principal motif choix établissement	Raisons de non fréquentation des CS, et Hôpitaux	Mode paiement le plus pratiqué
1. Enquête CAP Ménage dans les ZS PMURR – ESP – sept. 03 (N=4056 ménages)	5,5	-	-	Très élevé (53%) Abordable (47%)	-	Manque d'argent (70%)	-
2. Etude socio-économique et d'accessibilité aux soins – Asrames- mai 03 (N= 462 ménages)	6,68	57,47	2,73	-	Qualité des soins (89%)	Manque d'argent (15%)	
3. Enquête national sur l'habitat et profil socio-économique de ménages – ENHAPSE – août 00 (N = 12 agglomérations urbaines)	-	62	-	-	-	-	-
4. Enquête nutritionnelle à Kinshasa – Pronanut – (N=1800 enfants)	7.3	-	1.6	-	-	-	-
5. Enquête ménage dans les ZS de Ndesha, Katoka et Tshimbulu – Cordaid – juin 04 (N= 2076 ménages)	12,55	130,82	3,26	-	-	-	-

6. Niveau de vie socio-économique et accessibilité aux soins de santé – Horizon Santé – février 1995	5,05	89,71	3,13		Qualité des soins	Manque de moyens financiers (46%)	Paiement par épisode
7. Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé (N=1620)	5,05	88,01	3,16	Abordable (27%) Très cher (67%)	Qualité des soins (83%)	Manque d'argent (79%)	Paiement par épisode

VII. ANALYSE DU FOCUS GROUP

La consultation participative en groupe focalisé avait pour objectif principal de mieux cerner le problème de l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé vu sous l'angle communautaire. Ces groupes focalisés ont été organisés au niveau de chaque site en utilisant la technique discussion semi structurée sous la facilitation du superviseur central. Ce focus group a réuni les représentants du secteur public, des ONG nationales de santé, des ONG internationales de santé, des centres de santé confessionnels et privés, des délégués des associations communautaires de santé, des membres de COSA ou CODESA, des membres des Comité de gestion du BCS et de l'HGR.

Ces discussions riches, profondes et variées, ont débouché sur les conclusions suivantes :

1. Les personnes qui éprouvent particulièrement des difficultés à accéder aux soins de santé, figurent parmi les indigents, les vieillards sans soutien, les orphelins abandonnés, les personnes à très faible revenu ou abandonnées souffrant d'une maladie chronique, d'un handicap physique ou mental, les handicapés abandonnés, les agents des services publics de l'Etat, les militaires, les policiers et les enfants en situation difficile.
2. Ces personnes revêtent une caractéristique principale commune en ce qu'elles ont un revenu très faible ou nul. Les fonctionnaires et les agents d'ordre de l'Etat, cités dans cette catégorie, sont ceux qui ont un faible revenu salarial et irrégulièrement payé. Les autres personnes à faible revenu, accèdent difficilement aux soins parce qu'elles produisent moins ou n'arrivent pas à écouler le peu de produits de leur travail par manque de débouché. La fixation des prix des produits agricoles par l'acheteur, le mauvais état des routes de desserte agricole, la perception anarchique des taxes, la chaîne de vente par sous-traitance sont aussi parmi les facteurs qui diminuent le revenu des paysans, les amenant à réduire l'accès aux soins de santé.
3. S'agissant des prestataires ou du système de santé et plus spécialement du mode de tarification, les groupes focalisés sont unanimes sur le fait que « la tarification à l'acte, pratiquée dans nombre d'institutions des soins, constitue un goulot d'étranglement systémique d'accès aux soins ». Ils ont reproché en outre le manque de conscience des prestataires qui rançonnent les malades. Ainsi ont-ils proposé une campagne nationale de conscientisation pour prestataires des soins
4. Pour réduire l'inaccessibilité de la majorité, les groupes ont proposé quelques pistes de solutions, que voici :
 - a. l'application d'une tarification forfaitaire par épisode maladie, en fonction de la catégorie socioéconomique des malades.
 - b. conscientisation du personnel de santé pour mettre fin aux pratiques de rançonnement des malades qui sollicitent leurs services.
 - c. Acceptation de paiement en nature.

-
- d. Effort d'uniformisation de la tarification dans les institutions aussi bien publiques que privées de manière à l'adapter au revenu de la population moyenne.
5. Pour donner accès aux soins de santé aux plus démunis, les groupes focalisés ont avancées les propositions ci-après (dans le cadre de réduction de la pauvreté) :
- a. Accorder des soins gratuits sur présentation des cartes d'indigence
 - b. L'identification des indigents doit s'opérer au niveau communautaire avec l'appui des affaires sociales, la santé et la territoriale
 - c. Les soins consommés sur présentation de la carte d'indigence doivent être remboursés par l'Etat ou les partenaires sociaux
 - d.** qu'il soit mis en place un système pour assurer la gratuité des soins aux groupes vulnérables et aux indigents mieux identifiés suivants : les veuves, les orphelins, les vieillards, les handicapés physiques, les retraités, les paysans, les personnes à salaire très bas et les enfants en situations difficiles,
 - e. créer des mutuelles de santé.
6. Dans quelques zones de santé du pays où ont expérimenté des mutuelles de santé ou des associations de solidarité pour la santé, les groupes focalisés en ont présenté les avantages et inconvénients avec propositions pour leur réussite dans les points suivants :
- a. Avantages des mutuelles :
 - i. Elles facilitent à ses membres adhérents un accès facile aux soins à tarifs réduits ou gratuits. Cette réduction va du 1/3 de la facture à la totalité du montant à payer.
 - ii. Elles constituent une source supplémentaire de financement des services de santé
 - iii. Elles renforcent la solidarité entre les membres cotisants
 - b. Inconvénients des mutuelles
 - i. Rupture de stocks des médicaments par surconsommation, à cause de fraude, ou en cas des maladies chroniques ou de déséquilibre financier.
 - ii. Surcharge de travail pour le personnel du centre de santé à cause du surnombre des personnes affiliées.
 - iii. Exclusion des indigents et des plus démunis par manque d'argent pour la cotisation
 - iv. Ces expériences ne sont pas pratiquées à grandes échelles, elles se limitent seulement dans quelques aires de santé ou ne concernent qu'un groupe socioprofessionnel donné.
 - v. Ces mutuelles ne prennent en charge qu'une portion limitée des soins. Les frais à rembourser ne couvrent pas la référence ou des soins en dehors du système
 - c. Conditions de réussite des mutuelles de santé

-
- i. Les groupes ont souhaité qu'il soit exclu de la pensée l'idée d'une mutuelle ou assurance maladie de l'Etat car ils ont perdu confiance dans sa capacité d'organiser de tels services. Ils citent à cet effet, l'exemple des deux sociétés nationales de protection sociale à savoir, l'INSS²⁴ et la SONAS²⁵. La gestion de ces institutions étatiques laisse à désirer. Ils ont évoqué dans la plupart des focus le non remboursement de frais engagés en cas d'accident des élèves affiliés.
 - ii. Les groupes ont estimé que l'amélioration de l'environnement macroéconomique permettra d'accroître le pouvoir d'achat de la population et partant sa capacité contributive.
 - iii. Les groupes ont estimé que seul un Etat responsable, jouissant de toutes ses prérogatives, est nécessaire pour la réussite des mutuelles
 - iv. La sécurité des personnes et de leur bien, surtout dans les regroupements de l'est doit être assurée au préalable.
 - v. Il faudra au départ une sensibilisation de la population pour qu'elle comprenne les bien-fondés de la mutuelle, les contraintes pour le paiement de la cotisation, l'organisation ainsi que les limitations
 - vi. La formation initiale des animateurs et gestionnaires des mutuelles est indispensable
 - vii. La représentativité de la population dans toutes les instances de la gestion des mutuelles est recommandée
 - viii. L'introduction des mutuelles doit se faire progressivement
 - ix. Impliquer les privés dans la mise en place des mutuelles
7. Du mécanisme actuel de financement de soins de santé, les groupes focalisés ont estimé que :
- a. Les centres de santé sont financés en majorité par des recettes propres générées par le recouvrement de coûts des soins (70 à 80%).
 - b. Les partenaires et organisations non gouvernementales (Internationale et nationale) apporteraient un appui, souvent en nature et direct au prestataire, de l'ordre de 20-30%.
 - c. Tandis que la contribution de l'Etat est très marginale voire négligeable (0 à 10%). Elle est représentée par le salaire du personnel et quelque fois par l'exonération sporadique sur les importations des médicaments et matériels médicaux.
8. Du circuit de financement des soins par les partenaires et intervenants, les groupes ont remarqué que :
- a. les procédures d'expédition et d'acquisition des fonds sont trop lourdes pour permettre l'exécution efficace des services.

²⁴ Institut National de Sécurité Sociale

²⁵ Société Nationale d'Assurance Sociale

-
- b. les recettes propres sont généralement insuffisantes pour couvrir le fonctionnement harmonieux des services. Ainsi, la lenteur procédurale et la lourdeur de la bureaucratie mécaniste interfèrent-elles négativement dans l'exécution des services.
9. Du contrôle et de la participation communautaire dans la gestion de l'offre des soins, les groupes focalisés ont estimé que :
- a. Les organes de gestion existent à tous les niveaux de gestion de l'offre des soins, que ce soit au Centre de santé, à l'hôpital général de référence ou au bureau de la zone de santé
 - b. La portée de ces organes est amoindrie par déficience de représentativité et d'information. Certains groupes ont allégué que la population n'est pas représentée ou/et est mal informée de la gestion de l'offre des soins.
 - c. La participation communautaire doit être réellement active (type partenariat) et non clientéliste. Qu'elle soit démocratique (tirer sa légitimité d'une base) et représentative.

VIII. STRATEGIES RECOMMANDEES

Les constats de cette étude font état d'inaccessibilité financière aux soins de santé pour la plupart des ménages, tant en milieu rural qu'urbain. Les deux raisons principales de cette inaccessibilité sont les suivantes : d'une part, l'explosion des coûts des soins par rapport au revenu monétaire déclaré des ménages (15,07 \$ US versus 88,01 \$ US de revenu monétaire déclaré soit 17,12% et soit 15% de dépenses courantes du ménage) entraînant une perception de cherté des coûts des soins curatifs chez environ 70% des ménages, et de l'autre, le renoncement à fréquenter les établissements modernes des soins pour les plus démunis.

Pour les 53 % des ménages qui se soignent encore dans des établissements modernes des soins, cette situation constitue un drame. Ces derniers s'endettent, mettent en gage ou vendent leurs biens.

Parmi les 47% des ménages qui ne se présentent pas du tout dans les services de santé modernes ou recourent à l'automédication (28% achètent des médicaments dans une officine pharmaceutiques ou sur le marché tandis qu'environ 10% se soignent à la médecine traditionnelle). La situation est encore plus dramatique pour les plus pauvres, constitué de 9% des ménages, exclus des soins de manière permanente par manque d'argent évoqué comme premier motif de renoncement dans 78% des cas.

L'espoir d'autofinancement des services de santé suscité par l'initiative de BAMAKO et l'amélioration de la qualité des soins qui devait l'accompagner ne sont pas au rendez-vous : 40% des factures des soins restent impayées dans les formations sanitaires enquêtées. Les ayants droits (49% des utilisateurs) comprenant le personnel soignant, les fonctionnaires et les hommes en uniformes, consomment gratuitement les soins. De cette dernière catégorie, les indigents eux, constituent 15 % des utilisateurs à charge gratuite des soins. Les recettes pouvant assurer l'autofinancement ne sont attendus que de 51% des utilisateurs ordinaires qui ne payent que les 60% de leurs factures des soins.

L'engagement de l'Etat à améliorer la santé de la population s'est désagrégé par son faible pouvoir régulateur, d'allocation des ressources laissant libre cours à l'anarchie des prestataires à finalité tant publique que privée.

Face à ces constats, il est impérieux de formuler les recommandations que voici :

8.1. Améliorer la part du budget de la santé

Il est une bonne chose que le gouvernement ait décidé d'augmenter la part du budget à la santé jusqu'à 15%, mais il faudra que des mécanismes et des stratégies de bonne gouvernance soient mis en place pour y parvenir. Celle-ci doit commencer par l'amélioration effective des recettes fiscales et dans le secteur de santé, elle doit concerner la manipulation des fonds publics depuis la collecte des taxes et impôts jusqu'à leur mise à la disposition des services de santé.

8.2. Motiver et conscientiser le personnel soignant

Il faudra également que les agents de santé soient suffisamment rémunérés, correctement encadrés et soutenus. Pour ce faire, nous envisageons que le paiement du personnel se fasse sur base des résultats réalisés à travers le contrat de performance. Ce contrat pourrait agir comme facteur de motivation susceptible d'améliorer non seulement la qualité des services des soins mais également l'accessibilité des plus pauvres à ces services.

Ce contrat devra en outre permettre de :

- rendre le personnel plus motivé à utiliser rationnellement les médicaments et matériels des soins, à consacrer le gros de son temps dans le lieu de travail sans se livrer à des activités extra contractuelles pour survivre,
- réduire les dépenses de santé à charge des patients et faciliter l'instauration d'une tarification prévisible et transparente, stimulant la demande des services de santé par les groupes défavorisés, car ce que l'Etat et ses partenaires sociaux refusent officiellement de payer au personnel soignant est payé officieusement par les malades.
- améliorer la qualité des soins surtout en milieux ruraux tout en réduisant les frais de déplacement et de séjour hors aire de santé,
- renforcer les règles interdisant le paiement officieux de frais des soins par les malades en exigeant au personnel de travailler à temps plein sans détourner les malades au profit personnel ni chercher une clientèle privée.

8.3. Contrôler les coûts

8.3.1. Se doter d'une politique tarifaire d'actes et de soins médicaux

Outre le contrat de performance susceptible de favoriser une utilisation adéquate et efficiente des ressources disponibles, le gouvernement de la RDC, qui a souscrit à la politique de recouvrement des coûts dans le cadre de l'initiative de BAMAKO, doit se doter d'une politique nationale de tarification des soins et des prestations. Tout en étant différentielle, celle-ci devrait faciliter à la fois la solidarité entre les malades et limiter au maximum les barrières systémiques telles que la surfacturation des malades provenant d'autres zones.

Le recouvrement des coûts bien appliqué, c'est-à-dire ne visant pas uniquement un souci de viabilité des services ou une volonté de régulation nationale, doit favoriser une augmentation de la capacité fonctionnelle des institutions de santé, en se fondant sur l'équité des soins.

8.3.2 Tarification officielle

Les tarifs appliqués dans les établissements de santé publics ont un substantiel impact sur l'utilisation, l'efficacité, l'équité et la viabilité de services des soins. La publication officielle des tarifs pour différents actes médicaux peut être une nécessité, car elle permettra d'établir les marges tarifaires à observer au niveau local. Il devra, afin de faciliter l'accès, être établi de manière à minimiser les effets de la discrimination financière pour les gagne petit.

Pour minimiser les risques d'exclusion financière aux dépens des plus pauvres, l'ensemble des services publics de santé, devra être subventionné par le gouvernement tout en encourageant les activités caritatives dans ces domaines. Étant donné la limitation en ressources publiques, une participation financière des usagers sera requise pour assurer des services diligents. Celle-ci devra toutefois être conçue de manière à ne pas créer de barrière à l'utilisation. Le recours aux exemptions, au prépaiement, aux mutuelles de santé et à toute organisation financière fondée sur la solidarité communautaire, devra être fortement encouragé et encadré.

L'application de la tarification par épisode maladie avec médicaments et prenant en compte la catégorie socioéconomique des malades, proposée lors des discussions en groupes focalisés en vue de réduire l'inaccessibilité de la majorité aux soins de santé est à adopter si l'on veut réduire le risque d'exclusion des plus démunis. Le personnel de santé devra avoir, à cet effet, une bonne conscience, afin de cesser avec les pratiques de rançonnement des malades tout en acceptant le paiement en nature par les plus démunis. Et enfin, l'uniformité du tarif de certains actes dont les intrants sont principalement fournis par l'Etat ou les partenaires doivent être d'application.

Nous recommandons à titre indicatif comme mode de paiement : le paiement par épisode avec médicaments. Ce dernier évite aux patients les dépenses des consultations ultérieures jusqu'à l'achèvement du traitement de l'épisode maladie ce qui garantira la continuité des soins. En revanche, au niveau de l'hôpital, une formule de pré-paiement couvrant un risque plus large allégerait le fardeau déjà lourd de dépenses de santé par le partage des coûts.

8.3.2 Création des Centrales d'Achat et Distribution des Médicaments en Provinces

Les coûts des médicaments représentent une part importante *des dépenses de santé* tant au niveau national que des ménages, d'où la nécessité d'une sélection judicieuse, efficace et efficiente de leur circuit d'approvisionnement.

La consommation des médicaments représente 30 à 50% du budget des établissements de soins. Elle constitue pour les usagers 50 à 75% des coûts. Ainsi, un contrôle des coûts des produits pharmaceutiques pourra permettre à l'Etat et aux ménages de réaliser des économies substantielles.

En attendant une production pharmaceutique locale couvrant le besoin national, rendre les médicaments géographiquement et financièrement accessible, peut résoudre provisoirement le problème d'accès aux médicaments essentiels pour les malades, surtout les plus pauvres. Pour ce faire, le gouvernement devra encourager la politique de création et implantation des centrales d'achats et de distribution des médicaments essentiels dans toutes provinces du pays.

Lesdites centrales devront assurer le rôle régulateur en matière de fixation de tarifs des soins et agir comme organisme de financement des soins. A ce titre, elles aident à maîtriser les coûts de consommation des soins, à améliorer le système comptable et le subventionnement surtout des soins des groupes vulnérables. Elles pourront également jouer un rôle d'interface entre le prescripteur, le dispensateur et le consommateur dans la fixation du prix des médicaments.

L'approvisionnement des services des soins en médicaments de qualité à des prix abordables mettra fin, à long terme, au recours aux médicaments de moindre qualité proposés à des prix vils par les charlatans qui sillonnent le pays.

La création des centrales d'achats constitue enfin, une réponse au besoin de renforcement de la capacité fonctionnelle des établissements des soins dans le pays, et contribuera plus efficacement à la promotion du bien-être des populations. Elle garantira en outre, la gratuité des soins aux indigents. C'est aussi la meilleure alternative pour assurer la continuité du service public, après l'échec du fonctionnement des structures alors existantes (dépôts pharmaceutiques publics de la DCMP). Ici, nous y recommandons l'implication du secteur privé avec comme soubassement un mécanisme clair de contractualisation avec l'état congolais comme garde-fous.

8.3.3 Formalisation les mécanismes de solidarité

L'étude a montré que le concept '*mutuelle de santé*' ou autre association communautaire ayant le partage de coûts des soins comme l'un de ses objectifs, n'est pas une expérience nouvelle en RDC. Il y a donc lieu de renforcer les expériences positives dans ce domaines et les capitaliser afin qu'ils fassent partie intégrante des systèmes de valeur nationale. Ceci concerne particulièrement les groupes à revenu moyen ou faible. Pour cela, le gouvernement doit donner l'impulsion et des subventions nécessaires à leur démarrage.

La création des regroupements de partage des risques pourrait constituer un élément capital de lutte contre la pauvreté au niveau communautaire.

Quant à un régime d'assurance-maladie obligatoire à proprement parler, l'étude n'en a pas repéré un seul cas. Les travailleurs prennent eux-mêmes en charge les dépenses des soins de santé (out pocket payment). Ils sont encore plus exposés au risque de se ruiner en cas d'une maladie grave ou chronique. Pour faire face à ces périls, les travailleurs devraient être incités à adhérer à un système communautaire de partages des risques soutenu par un financement public. Le concours des employeurs consisterait dans ces conditions à inciter chaque employé à souscrire directement et librement aux polices d'assurance de son choix comme exigence professionnelle. Le gouvernement pourra, avec ses partenaires sociaux, organiser des assurances libres pour le reste de la population.

8.3.4 Participation financière de la communauté

Une participation communautaire au financement des soins peut non seulement rationaliser les dépenses des soins de santé mais aussi favoriser un accès au plus grand nombre.

La mise en commun du peu des ressources disponibles, la mutualisation du risque, une bonne gouvernance et une participation active aux processus de fonctionnement du système de soins susciteront dans les communautés concernées un sentiment d'appropriation de l'offre des soins et partant une grande acceptabilité.

Cette participation peut se réaliser sous plusieurs formes selon les spécificités locales :

- paiement direct avec contrôle du recouvrement des coûts tel que recommandé dans l'Initiative de Bamako ;
- fonds alimentés par le recouvrement des coûts (drug revolving funds) réalisable à travers les centrales d'achat
- création des mutuelles de santé : elles ont été expérimentées avec succès dans certaines zones de santé. Celles-ci ont l'avantage d'organiser un mode d'accès privilégié aux soins grâce à un régime d'assurance maladie volontaire, une gouvernance assurée par la représentation des cotisants, et constituent un mode de développement économique, social voire politique.
- création et abonnement à des structures gérées par la communauté ayant comme valeurs de référence l'humanisme, le volontariat, la démocratie, l'autonomie, la solidarité et la non exclusion
- formules de partage des coûts pour un risque particulier : dans certains milieux un pourcentage des recettes du CS ou une cotisation spéciale est prélevée pour une assistance en cas d'un risque élevé tel qu'une intervention chirurgicale majeure ou un accouchement difficile nécessitant une césarienne.
- régimes volontaires d'assurance gérés principalement par l'administration ou par des formations de santé (cas de la ZS de Bwamanda), en associant la communauté.
- micro-assurance auto gérée ou non, par des petits groupes, qui couvre un champs limité des risques selon les besoins et les moyens du groupe (village, quartier, association de métiers, regroupement social, ...) mais impliquant la communauté.

Étant donné la complexité et la technicité limitée de l'organisation de l'offre et de la demande, il sera indispensable de former les structures communautaires qui seraient réellement impliqués dans la gestion de ces structures pour susciter l'acceptabilité et la solvabilité vis-à-vis des institutions des soins

Ces formes de financement communautaire de soins permettront, à la longue, de lutter efficacement contre la pauvreté en rendant accessible les soins à la population pauvre et surtout aux indigents. Elles sont une réponse pour la réduction de la vulnérabilité des populations et la récupération de leurs capacités productives. Tout en prévenant la pauvreté, elles rehaussent aussi l'impact attendu en termes l'articulation des relations entre la demande et l'offre des soins (moins de renoncement aux soins).

8.4. Accroître le potentiel financier des ménages

Il faudrait à ce sujet encourager les activités génératrices des revenus : les coopératives, le paysannat, les micro-crédits et les investissements dans le domaine de l'agriculture et le commerce, principales sources des revenus des ménages.

Le Gouvernement devra assurer une rémunération régulière et adéquate aux fonctionnaires et les hommes en uniformes. Il devra en outre créer l'emploi pour diminuer le taux de dépendance élevé surtout dans les milieux urbains.

8.5 Réduire le risque d'exclusion des plus démunis

8.5.1. Création des services de santé pour les défavorisés

Dans le cadre de lutte contre la pauvreté, le gouvernement devait songer à affecter un certain pourcentage du budget de PPTTE à la mise en œuvre des programmes d'actions sanitaires de base, qui touchent davantage les classes démunies et les milieux enclavés.

Le Centre de santé doit être considéré comme une unité opérationnelle à l'intégration de cette vision, qui, au niveau national, doit déboucher sur la création d'un **fonds national de promotion sanitaire** pour subventionner les soins en faveur des groupes défavorisés, des pauvres et des indigents. Ce fonds permettra de mettre en place la politique de gratuité des soins pour les indigents. Les frais engagés à cet effet par l'institution soignante devront être remboursés par l'Etat ou les partenaires sociaux à travers ce fonds. Ceci exigera, au préalable, une identification des indigents au niveau communautaire avec l'appui des Affaires Sociales, les services de santé et la territoriale.

Ce fonds doit être intégré dans le cadre organique de la zone de santé pour éviter la stigmatisation des malades qui les fréquentent et faciliter leur supervision afin d'aguiller à temps toute tendance au dérapage. Un partenariat entre secteur public, privé et organisations non gouvernementales devra également être envisagé pour une meilleure distribution des services de santé. Il faudra impliquer la communauté et la société civile dans le suivi de la gestion d'un tel fonds.

8.5.2. Renforcement institutionnel des services sociaux

Une seconde option serait de renforcer, à travers l'INSS, les services sociaux de santé où les pauvres peuvent obtenir gratuitement des soins de qualité

8.5.3. Promotion des intermédiaires financiers

Afin de protéger les consommateurs des soins contre le risque d'exclusion temporaire par manque d'argent suite au rançonnement du personnel soignant et dans une logique de séparation de la fonction de prestataire et d'acheteur des soins, le Gouvernement congolais devait promouvoir et soutenir des organisations, associations ou entreprises ayant pour objectifs la négociation et l'achat des soins surtout pour les plus démunis.

8.6. Contrôle financier

Affecter des sommes conséquentes aux services essentiels pour les pauvres par le gouvernement n'est pas suffisant, faut-il encore que celles-ci soient pleinement utilisées pour atteindre l'objectif visé. Car, malgré cet effort, un effet dissuasif de système de co-paiements ou de frais à déboursier par les usagers, pourra continuer à persister à cause de la mauvaise compréhension et la négligence ou le manque de capacité de mise en œuvre dans certains endroits, de cette politique d'allocation des ressources. Pour éviter certains abus (fraudes), de surconsommation et de marchandage des soins par esprit de lucre de la part des prestataires, des dispositions doivent être prises pour

garantir l'accessibilité financière aux services pour les plus pauvres. L'on pourra envisager un ticket modérateur, une commission indépendante d'identification d'indigents, une exemption de paiement des services et des médicaments moyennant présentation de carte d'indigence, une supervision centrale de la mise en œuvre. Ainsi faudra-t-il mettre en place des mécanismes d'analyse du rapport coût bénéfice pour l'évaluation de la dépense publique relative à la santé.

IX. QUEL FINANCEMENT POUR LA SANTÉ EN RDC ?

La question du financement du secteur des soins de santé en faveur de toutes les communautés reste entière. Des réflexions approfondies devront être menées pour trouver les meilleurs mécanismes de subventionnement des soins, surtout en faveur des pauvres, qui constituent les 80% de la population congolaise.

Pour réformer le financement de la santé afin de rendre les soins financièrement accessibles à la majorité avec la protection de plus démunis, nous recommandons la stratégie que propose la Commission de l'OMS²⁶ dans son document sur la « *Macroéconomie et santé* » :

- une mobilisation accrue des recettes publiques pour la santé ;
- un accroissement du soutien des partenaires pour financer la fourniture de biens publics et garantir l'accès des pauvres aux services essentiels ;
- un remplacement de la formule actuelle des paiements directs par un système de prépaiement, s'appuyant sur un programme de financement communautaire, (comme les mutuelles) et soutenu par un fonds public (un fond social pour la santé). une amélioration de l'allocation effective et de l'utilisation efficiente des fonds publics dans le secteur de la santé ;
- une meilleure réallocation des fonds publics au sein même des services de santé par une redéfinition des dépenses et des subventions improductives en faveur des programmes axés sur la réduction de la pauvreté.

²⁶ OMS, « Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique », décembre 2001

Références :

1. Petelo Séraphin, « *Inaccessibilité financières aux soins de santé du premier échelon : approches des solutions pour une zone de santé pauvre et enclavée, Zone de santé de Kimvula, RDC* », Mémoire présenté en vue de l'obtention d'un Master en santé publique, 2002-2003
2. ASRAMES, « *Etude socio-économique et d'accessibilité aux soins des ménages de la Province du Nord Kivu/RDC* », mai 2003
3. Ecole de Santé Publique, « *Enquête CAP ménages sur la situation sanitaire des zones de santé appuyées par la Banque Mondiale à travers le BCECO dans le cadre du PMURR* », septembre 2003
4. Jean Marie Pululu, « *Financement des centres de santé : expérience de la Zone de santé de Kisantu* », 2003
5. Pierre Blaise, Guy Kegels et Wim Van Lerberghe, « *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali* », Studies in Health Services Organisation and Policy, 5, 1997
6. Ministère des Travaux Publics, « *Enquête nationale sur l'habitat et le profil socio-économique des ménages en milieu urbain* », août 2000
7. Béatrice Majnoni d'Intignano, « *Economie de la santé* », Presse universitaire de France, mai 2001
8. Kwete Shamantshiey, « *Modèle de déterminants de l'espérance de vie à la naissance en Afrique 1980-2001* », Mémoire en économétrie en vue de l'obtention du Master d'économie de la santé, mai 2004
9. Horizon Santé, « *Niveau de vie socio-économique et accessibilité aux soins de santé* », Rapport final de l'enquête, février 1995
10. The World Bank Group, « *Vers des soins de santé durables en Afrique subsaharienne : le partage des coûts* », in Findings, Région Afrique, n°63, mai 1997
11. Guillaume Iyenda, « *Pauvreté urbaine et secteur informel à Kinshasa* », DES, n°5, Septembre / octobre 2002
12. Ministère de la Santé, « *Politique nationale de la santé* », Décembre 2001
13. Ministère de la Santé, « *Plan Directeur de Développement Sanitaire 2002- 2009* », février 2001
14. Diana De Graeve, Eric Scholkkaert, and al, « *L'équité dans le financement des soins de santé : synthèse* », eur.nl/bmg/ecuity

-
15. Solidarité Mondiale, ANMC, BIT-ACOPAM, « *Mutuelles de santé en Afrique, guide pratique* », 1996
 16. R. Paul Shaw, Charles C. Griffin, « *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance* », Banque Mondiale, 1995
 17. OMS, « *Financement des soins de santé* », atelier sur l'économie de la santé, Windhoek, juin 2002
 18. OMS, « *Macroéconomie et santé* », Rapport de la Commission, 2002
 19. Centre International de l'Enfance et de la Famille, « *Historique de l'Initiative de Bamako* », L'enfant en Milieu Tropical, «n°229/230 – 1997
 20. Province du Sud Kivu, « *Présentation de la problématique de l'accès des populations aux services curatifs au Sud Kivu* », Rapport de travail, 2004
 21. Ngosse Saolona, « *Faire fonctionner un District sanitaire dans un pays en guerre, l'exemple de Karawa, en RDC* » IMT Anvers 2001
 22. SAM Arie, « *Examen des dépenses : chapitre santé* », novembre 2002
 23. Ministère de la Santé, « *Rapport d'état de santé et pauvreté* », Avril 2004
 24. Banque Mondiale, « *Rapport sur le développement dans le monde : Des services pour les pauvres* », 2004

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	4
1.1.	Généralités sur le système de santé de la République Démocratique du Congo.....	4
1.1.1.	Contexte socio-économique.....	4
1.1.2.	Grandes lignes de la politique sanitaire de la R.D.C.....	5
1.1.3.	Organisation du système de santé de la RDC.....	5
1.1.4.	Fonctionnement des zones de santé.....	6
1.2.	Dilemme de l'accessibilité aux soins face à la viabilité du système de santé en RDC.....	6
II.	JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	7
III.	OBJECTIFS ET METHODOLOGIE.....	9
3.1.	Objectif général.....	9
3.2.	Objectifs spécifiques.....	9
3.3.	METHODOLOGIE.....	9
3.3.1.	Type d'étude.....	9
3.3.2.	Collecte des données.....	9
3.3.3.	Echantillonnage.....	9
3.3.3.1.	Choix des unités d'enquête.....	9
3.3.3.2.	Regroupement des Zones de Santé.....	10
3.3.3.3.	Procédure de sondage.....	12
3.3.3.3.1.	Choix des zones de santé.....	12
3.3.3.3.2.	Choix de l'aire de santé.....	12
3.3.3.3.3.	Choix des villages ou rues.....	12
3.3.3.3.4.	Choix des ménages.....	12
3.3.4.	Profil de l'enquêteur et du superviseur.....	12
3.3.5.	Champs de l'étude face aux biais systématiques.....	13
3.3.6.	analyse des données.....	14
3.4.	Le modèle de référence d'un système de santé fonctionnel et opérationnel.....	14
IV.	DONNEES HISTORIQUES SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	15
4.1.	SOUS FINANCEMENT CHRONIQUE.....	15
4.1.1.	Période post indépendance.....	15
4.1.2.	De 1980 à 1990.....	16
4.1.3.	De 1990 à 1997.....	17
4.1.4.	De 1997 à 2003 : la belligérence.....	18
4.1.5.	De juin 2003 à maintenant : la renaissance.....	18
4.2.	BUDGET VERTICAL ET INEQUITABLE.....	18
V.	RESULTATS DE L'ENQUETE.....	23
5.1.	COMPORTEMENT ET RISQUE AU NIVEAU DES MENAGES.....	23
5.1.1.	Caractéristiques du chef du ménage.....	23
5.1.2.	L'handicap physique dans le ménage.....	27
5.1.3.	Des autres personnes vivant dans les ménages.....	28
5.1.3.4.	Potentiel financier des ménages.....	29
5.1.4.	Dépenses des ménages.....	32
5.2.	Comportements des ménages face à la maladie.....	35
5.2.1.	Les épisodes maladies.....	35
5.3.	ELEMENTS DE SOLIDARITE ET DE PROTECTION SOCIALE.....	40
5.4.	UTILISATION DES SOINS CURATIFS.....	46
VI.	TABLEAUX SYNTHETIQUES DE QUELQUES INDICATEURS.....	50
VII.	ANALYSE DU FOCUS GROUP.....	53
VIII.	STRATEGIES RECOMMANDEES.....	57

8.1. Améliorer la part du budget de la santé.....	57
8.2. Motiver et conscientiser le personnel soignant	58
8.3. Contrôler les coûts.....	58
8.4. Accroître le potentiel financier des ménages	61
8.5 Réduire le risque d'exclusion des plus démunis	62
8.6. Contrôle financier.....	62
<i>IX. QUEL FINANCEMENT POUR LA SANTÉ EN RDC ?.....</i>	<i>64</i>
Références :	65