

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE CONSEIL NATIONAL DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

DETERMINATION DU PAQUET ET DES COÛTS DE SOINS ET SERVICES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Organisation
internationale
du Travail



Novembre 2022

Préface

À la suite de l'adoption des ODD en 2015 par les chefs d'État et de Gouvernement réunis lors du Sommet spécial sur le développement durable, la RDC, à l'instar des autres états membres des Nations Unies, s'est engagée à atteindre les objectifs liés à la santé, notamment l'ODD 3 visant à promouvoir la santé le bien-être de tous à l'horizon 2030.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016 – 2020 recadré en PNDS 2019-2022 spécialement intitulé : « vers la couverture santé universelle » constitue le socle sur lequel le Plan Stratégique National pour la Couverture Santé Universelle (PSN-CSU) 2020-2030 et sa Feuille de Route nationale ont été développés.

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) avait déjà élaboré en 2017 la Stratégie de financement de la santé qui traduit en action les orientations et la vision du gouvernement et sert d'appui au PSN-CSU et sa Feuille de Route pour de grandes réformes dans le domaine du financement de la santé.

Le 13 décembre 2018 a été adoptée la loi n° 18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique en RDC. Elle a marqué un tournant décisif dans la marche vers la CSU en instituant un système de couverture santé universelle fondée sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous.

A ce jour la CSU est la priorité du Chef de l'Etat telle qu'il l'a clairement exprimé au cours de son discours lors du lancement du plan pour l'instauration de la Couverture Santé Universelle, le 14 février 2020 et lors de la promulgation de l'ordonnance portant création, organisation et fonctionnement du conseil national de la CSU le 1^{er} juin 2021.

Le Chef du gouvernement, qui accompagne la vision du Chef de l'Etat, a signé, conformément à l'Ordonnance n°21/032 du 1er juin 2021 cinq décrets portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics d'appui à la Couverture santé universelle qui ont été dotés d'animateurs pour concrétiser l'axe 49 du Programme du Gouvernement de la République consacrant la mise en œuvre effective d'un système de Couverture Santé Universelle en République Démocratique du Congo.

Eu égard à la vision du Chef de l'Etat, ce document définit l'offre de la RDC au peuple congolais dans le contexte de la CSU et les besoins financiers nécessaires pour sa mise en œuvre progressive vers la concrétisation de la vision du Chef de l'Etat en matière de la Couverture Santé Universelle.

Dr Roger Samuel Kamba

Conseiller spécial du Chef de l'Etat

Coordonnateur du Comité technique de coordination de la CSU

Remerciements

Le Comité technique de coordination de la Couverture Santé Universelle et le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention tiennent à remercier les membres du Groupe Technique qui ont travaillé inlassablement à l'élaboration de ce document qui va guider la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030.

Nos sincères remerciements au Conseiller Spécial du Chef de l'Etat et Coordonnateur du comité technique de la Couverture Santé Universelle, Dr. Roger Kamba et toute son équipe, en particulier Prof. Dr. Jack Kokolomami, Prof. Dr. Claudine Tshimanga, Dr. Bijoux Pekwa Samu, Dr Anatole Mangala, Dr Kabila Poly, Dr Richard Lumbala, Dr Véro Molano, Dr Mazama Schwarz, Prof. Matukala, et Mesdames Patricia Mbata et Carine Tshiabu.

Notre profonde gratitude s'adresse également aux agents du Centre International d'Appui au Renforcement des Systèmes de Santé (ICHESS) dont le Dr. Godé Mpemba, Dr. Clovis Ludiala, Dr. Jean Obolo, Dr. André Kapuku Pasamuntu, M. Jean Lubuanga et Sarah Muntumpe Ngongo.

Nos sincères remerciements aux experts techniques et hauts cadres de la RDC qui ont accompagné ce travail de modélisation avec leurs avis et recommandations qui ont permis d'adapter le paquet et les coûts au contexte de la RDC. Il s'agit notamment du Dr Body Ilonga Bompoko (ancien SG à la santé), Dr Mukengeshayi Kupa (ancien SG à la santé), Dr Lokadi Otete Opetha (ancien SG à la santé), Dr Albert Kalonji (Directeur Technique SANRU), Dr Dominique Baabo (Coordonnateur National, UG-PDSS), Dr Audry Mulumba (Ancien Directeur PEV), Dr Paul Basikila (Expert Technique SANRU), Dr Pierre-Ange Kumba (Expert CSU) et Dr Jacques Mudipanu (Expert CSU).

La contribution particulière du Dr. Ngashi Ngongo (Directeur Exécutif, ICHESS), Prof. Dr. Théophile Bukele (économiste de la santé, ICHESS) et Dr. Gullit Lufiaulisu (Directeur RDC, ICHESS) dans l'écriture et la finalisation du document est reconnue.

Dr. Sylvain Yuma 'Ramazani
Secrétaire General à la Santé

Table des matières

Liste des tableaux	5
Liste des figures	6
Abréviations	7
Résumé exécutif	9
I. Introduction	10
1.1. Contexte général	10
1.1.1. Situation géographique	10
1.1.2. Situation démographique	11
1.1.3. Situation socio-économique	11
1.1.4. Protection sociale	14
1.2. Priorités politiques dans le processus de la CSU	15
1.3. Organisation et fonctionnement du système de santé de la RDC	19
1.4. Description du financement de la santé en RDC	21
II. Objectifs	27
2.1. Objectif général	27
2.2. Objectifs spécifiques	27
III. Méthodologie de définition et de costing du paquet	28
3.1. Méthodologie de définition du paquet	28
3.1.1. Postulats de base	28
3.1.2. Type d'étude	28
3.1.3. Etapes de la définition du paquet	28
3.1.4. Techniques de collecte, sources des données et variables d'intérêt	29
3.1.5. Assurance -qualité des données	30
3.2. Méthodologie d'estimation des coûts	31
3.2.1. Projections démographiques	31
3.2.2. Estimation de la population des utilisateurs potentiels par intervention	31
3.2.3. Estimation du nombre d'utilisateurs prévus à la cible de couverture par intervention	32
3.2.4. Estimation des coûts unitaires	33
3.2.5. Estimation des coûts totaux :	33
IV. Résultats	34
4.1. Le Paquet d'interventions prioritaires de la CSU	34
4.1.1. Profil épidémiologique	34
4.1.2. Les principales causes de mortalité en RDC	37
4.1.3. Les interventions prioritaires pour réduire la morbidité en RDC	39
4.2. Le costing des interventions prioritaires de la CSU	43
4.2.1. Le coût direct moyen par scénario pour la période 2023 à 2030	43
4.2.2. Le coût direct moyen dans la progressivité du paquet	43
V. Analyse du financement disponible et le gap de la CSU	48
5.1. Les besoins et déficit de financement de la CSU	48
5.2. Les pistes de résorption du déficit de financement de la CSU	50
5.2.1. Allocations budgétaires	50
5.2.2. Amélioration de l'exécution du budget de la santé	50
5.2.3. Taxes spécifiques ou financements innovants	50
5.2.4. Efficience des dépenses	50
VI. Impact du paquet des soins et services de la CSU	52
VII. Discussions	53
VIII. Limitations de l'étude	55
IX. Conclusion	56
Annexes	57

Liste des tableaux

Table 1: Source des données par type et variable d'intérêt	30
Table 2: Estimation des populations par groupes d'âge	32
Table 3: La Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et la nutrition	41
Table 4: Les interventions de lutte contre les maladies infectieuses	41
Table 5: Les maladies chroniques non-transmissibles et les blessures	42
Table 6: Estimation des coûts moyens par scenario pour la période 2023-2030.....	43
Table 7: Coûts annuels du paquet des soins et services de santé des scenarios 1 et 2	46
Table 8: Coûts annuels du paquet des soins et services de santé des scenarios 3 et 4	47
Table 9: Estimation du gap annuel de financement sur les coûts directs par scenario 2023-2030.....	49
Table 10: Estimation vies sauvées avec le paquet de la CSU de 2023-030.....	52
Table 11: Estimation vies sauvées avec le paquet de la CSU de 2023-030.....	52

Liste des figures

Figure 1: Carte des 26 provinces de la RDC.....	10
Figure 2: Circuits de financement de la santé en RDC adapté de Eloko Gérard cité par MSPHP (2022).	22
Figure 3: Affectation des fonds par niveau de la pyramide sanitaire en RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et comptes nationaux	22
Figure 4: Evolution de l'affectation des fonds au niveau opérationnel en RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et comptes nationaux	23
Figure 5: Affectation des fonds par axe du PNDS de la RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et des comptes nationaux	24
Figure 6: Evolution des dépenses par type par habitant en RD Congo (2008-2020) – Données du MSPHP/PNCNS (2022).....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 7: Evolution des dépenses totales en pourcentage par source de financement en RDC (2008-2020) - données du MSPHP/PNCNS (2022)	25
Figure 8: Evolution en % de la DCS liée aux maladies en RDC (2016-2020) - Données du MSPHP/PNCNS (2022).....	25
Figure 9: Méthodologie de définition du paquet de la CSU.....	28
Figure 10: Méthodologie de costing basée sur les coûts des ingrédients	31
Figure 11: Evolution de la mortalité brute en RDC, 1960-2020.....	34
Figure 12: Evolution de la mortalité maternelle en RDC, 2010-2030	35
Figure 13: Risque qu'une jeune fille meure d'une cause maternelle, OMS 2020.....	35
Figure 14: Evolution de la mortalité néonatale en RDC, 2010-2030	36
Figure 15: Evolution de la mortalité infanto juvénile en RDC, 2010-2030	36
Figure 16: Causes des décès dans la population totale en RDC, OMS 2018.....	37
Figure 17: Evolution des causes principales des décès en RDC, 2009-2019, IHME 2022	38
Figure 18: Evolution des facteurs de risque de décès en RDC, 2009-2019, IHME 2022.....	38
Figure 19: Interventions prioritaires sur base des AVCI évitées en RDC, HIP Tool 2022	40
Figure 20: Interventions prioritaires sur base du coût efficacité en RDC, HIP Tool 2022.....	40
Figure 21: Coûts des scénarios du paquet de CSU dans la progressivité de mise en œuvre ..	44
Figure 22: Coût annuel moyen par sous paquet de la CSU pour la période 2023-2030.....	44
Figure 23: Coût annuel moyen par intervention du scénario 4 pour la période 2023-2030...	45
Figure 24: Estimation des AVCI évitées avec le paquet de la CSU	52

Abréviations

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMF	Assurances Mutualistes à adhésion Facultative
AMO	Assurances Mutualistes à adhésion Obligatoire
ANJE	Alimentation du Nouveau-né et du Jeune Enfant
AQA	Agence pour la Qualité de l'Air
ARV	Anti Rétro Viraux
ATR	Accident de Trafic Routier
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVCI	Années de vie corrigées d'incapacité
BM	Banque Mondiale
BMGF	Fondation Bill et Melinda Gates
CDF	Congolese Franc
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CNSSAP	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'Etat
CNT-AS	Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DGDA	Direction Générale des Douanes et Accises
DGI	Direction Générale des Impôts
DGRAD	Direction Générale des Recettes Administratives, Judiciaires, Domaniales et de Participations
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPG	Dépenses Publiques Générales
DTS	Droit de Tirage Spécial
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAP	Femme en Age de Procréer
FBP	Financement basé sur la Performance
FMI	Fonds monétaire International
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFF	Mécanisme de Financement Mondial
HGR	Hôpital Général de Référence
HIP Tool	Health Interventions Prioritization Tool
HPV	Human Papilloma Virus
HTA	Hyper Tension Artérielle
IBP	Impôt sur le bénéfice prévisionnel
ICHESS	International Center for Health System Strengthening
IDE	Investissements Directs Etrangers
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
IPR	Impôt professionnel sur la rémunération
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IVRI	Infection des Voies Respiratoires Inférieures
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale

LiST	Lives Saved Tool (outil de calcul des vies sauvées)
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action
MINAS	Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale
MNT	Maladies Non Transmissibles
MVE	Maladie à Virus Ebola
NORAD	Agence norvégienne pour la coopération au développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des maladies de l'Enfant
PDSS	Projet de Développement de Système de Santé
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNCNS	Programme national nutrition santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PPN	Petit Poids de Naissance
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RCA	République Centre Africaine
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
SEN	Soins Essentiels du Nouveau-né
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONU B	Soins Obstétricaux et du Nouveau-né d'Urgence de Base
SRMNEA-Nut	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né de l'Enfant, de l'Adolescent et la Nutrition
SSP	Soins de Santé Primaires
TBN	Taux Brut de Natalité
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TVA	Taux sur la valeur Ajoutée
UE	Union Européenne
ULPGL	Université Libre des Pays de Grands Lacs
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID	U.S. Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de santé

Résumé exécutif

La RDC s'est engagée à atteindre les ODD particulièrement l'ODD3 d'ici 2030, avec des efforts déterminants malgré son contexte caractérisé par des défis majeurs liés au faible financement de la santé, l'insécurité, les urgences sanitaires et les crises humanitaires à l'Est, au Centre et à l'Ouest du pays.

Le pays a fait des progrès encourageants dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et celle des personnes âgées de 30-70 ans. Cependant, ce progrès reste insuffisant par rapport aux cibles des ODD. Ainsi, pour lui donner l'opportunité de répondre au rendez-vous des nations en 2030, le gouvernement a commissionné ce travail pour définir le paquet et estimer les coûts des interventions prioritaires de la CSU afin de guider la mobilisation des ressources et la mise en œuvre.

L'objectif général était de définir le paquet de soins et services de santé prioritaires pour la CSU en RDC. Les objectifs spécifiques étaient de conduire une évaluation épidémiologique de la charge de mortalité et de morbidité, identifier les interventions préventives, curatives et promotionnelles prioritaires sur base du profile épidémiologique du pays, estimer les coûts directs des interventions sélectionnées et analyser le financement de la santé sur la période allant de 2023-2030 pour établir la disponibilité et les écarts de financement à mobiliser.

La méthodologie a inclus deux phases. La première phase était la définition du paquet à travers 4 étapes : La détermination du fardeau des décès et des AVCI, l'identification des causes de décès et des AVCI, la sélection des interventions à haut impact pour réduire les causes de décès et des AVCI et la priorisation de ces interventions sur base de leur efficacité et leur coût-efficacité sur les causes des décès identifiées dans différents groupes de la population. La deuxième phase était l'estimation du coût du paquet qui s'est faite en deux étapes. D'abord, on a estimé le nombre attendu des bénéficiaires de chaque intervention en tenant compte de la population affectée, la fréquence de la maladie et la cible de couverture. Ensuite, on a estimé le coût unitaire de chaque intervention en faisant la somme du coût du temps du personnel de santé, des intrants essentiels et de l'hospitalisation là où elle est applicable. Le coût total a été calculé comme la somme des produits du coût unitaire par le nombre des bénéficiaires attendus pour chacune des interventions.

Les résultats ont donné un paquet prioritaire composé de 36 interventions promotionnelles, préventives et curatives dont 21 pour la SRMNEA, 7 pour les maladies infectieuses et 8 sur les MNT et les blessures. Ce paquet d'interventions a été présenté en quatre scénarios différents en fonction de leur composition : Scénario 1 comprend la SRMNEA et les maladies infectieuses, avec un coût moyen annuel de \$1,4 milliards (\$11,58/hab.) ; scénario 2 ajoute la prévention des MNT et des accidents, et la promotion de la santé pour \$1,6 milliards (\$12,72/hab.) ; scénario 3 ajoute la prise en charge des blessures pour \$1,7 milliards (\$13,79/hab.) et scénario 4 ajoute la prise en charge de l'HTA pour \$3,1 milliards (\$24,31/hab.). A la couverture de 80%, ce paquet pourrait sauver 11,7 millions d'AVCI, 6.292 mères (20% des attendus), 32.653 nouveau-nés (27% des attendus) et 129.617 enfants de moins de 5 ans (36% des attendus) en 2030.

Ces coûts directs sont largement abordables, loin en deçà des estimations internationales des investissements requis pour la CSU et les SSP dans les pays à faible revenu. L'impact estimé est non négligeable sans compter la contribution des autres secteurs tels que l'éducation, l'emploi, et l'environnement pour n'en citer que quelques-uns. Une estimation des coûts indirects est donc urgente pour compléter le costing de la CSU et des ressources additionnelles sont impératives pour combler le gap financier et espérer la réussite de la CSU en RDC.

I. Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC), comme les autres pays du monde s'est engagée à atteindre les ODD particulièrement l'ODD3 d'ici 2030. Les efforts de la RDC vers l'atteinte de la couverture santé universelle (CSU) sont déterminants malgré son contexte actuel des défis majeurs à relever quant à la faiblesse du système et de financement de la santé, le développement social et économique largement insuffisant, l'insécurité, les urgences sanitaires récurrentes et les crises humanitaires à l'Est, au Centre et à l'Ouest du pays.

A cet égard, la RDC a fait des progrès encourageants dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Par exemple, le ratio de mortalité maternelle a baissé de 760 en 2000 à 473 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2017.¹ De même, les taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale ont baissé de 30% et 50% entre 2012 et 2016 pour atteindre 70 décès des enfants de moins de 5 ans et 14 décès des nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes.^{2,3}

En vue de donner à la RDC l'opportunité de répondre au rendez-vous des nations en 2030, ce travail vise à définir le paquet et estimer les coûts des interventions prioritaires de la CSU afin de guider le plaidoyer national et international pour l'augmentation des investissements dans les soins de santé primaires (SSP).

1.1. Contexte général

1.1.1. Situation géographique

La RDC se situe en Afrique centrale, à cheval sur l'Équateur et comprise entre 6° latitude Nord et 14° latitude Sud, et 12ème et 32ème de longitude Est. Avec une superficie de 2.345.410 km², la RDC est le second pays le plus vaste d'Afrique. Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo et l'enclave angolaise de Kabinda, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, et au Sud par la Zambie et l'Angola.⁴



Figure 1: Carte des 26 provinces de la RDC

La RDC comprend quatre régions géographiques, à savoir : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ;

¹ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNPD (MMEIG). 2019. Maternal mortality. Consulté le 27 septembre 2022. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

² Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.

³ INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, RDC.

⁴ Ministère du plan, Institut National de Statistique, 2021. *Annuaire statistique RDC 2020*. Kinshasa, RDC.

des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest.

Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3 % seulement sont exploités jusque-là. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité des cultures. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée, et littoral) fait que le pays profite de précipitations en quantités suffisantes, ainsi que d'un large ensoleillement. De plus, le pays dispose d'un important réseau hydrographique, dont le fleuve Congo, long de 4.374 km et classé 2e au monde quant à son débit.^{5,6}

1.1.2. Situation démographique

La RDC est un pays d'une grande diversité culturelle et linguistique. Selon l'annuaire statistique 2020, elle comptait 98 millions d'habitants en 2019 avec un taux de croissance démographique annuelle estimé à 3,2%. La densité de la population est de 42 habitants au km². Il faut cependant signaler que cette densité moyenne masque d'énormes disparités entre provinces du fait que les densités les plus élevées sont localisées dans un petit nombre de provinces dont Kinshasa et les provinces à l'Est, au Sud et au Sud-ouest du pays.⁶

Les femmes représentent 51% de la population et celles en âge de procréer (FAP) (15-49 ans) 22%.⁶ Cette population se caractérise par une fécondité élevée avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,2 et un taux brut de natalité (TBN) de 42,4‰.⁷ Comme dans les autres pays d'Afrique, la population de la RDC est dans sa plus grande majorité jeune et se répartit comme suit : les moins de 15 ans constituent 48% ; les 15 à 59 ans représentent 48% et les 60 ans et plus, représentent 4% de la population. La population urbaine représente 40% de la population totale⁶ et elle devrait dépasser 50% à l'horizon 2030. La RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans.

La RDC compte quelque 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est et au Sud) et le Tshiluba (au Centre-Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement.

1.1.3. Situation socio-économique

Situation économique

La RDC possède les deux tiers des forêts tropicales d'Afrique, ses forêts ombrophiles et ses tourbières sont essentielles à la transition énergétique mondiale, elle dispose aussi d'un sous-sol riche avec des ressources minérales vastes et variées et un important potentiel hydroélectrique.^{8,9}

⁵ Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, 2018. *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle*. Kinshasa, Kinshasa, RDC

⁶ Ministère du plan, Institut National de Statistique, 2021. *Annuaire statistique RDC 2020*. Kinshasa, RDC.

⁷ INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, RDC.

⁸ République Démocratique du Congo : Le contexte économique, Les indicateurs économique. Consulté le 27 septembre 2022. <https://www.fellah-trade.com/fr/export/carte-atlas/republique-democratique-du-congo/economie>

⁹ Guillaume Nolin, Aminata Touré et Solo Zerbo. 2022. Malgré de grands défis à relever, la République démocratique du Congo affiche l'une des croissances les plus vigoureuses de la région. Consulté le 27 septembre

L'économie de la RDC repose principalement sur les industries extractives, qui sont très dépendantes des cours mondiaux et de la dynamique économique internationale, donc fragile et vulnérable aux chocs (95% de ses exportations sont des matières premières, principalement cuivre et cobalt dont 40% destinées à la Chine). Courant 2019, la baisse des cours des matières premières avait fortement fragilisé son cadre économique au point de nécessiter l'intervention d'urgence du FMI. Malgré la pandémie de Covid-19, la croissance en RDC a bondi, passant de 1,7% en 2020 à un taux estimé à 6,2% en 2021, soit bien au-dessus du taux de 4,5% enregistré en Afrique subsaharienne. La croissance des secteurs non extractifs est passée d'une contraction de 1,3% en 2020 à une croissance de 3,3% en 2021, grâce aux télécommunications, à l'énergie et aux services non commerciaux. En 2022 et 2023, l'exploitation minière devrait rester le principal contributeur à la croissance du pays, le PIB devant atteindre respectivement 5,6% et 6,6% de croissance.^{10,11}

En 2021, l'inflation est tombée à 9,45%, grâce à un franc congolais relativement plus stable. L'inflation devrait poursuivre sa tendance baissière en 2022, pour atteindre 6,4 %, avant de se stabiliser à 6,6 % en 2023. Le ratio de la dette au PIB a également diminué en 2021, à 11,9 %, et il diminuera encore dans les années à venir, atteignant 10,1 % en 2022 et 8,3% en 2023. Le déficit global est resté stable à 2,1%, mais il devrait baisser à 1,8% en 2022 et 1,5% en 2023.¹⁵ Les conséquences économiques de l'invasion russe en Ukraine ont déjà aggravé l'inflation en Afrique subsaharienne et réduit la consommation des ménages, du fait de la hausse des prix alimentaires mondiaux et des cours du pétrole. Le déficit budgétaire pourrait se creuser d'ici 2022, car le gouvernement va probablement mettre en place des mesures pour amortir l'augmentation des prix du pétrole et des denrées alimentaires.¹²

Concernant les principaux secteurs économiques, le secteur agricole représentait 20,8% du PIB en 2020 et employait 64,3% de la population. La grande majorité de la population est engagée dans des activités agricoles pour leur subsistance et non à des fins commerciales. Le secteur industriel a contribué à 41,2% du PIB en 2020 et a employé 9,8% de la population. L'industrie manufacturière joue un rôle marginal dans l'économie du pays, en raison du manque de main-d'œuvre qualifiée et de machines. Le secteur des services représentait 35,7% du PIB en 2020 et employait 25,8% de la population active. Le système bancaire est dominé par des sociétés étrangères, avec seulement 6% de taux de bancarisation et 13% de pénétration des services financiers mobiles, le niveau de pénétration des services financiers en RDC demeure parmi les plus faible au monde.¹³

Situation sociale

La RDC est l'une des cinq nations les plus pauvres du monde. Cette situation s'est accentuée au fil des années par suite de la dégradation du contexte socioéconomique et politique du pays. En 2018, environ 73 % de la population vivait avec moins de 1,9 USD par jour et 74,6% des

2022. <https://www.imf.org/fr/News/Articles/2022/07/19/cf-drc-growth-among-highest-in-region-amid-significant-challenges>

¹⁰ Agence France Trésor. 2021. La situation économique de la RD Congo en 2021 - Perspectives 2022. Consulté le 27 septembre 2022. <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/CD/l-economie-de-la-rd-congo>

¹¹ Groupe de la Banque Africaine de Développement. 2022. Perspectives économiques en Afrique (AEO). Consulté le 28 septembre 2022. <https://www.afdb.org/fr/pays-afrique-centrale-republique-democratique-du-congo/perspectives-economiques-en-republique-democratique-du-congo>

¹² La Banque Mondiale. La Banque aide à combattre la pauvreté et à améliorer les conditions de vie de la population de la République démocratique du Congo. Consulté le 27 septembre 2022. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>

¹³ Autorité de régulation et de contrôle des assurances. 2022. La République Démocratique du Congo. Consulté le 27 septembre 2022. <https://arca.cd/la-rdc/>

enfants de 0 à 17 ans ont été identifiés comme multi-dimensionnellement pauvres. Ainsi, près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC.¹⁴

La RDC se classe au 164^e rang sur 174 pays selon l'indice de capital humain 2020, conséquence de décennies de conflits, de fragilité et de développement contrarié. L'indice de capital humain de la RDC s'établit à 0,37 (2019), en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (0,40). Cela signifie qu'un enfant congolais né aujourd'hui ne peut espérer réaliser que 37% de son potentiel, par rapport à ce qui aurait été possible s'il avait bénéficié d'une scolarité complète et de qualité, et de conditions de santé optimales. Les principaux facteurs à l'origine de ce score médiocre sont le faible taux de survie des enfants de moins de cinq ans, le fort taux de retard de croissance des enfants et la faible qualité de l'éducation.¹⁵

Le secteur privé (sans compter les entreprises publiques privatisées) n'absorbe que 1,2% de la main d'œuvre ; le reste de la population obligée de se rediriger dans le secteur informel (l'agriculture de subsistance). Le secteur formel, qui emploie d'ailleurs une faible main d'œuvre, reste très limité. Il est essentiellement constitué de la fonction publique, des entreprises publiques, de petites et moyennes entreprises, et d'un petit nombre de grandes entreprises privées (actives dans le secteur minier et des télécommunications). Trois secteurs constituent des sources principales d'emplois en RDC : le secteur de construction, celui de l'agriculture et le secteur minier.

En RDC, 29% des personnes âgées de 15 ans et plus sont analphabètes.¹⁶ Le pays a réalisé des avancées significatives vers l'accès universel à l'enseignement primaire au cours de ces dernières décennies. Le taux net de fréquentation est passé de 52% en 2001 à 78% en 2018 mais 7,6 millions d'enfants âgés de 5 à 17 sont toujours hors de l'école. Le taux de préscolarisation pour les enfants âgés de 3 à 5 ans n'est que de 5%. Ce niveau est jugé très faible compte tenu des bénéfices que la préscolarisation peut apporter aux jeunes enfants pour améliorer l'entrée en primaire et le développement cognitif et social dès le plus jeune âge. Par ailleurs, les taux de redoublement et d'abandon au niveau de l'enseignement primaire ont sans aucun doute des répercussions sur le niveau secondaire. Les coûts directs (frais d'inscription) et indirects (matériel scolaire, uniforme, etc.) supportés par les ménages pauvres semblent être un des freins à la scolarisation des enfants malgré la politique de gratuité de l'enseignement primaire promulguée en 2010 par le Gouvernement de la RDC.¹⁷ La récente politique de la gratuite de l'enseignement primaire dans le secteur public a pour but de lever les goulots financiers pour permettre à chaque enfant d'avoir accès à l'enseignement de base.

Les femmes congolaises se heurtent à des obstacles importants en matière de perspectives économiques et d'autonomisation. Seulement 16,8 % des femmes terminent l'école secondaire, soit environ la moitié du taux correspondant pour les hommes. Les mariages précoces et les taux de fécondité élevés posent des problèmes, le taux de fécondité des femmes et des filles sans aucune éducation étant deux fois supérieur à celui des femmes ayant achevé leurs études secondaires (7,4 enfants contre 2,9, EDS 2013-2014). Le taux d'activité des femmes en RDC est

¹⁴ UNICEF. Pauvreté et privation de l'enfant en République démocratique du Congo. Consulté le 28 septembre 2022. <https://www.unicef.org/drcongo/rapports/pauvrete-privations-enfant-rdc-2021>

¹⁵ Organisation Internationale du Travail. Protection sociale. Consulté le 28 septembre 2022. https://www.social-protection.org/gimi/ShowCountryProfile.action;sessionId=N2CyTRKOlM_wtAau2gt80XdOuEhwxK8E-OYRAjhb2cfrkaSjIKr6!1811483219?lang=FR&iso=CD

¹⁶ ONU Info. Journée de l'alphabétisation : en RDC, 29% des personnes de 15 ans et plus sont analphabètes. Consulté le 28 septembre 2022. <https://news.un.org/fr/audio/2020/09/1076772>

¹⁷ UNICEF. Education : chaque enfant a le droit d'aller à l'école et apprendre. Consulté le 28 septembre 2022. <https://www.unicef.org/drcongo/ce-que-nous-faisons/education>

estimé à près de 62 %, la plupart d'entre elles travaillant dans l'agriculture. Si leur participation à la vie active est relativement élevée, les femmes gagnent beaucoup moins que les hommes et possèdent moins d'actifs.¹⁸

La majorité des Congolais n'a pas accès à l'eau potable, et ne bénéficie des conditions d'hygiène favorables. Tout en vivant dans un milieu relativement salubre, seulement deux personnes sur cinq consomment de l'eau issue d'une source améliorée, 29,6% des ménages ont accès à l'électricité, 51,8% des ménages ont accès à un téléphone, 5,3% des ménages ont accès à un ordinateur et 1,3% des ménages ont accès à internet.¹⁹

L'évolution de l'inégalité entre les ménages congolais est rendue plus forte dans le milieu urbain, mais aussi dans le milieu rural. Ainsi, l'indice de Gini est passé de 40% en 2005 à 64% en 2012, ce qui montre un accroissement des inégalités dans la distribution des richesses qui accentue la vulnérabilité des populations affectées.²⁰

1.1.4. Protection sociale

Le système de protection sociale de la RDC présente des déficits importants en termes de couverture notamment pour les travailleurs de l'économie informelle et rurale. En 2019, seulement 14,1% de la population était couvert par au moins un régime de protection sociale.²¹ Le dernier MICS 2017-2018 nous renseigne sur le niveau de couverture de l'assurance santé qui est de :

- Pour les femmes âgées de 15 à 49 ans : 4,3% sont assurées dont 81,4% par une assurance maladie par l'employeur, 13,6% par une mutuelle de santé/assurance maladie communautaire, et 2,4% par une assurance privée.
- Pour les hommes âgés de 15 à 49 ans : 4,1% sont assurées dont 82,2% par une assurance maladie par l'employeur, 12,4% par une mutuelle de santé/assurance maladie communautaire, et 2,3% par une assurance privée.
- Pour les enfants âgés de 5 à 17 ans : 2,9% sont assurées dont 75,7% par une assurance maladie par l'employeur, 13,7% par une mutuelle de santé/assurance maladie communautaire, et 4,6% par une assurance privée.
- Pour les enfants de moins de 5 ans : 3,1% sont assurées dont 82% par une assurance maladie par l'employeur, 13,2% par une mutuelle de santé/assurance maladie communautaire, et 1,8% par une assurance privée.

Le système de protection sociale s'articule autour des mécanismes suivants :

- Un régime général de sécurité sociale destiné aux travailleurs salariés ainsi que les travailleurs domestiques, occasionnels, les gens de mer et les travailleurs du secteur public non couverts par un autre régime. Ce régime, géré par l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS), couvre la branche vieillesse (pensions d'invalidité, de vieillesse et survivant), la branche des risques professionnels et la branche famille (allocations prénatales, allocations de maternité, allocations familiales, indemnités journalières de

¹⁸ Jonas Kibala Kuma. Pauvreté et chômage en République Démocratique du Congo : état des lieux, analyses et perspectives. Consulté le 28 septembre 2022. [Pauvreté et chômage en République Démocratique du Congo : état des lieux, analyses et perspectives - Archive ouverte HAL \(archives-ouvertes.fr\)](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03544444)

¹⁹ INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, RDC.

²⁰ Banque mondiale. Indice GINI - Congo, Dem. Rep. Consulté le 26 novembre 2022.

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POV.GINI?locations=CD>

²¹ Organisation Internationale du Travail. Protection sociale. Consulté le 28 septembre 2022. https://www.social-protection.org/gimi/ShowCountryProfile.action;jsessionid=N2CyTRK0lm_wtAau2gt80XdOuEhxwK8E-OYRAjhb2cfrkaSjIKr6!1811483219?lang=FR&iso=CD

maternité). La population assurée était de 531.695 personnes en 2018, soit 1,31% de la population employée dans le pays ;

- Un régime de sécurité sociale des Agents de l'Etat géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'Etat (CNSSAP) et couvre actuellement des prestations de pensions de retraite, d'invalidité et de survivants et des prestations d'accidents du travail et de maladie professionnelle. Le nombre de personnes couvertes se situait à 192.315 en 2016 ;
- Des régimes d'entreprise qui s'appuient sur les dispositions du code du travail qui permettent la mise en place de conventions collectives négociées entre les travailleurs et les employeurs pour organiser une couverture complémentaire de sécurité sociale. Les prestations couvertes sont les soins de santé, les prestations de maternité, les indemnités de maladie et les allocations familiales ;
- Les mutuelles sociales s'étendent aux soins de santé, aux allocations familiales et de maternité et aux allocations de vieillesse et de décès. Cependant la plupart des mutuelles existantes ne couvrent que les soins de santé et un inventaire réalisé en 2015 a dénombré 109 mutuelles sur l'ensemble du territoire et pour environ 1.089.265 membres, soit à peine 1% de la population ;
- Des dispositifs et programmes d'assistance sociale mis en œuvre à travers des programmes nationaux conduits par le Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale (MINAS), des agences onusiennes, des structures confessionnelles et des organisations non gouvernementales, a profit des personnes vulnérables.

1.2. Priorités politiques dans le processus de la CSU

Pour circonscrire les priorités politiques dans le processus de la CSU, deux perspectives ont été utilisées : la perspective légale, d'une part, et la perspective stratégique et technique, d'autre part.

Cadre légal

Le système de protection sociale, en général, et le système de couverture-maladie, en particulier, sont en plein processus de réforme. Le législateur congolais a décidé de modifier en profondeur le cadre juridique associé à un besoin de CSU, qui est le leitmotiv de toute la réforme en profondeur en cours. Au cours des cinq dernières années, trois importantes lois ont été promulguées dans la perspective directe ou indirecte de la CSU : la loi 017/002 du 8 février 2017 portant principes fondamentaux de la mutualité en RDC, la loi-cadre portant principes généraux sur la santé publique, la loi portant code du travail en RDC et la loi 16/010 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi 015-2002 portant Code du travail en RDC.

En effet, avec la loi 017/002 du 8 février 2017, la RDC a pris l'option en faveur du mécanisme « mutuelle de santé » et l'approche « assurance maladie obligatoire » parmi les principaux piliers de l'architecture du financement de la santé. Dans la foulée de ladite loi, le législateur a renforcé le cadre juridique du financement de la santé avec la loi sur l'organisation de la santé publique en RDC, qui a énoncé quelques principes de base de la CSU dont l'institution des « soins et services concernés » par la CSU et la protection financière des usagers des soins. Il a par ailleurs fixé les indicateurs de suivi et évaluation en matière de vaccination ; mis en place un minimum d'acteurs institutionnels de financement de la santé et consacré la défense des droits des malades par un tiers. Bien avant ces deux textes légaux, le code du travail révisé a élargi le champ d'application du Code du travail en redéfinissant le concept d'entreprise qui s'applique désormais à certaines entités considérées jusqu'alors comme relevant du secteur informel et échappant de ce fait aux responsabilités en matière de couverture-santé.

Selon Bukele et Van Berg (2019), par rapport au nouveau cadre légal, il découle que :

1. Avec la loi sur la mutualité, on note (i) la ferme volonté politique de l'Etat en faveur de l'Assurance maladie mutualiste avec l'instauration de l'Assurance maladie obligatoire ; (ii) que le potentiel des mutuelles de santé d'entreprises en termes de couverture de la population est faible par rapport au potentiel des mutuelles de santé du secteur public en raison de la couverture des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que des corporations qui seront désormais nouvellement couvertes ; (iii) que le potentiel de couverture des prestations des assurances mutualistes à adhésion obligatoire (AMO) est élevé alors que celui des assurances mutualistes facultatives est faible ; (iv) que le potentiel de protection financière des AMO est fort élevé alors que celui des AMF existe mais est limité (e) et que la perspective de gestion de l'assurance mutualiste est améliorée en termes financier, technique, organisationnel et administratif ;
2. Avec la loi sur l'organisation de la santé publique, il ressort que : (i) le potentiel des mutuelles à défendre les malades et à obtenir la qualité des soins est renforcé ; (ii) le potentiel de financement des mutuelles de santé est amélioré avec l'instauration du financement innovant ou à travers un fonds pour la CSU et le système de santé ; (iii) la régulation des soins et services concernés par la CSU et leur consommation à un coût accessible est renforcée ;
3. Avec le Code du travail révisé, il résulte que : (i) le potentiel de couverture de la population, de la couverture des prestations et la protection financière pour les salariés sous-contrat et leurs familles est renforcé pour les mutuelles des entreprises avec l'élargissement du concept de famille du travailleur ; (ii) le potentiel de couverture de la population, de la couverture des prestations et la protection financière pour les salariés sous-contrat et leurs familles est amélioré pour les mutuelles des entreprises avec l'élargissement du concept d'entreprise et celui d'établissement.

Ayant un impact prévisible sur les mécanismes de financement, ce cadre légal a un effet positif attendu sur le paquet des soins.

Cadre stratégique et technique

L'histoire de la politique de santé des années récentes en RDC permet de regrouper les pratiques en rapport avec la couverture santé, en général, et la protection financière des usagers des soins, en particulier, en deux grands groupes : la politique de tarification des services et soins de santé (du point de vue des prestataires des soins) et les soins maternels et infantiles (du point de vue des prestations et leurs usagers).

La politique de tarification des soins de santé

Le PNDS 2015-2019 a préconisé le développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé pour faire face à l'exclusion financière qui constitue une des limites à l'utilisation des services des soins. Dans cet ordre d'idées, dans la perspective de la CSU, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a pris l'option d'appliquer la tarification forfaitaire dans les établissements de soins de santé (CS et HGR) en lieu et place de la tarification à l'acte qui est une pratique courante dans ces derniers. La tarification forfaitaire vise à améliorer l'utilisation des services des soins de santé de qualité dans les zones de santé pour toutes les catégories sociales, sans exclusion. En outre, elle facilite la mise en place et le développement des autres mécanismes de financement tels que : l'assurance maladie, les mutuelles de santé, le financement basé sur la performance ou les autres mécanismes d'achat des services.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, certains Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ont mené des expériences aussi diverses les unes des autres sur la tarification forfaitaire dans les établissements de soins opérant dans des ZS qu'ils appuient. Parmi les effets positifs de ces expériences, il y a notamment l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services et soins de santé dans les ZS appuyées.

Sur base des leçons apprises de ces expériences, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a mis à disposition du système de santé des directives pour la mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans les établissements de soins de toutes les ZS du pays.

Les soins maternels et infantiles

Par rapport aux usagers, les autorités sanitaires développent depuis des années les approches qui ciblent principalement les mères et les enfants pour améliorer leur accessibilité financière et donc leur utilisation des soins de santé. Parmi ces approches, il y a eu les initiatives ci-après : les achats stratégiques, l'expérience des 13 médicaments pour sauver les vies des enfants et des mères, les kits familiaux et la gratuité des soins maternels.

a) Achat stratégique

Mis en œuvre sous le mode Financement basé sur la performance (FBP) dans certaines ZS par quelques PTF, l'achat stratégique est le levier non seulement pour booster l'offre et la qualité des services et soins de santé mais aussi, pour amoindrir la barrière financière à l'accès des services et soins de santé.

Avec l'appui de la Banque mondiale, la RDC a établi la Cellule Technique Nationale - Achat Stratégique, CNT-AS en 2011, et début 2019 ; elle a finalisé une Politique Nationale sur l'Achat stratégique qui reconnaît les deux principales approches de l'achat stratégique : (i) systèmes d'assurance de santé et (ii) le FBP. ²²

b) Approche kits familiaux

Lancée au Kongo Central en 2013, l'approche innovante « Kits Familiaux » a consisté à mettre à la disposition des ménages, un kit pour la prise en charge de la diarrhée et les premières mesures contre la fièvre à domicile, un kit 'CPN' (consultations prénatales) pour les femmes enceintes et un kit contenant les intrants et commodités essentiels pour les accouchements sans complications (UNICEF 2015).

Lancée grâce aux contributions financières significatives du Gouvernement Japonais – qui a soutenu la disponibilité des intrants – et du Gouvernement Suédois à travers un financement thématique pour la Survie de l'Enfant, l'approche a été appuyée par d'autres PTF, tels que l'USAID et le Fonds mondial.

Selon l'UNICEF (2015), les cibles de l'approche étaient les groupes les plus vulnérables que constituent les femmes et les enfants de moins de 5 ans des 515 zones de santé de la RDC, réparties ainsi : les femmes enceintes (4 %), les accouchements attendus (4 %), les nouveau-nés (4 %), les enfants de 0 à 59 mois (18,9 %) et les femmes en âge de procréer (21 %).

Ces différents kits sont accompagnés de coupons destinés aux ménages avec des enfants de moins de 5 ans, pour leur faciliter l'accès aux intrants et autres commodités essentiels qui seront rendus disponibles au niveau des établissements sanitaires de premier niveau y compris les maternités pour la prise en charge des maladies tueuses d'enfants et des complications liées

Encadré 1. Le FBP et le Planning familial

« La RDC utilise les approches relevant du FBP depuis très longtemps, la plupart d'entre elles ont été consolidées dans le cadre du Projet de renforcement des systèmes de développement humain en vue de l'amélioration des résultats sanitaires pour les mères et les enfants (Projet d'Appui au renforcement des systèmes de Santé, PARSS). Dès 2002, les bailleurs de fonds ont commencé à instaurer des programmes pour récompenser les agents de santé en fonction de leur performance et le premier programme intégral de FBP mis en place en RDC a été introduit dans le Sud-Kivu en 2005. D'autres programmes de FBP d'envergure ont été mis en œuvre par l'Union européenne (UE), la Banque mondiale et l'USAID. Issu du Mécanisme de Financement Mondial (GFF), le projet PDSS a regroupé des fonds octroyés par la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF), l'Agence norvégienne pour la coopération au développement (NORAD), le gouvernement du Canada, l'USAID, le Fonds mondial et la Banque mondiale pour mettre en place le FBP dans plus de 3000 établissements dans 14 provinces. Dans le cadre du PDSS, les établissements perçoivent un prix unitaire pour chaque service des dispositifs PCA et PMA, auquel une prime de qualité est ajoutée. Pour la PF, les centres de santé sont payés pour deux indicateurs quantitatifs : « Nouveau patient » et « patient renouvelant le traitement » pour (i) les contraceptifs oraux et les injectables, (ii) les DIU et implants. Les hôpitaux obtiennent un paiement pour chaque implant ou DIU et chaque ligature des trompes ou vasectomie »

Source : Boonstoppel et ali. 2019.

²² Boonstoppel et Ali. 2019

aux soins obstétricaux et néo-natals d'urgence de base. Ces coupons couvrent également une partie des frais de prestations dans ces établissements.

L'approche présente deux types de kits familiaux :

- Kit à l'usage des ménages (CPN, accouchement, PCIME communautaire) ;
- Kit de prise en charge au niveau des centres de santé (CPN, accouchement, SONU B, PCIME clinique et planification familiale).

Pour réduire les barrières financières à l'accès aux intrants essentiels et liées au paiement de l'acte, un coupon de subventionnement a été institué pour couvrir à concurrence de 80% les frais de prestation dans les établissements de soins.

c) La gratuité des soins maternels et infantiles

En janvier 2016, dans le cadre du programme gouvernemental présenté à l'Assemblée nationale, le Premier Ministre prévoyait un paquet d'interventions en faveur de la gratuité de l'accouchement et des soins de santé des enfants de moins de cinq ans.

Dans son discours du 30 juin 2022, le Président de la République a levé l'option pour la gratuité de l'accouchement et des soins pré et post natals dans le pays. Dans le cadre de la mise œuvre de cette option, le gouvernement congolais a enclenché un programme en vue de rendre la maternité gratuite sur l'ensemble du territoire national, grâce à un paquet négocié (consultations prénatales, accouchement et consultations post natales) par le gouvernement avec l'appui de la Banque mondiale et d'autres PTF. Ce programme prévoit d'allouer une enveloppe de 35 millions de dollars pour la première année dont 10 millions ont été déjà été décaissés par le gouvernement. Dans cette perspective, 9 zones de santé ont été sélectionnées dans le district administratif de la Tshangu dans la ville province de Kinshasa comme zones pilotes.

1.3. [Organisation et fonctionnement du système de santé de la RDC](#)

La pyramide sanitaire de la RDC

Le système de santé de la RDC est structuré en trois niveaux : central, intermédiaire et opérationnel.

Le niveau central assure le leadership et le pilotage de tout le système en définissant les grandes orientations de la Politique Sanitaire Nationale et en édictant les directives, les normes ainsi que les stratégies d'intervention. Il est composé (i) du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et son cabinet, (ii) du Secrétariat Général à la santé avec ses 2 directions générales, 12 directions centrales et 52 programmes (iii) de l'Inspection Générale de la santé avec ses 4 directions centrales.

Le niveau intermédiaire coordonne, appuie, encadre, contrôle, supervise, et assure le suivi et l'évaluation de l'application de la Politique sanitaire, des Directives, des Normes et des stratégies sanitaires nationales. Il est composé de 26 Divisions Provinciales de la santé qui sont rattachées aux 4 Directions centrales de l'Inspection générale de la Santé.

Le niveau périphérique ou opérationnel s'occupe de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Il comprend la zone de santé qui est divisée en aires de santé. La Zone de santé comprend le Bureau central de la ZS, de l'Hôpital Général de référence qui offre le PCA, des CSR et CS qui s'occupent du PMA, des Postes de Santé, ainsi que d'autres établissements de santé publics et privés de sa juridiction. La RDC compte officiellement 516 Zones de santé

selon le dernier arrêté du ministre de la santé signé en 2012 mais sur terrain, 519 sont fonctionnelles (DHIS2).

Les structures sanitaires de la RDC

L'offre des soins est assurée d'une part par les structures publiques (CS, HGR, Hôpitaux provinciaux, hôpitaux tertiaires, hôpitaux des Forces Armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs) et d'autre part par les structures privées dont le secteur est organisé en deux catégories. Il s'agit du privé à but lucratif et de celui à but non lucratif, qui prennent en compte les services de santé des organisations non gouvernementales et des organisations confessionnelles, ainsi que de la médecine traditionnelle. Le secteur privé confessionnel et associatif représente 40% de l'offre de soins selon les états des lieux du secteur de la santé de 2010.

Les formations sanitaires (établissements de santé) de la RDC sont structurées en quatre échelons. Le premier prend les centres de santé de référence, les centres de santé et les sites de soins communautaires ; le deuxième échelon comprend les hôpitaux généraux de référence, le troisième les hôpitaux provinciaux et le quatrième les hôpitaux nationaux et cliniques universitaires.

Selon les statistiques présentées lors de la revue annuelle du secteur santé de 2020, le système de santé de la RDC repose sur un total de 519 zones de santé, 8997 aires de santé ayant 11297 centres de santé, 564 centres de santé de référence et 5223 postes de santé ou sites de soins communautaires ; 445 hôpitaux généraux de référence (sur les 519 attendus), et 98 autres hôpitaux dont 5 hôpitaux nationaux et cliniques universitaires et 10 hôpitaux provinciaux.

Le système de santé communautaire en RDC

Les soins de santé primaires (SSP) constituent aujourd'hui la meilleure voie pour atteindre la CSU. Ceux-ci reposent sur 3 piliers dont la participation communautaire à travers les comités de santé au sein desquels la communauté est représentée, la coordination intersectorielle et la technologie appropriée. Par l'approche de santé communautaire, la communauté prend en mains ses problèmes de santé (autonomisation) en intégrant des services de santé promotionnels, de surveillance, de prévention et des soins curatifs et ré-adaptatifs sous la supervision du personnel de santé publique. A travers les SSP, les prestations sanitaires sont davantage rapprochées de la communauté (décentralisation), ce qui renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé.

En RDC, le Ministère de la santé publique, hygiène et prévention prévoit au niveau du village une Cellule d'Animation Communautaire (CAC) responsable de la promotion de la santé, la prévention des maladies et le renforcement de la participation communautaire dans les activités et initiatives de la santé. La CAC est l'émanation de relais communautaires ou des agents de santé communautaire auxquels s'associent d'autres leaders communautaires. Au niveau de l'aire de santé une structure de participation communautaire, qui est le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA), rassemble les représentants des CAC et est responsables de coordonner les activités et initiatives de la santé.

Un relais communautaire ou agent de santé communautaire est un volontaire qui a consenti d'exécuter, dans l'intérêt de sa communauté, les tâches ou activités liées à la santé. Ces tâches sont accomplies, de manière bénévole sous la supervision de l'infirmier titulaire du centre de santé. Ils proviennent des communautés locales et sont soit élus ou coptés par ces dernières. Les normes distinguent le RECO promotionnel, dont les activités se limitent à la promotion de la santé du RECO soignant (ou RECO prestataire), qui est formé dans la PEC de la diarrhée, du

paludisme et de la pneumonie. Un RECO promotionnel a sous sa responsabilité le suivi des 50 ménages et constitue véritablement un pont entre la communauté et l'établissement des soins de santé. Les RECO contribuent à l'amélioration de la santé de leurs communautés et ils sont une partie intégrante du système de santé de la RDC.

1.4. Description du financement de la santé en RDC

Sources et mécanismes de financement de la santé

Les principales sources de financement de la santé en RDC sont :

1. L'Etat (à travers le gouvernement Central et les gouvernements provinciaux) qui alloue annuellement une part du budget de l'Etat au secteur de la santé ;
2. Les Partenaires Techniques et financiers (à travers la coopération bi et multilatérale) et autres organisations internationales qui apportent l'aide extérieure à la santé ;
3. Les ménages (à travers le financement communautaire ou les paiements directs) qui consomment des services et soins de santé offerts par les établissements de soins ;
4. Les Entreprises paraétatiques et privées (à travers les achats des services et soins de santé) achètent des services et soins de santé offerts par les établissements de soins à leurs employés et leurs ayants-droits ;
5. Les ONG et Fondations nationales qui notamment financent des services et soins de santé fournis aux populations et aux ménages.

A partir de ces sources, se développent différents circuits de financement de la santé selon les affectations auxquelles sont destinées les différents fonds y provenant (Fig. 1).

En général, comme on le verra plus loin en détail, deux grandes tendances se dessinent : d'une part, le gouvernement et les PTF affectent leurs fonds essentiellement aux biens de santé, à la gestion des programmes de santé et aux ressources humaines ; et d'autre part, les ménages, les entreprises et les ONG ainsi que les fondations consacrent leurs fonds essentiellement aux prestations de santé.

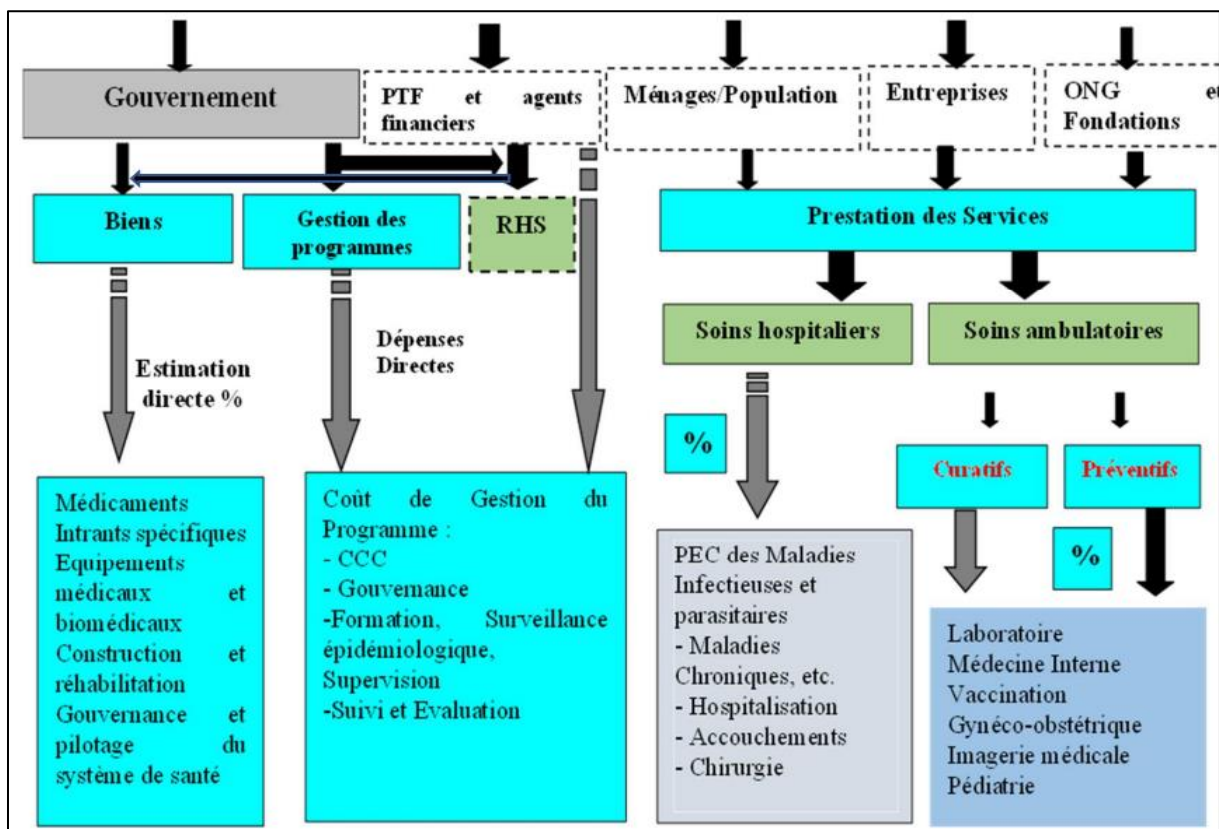


Figure 2: Circuits de financement de la santé en RDC adapté de Eloko Gérard cité par MSPHP (2022).

Répartition des ressources allouées à la santé

a) Par niveau de la pyramide sanitaire

Après leur collecte ou mobilisation auprès des différentes sources, les fonds pour la santé sont alloués aux trois niveaux de la pyramide sanitaire : (i) le niveau central, (ii) le niveau provincial, (iii) et le niveau opérationnel.

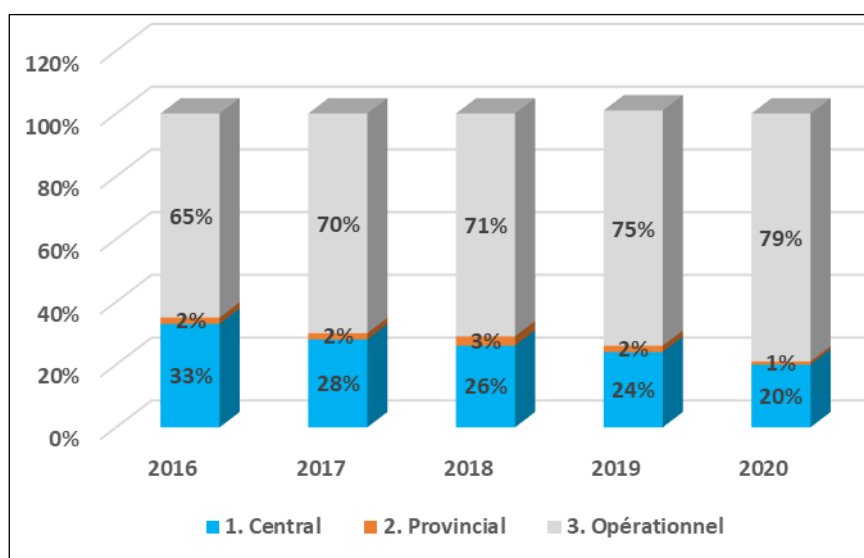


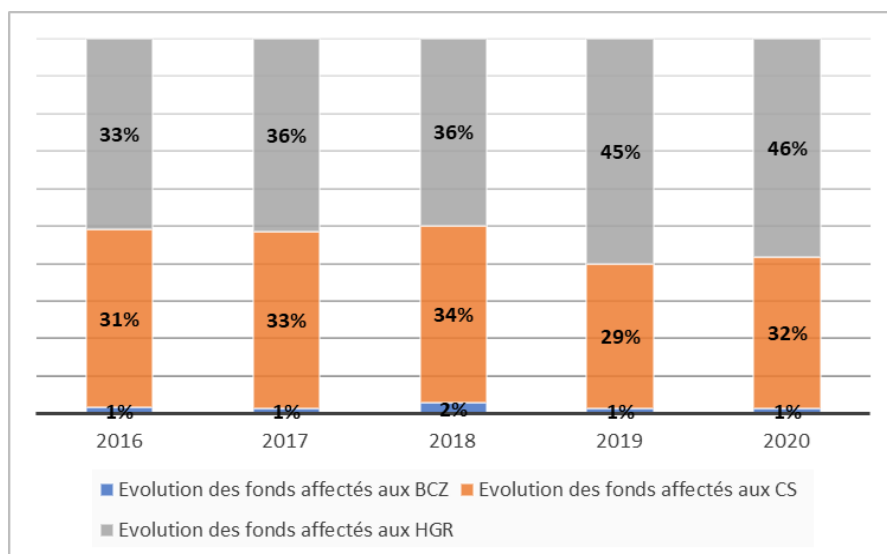
Figure 3: Affectation des fonds par niveau de la pyramide sanitaire en RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et comptes nationaux

affectée au niveau opérationnel est passée de 65 % en 2016 à 79 % en 2020 et représente en

moyenne 72 % pour ces cinq dernières années. La sous-répartition de cette part au niveau opérationnel entre les sous-niveaux est décrite par la figure 19.

b) Par type d'acteurs du niveau opérationnel

La fig. 4 indique une tendance à la hausse de la part des fonds affectés aux hôpitaux généraux



de référence (HGR) au détriment de des centres de santé (CS). En effet, les fonds affectés aux HGR sont passés de 33 % des DTS en 2016 à 46 % des DTS en 2020 (soit une hausse de 10 points de pourcent) contre une évolution de 31 % en 2016 à 32 % en 2020 pour les CS (soit une hausse de 1 point). Pour toute la période 2016-2020, la part moyenne des dépenses des CS est de 32 % des

Figure 4: Evolution de l'affectation des fonds au niveau opérationnel en RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et comptes nationaux

DTS contre 39 % pour les HGR.

c) Par axe stratégique du PNDS

Orienté vers la CSU, le PNDS 2019-2022 est structuré autour de 3 axes suivants :

Axe 1 : Amélioration des prestations des services et continuité des soins de qualité à travers l'amélioration de l'offre des trois paquets de soins prioritaires subventionnés (services en faveur de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et nutrition), le renforcement du contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles et l'amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire ;

Axe 2 : Renforcement du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accès aux services et soins de santé de qualité à travers ses cinq piliers ci-après : (1) Développement des ressources humaines pour la santé, (2) Approvisionnement des FOSA en Médicaments et intrants, (3) Développement des infrastructures et équipements, (4) Renforcement du système d'information sanitaire, (5) Amélioration du financement de la santé et réduction des coûts ;

Axe 3 : Renforcement de la gouvernance du secteur pour un meilleur pilotage dans le cadre de la décentralisation.

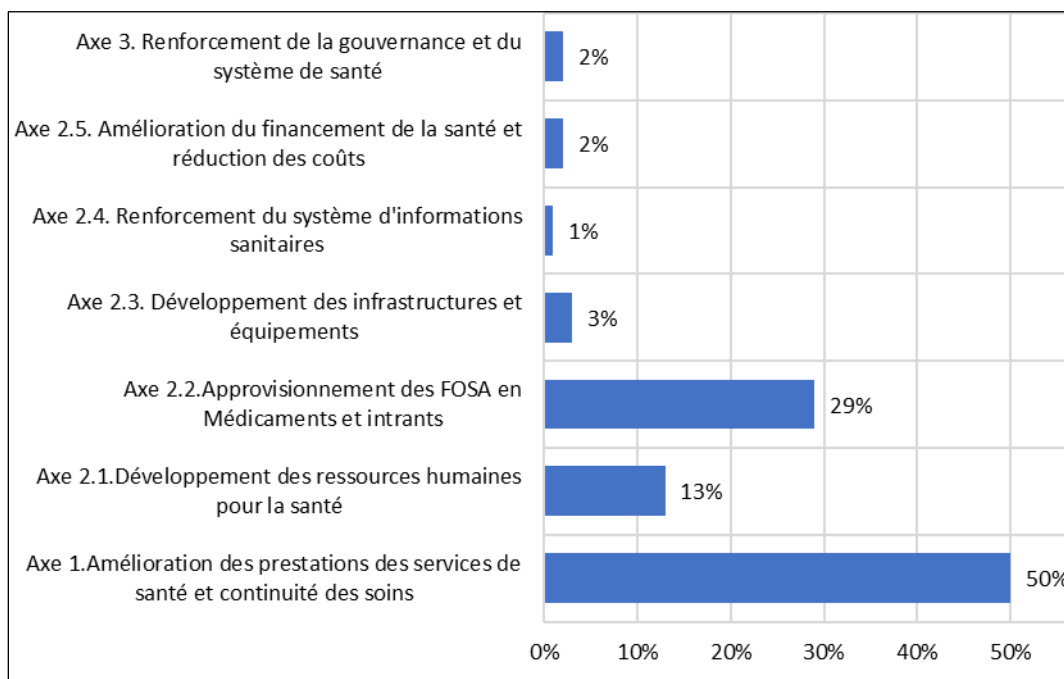


Figure 5: Affectation des fonds par axe du PNDS de la RDC (2016-2020) – Données du MSPHP et des comptes nationaux

La fig. 5 montre qu'en 2020, la moitié des DTS ont été affectés à l'axe 1 du PNDS relatif à l'amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins, suivi de l'axe 2 dans son volet d'Approvisionnement des établissements des soins en Médicaments et intrants qui a absorbé 29% des DTS et son volet concernant le développement des ressources humaines avec 13 %.

Evolution des dépenses de la sante en RDC

Les dépenses totales de santé se décomposent en deux grandes catégories : les dépenses courantes de santé et les dépenses d'investissement

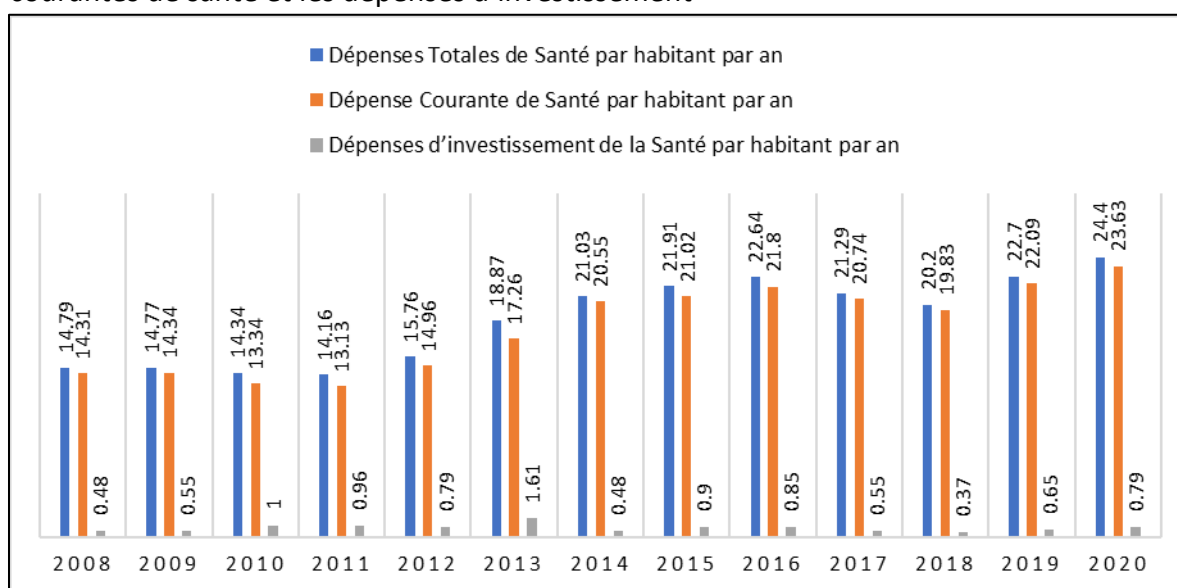


Figure 6: Evolution des dépenses par type en RDC (2008-2020) – Données du MSPHP (2022)

Les dépenses totales de santé par habitant sont globalement croissantes durant toute la période, passant de 14,79 \$ en 2008 à 24,4 \$ en 2020 (fig. 4). Dans ce total, les dépenses courantes se situent à 14,31 \$ en 2008 et 23,63 \$ en 2020, soit en moyenne 18,23 \$ par habitant par an, représentant 96 % des dépenses totales de santé. Les dépenses d'investissement pour la santé ne dépassent pas 1 % de celles-ci durant les cinq dernières années.

Pour apprécier le poids de type de source des fonds (hormis les entreprises et les ONG) dans le financement global de la santé, la part des dépenses de chaque source a été calculée (fig. 7).

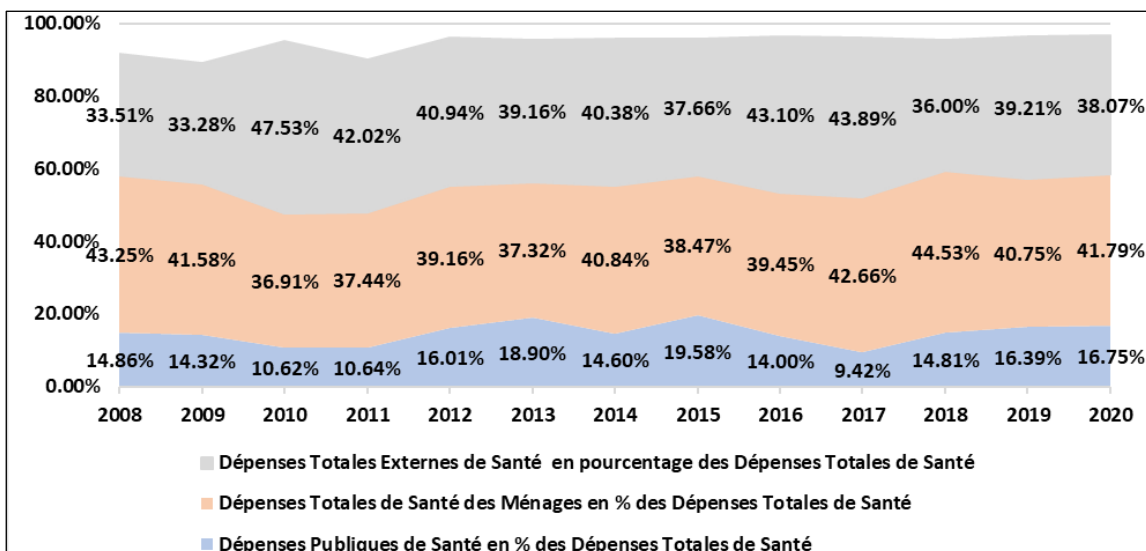


Figure 7: Evolution des dépenses totales en pourcentage par source de financement en RDC (2008-2020) - données du MSPHP/PNCNS (2022)

Il ressort de la figure 7 que de 2008 à 2020, la première source de financement de la santé est le ménage avec une moyenne de 40,32 % des dépenses totales, suivi de reste du monde avec une moyenne de 39,60% et enfin de l'Etat avec une moyenne de 14,68%.

Pour répartir les dépenses courantes de santé selon les maladies, la Classification internationale des maladies (CIM10) a été utilisée (fig. 8).

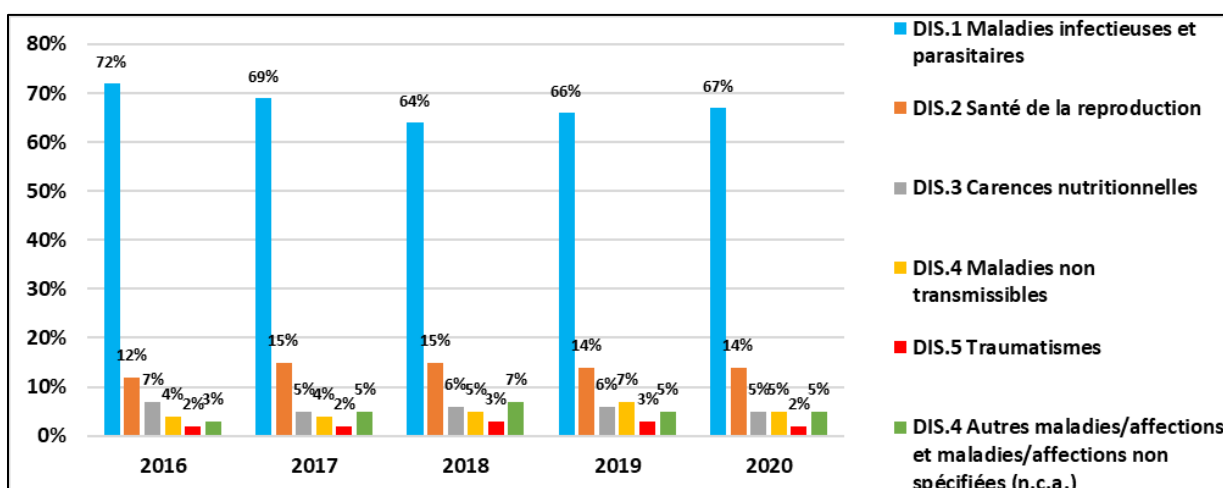


Figure 8: Evolution en % de la DCS liée aux maladies en RDC (2016-2020) - Données du MSPHP/PNCNS (2022)

Selon la figure 8, aux maladies infectieuses et parasitaires correspond la plus grande part des DCS, suivies de la santé de reproduction, des carences nutritionnelles et des maladies non

transmissibles, avec des moyennes respectives de 68 %, de 14 %, 6 % et 5% pour la période 2016-2020. Selon le Ministère de la santé (2021), les parts respectives des dépenses courantes de santé affectées aux maladies infectieuses et parasitaires par des administrations publiques et des ménages atteignent 10 % et 38 % du total de DCS des maladies infectieuses et parasitaires pour la période. Par ailleurs, les dépenses en biens pharmaceutiques en pourcentage de la dépense courante totale en Maladies infectieuses et parasitaires ont atteint 22 % pour la même période.

II. Objectifs

2.1. Objectif général

Définir le paquet de soins et services de santé de l'ensemble des interventions à haut impact (préventives, curatives et promotionnelles) considérées comme prioritaires pour la CSU en RDC.

2.2. Objectifs spécifiques

1. Conduire une évaluation épidémiologique de la charge de mortalité et de morbidité en RDC ;
2. Identifier les interventions préventives, curatives et promotionnelles prioritaires sur base du profile épidémiologique du pays en ligne avec les sous-paquets de la CSU recommandés par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) à savoir (i) la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SRMNEA-Nutrition), (ii) les maladies infectieuses, (iii) les maladies non-transmissibles (MNT) et (iv) les services de santé.
3. Estimer les coûts directs des interventions sélectionnées prenant en compte les ressources humaines, les intrants et les hospitalisations
4. Déterminer la disponibilité des ressources du gouvernement et des PTF et les écarts de financement à mobiliser à partir d'une analyse du financement de la santé sur la période de 2023-2030.
5. Estimer l'impact des interventions prioritaires du paquet de la CSU sur la réduction des AVCI et celle de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile.

III. Méthodologie de définition et de costing du paquet

3.1. Méthodologie de définition du paquet

3.1.1. Postulats de base

L'approche méthodologique de cette étude repose sur deux postulats de base. Premièrement, définir un paquet des soins et services de santé partant du profil épidémiologique de la RDC, dont la mise en œuvre sera garantie par la CSU pour répondre à l'impératif d'un système couvrant toute la population, y compris ceux ne pouvant pas financer toutes les dépenses de soins. Ensuite, s'assurer que le paquet soit multisectoriel avec des interventions à haut impact qui contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. A cet égard, le paquet de soins et services de santé prioritaires de la CSU devrait inclure :

- Les services essentiels répondant aux pathologies les plus courantes et aux besoins réels de la population ;
- Les services ayant un coût-efficacité élevé, qui réduisent la morbi-mortalité et augmentent l'espérance de vie ;
- Les services ayant des externalités positives élevées sur la santé publique.

3.1.2. Type d'étude

L'étude est à la fois quantitative et qualitative. Elle comporte par ailleurs une modélisation de l'écosystème de la CSU et la formulation des scénarios des paquets de soins et services de santé adaptés au contexte pour la période allant de 2023 à 2030.

3.1.3. Etapes de la définition du paquet

La définition du paquet des soins et des services de santé a suivi quatre étapes principales :

- **La détermination du fardeau de décès et des AVCI** : Avec l'aide des bases des données de la Banque Mondiale, de l'OMS, de l'UNICEF et IHME, nous avons déterminé les taux, le nombre et la tendance des décès de différents groupes d'âge de la population telle que la population totale, la population âgée de 30-70 ans, les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans
- **La détermination des causes de décès** : Les données du « countdown to 2030 » et de IHME ont permis de constituer les causes de décès de différents groupes de la population dans le cycle de vie, en particulier la population totale, la population âgée de 30-70 ans, les mères, les

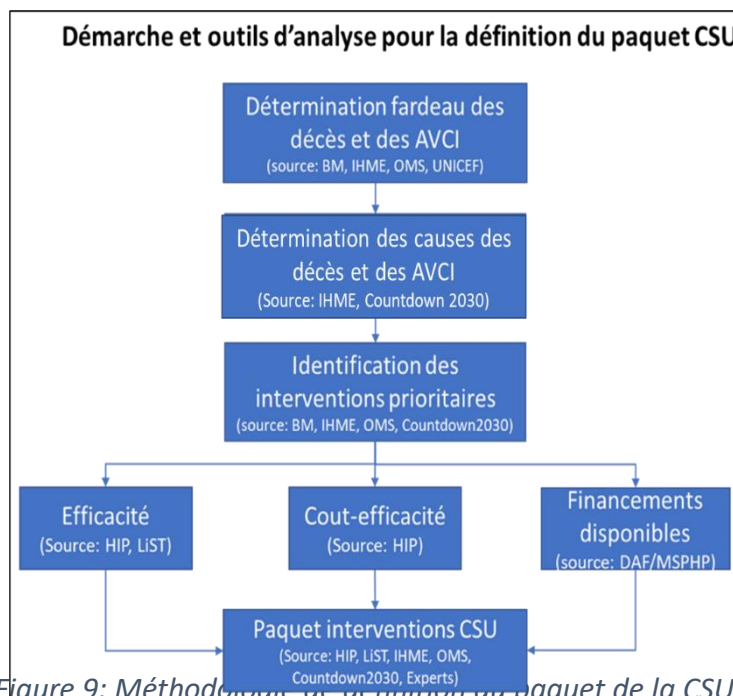


Figure 9: Méthodologie de définition du paquet de la CSU

nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans, les enfants de 5-9 ans, les adolescents de 10-14 ans et les ceux de 15-19 ans.

- **L'identification des interventions à haut impact pour réduire les causes de décès** : Les outils LIST et HIP ont permis d'établir la liste des interventions prioritaires sur la base de leur efficacité et de leur coût-efficacité sur les causes des décès identifiés dans différents groupes de la population. Ces interventions ont été regroupées dans 4 sous paquets dont la SRMNEA-Nutrition, les maladies transmissibles, les maladies non-transmissibles et les blessures.
- **La priorisation des interventions du paquet de la CSU** : A la suite des consultations techniques avec les experts nationaux, y compris les secrétaires généraux à la santé (deux anciens et un nouveau), les chefs des programmes, les experts en santé publique, et les représentants des PTF ; les interventions ont été revues et classifiées en tenant compte de leur efficacité, coût-efficacité et la disponibilité des financements de différentes sources (gouvernement, PTF), en vue de s'assurer que les financements déjà présents dans le pays soient mis à contribution pour la mise en œuvre des interventions priorisées.

3.1.4. Techniques de collecte, sources des données et variables d'intérêt

Trois principales techniques de collecte des données ont été utilisées dans cette étude : la revue documentaire ; l'analyse secondaire des données des bases des données de la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNICEF et l'IHME ; et la consultation des experts.

- La revue documentaire a été utilisée pour collecter tous types de données sur tous les aspects liés à la CSU, notamment : les données quantitatives (principalement les données épidémiologiques, les données financières) et les données qualitatives (notamment : les données administratives telles que la distribution géographique des partenaires techniques et financiers, etc.).
- L'analyse secondaire des données a aidé à calculer la mortalité et les AVCI, déterminer les causes des décès de la population totale, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des personnes âgées de 30-70 ans ; et s couverteures des interventions à haut impact.
- Les consultations techniques avec les experts ont permis de revoir les hypothèses et les résultats de la modélisation et de guider le choix sur les interventions et les coûts adaptés au contexte de la RDC. La première consultation des experts s'est inspirée à la fois des caractéristiques de la technique du groupe nominal et de celle de groupe de discussion (focus group). Un groupe de 7 experts de haut niveau a été invité à une discussion qui s'est déroulée entre 10 h00 et 14 h00 en date du 24 septembre 2022 à Kinshasa. Les critères de choix des experts étaient : l'expérience, le domaine de spécialisation et le domaine d'exercice. Outre l'animateur du groupe, ce groupe était composé de 6 médecins de santé publique et un économiste de la santé ayant tous un minimum d'expérience de 25 ans dans des postes de responsabilité dans le secteur de la santé.

L'objectif du groupe nominal était d'amener les experts invités à un consensus sur quatre questions :

- Détermination du paquet CSU pour tous et partout : le consensus des experts était recherché autour du contenu du paquet des soins de la CSU ;
- La mise en œuvre progressive du paquet : un consensus des experts était recherché entre paquet et/ou zone géographique ;
- Le processus et les mesures d'accompagnement de la mise en œuvre du paquet de soins : les experts étaient invités à s'exprimer sur la chronologie des étapes présentées par l'animateur et discuter des mesures et réformes nécessaires pour faciliter une mise en œuvre effective du paquet de la CSU.

D'autres consultations techniques ont suivi avec l'équipe du Conseiller Spécial du chef de l'Etat en matière de la couverture maladie universelle et celle du Secrétaire général à la santé pour recueillir leurs contributions sur les hypothèses et les résultats sur le paquet d'interventions et l'estimation des coûts de la mise en œuvre.

Table 1: Source des données par type et variable d'intérêt

Type des données	Principales variables	Sources de données
Données épidémiologiques, démographiques	Mortalité, morbidité, natalité, fécondité, croissance démographique, distribution de la population par âge et par sexe, couverture des interventions etc.	OMS, BM, IHME UNICEF, UNFPA, INS/Min du Plan
Données économiques et sociales	Exportation, croissance économique, cours des matières premières, pouvoir d'achat, accès à l'éducation, accès à l'eau potable, accès aux services sociaux de base, protection sociale, salaires du personnel, prix des médicaments et des tests diagnostics	FMI, BAD, INS/Ministère du Plan, MSPHP
Données de financement	Budget de la sante, financement des PTF, affectations, dépenses.	PNCNS/MSPHP, Banque mondiale, OMS
Données administratives	Cartographie des intervenants, organisation du système de santé, circuits financiers etc	MSPHP

3.1.5. Assurance -qualité des données

A toutes les étapes liées aux données de cette étude, notamment la collecte et le traitement des données, il a été veillé de s'assurer de la qualité des données et celle de leur analyse, notamment à travers le contrôle de qualité lors de la saisie et de l'encodage et des réunions d'analyse ou des réunions techniques d'évaluation des résultats obtenus à chaque étape.

3.2. Méthodologie d'estimation des coûts

Après leur définition, les différents paquets de prestations et services de santé ont été soumis à la procédure d'estimation des coûts. Pour ce faire, l'approche de costing utilisée est celle basée sur les ingrédients (dans le jargon comptable, c'est l'approche basée sur les activités ou Activity based costing) qui passe par l'estimation du nombre des cas (bénéficiaires de chaque intervention) et le coût unitaire de prise en charge d'un cas (bénéficiaire de l'intervention) pour estimer le coût total. L'approche de costing peut être schématisée par la figure 2.

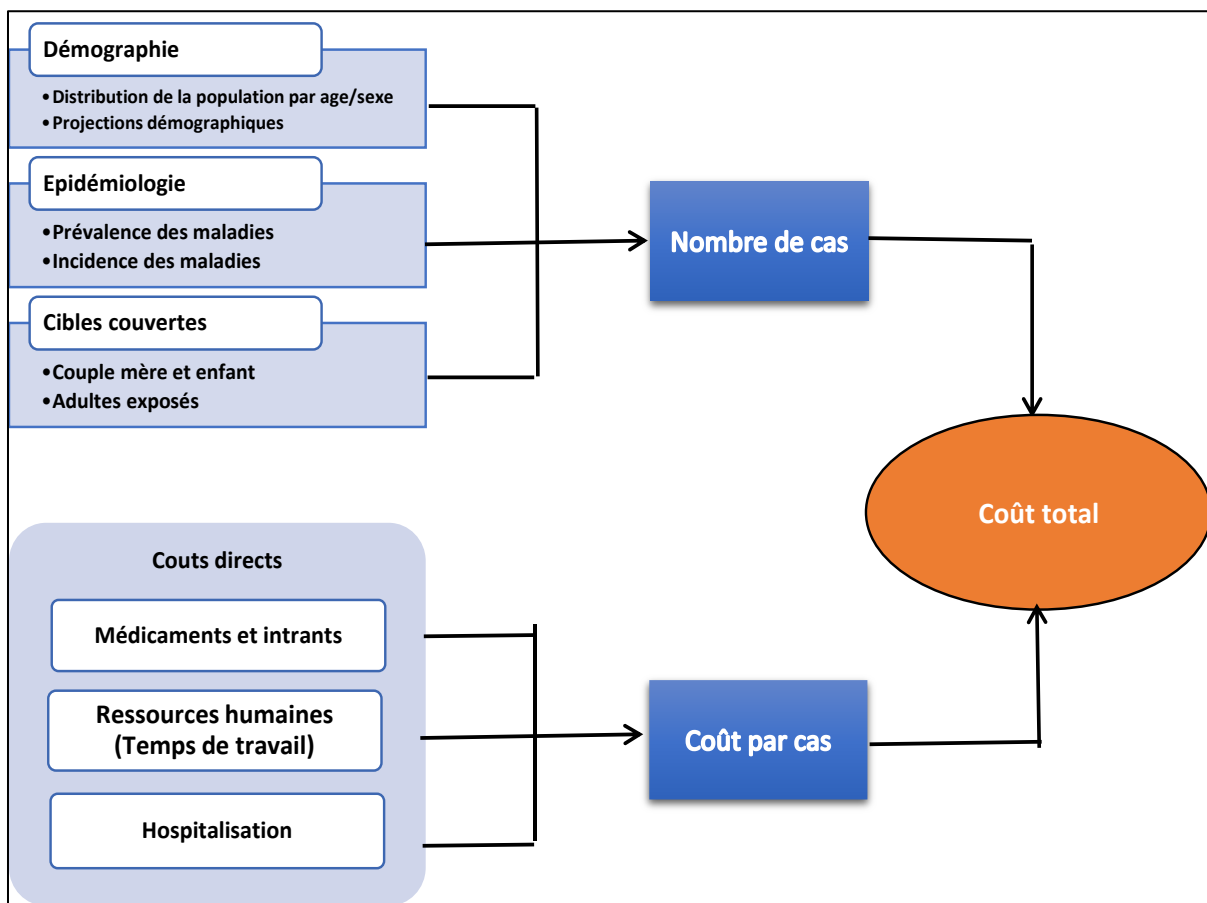


Figure 10: Méthodologie de costing basée sur les coûts des ingrédients

3.2.1. Projections démographiques

Les projections démographiques ont été établies sur base des données du dernier annuaire statistique de la RDC (annuaire statistique RDC 2020) qui donnent les estimations de la population, par sexe et par tranche d'âge, de 2015 à 2019 ; puis nous avons considéré les estimations des taux de croissance démographique de la RDC à partir des données de la Banque mondiale des années 2015 à 2019 pour projeter les taux de croissance démographique jusqu'en 2030.

3.2.2. Estimation de la population des utilisateurs potentiels par intervention

Pour estimer la population cible de chaque intervention, nous avons d'abord identifié la catégorie des personnes affectées :

- Les femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans pour les interventions de santé de la reproduction et de la mère (PF, CPN, AQA, SEN, soins complets d'avortement, CPoN, les urgences obstétricales et néonatales etc.) ;

- Les enfants de moins de 5 ans pour les interventions de PCIMNE (prise en charge du paludisme, diarrhée et pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans) ;
- Les enfants de moins d'une année pour la vaccination infantile ;
- Les enfants âgés de moins de 6 mois, pour l'AME ;
- Les enfants âgés de 6 à 23 mois pour les interventions de l'ANJE ;
- Les enfants âgés de 6 à 59 mois pour la PCIMA ;
- La population totale pour les maladies infectieuses ;
- Les personnes âgées de 15 ans et plus pour les maladies cardiovasculaires et métaboliques ;
- Les adolescentes âgées de 11 à 14 ans pour la vaccination HPV ;
- La population totale pour les accidents des trafics routiers.

Ensuite, nous avons quantifié le nombre et pourcentage des personnes attendues dans chaque catégorie en partant des projections démographiques

Par exemple :

Table 2: Estimation des populations par groupes d'âge

Catégories	Nombre (2023)	%
La population totale	111.097.996	100%
Les femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans	24.430.943	22%
Les enfants de moins de 5 ans	21.688.786	20%
Les enfants de moins d'une année	4.443.920	4%
Les enfants âgés de moins de 6 mois	2.019.964	2%
Les enfants âgés de 6 à 23 mois	6.867.876	6%
Les enfants âgés de 6 à 59 mois	19.668.823	18%
Les personnes âgées de 15 ans et plus	57.606.745	52%
Les adolescentes âgées de 10 à 14 ans	7.175.008	6%

Ensuite, on a estimé le nombre total d'utilisateurs potentiels de chacune des interventions en multipliant la fréquence (prévalence, incidence...) de l'évènement par la population dans la catégorie.

Par exemple :

Les utilisateurs potentiels de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans = Population des enfants de moins de 5 ans * incidence du paludisme.

D'autres interventions ont nécessité des calculs plus complexes

Par exemple :

Les utilisateurs potentiels de la CPN = les naissances vivantes + mort-nés + avortements

Naissances vivantes = Pop Totale * TBN

Mort-nés = Pop Totale * TBN * taux de mortalité

Avortements = Proportion des avortements sur les FAP * nombre de FAP

La population cible de l'accouchement = les naissances vivantes + mort-nés

La population cible de la CPON et SEN = les naissances vivantes

3.2.3. Estimation du nombre d'utilisateurs prévus à la cible de couverture par intervention

Revue de la couverture actuelle des interventions et autres statistiques

La source des données la plus utilisée pour les statistiques dont nous avons besoin était le MICS 2017-2018 (exemple : prévalence contraceptive), la revue santé de 2020 (exemple : prise en charge du VIH), et les bases des données de l'UNICEF et OMS (exemple : couverture vaccinale), et la BM (exemple : supplémentation en vitamine A), les publications (exemple : taux de césarienne), et les avis des experts pour des informations non disponibles dans les sources susmentionnées.

Projections des cibles de couverture de 2023 à 2030

De façon générale, nous avons utilisé la règle de 80% comme couverture minimum à atteindre d'ici 2030 dans notre marche vers la CSU avec quelques exceptions :

- Les interventions du VIH dont la PTME (dépistage et traitement aux ARV) placées à 95% pour s'aligner avec les cibles de 95-95-95
- Les interventions qui sont déjà à 80% ou plus comme la vaccination que nous avons placé aussi à 95% comme cible d'ici 2030
- La planification familiale présentée comme prévalence contraceptive avec une méthode moderne que nous avons placée à 80% de la satisfaction de la demande estimée à 57%, ce qui correspond à une cible de 45% de la prévalence contraceptive.

Avec l'aide de la fonction interpolation linéaire de l'outil Excel, nous avons projeté les valeurs annuelles de la couverture de chacune des interventions prioritaires entre 2023 et 2030.

Estimation du nombre d'utilisateurs prévus à la cible de couverture par intervention

Pour estimer les nombres d'utilisateurs prévus, nous avons multiplié la cible de couverture par le nombre total d'utilisateurs potentiels.

Par exemple :

Les utilisateurs potentiels de la CPN = les naissances vivantes + mort-nés + avortements

3.2.4. Estimation des coûts unitaires

L'estimation des coûts unitaires directs a pris en compte :

- a. Les intrants (médicaments, tests, implants et autres fournitures) ainsi que le coût de transport et entreposage ;
- b. La rémunération des ressources humaines (salaires et primes de risque), y compris les relais communautaires ;
- c. Le coût d'hospitalisation pour la prise en charge des urgences, de l'accouchement, des avortements, de l'HTA et des accidents du trafic routier.

Ces coûts unitaires ont été corrigés en fonction des moyennes des taux d'inflation annuelles attendues de 2023 à 2030.

3.2.5. Estimation des coûts totaux :

Les coûts totaux ont été calculés par la somme des coûts annuels 2023-2030 et présentés :

- a. Par tête d'habitant : il s'agit du coût total divisé par la population totale de l'année concernée ;
- b. Par paquet : il s'agit de la somme des coûts totaux des interventions composant un paquet (ou scénario de paquet).

IV. Résultats

4.1. Le Paquet d'interventions prioritaires de la CSU

4.1.1. Profil épidémiologique

Tendance de l'espérance de vie en RDC

Selon les données de la Banque Mondiale, la RDC a connu une accélération de l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance au cours de deux dernières décennies ou elle a augmenté de 22% passant de 50 ans en 2000 à 61 ans en 2020 et cela après une évolution timide de 7,3% entre 1980 et 2000. Ce progrès pourrait être attribué aux efforts liés aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Tendance de la mortalité brute et de la mortalité prématurée en RDC

La RDC perd environ 1 million des personnes chaque année. Cependant, comme pour

l'espérance de vie à la naissance, la RDC a expérimenté une accélération de la réduction de la mortalité brute qui a baissé de 43% entre 2000 et 2020 en comparaison avec 14% de réduction entre 1980 et 2000. Le taux de mortalité brute de la RDC est resté

malheureusement

supérieur à la moyenne de

l'Afrique subsaharienne et de celle des pays fragiles et affectés par un conflit.

La mortalité prématurée entre 30-70 ans a connu une réduction plus modeste de 17% au cours de deux dernières décennies, passant de 23 en 2000 à 19 décès pour 1000 personnes en 2016. A ce rythme, la RDC ne pourrait pas atteindre la cible des ODD sur la mortalité prématurée, qui est de moins de 12 décès pour 1000 personnes.

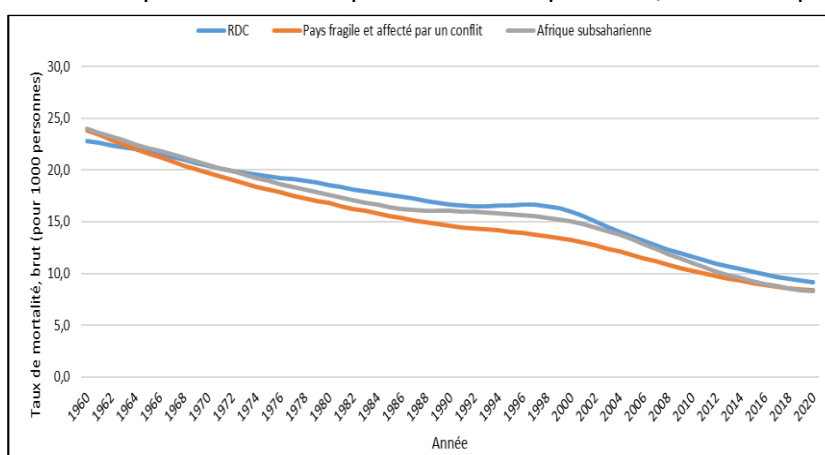


Figure 11: Evolution de la mortalité brute en RDC, 1960-2020

Tendance de la mortalité maternelle en RDC

La RDC avait l'un des ratios de mortalité maternelle les plus élevés en 2017 attribuable aux causes liées directement ou indirectement à la grossesse.²³

Cependant, ce ratio a connu une réduction de 38% entre 2000 et 2017, passant de 760 à 473 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. En outre, le ratio de mortalité maternelle en RDC est meilleur par rapport à la moyenne de l'Afrique subsaharienne et certains des pays voisins comme le Burundi, RCA, Soudan du Sud et Tanzanie.

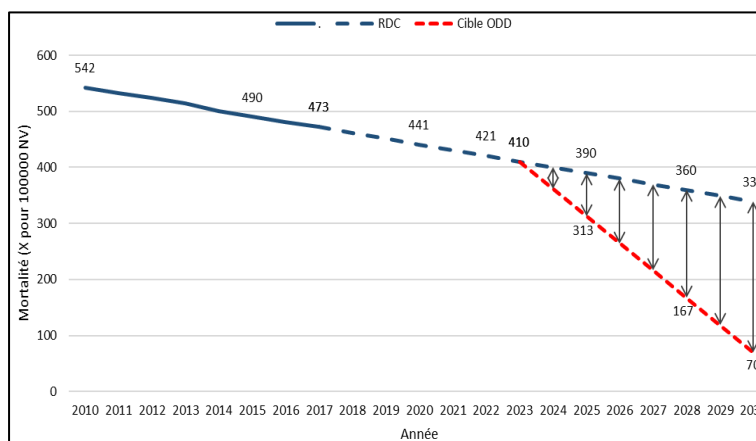


Figure 12: Evolution de la mortalité maternelle en RDC, 2010-2030

En outre, l'analyse de la tendance révèle une décélération du taux de variation passant de 3,8% entre 2000 et 2005 à 1,8% entre 2015 et 2017. A cette allure, la RDC ne pourrait pas atteindre la cible des ODD sur la cible de la mortalité maternelle de 70 décès pour 100.000 naissances vivantes à l'horizon 2030 qui nécessite un taux moyen de réduction de 22%.

En outre, le risque que les jeunes filles congolaises (à l'âge de 15 ans) courent de mourir un jour d'une cause maternelle est estimé parmi les plus élevés dans le monde, estimé à 1/34. Il est plus élevé que la moyenne de l'Africaine subsaharienne de 1/38. Ainsi, la RDC est l'un des pays dans le monde où il est plus dangereux de donner naissance. L'écart existant d'avec les autres régions du monde est hallucinant. Par exemple, ce risque est estimé à 1/3.100 pour l'Amérique du Nord et 1/11.700 pour l'Europe occidentale.

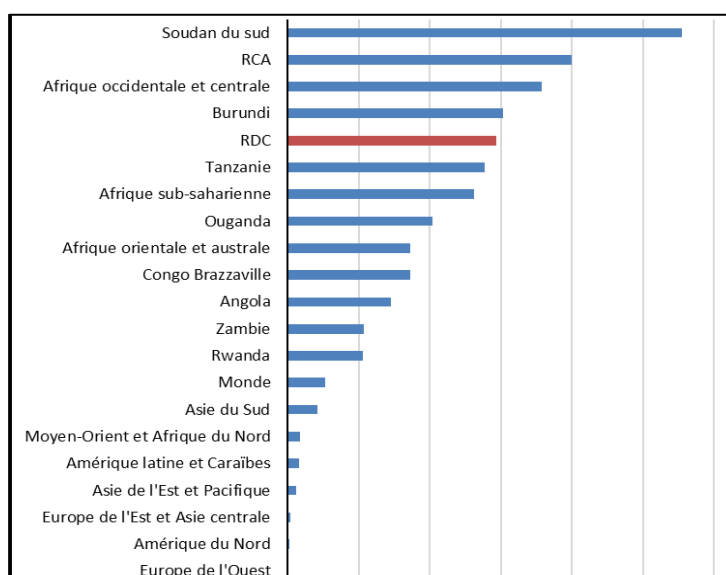


Figure 13: Risque qu'une jeune fille meure d'une cause maternelle, OMS 2020

²³ World Bank. Nombre des décès maternels en République Démocratique du Congo. Consulté le 28 septembre 2022. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MMR.DTHS?locations=CD>

Tendance de la mortalité néonatale en RDC

La RDC perd environ 96.000 nouveau-nés chaque année. Le taux de mortalité néonatale a connu une réduction de 29% entre 2000 et 2020, allant de 38 à 27 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce taux qui était légèrement en dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne et celle des pays fragiles et affectés par un conflit, a atteint le même niveau que ces deux groupes des pays. Le taux moyen

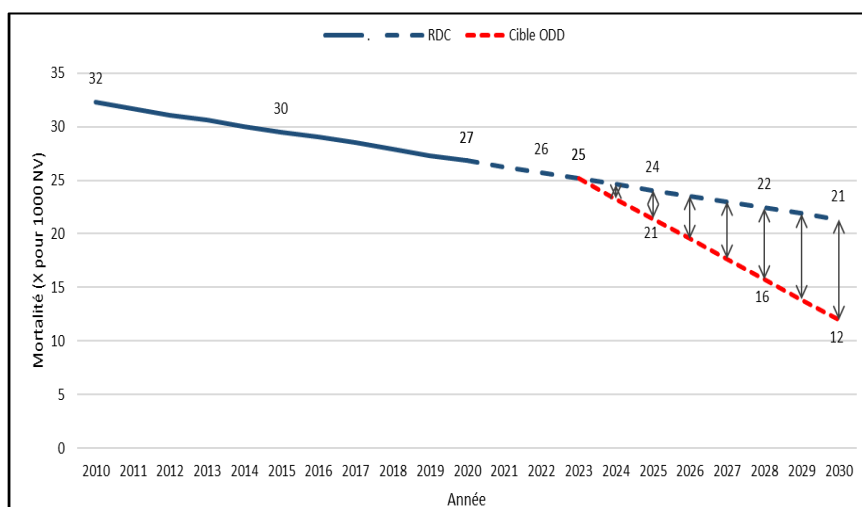


Figure 14: Evolution de la mortalité néonatale en RDC, 2010-2030

de variation a connu une légère augmentation passant de 1,3% entre 2000-2005 à 1,9% entre 2010-2015 pour se maintenir au même niveau entre 2015-2020. A ce rythme, la RDC ne pourrait pas atteindre la cible des ODD sur la mortalité néonatale qui est de pas plus de 12 décès pour 1000 naissances vivantes et qui nécessite un taux moyen de réduction de 10%.

Tendance de la mortalité infanto-juvénile en RDC

Chaque année, la RDC perd 283.864 enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire. Le taux de mortalité infanto juvénile a connu une réduction de 49% entre 2000 et 2020, allant de 159 à 81 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce taux est resté constamment supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne et celle des pays fragiles et affectés par un conflit. La RDC a un taux de mortalité infanto juvénile supérieur à la plupart de ses voisins à l'exception de la RDC et du Soudan du sud. Le taux moyen de variation a été stable autour de 3% entre 2000 et 2020. A ce rythme, la RDC ne pourrait pas atteindre la cible des ODD sur la mortalité infanto juvénile qui est de pas plus de 25 décès pour 1000 naissances vivantes et qui nécessite un taux moyen de réduction de 14%.

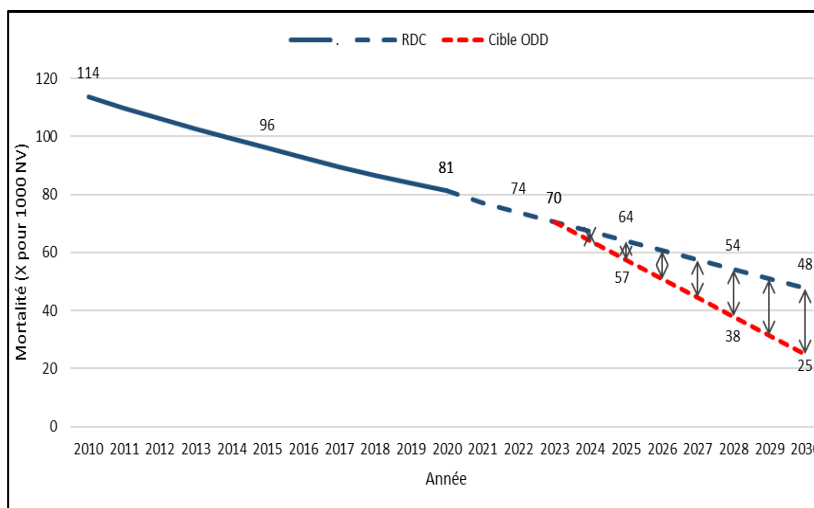


Figure 15: Evolution de la mortalité infanto juvénile en RDC, 2010-2030

Tendance des années de vie corrigées de l'incapacité en RDC

Chaque année, il y a environ 37,5 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues en RDC. Les AVCI se calculent en faisant la somme des années de vie perdues et celles vécues avec incapacité. Entre 2000 et 2020, le nombre total d'AVCI perdues a baissé de 22% allant de 48,5 à 37,5 millions. La part des maladies transmissibles et pathologies associées à la grossesse, l'accouchement et la nutrition a diminué de 76% en 2000 à 53% en 2020 pendant que les MNT, les blessures et les cancers ont augmenté passant de 18%, 7% et 2% à 33%, 9% et 3% respectivement. Cette tendance confirme celle déjà observée avec les principales causes de décès en RDC.

4.1.2. Les principales causes de mortalité en RDC

Proportion des décès par groupe des maladies

Selon les dernières données de l'OMS 2016, la mortalité en RDC est dominée à 62% par les affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, suivie des maladies non transmissibles à 28% (dont les maladies cardiovasculaires 10%, les cancers 5%, les affections respiratoires 2%, le diabète 1% et les autres MNT 10%), et les traumatismes à 10%.

Les données plus récentes (2019) de la Banque Mondiale montrent une tendance à la transition épidémiologique par rapport aux données de l'OMS 2016. Ainsi les

maladies transmissibles et pathologies associées à la grossesse, l'accouchement et la nutrition gardent toujours la première position, mais montrent une réduction de leur part des décès de 62% à 56% pendant que les maladies non transmissibles augmentent de 28% à 34%.

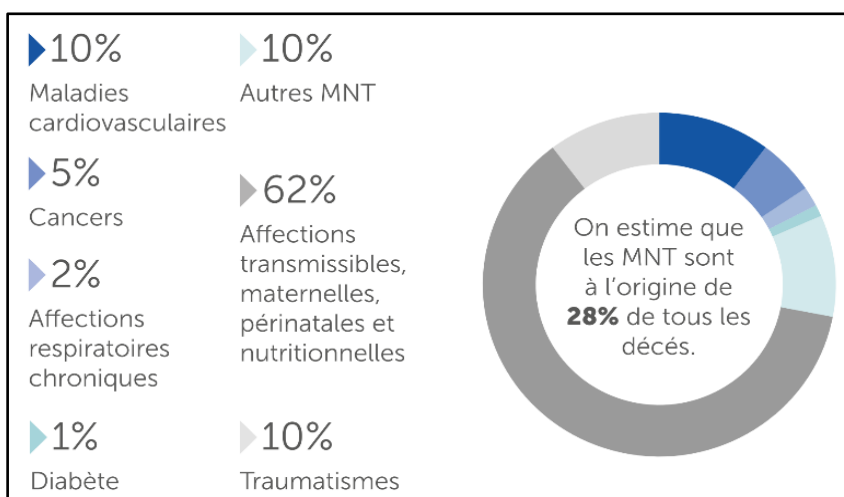


Figure 16: Causes des décès dans la population totale en RDC, OMS 2018

Evolution des causes de mortalité

Au cours de la dernière décennie, les 10 principales causes de mortalité en RDC sont restées les mêmes avec des changements dans leur classification. Des progrès considérables ont été réalisés dans la réduction du fardeau des maladies infectieuses (VIH/SIDA, maladies diarrhéiques, paludisme, tuberculose et les infections des voies respiratoires inférieures) et les causes néonatales. Cependant, le paludisme est resté la première cause des décès en dépit de la réduction de 41% au cours de la dernière décennie.

En outre, le fardeau des MNT a considérablement augmenté pendant la même période, en particulier les cardiopathies ischémiques et hypertensive et la cirrhose de foie.

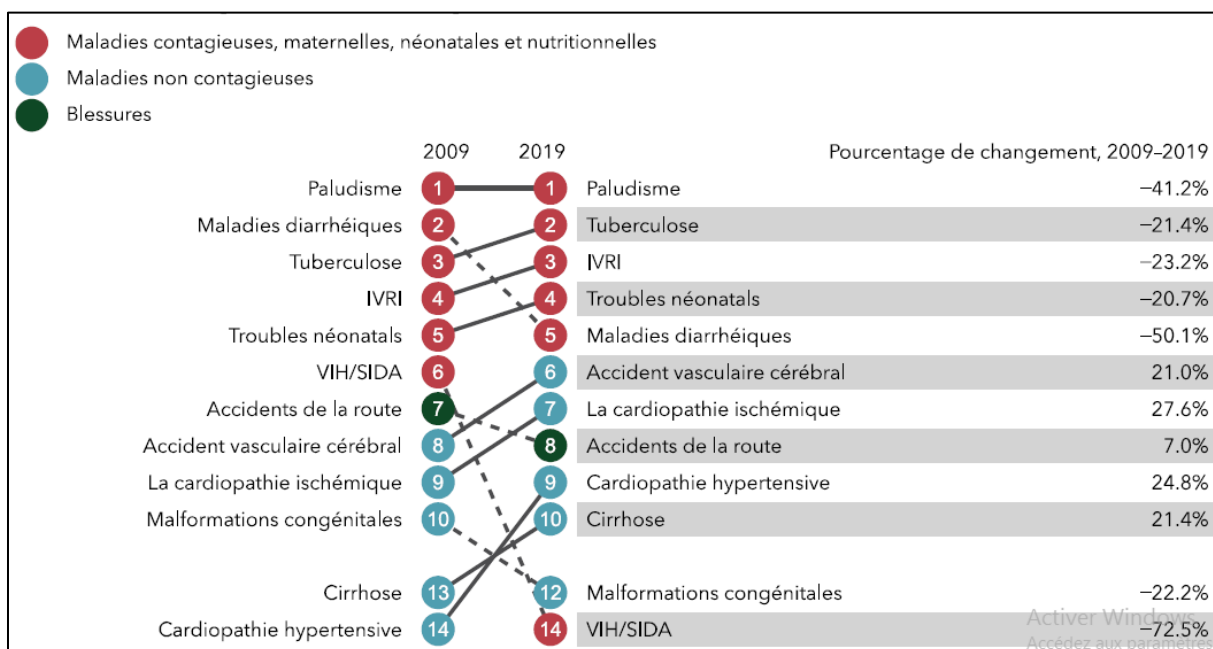


Figure 17: Evolution des causes principales des décès en RDC, 2009-2019, IHME 2022

Evolution des facteurs de risque de décès et d'incapacité

Comme pour l'évolution des causes de décès, les 10 principaux facteurs de risque et d'incapacité sont restés les mêmes avec des changements dans l'ordre de classification.

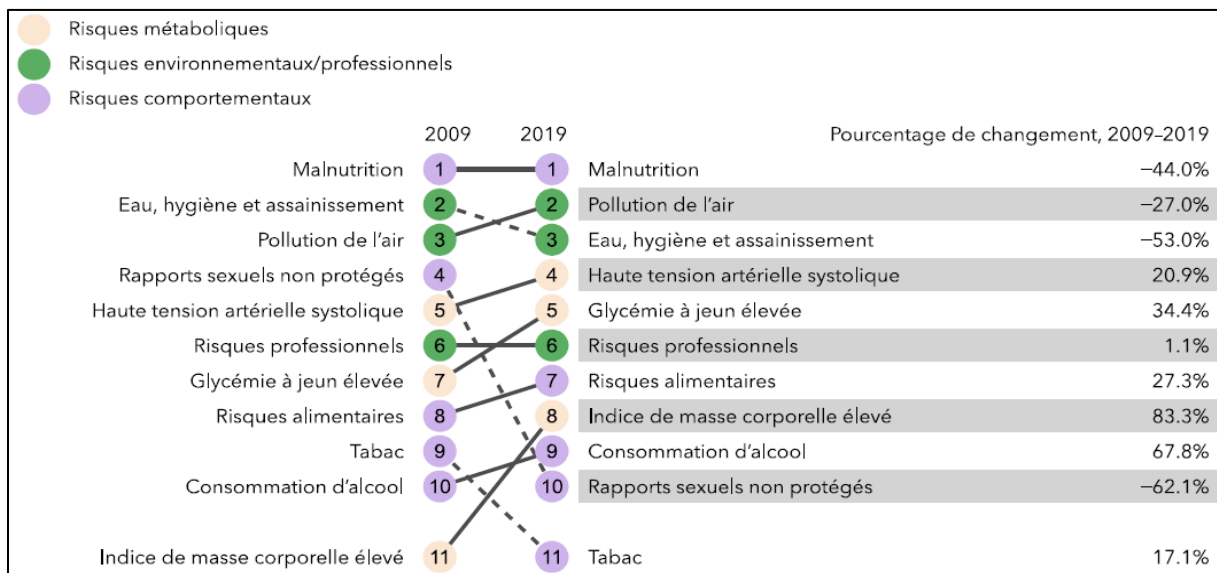


Figure 18: Evolution des facteurs de risque de décès en RDC, 2009-2019, IHME 2022

Des progrès ont été observés dans la réduction des rapports sexuels non protégés, l'amélioration de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement ; et la réduction de la pollution de l'air. En revanche, il y a eu une détérioration de la situation avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle, la consommation de l'alcool, la glycémie à jeun, les risques alimentaires, la tension artérielle, la consommation du tabac et les risques professionnels.

Les causes des décès maternels, infantiles et des adolescents en RDC

La mortalité maternelle est dominée par des causes obstétricales directes telles que les hémorragies (25%), l'hypertension artérielle (16%), les avortements (10%), le sepsis (10%), les embolies (2%) et les autres causes directes ; les causes indirectes ne représentant que 29%.²⁴

La mortalité néonatale est due aux causes liées à la prématurité (42%), asphyxies (25%), les infections (14%) et autres (19%).

La mortalité infanto-juvénile est dominée par 4 maladies qui sont responsables de 77% de tous les décès des enfants de moins de 5 ans : la rougeole (29%), le paludisme (25%), les IRA (13%) et la diarrhée (10%). Il sied de noter que les décès des nouveau-nés comptent pour 33,9% du total des décès des enfants de moins de 5 ans.

La mortalité des enfants âgés de 5 à 9 ans est dominée par le paludisme (27%), la rougeole (16%), la diarrhée (11%), les IRA (7%), et les autres (39%). Contrairement aux enfants de moins de 5 ans, la Rougeole occupe la deuxième position après le paludisme montrant ainsi qu'elle est d'abord une maladie de la petite enfance.

La mortalité des adolescents de 10 à 14 ans est dominée par le paludisme (29%), les MNT (16%), les IRA (11%), la diarrhée (7%), la noyade (4%), le VIH/SIDA (3%) et les autres (30%). Contrairement aux enfants de 5 à 9 ans, les MNT, la noyade et le VIH/SIDA deviennent des causes importantes de décès chez les jeunes adolescents.

La mortalité des adolescentes de 15 à 19 ans est dominée par les MNT (28%), automutilation (11%), les causes maternelles (8%), la tuberculose (8%), les néoplasmes (6%), les blessures (5%), les maladies digestives (5%), les violences (4%), le VIH/SIDA (3%) et les autres (22%). Contrairement aux jeunes adolescents de 10 à 14 ans, les causes maternelles apparaissent à cause des grossesses précoces pendant que les MNT et les violences et accidents prennent une place importante.

La mortalité des adolescents de 15 à 19 ans est dominée par les MNT (14%), IRA (9%), la tuberculose (7%), les blessures (6%), les automutilations (6%), les violences (5%), les néoplasmes (4%), les maladies digestives (4%), les noyades (3%), le VIH/SIDA (2%) et les autres (40%). Les adolescentes et les adolescents âgés de 15 à 19 ans ont un tableau épidémiologique similaire à l'exception des causes maternelles chez les adolescentes.

4.1.3. Les interventions prioritaires pour réduire la morbidité en RDC

Priorisation basée sur les années de vie vécues sans incapacité évitées

Sur base du tableau épidémiologique décrit ci-dessus, les interventions pouvant éviter le plus grand nombre des AVCI dans le contexte de la RDC ont été identifiées avec l'aide de l'outil HIP. Il s'agit notamment de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (paludisme, IRA, diarrhée), la vaccination des enfants, la distribution des MIILD, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la supplémentation en vitamine A et en zinc et la prévention du VIH au niveau communautaire.

²⁴ Countdown to 2030. [Democratic Republic of the Congo Profile Page 1 - Countdown 2030 - UNICEF DATA](#)

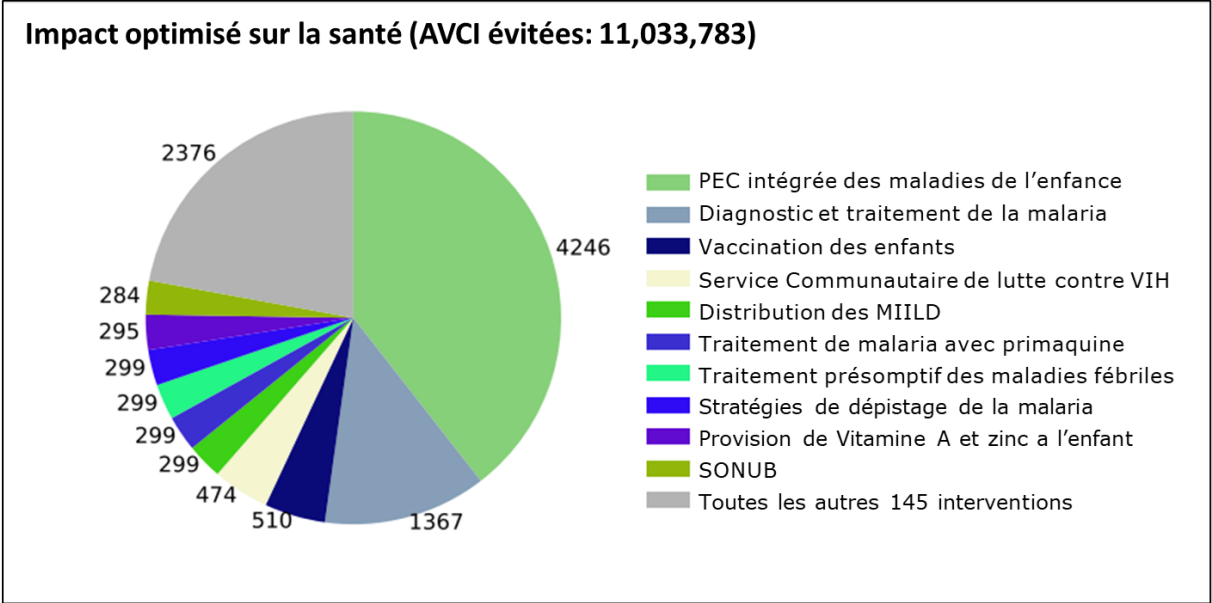


Figure 19: Interventions prioritaires sur base des AVCI évitées en RDC, HIP Tool 2022

Priorisation basée sur le coût efficacité

La classification des interventions prioritaires sur la base de leur coût efficacité a identifié les mêmes interventions les plus efficaces listées ci-dessus telles que la prise en charge des maladies de l'enfance, la vaccination des enfants, la prise en charge des grossesses à haut risque, la supplémentation en vitamine A et en zinc et la prévention du VIH auxquelles ont été ajoute la prise en charge des maladies cardiaques et des fractures.

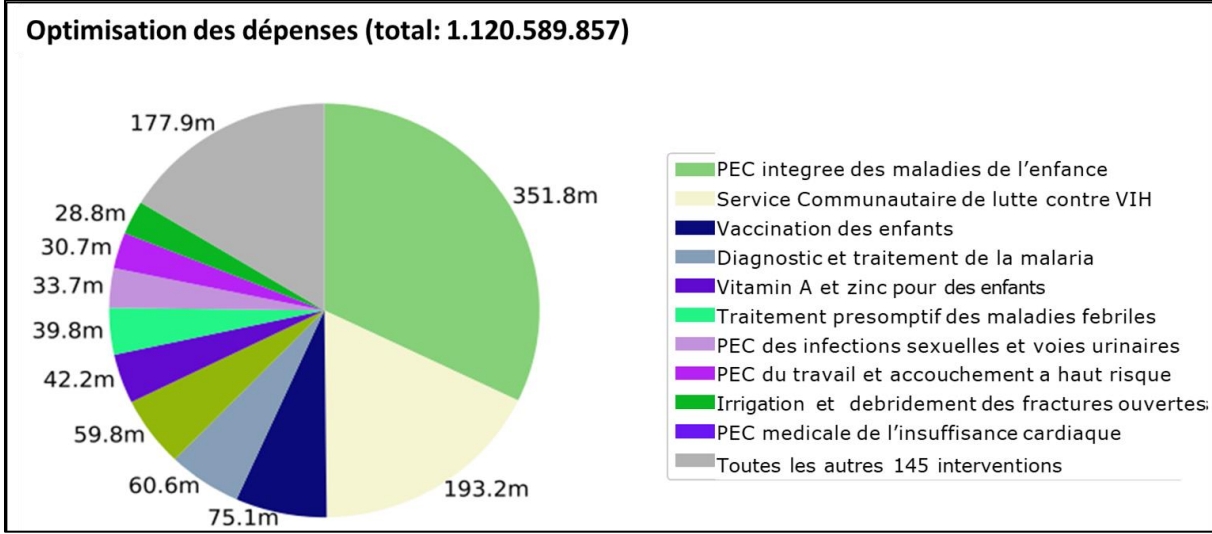


Figure 20: Interventions prioritaires sur base du coût efficacité en RDC, HIP Tool 2022

Proposition du paquet d'interventions prioritaires de la CSU

La réconciliation des interventions prioritaires sur base de ces deux méthodes de priorisation a identifié les sous paquets des interventions suivantes :

Table 3: La Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et la nutrition

Santé de la reproduction et de la mère	Planification Familiale
	Soins Prénatals
	Soins complets d'avortement
	Accouchement
	Prise en charge des urgences obstétricales
	Soins postnatales
Santé du nouveau-né	Soins essentiels au nouveau-né
	Prise en charge des urgences néonatales
	Soins postnatales
	Prématurité et prise en charge des petits poids de naissance
	Prise en charge de la septicémie néonatale
Santé de l'enfant	Prise en charge du Paludisme
	Prise en charge de la pneumonie
	Prise en charge de la Diarrhée
	Vaccination infantile
Nutrition	Allaitement maternel exclusif
	Allaitement complémentaire
	Supplémentation en vitamine A
	Supplémentation en micronutriment multiples chez la femme
	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère
	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë modérée

Table 4: Les interventions de lutte contre les maladies infectieuses

Paludisme	Utilisation de MIILD
	Prise en charge du paludisme
VIH	Distribution des préservatifs masculins
	Distribution des préservatifs féminins
	Prise en charge du VIH avec les ARV
	Prise en charge des infections opportunistes
Tuberculose	Prise en charge de la tuberculose

Table 5: Les maladies chroniques non-transmissibles et les blessures

Maladies cardiovasculaires	Education sur l'hygiène de vie
	Dépistage précoce et référence
	Prise en charge de l'HTA
Maladies métaboliques	Education sur l'hygiène de vie
	Dépistage précoce et référence
Cancers	Vaccination contre papilloma virus
Blessures	Education routière
	Prise en charge des cas d'accidents des trafics routiers

Scenarios du paquet d'interventions de la CSU dans la progressivité de la mise en œuvre

Pour faciliter la prise de décision sur le paquet des soins et services de santé à offrir à tous les congolais sur toute l'étendue du pays et cela sans aggravation de la pauvreté des familles vulnérables, quatre options de paquets sont présentées pour considération dans la progressivité de la mise en œuvre. Le choix du paquet sera guidé par les ressources disponibles et mobilisables dans le court terme et les priorités politiques et il sera basé sur la combinaison des sous paquets suivants :

- Les interventions de la SRMNEA et de la nutrition pour la prise en charge de la femme et de l'enfant dans son cycle de vie de la grossesse à l'adolescence ;
- Les interventions pour la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles, en particulier le paludisme, le VIH et la tuberculose ;
- La promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles et les blessures liées aux accidents de route
- La prise en charge des blessures liées aux accidents de route
- La prise en charge des maladies non transmissibles : traitement de l'HTA

Dans la progressivité de la mise en œuvre, 4 scenarios de mise en œuvre ont été considérés pour le lancement :

- Scenario 1 : Commencer avec la SRMNEA et les maladies infectieuses comme ce sont des interventions bénéficiant déjà des financements considérables de la part des PTF ;
- Scenario 2 : Commencer scenario 1 + la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles et les blessures liées aux accidents de route pour réduire le fardeau des autres maladies dans un contexte de transition épidémiologique
- Scenario 3 : Commencer scenario 2 + La prise en charge des blessures liées aux accidents de route comme celles sont devenues un problème de santé publique avec l'afflux des motos sur la route
- Scenario 4 : Commencer scenario 3 + La prise en charge de l'HTA pour avoir un paquet complet avec tous les 3 sous paquets et toucher tous les segments de la population.

4.2. Le costing des interventions prioritaires de la CSU

4.2.1. Le coût direct moyen par scenario pour la période 2023 à 2030

L'estimation des coûts de chaque scenario du paquet a considéré une augmentation progressive du nombre d'intervention du scenario 1 au scénario 4. Le coût total annuel moyen est estimé à \$1,45 milliards de dollars ou \$11,58 par habitant du scenario 1 ; \$1,59 milliards de dollars ou \$12,71 par habitant du scenario 2 ; \$1,73 milliards de dollars ou \$1073,79 par habitant du scenario 3 ; et \$3,07 milliards de dollars ou \$24,3 par habitant du scenario 4.

Table 6: Estimation des coûts moyens par scenario pour la période 2023-2030

Sous-paquets	Scenario 1 (X̄ 2023 à 2030)		Scenario 2 (X̄ 2023 à 2030)		Scenario 3 (X̄ 2023 à 2030)		Scenario 4 (X̄ 2023 à 2030)		
	Coût total (US\$)	Coût/hab (US\$)	Coût total (US\$)	Coût/hab (US\$)	Coût total (US\$)	Coût/hab (US\$)	Coût total (US\$)	Coût/hab (US\$)	
SRMNEA-Nut	Intrants	599 415 196	4,78	599 415 196	4,78	599 415 196	4,78	599 415 196	4,78
	Ress. Humaines	235 506 438	1,89	235 506 438	1,89	235 506 438	1,89	235 506 438	1,89
	Hospitalisation	169 413 599	1,35	169 413 599	1,35	169 413 599	1,35	169 413 599	1,35
	Sous-total	1 004 335 233	8,02	1 004 335 233	8,02	1 004 335 233	8,02	1 004 335 233	8,02
Prevention et prise en charge des maladies infectieuses	Intrants	347 440 897	2,79	347 440 897	2,79	347 440 897	2,79	347 440 897	2,79
	Ress. Humaines	46 162 159	0,37	46 162 159	0,37	46 162 159	0,37	46 162 159	0,37
	Hospitalisation	50 556 061	0,40	50 556 061	0,40	50 556 061	0,40	50 556 061	0,40
	Sous-total	444 159 117	3,57	444 159 117	3,57	444 159 117	3,57	444 159 117	3,57
Prevention des MNT et blessures et promotion de la santé par RECO	Intrants			70 048 862	0,55	70 048 862	0,55	70 048 862	0,55
	Ress. Humaines			74 640 799	0,58	74 640 799	0,58	74 640 799	0,58
	Hospitalisation			-	-	-	-	-	-
	Sous-total			144 689 661	1,13	144 689 661	1,13	144 689 661	1,13
Prise en charge des blessures (ATR)	Intrants					50 770 000	0,40	50 770 000	0,40
	Ress. Humaines					41 164 865	0,32	41 164 865	0,32
	Hospitalisation					45 281 352	0,36	45 281 352	0,36
	Sous-total					137 216 218	1,08	137 216 218	1,08
Prise en charge de l'HTA	Intrants							783 624 327	6,12
	Ress. Humaines							309 889 606	2,42
	Hospitalisation							253 516 734	1,98
	Sous-total							1 347 030 666	10,51
TOTAL	Intrants	946 856 094	7,57	1 016 904 955	8,12	1 067 674 956	8,52	1 851 299 282	14,64
	Ress.humaines	281 668 597	2,26	356 309 396	2,84	397 474 261	3,17	707 363 867	5,58
	Hospitalisation	219 969 660	1,76	219 969 660	1,76	265 251 011	2,11	518 767 745	4,09
	Total	1 448 494 350	11,59	1 593 184 011	12,72	1 730 400 228	13,80	3 077 430 895	24,31

Le coût du paquet des soins et services de santé de la CSU double entre les scenarios 1 et 4, passant ainsi de \$11,58 à \$24,31 par habitant par an.

4.2.2. Le coût direct moyen dans la progressivité du paquet

En considérant une mise en œuvre progressive du paquet comme cela a été le cas dans beaucoup des pays à travers le monde, le paquet des soins et services de la CSU en RDC pourrait être vu dans une perspective d'augmentation progressive des interventions.

A cet égard, le paquet minimum inclurait la SRMNEA et les maladies infectieuses et coûterait en moyenne \$11,58 par habitant par an pour la période de 2023 à 2030. Il s'agit du coût initial de prendre en charge de toutes les personnes bénéficiaires de la CSU.

A ce paquet minimum, on ajouterait l'éducation à base communautaire à travers les RECO pour la prévention des maladies non transmissibles et des accidents de trafic routier pour un coût moyen de \$12,71 par habitant par an.

A ce dernier, on adjoindrait la prise en charge des blessures dues aux accidents de trafic routier qui porterait le coût à \$13,79 par habitant par an.

Ensuite, on ajouterait à ce dernier la prise en charge médicale de l'HTA pour atteindre un coût moyen de \$24,31 par habitant par an.

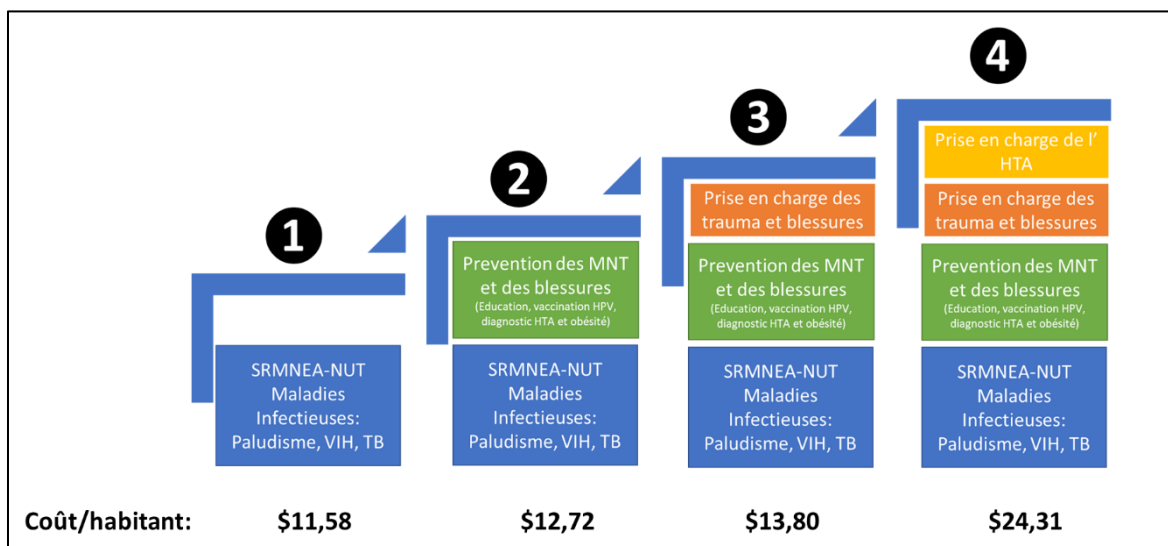


Figure 21: Coûts des scénarios du paquet de CSU dans la progressivité de mise en œuvre

4.2.3. Le coût direct moyen par sous paquet pour la période 2023 à 2030

La comparaison des coûts des sous paquets révèle que le sous paquet de la prise en charge médicale de l'HTA est plus cher avec un coût moyen de \$10.51 par habitant par an, loin au-dessus de la SRMNEA qui vient en deuxième place avec un coût moyen de \$8.02 par habitant contre \$3.56 par habitant pour les maladies infectieuses.

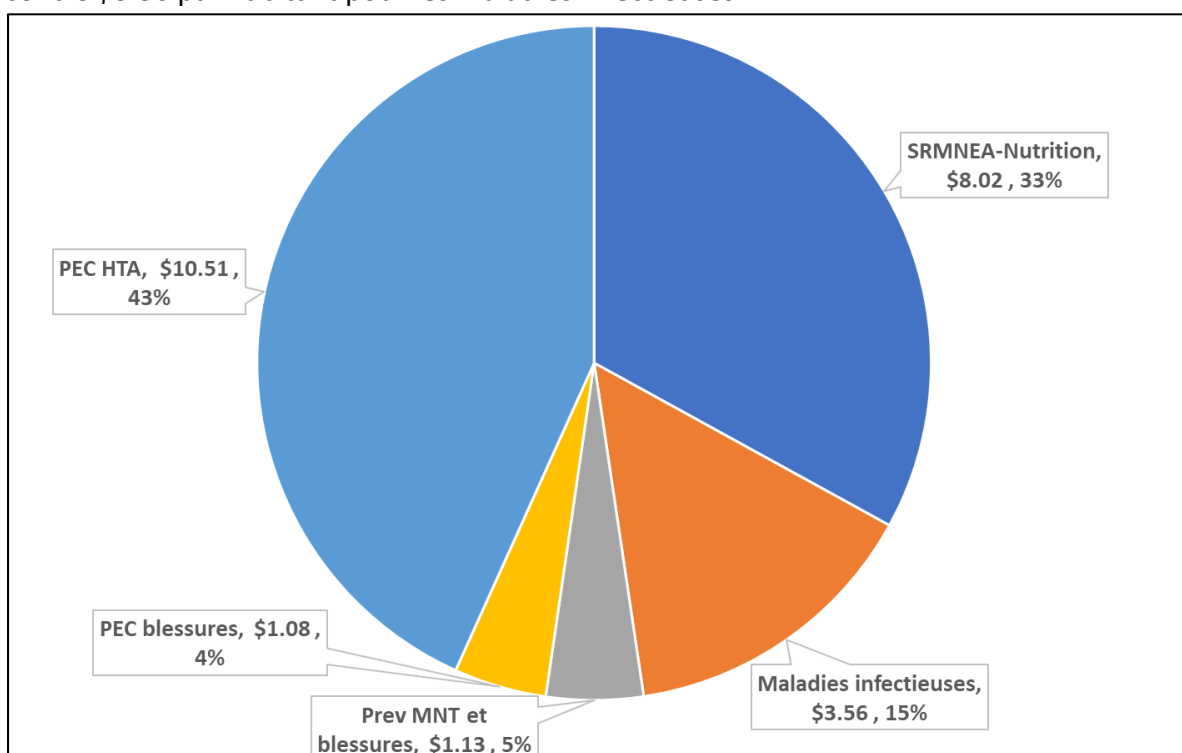


Figure 22: Coût annuel moyen par sous paquet de la CSU pour la période 2023-2030

Les maladies infectieuses, la prévention des MNT et des accidents de circulation et la prise en charge coûteraient respectivement \$3,56, \$1,13 et \$1,82 par habitant et par an.

4.2.4. Le coût direct moyen par intervention

Les coûts annuels moyens par intervention est fonction de la prévalence de la maladie ainsi que les intrants utilisés et le temps du personnel requis pour le diagnostic et la prise en charge. L'estimation des coûts annuels par intervention a montré que la prise en charge de l'HTA est l'intervention avec le coût le plus élevé estimé à \$10,54 par habitant. Elle est suivie des maladies infectieuses et des blessures dont les coûts varient entre \$1,08 et \$2,37 par habitant. Les interventions de la SRMNEA ont le coût généralement en dessous de \$1 par habitant.

4.2.5. Les coûts directs annuels du paquet des soins et services de santé

L'estimation des coûts annuels montre une augmentation considérable entre la première année de mise en œuvre (2023) à la dernière (2030). Le scénario 1 augmente de \$867,802,699 ou \$7,81 par habitant la première année (2023) à \$2,128,651,128 ou \$15,68 par habitant à la dernière année (2030). L'augmentation est beaucoup plus considérable pour le scénario 4 qui

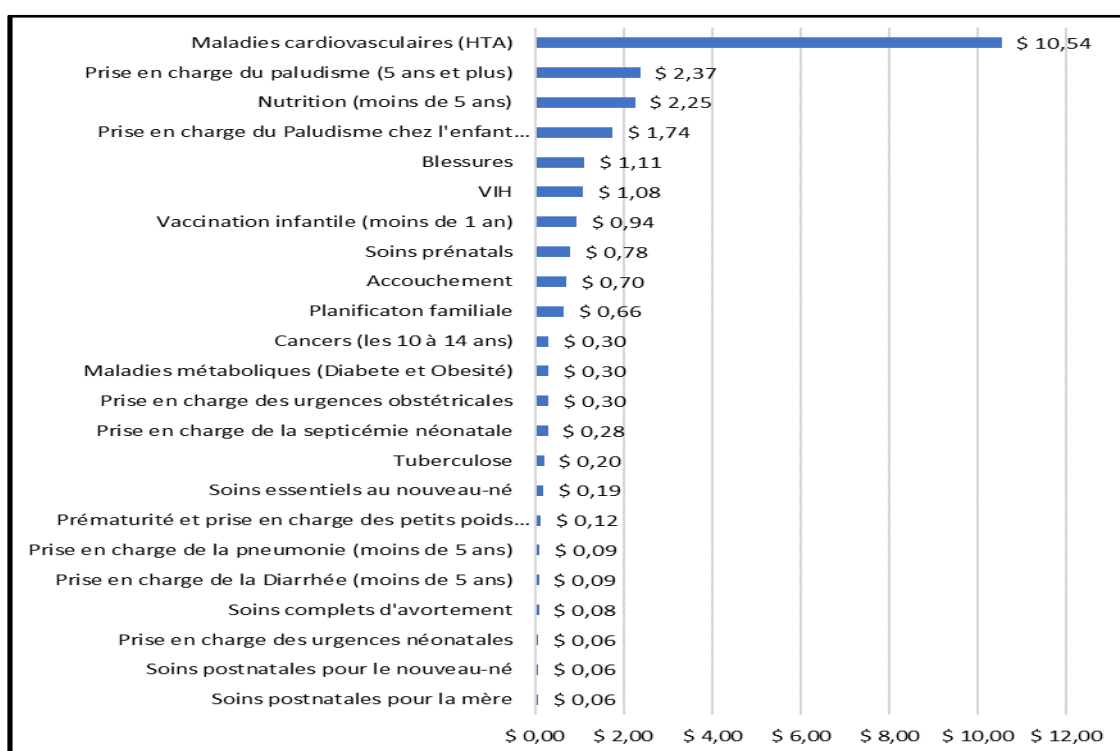


Figure 23: Coût annuel moyen par intervention du scénario 4 pour la période 2023-2030

passé de \$1,285,793,122 ou \$11,57 par habitant la première année (2023) à \$5,870,114,211 ou \$43,25 par habitant la dernière année (2030). L'augmentation annuelle des coûts est principalement liée à l'augmentation de la couverture des interventions et leur implication sur les besoins en intrants qui augmentent aussi. En outre, elle est aussi attribuable à l'augmentation progressive des besoins en ressources humaines, en particulier les relais communautaires. Les différences entre scénarios sont assez faibles la première année (2023) variant seulement de \$867,802,699 ou \$7,81 par habitant pour le scénario 1 à \$1,285,793,122 ou \$11,57 par habitant pour le scénario 4. En revanche, les écarts entre scénarios sont plus grands la dernière année (2030) si on compare le coût du scénario 1 estimé à \$2,128,651,128 ou \$15,68 par habitant avec le coût du scénario 4 de \$5,870,114,211 ou \$43,25 par habitant. Ce grand écart est dû en partie à l'augmentation du nombre des cas d'HTA à prendre en charge la dernière année, partant d'une très faible couverture la première année (2023).

Table 7: Coûts annuels du paquet des soins et services de santé des scénarios 1 et 2

Sous-paquets-scenario 1		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)	Coût total (\bar{X} 2023 à 2030)	Cost per capita (\bar{X} 2023 à 2030)
SRMNEA	Intrants	332 073 397	385 124 197	451 344 339	539 259 241	611 821 376	707 487 821	835 572 989	932 638 210	599 415 196	4,78
	Ress. Humaines	148 670 451	170 565 543	193 554 799	218 934 478	244 635 128	272 524 090	302 902 321	332 264 692	235 506 438	1,89
	Hospitalisation	94 251 250	111 123 186	129 588 205	150 543 433	174 225 509	200 872 883	230 719 247	263 985 077	169 413 599	1,35
	Sous total	574 995 097	666 812 926	774 487 343	908 737 153	1 030 682 013	1 180 884 795	1 369 194 556	1 528 887 979	1 004 335 233	8,02
Maladies infectieuses	Intrants	233 261 752	264 213 548	297 971 026	328 635 185	362 644 266	397 098 956	431 291 696	464 410 750	347 440 897	2,79
	Ress. Humaines	29 937 003	34 429 329	38 960 466	43 677 465	48 496 906	53 316 734	58 017 104	62 462 265	46 162 159	0,37
	Hospitalisation	29 608 846	35 018 911	40 697 706	46 790 933	53 203 210	59 805 325	66 433 422	72 890 135	50 556 061	0,40
	Sous total	292 807 601	333 661 788	377 629 197	419 103 582	464 344 382	510 221 014	555 742 222	599 763 150	444 159 117	3,57
TOTAL	Intrants	565 335 149	649 337 744	749 315 365	867 894 426	974 465 643	1 104 586 777	1 266 864 685	1 397 048 961	946 856 094	7,57
	Ress. Humaines	178 607 454	204 994 872	232 515 265	262 611 944	293 132 034	325 840 824	360 919 425	394 726 956	281 668 597	2,26
	Hospitalisation	123 860 096	146 142 098	170 285 911	197 334 366	227 428 719	260 678 208	297 152 669	336 875 211	219 969 660	1,76
	Coût total	867 802 699	1 000 474 714	1 152 116 540	1 327 840 735	1 495 026 395	1 691 105 809	1 924 936 779	2 128 651 128		1 448 494 350
	Coût par habitant	7,81	8,74	9,78	10,95	11,98	13,17	14,58	15,68		11,59
Sous-paquets-scenario 2		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)	Coût total (\bar{X} 2023 à 2030)	Cost per capita (\bar{X} 2023 à 2030)
SRMNEA (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	332 073 397	385 124 197	451 344 339	539 259 241	611 821 376	707 487 821	835 572 989	932 638 210	599 415 196	4,78
	Ress. Humaines	161 086 713	188 262 552	218 391 900	253 498 875	292 328 186	337 769 516	391 390 204	451 231 545	286 744 936	2,29
	Hospitalisation	94 251 250	111 123 186	129 588 205	150 543 433	174 225 509	200 872 883	230 719 247	263 985 077	169 413 599	1,35
	Sous total	587 411 359	684 509 935	799 324 444	943 301 550	1 078 375 071	1 246 130 221	1 457 682 439	1 647 854 832	1 055 573 731	8,42
Maladies infectieuses (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	233 261 752	264 213 548	297 971 026	328 635 185	362 644 266	397 098 956	431 291 696	464 410 750	347 440 897	2,79
	Ress. Humaines	32 265 052	37 747 518	43 617 422	50 158 290	57 439 354	65 550 251	74 608 582	84 768 550	55 769 378	0,45
	Hospitalisation	29 608 846	35 018 911	40 697 706	46 790 933	53 203 210	59 805 325	66 433 422	72 890 135	50 556 061	0,40
	Sous total	295 135 651	336 979 978	382 286 154	425 584 407	473 286 831	522 454 532	572 333 700	622 069 435	453 766 336	3,64
Prevention des MNT et blessures	Intrants	23 153 715	28 362 683	35 070 661	44 460 990	58 381 193	80 129 699	115 589 866	175 242 088	70 048 862	0,55
	Ress. Humaines	3 153 557	4 518 320	6 385 327	8 967 813	12 524 429	17 408 057	24 105 423	33 297 730	13 795 082	0,11
	Hospitalisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sous total	26 307 272	32 881 002	41 455 988	53 428 803	70 905 622	97 537 756	139 695 289	208 539 818	83 843 944	0,65
TOTAL	Intrants	588 488 864	677 700 427	784 386 026	912 355 415	1 032 846 836	1 184 716 476	1 382 454 550	1 572 291 048	1 016 904 955	8,12
	Ress. Humaines	196 505 322	230 528 390	268 394 649	312 624 978	362 291 970	420 727 825	490 104 209	569 297 825	356 309 396	2,84
	Hospitalisation	123 860 096	146 142 098	170 285 911	197 334 366	227 428 719	260 678 208	297 152 669	336 875 211	219 969 660	1,76
	Coût total	908 854 282	1 054 370 915	1 223 066 586	1 422 314 759	1 622 567 524	1 866 122 509	2 169 711 428	2 478 464 084		1 593 184 011
	Coût par habitant	8,18	9,21	10,38	11,73	13,00	14,53	16,43	18,26		12,72

Table 8: Coûts annuels du paquet des soins et services de santé des scénarios 3 et 4

Sous-paquets-scenario 3		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)	Coût total (\bar{X} 2023 à 2030)	Cost per capita (\bar{X} 2023 à 2030)
SRMNEA (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	332 073 397	385 124 197	451 344 339	539 259 241	611 821 376	707 487 821	835 572 989	932 638 210	599 415 196	4,78
	Ress. Humaines	161 086 713	188 262 552	218 391 900	253 498 875	292 328 186	337 769 516	391 390 204	451 231 545	286 744 936	2,29
	Hospitalisation	94 251 250	111 123 186	129 588 205	150 543 433	174 225 509	200 872 883	230 719 247	263 985 077	169 413 599	1,35
	Sous total	587 411 359	684 509 935	799 324 444	943 301 550	1 078 375 071	1 246 130 221	1 457 682 439	1 647 854 832	1 055 573 731	8,42
Maladies infectieuses (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	233 261 752	264 213 548	297 971 026	328 635 185	362 644 266	397 098 956	431 291 696	464 410 750	347 440 897	2,79
	Ress. Humaines	32 265 052	37 747 518	43 617 422	50 158 290	57 439 354	65 550 251	74 608 582	84 768 550	55 769 378	0,45
	Hospitalisation	29 608 846	35 018 911	40 697 706	46 790 933	53 203 210	59 805 325	66 433 422	72 890 135	50 556 061	0,40
	Sous total	295 135 651	336 979 978	382 286 154	425 584 407	473 286 831	522 454 532	572 333 700	622 069 435	453 766 336	3,64
Prevention MNT et blessures + prise en charge des blessures (ATR)	Intrants	41 851 684	52 801 430	66 523 184	84 599 297	109 169 151	143 843 153	194 829 122	272 933 877	120 818 862	0,95
	Ress. Humaines	18 314 072	24 333 520	31 887 372	41 512 387	53 703 854	69 067 615	88 353 469	112 507 289	54 959 947	0,43
	Hospitalisation	16 676 567	21 796 720	28 052 250	35 799 031	45 297 368	56 825 514	70 672 850	87 130 515	45 281 352	0,36
	Sous total	76 842 323	98 931 670	126 462 805	161 910 715	208 170 373	269 736 283	353 855 440	472 571 681	221 060 161	1,74
TOTAL	Intrants	607 186 833	702 139 174	815 838 549	952 493 723	1 083 634 793	1 248 429 931	1 461 693 806	1 669 982 838	1 067 674 956	8,52
	Ress. Humaines	211 665 837	250 343 590	293 896 694	345 169 552	403 471 395	472 387 383	554 352 254	648 507 384	397 474 261	3,17
	Hospitalisation	140 536 663	167 938 818	198 338 160	233 133 397	272 726 086	317 503 722	367 825 519	424 005 726	265 251 011	2,11
	Coût total	959 389 333	1 120 421 583	1 308 073 403	1 530 796 672	1 759 832 275	2 038 321 035	2 383 871 580	2 742 495 947	1 730 400 228	13,80
	Coût par habitant	8,64	9,79	11,10	12,62	14,10	15,88	18,06	20,21		
Sous-paquets-scenario 4		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)	Coût total (\bar{X} 2023 à 2030)	Cost per capita (\bar{X} 2023 à 2030)
SRMNEA (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	332 073 397	385 124 197	451 344 339	539 259 241	611 821 376	707 487 821	835 572 989	932 638 210	599 415 196	4,78
	Ress. Humaines	161 086 713	188 262 552	218 391 900	253 498 875	292 328 186	337 769 516	391 390 204	451 231 545	286 744 936	2,29
	Hospitalisation	94 251 250	111 123 186	129 588 205	150 543 433	174 225 509	200 872 883	230 719 247	263 985 077	169 413 599	1,35
	Sous total	587 411 359	684 509 935	799 324 444	943 301 550	1 078 375 071	1 246 130 221	1 457 682 439	1 647 854 832	1 055 573 731	8,42
Maladies infectieuses (+ promotion de la santé par RECO)	Intrants	233 261 752	264 213 548	297 971 026	328 635 185	362 644 266	397 098 956	431 291 696	464 410 750	347 440 897	2,79
	Ress. Humaines	32 265 052	37 747 518	43 617 422	50 158 290	57 439 354	65 550 251	74 608 582	84 768 550	55 769 378	0,45
	Hospitalisation	29 608 846	35 018 911	40 697 706	46 790 933	53 203 210	59 805 325	66 433 422	72 890 135	50 556 061	0,40
	Sous total	295 135 651	336 979 978	382 286 154	425 584 407	473 286 831	522 454 532	572 333 700	622 069 435	453 766 336	3,64
Prevention MNT et blessures + prise en charge des blessures (ATR) + prise en	Intrants	231 734 480	323 445 161	446 364 636	613 207 357	838 565 049	1 141 684 667	1 548 143 349	2 092 400 810	904 443 189	7,06
	Ress. Humaines	93 404 524	131 361 437	182 098 276	250 554 064	342 148 457	463 670 875	623 530 847	832 027 948	364 849 553	2,85
	Hospitalisation	78 107 108	109 354 894	150 937 874	206 813 361	281 270 218	379 645 407	508 494 636	675 761 187	298 798 085	2,34
	Sous total	403 246 112	564 161 491	779 400 786	1 070 574 782	1 461 983 724	1 985 000 949	2 680 168 833	3 600 189 945	1 568 090 828	12,25
TOTAL	Intrants	797 069 629	972 782 905	1 195 680 002	1 481 101 783	1 813 030 692	2 246 271 444	2 815 008 034	3 489 449 771	1 851 299 282	14,64
	Ress. Humaines	286 756 289	357 371 507	444 107 598	554 211 229	691 915 998	866 990 643	1 089 529 633	1 368 028 042	707 363 867	5,58
	Hospitalisation	201 967 204	255 496 991	321 223 784	404 147 726	508 698 936	640 323 614	805 647 305	1 012 636 398	518 767 745	4,09
	Coût total	1 285 793 122	1 585 651 404	1 961 011 384	2 439 460 738	3 013 645 626	3 753 585 702	4 710 184 972	5 870 114 211	3 077 430 895	24,31
	Coût par habitant	11,57	13,86	16,64	20,11	24,14	29,23	35,67	43,25		

V. Analyse du financement disponible et le gap de la CSU

5.1. Les besoins et déficit de financement de la CSU

Selon le présent rapport, les besoins moyens de financement de la CSU s'élèvent à \$1,4 milliards (\$11,58/habitant) pour le scénario 1, \$1,6 milliards (\$12,72/habitant) pour le scénario 2, \$1,7 milliards (\$13,79/habitant) pour le scénario 3 et \$3,1 milliards (\$24,31/habitant) pour le scénario 4.

Avec les données du MSPHP, de la Banque Mondiale et de l'Université de Washington dans le tableau 9 ci-dessous, nous avons fait une projection des dépenses de la santé sur la période de 2023-2030. Elles varient entre \$1,02 milliards en 2023 à \$1,29 milliards en 2030.

A cet égard, nous avons estimé un léger surplus sur les coûts directs variant entre \$4,6 et \$154,9 millions pendant les deux premières années pour les scénarii 1 et 2 et un surplus de \$63,3 millions pendant la première année seulement pour le scénario 3. Pour le reste, on note un gap financier variant entre \$56,3 millions et \$3,58 milliards à travers différents scénarios.

Cette situation présage déjà que l'addition des coûts indirects aux coûts directs du paquet des soins et services de santé de la CSU pourrait faire disparaître le léger surplus du début avec les scénarii 1,2 et 3 et créer un gap financier de la CSU nécessitant une mobilisation des ressources additionnelles dans tous les scénarii et sur toutes années de 2023-2030.

Table 9: Estimation du gap annuel de financement sur les coûts directs par scénario 2023-2030

Scenario 1									
Categorie		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)
Besoins de financement estimés (Coûts directs)		867 802 699	1 000 474 714	1 152 116 540	1 327 840 735	1 495 026 395	1 691 105 809	1 924 936 779	2 128 651 128
Tendance financement disponible (Coût direct et indirect)	Dépenses de santé gouvernementales	303 901 840	322 253 017	341 140 891	360 565 463	380 526 732	401 024 699	422 059 364	443 630 726
	Aide au développement pour la santé	718 822 381	736 803 022	754 653 817	772 374 766	789 965 868	807 427 125	824 758 535	841 960 099
	Financement disponible	1 022 724 221	1 059 056 039	1 095 794 708	1 132 940 229	1 170 492 601	1 208 451 824	1 246 817 899	1 285 590 824
Gap de financement à combler pour le coût direct		154 921 523	58 581 325	- 56 321 832	- 194 900 506	- 324 533 795	- 482 653 985	- 678 118 880	- 843 060 304
Scenario 2									
Categorie		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)
Besoins de financement estimés (Coûts directs)		908 854 282	1 054 370 915	1 223 066 586	1 422 314 759	1 622 567 524	1 866 122 509	2 169 711 428	2 478 464 084
Tendance financement disponible (Coût direct et indirect)	Dépenses de santé gouvernementales	303 901 840	322 253 017	341 140 891	360 565 463	380 526 732	401 024 699	422 059 364	443 630 726
	Aide au développement pour la santé	718 822 381	736 803 022	754 653 817	772 374 766	789 965 868	807 427 125	824 758 535	841 960 099
	Financement disponible	1 022 724 221	1 059 056 039	1 095 794 708	1 132 940 229	1 170 492 601	1 208 451 824	1 246 817 899	1 285 590 824
Gap de financement à combler pour le coût direct		113 869 940	4 685 124	- 127 271 878	- 289 374 530	- 452 074 923	- 657 670 685	- 922 893 529	-1 192 873 260
Scenario 3									
Categorie		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)
Besoins de financement estimés (Coûts directs)		959 389 333	1 120 421 583	1 308 073 403	1 530 796 672	1 759 832 275	2 038 321 035	2 383 871 580	2 742 495 947
Tendance financement disponible (Coût direct et indirect)	Dépenses de santé gouvernementales	303 901 840	322 253 017	341 140 891	360 565 463	380 526 732	401 024 699	422 059 364	443 630 726
	Aide au développement pour la santé	718 822 381	736 803 022	754 653 817	772 374 766	789 965 868	807 427 125	824 758 535	841 960 099
	Financement disponible	1 022 724 221	1 059 056 039	1 095 794 708	1 132 940 229	1 170 492 601	1 208 451 824	1 246 817 899	1 285 590 824
Gap de financement à combler pour le coût direct		63 334 889	- 61 365 544	- 212 278 695	- 397 856 443	- 589 339 674	- 829 869 211	-1 137 053 681	-1 456 905 123
Scenario 4									
Categorie		2023 (US\$)	2024 (US\$)	2025 (US\$)	2026 (US\$)	2027 (US\$)	2028 (US\$)	2029 (US\$)	2030 (US\$)
Besoins de financement estimés (Coûts directs)		1 285 793 122	1 585 651 404	1 961 011 384	2 439 460 738	3 013 645 626	3 753 585 702	4 710 184 972	5 870 114 211
Tendance financement disponible (Coût direct et indirect)	Dépenses de santé gouvernementales	303 901 840	322 253 017	341 140 891	360 565 463	380 526 732	401 024 699	422 059 364	443 630 726
	Aide au développement pour la santé	718 822 381	736 803 022	754 653 817	772 374 766	789 965 868	807 427 125	824 758 535	841 960 099
	Financement disponible	1 022 724 221	1 059 056 039	1 095 794 708	1 132 940 229	1 170 492 601	1 208 451 824	1 246 817 899	1 285 590 824
Gap de financement à combler pour le coût direct		- 263 068 900	- 526 595 364	- 865 216 676	-1 306 520 509	-1 843 153 025	-2 545 133 878	-3 463 367 074	-4 584 523 387

5.2. Les pistes de résorption du déficit de financement de la CSU

En ligne avec les recommandations du PNDS 2019-2023, plusieurs pistes sont proposées ci-dessous pour combler le déficit de financement de la CSU (Ministère de la santé, 2016 ; Cros et Ali., 2019).

5.2.1. Allocations budgétaires additionnelles

Les allocations budgétaires additionnelles peuvent se traduire par le relèvement de la part du budget de la santé du gouvernement afin d'atteindre la cible de 15% selon la déclaration d'Abuja, réduire ainsi la contribution des ménages et augmenter la part de la prévention et promotion de la santé afin de réduire la pression sur le système de santé.

Selon Cros et Ali. (2019), en mettant l'accent sur les dépenses intérieures de santé, ces dépenses pourraient atteindre 280 millions USD en 2022 (le scénario du statu quo serait de 225 millions USD en 2022). En outre, si le secteur de la santé réussit à plaider en faveur d'une plus grande part du budget national, les dépenses intérieures totales consacrées à la santé pourraient être multipliées par trois d'ici 2030.

5.2.2. Amélioration de l'exécution du budget de la santé

Entre 2008 et 2020, le taux d'exécution du budget alloué à la fonction santé a suivi une tendance inexorable à la baisse, en passant de 102,4 % en 2008 à 67,14 % en 2020. Autrement dit, un effort intense d'augmentation du budget alloué à la santé et son taux d'exécution s'impose pour concrétiser la CSU. Pour atteindre 15 % du budget global de 2020 selon le critère d'Abuja²⁵, le budget exécuté de la santé devait passer de 353.854.902 \$ montant de 2020 à 788.676.978 \$, soit une augmentation de 222,8 % par rapport à cette année de référence. Un tel montant ne suffirait même pas à couvrir pour une année le scénario 1 ci-dessus formulé dont le coût total s'élève à 867.802.699 \$ US. Or, pour ladite période, la part du budget alloué à la santé est d'environ 7,95 %.

5.2.3. Taxes spécifiques ou financements innovants

Pour Cros et Ali. (2019), après analyse des sept taxes spécifiques différentes, la moyenne des taxes spécifiques permettrait de réduire le déficit de financement de la santé de 5%, soit 80 millions USD par an. Selon eux, les trois meilleures options en termes de score et d'échelle des revenus potentiels seraient de taxer les industries extractives pour la santé, d'imposer des taxes sur le tabac et les alcools ou de prélever une taxe sur les compagnies aériennes. Celles-ci s'ajoute une taxe sur les compagnies de la téléphonie mobile qui reste une option hautement viable.

5.2.4. Efficience des dépenses

Cros et Ali. (2019) soutiennent que les ressources nécessaires à la santé pourraient être moindres si le même montant était dépensé plus efficacement. D'après eux, il est possible de réduire les besoins en ressources de santé de 500 millions USD par an sur l'ensemble de la période, réduisant ainsi le déficit de financement de plus de 40% d'ici 2030. Ces gains

²⁵ En effet, le pourcentage du budget alloué à la fonction santé par rapport au budget global de l'Etat connaît une tendance générale évolutive à la hausse en passant de 3,24 % en 2008 à 10,2 % en 2020. Cependant, en même temps, l'évolution du taux d'exécution est à la baisse pour la même période, de 102,42 % en 2008 à 67,14 % en 2020.

d'efficacité augmenteraient avec le temps plutôt que d'être également répartis ; à partir de 60 millions en 2020 et à 1 milliard USD en 2030.

Selon Jensen et Rota-Graziosi (2017), l'écart fiscal²⁶ déterminé en RDC en 2013 s'élevait globalement à un montant de 1553 milliards CDF (soit 5,2 % du PIB) qui s'expliquait par des dépenses fiscales²⁷ estimées à 683 milliards de CDF (soit 2,3 % du PIB) et pour le reste, 870 milliards (soit 2,9 %), par des difficultés (inefficience) de l'administration fiscale.

En se basant sur cette étude et en extrapolant les résultats sur l'évolution du PIB, les projections ont permis de constater que la RDC peut mobiliser 2,5 milliards de \$ US en 2023, en optimisant ou en réduisant l'écart fiscal des grands impôts d'État, notamment la TVA, les droits d'accises (sur les produits pétroliers, les produits de beauté, les produits de nettoyage, les produits en caoutchouc, les voitures, télécoms) les droits de douanes, l'Impôt sur le bénéfice prévisionnel (IBP), l'Impôt professionnel sur la rémunération (IPR).

²⁶ Selon la définition étroite et communément admise, l'écart fiscal d'un impôt correspond à la différence entre les recettes réalisées de cet impôt et celles potentielles.

²⁷ La dépense fiscale est tout transfert de fonds publics au moyen d'une réduction d'obligations fiscales par rapport à une norme, plutôt que de dépenses directes (OCDE, 2010). On peut citer : les allègements fiscaux, les subventions fiscales ou aides fiscales. Il y a deux conditions pour l'existence d'une dépense fiscale : (1) une réduction des recettes fiscales, et (2) un écart par rapport à la norme fiscale, à savoir le système fiscal de référence (Pierre Vandenberghe, 2019)

VI. Impact du paquet des soins et services de la CSU

L'estimation de l'impact du paquet des soins et services de la CSU s'est focalisée sur les AVCI évitées et les vies sauvées des mères, des nouveau-nés et des enfants. Le paquet recommandé pour le scénario 3 qui inclut la SRMNEA-Nutrition, la prévention des maladies et des accidents de circulation et la prise en charge des blessures résultant des accidents de circulation pourrait éviter presque 12 millions des AVCI additionnelles qui représentent un tiers des AVCI perdues présentement. Les interventions les plus efficaces sont celles qui sauvent la vie des enfants dans la tendre enfance telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la lutte contre le paludisme, la vaccination et les soins obstétricaux et néonataux de base.

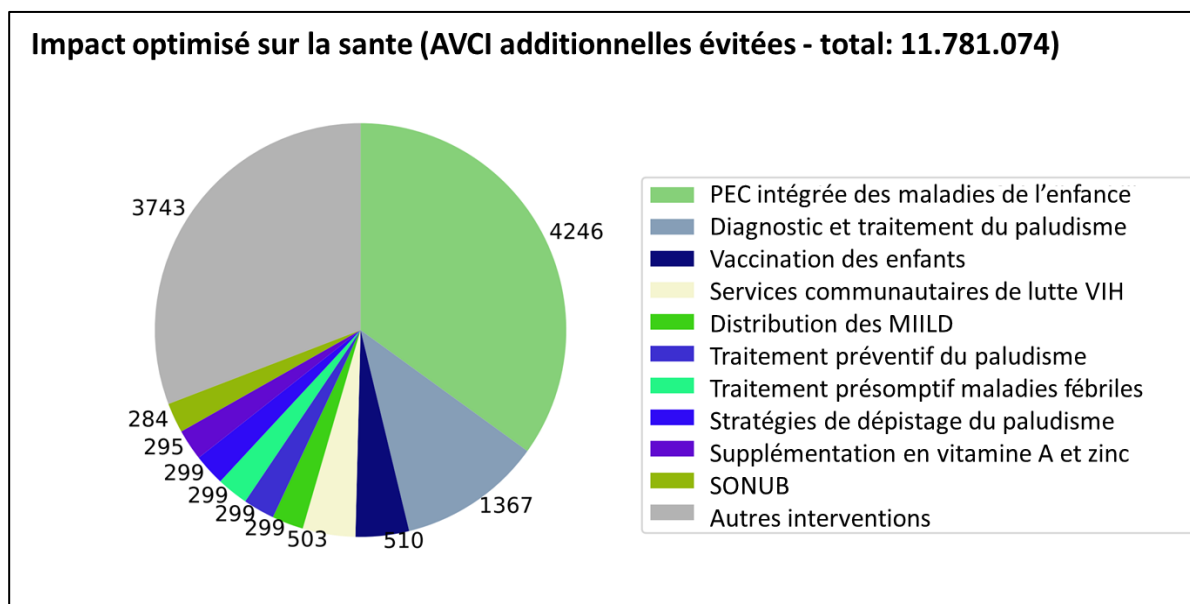


Figure 24: Estimation des AVCI évitées avec le paquet de la CSU

Le paquet des soins et services prioritaires de la CSU aurait un effet considérable sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants. A la couverture de 80% projetée pour la plupart des interventions en 2030, le paquet pourrait sauver la vie de 6292 mères représentant 20% des décès maternels attendus, 32.653 nouveau-nés (soit 27% des décès néonataux attendus) et 129.617 enfants de moins de 5 ans (soit 36% des décès des enfants attendus) en 2030.

Table 10: Estimation vies sauvées avec le paquet de la CSU de 2023-030

Interventions		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Mortalité maternelle	Morts attendus	25956	26634	27368	28123	28857	29683	30443	31159
	Vies sauvées	774	1550	2332	3120	3911	4714	5514	6292
	Changement (%)	3%	6%	9%	11%	14%	16%	18%	20%
Mortalité néonatale	Morts attendus	101077	103717	106574	109513	112373	115589	118547	121335
	Vies sauvées	3954	7945	11992	16090	20214	24440	28647	32653
	Changement (%)	4%	8%	11%	15%	18%	21%	24%	27%
Mortalité infanto-juvenile	Morts attendus	297175	305197	313691	322579	331594	341206	350746	358975
	Vies sauvées	15804	31040	46777	63044	79791	96879	114176	129617
	Changement (%)	5%	10%	15%	20%	24%	28%	33%	36%

De façon générale, l'impact augmente chaque année sur tous les indicateurs. L'impact est plus prononcé avec la mortalité infanto-juvenile et moins avec la mortalité maternelle.

VII. Discussions

Le scénario de choix pour le lancement du paquet des soins et des services de la CSU

La modélisation a proposé quatre paquets qui diffèrent dans leur contenu des interventions à haut impacts sélectionnés.

Le scénario 1 comprend principalement la SRMNEA et les maladies infectieuses. Ses forces est son alignement avec les causes prédominantes de morbidité et des pertes des AVCI en RDC responsable de plus de la moitié des vies perdues dans la population totale. Cependant, il n'inclut pas les MNT dans un contexte de transition épidémiologique apparente. En outre, il n'inclut pas les accidents de circulation qui deviennent progressivement un problème de santé publique avec le phénomène « Wewa » dans les grandes villes de la RDC.

Le scénario 2 ajoute au scénario précédant la prévention des MNT et des blessures ainsi que la promotion de la santé par les RECO à un coût additionnel de \$1,13 par habitant. L'intensification de la prévention des MNT et des accidents et la promotion de la santé sont indispensables pour réduire le fardeau des maladies et les décès qui en découleraient, baisser la pression sur le système de santé et assurer ainsi la pérennisation de la CSU à un coût abordable. A l'instar du scénario 1, il n'inclut pas la prise en charge des blessures dues aux accidents de trafic routier et celle de l'HTA.

Le scénario 3 ajoute au scénario précédant la prise en charge des blessures dues aux accidents à un coût additionnel de \$1,08 par habitant. La prise en charge des accidents du trafic routier permettrait d'organiser les services d'urgence (encore moins développé en RDC) avec un impact social visible et à un coût abordable. Sa faiblesse est la non prise en charge de la prise en charge de l'HTA. Cependant, ce scénario est le plus équilibré parce qu'il prend en compte les causes prédominantes de décès, combine la prévention, la promotion et la prise en charge et ajoute les accidents comme problème émergent de santé publique en RDC et le tout à un coût abordable.

Le scénario 4 ajoute au scénario précédant la prise en charge de l'HTA à un coût additionnel de \$10,51 par habitant. L'HTA est présentement la MNT prédominante et le facteur de risque majeur des autres MNT et des incapacités liées aux AVC. Sa faiblesse est le coût non abordable dans un pays où la contribution combinée du gouvernement et des PTF s'élève autour de \$10 par habitant. Ce scénario est le plus cher et peut-être pas le premier choix pour le début.

L'évolution du PMA des soins de santé primaires

Le PMA des SSP actuels est focalisé sur les activités promotionnelles, préventives, et curatives avec une forte composante de la SRMNEA, la nutrition, les maladies infectieuses et le dépistage et le traitement des MNT. Le paquet des soins et services de la CSU propose ici ajoute l'éducation routière pour la prévention des accidents de circulation et la prévention primaire et secondaire des MNT, en particulier l'HTA, le diabète, et l'obésité.

Ce changement appelle à une réforme en profondeur de la santé communautaire pour en assurer une couverture nationale avec des ajustements en termes du PMA communautaire, la formation des RECO, la composition du kit des RECO, les indicateurs de performance et le système d'information à base communautaire.

Le coût du paquet des soins et services du paquet

Prenant le scénario 3 comme référence, ce coût est de loin abordable avec un impact non négligeable en partie à cause d'une sélection préférentielle des interventions les plus coût-efficaces. Le coût direct moyen de \$13,8 par habitant est de loin inférieur au coût moyen de la CSU pour les pays à faible revenu estimé par l'équipe de Disease Control Priorities 3rd edition (DCP3) à \$79 par habitant pour le paquet complet de 218 interventions et \$40 par habitant pour le paquet prioritaire comprenant la moitié des interventions.²⁸ De même, l'OMS a estimé à \$65 par habitant le financement minimum requis pour offrir le paquet des SSP dans les pays en voie de développement.²⁹ A cet égard, ce paquet constitue un bon investissement pour la RDC dans son contexte actuel.

Cependant, ce coût bien qu'abordable reste supérieure aux dépenses directes de la santé de la RDC sans la contribution des ménages. Comme dit précédemment, les dépenses totales actuelles du gouvernement et des PTF dans le secteur de la santé s'élèvent à environ \$10 par habitant et couvrent les coûts directs et indirects comprenant l'administration générale, les prestations des services et l'appui aux piliers du système de santé. Un coût direct moyen de \$13,8 par habitant bien que déjà supérieur au niveau actuel des dépenses de la santé indique que des ressources additionnelles sont indispensables pour la mise en œuvre effective de la CSU en RDC.

Impact du paquet des soins et services de la CSU

L'estimation de l'impact a indiqué une réduction des AVCI et de la mortalité infanto juvénile d'environ un tiers, une réduction de la mortalité néonatale de 20% et celle du ratio de mortalité maternelle de 27%. L'impact est faible sur la mortalité maternelle et néonatale en partie parce que la couverture des accouchements assistés est assez élevé autour de 80%. Cependant, le véritable défi est celui de la qualité de l'accouchement.

L'exercice du monitoring amélioré pour action (MAA) mené en 2020 dans au moins 30 zones de santé de la RDC avait révélé que moins de 25% des accouchements assistés bénéficient d'un accouchement par personnel qualifié, un suivi sur partogramme, l'injection d'ocytocine, le massage utérin et la traction contrôlé du cordon ombilical. L'amélioration de la qualité n'a pas été modélisé.

Par conséquent, l'impact réel du paquet devrait être plus important si on considère la contribution des interventions de renforcement du système de santé, telles que l'amélioration de la qualité des soins et services de santé. En outre, les efforts du Gouvernement pour améliorer les conditions socioéconomiques, l'environnement physique et les comportements individuels et collectifs devraient aussi contribuer sensiblement comme l'amélioration de l'état de santé des populations n'est pas seulement le résultat de l'augmentation de l'accès et la qualité des soins et services de santé.

²⁸ David A. Watkins et al. "Resource requirements for essential universal health coverage: a modelling study based on findings from Disease Control Priorities." *The Lancet Global Health* 8.6 (June 2020): e834-e835. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30121-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30121-2)

²⁹ Karin Stenberg et al. "Guideposts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study." *The Lancet Global Health* 7.11 (November 2019): e1500-e1510. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)

VIII. Limitations de l'étude

Globalement, cette étude est focalisée sur les objectifs et les résultats attendus fixés dans les termes de référence par le commanditaire, en l'occurrence le CTC-CSU. Il s'agit, en général, de formuler le paquet des services et prestations éligibles à la CSU, d'en terminer le coût et l'impact et éventuellement les propositions sur les modalités de leur mise en œuvre. Sont donc exclus des résultats, les aspects liés à l'organisation, la gestion ou la gouvernance, et en, définitive, les coûts indirects, liés au processus de la CSU.

Le temps et le budget alloués pour ce travail aussi important ont été largement insuffisants, soit deux mois en comparaison avec une moyenne de 6 mois dans d'autres pays. Pour cette raison, il n'a pas été possible de faire des analyses des goulots d'étranglement du système de santé afin d'identifier les stratégies et les réformes nécessaires pour la mise en œuvre effective de la CSU et en déterminer les coûts qui constitueraient les coûts indirects du paquet de soins et services de la CSU.

L'absence de référence en termes de temps de travail des ressources humaines (notamment le temps de consultation, de laboratoire, d'administration des médicaments, de chirurgie et de suivi pendant l'hospitalisation) a été compensée par les données internationales et le recours aux avis des praticiens et autres cliniciens pour déterminer le temps de prestation des services de santé

Les données de couverture des MNT et des blessures n'ont pas été trouvées pour la plupart des interventions par manque d'enquêtes spécifiques à la RDC telles que le STEPwise de l'OMS dont la seule enquête a été menée en 2006 dans la ville de Kinshasa pour une partie des interventions.³⁰ Nous avons recouru aux données internationales, y compris les estimations de l'OMS pour 2016, celles de la Banque Mondiale pour 2019 et quelques publications des enquêtes restreintes. De même, nous avons utilisé les données internationales pour estimer le fardeau des accidents de route et les coûts de la prise en charge des blessures qui en découlent par manque des données locales.

La dernière enquête nationale sur les prix des médicaments en RDC menée par le PNAM date de 2007 et n'avait inclus que 35 molécules. Beaucoup de médicaments dont nous avons besoin pour le costing du paquet des soins et services de sante manquaient. Pour ce faire, nous avons recouru aux données internationales et celles recueillies des PTF en RDC.

Les informations précises des PTF sur leur part du financement de la santé en RDC ont été difficile à trouver au niveau des ministères de tutelles. Cela a rendu difficile la projection des investissements des PTF sur différentes interventions dans les années à venir et par conséquent l'estimation des écarts de financement pour la même période.

La contradiction entre les statistiques démographiques fournies ou utilisées par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) et celles documentées par l'Institut National de Statistique dans le rapport de 2020 n'a pas facilité le choix pour effectuer les projections démographiques. L'équipe de recherche a opté pour les données de l'Institut National de Statistique.

³⁰ Benjamin Longo-Mbenza et al. "Screen detection and the WHO stepwise approach to the prevalence and risk factors of arterial hypertension in Kinshasa." *European Journal of Preventive Cardiology* 15.5 (October 2008) : 503-508. (DOI) : [10.1097/hjr.0b013e3282f21640](https://doi.org/10.1097/hjr.0b013e3282f21640)

IX. Conclusion

La détermination du paquet des soins et services de santé de la CSU et l'estimation de son coût est une étape importante pour la mise en œuvre de la CSU en RDC. Le paquet tel que recommandé répond au profil épidémiologique et au contexte financier du pays. Prenant le scénario 3 comme référence, le coût direct moyen de \$13,8 par habitant par an est largement abordable, loin en deçà des estimations internationales des investissements minimum requis pour la CSU et les SSP dans les pays à faible revenu. L'impact estimé de réduire les AVCI perdues de 36% est non négligeable pour les interventions de la santé avant de prendre en compte la contribution des autres secteurs qui agissent sur les principaux moteurs de l'amélioration de la santé des populations tels que l'éducation, l'emploi, et l'environnement pour n'en citer que quelques-uns.

Cette première partie du costing s'est focalisé sur les coûts directs qui ont inclus le temps des ressources humaines, les intrants (médicaments, tests, implants, autres fournitures) et les hospitalisations. Il est impératif de faire rapidement une analyse du système de santé pour identifier les interventions de renforcement du système qui vont constituer les coûts indirects. C'est donc à travers ces interventions qu'on peut renforcer les infrastructures, équipements, et matériels ; améliorer la qualité des soins et des services de santé, renforcer la gouvernance et la redevabilité, améliorer la gestion et la performance des ressources humaines, renforcer la gestion des intrants pour une disponibilité en tout temps et en tout lieu, et améliorer le suivi de la performance des interventions.

Cet exercice a permis de déceler des grandes faiblesses dans la disponibilité des données stratégiques nécessaires pour guider la prise de décision. Le pays n'a pas des données actualisées sur la prévalence des MNT et des blessures liées aux accidents de circulation, les prix des médicaments et intrants essentiels, et le temps requis des ressources humaines pour offrir différents soins et services de santé. Il est donc indispensable et urgent de commissionner des études sur ces sujets spécifiques afin d'aider à raffiner les hypothèses de ce premier exercice plus informé des expériences internationales pour se rapprocher davantage des réalités congolaises.

Maintenant est le temps de l'action.

Annexes

Annexe 1 : Projections démographiques de la population de la RD Congo 2022-2030

Tranche d'age	2022		2023		2024		2025		2026		2027		2028		2029		2030	
	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
0 à 4 ans	10 529 884	10 518 924	10 850 040	10 838 746	11 176 167	11 164 534	11 508 220	11 496 241	11 846 147	11 833 816	12 189 888	12 177 199	12 539 375	12 526 323	12 894 533	12 881 111	13 255 278	13 241 481
5 à 9 ans	8 468 188	8 457 228	8 725 659	8 714 366	8 987 932	8 976 299	9 254 971	9 242 992	9 526 734	9 514 403	9 803 172	9 790 484	10 084 232	10 071 179	10 369 852	10 356 430	10 659 965	10 646 167
10 à 14 ans	6 975 350	6 963 293	7 187 432	7 175 008	7 403 469	7 390 672	7 623 432	7 610 255	7 847 286	7 833 722	8 074 992	8 061 035	8 306 504	8 292 147	8 541 773	8 527 009	8 780 742	8 765 565
15 à 19 ans	5 525 257	5 474 838	5 693 250	5 641 298	5 864 376	5 810 862	6 038 611	5 983 508	6 215 929	6 159 207	6 396 297	6 337 930	6 579 681	6 519 640	6 766 040	6 704 298	6 955 330	6 891 862
20 à 24 ans	4 527 839	4 543 184	4 665 506	4 681 317	4 805 740	4 822 027	4 948 523	4 965 293	5 093 831	5 111 094	5 241 639	5 259 403	5 391 918	5 410 192	5 544 636	5 563 427	5 699 756	5 719 072
25 à 29 ans	3 844 992	3 861 433	3 961 897	3 978 837	4 080 982	4 098 432	4 202 231	4 220 200	4 325 625	4 344 122	4 451 143	4 470 175	4 578 758	4 598 337	4 708 444	4 728 577	4 840 170	4 860 867
30 à 34 ans	3 180 777	3 239 964	3 277 487	3 338 474	3 376 000	3 438 821	3 476 304	3 540 991	3 578 382	3 644 968	3 682 217	3 750 735	3 787 787	3 858 269	3 895 070	3 967 549	4 004 041	4 078 547
35 à 39 ans	2 646 994	2 798 251	2 727 474	2 883 330	2 809 456	2 969 996	2 892 927	3 058 237	2 977 875	3 148 039	3 064 284	3 239 386	3 152 138	3 332 260	3 241 418	3 426 641	3 332 101	3 522 507
40 à 44 ans	2 018 949	2 169 110	2 080 335	2 235 061	2 142 865	2 302 242	2 206 531	2 370 643	2 271 323	2 440 254	2 337 231	2 511 064	2 404 240	2 583 057	2 472 336	2 656 218	2 541 503	2 730 529
45 à 49 ans	1 422 691	1 623 270	1 465 947	1 672 625	1 510 010	1 722 900	1 554 873	1 774 089	1 600 531	1 826 183	1 646 974	1 879 174	1 694 193	1 933 050	1 742 178	1 987 801	1 790 918	2 043 413
50 à 54 ans	1 172 788	1 398 577	1 208 446	1 441 100	1 244 769	1 484 416	1 281 752	1 528 520	1 319 390	1 573 403	1 357 675	1 619 059	1 396 600	1 665 478	1 436 156	1 712 650	1 476 335	1 760 564
55 à 59 ans	841 777	1 021 531	867 371	1 052 591	893 442	1 084 229	919 987	1 116 442	947 001	1 149 225	974 480	1 182 573	1 002 419	1 216 477	1 030 811	1 250 932	1 059 650	1 285 929
60 à 64 ans	756 284	952 479	779 278	981 439	802 702	1 010 939	826 551	1 040 975	850 821	1 071 542	875 510	1 102 635	900 611	1 134 248	926 119	1 166 373	952 029	1 199 005
65 à 69 ans	592 970	734 363	610 999	756 691	629 365	779 435	648 064	802 593	667 093	826 160	686 450	850 133	706 131	874 506	726 131	899 275	746 446	924 434
70 à 74 ans	382 526	440 618	394 157	454 014	406 004	467 661	418 067	481 556	430 343	495 696	442 830	510 080	455 526	524 704	468 428	539 565	481 533	554 660
75 ans et +	333 203	402 255	343 334	414 486	353 654	426 944	364 161	439 629	374 855	452 538	385 732	465 670	396 791	479 021	408 029	492 588	419 445	506 369
TOTAL par sexe	53 220 470	54 599 319	54 838 613	56 259 384	56 486 933	57 950 409	58 165 206	59 672 163	59 873 167	61 424 374	61 610 513	63 206 733	63 376 904	65 018 887	65 171 955	66 860 445	66 995 243	68 730 971
TOTAL	107 819 789		111 097 996		114 437 342		117 837 369		121 297 541		124 817 246		128 395 791		132 032 399		135 726 214	

Annexe 2 : Coûts unitaires directs par intervention et par habitant – Moyenne de 2023-2030

Interventions	Types des couts	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Cout par tete d'habitant (X 2023 à 2030)
Planificaton familiale	Médicaments, tests et fournitures	\$37 811 964,44	\$38 254 845,20	\$46 618 300,20	\$68 924 278,00	\$67 491 412,32	\$80 170 075,50	\$115 539 880,70	\$110 211 234,71	\$0,561
	Ressources humaines	\$4 488 021,35	\$5 251 522,47	\$6 604 274,01	\$8 926 579,24	\$10 295 326,89	\$12 766 761,88	\$16 873 056,27	\$19 381 175,06	\$0,084
	Hospitalisation	\$695 287,65	\$860 548,08	\$1 048 764,07	\$1 267 381,89	\$1 518 571,72	\$1 803 980,48	\$2 124 551,13	\$2 480 338,66	\$0,012
	Cout direct intervention	\$42 995 273,44	\$44 366 915,75	\$54 271 338,28	\$79 118 239,13	\$79 305 310,93	\$94 740 817,86	\$134 537 488,11	\$132 072 748,43	\$0,657
Soins prénatals	Médicaments, tests et fournitures	\$38 346 111,45	\$44 929 450,34	\$51 856 816,55	\$59 372 619,23	\$67 429 356,49	\$75 957 515,95	\$84 864 785,76	\$94 036 183,60	\$0,517
	Ressources humaines	\$18 000 199,49	\$21 504 434,36	\$25 352 343,95	\$29 710 424,86	\$34 618 936,49	\$40 120 133,61	\$46 259 467,56	\$53 087 171,53	\$0,268
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$56 346 310,94	\$66 433 884,70	\$77 209 160,50	\$89 083 044,08	\$102 048 292,99	\$116 077 649,56	\$131 124 253,31	\$147 123 355,13	\$0,785
Soins complets d'avortement	Médicaments, tests et fournitures	\$1 127 782,28	\$1 474 041,72	\$1 897 082,94	\$2 420 972,72	\$3 063 314,50	\$3 842 925,74	\$4 779 376,31	\$5 892 354,96	\$0,024
	Ressources humaines	\$1 854 633,12	\$2 515 844,11	\$3 366 698,66	\$4 475 705,50	\$5 910 585,79	\$7 753 232,98	\$10 101 512,63	\$13 070 906,76	\$0,048
	Hospitalisation	\$391 594,99	\$511 825,16	\$658 715,94	\$840 623,93	\$1 063 661,50	\$1 334 362,56	\$1 659 522,26	\$2 045 977,04	\$0,008
	Cout direct intervention	\$3 374 010,39	\$4 501 710,99	\$5 922 497,54	\$7 737 302,14	\$10 037 561,79	\$12 930 521,28	\$16 540 411,20	\$21 009 238,77	\$0,081
Accouchement	Médicaments, tests et fournitures	\$4 186 121,08	\$4 572 942,62	\$4 918 149,15	\$5 244 001,45	\$5 543 043,30	\$5 808 001,79	\$6 209 182,21	\$6 209 182,21	\$0,043
	Ressources humaines	\$35 593 749,42	\$39 141 153,88	\$42 458 637,79	\$45 776 844,68	\$49 084 643,08	\$52 385 437,50	\$55 701 751,10	\$59 079 813,29	\$0,382
	Hospitalisation	\$27 002 686,07	\$29 497 888,78	\$31 724 652,71	\$33 826 571,71	\$33 826 571,71	\$37 464 670,99	\$38 910 021,49	\$40 052 496,03	\$0,277
	Cout direct intervention	\$66 782 556,57	\$73 211 985,29	\$79 101 439,65	\$84 847 417,84	\$90 383 235,55	\$95 658 110,29	\$100 820 954,80	\$105 341 491,53	\$0,703
Prise en charge des urgences obstétricales	Médicaments, tests et fournitures	\$3 308 892,46	\$3 834 412,11	\$4 374 604,73	\$4 948 070,98	\$5 548 291,60	\$6 167 050,71	\$6 794 518,85	\$7 419 426,24	\$0,042
	Ressources humaines	\$11 786 956,26	\$13 856 044,28	\$16 087 501,30	\$18 588 490,27	\$21 388 045,65	\$24 522 655,96	\$28 038 799,89	\$31 995 788,50	\$0,166
	Hospitalisation	\$6 870 858,04	\$7 926 530,86	\$9 002 915,32	\$10 137 811,47	\$11 317 109,00	\$12 523 499,05	\$13 736 714,24	\$14 933 944,52	\$0,087
	Cout direct intervention	\$21 966 706,77	\$25 616 987,26	\$29 465 021,35	\$33 674 372,72	\$38 253 446,25	\$43 213 205,71	\$48 570 032,98	\$54 349 159,26	\$0,295
Soins postnatales pour la mère	Médicaments, tests et fournitures	\$1 232 028,84	\$1 419 366,70	\$1 609 868,21	\$1 810 261,03	\$2 017 978,07	\$2 229 896,38	\$2 442 384,30	\$2 651 379,45	\$0,015
	Ressources humaines	\$2 629 604,52	\$3 241 501,13	\$3 974 366,55	\$4 883 813,64	\$5 816 865,37	\$7 432 719,61	\$9 205 061,35	\$11 424 430,33	\$0,048
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$3 861 633,37	\$4 660 867,83	\$5 584 234,76	\$6 694 074,67	\$8 034 843,43	\$9 662 615,99	\$11 647 445,65	\$14 075 809,78	\$0,064
Soins essentiels au nouveau-né	Médicaments, tests et fournitures	\$9 666 222,67	\$11 136 033,59	\$12 630 665,83	\$14 202 903,08	\$15 832 604,45	\$17 495 268,12	\$19 162 400,83	\$20 802 129,99	\$0,121
	Ressources humaines	\$4 483 192,67	\$5 376 939,20	\$6 396 414,26	\$7 607 352,47	\$9 052 914,61	\$10 787 600,08	\$12 879 630,03	\$15 413 432,34	\$0,071
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$14 149 415,35	\$16 512 972,79	\$19 027 080,09	\$21 810 255,56	\$24 885 519,06	\$28 282 868,19	\$32 042 030,86	\$36 215 562,33	\$0,193
Prise en charge des urgences néonatales	Médicaments, tests et fournitures	\$194 097,05	\$223 398,54	\$253 141,73	\$284 382,17	\$316 712,63	\$349 640,28	\$382 594,43	\$414 939,18	\$0,002
	Ressources humaines	\$1 824 038,77	\$2 312 298,15	\$2 919 151,56	\$3 695 789,54	\$4 690 898,43	\$5 965 713,47	\$7 596 302,15	\$9 675 882,50	\$0,038
	Hospitalisation	\$1 924 715,92	\$2 215 276,96	\$2 510 218,02	\$2 820 006,20	\$3 140 603,32	\$3 467 122,24	\$3 793 904,03	\$4 114 642,80	\$0,024
	Cout direct intervention	\$3 942 851,74	\$4 750 973,66	\$5 682 511,32	\$6 800 177,92	\$8 148 214,39	\$9 782 475,98	\$11 772 800,62	\$14 205 464,48	\$0,065
Soins postnatales pour le nouveau-né	Médicaments, tests et fournitures	\$1 232 028,84	\$1 419 366,70	\$1 609 868,21	\$1 810 261,03	\$2 017 978,07	\$2 229 896,38	\$2 442 384,30	\$2 651 379,45	\$0,015
	Ressources humaines	\$2 629 604,52	\$3 241 501,13	\$3 974 366,55	\$4 883 813,64	\$5 816 865,37	\$7 432 719,61	\$9 205 061,35	\$11 424 430,33	\$0,048
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$3 861 633,37	\$4 660 867,83	\$5 584 234,76	\$6 694 074,67	\$8 034 843,43	\$9 662 615,99	\$11 647 445,65	\$14 075 809,78	\$0,064
Prématurité et prise en charge des petits poids de naissance (Soins Mères Kangourou)	Médicaments, tests et fournitures	\$297 104,47	\$338 872,22	\$380 641,86	\$424 011,34	\$468 362,08	\$512 970,24	\$557 020,86	\$599 628,15	\$0,004
	Ressources humaines	\$1 670 011,55	\$2 125 738,49	\$2 697 680,21	\$3 436 136,08	\$4 390 129,95	\$5 621 380,08	\$7 206 583,08	\$9 239 725,20	\$0,036
	Hospitalisation	\$6 852 040,46	\$7 815 318,74	\$8 778 640,72	\$9 778 859,29	\$10 801 708,51	\$11 830 494,44	\$12 846 421,99	\$13 829 062,54	\$0,083
	Cout direct intervention	\$8 819 156,48	\$10 279 929,45	\$11 856 962,79	\$13 639 006,70	\$15 600 200,54	\$17 964 844,76	\$20 610 025,92	\$23 668 415,89	\$0,122
Prise en charge de la septicémie néonatale	Médicaments, tests et fournitures	\$2 779 688,99	\$3 199 311,41	\$3 625 275,47	\$4 072 673,86	\$4 535 682,60	\$5 007 243,63	\$5 479 184,33	\$5 942 397,63	\$0,035
	Ressources humaines	\$2 831 051,60	\$3 471 332,74	\$4 232 499,53	\$5 171 218,92	\$6 334 064,47	\$7 779 714,45	\$9 381 275,62	\$11 828 666,73	\$0,051
	Hospitalisation	\$15 878 906,32	\$18 276 034,94	\$20 709 298,68	\$23 265 051,16	\$25 909 977,41	\$28 603 758,46	\$31 299 708,28	\$33 945 803,12	\$0,198
	Cout direct intervention	\$21 489 646,92	\$24 946 687,09	\$28 567 073,68	\$32 508 943,94	\$36 779 724,48	\$41 390 716,55	\$46 360 168,22	\$51 716 867,48	\$0,284
Prise en charge du Paludisme chez l'enfant (moins de 5 ans)	Médicaments, tests et fournitures	\$93 569 103,38	\$108 445 415,06	\$123 949 385,53	\$140 702 749,97	\$158 632 730,83	\$177 632 164,27	\$197 558 121,97	\$218 231 530,38	\$1,220
	Ressources humaines	\$18 108 368,18	\$21 709 095,24	\$25 735 927,99	\$30 388 687,64	\$35 746 315,08	\$41 895 560,54	\$48 931 403,36	\$56 957 313,40	\$0,278
	Hospitalisation	\$14 225 507,82	\$17 623 290,84	\$21 498 010,57	\$26 003 785,28	\$31 186 955,76	\$37 083 277,61	\$43 714 153,07	\$51 082 773,04	\$0,241
	Cout direct intervention	\$125 902 979,38	\$147 777 801,14	\$171 183 324,10	\$197 095 222,87	\$225 566 001,67	\$256 611 002,41	\$290 203 678,40	\$326 271 616,83	\$1,739

Prise en charge de la pneumonie (moins de 5 ans)	Médicaments, tests et fournitures	\$561 076,10	\$673 963,07	\$797 154,42	\$934 923,03	\$1 087 194,81	\$1 253 451,68	\$1 432 671,60	\$1 623 282,66	\$0,008
	Ressources humaines	\$1 281 351,55	\$1 713 070,28	\$2 270 278,79	\$3 002 316,54	\$3 960 001,98	\$5 206 764,84	\$6 820 833,42	\$8 897 443,60	\$0,033
	Hospitalisation	\$3 335 212,15	\$4 006 247,66	\$4 738 535,69	\$5 557 475,47	\$6 462 626,64	\$7 450 909,60	\$8 516 248,97	\$9 649 300,80	\$0,050
	Cout direct intervention	\$5 177 639,80	\$6 393 281,01	\$7 805 968,90	\$9 494 715,05	\$11 509 823,44	\$13 911 126,12	\$16 769 753,99	\$20 170 027,05	\$0,090
Prise en charge de la Diarrhée (moins de 5 ans)	Médicaments, tests et fournitures	\$576 816,91	\$816 176,69	\$1 137 162,24	\$1 571 041,67	\$2 152 043,75	\$2 922 693,01	\$3 935 085,15	\$5 252 106,31	\$0,018
	Ressources humaines	\$1 463 570,95	\$2 078 929,87	\$2 907 794,20	\$4 032 926,05	\$5 546 010,60	\$7 561 632,61	\$10 221 037,95	\$13 695 837,33	\$0,046
	Hospitalisation	\$680 679,04	\$963 138,14	\$1 341 920,61	\$1 853 924,74	\$2 539 542,52	\$3 448 955,53	\$4 643 639,84	\$6 197 804,91	\$0,021
	Cout direct intervention	\$2 721 066,90	\$3 858 244,70	\$5 386 877,04	\$7 457 892,46	\$10 237 596,87	\$13 933 281,14	\$18 799 762,94	\$25 145 748,54	\$0,085
Vaccination infantile (moins de 1 an)	Médicaments, tests et fournitures	\$31 472 290,35	\$33 709 452,49	\$36 090 729,61	\$38 624 104,55	\$41 317 887,47	\$44 180 718,22	\$47 221 567,53	\$50 449 736,48	\$0,326
	Ressources humaines	\$49 277 973,93	\$56 495 421,59	\$63 844 085,87	\$71 631 469,99	\$79 808 411,50	\$88 321 268,34	\$97 116 378,90	\$106 145 525,41	\$0,614
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$80 750 264,28	\$90 204 874,08	\$99 934 815,48	\$110 255 574,54	\$121 126 298,97	\$132 501 986,56	\$144 337 946,43	\$156 595 261,89	\$0,940
Nutrition (moins de 5 ans)	Médicaments, tests et fournitures	\$105 712 067,47	\$130 677 140,27	\$159 595 492,52	\$193 911 987,21	\$234 366 783,24	\$281 728 309,54	\$336 771 829,48	\$400 251 318,96	\$1,827
	Ressources humaines	\$3 164 384,86	\$4 227 724,79	\$5 569 878,93	\$7 287 305,99	\$9 468 170,92	\$12 216 220,86	\$15 652 048,86	\$19 914 002,51	\$0,076
	Hospitalisation	\$16 393 761,27	\$21 427 086,08	\$27 576 532,47	\$35 191 942,03	\$44 529 203,27	\$55 861 852,15	\$69 474 361,72	\$85 652 933,20	\$0,351
	Cout direct intervention	\$125 270 213,59	\$156 331 951,14	\$192 741 903,91	\$236 391 235,22	\$288 364 157,43	\$349 806 382,55	\$421 898 240,05	\$505 818 254,67	\$2,254
Paludisme (6 ans et plus)	Médicaments, tests et fournitures	\$127 817 138,07	\$147 051 277,53	\$166 512 903,29	\$186 853 695,91	\$207 745 675,75	\$228 785 611,41	\$249 498 320,43	\$269 344 167,41	\$1,589
	Ressources humaines	\$28 601 577,47	\$33 266 066,05	\$38 126 371,94	\$43 368 041,17	\$48 966 460,82	\$54 890 985,41	\$61 107 593,61	\$67 582 583,23	\$0,376
	Hospitalisation	\$29 199 655,30	\$34 567 917,08	\$40 208 863,39	\$46 266 283,96	\$52 645 841,77	\$59 219 395,38	\$65 824 148,01	\$72 263 730,64	\$0,400
	Cout direct intervention	\$185 618 370,84	\$214 885 260,65	\$244 848 138,62	\$276 488 021,05	\$309 357 978,34	\$342 895 992,20	\$376 430 062,05	\$409 190 481,28	\$2,365
VIH	Médicaments, tests et fournitures	\$87 622 957,35	\$98 711 153,68	\$112 364 787,99	\$122 031 939,43	\$134 479 207,90	\$147 210 908,98	\$159 995 076,32	\$172 560 007,59	\$1,040
	Ressources humaines	\$2 540 821,76	\$2 992 785,94	\$3 522 902,42	\$4 181 840,08	\$5 013 229,03	\$6 074 136,56	\$7 437 709,43	\$9 195 838,76	\$0,041
	Hospitalisation	\$66 021,24	\$72 217,06	\$77 171,38	\$80 996,10	\$83 308,36	\$83 712,02	\$81 815,28	\$77 251,37	\$0,001
	Cout direct intervention	\$90 229 800,34	\$101 776 156,68	\$115 964 861,80	\$126 294 775,60	\$139 575 745,29	\$153 368 757,56	\$167 514 601,02	\$181 833 097,72	\$1,081
Tuberculose	Médicaments, tests et fournitures	\$17 821 656,78	\$18 451 116,50	\$19 093 334,60	\$19 749 549,16	\$20 419 382,72	\$21 102 435,37	\$21 798 299,46	\$22 506 575,38	\$0,163
	Ressources humaines	\$1 122 652,69	\$1 488 666,43	\$1 968 148,06	\$2 608 408,62	\$3 459 664,47	\$4 585 129,30	\$6 063 279,10	\$7 990 127,82	\$0,029
	Hospitalisation	\$343 169,95	\$378 777,33	\$411 670,93	\$443 652,48	\$474 059,86	\$502 217,25	\$527 458,57	\$549 152,50	\$0,004
	Cout direct intervention	\$19 287 479,42	\$20 318 560,26	\$21 473 153,59	\$22 801 610,25	\$24 353 107,06	\$26 189 781,92	\$28 389 037,13	\$31 045 855,70	\$0,196
Maladies cardiovasculaires (HTA)	Médicaments, tests et fournitures	\$189 882 796,19	\$270 643 730,77	\$379 841 452,76	\$528 608 059,87	\$729 395 898,36	\$997 841 513,69	\$1 353 314 227,53	\$1 819 466 933,44	\$6,116
	Ressources humaines	\$75 866 468,45	\$108 133 979,77	\$151 763 222,50	\$211 201 952,00	\$291 425 419,06	\$398 681 098,98	\$540 707 871,48	\$726 956 086,92	\$2,444
	Hospitalisation	\$61 430 540,91	\$87 558 173,30	\$122 885 624,04	\$171 014 329,37	\$235 972 849,96	\$322 819 892,91	\$437 821 786,34	\$588 630 671,85	\$1,979
	Cout direct intervention	\$327 179 805,56	\$466 335 883,84	\$654 490 299,30	\$910 824 341,23	\$1 256 794 167,38	\$1 719 342 505,58	\$2 331 843 885,34	\$3 135 053 692,20	\$10,538
Maladies métaboliques (Diabète et Obésité)	Médicaments, tests et fournitures	\$20 920 256,86	\$24 384 156,44	\$27 985 978,32	\$31 849 328,94	\$35 938 354,88	\$40 205 439,57	\$44 591 313,44	\$49 025 739,67	\$0,275
	Ressources humaines	\$776 016,37	\$1 106 063,06	\$1 552 318,83	\$2 160 274,80	\$2 980 816,13	\$4 077 839,14	\$5 530 492,67	\$7 435 428,32	\$0,025
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$21 696 273,23	\$25 490 219,51	\$29 538 297,15	\$34 009 603,74	\$38 919 171,01	\$44 283 278,71	\$50 121 806,10	\$56 461 168,00	\$0,300
Cancers (les 10 à 14 ans)	Médicaments, tests et fournitures	\$2 233 458,12	\$3 978 526,44	\$7 084 682,95	\$12 611 660,73	\$22 442 838,14	\$39 924 259,04	\$70 998 552,09	\$126 216 347,95	\$0,272
	Ressources humaines	\$825 507,78	\$1 200 130,35	\$1 728 370,24	\$2 486 988,56	\$3 581 980,81	\$5 174 540,06	\$7 513 945,08	\$10 991 445,15	\$0,032
	Hospitalisation	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,000
	Cout direct intervention	\$3 058 965,90	\$5 178 656,78	\$8 813 053,19	\$15 098 649,29	\$26 024 818,95	\$45 098 799,10	\$78 512 497,17	\$137 207 793,10	\$0,305
Blessures	Médicaments, tests, implants et fournitures	\$18 697 968,79	\$24 438 747,17	\$31 452 522,40	\$40 138 307,68	\$50 787 957,65	\$63 713 454,83	\$79 239 256,08	\$97 691 789,32	\$0,400
	Ressources humaines	\$15 936 531,61	\$20 921 263,47	\$27 054 364,02	\$34 704 848,60	\$44 160 241,25	\$55 737 397,11	\$69 778 538,13	\$86 644 987,23	\$0,350
	Hospitalisation	\$16 676 566,76	\$21 796 720,45	\$28 052 249,71	\$35 799 031,17	\$45 297 367,63	\$56 825 513,77	\$70 672 850,02	\$87 130 514,80	\$0,357
	Cout direct intervention	\$51 311 067,15	\$67 156 731,10	\$86 559 136,13	\$110 642 187,44	\$140 245 566,54	\$176 276 365,71	\$219 690 644,23	\$271 467 291,34	\$1,107
Toutes les interventions	Médicaments, tests et fournitures	\$797 069 628,97	\$972 782 905,27	\$1 195 680 001,52	\$1 481 101 783,04	\$1 813 030 691,60	\$2 246 271 444,33	\$2 815 008 033,96	\$3 489 449 771,14	\$1 851 299 282,48
	Ressources humaines	\$286 756 288,88	\$357 371 506,78	\$444 107 598,14	\$554 211 228,88	\$691 915 997,75	\$866 990 642,95	\$1 089 529 633,00	\$1 368 028 042,21	\$707 363 867,32
	Hospitalisation	\$201 967 203,88	\$255 496 991,48	\$321 223 784,25	\$404 147 726,24	\$508 698 936,42	\$640 323 614,43	\$805 647 305,23	\$1 012 636 397,82	\$518 767 744,97
	Cout direct total	\$1 285 793 121,73	\$1 585 651 403,53	\$1 961 011 383,91	\$2 439 460 738,16	\$3 013 645 625,77	\$3 753 585 701,71	\$4 710 184 972,19	\$5 870 114 211,18	\$3 077 430 894,77